

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги  
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази  
«Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш  
(Саломатлик-3)» лойиҳаси**

**ПУЛЬМОНОЛОГИЯ БЎЙИЧА  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР  
ТЎПЛАМИ**

**Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари  
врачлари учун**

**Тошкент – 2016 йил**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги  
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази

“Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш  
(Саломатлик-3)” лойиҳаси

# ПУЛЬМОНОЛОГИЯ БЎЙИЧА КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР ТЎПЛАМИ

Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари  
врачлари учун

40. BEKISTON RESP  
SOG'LIQNI SAQLASH  
VA ANDIJON DAVLAT  
TIBBIIY INSTITUTI  
ISHANAR  
SHIFOKORLAR  
O'QUV MARKAZI

Клиник протоколлар ҚВП/ОП умумий амалиёт врачлари, кўп тармоқли туман/  
шаҳар марказий поликлиника, марказий туман/шаҳар шифохоналари терапевт ва  
пульмонологлари учун мўлжалланган

Клиник протоколлар 2014 йилда ишлаб чиқилган.

Тузувчилар:

1. Ливерко Ирина Владимировна – РИФваПИАТМ пульмонология бўлими мудири,  
тиббиёт фанлар доктори
2. Гимадуддинова Асия Ринатовна – терапия магистри, ТТА УАВни қайта тайёрлаш ва  
малака ошириш курси ассистенти

Рецензентлар:

1. Убайдуллаева Наима Набихановна – ТошВМОИ пульмонология ва клиник  
аллергология кафедраси доценти, тиббиёт фанлар номзоди
2. Ахмедов Шахбоз Махмудович – РИФваПИАТМ пульмонология бўлими катта илмий  
ходими, тиббиёт фанлар номзоди

Ушбу протокол Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2016 йил 1 февраль 57-сонли буйруғи билан тасдиқланган

Клиник протоколлар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ва  
Халқаро ривожланиш ассоциацияси иштирокидаги «Саломатлик-3» лойихаси  
доирасида тайёрланди ва нашр этилди.



## Мундарижа

ЎТКИР БРОНХИТ ТАШХИСЛАНИШИ, ДАВОЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	5
Беморларни ҚВП/ОП шароитида олиб бориш.....	5
КТМП шароитида пульмонологларнинг беморларни олиб бориши.....	8
КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	11
ҚВП/ОП шароитида беморларни олиб бориш.....	13
КТМП шароитида пульмонологлар томонидан беморларни олиб бориш.....	17
Касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморни ТМШнинг терапия бўлимида олиб борилиши.....	18
СУРУНКАЛИ БРОНХИТ ТАШХИСЛАНИШИ, ДАВОЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	25
ҚВП/ОП шароитида беморларни олиб бориш.....	25
КТМПда пульмонолог томонидан беморларни олиб бориш.....	28
ТМШ терапия бўлимида беморларни олиб бориш.....	28
ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСЛАНИШИ, ДАВОЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	31
ҚВП/ОП шароитида ЎСОК беморларини олиб бориш.....	32
КТМП шароитида пульмонолог томонидан ЎСОК беморларини олиб бориш.....	40
ТМШ терапия бўлимида ЎСОК беморларини олиб бориш.....	41
БРОНХИАЛ АСТМА ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	45
ҚВП/ОП шароитида БА беморларини олиб бориш.....	45
КТМП шароитида пульмонолог томонидан БА беморларини олиб бориш.....	55
ТМШ терапия бўлимида БА беморларини олиб бориш.....	56
БРОНХОЭКТАТИК КАСАЛЛИКНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ.....	61
БЭК билан касалланган беморларни ҚВП шароитида даволаш.....	64
КТМП шароитида БЭК билан касалланган беморларни пульмонолог томонидан олиб бориш.....	66
ТМШ терапия бўлимида БЭК билан касалланган беморларни олиб бориш.....	67
1 - Илова.....	71
2 - Илова.....	73
3 - Илова.....	74
Фойдаланилган адабиётлар.....	81



## Қисқартмалар

АБТ	Антибактериал терапия
АБ	Артериал босим
АГ	Артериал гипертония
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АСТ-тест	Бронхиал астма назорат даражасини баҳолаш тести
БА	Бронхиал астма
БДП	Будесонид пропионат
БЭК	Бронхоэктатик касаллик
ГКС	Глюкокортикостероидлар
ДАИ	Дозаланган аэрозол ингалятори
ДАБ	Диастолик артериал босим
ЖССТ	Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЖНЧХ <sub>1</sub>	Биринчи секундда жадал нафас чиқариш ҳажми
ЖЎТС	Жадал ўпканинг тириклик сизими
ИГКС	Ингаляцион глюкокортикостероидлар
КТМП	Кўп тармоқли туман марказий поликлиникаси
ЛОР	Оториноларинголог
МСКТ	Мультислайсли компьютер томографияси
MRC	Хансираш даражаси шкаласи
НОС	Нафас олиш сони
НЧЧТ	Нафас чиқариш чўққи тезлиги
ОП	Оилавий поликлиника
РИТЬ	Реанимация ва интенсив терапия бўлими
РИФ ва ПИАТМ	Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва Пульмонология Илмий Амалий Тиббиёт Маркази
САТ-тест	Беморга касаллик таъсирини баҳолаш тести
САБ	Систолик артериал босим
СБ	Сурункали бронхит
ССВ	Соғлиқни сақлаш вазирлиги
СО <sub>2</sub>	Карбонат ангидрит
ТВИ	Тана вазни индекси
ТЕО	Теofilлин
ТЕ	Тез ёрдам
ТМШ	Туман марказий касалхонаси
ТНФ	Ташки нафас функцияси
ТошВМОИ	Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
ТТА	Тошкент тиббиёт академияси
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
УАВ	Умумий амалиёт врачлари
УТҚАХ	Узоқ таъсир қулувчи антихолинергиклар
УТҚБА	Узоқ таъсир қилувчи бета-агонистлар
ЮИК	Юрак ишемик касаллиги
ЮҚС	Юрак қисқаришлар сони
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭЧТ	Эритроцитлар чўқиш тезлиги
ЭхоКГ	Эхокардиография
ҚВП	Қишлоқ врачлик пункти
ҚТҚАХ	Қисқа таъсир қилувчи антихолинергиклар
ҚТҚБА	Қисқа таъсир қилувчи бета-агонистлар
ЎБ	Ўткир бронхит
ЎРВИ	Ўткир респиратор вирусли инфекция
ЎСОК	Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
Нб	Гемоглобин
SaO <sub>2</sub>	Қоннинг кислородга тўйиниш даражаси

## ЎТКИР БРОНХИТ ТАШХИСЛАНИШИ, ДАВОЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

**ХКТ-10: J20** Ўткир бронхит.

### Касаллик таърифи

Ўткир бронхит - давомийлиги 3 ҳафтадан кам бўлмаган, йўтал (куруқ ёки балғамли) билан намоён бўлувчи бронхларнинг ўткир яллиғланиш касаллиги.

### Эпидемиологияси

Ўткир бронхит эпидемиологияси грипп ва бошқа респиратор вирусли касалликлар этиологияси билан тўғридан-тўғри боғлиқ. Соғлом одамларда ўткир бронхитни 85-95% ҳолларда вируслар чақиради. Ҳамроҳ касалликлари мавжуд инсонларда ўткир бронхитни бактериялар чақиради.

ЎБ бирламчи тиббий ёрдам муассасаларидаги беморлар катновининг энг кўп тарқалган сабабларидан биридир. Касалликнинг энг кўп тарқалган вақти декабрь ва март ойларига тўғри келади. ЎБнинг катталарда тарқалишини ҳақиқий кўрсаткичларини баҳолаш қийин, чунки касалликнинг оғир бўлмаган клиник шакллари тиббий ёрдамга мурожаат қилинмаганлиги учун рўйхатга олинмайди.

Ўткир бронхитни келтириб чиқарувчи хавфли омиллар:

- Ҳаво поллютантлари (чанг, кимёвий агентлар).
- Об-ҳаво омиллари.
- Фаол ва суст чекиш.
- Юқори нафас йўллари касалликлари.
- Кексалар ва болалар.

### Беморларни ҚВП/ОП шароитида олиб бориш

#### Шикоят ва анамнези

Одатда касаллик ўткир бошланади. Кўп ҳолларда ўткир бронхит ЎРВИ (тумов, овоз бўғилиши, томоқ қичиши, конъюнктивит) ва ўткир ларингитдан кейин ривожланади. Касалликнинг биринчи соатларидан бошлаб тана ҳароратининг субфебрил ёки кичик фебрил кўрсаткичларигача кўтарилиши кузатилиб, бу ҳолат 3-4 кун давом этади, бундан ташқари йўтал пайдо бўлади. Йўтал бошланишида куруқ, кейин нам, шиллик ёки шиллик – йирингли балғамли бўлади. Баъзан кўкракда ачишиш ҳисси кузатилади.

Айрим ҳолларда касалликнинг ўткир ости кечиши кузатилади, бунда ЎРВИ (продромал даври 3-5 кун) ўтказилгандан кейин йўтал, тумов, бош оғриши, ҳолсизлик пайдо бўлади. Бу ҳолатда интоксикация белгилари пайдо бўлиб, бош оғриши, тана ҳароратининг кўтарилиши, холдан тойганлик ҳисси билан намоён бўлади.

#### Физикал текширувлар

- Тана ҳароратининг кўтарилиши ( $\leq 38,0^{\circ}\text{C}$ ).
- Нафас аъзолари томонидан: НОС  $\leq 24$  марта минутига; ўпка перкуссияси ҳеч қандай маълумот бермайди; ўпка аускультациясида – дағал нафас, тарқалган куруқ хириллашлар ёки нормал аускультация эшитилади.
- Юрак қон-томир тизими ўзгаришлари: тана ҳароратига мос равишда, тахикардия (ЮҚС  $\leq 100$  марта минутига).

#### Диагностика

ЎБ таърифи касалликнинг клиник кўринишига асосланади.

- Термометрия, НОС ва ЮҚС аниқлаш.



- Ўпка перкуссияси ва аускультацияси.
- Умумий кон таҳлили: асосан ўзгаришлар кузатилмайди, баъзан ўртача нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши аниқланади.

#### **Диагноз қуйишдаги мезонлар**

1. Ўткир ривожланувчи балғамли ёки балғамсиз йўтал.
2. Йўтал давомийлиги 3 ҳафтадан кўп эмас.
3. Гемограммада ўзгаришлар бўлмаслиги.
4. ЎРВИдан кейинги ҳолат.

#### **ҚВП да даволаш тамойиллари**

##### **1. Номедикаментоз даволаш**

- Ётоқ режими.
- Кўп суюқлик ичиш.
- Илиқ намланган ҳаводан нафас олиш (душ, сувли чашка, нам сочиқ).
- Чекишни ташлаш, беморда йўтал чақирувчи (тутун, чанг) атроф муҳит омиллари таъсирини бартараф этиш.

##### **2. Медикаментоз даволаш**

###### **Симптоматик даволаш**

Тана ҳароратининг 38<sup>0</sup>С ва/ёки оғрик синдроми мавжуд бўлганда:

- парацетамол 0,5 г ичишга ёки,
- ибупрофен 0,4 г ичишга.

Курук (курук кичитувчи) йўталда касалликнинг бошланғич 3 кунда йўталга қарши дори воситалар тавсия этилиши ўринлидир:

- Марказий таъсир этувчи йўталга қарши нонаркотик дори воситалар (синекод суткасида 15 млдан 4 маҳал овқатдан олдин).
- Переферик таъсир этувчи йўталга қарши дори воситалар (либексин 0,1-0,2г 1-2 таблеткдан кунига 3-4 маҳал).

Даволашнинг кейинги кунларида ёки касаликнинг 4-5 кунлари мукоактив терапия *мукорегуляторлар* (бромгексин, амброксол суткалик дозаси 60-120мг) ёки *балғам кўчирувчи* дори воситалар: гвайфенезин (Аскорил, Колдрекс бронхо, Риниколд бронхо).

Қаттиқ (бронхиал гиперреактивлик белгилари билан) йўталда *бронхолитик терапия* ўтказилади, бунда дозаланган шахсий ингалятор сальбутамол тавсия қилинади.

*Яллиғланишга қарши дори воситалар:* фенспирид (инспирон, эреспал) 80 мг 2 маҳал суткасида 14 кун давомида.

#### **Асоратланмаган ЎБда антибиотиклар қўлланилмайди.**

Антибиотиклар қуйидаги ҳолларда тавсия қилинади:

- Йирингли балғам пайдо бўлганда, унинг миқдори кўпайишида ва тана ҳароратининг 38,5С баланд бўлиши, интоксикация симптомларининг кучайишида.
- Самарасиз даволашнинг хавфи бўлганда: овқат ҳазм қилиш етишмовчилиги, оғир анемия, қандли диабет, юрак касалликлари, шунингдек иммунодефицит ҳолатлари/ касалликлари (шу билан бирга мунтазам глюкокортикоидлар қабул қилувчи кишилар) мавжуд беморлар ва кекса беморларга.

#### **Энг асосий препаратлар амоксициллин, доксициклин, эритромицин.**

- Амоксициллин: ичишга 500 мг суткасида 3 маҳал.
- Доксициклин: 200 мг/сут даволашнинг биринчи кунда, кейинги кунлари - 100-200 мг/сут ичишга берилади. Кунига 1-2 марта қабул қилинади.
- Эритромицин: суткасида 1г дан 2 г гача, 2-4 қабулга бўлиниб ичилади.

Даволаш самарадорлигини ва беморнинг аҳволини баҳолаш 3 суткада амалга оширилади.



**Ўткир бронхит билан касалланган беморларни ҚВП/ОП шароитида олиб боришнинг асосий қоидалари**

Категорияси	Белгилари	Давомийлиги	Изоҳ
Анамнези	Йўталнинг тўхташи	Биринчи ташрифдан сўнг 2-4 ҳафта	Агар йўтал 4-8 ҳафтадан узок давом этса кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилади. Агар патология аниқланмаса, ЛОР патология, бронхиал астма ва гастроэзофагеал рефлюксни инкор қилиш мақсадида текширишлар давом эттирилади
Анамнези	Тана ҳароратининг кўтарилиши	Биринчи ташрифдан сўнг 2–3 кун давомида	Пневмония ёки бошқа инфекцион ўчок патологияси тахмин қилинади
Физикал текширувлар	Хуштаксимон нафас	Касаллик бошлангандан сўнг 6-8 ҳафтадан кам эмас	Бронхиал астма ёки доимий таъсир қилувчи ишлаб чиқаришга оид ва маиший (триггерлар) ташқи омилларни инкор қилиш мақсадида текширишлар ўтказилади
Анамнези, физикал текширувлар	Ўткир респиратор касалликлар ўтказилгандан сўнг субфебрил тана ҳароратининг сақланиши; Чегараланган ўчоқда нам ва курук хириллашлар; Хириллашлар калибрининг бронхлар анатомик жойлашувига тўғри келмаслиги, қон туфлаш ҳолати	Касаллик бошлангандан сўнг 6-8 ҳафтадан кам эмас	Бронхоэктазлар ва специфик инфекцион патологияни инкор қилиш мақсадида текширишлар ўтказилади

**Беморларни ўргатиш**

- ЎБ-профилактикаси ҳақида беморларга маълумот бериш.
- Беморларга «ўткир йўтал» ва тиббий ёрдамга мурожаат қилишга кўрсатмалар ҳақида маълумот бериш:
  - ✦ тана ҳарорати 38,0 °Сдан ортиши;
  - ✦ танада тошмалар;
  - ✦ юз ва пешона бўшлиқлари, кулоқлар, тишлардаги доимий оғриқлар;

- ◇ ютинишнинг кийинлашуви;
  - ◇ хансираш;
  - ◇ хуштаксимон нафас ёки кўкракдаги оғрик, оғирлик хисси;
  - ◇ кон туфлаш ёки 3 ҳафтадан ортиқ йўтал.
- Тузалиш вақтини тезлатиш мақсадида чегараланган режим.
  - Кўп суяклик ичиш, хавони намлаш, йўтал чақирувчи омиллар таъсирини бартараф этиш зарурлиги хақида беморларга тушунтириш.
  - Чекувчиларга – чекишни ташлаш.
  - Антибактериал терапия вирусли респиратор инфекцияларда самарасизлиги хақида беморларга маъмуот бериш керак.

### **Профилактика**

1. Шахсий гигиена қондаларига риоя қилиш: қўл гигиенаси, «кўз-қўл», «бурун-қўл» контактларини камайтириш.

2. Ҳар йили гриппга қарши профилактика ўтказилади.

Ҳар йилги гриппга қарши вакцинацияга кўрсатма:

- 50 ёшдан катталарда;
- ёшидан қатъий назар сурункали касалликлари мавжуд бўлган шахслар;
- ёпиқ коллективлардаги шахслар;
- узоқ вақт аспириин билан даволанувчи болалар ва ўсмирлар;
- грипп бўйича эпидемик ҳолат вақтида хомилдорликнинг иккинчи ва учинчи уч ойлигидаги аёллар.

3. Фаол ва ёки суут чекишни ташлаш (чекиш жойларида турмаслик).

### **Кўп тармоқли туман марказий поликликаси мутахассисларига юбориш мезонлари**

- кон туфлаш;
- кўкрак қафасидаги каттик оғриклар;
- НОС > 24 минутига;
- юкори тана ҳарорати >38,5°C;
- 3 кундан ортиқ тана ҳароратининг тургунлиги;
- тана вазнининг 1 ойда 5 %га камайиши;
- хуштаксимон хириллашларнинг пайдо бўлиши;
- йўталнинг 4-8 ҳафта давом этиши;
- интоксикация симптомларининг кучайиши;
- ЎБни эмпирик даволашда вақт-вакти билан такрорланувчи йўтал, балгам ажралиши, фтизиатр маслаҳати зарурлигини билдиради;
- ЎБ стандарт эмпирик даволашда йўтал давомийлиги 4 ҳафтадан кўп бўлганда гастроэнтеролог (гастроэзофагеал рефлюксни инкор қилиш учун), ЛОР – мутахассиси (ЛОР – касалликларни инкор қилиш мақсадида) маслаҳатлари зарурлигини кўрсатади.

### **КТМП шароитида пульмонологларнинг беморларни олиб бориши**

#### **КТМП шароитида бажараладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширувлар)**

- Қоннинг клиник таҳлили.
- Балгамни умумий таҳлили.
- Балгам суртмасини Грам бўйича бўяш (кўрсатма бўйича).
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Бурун бўшликлари рентгенографияси.
- Коагулограмма (кўрсатма бўйича).



- Ташки нафас функциясини бронходилятацион тестлар орқали текшириш.
- Пульсоксиметрия (кўрсатма бўйича).
- ЭКГ (кўрсатма бўйича).
- ЭхоКГ (кўрсатма бўйича).
- Эзофагогастроскопия (кўрсатма бўйича).

**ЎБ билан дифференциал ташхислаш ўтказилишини талаб қилувчи асосий касалликлар**

Касалликлар	Фарқловчи хусусиятлари	Диагностик чора тадбирлар
Касалхонадан ташқари пневмония	Юрак кискаришлар сони >100/мин., НОС >24/мин., тана ҳарорати >38,0°C, тунги терлашлар, чегараланган симптоматика (бронхиал нафаснинг ўпканинг муайян қисмида эшитилиши, муайян қисмида инспиратор крепитация ёки кичик калибрли нам хириллашлар, перкутор товушнинг кискариши)	Кўкрак қафаси рентгенографияси, умумий қон таҳлили, балғам таҳлили
Бронхиал астма	Беморнинг аллергия борлиги ҳақидаги кўрсатмаси, нафас олиш қийинлашуви, ҳуштаксимон хириллашлар, кўкракдаги оғирлик ҳисси, тунда ва эрталабки соатларда йўталнинг кучайиши	Ташки нафас функциясини текшириш, кўкрак қафаси рентгенографияси
Кўк йўтал	Илгари иммунизация қилинган катталарда доимий йўтал. Клиник кўриниши носпецифик бўлиши мумкин	Экмада бактериялар топилади
Сурункали синуситлар	Нафас йўлларига шилликнинг оқиши. Бурун ён бўшлиқлари соҳасида дискомфорт	Бурун ён бўшлиқлари рентгенографияси, риноскопия
Юрак етишмовчилиги	Ёши $\geq 65$ , анамнезида ЮИК, АГ, ортопноэ, диспноэ/тахипноэ, тахикардия, акроцианоз	ЭКГ, ЭхоКГ, пульсоксиметрия
Ўпка артерияси тромбоземболияси	Ўткир ривожланувчи ҳансираш, узок вақтли ётоқ режими, ёмон сифатли ўсма касалликларининг мавжудлиги, болдир чуқур веналари тромбози, қон туфлаш, кўкракда оғрикнинг бўлиши, пульснинг минутига 100 марта ортик бўлиши	ЭКГ, коагулограмма, кўкрак қафаси рентгенографияси

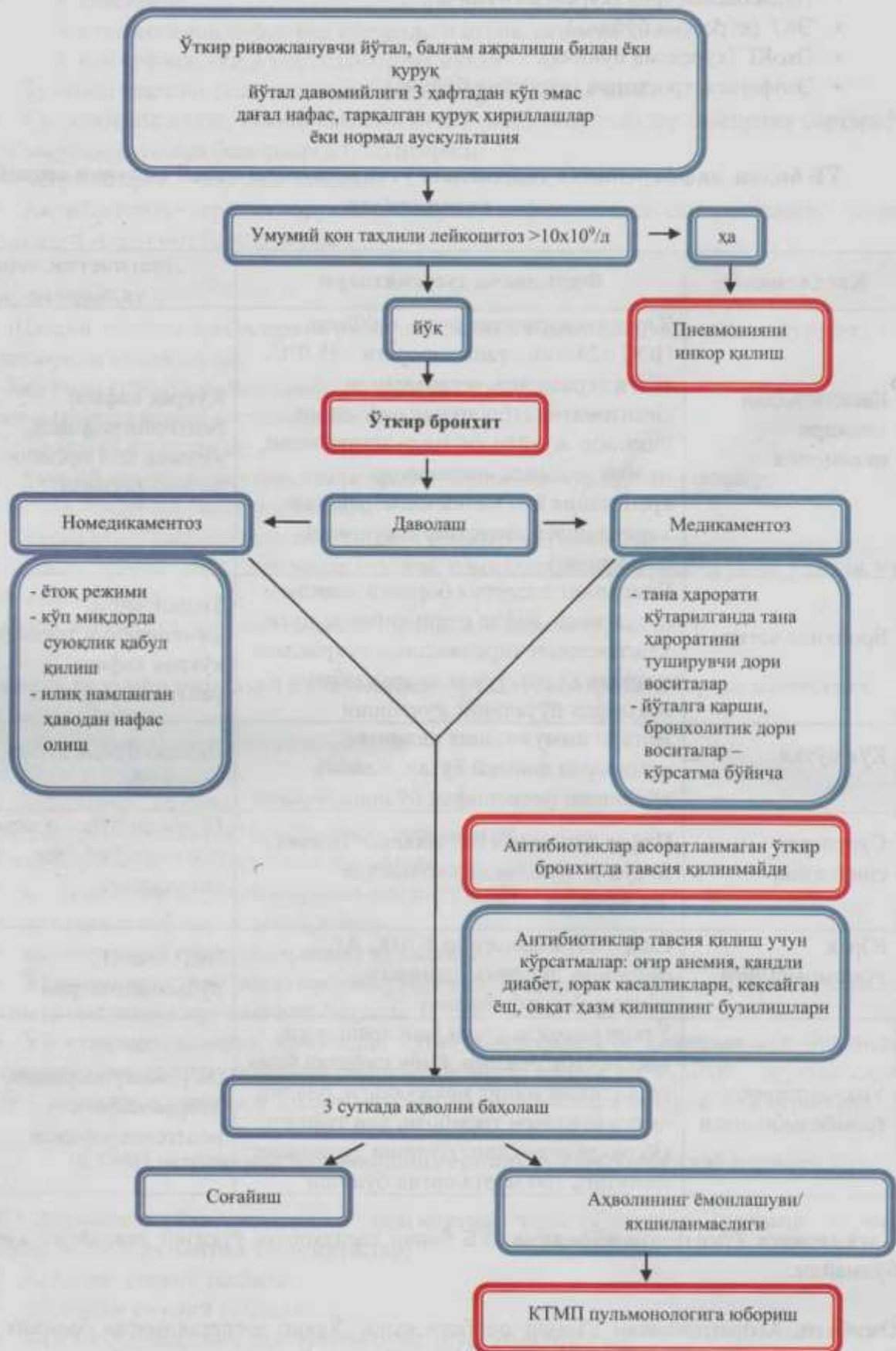
**Касалхонага ётқизишга кўрсатма.** ЎБ билан касалхонага ётқизиб даволашга кўрсатма бўлмайди.

**Оқибати.** Асоратланмаган ЎБнинг оқибати яхши. Ўткир асоратланмаган бронхит билан боғлиқ йўтал кўпинча 4-8 ҳафтадан сўнг тўхтайд.

Асоратланган бронхитда касаллик оқибати унинг асорати билан боғлиқ бўлиб, бошқа тоифадаги касалликларга киради.



## Ўткир бронхит билан касалланган беморлар ташхисланиши ва даволаш алгоритми



## КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

### 10 - ХКТ:

- 112. Бошқа бобларда таснифланмаган вирусли пневмония.
- 113. Streptococcus pneumoniae чакирувчи пневмония.
- 114. Haemophilus influenzae чакирувчи пневмония.
- 115. Бошқа бобларда таснифланмаган бактериал пневмония.
- 116. Бошқа бобларда таснифланмаган инфекцион кўзгатувчилар чакирувчи пневмония.
- 117. Бошқа бобларда таснифланган касалликлардаги пневмония.
- 118. Кўзгатувчиси аниқланмаган пневмония.

### Касаллик таърифи

**Касалхонадан ташқари пневмония** – ўткир касаллик бўлиб, касалхонадан ташқари шароитда ривожланади, ёки касалхонага ётқизилгандан кейин 48 соат мобайнида ташхисланган, шунингдек пастки нафас йўллари инфекцияси симптомлари ва аниқ бошқа касалликлар бўлмаган ҳолда, ўпкада илгари топилмаган яъни янги ўчоқли – инфилтратив рентгенологик ўзгаришларнинг пайдо бўлиши билан намоён булади.  
**Синонимлари:** амбулатор, нонозокомиал.

### Эпидемиологияси

Пневмония кенг тарқалган ўткир инфекцион касалликлар қаторига киради.

**Касалланиш** - касалхонадан ташқари пневмониядан **касалланиш** катталарда ( $\geq 18$  ёш) 1-11,6%, кичик ва ўрта ёшлардаги одамларда 25-44% гача учрайди.

**Ўлим** - ўлим касалхонадан ташқари пневмонияда кичик ва ўрта ёшдаги одамларда нисбатан кам (1-3%) учрайди. Катта ёшдаги инсонларда хусусан ҳамроҳ касалликлари мавжуд бўлган ҳолларда (ЎСОК, ёмон сифатли ўсмалар, алкоголизм, қандли диабет, буйрак ва жигар касалликлари, юрак қон-томир касалликлари ва бошқалар), шунингдек пневмониянинг оғир кечиши ҳолатларида бу кўрсаткич 15-30% ташкил этади.

**Касалхонадан ташқари пневмонияни кўзгатувчилари:** Streptococcus pneumoniae (30-50%), Haemophilus influenzae (10% гача), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila (охирги 3 та кўзгатувчи 8-30%), Staphylococcus aureus, Enterobacteriaceae, Klebsiella pneumoniae ва бошқалар (3-5%).

### Пневмония классификацияси

**Шакли бўйича:** касалхонадан ташқари (амбулатор, нонозокомиал), касалхона ичи (нозокомиал, госпитал), аспирацион, иммунодефицит ҳолати мавжуд пневмония.

**Этиологияси бўйича:** Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Mycoplasma spp., Chlamydia pneumoniae, Legionella spp., Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Proteus vulgaris, Pseudomonas aeruginosa, анаэроб бактериялар, вируслар, замбуруглар, бошқа кўзгатувчилар.

**Клинико-морфологик аломатлари:** ўчоқли (bronхопневмония), қўшилувчи ўчоғли, бўлакли (крупоз), икки томонлама ( жойлашиши ва тарқалиши кўрсатилган ҳолда).

**Жойлашиши ва тарқалиши бўйича:** кенг камровли, бўлакли (қайси бўлаклиги кўрсатилган ҳолда), сегментар (қайси сегментлиги кўрсатилган ҳолда).

**Оғирлик даражаси бўйича:** оғир, ўрта оғир, енгил.

**Асоратлари:** нафас етишмовчилиги (даражаси кўрсатилган ҳолда), экссудатив плеврит, ўпка абсцесси, инфекцион-токсик шок, сепсис, ўткир респиратор дистресс синдром, бошқа асоратлар.



### **Пневмония ривожланишининг хавфли омиллари**

- Нафас йўллари ўтказган ўткир инфекциялари (асосан вируслар).
- Кексалар ва болалар.
- Алкоголизм.
- Сурункали ҳамроҳ касалликлар.
- Совуқ қотиш.
- Организм ҳимоя механизмларининг пасайиши (иммунодефицит ҳолати).
- Чекиш.

### **Шикоят**

- Йўтал куруқ ёки балғам билан.
- Чуқур нафас олганда вужудга келувчи ёки кучаяувчи кўкрак қафасидаги оғриқ, (нафас олиш билан боғлиқ).
- Нафас олишнинг тезлашуви, хансираш.
- Тана ҳароратининг кўтарилиши.
- Тунги терлаш, калтираш.
- Бош оғриғи, умумий ҳолсизлик, мушаклар толиқиши, чарчаш

### **Физикал текширувлар**

- Тана ҳароратининг кўтарилиши ( $> 38,0^{\circ}\text{C}$ ).
- Тахипноэ.
- Ўпканинг жароҳатланган томонида: бронхофония ва овоз дириллашининг кучайиши, ўпканинг пастки қисмлари ҳаракатининг чегараланиши, перкутор товушнинг қисқариши, чегараланган қисмда бронхиал нафас ёки пасайган везикуляр нафас эшитилади, бундан ташқари чегараланган қисмларда жарангли майда пуфакли хириллашлар ва инспиратор крепитация эшитилади.
- Юрак қон-томир системасида: тана ҳароратига мос равишда тахикардия.

### **Лаборатор-инструментал текшириш усуллари**

- *Лаборатор текширишлар:* Умумий қон таҳлили (лейкоцитоз  $10-12 \times 10^9$ /лдан ортиши бактериал инфекциянинг юқори эҳтимоллигини кўрсатади, аммо лейкоцитоз  $25 \times 10^9$ /лдан ортиши ёки лейкопения  $3 \times 10^9$ /лдан пасайиши салбий оқибатлар белгисидир; ЭЧТнинг ортиши).
- *Инструментал текширувлар:* кўкрак қафаси флюорографияси ва рентгенографияси (имконият даражасида).

### **Касалхонадан ташқари пневмония мезонлари**

Касалхонадан ташқари пневмония ташҳиси, беморда рентгенологик тасдиқланган ўпка тўқимасининг ўчоғли инфильтрацияси ва камида 2 та қуйида келтирилган клиник белгилар мавжуд бўлган ҳолларда аниқланади.

- касалликнинг ўткир бошланиши (тана ҳарорати  $> 38,00\text{C}$ );
- йўтал балғам ажралиши билан;
- пневмониянинг аускультатив белгилари (чегараланган қисмда крепитация ва/ёки майда пуфакли хириллашлар, дағал бронхиал нафас, перкутор товуш қисқариши);
- лейкоцитоз  $> 10 \times 10^9$ /л ва/ёки таёкча ядроли силжиш  $> 10\%$ .

Ўпкада ўчоқли инфильтрациянинг рентгенологик тасдиғи йўқлиги ёки рентгенография қилишнинг иложи бўлмаслиги, касалхонадан ташқари пневмония ташҳисини ноаниқ/номаълумлигини билдирса ҳам, мавжудлик ҳуқуқи бор.



## ҚВП/ОП шароитида беморларни олиб бориш

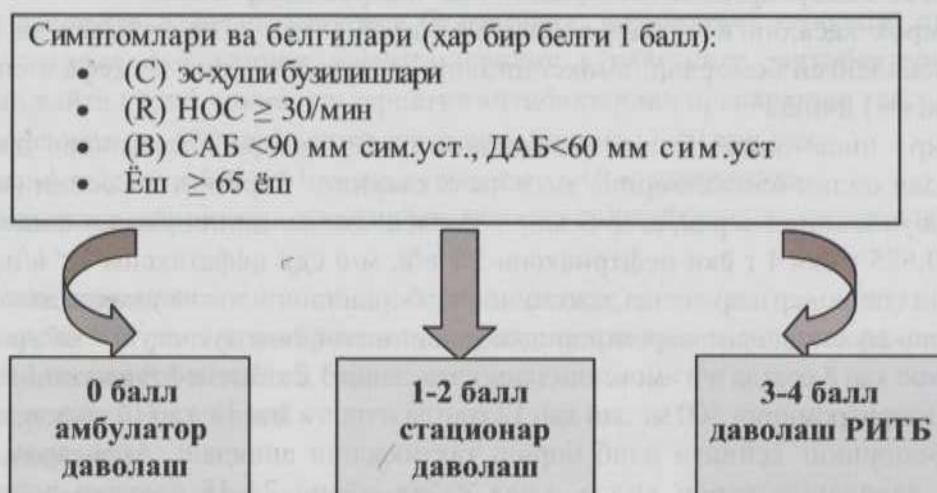
**1 қадам. Касалхонадан ташқари пневмония оғирлик даражасини баҳолаш ва беморни даволаш жойини аниқлаш (жадвал 1)**

*1 жадвал*

### Пневмония кечишининг оғирлик даражаси

Кўрсаткичлар		Енгил	Ўрта	Оғир
Тана ҳарорати		38°C гача	38 - 39°C	> 39°C
Ўпка	Нафас олиш сони	20 гача	20 - 30	> 30
Юрак	Пульс	90 гача	90 - 110	> 125
	Систолик АБ, мм.сим.уст.	> 110	90 - 110	< 90
Эс-хуши		ўзгармаган	ўзгармаган	чалкаш, хира, алаҳсираш
Цианоз		йўқ	ўртача	жуда юқори
Асорати		йўқ	йўқ	экссудатив плеврит, нафас етишмовчилиги, абсцесланиши ва бошқалар
Умумий қон таҳлили	Лейкоцитлар, x10 <sup>9</sup> /л	4 - 8	8 - 20	>20 ёки <4

### CRB-65 шкаласи бўйича касалхонадан ташқари пневмонияни даволаш ўрнини танлаш алгоритми



Аксарият ҳолларда касалхонадан ташқари пневмонияни амбулатор шароитида даволаш мумкин. Ҳал қилувчи хулоса кўп ҳолларда врачнинг клиник фикрлашига боғлиқ бўлади. Баъзан оғир бўлмаган, аммо ўта чидамли кўзгатувчилар билан зарарланиш хавфли омиллари мавжуд бўлган касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморларни касалхонага ётқизиш ҳам талаб қилинади, булар:

- 65 ёшдан катталар;
- илгари кузатилган касалхонадан ташқари пневмония туфайли охириги 3 ой давомида β-лактамлиларни қабул қилиш;

- охирги ой давомида 7 кундан ортик кенг спектр таъсирли антибактериал терапия ўтказиш;
- узок вақт мунтазам глюкокортикоидлар қабул қилиш (преднизолон 10 мг/сут ва ундан ортик);
- сурункали алкоғолизм билан касалланганлар, иммунодефицит касалликлари/ҳолатлари (шунингдек доимий глюкокортикоидлар қабул қилувчилар);
- ички аъзолар ҳамроҳ касалликлари мавжуд бўлиши (ЎСОК, қандли диабет, цереброваскуляар касалликлар, сурункали буйрак етишмовчилиги, сурункали юрак етишмовчилиги, турли этиологияли сурункали жигар касалликлари, ўсмалар, психик бузилишлари, наркомания, тана массаси етишмовчилиги);
- асоратлар ривожланиши;
- антибиотикларни ича олмаганда: қусиш ва қайд қилиш ҳолатлари мавжуд беморларда, турли этиологияли малабсорбция синдроми (ичакларда сўрилишнинг бузилиши) мавжуд беморларда, меъда ичак йўллари, яъни меъда резекцияси ва/ёки ингичка ичак бошланғич бўлимларида жарроҳлик муолажаси ўтказилган беморлар;
- уй шароитида тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг иложи бўлмаса, бундай беморлар касалхонага ётқизилиши керак, буларга қуйидагилар қиради: бировларнинг ёрдамига муҳтож одамлар (неврологик ва психик касалликлар билан касалланган беморлар); ақл ва хотира бузилишлари мавжуд инсонлар; ногиронлар, яқка ёлғиз кексалар, турар жойи ноаниқ бўлган шахслар;
- уй шароитида даволанишни хохламайдиган, касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган, оғир бўлмаган ҳоллар.

**2 қадам.** Касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморларга антибактериал терапия ўтказиш уларнинг кейинги даволаниш ўрнидан қатъий назар, ташхис қўйилгандан сўнг 4 соатдан кечиктирмай, антибактериал терапия стандартларига мос равишда эмпирик даво тавсия этилади.

- Ҳамроҳ касаллигисиз 60 ёшгача бўлган оғир кечмаётган пневмония билан касалланган беморларга: амоксициллин ёки макролидлар ичиш.
- Ҳамроҳ касаллиги бўлган ва/ёки 60 ёшдан ўтган оғир кечмаётган пневмония билан касалланган беморлар: амоксициллин клавуланат ичиш ва цефалоспоринлар II (цефуросим) ичиш.
- Оғир пневмония билан касалланган беморлар, стационар даволанишга юборишдан олдин иложи борича антибиотикларнинг биринчи дозасини (м/о, в/и ёки ичиш) қабул қилиши керак, агар бемор ича олса: амоксициллин/клавуланат 1,2 в/и ёки ичишга 0,625 г ёки 1 г ёки цефтриаксон 1 г в/и, м/о ёки цефатаксим 1 г в/и, м/о.

Агар беморни стационар шароитида даволанишга юборишнинг иложи бўлмаса, даволашни уйда ташкил қилиш ва стационар шароитида даволаниш имконияти туғилгунга қадар қуйидагича даволаш керак: ҳар 8 соатда в/и амоксициллин/клавуланат 1,2 г ёки цефтриаксон 1 г м/о 2 марта суткасига + кларитромицин 500 мг дан ҳар 12 соатда ичишга ёки 1 г ҳар 12 соатда в/и.

**3 қадам.** Беморнинг кейинги олиб бориш тактикасини аниқлаш. Агар врач амбулатор шароитида даволашга қарор қилса, унда қайта кўрик 24-48 соатдан кейин бўлиши керак, чунки бу вақт давомида беморнинг аҳволи ўзгариши мумкин.

**4 қадам.** Касалхонадан ташқари пневмония профилактикаси бўйича чора-тадбирлар амалга оширилади, бунда грип ва пневмококка қарши вакцинация қўлланилади.

### **ҚВП шароитида даволаш мезонлари**

#### **1. Номедикаментоз даволаш**

- Ётоқ режими.
- Кўп миқдорда суюқлик ичиш.
- Беморга таъсир қилувчи атроф муҳитнинг ноқулай омилларини бартараф этиш.
- Витаминларга бой парҳез тавсия қилиш.



## 2. Медикаментоз даволаш

### Оғир бўлмаган касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган 60 ёшгача бўлган ҳамроҳ касалликлари йўқ беморларни даволаш

#### Асосий танланган препаратлар:

- Амоксициллин 0,5-1 г ҳар 8 соатда, овқатланиш вақтидан қатъий назар ичишга, 7-10 кун ёки макролидлар;
- Азитромицин 500 мг 1 марта суткасида овқатланишдан 1 соат олдин 3 кун ёки,
- Кларитромицин 500 мг ҳар 12 соатда овқатланиш вақтидан қатъий назар ичишга, 7-10 кун давомида.

48-72 соат давомида даволаш самараси бўлмаганда: юқори тана ҳарорати, интоксикация сақланиб қолганда ёки клиник симптомлар кучайганда, антибактериал терапия тактикасини қайта кўриб чиқиб, муқобил антибактериал препаратлар тавсия қилинади:

- Левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасида ичишга 7-10 кун ёки,
- Моксифлоксацин 400 мг 1 марта суткасида 7-10 кун.

Беморни касалхона шароитда даволаш масаласини қайта баҳолаш мақсадга мувофиқдир.

### Оғир бўлмаган касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган 60 ёшдан ўтган ва/ёки ҳамроҳ касалликлари мавжуд беморларни даволаш

#### Асосий танланган препаратлар:

- Амоксициллин/клавуланат 0,625 г ҳар 8 соатда овқатланиш вақтида ичишга 7-10 кун ёки,
- II-III қатор цефалоспоринлар ичишга: цефуроксим аксетил 500 мг ҳар 12 соатда овқатланиш вақтида ичишга 7-10 кун
- ±
- Азитромицин 500 мг 1 марта суткасида овқатланишдан олдин 3 кун давомида ёки,
- Кларитромицин 500 мг ҳар 12 соатда ичишга, овқатланиш вақтидан қатъий назар, 7-10 кун давомида.

48-72 соат давомида даволаш самараси бўлмаганда: юқори тана ҳарорати, интоксикация сақланиб қолганда ёки клиник симптомларнинг кучайганида, антибактериал терапия тактикасини қайта кўриб чиқиб, альтернатив антибактериал препаратлар тавсия қилинади:

- Левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасида, ичишга, 7-10 кун ёки,
- Моксифлоксацин 400 мг 1 марта суткасида, 7-10 кун давомида.

Беморни касалхона шароитида даволаш масаласини қайта баҳолаш мақсадга мувофиқдир.

#### Симптоматик даволаш

Тана ҳарорати  $38,5^{\circ}\text{C}$  дан юқори бўлиши ва оғриқ синдроми мавжуд ҳолларда:

- Парацетамол 0,5 г ичишга ёки,
- Ибупрофен 0,4 г ичишга.

#### Соғайиш мезонлари

- Тана ҳароратининг нормаллашиши.
- Касаллик ҳамма симптомларини йўқолиши.
- Қон кўрсаткичларини нормаллашиши.

Пневмониянинг алоҳида клиник, лаборатор ва/ёки рентгенологик белгиларининг сақланиб қолиши, антибактериал терапия ёки уни ўрнини босувчиларни давом эттиришга кўрсатма бўлмайди.

#### Профилактика

Касалхонадан ташқари пневмониянинг профилактикаси учун пневмококк ва гриппга қарши вакцина қўлланилади.



1. Пневмококкли вакцина. Пневмококк инфекцияси ривожланишининг юқори хавфи мавжуд бўлганда пневмококкли вакцинани қўллашга кўрсатма бўлади, бунга қуйидаги гуруҳлар киради:

- 65 ёш ва ундан катталар;
- 2 ёшдан 64 ёшгача бўлган инсонларда сурункали ички аъзолар касалликларининг (юррак қон-томир тизими сурункали касалликлари, сурункали нафас аъзолари касалликлари, қандли диабет, алкоголизм, сурункали жигар касалликлари, ва бошқалар) мавжуд беморлар, шунингдек уларда функционал ва органик бузилишлар (ўроксимон хужайрали анемия, спленэктомиядан кейинги ҳолат) мавжуд бўлиши;
- 2 ёшдан юқори иммунодефицит ҳолатлари мавжуд беморлар.

2. Гриппга қарши вакцина. Гриппга қарши вакцинани 65 ёшгача бўлган соғлом одамларда ўтказиш грипп ва унинг асоратларини (шунингдек пневмонияни) олдини олишда энг самаралидир. Вакцинация 65 ёшдан ўтган одамларда кам самара беради, аммо юқори нафас йўллари инфекциясини тез-тез қайталанишини, пневмонияни, касалхонага ётишни ва ўлим ҳолатларини камайтиради. Гриппга қарши вакцина қуйида келтирилган хавфли гуруҳларга қўлланилади:

- 50 ёшдан катталарда.
- Узоқ вақт қариялар уйида парвариш қилинганлар.
- Сурункали нафас аъзолари касалликлари (бронхиал астма ҳам шулар қаторига киради) ва юрак қон-томир касалликлари мавжуд беморлар.
- Катталарда – доимий тиббий кузатувга муҳтож инсонлар ва метаболик бузилишлар (шунингдек қандли диабет ҳам шулар қаторига киради) туфайли охириги йил давомида стационар даволанганлар, буйрак касалликлари, гемоглобинопатия, иммуносупрессив ҳолатлар (ОИВ инфекцияси ҳам шулар қаторига киради) мавжуд инсонлар.
- Аёлларда – ҳомиладорликнинг II ва III уч ойлигида.
- Шифокорлар, ҳамширалар ва тиббиёт муассасаларнинг бошқа ходимлари.
- Хавфли гуруҳга кирувчиларнинг оила аъзолари (болалар ҳам шулар қаторига киради) ва хавфли гуруҳга кирувчиларни уйида парвариш қилувчи тиббий ходимлар.

Вакцинация ўтказишнинг энг қулай вақти - октябрь ва ноябрь ойининг биринчи ярмида. Иккала вакцинани ҳам бир вақтнинг ўзида (хар хил қўлга) ноҳўя таъсирларни кўпайтирмасдан ёки иммун жавобни пасайтирмасдан қилса бўлади.

### **КТМП мутахассисларига юбориш мезонлари**

- Касалхонадан ташқари пневмония ташхиси ноаниқ (шубҳали) бўлганда.
- Даволашнинг биринчи 3 кунлигида амбулатор давонинг самарасизлиги.
- Касалликнинг чўзилувчан кечиши хавфли омиллари мавжуд бўлганда, шунингдек бир вақтнинг ўзида касалликнинг торпид клиник кечиши намоен бўлганда (вақт-вақти билан тақрорланувчи йўтал балғам ажралиши билан).

### **Стационар даволанишга кўрсатма**

#### **Қуйидаги белгиларнинг камида биттаси мавжуд бўлганида**

1. Объектив текширув маълумотларига кўра:
  - НОС  $\geq 30$  марта минутига.
  - САБ  $<90$  мм сим.уст. ДАБ  $<60$  мм сим. уст.
  - ЮҚС  $\geq 125$ /мин.
  - Тана ҳарорати  $<35,5^{\circ}\text{C}$  ёки  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ .
  - Эс-хуши бузилишлари.
2. Лаборатор ва клиник кўринишлари бўйича:
  - лейкоцитоз  $> 20,0 \times 10^9/\text{л}$  ёки  $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ ;
  - гемоглобин  $<90$  г/л, гематокрит  $<30\%$ ;
  - экссудатив плеврит;



- биринчи 24-48 соат давомида нафас етишмовчилигининг зўрайиши билан намоён бўлувчи клиник симптомларнинг қисқа вақт ичида тез кучайиши;
  - ўпкадан ташқари инфекция ўчоғлари (миокардит, полисерозит, артрит, менингит ва бошқалар).
3. Даволашнинг биринчи 3 кунлигида амбулатор давонинг самарасизлиги.
  4. 65 ёшдан катталар.
  5. Ҳамроҳ сурункали ички аъзолар касалликлари (ЎСОК, қандли диабет, цереброваскуляр касалликлар, сурункали буйрак етишмовчилиги, сурункали юрак етишмовчилиги, турли этиологияли сурункали жигар касалликлари, ўсмалар, психик бузилишлар, наркомания, тана массаси дефицити).

### **КТМП шароитида пулмонологлар томонидан беморларни олиб бориш**

#### **КТМП шароитида ўтказиладиган диагностик (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар) чора-тадбирлар**

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Грам бўйича бўялган балғам суртмаси микроскопияси.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси икки проекцияда ўтказилади – тўғри ва ён томондан.
- Пульсоксиметрия (кўрсатма бўйича).

Касалхонадан ташқари пневмонияни мутахассис томонидан даволаш принциплари кадамба – кадам даволаш тактикасига асосланган бўлиб, бунда касалликнинг стратификациясига, оғирлик даражасига ва самарасиз бошланган антибактериал терапиясига боғлиқ.

Оғир бўлмаган касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган ҳар қандай ёшдаги ҳамроҳ касалликларсиз ва/ёки ҳамроҳ касалликлари бор ва касаллик ривожланишининг хавфли омиллари мавжуд беморларда 48-72 соатдан кейин бирламчи бошланган терапиянинг самарасизлиги, яъни юқори тана ҳарорати ва интоксикациянинг сақланиши, шунингдек клиник симптоматикасининг кучайиши антибактериал терапияни қайта кўриб чиқиб муқобил антибактериал препаратлар тавсия қилиш зарурлигини кўрсатади:

- Левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасида, ичишга, 7-10 кун ёки,
- Моксифлоксацин 400 мг 1 марта суткасида 7-10 кун давомида.

Беморни стационарга ётқизиш масаласини қайта кўриб чиқиш.

#### **Стационар даволанишга кўрсатма қўшимча диагностик ва даволаш чора-тадбирлари билан кенгайтирилади:**

##### **Қуйидаги белгиларнинг камида биртаси мавжуд бўлганида**

1. Объектив текшириш маълумотларига кўра:

- НОС  $\geq 30$  мин.
- САБ  $<90$  мм сим. уст. ДАБ  $<60$  мм сим. уст.
- ЮКС  $\geq 125$ /мин.
- Тана ҳарорати  $<35,5^{\circ}\text{C}$  ва  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ .
- Эс-ҳуши бузилишлари.

2. Лаборатор ва клиник белгилари бўйича:

- лейкоцитоз  $> 20,0 \times 10^9/\text{л}$  ва  $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ ;
- гемоглобин  $< 90$  г/л, гематокрит  $< 30\%$ ;
- $\text{SaO}_2 < 90\%$  (пульсоксиметрия);
- кўп бўлакли жароҳатланиш;
- емирилиш ўчоғи ва экссудатив плевритнинг пайдо бўлиши;
- инфильтрат ўлчамининг тез катталаниши, яъни 2 суткада 50% ортиши;
- антибактериал терапияни муқобил препаратларга ўзгартирилгандан кейин биринчи





48 соат давомида клиник симптомларнинг кучайиши;

- ўпкадан ташқари инфекция ўчоғлари (миокардит, полисерозит, артрит, менингит ва бошқалар).

3. Даволашнинг биринчи 5 кунда амбулатор даволашнинг самарасизлиги.

4. Ёши 65 ёшдан катта.

5. Ҳамроҳ сурункали ички аъзолар касалликлари мавжуд ҳолатлар (ЎСОК, қандли диабет, цереброваскуляр касалликлар, сурункали буйрак етишмовчилиги, сурункали юрак етишмовчилиги, турли этиологияли сурункали жигар касалликлари, ўсмалар, психик бузилишлар, наркомания, тана массаси дефицити).

### **Касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморни ТМШнинг терапия бўлимида олиб борилиши**

**ТМШ шароитида ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар)**

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Грам бўйича бўялган балғам суртмаси микроскопияси.
- Балғамни экиш ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш.
- Гемокультурани текшириш (тана ҳарорати чўккисида венадан олинган қонни 2 марта экиш). Қон намунаси 2 марта 2 та ҳар хил веналардан 30-40 мин. оралик билан олинади, ҳар бир намуна учун камида 20 мл қон олинади. Ҳамма оғир пневмония билан касалланган беморларга ўтказилади, шунингдек бу антибактериал терапия бошлангунига қадар ўтказилиши керак.

- Қонни биокимёвий текшириш: глюкоза, С-реактив оқсил, мочевино, креатинин, АЛТ, АСТ, электролитлар. Аниқланган ўзгаришлар маълум аъзо/системаларнинг жароҳатланишидан дарак беради, бу эса прогностик аҳамиятга эга бўлиб, дори воситаларини танлашга ва улар дозаларини белгилашга таъсир кўрсатади.

- Кўкрак қафаси рентгенографияси 2 хил проекцияда.
- Пульсоксиметрия.
- Электрокардиография.
- Плевра суюқлигини (плеврит бўлганда) цитологик, биокимёвий ва бактериологик текшириш.

**Оғир кечувчи касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморни ТМШ интенсив терапия ва реанимация бўлимига юборишни кўрсатувчи мезонлар**

1. Клиник мезонлари:

- ўткир нафас етишмовчилиги (НОС  $\geq 30$  минутга);
- гипотензия ( САБ  $< 90$  мм сим.уст., ДАБ  $< 60$  мм сим.уст.);
- икки ва ундан ортиқ ўпка бўлақларининг жароҳатланиши;
- эс-хуши бузилишлари;
- ўпкадан ташқари инфекция ўчоғлари: менингит, перикардит ва бошқалар.

2. Лаборатор мезонлар:

- лейкопения ( $< 4 \times 10^9$ /л);
- тромбоцитопения (тромбоцитлар  $< 100 \times 10^{12}$ /л);
- гипоксемия ( $SaO_2 < 90\%$ );
- гематокрит  $< 30\%$ ;
- ўткир буйрак етишмовчилиги (анурия, қондаги креатинин  $> 176,7$  мкмоль/л, азот мочевиноси  $> 7,0$  ммоль/л ёки  $\geq 20$  мг/дл).

Касалхонадан ташқари пневмониянинг ҳеч бўлмаганда битта мезони аниқланса ҳам, оғир деб баҳоланади.

**Касалхонадан ташқари пневмония билан стационарга даволаниш учун ётқизилган беморларни олиб бориш**

Умумий терапевтик йўналишдаги бўлимларга ётқизилган оғир бўлмаган касалхонадан ташқари пневмонияни даволаш (стационарга ётқизилиш сабаби касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ эмас)

**1 кадам.** Бошланғич антибактериал терапияни аниқлаш

**Биринчи қатор антибактериал препаратлар**

*Биринчи танлов препаратлари:*

*Пенициллинлар:*

- бензилпенициллин 2-4 млн. ЕДдан ҳар 6 соат давомида в/и, м/о ёки,
- ампициллин 0,5-1 г дан ҳар 6 соат давомида в/и, м/о ёки,
- амоксициллин/клавуланат в/и 1,2 г дан ҳар 8 соат давомида в/и ёки.

*II-III авлод цефалоспориинлар:*

- цефотаксим 1-2 г дан ҳар 8 соат давомида в/и, м/о ёки,
  - цефтриаксон 1-2 г дан 1 марта в/и, м/о ёки,
  - цефуросим 0,75-1,5 г дан ҳар 8 соат давомида м/о, в/и
- ±

*Макролидлар:*

- азитромицин 0,5 г суткасида 1 марта, ичишга, овқатланишдан 1 соат олдин 3 кун давомида ёки,
- кларитромицин 0,5 г дан ҳар 12 соат давомида, овқатланиш вақтидан қатъий назар, 7-10 кун.

*Альтернатив препаратлар*

*Респиратор фторхинолонлар:*

- левофлоксацин 0,5 г дан суткасида 1 марта в/и (1 соат давомида секин томчилаб);
- моксифлоксацин 0,4 г дан суткасида 1 марта в/и (1 соат давомида секин томчилаб).

**Иккинчи қатор антибактериал препаратлар**

- Респиратор фторхинолонлар в/и ёки,
- Карбапенемлар в/и.

**2 кадам.** Антибактериал терапия бошланғич тартибини баҳолаш.

Бирламчи антибактериал терапия бошланғич тартибини баҳолаш даволаш бошлангандан 48-72 соат

ўтгандан кейин ўтказилади.

**Бу муддатда самарадоликнинг асосий мезонлари**

- Интоксикациянинг пасайиши.
- Нафас етишмовчилигининг пасайиши.
- Полиорган бузилишларнинг пасайиши.

Агар беморда юқори тана ҳарорати ва интоксикация белгилари сақланиб қолса, касаллик симптомлари кучайиб борса, ҳамда касалликнинг асоратлари пайдо бўлса, антибактериал терапия самарасиз деб баҳоланади.

**1. Танланган АБТ тартибини қайта кўриш зарур.**

*Муқобил препаратлар*

*Респиратор фторхинолонлар:*

- левофлоксацин 0,5 г дан суткасида 1 марта в/и (1 соат давомида секин томчилаб);
- моксифлоксацин 0,4 г дан суткасида 1 марта в/и (1 соат давомида секин томчилаб).

*Иккинчи қатор антибактериал препаратлар:*

- респиратор фторхинолон в/и ёки,
- карбапенемлар в/и.



## **2. Ташҳисни аниқлаш мақсадида беморни текшириш керак, ривожланиши мумкин бўлган асоратларни аниқлаш ва имконияти мавжуд бўлган микробиологик текширишларни ўтказиш керак.**

Бошланғич антибактериал терапиянинг самарадорлиги бўлганда, кадамба – кадам антибактериал тартибга мос равишда парентерал тартибдан перорал тартибга беморларни ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш керак. АБТни парентерал тартибдан перорал тартибга ўтказиш, беморнинг гемодинамик кўрсаткичлари бир меъёрга келганида, тана ҳарорати нормаллашганида ва клиник симптомларнинг яхшиланганида амалга оширилади.

Антибактериал препаратларни перорал қабулга ўтказиш бўйича хулоса қилишда қуйида келтирилган мезонларни ишлатиш мақсадга мувофиқ:

- 2 марта 8 соатлик интервал билан ўлчанганда тана ҳароратининг субфебрил даражасигача тушиши ( $<37,5^{\circ}\text{C}$ );
- ҳансирашнинг камайиши;
- эс-хуши бузилишларининг бўлмаслиги;
- бошқа симптомлар ва касалликлар белгилари томонидан ижобий динамиканинг бўлиши;
- меъда ичак йўлларида сўрилиш бузилишларининг бўлмаслиги;
- беморнинг перорал даволанишга розилиги.

Амалда АБТ перорал даволашга ўтиш имконияти даволаниш бошлангандан кейин ўртача 2-4 кунларига тўғри келади. Қадамба-кадам даволашда амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин, моксифлоксацин, кларитромицин, азитромицин ишлатилади.

- Ампициллин м/о, в/и → амоксициллин ичишга.
- Амоксиклав в/и → амоксиклав ичишга.
- Кларитромицин в/и → кларитромицин ичишга.

Баъзи бир антибактериал препаратларнинг перорал формаси мавжуд бўлмаганда, антимиқроб таъсири яқин бўлган препаратларга ўзгартирилади. (цефотаксим, цефтриаксон → амоксициллин/клавуланат ёки цефуроксим ичишга).

### **Интенсив терапия бўлимига ётқизилган оғир касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморларни даволаш**

**1-кадам.** Қуйидаги омиллар борлигига қараб *P. aeruginosa* билан зарарланиш хавфини аниқлаш:

- узок вақт фармакодинамик дозаларда доимий ГКС билан даволаш;
- иккиламчи бронхоэктазлар;
- антибиотикларни тез-тез ишлатилиши – бир йилда антибактериал терапиянинг 4 мартадан ортиқ курсини қабул қилиниши ёки охириги 3 ойда антибиотикларни ишлатилиши;
- *P. Aeruginosa* олдиндан аниқланган.

**2-кадам.** Антибактериал терапияни тактикасини танлаш.

***P. aeruginosa* билан зарарланиш ва аспирация хавфи бўлмаган оғир касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморлар**

**1-схема**

- амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
  - ампициллин/сульбактам 1,5 г в/и, м/о ҳар 6-8 соатда ёки,
  - цефтриаксон 1-2 г в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - цефотаксим 1-2 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
  - цефепим 2 г в/и ҳар 8-12 соатда ёки,
  - цефтаролин 0,6 в/и ҳар 12 соатда.
- +
- азитромицин 0,5 г в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - кларитромицин 0,5 г в/и ҳар 12 соатда.

## 2-схема

- моксифлоксацин 0,4 г в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - левофлоксацин 0,5 г в/и ҳар 12-24 соатда.
- +
- цефтриаксон 1-2 г в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - цефотаксим 1-2 г в/и ҳар 6-8 соатда.

## **P. aeruginosa билан зарарланиш хавфи бўлган оғир касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморлар**

### 1-схема

- пиперациллин/тазобактам 2,25-4,5 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
  - цефепим 2 г в/и ҳар 8-12 соатда ёки,
  - меропенем 1-2 г ҳар 8 соатда ёки,
  - имипенем/циластатин 0,5 г в/и ҳар 6 соатда ва 1 г ҳар 8 соатда.
- +
- ципрофлоксацин 0,6 г в/и ҳар 12 соатда ёки 0,4 г в/и ҳар 8 соатда ёки,
  - левофлоксацин 0,5 г в/и ҳар 12 соатда.

### 2-схема

- пиперациллин/тазобактам 2,25-4,5 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
  - цефепим 2 г в/и ҳар 8-12 соатда ёки,
  - меропенем 1-2 г ҳар 8 соатда ёки,
  - имипенем/циластатин 0,5 г в/и ҳар 6 соатда ёки 1 г ҳар 8 соатда.
- +
- гентамицин 4-5 мг/кг/суткасига в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - амикацин 15-20 мг/кг/суткасига в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - тобрамицин 3-5 мг/кг/суткасига ҳар 24 соатда.
- +
- азитромицин 0,5 г в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - кларитромицин 0,5 г в/и ҳар 12 соатда.

### 3-схема

- пиперациллин/тазобактам 2,25-4,5 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
  - цефепим 2 г в/и ҳар 8-12 соатда ёки,
  - меропенем 1-2 г ҳар 8 соатда ёки,
  - имипенем/циластатин 0,5 г в/и ҳар 6 соатда ёки 1 г ҳар 8 соатда.
- +
- гентамицин 4-5 мг/кг/суткасига в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - амикацин 15-20 мг/кг/суткасига в/и ҳар 24 соатда ёки,
  - тобрамицин 3-5 мг/кг/суткасига ҳар 24 соатда.
- +
- моксифлоксацин 0,4 г в/и 24 часа ҳар 24 соатда ёки,
  - левофлоксацин 0,5 г в/и ҳар 12 соатда.

## **Тасдиқланган/тахмин қилинган аспирация ва оғир касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморлар**

### 1-схема

- амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
- ампициллин/сульбактам 1,5 г в/и, м/о ҳар 6-8 соатда ёки,
- пиперациллин/тазобактам 2,25-4,5 г в/и ҳар 6-8 соатда ёки,
- эртапенем 1 г в/и ҳар 24 соатда ёки,
- меропенем 1-2 г ҳар 8 соатда ёки,
- имипенем/циластатин 0,5 г в/и ҳар 6 соатда ёки 1 г ҳар 8 соатда.



## 2-схема

- цефтриаксон 1-2 г в/и ҳар 24 соатда *ёки*,
  - цефотаксим 1-2 г в/и ҳар 6-8 соатда.
- +
- клиндамицин 0,6 г в/и ҳар 8 соатда *ёки*,
  - метронидазол в/и.

Грипп вирусини билан зарарланиш эҳтимоллигини кўрсатувчи клиник симптомларнинг беморларда учраши, антибактериал препаратларга қўшимча нейраминидаза ингибиторлари ҳам тавсия қилинади (оселтамивир 0,075 г ичишга ҳар 12 соатда ёки занамивир 10 мг ингалицияда ҳар 12 соатда).

Касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган оғир ҳолатдаги беморларга вирусга қарши препаратлар гриппдан касалланишнинг кенг тарқалган мавсумида эмпирик даволаш тавсия қилинади.

**3-қадам.** Антибактериал терапия самарадорлигини баҳолаш ва унинг давомийлигини аниқлаш.

*Бошланғич антибактериал терапия самарадорлигини бирламчи баҳолаш, даволаш бошланишидан 48-72 соатдан кейин ўтказилиши керак.* Бу даврда асосий самарадорлик мезонлари: тана ҳароратининг пасайиши, интоксикациянинг камайиши, нафас етишмовчилиги ва полиорган бузилишларнинг камайиши ҳисобланади. Агар беморда юқори тана ҳарорати ва интоксикация сақланиб қолса, ҳамда касаллик симптомлари кучайиб, унинг асоратлари пайдо бўлса, антибактериал терапия самарасиз деб баҳоланади, бундай ҳолатда танланган антибактериал терапия тартиби қайта кўриб чиқилиши зарур бўлиб, этиологик омиллар кидируви ва асоратларни аниқлашга йўналтирилган беморни комплекс текшириш усуллари кенгайтириш лозим.

Бошланғич антибактериал терапиянинг самарадорлиги бўлганда, кадамба – кадам антибактериал тартибга мос равишда беморларни парентерал тартибдан перорал тартибга ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш керак. АБТни парентерал тартибдан перорал тартибга ўтказиш, беморнинг гемодинамик кўрсаткичлари бир меъёрга келганида, тана ҳарорати нормаллашганида ва клиник симптомларнинг яхшиланганида амалга оширилади.

Этиологияси аниқланмаган оғир касалхонадан ташқари пневмонияда антибактериал терапия давомийлиги 10 кунни ташкил қилади. Энг узоқ антибактериал терапия (14-21 кун) асоратлар (эмпиема, абсцесс) ривожланганда, ўпкадан ташқари инфекция ўчоғлари пайдо бўлганда, *S. aureus*, *M. pneumoniae*, *Ch. Pneumoniae*, ноферментатив микроорганизм (*P. aeruginosa* ва бошқалар) кўзгатувчилари билан зарарланганда тавсия қилинади. Вирусларга қарши препаратларни ишлатиш (оселтамивир, занамивир) аксарият ҳолларда 5-10 кунни ташкил қилади.

Антибактериал терапияни тўхтатиш мезонлари:

- Тана ҳарорати  $\leq 37,20^{\circ}\text{C}$ .
- Интоксикациянинг йўқлиги.
- Нафас етишмовчилигининг бўлмаслиги (НОС <20 мин).
- Йирингли балғамнинг бўлмаслиги.
- Лейкоцитлар миқдори  $<10 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофиллар <80%, «ёш» шакллари <6%.
- Кўкрак қафаси рентгенографиясида салбий ўзгаришларнинг бўлмаслиги.

Стационар шароитда ётган касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморларни даволаш тактикаси текширишлар натижаларига қараб аниқланади:

- Қоннинг умумий таҳлили-антибактериал терапиянинг 2-3 кунларида ва тугаганидан сўнг.
- Биокимёвий қон таҳлили - бирламчи текширишда ўзгаришлар топилганда бир ҳафтадан сўнг қайта назорат қилинади.



- Қондаги газлар таркибини текшириш (оғир кечишида) - кўрсаткичлар бир меъёрга келгунига қадар ҳар куни.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси - даволаш бошлангандан 4 ҳафта кейин, бемор аҳволи ёмонлашганда бундан барвақт ўтказилади.

### **Стационардан чиқариш мезонлари**

- тана ҳароратининг нормаллашиши;
- қон кўрсаткичларининг нормаллашиши;
- касаллик ҳамма симптомларининг йўқолиши;
- пневмониянинг айрим клиник, лаборатор ва/ёки рентгенологик белгиларининг сақланиб қолиши, антибактериал терапия ёки уни ўрнини босувчи препаратларни давом эттиришга кўрсатма бўлмайди.

Агар касаллик бошлангандан сўнг 4-ҳафта давомида клиник кўринишларнинг яхшиланиш фонида ўпкадаги ўчоғли ва инфилтратив рентген ўзгаришлар тўлиқ бартараф этилмаса, унда чўзилувчи касалхонадан ташқари пневмония ҳақида фикр юритилади, бу эса чуқур текширишларни (кўкрак қафаси аъзолари МСКТ, фибробронхоскопия, балғамни геномолекуляр G-Xpret усулида текшириш, фтизиатр маслаҳати) талаб қилади.

Касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморлар стационардан чиқарилганда ҳамма текширишлар, кейинги даволаш тавсиялари ва кейинги врач кўриги вақти (касалхонадан чиқарилгандан сўнг 24-48 соат давомида оилавий врачга мурожаат қилиш зарур) кўрсатилган касаллик варақасидан кўчирма олишлари керак.

### **Вилоят касалхонасига юбориш мезонлари**

- Беморнинг клиник ҳолати тизимли яллиғланишга жавоб синдроми, септик шок, кислородтерапия билан бартараф этилмайдиган барқарор гипоксия билан асоратланиш хавфи бўлганда.
- Антибактериал терапия ўтказилишига қармасдан клиник яхшиланишнинг бўлмаслиги ва асоратларнинг (ўпка абсцесси, плевра эмпиемаси ва бошқалар) ривожланиши.
- Пневмониянинг секин сўрилиш хавфи бўлмаган ҳолда ўпкада ўчоғли ва инфилтратив ўзгаришлар сақланиб қолган беморларга қўшимча текширишлар: кўкрак қафаси аъзолари МСКТ, фибробронхоскопия ва бошқа текшириш усуллари ўтказилиши зарурияти туғилганда.

### **Оқибати**

Оқибати аксарият ҳолларда ижобий. Кўп ҳолларда касалхонадан ташқари пневмония кичик ва ўрта ёшли иммунокомпотетли беморларда тана ҳароратининг нормаллашиши даволашнинг 2-4 кунда рўй беради, аммо рентгенологик «тузалиш» 4 ҳафта давомида юзага келади.

### **Беморлар учун маълумот**

Касалхонадан ташқари пневмония билан касалланган беморларга даволаниш бошлангандан кейин касаллик белгилари секин-аста камайиб боришини тушунтириш керак.

1-ҳафта: тана ҳароратининг пасайиши.

4-ҳафта: кўкрак қафасидаги оғрик ва балғам ажралишининг камайиши/йўқолиши.

6-ҳафта: йўтал ва хансирашнинг камайиши/йўқолиши.

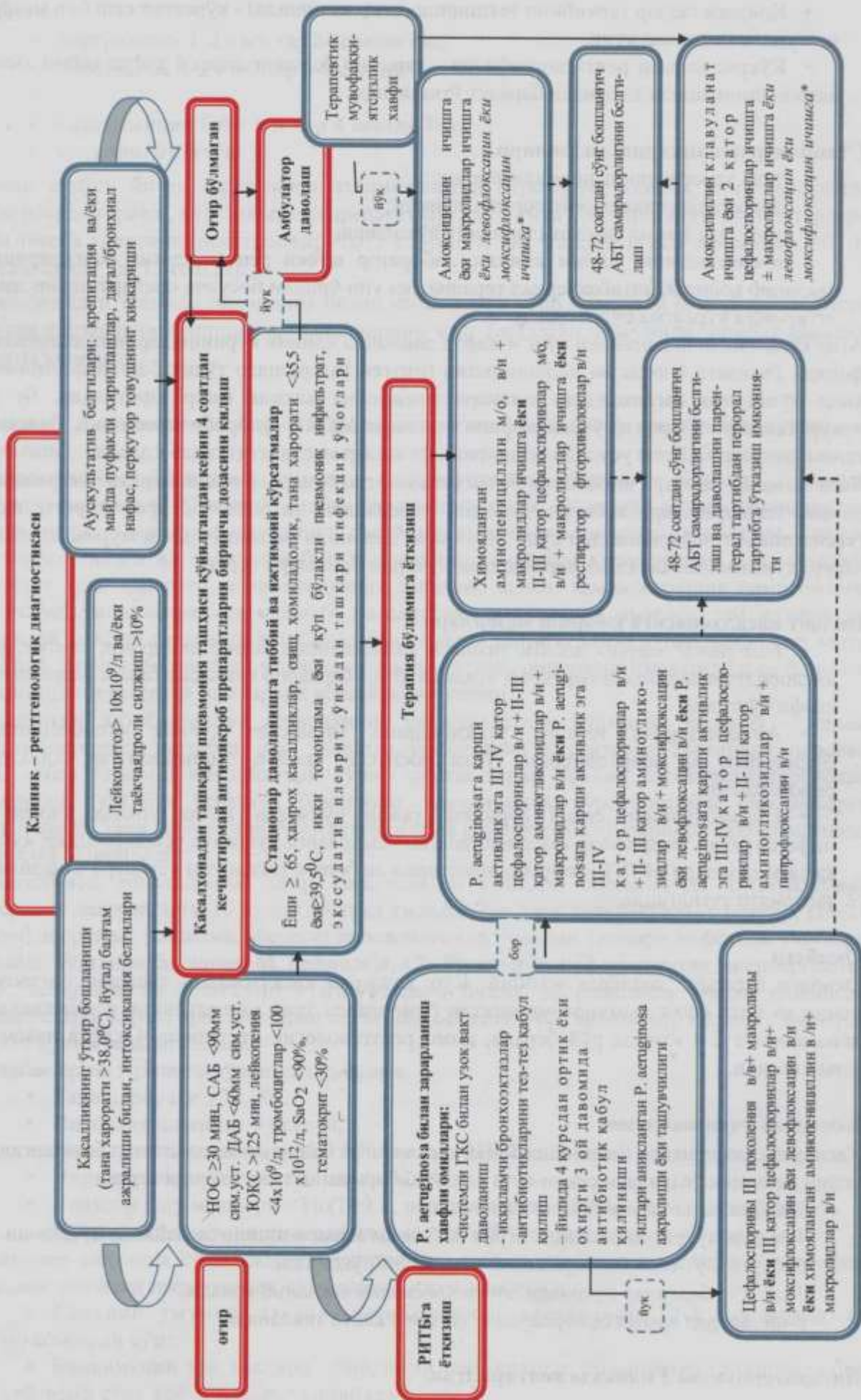
3-ой: кўп белгилар йўқолади, аммо ҳолсизлик сақланиб қолади.

6-ой: деярли ҳамма беморларнинг соғлиги қайта тикланади.

### **Диспансеризация 3 иловада келтирилган.**



**КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ АЛГОРИТМИ**



## СУРУНКАЛИ БРОНХИТ ТАШХИСЛАНИШИ, ДАВОЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

**ЖКТ-10: J41.** Оддий ва шиллик – йирингли сурункали бронхит.

**J42.** Сурункали бронхит – сабаби аниқланмаган.

### Касаллик таърифи

Сурункали бронхит - бронхларнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, охириги икки ва ундан ортиқ йилларда, уч ва ундан ортиқ ой давомида нам йўтал билан намоён бўладиган, ҳамда бошқа ўпка-бронх ва/ёки юрак қон-томир патологияси инкор қилинган ҳолат.

### Эпидемиологияси

СБ катталар орасида кенг тарқалган. Бу касаллик 55 ёшдан ўтган инсонларда ўртача 10%ни ташкил этади. Аксарият СБ эркакларда 50-59 ёшда ва аёлларда 40-49 ёшда аниқланади. СБ беморларининг 70%ни эркаклар ташкил этади.

СБ ривожланишининг хавфли омиллари:

- Актив ва пассив чекишда тамаки тутунидан нафас олиш.
- Саноат ва ишлаб чиқариш, ҳамда маиший шароитга оид учиб юрувчи поллютантлар.
- Юқори нафас йўллари бактериял ва вирусли касалликлари.
- Ўткир бронхит қайталаниши.
- Ноқулай иқлим шароитлари.

### ҚВП/ОП шароитида беморларни олиб бориш

### Клиник кўринишлари

Касаллик аста-секин бошланади. СБ кечиши нисбатан кам рўй берадиган касалликнинг зўрайиши ва клиник ремиссия билан ифодаланади (йилида 2 мартадан кўп эмас).

### Касалликнинг ремиссия даври

#### Шикоятлари

Ремиссия даврида беморларни вақти-вақти билан йўтал ва балғам ажралиши безовта килиши одатда касалликнинг биргина белгиси бўлади. Йўтал асосан эрталаб бўлади, уйқудан сўнг ва кам миқдордаги шиллик ёки шиллик-йирингли балғам ажралиши билан кечади. Йўтални тамаки тутуни, совуқ ҳаводан нафас олиш ёки оғир жисмоний зўриқиш кўзгаши мумкин.

### Физикал текширишлар

- Ўпка аускультацияси – дағал нафас, баъзида бир-бир курук паст тонли хириллашлар эшитилади; хириллашлар доимий эмас ва бир оз йўталгандан кейин тез йўқолади.
- Бошқа симптомлар одатда аниқланмайди.

### Касалликнинг зўрайиш даври

#### Шикояти ва анамнези

Ҳаддан ташқари кўп чекиш, ангина, ўткир фарингит, ўткир ларингит, жуда қаттиқ совуқ қотиш, ЎРВИ одатда касаллик зўрайишига олиб келади.

Зўрайишнинг мавсумийлиги қайд қилинади – кеч қузда ёки барвақт баҳорда.

Асосий шикоятлари:

- Йўталнинг кучайиши (Йўтал интенсивлиги кучаяди ва оғир кечади, нафақат эрталаб, балки кун давомида безовта қилади).
- Балғам миқдорининг ортиши ва унинг хусусиятининг ўзгариши (йирингли).
- Интоксикация синдромининг пайдо бўлиши (субфебрилитет, тез толиқиш, ҳолсизлик ва дармонсизлик).



### **Физикал текширишлар**

- Тана хароратининг кўтарилиши  $38^{\circ}\text{C}$ гача; бундан ҳам юқори бўлиши ЎРВИ туфайли зўрайган СБ кузатилади.
- $\text{НОС} \leq 24$  минутига;  $\text{ЮҚС} \leq 100$  минутига.
- Кўкрак қафаси шакли ўзгармаган, перкуссияда тиниқ ўпка товуши, ўпканинг симметрик соҳаларида бир хиллиги аниқланади.
- Ўпка аускультацияси: дағал нафас; тарқалган курук хириллашлар, аксарият паст тонли, баъзида майда ва ўрта пуфакли нам жарангсиз хириллашлар эшитилади.
- Баъзи беморларда кийналиб нафас олиш оғир зўрайиш даврида, жисмоний зўриқишда ёки курук йўтал хуружида кузатилиши мумкин; СБ зўрайиш баргараф этилгандан сўнг бронхообструкция тўлиқ йўқолади.

### **Диагностик чора тadbирлар**

- Термометрия, НОС ва ЮҚС аниқлаш.
- Ўпка перкуссияси ва аускультацияси.
- Пикфлоуметрия: СБ оғир зўрайиш даврида НЧЧТ кўрсаткичлари айрим беморларда енгил ёки баъзан ўрта даражагача пасайиши мумкин. (*Пикфлоуметриянинг бажарилиши 1-иловада кўрсатилган*).
- Умумий қон таҳлили: одатда ўзгаришлар топилмайди, баъзан енгил нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши аниқланади.

### **Диагноз қўйиш мезонлари**

1. Охирги 2 ва ундан ортиқ йиллар давомида икки ва ундан ортиқ ой нам йўталнинг кузатилиши.
2. Ўпка аускультациясида дағал нафас фониде тарқалган паст тонли курук хириллашларнинг эшитилиши.
3. Бошқа ўпка-бронх ва/ёки юрак қон-томир патологиясининг йўқлиги.

### **Зўрайишнинг асосий клиник симптомлари**

1. Йўталнинг кучайиши.
2. Балғам миқдорининг ортиши.
3. Балғам хусусиятининг ўзгариши (йирингли балғамга айланиши).
4. Ҳансирашнинг пайдо бўлиши ( $\leq 24$  минутига).

### **ҚВПда даволаш принциплари**

Даволаш асосан амбулатор шароитда ўтказилади.

#### **Даволашнинг асосий компонентлари**

1. Беморларни ўқитиш.
2. Хавфли омилларни баргараф этиш (чекишни ташлаш).
3. Зўрайиш давридаги фармакотерапия:
  - Антибактериал препаратлар.
  - Муколитик препаратлар.
  - Бронходилататорлар, тана хароратитини туширувчи препаратлар (кўрсатма бўйича).

### **СБни ҚВП шароитида даволаш**

1. Номедикаментоз даволаш
  - Чекишни тўхтатиш, йўтал чақирувчи атроф – мухит омилларини (тутун, чанг) баргараф этиш.
  - Витаминларга бой парҳез тавсия қилиш.

- Даволовчи жисмоний тарбия, кўкрак қафаси массажи.
- Касалликнинг зўрайиш даврида: даволовчи-чекловчи тартиб ва кўп суяқлик ичиш тавсия қилинади.

## 2. Зўрайиш даврида медикаментоз даволаш

- Антибиотикотерапия: амоксициллин 0,5-1,0 г ичишга ҳар 8 соатда 5-7 кун давомида ёки макролидлар (азитромицин 0,5 г 1 марта суткасида 3 кун ёки кларитромицин 0,5 г ҳар 12 соатда 5 - 7 кун), ёки доксицилин 0,2 г 1-суткада, 2 мартага бўлиб, кейин 0,1 мг ҳар кун ичишга 5 - 7 кун.
- Обструктив синдром мавжуд бўлганда: ипратропия бромид (ДАИ) 20-40 мкг (1-2 доза) ёки сальбутамол (ДАИ) 100 мкг (1-2 доза).
- Муколитиклар: амброксол 0,03 г 3 марта суткасига ичишга ёки ацетилцистеин 400-600 мг /суткасига, 2 - 3 мартага бўлиб ичишга.
- Тана ҳарорати кўтарилганда: парацетамол ёки ибупрофен, ёки ацетилсалицил кислотаси.

Беморнинг аҳволини ва даволаш самарадорлигини баҳолаш 3 суткада амалга оширилади.

## СБ зўрайиш даврининг даволаш самарадорлиги мезонлари

- Зўрайиш даври белгиларининг бартараф этилиши.
- Бемор ҳолати ва клиник кўрсаткичларнинг барқарорлашиши.

## Профилактика

- чекишни ташлаш;
- ишлаб чиқаришда зарарли омиллар мавжуд бўлганда шахсий респираторлардан фойдаланиш;
- гриппга қарши вакцинация;
- экологик тоза минтақаларда яшаш;
- чиниктирувчи, умумий қувватловчи муолажалар.

## КТМП мутахассисларига юбориш мезонлари

- зўрайишнинг тез-тез қайталаниши (охирги йилда 3 ва ундан ортиқ бўлиши);
- тўсатдан пайдо бўлувчи шиллик балғам ажралиши билан йўтал, хуштаксимон нафас эпизодларини кузатилиши;
- НОС > 24 минутига/диспноэ;
- катта миқдордаги йирингли ёки шиллик-йирингли балғамнинг ажралиши («оғиз тўлиб»);
- қон туфлаш;
- кўкрак қафасидаги қаттиқ оғрик;
- юқори тана ҳарорати >38,5°C ёки 3 кундан ортиқ барқарор иситма;
- локал симптоматика (чегараланган қисмда бронхиал нафас, инспиратор крепитация ва майда пуфакли нам хириллашлар, перкутор товуш қисқариши);
- НЧЧТнинг оғир даражада пасайиши, ёки ўтказиладиган даволашга қарамасдан НЧЧТ пасайишининг сақланиб қолиши;
- тана массасини пасайиши;
- оғир ҳамроҳ касалликларнинг бўлиши;
- анамнезида сил билан касалланганлиги.



## КТМПда пульмонолог томонидан беморларни олиб бориш

### КТМПда ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар)

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Грам бўйича балғам суртмасини бўйаш (кўрсатма бўйича).
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси.
- Ташқи нафас функциясини текшириш.
- Пульсоксиметрия.
- ЭКГ.

### Стационар даволанишга кўрсатма

- клиник кўринишларнинг кучайиши (масалан, тинч ҳолатда тўсатдан пайдо бўлувчи хансираш);
- нафас етишмовчилиги оғирлик даражасини намоён қилувчи янги симптомларнинг пайдо бўлиши (цианоз, хансирашнинг кучайиши);
- даволаш фонида бемор аҳволининг ёмонлашуви;
- оғир ҳамроҳ касалликлар;
- кўшимча соматик ҳолатга эга кексалар;
- уй шароитида даволашнинг иложи йўқлиги.

## ТМШ терапия бўлимларида беморларни олиб бориш

### ТМШ терапия бўлимларида даволаш принциплари

1. Беморни ўқитиш.
2. Беморга стационарда ётган вақтида чекишни тақиқлаш.
3. Медикаментоз даволаш.

*Антибактериал препаратлар.* Комбинациялашган пенициллинлар ва бета-лактамингибиторлари: амоксициллин/клавуланат 625 мг ичишга ҳар 8 соатда ёки 1000 мг 2 марта суткага (в/и 1,2 г 3 марта суткасига) 7 кун; фторхинолонлар: левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасига, моксифлоксацин 400 мг ичишга 1 марта суткасига 5-7 кун, балким фторхинолонларни биринчи 3 кунликда в/и, кейинчалик перорал қабулга ўтказилади; I ва II қатор цефалоспоринлар: цефазолин 1 г м/о ёки в/и 2 марта суткасига, цефуроксим 750 мг м/о ёки в/и 3 марта суткасига ёки 250–500 мг ичишга 2 марта суткасига 7 кун.

*Муколитик препаратлар:*

- Амброксол гидрохлорид. Катталар учун: 1 таблетка (30 мг) 2-3 марта кунига, ёки эритмаси ичишга овқат билан бирга 10 мл дан 3 марта кунига 3 кун давомида, кейин 5 мл дан 3 марта кунига, ёки ингальяцияда 2-3 мл дан 1-2 марта кунига. Давомийлиги 14 кунгача.

- N-ацетилцистеин. Катталар учун: ичишга 200 мг дан 3 марта кунига таблетка ҳолатида (таблетка ½ стакан сувга эритилади), овқатдан кейин қабул қилинади, 8-10 кун.

Обструктив синдром бўлганда *бронхолитик препаратлар* ишлатилади: ипратропия бромид (ДАИ) 20-40 мкг (1-2 доза) ёки сальбутамол (ДАИ) 100мкг (1-2 доза).

Тана ҳарорати кўтарилганда, *ностероид яллиғланишга қарши препаратлар* ишлатилади: парацетамол ёки ибупрофен, ёки ацетилсалицил кислотаси.

**Оқибати.** Тўлиқ тузалиш нуқтаи назаридан касаллик оқибати салбий.

СБ асоратланган ҳолларда касаллик оқибати унинг асоратлари хусусиятларига боғлиқ бўлади ва бу бошқа касалликлар тоифасига киради.

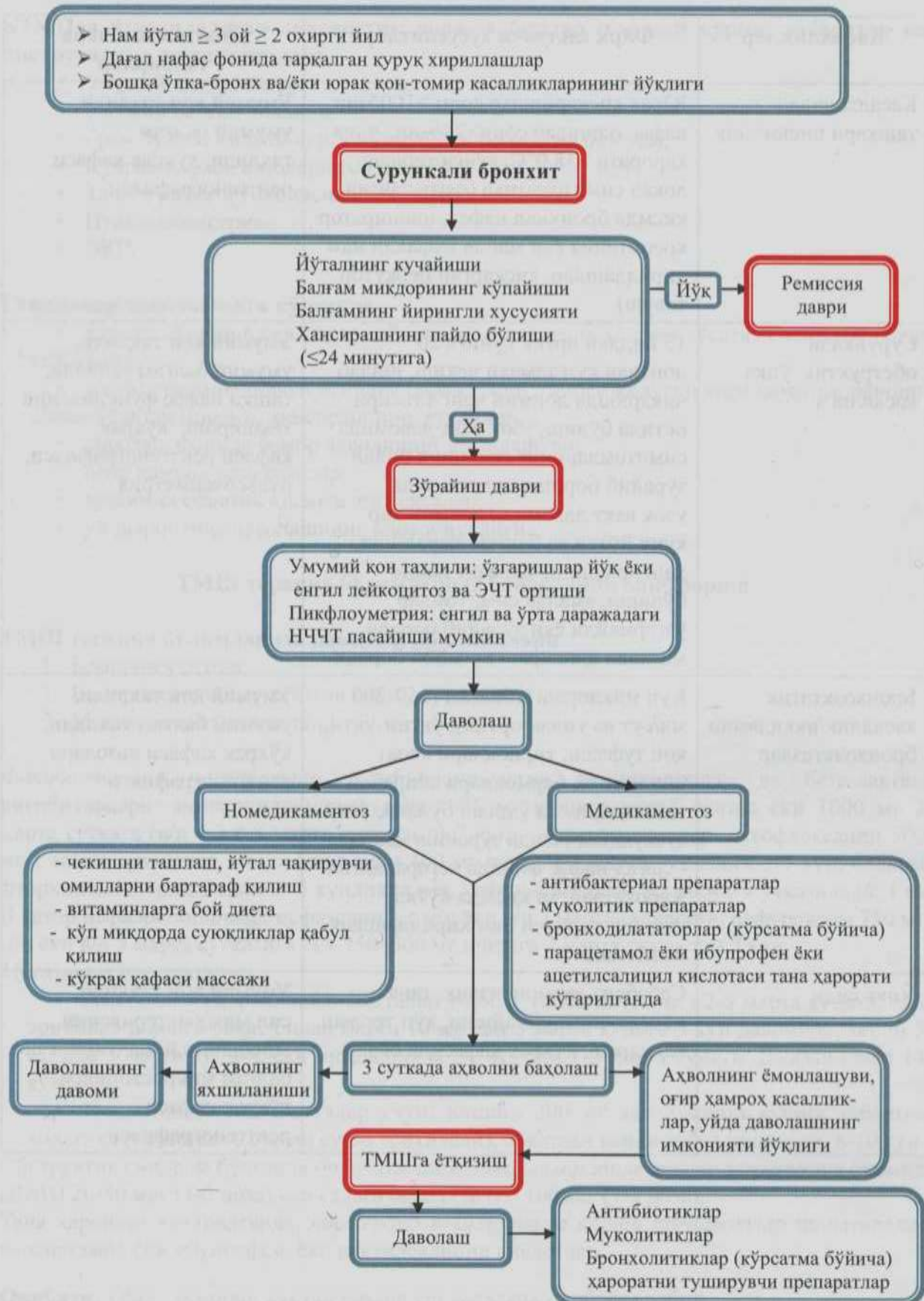
**Диспансеризация 3-иловада келтирилган.**

**СБ билан дифференциал ташхислаш ўтказишни талаб қиладиган касалликлар**

<b>Касалликлар</b>	<b>Фарқ қилувчи хусусиятлари</b>	<b>Диагностик чора тадбирлар</b>
Касалхонадан ташқари пневмония	Юрак қисқаришлар сони >100/мин., нафас олишлар сони >24/мин., тана ҳарорати >38,0°C, тунги терлаш, локал симптоматика (чегараланган қисмда бронхиал нафас, инспиратор крепитация ёки майда пуфакли нам хириллашлар, қисқарган перкутор товуш)	Умумий қон таҳлили, умумий балғам таҳлили, кўкрак қафаси рентгенографияси
Сурункали обструктив ўпка касаллиги	15 йилдан ортиқ кунига 20 донадан кўп тамаки чекиш, ишлаб чиқаришда доимий чанг таъсири остида бўлиш, узок вақт давомида симптомларнинг секинлик билан зўрайиб бориши, анамнезида узок вақт давомида доимий ҳар куни йўтал ва балғам ажралиши, ҳансирашнинг барвақт пайдо бўлиши, амалда симптомлар ўзгармайди ёки зўрайиб боради, масалан ҳансираш кучайиб боради	Умумий қон таҳлили, умумий балғам таҳлили, ташқи нафас функциясини текшириш, кўкрак қафаси рентгенографияси, пульсоксиметрия
Бронхоэктатик касаллик/иккиламчи бронхоэктазлар	Кўп микдордаги балғам (150-200 мл/сут ва ундан ортиқ), ўқтин-ўқтин қон туфлаш, тирноқлари «соат ойнаси» га, бармоқлари «барабан таёкчалари» га ўхшаш бўлади, ўпка аускультациясида зўрайиш даврида – дағал нафас фониде чегараланган жароҳатланган қисмда йўтал, кейин ўзгарувчи нам хириллашлар эшитилади	Умумий қон таҳлили, умумий балғам таҳлили, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси
Ўпка сили	Сабабсиз дармонсизлик, тана массасининг камайиши, кўп терлаш, калтираш, кўкрак қафасида оғриқ	Умумий қон таҳлили, сил микобактериясини аниқлашга йўналтирилган балғам микроскопияси, кўкрак қафаси рентгенографияси



## Сурункали бронхит беморлари ташхисланиши ва олиб бориш алгоритми



## ЎПКА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСЛАНИШИ, ДАВОЛАНИШИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

### ХКТ-10:

**J44.0** Сурункали обструктив ўпка касаллиги пастки нафас йўллари ўткир респиратор инфекцияси билан.

**J44.1** Сурункали обструктив ўпка касаллиги аниқланмаган зўрайиш даври.

**J44.8** Бошқа аниқланган сурункали обструктив ўпка касаллиги.

**J44.9** Сурункали обструктив ўпка касаллиги аниқланмаган.

*Эслатма: J40–43 шифрлари – ЎСОКга тааллуқли эмас; J44.8 ва J44.9 шифрларини ЎСОКнинг оғир кечиларига шилатиши тавсия қилинади.*

**Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги** – сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, ҳар хил экологик омиллар агрессияси таъсирида вужудга келади, булардан энг асосийси чекишдир. Касаллик асосан пастки нафас йўллари дистал бўлимлари ва ўпка тўқимасининг жароҳатланиши билан кечиб, ўпка эмфиземасининг ривожланишига олиб келади, шунингдек қисман қайтар ва қайтмас чегараланган ҳаво оқими тезлиги ва индуцирланган яллиғланиш реакцияси билан ифодаланади, бу яллиғланиш бронхиал астмадаги яллиғланишдан фарқ қилиб, касаллик оғирлик даражасидан қатъий назар доимо мавжуд бўлади.

Касаллик йўтал, балғам ажралиши ва зўрайиб борувчи ҳансираш билан намоён бўлиб, сурункали нафас етишмовчилиги ва ўпка-юрак ривожланишига олиб келади.

Ҳозирги қарашлар, ЎСОКни олдини олиш, етарлича мувофақиятли даволаш мумкинлигини ва шунингдек касалликнинг оғирлик даражаси ва оқибати унинг асоратлари ва тизим кўринишларига боғлиқлигини тахмин қилади.

**Эпидемиологияси.** Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ЖССТ баҳолашига асосан дунё бўйича ҳозирги вақтда 210 миллион инсонларда учрайди. ЖССТ берган маълумотларига кўра ЎСОК тарқалиши эркаклар орасида 9,34:1000, аёллар орасида 7,33:1000 ташкил этади. Касалларнинг кўпчилигини 40 ёшдан ўтган инсонлар ташкил қилади. 40 ёшдан ўтган шахсларда ЎСОКдан касалланишнинг кўпайиш тенденцияси кузатилади: бу кўрсаткич фақат 1990 йилдан 1999 йилгача эркакларда 25% ва аёлларда 69% кўпайди. Фақат 25% ҳоллардагина ўз вақтида ташхис қўйилади (*Европа респираторлар жамиятининг маълумоти*). Россияда 1 млн. яқин ЎСОК билан касалланган беморлар бор (*РФ ССВнинг расмий маълумотларига кўра*), аммо ҳақиқатда уларнинг сони 11 млн. дан ортиқ бўлиши мумкин (*эпидемиологик текширишлар маълумотларига кўра*). ЎСОК артериал гипертония, юрак ишемик касаллиги ва қандли диабет каторида сурункали касалликлар орасида етакчи гуруҳни эгаллайди, улар одам патологиясининг ҳамма бошқа шакллари орасида 30% ташкил этади (WHO, 2010). ЖССТ экспертлари прогнозига кўра, ўпканинг сурункали касалликлари нафақат одам патологиясининг энг кенг тарқалган шакллари бўлиб қолмай, балки ўлим сабаблари орасида ҳам юқори ўринларни эгаллайди. (2020 йилдаги тахмин қилинаётган 68,3 миллион ўлим ҳолатларидан 11,9 миллиони ўпка касалликлари билан боғлиқ бўлади). ЎСОК дунёда ўлимнинг асосий сабаблари орасида 6-ўринни эгаллайди, Европанинг ривожланган мамлакатларида 5-ўринни, АҚШда 4-ўринни эгаллайди.

Ўзбекистонда 2012 йилда катталар орасидаги аҳолида сурункали аниқланмаган бронхит, эмфиземадан касалланиш 100 минг аҳолига 779,5 ташкил этди. Умумий олганда бу касаллик бўйича Республика кўрсаткичидан Навоий вилоятида 1,3 марта (100 минг аҳолига 1008,6), Сирдарё вилоятида 1,5 марта (100 минг аҳолига 1168,62), Тошкент шаҳрида (100 минг аҳолига 1237,14), Жизах вилоятида (100 минг аҳолига 1247,67) 1,6 марта ва Қорақалпоғистон Республикасида 2,6 марта (100 минг аҳолига 2003,10) кўп учрайди.

Ўтказилган миллий текширишлар шуни кўрсатдики «СБ, эмфизема, пневмосклероз» ташхиси қўйилган беморлар орасида ЎСОК 30,5% ташкил этади. ЎСОК диагнозини қўйишда



асосий этиборни кардиолог назоратида турган беморларга бериш лозим, чунки улар орасида ҳам бирламчи ЎСОК 47,5% ҳолларда ҳамроҳ касаллик сифатида топилган. Европа маълумотлар базасида «Соғлик ҳамма учун» ЖССТ/ЕРЖ (2003) ЎСОКнинг тарқалиши Ўзбекистонда 100 минг аҳолига 1-1,5 ташкил қилади. Бу кўрсаткич BOLD бутун жаҳон маълумотларига нисбатан 10 марта кам. Булар орасидаги катта фарқнинг асосий сабаблари ЎСОК ташхисланишининг пастлиги ва беморларнинг тўғри рўйхатга олинмаслиги.

### ҚВП/ОП шароитида ЎСОК беморларини олиб бориш

#### Кимга ЎСОКни тахмин қилиш мумкин

Умумий амалиёт врачлари учун ЎСОКни аниқлаш бўйича сўровнома (Chronic Airways Diseases A Guide for Primary Care Physicians, 2005) беморнинг жавобларини сонли хусусиятларга ўтказиб уларни тахмин қилинган ЎСОК диагнози орасидаги боғлиқлигини аниқлайди.

#### Сўровнома

№	Саволлар	Жавоб вариантлари	Баллар
1.	Сизнинг ёшингиз	40-49 50-59 60-69 70 ва ундан катта	0 4 8 10
2.	Ҳар куни сиз нечта тамаки чекасиз? (Агар сиз чекишни ташлаган бўлсангиз, унда сиз бир кунда нечта тамаки чеккансиз?) Сиз умумий неча йил чекасиз? Пачка - кунига= тамакини сони/20 Пачка-йилига= пачка-кунига х чекиш стажи 20	0-14 пачка-йилига 15-24пачка-йилига 25-49 пачка-йилига 50 ва ундан ортик	0 2 3 7
3.	Сизнинг оғирлигингиз (кг)? Сизнинг бўйингиз (метр)? ТВИ= оғирлик (кг) / (бўйи метр <sup>2</sup> )	<25,4 25,4-29,7 >29,7	6 1 0
4.	Ёмон об-ҳаво Сизга йўтал чақирадими?	Ҳа Йўқ Йўтал йўқ	3 0 0
5.	Шамоллаш бўлмаганда сизни йўтал ва балғам ажралиши безовта қиладими?	Ҳа Йўқ	3 0
6.	Эрталаблари сизни йўтал ва балғам ажралиши безовта қиладими?	Ҳа Йўқ	3 0
7.	Қандай тез-тез Сизни ҳансираш безовта қилади?	Ҳеч қачон Баъзан ёки ҳар доим	0 4
8	Сизда аллергия борми ёки илгари бўлганми?	Ҳа Йўқ	0 3

*Хулоса: 17 ва ундан ортиқ баллар тўпланиши ЎСОК эҳтимоллигини билдиради (ЎСОК таъхисланиши бўйича қўлланма (федерал қўлланма), 2004); 16 ва ундан паст баллар тўпланганда бошқа касалликларни кўриб чиқинг, шу жумладан бронхиал астмани ёки мутахассисга (пульмонологга) юборинг.*

ЎСОК таъхисланиши куйидаги маълумотлар йиғиндиси тўпланганда амалга оширилади: хавфли омилларнинг бўлиши, клиник белгиларнинг намоён бўлиши, уларнинг энг асосийси йўтал ва экспиратор ҳансираш, шунингдек ТНФни текширишда бронхиал ўтказувчанликни бузилишлари мавжуд бўлган ҳолатлар (ЖНЧХ1 пасайиши).

### Диагноз клиник мезонлари

- **Йўтал** (сурункали) – хусусан барвақт симптом бўлиб, ҳаётнинг 40-50 йилларида намоён бўлади. Шу вақтларда совуқ мавсумда респиратор инфекциялар ҳам келиб чиқади ва бошланишида на врач, на бемор бирон-бир касаллик билан боғлолмайди. Йўтал ҳар куни бўлади, ёки сурункали ҳолатга ўтади. Айниқса кундузи, баъзида тунда ҳам кузатилади.

- **Балғам** – айниқса эрталаб унча кўп бўлмаган миқдорда ажралади (баъзан > 50 мл/сут) ва шиллиқ сифатида бўлади. Балғамнинг йирингли хусусияти ва унинг миқдорининг ортиши – касаллик зўрайишидан дарак беради. Айниқса балғамда қоннинг пайдо бўлиши алоҳида эътибор талаб қилади, чунки бу ҳолат йўталнинг бошқа сабабларини излашга асос бўлади (ўпка раки, туберкулез, ва бронхоэктазлар), гарчи ЎСОКда ҳам қаттиқ йўтал туфайли балғамда қон бўлиши мумкин.

- **Ҳансираш** – ЎСОКнинг асосий белгиси бўлиб, беморларнинг асосий қисмининг врачга мурожаат қилишининг сабабчисидир. Жисмоний зўриқишда ҳансирашнинг сезилиши йўтал бошланганидан 10 йилдан сўнг пайдо бўлади (камдан-кам ҳолларда ҳансираш касалликнинг бошланишида пайдо бўлади). ЎСОКда ҳансираш кучайиши (доимий кучайиши), доимийлик (ҳар куни), жисмоний зўриқишда кучайиш, респиратор инфекцияларда зўрайиш билан характерланади. Ҳансираш беморлар томонидан ҳар хил тушунтирилади: «нафас олишда зўриқишни кучайиши», «нафас қисиши», «хаво етишмаслиги».

Британия тиббий текширув кенгаши томонидан ишлаб чиқарилган алгоритм ёрдамида ҳансираш даражасини баҳолаш мумкин (MRC).

### Ҳансирашни MRC бўйича баҳолаш шкаласи

Баллар	Оғирлик даражаси	Ҳансираш оғирлик даражасининг жисмоний фаоллик билан боғлиқлиги
0	Ҳансираш йўқ	Ҳансираш фақат кучли жисмоний зўриқишда юзага келади
1	Енгил	Ҳансираш тез ҳаракат қилганда ва зинадан ёки баландликга кўтарилганда пайдо бўлади
2	Ўрта оғирлик даражаси	Ҳансираш туфайли беморлар ўзлари тенгқурларига нисбатан секин ҳаракат қилади ёки одатдаги ҳаракатда ҳам вақт-вақти билан тўхтаб дам олиб ҳаракат қилади
3	Оғир	Ҳар 100 метрда ёки бир неча минут тўғри йўлдан юрганида ҳам дам олиш учун тўхтайти
4	Ўта оғир	Ҳансираш ювинганда, кийинганда ва ечинганда, шунингдек бошқа маиший фаолликларда ҳам юзага келади. Ҳансираш туфайли беморлар уйдан чиқишмайди



**Беморнинг умумий кўриги.** Беморнинг ташки киффаси, уни ўзини тутиши, нафас тизимининг унинг гапиришига, хонада ҳаракат қилишига таъсирига қараб баҳоланади. Агар лаблар «трубка» га ўхшаб йиғилган бўлса бу ЎСОК оғир кечишининг белгисидир. Терининг ранги гипоксия, гиперкапния ва эритроцитоз комбинациясида баҳоланади. Марказий кулранг цианоз гипоксия борлигидан далолат беради. Шу вақтнинг ўзида акроцианознинг бўлиши эса юрак етишмовчилиги борлигидан дарак беради.

**Кўкрак қафасининг умумий кўриги:** унинг шакли (деформацияси, «бочкасимон»), нафас олганда кам ҳаракатланаётганлиги, нафас олганда пастки ковургалар аро масофанинг кенгайиши (Хувер белгиси)) ва нафас актида ёрдамчи кўкрак ва корин мушакларининг кўшилиши, ҳамда кўкрак қафаси пастки қисмларининг ҳаддан ташқари кенгайиши ЎСОК оғир кечиши белгисидир.

**Физикал текшириш.** Бошланғич босқичларда объектив симптомлар бўлмаслиги мумкин. Дағал ёки пасайган везикуляр нафас билан диафрагманинг паст жойлашиши комбинацияси эмфиземанинг белгисидир. Жадал нафас чиқарганда кучайиб борувчи курук хуштаксимон хириллашларнинг узайтирилган нафас чиқариш билан бирга келиши обструкция синдроми борлигини намоён қилади. Қутичасимон перкуртор товуш ва ўпканинг пастки чегараларининг тушиши - эмфизема белгиси.

### **Текшириш усуллари**

#### **Бажарилиши шарт бўлган инструментал текшириш усуллари**

- Спирометрия, ташхисни қўйиш учун ва даволаш самарадорлигини назорат қилиш учун ўтказилади. 1 секундда жадал нафас чиқариш ҳажми (ЖНЧХ1) ва Тиффно индекси (ЖНЧХ1/ЖУТС) (имкониятга қараб) аниқланади. Агар спирометрия қилиш имконияти бўлмаса ЖНЧХ1 аниқлаш ўрнига пикфлоуметр орқали нафас чиқариш чўққи тезлиги (НЧЧТ) аниқланади. ЖНЧХ1 бронхиал ўтказувчанлик ҳолати ва унинг ўзгарувчанлигини назорат қилиш имкониятини беради. Ўтказилган даволарга қарамасдан, камида бир йилда 3 марта бронхиал обструкция қайд қилинса бу бронхиал обструкция сурункали деб ҳисобланади.

- Пикфлоуметрия – нафас чиқариш чўққи тезлигини ўлчаш (НЧЧТ). *Қўлланилиши ва бажарилиши техникаси 1- шловада келтирилган.*

- Бронходилатацион тест – дифференциал ташхислаш мақсадида ишлатилади. Пикфлоуметрияда сальбутамолнинг (киска таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонист) 2-4 ингальяциясидан 30 минут ўтгандан кейин НЧЧТ дастлабки кўрсаткичдан 20% дан кам ошса (60л/мин) бу ҳолат манфий бронходилатацион тест деб баҳоланади ва қайтмас бронхиал обструкция қайд қилинади, бу ҳолат ЎСОК жуда хос хусусиятдир. Ҳисоблаш формуласи: (НЧЧТ ингальяциядан кейин – НЧЧТ ингальяциядан олдин)/ НЧЧТ ингальяциядан олдин x 100%.

### **Лаборатор текшириш усуллари**

**Бактериоскопия.** Сил микобактериясини аниқлашга йўналтирилган балғам бактериоскопияси 3 марта ўтказилади.

**Қоннинг клиник таҳлили.** ЎСОК барқарор кечганида лейкоцитлар миқдори жиддий ўзгармайди. Нейтрофилли лейкоцитоз таёкчаядерли силжиш билан бирга келиши ва ЭЧТ ортиши - касаллик зўрайиши даври белгисидир. Гипоксия ривожланиши билан полицитемик синдром ривожланади (эритроцитлар миқдорининг ортиши, гемоглобин миқдорининг ортиши, ЭЧТ пасайиши, гематокритнинг кўтарилиши > 47% аёлларда ва > 52% эркекларда, қон ёпишқоклигининг кучайиши). Анемиянинг аниқланиши ҳансирашнинг сабаби ёки унинг кучайиш омили бўлиши мумкин.

## Диагноз мезонлари

- Респиратор симптоматикаси (доимий хансираш, сурункали йўтал, сурункали балғам ажралиши).
- Анамнезида узок вақт давомида чекиш, узок вақт ингаляцион чанг поллютантлари билан нафас олиш.
- Нафас чиқариш чўққиси тезлиги (НЧЧТ) кўрсаткичи 80%дан (зарур бўлгандан) кам бўлса ва қисқа таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар ингаляциясидан 15-20 минут ўтгандан кейин НЧЧТ кўрсаткичи 15%дан кам бўлса.
- Касалликнинг бошланғич босқичларида объектив маълумотлар бўлмаслиги мумкин: перкутор кутичасимон товуш; аускультацияда дағал нафас узайган нафас чиқариш билан бирга; курук хуштаксимон хириллашлар ёки пасайган везикуляр нафас.
- Лейкоцитоз ва ЭЧТнинг ортиши (яллиғланиш жараёни фаоллигида); полицитемик синдром (эритроцитлар сонининг ортиши, гемоглобин миқдорининг юқори бўлиши, ЭЧТ пасайиши, гематокритнинг кўтарилиши).

ЎСОК беморлари саломатлиги ҳолатини ва унинг беморлар ҳаётига таъсирини ишончли баҳолаш сўровномаси – САТ-тести бирламчи тиббиёт бўғинларида ишловчи врачлар томонидан касаллик оғирлик даражасини олдиндан баҳолашда муваффақиятли ишлатилиши мумкин.

### ЎСОК беморларининг саломатлиги ҳолатини ва унинг беморлар ҳаётига таъсирини баҳолаш

Мен ҳеч қачон йўталмайман	00	11	22	33	44	55	Мен доимо йўталаман
Менинг ўпкамда балғам (шиллик) йўқ	00	11	22	33	44	55	Менинг ўпкам балғам (шиллик) билан тўлиб қолган
Менинг кўкрак қафасимда оғирлик ҳисси йўқ	00	11	22	33	44	55	Менинг кўкрак қафасимда кучли оғирлик ҳисси бор
Мен тоққа чиққанимда, ёки I қават зинадан кўтарилганимда хансираш пайдо бўлмайди	00	11	22	33	44	55	Мен тоққа чиққанимда, ёки I қават зинадан кўтарилганимда кучли хансираш пайдо бўлади
Менинг ҳар кунги уй ичидаги фаолиятим чегараланмаган	00	11	22	33	44	55	Менинг ҳар кунги уй ичидаги фаолиятим чегараланган



Ўпкамда касаллик борлигига қарамасдан, уйдан чиққанда мен ўзимни дадил ҳис қиламан.	00	11	22	33	44	55	Мен ўпкамдаги касаллик туфайли уйдан чиққанимда ўзимни ҳеч қачон дадил ҳис қилмайман
Мен жуда яхши ётаман	00	11	22	33	44	55	Менинг ўпкамдаги касаллик туфайли мен ёмон ухлайман
Менда кўп энергия бор	00	11	22	33	44	55	Менда умуман энергия йўқ

*Ҳар бир пункт бўйича ҳозирги вақтдаги Сизнинг аҳволингизни тўғри тасвирловчи квадратга белги (X) қўйинг. Ҳар бир саволга фақат битта тўғри жавоб берганингизга ишонч ҳосил қилинг.*

Тест натижалари врачлар томонидан баҳоланади: 0 баллдан 10 баллгача – ЎСОК беморлар ҳаётига жуда кам таъсир ўтказади; 11 баллдан 20 баллгача – ЎСОК беморлар ҳаётига кам таъсир ўтказади; 21 баллдан 30 баллгача – ЎСОК беморлар ҳаётига қаттиқ таъсир ўтказади; 31 баллдан 40 баллгача – ЎСОК беморлар ҳаётига ҳаддан ташқари қаттиқ таъсир ўтказади. **ЎСОК** – мустақил нозологик форма бўлиб, маълум босқичларга (стадияларга) эга, ҳар бир босқичнинг клиник, функционал ва морфологик хусусиятлари мавжуд.

### **ЎСОК оғирлик даражаси бўйича классификацияси**

<b>Босқич</b>	<b>Характеристика</b>
I босқич ЎСОК (енгил кечиши)	Сурункали йўтал ва балғам ажралиши мумкин, аммо ҳар доим эмас. Бу босқичда беморлар нафас функциясини пасайганлигини билмаслиги мумкин. ЖНЧХ1/ЖУТС<
II босқич ЎСОК (ўрта-оғир кечиши)	Бронхиал ўтказувчанликни пасайиши билан намоён бўлади. Бу босқичда беморлар тиббий ёрдамга сурункали респиратор симптомларнинг кузатилиши ва ҳансирашнинг безовта қилиши бўйича мурожаат қилади. Жисмоний зўриқишда ҳансираш кучаяди. ЖНЧХ1/ЖУТС<
III босқич ЎСОК (оғир кечиши)	Бронхиал ўтказувчанлик пасайишининг давом этиши. Ҳансираш кучайиб боради, жисмоний фаолият чегараланади. Зўрайиш даврининг қайталаниши ва давомийлиги кўпаяди, бу эса беморларнинг ҳаёт тарзига таъсир ўтказади. ЖНЧХ1/ЖУТС<
IV босқич ЎСОК (ўта оғир кечиши)	Бронхиал обструкция ва нафас етишмовчилиги белгилари билан характерланади. Бу босқичда беморларнинг ҳаёт тарзи жуда ёмонлашади ва касалликнинг зўрайиши уларнинг ҳаётига хавф солади. Касаллик жуда тез ногиронликка олиб келади. ЖНЧХ1/ЖУТС<

Эслатма:

1. Агар спирометрия ўтказиши имконияти бўлмаса, ЖНЧХ1 ўрнига пикфлоуметрия орқали НЧЧТ аниқлаш билан ҳам ҳолатни баҳоласа бўлади.

2. ЖНЧХ1 ва НЧЧТнинг бронходилатацион тестдан кейинги кўрсаткичлари баҳоланади.

**Умумий амалиёт врачлари бемор аҳолини қуйидагиларга қараб баҳолаши мумкин:** САТ-тести маълумотлари; MRC бўйича ҳансирашни баҳолаш; бронходилатацион тестдан кейинги НЧЧТ кўрсаткичлари ва зўрайишнинг учраши.

- «**наст хавф**», «**кам симптомлар**»: НЧЧТ  $\geq 50\%$  ва/ёки касалликнинг зўрайиш даври йилига бир мартагача, САТ-тести натижаси  $<10$  балл ва/ёки MRC  $\geq 2$  баллгача;
- «**наст хавф**», «**кўп симптомлар**»: НЧЧТ  $\geq 50\%$  ва/ёки касалликнинг зўрайиш даври йилига бир мартагача, САТ-тести натижаси  $\geq 10$  балл ва/ёки MRC  $\geq 2$  балл;
- «**юқори хавф**», «**кам симптомлар**»: НЧЧТ  $<50\%$  ва/ёки касалликнинг зўрайиш даври йилига 2 мартадан кўп, САТ-тести натижаси  $<10$  балл ва/ёки MRC  $\geq 2$  баллгача;
- «**юқори хавф**», «**кўп симптомлар**»: НЧЧТ  $<50\%$  ва/ёки касалликнинг зўрайиш даври йилига 2 мартадан кўп, САТ-тести натижаси  $\geq 10$  балл ва/ёки MRC  $\geq 2$  балл.

### **ҚВП шартлида даволаш принциплари**

ЎСОК даволаш – бу узоқ ва асосан умрбод давом этадиган жараён. Даволаш аксарият ҳолларда амбулатор шароитда ўтказилади.

### **Даволашнинг асосий компонентлари:**

1. Беморларни ўқитиш.
2. Хавфли омилларни бартараф этиш (чекишни ташлаш).
3. Фармакотерапия:
  - Бронхолитик препаратлар.
  - Ингаляцион глюкокортикоидлар.
  - Муколитик препаратлар.
  - Антибактериал препаратлар (инфекцион агент мавжуд бўлганда).
  - Давомли оксигенотерапия (кўрсатма бўйича).

**Стабил кечувчи (зўрайиш даври бўлмаганда) ЎСОКни амбулатор шароитда даволаш**  
ЎСОК базисли давосини бронхолитиклар таъминлайди, уларни яхшиси ингаляцияда спейсерли дозаланган аэрозолли ингаляторлар ёки небулайзерлар (асосан оғир обструкцияли беморларда) орқали қабул қилиш лозим.

• ЎСОК энгил кечишида (НЧЧТ  $\geq 80\%$ , САТ тести натижаси  $<10$  балл, MRS  $\geq 2$  баллгача): ипратропия бромид (ДАИ) 20-40 мкг (1-2 дозадан) заруратга қараб (ситуацион) ёки сальбутамол (ДАИ) 100 мкг (1-2 дозадан) заруратга қараб (ситуацион).

• ЎСОК ўрта оғир кечишида (ПСВ  $\geq 50\%$ , САТ –тести натижаси  $<10$  балл, MRS  $\geq 2$  баллгача): ипратропия бромид (ДАИ) 20-40 мкг (2 дозадан) 4 марта суткасига + сальбутамол (ДАИ) 100 мкг (2 дозадан) 4 марта суткасига заруратга қараб ёки ипратропия бромид /фенотерол (ДАИ) 21 мкг/50 мкг бир дозасида (2 дозадан) 4 марта суткасига узоқ вақт мунтазам равишда. Агар симптомлар сақланиб қолса бир ва ундан ортиқ узоқ таъсир кўрсатувчи бронходилататорлар қўшилади: тиотропия бромид (капсулада - ингаляция учун порошок) 18 мкг 1 марта суткасига, ёки сальметерол, ёки формотерол.

• ЎСОК оғир кечишида (НЧЧТ  $< 50\%$ , САТ-тести натижаси  $\geq 10$  балл, MRS  $\geq 2$  баллдан ортиқ): мунтазам равишда узоқ таъсир кўрсатувчи бронходилататорларни ишлатиш - тиотропия бромид 18 мкг 1 марта суткасига, узоқ вақт давомида, ёки сальметерол, ёки формотерол + ипратропия бромид (ДАИ) 2-4 дозадан 4 марта суткасига ва/ёки сальбутамол (ДАИ) 2 дозадан 4 марта суткасига заруратга қараб + узоқ таъсир қилувчи теofilлинлар суткасига 400-600 мг ичишга + ингаляцион глюкокортикоидлар беклометазон 500-1000 мкг/суткасига.



## **ЎСОК стабил кечишини даволаш самарадорлик мезонлари**

1. Беморлар ҳаёт тарзининг яхшиланиши (САТ – тест натижаларининг 10 баллгача бўлиши ёки САТ тест бўйича касалликнинг беморларга таъсирининг пасайиши).
2. Касаллик кучайишининг секинлашуви (ҳансирашнинг пасайиши ёки сакланиб қолиши MRS бўйича 2 баллгача).
3. НЧЧТнинг ҳар йилга камайиш даражасининг пасайиши (ўртача йилига 60 мл).
4. Беморда яхши даражадаги меҳнат қилиш қобилиятининг бўлиши (меҳнат қилиш қобилиятининг 10-40%га пасайиши) ёки меҳнат қилиш қобилиятининг кўтарилиши.

**СОУК зўрайиш даври** – бу ўткир ҳолат бўлиб, симптомларинг кучайиши ва функционал бузилишлар, ҳамда бемор аҳволининг ёмонлашуви билан намоён бўлади ва ҳар кунги одатий ўзгаришлардан фарқ қилиб даволаш тактикасини ўзгартиришга олиб келади. Зўрайиш даври аста-секин ёки тўсатдан ривожланиши мумкин, шунингдек нафас ва ўнг қоринча етишмовчилигига олиб келади.

### **Зўрайиш даврининг асосий белгилари:**

- хансирашнинг кучайиши;
- балғам миқдорининг кўпайиши;
- йирингли балғам ажралиши.

### **Зўрайиш даврининг қўшимча белгилари**

- охириги 5 кун давомида юқори нафас йўллари инфекцияси;
- бошқа аниқ сабаблари бўлмаган иситма;
- курук хуштаксимон хирилашларнинг кучайиши;
- йўталнинг кучайиши;
- нафас олиш сонининг стабил ҳолатдагига қараганда 20%га ортиши;
- юрак қисқаришлар сонининг стабил ҳолатдагига қараганда 20%га ортиши.

ЎСОК зўрайиш даврини ҳам амбулатор (оғир бўлмаган ҳолларда), ҳам стационар шароитида даволаш мумкин.

### **ЎСОК зўрайиш даврини амбулатор шароитда даволаш**

**Бронхолитиклар.** Дозасини ва/ёки қабул сонини кўпайтириш ипратропия бромид 20-40 мкг (2 дозадан) 3-4 марта суткасига ёки тиотропия бромид ингаляциясига ўтиш 18 мкг 1 марта суткасига; заруратга қараб (ситуацион): ипратропия бромид /фенотерол / (ДАИ) 20 мкг/50 мкг бир дозасида (2 дозадан) ёки небулайзер терапия учун эритмаси. Ингаляцион терапия самарадорлиги етарли бўлмаган ҳолларда иккинчи катор дори воситалари сифатида теофиллинлар тавсия қилинади (эуфиллин 2,4% - 10 мл вена ичига секин юборилади; ёки узок таъсир қилувчи теофиллинлар ичишга 200-400 мг суткасига берилади).

#### **1. Антибактериал терапия**

- **ЎСОКнинг оддий зўрайиш даврида (асоратланмаган) – ёш 65, ЖНЧХ1/НЧТ >50%.** Антибактериал терапия 5 кун давомида берилади: **асосий препарат** - бета-лактамлар: амоксицилин 0,5-1,0 г ичишга ҳар 8 соатда ёки макролидлар (азитромицин 0,5 г 1 марта суткасига ёки кларитромицин 0,5 г ҳар 12 соатда (3-5 кун) ёки доксициклин 0,2 г 1 марта суткасига, ичишга 5 кун); **альтернатив препаратлар (кўрсатилганлардан биттаси)** – ичишга амоксициллин/клавулон кислотаси 0,625 г ҳар 8 соатда ёки 1000 мг 2 марта суткасига; левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасига; моксифлоксацин 400 мг 1 марта суткасига ( $\beta$ -лактамлар ва макролидлардан самара бўлмаганда ёки уларга аллергия бўлганда).



- **Хавфли омиллар мавжуд ЎСОК зўрайиш даврининг асоратланган ҳолатлари** - ёш >65, ЖНЧХ1/НЧЧТ <50%. Антибактериал терапия 7-10 кун давом этади. Антибактериал терапиянинг самарасизлик хавфи мавжуд ЎСОК беморларга (охирги 12 ой давомида 4 ва ундан ортик зўрайиш даври; оғир ҳамроҳ касалликларнинг бўлиши: юрак етишмовчилиги, қандли диабет, буйрак ва жигар етишмовчилиги; охирги 3 ойда ГКС қабул қилиш; охирги 12 ой давомида ЎСОК бўйича стационар даволаниш; охирги 15 сутка давомида антибактериал препаратларни қабул қилиш; тана вазнининг индекси  $19 \text{ кг/м}^2$  дан кам ва тана вазни дефицити 15%дан кўп) амоксициллин/клавулон кислотаси 0,625 г ичишга ҳар 8 соатда ёки 1000 мг 2 марта суткасига ёки левофлоксацин 0,5 г 1 марта суткасига ёки моксифлоксацин 0,4 г ичишга 1 марта суткасига ёки 2 қатор цефалоспоринлар - цефуроксим 750 мг ичишга ҳар 12 соатда қабул қилишлари зарур.

**2. Глюкокортикоидлар.** НЧЧТ <50%дан пасайганда преднизолон 30-40 мг/кунига 7-10 кун давомида тавсия қилинади, кейинчалик бир вақтнинг ўзида тўхтатилади.

**3. Муколитик препаратлар фақат ёпишқоқ балғам бўлганда тавсия этилади** (амброксол гидрохлорид 30 мг ичишга 2-3 марта кунига ёки ингаляцияда 2-3 мл 1-2 марта кунига 5-14 кун; N-ацетилцистеин 200 мг 3 марта кунига 8-10 кун).

### **ЎСОК зўрайиш даврининг даволаш самарадорлиги мезонлари**

- Зўрайиш даври белгиларининг бартараф қилиниши.
- Бемор аҳолининг ва клиник кўрсаткичларнинг турғунлашиши.

### **КТМП мутахассисларига юбориш мезонлари**

- Сурункали обструктив ўпка касаллиги диагнози аниқ эмас.
- Қисқа таъсир қилувчи бронходилататорлар дозасини оширишга жавоб бермайдиган ЎСОК оғир зўрайиш даври (тинч ўтирганда ҳансирашнинг бўлиши).
  - Декомпенсациялашган ўпка-юракнинг ривожланиши ёки унинг кучайишига олиб келувчи ЎСОК зўрайиш даври (цианознинг кўшилиши, периферик шиш, бирламчи пайдо бўлувчи юрак аритмиялари) билан намоён бўлиши.
  - Кўшимча диагностик текширишлар ва тор доирадаги мутахассислар маслаҳати ўтказилиши зарур бўлганда, шунингдек пневмококк ва грипп вакцинацияси масаласини ҳал қилиниш талаб этилиши (тўлиқ ташқи нафас функциясини текшириш, кўкрак қафаси рентгенографияси, пульсоксиметрия, юкламали 6 минутлик юриш тести).
  - Беморнинг биринчи мурожаатида ўрта оғир ва оғир ЎСОК аниқланиши: НЧЧТ <50%, САТ – тести натижаси  $\geq 10$  балл, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси ( $\text{SaO}_2$ ) 90%дан паст, гематокрит 55% дан ортик бўлиши.
  - Комбинациялашган препаратлар ёки қисқа таъсир қилувчи бронходилататорларнинг дозасини кўпайтирганда ҳам оғир ҳансирашнинг сақланиши.
  - Касалликнинг тез ривожланувчи кечишда: йилида ЖНЧХ1 60 мл дан кўп пасайиши; нафас етишмовчилигининг ривожланиши, ўпка гипертензияси белгилари ва жисмоний зўриқишга чидамликнинг пасайиши.
  - Беморда НЧЧТ <30%, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси ( $\text{SaO}_2$ ) 90%дан паст, гематокрит 55%дан ортик кўрсаткичлар билан намоён бўлувчи бронхолитик терапияга ёмон жавоб берувчи зўрайиш даврининг йил давомида 2 мартадан кўп кузатилиши.
  - Беморларга йил давомида стационарга ётиш ёки перорал кортикостероидлар тавсия қилишга талаб этилиши.
  - 65 ёшдан ўтган ЎСОК беморлари жиддий ҳамроҳ касалликлар билан бирга келиши ёки тана массаси индекси  $19 \text{ кг/м}^2$  кам ҳамда тана масаси дефицити 15% дан ортик бўлиши.



- Меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиш фоизини аниқлаш.
- Гриппга ва пневмококка қарши эмлаш ўтказиш масаласини ҳал қилиш.

### КТМП шароитида пульмонолог томонидан ЎСОК беморларини олиб бориш

#### КТМП шароитида ўтказиладиган диагностик чора тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар)

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Сил микобактерисини топишга йўналтирилган балғам бактериоскопияси (йилига 1 марта).
- Биринчи мурожаатда кўкрак қафаси рентгенографияси, кейинчалик кўрсатма бўйича, аммо йилида 1 мартадан кам эмас.
- Ташқи нафас функциясини бронходилатацион тестлар орқали текшириш (спирография).
- Пульсоксиметрия: НЧЧТ 50%дан паст бўлган, тинч ўтирганда хансираш кузатиладиган беморлар учун, шунингдек касаликнинг зўрайиш даврида.
- Электрокардиография - НЧЧТ 50%дан паст бўлган беморлар учун, шунингдек ўпка-юрак ва ритм бузилишларининг клиник кўринишлари мавжуд бўлганда.
- Махсус текшириш усуллари ўтказишга кўрсатмаларни аниқлаш учун (фибробронхоскопия, кўкрак қафаси аъзолари компьютер томографияси, қондаги газлар миқдорини аниқлаш, спирографияда броходилатацион тест ўтказиш, юкламали 6 минутлик юриш тести).
- Меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиш фоизини аниқлаш.

Мутахассиснинг даволаш принциплари – амбулатория шароитида даволашнинг самарасизлигини ва касаллик оғирлик даражасини эътиборга олиб, қадамба-қадам даволаш тактикасини аниқлаш.

### ЎСОК фармакологик терапиясининг схемаси (GOLD 2014)

ЎСОК беморлари группаси	Асосий препаратлар	Альтернатив препаратлар	Бошқа препаратлар
ЎСОК енгил ва ўрта оғир кечиши (бронходилатацион тестдан кейин НЧЧТ $\geq 50\%$ ), зўрайиш даври камдан-кам ва симптомлари жуда юкори акс эттирилмаган (группа А)	<u>1-схема:</u> ҚТҚАХ* «заруратга қараб» <u>2-схема:</u> ҚТҚБА «заруратга қараб»	<u>1-схема:</u> УТҚАХ <u>2-схема:</u> УТҚБА <u>3-схема:</u> ҚТҚБА+ ҚТҚАХ	1) Теофиллинлар
ЎСОК енгил ва ўрта оғир кечиши (бронходилатацион тестдан кейин НЧЧТ $\geq 50\%$ ) зўрайиш даври камдан-кам ва симптомлар жуда юкори акс эттирилган (группа В)	<u>1-схема:</u> УТҚАХ <u>2-схема:</u> УТҚБА	<u>1-схема:</u> УТҚАХ + УТҚБА	1) ҚТҚАХ ва/ёки ҚТҚБА 2) Теофиллинлар

<p>ЎСОК оғир ва ўта оғир кечиши (бронходилатацион НЧЧТ &lt;50%) зўрайиш даври тез-тез ва симптомлар жуда юкори акс эттирилмаган (группа С)</p>	<p><u>1-схема:</u> УТҚБА/ИГКС <u>2-схема:</u> УТҚАХ</p>	<p><u>1-схема:</u> УТҚАХ + УТҚБА <u>2-схема:</u> УТҚАХ + ФДЭ-4 ингибиторлар <u>3-схема:</u> УТҚБА + ФДЭ-4 ингибиторлар</p>	<p>1) ҚТҚАХ ва/ёки ҚТҚБА 2) Теофиллинлар</p>
<p>ЎСОК оғир ва ўта оғир кечиши (бронходилатацион НЧЧТ &lt;50%) зўрайиш даври тез-тез ва симптомлар жуда юкори акс эттирилган (группа D)</p>	<p><u>1-схема:</u> УТҚБА/ИГКС <u>2-схема:</u> <i>1-схемага қўшимча:</i> УТҚАХ <u>3-схема:</u> УТҚАХ</p>	<p><u>1-схема:</u> УТҚБА/ИГКС + УТҚАХ <u>2-схема:</u> УТҚБА/ИГКС + ФДЭ-4 ингибиторлар <u>3-схема:</u> УТҚАХ + УТҚБА <u>4-схема:</u> УТҚАХ + ФДЭ-4</p>	<p>1) N-ацетилцистеин 2) ҚТҚАХ ва/ёки ҚТҚБА 3) Теофиллинлар</p>

\*ҚТҚАХ – қиска таъсир қилувчи антихолинергиклар; ҚТҚБА – қиска таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар; УТҚБА – узок таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар; УТҚАХ – узок таъсир қилувчи антихолинергиклар; ИГКС – ингалицион глюкокортикостероидлар; ФДЭ-4 - фосфодиэстераза – 4 ингибиторлар.

### ТМШ терапия бўлимига юбориш мезонлари

- Қиска таъсир кўрсатувчи бронходилататорлар дозасини оширишга жавоб бермайдиган ЎСОК оғир зўрайиш даври (тинч ўтирганда хансирашнинг кузатилиши).
- Декомпенсациялашган ўпка-юракнинг ривожланиши ёки унинг кучайишига олиб келувчи ЎСОК зўрайиш даври (цианознинг қўшилиши, периферик шиш, бирламчи пайдо бўлувчи юрак аритмиялари) билан намоён бўлиши.
- Зўрайиш босқичида ЎСОК оғир кечиши, 65 ёшдан ўтган ва жиддий ҳамрох касалликлар мавжуд беморлар.
  - Амбулатор этапдаги даволашнинг самарасизлиги.
  - Гиперкапния, уйқучанлик, эс-хушнинг ўзгаришлари, бош оғриғи, бош айланиши каби клиник кўринишлар билан намоён бўлувчи ЎСОКнинг зўрайиш даври.
  - Анамнезида механик вентилизацияни талаб қилувчи ЎСОК зўрайиш даврининг кузатилиши.

### ТМШ терапия бўлимида ЎСОК беморларини олиб бориш

ТМШ шаронтида ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текшириш усулари)

- Пикфлоуметрия.
- Кўкрак кафаси рентгенографияси.



- Ҳамма беморлар учун пульсоксиметрия ва қондаги газлар миқдори (имконият даражасида).
- Электрокардиография.
- Ташқи нафас функциясини текшириш (кўрсатма бўйича).
- Бронходилатацион тест сальбутамол билан (кўрсатма бўйича).
- Умумий қон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Грам бўйича балғам суртмасини бўяш (кўрсатма бўйича).
- Балғамни культурага экиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш (эмпирик антибактериал терапия самарасиз бўлганда).
- Қоннинг биокимёвий таҳлиллари: электролитлар, серомукоидлар, ревмо омил, С реактив оксил, мочевино, креатинин.

### ТМШ терапия бўлимларида даволаш принциплари

1. Беморни ўқитиш.
2. Бемор стационарда ётган пайтида чекишга рухсат бермаслик.
3. Медикаментоз даволаш:

- **Бронхолитик препаратлар.** Кабул қилинаётган препаратлар дозасини ёки унинг кабул қилиш сонини кўпайтириш ёки бошқа гурпуага мансуб бронхилитик препаратларни кўшиш керак. Қиска таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар + антихолинэргиклар (сальбутамол 2,5-5 мг + ипротропия бромид 0,5 мг небулайзер орқали ёки комбинациялашган препарат фенотерол ва ипротропия бромид (беродуал) 2 мл суюқ эритмасидан небулайзер орқали ҳар 2-4 соатда кабул қилиш керак. Метилксантинлар – 2 қатор препаратлари бўлиб, қиска таъсир кўрсатувчи бронходилататорлар қўлланилиши самарасиз бўлганда ишлатилади. Теофиллиннинг бошланғич дозаси 5мг/кг ошмаслиги керак, агар олдин кабул қилмаган бўлса, 20-30 минут давомида секинлик билан вена ичига юборилади.

- **Антибактериал препаратлар (фақат инфекция зўрайиш даврида).**

Антибактериал терапия тавсия қилинади:

- йирингли балғам бўлиши ва унинг миқдорининг ортиши ёки,
- йирингли балғам ва кучайиб борувчи ҳансирашнинг борлиги.

**Хавfli омиллари мавжуд ўСОК асоратланган зўрайиш даври\* – ёш >65, ЖНЧХ1/НЧЧТ <50%.**

Антибактериал терапиянинг самарасизлик хавфи мавжуд ўСОК беморлари (охирги 12 ой давомида 4 ва ундан ортиқ зўрайиш даври; оғир ҳамроҳ касалликларнинг бўлиши: юрак етишмовчилиги, қандли диабет, буйрак ва жигар етишмовчилиги; охирги 3 ойда ГКС кабул қилиш; охирги 12 ой давомида ўСОК бўйича стационарда даволаниш; охирги 15 сутка давомида антибактериал препаратларини кабул қилиш; тана вазни индекси 19 кг/м<sup>2</sup>дан кам ва тана вазни дефицити 15%дан кўп) антибиотикларни в/и 3 кун ва ичишга 7-10 кун кабул қилиши керак.

*Қуйидаги антибиотиклардан биронтасини танлаш керак:* амоксициллин/клавулон кислотаси 625 мг ичишга ҳар 8 соатда ёки 1000 мг 2 марта суткасига (в/и 1,2 г 3 марта суткасига); левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасига (в/и 500 мг/сут 3 кун); моксифлоксацин 400 мг ичишга 1 марта суткасига (в/и 400 мг 3 кун).

**P. Aeruginosa ривожланиш хавфи бўлганда:** яқинда стационарда даволанган, антибиотиклар тез-тез кабул қилган (охирги йил давомида 4 курс), ўСОК оғир зўрайиш даври, олдинги зўрайиш даврида P. Aeruginosани аниқланганлик ҳолатларида антибиотиклар қуйидагича тавсия қилинади: в/и ципрофлоксацин 400 мг 3 марта суткасига, кейин ичишга ципрофлоксацин 750 мг 2 марта суткасига; левофлоксацин 750 мг 1 марта суткасига (в/и 750 мг/сут).

- **Тизимли глюкокортикоидлар.** Преднизолон ичишга 30-40 мг/суткасига (0,5 мг/кг/суткасига) 7-10 кун, кейинчалик бир вақтнинг ўзида тўлиқ тўхтатилади. Агар преднизолон ичишнинг иложи бўлмаса уни парентерал 3 мг/кг/сут юборилади.

- **Муколитик препаратлар.** Фақат ёпишқок балғам бўлганда тавсия қилинади.
  - Амброксол гидрохлорид. Катталар учун: 1 табл. (30 мг) 2-3 маҳал кунига, ёки эритмасини ичишга овқатланиш пайтида 10 мл 3 маҳал кунига 3 кун давомида, кейин 5 мл 3 маҳал кунига, ёки ингаляцияда 2-3 мл 1-2 маҳал кунига. Давомийлиги 14 кунгача.
  - N-ацетилцистеин. Катталар учун: ичишга таблеткада 200 мг 3 маҳал кунига (таблетка ½ стакан сувга эритилади) овқатланишдан кейин 8-10 кун давомида.
- **Оксигенотерапия.** O<sub>2</sub> терапияга кўрсатма:
  - SaO<sub>2</sub> 88%дан паст бўлиши.
  - Баъзан SaO<sub>2</sub> 88%дан баланд бўлса ҳам, ўпка гипертензияси белгилари, юрак етишмовчилиги билан боғланган периферик шишлар, ёки полицитемия (гематокрит 55%дан ортик) мавжуд бўлса.

Кислород окимининг тезлиги 2-3 л/мин (паст оким). Кислородтерапиянинг мақсади гиперкапния ва ацидоз ҳолатларини кўзгатмасдан кислород сатурациясини 90% кам бўлмаслигини таъминлаш. Гиперкапния клиник белгиларини доимий кузатиш керак, булар: бош айланиши, бош оғриғи, нафас олишнинг тўхташи.

*ЎСОК зўрайиш даври стационарда даволашнинг доимий талаб қилади:*

- Суюқлик ичиш ва овқатланиш балансини назорат қилиш.
- Тўғридан-тўғри таъсир қилувчи антикоагулянтлар – вена қон-томирлари тромбоземболик асоратларининг олдини олиш учун уларнинг ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларга тавсия қилинади (оғир нафас етишмовчилиги, юрак етишмовчилиги, ёши 70 ошган, 3 ва ундан ортик ётоқ режим ва бошқалар).

*Даволаш схемаси:*

- гепарин 5000 Ед 3 марта суткасига т/о;
- эноксапарин 40 мг 1 марта суткасига т/о;
- надропарин 0,3 мл (2850 Ед) 1 марта суткасига т/о;
- далтепарин 5000 МЕ 1 марта суткасига т/о;
- бемипарин 2500МЕ 1 марта суткасига т/о.
- Ҳамроҳ касалликларини даволаш (юрак етишмовчилиги, аритмиялар).
- Бемор ахволини назорати.

### **Беморни касалхонадан чиқариш мезонлари**

- бемор узок таъсир қилувчи бронхолитикларни ИГКС билан бирга ёки уларсиз қабул қилишга кодир;
- β<sub>2</sub>-агонистларга талаб ҳар 4 соатдан кам эмас;
- бемор фаоллигининг ортиши (бемор хонада юра олади, ҳансирашсиз овқатланади, ва ётади);
- бемор 12-24 соат давомида клиник тургун ҳолатда;
- қондаги газлар миқдори/сатурация 12-24 соат давомида стабил;
- уй шароитида парваришлаш ва кузатиш ташкил қилинган.

### **Вилоят касалхонасига юбориш мезонлари**

- Бошланғич терапияга барқарор оғир хансираш билан кечувчи ЎСОК оғир зўрайиш даври, НОС 30 дан кўп (ёки 12дан кам).
- ЎСОК беморларининг респиратор ва гемодинамик ностабиллиги.
- Нафас олишни яхшилашга йўналтирилган кенгайтирилган чора-тадбирларга мухтож бўлувчи ЎСОК беморлари (кўшимча мушаклар иштирок этадиган оғир хансираш ва қорин деворларининг парадоксал ҳаракати; НОС минутига 25 мартадан кўп; гиперкапния РаСО<sub>2</sub> 45 мм сим. уст. дан кўп).
- Жиддий ҳамроҳ касалликлари мавжуд ва 65 ёшдан катталарда ЎСОК оғир кечишининг зўрайиш даври.
- ЎСОК беморларнинг хирургик даволаш масаласини ҳал қилиш (катта буллалар резекцияси).

**Диспансеризация 3-иловада келтирилган.**





## БРОНХИАЛ АСТМА ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

**ХКТ-10: J45.0.** Астма аллергиялик компонент устунлиги билан.

**J45.1.** Ноаллергиялик астма.

**J45.8.** Аралаш астма

**J45.9.** Астма ноаник.

**Бронхиал астма** – нафас йуллари сурункали яллигланиш касаллиги бўлиб, унинг шаклланишида кўп хужайралар ва хужайра элементлари иштирок этиб, бронхиал гиперреактивлик ва бронхиал обструкция ривожланиши, хуштаксимон хириллашлар, йўтал ва кўкракдаги огирлик хиссининг қайталаниш эпизодлари билан намоён бўлади. Бу эпизодлар одатда таркалган, аммо ўзгарувчан бронхообструкция билан боғлиқ бўлиб, обструкция аксарият ҳолларда қайтар (спонтан ёки терапия таъсирида) бўлади.

**Эпидемиологияси.** Бронхиал астмадан касалланиш дунё аҳолисининг 4-10%ни ташкил этади, ҳозирги вақтда дунёда 300 млн.га яқин бронхиал астма беморлари яшайди ([www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)). Олинган маълумотлар бўйича Россияда катталар орасида бу кўрсаткич 2,2% дан 5-7% гача, болалар орасида эса 10% ташкил қилади. Касаллик ҳар қандай ёшда келиб чиқиши мумкин; беморларнинг ярмисида бронхиал астма 10 ёшгача келиб чиқади, яна учдан бир қисмида 40 ёшгача. Болалар орасида бронхиал астма ўғил болалар орасида қиз болаларга нисбатан икки марта кўп. Бу кўрсаткич 30 ёшларда тенглашади (Чучалин А.Г., 1985).

Ўзбекистонда 2012 йили бронхиал астмадан касалланиш 100 минг аҳолига нисбатан 168,7ни ташкил қилди, 14 ёшгача бўлган болалар орасида 58,9 (100 минг аҳолига нисбатан), ўсмирлар орасида 84,4 (100 минг аҳолига нисбатан) ва катталар орасида 225,6ни (100 минг аҳолига нисбатан) ташкил қилди. Умумий қилиб айтганда бронхиал астмадан касалланиш республика кўрсаткичидан Фарғона вилоятида ва Тошкент шаҳрида 1,3 марта (220,7 ва 203,7 - 100 минг аҳолига нисбатан), Бухоро вилоятида 1,6 марта (263,3 - минг аҳолига нисбатан), Хоразм ва Навоий вилоятларида 1,9 марта (300,4 ва 313,9 - 100 минг аҳолига нисбатан) кўп учрайди. Охириги 2007-2012 йилларда ҳамма вилоятларда касалликни қайд қилиш ҳолатларининг пасайиши кузатилди, бу эса касаллик таххисланишининг паст даражада эканлигини билдиради.

### ҚВП/ОП шароитида БА беморларини олиб бориш

1-жадвал ва илова маълумотларидан БА таххисланишида фойдаланиш врачлар учун анча қулайдир. (Карманное руководство по профилактике и лечению БА. Под ред. Wan Cheng Tan, 2005).

*1-жадвал*

#### Бу бронхиал астмами?

Агар пастда кўрсатилган симптом ва белгиларнинг бири учраса, БА бўлиш эҳтимоллиги мумкинлигини кўриб чиқинг.

- Хуштаксимон хириллашлар – нафас чиқаришда юкори тонли хуштаксимон овозлар эшитилиши (уларнинг бўлмаслиги БА йўклигидан далолат бермайди).



- Куйидаги белгилардан бири учраганда:
  1. Йўтал, асосан тунда кучайувчи.
  2. Хуштаксимон хириллашлар эпизодларининг такрорланиши.
  3. Қийин нафас олиш эпизодларининг қайталаниши.
  4. Кўкрак қафасидаги оғирлик ҳиссининг такрорланиши.

Эслатма: БА билан касаланганларда экзема, сенна безгаки, оилавий анамнезда БА ёки атопик касалликлар учрайди.

- Тунда симптомлар пайдо бўлади ёки кучаяди ва беморнинг уйкудан уйғонишига мажбур қилади.
- Куйидаги ҳолларда симптомлар пайдо бўлади ёки кучаяди:
  1. Ҳайвонлар, қушлар ва аквариум балиқлари озикалари билан алоқада бўлганда.
  2. Кимёвий аэрозоллар билан алоқада бўлганда.
  3. Ҳаво ҳароратининг ўзгаришида.
  4. Уй чанги билан нафас олганда.
  5. Айрим дорилар ёки озик-овқатларни қабул қилганда (аспирин, β-адреноблокаторлар, антибиотиклар).
  6. Жисмоний зўриқиш.
  7. Ўсимликлар чанги.
  8. Респиратор (вирусли) инфекциялар.
  9. Тамаки тутуни.
- 10. Кучли эмоционал зўриқишда.
  - Кўрсатма бўйича спирография (ЖНЧХ1 ва ЖЎТС) ва пикфлоуметрия (НЧЧТ) орқали аниқланувчи қайтар ва ўзгарувчан обструкция. Пикфлоуметрия ўтказилганда БА ташҳиси тахмин қилиниши мумкин бўлган ҳолатлар:
    1. Қисқа таъсир қилувчи β<sub>2</sub>-агонистлар билан ингалиция қилингандан кейин НЧЧТ 20% га кўпаядиган бўлса, ёки
    2. Бронхолитиклар қабул қилувчи беморларда НЧЧТ 20%дан кўп ўзгариши, яъни НЧЧТнинг эрталабки кўрсаткичидан 12 соат ўтгандан кейинги кўрсаткич 20%дан кўп ортиши (агар бемор бронхолитиклар қабул қилмаса бу кўрсаткич 10%ни ташкил қилади).
    3. 6 минут тўхтамасдан югурганда ёки бошқа жисмоний зўриқишда НЧЧТ 15%дан кўп пасайиши.

**Физикал текширишлар.** Хуружлар орасидаги вақтда клиник симптомлар бўлмаслиги мумкин. *Аускультация:* жадал нафас олганда қуруқ хуштаксимон хириллашлар ҳатто горизонтал ҳолатда ҳам эшитилиши мумкин, бу яширин бронхоспазм борлигидан далолат беради.

#### **Текшириш усуллари**

##### *Лаборатор текшириш усуллари*

- Умумий қон таҳлили (эозинофилия >6% бўлиши мумкин).
- Умумий балғам таҳлили (эозинофиллар, Куршман спирали, Шарко-Лейден кристаллари аниқланиши мумкин).

##### *Инструментал текшириш усуллари*

- Пикфлоуметрия – нафас чиқариш чўққи тезлигини ўлчайди (НЧЧТ). *Қўлланиши ва бажариши техникаси 1-иловада келтирилган.*
- Сальбутамолнинг (қисқа таъсир қилувчи β<sub>2</sub>-агонистлар) 2-4 ингалициясидан кейин пикфлоуметрияда НЧЧТ бошланғич кўрсаткичдан 20% (60мл)га ортса, бронходилатацион проба ижобий деб топилади ва бронхиал обструкция қайтар жараён сифатида хужжатлаштирилади.

- Суткалик ўзгарувчанлик формуласи:  $(\text{НЧЧТ ингаляциядан кейин} - \text{НЧЧТ ингаляциягача})/0.5 (\text{НЧЧТ ингаляциядан кейин} - \text{НЧЧТ ингаляциягача}) \times 100\%$ .

- Уй шароитида НЧЧТ суткалик кузатуви. НЧЧТ суткалик ўзгарувчанлик – бу НЧЧТнинг максимал ва минимал кўрсаткичлари орасидаги фарк, бунда эрталаб кўрсаткич бронхолитиклар қабул қилишдан олдин, кечкурун бронхолитиклар қабул қилгандан кейин ўлчанади. Ўлчаш 1-2 ҳафта давомида ўтказилади.

*Ўзгарувчанлик қуйидаги формула бўйича ўлчанади :*

$\text{Ўзгарувчанлик} = \text{НЧЧТ кечкурун} - \text{НЧЧТ эрталаб}.$

Нормада НЧЧТ 20%дан ортмайди. Ўзгарувчанликни 20% ва ундан ортиши бронхиал астма учун характерли бўлган бронхиал гиперреактивликдир.

### **Диагноз мезонлари**

- Респиратор симптоматика (йўтал, нафас олишнинг қийинлашуви, хуштаксимон хириллашлар, кўкрак қафасидаги оғирлик ҳиссининг пайдо бўлиш хужжлари).
- Анамнезда атопиянинг бўлиши ёки аллергия бўйича ирсий мойиллик.
- Нафас чиқариш чўкки тезлиги: Қисқа таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар билан ингаляция қилингандан 15-20 минут ўтгандан кейин НЧЧТ кўрсаткичи 15%дан кўп ортиши, ёки НЧЧТ бронхолитиклар қабул қилувчиларда суткалик ўзгарувчанлиги 20%дан ортиши, ёки 6 минут тўхтамасдан югуриш тести ёки бошқа жисмоний зўриқишларда НЧЧТнинг 15%дан ортиқ пасайиб кетиши.

### **Классификацияси**

1. Астманинг оғирлик даражаси бўйича (даволаш бошлангунига қадар беморнинг биринчи қабулида қўйилади).

2. Астмани назорат қилиш даражаси бўйича (даволаш бошлангандан 1 ойдан кейин).

### **Бронхиал астма кечишининг оғирлик даражаси бўйича классификацияси**

#### **1-поғона. Енгил интермиттирловчи**

- Қисқа номоён бўлувчи симптомлар ҳафтасига 1 мартадан кам.
- Қисқа зўрайиш даври (бир неча соатдан бир неча кунгача).
- Тунги симптомлар < 2 марта ойига.
- Зўрайиш давлари орасида симптомларнинг бўлмаслиги ва нормал ташки нафас функцияси.
- НЧЧТ ва ЖНЧХ1  $\geq 80\%$  зарур бўлгандан.
- НЧЧТ кўрсаткичининг ўзгарувчанлиги < 20%.

#### **2-поғона. Енгил персистик кечиши**

- Симптомлар ҳафтасига 1 мартадан кунига 1 мартагача.
- Зўрайиш даври жисмоний фаолликни пасайтиради ва уйқуни бузади.
- Тунги симптомлар > 2 марта ойига.
- НЧЧТ ва ЖНЧХ1  $\geq 80\%$  зарур бўлгандан.
- НЧЧТ кўрсаткичининг ўзгарувчанлиги 20–30%.

#### **3-поғона. Ўрта оғир персистик кечиши**

- Симптомлар ҳар куни.
- Зўрайиш даври жисмоний фаоллик ва уйқуни чегараланишига олиб келади.
- Тунги симптомлар > 1 марта ҳафтасига.
- НЧЧТ ва ЖНЧХ1: 60–80% зарур бўлгандан.
- НЧЧТ кўрсаткичининг ўзгарувчанлиги > 30%.



#### 4-поғона. Оғир кечиши

- Симптомлар доимий кузатилади.
- Тунги симптомлар тез-тез учрайди.
- Жисмоний фаоллик симптомлар туфайли чегараланади.
- НЧЧТ ва ЖНЧХ1:  $\leq 60\%$  зарур бўлгандан.
- НЧЧТ кўрсаткичининг ўзгарувчанлиги  $> 30\%$ .

Эслатма: астманинг оғирлик даражасини аниқлаганда энг оғир кўрсаткичлар ёки белгилар эътиборга олинади.

2 жадвал

#### Бронхиал астманинг назорат даражаси бўйича таснифи

Характеристика	Назорат қилинувчи БА (хамма кўрсатилганлар)	Қисман назорат қилинувчи БА (хафта давомида ҳар қандай белгининг учраши)	Назоратсиз БА
Кундузги симптомлар	Йўқ ( $\leq 2$ марта симптомлар ҳафтасига)	симптомлар ҳафтасига $> 2$ марта	3 ва ундан ортиқ қисман назорат қилинувчи БА белгиларининг ҳар қандай ҳафта давомида бўлиши ва/ёки зўрайиш даври билан кечувчи ҳар қандай ҳафта*
Фаолликнинг чегараланиши	Йўқ	Бор – ҳар хил даражада	
Тунги симптомлар/ БА туфайли уйқунинг бузилишлари	Йўқ	Бор	
“тез ёрдам” препаратларига эҳтиёж	Йўқ ( $\leq 2$ марта симптомлар ҳафтасига)	$> 2$ симптомлар ҳафтасига	
Ўпка функцияси (НЧЧТ ва ЖНЧХ1)	Норма	$< 80\%$ зарур бўлган ёки яхши кўрсаткичдан	
Зўрайиш даври	Йўқ	$\geq 1$ охириги йилда	

#### ҚВП шароитида даволаш принциплари

Астмани даволаш – касалликнинг тўлиқ назоратига эришишга йўналтирилган узок, баъзан умрбод жараён.

#### Даволашнинг асосий компонентлари

1. Беморни пикфлоуметрия ёрдамида астма кечиш даражасини баҳолашга ва кузатишга ўқитиш.
2. Қўзғатувчи омилларни (элиминация) йўқ қилиш, триггер омилларни назорат қилиш.
3. Оғирлик даражасига қараб (3 жадвал) базисли (ингаляцион глюкокортикостероидлар) ва симптоматик (бронхолитиклар) дори воситаларни танлаш.

Бронхиал астма ташхиси биринчи марта қўйилганда касалликни оғирлик даражаси аниқланади ва шунга мос бирламчи антиастматик терапия ҳажми белгиланади.

Сальбутамол (ДАИ) 100 мкг (1-2 дозадан) – заруратга қараб ёки сальбутамол/беклометазон 100/50мкг 1-2 дозадан нафас олиш қийинлашувининг хуружи бўлганда, жисмоний зўриқишдан олдин.

Симптомларнинг тез-тез пайдо бўлиши доимий қувватловчи терапия олишга кўрсатма бўлади (2-поғона).

## Катталарга тавсия этилган даволаш жадвали (астма зўрайиш даври бўлмаганда)

**Ҳамма поғоналар учун:** касалликни назорат қилиш мақсадида, ҳамда ўткир симптоматикани даволаш мақсадида ҳар кун қабул қилинадиган препаратлардан ташқари  $\beta_2$ -агонистларни эҳтиёжга қараб суткасига 3-4 марта ишлатилиши мумкин

Даволаш поғонаси		Даволашнинг бошқа вариантлари
<b>1-поғона</b> Енгил интермиттирловчи БА/ Назоратланган астма	Ингаляцион ГКС билан базисли даволаш ўтказишга зарурат йўқ	
<b>2 -поғона: вариантлардан бирини танланг</b> Енгил персистирловчи БА/ Қисман назоратланувчи	Ингаляцион ГКСнинг кичик дозаси (250-500 мкг / суткасига БДП ёки уларнинг эквиваленти)	Антилейкотриен препаратлар
<b>3-поғона: вариантлардан бирини танланг</b> Ўрта оғир персистирловчи астма/ Назоратсиз астма	Ингаляцион ГКСнинг ўртача дозаси (>500-1000 мкг / суткасига БДП ёки эквиваленти)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ингаляцион ГКСнинг кичик дозалари (250-500 мкг/суткасига БДП ёки эквиваленти) + узок таъсир қилувчи теофиллинлар;</li> <li>• Ингаляцион ГКСнинг кичик дозаси (250-500 мкг/суткасига БДП ёки эквиваленти) + антилейкотриен препаратлар;</li> <li>• Ингаляцион ГКСнинг кичик дозаси (250-500 мкг/суткасига БДП ёки эквиваленти) + ингаляцион узок таъсир қилувчи <math>\beta_2</math>-агонистлар</li> </ul>
<b>4-поғона: бир ёки бир неча препаратларни қўшинг</b> Оғир БА	Ингаляцион ГКСнинг ўртача ёки юқори дозаси (>1000мкг /суткасига БДП ёки эквиваленти) + узок таъсир қилувчи ингаляцион $\beta_2$ -агонистлар + <b>бир ёки ундан ортик қуйидаги препаратлар, агар зарурат бўлса:</b>  узок таъсир қилувчи теофиллинлар;  антилейкотриен препаратлар	



<b>5-поғона</b> Огир назоратсиз астма	Агар 4-поғонада самара бўлмаса, унда:  хар куни перорал ГКСнинг кичик дозалари (5-10 мг суткасига) тавсия қилинади	
--	--	--

Бронхиал астма назорат даражасини баҳолаш даволаш бошланганидан 1 ойдан кейин АСТ - тести бўйича ўтказилади.

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 3дан 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 эрта астманинг симптомлари (хуштаксимон нафас олиш, нафас олишнинг қийинлашуви, кўкракда сиқилиш ҳисси ёки оғриқ) туфайли уйғониб кетдингиз?	1) ҳафтада 4 кеча ва ундан ортиқ (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 уйғонмадим (5 балл).
4-савол. Охирги 4 ҳафта давомида Сиз қанчалик тез-тез қисқа таъсир қилувчи ингаляторлардан (масалан, Вентолин, Беротек, Беродуал, Атровент, Сальбутамол, Саламон, Сальбен, Астмопент) ёки небулайзердан (масалан, Беротек, Беродуал, Небула Вентолини) 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 ҳолатни 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 ва ундан кам – беморда астма жиддий назоратдан чиққан.

**Ҳамма поғоналар учун:** Камида 3 ойгача БА назоратига эришигандан кейин, қувватловчи терапияни аста-секин тушириб борса бўлади, шунингдек назоратни бошқариш учун терапиянинг минимал ҳажминини аниқлаш керак.

**Астма назоратига эришилгандан кейин даволаш поғонаси бўйича дастга тушиш мумкин.**

- Ингаляцион глюкокортикоидларнинг ўрта ва юқори дозалари билан монотерапия ўтказилганда препарат дозасини 50% га тушириш уч ойлик оралик билан амалга оширилади.

- Агар касалликни назорати ингаляцион глюкокортикоидларнинг кичик дозалари билан амалга оширилса, бунда кўпинча бир марталик қабулга ўтказилади.

- Агар астманинг назорати комбинациялашган ингаляцион глюкокортикостероидлар ва узок таъсир килувчи  $\beta_2$ -агонистлар билан амалга оширилса, препарат дозасини туширишни ингаляцион глюкокортикостероидларни 50%га камайтиришдан бошланади. Агар назорат сақланиб қолса ингаляцион глюкокортикоидларни дозасини энг кичик кўрсаткичгача туширилади, ундан кейин эса  $\beta_2$ -агонистларни тўхтатиш мумкин.

- Мукобил ёндошишлардан бири комбинациялашган терапияда бир марталик қабулга ўтиш. Яна бир мукобил  $\beta_2$ -агонистларни даволашнинг бошлангич босқичларида тўхтатиб, уларнинг ўрнига ингаляцион глюкокортикостероидлар билан монотерапия ўтказиш тавсия этилади, бунда ингаляцион глюкокортикостероидларнинг дозаси комбинациялашган препарат таркибидаги ингаляцион глюкокортикостероидларга тенг бўлиши керак.

- Астманинг назорати препаратларнинг минимал дозасида амалга оширилганда ва астманинг назоратли кечишига эришилганда, ҳамда бир йил давомида симптомларнинг қайталаниши кузатилмаганда даволашни тўлиқ тўхтатиш мумкин.

### Беморни ўқитиш

Бемор мажбуриятлари:

- Иш ва уй шароитида учраши мумкин бўлган асосий аллергенларни билиши ва уларни назорат қилишни ўрганиши керак.

- Пикфлоуметр билан ишлашни ва унинг врачга муурожаат қилиш даражасини билиши керак.

- Ингалятордан тўғри фойдаланишни билиши керак.

- Дори воситаларининг асосий гуруҳларини, астмани назорат қилишни ва қисқа таъсир килувчи препаратлардан фойдаланишни билиши керак.

**Бронхиал астма зўрайиш даври** – бу ҳансирашнинг кучайиши, йўталнинг кучайиши, ҳаттоки беморларнинг ўзига ва маълум масофадан ҳам эшитиладиган горизонтал ҳолатдаги хуштаксимон хириллашларнинг пайдо бўлиши, кўкракдаги оғирлик хисси ёки бу симптомларнинг қўшилиш эпизодларининг охириги бир неча соат ёки кун давомида кузатилиши.

БА зўрайиш даври енгил, ўрта, оғир ва астматик (хаётга хавф солувчи) статус ҳолатларига бўлинади.

4 жадвал

### БА зўрайиш даврининг оғирлик даражаси бўйича таснифи

Симптомлари	Зўрайиш даври оғирлик даражаси			
	енгил	ўрта	оғир	(хаётга хавф солувчи зўрайиш даври)
Ҳансираш	Юрганда	Гапирганда	Тинч ҳолатда	
Бемор нутки	Тўлиқ гапирди	Алоҳида сўз бирикмалари	Алоҳида сўзлар	Бемор гапирмайди
Эс-хуши	Кўзгалган бўлиши мумкин	Кўпинча кўзгалган	Доимо кўзгалган	Эс-хуши хира, чалқаш, кома



НОС	Кўпайган	Кўпайган	>30 минутига	Тахипное минутига 30 мартадан кўп ёки брадипноэ минутига 12 мартадан кам
Аускультация	Нафас чикариш охирида хуштаксимон хириллашлар	Хуштаксимон хириллашлар нафас чикарганда ва олганда	Баланд хуштаксимон хириллашлар нафас чикарганда ва олганда	Нафаснинг йўқлиги, «Гунг» ўпка
Ёрдамчи мушаклар	Аксарият иштирок этмайди	Одатда иштирок этади	Жуда қаттиқ иштирок этади	Парадоксал торакоабдоминал харакатлар
НЧЧТ сальбутамол ингаляциясидан кейин	>80%	60-80%	<60% (<100 л/мин) ёки самараси давом этади < 2 соат	
Пульс/мин	<100	100-120	>120	брадикардия
SaO <sub>2</sub>	>95%	91-95%	<90%	

**Бронхиал астмани зўрайиш даврида амбулатор – поликлиника шароитларида даволаш**  
 Енгил даражадаги зўрайиш даврининг клиник белгилари (нутқ бузилмаган, НОС<25 нафас/  
 минутига, НЧЧТ>50%, пульс<110 минутига) билан намоён бўлувчи БАда, ингаляциялар  
 дозаси оширилади, сальбутамол 2–4 доза (200–400 мкг), ёки фенотерол (200–400 мкг)  
 ингаляцияда, ёки фенотерол ва ипратропия бромид комбинациясини 2 дозасини спейсер  
 оркали ҳар 20–30 минутда 2–3 марта 40–60 минут давомида берилади.

Юқоридаги бронходилататор ингаляцияларга 1 соатдан кейин ижобий жавоб бўлса, яъни  
 4 соат давомида бемор ахволининг турғунлиги таъминланса (НЧЧТ керакли кўрсаткичдан  
 80% дан юқори бўлса), унда БА ўткир кайталанувчи симптомларини бартараф этишда  
 ушбу препаратларни 2-4 дозадан ҳар 4-6 соатда 1-2 сутка давомида қабул қилинади, ҳамда  
 кадамба-кадам даволаш тартиби коррекциялаш учун врачлар томонидан беморларни уйда  
 ва поликлиникада эса пульмонолог томонидан назорат қилиб борилади.

Агар тавсия этилган даволаш тартибига тўлиқ жавоб (НЧЧТ керакли кўрсаткичдан 60–80%)  
 бўлмаса, зўрайиш даври ўрта даражадаги зўрайиш даври деб баҳоланади.

Агар ингаляцион бронхолитиклар билан монотерапия ўтказиш фониди 1 соатдан кейин  
 ахвол яхшиланмаса ёки киска вақт сакланиб қолса (яъни 1 соатдан кейин йўқолса, ёки  
 барқорор бўлмаса) ёки ахволнинг яхшиланиши кузатилмаса (БА симптомларининг маълум  
 бир қисми сакланиб қолиши, нафас олишга ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши, НЧЧТ  
 80%дан ўтмаслиги) беморга қўшимча ингаляция учун ипратропиум бромид 2 дозаси (40  
 мкг (агар беморлар фақат  $\beta_2$ -агонистлардан фойдаланган бўлса)) ва преднизолон 0.5-1 мг/  
 кг ёки унинг эквивалентлари тавсия қилинади.

Сальбутамол ингаляцияси 600–1000мкг ёки фенотерол 400–600 мкг + ипратропиум бромидом  
 40 мкг, комбинациялашган киска таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар ва М-холинolitikларнинг  
 3–4 дозаси спейсер оркали ҳар 1-2 соатда (3–6 соат давомида) бажарилади. Кейинчалик  
 беморларга бронхолитик билан ингаляцион терапия суткасига 4-6 марта ўтказилади.

Тизимли ГКС билан даволаш бошлангандан 3-4 соат ўтгандан сўнг, аҳамиятли клиник яхшиланиш бошланади. Унинг давомийлиги 7–10 суткани ташкил этади, кейинчалик дорилар бир вақтнинг ўзида тўхтатилади. Агар ингалицион бронхолитиклар тавсия қилиш имконияти бўлмаса, БА зўрайиш даврида сальбутамол 0,002-0,004 мг ичишга берилади.

Перорал қисқа таъсир қилувчи теофиллинлар (эуфиллин) паст самарали ва кўпгина ноўйиб таъсирлари бўлганлиги учун БА зўрайиш даврида ишлатилмайди.

БА зўрайиш даврида беморларга базисли даволаш илгари ўтказилмаган бўлса даволашнинг биринчи кундан ИГКС билан базисли даволаш тавсия этилади. Агар БА зўрайиш даври базисли терапия фонида келиб чиққан бўлса, уларнинг дозаси олдинги дозага нисбатан 1.5 мартага кўпайтирилади ва 12 ҳафта давомида касалликнинг клиник симптомлари, НЧЧТ кўрсаткичи ва НЧЧТ суткалик ўзгарувчанлиги назорат қилинади.

ИГКС дозасини альтернатив кўтариш, асосан БА тунги симптомлари назорати учун ингалицион узок таъсир қилувчи β-агонистларни, ёки комбинациялашган ИГКС + ингалицион узок таъсир қилувчи β-агонистларни (серетид), ёки узок таъсир қилувчи теофиллинларни ичишга тавсия қилиш мумкин (теопэк, теотард).

5 жадвал

**Амбулатор-поликлиника этапида бронхиал астма зўрайиш даврини даволаш алгоритми**

<b>Назоратсиз астма</b>	<b>Оғир зўрайиш даври</b>	<b>Ҳаётга хавф солувчи зўрайиш даври</b>
<b>1. Зўрайиш даври оғирлик даражасини баҳолаш</b>		
Нутқ бузилмаган НОС < 25 нафас/мин. НЧЧТ > 50% керакли кўрсаткичдан Пульс < 110 марта/мин.	Гапирганда ҳансираш НОС > 25 нафас/мин. НЧЧТ < 50% керакли кўрсаткичдан Пульс > 110 марта/мин.	«Гунг ўпка», цианоз НЧЧТ < 33% керакли кўрсаткичдан Брадикардия, эс-хуш бузилишлари
<b>2. Кейинги даволаш тактикаси</b>		
Балким уйда даволаса ҳам бўлади, аммо жавобни бемор олтидан, врач кетмасидан олдин олиши керак	Стационар даволанишга жиддий қараш лозим	Кечиктирмасдан стационар даволашга ётқизиш
<b>3. Даволаш</b>		
5 мг сальбутамол, 10 мг беродуал небулайзер орқали	5 мг сальбутамол, 10 мг беродуал, будесонид суспензияси, атровент небулайзер орқали, преднизолон 30-60 мг per os ёки в/и	Кислородотерапия, будесонида суспензияси, атровент, сальбутамол, беродуал небулайзер орқали, преднизолон 30-60 мг per os ёки в/и, эуфиллин в/и (2,4% 20-40 мл). “ТЁ” келгунига қадар бемор билан қолиш керак



#### 4. Небулайзер терапиядан 15-30 минут ўтгандан кейин ҳолатни кузатиш

Агар НЧЧТ 50 - 70% гача бўлса небулизация будесонид билан ёки преднизолон 30-60 мг per os, БА кадамба-кадам даволаш схемаси бўйича “кўтарилиш” бир поғона юқорига кўтарилади	Агар симптомлар сақланиб қолса: госпитализация. “ТЁ” ни кутиш давомида небулизацияни қайтариш лозим, бунда β-агонистлар билан бирга атровент 500 мкг ёки в/и 250 мг эуфиллин (секин) юборилади. Агар биринчи небулизациядан кейин яхши жавоб олинса, (симптомлар камайиши, НЧЧТ>50%), кадам-бакадам даволаш схемаси бўйича бир поғона юқорига кўтарилади	<b>NB:</b> Агар небулайзер бўлмаса, 2 доза β-агонист, атровент, беродуал спейсер оркали берилади
--	--	--

#### 5. Кейинги тавсиялар

Симптомлар ва НЧЧТ кузатиш Ўтказилаётган терапияни кучайтириш БА даволаш принциплари асосида амбулатор даволаш режасини тузиш 48 соат давомида кузатиш	Симптомлар ва НЧЧТ кузатиш Ўтказилаётган терапияни кучайтириш БА даволаш принциплари асосида амбулатор даволаш режасини тузиш 24 соат давомида кузатиш	
---	---	--

#### КТМП мутахассисларига юбориш мезонлари

Астма диагнози аниқ эмас (шубҳали).

- Қўшимча диагностик текширишларни ўтказиш ва тор доирадаги мутахассислар маслаҳати (тўлиқ ташқи нафас функциясини текшириш, рентгенография, пульсоксиметрия) талаб қилинади.
- Бронхиал астма ўрта оғир ва оғир даражаларини (НЧЧТ < 60% ва НЧЧТ суткалик ўзгарувчанлиги >30%) беморнинг биринчи мурожаатида аниқланиши.
- Беморда 2-3 ҳафта давомида ўтказилган даволаш фониде НЧЧТ 80% га етиб бормаслиги.
- 50%<НЧЧТ<80% ва НЧЧТ<50% керакли кўрсаткичдан; НЧЧТ суткалик ўзгарувчанлик индекси 20-30% ва >30%; АСТ–тести 19 балл ва ундан паст кўрсаткичлари билан 3 ойлик фаол даволаш ва кузатишдан кейин ҳам касалликни назорат қилишга эришилмаса.
- Даволаниш таъсир кўрсатмаётган (НЧЧТ<60% ёки бронходилатация самарасининг давомийлиги < 2 соат) беморда 1 йил давомида бир неча марта ўрта оғир, оғир ва ҳаётга хавф солувчи зўрайиш даврининг кузатилиши.
- Даволаниш жараёнида асоратланишга олиб келувчи ҳамроҳ касалликларнинг бўлиши, (бурун бўшлиғи полипи, оғир ринит, сурункали синусит, ЎСОК, ЮИК) ва/ёки хомиладорлик.

**КТМП шароитида пульмонолог томонидан  
БА беморларини олиб бориш**

**КТМП шароитида ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар):**

- Рентгенография.
- Ташки нафас функциясини тўлиқ текшириш.
- Пульсоксиметрия.
- ЭКГ.
- Махсус текшириш усуллари ўтказиш учун кўрсатмаларни аниқлаш (фибробронхоскопия, кўкрак қафаси компьютер томографияси, кондаги газлар миқдорини ўрганиш, провокацион тестларни ўтказиш, спирографияда бронхолитиклар билан тест ўтказиш, махсус IgE текшириш ўтказиш), алергенлар билан тери пробаларини ўтказиш.

**Мутахассис даволаш принциплари** - оғирлик даражасига қараб кадамба-кадам даволаш тактикасини аниқлаш.

**Астма назорати йўқолганда даволаш поғонаси юқорига кўтарилади.**

1-2 ва ундан ортиқ кун давомида  $\beta_2$ -агонистлар қайта ингаляциясига эҳтиёжнинг бўлиши, унда НЧЧТ <50%, ўзгарувчанлик >30% ва АСТ тести 14 ва ундан паст бўлиши, қувватловчи терапия ҳажмини оширишни қайта кўриб чиқиш кераклигини кўрсатади.

ИГКС юқори дозаларини аксарият ҳолларда пульмонологлар томонидан тавсия қилинади (6 жадвал).

*6 жадвал*

<b>Катталарда БАни даволашдаги ИГКС дозаларини эквивалентлари</b>			
Препаратлар	Ўртача суткалик дозаси, мкг		
	паст	ўрта	юқори
<b>Беклометазон</b>	<b>250-500</b>	<b>&gt;500-1000</b>	<b>&gt;1000</b>
Будесонид	200-400	>400-800	>800
Флутиказон	100-250	>250-500	>500

Агар астма беморларида охири кунларда аҳволнинг аста – секин оғирлашуви кузатилса, унда беморга кортикостероидларнинг перорал қисқа курсини тавсия қилиш зарур. Преднизолон суткасига 30-60 мг перорал (0,5-1 мг/кг суткасига) ва 7-10 кун давомида тавсия қилинади, кейинчалик бир вақтнинг ўзида тўхтатилади. Преднизолоннинг кунлик дозаси бир қабулга ёки икки қабулга бўлиб (эрталаб ва тушликда овқатдан кейин) тавсия қилинади.

**Астма назоратига эришилганда даволашнинг бир поғонасига пастга тушиш.**

Ҳамма поғоналар учун: астманинг назоратига эришиш ва уни сақлаб қолиш муддати камида 3 ойни ташкил қилгандан кейин аста-секин қувватловчи терапияни даволаш ҳажмини минимал даражагача камайтиришга уриниб кўриш керак, бу даволаш ҳажми касаллик назоратини сақлаб туриши лозим.

- Агар монотерапия ингаляцион глюкокортикоидларнинг ўрта ва юқори дозалари билан амалга оширилганда, препарат дозаларини 50% га 3 ойлик оралик билан камайтирилади.
- Агар касаллик назорати ингаляцион глюкокортикоидларнинг кичик дозалари билан амалга оширилган бўлса, унда препарат дозасини камайтириш одатда бир марталик қабулга ўтказиш билан амалга оширилади.



- Агар астманинг назорати комбинациялашган ингалицион глюкокортикоидлар ва узок таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар билан амалга оширилса, препарат дозасини туширишни ингалицион глюкокортикоидларни 50%га камайтиришдан бошланади, бунда  $\beta_2$ -агонистлар давом эттирилади.
- Агар назорат сақланиб қолса ингалицион глюкокортикоидлар дозасини энг кичик кўрсаткичгача туширилади, ундан кейин эса  $\beta_2$ -агонистларни тўхтатиш мумкин бўлади.
- Альтернатив ёндошишлардан бири комбинациялашган терапияни бир марталик қабулга ўтказишдир. Яна бир альтернатив  $\beta_2$ -агонистларни даволашнинг бошланғич этапларида тўхтатиб, уларнинг ўрнига ингалицион глюкокортикоидлар билан монотерапия ўтказиш тавсия этилади, бунда ингалицион глюкокортикоидларнинг дозаси комбинациялашган препарат таркибидаги ингалицион глюкокортикоидлар дозасига тенг бўлиши керак.
- Астманинг назорати препаратларнинг минимал дозасида амалга оширилганда ва астманинг назоратли кечилишига эришилганда, ҳамда бир йил давомида симптомларнинг қайталаниши кузатилмаганда даволашни тўлиқ тўхтатиш мумкин.

### **ТМШ терапия бўлимига юбориш мезонлари**

- Ёрдам кўрсатиш пайтида ёки амбулатор-поликлиника шароитларида бир соат давомида нафас қисиш хуружини даволаш самараси бўлмаса.
- БАнинг ўрта оғир зўрайиш даврида амбулатор-поликлиника шароитида етарли даражадаги кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатиш имконияти бўлмаса.
- Даволаш самараси стационарга ётқизишгача даволаш бошлангандан 2-6 соатдан кейин кузатилса.
- Тизимли ГКС билан даволаш бошлангандан 4-6 соатдан кейин аҳвол яхшиланмаса.
- Даволашга коникарсиз жавоб ( $\text{НЧЧТ} < 50\%$  керакли кўрсаткичлардан ёки энг яхши индивидуал кўрсаткичи  $< 250$  л/мин бронходилататорлар ишлатилгандан кейин).
- БА симптомларининг кучайиши ёки кечиктириб бўлмайдиган ёрдам бошлангандан кейин 3 соат давомида аниқ ижобий натижа белгилари кузатилмаса.
- Даволаниш таъсир кўрсатмаётган ( $\text{НЧЧТ} < 60\%$  ёки бронходилатация самарасининг давомийлиги  $< 2$  соат) беморда ўрта оғир, оғир ва ҳаётга хавф солувчи зўрайиш даврининг кузатилиши.
- Беморда астманинг зўрайиш даври оғирлик даражасидан қатъий назар, анамнезида бронхиал астма зўрайиш даврида ахволининг оғирлиги туфайли сунъий ўпка вентилизациясига ўтказилган бўлса.
- Охирги ҳафта ва ундан ортиқ кунлар давомида беморда оғир нафас қисиши ва ҳансираш кучайиши ва бошқа симптомларнинг кўшилиб келиши.
- Кўшимча диагностик текширишлар ва тор доирадаги мутахассислар маслаҳати (бронхоскопия, провокацион пробалар, аллерголог маслаҳати) зарурати бўлганда.

### **ТМШ терапия бўлимларида БА беморларини олиб бориш**

#### **ТМШ шароитида ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар)**

- Умумий қон таҳлили.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Умумий балғам таҳлили.
- Грам бўйича балғам суртмасини бўйаш.
- Биокимёвий қон таҳлили: натрий, калий, кальций, С реактив оксил, серомукоидлар, ревмо фактор, мочевино, креатинин.
- Ҳар куни пикфлоуметрия ёрдамида кузатув.
- Ташқи нафас функциясини тўлиқ текшириш (имконият даражасида).

- Сальбутамол билан бронходилатацион пробалар.
- Пульсоксиметрия (имконият даражасида).
- ЭКГ.
- Фибробронхоскопия (имконият даражасида).
- Провокацион пробалар (имконият даражасида).

## Бронхиал астма беморларининг энгил ва ўрта оғир зўрайиш даврида ТМШ терапия бўлимларида даволаш принциплари

### Бошланғич терапия:

- **Бронхолитик терапия.** Ингаляцион қисқа таъсир килувчи  $\beta_2$ -агонистлар 2-4 доза (сальбутамол) ингаляцияси (200-400 мкг) дозаланган аэрозолли ингалятор спейсери орқали ҳар 20 минутда 1 соат давомида, кейин сальбутамол ингаляцияси (ёки беродуал) ҳар бир соатда, одатда 2-4 соат давомида клиник симптомлар, НЧЧТ ва  $\text{SaO}_2$  яхшилангангача, кейин сальбутамол ингаляция (ёки беродуал) ҳар 4-6 соатда.
- **Тизимли глюкокортикоидлар.** Преднизолон 90-120 мг ёки бошқа глюкокортикоидларни эквивалент дозаси в/и ёки в/и томчилаб физиологик суюқлик билан бирга юборилади. Зарурат туғилганда тизимли глюкокортикоидларни, тўлиқ ҳолатнинг яхшиланишига қадар, НЧЧТ кўрсаткичининг 70%га етгунча, ҳар 4-6 соатда такрорлаш мумкин.

Қачонки бемор препаратларни ичиш имкониятига эга бўлса, преднизолон 30-60 мг суткасига (0.5-1 мг/кг) 7-10 кун давомида ичишга тавсия қилинади ва кейинчалик бир вақтнинг ўзида тўхтатилиши мумкин. Преднизолоннинг кунлик дозаси бир қабулга ёки икки қабулга бўлиб (эрталаб ва тушлиқда овқатдан кейин) тавсия қилинади.

### Танланган терапия:

Теofilлин астмани даволашда иккинчи қатор препаратларига киради. Агар 6 соат давомида ўтказилган даволашдан самара бўлмаса, унда қўшимча равишда в/и теofilлин эритмаси юборилади. Бошланғич дозаси 5 мг/кг дан ошмайди, в/и секин 30 минут давомида юборилади. *Эҳтиёт бўлинг, чунки унинг терапевтик дозаси деярли токсик таъсирга эга.* Бундан кейин 6-8 соатлик интервал билан теofilлиннинг қувватловчи дозаси (0.5мг/кг/соатига) клиник кўрик ва ЭКГ назоратида амалга оширилади. Суткалик дозаси 720 мг. Агар клиренс пасайтирувчи омиллар мавжуд бўлса: жигар ҳамроҳ касалликлари, юрак етишмовчилиги, эритромицин, ципрофлоксацин қабул қилинганда - теofilлин дозасини 2 мартага камайтириш керак. Агар бемор чекувчи бўлса, бунда препарат дозасини ошириш керак.

Охирги 24 соат давомида бемор теofilлин қабул қилмаган бўлсагина, теofilлин тавсия этилади. Узок таъсир килувчи теofilлинни бемор зўрайиш даврида қабул қилган бўлса, препарат тавсия этилмайди.

**Антибиотиклар** фақат бактериал инфекциялар тасдиқлангандагина (йирингли балғам, иситма, С реактив оксил, Ревмо омил, серомукоидлар миқдорини ўзгариши) тавсия этилади. Суткалик қабул қилинувчи суюқлик миқдори одатда кўп бўлиши мумкин. Юрак етишмовчилиги бор беморлар ва кекса беморларда эҳтиёткорликка амал қилиниши керак. Стационарда ўткир астматик хуружларни бартараф қилгандан кейин (қисқа таъсир килувчи бронхолитик препаратларга суткалик эҳтиёжнинг пасайиши ва НЧЧТ 70% гача кўтарилиши), 2-3 суткадан сўнг ингаляцион глкокортикоидларнинг (Бекламетазон) суткалик дозаси назоратли кечишида ишлатиладиган дозадан 2 баравар кўп миқдорда тавсия қилинади.

Беморлар стационар даволанишда бўлганида, уларга ингаляция ва пикфлоуметрия техникасини ўргатиш лозим.



**Стационар даволанишни тўхтатиш, кейинги олиб бориш тактикаси пульмонолог томонидан аниқланади:**

- Хуружгача НЧЧТ 75%дан кўп керакли кўрсаткичдан.
- НЧЧТ суткалик ўзгарувчанлиги 25% дан кам.
- Тунги симптомлар йўқ.

Бронхиал астма беморлари стационар даволанишдан чиққанда, касалик тарихидан кўчирмада, ҳамма текшириш усуллари: пикфлоуметрия, спирометрия, қон таҳлили, балғам таҳлили, кўкрак қафаси рентгенографияси ва кейинги даволаш тактикаси кўрсатилган бўлиши керак. (24-48 соат давомида онлавий врачга мурожаат қилишлари керак).

**Вилоят касалхонасига юбориш мезонлари**

- Астманинг оғир зўрайиш даври (гапирганда хансираш; НОС>25 нафас/мин; НЧЧТ <50%; пульс>110 марта/мин).
- Респиратор ёрдамга мухтож беморлар, SaO<sub>2</sub> 91%дан кам ва бронходилатацион терапияга резистент ҳолатлар.
- Одатдаги терапевтик дозаларда ўтказилган стероид терапияга резистентлик кузатилган беморлар.
- Астматик статус ривожланиш хавфи мавжуд беморлар.
- Қўшимча диагностик ва даволаш усуллари ўтказилиш зарурияти туғилганда (бронхоскопия, провокацион пробалар).

**БА беморларга тиббий ёрдамни ташкил қилиш**

**Бронхиал астма беморларига тиббий ёрдамни ташкил қилиш ССВнинг** буйруғи «Бронхиал астма беморлари учун тасдиқланган тиббий ёрдам стандарти ҳақида», асосида бажарилади, унда тиббий ёрдам кўрсатиш шартлари, беморлар ёш категорияси, касалликнинг давлари, оғирлик даражалари, ҳамда диагностик ва даволаш чоратадбирлар ҳажми аниқланган.

БА беморларига ёрдам кўрсатишда амбулатор-поликлиник хизмати асосий ролни ўйнайди. Улар ёрдамида БА барвақт ташхисланиши, диспансер кузатуви, профилактикаси, текширишлари ва даволаниш амалга оширилади, шунингдек жойларда БА назорат даражаси таъминланади.

**Умумий амалиёт врачлари қуйидагиларга жавобгар:**

1. Бирламчи мурожаат қилганлардан БА беморларини аниқлаш.
2. Бу беморларга текширишларни ўтказиш (умумий қон ва сийдик таҳлили, умумий балғам таҳлили цитограмма билан, ахлатни паразитларга текшириш, флюорография 2 проекцияда, электрокардиография, пикфлоуметрия/спирография).
3. Беморларни махсус амбулатор-поликлиник муассасаларининг пульмонологларига ва алергологларига диагнозни аниқлаш ва кейинги даволаш тактикаси ва касалликни олиб бориш масаласини ҳал қилиш мақсадида юборилади, бундан ташқари алоҳида ҳолатлар ҳам ўрганилади (режали жарроҳлик амалиётлари, ҳомиладорлик, полипозли синусит, ҳамроҳ касалликлар).
4. БА диагнози қўйилган беморларни диспансер назоратига олиш (ўртача 1 ойга бир марта).
5. Базисли даволашга рецептлар ёзиш.

6. Даволаш режасини бажариш, пикфлоуметр, спейсер, ингалятор, небулайзерларни тўғри ишлатилишини назорат қилиш.
7. Беморларни ингалятор, спейсер, пикфлоуметр, небулайзер ишлатишга ўргатиш.
8. БА зўрайиш даврида базисли даволашни коррекциялаш, зарурат тугилганда кечиктириб бўлмайдиган ёрдамни кўрсатиш, ёрдам самарасиз бўлганда беморни стационарга юбориш лозим.
9. Клиник-эксперт масалалари.

Махсус амбулатор-поликлиник муассасаларида пульмонолог, алерголог ва иммунолог (шаҳар пульмонологик маркази, вилоят клиник ташхислаш маркази, вилоят кўп тармокли тиббиёт маркази) қабуллари ташкил қилинган.

*Уларнинг вазифалари:*

1. Текшириш ва диагнозга аниқлик киритиш мақсадида бирламчи аниқланган беморларга маслаҳат бериш, БА оғирлик даражасини аниқлаш, ҳамда даволаш режасини тузиш ва унинг ҳажмини аниқлаш.
2. Махсус текшириш усулларини ўтказиш учун кўрсатмаларни аниқлаш (фибробронхоскопия, кўкрак қафаси компьютер томографияси, қондаги газлар миқдорини аниқлаш, провокацион пробалар ва спирографияда бронхолитиклар билан тест ўтказиш, специфик IgEни аниқлаш, аллергенлар билан тери пробасини ўтказиш).
3. Беморларга ўзларини бошқаришни ўргатиш, ингалятор, спейсер, пикфлоуметр ва небулайзерларни ишлатиш техникасини ўргатиш.
4. Қайта мурожаат қилганда даволашни мукамаллаштириш.
5. Алоҳида ҳолатларда БА беморларини олиб боришда иштирок этиш, (хомиладорлик, режали жарроҳлик амалиёти ва б.).
6. Беморларни индивидуал ёки астма-мактабларида ўқитиш.
7. Зарурат бўлганда кечиктириб бўлмайдиган ёрдамни кўрсатиш, самара бўлмаганда эса стационарга йўналтириш.
8. Ҳарбий-врачлик комиссияси йўналиши бўйича ҳарбий мажбуриятли шахсларни текширишда қатнашиш.
9. Эксперт хулосасига қатнашиш.

*БА беморларини фақат амбулатор шароитида даволашнинг иложи бўлмаган касалликнинг зўрайиш даврида стационарга ётқизилади. Реабилитация ва тиббий ижтимоий эксперт комиссияси текширишлардан ўтиш мақсадида стационарга ётқизиш фармако-иқтисодиёт нуқтаи назаридан ўзини оқламайди ва беморлар учун шифохона ичи инфекцияларини ривожланиш хавфини оширади.*

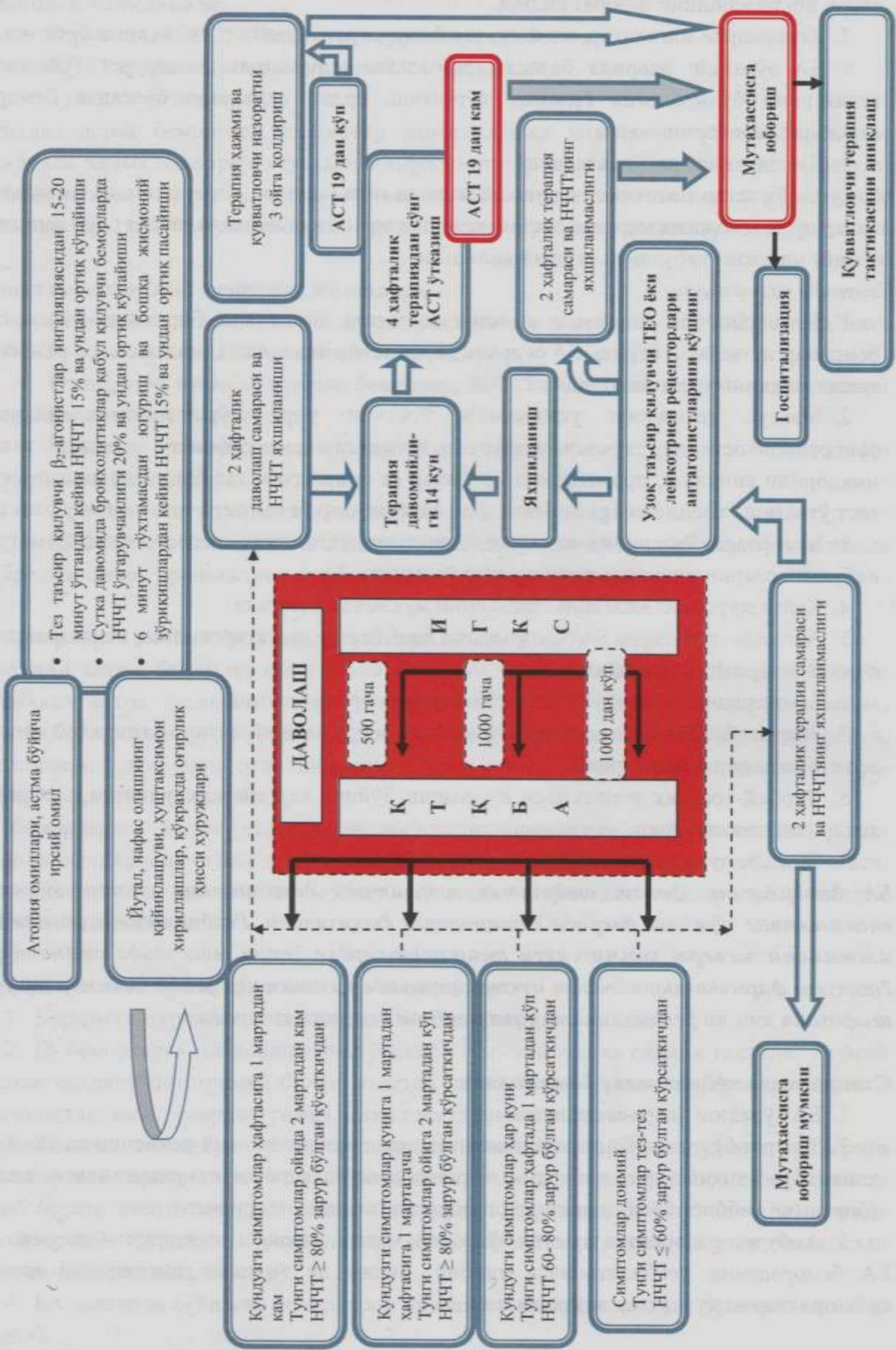
#### **Стационарда қуйидагилар бажарилади**

1. БА зўрайиш даврида даволаш.
  2. Зарурат бўлганда БАни медикаментоз даволашнинг шахсий режасини ва ҳажмини қайта кўриб чиқиб ва уни амбулатор шароитида албатта давом эттиришни тавсия қилиш (бирламчи тиббиёт бўғини врачлари назоратида амалга оширилади).
  3. Амбулатор шароитда мумкин бўлмаган, махсус даволаш усулларини ўтказиш.
- БА беморларини реабилитацияси тиббий, иқлим ва экологик шароитлари мавжуд санаториялар ва курортларда ўтказилади.

**Диспансеризация 3-иловада берилган.**



## БРОНХИАЛ АСТМА БЕМОРЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ АЛГОРИТМИ



## БРОНХОЭКТАТИК КАСАЛЛИКНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

**ХКТ-10: J47.** Бронхоэктатик касаллик.

**Бронхоэктатик касаллик** – ёшлиқдан орттирилган, кўпроқ ўпкани пастки қисмида жойлашган функционал тўлиқ бўлмаган, ортга қайтмас (кенгайган, деформациялашган) ўзгаришларга эга бронхларда жойлашган сурункали йирингли жараён билан характерланувчи сурункали касаллик. Терминологияда бронхоэктазлар ва бронхоэктатик касаллик тушунчаси фаркланади. Бронхоэктаз - бронх деворларининг деструкцияси ёки яллиғланиш туфайли нерв-мушак тонусининг бузилишлари, дистрофияси, склерози ёки бронхларни структур элементларини гипоплазияси каби ҳолатлар натижасида бронхларнинг сегментар кенгайиши. Бронхоэктазлар иккиламчи бўлиши мумкин, булар ўпка абсцесси, қавакли сил, сурункали пневмония, бронхитлардан кейин келиб чиқиши мумкин.

**Эпидемиологияси.** Бронхоэктатик касалликнинг хақиқий тарқалишини баҳолаш кийин, чунки ташхис қўйиш учун махсус инвазив (бронхография) ёки қиммат (компьютер томография) текшириш усуллари талаб қилинади. Маълумотларга кўра бронхоэктатик касалликнинг тарқалиши 1000 аҳолига 1,2 дан 30 гача бўлиши мумкин. Аҳолининг катта гуруҳларидаги клиник-рентгенологик текширишларга асосланган статистик маълумотларга кўра, бронхоэктазлар катталар орасида 0,1-0,13% ва болаларда 0,5-0,6%ни ташкил қилади. Бу гуруҳларни чуқур текширишлар шуни кўрсатдики, бронхоэктазлар орасида цилиндрсимон ва қопчасимон шакллари 36,7-38,7% ташкил этади, шунингдек бронхлар кенгайишининг клиник кўринишлари синчиклаб текширилганда унинг 0,5% аҳолида учраши аниқланди. Бронхоэктазларнинг экологик ноқулай шароитларда яшовчилар орасида ва зарарли одатлари (тамаки чекиш) мавжуд кишиларда кўп кузатилади. Эркаларда бронхоэктазлар аёлларга нисбатан кўп учрайди, уларнинг нисбати 3:1 ташкил қилади.

Ўпкаларда бронхоэктазларнинг жойлашуви объектив қонуниятларга асосланган. Чап томонда 55,1%, ўнг томонда 44,9% беморларда учрайди. Бронхоэктазлар энг кўп чап ўпканинг пастки бўлагиди (94%) жойлашади. Ўнг ўпканинг ҳам пастки бўлагиди бошқа бўлақларга нисбатан (63%) кўпроқ учрайди.

Бир ўпкада тўлиқ тарқалган бронхоэктазлар чап томонлама жойлашуви 64,7%, ўнг томонлама эса 19,2% учрайди. Икки томонлама ўпкаларнинг жароҳатланиши 26,1% беморда учрайди.

**Бронхоэктатик касалликнинг ташхиси** беморларнинг ташқи кўриниши, лаборатор-инструментал текшириш усулларга асосланган, лекин ҳозиргача ўзига яраша кийинчиликлар тугдирди.

*Бошланғич диагностик белгиларга қуйидагилар қиради:*

- Ўткир респиратор касалликларни ўтказгандан сўнг тана ҳароратининг субфебриллигача қолиши.
- Қайталанувчи қуруқ плеврит бир хил жойда.
- Қуруқ ва нам хириллашларнинг маълум бир жойда эшитилиши.
- Бронхлар анатомик жойлашувига, хириллашларнинг тўғри келмаслиги.

Беморларда бронхоэктатик касаллигининг зўрайиш даври гумон қилинадиган бўлса, керакли инструментал текширувларни ўтказиш учун албатта стационарга ётқизиш зарур.

**Диагнознинг клиник мезонлари**

- **Узоқ муддатли йўтал**, бир неча йил давомида кузатилади, кўпроқ эрталаб, уйғонгандан сўнг йирингли нохуш хидли балғам ажралади. Энг кўп балғам эрталаб *уйқудан турганда* ажралади. Енгил йўтал билан балғам «огиз тўлиб» ажралади. Тана маълум бир ҳолатда бўлганда балғам яхшироқ ажралади («позицион дренаж») бундан ташқари бу жараённинг жойлашишига қараб *суткада 50-250 мл гача балғам* ажралади.



Цилиндрик бронхоэктазларда балғам осон ва кўп миқдорда ажралади. Хуруж пайтидаги ҳолатда балғам йирингли ва чириш хиди билан ажралади, бу бронхиал секретни кўп вақт туриб қолганлигидан далолат беради. Ремиссия пайтида балғамни ажралиши хуруж даврига караганда камроқ бўлади. Айрим беморларда ремиссия даврида балғам ажралмаслиги ҳам мумкин.

- **Қон туфлаш** – 50-70% ҳолларда кузатилиб, яллиғланган бронхлар шиллик каватини қонаши натижасидадир. Одатда қон туфлаш касалликнинг хуруж даврида ва кўп жисмоний машқлар бажарганда пайдо бўлади.

- **Ҳансираш** – бронхоэктатик касалликка хос белгидир. У 30-35% беморларда асосан кўп жисмоний ҳаракат қилганда ва ҳамроҳ касалликлардан сурункали обструктив бронхит ва эмфизема бўлганда намон бўлади. Ҳансираш касалликнинг бошланғич даврида беморларни кам безовта қилади ва касаллик ривожланган сари кўпроқ хуруж даврида безовта қилиб боради. Қаттиқ ҳансираш – касалликнинг нохуш белгиси бўлиб, жараёни тарқалганлигига ва авж олиб бораётганидан далолат беради. Астматик ҳолатларга ўхшаш ҳолатлар ҳам кузатилиб, бунда нафас чиқаришнинг кийинлашуви билан кечувчи ҳансираш хуружлари билан намоён бўлади. Бу ҳолат бронхоэктазларда кўп (25%) учрайди, аммо бронхоэктазларга бронхиал астманинг ҳамроҳ бўлиши жуда кам учрайди.

- **Кўкрак қафасида оғрик** – бронхоэктатик касалликка хос ва доимий бўлмаган белги, аммо беморларни тез-тез безовта қилади ва жойлашувига қараб симилловчи характерга эга. Бу ҳолат патологик жараённинг плеврага ўтганлигидан далолат беради ва кўпинча хуруж даврида пайдо бўлади. Нафас олганда оғрикларни кучайиши кузатилади.

- **Иситма** – унчалик юқори бўлмаган нотўғри тури бўлиб, жараёни даражаси ва фазасига боғлиқ.

- **Ҳолсизлик** – меҳнат қобилиятининг пасайиши, кайфият тушиши, бош оғриклари.

**Беморларни текширганда** касалликнинг қуйидаги белгилари аниқланади: жисмоний ривожланишнинг ортда қолиши, бу беморлар ёшлиқдан касал бўлганлиги ва касалликнинг оғир формасига учраганлигидан далолат беради; мушаклар гипотрофияси ва мушак кучини пасайиши, озиб кетиш; бронхоэктатик касалликнинг узок муддат кечганда қўл бармоқлари (камдан-кам оёқ бармоқлари) “барабан таёқчалари”, тирноқлар эса “соат шишаси” каби ўзгариши ҳам мумкин; цианоз - оғир беморларда ўпка ва ўпка-юрак етишмовчиликлари ривожланганда кузатилади; кўкрак қафасини жароҳатланган тарафда нафас олишнинг ортда қолиши кузатилади ва ўпка эмфиземаси ривожланганда - кўкрак қафаси “бочкасимон” шаклда бўлади.

**Перкутор** маълумотлар ноаниқ, ҳамроҳ жараёнларга боғлиқ: ўпка эмфиземаси, пневмосклероз ва плевра томонидан келиб чиқадиган асоратлар.

**Ўпка аускультациясида** дағал нафас фониди, маълум бир ўчоқда паст частотали ҳар хил калибрли (нам) хириллашлар эшитилади. Ремиссия пайтида хириллашлар бўлмаслиги мумкин. Бронхообструктив синдром ривожланганда (иккиламчи обструктив бронхит) нафас чиқариш узайиши мумкин, кўп қуруқ паст ва баланд тонли хириллашлар “пулемёт тариллаши” эшитилади. Йўталиб балғам чиқаргандан сўнг хириллашлар камаяди.

Бу белгилар кучайиб боручи ҳансираш, жисмоний машққа толерантликнинг пасайиши каби симптомлар билан бирга намоён бўлади.

#### **Лаборатор усуллар**

- **Умумий қон таҳлили** - касаллик зўрайганда лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга сурилиши, ЭЧТ кўтарилиши кузатилади. Шунинг таъкидлаб ўтиш керакки қуйидаги ўзгаришлар перифокал пневмонияда ҳам ривожланиши мумкин. Узок муддат кечувчи бронхоэктатик касаллигида гипохром ёки нормахром анемия кузатилади.



- **Умумий сийдик таҳлили** - ўзгаришсиз. Оксилнинг пайдо бўлиши - нохуш белги бўлиб, буйракларни шикастланганлигини билдиради. Сийдикни зичлигига аҳамият бериш зарур, керак бўлганда Зимницкий ва Нечипоренко синамасини ўтказиш зарур. Буйракларда амилоидоз ривожланганда протеинурия ва цилиндрурия кузатилади.

- **Балғам текширувида:** йирингли; тиндирилганда – икки ёки уч қаватга бўлинади; микроскопияда - балғамда кўп миқдорда нейтрофиллар, эластик толалар, фибрин “қолдиқлари”, ҳамда эритроцитлар учраши мумкин. Сил таёқчасига микроскопик усулда икки марта текшириш зарур.

### **Инструментал усуллар**

- Спирометрия усули обструкция даражаси ва даволаш самарадорлигини аниқлашда ёрдам беради. ЖНЧХ1ни ва Тиффно индексини (ЖНЧХ1/ЖУТС) аниқлашда ёрдам беради. Агарда спирометрияни ўтказишнинг иложи бўлмаса, ЖНЧХ1 ўрнига, НЧЧТ ни пикфлоуметрияга қараб белгилаш мумкин. ЖНЧХ1 бронхиал ўтувчанлик ҳолатини кузатишга ва ўзгарувчанлигини аниқлашга ёрдам беради. Бронхиал обструкция агарда ўтказилаётган давога қарамай, бир йил ичида 3 марта қайд қилинса сурункали деб аталади.

- Пикфлоуметрия - нафас чиқариш чўкки тезлиги (НЧЧТ). Қўлланилиши ва техникаси 1- иловада кўрсатилган.

- Бронходилатацион синама дифференциал ташхислаш учун қўлланилади. Пикфлоуметрия буйича сальбутамол (қисқа муддатли  $\beta_2$ -агонист) 2-4 доза ингалициядан кейин, НЧЧТ 30 минутдан ўтгандан сўнг олдинги даражага қараганда 20% (60 л/мин) дан кам ошиши, манфий бронходилатацион синама деб саналади ва қайтмас бронхиал обструкция деб ҳужжатлаштирилади.

Ҳисоб формуласи:  $(\text{НЧЧТ ингалициядан сўнг} - \text{НЧЧТ ингалициядан олдин}) / 0,5 (\text{НЧЧТ ингалициядан сўнг} + \text{НЧЧТ ингалициядан олдин}) \times 100\%$ .

### **Ташхис мезонлари**

Бронхоэктатик кассаллиги ташхисини қўйишда қуйидаги белгилар муҳим аҳамиятга эга:

- Анамнезида (ёшлигидан) узок муддат давомида эрталабки йўтал, кўп миқдорда йирингли балғам ажралиши “оғиз тўлиб”; балғам танани маълум бир ҳолат жойлашувида яхшироқ ажралиши; баъзан қон туфлаш, умумий ҳолсизлик, анорексия, иситма.

- Касалликнинг бошланиши ўтказилган пневмония ёки ўткир респиратор инфекцион касалликлар билан боғлиқлиги; ўпкадаги яллиғланиш жараёнининг айнан бир жойда қайталаниши (пневмония), болаларни жисмоний ва жинсий ривожланишдан ортда қолиши, гипотрофия ҳолати, қўл бармоқларининг «барабан таёқчаси» ва тирноқларнинг “соат шишаси” шаклида ўзгариши.

- Жароҳатланган тамонда ўпка ҳаракатининг ортда қолиши; аускультатив дағал нафас ва перкутор товушни тумтоқланиши. Жароҳат ўчоғида қатта ва ўрта пуфакли хириллашлар.

- Касалликнинг ремисия даврида ўчоғда нам хириллашлар сақланиши.

- Лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши ва ЭЧТ кўтарилиши (хуруж даврида), анемия белгилари.

- Балғамда кўп миқдорда нейтрофиллар, эластик толалар, эритроцитлар учраши мумкин.

### **Классификация**

Клиник амалиётда кўпроқ А. Я. Цигельник таснифи қўлланилади.

1. Касаллик формаси: а) енгил (бронхитик), б) яққол намоён бўлган, в) оғир, г) қуруқ қонайдиган.

2. Эктазия шакллари (бронхография): цилиндрик, қопчасимон, кистасимон, аралаш.

3. Бир ва икки томонлама.

4. Сегмент бўйича жойлашиши.



5. Касалликнинг кечиши: а) зўрайиш/ремиссия, б) ривожланувчи (хуружлар сони ва давомийлиги).

6. Асоратлар: а) ўпка ва юрак етишмовчилиги (даражалари), б) амилоидоз (даражалари), в) ўпка эмфиземаси, диффуз пневмосклероз) бошқалар.

7. Ҳамроҳ касалликлар: синусит, тонзиллит ва бошқалар.

**БЭЖ энгил формасида йилига** 1-2 марта зўрайишлар кузатилади. Умумий интоксикация белгилари кузатилмайди. ТВИ > 21. Озиб кетиш, мушаклар гипотрофияси ва мушак кучини пасайиши бўлмайди. НЧЧТ  $\geq 70\%$ . Узок ремиссия, ремиссия пайтида беморлар ўзларини яхши хис қилади ва жисмоний фаолияти тўлиқ сақланади.

**БЭЖ якқол намоен бўлиш фазасида** – зўрайишлар тез-тез ва узок муддатли (зўрайишлар 2-3 марта йилига 40-60 кундан ёки 4-6 марта йилига 10-15 кундан. Суткада 50-100 мл балғам ажралади. Умумий интоксикация симптомлари энгил даражада. ТВИ  $\leq 21$ . Зўрайишлар ва қон туфлашларнинг кўшилиб келиш мойиллиги ошади. Ремиссия фазасида йўтал давом этади, балғам ҳар доим чиқади. Нафас функциясини камроқ бузилишлари (НЧЧТ 50% кўпроқ), жисмоний зўриқишга чидамлик ва меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиши (респиратор дискомфорт тинч пайтида бўлмайди, лекин нормал жисмоний фаолликда ҳансирашни келтириб чиқаради, ҳолсизлик, кўкрак қафасида оғрик ёки хушдан кетишдан олдинги ҳолат) кузатилади.

**БЭЖ оғир формаси** тез-тез учрайдиган ва узок муддатли зўрайишлар (5-6 марта бир йил давомида), кўп қон туфлашлар (суткада 100 мл кўпроқ қон йўқотиш), тана ҳароратини кўтарилиши билан кечадиган, 200 мл кўпроқ балғам ажралаши, кўп ҳолларда нохуш хидли балғам кузатилади. Беморлар меҳнат қилиш қобилиятини йўқотади. (бир оз зўриқишда ҳансираш кучаяди, ҳолсизлик пайдо бўлади, кўкрак қафасида оғрик пайдо бўлади, ёки хушдан кетишдан олдинги ҳолатлар кузатилади). ТВИ  $\leq 19$ . НЧЧТ < 50%. Ремиссиялар қисқа, узок муддатли даводан кейин кузатилади. Беморлар ремиссиядан сўнг ишга яроқсиз бўлиб қолишади. Бронхоэктатик касалликларнинг асоратли формасида, оғир формага ҳос белгиларга турли асоратлар қўшилади: *cor pulmonale*, ўпка-юрак етишмовчилиги, буйрак амилоидози, миокардиодиострофия, қон туфлаш ва бошқалар.

### **БЭЖ билан касалланган беморларни ҚВП шароитида даволаш**

#### **ҚВП шароитида даволаш принциплари**

Бронхоэктатик касалликда ўпкада қайтмас ўзгаришлар содир бўлиб, касалликнинг кечиши аҳволни ёмонлашиши ва оғир асоратли бузилишлар билан ифодаланиб, оқибатда чуқур ногиронлик ва барвақт ўлимга олиб келади, бунинг асосий даволаш йўли жаррохликдир.

БЭЖ консерватив даволаш, давомли, паллиатив, кўп ҳолларда умрбод кечадиган жараёндр. Касалликнинг ремиссия пайтида ва энгил зўрайиш даврида ва оғир бўлмаган даврда интоксикацион синдром кучаймаган ҳолларда амбулатор шароитда ўтказилади.

#### **Даволашнинг асосий компонентлари**

1. Беморни ўргатиш.
2. Хавфли омилларни бартараф этиш (чекишни ташлаш) ва касаллик зўрайиши олдини олиш, гриппга ва пневмококка қарши эмлаш.
3. Зўрайиш даври фармакотерапияси:
  - Бронхолитик дорилар.
  - Муколитик дорилар.
  - Антибактериал дорилар (инфекцион зўрайишда).



## **Беморларни ўргатиш**

Беморларни овқатланишига ва ўзини тутишига жуда катта эътибор қаратилади. Чекмаслик, спиртли ичимликлар истемол қилмаслик, чанг ва совуқ қотиш ҳолатларни олдини олиш лозим. Беморларга оксилга бой овқатларни, кўшимча равишда гўшт, балиқ, творогни истеъмол қилишлари тавсия қилинади. Овқат витаминга бой бўлиши зарур (мева, сабзавотлар, сироплар, соклар). Даволаш жараёни албатта юқори нафас йўллари ва оғиз бўшлиғи (тишлар) санациясини ўз ичига олиши керак. Беморлар кундалик тартибга қаттиқ эътибор бериб, нафас гимнастикаси ва постурал дренажни бажаришлари, дозаланган жисмоний машқ қилишлари зарур.

Беморлар бронхиал гигиена “бронхлар туалетига” ўргатилишлари зарур, фаол нафас техникасига, постурал (позицион) дренаж ва мануал перкуссия ва вибрацияга ўргатилишлари керак.

### **Актив нафас техникаси қўидаги кетма-кетлик комбинациялар билан вужудга келади:**

**Постурал дренаж.** Суткада 30 мл кўпроқ балғам бўлган беморларга тавсия этилади. Ундан 30 минут олдин бронхолитик препаратлар ва балғамни кўчирадиган дорилар қабул қилиш зарур. Позицион дренажни бронхоэктазларни жойлашувига қараб ўтказилади. Дренаж ҳолати аксарият ҳолларда горизонтал ҳолатда кўкрак қафасини 20-30 градусга тушириб бажарилади. Базал бронхоэктазларда бронхлардаги секретни олиб ташлаш учун оёқ томонини кўтариб ва танани каравотни бурчагидан тушириш зарур. Агарда бронхоэктазлар IV и V сегментларда жойлашган бўлса, беморни орқага ётқизиб, каравотни олдинги қисми пастга туширилади, жароҳатланган томоннинг тагига ёстиқ қўйилади. Постурал дренажни суткада 2 мартадан кам бажарилмайди (эрталаб уйқудан сўнг ва кечқурун уйқудан олдин). Бемор ўзи хоҳлаган ҳолатда ётади. Ҳар бир позицияда 5-15 минут туради. Дренажни кунига 2 марта, зўрайиш даврида 4 мартагача бажариш зарур бўлади.

**Мануал перкуссия ва вибрацион укалалаш.** Бу балғамни ажралишини ва унинг катта бронхларга қараб ҳаракатланишини яхшилади. Бошланишида тўққилатиб урилади, кейин эса вибрацион укаланади, вибрация 1 минут давомида бажарилади. Тўққилатиб уриш қафт орқали факат қовурғаларга урилади. Бунда бемор ўтирган ҳолда ва 45 градусга эгилади. Бу жараён 1 минут давомида амалга оширилади.

### **Амбулатор шароитда БЭЖ зўрайиш даври бўлмаганда ва оғир интоксикация синдромларисиз кечувчи оғир бўлмаган зўрайиш даврида даволаш**

БЭЖ билан касалланган беморларга баҳор келишидан олдин ва кузнинг охирларида эндобронхиал санация ўтказилади, бу санация постурал дренаж, ингалицион ва муколитик терапияни ўз ичига олади. Санация курси асосан 10-14 кунни ташкил қилади.

*Муколитик дори воситалари:* ацетилцистеин ичишга 400-600 мг/сут 2га бўлиб қабул қилинади; азрол терапия учун небулайзерда 3-9 мл 10% ацетилцистеин, асбобнинг таксимловчи клапани орқали эритманинг 10% 6 мл эритмасидан фойдаланилади, ингалициянинг давомийлиги 15-20 минутдан суткада 2-4 марта ишлатилади.

Амброксол 0,03 г 3 марта суткасига ичишга ёки 2мл небулайзер орқали ёки бромгексин ичишга 8-16 мг 3 марта суткастига.

Бронхообструктив синдром мавжуд бўлганда - аминофиллин 0,15 г 2-3 марта суткасига ичишга ёки узоқ таъсир қилувчи теофиллин 350 мг 2 марта суткасига ёки салбутамол (ДАН) 100 мкг 2 дозадан суткасига 3 мартадан кўп эмас (заруратга қараб) ёки ипратропия бромид/фенотерол ДАИ ёки небулайзер орқали.

Носпецифик яллиғланишга қарши фитотерапияга қўидагилар ишлатилади: кора маржон (бузина) гули (Flor. Sambuci 30,0), икки уяли ачички барги (Fol. Urticae dioicae 30,0), петрушка илдизи (Rad. Petroselinii 30,0), ива пўстлоғи (Cort. Salicis 30,0). Настойка кунига 1-2 стакандан қабул қилинади. Эвкалипт настойкаси (Tinctura Eucalypti) 25-30 томчидан овқатдан олдин 3-4 марта қабул қилинади.

Йирингли балғамнинг пайдо бўлиши ёки унинг ажралишининг кучайиши, унинг миқдорининг кўпайиши, тана ҳароратининг кўтарилиши зўрайиш даврининг бошланғич



симтомлари бўлиб антибактериал терапияни бошлашга кўрсатма бўлади: амоксициллин 0,5г 3 марта суткасига/ёки азитромицин 0,5г 1 марта суткасига, ёки левофлоксацин 0,5г 1 марта. Даволаш курси 7-10 кун. Яллигланишга қарши дори воситаларни ҳам қабул қилиниши мумкин – Инспиرون (фенспирид) 80 мг 2 марта суткасига. Даволаш курси 3 ҳафта.

### **БЭК зўрайиш даврининг даволаш самарадорлиги мезонлари**

- Зўрайиш даври белгиларининг бартараф этилиши.
- Клиник кўринишлари ва бемор аҳволининг стабилланиши.
- Тана вазни индекси кўрсаткичларининг (21 дан ортиқ) стабилланиши ва сақланиб қолиши.

### **КТМП мутахассисларига юбориш мезонлари**

- Бронхоэктатик касаллик ташҳиси аниқ эмас ёки даргумон (ўткир респиратор касалликлар ўтказилгандан кейин субфебрил тана ҳароратининг сақланиб қолиши; нам ва курук хириллашларининг айнан бир жойда учраши; хириллашларнинг калибри бронхлар анатомик жойлашувига тўғри келмаслиги, кон туфлаш ҳолатлари).
- Ўтказилган терапия фонида БЭК зўрайиш даври симптомларининг бартараф этилмаслиги.
- Зўрайиш даврининг ҳар қандай оғирлик даражасида ва БЭК оғир шаклида ва касалликнинг асоратланган кечишида.
- БЭК билан касалланган беморларда нормал жиёмоний фаолликда ҳансираш пайдо бўлиши, ёки астматик компонент кузатилганда, ёхуд НЧЧТ 50% кам бўлганда, ёхуд чуқур анемия белгилари, ёки барқарор протеинурия бўлганда.
- БЭК билан касалланган беморларда зўрайиш даврининг оғирлик даражасидан қатъий назар тана вазни индекси  $19 \text{ кг/м}^2$  дан кам бўлса ёки тана вазни дефицити 15%дан кўп бўлса.
- Тор мутахассислар маслаҳати ва кўшимча текшириш усулларини ўтказиш зарур бўлганда (кўкрак қафаси рентгенографияси, компьютер томографияси, фибробронхоскопия, тўлик ташқи нафас функцияси, пульсоксиметрия, 6 минутлик юриш тести).
- Гриппга эмлаш ўтказиш масаласини ҳал қилиш.
- Меҳнат қилиш қобилияти даражасининг пасайиши, %.

### **КТМП шароитида БЭК билан касалланган беморларни пульмонолог томонидан олиб бориш**

#### **КТМП шароитида ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текширишлар)**

- Умумий кон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Грам бўйича балғам суртмасини бўяш.
- Сил таёқчасини аниқлаш учун балғам бактериоскопияси (2 марта).
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Ташқи нафас функциясини тўлиқ ва бронходилятацион тестлар ёрдамида текшириш (спирография).
- Пульсоксиметрия: НЧЧТ 50%дан кам беморлар, тинч турганда ҳансираш мавжуд беморлар, шунингдек касалликнинг зўрайиш даврида.
- Электрокардиография НЧЧТ 50%дан кам бўлган беморларга, ҳамда ўпка-юрак ва ритм бузилишларининг клиник белгилари мавжуд бўлганда.
- Махсус текшириш усуллари ўтказишга кўрсатмаларни аниқлашда (фибробронхоскопия, кўкрак қафаси аъзолари компьютер томографияси, пульсоксиметрия, спирографияда бронхолитиклар ёрдамида тест ўтказиш, 6 минутлик юриш тести).
- Меҳнат қилиш қобилиятининг пасайиш даражасини аниқлаш, %.

**Мутахассиснинг даволаш мезонлари** зўрайиш даврининг амбулатор шароитда самарасиз даволанганлиги ва касалликнинг оғирлик даражасини эътиборга олган ҳолда бронхолитик ва антимикроб терапияни мукаммаллаштиришни кадамба-қадам тактикасини аниқлаш.



Мутахассис бошчилигида беморлар нафас техникаси ва уни танлаш, ҳамда энг кўп самарали секрет клиренс усулини қўллаб кўриши керак (постурал дренаж, кўкрак қафаси перкуссияси, нафас чиқаришда мусбат босимни таъминловчи қулай вазият) ва аутоген дренаж (секретни периферик нафас йўлларида марказий нафас йўлларига ўтказишни таъминловчи нафас техникаси).

Комплекс консерватив даволашнинг асосий йўналиши бу бронхларнинг назотрахеал катетер орқали фаол санацияси ҳисобланади (постурал дренаж усули қўлланилган ҳолда), эндотрахеал дориларни ҳикилдок шприци ёрдамида юборилади ёки азрол терапия йўли билан амалга оширилади. Эндобронхиал даволашда антибактериал препаратлардан ташқари диоксидин 10 мл 1% ли эритмаси, фурацилин 10 мл - 1:1000, фурагин, табиий таёрланган антисептик воситалар ҳам ишлатилади (хлорофиллинг). Касалликнинг зўрайиш даврида дренажни кўп мартаба такрорлаш керак, унда бронхларни тўлик тозалашга ҳаракат қилиш керак. Дренаж самарали бўлиши учун балғам кўчирувчи ва муколитик препаратларни тавсия қилинса дренаж самараси яна кучаяди, бунда асосан ноферментатив муколитиклар тавсия қилинади: *Ацетилцистеин* мукоз хужайраларига қўзғатувчи таъсир қилиб, кон лахталари ва фибринни эритиш хусусиятига эга секрет ишлаб чиқишига сабаб бўлади. Кўпинча ингаляция ёки интратрахеал секин инстиляция қилинади. Даволовчи бронхоскопиясида бронхларни ювишда унинг 5-10% эритмаси ишлатилади. Ацетилцистеинни ичишга ҳам буюриш мумкин, чунки у нафакат бронх деворидан, балки меъда ичак трактидан ҳам яхши сўрилади.

**Зўрайиш даврида антибактериал терапия.** Балғамни бактериологик текшириш натижалари олингунига қадар қуйидагилар тавсия қилинади: химояланган аминопенициллинлар - амоксициллин / клавулонат кислотаси 0,625 г ичишга ҳар 8 соатда ёки 1000 мг 2 марта суткасига; левофлоксацин 500 мг 1 марта суткасига; моксифлоксацин 400 мг 1 марта суткасига ( $\beta$ -лактамлар ва макролидлардан самара бўлмаганда ёки уларга аллергия бўлганда) ва 2-катор цефалоспоринлар цефуроксим 750 мг ичишга ҳар 12 соатда.

Агар балғамни экишда *Pseudomonas aeruginosa* аниқланса, фторхинолонлар (ципрофлоксацин 0,75г 2 марта суткасига) ичишга, аминогликозидлар (амикацин 10-15 мг/кг суткасига, гентамицин 2,4-3,2 мг/кг суткасига, тобрамицин 2-5 мг/кг суткасига) ёки 4 – катор цефалоспоринлар - цефтазидим 2,0 г суткасига парентерал йўл орқали юборилади. Доимий йирингли балғам ажралиши билан кечувчи касалликнинг оғир кечишида химояланган аминопенициллинлар ва макролидларнинг узок курси тавсия қилинади.

#### **ТМШ терапия бўлимларига юбориш мезонлари**

- Амбулатор шароитда 3 – ҳафтадан ортиқ ўтказилган даволаш фонида БЭК зўрайиш даври симптомларининг бартараф этилмаслиги.
- Енгил ва ўрта даражадаги умумий интоксикация симптомлари мавжуд БЭКнинг зўрайиш даври ва унинг кон туфлашга, ўпкадан кон кетишига, вентилицион бузилишларга (ЖНЧХ1 50% дан кам;  $\dot{V}TC < \text{ЖНЧХ1 } 50\%$  дан кам;  $\dot{V}TC < 50\%$ ; SaO<sub>2</sub> 90-94%; ТВИ  $\leq 19$ , тана вазни дефицити 10%дан кам) мойиллиги.

#### **ТМШ терапия бўлимларида БЭК билан касалланган беморларни олиб бориш**

#### **ТМШ шароитида ўтказиладиган диагностик чора-тадбирлар (умумий кўрик, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари)**

- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси 2 та проекцияда (тўғри ва ён).
- Пульсоксиметрия ҳамма беморлар учун ва қондаги газлар микдори (имконият даражасида).
- Электрокардиография.
- Ташқи нафас функциясини текшириш (кўрсатма бўйича).



- Умумий қон таҳлили.
- Умумий балғам таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Зимницкий ва Ничепоренко буйича текшириш (кўрсатма бўйича).
- Грам бўйича балғам суртмасини бўяш (кўрсатма бўйича).
- Балғамни културага экиш ва антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш (эмпирик антибиотикотерапиянинг самарасизлиги кузатилганда).
- Қоннинг биокимёвий текширувлари: умумий оқсил ва унинг фракциялари, серомукоидлар, сиал кислотаси, фибрин, гаптоглобин, мочевина, креатинин.

### **ТМШ терапия бўлимларида даволаш принциплари**

1. Беморларни ўқитиш.
2. Беморларга стационар даволаниш пайтида чекишга рухсат бермаслик.
3. Медикаментоз даволаш.

БЭЖ билан касалланган беморлар мукамал оқсилга бой овқатларни, қўшимча равишда гўшт, балик, творогни истеъмол қилишлари тавсия қилинади. Овқат витаминга бой бўлиши зарур (мева, сабзавотлар, сироплар, соклар ва бош.).

Мутахассис бошчилигида беморлар нафас техникаси ва уни танлаш, ҳамда энг кўп самарали секрет клиренс усулини қўллаб кўриши керак (постурал дренаж, кўкрак қафаси перкуссияси, нафас чиқаришда мусбат босимни таъминловчи қулай вазият) ва аутоген дренаж (секретни периферик нафас йўлларида марказий нафас йўлларида ўтказишни таъминловчи нафас техникаси).

**Антибактериал терапия.** Цефалоспоринлар: цефоперазон/сульбактам в/и 2-4 г 2 марта суткасига ёки цефепим 1-2г 2 марта суткасига в/и. Самараси бўлмаганда – левофлоксацин 0,75 г в/и 1 марта суткасига ёки моксифлоксацин 0,4 г 1 марта суткасига в/и.

**Яллиғланишга қарши терапия:** Фенспирид 80 мг - 2 марта суткасига 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача.

**Мукорегуляторлар ва бронхолитиклар:** амброксол 30 мг ичишга 2-3 марта суткасига, сальбутамол (ДАИ) 100 мкг 2 дозадан суткасига 3 мартадан кўп эмас, ёки ипратропия бромид /фенотерол небулайзер орқали.

**Бронхосанация терапияси:** бронхоэктазларни ёки жароҳатланган бронхларни дренажлашнинг фаол усуллари ёрдамида энг яхши самарага эришилади: трахея ва бронхларни микродренажлаш (тери орқали микротрахеостома), бронх дарахти лаважи, рентген назорати остида эндобронхиал йўналтирилган катетеризацияда бронхлардаги патологик суюқликлар аспирация қилиниб, кейин дори воситалари юборилади.

Эндобронхиал даволашда антибактериал препаратлардан ташқари диоксидин 10 мл 1% ли эритмаси, фурацилин 10 мл - 1:1000, фурагин, табиий таёрланган антисептик воситалар ҳам ишлатилади (хлорофиллипт). Касалликнинг зўрайиш даврида дренажни кўп мартаба такрорлаш керак, унда бронхларни тўлик тозалашга ҳаракат қилиш керак. Давомийлиги 10-14 кун.

### **Постурал дренаж**

БЭЖнинг зўрайиш даврида стационарда даволаш доимо талаб қилади:

- Суюқлик баланси ва овқатланишни назорат қилиш.
- Ҳамроҳ касалликларни даволаш (нафас етишмовчилиги, юрак етишмовчилиги, аритмиялар).
- Бемор аҳволини назорат қилиш.



### Стационардан чиқариш мезонлари

- зўрайиш даври белгиларининг бартараф этилиши;
- беморнинг клиник, респиратор ва гемодинамик кўрсаткичларини стабиллаштириши;
- бемор фаоллигининг кўтарилиши;
- беморда 12-24 соат давомида клиник симптомларнинг стабиллашуви;
- 12-24 соат давомида қондаги газлар миқдори / сатурациянинг стабиллашуви;
- 5 сутка давомида гемостатик стабиллик;
- уй шароитида қараш ва назорат қилишни ташкил этилиши.

### Вилоят касалхонасига юбориш мезонлари

- Тор доирадаги мутахассислар маслаҳати ва кўшимча диагностик текширувлар талаб қилинганда - компьютер томографияси, фибробронхоскопия, санацион фибробронхоскопия, ташқи нафас функциясини тўлиқ текшириш, серологик текширишлар ва *Aspergillus spp.ga* балгамни экиш, тердаги хлор миқдорини аниқлаш, иммуноглобулинлар миқдорини аниқлаш, сперматозоидлар ва бурун ёки бронхлар киприкчалари структураси ва ҳаракатчанлигини баҳолаш.

- БЭЖ билан касалланган беморларнинг зўрайиш даврида, анамнезида ёки ҳозирги зўрайиш даврида кўп миқдорда қон туфлаш (100 мл дан ортиқ), ўпкадан қон кетишлар, буйрак амилоидози ва унинг етишмовчилигининг ривожланиши;  $JHCH_1 < 50\%$  зарур бўлгандан;  $\dot{V}TC < 30\%$ ;  $SAO_2$  90-94%; ўпка-юрак белгилари кузатилганда. Рентгенологик ўзгаришларнинг бўлиши: ўпка суратининг катакчасимон ўзгариши (аксарият ҳолларда ўпканинг пастки сегментларида) + ўпка илдизи жойлашувининг ўзгариши, ўпканинг бужмайиши ёки ателектази натижасида жароҳатланган бўлак ҳажмининг қисқарганлиги туфайли юракнинг жароҳатланган томонга силжиши.

- Оғир интоксикация билан кузатиладиган, сўнмайдиган зўрайиш даври (bronхоген сепсис, септикемия); ўпкадан қон кетишлар тез-тез учраши, буйрак амилоидози ва унинг етишмовчилигининг ривожланиши,  $JHCH_1 < 50\%$  зарур бўлгандан;  $\dot{V}TC < 30\%$ ;  $SAO_2 \leq 90\%$ .  $SAO_2$  90%дан кам, гипоксемия гиперкапния билан, ҳансираш минимал жисмоний фаоликда ёки тинч ўтирганда. Жараённинг ҳар иккала томонга тарқалиши. Рентгенологик: юқорида келтирилганлар + ингичка деворли суюқлик сатҳи бор бўлган кистасимон бўшлиқлар, (қопчасимон ва кистасимон ўрта бўлак бронхэктазларида жуда ривожланган бўлади).

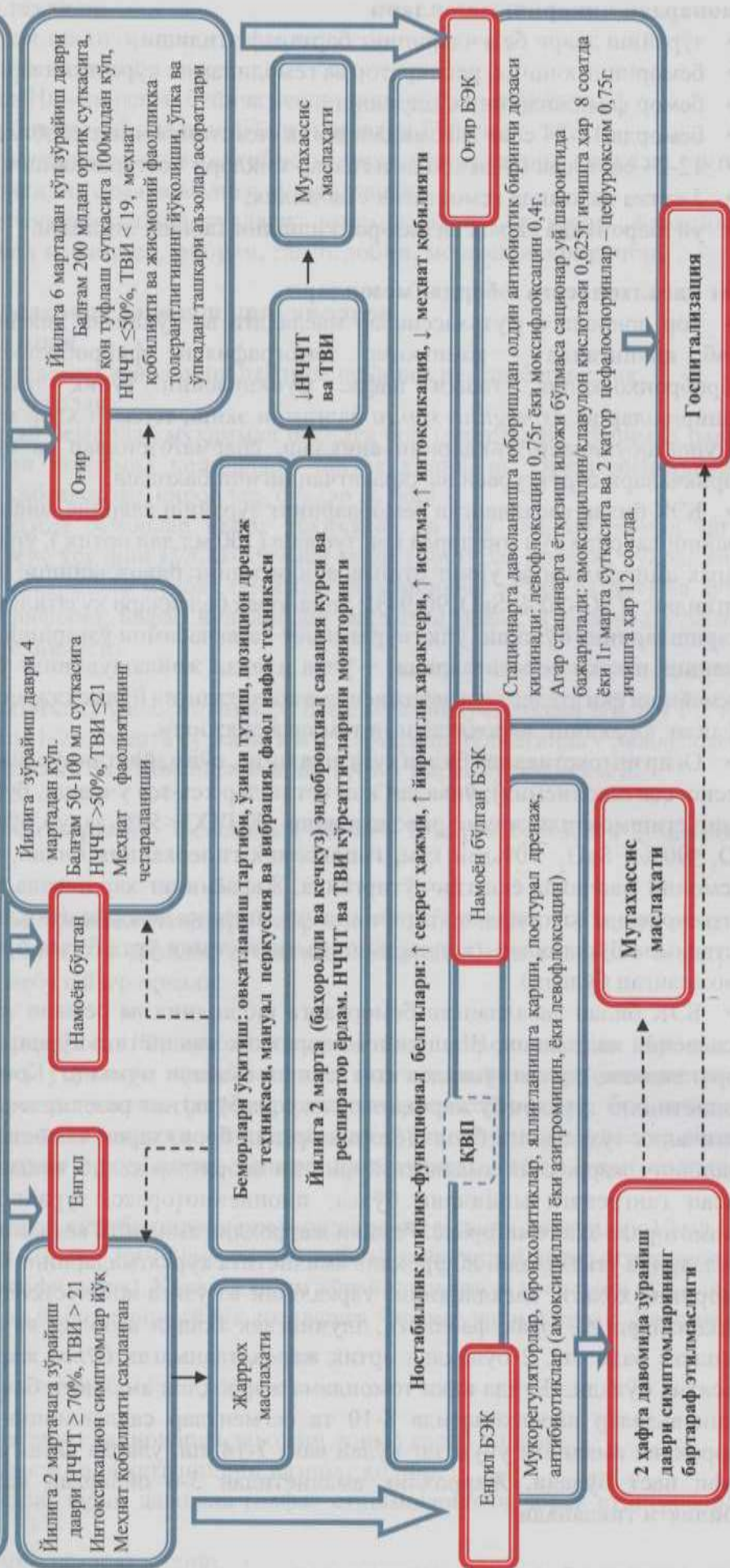
- БЭЖ билан касалланган беморларга шошилиш ва режали жарроҳлик амалиёти масаласини ҳал қилиш. Шошилиш жарроҳлик амалиётига кўрсатма, бу касалликнинг асоратланиши, одатда ўпкадан қон кетиши бўлиши мумкин. Қон кетишда жарроҳлик амалиётининг турлари бу жарроҳатланган ўпка бўлагини резекциясидир. Қон кетишнинг вақтичалик тўхтатишга бронхоскопия орқали бронхларни тампонада қилиш. Яна бир шошилиш жарроҳлик амалиёти йирингли асоратлар келиб чиққанда: ўткир абсцесс, асосан гангренага мойиллик бўлса; пиопневмоторакс, зурайиб борувчи спонтан пневмоторакс ёки гемоторакс. Режали жарроҳлик амалиёти касалликнинг чегараланган шаклларида ўтказилади. Жарроҳлик амалиётига кўрсатмаларнинг асосий мезонлари бу беморнинг ҳолати, касалликнинг тарқалиши ва ўзига хос хусусиятлари, ташқи нафас функциялари ва юрак фаолияти, шунингдек бошқа аъзолар ва тизимлар ҳолатини комплекс баҳолаш. 2 бўлакдан ортиқ жарроҳатланмаган бўлса жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлади. Бунда икки томонлама жарроҳлик амалиёти бажарилса ҳам бўлади, лекин аъзолар паренхимасида 8-10 та сегментлар сақланишини таъминлаш зарур. Жарроҳлик амалиёти учун энг қулай вақт 7-14 ёш, уларда касалликнинг қайталаниш хавфи паст бўлади. Жарроҳлик амалиётидан 3-6 ойлardan кейин меҳнат қилиш қобилияти тикланади.

**Диспансеризация 3-иловада келтирилган.**



## БРОНХОЭКТАТИК КАСАЛЛИК БИЛАН КАСАЛДАНГАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ АЛГОРИТМИ

**Ташхис мезонлари:** узок (асосан ёшликдан) доимий йўтал асосан эрталаб, кўп миқдорда йирингли балғам ажралиши, «огиз тўлиб»; кон туфлаш; умумий ҳолсизлик, анорексия, таъа ҳароратининг ошиши; касалликнинг бошланиши ўтказилган пневмонияга ва ўткир респиратор инфекцияларга боғлиқлиги; болаларнинг жисмоний ўсишдан ортда қолиши, гипотрофия; кўл бармоқларининг ўзгариши «барабан таёқчаси» ва тишлоқларнинг «соат ойнаси» шаклига ўхшаши; жароҳатланган томонда ўпка ҳаракатининг чегараланиши, перкуттор товушнинг тумтоқланиши; аускультацияда дағал нафас ва катта, кичик пуфакли хириллашлар жароҳатланган ўчоғида кузатилади; касалликнинг ремиссия даврида нам хириллашлар ўчоғи сакланиб қолади; лейкоцитоз, лейкоциттар формуланинг чағга силжиши ва ЭЧТ ортиши (зўрайиш даврида, анемия белгиси, нейтрофиллар миқдорининг балғамда кўплиги, эластик тодалар, эритроцитлар ҳам учраши мумкин).



## Пикфлоуметрияни қўллаш усули ва техникаси

- Ўпка фунуциясини текшириш бронх йўлларидаги обструкцияни аниқлайди ва касалликни кечиш жараёнини кузатишга ёрдам беради.
- Бронхиал обструкция даражасини аниқлаш учун иккита усул қўлланилади. Пикфлоуметр ёрдамида нафас чиқаришнинг чўкки тезлиги аниқланади, спирометр ёрдамида – жадаллашган нафас чиқариш ҳажмининг биринчи секунддаги миқдорини (ЖНЧХ1) ва у билан боғланган жадаллашган ўпканинг тириклик сиғимини ҳам аниқласа бўлади. Ўпка функциясини аниқ ўлчанилиши, беморнинг ҳаракатига ва тўғри техника қўлланилишига боғлиқ.
- Спирометр ва пикфлоуметрларни турлари кўп, лекин қўллаш техникалари ҳаммаси учун бир хил. Пикфлоуметрни қўллаш қоидаси қуйдагича:
  1. Бемор ўрнидан туради ва пикфлоуметрни шундай ушлайдики, кўрсаткич ҳаракатига ҳалакит бериш керак эмас; кўрсаткич шкалани бошида эканлигига ишонч ҳосил қилиш керак.
  2. Бемор чуқур нафас олади, мундштукни оғзига олиб лаблар билан маҳкам ушлайди, юкори куч ва тезлик билан нафасни чиқаради, бунда мундштук тешигини тил билан ёпиш керак эмас.
  3. Кўрсаткич олдинги ҳолатга қайтади.
  4. Ушбу жараён яна икки марта қайтарилади ва учтадан энг яхши натижани танлаб олинади.
  5. Нафас чиқаришнинг чўкки тезлиги кўрсаткичини баҳолаш, зарур бўлгандан, беморни жинси, бўйи ва ёшига нисбатан олинади.

Эслатма: пикфлоуметрларни, ингаляторлар ҳамда спейсерларни қўллаш усуллари қуйидаги сайтдан топиш мумкин [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).





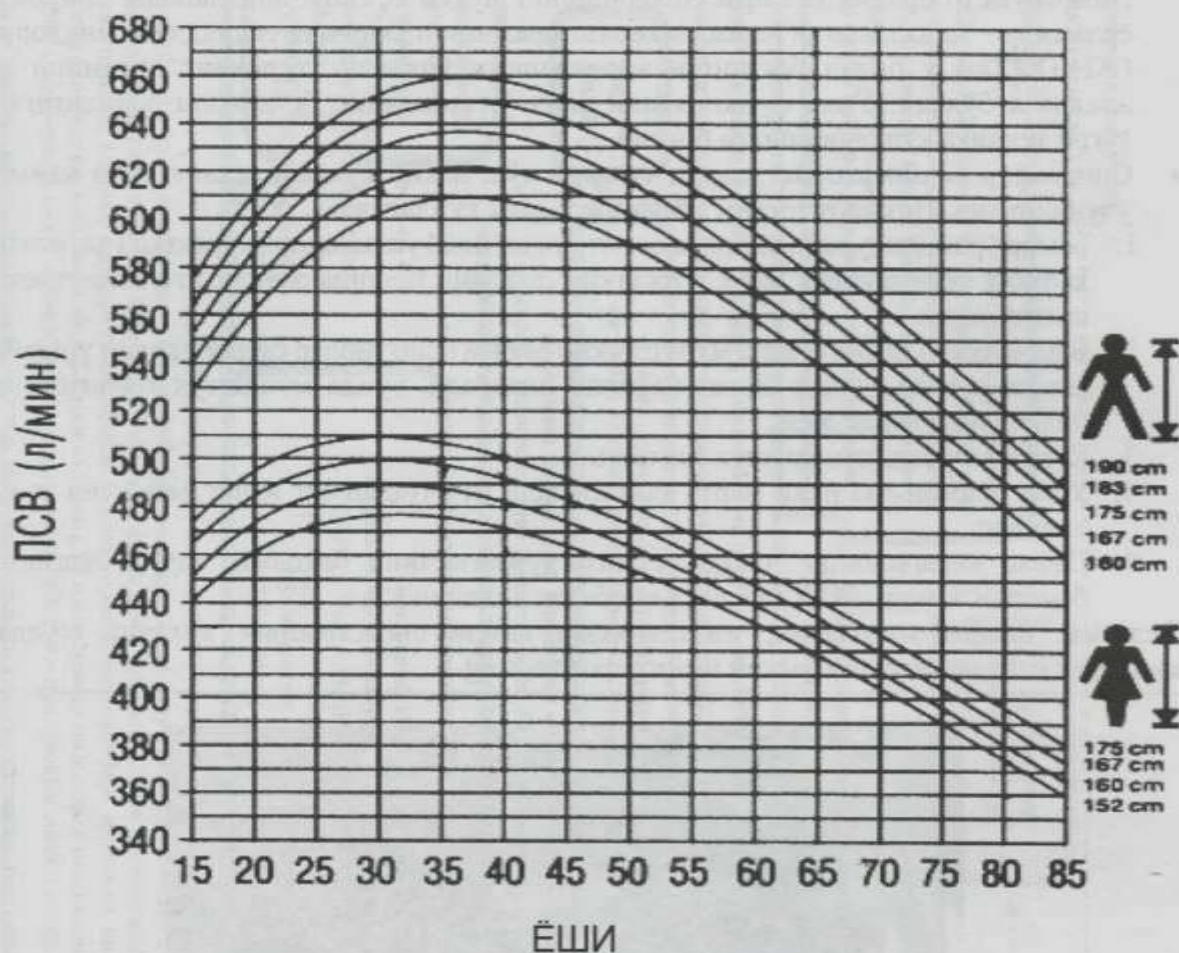
## Нафас чиқаришнинг чўққи тезлиги (НЧЧТ)

Керакли кўрсаткичлар 100% деб олинади  
пикфлоуметриядан олинган кўрсаткичлар – X %

### Ҳисоб формуласи

$X = \frac{\text{олинган курсаткичлар НЧЧТ} \times 100\%}{\text{НЧЧТ керакли кўрсаткичлари}}$

НЧЧТ керакли кўрсаткичлари



НЧЧТ керакли кўрсаткичлардан 90% юқори – норма.

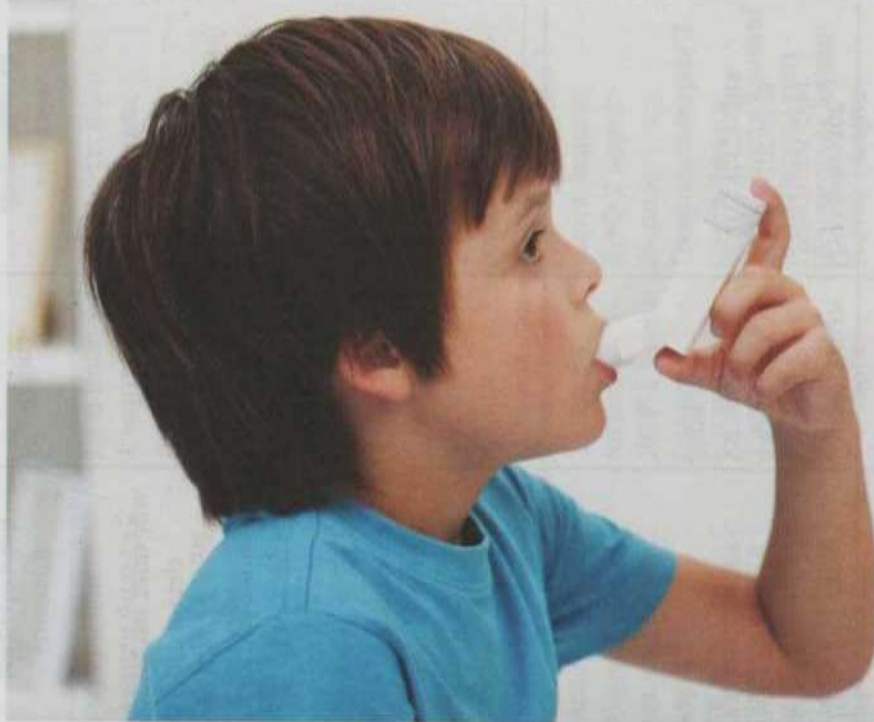
НЧЧТ = керакли кўрсаткичдан 80-90% – шартли норма, динамик кузатувга муҳтож.

НЧЧТ = керакли кўрсаткичдан 50-79% – нисбатан паст, беморга терапияни кучайтириш лозим.

НЧЧТ = керакли кўрсаткичдан 50% кам – жуда пасайган, беморга интенсив терапия кўрсатилиши лозим.

### Ингаляторни ишлатиш усули

1. Қопқоқни ечиб ва ингаляторни 2-3 секунд давомида силкитиш керак.
2. Бошни озгина орқага қўйиб ва ҳавони секин чиқариш керак.
3. Ингаляторни қопқоғини лаблар билан маҳкам ушлаб, ингаляторни бош ва кўрсаткич бармоқлар билан ушлаш керак; баллончани таги юқорига қаратилиши керак.
4. Секин (3-5 секунд) нафас олиб ва бир вақтнинг ўзида баллончани тагига бармоқ билан босиш керак.
5. Оғизни ёпиб, нафасни 10 секундгача ушлаб туриш керак.
6. Кейин аста секин нафасни чиқариш керак.
7. 1 минут ичида нафасни ростлаб, керак бўлса ингаляцияни такрорлаш керак.





Нафас аъзолари касалликлари билан касалланган беморларни, диспансеризацияга олишни ташкиллаштириш, уларни динамик кузатуви ва соғломлаштириш тадбирларини ўтказилиши

Ташхис	УАВ кўриги	КВП да текширувлар микдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар микдори	КВП да кўрсатилган соғломлаштириш тадбирлари	Бемор томондан соғломлаштиришнинг асосий йўналдишлари	Диспансеризация кузатувининг самардорлиги
Ж12-18 Касалхонадан ташқари пневмония	Касалхонадан ташқари пневмония узок чўзилмайдиган кечиши 6 ой ичида 3 марта: 1.5, 3 ва 6 ойлардан кейин.	Шифокор кўриги 3 марта; умумий кон тахлили 3 марта.	Пульмонолог – клиник–лаборатор ўзгаришларида.	Пульмонолог кўригидан сўнг, зарур бўлганда рентгенография.	Ҳар йили гриппга қарши эмланиш, нафас машқлари, массаж, зарур бўлган ҳолатларда физиотерапия.	Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш (сигарет, спиртли ичимликлардан воз кечиш; Мехнат фаоллигини кўтариш ва тўғри овқатланиш); Врач тавсияси билан даволаниш.	Клиник-лаборатор кўрсаткичларни нормаллаштириш ва стабилланиши.
	Касалхонадан ташқари пневмония узок чўзулувчан даври, ўпкада қолган асоратлар билан, ЭЧТ ни кўтарилиши ва биокимёвий ўзгаришлар билан бўлган беморлар 4 марта 12 ой ичида: 1.5, 3, 6 ва 12 ойлардан кейин.	Врач кўриги 4 марта; Умумий кон тахлили 4 марта; КВП шариогида аниқлаш мумкин бўлган биокимёвий кўрсаткичлар, ва госпитализация вақтида кўрсаткичлар нормадан ташқари.	Пульмонолог кўриги – 1 йил давомида 2 марта: 1.5 ва 12 ойлардан кейин. Фтизиатр, онколог – кўрсатма бўйича.	Кўкрак қафаси рентгенографияси – 2 марта (1.5 ва 12 ойлардан кейин); Биокимёвий таҳлилларда, кўрсаткичларнинг нормадан йироқлиги ва КВП шариогида ўтказиб бўлмайдиган таҳлиллар.			

Ташхис	УАВ кўриги	ҚВП да текширувлар микдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар микдори	ҚВП да кўрсатиладиган соғломлиштириш тадбирлари	Бемор томонидан соғломлаштиришнинг асосий йўналишлари	Диспансеризация кузатувининг самаралорлиги
141 Сурункали бронхит	Йилига 2 марта.	Умумий кон тахлили йилига 2 марта; Умумий балгам тахлили йилига 1 марта; БК га балгам тахлили йилига 1 марта; Пикфлоуметрия 2 марта йилига.	Пульмонолог-1 марта йилига; ЛОР-1 марта йилига; Стоматолог-1 марта йилига.	Рентгенография 1 марта йилига; ТНФ 1 марта йилига.	Ҳар йили гриппга қарши эмланиш; Сурункали бронхит билан касалланган беморларни клиник-маслаҳат билан кузатуви; «Чекишга қарши кун», «спирометрия кун» га бағишланган таъдбирларда қатнашиш.	Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш (сигарет, спиртли ичимликлардан воз кечиш; Меҳнат фаоллигини кўтариш ва тўғри овқатланиш); врач тавсияси билан даволаниш.	Клиник-функционал кўрсаткичларни стабиллиги, хуружларни бўлмаслиги.
145-46 Бронхиал астма	Бронхиал астма I-II (енгил ва оғир даража) 3 ойда 1 марта.	Умумий кон тахлили йилига 2 марта; Умумий балгам тахлили йилига 2 марта; БК га балгам тахлили йилига 1 марта; Пикфлоуметрия 4 марта йилига; Бронхолитиклар билан (бета 2-агонист билан) 1 марта йилига; Қўнлик мониторинг – НЧЧТ 1 марта 3 ой ичида; АСТ-тест 4 марта 1 йил ичида.	Пульмонолог-2 марта йилига; ЛОР-1 марта йилига; Стоматолог-1 марта йилига; Аллерголог – 1 марта йилига; Гастро-энтеролог 1 марта йилига.	Рентгенография 1 марта йилига; ТНФ 2 марта йилига; Пульсоксиметрия 2 марта йилига; ЭКГ 1 марта йилига; Функционал тест (6 минутлик юриш тести) 1 марта йилига; Бронхолитиклар билан функционал тест (бета 2-агонист) 1 марта йилига; АСТ-тест 2 марта йилига.	Клиник тафсияларга риоя қилиш БА беморларни ва қариндошларни ўргатиш (астма-мактабида); «Астма ва аллергия» га бағишланган кунларда иштирок этиш.	Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш (сигарет, спиртли ичимликлардан воз кечиш; Меҳнат фаоллигини кўтариш ва тўғри овқатланиш); врач тавсияси билан даволаниш.	Клиник функционал кўрсаткичларнинг стабиллиги; Ҳар йили ЖНЧХ1 (80% дан кам) пасайишининг бўлмаслиги; НЧЧТ кўрсаткичларининг суткалик ўзгариувчанлиги 20% дан кам, кўрсаткични стабиллашуви; АСТ-тести 20 балл.



Ташхис	УАВ кўриги	КВП да текширувлар микдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар микдори	КВП да кўрсатиладиган соғломлаштириш таъбирлари	Бемор томондан соғломлаштиришнинг асосий йўналишлари	Диспансеризация кузатувининг самаралорлиги
	Бронхиал астма III-IV (ўрта-огир ва огир даражаси) <b>1 марта ойинга.</b>	Умумий қон таҳлили йилига 2 марта; Умумий балғам таҳлили йилига 2 марта; БК га балғам таҳлили йилига 1 марта; Пикфлоуметрия 1 марта ойинга; Бронхолитиклар билан функционал тест (бета 2-агонист билан) 1 марта йилига; <b>НЧЧТ</b> 1 марта 1 ой ичида; АСТ- тест 1 марта 1 ой ичида.	Пульмонолог - 1 марта 3 ой ичида; ЛОР-1 марта йилига; Стоматолог- 1 марта йилига; Аллерголог - 1 марта йилига; Гастро-энтеролог 1 марта йилига; Фтизиатр – 1 марта йилига, кўрсатма бўйича.	Рентгенография 1 марта йилига; ТНФ 2 марта йилига; Пульсоксиметрия 4 марта йилига; ЭКГ 1 марта йилига; Функционал тест (6- минутлик юриш тести) 1 марта йилига; Бронхолитиклар билан функционал тест (бета 2-агонист билан) 1 марта йилига; Кортикостероид-тентликни аниқлаш учун функционал тест 1 марта йилига; Қунлик мониторинг <b>НЧЧТ</b> – 4 марта йилига; G-Expert усулида балғамни текшириш 1 марта йилига; АСТ- тест 4 марта йилига.			

Ташxis	УАВ кўриги	КВП да текширувлар миқдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар миқдори	КВП да кўрсатиладиган соғломлаштириш талбирлари	Бемор томондан соғломлаштиришнинг асосий йўналишлари	Диспансеризация кузатувининг самарадорлиги
<b>Ж44 - 44.9</b> <b>Сурункали обструктив ўпка касаллиги</b>	ЎСОК I-II даража <b>Йилда 2 мартадан кам бўлмаслиги керак.</b>	Умумий қон таҳлили йилда 2 марта; Умумий балғам таҳлили йилда 2 марта; БК га балғамни текшириш йилда 1 марта; Пикфлоуметрия йилда 2 марта; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) йилда 1 марта; САТ- тест йилда 2 марта.	Пульмонолог- йилда 1 марта; Кардиолог- йилда 1 марта; Стоматолог йилда 1 марта.	Рентгенография йилда 1 марта; ТНФ 1 марта йилга; Пульсоксиметрия 1 марта йилга; ЭКГ 1 марта йилга; Функционал тест (6-минутлик юриш тести) 1 марта йилга; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) 1 марта йилга; САТ- тест 1 марта йилга.	Хар йили грипга ва пневмококкли инфекцияга қарши эмланиш; ЎСОК бўйича клиник-тавфсияга риоя қилиш; ЎСОК беморларга ва қариндошларига касалликни тушунтириш (ЎСОК мактаби), «Чекишга қарши», «ЎСОК кун», «спирометрия кун» талбирларида беморларни қатнаштириш.	Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш (сигарет, спиртли ичимликлардан воз кечиш; Меҳнат фаоллигини кўтариш ва тўғри овқатланиш); врач тавсияси билан даволаниш.	Клиник-функционал кўрсаткичларни ўзгармаганлиги; ЖНҚХI хар йили пасайиши 50 мл кам бўлмаган ҳолатларда; Ўпка гипертензияси ва соғ рiтmonale, белгиларни йўқлиги; Хар йилги хуружларни камайиши; САТ-тести 10 баллгача.



Ташхис	УАВ кўриги	ҚВП да текширувлар микдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар микдори	ҚВП да кўрсатиладиган соғломлаштириш тадбирлари	Бемор томонидан соғломлаштиришнинг асосий йўналишлари	Диспансеризация кузатувининг самарадорлиги
	ЎСОК III –IV даража <b>1 марта 2 ой ичида.</b>	Умумий кон таҳлили йилига 2 марта; Умумий балғам таҳлили йилига 2 марта; БКга балғамни текшириш йилига 1 марта; Пикфлоуметрия 6 марта йилига; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) йилига 1 марта; Тана вазни индексини назорат қилиш; САТ- тест 6 марта йилига.	Пульмонолог - 1 марта ҳар 3 ойда; Кардиолог- 1 марта йилига; Фтизиатр – 1 марта йилига, кўрсатма бўйича.	Рентгенография йилига 1 марта; ТНФ 2 марта йилига; Пульсоксиметрия 4 марта йилига; ЭКГ 1 марта йилига Юракни УТТ 1 марта йилига; Функционал тест (6- минутлик юриш тести) 1 марта йилига; G-Expert га балғами текшириш 1 марта йилига; САТ- тест 4 марта йилига.			

Ташхис	УАВ кўриги	ҚВП да текширувлар миқдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар миқдори	ҚВП да кўрсатиладиган соғломлиштириш талаблари	Бемор томонидан соғломлаштиришнинг асосий йўналишлари	Диспансеризация кузатувининг самардорлиги
<b>147</b> <b>Бронхо-эктатик кассаллиги</b>	Бронхоэктатик касаллик локал ўзгаришлар билан, зўрайишлар йилга 2 мартадан кўп эмас ҳамда нафас етишмовчилик белгиларисиз— <b>2 марта йилга.</b>	Умумий кон таҳлили йилга 2 марта; Умумий сийдик таҳлили 2 марта йилга; Умумий балғам таҳлили йилга 2 марта; БКга балғамни текшириш йилга 2 марта; Пикфлоуметрия 2 марта йилга; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) йилга 1 марта; Тана вазнининг индексини назорат қилиш.	Пульмонолог-2 марта йилга; Торакал жаррох -1 марта йилга; ЛОР-1 марта йилга; Стоматолог - 1 марта йилга; Фтизиатр - 1 марта йилга.	2- проекцияда рентгенография 1 марта йилга; ТНФ 2 марта йилга; Пульсоксиметрия -2 марта йилга; ЭКГ 1 марта йилга; Функционал тест (6- минутлик юриш тести) 1 марта йилга; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) 1 марта йилга; Мочевина ва креатинин 1 марта йилга; Балғамни G-Excret усулида текшириш 1 марта йилга.	Хар йили гриппга ва пневмококкли инфекцияга эмланиш; БЭЖ билан кассаланган беморларни клиник-тавсияларга қараб кузатиш; БЭЖ билан кассаланган беморларни тўғри овқатлантириш, турмуш тарзини яхшилаш (респиратор ёрдам мактаби), «Чекишга қарши» кунга бағишланган таъдбирларда фаол иштирок этиш.	Соғлом турмуш тарзига риоя қилиш (тамаки, спиртли ичимликлардан воз кечиш; Меҳнат фаоллигини кўтариш ва тўғри овқатланиш); Врач тавсияси билан давола-ниш. Тана вазни индексини ўзгармаганлиги; Асорат билан кечадиган белгиларни йўқлиги (Ўпка гипертензияси ва соғ pulmonale, амилоидоз).	Клиник-функционал кўрсаткичларни ўзгармаган-лиги; Жисмоний фаоллиқни такомил-лашиши; Меҳнатга толерантликни ошиши; Хар йилги зўрайишлар сонини камайиши; Тана вазни индексини ўзгармаганлиги; Асорат билан кечадиган белгиларни йўқлиги (Ўпка гипертензияси ва соғ pulmonale, амилоидоз).



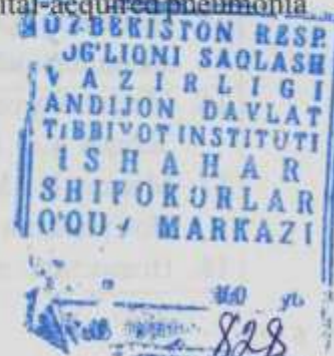
Ташхис	УАВ кўриги	КВП да текширувлар микдори	Мутахассис кўриги	ТМШ да текширувлар микдори	КВП да кўрсатиладиган соғломлаштириш тадбирлари	Бемор томонидан соғломлаштиришнинг асосий йўналишлари	Диспансеризация кузатувининг самаралорлиги
	Бронхоэктастик касаллиги тарқалган ўзгаришлар, тез-тез кайталанадиган (йилга 3 мартадан кўпроқ) зўрайиш даври ва нафас етишмовчиллиги белгилари билан, <b>1 марта ҳар 2 ойда.</b>	Умумий кон тахлили 1 марта ҳар 4 ойда; Умумий сийдик тахлили 1 марта ҳар 4 ойда; Нечипоренко бўйича сийдик тахлили 2 марта 1 йил ичида; Зимницкий бўйича сийдик тахлили 2 марта 1 йил ичида; Умумий балғам тахлили 2 марта 1 йилда; БК га балғам текшириш 2 марта 1 йилда; Пикфлоуметрия 6 марта йилга; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) йилга 1 марта; Тана вазни индексини 1 марта 4 ой ичида ўлчаб туриш.	Пульмонолог-1 марта 3 ой ичида; Торакал жарроҳ 1 марта йилга; ЛОР-1 марта йилга; Стомаголог - 1 марта йилга; Фтизиатр - 1 марта йилга.	2- проекцияда рентгенография 1 марта йилга; ТНФ 2 марта йилга; Пульсоксиметрия -4 марта йилга; ЭКГ 1 марта йилга; Функционал тест (6-минутлик юриш тести) 1 марта йилга; Бронхолитик билан функционал тест (бета 2-агонист билан) 1 марта йилга; Юрак, ўпка, буйрак УТТ 1 марта йилга; Креатинин, мочевинага кон тахлили 1 марта йилга; Умумий оксил ва унинг фракциялари тахлили; Балғамни G-Expert усулида текшириш йилга 1 марта.			

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Алгоритм оценки одышки в практике врача первичного звена. Практическое руководство для врачей. Под редакцией РАМН А.Г. Чучалина. М.: 2012.-68 с.
2. Баур К., Прейссер А. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / перевод с немец. под редакцией проф. Лещенко И.В. М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2010.- 185 с.
3. Баур К., Прейссер А. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких / перевод с немец. под редакцией проф. Лещенко И.В. М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2010.- 185 с.
4. Березняков И.Г. Внебольничные пневмонии. Донецк, Издатель Заславский А.Ю. 2011.- 159 с
5. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. и др. Москва, 2010 г.
6. Внутренние болезни. Система органов дыхания. Г.Е.Ройтберг, А.В.Струтынский. 2005.
7. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011 г.)/ Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского.- М.: Российское респираторное общество, 2012- 80 с., 107с.
8. Диагностика болезней внутренних органов. Том 3. А.Н.Окороков. 2005.
9. Диагностика хронических неспецифических респираторных заболеваний у взрослых: стандарт Голландского сообщества семейных врачей / Д-р В.Я.А.М. Bottema, д-р E.J. Fabels, д-р P.M. van Grunsven, д-р W. van Hensbergen, д-р J. W.M. Muris, д-р C.P. van Schaayck, д-р F. Schreuder, д-р R. Starmans, д-р C.F.H. Rosmalen
10. Диагностика хронических неспецифических респираторных заболеваний у взрослых: стандарт Голландского сообщества семейных врачей / Д-р В.Я.А.М. Bottema, д-р E.J. Fabels, д-р P.M. van Grunsven, д-р W. van Hensbergen, д-р J. W.M. Muris, д-р C.P. van Schaayck, д-р F. Schreuder, д-р R. Starmans, д-р C.F.H. Rosmalen
11. Кашель: дифференциальная диагностика и дифференцированное лечение. А.И. Синопальников, И.Л. Клячкина, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, 2012.
12. Клиническая оценка критериев госпитализации и лечения больных пожилого возраста с внебольничной пневмонией. Утешев Д.Б., Чуганова А.К. и др. Русский медицинский журнал, №4, 2009 г.
13. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. и др. 2014 г.
14. Клинические рекомендации по пульмонологии. Под редакцией А.Г.Чучалина. 2007.
15. Лечение хронического бронхита. Куценко М.А., Новиков Ю.К. Русский медицинский журнал. 03 марта 2001 г, № 5
16. Медленно разрешающаяся/ неразрешающаяся пневмония. Синопальников А.И., Зайцев А.А. Русский медицинский журнал, №5, 2009 г.
17. Мэскэл Н., Миллар Э. Руководство по респираторной медицине /перевод с англ. Под редакцией проф. Авдеева С.Н. М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2014.-594 с.
18. Поликлиническая терапия Г.И.Сторожаков, И.И.Чукаева, А.А.Александров. 2009



19. Пульмонология: национальное руководство/под редакцией А.Г. Чучалина М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2009.-960 с.
20. Терапия. Руководство для врачей-интернов и студентов. Л.Т.Малая, В.Н.Хворостинка. Харьков. 2005.
21. Терапия. Руководство для врачей-интернов и студентов. Л.Т.Малая, В.Н.Хворостинка. Харьков. 2005.
22. Утешев Д.Б. Ведение больных с острым бронхитом в амбулаторной практике// Русский медицинский журнал (РМЖ), 2010, 18(2): 60–64.
23. Хроническая обструктивная болезнь легких (федеральная программа). Практическое руководство для врачей. Издание 2-е, переработанное и дополненное / под ред А.Г. Чучалина – М., 2004.
24. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Авдеев С.Н., Тюрин И.Е. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых-М., ООО Издательский дом «М-Вести», 2014.-92 с.
25. AAFP Conditions A to Z (2010): Acute Bronchitis, American Academy of Family Physicians – created: May 2001, Updated February , 2010, posted 10/29/10.
26. ACP PIER & AHFS DI ® Essentials™; Elements of Follow-up for Bronchitis: American College of Physicians – 2010.
27. Acute bronchitis. Canadian Family Physician. February 2008.
28. Alberta Clinical Guidelines Program. Towards Optimal Practice: guidelines for the management and treatment of acute bronchitis. 2008 Update.
29. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database of Systematic Reviews. Publication Date: 01 Mar 2014
30. Chronic Bronchitis: Primary Care Management. John M. Heath, Rupa Mongia. 1998 May 15;57(10):2365-2372.
31. Chronic cough due to chronic bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Braman S.S. PubMed. 2006 Jan.
32. Efficacy of anti-inflammatory or antibiotic treatment in patients with non-complicated acute bronchitis and discoloured sputum: randomised placebo controlled trial. C.Llor, A.Moragas, C.Bayona, R.Morros, H.Pera, O.Plana-Ripoll, J. M Cots, M.Miravittles. BMJ, 04 October 2013.
33. Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults: update 2009. «Thorax», an international journal of respiratory medicine.
34. Management of cough in adults. Kardos P. Breathe 2010; 2: 123—133
35. Medecins Sans Frontieres Clinical guidelines. Diagnosis and treatment manual. 2010.
36. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline. Management of Uncomplicated Acute Bronchitis in Adults. May 2014.
37. Palange P., Simonds A. Respiratory Medicine/ERS handbook, 2010.
38. Patient Information: Acute Bronchitis in Adults. John G. Bartlett, MD. 2013 UpToDate.
39. Pneumonia: diagnosis and management of community- and hospital-acquired pneumonia in adults. NICE, 2014.



Босишга 14.09.2016 да рухсат этилди.  
Бичими 60x84 1/8. Офсет босма. «Таймс» гарнитураси. Ҳажми 10,5 б. т. Шартли б. т. 9,76.  
Адади 3458 нусха. 32-16 рақамли буюртма.

«Yangiyo'l poligraf servis» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.  
112001, Тошкент вилояти, Янгийўл тумани, Самарқанд кўчаси, 44-уй.