



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

20 24 yil "09- " sentabr

№ 290

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun Milliy klinik protokol va Milliy klinik standartlarni tasdiqlash hamda tibbiyot amaliyotiga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti huzurida 2024-yil 5-fevralda bo'lib o'tgan 9-son yig'ilish bayonida berilgan xalqaro tajriba asosida 300 ta klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish topshirig'i ijrosini ta'minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Davolash profilaktika muassasalarida ko'rsatiladigan ambulator, statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko'rsatish hajmidan kelib chiqib 38 ta tibbiyot yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha xorijiy tajriba asosida ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar **ro'yxati 1-ilovaga;**

2. Sog'liqni saqlash vazirligining joriy yil 29-martdagi 107-son hamda 14-iyundagi 195-son buyruqlari bilan tasdiqlangan 31 ta tibbiyot yo'nalishlaridan 71 ta nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollarga muvofiq ishlab chiqilgan Milliy klinik standartlar **ro'yxati 2-ilovaga muvofiq tasdiqlansin.**

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.A.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo'limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari, Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari:

mazkur buyruqning 1- va 2-ilovalaridagi Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalariga yetkazilishi ta'minlansin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari, Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari,

Barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida ko'rsatiladigan ambulator va statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko'rsatish hajmidan kelib chiqib 3 oy muddatda 1-ilovadagi 38 ta tibbiyot

yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollarga muvofiq Milliy klinik standartlari ishlab chiqilsin va tasdiqlansin;

2025-yil 10-yanvarga qadar mazkur buyruqning ilovalarida keltirilgan nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga bosqichma-bosqich joriy qilinsin, **bunda:**

Sog'liqni saqlash vazirining 2024-yil 23-fevraldagi 52-son buyrug'idagi Metodologiyaning ikkinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning mazmun mohiyati yuzasidan onlayn/oflayn o'quv-seminarlar, master-klasslar o'tkazilsin;

Metodologiyaning uchinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarga bo'yicha tashxislash va davolash jarayonini olib borishni yo'lga qo'yish maqsadida baholash va monitoringni o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari olib borilsin.

5. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni 2025-2026 o'quv yilidan boshlab O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiy oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritilgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, viloyatlar va Toshkent shahar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlariga mazkur buyruq bilan tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini nazorat qilish vazifasi yuklatilsin.

7. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni ishlab chiqish, amaliyotga joriy qilish yuzasidan o'quv seminarlar o'tkazish va monitoring jarayonlariga jalb etilgan mutaxassislariga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralari ko'rsin.

8. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarda tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi hamda ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o'rnatish vazifasi yuklatilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirish choralari ko'rilsin.

10. Matbuot xizmati bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni mazmun mohiyatini ommaviy axborot vositalari orqali targ'ibot qilishni ta'minlasin.

11. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Sog'liqni saqlash vazirining 2023-yil 13-dekabrda "Davolash profilaktika muassasalari uchun klinik protokollar va standartlarni tasdiqlash to'g'risida"gi 322-son buyrug'i o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

12. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrda "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 273-son buyrug'ining tegishli ilovalaridagi nozologiyalari mazkur buyruqning 3-ilovasidagi klinik protokollar va standartlari nozologiyalarining ro'yhati joriy yilning 20-noyabridan boshlab o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b.



A.Xudayarov

Ўзбекистон Республика
Соғлиқни Сақлаш
вазирининг 2024-йил
“9” сентябрдаги
290-сон бўйруғига
1-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА
КЛИНИК ИММУНОЛОГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«БРОНХИАЛ АСТМА» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2024

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика ихтисослаштирилган
аллергология ва клиник иммунология
илмий амалий тиббиёт
маркази директори
И.С.Разикова



« » 2024 йил

«БРОНХИАЛ АСТМА» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2024

МУНДАРИЖА

БРОНХИАЛ АСТМА НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	4
БРОНХИАЛ АСТМА НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	52
БРОНХИАЛ АСТМА НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	56

**“БРОНХИАЛ АСТМА”НОЗОЛОГИЯСИНІНГ
ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ.**

1. Кириш қисми

1. Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):

<u>Код</u>	<u>Номи</u>
<u>J45</u>	<u>Астма</u>
<u>J45.0</u>	<u>Аллергик компонент устунлиги билан астма</u>
<u>J45.1</u>	<u>Ноаллергик астма</u>
<u>J45.8</u>	<u>Аралаш астма</u>
<u>J45.9</u>	<u>Аниқланмаган астма</u>
<u>J46</u>	<u>Астматик статус</u>
<u>Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)</u>	https://ssv.uz/ru/diagnosis https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591 https://classinform.ru/mkb-10.html

2. Баённомани ишлаб чиқиш санаси : 2024 йил

Режалаштирилган кўриб чиқиш санаси : 2026 йил

Янги асосий далиллар пайдо бўлганда тақдим этилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

3. Миллий клиник протоколни яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби

1. Разикова И.С- РИАКИИАТМ , директори , т.ф.н профессор
2. Дустбабаева Н. Д - Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази , олий тоифали врач аллерголог, т.ф.н ,доцент
3. Айдарова Н.П - РИАКИИАТМ илмий ишлар бўйинча директор ўринбосари ,PhD
4. Кузиев Г.Э - РИАКИИАТМ даволаш ишлар бўйинча директор ўринбосари ,
5. Ишмухаммедова Ш Б - РИАКИИАТМ, бўлим мудираси
6. Қудратуллаева Б Т - РИАКИИАТМ , бўлим мудираси
7. Байбекова В Ф- РИАКИИАТМ, илмий котибаси
8. Акромов А Т - РИАКИИАТМ, врач аллерголог
9. Хасанова Ф Р- - РИАКИИАТМ, врач аллерголог
10. Тураев Н.Т - - РИАКИИАТМ, врач аллерголог

Такризчилар :

1. Ирсалиева Фотима Хусниддиновна Тошкент тиббиёт академияси Аллергология, клиник иммунология ва ҳамширалик иши кафедраси т.ф.д профессор,
2. Мавлянова Шахноза Закировна Республика ихтисослаштирилган дерматология венерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази, т.ф.д, профессор

4. Ташқи эксперт баҳоси:

Фомина Дарья Сергеевна Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг И. М. Сеченов биринчи Москва Давлат тиббиёт университети (Сеченов университети) клиник Иммунология ва аллергология кафедраси доценти, т.ф.н

5. Клиник баённома ОТМ профессор -ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИИАМ филиаллари директори ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят муассасалари аллерголог шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 2023-йил 06-ноябрь №7-сонли баённомаси билан тасдиқланди.

6. Республика илмий ихтисослаштирилган аллергология маркази илмий кенгашларидаги муҳокамаси баённомасидан кўчирмаларининг 28.11.2023 8 сонли баённомаси билан тасдиқланди.

7. Баённома/Протоколда фойдаланилган қисқартмалар:

<u>ЕСР</u>	Эозинофил катион оксиди
<u>FENO</u>	Чиқарилаётган нафасда азот оксиди фракцияси
<u>GINA</u>	Астма менеджмент ва профилактикаси глобал стратегияси (Global Initiative for Asthma)
<u>IgE</u>	иммуноглобулин Е
<u>SpO2</u>	гемоглобиннинг кислородга тўйиниши (кислород сатурацияси)
<u>АЛР</u>	антилейкотриен препаратлари
<u>АПФ</u>	Ангиотензингаайлантирувчи фермент
<u>АСИТ</u>	Аллергенлар билан махсус иммунотерапия
<u>АР</u>	аллергик ринит
<u>БА</u>	бронхиал астма
<u>БК</u>	Кох бациллалари (туберкулез микобактериялари)
<u>ГКС</u>	глюкокортикостероидлар
<u>ДАИ</u>	Дозаланган аэрозолли ингалятор (pMDI)
<u>ДДБА</u>	Узоқ таъсир этувчи бета-2-агонистлар

ДПИ	Дозаланган кукунли ингалятор
ИГКС	ингаляцион глюкокортикостероид
ИЛ-5	Интерлейкин 5
ИЛ-5R	Интерлейкин 5 рецепторлари
ИЛ-4	Интерлейкин 4
ИЛ-13	Интерлейкин 13
ҚДБА	Қисқа таъсир этувчи бета-2-агонистлар
НН	Буйрак усти бези етишмовчилиги
КТ	компьютер томографияси
ОАК	Умумий қон таҳлили
ОРИТ	Жонлантириш ва интенсив терапия бўлими
ОФВ1	1 сонияда жадал нафас чиқариш тезлиги
ПМСП	Бирламчи тиббий-санитар ёрдами
ПСВ	Нафас чиқариш жадал тезлиги
PaO2	Кислород парциал босими
PaCO2	Карбангидрид парциал босими
СЗП	Стационар ўрнини босувчи ёрдам
СНМП	Тезкор ва жадал тиббий ёрдам
СГКС	Тизимли глюкокортикостероид
ТСЛП/TSLP	тимус стромал лимфопоэтин
УД	Далил исбот даражаси
ФВД	Ташқи нафас фаолияти
ФГ	флюорография
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
ФЖЕЛ	Форсирланган ўпка тириклик сиғими

ХОБЛ	Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
ЧДД	Нафас олиш сони
ЧСС	Юрак уриш сони

8. Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари

1. акушер-гинеколог;
2. аллерголог-иммунолог;
3. анестезиолог-реаниматолог;
4. гастроэнтеролог;
5. генетик;
6. дерматовенеролог;
7. болалар жаррохи;
8. инфекционист
9. неонатолог;
10. умумий амалиёт шифокор
11. ортодонт врач
12. оториноларинголог;
13. педиатр;
14. пластик жаррох
15. болалар ва ўсмирлар врач
16. умумий гигиена шифокори ;
17. қабул бўлими шифокори ;
18. болалар қабул бўлими шифокори ;
19. токсиколог;
20. комбустиолог;
21. тез тиббий ёрдам врач ;
22. стоматолог;
23. болалар стоматологи;
24. стоматолог-ортопед;
25. стоматолог-терапевт;
26. стоматолог-жаррох;
27. терапевт;
28. ўсмирлар терапевти;
29. рентгенолог
30. пульмонолог – фтизиатр;
31. трансфузиолог шифокор
32. функционал диагностика шифокори;
33. жаррох
34. юз жағ жаррохи
35. эндоскопист врач;
36. врач рентгенолог
37. нефролог

9. Мазкур ташхис/нозология бўйича беморларнинг тоифаси :

Бронхиал астма ҳолатидаги ёки унга шубҳа қилинган болалар ва катта ёшдаги беморлар.

**10.Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи.
(диагностик аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончилилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар ҳулосаси

**Далилларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончилилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар ҳулосаси

Тавсияларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича ҳулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича ҳулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича ҳулосалари

2. Асосий қисм.

2.1 Кириш:

Бронхиал астма билан оғриган беморларга хизмат кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу протокол мавжуд клиник далиллар, амалий кўникмалар ва эксперт хулосаларини тақдим этади. Тавсиялар етакчи ташкилотлар материалларни ўз ичига олиб, асосий маълумотлар Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси (РААКИ), Беларусия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси, Европа аллергологлари ва клиник иммунологлари академияси (ЕААСІ). Бутун дунё аллергологлари уюшмаси (WAO) тавсиялари ва клиник қўлланмаларидан олинган. Ушбу протокол бронхиал астма билан оғриган беморларда фойдаланиш учун дори воситаларининг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий шароитга мослаштирилган Жаҳон тажрибасига асосланган маълумотларни ўз ичига олган протоколни ишлаб чиқишда мавзу бўйича энг яхши қўлланма материалларини ҳамда илмий маълумотларни катъий танлаш методикасидан фойдаланилган.

2.2 Умумий таърифи.

Бронхиал астма (БА)

Бронхиал астма - гетероген касаллик бўлиб нафас йўллари сурункали яллиғланиши хуштаксимон хириллашлар, хансираш, кўкрак қафасидаги оғирлик, йўтал каби респиратор симптомлар билан ифодаланиб вақти ва интенсивлиги ўзгариб нафас йўллари ўзгарувчан обструкция билан намоён бўлади.

Бронхиал астма этиологияси

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

Бронхиал астма сабаблари охиргача ўрганилмаган. Касаллик ривожланишида комплекс омиллар: генетик бузилишлар, аллерген ва бошқа омиллар таъсиришунингдек тамаки тутуни аҳамиятга эга. Инсоннинг қаримдошлари астмага чалинган бўлса касалланиш хавфи ортади. Бунга яллиғланиш ва туғма иммунитет назоратловчи юздан ортиқ генлар жавобгар, булардан FCER1B, ORMDL3, HLA-DRB1, HLA-DQB1, ADRB2. Буларда хатоликлар бўлса астма ривожланиш хавфи ортади. Аммо наслий мойиллик инсонда аниқ астма ривожланади дегани эмас. Касаллик бошланиш учун ташқи омиллар таъсири муҳим.

Астма ривожланишига таъсир этувчи ташқи муҳит омиллари:

- Уй чанги каначалари аллергенлари, юнг, уй ҳайвонлари сўлаги ва ажралмалари, сувараклар, замбруғлар споралари, ўсимликларнинг гул чангчалари ва бошқалар.

- Вирусли инфекциялар

- Касб омиллари, масалан саноат ва пахта чиқиндилари билан таъсири

- Хавфли таъсирлар: олтин гугурт ва азот диоксидлари, дизел ёқилғи ёниш маҳсулотлари, тамаки тутуни

- Озиқланиш хусусиятлари: юқори ишлов берилган маҳсулотлари кўплиги (колбаса, консервалар, кондитер маҳсулотлари) ва ёғли маҳсулотлар, сабзавот ва мевалар танқислиги, шунингдек омега-3 манбалар етишмовчилиги (балиқ ёғли турларида, ўсимлик ёғларида, ёнғоқларда мавжуд).

Астманинг умумий кўзгатувчилари:

- деярли барча уйда яшайдиган ёстик, юмшоқ мебел ва ўйинчоқларда қолган тери ва сочларнинг майда парчалари билан озиқланадиган чанг каначалари;

- моғор - кўпинча қоронғи ва нам жойларда ўсади: ҳаммомнинг деворларида, ошхонадаги идиш ювгич яқинида, ертўла деворларда;

- сувараклар (зараркунандаларнинг пешоби ва ахлати) ва уй ҳайвонлари (мўйна, сўлаги, ажралмалари) аллергенлари;

- тамаки тутуни - унинг таркибида нафас йўллари зарарловчи 250 дан ортиқ турли хил кимёвий моддалар мавжуд: бензол, винилхлорид, маргимуш ва бошқалар;

- гулчанглари - кўпинча ҳаводаги концентрацияси февралдан сентябргача кўтарилади;

- совуқ ҳаво;

- баъзи дорилар - ностероид яллиғланишга қарши дорилар ва қон босимини назорат қилиш учун ишлатиладиган бета-блокаторлар;

- озиқ-овқат аллергенлари: қисқичбақасимонлар, соя, тухум, буғдой, ёнғоқ ва бошқалар;

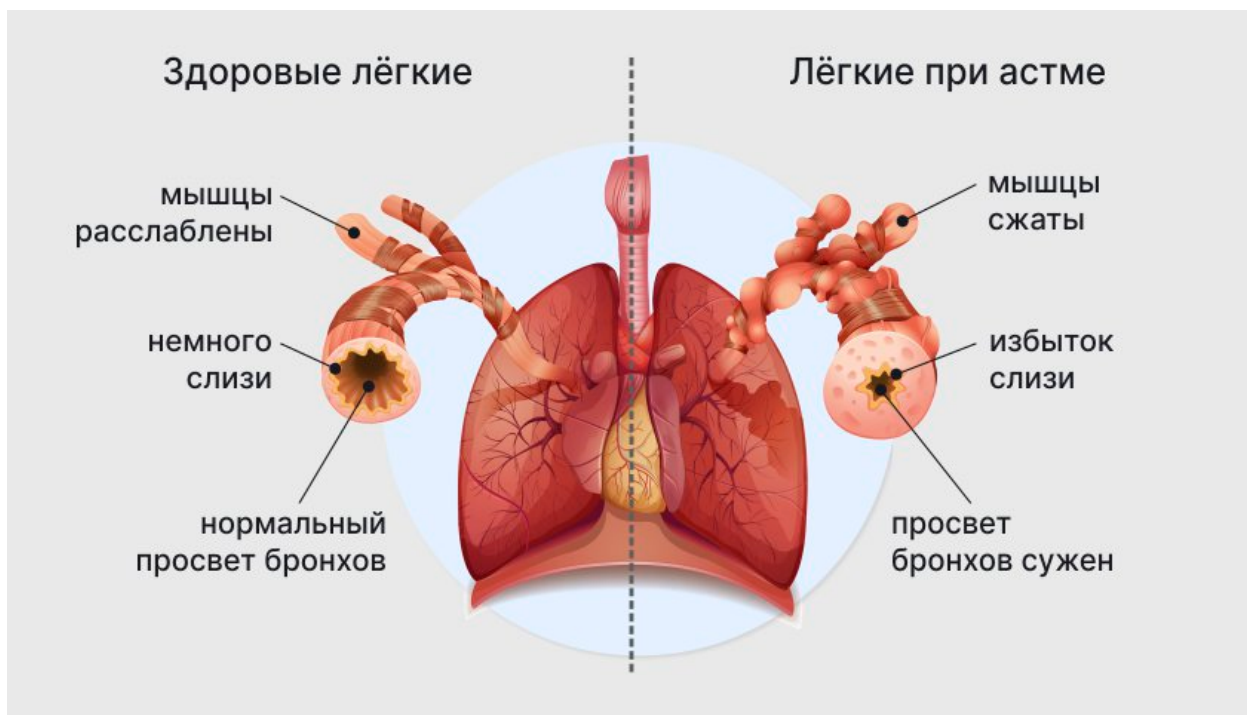
- нафас қисилишига олиб келадиган юқори интенсив жисмоний фаолият;

- стресс;

- гастроэзофагеал рефлюкс - бу ошқозон таркибидаги моддаларнинг қизилўнгачга тушиши

Бронхиал астма патогенези

Патогенез: Бронхиал астма патогенези клиник-патогенетик варианты билан боғлиқ.



Атопик бронхиал астма патогенези. Иммунологик босқичда, юқумли бўлмаган аллерген (гулчанглари, ўсимлик ва ҳайвон оқсиллари, дорилар) таъсирида Т-супрессор функциясининг туғма ёки орттирилган етишмовчилиги шароитида В- лимфоцитлари семиз хужайраларида жойлашадиган реагин IgE антитаначаларини ишлаб чиқаради. . Патокимёвий босқичда, аллерген қайта таъсирида бронхиал шиллиқ қаватнинг семиз хужайралари юзасида иммуноглобулин Е билан боғланади, мембрана IgE рецепторлари агрегацияси, семиз хужайраларининг дегрануляцияси - фаол секреция жараёни (экзоцитоз). медиаторлар, хужайра зарарланиши ва нобуд бўлиши кузатилмайди. Қуйидаги медиаторлар фарқланади: бронхоспастик ва вазоактив таъсирга эга (гистамин; лейкотриенлар LTA₄, LTB₄, LTC₄, LTD₄; секин таъсир этувчи субстанция, унинг асосий компонентлари LTC₄ ва LTD₄; калликреинга ўхшаш модда, F2a, G2, D2, тромбоксан A2 простагландинлари); хемотаксик таъсирга эга (эозинофил ва нейтрофил хемотаксик омиллар); протеолитик ферментлар; лизосомал ферментлар; тромбоцитар фаоллашуви омили. Патофизиологик босқичда медиаторлар таъсирида бронхлар гиперреактивлиги, бронхоспазмга олиб келувчи, бронхлар шиллиқ қаватлари шиши, гиперкриния ва дискриния – шиллиқ гиперсекрецияси ва унинг қуюқлашиши кузатилади. Бронхлар гиперреактивлиги ривожланишига бронхларда туғма ёки орттирилган бронхларда аденилциклаза етишмовчилиги олиб келади. Келгусида бронхиал астманинг шартли-рефлектор механизми ривожланади.

Инфекцияга боғлиқ бронхиал астма патогенези. Инфекцияга боғлиқ БА патогенезида қуйидаги механизмлар иштирок этади:

Секин кечувчи гиперсезувчанлик, ривожланишида асосий Т-лимфоцитлар иштирок этади. Инфекцион аллергеннинг қайта таъсирида улар гиперсенсibilлашиб секин таъсир этувчи медиаторлар: нейтрофиллар, эозинофиллар хемотаксис омили, лимфотоксин, тромбоцитлар агрегацияси омили кабиларни чиқишига олиб келади. Секин таъсир этувчи медиаторлар нишон-хужайраларда (семиз хужайралар, базофиллар, макрофаглар) простагландинлар (PgD2, F2a), лейкотриенлар (LNC4, LND4, LNE4) ва б., фаоллашади ва натижада бронхоспазм ривожланади. Бундан ташқари, бронх атрофида нейтрофиллар, лимфоцитлар, эозинофиллар сақловчи яллиғланиш инфилтрати хосил бўлади. Бу инфилтрат бронхоспазм ва унинг яллиғланишига олиб келувчи тезкор таъсир турдаги медиаторлар (лейкотриенлар, гистамин) манбаи хисобланади. Эозинофиллар гранулаларидан шунингдек бронхлар хилпилловчи эпителийсини зарарлаб, балғам кўчишини қийнлаштирадиган оксиллар ажралади;

IgE реагини хосил бўлиши билан кечадиган тезкор турдаги аллергик (атопик астмага ўхшаш). Кам ривожланиб, инфекцияга боғлиқ БАнинг эрта босқичларида, асосан замбуруғли ва нейссериял астмада учрайди;

ноиммунологик реакциялар – буйрак устининг токсинлар билан зарарланиши ва глюкокортикоид фаолияти пасайиши, хилпилловчи эпителий функцияси бузилиши ва р2-адренорецепторлар фаоллиги пасайиши.

Бронхиал астманинг дисгормонал тури патогенези. Патогенезда аниқ гормонал омиллар иштирок этади. Глюкокортикоид ва жинсий безлар фаолияти бузилиши яхши ўрганилган. Глюкокортикоид етишмовчилиги глюкокортикоидлар билан узоқ даво натижасида, буйрак усти безларига инфекцион-токсик таъсир ва семиз хужайралар гиперактивлиги ривожланиши, гистамин ва PgF2a қонда миқдори ортиши ва бронхоспазм ривожланишига олиб келади. Дизовариял бузилишлар гиперэстрогенизм ва гипопрогестеронемия билан ифодаланади. Гиперэстрогенизм транскортин фаоллигини ошириб, у эса қонда гидрокортизонни боғлайди ва буйрак усти етишмовчилигини чуқурлаштириб, р2-адренорецепторлар фаоллигини пасайтиради. Гипопрогестеронемия р2-адренорецепторлар фаоллигини камайтиради ва бронхоспазмга олиб келади.

Бронхиал астманинг аутоиммун тури патогенези. Бу тури атопик ва инфекцияга боғлиқ БА авж олиши кейинги босқичи хисобланади. Бу турларининг патогенетик механизмаларига аутоиммун реакциялар қўшилади. Атопик БАда аутоантитаначалар пайдо бўлади (ядрога қарши, ўпкага қарши, бронхлар силлиқ мушакларига қарши, бронхлар мушаклари р-адренорецепторларига қарши). Иммуни бирикмалар (аутоантиген + аутоантитаначалар) бронхлар иммунокомплекс зарарланиши ва р-адренергик блокадага олиб келади.

Бронхиал астманинг асаб-психик тури патогенези. Бу вариант, бошқа турлари каби, касалликнинг маълум босқичларида етакчи бўлиши мумкин. Асосий патогенетик омиллар қуйидагича. Психоэмоционал стресслар бевосита бронхлар тонусига таъсир кўрсатиб, бунда бронхларининг гистамин ва ацетилхолинга сезгирлиги ортади. Бундан ташқари, эмоционал зўриқиш гипервентиляция, бронхлар ирритатив рецепторлари чуқур нафас, кулгу, йўтал, йиғи таъсирида фаоллашиб бронхлар рефлектор спазмига олиб келади.

Бронхиал астманинг холинергик варианты патогенези. Асосий патогенетик механизм – яққол ваготония ацетилхолин рецепторлар таъсирланиши ва йирик, ўрта бронхлар спазми, шунингдек трахея ва бронхлар шиллиқ ва сероз безлар гиперсекрецияси.

Бу ноиммунологик бронхиал астма бўлиб, бирламчи иммунологик, эндокрин, асаб-психик бузилишлар билан эмас, бронхлар туғма гиперреактивлиги билан боғлиқ. Бронхлар гиперреактивлиги ривожланишида эпителийро бўшлиқлар кенгайиши (бу эса улар орқали турли хавонинг кимёвий зарарловчилар ўтиши ва семиз хужайралар дегрануляциясига олиб келади) ва бронхлар ирритацион рецепторлар яққол ифодаланган реактивлиги, совуқ хаво, тамаки тутуни ва б. таъсирида бронхлар қисқариши билан жавоб беради.

"Физик юклама астмаси" турли таъсирларга семиз хужайралар, альвеоляр макрофаглар, шиллиқ хосил қилувчи безлар ва бронхлар силлиқ мушакларнинг ортган сезгирлиги таъсирида ривожланади. Яққол физик юкламада гипервентиляция ривожланиб, натижада бронхлар намлиги парланиб, уларнинг совуши ва семиз хужайралар дегрануляцияси, аллергия ва яллиғланиш медиаторлари ажралиши бронхлар шиши ва спазмига олиб келади.

"аспиринли астма" негизида аспирин ва бошқа яллиғланишга қарши воситалар таъсирида арахидон кислота метаболизми бузилиши ётади. Улар қабулидан сўнг хужайралар мебранаси арахидон кислотасидан 5-липооксигеназ усули фаоллашуви натижасида бронхоспазм чақирувчи лейкотриенлар хосил бўлади. Бир вақтда арахидон кислотаси метаболизмининг циклооксигеназ усули тўхтатилиши PgE хосил бўлиши камайиши (бронхлар кенгайиши) ва PgF2a кўпайиши (бронхларни торайтиради) га олиб келади. "Аспиринли астма" хуружларига аспирин, ностероид яллиғланишга қарши воситалар (индометацин, бруфен, вольтарен ва б.), баралгин, антастман, теофедрин, шунингдек салицил кислота сақловчи маҳсулотлар (бодринг, цитруслилар, тоmatлар, турли мевалар) ёки сарик бўёқлар (тартразин) олиб келади.

2.5 Касаллик ёки ҳолат таснифи(касалликлар ёки ҳолатлар гурӯҳи)

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

А. Оғирлик даражасига кўра:

Илк аниқланган БА (ингалицион ёки тизимли кортикостероидлар қабул қилмайдиган беморлар) оғирлик даражаси таснифи клиник манзарага кўра ўтказилади (1 жадвал).

1 жадвал. Илк аниқланган БА оғирлик даражасига кўра таснифи.

Таърифи*	Интермиттирловчи БА	Енгил персистирилловчи БА	Ўрта оғир персистирилловчи БА	Оғир персистирилловчи БА
Кундузги белгилар	Хафтасига 1 маротабадан кам	Хафтасига 1 маротабадан кўп, аммо кунига 1 маротабадан кам	Хар кунли симптомлар; Қисқа таъсир этувчи ингалиаторлардан кундалик фойдаланиши	Хар кунли симптомлар; Физик фаоллиги чекланган;
Тунги белгилар	Ойига 2 маротаба кам	Ойига 2 маротаба кам	Тунги хуружлар ҳафтада 1 маротабадан кўп;	Тез тез тақрорланувчи тунги хуружлар;
Хуружлар	Хуружлар қисқа	Хуружлар кундузги фаоллигини камайтириб тунги уйқини бузиши мумкин	Хуружлар кундузги фаоллигини камайтириб тунги уйқини бузиши мумкин	Тез тез тақрорланувчи хуружлар
Функционал кўрсаткичлар	ОФВ ₁ ёки ПСВ $\geq 80\%$ меёрдан;	ОФВ ₁ ёки ПСВ $\geq 80\%$ меёрдан;	ОФВ ₁ ёки ПСВ 60—80% меёрдан;	ОФВ ₁ ёки ПСВ $\leq 60\%$ меёрдан;
ПСВ суткалик ўзгарувчанлиги	ОФВ ₁ ёки ПСВ суткалик ўзгарувчанлиги $< 20\%$.	ОФВ ₁ ёки ПСВ суткалик ўзгарувчанлиги 20—30%.	ОФВ ₁ ёки ПСВ суткалик ўзгарувчанлиги $> 30\%$.	ОФВ ₁ ёки ПСВ суткалик ўзгарувчанлиги $> 30\%$.

*Изоҳ: ушбу гуруҳдаги санаб ўтилган мезонлардан биттаси мавжудлиги беморнинг оғирлик даражасини тасдиқлаб беради.

Даволанаётган БА билан касалланган беморларнинг оғирлик даражаси ретроспектив баҳоланади, терапия хажмидан ва назоратидан келиб чиқилган ҳолда (Жадвал. 2).

Жадвал 2. Базис даво олаётган беморларнинг оғирлик даражаси бўйича таснифи (ингалицион ва тизимли кортикостероидларни қабул қилаётган беморлар учун)

Оғирлик даражаси	Аниқлаш (даволаш поғонаси)	Қабул қилинаётган даво
Енгил БА	1 ва 2 поғона давосига таъсирли астма	ИГКС ва узоқ таъсир этувчи бронходилататорлар паст дозалари ёки ИГКС заруратда ёки АЛТР

Ўрта оғир БА	3 поғона давосига таъсирли астма	ИГКС ва узок таъсир этувчи бронходилататорлар паст дозалари
Оғир БА*	Назоратга олиш учун 4 ва 5 поғонаси давосига мухтож БА ёки давога қарамасдан назоратланмаган БА (5 поғона).	ИГКС ва узок таъсир этувчи бронходилататорлар ўрта ёки юқори дозалари, тиотропия бромид, ёки фиксирланган комбинация Средние или высокие дозы ИГКС/ДДБА, тиотропия бромид**, или фиксированная комбинация ИГКС ва узок таъсир этувчи бронходилататорлар, узок таъсир этуви антихолинэстераза препаратлари, таргет давоси ва/ёки тизимли глюкокортикостероидлар

Беморнинг холатини баҳоланиши касалликни назоратга олиш комплекс давонинг 3-4 ойидан кейин ўтказилади, ва имконият доирасида давонинг интенсивлигини камайтириб, бу беморда минимал даражасини эффективлигини аниқлаш. БА кечиши жуда ўзгарувчан бўлганлиги, касалликнинг оғирлик даражаси ойлار ва йиллар мобайнида ўзгариши мумкин.

“Даволаниш қийин бўлган” астмани “оғир” астмадан фарқлаш керак. Бу иккита тушунчанинг ягона фарқи шундан иборат, даволаниш қийин бўлган астма куйдаги факторларга кўра (нотўғри ингаляция техникаси, давосини ўз вақтида олмаслиги, чекиш, хамрох касалликлар еки нотўғри диагноз) назоратга олиб бўлмиди [1-4].

Шунинг учун оғир БА ташхисини қўйишдан олдин БА назоратига таъсир қиладиган энг кўп учридиган сабабларни инкор қилиш керак:

- нотўғри ингаляция техникаси (касалларнинг 80% учрайди);
- давосини ўз вақтида олмаслиги ((касалларнинг 50% учрайди);
- БАнинг нотўғри диагноз;
- хамрох касалликлар;
- триггер омиллар билан контакти (сенсibilизацияси аниқланган аллергенлар, касбий триггер).

* БА ташхиси 3-4 ой тўлақонли 4-5 поғонага мос келувчи даво, адекват ингаляция техникаси, шифокор тавсияларига амал қилинганда, БА кечишини оғирлаштирувчи триггер таъсирлари (маиший, касб ва б.) бартараф этилганида, ёндош касалликлар компенсациясидан сўнг оғир хисобланади.

Назорат бўйича БА бўлинади:

- назоратга олинган;
- қисман назоратга олинган;
- назоратга олинмаган БА.

Касалликнинг назоратга олинганлигини баҳоланишида клиник белгиларидан ташқари, келажакдаги бўлиш мумкин хавф омиллари (касалликни қўзиш, ўпканинг функцияси бузилиши, дориларнинг ноју таъсири) ҳам инобатга олинади.

Жадвал 3. БА назорат даражалари

А. Астма симптомлари назорати		Назорат даражаси		
Охирги 4 ҳафта давомида беморда		Тўлиқ назоратга	Қисман назоратга	Назоратга олинмаган

аниқланган:		олинган	олинган	
Кундузги белгилар хафтада 2 маротабадан кўп	ХА□ ЙЎҚ□	Санаб ўтилганидан хеч қайсиси	Санаб ўтилганидан 1-2 таси	Санаб ўтилганилганилан 3-4 таси
БАдан тунги уйғонишлар	ХА□ ЙЎҚТ□			
Белгиларни бартараф этиш препаратига эҳтиёж хафтада 2 маротабадан кўп	ХА□ ЙЎҚ□			
Любое ограничение активности из-за БА	ДА□ НЕТ□			

В. Нохуш асоратлар хавф омиллари:

Ташхис қўйилганидан ва вақти-вақти билан, айниқса хуружлари бор беморларда хавф омилларини баҳолаш.

Белгилар назорати баҳоланишида ўпка фаолияти ҳисобга олинмайди (аммо ОФВ1 пасайиши хуружлар хавф омили сифатида ҳисобга олинади).

Ўпка фаолиятини даво бошида, узоқ назорат дорилар билан даводан 3-6 ойдан сўнг беморнинг персонал ОФВ1 кўрсаткичини аниқлаш мақсадида ва вақти-вақти билан хавфни баҳолаш учун.

БА хуружлари аниқ модифицирланган мустақил омиллари:

- Астма белгилари ёмон назорати
- КДБА монотерапиясининг кўп қўлланилиши (ойига ≥ 1 ингалятордан, 200 дозадан кўп)
- ИГКС ноадекват терапияси: ИГКС тавсия этилмаган; ёмон боғлиқлик; ингаляция нотўғри техникаси
- Паст ОФВ1, айниқса нормадан $<60\%$
- Яққол психологик/ижтимоий-иқтисодий муаммолар
- Триггерлар таъсири: чекиш, аллергиялар
- Коморбид ҳолатлар: семизлик, риносинуситлар, тасдиқланган озиқ-овқат аллергияси
- Балғам ёки қон эозинофилияси
- Хомиладорлик

Бошқа муҳим мустақил хуруж хавфи омиллари:

- Интубация ёки БА бўйича интенсив терапия бўлимида даво
- сўнгги 12 ойида ≥ 1 оғир хуружлар

Битта ёки ундан кўп хавф омиллари мавжудлиги хуружлар хавфини оширади*, **симптомлар яхши назоратланса ҳам

Нафас йўллари фиксирланган обструкция хавф омиллари

- ИГКС терапия етарли эмаслиги ёки берилмаган
- Экспозиция: тамаки тутуни, хавфли кимёвий, касбий омиллар билан
- Дастлабки паст ОФВ1, шиллиқ сурункали гиперсекрецияси, балғам ёки қон эозинофилияси

Дориларнинг ножўя таъсири ривожланиши хавф омиллари

- Тизимли: тизимли ГКС кўп қўлланилиши; кучли таъсир этувчи ИГКС ёки юқори дозаларни қўллаш; шунингдек, Р450- ингибиторлар қўллаш
- Локал: кучли таъсир этувчи ёки ИГКС юқори дозалари, ингалиция ёмон техникаси

* Ҳар қандай хуружда адекват ушлаб турувчи терапияси кўриб чиқилиши керак

**Таърифга кўра, хуружли ҳафта - бу назоратланмаган астма ҳафтаси

Бронхиал астма клиникаси

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

4 жадвал. БА мавжудлиги оширувчи ва камайтирувчи клиник белгилар

БА эҳтимолини оширувчи клиник белгилар	БА эҳтимолини камайтирувчи клиник белгилар
→ Куйидаги аломатлардан бир нечтаси бўлса - хириллаш, нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги сиқилиш ва йўтал, айниқса: - кечаси ва эрта тонгда симптомларнинг кучайиши; - жисмоний фаолият, аллергия ва совуқ ҳаво таъсирида симптомларнинг пайдо бўлиши; - аломатлар аспирин ёки бета-блокаторларни қабул қилгандан кейин пайдо бўлади. ☐ анамнезда атопик касалликлар; ☐ қариндошларда астма ва/ёки атопик касалликларнинг мавжудлиги;→ Кўкрак қафасини тинглашда (аускултация) кенг тарқалган қуруқ хириллаш; ☐ Бошқа сабаблар билан изоҳланмаган паст ПСФ ёки ОФВ1 (ретроспектив ёки кетма-кет); ☐ Бошқа сабаблар билан изоҳланмаган периферик қон эозинофилияси	→ Яққол бош айланиши, кўз хиралашиши, парестезиялар; → Қуруқ хуштаксимон хириллашлар ёки нафас сиқишисиз сурункали продуктив йўтал; → Симптоматика билан кўкрак қафаси текширувларининг доимий нормал натижалари; → Овоз ўзгариши; → Фақат шамоллаш фонида симптомлар пайдо бўлиши; → Узоқ муддатли чекиш (20 қадокдан кўп/1 йилларда); → Юрак касалликлари; → клиник белгилари бўлиб, ПСВ ёки спирометрия нормал кўрсаткичлари

Изох. ПСВ – нафас чиқариш жадвал тезлиги; ОФВ1 – 1 секундда форсирланган нафас чиқариш тезлиги

• БА назорати баҳоланишида астма назорати саволномаси (АСQ-5) ва астма назорати бўйича тести (АСТ)

БА**фенотиплари**

[1-6]:

• **Аллергик БА** – кўп ҳолатларда болаликда бошланиб, беморда ёки қариндошларида бошқа аллергия касалликлар билан боғлиқ (атопик дерматит, аллергия ринит, озиқ-овқат аллергияси). Бу фенотипга нафас йўллари эозинофилли яллиғланиш хос. Аллергик БА фенотипи бор беморлар ингалицион глюкокортикостероидлар билан давога яхши жавоб беришади.

• **Ноаллергик БА:** Беморлар қисмида аллергия билан боғлиқ бўлмаган астма учрайди. Нафас йўллари яллиғланиши эозинофил, нейтрофилли, аралаш ва камгранулоцитар бўлиши мумкин. Ноаллергик БАга чалинган беморлар ингалицион глюкокортикостероидлар билан давога яхши жавоб бერмайди.

• **Аспиринли БА:** алоҳида фенотипга ажратилган, ацетилсалицил кислота ва бошқа ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларга сезувчанликда, нафас сиқиш хуружлари ва полипозли риносинусит кузатилади.

- **Кеч дебютли БА:** ёши катталарда учрайди, кўпроқ аёлларда, ноаллергик фенотипига мойиллиги борларда, ингаляцион глюкокортикостероидларнинг юқори дозаларни талаб қилинади, ёки ингаляцион глюкокортикостероидларга нисбий рефрактер бўлади.
- **Фиксирланган нафас йўллари обструкцияли БА:** Узок муддатли давом этган касаллиги бор баъзи беморларда персистирловчи ёки нотўлиқ қайтувчи обструкция нафас йўллари ремоделланиши хисобига ривожланади. ОФВ1/ФЖЕЛ нисбати адекват бронходилятациядан (сальбутамол 400 мкг), 0,7 дан паст, беморда СЎОК инкор қилинганда.
- **Семизлик билан кечадиган БА:** семизликка чалинган беморларда БА эозинофилли яллиғланиш билан боғлиқ бўлмаган яққол ифодаланган респиратор симптомлар кузатилади.

БА хуружларида ортиб боровчи хансираш, йўтал, хуштаксимон хириллашлар, ёки оддий даво терапиясини ўзгартиришини талаб қилувчи кўкрак қафасидаги оғриқ ривожланади. Бронхиал астма хуружларига ПСВ ва ОФВ1 пасайиши хос.

5 жадвал. БА хуружлари оғирлик даражаси

Ўрта оғир (ўрта оғир даражаси) астма хуружи	Қуйдаги мезонлардан бири: - Симптомлар кучайиши - ПСВ энг яхши ёки хисобланган натижанинг 50-75%ни ташкил этади - Тез ёрдам воситаларини қўллаш ортади $\geq 50\%$ ёки небулайзер шаклида қўшимча қўллаш. - Бронхиал астма белгилари билан боғлиқ тунги ўйғонишлар ва тез ёрдам воситалари қўлланилишига мухтожлик.
Астманинг оғир хуружи	Қуйдаги мезонлардан бири: - Энг яхши натижага кўра ПСВ 33-50% ташкил этади - Нафас олиш сони ≥ 25 дақиқада - Пульс ≥ 110 дақиқада - Битта нафас чиқаришда жумлани айтолмаслиги
Хаётга хавф солувчи астма	Қуйдаги мезонлардан бири: - Энг яхши натижага кўра ПСВ $< 33\%$ ташкил этади - Цианоз, $SpO_2 < 92\%$ - $PaO_2 < 60$ мм см.уст. Нормокапния ($PaCO_2$ 35-45 мм см.уст.) - Суст нафас ҳаракатлари, "соқов" ўпка - Брадикардия, Гипотензия - Чарчаш, Карахтлик, Кома
Фаталга яқин астма	- Гиперкапния ($PaCO_2 > 45$ мм см.уст.) ва ёки - Ўпка механик вентиляциясига эҳтиёж

Беморларни оғирроқ тоифага кирғизиш учун ушбу мезонлардан бири етарли.

Астматик статус – бу бронхиал астманинг 6 соатдан кўп вақт бартараф этилмаган хуружи ва симпатомиметик воситаларга резистентлик ривожланиши, бронхлар дренаж фаолияти бузилиши ва гипоксемия, гиперкапния ривожланиши билан кечади [4,50]. Замонавий таснифларда “астматик статус” термини “хаётга хавф солувчи бронхиал астма” ва “фаталга яқин” астма критерияларга мос келади [26].

3.2 Бронхиал астма диагностик мезонлари

Болаларда бронхиал астма ташхиси клиник қўйилади. У бронхлар обструкциясини бошқа сабабалари инкор қилинганда беморлар кузатуви ва симптомларга асосланган.

6 жадвал. Илк аниқланган БА ташхислаш белгилари [1, 18]

Касаллик анамнези	
Мезонлар	Ташхис асословчи маълумотлар
Хуштаксимон нафас Хансираш Йўтал Кўкрак қафасида оғирлик хисси	• 2 ва ундан кўп белгилар мавжуд • Вақт ўтиши билан белгилар ўзгариб интенсивлиги хам ўзгаради • Тунги пайт ва жисмоний зўриқишларда белгилар кучаяди • Жисмоний зўриқиш, кулги, аллергиялар , совуқ хаво, вирусли инфекциялар белгиларни кучайтиради
Тасдиқланган обструкцияни мавжудлиги	
Расмий тасдиқланган нафас чиқариш тезлигини бузилиши	ОФВ ₁ пасайиши фонида ОФВ ₁ /ФЖЕЛнинг норманинг энг паст кўрсаткичларига нисбатан пасайиши
Бронхолитик билан мусбат синама	ОФВ ₁ ортиши >12% ва >200 мл (ишончли ОФВ ₁ >15% ва 400 мл кўп синамани ўтказишгача). ≥4с, узок таъсир этувчи бронходилататорларни 24с давомида, , узок таъсир этувчи бронходилататорларни 36 соат давоитда бтр марта қабул қилиш.
Кунига 2 махал ўлчанадиган 2 ҳафта давомида ПСВ кўрсаткичнинг вариабеллиги	ПСВ суткалик ўртача ўзгарувчанлиги >10%
4 ҳафта давомида ўтказилган яллиғланишга қарши даво фонида ўпканинг фаолияти яхшиланиши	ОФВ ₁ > 12% ёки >200 мл ёки ПСВ>20% дастлабки кўрсаткичларига нисбатан кўпайиши
Жисмоний зўриқиш билан мусбат синамаси	ОФВ ₁ >10% ва >200 мл дастлабки кўрсаткичларига нисбатан камайиши
Мусбат бронхопровокацион синама	Метахолин стандарт дозаларда ОФВ ₁ кўрсаткичларнинг 20% пасайиши
Қабуллар орасида спирография кўрсаткичларининг вариабеллиги	Қабуллар орасида ОФВ ₁ >12% ёки >200 мл вариабеллиги, респиратор инфекциянинг инкор қилиниши лозим

7 жадвал. Ўтказилаётган даво фонида БА асословчи диагностик белгилари [1, 18]

Белгилари	Ташхисни асословчи маълумотлар
Респиратор симптомларнинг ва обструкция вариабеллиги	БА ташхисини асослаш. Назорат даражасини баҳолаш ва базисдавосини қайта кўриб чиқиш.

Обструкциясиз респиратор симптомларнинг вариабеллиги	Бронходилататорларни тўхтатгандан кейин сўнг спирографияни такрор ўтказиш (ҚТБД - 4 с, ГКС-УТБД нинг икки маротаба ишлатилиши 24с, ГКС-УТБД нинг суткада бир маротаба ишлатилиши 36 с) ёки хуруж вақтида. Кутилаётган ОФВ1 кўрсаткичидан >70% : бронхопровокацион синама ўтказинг. Натижа манфий бўлганида базис давонинг битта поғона паст кўриб чиқилиши керак ёки 2-4 хафтадан кейин қайта кўриб чиқинг Кутилаётган ОФВ1 кўрсаткичидан <70%: давонинг кейинги поғонасига ўтилади ва 3 ойдан кейин назорат қилинади (спирография қайталанади ва симптомлар баҳоланади)
Респиратор симптомларнинг мавжудлиги, ўпканинг нормал фаолияти ва обструкция йўқлиги	Бронходилататор тўхтатилгандан сўнг бронхолитик билан спирография ўтказиш. Кўрсаткичлар нормада бўлса альтернатив ташхис кўриб чиқилади. Давонинг поғонасини паст кўриб чиқилиши. Клиник белгилари қайталанса ва ўпканинг функцияси пасайганда астма тасдиқланади. Энг кам самарали олдинги дозадга ўтиш. Базис давонинг энг паст дозаларда симптомларда ва ўпканинг фаоллигида ўзгариш бўлмаса: базис давони тўхтатиш керак ва 12 ой давомида бемор назоратда бўлиш керак.
Доимий хаво етишмаслиги ва обструкция	3 ойгача кейинги поғонага ўтиши кўриб чиқилади , ундан кейин ўпканинг фаолияти ва клиник белгилари қайта баҳоланади. Даво натижаси бўлмаса, олдинги давони такрорлаш ва беморни қайта текширувга юбориш. Астма ва ЎСОКнинг оверлап синдромининг мавжудлиги кўриб чиқилади

Турли ёш даврларида диагностика

2 ёшгача болалар
· Аллергик касалликларга наслий мойиллик хос (айниқса она томонидан); · Озиқ-овқатларга, дори воситаларга нисбатан аллергия реакцияларнинг юқори частотаси, яккол ифодаланган тери аллергия белгилари, · ЎРВИ эрта ривожланиши билан бронхообструктив синдромнинг ўткир кечиши · бронхолитик давонинг яккол таъсири. · Бу белгиларнинг ҳеч қайсиниси (шу жумладан IgE) обструктив бронхит ва бронхиал астманинг дифференциал ташхислаш белгиси деб тан олинмайди.
2-5 ёшли болалар
· БА асосий ташхислаш мезони сўнгги йилда белгилар персистирланиши хисобланади. · Энг кўп учрайдиган триггерлар – вируслар · Физик юклама таъсиридаги БА бу ёш гуруҳида уникал фенотип хисобланади.
6 - 12 ёшли болалар

- Вируслар таъсиридаги ривожланадиган астма касалликнинг оддий шакли хисобланади.
- Аллергенлар таъсиридаги хуружларни ва мавсумийликни қийинчиликларсиз аниқлаш мумкин.

12 ёшдан катта ўсмирлар

- Ўсмирлик ёшда астма илк бор намоён бўлиши мумкин, физик юкламадаги бронхоспазм хавотирга ўринли.
- Бу ёш гуруҳидаги беморларда даво тактикаси танловида қийинчиликлар, мунтазам дори қабул қилишдан бош тортиш, кундалик чекловлар вужудга келиши мумкин. Кўпинча чекиш кузатилади.
- Бўғилиш кўркуви хавотир, кераксизлик хисси, тенгдошларидан фарқ хиссига олиб келади.

Бронхиал астма хуружида клиник болаларда қуруқ ёки кам балғамли йўтал (қусишгача), экспиратор хансираш, кўкрак қафасидаги қуруқ хуштаксимон хириллашлар, кўкрак қафаси катталашини, қутисимон перкуртор товуш аниқланади. Шовқинли хуштаксимон нафас масофадан эшитилади. Белгилар тунда ёки тонгда кучайиши мумкин. Бронхиал астма симптомлари кун дивомида ўзгаради. Айтиш жоизки, сўнгии 3-4 ойда барча белгиларни кўриб чиқиш ва сўнгии 2 ҳафтадаги безовта қилган белгиларга ахамият бериш керак. Хуштаксимон нафас шифокор томондан тасдиқланиши керак, ота оналар боланинг нафасидаги шовқинни нотўғри талқин қилиши мумкин.

3.3. Шикоятлар ва анамнез:

БА шикоятлари:

- хириллаш, нафас қисилиши, йўтал, кўкрак қафасидаги сиқилиш, ва яна бир нечта шикоятлар;
- шикоятлари кўпинча кечаси ёки ерта тонгда кучаяди;
- шикоятлар вақт ўтиши билан ва интенсивликда ўзгаради;
- Шикоятлар вирусли инфекциялар (шамоллаш), жисмоний машқлар, аллергия таъсири, об-ҳавонинг ўзгариши, қулиш, автомобил чиқиндиси, тутун, кучли ҳид каби омиллардан келиб чиқади. Беморларда астма назоратини баҳолаш учун астма назорати тестидан (АСТ) фойдаланиш тавсия этилади (1-илова).

Шарҳлар: Даволаш бошланганидан кейин 3 ойдан кечиктирмай астма назоратини қайта баҳолаш керак.

3.2 Жисмоний текширув:

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

- БАЭнг кўп учрайдиган шикоят хириллаш бўлиб, баъзи беморларда фақат мажбурий нафас чиқариш пайтида эшитилади.
- БА намоён бўлишининг ўзгарувчанлиги туфайли физик текширув вақтида нафас олиш ти

зимидаги ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин, бу астма ташхисини истисно қилмайди.

• Ҳаво оқимининг сезиларли даражада камайиши ("жим ўпка" деб аталади) туфайли астманинг оғир кучайиши пайтида хириллаш ҳам бўлмаслиги мумкин, аммо бундай даврларда нафас олиш бузилишининг бошқа белгилари одатда мавжуд.

• Юқори нафас йўллари текшириш аллергия ринит ёки бурун бушлиғидаги полипознинг белгиларини аниқлаши мумкин.

Нафас олиш пайтида крепитация ва хириллаш, шунингдек, бир томонлама аломатлар астма белгилари эмас.

НБ! Шикоятларнинг йўқлиги астма ташхисини истисно қилмайди.

3.5 Лаборатор текширувлар:

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

В.С.	Умумий қон таҳлили: дастлабки ташхис учун ҳам, вақт ўтиши билан ҳам Эозинофиллар сони даражаси (% ва мутлақ қийматлар) бўйича эозинофил яллиғланишни аниқлаш ва назорат қилиш учун тавсия этилади. Шу билан бирга, эозинофиллар сонининг кўпайиши ўзгарувчан неспецифик маркердир, аммо баъзи ҳолларда бу турли дорилар гуруҳларини (анти-ИЛ-5 ва бошқалар) қўллашнинг мумкинлиги ва кутилаётган самарадорлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Қон эозинофилларини ҳисоблаш формуласи: қон эозинофиллари сони $= 10 \times X \times Y$, бу эрда X - лейкоцитлар сони $\times 10^9 / \text{л}$, Y - эозинофиллар таркиби% .; Эозинофил катион оксил (ЭКО), триптаза, сенсбилизацияланган лимфоцитлар, базофилларни аниқлаш аллергия жараёнининг мавжудлигини тасдиқлаш учун қўшимча усуллардир. Балғамнинг умумий таҳлили: эозинофиллар сонининг кўпайиши (ҳар доим ҳам эмас). Балғамдаги эозинофилларнинг $\geq 3\%$ га ошиши, нафас йўллари эозинофил яллиғланишининг мезони ҳисобланади. Қон ва балғамнинг эозинофилияси астмада кучайиши ва қайтарилмас бронхиал обструкция ривожланиши учун хавф омилдир. • Аллергия диагностикаси: умумий IgE даражасининг ошиши, қон зардобидида турли хил алергенларга (чанг, майший, эпидермал, юқумли, инсект, озиқ-овқат, доривор, касбий ва бошқалар) ўзига хос IgE ни аниқлаш - ўсиш даражаси ўзгарувчан, аммо турли даволаш усуллари (АСИТ, анти-IgE ва бошқалар) мумкинлиги ва самарадорлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Лаборатория текширувларида бир ёки бир нечта характерли ўзгаришларни аниқлаш
------	--

	астма ташхисининг ишончлилигини оширади, аммо бу тадқиқотларнинг салбий натижалари астма мавжудлигини истисно қилмайди, шунингдек, турли хил аллергенларга хос IgE ни аниқлаш тавсия этилади.
--	--

3.6 Инструментал диагностика.

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

В · С	Спирометрия ҳаво йўллари обструкциясининг мавжудлиги ва оғирлигини баҳолаш учун афзал қилинган дастлабки тестдир. Такрорий ўпка функцияси тестлари кўпинча битта текширувдан кўра кўпроқ маълумот беради. Спирометриянинг нормал курсаткичи (ёки пикфлуометриянинг) астма ташхисини истисно қилмайди! Спирометрия натижаси оқим-ҳажм графигини, шунингдек, етарли даражада такрорланувчанлик белгиларини, мажбурий экспирация давомийлигини ва платони ўз ичига олиши керак. Астмага шубҳа қилинган барча беморларга бронходилататорлар таъсирида обструкциянинг қайтарилиш даражасини аниқлаш учун бронходилататор тестини ўтказиш тавсия этилади. БА ташхисининг асосий мезонлари: [1]: - ҳар хил оқим тезлигида обструктив ўзгаришлар мавжудлиги (ФВС, ПСВ, Тиффно индекси, СОС25-27 нинг бир вақтнинг ўзида пасайиши билан ёки бўлмасдан ФЕВ1 нинг 80% дан камайиши); - кўрсаткичларнинг вақт бўйича лабиллиги (динамикада); - ижобий бронходилататор тести (реверсивность тести, бронходилататор билан тест): ФЕВ1$\geq$12% га кўтарилади ва 200 - 400 мкг салбутамолни инҳалациядан кейин мутлақ ўсиш 200 мл ёки ундан кўпни та шкил қилади. Нафас олиш функциясининг нормал кўрсаткичлари билан, шунингдек те рапия / ёки бронходилататорларни қабул қилиш пайтида (айниқса ҚТБА 4 соат ичида, УТБА охирги 15 соат ичида) спирометрия пайтида кўрсаткичларнинг ўсиши кузатилм аслиги мумкин, аммо бу БАни истисно қилувчи омил эмас. Бундай ҳолларда ПСВни ҳар куни мониторинг қилиш тавсия этилади. Нафас олиш функциясининг н ормал кўрсаткичлари билан, шунингдек терапия / ёки бронходилататорларни қабул
-------------	--

қилиш пайтида (айниқса ҚТБА 4 соат ичида, УТБА охириги 15 соат ичида) спирометрия пайтида кўрсаткичларнинг ўсиши кузатилмаслиги мумкин, аммо бу БАни истисно қилувчи омил эмас. Бундай ҳолларда ПСВни ҳар куни мониторинг қилиш тавсия этилади.

Пикфлоуметрия - энг юқори экспиратор оқимни (ПСВ) аниқлаш. Энг яхши кўрсаткич нафас олишдан кейин 2 сониядан кўп бўлмаган пауза билан мажбурий маневрни бажаришга 3 марта уринишдан кейин қайд этилади. Маневр ўтирган ёки тик турган ҳолда амалга оширилади. Бронходилататорни ингалациядан кейин ПСВнинг 60 л / мин га ошиши (ёки бронходилататорни ингалациясидан олдин ўлчанган ПСВнинг $\geq 20\%$ қийматига) ёки кун давомида ПСВнинг 10% дан ортиқ ўзгариши астма мавжудлигини кўрсатади.



- ПСВ мониторинги:

Спирометрия ёки қўшимча диагностик тестларга кириш имкони бўлмаган БА клиник белгилари бўлган беморларда ҳаво оқимининг ўзгарувчанлигини тасдиқлаш учун камида 2 ҳафта давомида бир нечта ПСВ ўлчовларидан фойдаланиш тавсия этилади. ПСВ ўзгарувчанлиги фоиз сифатида ўртача кунлик ПСВ қийматига нисбатан максимал ва минимал қийматлар ўртасидаги фарқ сифатида ҳисобланади. Нафас олиш тизимининг типик белгилари бўлган беморларда ўртача кунлик ПСВ ўзгарувчанлигини аниқлаш (катталарда $>10\%$) астма ташхисини тасдиқлайди.

- ПСВ мониторинги натижалари клиник вазиятни ҳисобга олган ҳолда талқин қилиниши керак, чунки астманинг дифференциал диагностикаси кўпинча амалга ошириладиган касалликларда ПСВ ўзгарувчанлиги ошиши мумкин.

- Агар беморда касбий астма борлигига шубҳа бўлса, иш жойида ва ишдан ташқарида

ПСВни тез-тез қайд этиш муҳимдир.

•**Жисмоний машқлар тести -**

ОФВ1 нинг 10% ва 200 мл ёки ундан кўпроқ пасайиши астма белгисидир. Шубҳали беморлар деб аталмиш "Жисмоний зўриқиш астма", жисмоний фаолият пайтида нафас олиш йўллари шиллиқ қаватининг совиши ва қуриши натижасида келиб чиққан бронхоспазмни истисно қилиш учун жисмоний фаоллик билан бронхоконстриктор тестини ўтказиш тавсия этилади.

Спирометрия нормал диапазонда бўлган беморларда бронхиал гиперреактивликни (БГР) аниқлаш учун қўшимча тестларни ўтказиш керак. Ушбу тестлар етарлича сезгир бўлиб, улардан олинган нормал натижалар астма йўқлигини тасдиқлаши мумкин.

•**Метаколин билан провокацион ингаляция тестлари** ихтисослаштирилган хонада /стационарда ОФВ1 $\geq 80\%$ бошланғич қийматида ўтказилади. Ҳаёт учун хавфли бўлган бронхоспазмни ривожланиш хавфи туфайли уларни кенг қўллаш тавсия этилмайди. БГР га жавоб, доза эгри чизиғи концентрациясининг логарифмини чизиқли интерполяциясида н фойдаланган ҳолда ОФВ1 (ПК20 ёки ПД20) нинг 20% га пасайишига олиб келадиган чақирув агентининг концентрацияси (ёки дозаси) сифатида ҳисобланади.

Қўлланиладиган бошқа бронхоконстриктор тестлари билвосита провокацион воситалар (маннитол, жисмоний машқлар тести, аллерген аниқланган). Ушбу огоҳлантиришларга ижобий жавоб (яъни, ОФВ1 нинг 15% дан ортиқ пасайиши БАнинг ўзига хос кўрсаткичидир. Бироқ, бу тестлар метахолин ва гистамин тестларига қараганда камроқ ўзига хосдир, айниқса астмага қарши терапияни олган беморларда [19].

Бошқа диагностика усуллари:

•Астмада аллергик яллиғланишнинг қўшимча белгиси сифатида ҳаводаги азот оксиди (FENO) улушини ўрганиш тавсия этилади (6-жадвал) [23].

FENO (Нафас чиқаришдаги азот оксиди) асосан қон ва / ёки балғамдаги эозинофиллар даражаси билан боғлиқ, чунки Т2 яллиғланиш жавобининг фаоллигини акс эттиради, у эозинофил астмада кўтарилади ва ИГКСга яхши қисқа муддатли жавоб билан боғлиқ. Бироқ, FENO даражаси астма таъхисини қўйиш ёки истисно қилиш учун мезон эмас, Шунингдек, эозинофил бронхит, атопия ва аллергик ринитда қўпайди, чекувчиларда, бронхоспазм пайтида ва аллергик реакциянинг дастлабки босқичида камаяди.

FENO нормал курсаткичи қийматлари, айниқса шикоятлар бўлмаса, астма таъхисини истисно қилмайди.

Жадвал 8. Нафас олиш йўллариининг яллиғланишини баҳолаш усуллари:[12, 26]

Синов	Норм	Яроқлилик	
		Сезувчанлик	Ўзига хослик
Метаколин PC20	>8 мг/мл	Юқори	Ўртача
Жисмоний фаоллик	FEV ₁ га тушиш > 10% бошланғич курсаткичдан	Ўртача	Юқори
FENO	<25 ppb	Юқори	Ўртача
Қон эозинофиллари*	<4%	Юқори	Ўртача
Балғамдаги эозинофиллар	<2%	Юқори	Ўртача
PEF ўзгарувчанлиги (максималдан%)	<8** <20%***	Паст	Ўртача

Эслатма: ПК20 -

ОФВ1 нинг 20% га пасайишига олиб келадиган метахолиннинг провокацион концентрацияси; # даволанмаган беморларда; **кун давомида икки томонлама ўлчовлар билан; *** тўрт мартадан ортиқ ўлчовлар учун.

БА мавжудлигини тасдиқлашнинг қўшимча усули (ташхисни яқунлашдан олдин) синов даволаш самарадорлигини баҳолашдир: БА мавжудлигини кўрсатадиган мезон 4 ҳафталик асосий терапия курсидан кейин ОФВнинг сезиларли яхшиланиши - ўсишдир. $ОФВ1 \geq 12\%$ ёки бошланғич қийматлардан ≥ 200 мл (ёки ПСВ $> 20\%$). [26]

• Турли хил аллергенлар билан тери тестлари мустақил равишда ёки специфик IgE ни лаборатория аниқлаш билан биргаликда амалга оширилиши мумкин. Ижобий тери тести ёки мусбат специфик IgE мавжудлиги, бу алоҳида аллерген астма аломатларини келтириб чиқаришини англатмайди. Ижобий тест натижалари астма белгилари ва анамнез билан солиштирилади. Тери тестлари астма ва бирга келадиган патологиялар кучаймасдан, шунингдек тизимли кортикостероидлар, антигистаминлар, антилейкотриен препаратлари, бета-блокаторлар ва бошқаларни олмасдан ўтказилиши керак.

• Кўкрак қафаси органларининг рентгенологик текшируви
бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш, оғир тизимли реакцияларда турли органлар ва тизимларнинг шикастланиш даражасини баҳолаш, асосий касалликнинг кечишини тақлид қилиши ва оғирлаштириши мумкин бўлган бирга келадиган касалликларни аниқлаш;

• Қорин бўшлиғи ва тос аъзоларининг ультратовуш текшируви
Бошқа касалликлар билан дифференциал ташхис қўйиш, оғир тизимли реакцияларда турли органлар ва тизимларнинг шикастланиш даражасини баҳолаш, асосий касалликнинг кечишини тақлид қилиш ва оғирлаштириши мумкин бўлган бирга келадиган касалликларни аниқлаш учун кўрсатилади.

3.6 Мутахассис билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар:

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

- аллерголог-иммунолог билан маслаҳатлашиш;
- кардиолог билан маслаҳатлашиш (биргаликда ССД ни аниқлаш учун);
- невролог билан маслаҳатлашиш (биргаликда неврологик патологияларни аниқлаш учун);
- оториноларинголог билан маслаҳатлашиш (ЛОР аъзоларининг биргаликдаги патологияларини аниқлаш учун);
- гастроэнтеролог билан маслаҳатлашиш (овқат ҳазм қилиш органларининг биргаликдаги патологияларини аниқлаш учун).

Бронхиал астма билан оғриган беморга ташхис қўйиш

Бронхиал астма билан оғриган беморга ташхис қўйишда қуйидаги кетма-кетлик тавсия этилади: МКБ-10 кодини кўрсатувчи этиология, форма ва оғирлик босқичи Ташхисни шакллантиришга мисоллар.

Бронхиал астма - аллергик шакл, 3 поғона, ўрта оғир даража, назоратга олинган. Аллергик ринит йил бўйи, энгил кечуви. Уй чанги каначаларига сенсibiliзация. МКБ 10 J 45.0
Ноаллергик Бронхиал астма, эозинофил яллиғланишли, 4 поғона оғир кечуви, қисман назорат қилинган

тури. Полипли такрорланувчи риносинусит. Стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситаларини кутара олмаслик ("аспирин триадаси"). МКБ-10 J45.8

Бронхиал астманинг аллергик шакли, ўрта оғир кечуви хуруж даври
. Аллергик ринит, мавсумий тури, оғир кечуви. Усимлик чанги

аллергенларига (дарахтларга) сезувчанлик. МКБ-10 J 45.0

Бронхиал астма – ноаллергик форма, оғир кечуви, хуруж даври, астматик статус, компенсацияланган босқич. Семизлик II даража. МКБ 10 J 45.8

Дифференциал диагностика

Дифференциал диагностика ва қўшимча тадқиқотлар учун асослар[1.26]

Катталардаги бронхиал астманинг дифференциал диагностикаси

Бронходилататорни қўллашдан олдин ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7 деб белгиланган бронхиал обструкция мавжудлиги ёки йўқлигига қараб қуйидаги касалликлар ва шароитларда бажаринг:

Бронхиал обструкциянинг йўқлиги:

- сурункали йўтал синдроми;
- гипервентиляция синдроми;
- овоз пайчаларининг дисфункцияси синдроми;
- ГЕРБ (гастроезофагиал рефлюкс касаллиги);
- ринит;
- юрак касаллиги, ўпка артерияси эмболияси;
- ўпка фибрози.

Бронхиал обструкциянинг мавжудлиги:

- ХОБЛ;
- бронхоектазия;
- ёт жисм;
- облитерацияланувчи бронхиолит;
- катта нафас йўллариининг стенози;
- ўпка саратони;
- саркоидоз.

9-жадвал. Бронхиал астма диагнозини аниқлашда дифференциал диагностика:

Диагностика	Дифференциал диагностика учун асос	Текшириш усуллари	Муқобил таъхисларни истисно қилиш мезонлари
ХОБЛ, астма-ХОБЛ бир-бирига мос келади	Аломатларнинг ўхшашлиги, тез-тез кучайиши, терапиянинг тўлиқ самарасизлиги, 40	Бронходилататор тести билан спирометрия, пикфлоуметрия, балғам таҳлили, in	20 ёшдан олдин касалликнинг бошланиши, анамнезида узоқ муддат чекиш ва патоген

	ёшдан ошган беморнинг ёши, анамнезида чекиш, рентген ва КТда бронхит ва гиперинфляция белгилари	vitro/ in vivo аллергиянинг ўзига хос диагностикаси	заррачалар тасири бўлмаганлиги. Касаллик симптомларининг кечаси ёки ерталаб кучайиши, носпецифик тасирловчилар ёки аллергенлар билан контактниң боғлиқлиги. Симптомлар кунлар ёки ҳафталар давомида ўзгариб туриши Аллергиянинг оилавий ёки шахсий тарихи. Астманиң олдинги ташхиси. ФВД нинг хуружлар орасида нормал бўлиши ёки вақт ўтиши билан катта фарқ қилиши мумкин Анамнезида астма билан боғлиқ бўлган турли хил аллергенларга сезгирликнинг мавжудлиги. Балғам еозинофилияси.
Юқори нафас йўлларининг шикастланиши (юқори нафас йўлларининг шикастланиши билан сурункали йўтал синдроми, овоз пайчаларининг дисфункцияси, бегона жисмлар, полипоз ва бошқалар)	Инспиратор нафас қисилиши ёки ҳаво етишмаслиги ҳисси, обструктив ўзгаришларга нисбатан йўталнинг тарқалиши, характерли анамнез	Риноскопия, ларингоскопия, бронкоскопия, параназал синуслар, кўкрак қафаси рентгенограммаси ва / ёки компьютер томографияси, ЛОР шифокори билан маслаҳатлашиш	Юқори нафас йўлларининг шикастланишининг йўқлиги ушбу касалликларга хосдир, ЛОР шифокорининг хулосаси бу патологияларни истисно қилади.
Гастроезофагиал рефлюкс	Гастроезофагиал симптомларнинг мавжудлиги, ошқозон яраси тарихи, эрозив гастрит ва бошқалар. Бронхолитик терапиядан кейин	ФГДС. 24 соатлик рН мониторинги	Оддий ёки деярли нормал ФГДС қийматлари, ҲП учун салбий тестлар. Антирефлюкс терапиясидан таъсир етишмаслиги.

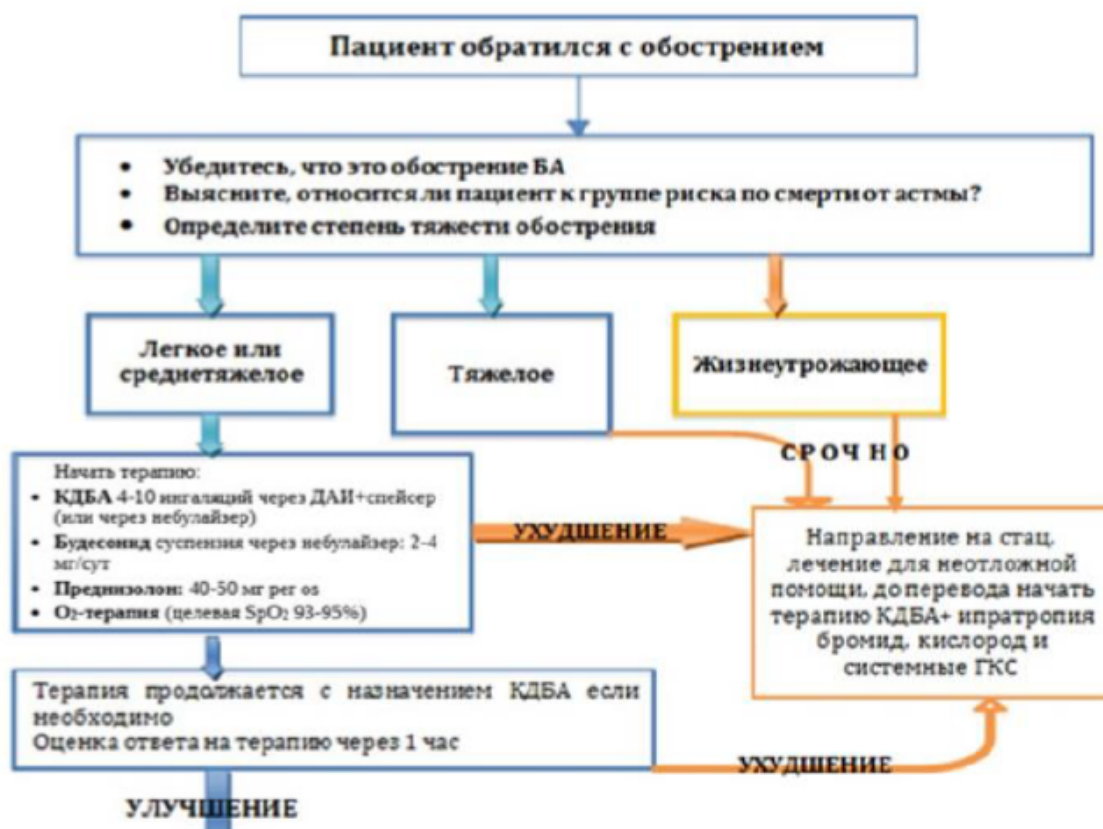
	эффект бўлмаслигию		
Аллергик Бронх-ўпка аспергиллоз	Тез-тез кучайиши, терапиянинг самарасизлиги, Қон тупуриш симптоми қўшилиши	In vitro аллергия диагностикаси, балғам таҳлили, бронкоскопия ювиндиси билан текшириш, ўпка рентгенографияси	Аспергиллус спп га умумий IgE ва ўзига хос IgE ва IgE нинг юқори титрларининг йўқлиги. Балғам ва бронкоскопия ювиндисиди замбурўғ контаминацияси белгилари йўқлиги. Антифунгал терапиянинг самарасизлиги.
Бронхоэктазия	Тез-тез қайталаниш, кўп миқдорда балғам ажалиши , айниқса шиллиқ йирингли, прогрессив кечиши, терапиянинг самарасизлиги	Ўпканинг рентгенограммаси ва компьютер томографияси, бронкоскопия, балғам тестлари	Расм диагностикаси, бронкоскопия, пастки нафас йўллариининг диффуз шикастланиши пайтида бронхоэктазнинг характерли белгиларининг йўқлиги. Яллиғланишнинг еозинофил характерлиги.
Ўпканинг интерстициал зарарланиши (фиброзланувчи касалликлар, ревматологик патологиялар туфайли ўпканинг шикастланиши ва бошқалар)	Прогрессив кечиши, нафас етишмовчилиги белгиларининг тарқалиши, кўп органларнинг шикастланиши, юқори СОЭ ва ревматик тестлар, терапия самараси йўқлиги	ОАК, Ревматик тестлар: СРБ, ревматик омил, АСЛО. ўпканинг рентгенографияси ва компьютер томографияси, бронкоскопия, балғам тестлари, ўпка биопсияси, ревматолог билан маслаҳатлашиш	Салбий текширув маълумотлари, ревматологнинг хулосаси, истисно қилинган касалликлар.
Ўпка туберкулёзи, турли шакллар	Узоқ муддатли йўтал, қон тупуриш, беморда озишнинг кучайиб бориши, ТВС тарихи, сил касаллиги билан оғриган беморлар билан алоқа, беморнинг характерли	ўпканинг рентгенограммаси ва компьютер томографияси, Диаскин тести, КБ учун балғам, фтизиатр билан маслаҳатлашиш	Ўпка туберкулёзи учун салбий текширув маълумотлари, ўпка туберкулёзини истисно қиладиган фтизиатрнинг хулосаси.

	ижтимоий ҳолати, ФГда фокал ўзгаришлар, терапиядан таъсир етишмаслиги.		
Ўпка шиши (марказий ва периферик)	Беморнинг кекса ёши, узоқ давом етган йўтал, гемоптиз, беморнинг кучайиши, юқори СОЭ, терапия самараси йўқлиги	ОАК, Ўпканинг рентгенограммаси ва компьютер томографияси, бронкоскопия, балғам тестлари, биопсия, онколог маслаҳати	Ўпка ўсмалари учун салбий текширув маълумотлари, ўпка ўсмалари бундан мустасно онкологнинг хулосаси
Дори воситаларининг ножўя таъсирлари	Астма белгиларининг боғлиқлиги, уларнинг турли дорилар гуруҳларини (АПФ ингибиторлари, бета-блокаторлар ва бошқалар) қабул қилиш билан мос келиши.	Кардиолог билан маслаҳатлашиш, кўзгатувчи омилларни бартараф етиш билан синовли даволаниш.	Ушбу дорилар гуруҳларини қўллаш тўхтатилгандан кейин астматик симптомларда ўзгаришлар йўқ.

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Бронхиал астмани даволашнинг мақсади касалликнинг клиник белгилари устидан назоратга эришиш ва уни ушлаб туриш, нафас йўллариининг яллиғланишини бартараф етиш, кучайиши ва келажакдаги хавфларнинг олдини олишдир. Келажакда астма кучайиши, нафас йўллариининг қаттиқ обструкцияси ва терапиянинг нохуш ножўя таъсирини минималлаштириш.

Бронхиал астма билан оғриган ҳар бир беморнинг симптомларни назорат қилиш, касаллик хуружи, орқага қайтмас бронхиал обструкция ва дори воситаларининг ножўя таъсирини баҳолаш тавсия этилади.



Дори воситаларисиз даволаш:

Бемор ва оила аъзоларига касаллик бўйича тушунча бериш. Бундан мақсад: беморни керакли маълумотлар билан таъминлаш, назоратни қандай сақлашни ўргатиш, ингаляция воситаларидан тўғри фойдаланиш, асосий ва шошилишч дори воситалари ўртасидаги фарқ, қачон тиббий ёрдамга мурожаат қилиш, ўз аҳволини қандай баҳолаш керак.

- Агар ушбу озиқ-овқатларга сезгирлик исботланган бўлса, баъзи озиқ-овқатларни истисно қилган ҳолда гипоаллерген элиминацион диета буюрилади.
- Кўзгатувчи аллерген билан алоқани, носпецифик тасирловчилар (касбий хавфлар, ифлослантирувчи моддалар, кучли ҳидлар ва бошқалар) таъсирини йўқ қилиш. Чекишни ташлаш (ҳам фаол, ҳам пассив).
- Стероид бўлмаган яллиғланишга қарши препаратлар қарши кўрсатма, агар астманинг ёмонлашиши ва ушбу дориларни буюриш ўртасида боғлиқлик мавжуд бўлса,
- Бронхиал дарахт санацияси ва дренаж функциясини яхшилаш учун массаж, нафас олиш машқлари, виброакустик эффектлар ва бошқалар қўлланилади.
- Алтернатив ва муқобил тиббиёт усуллари. Астма билан оғриган беморларда касалликнинг бориши ва ўпка функциясининг яхшиланишига ижобий таъсир кўрсатадиган далиллар йўқлиги сабабли, акупунктур, хитой тиббиёти, гомеопатия, гипноз, релаксация усуллари ва ҳаво ионизаторларидан фойдаланиш каби усуллардан фойдаланиш. тавсия етилмайди [1-3, 26].

Дори-дармонлар билан даволаш:

Астма учун дори терапиясининг қуйидаги турлари мавжуд:

□ мунтазам, назорат қилувчи (асосий): узоқ муддат қўлланилади; дорилар нафас йўлларида яллиғланишни камайтиради, симптомларни назорат қилишга ёрдам беради, касаллик хуружлари хавфини камайтиради;

- симптоматик (биринчи ёрдам): керак бўлганда қўлланилади, ўткир симптомларни енгиллаштиради.

Дори-дармонларни даволашни танлаш терапия бошланишидан олдин астманинг оғирлигига ва терапия пайтида астманинг доимий мониторингига боғлиқ. Терапия миқдорини танлашда босқичма-босқич ёндашувдан фойдаланиш тавсия етилади. Терапиянинг ҳар бир босқичида беморлар шошилишчи дори воситаларидан фойдаланишлари мумкин (қисқа ва узоқ муддатли бронходилататорлар (фақат формотерол).

Формотерол (ИГКС-формотерол) ўз ичига олган комбинацияланган дориларни "ягона ингалятор" режимида (4,5/80 ва 4,5/160 мкг дозалари учун мавжуд) назорат қилиш ва симптомларни енгиллаштириш учун қўллаш фойдаланиш мумкин.

Нафас олиш йўлларида ингаляцияланган препаратни етказиб бериш усули, клиник ҳолатга, кутилган нафас олиш кучига ва беморнинг хоҳишларига ва ингаляторнинг адекват турига қараб етказиб бериш мосламасини танлаш муҳим рол ўйнайди фойдаланиш техникаси терапияни тайинлашнинг мажбурий компоненти. Беморлар ўлчовли дозали аэрозол ингаляторларини (ДАИ) қўллашда енг катта қийинчиликларни бошдан кечиришади, камроқ қуқунли ингаляторларни (ПИ), юмшоқ туманли ингаляторлари (туманли юмшоқ ингаляторлар) ёки небулайзер шакллари (хуруж даврида).

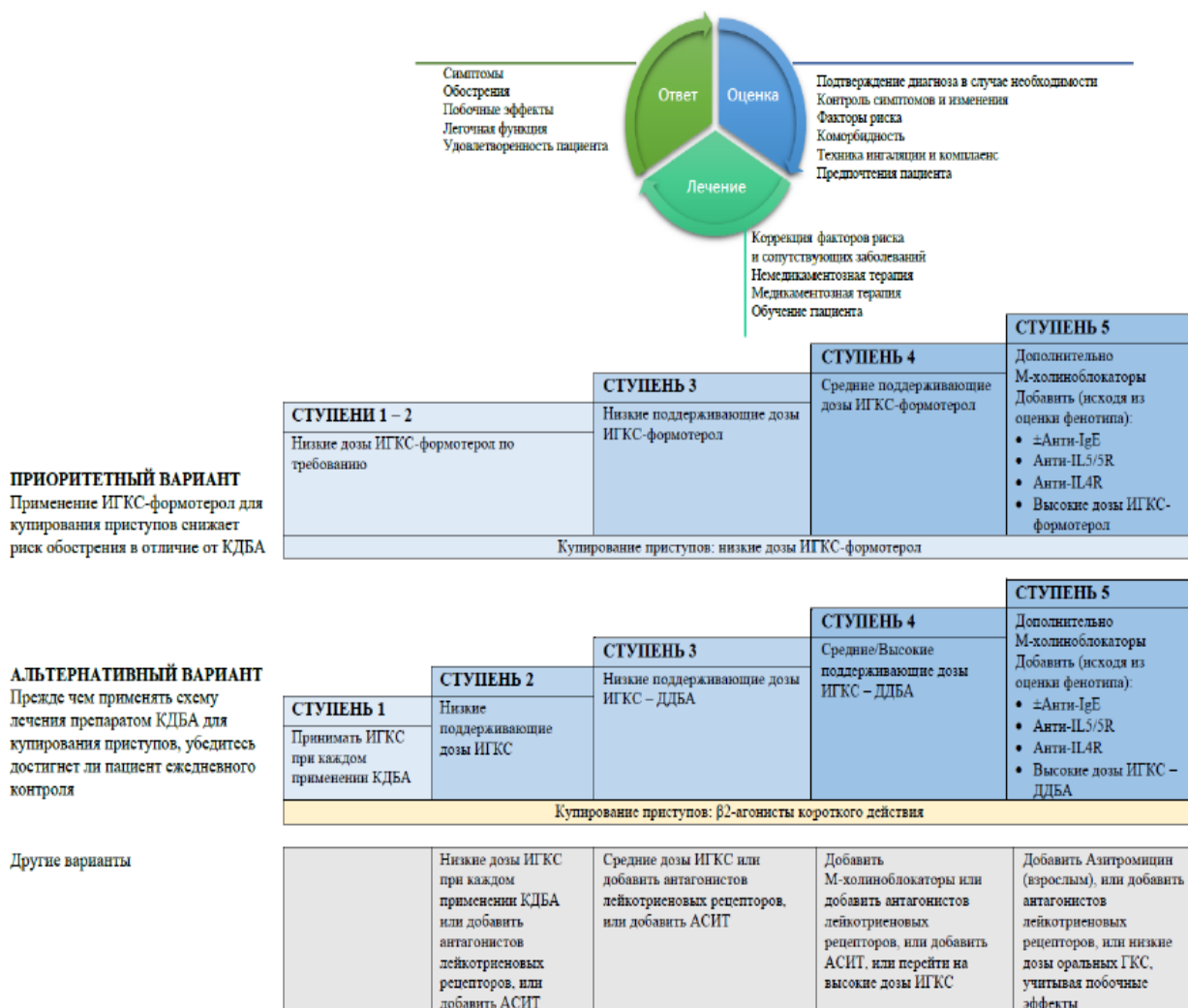
Ҳозирги вақтда астма билан оғирган барча беморларга астманинг оғир кучайиш хавфини камайтириш учун яллиғланишга қарши терапияни (паст дозали ИГКС) симптоматик ёки мунтазам равишда қўллаш тавсия етилади. ИГКС ҳар қуни асосий терапия сифатида ёки керак бўлганда ИГКС-формотеролнинг паст дозаларининг қатъий комбинацияси шаклида енгил астма учун симптоматик тарзда қўлланилиши мумкин.

ҚТБА монотерапияси тавсия этилмайди [1] ва ҳар бир ҚТБА фойдаланиш билан ИГКС қўллаш кўрсатилади, бу терапия самарадорлигини ошириши ва ҚТБА фойдаланиш частотасини камайтириши мумкин. ҚТБА ларни ҳаддан ташқари кўп ишлатиш хавфлидир: йилига ≥ 3 ҚТБА ингаляторларини қўллаш астма кучайиш хавфини оширади. Йилига ≥ 12 ҚТБА ингаляторларидан фойдаланиш астма билан боғлиқ ўлим хавфининг ошиши билан боғлиқ [48, 50]

Астма учун босқичма-босқич терапия [1, 2, 26]

Нафасни кейинги даволашни босқичма-босқич принцип бўйича (2-илова) унинг самарадорлиги ва клиник кўринишига қараб дори терапиясини ошириш ёки камайтириш тавсия етилади. Агар терапия самарасиз бўлса, юқори даражага ўтиш керак, лекин биринчи навбатда нотўғри ингаляция техникасининг ҳисобга олинмаган таъсирини, аллергиялар ва хавф омилларига таъсир қилишни ва нотўғри ташхис қўйиш еҳтимолини истисно қилиш керак.

БА назоратига эришилганда даражани пасайтириш мумкин, лекин назоратга эришилгандан кейин 3 ойдан олдин эмас ва хуруж хавфи паст (4-жадвалга қаранг). ИГКСни тўлиқ олиб ташлаш тавсия этилмайди.



1-ҚАДАМ(интермиттерловчи бронхиал астма, кучайиши ойига 2 мартадан кам ва хавф омиллари йўқ):

Устуворлик варианты.ИГКС-формотеролнинг паст дозалари талаб бўйича битта ингаляция сифатида. Будесонид/Формотеролнинг тавсия етилган максимал суткалик дозаси 54 мкг формотеролнинг умумий дозасига тўғри келади.

Муқобил вариант. Ҳар сафар ҚТБА дан фойдаланганда ИГКС-формотеролни қабул қилинг.

2-ҚАДАМ(одатда енгил персистирловчи астмага тўғри келади).

Приоритет вариант (катталар). Астма белгиларини бартараф етиш учун ИГКС-формотеролнинг паст дозаларини қўллаш тавсия етилади. Будесонид/формотеролнинг дозаси симптомларни йўқотиш учун қабул қилинган 160/4,5 мкг га тўғри келадиган бир марталик инҳалациядир. Будесонид/Формотеролнинг кун давомида тавсия етилган максимал дозаси 54 мкг Формотеролга тўғри келади. Илгари дори-дармонларни қабул

қилмаган катталар учун ИГКС – ҚТБА комбинацияланган препаратини ҳар куни ишлатиш тавсия етилади.

Муқобил вариант. ҚТБА га қўшимча равишда симптомларнинг кучайиши билан ИГКС нинг паст дозаларини кундалик фойдаланиш.

Бошқа вариантлар. ҚТБА дан ҳар фойдаланиш билан ИГКСнинг паст дозаларини қўллаш. АЛТлар хуруж даврида ИГКСга қараганда камроқ самаралидир. Препаратни буюришдан олдин шифокор барча хавф ва фойдаларни ҳисобга олиши керак, шунингдек, беморни мумкин бўлган нейропсихиатрик ён таъсирлар ҳақида хабардор қилиши керак.

3-ҚАДАМ(одатда ўрта оғир персистирловчи бронхиал астмага тўғри келади).

Устуворлик варианты. ИГКС-формотеролнинг паст дозаларини (Будесонид / Формотерол ёки Бесламетазон / Формотерол) парваришлаш терапияси сифатида ёки керак бўлганда (МАРТ терапияси) қўллаш. Формотеролнинг тавсия етилган максимал суткалик дозаси Будесонид/Формотерол комбинациясида 54 мкг ва беклометазон/Формотерол комбинациясида 36 мкг ни ташкил қилади.

Муқобил вариант. ИГКС – ҚТБА парваришлаш терапияси (Флутиказон пропионат/Формотерол, Будесонид/Формотерол, Мометазон/Формотерол, Мометазон/Индакатерол, Флутиказон фураат/Вилантерол, Флутиказон пропионат/Салметерол, Бесламетазон/Формотеролдан керак бўлганда фойдаланиш). Комбинацияланган дорилар.

Бошқа вариантлар. Астма назорати ёмон бўлган ва аллергия ринит билан оғриган беморларда сублингуал АСИТни кўриб чиқинг (Бошқа даволаш усулларига қаранг). Даволашнинг яна бир варианты лейкотриен рецепторлари антагонистлари ёки теofilлиннинг паст дозалари билан биргаликда ИГКС нинг ўрта дозалари ёки паст дозаларини оширишдир.

4-ДАРАЖА(одатда оғир персистирловчи бронхиал астмага тўғри келади).

Устуворлик варианты.Таргет терапияси ва астма симптомларини бартараф етиш ИГКС-Формотеролнинг (МАРТ терапияси) ўртача дозалари билан еришилади, бунда Формотеролнинг рухсат етилган максимал дозаси Будесонид/Формотерол учун 54 мкг ва Бесламетазон/Формотерол учун 36 мкг ни ташкил қилади.

Муқобил вариант. ИГКС – ҚТБА нинг ўрта ёки юқори дозаларини парваришлаш терапияси сифатида ва бронхиал астманинг кучайишларини бартараф етиш учун қўллаш, агар МАРТ терапияси мавжуд бўлмаса ёки бемор ҳозирги даволашда астма белгиларини назорат қилса, қўлланилади.

Бошқа вариантлар. ИГКС – ҚТБА нинг юқори дозаларини қўллаш фонида доимий назорат астма бўлса, 18 ёшдан ошган беморларга қўшимча равишда мускарин рецепторлари антагонистлари (М-антиколинержиклар) буюрилади, комбинацияланган дориларни қўллаш мумкин; Астма назорати ёмон бўлган ва аллергия ринит билан оғриган беморларда сублингуал АСИТни кўриб чиқинг (Бошқа даволаш усулларига қаранг). ИГКС нинг юқори ёки ўртача дозалари бўлган беморларни даволашнинг яна бир варианты лейкотриен рецепторлари антагонистларини ёки теofilлиннинг паст дозаларини қўшишдир.

5-ДАРАЖА(4-босқич оғир, назоратсиз астма, лекин доимий кунлик симптомлар ва тез-тез кучайиши билан).Қўшимча дорилар талаб қилинади - тиотропиум, туманли юмшоқ инхалер ва/ёки оғиз кортикостероидлари кўринишидаги минимал самарали дозаларда (бемор бу ҳақда хабардор қилиниши керак. кирувчи таъсирлар хавфи). Аллергик келиб чиқиши бўлган ўртача ёки оғир астма учун, бошқа дориларнинг комбинацияси (жумладан, ИГКС ёки оғиз кортикостероидларининг юқори дозалари) билан бошқарилмайдиган қўшимча терапияни қўллаш тавсия етилади (мақсадли, биологик).

Астма учун биологик терапия[1, 2, 26, 37, 39-42]

Оғир бронхиал астма (ОБА) стандарт дори-дармонларнинг тавсия етилган максимал дозаларини қўллаш билан ҳам касалликни назорат қилишнинг мумкин емаслиги ёки уни фақат максимал дозаларда, шу жумладан оғиз / тизимли глюкокортикостероидларни мунтазам равишда қўллаш билан еришиш қобилияти билан тавсифланади.

АД учун мақсадли биологик терапия аллергия ёки еозинофил яллиғланишнинг биомаркерлари бўлган Т2 фенотипли беморлар учун қўшимча терапия сифатида кўриб чиқилади.

Мақсадли биологик терапия препаратлари оғир бронхиал астма ташхиси тасдиқланган беморларда, агар ИГКС нинг юқори дозалари билан асосий терапия камида 6 ой давомида самарасиз бўлса, ИГКС нинг тез-тез курслари (планшетлар, инфузиялар) 2 ёки ундан кўп марта қўлланилганда фойдаланиш учун буюрилади. бир йилда, адекват инҳалация техникаси ва терапияга юқори риоя қилган ҳолда, қўзғатувчи аллергия ва қўзғатувчи омилларни (фаол ва пассив чекиш, дори воситаларининг ноҳўя таъсири, касбий хавф омиллари) максимал даражада йўқ қилиш билан.

Муайян беморда мақсадли биологик терапия учун муайян дори воситасини танлаш, дозаси, қабул қилиш частотаси, курс давомийлиги, шунингдек терапияни давом еттириш ва бир дори воситасидан бошқасига ўтиш муайян беморда ҳудудий ёки республика кўп тармоқли эксперт комиссиясининг қарори билан ҳал қилинади. оғир бронхиал астмани мақсадли даволаш бўйича.

Анти ИЛ-5/ИЛ-5Р (бенрализумаб)[2, 41, 42] (ЛЕ Б)

Тасир механизми: Бенрализумаб интерлейкин-5 рецепторлари (ИЛ-5Р α) нинг алфа бўлинмаси билан боғланади. Бошқа анти-ИЛ-5 препаратлари билан солиштирганда, бенрализумаб айниқса айланма эффектор хужайраларига, шунингдек ўпка тўқималарининг эозинофиллари ва базофилларига таъсир қилади ва нафақат эозинофилларнинг тўпланиши, фаоллашиши ва мобилизациясини танлаб инҳибе қилади, балки эозинофилларнинг йўқ бўлиб кетишига ёрдам беради. айланма қон ва суяк илиги ва мақсадли тўқималардан, айниқса астма билан оғирган беморларнинг ҳаво йўллари ва ўпкаларидан, бу еозинофил яллиғланишни сезиларли даражада камайтиради.

Қўллаш мезонлари

Бенрализумаб оғир астма ва эозинофил фенотипи (периферик қонда еозинофиллар сони ≥ 150 хужайра/мкл) бўлган беморларда қўшимча даволаш сифатида ИЛ-5 рецепторлари алфасига қарши қаратилган моноклонал антикордир. Шунини таъкидлаш керакки, бенрализумаб билан даволанишни бошлашдан олдин, ехинококк, стронгилоидоз ва бошқалар каби олдиндан мавжуд бўлган гельминт инфекциялари даволаниши керак.

Индивидуал дозалашни талаб қилмайди, биринчи 3 та инъекция учун ҳар 4 ҳафтада бир марта, кейин еса ҳар 8 ҳафтада бир марта тери остига киритилади. Агар инъекция белгиланган вақтда ўтказиб юборилган бўлса, уни имкон қадар тезроқ бажариш керак; ўтказиб юборилган доза туфайли икки марталик дозани буюриш мумкин эмас

Анти-ИЛ5/ИЛ5Р терапиясига жавобни кўрсатувчи омиллар:

- қонда эозинофилларнинг юқори даражаси
- хуружларнинг юқори частотаси
- катта ёшда бронхиал астманинг бошланиши
- бурун полипоз
- асосий терапия сифатида орал кортикостероидларини қабул қилиш.

Терапия давомийлиги камида 4 ой, сўнгра жавоб баҳоланади.

Бенрализумабни қўллаш кўпчилик беморларга сИГКС дозасини олиб ташлаш ёки физиологик 5 мг га камайтиришга имкон беради [48,49]

Анти IgE терапияси (омализумаб). [1, 2, 39] (УД Б)

Тасир механизми- еркин IgE ни боғлаш ва унинг маст хужайралари, базофиллар ва 1-тоифа аллергик яллиғланишнинг бошқа иштирокчилари рецепторлари билан ўзаро таъсирини олдини олиш [39].

Қўллаш мезонлари

Омализумаб оғир IgE га боғлиқ бўлган бронхиал астма билан оғриган, умумий IgE концентрацияси 30 дан 1500 ИУ / мл гача бўлган беморларга, йил давомида аллергенларга (уй чанг каначалари, юнг ва ҳайвонларнинг сочлари, замбуруғ ва бошқалар) сезгирлиги тасдиқланган бўлса, кўрсатилади.

Препарат беморнинг тана вазнига ва умумий IgE нинг бошланғич даражасига қараб индивидуал равишда дозланади ва ҳар 2-4 ҳафтада бир марта тери остига инъекция шаклида буюрилади.

Анти-IgE терапиясига яхши жавобни кўрсатадиган белгилар:

- тери прик тестлари ёки ўзига хос IgE бўйича сенсibilизация
- умумий IgE даражаси ва беморнинг тана вазни мумкин бўлган дозалаш режимида

- ўтган йилдаги хуружлар

Терапия давомийлиги камида 4 ой, сўнгра жавоб баҳоланади.

Анти-ТСЛП /TSLP (тезепелумаб) [1, 2, 44-47] (УД Б)*

Тасир механизми: Тезепелумаб* тимик стромал лимфопоетинга (ТСЛП) қарши қаратилган моноклонал антитана (IgG2λ), бўлиб, унинг ТСЛ рецепторлари билан ўзаро таъсирини олдини олади. Бронхиал астмада ҳам аллергик, ҳам аллергик бўлмаган қўзғатувчилар ТСЛП ишлаб чиқаришни келтириб чиқаради. ТСЛП ни тезепелумаб* билан блокировка қилиш нафас йўлларидаги яллиғланиш билан боғлиқ биомаркерлар ва цитокинларнинг кенг доирасини камайтиради (масалан, қон еозинофиллари, нафас йўлларидаги шиллик ости қаватидаги еозинофиллари, IgE, FeNO, ИЛ-5 ва ИЛ-13).

Тезепелумабдан фойдаланиш мезонлари

Тезепелумаб оғир астма билан оғриган беморларда ёрдамчи даволаш учун ишлатилади. Қондаги минимал еозинофил ёки FeNO, даражаси талаб қилинмайди.

Тезепелумаб* нинг таъсири етилган дозаси тери остига ҳар 4 ҳафтада 210 мг ни ташкил қилади.

ЦЛП терапиясига жавобни башорат қилувчи омиллар:

- қондаги еозинофилларнинг юқори даражаси +++
- юқори даражадаги FeNO, +++

Тезепелумаб* узок муддатли даволаниш учун мўлжалланган. Терапияни давом еттириш тўғрисидаги қарор беморнинг астма назорати даражасига қараб йилига камида бир марта биргаликда қабул қилиниши керак.

IL-4Pa (дупилумаб) га моноклонал антитана[1, 2, 51-53]*

Тасир механизми: Дупилумаб ИЛ-4 ва ИЛ-13 сигнализациясини инхибе қилади; бошланғич доза - 400 ёки 600 мг, кейин - 200 ёки 300 мг тери остига ҳар 2 ҳафтада бир марта) ИГКС қабул қилувчи гормонга боғлиқ астма билан оғриган беморларда еозинофил астма фенотиби бўлган 12 ёш ва ундан катта беморларга таъсири етилади.

Қўллаш мезонлари

Дупилумаб гормонга боғлиқ оғир астма ва еозинофил фенотиби (периферик қонда еозинофиллар сони ≥ 150 хужайра/мкл) бўлган беморларда қўшимча даволаш сифатида ишлатилиши мумкин. Шунинг таъкидлаш керакки, ечинококк, стронгилоидоз ва бошқалар каби гельминт инфекцияларини истисно қилиш керак. еозинофилия сабаби сифатида ва уларни даволаш унинг рецепти бўйича қарор қабул қилинишидан олдин яқунланиши керак

*Рўйхатдан ўтмаган дори воситаларидан фойдаланиш қоидаларига мувофиқ.

АСИТ га кўрсатма :

- ИгЕ-га боғлиқ шакли , тери аллергияси тестларининг ижобий натижалари ва/ёки қон зардобадаги ўзига хос ИгЕ даражасининг ошиши билан тасдиқланган.
- аллергияга аниқланган сезгирлик ва касалликнинг клиник кўринишлари ўртасидаги тасдиқланган боғлиқлик
- енгил ва ўртача даражадаги бронхиал астма (назорат остида ёки қисман назорат остида), асосий терапия фонида ОФВ1 кўрсаткичлари>70% бўлган беморлар. ПСВ ва ОФВ1 нинг спирография кўрсаткичлари АСИТнинг бутун даври давомида назорат қилинади, БА учун асосий терапия тегишли ҳажмда давом этади ва даволовчи шифокор томонидан созланади;
- турли сабабларга кўра аллергияларни бутунлай йўқ қилишнинг иложи бўлмаганда назоратиз астма.

Астмани АР билан биргаликда даволаш:

Даволанмаган АР астма курсини ёмонлаштириши мумкин (УД А ни ўз вақтида даволаш астманинг кучайиши частотаси ва зўравонлигини камайтириши мумкин, айниқса доимий, йил давомида маиший аллергияларга сезгирлик билан); бирга келадиган бурун полипозиси [33, 44]. Маҳаллий бурун учун глюкокортикостероидлар ва бошқа препаратлар қўлланилади. [20, 26].

Емлаш: астма билан боғлиқ инфекциялар (масалан, грипп, ЛЕ Д) хавфини камайтиради, аммо астма кучайишининг оғирлигини камайтирмайди (ЛЕ А) [1]. Пневмококк касаллигига қарши емлаш, айниқса, қарияларда (ЛЕ Д) потенциал фойда келтиради [1,25].

СОВИД-19 вакциналари анафилактик шок ҳолатида шошилишч ёрдам кўрсатиши мумкин бўлган соғлиқни сақлаш муассасаларида қўлланилиши керак. Вакциналар полиэтилен гликолга ёки вакцинанинг бошқа таркибий қисмларига маълум аллергияси бўлган одамларда қўлланилмаслиги керак. [1]

Д витаминини қўллаш: Д витамини етишмовчилиги ўпка функциясининг бузилишига, алевленмелерин кучайишига ва ИСС таъсирининг пасайишига олиб келиши мумкин [43]. Д витамини қўшимчаси астма назоратини яхшилашга ёрдам беради ва алевленме хавфини камайтиради.

Кучланишни даволашнинг асосий чора-тадбирлари (уларни тайинлаш тартибида ва кучайишнинг оғирлигига қараб) тез таъсир қилувчи бронходилататорларнинг такрорий инҳалацияси, тизимли кортикостероидларни ерта қўллаш, инҳалер кортикостероидларнинг дозаларини қўшиш ёки ошириш, кислородли терапияни ўз ичига олади.

Даволашнинг мақсади бронхиал обструкцияни ва ҳипоксемияни имкон қадар тезроқ бартараф етиш ва кейинги релапсларнинг олдини олишдир.

Терапия бошланиши билан параллел равишда астма кучайишининг оғирлиги баҳоланади (5-жадвал). Амбулатория босқичида астманинг ўртача оғир (ўртача зўравонлик) кучайиши аломатларини енгиллаштиришга еришиш мумкин. Оғир, ҳаёт учун хавфли ва ўлимга яқин астманинг кучайиши шошилишч касалхонага ётқизишни талаб қилади.

енгил ёки ўртача астманинг кучайиши: (гапирганда нафас қисилиши, алоҳида ибораларда гапиради, узоқдан хириллаш, юрак уриши 100-120, ПЕФ 60-80%, SpO2 91-95%) салбутамол 0,5-1,0 мл ёки ипратропиум бромиди / фенотерол гидробромид 15-60 томчи х/ш небулизер + будесонид суспензияси х/ш небулизер 1000-2000 мкг (1-2 туманлик). Ҳеч қандай таъсир бўлмаса, 20 дақиқадан сўнг бронходилататорнинг инҳалациясини такрорланг. Биринчи соатда 20 дақиқалик интервал билан 3 та инҳалация мумкин. . Агар таъсир етарли бўлмаса, қўшимча преднизолон 20-30 мг бошига, ив 60-90 мг. Агар вазият

яхшиланса (ПСВ> кутилган ёки индивидуал равишда энг яхши қийматдан 80%) ва бу ҳолат 3-4 соат давом еца, беморга қўшимча тайинлаш ёки касалхонага ётқизиш керак емас. Агар бир соат ичида қўрилган чоралар самарасиз бўлса, шошилинч касалхонага ётқизиш керак. (2-3 расм)

9-жадвал. Муҳим дори воситалари рўйхати (100% фойдаланиш еҳтимоли бор):

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро нодавлат номи	Фойдаланиш бўйича кўрсатмалар	УД
Ингаляцион глюкокортикостероидлар (ИГСС)	Будесонид	Ингаляция учун суспензия, дозаланган (небулизер учун) 0,250, 0,500 мг	А
	Будесонид	ДАИ 200мкг	А
	Флутиказон	ДАИ 50, 125, 250мкг	А
	Сиклезонид	ДАИ 80, 160 мкг	А
	Беклометазон	ДАИ 100, 250 мкг	А
ГКС формотерол билан	формотерол/	ДАИ, 4.5/80, 4.5/160,	А

биргаликда	будесонид	6/200 мкг	
	формотерол/ будесонид	ДПИ (ингаляция учун дозаланган кукун) 4,5/80, 4,5/160, 9/320 мкг	А
Лейкотриен антагонистлари рецепторлари	Монтелукаст	Таблетка 4, 5, 10 мкг	А
Глюкокортикоидлар	Преднизалон	Таблетка 5мг	А
	метилпреднизалон	Таблетка 4, 16 мг	А
	Преднизалон	Ампула 30 мл\мг	А
	Дексаметазон	Ампула 4 мл\мг	А

10-жадвал. Қўшимча дори воситалари рўйхати (фойдаланиш еҳтимоли 100% дан кам):

Дори гуруҳи	Препаратнинг халқаро нодавлат номи	Фойдаланиш бўйича кўрсатмалар	УД
Глюкокортикоидлар	<i>Метилпреднизолон</i>	<i>инъекция учун кукун тайёрлаш, 250 мг</i>	Б
Танланган бета-2 адренергик агонистлари	салбутамол	ДАИ 100мкг	А
	салбутамол	Ингаляция учун еритма (небулизер	А

		орқали, 5 мг/мл)	
САБАлар антиколинержиклар билан биргаликда	Фенотерол/ ипратропиум	ДАИ 50\21мкг	А
	Фенотерол/ ипратропиум	Небулизер еритмаси, 25/12,5 мг/мл	А
Кортикостероидлар билан биргаликда узоқ муддатли Б2- агонистлари	Салметерол/ Флутиказон	МДИ, 25/50, 25/125, 25/250 мкг	А
	Салметерол/ Флутиказон	ДПИ (ингаляция учун дозаланган кукун) 50/100, 50/250, 50/500 мкг	А
	Вилантерол/ Флутиказон	ДПИ (ингаляция учун дозаланган кукун) 22/92, 22/184 мкг	А
	Формотерол/ беклометазон	ДПИ (ингаляция учун дозаланган кукун) 6/100 мкг	А

Антихолинергиклар	Тиотропиум бромид	Ингаляция учун еритма 2,5 мкг / дозада	А
		Ингаляция учун кукун, 18 мкг / доза	А
Адрено- ва допаминомиметика	Епинефрин	Ампулалар, 0,18%	А
Бурун кортикостероидлари	Мометазон	Бурун спрейи, 50 мкг	Б
	Беклометазон	Бурун спрейи, 50 мкг	Б
	Флутиказон	Бурун спрейи 27,5 , 50 мкг	Б
моноклонал антикорлар, боғловчи еркин ИгЕ	Омализумаб	учун кукун инъекцияларни тайёрлаш, 150 мг	Б
Интерлейкин 5 рецепторларига моноклонал антикорлар	Бенрализумаб	тери остига юбориш учун еритма, 30 мг/1 мл	Б
ИЛ-4Ра га моноклонал	Дупилумаб	Тери остига юбориш	Б

антикорлар		учун еритма 150 мг/мл, 175 мг/мл	
Тимик стромал лимфопоетинга моноклонал антикорлар	Тезепелумаб	Тери остига юбориш учун еритма, 210 мг, 110 мг/1 мл	Б

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида рўйхатдан ўтмаган дори воситалари.

4.3 Жарроҳлик даволаш

Амалга оширилмади

Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Самарасиз амбулатор терапия билан назоратиз ўртача ва оғир астма.
- Мақсадли биологик терапиянинг дастлабки инъекцияларини ва кейинги биологик терапия инъекцияларини амалга оширинг (ўткир аллергик реакциялар ёки бошқа хавф омиллари тарихи мавжуд бўлса).
- Агар амбулатор шароитда бу манипуляцияларни амалга оширишнинг иложи бўлмаса, ин виво жонли махсус текширувни ўтказиш (бронхопровокацион тест, аллергенга хос ингалацион тест, ин виво аллерген билан тест).

Шошилинич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- амбулатор терапия самарасиз бўлган астманинг ўртача даражада кучайиши;
- астманинг оғир кучайиши (ҳаёт учун хавфли астма / ўлимга яқин астма);
- астматик ҳолат.

5. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:
https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

Беморни кузатиш картаси, беморни йўналтириш.

Бронхиал астма хуружи кучайиши билан касалхонага ётқизилади, мажбурий ҳолат буйича ташрифиди ҳамда Реанимация ва интенсив терапия бўлимига ўтказиш имконияти мавжуд. Беморлар Пулмонология, аллергия ёки терапевтик (соматик) бўлимига муурожаат этишади. Астмадан ўлим хавфи юқори бўлган куйидаги омилларга эга беморлар алоҳида эътиборга лойиқдир [1,2]:

- Анамнездан астманинг ҳаёт учун хавфли булган хуружини ўтказгани
- Анамнездан Астма хуружининг кучайиши туфайли ўпканинг сунъий вентилация ишлатилинганлиги ;
- Анамнезда пневмоторакс ёки пневмомедиастинум касаллигини ўтказганлиги ;
- Охириги йил давомида астма хуружининг кучайиши туфайли касалхонага ётқизилинганлиги;
- психологик муаммолар (касалликнинг инкор этилиши, нафас қисилиши идрокининг пасайиши, ваҳима ҳужумлари, дори-дармонларни ҳаддан ташқари ошириб юбориш мойиллиги);
- яқинда дозани кескин камайтириш ёки ГСС ни тўлиқ тўхтатиш;
- терапияга паст мойиллик.

Астманинг ҳаёт учун хавфли кучайиши билан оғриган беморлар тўғридан-тўғри касалхонага сунъий ўпка вентилациясига ётқизишни талаб қилади, асосий кўрсаткичлар: заиф нафас олиш ҳаракатлари, "жим ўпка", цияноз, брадикардия ёки гипотензия, чалкашлик ёки кома. Беморнинг аҳволи барқарорлашганда, бемор бўлимига ўтказилади.

Дориларсиз даволаш:

Гипоаллерген элиминацияли диета.

Режим. Потенциал аллергиялар билан алоқа қилишнинг максимал чекланиши, ўзига хос бўлмаган кў'у'зг'овчи хусусият берувчи таъсири (хлор ўз ичига олган антисептиклар, уй кимёвий моддалари, ифлослантирувчи моддалар, кучли ҳидлар, совуқ ёки ҳаддан ташқари қизиқ кетган ҳаво, ҳаддан ташқари намлик ва бошқалар) Чекишни ташлашни рағбатлантириш (ҳам фаол, ҳам пассив).

Кислород терапияси:

Астма хуружи кучайиши пайтида кислородли терапиянинг мақсади SpO₂ ни 93-95% оралиғида ушлаб туришдир. Гипоксемияни учун кислород бурун канюллари орқали 1-4 л / мин оқим билан ишлатилади (далил даражаси Б). РаО₂ 60 мм с.у. дан ошмаса, гипоксемиянинг бошқа сабабларини кўриб чиқиш керак (к,уюк, шиллик билан бронхиал обструкция туфайли ўпканинг булакли ателектази, пневмоторакс, ўпка эмболияси).

Астма хуружини дори воситалари билан даволаш:

Бемор ҳар қандай босқичда (амбулатория, бирламчи тиббий ёрдам, тез ёрдам ва шошилиш тиббий ёрдам, тез ёрдам хонаси, шифохона) билан боғлангандан бошлаб дарҳол амалга оширилади.

К,узгашларни даволашнинг асосий чора-тадбирлари (уларни тайинлаш тартибида ва к,узгашларнинг оғирлигига қараб) тез таъсир қилувчи бронходилататорларнинг такрорий ингаляцияси, тизимли кортикостероидларни эрта қўллаш, ингаляцион кортикостероидларнинг дозаларини қўшиш ёки ошириш, кислородли терапияни ўз ичига олади.

Даволашнинг мақсади бронхиал обструкцияни ва гипоксемияни имкон қадар тезроқ бартараф этиш ва кейинги рецидивларнинг олдини олишдир.

- ўртача оғир - астма кучайиши: (гапирганда нафас қисилиши, алоҳида ибораларда гапиради, дистанциали хириллаш, юрак уриши 100-120, ПСВ 60-80%, SpO₂ 91-95%) амбулатор даволанишни бошлаш асосида ёки фавқулудда босқичда, агар кўрилган чоралар самарасиз бўлса, шошилиш касалхонага ётқизиш бир соат ичида амалга оширилади ва кейинги даволаш астманинг оғир кучайишига ўхшаш алгоритмга мувофиқ амалга оширилади (2, 3-расм).

– Оғир астманинг кучайиши: (дам олишда нафас қисилиши, алоҳида сўзларда гапириш, нафас олиш тезлиги >30, қўзғалиш, юрак уриш тезлиги >120, ПСВ<60% ёки <100л/мин, цианоз, SpO₂<90%) салбутамол ёки Ипратропиум бромиди/фенотерол гидробромиди бир хил дозаларда + небулайзер орқали будесонид суспензияси 1000-2000 мкг (1-2 небула), плус преднизолон 30-60 мг per os ёки 90-150 мг в/и (агар оғиз орқали қабул қилиш имкони бўлмаса). Терапия бошлангандан сўнг, бемор шошилиш касалхонага ётқизилади, агар керак бўлса, ташиш пайтида реанимация бўлимида, қисқа таъсир этувчи ,бета-2-агонистлар ва ингаляцион кортикостероидлар билан небулайзер орқали ингаляция терапияси давом эттирилади, кислородли терапия пульс оксиметрия билан назорат қилинади; SpO₂>90%. Касалхонада вазият доимий равишда назорат қилинади (ПСВ, SpO₂, артериал қон газлари ва агар керак бўлса, бошқа тадқиқотлар) ҳар 1-2 соатда кейин рецептларни сошлаш билан. ПСВ прогноз қилинганнинг 60-80% ни ташкил қилганда, кислородли терапия, бета-2-агонист ва антихолинэргик дори (ҳар 60 дақиқада) ва оғиз кортикостероидларни ингаляциялаш давом эттирилади. 3-4 соат ичида барқарор яхшиланишга эришилганда, ИГКС дозасини 2-4 барабар ошириш ва бошқа асосий дориларни қўшиш (босқичли терапия) билан амбулатор даволаниш учун бўшатиш мумкин.

- Агар аҳвол яхшиланмаса ёки янада ёмонлашса, беморни реанимация бўлимига ўтказинг: юқоридаги терапияни давом эттириш, кортикостероидларни томир ичига юбориш, керак

бўлганда интубация ва механик вентиляция ($PCV < 30\%$, $PaO_2 < 60$ мм с.у., $PaCO_2 > 45$ мм с.у.) (3-расм).

Ҳаёт учун хавфли ҳолат: (онгнинг бузилиши, парадоксал торакодиафрагматик нафас олиш, брадикардия, аускультацияда хуштаксимон товушнинг йўқлиги) бир хил дозаларда салбутамол ёки ипратропиум бромид / фенотерол гидробромиди ва будесонид суспензияси небулайзер билан 100 м 200 мкг (небулайзер) + преднизолон в/и 90-150 мг. Қолган тактикалар астманинг оғир кучайиши билан бир хил (2, 3-расм).

Ингаляцион қисқа таъсир этувчи бета-2-агонистлар

Ингаляцион қисқа таъсир этувчи бета-2-агонистларлар астманинг кучайиши учун биринчи даражали дорилардир (УД А). Небулайзердан фойдаланилганда, ингаляция учун 2,5 мг салбутамолнинг бир марталик дозаларини қўлланг. Нафаснинг оғир кучайиши билан даволаш схемаси тавсия этилади: терапиянинг 1-соатида ҳар 20 дақиқада 2,5 мг дан 3 марта ингаляция қилинади, сўнгра вазият сезиларли даражада яхшиланмагунча ҳар соатда ингаляциялар ўтказилади, шундан сўнг препаратни қабул қилиш мумкин. ҳар 4-5 соатда буюрилади. Спейсер билан ДАИ дан фойдаланганда салбутамолнинг бир дозаси 400 мг бўлиши мумкин, небулайзердан фойдаланганда қабул қилиш частотаси бир хил.

Ингаляцион антихолинергик препаратлар.

Нафаснинг кучайиши даврида қисқа таъсир қилувчи бета-2-агонист билан биргаликда ипратропиум бромидни (ҳар 4-6 соатда 500 мкг дозада, эҳтимол ҳар 2-4 соатда тез-тез қўллаш) қўшилиши янада аниқроқ бронходилататор таъсирини таъминлайди, касалхонага ётқизиш частотасининг пасайиши (УД А) ва PCV ва $OFV1$ (УД Б) нинг янада аниқ яхшиланиши билан бирга келади.

Ингаляцион кортикостероидлар

ДАИ + спейсер ёки небулайзер ёрдамида буюрилган ИГКС самарадорлиги тизимли ГКС (УД Б) дан кам эмас ва хавфсизлик ва ижобий таъсирларнинг бошланиши тезлигида улардан ошиб кетиши мумкин. ГКС небулайзер жунатиш (будесонид суспензияси) орқали буюрилганда, таъсир тезроқ содир бўлади (УД Б). ГКС дозаси кунига 2000 мкг гача ўзгариб туради.

Тизимли глюкокортикостероидлар

ГКСни томир ичига ва оғиз орқали юбориш йўллари астма кучайишида бир хил даражада самарали. ГКСни оғиз орқали юбориш усули, таъсири тезроқ бошланиши туфайли афзалроқдир, у инъекция шаклларига қараганда самаралироқ ва арзонроқдир [48,49]. Вена ичига кортикостероидлар фақат препаратни оғиз орқали қабул қила олмайдиган беморларга қўлланилиши мумкин: қусиш, оғир нафас қисилиши, инвазив бўлмаган шамоллатиш ёки интубацияни талаб қилади.

Оғиз орқали қабул қилинадиган кортикостероидларнинг адекват дозалари қуйидагилардир: кунлик дозалар 40-50 мг преднизолонга бир марталик эрталабки доза ёки 200 мг гидрокортизонга бўлинган дозаларда (УД Б). 5-7 кунлик тизимли

кортикостероидлар курси 10-14 кунлик курсдан кам бўлмаган самарадорликка ега (УД Б). Бир неча кун давомида оғиз кортикостероидларининг дозасини аста-секин камайтиришга ҳожат йўқ (УД Б).

Аминофилин ва теофиллинни томир ичига юбориш мумкин эмас. Паст самарадорлик ва хавфсизлик профили, шунингдек, ҚДБА нинг юқори самарадорлиги ва нисбатан хавфсизлиги туфайли астма кучайишларини даволашда. [1, 26]. Аминофилинни томир ичига юбориш оғир ва потенциал ўлимга олиб келиши мумкин бўлган салбий реакциялар билан боғлиқ, айниқса теофиллинни узок муддатли қабул қилган беморларда. Астманинг оғир кучайиши бўлган катталарда аминофиллин билан қўшимча даволаш ҚДБА билан солиштирганда натижаларни яхшиламайди.

Адреналин.

Биргаликда бўлган анафилаксия ёки ангионевротик шишлар (УД С) шошилиш даволашда эпинефринни тери остига ёки мушак ичига юбориш талаб қилиниши мумкин; Ушбу препарат астманинг кучайиши учун стандарт даволаш усули эмас.

Магний сульфат.

ҚДБА га чидамли астманинг оғир кучайиши бўлган беморларга магний сульфат (УД Б) тавсия этилади. Астма билан оғриган беморларда, шу жумладан ОФВ1 <25-30% бўлган беморларда магний сульфат билан даволаш (бир марта 2 г в/и 20 дақиқада) касалхонага ётқизиш муддатини қискартириши кўрсатилган. қабул қилиш вақтида дастлабки даволанишга жавоб бермаган ва доимий гипоксемияга эга бўлганлар. Буйрак функцияси сусайган беморларга магнийни буюришда эҳтиёт бўлиш керак.

Гелий кислородли терапия

Гелиокс терапияси стандарт даволашга (УД С) жавоб бермаган астманинг оғир кучайиши билан оғриган беморларда дори терапиясига қўшимча сифатида кўриб чиқилиши тавсия этилади.

Антилейкотриен препаратлари (АЛП).

Астманинг кучайиши пайтида антилейкотриен препаратларини қўллашнинг фойдалари ҳақида кам маълумот мавжуд. (УД С).

Антибиотиклар (тавсия этилмайди)

Агар ўпка инфекцияси (масалан, иситма ёки йирингли балғам ёки пневмониянинг рентгенологик белгилари) ва / ёки йирингли синуситнинг жиддий далиллари бўлмаса, антибиотиклар астма кучайишини даволаш учун кўрсатилмайди.

Инвазив бўлмаган шамоллатиш.

Жиддий нафас қисилиши, гиперкапния, нафас олиш мушаклари ишининг кучайиши клиник белгилари бўлган, аммо чарчоқ белгилари бўлмаган, онг даражасини бузмаган (хайратланарли ёки кома) (УД Б) бўлган астма кучайган беморлар учун кўрсатилади.

Сунъий ўпка вентилизацияси (СУВ).

У СУВ шароитида амалга оширилади. Бошқа барча консерватив даво турлари самарасиз бўлганида, астма кучайган беморларда механик вентилизация талаб қилинади (УД Б).

Кучли артериал гипоксемия, юқори кислород оқимида чидамли, механик вентилизация (УД С) учун мутлақ кўрсаткичдир. Вентилизацияни буюриш бўйича кўрсатмалар клиник белгилардир: нафас олишнинг ҳаддан ташқари ишлаши ва нафас олиш мушакларининг чарчоқлари, тахипноэ, умумий чарчоқ, чарчоқ, беморнинг уйқучанлиги (миа гипоксиясининг белгилари), чунки бу ҳолатда юқори хавф мавжуд. нафас олишни тўхтатишнинг тез ва қутилмаган ривожланиши.

- нафас олишни тўхтатиш;
- онгнинг бузилиши (ступор, кома);
- беқарор гемодинамика ($САД < 70$ мм с.у., юрак уриши < 50 /мин ёки > 160 /мин);
- умумий чарчоқ, беморнинг чарчаши;
- нафас олиш мушакларининг чарчаши;
- рефрактер гипоксемия ($PaO_2 < 60$ мм с.у., $FiO_2 > 60$ билан).

6.3 Жарроҳлик даволаш

Амалга оширилмайди

Беморни шифохонадан чиқариш учун кўрсатмалар

https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

Беморларни шифохонадан чиқариш бўйича тавсиялар:

Касаллик белгиларини назорат қилишга эришган ва ПСВ нинг энг яхши ёки ҳисобланган натижанинг $80\% >$ дан ортишига эришган беморларни бўшатиш тавсия этилади [1,2].

Даволанишдан сўнг ўпка функцияси кўрсаткичлари (ПСВ ва бошқалар) нормал даражага етмаган астма билан оғриган беморларни амбулатория шароитида етарли тиббий кузатув билан таъминлаш ва тиббий тавсияларга риоя қилишларига ишонч бўлган тақдирда чиқариш тавсия этилади.

Кучланишни тўхтатгандан сўнг, вазиятни вақти-вақти билан кузатиб борган ҳолда, керакли парвариш терапиясининг ҳажмини танлаш ва созлаш учун пулмонолог ёки аллерголог ёки бирламчи тиббий ёрдам шифокорининг динамик назорати остида барқарор назоратга утиши керак.

Касалликнинг кучайишига қандай омиллар сабаб бўлганини аниқлаш ва уларга таъсир қилмаслик чораларини кўриш керак. Мониторинг терапиясининг кўлами кўриб чиқилиши ва беморга ёзма кўрсатма берилиши керак. Бемор ва унинг оиласи касаллик назорат қилинмагунча терапияни амалга ошириш учун бўшатиладиган кейин 24 соат ичида бирламчи тиббий ёрдам шифокори ёки астма бўйича мутахассис билан боғланиш ҳақида хабардор қилиниши керак.

Даволашнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

- назоратга эришиш;
- терапия даражасини пасайтириш
- тез ёрдам ва шошилишч тиббий ёрдам, касалхонага ётқизиш зарурати частотасини камайтириш;
- ногиронлик давомийлиги ва даражасининг қисқариши
- астма хуружларини бартараф етиш учун дори воситаларига бўлган еҳтиёжни камайтириш, ҳаёт сифатини яхшилаш.

БРОНХИАЛ АСТМА НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Нафас билан касалланган беморларга, зарурат бўлганда, Ўзбекистон Республикаси қонун ҳужжатларида назарда тутилган ҳар қандай турдаги, ҳолат, шаклдаги тиббий ёрдам кўрсатилиши мумкин.

Астма билан оғриган беморларни диагностикаси ва даволашни қуйидагилар амалга оширади: аллерголог-иммунолог ва/ёки пулмонолог, шунингдек умумий амалиёт шифокори ёки педиатр ёки умумий амалиёт шифокори (оилавий шифокор), зарурат туғилганда консультация/даволаш бошқа муассасалар шифокорлари томонидан амалга оширилади. мутахассисликлар.

Бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида маҳаллий интернистлар, маҳаллий педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар) беморларда бронхиал астма белгилари ёки белгиларини аниқлашда беморни пулмонологик ёки аллергологик профилга ега бўлган тиббий ташкилотга ёки тиббий муассасага юборадилар. унга бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш, шунингдек пулмонолог ёки аллерголог-иммунолог тавсияларига мувофиқ тиббий ёрдам кўрсатиш учун пулмонолог ва / ёки аллерголог-иммунологнинг кабинети. Агар бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида тиббий ёрдам кўрсатишнинг иложи бўлмаса ва тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса, беморга тез ёрдам, шу жумладан ихтисослаштирилган шошилиш тиббий ёрдам кўрсатилиши ёки беморни ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббий ташкилотга юбориши мумкин. ғамхўрлик. Ихтисослашган, шу жумладан юқори технологияли тиббий ёрдам пулмонологлар ва/ёки аллерголог-иммунологлар томонидан 24 соат ёки кундузги шифохона шароитида кўрсатилади.

Амбулатория шароитида астма билан оғриган беморларни кузатишда қуйидаги текширув частотасига риоя қилиш керак: мунтазам равишда - даволаниш бошланганидан кейин 1-3 ойда ва кейин вазиятга қараб ҳар 3-12 ойда. Мунтазам текширув вақтида астма белгилари устидан назорат ва касалликнинг кучайиши учун хавф омиллари баҳоланади. Симптомларнинг оғирлигининг пасайиши ва ўпка функциясининг яхшиланиши даволаниш бошланганидан кейин бир неча кун ичида бошланади. Тўлиқ таъсирга фақат 3-4 ойдан кейин эришиш мумкин. Оғир астма ҳолатида ёки узоқ вақт давомида етарли терапия бўлмаса, назоратга эришиш учун кўпроқ вақт талаб қилиниши мумкин. Нафаснинг кучайишидан сўнг, 1 ҳафта ичида кейинги текширувни тайинлаш керак. Кейин бемор бир неча ҳафта давомида симптомларни яхши назорат қилиш ва энг яхши индивидуал ўпка функциясига эришилгунга қадар мунтазам равишда назорат қилинади. Мактабгача ёшдаги болалар касалхонадан чиққандан кейин 1-2 кун ўтгач, кейин еса 1-2 ой ичида ёки керак бўлганда яна текширилиши керак.

Тиббий муассасада касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 1) БА диагностикаси/дифференциал диагностика ўтказиш, бронхоконстриктор тестларини ўтказиш (жумладан, жисмоний фаолият, дори воситаларини қўллаш), терапияни танлаш (агар керак бўлса).
- 2) амбулатория шароитида ўтказиладиган терапиянинг самарасизлиги, шу жумладан к,узгалиш даврида, шу жумладан даволанишга жавоб бермаслик ёки касалликнинг

кучайишини тўхтатишга қаратилган дастлабки терапиядан кейин бир соат ичида симптомларнинг прогрессив ёмонлашиши.

3) Нафас олиш етишмовчилиги белгилари билан астманинг оғир ва / ёки ҳаёт учун хавфли кучайиши.

4) ГИБП терапиясини (режалаштирилган) кундузги стационарда, туну-кун кузатуви билан касалхонада ўтказиш (ГИБПни юборишда динамик кузатув зарурати бўлмаса, даволаниш амбулатория шароитида амалга оширилиши мумкин).

5) Аллергенни йўқ қилиш шароитида аллергияга хос иммунотерапиянинг тезлаштирилган курсига эҳтиёж (режалаштирилган).

Беморни тиббий ташкилотдан чиқаришга кўрсатмалар:

1) Аломатлар устидан назорат ёки қисман назоратга эришиш (масалан, кунига бир мартадан кўп бўлмаган астма хуружлари частотасининг пасайишига эришилди ва касалхонадан чиқиш вақтида тунда астма хуружлари бўлмайди).

2) ПЕФ ва ФЕВ1 нинг касалхонадан чиқиш вақтида индивидуал энг яхши ёки ҳисобланган қийматдан $\geq 80\%$ ўсишига эришилди.

3) Ўткир нафас етишмовчилиги белгилари йўқ.

4) Биологик терапия киритилгандан кейин кузатув даврининг тугаши.

5) Аллергенга хос иммунотерапия курсини якунлаш.

Беморни шифохонадан чиқариш мумкин бўлган бошқа мезонлар:

1) Даволанишдан сўнг ўпка функцияси кўрсаткичлари (ПЕФ ва бошқалар) нормал даражага етмаган астма билан оғриган беморларни амбулатория шароитида етарли тиббий кузатув билан таъминлаш ва тиббий тавсияларга амал қилишларига ишонч бўлса, уларни чиқариш тавсия этилади. .

2) Агар даволанишдан кейин ФЕВ1 ёки ПЕФ талаб қилинадиган қийматларнинг 40-60% ни ташкил қилса, беморни бўшатиш мумкин, аммо хавф омиллари ва амбулатория шароитида кейинги даволанишни ташкил етиш имкониятини ҳисобга олган ҳолда.

3) 5 ёш ва ундан кичик ёшдаги болани касалхонадан чиқариш мезони унинг барқарор ҳолатидир (масалан, у ётоқдан туриши, овқатланишда муаммо бўлмаслиги, мақсадли терапияни тайинлашда фаол бўлиши керак). Бронхиал астма билан оғриган беморлар учун тиббий консултация ўтказиш билан амалга оширилади.

Астмага шубҳа қилинган беморни текшириш алгоритми



**БРОНХИАЛ АСТМА НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Реабилитация .

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Реабилитация "саломатлиги бузилган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда уларнинг функционал имкониятларини тиклаш ва ногиронлик даражасини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади. Бошқача қилиб айтганда, реабилитация болалар, катталар ёки қарияларга кундалик ҳаётда имкон қадар автоном бўлишга ёрдам бериш ва уларга таълим олиш, ишлаш ва дам олиш, шунингдек, оила ҳақида ғамхўрлик қилиш каби муҳим ижтимоий функцияларни бажаришга имкон беришга қаратилган. Шу мақсадда инсон ва унинг оиласи билан ёндош касалликларни даволаш ва уларнинг аломатларини бартараф этиш, ассистив технологиялардан фойдаланган ҳолда уларнинг эҳтиёжларини тўлиқроқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам кўрсатиш кўникмаларини ўргатиш ва вазифаларни мослаштириш, улар янада хавфсизроқ ва бошқаларнинг ёрдамисиз бажарилиши учун ишлар олиб борилмоқда. Комплексида амалга ошириладиган ушбу стратегиялар инсонга когнитив бузилишлар, кўриш ва эшитиш қобилиятининг бузилиши, мулоқот, овқатланиш ёки ҳаракатланишдаги қийинчиликлар билан боғлиқ қийинчиликларни енгишга ёрдам бериши мумкин. Ҳаётнинг у ёки бу босқичида реабилитация хизматлари ҳар қандай одамга жароҳат, жарроҳлик аралашуви, касаллик ёки соғлиғининг бошқа бузилишлари натижасида, шунингдек, ёшга қараб функционал имкониятларнинг пасайиши сабабли зарур бўлиши мумкин. Реабилитация хизматлари юқори даражада индивидуал бўлиб, бу шуни англатадики, аралашув чораларини танлаш беморнинг мақсадлари ва афзалликларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Реабилитация бўйича хизматлар турли шароитларда - стационар муассасада, поликлиникада, амбулатор физиотерапия ва меҳнат терапиясини ўтказишда, шунингдек жамоат жойларида, уйда, мактабда ёки иш жойида кўрсатилиши мумкин. Реабилитация хизматларини кўрсатишда турли соҳалардаги соғлиқни сақлаш ходимлари, жумладан физиотерапевтлар, меҳнат терапияси мутахассислари, логопедлар ва аудиологлар, ортопедлар ва протезчилар, клиник психологлар, реабилитолог шифокорлар ва ҳамширалар иштирок этади. Реабилитацияда умумий амалиёт шифокорлари, жарроҳлар ва жамоат соғлиқни сақлаш ходимлари каби кўплаб бошқа тиббиёт ходимлари ҳам муҳим рол ўйнаши мумкин.

Бронхиал астма профилактикаси.

Профилактика (-грекча пропхйлактикос - олдини олиш) - ҳар қандай ҳодисанинг олдини олиш ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган турли хил чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини ўз ичига олади. Саломатлик турли жисмоний ва руҳий ҳолатларни қамраб олганидек, касаллик ва меҳнатга яроқсизликка ҳам атроф-муҳит омиллари, генетик мойиллик, касаллик қўзғатувчилари ва турмуш тарзи таъсир қилади. Саломатлик, касаллик ва меҳнатга лаёқатсизлик - бу динамик жараёнлар бўлиб, индивидлар ўзларининг касалланганликларини тушунмасларидан олдин

ривожланади. Касалликларнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган тадбирларга асосланади.

Профилактика тадбирлари— аҳоли ўртасида тиббий-ижтимоий фаоллик ва соғлом турмуш тарзига бўлган иштиёқни шакллантиришга қаратилган соғлиқни сақлаш тизимининг энг муҳим таркибий қисмидир.
https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

Саломатлик ҳолатига, касалликнинг хавф омилларининг мавжудлигига ёки ифодаланган патологияга қараб 3 турдаги профилактикани кўриб чиқиш мумкин.

Бирламчи профилактика - касалликларнинг келиб чиқиши ва ривожланиш хавфи омиллари таъсирининг олдини олиш чора-тадбирлари тизими (дезинекия, эмлаш, рационал меҳнат ва дам олиш режими, рационал сифатли овқатланиш, жисмоний фаоллик, атроф-муҳитни муҳофаза қилиш). Бирламчи профилактиканинг бир қатор тадбирлари давлат миқёсида амалга оширилиши мумкин. Касалликларнинг олдини олиш ва яхши кайфиятни яратиш ҳаётимизни узайтиради. Саломатликни мустаҳкамлаш тадбирлари муайян касаллик ёки ҳолатга қаратилган эмас, балки саломатликни мустаҳкамлаш учун хизмат қилади. Бошқа томондан, махсус ҳимоя касалликларнинг тури ёки гуруҳига қаратилган бўлиб, саломатликни мустаҳкамлаш мақсадларини тўлдиради.

Бирламчи профилактиканинг асосий принциплари: 1) профилактика тадбирларининг узлуксизлиги (бутун ҳаёт давомида, антенатал даврдан бошлаб); 2) профилактик чора-тадбирларнинг дифференциацияланган характери; 3) профилактиканинг оммавийлиги; 4) профилактиканинг илмийлиги; 5) профилактик чора-тадбирларнинг комплекслиги (даволаш муассасалари, ҳокимият органлари, жамоат ташкилотлари, аҳолининг профилактикада иштирок этиши)

Иккиламчи профилактика - маълум шароитларда (стресс, иммунитетнинг заифлашиши, организмнинг бошқа ҳар қандай функционал тизимларига ортиқча юкламалар) касалликнинг пайдо бўлиши, кучайиши ва қайталанишига олиб келиши мумкин бўлган аниқ хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи. Иккиламчи профилактиканинг энг самарали усули касалликларни эрта аниқлаш, динамик кузатув, йўналтирилган даволаш, оқилона изчил соғломлаштиришнинг комплекс усули сифатида диспансеризациядир.

Баъзи мутахассислар-профилактологлар "учламчи профилактика" атамасини тўлақонли ҳаёт фаолияти имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида таклиф қиладилар. Учламчи профилактика ижтимоий (ўз ижтимоий лаёқатига ишончли шакллантириш), меҳнат (меҳнат қобилиятларини тиклаш имконияти), психологик (хулқ-атвор фаоллигини тиклаш) ва тиббий (организм органлари ва тизимлари функцияларини тиклаш) реабилитацияга қаратилган

3 Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усуллари қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қариш кўрсатмалар
https://raaci.ru/education/clinic_recomendations/1065.html

Изоҳ: Анамнез ва шикоятларни тўплаш кўпинча ҳолат барқарорлашгандан сўнг мумкин ва БА ташхиси қўйиш, унинг ривожланиш сабабларини аниқлаш ва кучайишининг олдини олишда муҳим рол ўйнайди.

Астманинг бирламчи профилактикаси

Соғлом одамларда астманинг олдини олиш чора-тадбирларини назарда тутати. Моҳиятан олганда астманинг бирламчи профилактикасининг асосий йўналиши аллергия ва нафас йўлларининг сурункали касалликлари ривожланишининг олдини олишдан иборат. Астманинг бирламчи профилактикаси чоралари болалар ва катталарда бир мунча фарқ қилади. Болаларда астманинг энг кўп учрайдиган шакли атопик астма бўлиб, у аллергиянинг бошқа шакллари билан бевосита боғлиқ. Шу билан бирга, болаларда аллергия ривожланишида ҳаётнинг биринчи йилларида нотўғри овқатланиш ва ноқулай яшаш шароитлари асосий рол ўйнайди.

Болаларда астма (ва аллергия) нинг олдини олиш чоралари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Чақалоқлар ва бир ёшгача бўлган болаларни кўкрак сути билан озиқлантириш. Кўкрак сути организм иммун тизимининг ривожланишига ижобий таъсир кўрсатади ва ичакнинг нормал микрофлораси шаклланишига ёрдам беради.
- Қўшимча озиқлантиришни ўз вақтида киритиш астма ва аллергияни олдини олиш чораси ҳамдир. Ҳаётининг биринчи йилида болаларни озиқлантириш бўйича замонавий тавсиялар қўшимча овқатланишни ҳаётининг биринчи йилида камида 6 ойлигида киритишни назарда тутати.
- Боланинг қулай турмуш шароитини таъминлаш ҳам астма ва аллергия профилактикасининг муҳим усулидир. Тамаки тутуни ёки таъсирловчи кимёвий моддалар билан алоқада бўлган болалар кўпроқ аллергия ва бронхиал астма билан касалланиши кўрсатилган.
- Болаларда нафас аъзолари сурункали касалликларининг олдини олиш бронхит, синусит, тонзиллит, аденоидларни ўз вақтида аниқлаш ва тўғри даволашдан иборат.

Катталарда астманинг бирламчи профилактикаси.

Катталарда бронхиал астманинг энг кўп учрайдиган сабаби нафас йўлларининг сурункали касалликлари ва таъсирловчи моддалар (тамаки тутуни, иш жойида кимёвий моддалар) билан узоқ вақт алоқада бўлишдир. Шу сабабли катталарда бронхиал астманинг олдини олиш усуллари қўзғатувчи омилларни бартараф этиш ва нафас олиш аъзоларининг сурункали касалликларини даволашдан иборат.

Астманинг иккиламчи профилактикаси астма олди босқичида бўлган, лекин ҳали астма билан касалланмаган беморларда касалликнинг олдини олиш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади. Астманинг иккиламчи профилактикасини ўтказиш учун беморлар тоифаларини қуйидаги мезонлар бўйича танланади:

- Қариндошлари бронхиал астма билан касалланган шахслар;

- Турли аллергия касалликларнинг мавжудлиги (овқат аллергияси, атопик дерматит, аллергия ринит, экзема ва бошқалар);

Астманинг учламчи профилактикаси

Астманинг учламчи профилактикаси бронхиал астма билан оғриган беморларда касалликнинг оғирлигини камайитириш ва касалликнинг кучайишини олдини олиш учун қўлланилади. Ушбу босқичда астма профилактикасининг асосий усули астма хуружини келтириб чиқарадиган аллергия билан беморнинг алоқасини тўхтатишдан иборат (элиминация режими). Элиминация режимини сифатли ўтказиш учун айнан қайси аллергия (ёки аллергиялар гуруҳи) беморда астма хуружларини келтириб чиқаришини билиш керак. Уй чанги, сувараклар, микрокљюшқалар, уй ҳайвонлари жуни, моғор замбуруғлари, баъзи озиқ-овқат турлари, ўсимликлар чанги энг кўп тарқалган аллергиялар ҳисобланади.

Бемор организмнинг ушбу аллергиялар билан алоқа қилишининг олдини олиш учун маълум санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш керак:

- Бемор яшайдиган хонани мунтазам равишда намлаб тозалаш (ҳафтасига 1-2 марта), беморнинг ўзи тозалаш вақтида хонани тарқ этиши керак;
- Астма билан оғриган бемор яшайдиган хонадан барча гиламлар ва юмшоқ мебеллар, шунингдек, чанг тўпланиши мумкин бўлган бошқа нарсалар олиб ташланиши керак. Шунингдек, бемор хонасидан хона ўсимликларини олиб кетиш керак;
- Беморнинг кўрпа-тўшакларини ҳар ҳафта иссиқ сувда (60 °C) хўжалик совуни билан ювиш керак;
- Беморнинг ёстиқ ва тўшаклари учун махсус чанг ўтказмайдиган ғилофлардан фойдаланиш керак;
- Беморнинг хонасига уй ҳайвонларини киритиш мумкин эмас;
- Суварак ва бошқа ҳашаротларга қарши кураш чораларини кўриш мақсадга мувофиқ;
- Беморнинг овқат рационидан аллергия чакирувчи барча маҳсулотларни чиқариб ташлаш керак.

Бронхиал астманинг олдини олиш бўйича тўғри режалаштирилган ва амалга оширилган чора-тадбирлар ушбу касалликнинг олдини олиш ва даволашнинг самарали воситасидир.

1-илова.	Беморлар	учун	маълумот
https://raaci.ru/dat/pdf/bronchial_astma.pdf			

Бронхиал астма асосан бронхларнинг зарарланиши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, бўғилиш хуружлари, ҳансираш (аксарият ҳолларда нафас чиқариш қийинлашиши билан) ва йўтал билан намоён бўлади. Бронхиал астма жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, дунёда тахминан 300 миллион киши ундан азият чекади.

Касаллик асосида бронхлар деворларининг қалинлашиб, шишиб, спазмга учраши, шунингдек нафас йўлларида ҳавонинг ўтишини қийинлаштириб қўядиган ёпишқоқ бронхиал секретнинг ҳаддан ташқари кўп ажралиб чиқиши ётади. Бронхиал астма хуружи пайтида ўпкага камроқ ҳаво киради, нафас чиқариш пайтида унинг ўтиши қийинлашади, бу эса нафас бўғилиши хуружига олиб келади

Бронхиал астма сурункали касаллик бўлиб, унинг кечишини назорат қилиш мумкин.

Бронхиал астмани даволаш узлуксиз бўлиши керак, уни мустақил равишда бекор қилмаслик керак, ҳатто сизнинг аҳволингиз қониқарли бўлса ҳам! Ёдда тутингки, сизда дориларга қарамлик пайдо бўлмайди, ҳатто улар узок йиллар давомида қабул қилинганда ҳам!

Бронхиал астмани тўғри даволаш шарти билан:

Бронхларни кенгайтирувчи препаратларни (салбутамол, вентилин, атровент, беротек, беродуал ва бошқалар) мунтазам равишда қўллашнинг ҳожати йўқ, яъни касалликнинг кечишини назорат қилиш мумкин.

Касалхонага ётқизишнинг ҳожати йўқ.

Жисмоний фаолликнинг чекловлари йўқ - бемор тўлақонли ҳаёт кечиради, ҳатто спорт билан шуғулланиши мумкин, бронхиал астма билан оғриган аёллар туғиши мумкин.

Бронхиал астмани нотўғри даволашда:

Вақти-вақти билан бронхиал астма хуружлари пайдо бўлганда бронхолилататорларни қўллашга эҳтиёж пайдо бўлади, шу билан бирга бу эҳтиёж доимо ортиб боради.

Жисмоний фаолликнинг чекловлари мавжуд (оғир ҳолатларда ногиронлик гуруҳи тайинланади).

Бронхиал астма пайдо бўлишининг аниқ сабаблари аниқланмаган, лекин бронхоспазмга олиб келиши мумкин бўлган бир қатор омиллар мавжуд.

Бронхиал астмага мойиллиги бўлган беморлар қандай омиллар бронхоспазмга олиб келиши мумкинлигини билишлари керак. Улар орасида қуйидагилар бўлиши мумкин:

Ҳайвонларнинг жуни, қушларнинг патлари. Уй ҳайвонлари ва қушларни уйда сақламанг.

Сигарет тутуни. Чекманг ва сизнинг олдингизда чекишга йўл қўйманг.

Кучли ва ўткир ҳидлар. Кучли атир ҳидига эга бўлган гигиеник воситалардан фойдаланманг.

Касбий омиллар, масалан, аэрозоллар, кимёвий моддалар, лаклар ва бўёқлар билан алоқа қилиш.

Уй чанги. Хонангизда гилам бўлмаслиги керак. Чанг кўрпа ва чойшабларда тўпланиб қолгани учун уларни тез-тез жуда иссиқ сувда ювиш керак. Ёстик ва тўшакларга махсус

чанг ўтказмайдиган ғилофлар қўйиш мақсадга мувофиқдир. Тозалаш вақтида докали ниқобдан фойдаланиш керак.

Баъзи дори воситалари, масалан, ацетилсалицил кислота, бета-адреноблокаторлар.

Баъзи маҳсулотлар ва озиқ-овқат қўшимчалари: натрий глутамат, консервантлар, денгиз маҳсулотлари, ёнғоқлар.

Юқумли касалликлар, айниқса ўткир респиратор вирусли инфекциялар. Гриппга қарши ҳар йилги эмлаш - фақат даволовчи шифокор билан маслаҳатлашгандан сўнг.

Оғир жисмоний юкламалар, айниқса совуқ об-ҳавода.

Ҳиссий зўриқиш.

Бронхиал астмани даволаш учун кўпинча аэрозол ва кукунли ингаляторлар буюрилади.

Бронхиал астма билан оғриган беморларга икки гуруҳ ингаляторлар буюрилади:

Бронхиал астма хуружларининг олдини олиш мақсадида кундалик қўллаш учун профилактик препаратлар: ингаляцион глюкокортикостероидлар (флутиказон, будесонид, бекламетазон), кромонлар (кромогликат ва додокромил). Ушбу дори воситалари бронхиал астманинг асосий патогенетик механизмлари - яллиғланиш ва нафас йўллариининг юқори сезувчанлигига таъсир қилади. Агар сиз шифокор тавсиясига кўра гормонал ингалятордан фойдалансангиз, ингаляциядан кейин албатта оғиз бўшлиғи ва томоқни сув ёки соданинг кучсиз эритмаси билан чайиш керак. Бу замбуруғли инфекция: стоматит, ангина пайдо бўлишининг олдини олади. Бронхиал астма хуружини тўхтатиш учун ушбу гуруҳ препаратларидан фойдаланманг!

Бронхларни кенгайтирувчи препаратлар (салбутамол, фенотерол, салметерол, формотерол, ипратропий бромид, тиотропий бромид). Уларнинг аксарияти 1-2 дақиқадан кейин таъсир қила бошлайди, шунинг учун уларни бронхиал астма хуружини тўхтатиш учун қўллаш мумкин.

Ингалятордан самарали фойдаланиш учун қуйидаги қоидаларга риоя қилиш кераклигини ёдда тутинг:

Ингалятор қалпоғини олиб ташланг ва 2-3 сония давомида ингаляторни қаттиқ силкитинг. Ингаляция пайтида баллончанинг туби юқорига йўналтирилган бўлиши керак.

Туринг. Бошингизни бироз орқага эгинг. Оғзингизни очинг.

Аста-секин чуқур нафас олинг.

Мундштукни лабларингиз билан ушлаб олинг. Ингаляторнинг юқори қисмига кескин босим билан бир вақтнинг ўзида нафас олишни бошланг. Нафас олишни 5-7 сония давом эттиринг.

Оғизни ёпинг, нафас олишни 10 сония ушлаб туринг. Шундан сўнг ҳавони аста-секин бурундан чиқаринг. Зарур бўлса, яна бир марта ингаляцияни 1 дақиқадан сўнг бажаринг.

Иложи бўлса, спейсердан фойдаланинг. Бу ингалятордан фойдаланишни осонлаштирадиган махсус резервуар (аэрозол аввал спайсерга берилади, кейин эса мундштук ёки юз ниқоби орқали нафас олинади).

Бронхиал астманинг кечишини яхшироқ назорат қилиш учун пикфлоуметрдан фойдаланинг ва пикфлоуметрия кўрсаткичларини қайд қилиш учун махсус кундалик тутинг. Пикфлоуметр - нафас чиқаришда ҳаво оқимининг тезлигини ўлчаш имконини берувчи махсус асбоб. Пикфлоуметрия сизга индивидуал даволаш схемасини танлаш, сизнинг аҳволингизни ва даволаш самарадорлигини назорат қилиш имконини беради. Режали ташриф пайтида ёки шифохонага ётқизилганда пикфлоуметрия натижаларини шифокорингизга кўрсатинг.

Курилма кўрсаткичини охиригача пастга (нолинчи нуқтага) ўрнатинг.

Туринг. Очик оғиз билан чуқур нафас олинг. Пикфлоуметрни бир қўлингизда ушлаб туринг, бармоқларингизни рақамли шкалага жойлаштирманг.

Мундштукни лабларингиз билан ушлаб олинг, имкон қадар кучлироқ ва тезроқ нафас чиқаринг. Нафас чиқариш пайтида кўрсаткич юқорига кўтарилади ва тўхтайдди.

Кўрсаткич тўхтаган сонни махсус графикка ёзинг. Пикфлоуметер кўрсаткичини нолга тенг қилиб белгиланг ва ўлчовни яна икки марта такрорланг. Учта кўрсаткичдан энг яхшисини белгиланг. Бу муолажани кунига камида икки марта эрталаб ва кечкурун такрорланг.

Бронхиал астма хуружида ўз-ўзига ёрдам кўрсатиш:

Жисмоний машқларни тўхтатинг, ўтиринг.

Имкон бўлса, хуружга сабаб бўлган омил билан алоқани тўхтатинг, тоза ҳаво киришини таъминлаш учун деразани очинг.

Бронхларни кенгайтирадиган ингалятордан фойдаланинг. Ингаляцияларнинг максимал миқдори ва хуруж пайтида преднизолон таблеткаларини мустақил равишда қабул қилиш имкониятини шифокор билан муҳокама қилиш мақсадга мувофиқдир.

1 соат давомида тинч ҳолатда бўлинг.

Қуйидаги ҳолатларда зудлик билан тиббий ёрдамга мурожаат қилинг:

Бронхларни кенгайтирувчи препаратнинг икки марта ингаляциясидан кейин бўғилишнинг сақланиши ёки кучайиши.

Нафас қисилиши, йўталишнинг кучайиши ва кўкрак қафасида тикилиш сезгисининг пайдо бўлиши.

Нутқнинг қийинлашуви (гапларни эмас, баъзи сўзларни талаффуз қилиш имконияти).

Уйқусираш ёки чалкаш онг.

Тирноқ ёки лабларнинг кўкариши.

Жуда тез томир уриши (дақиқасига 100 мартадан ортиқ).

Нафас олиш пайтида қовурғалараро оралиқларда ва бўйин атрофида терини тортиш.

Ҳар доим ёнингизда бронхларни кенгайтирадиган дори билан ингалятор олиб юринг ва унинг тўлиқ бўлишига эътибор беринг!

Адабиётлар рўйхати

1. Jesse, Russell Аспириновая бронхиальная астма / Jesse Russell. - М.: VSD, **2022**. - **529** с.
2. А.Тюрин, Н. Бронхиальная астма у детей / Н. А.Тюрин. - М.: Медицина, **2023**. - 234 с.
3. Авдеев, С.Н. Бронхиальная астма в таблицах и схемах: моногр. / С.Н. Авдеев. - М.: Атмосфера, **2018**. - **223** с.
4. Айткужина, Б. Бронхиальная астма / Б. Айткужина. - Москва: **ИЛ**, **2017**. - **413** с.
5. Балаболкин, Иван Иванович Бронхиальная астма у детей / Балаболкин Иван Иванович. - М.: Медицина, **2022**. - **282** с.
6. Балаболкин, Иван Иванович Бронхиальная астма у детей / Балаболкин Иван Иванович. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), **2022**. - **813** с.
7. Баур, К. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / К. Баур. - М.: ГЭОТАР-Медиа, **2019**. - **332** с.
8. Болевич, С. Б. Бронхиальная астма и свободнорадикальные процессы (патогенетические, клинические и терапевтические аспекты) / С.Б. Болевич. - М.: Медицина, **2019**. - **256** с.
9. Болотовский, Г. В. Бронхиальная астма / Г.В. Болотовский. - М.: Омега, **2019**. - 176 с.
10. Бронхиальная астма. - М.: АСТ, Сова, Кладезь, **2023**. - 128 с.
11. Бронхиальная астма. - М.: Медицина, **2023**. - 464 с.
12. Бронхиальная астма. - М.: Слог, **2023**. - 160 с.
13. Булатов, П. К. Бронхиальная астма / П.К. Булатов. - М.: Медицина, **2021**. - 326 с.
14. Булгакова, Виля БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: моногр. / Виля Булгакова. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, **2022**. - 292 с.
15. Звягинцева, С. Г. Бронхиальная астма у детей / С.Г. Звягинцева. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, **2022**. - 208 с.
16. Коган, Б. Б. Бронхиальная астма / Б.Б. Коган. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, **2021**. - 354 с.
17. Ломако, Л. Бронхиальная астма у детей / Л. Ломако, Л. Должникова. - М.: Беларусь, **2019**. - **932** с.
18. Минкайлов, К.О. Бронхиальная астма и аллергические заболевания: моногр. / К.О. Минкайлов. - М.: Медицина, **2020**. - **106** с.
19. Назаров, А.А. Атопическая бронхиальная астма: моногр. / А.А. Назаров. - М.: Ибн Сины, **2021**. - **307** с.
20. Немцов, В. И. Бронхиальная астма: моногр. / В.И. Немцов. - М.: Диля, **2018**. - 160 с.
21. О., Козлова und А. Жестков Бронхиальная астма в сочетании с аллергическим ринитом / О. Козлова und А. Жестков. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, **2017**. - 120 с.
22. Сергеева, К. М. Бронхиальная астма у детей: моногр. / К.М. Сергеева, Е.П. Успенская. - М.: Медицина, **2018**. - 264 с.
23. Фадеев, П.А. Бронхиальная астма: моногр. / П.А. Фадеев. - М.: Книга по Требованию, **2017**. - 160 с.
24. Фадеев, Павел Александрович Бронхиальная астма / Фадеев Павел Александрович. - М.: Мир и Образование, **2017**. - **299** с.
25. Федосеев, Г. Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, Г.П. Хлопотова. - М.: Медицина, **2022**. - 276 с.

26. Чучалин, А. Г. Бронхиальная астма / А.Г. Чучалин. - М.: Медицина, **2020**. - 160 с.
27. Юренев, П. Н. Бронхиальная астма: моногр. / П.Н. Юренев, Н.И. Семенович, А.Г. Чучалин. - М.: Медицина, **2017**. - 154 с.
28. Ненашева Н.М. Клинические фенотипы атопической бронхиальной астмы: диагностика и лечение. Palmarium Academic Publishing, 2012, 319с. (n.d.). Retrieved February 9, 2024, from <https://bookmix.ru/book.phtml?id=2271191>
29. Chung, K. F., Wenzel, S. E., Brozek, J. L., Bush, A., Castro, M., Sterk, P. J., Adcock, I. M., Bateman, E. D., Bel, E. H., Bleecker, E. R., Boulet, L. P., Brightling, C., Chanez, P., Dahlen, S. E., Djukanovic, R., Frey, U., Gaga, M., Gibson, P., Hamid, Q., ... Teague, W. G. (2014). International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. The European Respiratory Journal, 43(2), 343–373. <https://doi.org/10.1183/09031936.00202013>
30. GINA Main Report 2023 Front Cove. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2023. [Электронный ресурс], 10.06.2023. URL: <http://www.ginasthma.org/>.
31. Barnes, P. J., Szefer, S. J., Reddel, H. K., & Chipps, B. E. (2019). Symptoms and perception of airway obstruction in asthmatic patients: Clinical implications for use of reliever medications. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 144(5), 1180– 1186. <https://doi.org/10.1016/J.JACI.2019.06.040>
32. Killian, K. J., Watson, R., Otis, J., St. Amand, T. A., & O'Byrne, P. M. (2000). Symptom perception during acute bronchoconstriction. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 162(2 Pt 1), 490–496. <https://doi.org/10.1164/AJRCCM.162.2.9905079>
33. Louis, R., Satia, I., Ojanguren, I., Schleich, F., Bonini, M., Tonia, T., Rigau, D., Brinke, A. ten, Buhl, R., Loukides, S., Kocks, J. W. H., Boulet, L. P., Bourdin, A., Coleman, C., Needham, K., Thomas, M., Idzko, M., Papi, A., Porsbjerg, C., ... Usmani, O. S. (2022). European Respiratory Society Guidelines for the Diagnosis of Asthma in Adults. The European Respiratory Journal, 60(3). <https://doi.org/10.1183/13993003.01585-2021>
34. Вишнева Е. А., Намазова-Баранова Л. С., Селимзянова Л. Р., Алексеева А. А., Новик Г. А., Эфендиева К. Е., Левина Ю. Г., Добрынина Е. А. Актуальная тактика ведения детей с бронхиальной астмой // Педиатрическая фармакология. 2017. № 14 (6). С. 443–458. <https://doi.org/10.15690/pf.v14i6.1828>
35. Bush, A. (2018). Management of asthma in children. Minerva Pediatrica, 70(5), 444–457. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.18.05351-3>
36. Price, D. B., Rigazio, A., Campbell, J. D., Bleecker, E. R., Corrigan, C. J., Thomas, M., Wenzel, S. E., Wilson, A. M., Small, M. B., Gopalan, G., Ashton, V. L., Burden, A., Hillyer, E. V., Kerkhof, M., & Pavord, I. D. (2015). Blood eosinophil count and prospective annual asthma disease burden: a UK cohort study. The Lancet. Respiratory Medicine, 3(11), 849–858. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00367-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00367-7)
37. Kerkhof, M., Tran, T. N., Berge, M. van den, Brusselle, G. G., Gopalan, G., Jones, R. C. M., Kocks, J. W. H., Menzies-Gow, A., Nuevo, J., Pavord, I. D., Rastogi, S., & Price, D. B. (2018). Association between blood eosinophil count and risk of readmission for patients with asthma: Historical cohort study. PloS One, 13(7). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0201143>
38. Xepapadaki, P., Adachi, Y., Pozo Beltrán, C. F., El-Sayed, Z. A., Gómez, R. M., Hossny, E., Filipovic, I., Le Souef, P., Morais-Almeida, M., Miligkos, M., Nieto, A., Phipatanakul, W., Pitrez, P. M., Wang, J. Y., Wong, G. W. K., & Papadopoulos, N. G. (2022). Utility of biomarkers in the diagnosis and monitoring of asthmatic children. The World Allergy Organization Journal, 16(1). <https://doi.org/10.1016/J.WAOJOU.2022.100727>
39. Bonato, M., Bazzan, E., Snijders, D., Turato, G., Biondini, D., Tinè, M., Cosio, M. G., Barbato, A., Sietta, M., & Baraldo, S. (2020). Blood eosinophils relate to atopy and not to tissue eosinophils in wheezing children. Allergy, 75(6), 1497–1501. <https://doi.org/10.1111/ALL.14170>

40. Diagnosis and Management of Difficult-to-treat & Severe Asthma - Global Initiative for Asthma - GINA. (n.d.). Retrieved February 9, 2024, from <https://ginasthma.org/severeasthma/>
41. Barcellos, V. A., dos Santos, V. C. H., Moreira, M. Â. F., & Dalcin, P. de T. R. (2023). Asthma control and sputum eosinophils in adult patients: a cross-sectional study in southern Brazil. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-023-48381-1>
42. Atkinson, C. E., Schworer, S. A., Matthews, K., Mills, K., Neighbors, K., Burbank, A. J., & Hernandez, M. L. (2022). Omalizumab is associated with improved asthma outcomes in children and adolescents with serum immunoglobulin E above dosing guidelines. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology. In Practice*, 10(10), 2756-2757.e1.
43. Hew, M., Gillman, A., Sutherland, M., Wark, P., Bowden, J., Guo, M., Reddel, H. K., Jenkins, C., Marks, G. B., Thien, F., Rimmer, J., Katsoulotos, G. P., Cook, M., Yang, I., Katelaris, C., Bowler, S., Langton, D., Wright, C., Bint, M., ... Gibson, P. G. (2016). Real-life effectiveness of omalizumab in severe allergic asthma above the recommended dosing range criteria. *Clinical and Experimental Allergy: Journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*, 46(11), 1407–1415. <https://doi.org/10.1111/CEA.12774>
44. Louis, R., Satia, I., Ojanguren, I., Schleich, F., Bonini, M., Tonia, T., Rigau, D., Brinke, A. ten, Buhl, R., Loukides, S., Kocks, J. W. H., Boulet, L. P., Bourdin, A., Coleman, C., Needham, K., Thomas, M., Idzko, M., Papi, A., Porsbjerg, C., ... Usmani, O. S. (2022). European Respiratory Society Guidelines for the Diagnosis of Asthma in Adults. *The European Respiratory Journal*, 60(3). <https://doi.org/10.1183/13993003.01585-2021>
45. Azad, M. B., Chan-Yeung, M., Chan, E. S., Dytner, A. M., Kozyskyj, A. L., Ramsey, C., & Becker, A. B. (2016). Wheezing Patterns in Early Childhood and the Risk of Respiratory and Allergic Disease in Adolescence. *JAMA Pediatrics*, 170(4), 393–395. <https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2015.4127>
46. Федеральные клинические рекомендации. Первичные иммунодефициты с преимущественной недостаточностью синтеза антител. РААКИ. Национальная Ассоциация Экспертов в области Первичных Иммунодефицитов. 2024г. Retrieved February 9, 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/735_1
47. Чучалин А.Г. Болезни, ассоциированные с иммуноглобулином G. Терапевтический архив. 2018. Т. 90. №3. с.4-9. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2017-27-3-311-319>
48. Gallucci, M., Carbonara, P., Pacilli, A. M. G., di Palma, E., Ricci, G., & Nava, S. (2019). Use of Symptoms Scores, Spirometry, and Other Pulmonary Function Testing for Asthma Monitoring. *Frontiers in Pediatrics*, 7(MAR). <https://doi.org/10.3389/FPED.2019.00054>
49. Спирометрия. Федеральные методические рекомендации. Российское респираторное общество. Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики. Российское научное медицинское общество терапевтов. 2023 г. 64с. https://spulmo.ru/upload/kr/Spirometria_2023.pdf?t=1
50. Каменева М.Ю., Черняк А.В., Айсанов З.Р., Авдеев С.Н., Бабак С.Л., Белевский А.С., Берестень Н.Ф., Калманова Е.Н., Малявин А.Г., Перельман Ю.М., Приходько А.Г., Стручков П.В., Чикина С.Ю., Чушкин М.И. Спирометрия: методическое руководство по проведению исследования и интерпретации результатов. Пульмонология. 2023; 33 (3): 307–340. <https://doi.org/10.18093/08690189-2023-33-3-307-340>
51. Shipp, C. L., Gergen, P. J., Gern, J. E., Matsui, E. C., & Guilbert, T. W. (2023). Asthma Management in Children. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology. In Practice*, 11(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/J.JAIP.2022.10.031>
52. Martin, J., Townshend, J., & Brodrie, M. (2022). Diagnosis and management of asthma in children. *BMJ Paediatrics Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1136/BMJPO-2021-001277>
53. Gaillard, E. A., Kuehni, C. E., Turner, S., Goutaki, M., Holden, K. A., de Jong, C. C. M.,

Lex, C., Lo, D. K. H., Lucas, J. S., Midulla, F., Mozun, R., Piacentini, G., Rigau, D., Rottier, B., Thomas, M., Tonia, T., Usemann, J., Yilmaz, O., Zacharasiewicz, A., & Moeller, A. (2021). European Respiratory Society clinical practice guidelines for the diagnosis of asthma in children aged 5-16 years. *The European Respiratory Journal*, 58(5). <https://doi.org/10.1183/13993003.04173-2020>

54. Mishra, A., Ugra, D., & Kumar, U. (2020). Study of spirometry parameters in suspected asthmatic children in a tertiary care hospital. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 7(5), 1023. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.IJCP20201631>