

744

**БИРЛАМЧИ ТИББИЙ-САНИТАРИЯ
ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИ УЧУН
ЖССТНИНГ ЮҚУМСИЗ КАСАЛЛИКЛАР
БЎЙИЧА МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

ЖАҲОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАШКИЛОТИ

**«СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
(САЛОМАТЛИК-3)» ЛОЙИҲАСИ (ЖАҲОН БАНКИ)**

**Асосий юқумсиз касалликлар бўйича
мослаштирилган клиник протоколлар**

бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари учун

Тошкент – 2018

Мундарижа

Кириш	3
Артериал гипертония ва қандли диабет бўйича мослаштирилган клиник протокол	4
Мослаштирилган 1-клиник протокол. Миокард инфаркти, инсулт ҳамда буйрак касалликларини олдини олиш мақсадида артериал гипертония ва қандли диабетни интеграллашган ҳолда олиб бориш	4
Мослаштирилган 2.1-клиник протокол. Соғлом турмуш тарзига ўқитиш (барча пациентлар учун)	9
Мослаштирилган 2.2-клиник протокол. Соғлом турмуш тарзига ўқитиш. Тамаки истеъмол қилишни тўхтатиш бўйича маслаҳатлар	10
ЖССТнинг 10-йиллик юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолаш номограммаси	11
Тана вазни индексини ҳисоблаш	12
Бронхиал астма ва ўпка сурункали обструктив касалликлар бўйича мослаштирилган клиник протокол	13
Мослаштирилган 3- клиник протокол. Бронхиал астма касаллигини олиб бориш. Ўпка сурункали обструктив касаллигини олиб бориш	13
Мослаштирилган 3- клиник протокол. Бронхиал астма касаллигини олиб бориш	14
Мослаштирилган 4- клиник протокол. Ўпка сурункали обструктив касаллигини олиб бориш	18
1-илова. 12 ёшдан катта болалар ва ёши катталар учун бронхиал астма касаллигини назорат қилиш бўйича баҳолаш тести	21
2-илова. 4 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар учун бронхиал астма касаллигини назорат қилиш бўйича баҳолаш тести	22
3-илова. ЎСОКни баҳолаш бўйича тест	23
Қисқартмалар	24



Кириш

Юрак-томир тизими, рак, ўпканинг сурункали респиратор касалликлари, қандли диабет ва бошқа юқумсиз касалликлар бутун дунё бўйича касалланиш ва ўлим ҳолатларининг асосий сабабчиси ҳисобланади. Шунингдек улар олдини олиш мумкин бўлган касалланиш ва у билан боғлиқ бўлган ногиронликнинг етакчи сабабчилари жумласига киради.

Ушбу касалликлар гуруҳини умумий хавфли омилар, ижтимоий-иқтисодий аниқловчилар бирлаштиради ва уларни олдини олиш ва курашишда бир хил чора-тадбирлар қўлланилади.

ЖССТнинг маълумотларига кўра, 2012 йилда бутун дунёда 56 млн. ўлим ҳолати кузатилган ва улардан 38 млн. (68%) юқумсиз касалликлар туфайли рўй берган. Тахминан 16 млн. одам (40%) 70 ёшгача яшамаган, яъни ҳаётдан барвақт кўз юмган. Шу билан бирга, ЖССТнинг тахминларига кўра, агар самарали чора-тадбирлар қўрилмаса, дунё бўйича юқумсиз касалликлардан ўлим кўрсаткичи доимий ўсиб боради ва 2030 йилда у, 75%дан юқори кўрсаткични ташкил қилади.

Сурункали касалликларнинг ижтимоий-иқтисодий оқибатлари бемор ҳаётининг сифати, унинг оиласи ҳамда иқтисодиёт, соғлиқни сақлаш тизими ва умуман жамиятга таъсир кўрсатади. Сурункали касалликлар ривожланиши ҳолатларининг 60% турмуш тарзини нотўғри олиб борилиши яъни тамаки чекиш, алкогольни суистеъмол қилиш, мева ва сабзавотларни етарлича истеъмол қилмаслик, ош тузини меъёридан ортқ истеъмол қилиш ва кам ҳаракатланиш каби етакчи хавфли омилар билан боғлиқ. Ушбу хавфли омилар аҳоли орасида юрак-томир тизими, рак, ўпканинг сурункали респиратор касалликлари ривожланишининг сабабчилари бўлган ортқча вазн ва семизлик, юқори қон босими, қонда қанд ва холестериннинг юқори даражаси каби ҳолатларнинг ривожланишига олиб келади.

Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқотларнинг натижаларига кўра юқумсиз касалликларнинг хавфли омиларни учраши мунтазам ўсиб бораётганлигини кўрсатди. Агар ҳеч қандай чора тадбирлар қўрилмаса, юқорида кўрсатиб ўтилган хавфли омилар ўсиши натижасида 2020-2030 йилларга келиб, 40-70 ёшли аҳоли орасида барвақт ўлимнинг юқори даражаси кузатилади.

Расмий маълумотларга кўра, кейинги йилларда умумий касалланиш таркибида нафас олиш аъзолари, қон ва қон ишлаб чиқариш аъзолари, ошқозон ичак тизими, эндокрин ва юрак-томир тизими касалликлари етакчи ўринни эгаллаб келмоқда. Бирок, мамлакатимиздаги ўлим ҳолатлари сабаблари орасида юрак-томир тизими касалликлари биринчи ўринда туради ва юракнинг ишемик касаллиги ҳамда артериал гипертония шулар жумласига киради. Иккинчи ўринни навбатма-навбат нафас олиш аъзолари ёки рак касалликлари эгаллаб келмоқда. Юқумсиз касалликлар нафакат аҳоли орасида барвақт ўлимнинг юқори даражасини аниқлайди, балки меҳнат лаёқатини эрта йўқотилиши ва ногиронликнинг асосий сабабчилари бўлиб ҳисобланади.

ЖССТнинг маълумотларига кўра, хавфли омиларни камайтириш натижасида, юрак-томир тизими касалликлари, қандли диабетнинг 2-тури ва ўпканинг сурункали респиратор касалликларининг олдини олишга 70-80% ҳолатларда эришилади. Юқори қон босими – юрак ишемик касаллиги ва инсультнинг асосий хавфли омидир. Дунё миқёсида тахминан 380 млн. одам қандли диабетдан, уларнинг 90% эса қандли диабетнинг 2-туридан азият чекади. Ногиронликнинг асосий сабабчиси қандли диабет бўлиб, у юрак ишемик касаллиги ва миокард инфаркти ривожланишини 2 мартага, буйрак касалликлари ривожланишини 17 мартага, оёқ гангренаи ривожланишини 20 мартага орттиради. Қандли диабет билан оғриган беморларда кўрлик ҳолати, умумий аҳоли орасидаги кўрликка нисбатан 25 марта кўпроқ юзага келади. Демак, артериал гипертония ва қандли диабет 2-турининг ривожланишини эрта босқичларда аниқлаш, хавфли омиларга эга бўлган шахсларга ёрдам бериш ҳамда уларни самарали даволаш, келгусида юзага келиши мумкин бўлган ва катта маблағ талаб қилувчи асоратлар эҳтимолини 50%га камайтириш имконияти борлигини кўрсатади.

Юқумсиз касалликлар билан боғлиқ бўлган вазиятнинг жиддийлигини ҳисобга олган ҳолда, 2011 йилда БМТнинг Бош Ассамблеяси мажлисида Сиёсий декларация қабул қилинди. Унда юқумсиз касалликлар XXI асрнинг бутун дунёда ижтимоий-иқтисодий ривожланишга путур етказувчи ва Мингйилликнинг ривожланиш мақсадларига эришишга хавф туғдирувчи асосий қақирик сифатида кўриб чиқилди. Декларация назоратни кучайтириш, олдини олиш, барвақт аниқлаш, маҳаллий устуворликлар ва амалга ошириш шароитларига мос равишда юқумсиз касалликларга чалинган беморларни даволаш ва парвариш қилиш орқали хавфли омилар билан курашишнинг ҳар томонлама чора-тадбирларини кўришга чақиради. Хавфли омиларнинг олдини олиш ва тиббий-санитария ёрдами сифатини яхшилаш бўйича ушбу чора-тадбирларни жорий қилиш миллионлаб барвақт ўлимларнинг олдини олиш имкониятини беради.

Шундай қилиб, эпидемиологик вазият ва ижтимоий-иқтисодий омиларни ҳисобга олган ҳолда, энг кўп тарқалган юқумсиз касалликларнинг олдини олиш ва уларни интеграллашган ҳолда баҳолаш ҳамда олиб бориш бўйича дастурларни жорий қилиш мақсадга мувофиқдир.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЎЙИЧА МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК ПРОТОКОЛ МОСЛАШТИРИЛГАН 1-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Миокард инфаркти, инсульт ҳамда буйрак касалликларини олдини олиш мақсадида артериал гипертония ва қандли диабетни интеграллашган ҳолда олиб бориш

Ушбу протоколдан қандай ҳолатларда фойдаланиш мумкин?

- Протокол артериал гипертония, қандли диабет ва чекиш каби хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолаш ва назорат қилиш учун мўлжалланган.
- Протоколлардан, қуйидаги омилларга эга пациентларни аниқлаш ва олиб боришда фойдаланиш мумкин:
 - 40 ёшдан катта бўлган;
 - чекувчилар;
 - бел айланаси (аёлларда 90 смдан ортик, эркекларда 100 смдан ортик);
 - аниқланган артериал гипертония;
 - аниқланган қандли диабет;
 - яқин қариндошлари анамнезида барвақт аниқланган турли юрак-томир тизими касалликлари;
 - яқин қариндошлари анамнезида қандли диабет ва буйрак касалликлари.

1-4 амалларда келтирилган йўриқномаларга риоя қилинг

1-АМАЛ. Қуйидаги саволларни беринг:

БИРИНЧИ ТАШРИФ

- Сизда юрак касалликлари, инсульт, транзитор ишемик ҳужум, қандли диабет, буйрак касалликлари аниқланганми?
- Сизни юракдаги оғриқ (стенокардия), жисмоний зўриқиш ва ётган ҳолатда нафас етишмаслиги, қўл-оёқларнинг увушиб қолиши ёки заифлиги, озиб кетиш, кучли чанқоқ, пешобнинг кўп ажралиши (полиурия), юзнинг салкиши, оёқ қафтининг шишиши, сийдикда қон (гематурия) ва бошқалар безовта қиладими?
- Қандай дориларни қабул қиласиз? Комбинациялашган орал контрацептивлар, эстрогенлар, кортикостероидлар, шамоллашга қарши ностероид воситалар, тумовга қарши воситалар, оғриқ қолдирувчи воситалар (анальгетиклар) каби артериал босимни оширувчи ва пасайтирувчи (гипотензив) давога тўсқинлик қилувчи дори воситаларига алоҳида ургу бериш лозим.
- Чекасизми? (ҳа/йўқ) (агар охириги 12 ой мобайнида чеккан бўлсангиз “ҳа” жавобини беринг)
- Алкоголь истеъмол қиласизми? (ҳа/йўқ) (агар “ҳа” жавоби берилса, у ҳолда қанчалик тез-тез истеъмол қилинганлиги ва миқдорини кўрсатинг).
- Касб тури: фаол бўлмаган ёки фаол
- Ҳафтада камида 5 кун давомида жисмоний фаолликка 30 дақиқадан кўп вақт ажратасизми? (Ҳа/йўқ)
- Яқин қариндошлари анамнезида юрак, буйрак касалликлари, инсульт, қандли диабет билан касалланиш ва барвақт ўлим (эркекларда 55 ёшгача ва аёлларда 65 ёшгача) ҳолатлари бўлганми?
- Оила анамнезида энг яқин қариндошларида юрак касалликлари ёки инсультнинг мавжудлиги.

МОСЛАШТИРИЛГАН 1-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Миокард инфаркти, инсульт ҳамда буйрак касалликларининг олдини олиш мақсадида артериал гипертензия ва қандли диабетни интеграллашган ҳолда олиб бориш

2-АМАЛ. Ҳолатни баҳолаш: физикаль текширув, лаборатория-инструментал текширувлари – қон ва сийдик таҳлили

- бел айланасини ўлчаш;
- артериал босимни ўлчаш;
- тўпикдаги шишларни аниқлаш;
- бўртиш ва силжишни аниқлаш мақсадида юрак чўққисининг турткисини пайпаслаш;
- юрак аускультацияси (мароми ва шовкинлар);
- ўпка аускультацияси (икки томонламали базал крепитация);
- қорин бўшлиғини бармоқлар билан пайпаслаш (жигарнинг оғрикка сезгирлиги);
- биллак артериясида томир уриши ва нафас олиш тезлигини баҳолаш;
- қандли диабет аниқланган беморларда оёқ юзини текшириш (сезгирлиги, томир уриши ва яраларнинг мавжудлиги);
- сийдикда оксил миқдорини аниқлаш;
- умумий холестерин миқдорини аниқлаш;
- оч қоринга плазмада глюкоза миқдорини аниқлаш (диабет = оч қоринга плазмада глюкоза ≥ 7 ммоль/л (126 мг/дл)) ёки овқатдан кейин плазмада глюкоза ($\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл));
- АБ аниқланган барча пациентларда 12 узаткич бўйича ЭКГ олинг. АБ ва ёки қандли диабет аниқланган барча беморларда ретинопатияни аниқлаш мақсадида кўз тубини текшириш (офтальмоскопия).

3-АМАЛ. Юрак-томир тизими касалликлари хавфи ва нишон аъзоларининг шикастланганлигини баҳолаш (касалхонага даволашга юборилмаган пациентларда)

- ЖССТнинг хавфи баҳолаш номограммасидан фойдаланиш (11-бетга қarang).
- Пациентнинг ёши, жинси, чекиши, систолик артериал босими, унда қандли диабетнинг бор-йўқлиги ва умумий холестерин миқдоридан (имкон бўлса) фойдаланиш.
- Агар пациентнинг ёши 50–59 бўлса, блок 50 гуруҳини танланг; агар пациентнинг ёши 60–69 бўлса, блок 60 гуруҳини танланг ва ҳ.к. 40 ёшдан ёш бўлган одамлар учун блок 40 гуруҳини танланг.
- Агар қонда холестерин миқдорини аниқлаш имкони бўлмаса, юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолаш учун холестериннинг ўртача миқдорини 5,2 ммоль/л, деб олинг.
- Юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолаш ва нишон аъзоларининг шикастланганлигини аниқлаш учун инструментал текширишлар – ЭКГ ва офтальмоскопия натижаларидан фойдаланиш.
- Агар бемор даволанаётган бўлса, у ҳолда хавфли омиллар бўйича даволашни бошлашдан олдинги маълумотлардан фойдаланиш. Агар бундай маълумотлар бўлмаса, у ҳолда ҳозирги пайтда мавжуд хавф омилларини баҳоланг.
- Хавф жадвалларида оила анамнезида барвақт юрак-томир тизими касалликлари, семизлик, қонда триглицеридларнинг ошган миқдори каби хавфли омиллар баҳоланмайдн.

4-АМАЛ: Барча таширлар пайтида мутахассслар маслаҳати ва даволашга ёки касалхонага ётқизиш учун йўланма бериш мезонлари

- САБ ≥ 200 ва ёки ДАБ ≥ 120 мм сим.уст. (зудлик билан касалхонага йўллаш)
- 40 ёшдан ёш бўлган шахсларда САБ ≥ 140 ва ёки ДАБ ≥ 90 мм симоб уст. (иккиламчи гипертензияни истисно қилиш)
- Қуйидаги ҳамроҳ касалликлар аниқланган: юрак-томир тизими касалликлари (миокард инфаркти, стенокардия, юрак етишмовчилиги), цереброваскуляр касалликлар (ишемик ва геморрагик инсульт, транзитор ишемик ҳужум), буйрак касалликлари (диабет нефропатияси, буйрак етишмовчилиги), периферик томирлар касалликлари (аортанинг қатламланувчи аневризмаси, периферик артерияларнинг шикастланиши), гипертоник ретинопатия. Шу билан бирга, агар олдин ҳисобга олинмаган бўлса, юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолашда ҳамроҳ касалликларни ҳам ҳисобга олинг.
- Кўкракда илк бор пайдо бўлган оғрик ёки стенокардия, оғирлик даражасининг ўзгариши, ностабил стенокардия ва транзитор ишемик ҳужум ёки инсультнинг симптомлари
- Нишон-аъзоларининг шикастланиши (масалан, стенокардия, ўқтин-ўқтин тутадиган оксодик, юрак чўққисининг бўртиб чиқиши, юрак етишмовчилиги, гипертоник ва диабет ретинопатияси)
- Юракда шовкин пайдо бўлиши
- 2 та ёки 3 та дори воситалари ёрдамида ўтказилган даволашга қарамай тургун гипертензиянинг АБ $\geq 140/90$ (қандли диабет ҳолатларида 130/80 мм симоб устундан юқори) сақланиб қолиши
- Протеинурия
- Ёши 30 дан кичик бўлган шахсларда тана вазнининг камайиши билан илк бор диагноз қўйилган қандли диабет
- Умумий холестерин $> 8,0$ ммоль/л (320 мг/дл)
- Сульфонилмочевина билан ёки усиз метформиннинг максимал дозасига қарамадан, назорат қилинмайдиган қандли диабет (оч қоринга плазмада глюкоза 7 ммоль/л дан юқори ёки тенг, овқатдан сўнг ≥ 9 ммоль/л)
- Оғир инфекция ёки оёқ юзидаги яралар билан бирга кечувчи қандли диабет
- Қўриш қобилятининг ёмонлашиши билан бирга кечувчи қандли диабет (ёки охириги икки йил давомида қўриш қобилятининг текширилмаганлиги)
- Юрак-томир тизими касалликларининг юқори даражадаги хавфи
- Ҳомилдорлик ва пешобда оксил ва глюкозанинг мавжудлиги (диагноз қўйилмаган ёки назорат қилинмайдиган диабетда)

Агар маслаҳат олиш, касалхонага йўланма бериш мезонлари бўлмаса, у ҳолда 5-амалга ўтинг.

МОСЛАШТИРИЛГАН 1-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Миокард инфаркти, инсульт ҳамда буйрак касалликларини олдини олиш мақсадида артериал гипертония ва қандли диабетни интеграллашган ҳолда олиб бориш

5-АМАЛ. Беморларга маслаҳат бериш, қуйида келтирилган схема бўйича кузатув ва даволаш

Биринчи ташир

ХАВФ ДАРАЖАСИ < 20%

- Парҳез, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни суиистеъмол қилмаслик масалалари бўйича маслаҳатлар
- Агар хавф даражаси 10%дан кам бўлса, кейинги кузатиш – икки йилда бир марта
- Сийдикда оксил, қонда глюкоза миқдорини аниқлаш, қўз тубини текшириш, ЭКГ - икки йилда бир марта
- Холестерин миқдорини аниқлаш – икки йилда бир марта
- Агар хавф даражаси 10%дан 20%гача бўлса, меъёрий кўрсаткичларга эришилмагунча ҳар 3 ойда артериал босимни ўлчаш ва назорат қилиш, сўнгра ҳар 6-9 ойда назорат қилиб бориш

Қандли диабетга чалинган шахслар учун қўшимча амаллар

- АБ $\geq 130/80$ мм. симоб уст. бўлган беморлар учун антигипертензив дорилар буюриш.
- Қандли диабетнинг 2-турига чалинган 40 ва ундан катта ёшдаги барча беморларга статинлар буюриш.
- Қандли диабетнинг 2-турида агар парҳез фонида оч коринга плазмада глюкоза миқдори 7 ммоль/лдан катта бўлса, у ҳолда қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганида метформин буюрилади.
- Плазмада глюкоза миқдорини қуйидаги кўрсаткичларга етказувчи дозаларда метформин буюриш:

ХАВФ ДАРАЖАСИ 20 дан 30% гача

- Парҳез, жисмоний фаоллик, чекиш ва алкогольни суиистеъмол қилишни тўхтатиш масалаларида маслаҳатлар
- Кузатув: АБни ўлчаш/ҳар 3-6 ойда назорат
- АБ турғун равишда $\geq 140/90$, дори-дармонли давони қўллашни назарда тутиш лозим (пастга қаранг **Антигипертензив дорилар)
- Сийдикда оксил миқдори – ҳар 6 ойда
- Қонда глюкоза, қўз тубини текшириш, ЭКГ – бир йилда бир марта
- Кардиолог маслаҳати – бир йилда бир марта (қўп тармоқли поликлиникада холестерин, креатинин миқдорини аниқлаш – бир йилда бир марта)

Плазма гликемияси мақсадли даражасини индивидуал равишда танлаш (ммоль/л)

Ҳолати	Ёши		
	Ёш 45 ёшдан кичик	Ўрта ёшда 45-59 ёш	Кекса ёшда 60 ёшдан катта
Оғир асоратлар ва/ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд эмас	ОПГМ 6,5дан кам	ОПГМ 7,0дан кам	ОПГМ 7,5дан кам
Оғир асоратлар ва/ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд	ОКПГМ 8,0дан кам	ОКПГМ 9,0дан кам	ОКПГМ 10,0дан кам
Оғир асоратлар ва/ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд	ОПГМ 7,0дан кам	ОПГМ 7,5дан кам	ОПГМ 8,0дан кам
Оғир асоратлар ва/ёки оғир гипогликемия хавфи мавжуд	ОКПГМ 9,0дан кам	ОКПГМ 10,0дан кам	ОКПГМ 11,0дан кам

ХАВФ ДАРАЖАСИ > 30%

- Парҳез, жисмоний фаоллик, чекишни тўхтатиш ва алкогольни суиистеъмол қилмаслик масалаларида маслаҳатлар
- АБ турғун равишда $\geq 130/80$, дори-дармонли давони қўллашни назарда тутиш лозим (пастга қаранг **Антигипертензив дорилар)
- Статинларни буюринг
- Ҳар 3 ойда кузатиб бориш, агар 6 ой мобайнида юрак-томир тизими касалликлари хавфи камаймаса, касалхонада даволаниш учун йўлланма бериш
- Ҳар 6 ойда – сийдикда оксил, қонда глюкоза миқдорини аниқлаш, ЭКГ
- Бир йилда бир марта – қўз тубини текшириш
- Албатта кардиолог, эндокринолог, невропатолог маслаҳатларини йилига 2 марта ўтказиш (қўп тармоқли поликлиникада холестерин, креатинин миқдорини аниқлаш – бир йилда икки марта)

МУҲИМ
АМАЛИЙ
ЖИҲАТ-
ЛАР

Дори-дармонли даво тайинланишини кўриб чиқиш

- Қандли диабет ва юрак-томир тизими касалликлари (миокард инфаркти, стенокардия, юрак етишмовчилиги), цереброваскуляр касалликлар (ишемик ва геморрагик инсульт, транзитор ишемик хужум), буйрак касалликлари (диабетик нефропатия, буйрак етишмовчилиги), периферик томирларнинг касалликлари (аортанинг қатламланувчи аневризмаси, периферик артерияларнинг шикастланиши), гипертоник ретинопатия аниқланган барча беморларга.
- Агар беморнинг аҳволи барқарор бўлса, буюрилган даволашни давом эттириш ва хавф 30%дан ортиқ бўлган ҳолатдаги каби чора-тадбирларни амалга ошириш.
- Альбуминурия, ретинопатия, чап қоринчанинг гипертрофиясига эга бўлган беморларга
- АБ турғун равишда 160/100 мм симоб устунига тенг ва катта бўлган беморларга; антигипертензив терапия.
- Умумий холестерин миқдори 8 ммоль/л (320 мг/дл) ёки ундан катта бўлган беморларга; турмуш тарзини ўзгартириш бўйича маслаҳатлар ва статинларни буюриш.

МУҲИМ
АМАЛИЙ
ЖИҲАТ-
ЛАР

**Антигипертензив препаратлар

Агар беморнинг ёши 55 ёшгача бўлса, тиазидли диуретиклар ва/ёки ААФ ингибиторлари тавсия қилинади. Агар ушбу препаратларга қарши кўрсатмалар ёки уларни кўтара олмаслик ҳолатлари мавжуд бўлса, у ҳолда қиммат бўлмаган ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари тавсия қилинади. Агар ёши 55 ёшдан катта бўлса, узоқ вақт таъсир қилувчи кальций каналларининг блокаторлари (кальций антагонистлари) тавсия қилинади. Шишлар пайдо бўлганида, юрак етишмовчилиги мавжудлигида ёки кальций антагонистлари таъсир қилмаганида, тиазидли диуретиклар ва/ёки қиммат бўлмаган ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари тавсия қилинади.

ААФ ингибиторларини кўтара олмаслик ҳолатлари мавжуд бўлганида (беморда қўшимча ножўя таъсир тарзида йўтал пайдо бўлса), узоқ вақт таъсир қилувчи кальций антагонистлари ва/ёки арзон ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари тавсия қилинади.

ААФ ингибиторларига қарши кўрсатмалар ва кўтара олмаслик ҳолатлари мавжуд бўлса ёки фертил ёшидаги аёлларга бета блокаторлар тавсия қилинади.

Аспирин

Аспириннинг паст дозалари (75мг/сут) юрак-томир тизими касалликлари хавфи юқори ва жуда юқори 50 ёш ва ундан юқори артериал гипертонияга чалинган беморларга, қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса ҳамда юрак-томир тизими касалликлари хавфи ўртача бўлган беморларга тавсия қилинади.

Статинлар

Умумий холестерин миқдори 8 ммоль/лдан юқори бўлган беморлар учун турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар бериш ва умумий холестерин миқдорини 6,0 ммоль/лдан паст даражага тушириш учун статинлар буюрилади.

Қандли диабетга чалинган шахслар учун қўшимча амаллар (давоми)

- Агар метформиннинг максимал дозаси глюкоза миқдорини меъёрий даражагача туширмаса, у ҳолда эндокринолог билан биргаликда ўртача дозаларда сульфонилмочевинанинг 3-авлод препаратларини қўшиш. Метформинга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида сульфонилмочевинанинг 3-авлод препаратларини буюриш
- Оёқ юзи, тирноқлар гигиенасига риоя қилиш, кадокларни даволаш, тегишли пойфазал кийиш масалаларида маслаҳат бериш; текширишнинг объектив усулларида фойдаланган ҳолда, оёқ юзида яралар пайдо бўлиш хавфини баҳолаш.
- Қандли диабетга чалинган беморларга ААФ ингибиторлари ва/ёки тиазидли диуретикларнинг паст дозаларини артериал гипертонияни даволашда биринчи навбатдаги даволаш (биринчи танлов давоси) сифатида тавсия қилиш. Бета-блокаторлар биринчи танлов препаратлари сифатида тавсия қилинмайди. ААФ ингибиторларига қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганида, ангиотензин II рецепторларининг антагонистлари, кальций каналларининг блокаторлари тавсия қилиш.

Кейинги кузатув ҳар 3 ойда.

МОСЛАШТИРИЛГАН 1-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Миокард инфаркти, инсульт ҳамда буйрак касалликларини олдини олиш мақсадида артериал гипертония ва қандли диабетни интеграллашган ҳолда олиб бориш

Беморлар ва уларнинг оила аъзоларига маслаҳатлар

- Ош тузи истеъмол қилишни суткасига 5 граммгача чекланг ва маринадлар, тузланган балиқ, тез тайёрланадиган овқатлар, тез ишловга бериладиган маҳсулотлар, консервалар ва шўрванинг қуруқ бўлакчалари каби тузланган овқат маҳсулотларини истеъмол қилишни чекланг.
- Артериал босим, қонда глюкоза ва сийдикда оксил даражасини мунтазам назорат қилиб туринг.

Қандли диабетга чалинган беморлар учун тавсиялар

- Ортиқча вазнга эга беморларга вазни камайтириш, овқат миқдори ва калориялилигини камайтиришни тавсия қилиш. Барча беморларга ўз рационларида углеводларнинг манбаи сифатида паст гликемик индексга эга маҳсулотларни (масалан, ловия, мош, маккажўхори, дуккакли ўсимликлар, ясмик, сули ва ширинлик қўшилмаган мевалар) кўпроқ истеъмол қилишни тавсия қилиш. Агар Сиз қонда глюкоза даражасини пасайтириб юбориши мумкин бўлган инсулин қабул қилаётган бўлсангиз, у ҳолда ўзингиз билан қанд ёки конфет олиб юринг.
- Диабет ретинопатиясини аниқлаш мақсадида қандли диабетга чалинган беморларга офтальмолог кўригидан ўтишни тавсия қилинг. Диабет ретинопатияси аниқланган ҳолларда, йилига 2 марта кўз тубини текшириш билан офтальмолог кузатуви тавсия қилинади. Яланг оёқ билан сайр қилишдан ўзингизни тутиб туринг, оёғингизни иситкич, камин, танчада иситманг.
- Оёқларингизни илиқ сувда ювинг ва оёқ бармоқлари орасини қуруқ ҳолатга келгунига қадар пухталиқ билан артинг. Пахта толасидан қилинган пайпоқ ва қулай ҳамда эркин турадиган пойафзал кийинг.
- Қадок ва сўгалларни кесиб ташламанг ва уларни кимёвий моддалар билан қайта ишламанг.
- Оёқ юзини ҳар куни кўздан кечиринг, агар бирор муаммо ёки шикастланишни аниқласангиз, зудлик билан даволовчи врачга мурожаат қилинг.

Амалларни қайтариш

- 1- амал. Қуйидаги саволларни беринг:
 - Янги симптомлар пайдо бўлмадими?
 - Врачнинг чекиш ва алкогольни суиистеъмол қилиш, жисмоний фаоллик, соғлом овқатланиш, дори воситаларини қабул қилиш бўйича тавсияларига риоя қиласизми?
- 2-амал. Беморнинг ҳолатини баҳолаш (физикал ва лаборатория текширувлари);
- 3-амал. Юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолаш;
- 4-амал. Зарур бўлганида, мутахассисга йўлланма бериш;
- 5-амал. Барча беморларга маслаҳат бериш ва уларни протоколга мос равишда даволаш.

МОСЛАШТИРИЛГАН 2.1-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Соғлом турмуш тарзига ўқитиш (барча пациентлар учун)

Пациентга қуйидагиларни ўргатиш

- А. Жисмоний фаолликка мунтазам равишда вақт ажратиш
- Б. “Соғлом юрак” парhezига риоя қилиш
- В. Чекишни тўхтатиш ва алкогольни суниестеъмол қилишдан ўзини тутиб туриш
- Г. Профилактика мақсадларида мунтазам равишда врач ҳузурига ташриф буюриш

А. Жисмоний фаолликка мунтазам вақт ажратиш

- Жисмоний юклamani аста-секин ўртача даражагача оширинг (масалан, тез юриш); уни ҳеч бўлмаганда ҳафтасига беш кун, кунига 30 дақиқагача етказинг.
- Тана вазнини назорат қилиб бординг ва юқори калорияга эга бўлган овқат миқдорини камайтирган ҳамда жисмоний фаолликка етарлича вақт ажратган ҳолда, унинг ҳаддан ташқари ортиб кетишига йўл қўйманг.

В. Чекишни тўхтатиш ва алкогольни суниестеъмол қилинишига йўл қўймаслик

- Барча чекмайдиганларни чекишни бошламасликка ишонтириш
- Барча чекувчилар учун қатъий равишда чекишни тўхтатишни тавсия қилиш ва тамақини бошқа кўринишда истеъмол қилувчиларга тамақини истеъмол қилишдан воз кечиш лозимлигини маслаҳат бериш.
- Алкоголь истеъмол қилишдан ўзини тийиб туришни қўллаб-қувватлаш лозим
- Одамларга соғлиқни мустаҳкамлаш мақсадида алкоголь истеъмол қилишни маслаҳат бермаслик лозим.
- Агар қуйидаги қўшимча ҳавфли омиллар мавжуд бўлса, пациентларга алкоголь истеъмол қилмасликни маслаҳат бериш лозим:
 - автомобилни бошқариш ёки механизмлар билан ишлаш
 - хомиладорлик ёки кўкрак билан овқатлантириш
 - алкоголь билан бирга салбий таъсир кўрсатувчи дори-дармонларни қабул қилиш
 - алкоголь қабул қилинганида зўрайиб кетадиган касалликларнинг мавжудлиги
- алкоголь истеъмол қилишни назорат қилишдаги қийинчиликлар

Б.Юрак учун фойдали бўлган парhezга риоя қилиш

Ош тузи (натрий хлорид)

- Ош тузи миқдорини, шу жумладан, тайёр овқатлар ва бошқа ҳар қандай маҳсулотлар таркибидаги туз миқдорини кунига 5 граммгача (1 чой қошиғида) чеклаш
- Таркибида ош тузи миқдори юқори бўлган тайёр маҳсулотлар ва ярим тайёр озиқ-овқат маҳсулотлари (колбаса, курт, сузма, пишлок, дудланган маҳсулотлар, чипслар, қуритилган нон, маринадлар, сосискалар, кази ва бошқалар) истеъмол қилишни чеклаш.

Мева ва сабзавотлар

Кунига мавсумий мева ва сабзавотларнинг 5 порциясини (400- 500 грамм) истеъмол қилиш: 1 порция 1 ўртача қатталиқдаги шафтоли, апельсин, олма, 3-4 ўрик, бир ховуч узум, анор ва 3 ош қошиғидаги янги ва қайнатилган сабзавотларга (картошка бундан истисно) тенг

Ёғли овқат

- Ёғли гўшт истеъмол қилишни чеклаш, бошқа турдаги гўштлирни парранда гўшти (терисиз) билан алмаштириш
- Таркибида ёғ ва маргарин миқдори юқори бўлган сутли маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклаш (икки ош қошиғидан кам). Рациондан мол ёғини чиқариб ташлаш
- Пальма ва кокос ёғларини истеъмол қилмаслик. Зайтун, рапе, сояли, pista, маккажўхори, кунжут, пахта ёғларидан фойдаланиш

Балиқ

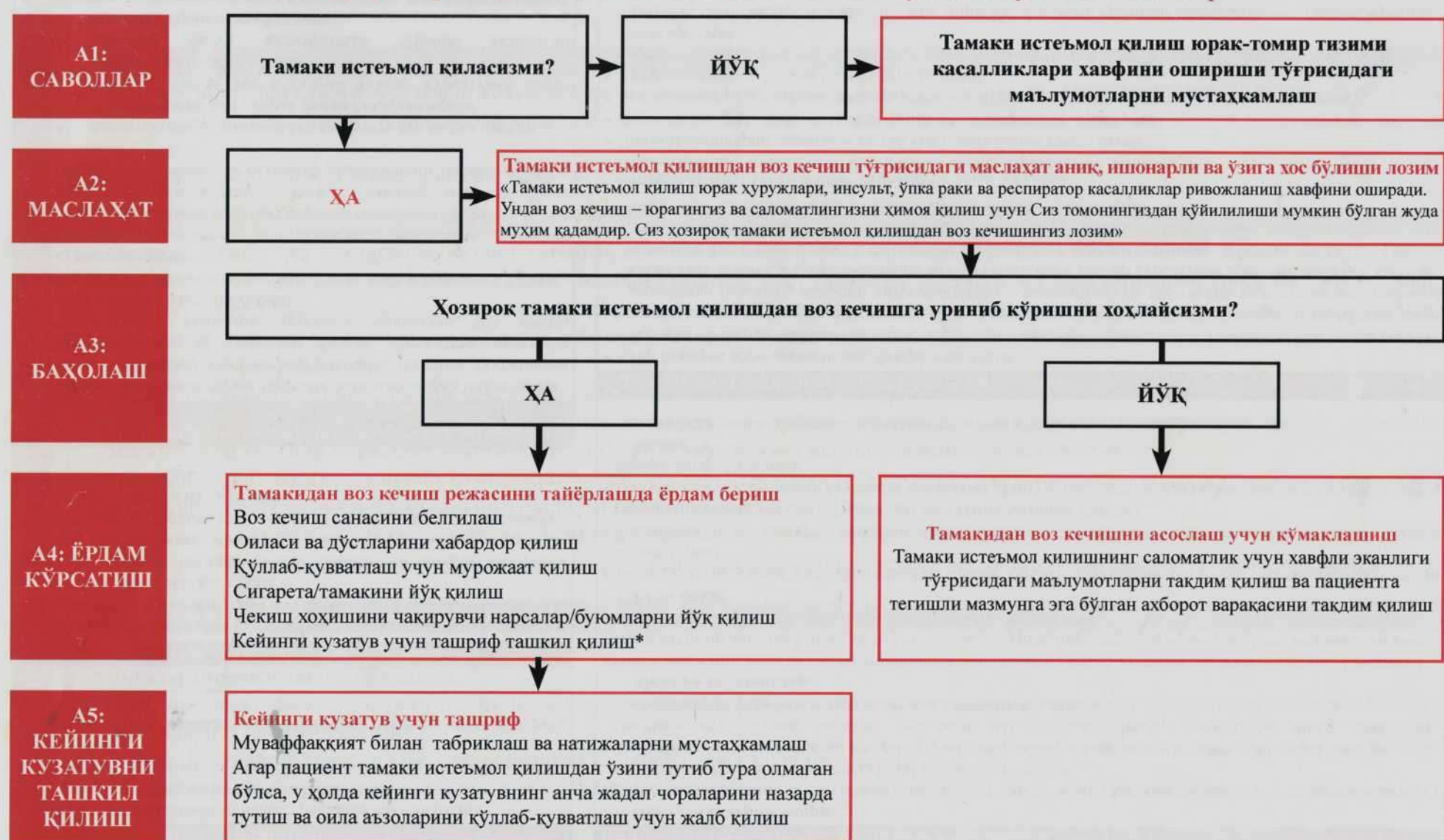
- Асосан ёғли денгиз балиғини истеъмол қилишни кўпайтириш тавсия қилинади.

Г. Даволанишига онд бўлган маслаҳатларга амал қилиш

- Агар беморга дори-дармон(лар) буюрилган бўлса:
 - беморга уй шаронтида қандай қилиб дори-дармонни(ларни) қабул қилиш лозимлигини тушунтиринг
 - таъсир қилиш вақти узок бўлган узок вақт давомида ва мунтазам қабул қилиниши лозим бўлган дори-дармонлар (масалан, кальций антогонистлари – амлодипин) ва тез таъсир қилувчи ва мос равишда қиска вақт давомида қабул қилинадиган (тез гипотензив таъсир кўрсатувчи дорилар, масалан, капотен, коринфар ёки фармодипин) дори-дармонлар орасидаги фарқни тушунтириб бering.
 - дори-дармонларнинг мумкин бўлган ножўя таъсирлари ҳақида огоҳлантиринг
 - нима учун дори-дармон қабул қилиш муҳимлигини тушунтиринг
- Беморга лозим бўлган дозани кўрсатинг
- Дори-дармонни кунига неча марта қабул қилиш кераклигини тушунтиринг
- Дори-дармонларни саранжом қилиб ўраб, унга белги қўйиб бering
- Дори-дармонларни сақлаш усуллари ва муддатларини тушунтиринг
- Бемор хонани тарқ эттунига қадар, врачнинг йўриқномаларини тушунганлигини текширинг
- Қуйидагиларнинг муҳимлигини тушунтиринг:
 - узлуксиз даволанишни таъминлаш учун дори-дармонларнинг етарлича захираси мавжуд бўлиши лозимлигини
 - ҳаттоки, симптомлар бўлмаганида ҳам, дори-дармонларни врачнинг маслаҳатларига биноан мунтазам қабул қилиш лозимлигини

МОСЛАШТИРИЛГАН 2.2-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

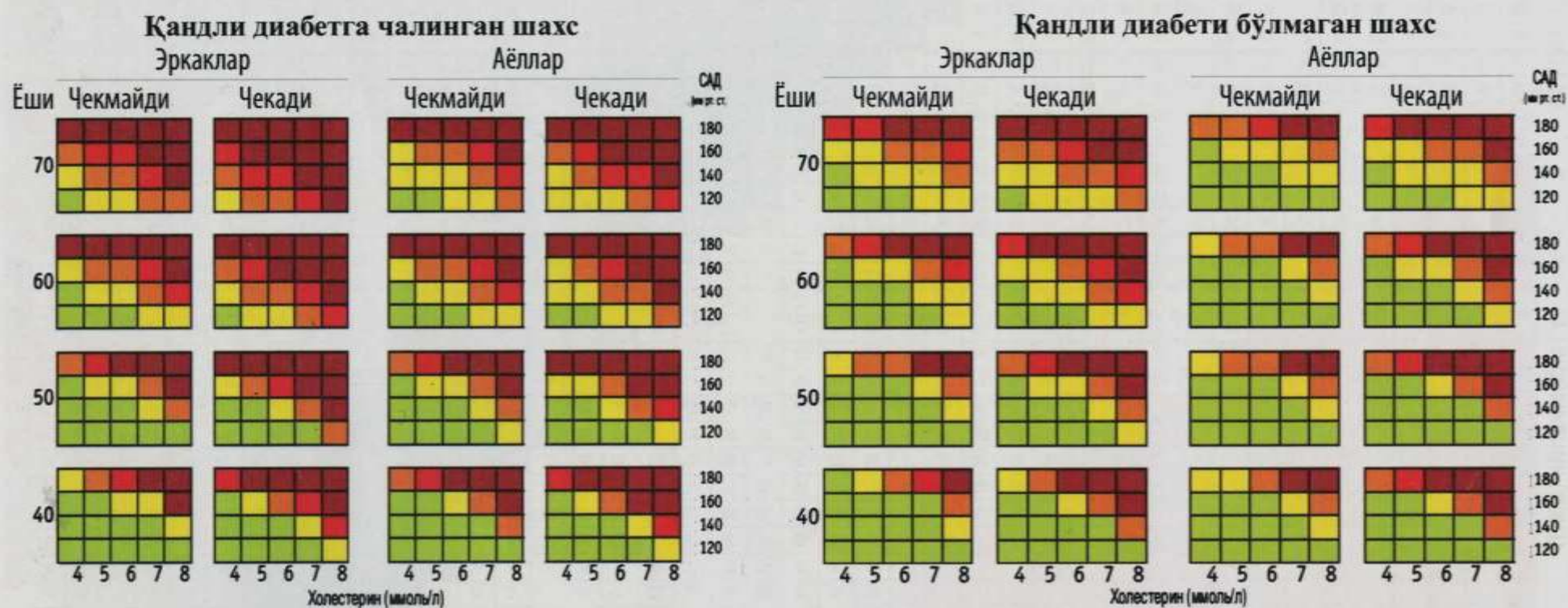
Соғлом турмуш тарзига ўқитиш. Тамаки истеъмол қилишни тўхтатиш бўйича маслаҳатлар.



* Кейинги назоратни ташкил қилиш учун иккинчи ташрифни ўша ой мобайнида амалга ошириш тавсия қилинади, кейин эса 4 ой давомида ҳар ойда ташриф буюриш лозим; бир йилдан кейин эса баҳолашни амалга ошириш лозим. Агар буни амалга оширишнинг имкони бўлмаса, пациентнинг артериал босимини мониторинг қилиш зарур бўлган ҳар бир ҳолатда маслаҳат беришни такрорлаш лозим.

ЖССТнинг 10-йиллик юрак-томир тизими касалликлари хавфини баҳолаш номограммаси

Хавф даражаси ■ <10% ■ 10% - <20% ■ 20% - <30% ■ 30% - <40% ■ ≥40%



Манба: “Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Карманное пособие по оценке и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний. ВОЗ, Женева 2007 г. стр.14.”

Тана вазни индексини ҳисоблаш

Вазн (кг)

			Бүй (см)																																												
	30	32.5	35	37.5	40	42.5	45	47.5	50	52.5	55	57.5	60	62.5	65	67.5	70	72.5	75	77.5	80	82.5	85	87.5	90	92.5	95	97.5	100	102.5	105	107.5	110	112.5	115	117.5	120	122.5	125	127.5	130						
140	15	17	18	19	20	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	50	51	52	54	55	56	57	59	60	61	63	64	65	66						
142	15	16	17	19	20	21	22	24	25	26	27	29	30	31	32	33	35	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	50	51	52	53	55	56	57	58	60	61	62	63	64						
144	14	16	17	18	19	20	22	23	24	25	27	28	29	30	31	33	34	35	36	37	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	51	52	53	54	55	57	58	59	60	61	63						
146	14	15	16	18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	32	33	34	35	36	38	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	50	52	53	54	55	56	57	59	60	61						
148	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32	33	34	35	37	38	39	40	41	42	43	45	46	47	48	49	50	51	53	54	55	56	57	58	59						
150	13	14	16	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	36	37	38	39	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58					
152	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56					
154	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55					
156	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54					
158	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53					
160	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53					
162	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51					
164	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51						
166	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51						
168	11	12	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51					
170	10	11	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
172	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
174	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
176	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
178	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51			
180	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51			
182	9	10	11	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51			
184	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51			
186	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51			
188	8	9	10	11	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
190	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
192	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
194	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
196	8	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
198	8	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
200	8	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	
202	7	8	9	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
204	7	8	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51

Семизлик (30-39,9)

Ўта семизлик (≥ 40)

Етарлича бўлмаган вазн (<18,5)

Меъёрадаги вазн (18,5-24,9)

Ортиқча вазн (25-29,9)

БРОНХИАЛ АСТМА ВА ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАР БЎЙИЧА МОСЛАШТИРИЛГАН КЛИНИК ПРОТОКОЛ
МОСЛАШТИРИЛГАН 3-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш
Ўпка сурункали обструктив касаллигини олиб бориш

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА МАСАЛАСИНИ ҲАЛ ҚИЛИШ

САВОЛ	Астма касаллигининг ҳам, ЎСОКнинг ҳам клиник намоён бўлиши йўтал, нафас олишнинг кийинлашиши, кўкрак сиқилиши ва/ёки харсиллаш тарзида бўлиши мумкин.
ДИАГНОСТИКА ҚИЛИШ	Бронхиал астма диагнози қуйидаги унсурлар мавжудлигида энг катта эҳтимол билан қўйилиши мумкин: • эрта диагноз қилинган астма; • симптомлари болалик ва ўсмирликнинг эрта давларидан кузатилади; • анамнезда аллергия иситма, экзема ва/ёки аллергия реакцияларнинг мавжудлиги; • симптомсиз давлар билан алмашиб турувчи ёки аэроаллергенлар билан контактдан сўнг ҳар замонда пайдо бўлувчи хуштаксимон хириллаш, йўтал ёки кўкрак қафасида сиқилиш ҳолатлари; • кечаси ва эрта тонг пайтида симптомларнинг кучайиши кузатилади; • симптомларни респиратор инфекция, жисмоний юклама, об-хавонинг ўзгариши ёки стресс кўзгатади; • салбутамол қўлланилганидан сўнг симптомларнинг йўқолиши; • яқин қариндошларида аллергия касалликлар ёки бронхиал астманинг мавжудлиги. ЎСОК диагнози қуйидаги унсурлар мавжудлигида энг катта эҳтимол билан қўйилиши мумкин: • илгари ЎСОК диагнози қўйилган; • ҳаёти давомида 15 йил мобайнида кунига зўр бериб 20тадан ортиқ сигарета чекиш; • ёпик хонада сурункали тарзда ёнилгининг ёниш маҳсулотлари таъсири остида бўлиш ёки ишлаб чиқаришда сурункали тарзда чанг таъсири остида бўлиш; • ўрта ёки катта ёшда симптомларнинг намоён бўла бошлаши (одатда, 40 ёшдан катталарда); • узок вақт давомида симптомларнинг аста-секин зўрайиб бориши; • анамнезда узок вақт давомида ҳар кун ёки тез-тез йўтал ва нафас сиқилишидан олдин пайдо бўлувчи балғам кўчиши; • симптомлар деярли ўзгармайди ёки зўрайиб боради; • зўрайиб бориш билан кечувчи ва жисмоний зўрқишда кучаяувчи кундалик нафас қисқиши.
ТЕСТ	НЧЧТни ўлчанг, сўнг салбутамолнинг ингаляция учун мўлжалланган 2 дозасини киритинг ва 15 дақиқадан сўнг НЧЧТни ўлчашни такрорланг: ▪ агар НЧЧТ 20 ва ундан ортиқ фоизга ортса, у ҳолда катта эҳтимол билан астма диагнозини қўйиш мумкин. ▪ агар ўзгаришлар унча катта бўлмаса, у ҳолда катта эҳтимол билан ЎСОК диагнозини қўйиш мумкин.

МОСЛАШТИРИЛГАН 3-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш

1-АМАЛ. ИЛК БОР АНИҚЛАНГАН БЕЪМОР УЧУН ДАВОЛАШ ҚАДАМИНИ АНИҚЛАШ

Агар $\text{НЧЧТ} \geq 80\%$ ва хуружлар сони ҳафтасига икки ва ундан кам бўлса, терапияни **1-қадамдан** бошлаш лозим.
Агар $\text{НЧЧТ} < 80\%$ ва хуружлар сони ҳафтасига икки ва ундан кўп бўлса, терапияни **2-қадамдан** бошлаш лозим.

1-қадам. Зарур бўлганида сальбутамолни ингаляция қилиш.

2-қадам. Зарур бўлганида сальбутамолни ингаляция қилиш ҳамда кам дозаларда - катталар учун 100 мгдан бошлаб кунига икки мартаба ва болалар учун 100 мгдан кунига бир мартаба (суткасига 500 мггача) беклометазонни ингаляция қилиш.

Ҳар бир қадамда бемор томонидан даволаниш режимида риоя қилинаётганлиги ва ингалятордан тўғри фойдаланилаётганини назорат қилиш.

Такрорий ташриф 1 ойдан кейин.

2-АМАЛ. ТАВСИЯЛАР

Астма – беморлар ва уларнинг оила аъзоларига тавсиялар

Профилактика масалалари бўйича:

- тамаки тутуни ва астмани кўзгатувчи бошқа омиллардан, агар улар мавжуд бўлса, сакланиш;
- тутун ва чанг бор хоналарда бўлишдан сакланиш;
- касбий астмани келтириб чиқариши мумкин бўлган моддалар билан контактда бўлишдан сакланиш;
- мебель буюмларидан чангни артиш учун нам матодан фойдаланиш, йиғиштиришдан олдин полга шакароб қилиб сув сепиш, вентиляторларнинг паррақларини мунтазам равишда чангдан тозалаб туриш ва уйқу учун мўлжалланган жойларда юмшоқ ўйинчоқлар сонини минимумга етказиш;
- сувараклар билан курашиш чора-тадбирларини амалга ошириш (бемор йўқ бўлган пайтларда) ҳамда кўрпа-тўшаклар, ёстикларни яхшилаб қоқиб, офтобга ёйиб қўйиш фойдали бўлиши мумкин.

Бемор ва унинг оила аъзолари даволанишга нисбатан қуйидагиларни билишларига ишонч ҳосил қилиш лозим:

- астма зўрайганида қандай чоралар кўриш лозимлигини;
- ингаляторлардан фойдаланиш перорал қабул қилинадиган дори-дармонлардан фойдаланишдан афзал эканлигини ҳамда спейсердан фойдаланиш афзалликларини билишларини;
- ингаляция ёрдамида киритилган стероидларнинг максимал самарадорлигига киритилганидан сўнг фақат бир неча кун ёки бир неча ҳафтадан кейин эришилишини.

МОСЛАШТИРИЛГАН 3-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш

1-АМАЛ. АСТМА КАСАЛЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИНИШИНИ БАҲОЛАШ

- Астмани назорат қилиш бўйича АСТ тестидан фойдаланинг.
- *Мазкур тест ва уни баҳолаш 1-иловада келтирилган.*

2-АМАЛ. ДАВОЛАШ ҚАДАМИНИ АНИҚЛАШ

- Астма касаллиги етарлича назорат қилинмаса (тўсатдан назоратни йўқотиш белгиларисиз), терапиянинг **катта қадамини** тайинлаш лозим.
- Астма касаллиги яхши назорат қилинса, у ҳолда **танлаб олинган қадамда** даволашни 3 ой давом эттириш лозим.
- Астма касаллиги тўлиқ назорат қилинса, 3 ой давомида терапиянинг **кичик қадами** тайинланади.

1-қадам. Зарур бўлганида салбутамолни ингаляция қилиш.

2-қадам. Зарур бўлганида салбутамолни ингаляция қилиш, ҳамда кам дозаларда катталар учун 100 мкгдан бошлаб кунига икки маротаба ва болалар учун 100 мкгдан кунига бир маротаба (суткасига 500 мкггача) беклометазонни ингаляция қилиш.

3-қадам. 2-қадамдаги каби, лекин беклометазон дозасини орттирган ҳолда: 200 мкг ёки 400 мкгдан кунига икки маротаба (суткасига 1000 мкггача).

4-қадам. 3-қадамга қўшимча тарзда узоқ вақт давомида таъсир қилувчи бета-адренергик агонистлар ингаляциясини буюринг ёки паст дозаларда лейкотриен рецепторларининг антогонистларини ёки теофиллинни перорал қабул қилишни буюринг. Беклометазон дозасини юқори дозаларгача (кунига 1000-2000 мкггача) орттиринг.

5-қадам. 4-қадамга симптомларни назорат қила олиш имкониятини берувчи мумкин бўлган паст дозаларда (деярли барча ҳолатларда кунига 10 мкгдан кам) перорал қабул қилиш учун преднизолонни қўшинг.

Ҳар бир босқичда бемор томонидан даволаш режимига риоя қилинаётганлигини текшириб бординг ва ингалятордан тўғри фойдаланилаётганлигини назорат қилиб бординг.

МОСЛАШТИРИЛГАН 3-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш

АСТМА КАСАЛЛИГИ УСТИДАН НАЗОРАТНИ ТЎСАТДАН ЙЎҚОТИБ ҚЎЙИШ БЕЛГИЛАРИ

- оғир нафас қисилиши кузатилади (бемор қисқа гаплар ёрдамида гаплашади);
- бемор салбутамолдан ҳар 4 соатдан кам вақтда фойдаланади, лекин аҳволи яхшиланмайди.

ОҒИРЛИК ТОИФАСИНИ БАҲОЛАШ

Оғир зўрайиш

- НЧЧТ оптимал ёки прогноз қилинган даражанинг 33-50 фоизини ташкил қилади.
- Нафас олиш тезлиги бир дақиқада 25 нафас олиш ҳаракатидан кўп (катта ёшдагиларда).
- Юрак уриш тезлиги бир дақиқада 110 тадан ортиқ (катта ёшдагиларда).
- Гапни бир нафас олишда тугата олмаслик.

Жуда оғир зўрайиш

- Хушнинг хиралашиши, чарчаш, аритмия, гипотензия, цианоз, кўкрак қафасининг заиф экскурсияси, юзаки нафас олиш.
- Қонни кислород билан тўйинганлик даражаси <92 фоиз.

БИРИНЧИ НАВБАТДАГИ ДАВОЛАШ

- спейсер ёки небулайзер орқали дозаловчи ингалятор ёрдамида катта дозаларда салбутамолни ингаляция қилиш: бир соат давомида ҳар 20 дақиқада 4 доза;
 - агар салбутамол қўлланилганидан 1 соат кейин НЧЧТ тегишли даражадаги катталиқнинг 80 фоизи ва ундан катта қийматга етмаса, у ҳолда преднизолон буюриш: ёши катталарга 30-40 мгдан 5 кун давомида, болаларга – 1 кг тана массасига 1 мгдан уч кун давомида (агар зарур бўлса, муддати чўзилиши мумкин);
 - кислород билан тўйиниш даражаси 90 фоиздан кам бўлганида, агар иложи бўлса, кислородли оксигенатор ёрдамида қўшимча кислород бериш.
- Вақти-вақти билан касалликнинг зўрайиш даражасини баҳолаб туриш лозим.

ИККИНЧИ ҚАТОР ДАВОЛАШ – БИРИНЧИ НАВБАТДАГИ ДАВОЛАШ БЕМОРГА ТАЪСИР ҚИЛМАГАН ҲОЛАТЛАРДА:

- Спейсер орқали дозаловчи ингалятор ёрдамида ингаляциялар сонини кўпайтириш ёки тегишли қурилма (небулайзер) мавжуд бўлганида соатига 5-10 мг салбутамолни узлуксиз ингаляция қилишга киришиш;
- Болалар учун: салбутамолни ингаляция қилишга қўшимча равишда бромид ипратропиясини ингаляция қилишни буюриш мумкин.

МОСЛАШТИРИЛГАН 3-КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Бронхиал астма касаллигини олиб бориш

МУТУХАССИСГА ЙЎЛЛАНМА БЕРИШ

- 3-4 ой фаол даволаш ва кузатишдан сўнг астма илгаригидек ёмон назорат қилинмоқда;
- астма диагнози шубҳа туғдиради;
- касалликни назорат қилиш учун мунтазам равишда преднизолонни перорал равишда қабул қилиш талаб қилинади;
- беморда даволашни танлашда ҳисобга олиниши лозим бўлган ҳамроҳ касалликлар мавжуд.

КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- астманинг (шу жумладан астматик статус) хавфли зўрайиши;
- бир соат давомида нафас қисилиш ҳужуми даволашда самаранинг йўқлиги;
- сальбутамол билан ингаляция қилинганидан сўнг НЧЧТ 60 фоиздан кам, ёки қоннинг кислород билан тўйиниш даражаси 90 фоиздан кам, ёки томир уриши бир дақиқада 120 дан ортиқ, ёки нафас олиш тезлиги бир дақиқада 30 дан ортиқ бўлган беморлар;
- беморда охириги ҳафта ва ундан ортиқ вақт давомида нафас сиқилиши оғир ҳужумларининг мавжудлиги ёки нафас қисилишининг бошқа симптомлар билан биргаликда кучайиб бориши.

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕЖАЛИ КУЗАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

- Ҳар 3 ойда.
- Астма касаллигини назорат қилиш бўйича тест (1-иловага қаранг)
 - Пикфлоуметрия
 - Қадам-бақадам терапияга ўзгартиришлар киритиш

МОСЛАШТИРИЛГАН 4-КЛИНИК ПРОТОКОЛ
Ўпка сурункали обструктив касаллигини олиб бориш

1-АМАЛ. КАСАЛЛИК- НИНГ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ	ЎСОК зўрайишининг мезонлари ЎСОК бўйича тест – САТ, бронходилатациядан кейинги НЧЧТ маълумотлари, зўрайишларнинг қайталаниш тезлиги ҳисобга олинади. <i>САТ – тест ва уни баҳолаш 2-иловада келтирилган</i> - САТ ≤ 10 балл, НЧЧТ $\geq 50\%$, касалликнинг зўрайишлар сони бир йилда икки мартагача – ўртача оғирлик даражаси. - САТ > 10 балл, НЧЧТ $< 50\%$, касалликнинг зўрайишлар сони бир йилда икки мартадан ортиқ – хавфли оғирлик даражаси. Агар имконият бўлса, қонни кислород билан тўйинишини (SaO_2) ўлчаш.
2-АМАЛ. КАСАЛЛИК КЕЧИШИНИ БАҲОЛАШ	- нафас сиқилишининг ортиб бориши; - йўталнинг кучайиши; - балғам миқдорининг ортиб бориши ва унинг йирингли характери; - иситма. ЎСОК зўрайиши оғирлиги белгилари: - ёрдამчи нафас мушакларининг иштироки; - кўкрак қафасининг пародаксал ҳаракати; - марказий цианознинг пайдо бўлиши ёки кучайиши; - периферик шишларнинг ривожланиши; - артериал босим ва томир уришлар сонининг беқарорлиги; - руҳий ҳолатнинг ёмонлашиши.
3-АМАЛ. ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШ	СТАБИЛ КЕЧАЁТГАН ЎСОКНИ ДАВОЛАШ Касалликнинг зўрайиш симптомларининг йўқлиги унинг стабил кечаётганлигини кўрсатади САТ ≤ 10 балл ва НЧЧТ $\geq 50\%$ бўлганда - ингаляция ёрдамида салбутамол, икки дозадан кунига тўрт мартагача; - агар симптомлар йўқолмаса, ингаляция ёрдамида салбутамол билан биргаликда паст дозаларда теofilлинни перорал равишда киритиш масаласини кўриб чиқиш; - иложи бўлса, бромид ипратропияси ингаляторларидан (лекин улар анча қиммат туради) фойдаланиш мақсадга мувофиқ, уларни салбутамол ингаляторлари ўрнига ишлатиш ёки уларга қўшимча равишда ишлатиш мумкин. В₂-агонистлар каби узок таъсир қилувчи препаратлар ҳамда антихолинергик дори-дармонлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. САТ > 10 балл ва НЧЧТ $< 50\%$ бўлганда Комбинациялашган терапия: - ингаляция ёрдамида икки дозадан кунига тўрт мартагача салбутамол ёки бромид ипратропияси; - ингаляция учун глюкокортикостеродлар; - узок вақт таъсир кўрсатувчи В₂-агонистлари; - перорал равишда теofilлин.

ЎСОК ЗЎРАЙИШИНИ ДАВОЛАШ

- антибиотикларни ЎСОК зўрайишининг 2 мезони мавжуд бўлганида буюриш мақсадга мувофиқ, балғам миқдорининг ортиши ва унинг йирингли характерга эга бўлиши ушбу мезонларнинг бири ҳисобланади;
- касалликнинг оғир зўрайишларида аста-секин дозасини камайтириб борган ҳолда, тахминан етти кун давомида 30-40 мгдан перорал равишда преднизолон буюриш;
- небулайзер оркали салбутамол ва/ёки 0,5 г (2мл) бромид ипратропиясини ингаляция қилишлар сонини орттириш – биринчи 1,5 соат давомида ҳар 30 дақиқада, кейинчалик ҳар 2-4 соатда кўрсатмаларга мувофиқ;
- SaO_2 88 фоиздан кам ёки SaO_2 88 фоиздан ортик бўлганида тургун юрак етишмовчилиги сабабли ўпка гипертензияси, периферик шишлар ёки полицитемия (гематокрит 55 фоиздан ортик) эга бўлган беморларга кислород концентрациясини 24 ёки 28 фоизга чекловчи юз никобидан фойдаланган ҳолда оксигенатор ёрдамида кислород бериш.

4-АМАЛ. ТАВСИЯЛАР

ЎСОК – БЕМОРЛАР ВА ОИЛА АЪЗОЛАРИГА ТАВСИЯЛАР

- Чекиш ва хоналардаги ҳавонинг ифлосланиши ЎСОК учун асосий хавфли омил эканлигини беморлар ва уларнинг оила аъзолари тушуниб етишлари керак. Шунинг учун ЎСОКга чалинган беморлар чекишни ташлашлари ва тамаки тутуни ва чанг таъсиридан ўзларини эҳтиёт қилишлари лозим.
- Овқат тайёрланадиган хоналарнинг ҳавоси янгиланиб турилиши лозим; овқат тайёрланаётган пайтда хонанинг эшик ва деразалари очиб қўйилиши керак.
- Агар иложи бўлса, ўтин ёки кўмирда овқат уйдан ташқарида тайёрланиши ёки ошхона тутунни тортиб олиш учун мўри билан жиҳозланган бўлиши лозим.
- Касбий фаолият натижасида чанг ёки ҳавони ифлослантирувчи моддалар тўпланадиган хоналарда ишлашга чек қўйиш лозим. Ҳимоя никобларидан фойдаланиш етарли даражада йўл-йўриқ берилганида ва улар тегишли конструкцияга ва етарлича ҳимоя даражасига эга бўлганида фойдали бўлиши мумкин.

МУТАХАССИСГА ЙЎЛЛАНМА БЕРИШ

- диагноз шубҳа туғдирганида;
- касалликнинг ривожланиши;
- қисқа вақтда таъсир қилувчи бронходилляторлар дозаси орттирилганида камаймайдиган оғир нафас сиқилиши ҳолатларида;
- жисмоний зўриқишга чидамлик пасайганида;
- НЧЧТ 50 фоиздан кам, коннинг кислород билан тўйиниши (SaO_2) 90 фоиздан кам, гематокрит 55 фоиздан ортиқ бўлганида;
- нафас олиш етишмовчилиги ва ўпка гипертензияси ҳолатларининг зўрайиб боришида;
- бир йилда икки мартадан ортиқ зўрайганида;
- тана массаси индекси 20 дан пасайганида;
- оғир ҳамроҳ касалликлар билан бирга кечувчи ЎСОКга чалинган ва 65 ёшдан катта беморлар.

КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- клиник симптомларнинг кучайиши (масалан, тинчлик ҳолатида кўккисдан нафас сиқилишининг ривожланиши);
- ЎСОКнинг касаллик бошланишидан бошлаб оғир кечиши;
- нафас олиш ва юрак фаолиятидаги етишмовчилик клиник белгиларининг намоён бўлиши (цианоз, периферик шишлар, илк бор пайдо бўлган юрак аритмияси) билан бирга кечувчи ЎСОК;
- уйда даволашдан ижобий ўзгаришларнинг йўқлиги ёки даволаш фонида бемор аҳволининг оғирлашиши;
- оғир ҳамроҳ касалликлар ва беморнинг кекса ёши;
- онг бузилишлари (онгнинг чалкашиши, сусткашлик, кома);
- бошқа касалликлар билан бирга дифференциал диагностикани ўтказиш зарурати;
- уй шароитларида даволаш имкониятининг йўқлиги.

ЎСОКГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕЖАЛИ КУЗАТИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

- САТ – тест (2-иловага қаранг)
- пикфлоуметрия
- НЧЧТ < 50 фоиз бўлган беморларда пульсоксиметрия

Бир йилда бир мартаба

- спирометрия
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси
- электрокардиография
- гриппга қарши эмлаш

**12 ЁШДАН КАТТА БОЛАЛАР ВА ЁШИ КАТТАЛАР УЧУН
БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ ТЕСТИ**

1-савол. Охирги 4 ҳафта давомида қанчалик тез-тез астма касаллиги Сизга ўқув муассасаси, иш ёки уйда одатдаги ҳажмдаги ишларни бажаришга имконият бермади?

- 1) ҳар доим (1 балл);
- 2) жуда тез-тез (2 балл);
- 3) баъзида (3 балл);
- 4) жуда кам (4 балл);
- 5) ҳеч қачон (5 балл)

2-савол. Охирги 4 ҳафта давомида қанчалик тез-тез Сиз ўзингизда нафас олишда қийналиш сездингиз?

- 1) кунига 1 мартадан кўп (1 балл);
- 2) кунига бир марта (2 балл);
- 3) ҳафтада 3 дан 6 мартагача (3 балл);
- 4) ҳафтада 1 ёки 2 марта (4 балл);
- 5) бир марта ҳам сезмадим (5 балл).

3-савол. Охирги 4 ҳафта давомида қанчалик тез-тез Сиз тунда ёки одатдагидан барвақт астманинг симптомлари (хуштаксимон нафас олиш, нафас олишнинг қийинлашиши, кўкракда сиқилиш ҳисси ёки огрик) туфайли уйғониб кетдингиз?

- 1) ҳафтада 4 кеча ва ундан ортик (1 балл);
- 2) ҳафтада 3-4 кеча (2 балл);
- 3) ҳафтада 1 марта (3 балл);
- 4) 1 ёки 2 марта (4 балл);
- 5) 1 марта ҳам уйғонмади (5 балл).

4-савол. Охирги 4 ҳафта давомида Сиз қанчалик тез-тез тез таъсир килувчи ингалятор (масалан, Вентолин, Беротек, Беродуал, Атровент, Сальбутамол, Саламон, Сальбен, Астмопент) ёки дори-дармонли (масалан, Беротек, Беродуал, Небула Вентолини) небулайзердан (аэрозолли препарат) фойдаландингиз?

- 1) бир кунда 3 марта ва ундан кўп (1 балл);
- 2) бир кунда 1 ёки 2 марта (2 балл);
- 3) бир ҳафтада 2 ёки 3 марта (3 балл);
- 4) бир ҳафтада 1 ва ундан кам марта (4 балл);
- 5) бир марта ҳам фойдаланмадим (5 балл).

5-савол. Охирги 4 ҳафта давомида астма касаллигини назорат қилиш ҳолатини Сиз қандай баҳолайсиз?

- 1) умуман назорат қилиб бўлмади (1 балл);
- 2) яхши назорат қила олмадим (2 балл);
- 3) маълум даражада назорат қила олдим (3 балл);
- 4) яхши назорат қила олдим (4 балл);
- 5) тўлиқ назорат қила олдим (5 балл).

Тест натижалари балларнинг йиғиндисидан иборат:

- 25 балл – тўлиқ назорат;
- 20-24 балл - астма яхши назорат қилинади, лекин тўлиқ эмас;
- 19 балл ва ундан кам – назорат қилинмайдиган астма;
- 14 балл и ундан кам – беморда астма жиддий назоратдан чиққан.

4 ЁШДАН 11 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАР УЧУН

2-илова

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА БАҲОЛАШ ТЕСТИ

Боладан куйидаги саволларга жавоб беришни илтимос қилинг.

1. Сенда астма билан боғлиқ бўлган аҳволинг қалай?

				НАТИЖА ☐
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Жуда ёмон	Ёмон	Яхши	Жуда яхши	

2. Бронхиал астма касаллиги Сенга югуриш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш ёки спорт ўйинларини ўйнашга қанчалик ҳалал беради?

				НАТИЖА ☐
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Жуда ҳалал беради, мен ўзим хоҳлаганимни қила олмайман.	Ҳалал беради ва бу мени хафа қилади.	Озгина ҳалал беради, лекин бу ёмон эмас.	Ҳалал бермайди.	

3. Астма туфайли йўталансанми?

				НАТИЖА ☐
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Ҳа, ҳар доим.	Ҳа, тез-тез.	Ҳа, баъзида.	Йўқ, ҳеч қачон.	

4. Тунда астма туфайли уйғониб кетасанми?

				НАТИЖА ☐
0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	
Ҳа, ҳар доим.	Ҳа, тез-тез.	Ҳа, баъзида.	Йўқ, ҳеч қачон.	

Куйидаги саволларга болаларнинг ота-оналари болаларнинг иштирокисиз жавоб берадилар.

5. Охириги 4 ҳафта давомида кундузи фарзандингиз қанчалик тез-тез бронхиал астма касаллигининг қандайдир симптомларини ўзида ҳис қилган?

0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл	НАТИЖА ☐
1 кун ҳам ҳис қилмаган	1-3 кун	4-10 кун	11-18 кун	19-24 кун	Ҳар кун	

6. Охириги 4 ҳафта давомида кундузи фарзандингизда бронхиал астма касаллиги туфайли ҳуштаксимон нафас олиш юз берган?

0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл	НАТИЖА ☐
1 кун ҳам ҳис қилмаган	1-3 кун	4-10 кун	11-18 кун	19-24 кун	Ҳар кун	

7. Охириги 4 ҳафта давомида фарзандингиз бронхиал астма касаллиги туфайли тунда неча марта уйғониб кетган?

0 балл	1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл	НАТИЖА ☐
1 кун ҳам ҳис қилмаган	1-3 кун	4-10 кун	11-18 кун	19-24 кун	Ҳар кун	

20 ва унда юқори балл назорат қилинувчи астмага мос келади; 19 ва ундан кам балл астма етарлича самарали назорат қилинмаётганидан далолат беради.

ЎСОКни баҳолаш бўйича тест

Қуйида келтирилган бандларда ҳозирги пайтда аҳволингизни энг аниқ акс эттирувчи квадратда белги (X) қўйинг. Ҳар бир саволга фақат битта жавоб танлаганингизга ишонч ҳосил қилинг.

Мен ҳеч қачон йўталмайман	0	1	2	3	4	5	Мен доимо йўталаман
Ўпкамда умуман балғам (шилимшиқ) йўқ	0	1	2	3	4	5	Ўпкам балғамга (шилимшиққа) тўлган
Мен кўкрак қафасида сиқилишни ҳис қилмайман	0	1	2	3	4	5	Мен кўкрак қафасида кучли сиқилишни ҳис қиламан
Тепаликка ёки зинадан кўтарилаётганимда мен ҳансирайман	0	1	2	3	4	5	Тепаликка ёки зинадан кўтарилаётганимда менда кучли ҳансираш пайдо бўлади
Менинг уйдаги ҳар кунлик фаолиятим чекланмаган	0	1	2	3	4	5	Менинг уйдаги ҳар кунлик фаолиятим жуда чекланган
Касал бўлишимга қарамасдан, мен уйдан чиқаётганимда ўзимни дадил ҳис қиламан	0	1	2	3	4	5	Касаллигим туфайли мен уйдан чиқаётганимда ўзимни бутунлай дадил ҳис қилмайман
Мен яхши ухлайман	0	1	2	3	4	5	Ўпка касаллиги туфайли мен жуда ёмон ухлайман
Менда қувват кўп	0	1	2	3	4	5	Менда қувват йўқ

- 0 – 10 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига озгина таъсир кўрсатади
 11 – 20 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига ўртача таъсир кўрсатади
 21 – 30 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига кучли таъсир кўрсатади
 31 – 40 балл – ЎСОК беморнинг ҳаётига жуда кучли таъсир кўрсатади

Қисқартмалар

АБ	артериал босим
ААФ	ангиотензинни айлантирувчи фермент
ДАБ	диастолик артериал босим
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ОПГМ	оч қоринга плазмада глюкоза миқдори
ОКПГМ	овқатдан 2 соатдан кейин плазмада глюкоза миқдори
САБ	систолик артериал босим
САТ	ЎСОКни назорат қилиш бўйича баҳолаш тести (COPD Assessment Test)
НЧЧТ	нафас чиқариш чўққи тезлиги
ЎСОК	ўпка сурункали обструктив касаллиги



Мазкур клиник протоколлар “Саломатлик-3” лойиҳасининг маблағлари ҳисобидан чоп этилди.

“Yangiyo‘l Poligraf Servis” МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
112001, Тошкент вилояти, Янгийўл шаҳар, Самарқанд кўчаси, 44-уй.