

NURBOY CHUNAYEVICH ABDULLAYEV
NASIBA ABDULLAYEVNA KARATAYEVA

**KLINIK
ALLERGOLOGIYA**

613-0383

Q-15

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O' RTA MAHSUS
TA'LIM VAZIRLIGI**

**NURBOY CHUNAYEVICH ABDULLAYEV
NASIBA ABDULLAYEVNA KARATAYEVA**

**KLINIK
ALLERGOLOGIYA**

**Tibbiyot oliy o'quv yurtlari pediatriya
fakulteti VI kurs talabalari uchun o'quv darsligi**



Toshkent – 2013

Darslikda allergik kasalliklar va ularning kelib chiqishi sabablari, patogenezini, irsiy moyillik to'g'risida, shu bilan birga bolalardagi allergik kasalliklarning turlari haqida so'z yuritiladi. Allergik kasalliklarning oldini olish va antiallergik immunoterapiya, davolash chora-tadbirlariga alohida to'xtalib o'tiladi.

Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti ma'lumotlariga qaraganga allergik kasalliklar XXI asr kasalliklari orasida yuqori o'rinni egallaydi. Bunga asosan noqulay ekologik muhit, yuqori zararlantiruvchi, ovqat sifatining o'zgarishi, antibiotiklardan ko'p foydalanish, irsiy moyillik va boshqalar sabab bo'lmoqda.

Allergik kasalliklarni oldini olish, allergik qo'zg'atuvchilarini aniqlash, erta tashxis qo'yish, bemorlar holatini to'g'ri baholash asosan bolalarda allergik kasalliklarning asoratlarini bartaraf etishda muhim mezon hisoblanadi.

Allergik kasalliklar o'zining kechishiga qarab turli-tuman bo'ladi. Ular boshqa kasalliklar niqobi ostida yashirin boshlanadi. Tez-tez yallig'lanish kasalliklariga chalinish, immun tanqisligi tufayli kasallikning rivojlanishi uchun imkoniyat yaratiladi.

Darslik tibbiyot instituti VI kurs talabalariga mo'ljallangan.

Tuzuvchilar:

Toshkent Pediatriya Tibbiyot instituti I-Gospital pediatriya noan'anaviy davolash asoslari klinik allergologiya kafedrasini dotsenti t.f.n Abdullayev Nurboy Chunayevich, assistent Karatayeva Nasiba Abdullayevna.

Taqrizchilar

1. Buxoro Davlat Tibbiyot instituti neonatologiya kafedrasini t.f.d.

Sh.I. Navruzova

2. ToshPTI Fakultet pediatriya kafedrasini t.f.d. dotsenti A.L. Aliyev

3. ToshPTI Patofiziologiya kafedrasini dotsenti N.N. Nig'matov

4. ToshPTI o'zbek, rus, lotin tillari kafedrasini mudiri K.H. Turdiyeva
O'quv darsligi ToshPTI markaziy uslubiy kengashi yig'ilishida muhokama qilingan.

Bayonnoma №7 "20.03" 2013-yil

O'quv darsligi ToshPTI ilmiy kengashi yig'ilishida tasdiqlangan

Bayonnoma №5 "26.04" 2013-yil

© NURBOY CHUNAYEVICH ABDULLAEV 2013 yil

© NASIBA ABDULLAYEVNA KARATAYEVA 2013 yil

SO`Z BOSHl.

*Taniqli olim muxtaram ustozimiz professor
M.M. Haqberdiyevning xotirasiga bag`ishlanadi.*

O`zbekistonda tibbiyot fanining allergologiya soxasining rivojlanishida M.M. Haqberdiyevning xizmatlari cheksiz.

M.M. Haqberdiyevning ilmiy izlanishlarining fundamental qismi eksperimental allergologiyaning dolzarb jihatlarini hal qilishga bag`ishlangan.

M.M. Haqberdiyev ilk bor tez kechar va sekin kechar allergik kasalliklar etiologiyasida va patogenezida yoshga xos xususiyatlari to`g`risida yangi ilk ma`lumotlari to`plangan. Qisqa chizma bo`yicha maxsus allergenning katta dozasini qo`llab maxsus terapiyaning eksperimental andozasini yaratganlar, shuningdek maxalliy o`simliklar xom-ashyosidan olingan yangi antiallergik vositalaridan foydalanib nospetsefik terapiyaning eksperimental modulini ishlab chiqqanlar.

Toshkent shahar vaksina va zardob ilmiy tekshirish instituti negizida regional allergenlarni sanoat yo`lida ishlab chiqarish texnologiyasi yaratildi. Bolalar va kattalarda allergik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni maxsus tashxis va davolashning yangi usullarini ishlab chiqqan. 15 dan ortiq maxsus regional alergenlarni ajratib olib, ularni amaliy sog`liqni saqlash sohasida joriy qilganligi uchun o`z vaqtida bronza va kumush medallari bilan taqdirlanganlar.

Alergik kasalliklar bilan xastalangan bolalarni maxsus davolashning yangi elektroforetik usullarini ishlab chiqib uni sog`liqni saqlash amaliyotida qo`llanilishi kashfiyot sifatida tan olindi va M.M. Haqberdiyevga avtorlik guvohnomasi berildi.

Professor M.M. Haqberdiyev Respublikamizning tibbiyot institutlarida "ALLERGOLOGIYA KURSLARINI" tashkil qilinishining faol ishtirokchisi edilar.

Hozirgi vaqtda professor M.M. Haqberdiyevning regional allergologiyaning amaliy jihatlariga bag`ishlangan ilmiy ishlarini amaliyotda keng qo`llanmoqda.

MUQADDIMA

Bolalardagi allergiya-hozirgi zamon tibbiyotining dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Organizmga yot moddalar tushganidan so'ng uning o'zgargan reaktivligini belgilash uchun tibbiyotga 1906 yili Avstriyalik pediatr K.Pirke tomonidan «ALLERGIYA» termini ilk bor kiritilgan edi. Hozirgi vaqtda bu tushuncha keng ko'lamda tibbiyotda mustaqqil fan sohasi bo'lib «ALLERGOLOGIYA» deb nomlanadi.

Tarixiy jihatdan allergologiyaning rivojlanishi o'zaro uzviy bog'liq ikki yo'nalish bo'yicha boradi. Birinchi eksperimental allergologiya. Bu yo'nalish laboratoriya hayvonlarida tajribalar o'tkazishga asoslangan. Ikkinchi-klinik allergologiya. Bu yo'nalish har xil allergik kasalliklar bilan hastalangan bemorlarni kuzatish va tekshirishlarga asoslangan.

Hozirgi davrda allergologiya alohida tibbiyot fani sifatida keng tarqalib bormoqda. Allergologiya muammosiga qiziqishning ortishi qator sabablar bilan tushuntiriladi.

Bularga bolalar va katta yoshlilar o'rtasida allergik kasalliklarning ko'payishi, og'ir klinik kechishga ega bo'lishi, ularni o'lim bilan yakunlanishi, shuningdek, halq orasida yashirin sensibilizatsiyalashgan «potencial allergik» shaxslar sonining ko'payishi va ularni qulay sharoit paydo bo'lganda allergiyaning ro'yi rost klinik shakllari bilan kasallanishi mumkinligi muhim ahamiyatga ega.

Har xil sohadagi shifokorlar allergologiya bilimidan xabardor bo'lishlari muhim va zarur, chunki organizmning hohlagan to'qimasi allergiya mexanizmi bo'yicha shikastlanishi mumkin. Shu tufayli allergik patologiya masalalari bilan pediatrlar, terapevtlar, otorinolaringologlar, dermatovenerologlar, gastroenterologlar, kardiologlar, nevropatologlar va boshqalar ham qiziqmoqdalar.

Shunday qilib, allergologiya tibbiyotning turli sohalari namoyondalarini birlashtiruvchi vazifasini bajaradi, bu esa allergik kasalliklarni kamaytirish uchun kurashda davolash-profilaktika tadbir-choralarini takomillashtirishni va aholi sog'ligini mustahkamlashda nihoyatda muhim ahamiyatga ega.

Allergologiya ko'p qirrali fandır. Hozirgi zamon allergologiyasining eng asosiy masalalari quyidagilardan iborat: allergik kasalliklarni erta tashxislash va davolash chora tadbirlarini takomillashtirish, kasallikning klinik belgilarini maxsus tashxislash yordamida aniqlash, va profilaktika ishlarini yaxshilash shular jumlasidandir.

O'zbekistonda allergologiya bo'yicha ilmiy tadqiqotlar muvaffaqiyatli olib borilmoqda. ToshPMIning klinik allergologiya kursida regional allergologiyaning dolzarb muammolari o'rganilmoqda.

O'zbekistonda birinchi allergologik kabinet 1963 yili Samarqand shahrida tashkil etildi. Hozirgi vaqtda respublikada katta yoshli bemorlar va bolalar uchun mo'ljallangan allergologik markazlar muvaffaqiyatli ishlab turibdi. Toshkent shahrida allergologik bemorlar uchun allergologiya markazlari, viloyatlarda ham allergologik markazlar, allergologiya kabinetlari halq salomatligi yo'lida xizmat qilmoqda. Mana shunday allergologik muassasalarda allergologik patologiya bilan hastalangan bemorlarga ixtisoslashtirilgan davolash-profilaktika yordamlari ko'rsatilmoqda.

Toshkent VZITI negizida 20 turdagi chang, hashorat, maishiy allergenlar sanoat usulida tayyorlash yo'lga qo'yilgan.

ToshPTI negizida O'zbekiston tibbiyot ta'limi tizimida 6-kurs talabalari uchun "ALLERGOLOGIYA" kursi 1997 yildan boshlab faoliyat yuritib kelmoqda. 2007 yilda №1 Toshkent klinik shifoxonasida bolalar «ALLERGOLOGIYA» bo'limi tashkil etildi. TTA negizida esa allergologiya markazi tashkil etildi.

ALLERGOLOGIYA FANI VA UNING RIVOJLANISH TARIXIGA DOIR QISQACHA MA'LUMOTLAR

Inson organizmining o'simliklarga, turli oziq-ovqat maxsulotlariga bo'lgan o'zgacha reaksiyasi insonlar e'tiborini o'ziga jalb qilib keldi va ular «ideopatiya», «idiosinkraziya», «anafilaksiya», «yuqori sezgirlik» terminlari bilan nomlandi. 1904 yili Pirke tomonidan tavsiya etilgan «allergiya» (alos-begona, ergon-ta'sir) termini tibbiyotga kiritilgan vaqtgacha albatta shunday edi. Ko'pgina olimlarning allergologiya va immunologiya sohasida olib borgan tadqiqotlari allergik reaksiyalar rivojlanish mexanizmi haqidagi tushunchalarni umumlashtirdi. Bu borada N.N.Sirotnin, A.A.Bogomolst, L.A.Zilber, A.D.Ado, R.V.Petrov, L.E.Eger, R.M.Xayitov, B.V.Pinegin, X.I.Istamov kabi olimlar fikrlari, tadqiqotlari allergologiya fanining rivojlanishida asosiy negiz bo'lib xizmat qildi. Keltirilgan ma'lumotlarga asosan «allergiya» - inson organizmining o'ziga xos yuqori sezgirligi hisoblanib, yot moddaga nisbatan immun reaksiyasiga javob qaytarishi hisoblanadi. Yot modda – allergen bo'lib, allergen to'laqonli (oqsillar, peptidlar, nuklein kislotalar, lipopolisaxaridlar) va to'laqonli bo'lmagan gaptenlar bo'lishi mumkin. Gaptenlar organizmdagi oqsillar bilan birikkandan so'ng immun sistema reaksiyasini keltirib chiqaradi.

So'nggi 15-20 yil ichida yer yuzining ko'pchilik mamlakatlarida allergik kasalliklar soni tobora ko'payib bormoqda. Allergik kasalliklar insoniyat olami orasidagi kasalliklarning eng ko'p tarqalgan turi bo'lib qolmoqda.

Turli mamlakatlarda allergik xastaliklar bilan kasallanish darajasi bir-biridan ancha farq qiladi. Allergik kasalliklar o'sma kasalliklarga nisbatan 30 marta, revmatizmga nisbatan 2000 marta ko'p tarqalgan. Allergik kasalliklar rivojlanishiga iqlimning o'ziga xos xususiyati va geografik sharoitlar ta'sir ko'rsatadi. Masalan, Boltiq bo'yi aholisi orasida bronxial astma bilan kasallanish ko'rsatkichi har 1000 kishiga 8 ta to'g'ri kelsa, Shimoliy Kavkaz tog'larida esa bu kasallik uchramagan. AQShda 20 mln kishi pollinoz kasalligi bilan xastalangan, 9 mln kishi bronxial astma xastaligi bilan, yana shuncha kishi boshqa allergik kasalliklar bilan xastalangan. Qishloq axolisiga nisbatan shahar axolisida allergik kasalliklar 10 marta ko'p uchraydi. Bu yerda ekologiyaning roli juda katta ahamiyatga ega. Atmosfera havosi yuqori darajada ifloslangan mintaqalarda allergik kasalliklar bilan davolash muassasalariga murojat qilgan bemorlar soni toza havoli xududlarga qaraganda 8-10 marta ko'proq uchraydi. Allergik xastaliklarga quyidagi kasalliklar kiradi:

Bronxial astma kasalligi 8,8 %

Allergik rinit kasalligi 5,8 %

Pollinoz kasalligi 14,6%

Allergik dermatitlar 3,2 %

Dori allergiyasi 7 %

O'tkir eshakem,

Kvinke shishi 8,8 %

Oziq-ovqat allergiyasi 6 %

Allergik bronxitlar 5,4 %

Hamma allergik kasalliklar 48,2 % ni tashkil etadi.

Allergiya yunoncha so'zdan olingan bo'lib, «allos» begona va «ergo» ta'sir so'zlaridan kelib chiqqan bo'lib, u organizmga tushgan begona moddalarga javob berish degan ma'noni bildiradi. Bu tushunchani birinchi bo'lib 1904 yilda Avstraliyalik bolalar shifokori Klemans fon Pirke aniqlagan. Allergologiyada ko'p ishlatiladigan allergen va antigen tushunchalari mavjud. Allergen-bu organizmga allergik reaksiyalar chaqiradigan modda hisoblanadi. Organizmga yuborilgan yot modda hisobiga allergik reaksiyalar sodir bo'lsa bu allergen hisoblanadi. Organizmga yuborilgan yot modda hisobiga immun o'zgarishlar sodir bo'lsa, bu antigen hisoblanadi.

Allergen va antigenlar yuqori molekulyarligi, oqsil tabiatiligi va shu organizm uchun yot ekanlilik xususiyatiga ega. Ayrim oqsil tabiatiga ega bo'lmagan yuqori molekulali moddalar ham allergik reaksiyalar chaqirishi mumkin.

Masalan: dori moddalari, kimyoviy moddalar, (brom,yod, xrom, nikel) ayrim oziq-ovqat maxsulotlari oqsil tabiatiga ega emas, bularni gaptenlar deyiladi.

Gaptenlar organizmga tushishi bilan immun o'zgarishlarga olib keladi.

Antigen va antitelolarning birikishi natijasida komplekslar hosil bo'ladi.

Allergologiya fani rivojlanish tarixiga xissa qo'shgan rus olimlari haqida qisqacha ma'lumotlar



Sirotin Nikolay Nikolaevich

Tug'ilgan sanasi: 14(26) noyabr 1896 yil
Tug'ilgan joyi: Rossiya Imperiyasi, Saratov.

Akademik AMN SSR (1957) korrespondent a'zosi ANU SSR (1939) .Ukraina SSSR (1941)da hizmat ko'rsatgan ilmiy arbob.

A.A. Bagamolsev mukofoti laureati (1976). 1928 yil «K ucheniyu ob anafilaksii» haqidagi doktorlik desertatsiyasini himoyaladi. Moskvadagi Mediko-biologik institutda ilmiy bosh hodim sifatida ishlagan. 1929 yilda Kazanya tibbiyot institutining patologik fiziologiya kafedrasini mudiri bo'lib ishladi. U Kazaniyada anafilaksiyada qon tarkibidagi glyutanin

moddasining tarkibi va almashinuvining o'zgarishini,

hamda anafilaksiyada blokadaning retikuloendotelial sistemaga ta'sirini o'rgandi. A.A. Bogomoltsev redaksiyasi ostida patofiziologiyadan kuptimli qo'llanmadagi "Yallig'lanish" va "Allergiya" haqidagi bo'limni yozgan. 1934 yilda (SSSR) allergiya haqidagi qo'llanmasi chiqqan. 1933 yil "Kazaniya Respublikasi patofiziologiya kafedrasidagi ishlar yig'masi" bosib chiqarilgan.

Publikatsiyalari: N. N. Sirotinin. *Allergii, v kn.: Osnovno' i dostijeniya sovremennoy meditsino', t. 2. — Xarkov, 1934 g.*

N. N. Sirotinin. *Sravnitel'naya fiziologiya akklimatizatsii k vo'sokogornomu klimatu, v kn.: Kislorodnaya nedostatochnost. — Kiev, 1963 g.*

N. N. Sirotinin. *Reaktivnost i rezistentnost organizma, v kn.: Mnogotomnoe rukovodstvo po patologicheskoy fiziologii, t. 1. Moskva, 1966 g.*

N.N.Sirotinin. *Akademik Aleksandr Aleksandrovich Bogomoles. — Kiev, 1957 g.*



A.A.Bagamoletsni Saratovdagi o'quvchilari guruhi, 1923 yil. Birinchi qatorda: N.N.

Sirotinin, N.B.Medvedeva, A.A.Bogomolets, E.N.Kogan. Ikkinchi qatorda: B.M.SHmidt, L.R.Perelman.

Andrey Dmitriyevich Ado



Tug'ilgan yili:21 yanvar 1909 yil. Sovet patofiziologi, immunologi, Allergologi bo'lib, Rossiya va SNG davlatlarida eksperimental va klinik allergologiyaga asos solgan. Buyuk patofiziologlar maktabini boshqargan. Kazan universitetini tamomlab ,1938 yil Kazan universiteti patofiziologiya kafedrasini mudiri bo'lgan. 2-goMOLGMIim. N. I. Pirogova (1952- yildan), so'ng — PIMY.

-18 sentyabr 1961 yilda AMN SSSR Ilmiy izlanish allergik laboratoriyasiga asos soldi. Andrey Dmitrievich – RAMN akademiki, RSFSR ning ilmiy xizmat ko'rsatgan arbobi. Respublika premiyasi laureate, Professor, Tibbiyot fanlari doktori. Andrey Dmitrievich ilmiy ishlari uchun davlat tomonidan ko'pgina mukofot va medallar bilan taqdirlangan. Andrey Dmitrievich 800 dan ortiq ilmiy ish qilgan, 12 ta monografiyasi, ilmiy qo'llanmalari, kitoblari bo'lib ulardan ko'pini nemis, chex, rumin, vetnam, fransuz, ingliz tillaridan tarjima qilgan. U "Interastma" Xalqaro jamiyati, Fransiya allergologiya jamiyati va Y. Purkine nomidagi chexoslovakiya ilmiy jamiyati a'zosi bo'lgan. 1944 yilda allergik reaksiyalar mexanizmidagi poliergik nazariyani ilgari surgan. Birinchi marotaba SSSRda Autoallargiya bo'yicha ilmiy izlanishlar olib brogan. Andrey Dmitrievich bir qancha patofiziologiya bo'yicha kitoblar (1953, 1973, 1980, 1994) yozgan, praktik allergologiya bo'yicha qo'llanmalar yozgan. "Umumiy allergologiya" (1970, 1978). "Xususiy allergologiya" va "Nerv sistemasini zararlovchi antigenlar" kitoblarini yozgan.



ADO Vyacheslav Andreevich

Tibbiyot fanlari doktori, Katta ilmiy xodim

Ilmiy tekshirish instituti mehnat gigienasi va kasbiy kasalliklar AMN SSSR da Kasbiy Qizil Yulduz nishoni sohibi. Allergologiya sohasi bo'yicha 100 dan ortiq ilmiy ishlar yozgan. Markaziy gazeta va jurnallarda, Markaziy televedeniya va butun MDH davlatlari milliy radio tarmoqlarida tibbiyot, xususan patofiziologiya, allergologiya-immunologiyaga oid ma'ruzali chiqishlar qilgan.



SOMOV Boris Aleksandrovich,

Tibbiyot fanlari doktori, professor, Dermatolodiya kafedrasini mudiri, Ilmiy tekshirish instituti mehnat gigienasi va kasbiy kasalliklar AMN SSSR da Kasbiy Qizil Yulduz nishoni sohibi. Allergologiya, dermatologiya, immunologiya, kasbiy kasalliklar, tibbiyot teorialari haqida 200 dan ortiq ilmiy ishlari bor, Bir qancha tibbiy ilmiy qo'llanmalar muallifidir.



GORYACHKINA Lyudmila Aleksandrovna,

Tibbiyot fanlari nomzodi, shifokorlar malaka oshirish institutida Allergologiya kafedrasida xodimi, Markaziy Lenin nishoni sohibi. Allergologiya bo'yicha 75 dan ortiq ilmiy ishlar muallifidir. Xalq orasida tibbiy bilimni oshirish bo'yicha aktiv propogandist.

O'zbekiston Respublikasida allergologiya fani sohasining yetakchi vakillari

Xaqberdiev Mardon Muxammedovich

Tibbiyot fanlari doktori, professor atoqli olim.



Tug'ilgan sana: 1932 yil 30 mart, Samarqand.

Professor Xaqberdiev M.M patofiziolog va allergolog olim. 1954 yil Samarqand Tibbiyot Institutini bitirdi. 1954 yildan 1957 yilgacha 2- Moskva Tibbiyot Institutining Patologik fiziologiya kafedrasida aspiranturada o'qidi. Akademik A.D.Ado raxbarligi ostida tibbiyot fanlari nomzodligi ishini muvaffaqiyatli yoqladi. 1957 yildan 1972 yilgacha Samarqand tibbiyot

Institutida normal fiziologiya va patologik fiziologiya

kafedrasida assistenti, so'ng normal fiziologiya kafedrasida dotsenti va kafedra mudiri lavozimida ishladi. 1970 yilda tibbiyot fanlari doktorik unvonini oldi. 1972 yildan Toshkentda Orta Osiyo Pediatriya Tibbiyot Institutiga Patologik fiziologiya kafedrasida mudiri lavozimida ishladi. Professor Xaqberdiev M.M taklifi bilan 1958 yilda O'zSSR S.V. ning UMS regional allergologiya muammosi bilan shug'ullanuvchi tashabbuskor guruhi tashkil qilindi. Professor Xaqberdiev M.M rahbarligida 7 ta tibbiyot fanlari doktori va 51 ta tibbiyot fan nomzodlari tayyorlangan. Professor Xaqberdiev M.M 320 dan ortiq ilmiy ishlar muallifi, ulardan 7 tasi monografiya, 18 tasi amaliy vrachlar uchun amaliy tavsiyanomalardir. Uning tahririyati ostida 14 tadan ortiq ilmiy ishlar to'plamlari chop etildi. 1997 -1998 yillarda Professor Xaqberdiev M.M va T.B.Eshonov tahririyati ostida patologik fiziologiya bo'yicha 2 jildlik darslik chop etildi. U ToshPTI ilmiy Kengashining va ToshDavil ixtisoslashtirilgan kengashlari a'zosi, "Katta Tibbiyot Ensiklopediyasi"ning allergologiya bo'limi bo'yicha radaksion kollegiyaning a'zosi, MDX allergologlari qator assotsiatsialarining faxriy a'zosi.



Xitov Rahim Musavevich

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Tug'ilgan sanasi: 1944 yil 6 yanvar, Samarqand. FMBA Rossiya Immunologiya Instituti direktori.

Xaitov R.M -RAMN akademik (1997), RAN akademik (2006), professor. Xaitov.R.M 450 ta publikatsiya, 10 ta monografiya, 2 ta o'quv qo'llanma muallifi. Mukofotlari: «Kon'yugirovanno'e

polimersub'edinichno'e immunogeno' i vaksino'» (2001) ishi uchun Rossiya Federatsiyasi Respublikasi Premiyasi sohibi. Immunologiyani ilmiy va amaliy

rivojlanishiga qo'shgan hissasi tufayli Rossiya Federatsiyasi Respublikasi Premiyasi (2011) sovrindori. « Za zaslugi pered Otechestvom » III darajali ordeni; «Za zaslugi pered Otechestvom» IVdarajali ordeni; «Znak Pochvota» ordeni, Lenin komsamol premiyasi, A.A.Bogomoltsa nomidagi AMN SSSR premiya, I.I.Mechnikov nomidagi RAN premiyasi sohibidir.



Yuldashev Ilxom Ro'zivevich

Tibbiyot fanlari doktori, professor.

1994-1997 yil ToshPTI allergologiya kafedrası mudiri. 2008 yil ToshPTIning 2 Gospital Pediatriya , gematologiya va allergologiya kafedrası mudiri, Ishlab chiqarish amaliyoti raxbari, davolash ishlari bo'yicha prorektor.

100 dan ortiq maqola va tezislar, 4 ta uslubiy qo'llanma muallifi. Shogirdari: 1 ta fan doktori, 2 tibbiyot fanlari nomzodi chiqargan.



Kamalov Zaviddin Sayfutdinovich

Tibbiyot fanlari doktori.

50 dan ortiq maqola va tezislar, 3 ta uslubiy qo'llanma muallifi. Immunologiya instituti immunoregulyatsiya laboratoriyasi mudiri. Allergologiya va Immunologiya ixtisoslashgan kengashi a'zosi.



Abdullavev Nurbay Chunayevich
Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent.

2009-2011 yil Toshkent shahar 1-son bolalar klinik shifoxonasining allergologiya bo'limi mudiri. 2012-ToshPTI 1-Gospital pediatriya, Noananaviy davolash asoslari klinik allergologiya kafedrası dotsenti, kursi mudiri.

1 ta darslik, 40 dan ortiq maqola va tezislar, 8 ta uslubiy qo'llanma muallifi. 2 ta magistr tayorlagan.



I BOB. UMUMIY ALLERGOLOGIYA

1 mavzu. Umumiy allergologiya haqida tushuncha.

Allergik kasalliklar tobora ko'payib borayotganligi munosabati bilan Vatanimizda allergologik xizmat rivojlanib bormoqda. Allergik kasalliklarni aniqlash, davolash va ularning oldini olish maqsadida hal qilinishi lozim bo'lgan ko'p muammolarni yechish uchun allergologik kabinetlar, kasalxonalar, kafedralar va ilmiy-tadqiqot laboratoriyalari tashkil etilgan. Bu muassasalar tobora kengayib, rivojlanib bormoqda. Rossiya Fanlar Akademiyasining fahriy a'zosi akademik L.D. Ado Vatanimizda allergologik xizmatni tashkil qilishda asoschi va yetakchi olim hisoblanadi. Uning 30dan ortiq shogirdlari: fan doktorlari vatanimizning turli shaxarlarida allergologik xizmatni rivojlantirishda o'z hissalarini qo'shmoqdalar.

O'rta Osiyoda birinchi allergologik kabinet Samarqandda tashkil qilindi. Professor Haqberdiev M.M allergologik kabinet hodimlari allergologik kasalliklar to'grisida aholi o'rtasida keng tushuntirish ishlari olib borganlar. Keyinchalik Andijon shahrida allergologik kabinet ishga tushdi. 1972 yilda Toshkentda kattalar uchun respublika allergologik markazi tuzilib ishlay boshladi.

Ma'lumki, bola organizmi o'ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatga ega. Bolalarning yuqori nafas yo'llari, yurak-qon tomir sistemasi, me'da-ichak trakti 15 yoshgacha turli o'zgarishlarni o'tkazadi. Vatanimizning ko'zga ko'ringan olimi, bolalar vrachi, akademik Yu. F. Dombrovskaya hozirda bolalar o'rtasida allergologik kasalliklar, shu jumladan ko'krak yoshidagi bolalarda va hatto endigina tug'ilgan chaqaloqlarda ham uchray boshlaganini alohida uqtirib o'tadi. Shuning uchun ham, bolalardagi allergologik kasalliklarni aniqlash, oldini olish va davolash hozirgi zamon medistinasinig muhim masalalaridan biri hisoblanadi. Kattalardagi allergologik kasalliklar bolalikdan boshlaganini hisobga olganda, bu masala yanada muhimlashadi.

O'zbekiston Sog'liqni Saqlash Vazirligi tashabbusi bilan 1972 yilning oktyabr oyida Pediatriya Ilmiy-Tadqiqot Instituti huzurida bolalar uchun allergologik markaz tashkil qilindi. Markazda allergologik maslaxat poliklinikasi, bo'lim va laboratoriyalar bor.

Markazda Respublikamiz viloyatlari uchun mutaxassis pediatri-allergolog vrachlar tayyorlash ishlari olib boriladi.

Bolalar allergologik markaziga kasalliklarni aniqlash va davolash uchun Moskva, Qozon, Perm, Stavropol shaharlaridan allergenlar keltiriladi. 1974 yildan boshlab Toshkent Zardob tayyorlash Ilmiy – Tadqiqot Instituti paxta, pilla, uy changi va o'simliklardan allergenlar tayyorlashga kirishdi. Shunday qilib O'rta Osiyo Respublikalari sharoitida yuzaga chiqadigan allergik kasalliklarni shu yerdagi sharoit allergenlari bilan aniqlab, davolash imkoniyati tug'ildi.

Respublikamizda o'lka allergologiyasining rivojlanishi aholi sog'ligini muxofaza qilishda olg'a qarab qo'yilgan muhim qadam hisoblanadi.

Allergologik markazga yuboriladigan bemor oldin allergologik konsultativ poliklinikaga murojat qilishi lozim. Allergolog bemor bolani har tomonlama chuqur tekshirishni nazarda tutib, uning ota-onasi o'zlari bilan quyidagi xujjatlarga ega bo'lishlari tavsiya etiladi.

1. Davolovchi vrach pediatri maxsus yo'llanmasi. Yo'llanmada bemor bola kasalligining to'liq tashxisi va oldin o'tkazilgan davolar haqida qisqacha ma'lumot bo'lishi shart.

2. Umumiy qon va peshob taxlili.

3. Ko'krak qafasidagi a'zolarining (o'pka, yurak, bronx yo'llari) rentgenoskopiyasi haqida to'liq ma'lumot.

4. Axlarning umumiy va gijja yuzasidan tekshirilgan taxlili. Allergolog har bir bemor bolani tekshirish uchun 1 soat vaqt sarf qiladi. Agar kasalni qabul qilish vaqtida birorta mutaxassis (endokrinolog, lor vrachi, genikolog, nevropatolog) maslahati kerak bo'lib qolsa u holda bemor bola allergolog tomonidan mutaxassisga yuboriladi. Allergologik maslahat poliklinikasida bemor bola ko'rib bo'lingandan so'ng shu joyning o'zida shubxa tug'ilgan allergenlardan aniqlash probasi (na'munasi) qo'yiladi. So'ng tegishli davolash usullari va maslahat poliklinika sharoitida yoki allergologik bo'limlarda olib boriladi.

Allergiya nima? Allergiya tushunchasini fanga 1906-yilda avstraliyalik vrach-pediatri Fon-Pirke kiritgan. Bu so'z grek tilidan olingan bulib so'zning birikmasidan iboratdir, chunonchi, «allos» boshqa, «ergon»-javob berish degan ma'noni bildiradi. Bu iborani bir butun qilib olganda, ta'sirga boshqacha javob berish degan tushuncha kelib chiqadi. Hozirgi zamon tibbiyot itimida allergiya deb organizmning har qanday yot moddalarga nisbatan sezuvchanligi oshib

ketishi tushuniladi. Organizmga tushib, uning sezuvchanligini oshiradigan har qanday yot narsalarga allergenlar deyiladi. Sezuvchanligi oshib ketgan organizmga tushgan allergenlar bir guruh allergik kasalliklarning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Turli dori moddalar, dori allergiyasi, bir guruh ovqatlar (sut tuxum, shokolod, baliq) va x.k. Yuqori nafas va me'da ichak yo'llari allergik kasalliklarini yuqumli kasalliklarning oldini olish maqsadida qilinadigan emlash vositalari zardob allergik kasalliklarini keltirib chiqaradi. Bolalar allergik kasalliklarining etiologiyasi va patogenezini turli-tumandir. Shuning uchun ham bolalarda uchraydigan allergik kasalliklarning kelib chiqish sabablarini, rivojlanishlarini va ularni bir biriga bo'lgan bog'liqlik munosabatlarini o'rganish lozim. Erta bahor, akastiya, chinor, terak, yong'oq va boshqa mevali daraxtlar chiroy ochib gullaydi, yoz boshlanishi bilan ketma-ket pichanzorlar, paxtazorlar va o'tloqlar chaman chaman bo'ladi. Ha, ana shunday bahor, yoz, kuz birin ketin gullash fasllaridir. Gullar hid taratish bilan birga chang tarqatadi. Biz hammamiz albatta tabiatning bu afsonaviy, ajoyib go'zalliklarini sevamiz. Lekin ayrim kishilar borki daraxt va o'simliklarning gullashidan xosil bo'lgan changlar havoga ko'tarilib, burun, ko'z, tomoq, bronx shilliq qavatlariga kirib, kishi bezovtalanadi. Natijada kishi aksira boshlaydi, yo'taladi, tomog'ida o'ziga xos «qichishish» alomatlari paydo bo'lib, ko'zidan tinimsiz yosh oqadi. Bu ko'z ilg'amas ajoyib kasallikdir. Ha, kattalar hamda bolalar orasida keng tarqalgan har yilning muayyan bir fasl va oylarida takror qo'zg'alib turadigan kasalliklar borki, ularning hozirgi zamon tibbiyotida pollinozlar deb ataydilar. Bu kasallik o'simliklar avji gullagan davrida paydo bo'ladi. Kasallikning og'irroq shaklida esa terida qavariq (eshakem), tana haroratining yuqori ko'tarilishi, ko'z shilliq qavatini yallig'lanishi (konyuktivit), kuchli yo'tal alomatlari paydo bo'ladi. Keyinchalik bu holat o'qtin-o'qtin nafas qisishiga (astmaga) olib keladi. Bunaqa kasallik holatlarining hammasi allergiyaning ko'rinishlaridan biri hisoblanadi.

2 mavzu. Terminologiya

Tabiatning hodisalarini to'g'ri tushunish va izohlash uchun logikaning asosiy qonunlariga amal qilish zarur. Ular quyidagilar: o'xshashlik qonuni, qarama-qarshiliklar qonuni, inkor etish qonuni va yetarlicha asoslilik qonunidir.

1.O'xshashlik qonuniga ko'ra fikrning to'g'riligining muhim xususiyati aniqlidir, deb hisoblanadi.

Buning ma'nosi shuki, o'ylash jarayonida har bir fikr, u jarayon necha marta takrorlanganiga qaramay, bir aniq ma'noni saqlab qolishi zarur.

Umuman terminologiyani o'rganilganda, shu jumladan, allergologik terminologiyani o'rganilganda logikaning ana shu qonuniga qattiy rioya qilmoq zarur.

Demak, terminologiyani o'rganilganda ushbu termin qanday ma'noga ega ekanligini tushunmoq kerak.

Masalan, hozirgi vaqtda allergiya deb, genetik jihatdan begona moddalarga nisbatan organizmning spetifik (maxsus) sezuvchanligini oshgan holati tushuniladi, bunday modda esa allergik antitanachalarni sintez qilishi yoki sensibilizasiyalashgan limfositlarni yetilishini (stimulyastiya qilish) qobiliyatiga ega bo'lishi zarur.

Hozirgi vaqtda allergiya tushunchasi ayni shu ma'noni bildiradi. Allergiya masalasini muhokama qilayotganda munozara ishtirokchilari mana shuni esda tutishlari lozim. Agar munozarada ishtirok etuvchilarning har biri «ALLERGIYA» terminini boshqacha talqin etishsa u vaqtda mulohaza hech qachon samarali bo'lmaydi.

2. Qarama-qarshiliklar qonuni bo'yicha: Bir predmet to'grisida bir vaqtning o'zida va o'sha nisbatda olingan ikki qarama-qarshi fikr darhol, birgalikda haqiqiy bo'la olmaydi. Haqiqatdan ham kimdir ikki xil mulohaza bayon qilsa, 1. «ALLERGIYA» - organizmning spetifik sezuvchanligini oshirishdir. 2. «ALLERGIYA organizmning spetifik sezuvchanligini kamayishidir» degan misollar birgalikda olinganda to'g'ri bo'lishi mumkin emas. Bunday vaqtda birinchisi to'g'ri bo'lsa, ikkinchisi soxtadir.

Shunday qilib, qarama-qarshiliklar qonunining amaliy talabi shuki, bir savolga bir vaqtning o'zida ham «Ha» deb, ham «Yo'q» ma'nosida javob berib bo'lmaydi.

3. Inkor etish qonuni quyidagicha foydalaniladi: Aynan bir narsa to'g'risidagi ikki qarama-qarshi fikr, bir vaqtning o'zida va bir xil nisbatda olinganda bir vaqtning o'zida ham haqiqiy, ham soxta bo'lishi mumkin emas, ulardan biri haqiqiy, ikkinchisi soxtadir va uchinchi bo'lishi mumkin emas.

Masalan, quyidagicha ikki fikr mavjud:

1. Allergen-antigen tabiatli modda bo'lib, organizmni sensibilizasiyalash qobiliyatiga ega va allergiyani paydo qiladi.

2. Allergen-antigen tabiatiga ega bo'lgan modda, organizmni

yana sensibilizastiyalash qobiliyatiga ega emas va allergiya chaqirmaydi. Bu ikki fikr bir vaqtda olinganda ayni vaqtda ham to'g'ri, ham noto'g'ri, soxta bo'lmaydi. Ulardan biri (birinchisi) to'g'ri, ikkinchisi esa soxtadir. Uchinchi bo'lishi mumkin emas.

Shunday qilib, fikrlashni to'g'ri bo'lishi izchil va asosli bo'lishini yodda tutmoq kerak. Agar bir-biriga zid ikkita mulohazalar mavjud bo'lib, ulardan biri ikkinchisini inkor etsa, u vaqt birini tanlamoq zarur, chunki ikkidan biri haq, ikkinchisi esa soxtadir. Uchinchi, ya'ni oraliqdagi fikr bo'lishi mumkin emas.

4. Asosning yetarli darajadalik qonuniga shunday deyilgan: «Har qanday haqiqiy fikr inson amaliyotida haqiqiyliги isbot qilingan boshqa fikrlar bilan asoslangan bo'lishi lozim». Boshqacha aytilganda, asosning yetarlilik qonuni fikrni tegishli dalillar bilan logik asoslanishi talab qiladi.

Bu qonunga rioya qilmaslik esa so'zsiz soxta natijalar va xulosalarga olib keladi.

Misol sifatida shunday fikrni ko'rib chiqaylik: Kecha ob-havo yomon edi. Bugun ob-havo yaxshi bo'ldi.

Xulosa: demak, ertaga allergiyali bemorlar o'zlarini yomon his qilishadi.

Har ikkala fikr ham logik to'g'ri tuzilgan va haqiqatdir. Chindan ham kecha ob-havo yomon bo'lgan edi, bugun ob-havo haqiqatdan ham yaxshi bo'ldi. Ammo bundan noto'g'ri xulosa chiqarilgan. Bunday mulohaza yurgazish ertangi kunda bemorning ahvolini yomonlashuvi uchun ob-havo omillari o'rtasida bog'liqlik yo'q.

Gap shundaki, kun tun bilan almashinadi, yomon ob-havo yaxshisi bilan almashinadi, ammo bemorning ahvolini yomonlashuvi boshqa sabablari ta'siriga bog'liq bo'ladi.

Masalan, meteorologik o'zgarishlariga yuqori sezuvchan bemorlardan ob-havoning keskin buzilishi oqibatida ularning ko'pchiligining ahvoli yomonlashadi, ayni shu vaqtda meteorezistent insonlarning salomatligi esa o'zgarmasdan qolishi mumkin.

Shunday qilib, haqiqiy dalillarga asoslangan, amaliy hayotdan olingan material dunyodan olingan fikrlariga asoslangan mulohazalar hisoblanadi. To'g'ri fikr yurgazish dalillarga asoslanganligi bilan ajralinadi.

Ammo, logik asoslashni haqiqiy asoslashdan farq qilishi zarur, haqiqiy, ya'ni bizning ongimizda aks etib shu hakda fikrga olib kelgan



sababni ajratmoq lozim.

Gap shundaki, logik asoslangan fikr deb azaldan amalda isbotlangan fikrga aytiladi, uning yordamida u yoki bu mulohaza asoslanadi, sabab deb esa moddiy olamda boshqa hodisani chiqaruvchi hodisa tushuniladi. Demak har bir mulohaza asoslangan va isbotlangan bo'lishi shart. Faqat shunday holdagina fikr ishonarli bo'ladi. Shunday qilib, har bir ilm topib o'quv ma'lumotlarini tushunmasdan yodlab olishga va intilishi kerak emas, balki o'qiganini, ko'rganini va eshitganini ongli ravishda logik fikrlashga o'rganishi kerak.

1. Shuni yodda tutish kerakki, haqqoniy fikrlash muayyan, ya'ni aniq, shunda asliga mos bo'lishi lozim.

(O'xshashlik qonuni).

2. To'g'ri fikrlashda izchil bo'lishini yodda tutmoq lozim (qarama - qarshi fikrlar uchun, aynan bir masala yuzasidan bir vaqtning o'zida shu ma'noda, qarama-qarshi, zid mulohazalarni bayon qilmaslik lozim. (qarama-qarshiliklar va uchinchisini inkor etish qonuni).

3.To'g'ri fikr asoslangan bo'lishini yodda tutmoq darkor, ya'ni mulohaza isbot qilingan bo'lishi lozim. (yetarlicha asoslaganlik qonuni).

Logikaning qonunlarini mukammal biluvchi inson tashqi odamning qonunlarini o'z fikrlariga to'g'ri aks ettirishga qodir.

Vrach uchun kasalliklarni paydo bo'lish va rivojlanish qonuniyatlarini o'z fikrida to'g'ri aks ettirish nihoyatda muhimdir. Bu tashxis qo'yish davolash va profilaktika kabi murakkab masalalarni echish uchun zarur.

O'qish materialini logika qonunlariga asoslanib tushunish xatolaridan saqlaydi va o'qishning saviyasini oshiradi.

Endi o'qish sohasida va adabiyotda keng qo'llaniladigan ibora (atamalarni) bayon qilishga o'tamiz: allergiya, sensibilizasiya, paraallergiya, metallergiya, antijism, desensibilizasiya, giposensibilizasiya.

Allergiya (yunoncha-grekcha- boshqacha, - ta'sir) -bu organizmning genetik jihatdan begona moddalar va ta'sirlarga nisbatan (spetifik - maxsus) sezuvchanligining ortishi va kasallikning rivojlanishidir.

Allergiya tushunchasiga organizmning sezuvchanligining ortishining hamma turlari kirmasligini esda tutish kerak, demak, allergiya sezuvchanlikni aniq moddaga, faqat genetik begona-allergen deb nomlangan moddaga nisbatan oshgan holatidir.

Masalan, polinozlarga qandaydir o'simlik gulining changiga (erman, sho'ra va hakozi) nisbatan sezuvchanlikni spetsifik ortishi kuzatiladi, ovqatga nisbatan allergiyada (sut, go'sht, shokolad va hakozi) ovqat maxsulotlariga, doriga nisbatan allergiyada antibiotiklarga, sulfanilamid preparatlariga, vitaminlarga va boshqalarga, hashoratlarga nisbatan allergiyada esa ularning zaharlariga nisbatan spetsifik sezuvchanlikning ortishi kuzatiladi.

Allergiyali bemorlarda ko'pincha sezuvchanlik aniq bir allergenga nisbatan ortadi, boshqa moddalarga nisbatan sezuvchanlik meyorida bo'lishi mumkin.

Agar sezuvchanlikni ortishi bittagina begona moddaga ortsa, bu hol monoallergiya deb ataladi.

Organizmning sezuvchanligini bir necha allergenga nisbatan ortishi poliallergiya deb ataladi.

Organizmning sezuvchanligini har xil moddalarga va ta'sirlarga nisbatan ortishi allergiyaga kirmaydi.

Xato qilmaslik uchun organizmning sezuvchanligini spetsifik ortishini, ya'ni allergiyani organizmni boshqa nospetsifik ortish shakllaridan farqlashni o'rganmoq kerak. Gap shundaki, allergiyaning tashxisi, davolash usuli va profilaktika tadbir-choralari allergik bo'lmagan kasalliklarning analogik (o'xshash) xodisalaridan tubdan farq qiladi.

Allergik kasalliklarda asosan kasallikni keltirib chiqaruvchi sababni ya'ni-allergenni aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Sensibilizatsiya-(inglizcha-sezuvchanlik) hujayraning, to'qimalarining organlarining va nihoyat organizmning butun holdagi immunologik asosidagi allergenlarga nisbatan spetsifik sezuvchanligining ortishidir.

Bunday qaraganda, allergiya tushunchasi bilan sensibilizatsiyaning o'rtasida tubdan farq yo'qdek ko'rinadi. Haqiqatdan allergiya ham, sensibilizatsiya ham umumiy holat bo'lib organizmni allergenga nisbatan spetsifik sezuvchanligini ortishi hisoblanadi. Ammo bu tushunchalar tubdan farq qiladi.

Gap shundaki, organizmga begona moddalar (allergen) ni birlamchi kirishi natijasida sensibilizatsiya holati paydo buladi. Allergenni organizmga kirishiga javoban immunitetga javobgar hujayralar allergik antijismlarni hosil qila boshlaydi, ular esa hujayralarning sathida birikadi. Bu jarayon, ya'ni allergenni organizmdan kirishdan boshlab,

allergik antitanalar paydo bo'lishigacha va ularni hujayralar sathida birikkanigacha kam deganda 2-3 hafta davom etadi. Bu davr sensibilizastiyani rivojlanish davri deyiladi. Shunday qilib, sensibilizastiya jarayoni nisbatan uzoq davom etadi. Sensibilizastiya manfydan musbatga tomon yo'nalgan.

Sensibilizastiya organizm sifat jihatdan yangi holatga o'tgani bilan patologiyaning alomatlari kuzatilmaydi. Aslida sensibilizastiyalangan organizm sog'lom organizmdan farq qilmaydi. Bunday inson mehnatga qobiliyatli uning hujayra va organlari shikastlangan emas. Sensibilizatsiyalangan organizmning hujayralari normal bo'lib, ular «o'ta sezuvchan» bo'lmaydi.

Sensibilizatsiyalangan organizm sog'lom organizmdan hujayralari satxda birikkan spestifik allergik antitanachalar mavjudligi bilan farqlanadi.

Bundan chiqadiki, sog'lom va sensibilizatsiyalangan organizmlar nospestifik ta'sirlarga bir xil javob beriladi.

Allergiya sensibilizatsiyadan farqli o'laroq, allergenga nisbatan sezuvchanlikni ortishidan tashqari, bu organ sezuvchanlikni allergik kasallik shaklida ro'yobga chiqaradi. Boshqacha aytganda, sensibilizastiya organizmni kasallikka tayyor holati bo'lsa, allergiya esa kasallikni paydo bo'lishidir. Demak, sensibilizastiya tushunchasi bilan organizmning allergenga nisbatan faqat spestifik sezuvchanligini oshgan holati ko'rsatilsa, allergiya tushunchasi esa kengroq ma'noni o'z ichiga oladi. Bu tushuncha bilan spetsifik sezuvchanlikni oshgan holati ham allergik reaksiyalar yoki kasalliklarni rivojlanishi ham ifodalaniladi.

Agar organizmga allergen sensibilizastiya holati uchun yetarli (optimal) miqdorda bir marta tushsa va boshqa hech qachon tushmasa, bunday organizm uzoq vaqt sensibilizastiya holatida bo'ladi, allergiya kuzatilmaydi. Demak, sensibilizatsiyalangan organizm, bu kasal organizm emas, allergiya esa kasallik mavjudligidan darak beradi.

Masalan, dengiz cho'chqasiga begona moddalar (ot qoni zardobi) bir marta parenteral yuborilgandan so'ng sensibilizastiya paydo bo'ladi. Bunday dengiz cho'chqasi sog'lomligi jihatdan sog' dengiz cho'chqalaridan mutlaqo farq qilmaydi. Agar mana shu sensibilizatsiyalangan dengiz cho'chqasiga (sensibilizastiya muddati yakunlanganda) ana shu zardobni takroran vena qoniga jo'natilsa, unda 2-3 daqiqa oraligida anafilaktik shok shaklidagi allergik reaksiya rivojlanadi. Sensibilizatsiyani allergiyadan farqini ko'rsatuvchi ishonarli

va klinik dalillar ham mavjud. Masalan, inson o'simlik guli changiga sensibilizatsiyalashgan deylik. Bunday odam amaliy jihatdan sog'lom odamlardan o'simliklarni gullash mavsumigacha hech qanday farq qilmaydi. O'simliklarning gullash mavsumi kelganda, bunday sensibilizatsiyalangan organizmga gulning changini ingalyasion yo'l orqalitakroran kirishi natijasida allergiyaning klinik alomatlari paydo bo'ladi, ya'ni polinozning belgilari paydo bo'ladi. Demak, «sensibilizatsiya» tushunchasi o'z ichiga quyidagi jarayonlarni qamrab oladi, bu jarayonlar organizmga allergenni birlamchi tushishi bilan oq paydo bo'ladi, ya'ni limfoid organlarning immun javobgar hujayralarini allergen bilan qo'zgalishi, maxsus allergik antitanachalarni sintez qilinishi ularni hujayralar sathida birikishi yoki sensibilizatsiyalangan limfotsitlarni hosil bo'lishi shular jumlasidandir.

Spetsifik allergik reaksiyalarning paydo bo'lishi uchun sensibilizatsiyalangan organizmga aynan shu holat paydo qilgan allergenni takroriy tushishi talab qilinadi. Allergen birinchi marta kirganda sensibilizatsiya paydo qiladi, uning takroriy tushishi esa hosil bo'lgan va hujayralarda birikkan antitanachalar bilan o'zaro ta'siri paydo bo'lishi uchun talab qilinadi.

Ammo allergik reaksiyalarning nospetsifik deb atalgan boshqa shakllari ham uchraydi. Organizmga allergenni birlamchi tushushdan paydo bo'ladigan allergik reaksiyalar nospetsifik allergik reaksiyalar deb ataladi. Masalan, go'dak chechak kasalligiga qarshi emlangan bo'lsa, uning organizmi chechak virusiga nisbatan sensibilizatsiyalangan bo'ladi. Agar shunday go'dakni terisi ichiga birinchi marta boshqa allergen-tuberkulin jo'natilsa, bu vaqt unda musbat reaksiya paydo bo'ladi. Bunday holda allergik reaksiya nospetsifik allergenga nisbatan paydo bo'ladi. Bunday nospetsifik allergik reaksiyani, spetsifikdan farq qilib parallergiya deyiladi.

Shunday qilib, Parallelgiya sensibilizatsiyalangan organizmga boshqa qandaydir allergenni tushishidan kelib chiqadigan allergik reaksiyadir.

Allergik reaksiyaning yana boshqa turi metallergiya ham uchrab turadi. Agar sil bilan hastalangan bolaga ichterlamaga qarshi vaksina jo'natilsa, u vaqt tuberkulin allergik reaksiyasining qaytalanishini kuzatish mumkin.

Bunday holda nospetsifik allergen ichterlamaga qarshi allergen bilan spetsifik allergik reaksiya paydo bo'ladi, yoki kasallik sun'iy

ravishda qo'zgatiladi.

Shunday qilib, metallergiya deganda nospetsifik allergen bilan spetsifik allergik reaksiyaning qaytalanishi tushuniladi.

Allergenlar genetik jihatdan begona moddalar bo'lib, ular antigen yoki gapten tabiatlidir, hamda organizmga tushib sensibilizatsiya va allergiya chaqirish xossasiga egadir.

Antigen (grekcha - qarshi, - kelib chiqmoq) genetik jihatdan begona modda bo'lib organizmga tushganida immunitetga javobgar limfoid hujayralarni (antitanachalar hosil qilishga stimulyatsiya qo'zg'atish, rag'batlantirish) kupaytirish xususiyatiga ega, hamda ular bilan spetsifik o'zaro ta'sir qilish qobiliyati mavjud.

Gaptenlar (grekcha-tutmoq) chala antigenlar mayda molekulari (10000 daltondan kam) moddalar bo'lib to'la qiymatli antigenlardan farq qilib o'z holicha antitanachalar hosil bo'lishiga qobiliyati yo'q.

Gaptenlarning antitanachalar hosil qilish, rag'batlantirish (stimulyatsiya) xususiyatiga ega bo'lish uchun ular oldindan oqsil molekulari bilan immun reaksiyaga kirishishi lozim (ba'zi gaptenlar yirik molekulari birikmalar birlashmasidan shunday hodisa bo'ladi).

Masalan, penitsillin tipik gapten hisoblanadi. Qonga tushgan penitsillin organizmning oqsillari bilan birikadi. Antigenlik xususiyatini egallaydi, limfoid organlarining immun hujayralarini spetsifik allergik antitanachalar hosil qilishga rag'batlantirishi (stimulyatsiya qiladi) kuzatiladi.

Ana shu antitanachalar bilan sof penitsillin, yani oqsillar bilan o'zaro ta'sirlarini qilib allergik reaksiya chaqirishi mumkin.

Tibbiyot amaliyotidagi doriga nisbatan uchraydigan allergiyalar sabablari ichida penitsillin birinchi o'rinni egallaydi. Allergenlar organizmda sensibilizatsiya va allergiya paydo qiluvchi asosiy sabablar hisoblanadi.

Antitanachalar-immun vakolatli limfosit hujayralar tomonidan sintez qilingan oqsil tanachalari-immunoglobulinlar bo'lib, ularni hosil bo'lishini stimulyatsiya qilgan allergenlar (antigenlar) bilan spetsifik o'zaro ta'sir qilishi qobiliyatiga egadir.

Allergen va antigen tushunchasini nima birlashtiradi va ularning farqi nima?, - degan savol paydo bo'ladi.

Bu ikki tushuncha tibbiyot adabiyotida ko'pincha bir-biriga o'xshatishadi va ularga o'rtasida asosan farq yo'q deb tasavvur qilinadi.

Darhaqiqat, allergen ham antigen ham antitanachalar hosil

bo'lishini stimulyastiya qilish va ular bilan spetifik o'zaro ta'sir etish xususiyatiga ega bo'lgan begona moddadir.

Allergenlar va antigenlar o'zlarining fizik va kimyoviy hossalari bo'yicha bir-biridan asosan farq qilmaydi. Ammo bu atama immunologik adabiyotda ko'pincha antigen deb ishlatilsa, allergalogik adabiyotda esa u allergen deb qo'llaniladi.

Bu kuyidagicha tushuntiriladi: immun reaksiyalarida antigen immun antitanachalar bilan o'zaro ta'sir ko'rsatadi, lekin hujayralarning shikastlanishi kuzatilmaydi.

Allergen antigenidan farqli ravishda allergik antitanachalar bilan o'zaro ta'sirlashib allergik reaksiyalarini yuzaga keltiradi. Bu vaqt hujayralarning shikastlanishi va allergik kasalliklarni paydo bo'lishi kuzatiladi. Bundan chiqadiki, olimlar reaksiyalarning oxirgi natijalariga qarab (ya'ni immunmi, yo allergikmi) gohida allergen, gohida antigen atamasidan foydalanishadi, deb o'ylash mumkin.

Bu shubhasiz o'rinni, chunki ko'pincha aynan yakkayu yagona begona modda bir xil sharoitda immun antitanachalar sintezini rag'batlantirsa, boshqa sharoitda esa allergik antitanachalar hosil bo'lishini stimulyastiya qiladi.

«Allergen» atamasining yana boshqa ma'noda ham, ya'ni davolash va diagnostik preparatlar sifatida ham ishlatiladi. Maxsus ilmiy ishlab chiqarish muassasalarida har xil xom-ashyolardan allergen diagnostik va davolash uchun ishlab chiqariladi. Masalan, uy changidan maishiy allergen, turli o'simliklar gullari; changlaridan gul changi allergeni, hayvonlar juri, qazg'og'idan epidermal allergeni, har xil ovqat mahsulotlaridan ovqat allergeni, turli hashoratlardan insekt allergeni tayyorlanadi.

Desensibilizatsiya (lotincha so'z bo'lib, sensibilizatsiyaning to'xtashi ma'nosini bildiradi) sensibilizatsiya holatini yo'qolishidir. Bu atamaning ma'nosida sensibilizatsiya jarayonining to'la yo'qolib ketishi yotibdi. Ammo turli davlatlarning olimlarining tajribalarida ko'rsatilishicha sensibilizatsiya jarayonining to'la yo'qolishi ro'y bermaydi. Haqiqatdan ham yuqori sezuvchanlikni qisman pasayishi kuzatiladi. Shu sababli desensibilizatsiya o'rniga giposensibilizatsiya so'zini ishlatish tavsiya etiladi.

Giposensibilizatsiya (grekcha gipo-pasayish, ya'ni sensibilizatsiyaning pasayishi) organizmning allergenga nisbatan oshgan sezuvchanligining pasayishidir.

Spetsifik giposensibilizatsiyaning turli rejaları mavjud. Davolash jarayonining mohiyati shundan iboratki, allergiyali bemorlarga qanday allergenga sezuvchanligini oshgan bo'lsa, aynan shu allergen uzoq vaqt ko'plab kunlar, oylar, ba'zida yil davomida parenteral yo'l bilan yuboriladi. Davolash minimal dozadan boshlanib asta-sekin oshirilib optimal darajaga yetkaziladi.

3 mavzu. Allergiya mezonlari.

Keyingi yillarda allergik kasalliklarning ma'lum darajadagi giperdiagnostikasi kuzatilmoqda. Bizning fikrimizcha bu holatning eng muhim sabablaridan biri allergiyaning mezonlari, aniq tasavvurlarning yo'qligidir. Diagnostik xatolarga yo'l qo'ymaslik uchun allergiyaning mezonlarini bilish zarur va uni noallergik kasalliklardan ajrata bilish kerak.

Allergiyaning asosiy mezonlariga quyidagilar kiradi:

1. Bemorlarning qonida mahsus allergik antitanachalar yoki sensibilizatsiyalangan limfositlarni aniqlanishi.

2. Normergiyadan chetga chiqish, ya'ni bemorni ta'sirga reaksiyasini amaliy sog'lom normal reaktivli inson seakstiyasidan chetga chiqishi.

3. Allergiyaning spetifikligi.

4. Allergik kasallik belgilarini allergenlarning xususiyatlari, turi, tabiati yoki ta'sirlovchi omillariga tobe emasligi. Shunday qilib, allergiyaning 4 asosiy ko'rsatkichlari mezonlari mavjud, shularga amal qilib, aynan shu kasallik allergikmi yoki yo'qmi degan masalani yechish mumkin va zarur.

Bu masalani hal etilishi katta amaliy ahamiyatga ega. Agar bemorda allergik kasallik mavjud bo'lsa, u vaqtda uning davosi antiallergik bo'lishi lozim. Aks holda, esa shifokor adashib bemorga noto'g'ri mos kelmaydigan davolashni tavsiya etadi. U esa jiddiy, salbiy oqibatlariga olib keladi. Noto'g'ri davolash o'z navbatida bemorlarning shunday ham nochor ahvolini og'irlashtiradi. Endi allergiyani ifodalovchi mezonlarni alohida ko'rib chiqaylik.

1. Qonda spetifik allergik antitanachalar yoki sensibilizatsiyalangan limfositlarni aniqlash.

Agar bemorning qonida immunoglobulin E, A, M, D, tipli spetifik

antitanachalar aniqlansa, bu kasallikni tez kechar allergik reaksiyalar (I, P, Sh) tipiga kiradi.

Agar bemorning qonida spetifik sensibilizatsiyalangan limfositlar aniqlansa, bu kasallikni sekin kechar allergik (ShU) reaksiyalar tipiga kiradi deb aytishga yetarlicha asos bo'ladi. Allergik antitanachalarni va sensibilizatsiyalangan limfositlarni aniqlash uchun yaxshi jihozlangan immunologik laboratoriya va yuqori malakali kadrlar talab qilinadi.

Afsuski, keng tibbiyot amaliyotida bunday sharoit hamma joyda ham bo'lavermaydi. Biroq spetifik antitanachalarni va sensibilizatsiyalangan limfositlarni aniqlamasdan turib, allergiyaning aniq tashxisini qo'yib bo'lmaydi, degan xulosaga kelinmaydi. Keng tibbiyot amaliyotida allergiyaning spetifik diagnostikasi uchun allergiyaning qolgan uch mezonidan foydalanishi kifoyadir.

2. Normergiyadan chetga chiqish, ya'ni bemorni ta'sirga reaksiyasini amaliy sog'lom normal reaktivli inson seakstiyasidan chetga chiqishi. Allergiyaning ikkinchi mezonining ma'nosi va mazmunini tushunish uchun avvalo shuni esda tutish lozimki, amaliy jihatdan sog'lom sensibilizatsiya-lanmagan normergik reaktivlikka ega organizm bilan allergen birlamchi uchrashganda umuman reaksiya bo'lmaydi yoki allergik bo'lmagan reaksiya qaytaradi. Sensibilizatsiyalangan organizm allergenning ta'siriga kasallanish bilan javob beradi, chunki bunday organizmning reaktivlik me'yoridan chetga chiqqan, ya'ni oshish tomoniga (giperegriya) o'zgargan. Shu sababli sensibilizatsiyalangan organizm spetifik allergen bilan qaytadan allergik reaksiya beradi.

Aniqlanishicha, allergik reaksiyalarning klinik shakllarining namoyon bo'lishi hujayra, to'qima va organizmning xususiyatiga bog'liq.

Masalan, semiz hujayralar qo'zg'aladi, ularning o'tkazuvchanligi ortadi, ularning donachalari hujayradan atrofidagi to'qima otilib chiqadi. Bu jarayonni semiz hujayralarning degranulyastiyasi reaksiyasi deyiladi.

Xuddi shunday allergik reaksiya bazofil hujayralarda ham kuzatiladi. Terining, shilliq pardalarining, ichki organlarning hujayralarida paydo bo'lgan allergik reaksiyalarda yallig'lanish jarayoni yuzaga keladi: hujayra alterastiyasi, ekssudastiya, leykostitlar emigrastiyasi, hujayralar proleferastiyasi kuzatiladi.

Silliq tolani mushaklarda rivojlanuvchi allergik reaksiyalarda esa

silliq tolali hujayralarning spastik qisqarishi kuzatiladi. Mana shuning uchun bronxial astmaning hurujida bronxiollarning silliq mushaklarining spastik qisqarishidan bo'g'ilish (ekspirator nafas qisish) paydo bo'ladi. Anafilaktik shokda ham bronxiollarning silliq mushaklarining beixtiyor qusish, ichakning silliq mushaklarini qisqarishidan beixtiyor defekastiya, siydik qopining silliq mushaklarining qisqarishida beixtiyor siydik ajratishi paydo bo'ladi.

Biriktiruvchi to'qima sathida rivojlanuvchi allergik reaksiyalarda har xil degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi (kodlagen to'qimaning fibrinoid bukishi va boshqalar).

Allergiyada mayda qon tomirlar kengayadi, ularning o'tkazuvchanligi ortadi, hatto, kapillyarlardan qon oqib ketishi mumkin. Bunday allergik o'zgarishlar revmatizm, kollagenozlar guruhiga kiruvchi kasalliklar uchun xosdir. Ba'zida allergik kasallik faqat terining kechishi shaklida namoyon bo'lishi mumkin, bunday holda boshqa ko'zga tashlanadigan alomatlar bo'lmaydi. Shunday qilib, allergiya, boshqa allergik bo'lmagan kasalliklardan farq qilib o'ziga xos klinik ko'rinishlarga ega. Demak, diagnostik xatolarga yo'l qo'ymaslik uchun tipik allergik kasalliklarning: allergik, renitlar, kon'yuktivitlar, bronxitlar, bronxial astma, allergik dermatitlar, ovqat allergiyasi, insekt allergiyasi va boshqalarning belgilarini batafsil o'rganib olish zarur.

3. Allergiyaning spetsifikligi (o'ziga xosligi).

Allergiyada diagnostik xatolikka yo'l qo'ymaslik uchun uning o'ziga xoslik tomoniga qat'iyon rioya qilish kerak. Allergenlar va antigen antitanachalarning o'ziga xosligi ularning kimyoviy tuzilishiga asoslanadi, deb hisoblanadi. Spetifik allergenlar va antitanachalar birbiri bilan o'zaro ta'sirlashishi uchun allergen molekulasining derminatligi (spetsifikligini) belgilovchi qism allergik antitanachalar bilan yoki sensibilizatsiyalangan limfotsitlarning reseptorlari bilan tanib olinadi. Agar shunday moslik bo'lmasa, allergenni antitanacha bilan o'zaro ta'siri paydo bo'lmaydi, allergik reaksiya paydo bo'lmaydi.

Klinik amaliyotda allergiyaning o'ziga xosligi (spetsifikligi) diagnostik sinamalar asosida (teri, kon'yuktiva pardasi, endonazol, ingalyastion, semiz hujayralarning vositali degranulyastiyasi, neytrofillarning shikastlanish sinamalari va x.k.) aniqlanadi.

4. Allergik kasallik belgilarini allergenlarning turlariga va ta'sirlovchi omilga bog'liq emasligi.

Allergik kasallik eng muhim xususiyati shundan iboratki, uning

klirik belgilari nisbatan bir toifali va ularning allergen turiga, xususiyatiga va tabiatiga yoki ta'sirlovchi omillarga bog'liq emas.

Masalan, bronxial astma kasalligini chaqiruvchi sabablari turli allergenlar: maishiy, gul changi, epidermal ovqat allergenlari, dorilar, bakterial allergenlar bo'lishiga qaramay uning klinik namoyon bo'lishi bir xildir. Hatto fizik omillar (sovuq) ham bronxial astmaning hurujini paydo qilishi mumkin. Xuddi shu fikrni allergiyaning boshqa klinik shakllari to'grisida ham aytish mumkin: kasallik chaqiruvchi sabablar xilma-xil bo'lgani bilan uning klinik alomatlarini hamma vaqt bir xildir.

Shunday qilib, taxlil qilinayotgan kasallik 4 mezoniga mos kelsa, uni allergiya qatoriga kiritish mumkin. Allergiyaning mezonlarini bilish diagnostik xatolardan saqlanishda yordam beradi.

4 mavzu. Allergik kasalliklar etiologiyasi, tasnifi, patogenezini.

Immun reaksiyalar asosida rivojlanuvchi haqiqiy allergiyaning sababchisi allergenlardir.

Allergenlar deb, allergiya holatini chaqira oladigan antigen tabiatli yot moddalar yoki noantigen tabiatli (organik yoki noorganik) moddalarga aytiladi.

Allergenlar qator murakkab vazifalarni bajaradi:

1. Maxsus allergik antitanalarni sintez qiluvchi immun kompetent hujayralarni stimulyastiya qiladi va sensibilizastiyalashgan limfositlarni hosil qiladi.

2. Organizmning faol sensibilizastiyasini chaqiradi.

3. Sensibilizastiyalashgan organizmga qayta tushib, allergik kasalliklarni vujudga keltiradi.

4. In vivo va in vitro allergik testlarni o'tkazishda tashxislash vositasi bo'lib xizmat qiladi.

5. Maxsus giposensibilizastiya terapiyasini o'tkazish uchun davolash vositasi bo'lib xizmat qiladi.

Allergenlar tasnifi.

(A.D. ADO VA A.A. POLNER 1963)

1. Ekzogen allergenlar (tashqi muhitdan organizmga kirib allergik kasalliklarni chaqiruvchi allergenlar)

1.1 noinfeksion turdagi allergenlar: changlar, epidermal, doridarmon (medikamentlar), oddiy kimyoviy moddalar, oziq ovqatlar,

insektlar (hashoratlar) va hokazo.

1.2 infektsiya turdagi allergenlar: bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar.

2. Endoallergenlar yoki autoallergenlar (organizmning o'zida paydo bo'ladigan allergenlar).

2.1 tabiiy yoki birlamchi endoallergenlar (ko'z gavhari, nerv hujayrasi, qalqonsimon bez, jinsiy hujayra)

2.2 orttirilgan yoki ikkilamchi endoallergenlar.

2.3 kompleksli endoallergenlar (to'qima+mikrob, to'qima+toksin)

2.4 oraliq endoallergenlar (patogen mikroblar yoki viruslar + shikastlangan hujayra maxsulotlari birikmalari).

Maishiy allergenlar (uy, kutubxona changlari va h.k) yuqori sensibilizastiyalovchi faollik bilan xarakterlanadi. Maishiy allergenlarning tarkibiy qismi, jumladan uy changining tarkibi xonadonda mavjud bo'lgan predmetlar, uy hayvonlarning xili, zamburug'lar, bakteriyalar, organik va noorganik zarrachalar, maishiy ximiya mahsulotlari, o'lik hasharotlar tanasi zarrachalari, uy hayvonlarining qazg'og'i va yungi, tabiiy va sun'iy gazlamalar tolalarining xarakteriga bog'liq bo'ladi, uy changi sensibilizastiya holatini xonadon havosi tarkibida juda kichik konstentrastiyada bo'lganda ham chaqira olish xususiyatga ega. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra: bolalarda atopik bronxial astmada organizmning sensibilizastiyalashuvi maromi uy changi allergeniga nisbatan 70-80% tashkil qiladi. (M.M. Xaqberdiev, M.M. Axmedova, Q.X. Abduraxmonov, 1992, 1995). Uy chagi hashoratlaridan dermatopagoides pteronyssinus mikrokanalchalar uchraydi. Turli xil mikrokanalchalar allergeniga nisbatan sensibilizastiya maromi 70-93% ga yetadi. Mikrokanalchalar nafaqat uy changida, balki ko'rpa-to'shakda, teri yuzasida (asosan yuz terisida) uchraydi. Allergenli faollik kanalchalarining o'zida, hatto eksperimentarida. Mikrokanalchalar ham mavjud bo'ladi. Mikrokanalchalarda uy changi va inson qazg'og'ida umumiy antigenlik determinantlar aniqlangan. Bu allergik bemorlarda mikrokanalchalarga, uy changiga va inson qazg'og'iga polisensibilizastiyasi mavjudligidan darak beradi. Bizning ma'lumotlarimiz bo'yicha Allergiya bilan hastalangan bolalarda sensibilizastiya maromi mikrokanalchalar allergeniga 60-80%-ni tashkil etadi (M.M. Haqberdiev, I.R. Yuldashev, 1993).

Epidermal allergenlar (epidermis komponentlari, hayvonlar yungi, juni, inson sochi, qazg'og'i, parrandalar pati, baliq va ilon po'sti va hakazo) bolalarda uchraydigan allergik kasalliklarning etiologiyasida katta rol o'ynaydi. Bizning ma'lumotimizga ko'ra, epidermal allergenlar bolalar organizmining sensibilizastiya maromi 18-65 % tashkil qiladi. (M. Xaqberdiev, Q.X. Abduraxmonov, 1995).

Dori aliergenlari: dori-darmonlarga nisbatan sensibilizastiya keng tarqalgan. Organizmning sensibilizastiya indeksi dori preparatining turiga bog'liq. Dori darmonlarning ta'siri tufayli allergik reaksiyalarning barcha 4 ta tipi: anafilaktik, stitotoksik, immunokompleks va hujayra (sekin kechar) tipi rivojlanishi mumkin. Sensibilizastiya indeksi ba'zan 100% ni tashkil qilishi mumkin. Ko'proq dori allergiyasini chaqiradigan medikamentlar bu antibiotiklar, sulfanilamidlar, vitaminlar og'riqsizlantiruvchilar, yod, rentgen kontrast moddalar va hatto antiallergik preparatlar (dimedrol va boshqalar).

Chang allergenlari: o'simliklar gul changlari ham sensibilizastiya sababchisi bo'lib organizmda poliinoz deb nomlanuvchi allergik hastalikni chaqiradi (yunoncha so'z- pollen-chang). Pollinozlarning klinik shakllari turli tug'mandir: allergik kon'yuktivit, rinit, sinusit, bronxit, bronxial astma, dermatit, gastroentrokolit, vulvit, nevril, enstefalomielit va boshqalardir. Hozirgi vaqtda butun dunyoda 700 dan ortiq Allergiya chaqiruvchi o'simliklar bor ekanligi aniqlangan. Biz tajribada Markaziy Osiyo va O'zbekistonda o'sadigan bir qancha o'simliklarning allergenlik xossalarini o'rganib chiqdik: paxta guli, yong'oq, chinor, kanop, qaylantus(sassiq terak), shuvoq, sho'ra va boshqalar va ularning allergik hastaliklarda tutgan o'rnini ko'rsatdik. Pollinozlar bilan Hastalangan bolalarda o'simliklar gullari changlariga nisbatan sensibilizastiya maromi 60-80% (M.M. Xaqberdiev, N.V. Mavlyanova, I.V. Sgibova, 1970-1993).

Ovqat allergenlari bolalardagi turli xil allergik hastaliklarning asosiy sababchilari hisoblanadi. Umuman olganda barcha oziq ovqat mahsulotlari allergen bo'lishi mumkin. Sigir suti eng kamida 16 xil komponentlaridan iborat: kazein, laktoglobulin, immunoglobulin va hokazo. Sut turli oziq ovqat mahsulotlari tarkibida uchraydi: oq non, hamir, sutli aralashmalar, shokolad, muzqaymoq va xokazo. Shuning uchun ham sigir sutiga sensibli-zastiya mavjud bolalarda tarkibida sut bo'lgan boshqa mahsulotlar ham alergik reaksiya chaqiradi. Bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, bolalara uchraydigan ovqat allergiyasida

organizmning sensibilizastiya maromi turlicha: sigir sutiga 71.1%, tuxum oqsiliga 15.6%, tuxum sarig'iga-14.4%, go'shtga 13.2%, baliq va baliq mahsulotlariga 2%, stitruslilarga-16.8% (M.M.Xaqberdiev, R.X. Inagamov, 1995).

Hashorat allergenlari: insekt (hashorat) allergiya ko'p uchraydigan allergik hastaliklardandir. Hasharotlarga bo'lgan allergiyaning klinik shakllari har xil: teridagi engil qichishuvdan to allergik rinitlarning og'ir shakllarigacha, bronxitlar, astma va hatto o'limga olib keladigan anafilaktik shok. Biz hashoratlarning 2 xilini: don kuyasi va chivinning (*Culex pipiens molestus*) allergenlik xususiyatlarin o'rgandik. Organizmning sensibilizastiyasini don kuyasi ingalyastiya yo'li bilan, chivin esa parenteral yo'l bilan chaqiradi. Eksperiment sharoitda bu hashoratlarning allergenlari bilan dengiz cho'chqachalarida anafilaktik shokni 100% chaqirish mumkin. Bemorlar organizmining sensibilizastiya maromi 80-83% gacha bo'lishi mumkin (M.M. Xaqberdiev, N.V. Susina, 1980, M.M. Xaqberdiev, O.I. Yusupova, 1996).

Bakteriya antigenlari: mikroob hujayralari va ularning allergiya chaqirishiga layoqatli hayot faoliyati maxsulotlari bo'lishi mumkin.

Virus antigenlari: bronxial astmaning infekstion allergik shaklining sababchilaridan biri gripp va paragripp viruslari, adenoviruslar, enteroviruslar, stitomegaloviruslar bo'lishi mumkin.

Zamburug allergenlari: zamburug' komponentlari ularning hayot faoliyati maxsulotlari yoki ulardan maxsus tayyorlangan preparatlardir. Bemorlarda zamburug' allergeniga nisbatan sensibilizastiya maromi 6.8 dan 55.9% gacha bo'lib, yuqori sezuvchanlikning darajasiga, zamburug'larning xiliga va bemorlarni individual reaktivligiga bog'liq.

Bolalarda allergiya rivojlanishida allergendan tashqari endogen (irsiyat, allergik konstitustiya) va ekzogen omillar (ekologiya, ona salomatligi, homiladorlar toksikozi, boshqa turi, boshdan kechirgan hastaliklar va boshqalar) muhim ahamiyatga ega.

Bolalarda allergiya rivojlanishida davolash zardoblari va vaksinalarning ham muhim o'rni bor.

Allergik kasalliklar patogenezi.

Xaqiqiy ya'ni immunologik asoslangan, allergik reaksiyalar va hastaliklarning rivojlanishi mexanizmida 3 ta bosqich tafovut etiladi:

1. *Immunologik bosqich*- uzoq muddatli jarayondir:

organizmning allergen bilan birlamchi muloqotidan boshlab to allergik antitana yoki sensibilizastiyalashgan limfositlar hosil bo'lishigacha.

2. *Patokimyoviy bosqich*- allergenning allergik antitana yoki sensibilizastiyalangan limfositlar bilan ta'sirlashuvi natijasida shikastlangan nishon hujayralardan tez yoki sekin kechar allergik reaksiyalarga tegishli mediatorlarning chiqishidan iborat: gistamin, atsetilholin, turli kininlar, serotonin, geparin, neytrofillar va eozinofillarning xemotaksisini chaqiruvchi faktorlar, limfositlarning transformastiyasini chaqiruvchi faktor, interleykin-1, interleykin-2 va boshqalar.

3. *Patofiziologik bosqich*-organizmning organ va sistemalari shikastlangan hujay-ralardan chiqqan mediatorlar ta'siriga nisbatan reaksiyalari: bronxiolalarning qisqarishi(nafas qisilishi, asfiksiya), arteriolalarning kengayishi (arterial bosim tushishi, shok holati), me'da va ichak silliq muskullarining qisqarishi (qusish, ich ketish, defekastiya), nerv tolalari va nerv hujayralarining qo'zg'alishi va hokazo.

Anafilaktik allergik reaksiyalar turlari (1-tur).

Anafilaktik turdagi jarayon asosida kelib chiqadigan allergik kasalliklarni boshqacha atamalar bilan ya'ni atopik, reaginli allergik reaksiyalar yoki allergik kasalliklar deb izohlaydilar. ATOROS atamasi yunoncha so'zdan olingan bo'lib, ajoyib, g'ayri tabiiy degan ma'noni anglatadi. Qadimgi davrlarda, kasallikni kelib chiqishi sababi to'g'risida monokauzalizm (yunoncha monos- bir, lotincha causalis-sabab) nazariyasi xukmron edi. Monokauzalistlar aytishicha kasallikni sababi faqat mikroblar bilan bog'liqdir. Mikroblar bilan bog'liq bo'lmagan kasalliklarni ular atopik kasalliklar deb e'lon qilganlar. Anafilaktik turdagi allergik kasalliklar jarayonida g'umoral antitana- IgE muhim hisoblanadi. IgE ni boshqachasiga reagen atamasi bilan ham aytiladi. Bu immunoglobulin organizmning hamma hujayralarining stitoplazmasiga yopishadi. Ayniqsa teri hujayralarida IgE miqdori ko'p uchraydi. Shu sababli bu allergik immunoglobulinlarni teri hujayralarini sensibilizastiyalovchi antitana deyiladi.

Anafilaktik hastaliklarning klinik shakllari turlicha: pollinozlar, allergik rinit, sinusit, bronxit, broxial astma, ovqat va dori allergiyalarining ayrim shakllari, insekt allergiyasi, me'da ichak

shikastlanishlarining ayrim xillari, atopik dermatit, neyrodermatit, anafilaktik shok va boshqalar.

Organizmga allergen birinchi marta ingalyastion yo'l bilan kirganda uni ta'siriga javoban nafas yo'llarining shilliq pardasida plazmatik hujayralari IgE sintez qila boshlaydi. Hosil bo'lgan IgE semiz hujayralar, bazofillar va boshqa hujayralarning sathiga birikadi. Har bir hujayraning sathida 40000-100000 gacha resteptorlar mavjud. Odatda bir hujayraning sathida 5000-40000 gacha IgE molekulasi birikadi. Sensibilizastiya davri o'tgandan keyin allergen organizmga ingalyastion yo'l bilan takroriy tushgandan so'ng u hujayra stitoplazmasida yopishgan IgE lar bilan qo'shilib allergik reaksiyani chaqiradi. Natijada hujayra keskin qo'zg'aladi va shikastlanadi. Semiz hujayrani ichida joylashgan donachalar atrofdagi muhitga chiqib ketadilar (degranulyastiya jarayoni).

Tez kechar allergik (anafilaktik) reaksiyani sodir bo'lishi hujayra sathiga yopishgan IgE molekularining soniga, allergenning valentligiga va hujayra membranasidagi resteptorlarning xususiyatlariga bog'liq. Agar hujayra sathida IgE ning soni nihoyatda kam bo'lsa, yoki allergen bir valentli bo'lsa allergik reaksiya sodir bo'lmaydi. Allergik reaksiya paydo bo'lishi uchun, kamida IgE ning ikki molekulasi hujayra membranasidagi ikkita glikoprotein resteptorlari bilan bog'lanib ko'prik hosil qilishi zarur. Faqat shu vaziyatda allergik reaksiya rivojlanadi va hujayra shikastlanadi, ya'ni degranulyastiya jarayoni sodir bo'ladi.

Allergik reaksiyaning klinik belgilari dastlabki 5-20 min ichida paydo bo'ladi. Lekin ba'zi hollarda allergiyaning mazkur shakllarida kasallik belgilari biroz kechroq paydo bo'ladi: 6-12 soat va undan ortiq. Bunday reaksiyalar kechikkan yoki kechki, muddati o'tgan allergik reaksiyalar deb ataladi, va uning rivojlanishida mexanizmida eozinofil, neytrofil hujayralarining ahamiyati juda katta hisoblanadi.

Sitotoksik allergik reaksiyalar (2-tur).

Sitotoksik atama ikki mustaqqil yunoncha so'zlardan olingan bo'lib kytos-hujayra va toksik-zahar degan ma'noni anglatadi. Sitotoksiklik deganda, hujayralarning zaharli moddalar ta'siri ostida yemirilishi tushuniladi. Allergik reaksiya borishida albatta komplement komponentlari ishtirokida allergen-antitana immunokompleksi ta'sirida

shikastlanadi. Shuning uchun ham hujayra shikastlanish jarayonini boshqachasiga sitoliz deb ataladi.

Me'yorda sitotoksik reaksiyalari doimo bo'ladi va organizm uchun katta muhim himoya vositasi bo'lib salomatlikni saqlab turadi. Sitotoksik reaksiyalar asosida mutastiyalashgan o'sma hujayralari ham nobud bo'ladilar. Bu allergik reaksiyalarning mexanizmidagi qatnashadi.

Autoimmun gemolitik anemiya, allergik agranulostitoz, allergik trombotopeniya, allergik miokarditlarning ayrim xillari, miasteniya va boshqa allergik hastaliklarning patogenizida sitotoksik asosida hujayralarning shikastlanishi yotadi.

Immun komplekslar asosida kelib chiqadigan allergik reaksiyalar (3-tur).

Immunkomplekslar, ya'ni IgE va IgM+ antitana birikmalari hujayra stitoplazmasi yuzasida(membranasida) emas, balki qonda va boshqa suyuqli muhitlarda xosil bo'ladi. Bu allergik reaksiyaning mexanizmidagi komplemet komponentlari faol qatnashadi. Xosil bo'lgan immun komplekslar hujayra membranasiga yopishib komplemet sistemasini faollashtiradi va hujayraning shikastlanishini yuzaga chaqiradi. Biologik faol moddalar (mediatorlar) o'z navbatida qon tomir devorini shikastlab polimorf yadroli leykositlarini mahalliy yallig'lanish o'chog'iga jalb etilishini ta'minlaydi. Zardob kasalligi, glomerulonefrit, Artyus fenomeni kabi kasalliklar bunga misoldir.

Sekin kechar allergik reaksiyalar (4-tur).

Bu allergik reaksiyalarning patogenezida antitanalar o'rnida maxsus sensibilizatsiyalangan limfositlar (T effektorlar) katta ahamiyatga ega. Sensibilizatsiyalangan T hujayra yuzasida maxsus resteptorlar bor. Shu resteptorlar allergenlarga yopishib ularga shikast etkazadi. Sensibilizatsiyalangan limfositlar bir talay biologik faol moddalar ishlab chiqaradi: sekin kechar allergik reaksiyalarning mediatorlari. Bu mediatorlarning umumiy nomi "LIMFOKINLAR". Bularning ichida xemotaksik omil, blastogen yoki mitogen omil, makrofaglar migratsiyasini tormozlovchi omillar muhim ahamiyatga ega. Allergiyaning mazkur tipi bo'yicha yuqumli kasalliklar (sil kasalligi, brustellyoz va boshqalar), kontakt allergik dermatit, transplantantning ajralish reaksiyasi, o'smaga qarshi va autoimmun yoki autoallergik

kasalliklari rivojlanadi.

5 mavzu. Ona-yo'ldosh - homila tizimining patofiziologiyasi.

Bu mavzu tibbiy muhim muammolardan biri bo'lib, uning yoritilishi ozroq bo'lsada bu patologiyani oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Inson organizmi o'z taraqqiyotida otalangan tuxum hujayradan tortib to katta yoshga kirgungacha bo'lgan murakkab jarayonlarni boshidan kechiradi. Embriogenez jarayonida muvaqqat a'zo sifatida yo'ldosh rivojlanadi va nihoyat yangi bir butun "ona-yo'ldosh-homila" tizimi paydo bo'ladi. Bu tizimning birontasining morfofunkcional o'zgarishi butun tizimga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Yana shu narsa oshkor qilindiki, "ona-yo'ldosh -homila" biologik tizimi anchagina kompensator imkoniyatlarga ega bo'lib, homiladorlikni anchagina og'ir asoratlarda ham uning ijobiy kechishini va oxiriga etishini ta'minlaydi.

Homila rivojlanishining sezgir davrlari.

Homila davrining tashqi muhit, har xil shikastlovchi omillar (gipoksiya, issiq-sovuq, radiaktiv nurlar, dori moddalari, kimyoviy moddalar va boshqalar) ta'siriga javob reaksiyasi ko'pincha ta'sir qiluvchi omilga emas, balki shu omillarning homila taraqqiyotining qaysi davrlarida ta'sir qilganiga bog'liqligi oshkor qilingan. Shuni e'tiborga olib, embrional rivojlanishining buzilishini taxlil qilishni avvalo unga tashqi muxit omillari ta'sir qilayotgan vaqtdagi embriogenezni davrlaridan boshlash kerak. Bu davrda embrion bilan ayolning reproduktiv organlari o'rtasida morfologik aloqa hali paydo bo'lmaydi. Ammo ona organizmi bilan taraqqiy etayotgan homila o'rtasida yaqin funkional aloqadorlik mavjud.

Tug'ma nuqsonlar embrionning zararlanishi oqibatida yuzaga kelishiga embriopatiyalar deyiladi.

Organogenez va yo'ldosh rivojlanish jarayonlari nihoyasiga etgach, rivojlanayotgan homilada, fetal davr boshlanadi va bu davr homiladorlikning qirqinchi haftasigacha davom etadi.

Ayol jinsiga taalluqli homilalar jinsiy organlarining anomaliyasi (soxta erkaklik, germofroditizm) bundan mustasnodir, chunki bu patologiya androgen ta'sirli dorilar iste'mol qilish natijasida yuzaga keladi. Bu holat homilaning tashqi jinsiy organlariga nisbatan kechroq

(ona qornidagi taraqqiyotining 12-14 haftalari) shakllanishi bilan bog'liqdir.

Tug'ma nuqsonlarning paydo bo'lish sabablari.

Rivojlanish anomaliyalarini paydo bo'lishi hakimlarni qadim zamonlarda beri qiziq-tiradi. Biroq bu murakkab muammoni etiologiyasi va patogenezini hali ham yetarlicha o'rganilgan emas. Shularni e'tiborga olinsa, homilada nuqsonlarni paydo bo'lishi yo mutastiya oqibatida, yoki qandaydir omilning teratogenlik ta'siridan yoki ikkalasining birgalikda ta'siridan kelib chiqishi mumkin.

Insonlarni tug'ma nuqsonlarining sabablarini quyidagicha tasavvur qilish mumkin: endogen sabablar:

1. Irsiy o'zgarishlar
2. endokrin kasalliklar
3. Jinsiy hujayralarning "pishib o'tib ketishi"
4. Ota-onalarning yoshlari

A. ekzogen sabablar:

1. Fizikaviy omillar:
 - a) radiatsion nurlanish
 - b) mexanik ta'sirlar
2. Kimyoviy omillar:
 - a) dorilar
 - b) sanoatda va turmushda qo'llaniladigan kimyoviy moddalar
 - c) gipoksiya
 - d) sifatsiz ovqatlanish
3. Biologik omillar:
 - a) viruslar
 - b) mikoplazmalar
 - c) protozoali infeksiyalar

Bularga qo'shimcha ravishda ona organizmidagi ba'zi patologik holatlarni, homila taraqqiyotiga salbiy ta'sirini e'tirof etish kerak. Bu sabablar ichida Saveleva G. M va boshqalar (1991 y) ning fikricha, eng keng uchraydiganlariga yo'ldoshning yetishmovchiligi kiradi.

O'zbekiston sharoitida perinatal patologiyaning asosiy omillaridan biri, homilador ayollarda kamqonlik mavjudligi hisoblanadi (A.S.Morduxovich va boshqalar. 1991 y.).

Endogen omillar.

Bu omillarning eng muhimi va oqibati jihatidan eng yomoni irsiyatning o'zgarishi – mutastiyadir. Ba'zi olimlarning fikricha insonlarda uchraydigan deyarli hamma rivojlanish nuqsonlari mutastiyaning oqibatidir. Mutastiyalar uch darajada gen, xromosoma va genom darajalarida sodir bo'lishi mumkin.

Irsiyat bilan aloqador tug'ma nuqsonlarning aksariyati genlarning mutastiyasidan kelib chiqishidagi ahamiyatini abort bilan yakunlangan homiladorlikda aniq bilish mumkin. Insonda mutastiyalar oddiy fiziologik jarayonlar oqibatida (tabiiy mutagenез) yoki irsiy strukturalarga qo'shimcha ta'sirlar (fizik, kimyoviy, biologik) natijasida (industriyalangan mutagenез) yuzaga keladi. Fizik mutagenlardan hozir eng xavfli - ionlashuvchi radiastiyadir. Ko'p sonli kimyoviy mutagenlardan klinik teratologiyada ahamiyatlariga qishloq xo'jaligida keng qo'llaniladigan insektitsid, fungitsid va gerbistidlar, sanoatda ishlatiladiganlaridan formaldegid, akrolein, epoksidlar, benzol, margimush, ovqat sanoatida ishlatiladigan aromatik karbon vodorodlar va boshqalarni ko'rsatish mumkin, bu moddalar jinsiy hujayradan tortib to rivojlanayotgan homilagacha mutagen ta'sir o'tkazishi mumkin.

Ko'p sonli kuzatuvlardan ma'lum bo'lishicha, somatik hujayralarning xromosomalariga epidemik gepatit, gripp, qizilcha, suvchechak, tepki kabi kasalliklarning viruslari shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi.

Endogen omillardan yana biri - bu homilador ayollarda uchraydigan gormonal o'zgarishlar va metabolik defektlar bo'lib, u ko'pincha homilaning beixtiyor tuhihi bilan yakunlanadi. Ba'zida esa homila a'zolarining morfologik va funksional tabaqalanishi (differenstiyasi) buziladi va bunday go'daklar tug'ilgandan so'ng juda qisqa muddat ichida halok bo'ladi. Qandli diabet, endemik kretinizm kabi endokrin kasalliklar va fenilketonuriya, galaktozemiya va gistidinemiya kabi patologik holatlar uchun isbot qilingan. Bular ichida klinikada amaliy ahamiyatga ega bo'lgani insulinga aloqador qandli diabet va fenilketonuriya bilan hastalangan ayollar homilasining shikastlanishidir. Misol sifatida diabetik embriopatiya va diabetik fenopatiyalarni ko'rsatish mumkin. Fenopatiya bilan tug'ilgan chaqaloqlar anchagina vazni ko'pligi bilan ko'zga yaqqol tashlanadi. U go'daklarning ko'krak qafasi, terisi ostidagi yog' qatlaminig ko'payishi, jigaringing yog' distrofiyasi, oshqozon osti bezi orolchalarining giperplaziyasi, miokard

mushaklarida, jigarda glikogen to'planishining kamayishi, mikroangiopatiyalar kuzatiladi.

Diabetik embriopatiyalarda nuqsonlar suyak-mushak, yurak va tomirlar, markaziy nerv sistemalarida paydo bo'ladi. Bu nuqsonlarning paydo bo'lish mexanizmi gipoglikemiya, gipoksiya, qon tomirlarining buzilishi va nihoyat yog' va aminokislotalar almashuvi o'zgarishi bilan bog'liqdir.

Yangi avlodning sog'lomligi onalarning salomatligi bilan bog'liq. Organizmning reproduktiv funktsiyasi umumbiologik qonuniyatlarga bo'ysunadi. Rivojlanish, balog'atga etish, so'nib borish davrlari albatta yangi avlodda o'z aksini topadi, boshqacha qilib aytganda, hali voyaga etmagan yoki so'na boshlagan ota-onalarning avlodlarda har-xil nuqsonlar paydo bo'lishi ko'p marta isbotlangan. Yosh onalardan tug'ilgan bolalarda ko'proq qo'l va oyoq hamda nafas tizimining nuqsonlari oshkor qilinsa, 35 yoshdan oshgan onalardan tug'ilgan bolalar orasida esa, ko'p sonli nuqsonlar, ayniqsa markaziy asab tizimining majruhliklari uchrab turadi. Ota-onalarning yoshi o'tgan (ayniqsa onalarning) sari ayniqsa xromosoma kasalliklari bilan tug'iladigan bolalar soni ortadi. Yoshi ulg'aygan ota-onalar bolalarida tug'ma nuqsonlarning ko'payib borishi ba'zi omillar bilan bog'liq.

Ekzogen omillar.

Rentgen nurlarining teratogen ta'siri, boshqa ionlanuvchi nurlarni homila rivojlanishiga ta'siri haqidagi fikrlar xilma-xildir. Bu masalani har tomonlama tahlilini qilish qiyin, albatta. Bu orada shuni ta'kidlash lozimki, ionlashuvchi nurlarni teratogen xususiyati homila taraqqiyotining davrlariga, uning dozasiga, nurning turiga quvvatiga, qolaversa organizmning inividual sezgiriligiga bog'liq. Ma'lum bo'lishicha, nurlarni shikastlovchi ta'siriga eng sezgiri asab tizimidir. Ionlashuvchi nurning pushtga to'g'ridan-to'g'ri ta'siridan homilador ayol organizmida moddalar almashinuvining buzilishi, fermentativ jarayonlarning izdan chiqishi, hujayralar membranalarining o'tkazuvchanligining o'zgarishlari oqibatida homilada nuqsonlar paydo bo'lishi mumkin. Shu sababli yuqorida ko'rsatilganidek, markaziy asab tizimi va boshqa aloqador (mikrostefaliya, gidrostefaliya) nuqsonlar yuzaga keladi. Kimyoviy omillar ta'siri masalasiga kelsak, barcha olimlar yagona fikrdadirlar, ya'ni har qanday yangi kimyoviy modda,

hatto dorini ham (klinik tekshirishdan o'tkazmaguncha) homiladorlikning birinchi uch oyligi davomida iloji boricha yubormaslik kerak. Kimyoviy omillarni teratogenlik xususiyatini baholaganda, albatta embrionning rivojlanish davrini, genetik muhrlangan sezgirligini, ona organizmining holatini, moddaning kimyoviy tuzilishini, uning yo'ldosh orqali o'ta olish qobiliyatini, metabolizm kabilarni hisobga olish kerak. Kimyoviy moddalarni yo'ldoshdan o'tish xususiyati, ularning molekulasini massasiga, lipidlarda erish, qon zardobining oqsillari bilan birikish xususiyatlariga bog'liq. Ma'lum bo'lishicha, molekula massasi 1000 dan katta kimyoviy birikmalar shikastlanmagan yo'ldosh orqali o'ta olmaydi. Shunday qilib bu moddalar oddiy holatlarda teratogenlik xususiyatiga ega emas, chunki kimyoviy modda embrion hujayralariga bevosita ta'sir etadi. Yo'ldosh o'tkazuvchanligining yo'qligiga kelsak, u nisbiy bo'lib, ona qonida modda yoki dorining konsentrastiyasi oshishi oqibatida modda bu tabiiy to'siqdan homilaga o'ta oladi. Modda yoki dori organizmga qanday yuborilishi, boshqacha aytganda mayda dozalaridami, yoki takroran, yoki qisqa muddat ichida ko'p miqdorda yuborilishi muhim ahamiyatga ega. Ba'zi dorilarning surunkasiga iste'mol qilinishi ularning metabolizmida ishtirok qiluvchi fermentlarning xosil bo'lishini rag'batlantiradi, natijada bu dorilar organizmdan chiqib ketadi va teratogenlik ta'sir ko'rsatmaydi. Bundan tashqari moddalarning organizmga qanday yo'l bilan kirishi ham ahamiyatga ega. Masalan, dorilarni og'iz orqali kiritilishi ularning tezlikda parchalanishi va faolsizlanishiga olib keladi. Trankvilizatorlar guruhi dorilaridan insonlar embrionlari uchun teratogen ta'sir qiladiganlariga talidomid va diazepam kiradi. Talidomidni iste'mol qilgan homilador ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarda qo'l-oyoqlarida, oshqozon-ichak va asab tizimlarida xilma-xil nuqsonlar paydo bo'ladi. Tutqanoqlarning oldini oladigan dorilar ham teratogenlik xususiyatiga ega bo'lib, homila organizmida folat kislotasining yetishmovchiligiga olib keladi.

Antikonvulsantlarni qabul qilish bilan aloqador embriopatiyalar uchun xos alomatlarga mikrosteftaliya, tanglay, burun, quloq, yuqori lab va boshqa nuqsonlar kiradi. Keyinchalik bunday go'daklarda psixomotor rivojlanishning sekinlashuvi va aqliy zaiflik kuzatiladi.

Antikoagulyant dorilarni homiladorlikning boshlang'ich davrlarida qabul qilish oqibatida rivojlanayotgan homilada burunning

gipoplaziyasi, ko'z nervlarining shikastlanishi va rivojlanishning sekinlashuvi kuzatiladi.

Ba'zi ma'lumotlarga qaraganda, homiladorlarni penistillin bilan davolash oqibatida, elastozli (terining shikastlanishi) bola tug'ilishiga sabab bo'ladi. Shunday qilib, dorilarning ba'zilari teratogen, ham mutagen ta'sir qila oladi.

Homila rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan moddalar ichida amaliy ahamiyatlisi alkogol hisoblanadi. Tibbiy adabiyotda alkogolli embriopatiyalar Haqida ko'pgina ma'lumotlar mavjuddir. Bu tug'ma nuqsonlar uchun gipoplaziya, tug'ilgandan so'ng jismoniy va ruhiy rivojlanishning sekinlashishi va boshqa har-xil nuqsonlar xosdir. Eng jiddiy o'zgarishlar asosan bosh miyaning rivojlanishida namoyon bo'ladi.

L.O. Badalyan va E.M. Mastjukova fektal alkogol sindromini rivojlanish xususiyatlarini aniq tariflab berdilar. Bunday tug'ilgan bolalarning nutqining rivojlanishi sekinlashadi, tafakkurida etishmovchilik kuzatiladi. Bulardan tashqari yana har xil psixosomatik nuqsonlar yuzaga kelishi mumkin.

Bu sindromning rivojlanishi embrion va homila to'qimalarida folat kislotasining kamayishi bilan bog'liq. Bu holat esa etanolni chala parchalangan mahsulotlarni, xususan, astetildegidini qonda uzoq muddat stirkulyastiya qilishi bilan bog'liq. Bunga qo'shimcha qilib shuni ko'rsatish kerakki, homilaning spirtni parchalaydigan alkogoldehidrogenazasini faolligi 10 % ga teng.

Sanoat va qishloq xo'jaligida keng qo'llaniladigan benzin, benzol, formaldegid, qo'rg'oshin, simob parchalari va boshqa juda ko'p kimyoviy moddalar embriotoksik ta'sir ko'rsatishi yoki tug'ma nuqsonli bolalar tug'ilishiga sabab bo'ladi.

Homila rivojlanishiga ta'sir qiluvchi va nuqsonlar paydo qiluvchi omillar ichida xavfli viruslar hisoblanadi. Keyingi yillardagi tadqiqotlarning natijalariga qaraganda homilador ayollarning 15-20% dan ortiqrog'i viruslar bilan zararlanadi. Vuruslarning hammasi yoki juda ko'pchiligi yo'ldosh orqali onadan embrionga o'ta oladi va unda nihoyatda qulay sharoit topadi. Uzoq muddatli ilmiy tadqiqotlar qizilcha va stitomegaloviruslarni teratogenlik ta'sirini isbot etgan. Ba'zi manba'larga qaraganda ana shunday xususiyat herpes, gripp, qizamiq, epidemik paratit, infekstion gepatit, poliomielit kabi viruslarga ham xosdir. Yuqorida nomlari keltirilgan viruslardan eng ahamiyatlisi

qizilcha virusining teratogenlik ta'siridir. Homilada paydo bo'ladigan defektlarning soni va turlari viruslar ta'sir ko'rsatayotgan vaqtdagi homiladorlikning muddatiga bog'liq.

Qizilcha tez yuqadigan kasallik bo'lib, homilador ayollar orasida tez-tez uchrab turadi. Kasallik viruslari ona organizmdan yo'ldosh orqali homilaga o'ta oladi, va sodir bo'ladigan nuqsonlar homiladorlikning muddatiga bog'liq. Bu jihatdan homiladorlikning birinchi va ikkinchi oyligida kasallikning yuqishi deyarli 50% embrionlarni shikastlanishiga olib keladi. Shikastlangan homila yoki halok bo'ladi yoki qizilcha sindromi (prenatal gipoplaziya, anemiya va trombositopeniya, jigari va taloqning kattalashishi va boshqa tug'ma nuqsonlar) bilan tug'iladi. Tug'ilgan go'daklarning ko'pchiligi juda erta halok bo'ladi, tirik qolganlarida ruhiy rivojlanish sekinlashadi, tishlari gipoplaziya va aplaziyaga uchraydi.

Tug'ma nuqsonlar rivojlanishi.

Tug'ma nuqsonlarning shakllanishi zotning rivojlanishining meyoridan chetga chiqilishini natijasidir. Bunday rivojlanish uzoq muddat davomida, ketma-ket va o'zaro boliq jarayonlar oqibatida ro'y beradi. Bularga har bir (shaxs) alohida shaxs rivojlanishida kechadigan gametogenez, tuxumning otalanishi, embrional morfogenez va undan keying taraiyot davrlari kiradi.

Gametogenez (jinsiy hujayralarning etilishi) ning asosiy ma'nosi morfogenetik ma'lumotlarni kodlashdan iborat bo'lib, uning amalga oshishida bir hujayrali pushtdan ko'p hujayrali organizm rivojlanadi. Morfogenetik ma'lumotlar yadro genlarida bo'lib, ular gametalarning xromosomalarida joylashgan. Ana shu ma'lumot stitoplazma oqsillariga taalluqlidir. Ular birgalikda yadro-stitoplazmatik sistemani tashkil qiladi va organizmning rivojlanishini ta'minlaydi.

6 mavzu. Allergik kasalliklarni tashxislash usullari.

Allergik holatlar va kasalliklar juda ko'plab uchraydi. Ushbu patologiyani tashxislash va zarur davolash chora tadbirlari uchun esa bir qancha tashxislash testlari qo'llaniladi.

Tashxislash jarayonlari o'z ichiga ketma-ket keluvchi 4 bosqichni oladi:

- 1) Allergologik anamnez yig'ish
- 2) Allergenlar bilan teri sinamaları qo'yish
- 3) Allergenlar bilan provakastion (qo'zg'atuvchi) testlar qo'yish 4) Laborator testlar qo'yish Allergosinamalar.

Teri allergologik sinamasi qo'yish-bu allergiyalarning an'anaviy va ishonarli tashxisot uslubi bo'lib, organizmning maxsus sezgirligi aniqlanadi. Teri allergologik sinama testlari o'z ichiga odatda prik-testlar (ukol orqali), skarifikastion (timdalash uslubi), hamda allergenlarning turli yig'indilarini teri ichiga yuborishni oladi. Tekshiruvning allergologik uslublari Eliminastion testlar.

Testdan maqsad – kasallik simptomlari rivojlanishida sabab allergenning ahamiyatini aniqlash. Bemorning allergen bilan kontaktidan keyingi holatini baholashga asoslangan. Uslub ko'pincha ovqat va dori vositalariga nisbatan allergiyalar bo'lganda qo'llaniladi, biroq boshqa Allergiyalarni aniqlash uchun ham ishlatilishi mumkin.

Teri allergik sinamasi

Teri allergik sinamasini ixtisoslashgan allergologik stasionar yoki kabinet sharoitida ushbu prostedura bilan tanish bo'lgan allergologimmunolog shifokorgina o'tkazishi mumkin. Kamchiliklari bo'lishiga qaramasdan teri allergik sinamasi o'ta maxsus, axborotli hamda atopik kasallik, bakterial allergiyali bemorlar sensibilizatsiya spektrlarini aniqlash uchun juda qulay hisoblanadi. Teri allergologik sinamasini o'tkazishda faqat standartlangan tashxisli allergenlardan foydalaniladi.

Skarifikastion va prick-test (ingl. prick-ukol) maishiy, epidermal, changli, zamburug'li, ovqat va hashoratlar allergenlari, shuningdek, lateks allergenlarini qo'llash orqali bajariladi. Teri ichi sinamasi bakterial, zamburug'li, hashoratlar allergenlariga (hozirgi vaqtda standartlangan tashxisotli hashorat allergenlariga teri ichi sinamasi yo'q) olib boriladi. Dori vositalariga nisbatan teri sinamalarining ishonarliligi cheklangan, chunki Haqiqiy allergen aynan shu doriga emas, balki uning metabolitlariga yoki oqsilli konyugatlariga bo'lishi mumkin. Biroq ko'pgina mualliflar dori allergiyalarida teri sinamasi maxsus qo'llanilishi kerakligini ta'kidlab o'tishadi. Dori allergiyalar uchun testizimli teri sinamaları hozirda topilmagan.

Teri sinamasi o'tkazishga mo'neliklar: - kasallik xuruji

-BA ning og'ir dekompenzialangan kechuvi (OFV, 70 % adekvat davolash fonida)

-o'tkir interkurrent yuqumli kasalliklar. (respirator kasalliklar, angina, pnevmoniya va boshqalar)

-ichki a'zolar kasalliklari dekompenzatsiyasi (jigar, buyrak, qon yaratuvchi, qon, endokrin tizimlari va boshqalar)

-o'tkir yuqumli kasalliklar xuruji (sil, siflis, brustellyoz va boshqalar)

-autoimmun kasalliklar (sistemali qizil yugurik, sklemrodermiya, revmatoid artrid, dermatomiozit) xuruj vaqtida

-PID (BIT)

-anamnezida teri allergologik sinamasiga nisbatan ASh bo'lgan bemorlar

-yomon sifatli o'smalar

-muloqot qilish iloji bo'lmagan ruhiy bemorlar

-homiladorlik va laktasiya

-orttirilgan immun tanqisligi sindromi (OITS)

Skarifikastion va prick-test uslublari

Bilak terisi sohasi spirt bilan artilib, nazorat suyuqligidan test tomchi suriladi (manfiy nazorat), 0.1 % li gistamin eritmasi (musbat nazorat) va shuningdek allergen tomchilari suriladi. Bu tomchilarning oralig'i 2.5-3 sm dan kam bo'lmasligi lozim. Shundan so'ng har-bir tomchi sohasida teri epidermisi butunligi buziladi. Bunda har-bir tomchi uchun alohida steril skarifikatordan foydalaniladi.

Prick -test o'tkazishda jarohatlash uchun ukoldan foydalaniladi. Skarifikastiya vaqtida epidermis yuza qavatigina timdalanadi (qon tomirlarini jaroxatlamasdan).

Skarifikastion sinamalar prick-testga qaraganda nisbatan xosligi pastroq va ko'pgina ma'lumotlarga ko'ra qo'llanilishga tavsiya qilinmaydi.

Reaksiya 10-20 daqiqadan so'ng baholanadi. Kamdan-kam hollardagina reaksiya kechikishi mumkin. Hashoratlar ALLERGIYAsida asosan chaqmaydigan Hashoratlar zaxariga nisbatan reaksiya 6, 12, 24 va 48 soatlarda baholanadi. Reaksiya namoyon bo'lishiga ko'ra skarifikastion va prick test baholanishi 1.1 va 1.2 jadvallarda ko'rsatilgan.

1.1.jadval. Teri prick test baholanishi.

Reaksiya	Natija	Reaksiya tavsifi
Manfiy	-	Reaksiya xususiyati anologichli xuddi nazorat suyuqligi testiga o'xshash
Shubhali	+	Qavariqsiz giperemiya
Kuchsiz musbat	+	Skarifkastiya o'rnida diametri 3-5 mm li qavariq faqat teri tortilganda bilinadi. 010 mml eritema
Musbat	++	Skarifkastiya o'rnida 5-10 mml qavariq giperemiyalangan Halqali qavariq terini tortmaganda ham bilinadi.
Yaqqol musbat	+++	10-15 mm li qavariq 10 mm dan ortiq giperemiya
Juda yaqqol musbat	++++	10 mm dan katta qavariq psevdopodiyali yoki 15-20 mm dan kattaroq eritma, umumiy reaksiyalar

1.2. jadval. Skarifikatsion teri testi baholanishi

Reaksiya	Natija	Reaksiya tavsifi
Manfiy	-	Qavariq va giperemiya yo'q
Shubhali	±	Skarifkastiya o'rnida qavariqsiz giperimiya
Kuchsiz musbat	+	2-3 mm li qavariq faqat teri tortilganda bilinadi, giperemiya
Musbat	++	4-5 mm li qavariq teri tortilmaganda ham bilinadi, giperimiya
Yaqqol musbat	+++	6-10 mm li qavariq giperimiya yoki qavariq 6-10 mm li psevdopodiyali giperimiya
Juda yaqqol musbat	++++	10 mm dan katta qavariq giperimiya yoki qavariq 10mml psevdopodiyali yaqqol giperimiya va limfangitli

Teri sinamalaridan ma'lumot ololmaslik sabablari.

Soxta manfiy reaksiyalair allergenning noto'g'ri saqlanganligida yosh bolalar, qariyalar terisining reaktivligi pasayganda neyroendokrin kasalliklarida refraktorlik vaqtida (sistemali allergik reaksiyalardan

so'ng 3-4 haftadan vaqtli qo'yilganda), dori vositalari qo'llanilganda, ya'ni teri reaksiyasiga ta'sir ko'rsatuvchilar (masalan, N₁ gistamin reseptorlari blokatorlari, glyukokortikoidlar)

Soxta musbat reaksiyalar urtikal dermatografizmlar (bu vaqtda nazorat suyuqligiga ham musbat reaksiya bo'ladi). Teri sinamasi qoidalari buzilsa, gistaminoliberastiya chaqiruvchi dorilar, ovqat iste'mol qilinsa.

Allergometrik test (allerginning turli xil eritmasi bilan test) maxsus immunoterapiya o'tkazish vaqtida bemorda allergening boshlanish dozasiga sezgirligini aniqlash uchun qo'llaniladi. Titrash allergening turli konsentrativlarini teri ichiga yuborishdan boshlanadi. (0.2 mm miqdorda) musbat nazorat (0.1 % gistamin eritmasi) va manfiy nazorat (test nazorat suyuqligi).

Allergening boshlang'ich eritmasi 10^{-8} oxirgisi 10^{-4} . Agar reaksiya manfiy bo'lsa to musbat natijasi olinguncha preparat konsentrativini ko'tarilib boradi. Musbat reaksiyasi bergan dozadan boshlab maxsus immunoterapiya (ASIT) boshlanadi.

Teri allergiologik testning afzalligi va kamchiliklari:

Afzalligi: Qulaylik, o'rta yuqori xoslik, yaqqollik.

Kamchiliklari: o'tkazish vaqtida xatoliklar va ma'lumotlarni baholashdagi sub'ektivlik faqat kasallikning remissiya vaqtidagina o'tkazish mumkinligi tekshiruvdan oldin ko'pgina allergiyaga vositalardan voz kechish kerakligi allergen bilan bevosita kontakt va bundan kutilmagan reaksiya xavfi bir vaqtda o'tkazish mumkin bo'lgan testlar miqdorining chegaralanganligi.

Teri ichi testlari.

Bu testlar bemorga bakterial va zamburug'li allergenlarga nisbatan sinsebilizastiya bo'lganda o'tkaziladi. Testlar standartlashtirilgan davo tashxis bakterial va zamburug'li allergenlar bilan o'tkaziladi. Teri ichi testi o'tkazish uchun allergening quyidagi eritmalaridan foydalaniladi. 1:10 000 ; 1:1 000; 1:100 ; 1:10 yuborilgan allergen hajmi 0.2 mm ni tashkil etadi. Musbat va manfiy nazorat uchun mos ravishda gistamin va test nazorat suyuqliklaridan foydalaniladi. Test natijalari avval 15-40 daqiqada, so'ngra 24-48 va 72 soatlarda baholanadi.

Allergen bilan teri ichi sinmasi o'tkazilganda baholash 1.3. jadvalda berilgan

Reaksiya belgisi	Shartli belgilar	Reaksiya tavsifi
Manfiy	-	O'lchami xuddi nazoratdek
Shubhali	+	Qavariq nazoratga qaraganda kechroq so'riladi
Kuchsiz musbat	+	Diametri 4-8 mm li qavariq giperemiya sohasi bilan o'ralgan.
Musbat	++	Diametri 4-8 mm li qavariq giperemiya sohasi bilan o'ralgan.
Yaqqol musbat	+++	Diametri 8-15 mm li qavariq psevdopodiyali giperemiya
Juda yaqqol musbat	++++	Diametri 15-20mm li qavariq psevdopodiyali limfangitli to'qlashgan qavariq chetlari yaqqol giperemiya

Applikatsion test.

Applikatsion test (pat-test) Kontakt reaksiyalar bo'lgan bemorlarda o'tkaziladi. Klassik yopiq applikatsion test o'tkazuvchi moddani bilak yoki kurak terisining o'rta 3/1 qismiga o'tkaziladi. So'ngra ushbu soha suv o'tkazmaydigan plastr bilan yopiladi va 72 soatdan so'ng baholanadi. Applikatsion testni standartlashtirilgan turli yig'indilar (elimsimon moddalar, mahalliy ta'sir etuvchi dori vositalari, bo'yoqlar, metallar, rezina mahsulotlari va boshqalar) bilan o'tkazish masadga muvofiq. Test o'tkazish vaqtida markyorni har-bir test uchun belgilab olish kerak va olingan ma'lumotlar maxsus formada qayd etib boriladi. (1.4jadval) Baholash teridan barcha pat – test vositalari olingandan so'ng minimum bir-ikki soat o'tgach qo'yiladi. (1.5jadval) Agar bemor shu test qo'yilgan o'rnida qanaqadir noqulayliklar: qichishish, achishish, sezsa tezda test olib tashlanadi va bu haqda davolovchi shifokorga xabar beriladi.

1. 4-jadval. Applikatsion test ma'lumotlarini registratsiya qilish formasi

Modda yoki uning konstrentastiyasi	24 s	48s	72 s	Cho'zilgan reaksiya	Aloxida belgilar

1.5. Applikatsion testni baholash.

Reaksiya	Shartli belgilar	Reaksiya tavsifi
Manfiy	-	Terida o'zgarish yo'q
Shubhali	+	Shishsiz kichik eritema
Kuchsiz musbat	+	Applikatsiya sohasida shish va eritema
Musbat	++	Eritema, shish, populalar
Yaqqol musbat	+++	Eritema, shish, populalar, chegaralangan vezikulalar
Juda yaqqol musbat	++++	Eritema, shish, populalar, qo'shilib ketgan vezikulalar

Provakatsion test

Provakatsion test o'tkazish uchun asosiy sharoitlar: barcha testlarni (*in vivo*) ushbu muolaja uslubi bilan tanish bo'lgan allergologimmunologgina faqat maxsuslashtirilgan allergologik stasionarda yoki kabinettda o'tkazish mumkin.

Kon'yuktival test. Provakatsion konyuktival testi aeroallerginlar bilan olingan anamnez va boshqa tekshiruvlar natijalarida mos kelmaganda allergik konyutivit tashxisiga aniqlik kiritish uchun qo'llaniladi.

Kon'yuktiva xaltasiga nazorat test suyuqligi yuboriladi. Reaksiya bo'lmasa boshqa kon'yuktiva haltasiga asta-sekinlik bilan allerginning dozasini ikki marta oshirib bir tomchi yuboriladi. (suyultirish 1:2048, 1:1024, 1:512 va 1:2 gacha)

Allerginning har-xil konstantriyasi orasidagi interval 20-30 daqiqadan kam bo'lmasligi kerak. Yuqori konstantriyasi test faqat oldingi eritmaga reaksiya bo'lmagandagina o'tkaziladi. Agar konyuktivit simptomlari paydo bo'lsa test musbat hisoblanadi. Musbat test bo'lganda konyuktiva izotonik eritma bilan yuviladi va 0.1 % li epinifrin eritmasi tomiziladi.

Nazal test. Provekatsion nazal testi AR rivojlanish ehtimoli va olingan anamnez ma'lumotlari mos kelmaganda, shuningdek, boshqa tekshiruv natijalari etarlicha bo'lmaganda hamda turli allergenlarga nisbatan maxsus davo ASIT o'tkazish talab qilinganda qo'yiladi.

Burunning bir yarmiga test nazorat suyuqligidan 1 tomchi tomiziladi. Hech qanaqa reaksiya bo'lmaganda qolgan yarmiga 1 tomchidan allergening 1/100 va 1:10, so'ngra to'liq dozali allergen

tomiziladi. Yuqori konstantriyali allergen uchun interval 20-30 daqiqadan kam bo'lmashligi kerak. Yuqori konstantriyali allergen sinamasi undan oldingi sinamaga reaksiya bo'lmaganda quyiladi. Rinit simptomlari paydo bo'lganda test musbat hisoblanadi. Testni baholash uchun burun oldi rinoskopiyasi yoki rinomanometriya usullaridan foydalaniladi.

Ingalyatsion test.

Provokatsion ingalyatsion testi ma'lum allergenlarga nisbatan bronxial obstruksiya bo'lgan bemorlarda maxsus sezgirlikni aniqlashga yordam beradi.

Test juda kam va faqat xurujlararo davrda o'tkaziladi. Agar bemor ahvoli imkoniyat bersa, tekshiruvga 1 kun qolganda bronxodilatatorlar, kromoglistev kislotasi preparatlari, β_2 – adrenostentor antagonistlari, N1 gistamini resitor blokatorlari bekor qilinadi. Test o'tkazish nazorat suyuqligi (natriy xlorning izotonik eritmasi) yuborishdan boshlanadi. So'ngra tashqi nafas funksiyasi (TNF) ga qarab registriyasi davom etadi. Bemor holatida sub'ektiv o'zgarishlar bo'lmaganda va (TNF) tashqi nafas funksiyasi buzilmaganda allergen testi boshlanadi. Provokatsion nazorat allergenning kichik dozasi (1: 1 000 000) boshlanadi. Keyinchalik allergen konstantriyasi asta-sekinlik bilan oshirib boriladi. 1:500 000, 1:100 000, 1: 50 000, 1: 10000, 1:5000 har- bir konstantriyasi orasidagi interval 10 daqiqadan kam bo'lmashligi kerak. Agar allergen ingalyatsiyasidan so'ng bemorda yo'tal yoki nafas qisish xuruji boshlansa test to'xtatiladi.

Bu vaqtda bemorga yuqoridagi simptomlarga qarshi dori vositalari buyuriladi. Agar OFV dastlabkisiga qaraganda 15 % dan kam o'zgarmagan bo'lsa, test musbat hisoblanadi. Bitta tekshiruv faqat bitta allergen uchun o'tkaziladi.

Leykotsitlar tabiiy emigratsiyasini tormozlovchi in vivo (A.D. Ado bo'yicha) testi.

Ushbu test 25 yildan beri muvafiqiyatli qo'llanib kelinmoqda. Test dori vositalariga nisbatan ALLERGIYANI tashxislash uchun qo'llaniladi. Antibakterial dorilarga (tetrastiklidan boshqa), sulfanilamidlar, mahalliy antiseptiklar, yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalarga.

O'tgan vaqt mobaynida o'ta ishonarliligi va xavfsizligini ko'rsatdi.

Test o'tkazish usuli.

Ovqatlangandan so'ng 1 soat o'tgan bemor og'iz bo'shlig'ini 2 daqiqa davomida qaynoq suvda chayib tashlaydi. So'ngra 30 daqiqa davomida og'iz oldi qismi va til osti sohasi 10 mm li natriy xloridning izotonik eritmasida 2 daqiqa davomida chayiladi. Chayib olingan suyuqlik o'lchamli stakanga yig'iladi-№1-dastlabki nazorat porstiya. 15 daqiqa o'tgach tarkibida tegishli preparat tutgan 10 mm li izotomik eritma bilan muolaja qaytariladi. Tekshiruv uchun dorilarning suvda eruvchi shaklining quyidagi konstentrastiyasi qo'llaniladi:

Penitsillin, sifalosporinlar-1mkg/ml; boshqa kimyoviy guruxli antibiotiklar -10 mkg/ml; sulfanilamid preparatlar, yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar YaQNV (NPVS), mahalliy anestetiklar -100 mkg/ml.

Agar bemor anamnezida anafilaktik reaksiya bo'lsa, davolash vositalariga qaramasdan preparatning kontsentrastiyasini 1 mkg/ml dan boshlagan ma'quldir. №2 o'lchovli stakanga yig'ilgan suyuqlik boshqa tekshirilmaydi. 15 va 30 daqiqalardan yuqoridagi hajmda (10 ml) mos ravishda muolaja takrorlanib, №3 va №4 stakanlarga (tajriba porstiyalari) yig'iladi. Stakanlardagi (№1, №3, №4) suyuqliklar aralastirilib, har-bir stakan porstiyalari alohida, obdon tekshiriladi. Mikropipetka bilan 0.02 ml suyuqlik oynaga qo'yiladi va unga 0.04 ml genstian binafshasi eritmasi qo'shiladi. 5 daqiqadan so'ng bu Goryaeva kamerasiga qo'yiladi. Leykositlar hisobi 100 ta Goryaeva kamerasining yirik kvadratlarida aniqlanadi, so'ngra 1 mm³ dagi leykositlar hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'idagi leykositlar emmigrastiyasi indeksi quyidagi formuladan aniqlanadi. $IE = \frac{Nk - NoO}{Nk} * 100$, bunda Nk leykostiptlar miqdori (neytrofillar) – birinchi, dastlabki, No – tajriba stakanlaridagi leykositlar (neytrofillar) miqdori №3, №4. Agar №3 va №4 stakanlardagi indeks 30 % dan katta bo'lsa test musbat hisoblanadi.

Til osti va og'iz bo'shlig'i orqali testlari: til osti va og'iz bo'shlig'i orqali testlar dori vositalariga nisbatan o'tkazilib aniq ko'rsatma bo'lganda va provokastion allergologik sharoit bo'lgandagina o'tkaziladi.

Atsetilsalitsil kislotasi bilan provakatsion test.

Ushbu provakatsion test bronxial astmaga gumon qilingan (aspirinli) va hayotiy ko'rsatmalari bo'yicha yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar (YaQNV) qabul qiladigan bemorlarda o'tkaziladi.

Muolajani o'tkazishda provokasion testning xavfini va buning foydasi borligini hisobga olish kerak.

Atsetilsalitsil kislota test vaqtida ichishga buyuriladi va bunda bronx o'tkazuvchanligi monitor orqali kuzatib boriladi.

Preparatning dastlabki dozasi 3 mg ni tashkil etadi. Agar TNF da o'zgarish bo'lmasa preparat dozasi asta-sekinlik bilan oshirib boriladi. 30mg-60 mg-100 mg- 150 mg – 325 mg – 650 mg. Har- bir doza orasidagi interval 3 soatni tashkil etadi. Agar OFV₁-kamaygan yoki PSV– 15 % dan kam bo'lmasa va bronxlarda obstruksiya va yallig'lanish simptomlari paydo bo'lgan bo'lsa (burun shilliq qavatlar, kon'yuktivada) test musbat hisoblanadi.

Agar yuqoridagi simptomlar bo'lmasa, unda OFV₁ va PSV 20 % dan kam pasaymagan bo'lsagina test musbat xisoblanadi.

Bronxlarda obstruksiya belgilari paydo bo'lsa, bronholitiklar bilan faol davolashga o'tiladi.

Aspirinli bronxial astmani tashxislash uchun plastebo-nazorat testini astetilsalitsil kislota bilan va bir vaqtda siydikda leykoterinlar (LT) miqdorini aniqlash bilan o'tkazish mumkin. Provokasion test o'tkazish uchun faqat OFV₁ 80 % dan kam bo'lmagan bemorlarga ruxsat etiladi.

Atsetilsalitsil kislota provokasion testiga mone'liklar: demenstiya, hhomiladorlik, yaqqol qon ketishlar, simpatomimetiklar qabul qilish. Test o'tkazishga 48 soat qolganda N – gistaminoreseptor blokatorlari bekor qilinadi. Salmetrol 24 soat qolganda, simpatomimetiklar va teofillinlar o'zining formakokinetikasiga mos ravishda.

Ovqat allergenlari bilan oral test:

Test ovqat allergenlarini (PA) tashxislash uchun qo'llaniladi. Test o'tkazishga 2 hafta qolganda gumon qilingan sabab ovqatdan boshqa eliminasion dietaga o'tiladi. Bemor o'zini yaxshi his qilganda nahorga tarkibida 8 mg ovqat allergeni bo'lgan jelatina kapsulasi qabul qiladi. 24 soat davomida bemorning holatidagi barcha o'zgarishlar baholanadi. Agar allergiya simptomlari kuzatilmasa 1 sutkadan so'ng allergening dozasini 20 mg gacha ko'tarib, test takrorlanadi.

Bir sutkadan so'ng testi allergening dozasini ikki marta oshirib takrorlanadi va asta-sekin bu 800mg gacha etkaziladi. Bu 100g ovqatga mos keladi. Agar 800mg allergenga bemorda reaksiya bo'lmasa-ushbu mahsulotga nisbatan allergiya yo'q deb hisoblanadi va test to'xtatiladi.

Ovqat allergeni sifatida quruq yoki liofillangan ovqat mahsulotlari: quruq sut, tuxum kukuni, un, yong'oq, go'sht va boshalar qo'llaniladi. Kichik bolalarga ovqatiga allergen qo'shiladi.

O'tkazish tartibi xuddi yuqoridagidek faqat allergen dozasi 8002000mg ni tashkil etadi.

Anamnezida og'ir allergik reaksiyasi bo'lgan bemorlarga test tavsiya qilinmaydi.

Ovqat allergenlari bilan «qo'shaloq bildirmasdan plastebo»- nazarot testi.

Test anamnezida og'ir allergik reaksiyasi bo'lgan bemorlarda o'tkazilmaydi. 2-hafta qolganda bemorlar gumon qilingan ovqat mahsulotlaridan boshqa eliminastion dietaga o'tkaziladi.

Bemor o'zini yaxshi his qilganda nahorga tarkibida 125-500mg ovqat allergeni yoki plastebo tutgan (kapsulani na shifokor va na bemor nimaligini bilmasligi kerak) kapsula qabul qiladi. Har 15-60 daqiqada tekshirilayogan modda dozasi to 10g gacha etgunicha oshirib boriladi.. Agar reaksiya bo'lmasa test manfiy hisoblanadi. Tekshirilayotgan vositaga nisbatan reaksiya bo'lmasa bemor plastebo qabul qilgan hisoblanadi va test ovqat mahsulotlari bilan qaytariladi.

Eshakemi toshgan bemorlarda provokastion test.

Fizik eshakemiga gumon qilingan bemorlarda o'tkaziladi. 1.6 jadvalda ko'rsatilgan test 48soat qolganda N₁-gistaminoresteptor blokatorlari bekor qilinadi.

Teri testi. Ushbu test autoimmun eshakemiga gumon qilinganda autologik qon zardobi bilan o'tkaziladi. Sinama kasallikning xuruu vaqtida bajariladi. Teri testiga 48soat qolganda N₁- gistaminoresteptor blokatorlari, 10 – kun qolganda trisiklik antidepressantlar bekor qilinadi.

Qon steril sharoitida kubital venadan olinadi va geparinsiz vakuum probirkaga xona haroratida 30 min. Qo'yiladi, so'ngra 400 d. da 20 min. davomida stentrifugalanadi.

Sinama qo'yish uchun faqat yangi zardobdan foydalaniladi. Bunda 50mkl autologik zardob. 10 mkg/ml anologik hajimdagi gistamin(musbat nazorat).va natriy xlorning izotonik eritmasi(manfiy nazorat) kerak bo'ladi. Eritmalar bilakning bukuvchi sohasi terisni ichiga yuboriladi. Har bir ineksiya orasidagi masofa 5 sm dan kam bo'lmasligi lozim.

Qavariq va giperemiyalar 30 daqiqadan so'ng baholanadi.

Agar giperemiyalangan qavariq manfiy nazorat testidan 1.5mmga ko'p bo'lsa test musbat hisoblanadi. Bunda testning sezgirchanligi va xosligi 65-80/ga etadi.

Jadval. Jismoniy va holinergik eshakemni tashxislash uchun test.

Eshakemi. Turi.	Testlar.
holinergik	Jismoniy mashg'ulot 30 min. Davomida intensiv yurish va 5-15min joyida yurish.issiq vanna(40-45)gr10-20min qabil qilish.metaholin bilan lokal farmokologik test o'tkazish.
adermografik	Bilak sohasi terisini shpatel yordamida shtrixli qitiqlash.
Chegaralangan haroratli	5min. Davomida issiq suv(50-55)gr bilan qizdirilgan stilindir.
Sovuq ta'si- Ridan	10-15min davomida bilak sohasiga muz parchasini applikasiya qilish, soviqdan holinergik eshakemi tashxisini aniqlash uchun sovuqda (4 ⁰ S) 15min davomida jismoniy mashq o'tkazish. Sistemali sovuqdan eshakemi tashxisini aniqlash uchun sovuq xonada (4 ⁰ S) kiyimsiz 10-20min bo'lish.
Bosimdan sekinlashgan	Yelkasiga 6-7kg yuk osib olib 20min.davomida yurish.
vibrastion	Bilak sohasiga 4min.davomida ishlab turgan vibrator qo'yish.
Akvagenli	30min davomida suvli kompress(35 ⁰) qo'yish.
Quyosh nuridan	Har-xil to'lqin uzunlikdagi nurlar bilan terini nurlash.

Qo'shimcha dermografizmida modifistirlangan test o'tkazish talab etiladi. Bilak sohasiga 10min. davomida soviq suv 4⁰S) ta'sir ettirish. Tekshiruvning laborator uslublari:

Qon zardobida umumiy IgE miqdorini aniqlash.

Tekshiruv immunoferment analizi IFA yordamida olib boriladi. Umumiy IgE ortishi atopik kasallik rivojlanayotganidan darak beradi. Natija nisbiy hisoblanadi.Ba'zi hollarda uning ortishi boshqa sabablar: parazitlar yoki zambrug'li zararlanishlar, qonning ba'zi o'sma kasalliklari tufayli ham bo'lishi mumkin. Ba'zan ko'pgina atopik kasal bemorlarda esa IgE umumiy miqdori meyorida ekanligi qayd etilgan.

Buni shu bilan izohlash mumkinki, allergenning kichikroq miqdori bilan monosensibilizatsiya va sensibilizatsiyada IgE ning umumiy miqdorini yuqori bo'lmay, allergik reaksiyada IgE va IgG

qatnashmasligi mumkin.

Qon zordobida maxsus IgE ni aniqlash IFA, radiallergosorbent test (RAST), radioimmun analiz (RIA), ko'paygan allergosorbent testlar orqali aniqlanadi. Test bemorning sensibilizatsiya spektrini aniqlashga yordam beradi. Uni ko'pincha teri allergologik testi o'tkazish iloji bo'lmaganda, yoki uni izohlash uchun o'tkaziladi. Test maishiy, epidermal, chang, ovqat, hashoratli, zambrug'li, latekisli allergenlarga nisbatan sensibilizatsiya borligini aniqlash uchun o'tkaziladi. Dori vositalariga nisbatan allergiya borligini aniqlash uchun shuningdek RIA (allergen- spetsifik IgE va IgGva IgMni aniqlash uchun) hamda allergen spetsifik IgE va IgGni aniqlash uchun IFA qo'llaniladi (penisillina, insulina, YaQNVga, mahalliy antiseptiklar, sulfanilamidlarga nisbatan allergiya borligini aniqlash uchun).

Uslubning teri allergologik testidan ustun tomonlari:

Tekshiruvni kasallik xuruji vaqtida o'tkazish mumkin. Bemorning allergen bilan bevosita kontakti yo'q, test o'tkazish mobaynida og'ir reaksiyalar va allergik kasalliklar xuruji xavfi yo'q, tekshiruv vaqtida allergiyaga qarshi dori vositalarini bekor qilishga ehtiyoj yo'q, bir vaqtda ko'plab allergenlarga nisbatan sensibilizatsiya borligini aniqlashga imkon beradi.

Uslubning kamchiliklari: teri testiga nisbatan ko'p vaqt talab qilishi, qimmatligi, atopik kasalliklarning remissiya vaqtida bazan IgE ning qonda aylanib yurish vaqti qisqaligi va IgGni borligi uchun manfiy natijalar olish ehtimoli borligi.

Bazofil va leykositlardan gistamin ajralishi test dori vositalari va lateksga allergiya borligini tashxislash uchun ishlatiladi. Bundan tashqari lateksga allergiya borligini aniqlash uchun immunobloting usulidan (hashoratlar allergiyasini aniqlash uchun ham ishlatiladi) limfositlar proliferatsiyasi (hujayraga bog'liq kontakt dermatitlar tashxisini aniqlash uchun) laborator usullaridan ham foydalaniladi.

Dori vositalariga allergiyani tashxislash uchun quyidagi usullardan foydalaniladi:

Bazofil test (penisillin, mahalliy anestetiklar, analgetiklar, barbituratlariga nisbatan allergiya borligini aniqlash uchun) Shelli testi va uning modifikatsiyasi, limfositlar blastotransformatsiyasi testi (antibiotiklar, barbituratlar va boshqalarning sekin kechar tipli allergiyasi borligini aniqlash uchun) leykositlar migratsiyasining tormozlanish reaksiyasi (tezkechar va sekin kechar reaksiyalarini

tashxislash uchun) leykositlar allergik alterastiyasining flurisstent uslubi, YaQNV ko'taraolmaydigan bemorlar periferik qonida lyuminolga bog'liq xemilyuminstenziya intensivligini aniqlash.

Ushbu testlarning axborotdorligi etarlicha o'rganilmagan va buning uchun yaxshi ta'minlangan immunologik laboratoriya talab etiladi.

Dori vositalariga allergiyani aniqlashning boshqa uslublari ham bor (G va V penisillinlariga nisbatan o'ta yuqari sezgir IgE izotopini aniqlash, ampinsillinga, amoksistillinga nisbatan, triptazalar miqdorini aniqlash, aktivlashgan leykositlar allergenlarga nisbatan periferik qonda leykositlar hujayralarni aniqlash, ayniqsa bazofillarni lazerli stitometriya yordamida).

Biroq bu uslublar juda qimmat, ko'pchiligi katta mehnat talab qiladi, etarlicha standartlashtirilmagan, tashxis ahamiyati ko'pchiligida qo'shimcha tasdiq talab etildi.

Shuning uchun ham ko'rsatib o'tilgan bu uslublardan ko'proq ta'dqiqotlar maqsadida foydalaniladi.

Mutaxasis konsultastiyasi.

Allergik kasalliklar va immunopatologiyalar tashxis va davolash ishlarini allergolog-immunolog shifokor olib boradi.

Biroq qiyosiy tashxislash asoratlarni aniqlash va ularni davolash uchun ko'pgina hollarda boshqa mutaxasislar maslahati ham talab etiladi.

Ularni dermatolog, rinootolaringolog, pulmonolog, revmotolog va boshqalardir.

7 mavzu. Allergokabinet.

Allergokabinet uchun kerak bo'ladigan jihozlar va asbobuskunalar ro'yxati:

1. Yozuv stoli- 1ta.
2. Stul- 4ta.
3. Shirma- 1ta.
4. Kushetka- 1ta.
5. Kanstilyariya shkafi-1ta.
6. Apteka shkafi- 1ta.
7. Shisha qopqoqli tibbiyot stoli.
 - a. Allergenlar yig'indisi bilan-1ta.
 - b. Shoshilinch yordam ko'rsatish vositalari bilan-1ta.
8. Muzlatgich (allergenlar va dorilar uchun).
9. Yuvinish rakovinasini (umivalnik) -1ta.

- 10.Oyoq bilan yopib ochiladigan qopqoqli chelak-1ta.
- 11.Tibbiyot tarozi-1ta.
- 12.Bo'y o'lchagich- 1ta.
- 13.Spirometr- 1ta.
- 14.Stol lampasi- 1ta.
- 15.Fonendoskop- 1ta.
- 16.Tonometr- 1ta.
- 17.Kichik biks- 1ta.
- 18 Katta biks- 1ta.
- 19.Rezina jgut- 1ta.
- 20.Pinstet 1ta.
- 21.Tibbiyot termometri-2ta.
- 22.Qaychi- 2ta.
- 23.Rezina grelka- 2ta.
- 24.Buyraksimon lotok-2ta.
- 25.Metal shpatel- 10ta.
- 26.Gilamcha- 1ta.
- 27.Zambil- 1ta.
- 28.Shpristlar (har xil).
- 29.Skarifikatorlar- 100ta.

Allergokabinetlarda o'tkaziladigan muolajalar:

Branxial astma va allergik kasalliklar tashxisoti (ALLERGIYAga testlar-teri sinamalari, keng spektrli prik-testlar 50 dan ko'p) allergenlarga (maishiy, epidermal, changli, ovatdan).

-qon analizlari: umumiy IgE ni tashxis uchun maishiy, chang, ovqat (90 tacha) allergenlar, ko'rsatma bo'yicha turli tashxislar uchun.

-tashqi nafas funkstiyasni TNF tekshirish. 20dan ortiq parametrlarTNF bronholitiklar bilan birga .

-allergik kasalliklar va bronxial astmani dorili davolash, profilaktika va maxsus davolash (ASIT).

Konsultastiya natijalariga asoslanib chiqariladi:

--tashxis va xulosa;

--tekshiruv natijalari;

--davolash va profilaktika haqida to'liq tavsiya;

Allergik kasalliklar tashxisoti bir-qancha bosqichdan iborat:

--allergik anamnez yig'ish;

--umumiy klinikolaborator tekshiruv;

--maxsus klinik allergotashxisot(teri alergik sinamasi o'tkazish yoki

allergenlar bilan provokastion testlar o'tkazish);

--allergologik va immunologik tekshiruv (umumiy va maxsus IgE ni miqdorini aniqlash);

Allergologik anamnez va bemor ko'ruvi kasallik sababi allergologik tabiatli ekanligini va albatta maxsus tekshiruv asosida tasdiqlanishi kerak- ligini ko'rsatadi. Teri sinamasi teri orqali allergen yuborishga tayanib, bunda baholash hosil bo'lgan shish yoki yallig'lanish reaksiyasiga asoslangan. (rrik-test, teri ichi sinamalari, applikastion test va skarifikastion sinamalar).

Provokastion testlar (ingalyastion, nazal, konyuktival va ovqatga) anamnez ma'lumotlari va teri sinamalari o'zaro mos kelmaganda qo'llaniladi.

Turli sistemali reaksiyalar xavfi yuqori bo'lganligi uchun barcha teri va provokastion teslarni faqat ushbu muloaja bilan tanish bo'lgan mutaxasis- allergolog-immunolog maxsus allergologik stostionar yoki kabinetda o'tkazishi lozim.

Keng tarqalganligiga qaramasdan ushbu tashxisot uslublarining bir qancha mon'eliklari bor bo'lib, ularga: bemorning yoshi muhim ahamiyatga ega, uning sog'ligining individual xususiyati (dekompensatsiya bosqichida bo'lgan somatik kasalliklari borligi, antigistamin, gormonal va boshqa dori vositalar qabul qilish zaruriyati) va boshqalar kiradi.

Shuning uchun in vitro allergotashxisoti nisbatan keng qo'llaniladi, chunki bemor uchun Xavfsiz, bajarilishi tartibi oddiy va bir qancha qo'layliklarga ega.

-tekshiruvga mo'neliklar yo'q;

-qo'shimcha sensibilizastiya chaqirmaydi, anafilaktik reaksiya xavfi yo'q;

- yosh bo'yicha chegaralanish yo'q, hatto erta yoshli bolalarda ham o'tkazish mumkin.

Testlanuvchi allergenning har- qanday miqdori, polivalent sensibilizastiyaning nomoyon bo'lishi.

-qo'llanilgan zordobning xohlagan laborotoriyada tekshirilishi mumkinligi (masofali testlar).

Ushbu tashxisotning asosiy maqsadi allergik kasalliklarda IgE miqdorini aniqlash (umumiy IgE ni va maxsus IgE) bo'lib, qon zardobida uning ortishi bemorlarda atopiya va allergik reaksiyalar borligidan darak beradi.

Biroq bunda IgE ning har-bir kichik sinflarini aniq ajiratish kerak.

Umumiy IgE miqdorining ortishi allergik tabiatli bo'lmagan birqancha kasalliklarda ham kuzatilishi mumkin. Masalan: parazitlar invazyialarda bunaqa vaqtlarda maxsus IgE ni aniqlash muhim o'rin tutadi va kasallik sababi allergen yoki yo'q ekanligi, to'g'ri tashxis qo'yish hamda mos davo chora-tadbirlarning tadbiriq etishni belgilab beradi.

Shuning uchun umumiy IgE va maxsus IgE larniing asosiy aniqlash ko'rsatkichlarni bilish muhimdir.

Umumiy IgE ni aniqlash :

-atopiyaning birlamchi tashxisi;

-gelmintlar bilan zararlanganlilil tashxisi;

-immuntanqislik holatlari tashxisi;

-giper IgE sindromi va IgE mielomalar tashxisoti;

-klinik simptomlari bilan o'xshash bo'lgan (surunkali rinitlar, dermatitlar, nafas yo'lari kasalliklari va boshqalar).

Kasalliklar bilan qiyosiy tashxisot (alkor bio) kompaniyasiing“IFA umumiy IgE” reagentlar to'plami qattiq immunoferment analiz uslubi orqali inson zardobidagi umumiy IgE ning miqdorini aniqlaydi. To'plam ishonarli va haqqoniy ma'lumotlar olish hamda bemorning keyingi hatti -harakatini belgilab berishda muhim o'rin tutadi.

Maxsus IgE ni aniqlash.

-Sabab bo'lgan allergenlanish zarurati tug'ilganda, ayniqsa teri sinamlariga etarlicha ishonch hosil qilinmasa;

-Allergik va noallergik (psevdoallergik) kasalliklar qiyosiy tashxisi uchun;

-in vivo testlari qiyinxilik tug'dirsa, yoki iloji bo'lmasa;

-yashirin(subklinik) sensiblizastiyani aniqlash uchun; - klinik belgilar bo'lmagan holatda ham maxsus IgE antitanasi;

-miqdor ortish tegishli allergenga nisbatan allergen reaksiya borligni xavfini bildiradi;

-maxsus immunoterapiya vaqtida IgE ning monitoring konstentrastiyasi.

Allergologok tashxisotning in vitro uslublari immunoanaliz yutuqlariga asoslangan.

Hozirgi vaqtda IFA uslubi orqali maxsus IgE ni aniqlashning 2-ta test tizimi mavjud:

-birinchi uslub- allergosorbent test (allergen attiq faza mikroplanshet chuqurchasiga. Kog'oz disk, nitrostellyulyoz membrana singdirilgan) ushbu uslubda allergen IgE va boshqa sinf antitelalari masalan IgE bilan bog'lanadi

Natijada qattiq fazaga singdirilish ma'lumotning aniqligida muhim o'rin tutadi.

Bu esa ushbu test tizimida maxsus IgE miqdorini baholashga etarlicha bo'lmaydi.

Bundan tashqari allergen paneli borligi va analizni etarlicha test tizim disklari uchun avtomatlashtirilmasligini ham hisobga olish kerak.

- ikkinchi uslub - reversivli allergosorbent test ("capture"-immunoferment analiz varianti) qattiq fazaga IgE antitelasi immobilizastiyalangan ,allergen esa suyuq biotininirlangan shaklda, natijada boshqa sinf immunogloblinlari bilan kesishuv reaksiyalari bo'lmaydi va to'liq bemor zardobidan olingan maxsus IgE antitelasi bilan bog'lanadi.

Bundan tashqari ushbu suyuq fazali uslub immunologik analizlarni avtomatlashtirish jarayoniga engil moslashadi , tadqiqotni qattiq fazali disklarda o'tkazish talab etilmaydi, spektrofotometrda 450 nm va 405 nm uzunlikdagi to'liqlardan foydalanishga imkon beradi, maxsus IgE diapazoni analizi aniqligini oshiradi.

Ushbu uslub inson zardobidan qattiq fazali immunoferment uslubi orqali allergomaxsus immunoglobulin E miqdorini aniqlashga qaratilgan bo'lib, "Alkor bio IFA" uchun to'plamida mavjud.

Alkor bio allergenlari maxsulatlari bir qancha guruhlar bo'lib ,ular orasida: ovqat alergenlari, chang allergenlari, mashiy, epidermal allergenlar, hayvon oqsili, pichan va yovvoyi o'tlar, shuningdek turli allergenlar aralashmalari bor.

Bu allergenlarga nisbanan maxsus IgE ni aniqlash ,kasallik sababini aniqlash hisoblanadi, allergolog-immunolog ishini etarlicha osonlashtiridi va maxsus immunoterapiya o'tkazish uchun yordam beradi.

O'ta yuqori xoslik va sezuvchanlik, shuningdek ma'lumotlarni miqdoriy baholash bemorda muayyan allergenga nisbatan sensibilizastiya borligini ko'rsatadi.

Shunday qilib, IFA texnologiyasi rivojlanishi allergik kasalliklar tashxisotini kengaytiradi va bemorda allergiya borligini aniqlash, ularga maxsus immunoterapiya ko'rsatishga yetarlicha yordam ko'rsatadi.

Mashg'ulotda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:
«o'rgimchak ini» usulini qo'llash

1. Talabalarga o'tgan mashg'ulotlardan savollar tayyorlash uchun vaqt beriladi.

2. Ishtirokchilar doira bo'lib o'tirishadi.

3. Ishtirokchilarning biriga ip bilan bog'langan koptokcha beriladi, u xohlagan talabaga o'zi oldindan tayyorlagan savolni (javobni o'zi bilishi shart) berib, koptokchani topshiradi.

4. Koptokchani olgan talaba savolga javob beradi (savol bergan ishtirokchi javobni sharhlab turadi) va savolni boshqa ishtirokchiga beradi. Bu musobaqa hamma ishtirokchilar "o'rgimchak ini"ga o'ralguncha davom etadi.

5. Hamma talabalar savol berib bo'lgach, oxirgi talaba qo'lidagi koptokchani birinchi savol bergan ishtirokchiga qaytaradi va unga savol beradi va h.k., bu hol chigal echilgunga qadar davom etadi.

Eslatma: talabalardan har bir javobga e'tiborli bo'lishi talab qilinadi, chunki oldindan qaysi talabaga koptokcha berilishi noma'lum.

8 mavzu. Davolash usullari:

Hozirgi vaqtda yil mavsumga qarab davolash usullari yoritib berilgan.

Allergik reaksiyalar vaqtida qo'llaniladigan dorilar tavsifi.

Allergik reaksiyalarni davolash uchun farmostevtik sanoat bir qancha dorilarni taklif qiladi. Ular tizimlarga (tabletkalar, drajelar, siroplar) va mahalliy qo'llash uchun (mazlar, gel, krem, burun va ko'z tomchilari) ishlatiladi. Dorilarning ko'pligi allergik kasallikning klinik shakliga ko'ra eng qulayini tanlash imkonini beradi.

Dorilarning mahalliy qo'llanishi ularning nojo'ya ta'sirlari namoyon bo'lishi chastotasini kamayishiga olib keladi. Allergik reaksiyalarni bartaraf qilish uchun asosiy dorilar: antigistaminlar, semiz hujayra membranasi stabilizatorlari, glyukokortikoidlardir. Bu guruhga kiruvchi ko'pgina dorilar restsept asosida beriladigan. ba'zi hollarda esa restseptsiz chiqadigan dorilar guruhiga kiradi (jadval -2).

2 – jadval Antigistamin dori vositalari nojo'ya ta'sirining klinik nomoyon bo'lishi.

Gistaminning ta'siri	Klinik nomoyon bo'lishi
Bronx, ichak va bachadon silliq mushaklarining spazmi	Nafas siqish xurujlari, qorinda og'riq
Tomirlarning o'tkazuvchanligi ortib, plazmaning perivaskulyar bo'shliqqa chiqishi	Shilliq qavatlar va to'qimalarning shishi, mikrostromikulyastiya buzilishi, qonning qovushqoqligi ortishi
Kapilyarlarning kengayishi	Giperemiya
Sezuvch inerv oxirlarining stimulyatsiyasi	Aksirish, teri va shilliq qavatlarida qichishish
Shilliq gipersekrestiyasi	Burun to'lishi, rinoreya, diareya

**Antigistamin vositalar.
(N1-gistaminreseptorlari blokatorlari).**

Allergiyaning asosiy mediatri-bu gistamindir. Aynan shu gistaminning ta'siri klinik namoyon bo'lishni belgilab beradi. Gistaminoblokatorlarning farmokologik ta'siri ularning gistamin resteptorlarini bloklashi bilan bog'liq. Bunda allergik reaksiyalarning namoyon bo'lishi kamayadi. Bu guruhlarning asosiy-allergiyaga qrashi ta'siridan tashqari sedativ (MNSning faoliyatini so'ndiruvchi) va M-holinolitik (atropinsimon) ta'sirlari ham bor. Hozirda antigistamin dorilar 3 avlodga bo'linadi.

3 - jadval I Avlod antigistamin dorilari preparatlarining qiyosiy tavsifi.

Xalqaro nomi	Difengidra muv	Klennastin	Xloropiramin	Xifenadin	Meqgid-rolin	Iifrogeptadin	Prometazin
Sonavdagi nomi	Allergin dimedrol	Klennastin ravzadi +/-	Soprasina	Fenkarol	Azolin, diazolin	Peritol, protadin	Diprazan, pipolfen
Sedativ effekti	+	+	+	-	-	+	+++
M-holinolitik effekti	+	+	+	-	+	+/-	+
Ta'sir bosqichlari	2 soat	2 soat	2 soat	2 soat	2 soat	2 soat	20 min.
Sirikada qabul qilish chastotasi	3-4 marta	2 marta	2-4 marta	3-4 marta	1-3 marta	3-4 marta	2-4 marta
Qabul qilish vaqti	Ovqatdan so'ng	Ovqatdan oldin	Ovqat vaqtida	Ovqatdan so'ng	Ovqatdan so'ng	Ovqatdan so'ng	Ovqatdan so'ng
Bolalarga tavsiya qilish mumkin	2 oydan so'ng.	1 yoshdan so'ng	1 oydan so'ng	+	2 yoshdan so'ng	6 oydan so'ng	2 oydan so'ng.
Homiladorlar qabul qilishi mumkin	-	Qa'tiy talab asosida	-	Homiladorlikning 1 uch oyligida tavsiya qilinmaydi	+	-	-
Boshqa dorilar bilan o'zaro aloqasi	Neyroleptiklar va uxiativchilar ta'sirini kuchaytiradi	Uxiativchi, tinchlantiruvchi va MAO ingibitorlari ta'sirini kuchaytiradi	Uxiativchi va neyroleptiklar ta'sirini kam o'zgartiradi	Ma'lumot berilgan yo'q	-	Kofein stirogeptadinning MNS ga susaytiruvchi ta'sirini kamaytiradi. Tristitik antidepressantlar bilan birga qo'llanganda M-holinolitik ta'sir ortishi va MNS faoliyati o'zlashib mumkin.	Narkotiklar, uxiativchi va mahalliy og'riq qoldiruvchi ar ta'sirini oshiradi. Gipotenziiv moddalar ta'sirini oshiradi va parasimpatik mumeirik xususiyat nomoyon qiladi.
Nojo'ya ta'siri	Qo'zg'atuvchanlik, AD ning pasayishi, og'iz qurushi, nafas qiyinlashishi	1 yoshgacha bolalarga buyurilmas ydi, bronxospa zmi, chaqirinish mumkin	Og'iz qurushi, transaminaz miqdorining ortishi, oshqozon va 12-barmoq ichak shilliq qavatining qo'zg'atilishi	Og'iz qurushi, ba'zan ko'ngil aynishi	Og'iz qurushi, oshqozon va 12-barmoq ichak shilliq qavallari ang qitqolanishi	Og'iz qurushi, uyquchanlik, ko'ngil aynishi.	AD ning qisqa vaqtga pasayishi, transaminaz miqdorining ortishi, fotosensibil anuvchi effektlar

4 - jadval II Avlod antigistamin dori preparatlarining qiyosiy tavsifi.

Xalqaro nomlanishi Sotuvdagi nomlanishi	Terfenadin Terfenor, treksil, teridin, terfod	Astemizol Astemizol, astemisan, gismamal, mubiron	Loratadin Aglisam, klanin, loratidin, lorfast, flonidan	Etibrizin Allertek, zurtek, stetrin, setrizet	Ebasarin Kestin	Azelastin n Allergod il	Aktivastin Sempres
Sedativ effekti	Bo'lishi mumkin	yo'q	yo'q	Bo'lishi mumkin	yo'q	yo'q	Bo'lishi mumkin
M-holinolitik effekti	Bor	yo'q	yo'q	yo'q	yo'q	yo'q	Bo'lishi mumkin
Ta'sir boshlanishi	1-3 soat	1-2 soat	30 min.	30 min.	1 soat.	30 min.	Bo'lishi mumkin
Sutkada qabul qilish chastotasi	1-2 marta	1 marta	1 marta	1-2 marta	1 soat	1-2 marta	3 marta
Iste'mol qilinayotgan ovqat bilan bog'liqligi	yo'q	ha	yo'q	Ovqat vaqtida	yo'q	yo'q	yo'q
Qabul qilish vaqti	Har qanday vaqtda, naborga yaxshiroq.	Nahorga yoki ovqatdan 1 soat oldin	Har qanday vaqtda	Kunning ikkinchi yarimida, yaxshisi uyqudan oldin	Hamma vaqt	Sprey -har qanday vaqt, tabletkal ar kechasi	Har qanday vaqtda
Bolalarga tavsiya qilish mumkin	6 yoshdan so'ng	2 yoshdan so'ng	2 yoshdan so'ng	2 yoshdan so'ng	Posic il let	6 yoshdan so'ng	12 yoshdan so'ng
Homiladorlarga tavsiya qilish mumkin	-	-	-	-	-	-	-
Boshqa dori bilan o'zaro munosabati	Makrolidlar, metronidazol va imidazol terfenadinin g toksikligini oshiradi	Makrolidlar, metronidazol va imidazol astemizolnin g toksikligini oshiradi	Ketokonazol . sinemetidin i eritromisin i loratadinin g qondagi konstruktirasi yasini oshiradi	Aniqlanmagan	Ketokonazol va eritromistin b/n qo'llash tavsiya etilmaydi	Aniqlan ma- gan	MNS ga narkotik, udatavchi va tunchilanti ravchi moddalar ta sirini oshiradi
Nojo'ya ta'siri	Qorinchalar artimiyasi, Tintervali uzayishi, bradikardiya, obmorok, bronxospazm, gipokaliemiya, gipomagnezi miya, transamiaz aktivligining ortishi	Qorinchalar artimiyasi, bradikardiya, obmorok, bronxospazm, transamiaz aktivligining ortishi	Og'iz qurushi (ba'zan)	Bosh og'irishi, qo'zg'aluvcha nlik, og'iz qurushi (ba'zan)	Bosh	Og'iz qurushi, ko'ngil aynishi (ba'zan), dispneik o'zgarishlar	Uyqucha nlik, diqqat buzilishi mumkin.

Tavsif quyidagilarga asoslangan: ta'sir davomiyligi, farmokinetik xususiyati va kutilmagan noxush reaksiyalar.

I - Avlod antistamin dorilarning kutilmagan nojo'ya effektlari:

- yaqqol sedativ va uxlatuvchi ta'sir
- MNS ga negativ ta'sir-kordinastiya buzilishi, bosh aylanishi, diqqat buzilishi
- M – holinolitik (atropinsimon) ta'siri – og'iz quruqligi, ko'ngil aynish, qusish, ich qotishi yoki ketishi, taxikardiya va boshq..
- doriga tez o'rganib qolish (taxifilaksiya)
- ta'siri qisqaligi va kun davomida ko'p qabul qilinishi

I – Avlod antigistamin dorilarni qo'llashda klinik cheklashlar:

- astenodepressiv sindrom
 - OIT (oshqozon-ichak trakti) organlari tomonidan spastik o'zgarishlar
 - ichak va siydik pufagi atoniyasi
 - faol diqqat va tez reaksiya talab qiladigan barcha faoliyatlar
- #### **II - Avlod antigistamin dorilarning o'ziga xos xususiyatlari:**

- o'ta yuqori xoslik va N1-gistaminoreseptorlarga o'xshashlik
- M – holinolitik ta'siri yo'q
- terapevtik dozada gematoenstefalitik to'siqdan o'tmaydi va sedativ, uxlatuvchi ta'sir ko'rsatmaydi
- kunning xohlagan vaqtida qabul qilinishi mumkin (shuningdek birinchi yarmida ham)
- OIT da (oshqozon-ichak traktidan) yaxshi so'riladi
- ovqatlanish va dori absorbstiyasi o'zaro bog'liqligi aniqlanmagan
- taxifilakstiya chaqirmaydi
- ta'siri tez boshlanib, uzoq davom etadi (24 soatgacha) -kuniga 1 marta qo'llaniladi.

III – Avlod antigistamin dorilar:

Oxirgi yillarda taqdim etilgan telfast preparatlaridir (feksofenadin gidroxlorid). Telfast-N1-gistaminreseptorlari uchun yuqori selektiv bo'lib, gematoenstefalitik to'siqdan o'tmaydi, sedativ va uxlatuvchi ta'siri yo'q, oshqozon-ichakdan tez so'riladi va uzoq vaqt ta'sir ko'rsatadi. Homilador ayollar va 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga ta'siri yaxshi o'rganilmagan. Shuning uchun bu toifa bemorlarga tavsiya qilinmaydi.

Antigistamin dorilar tavsiya etiladigan allergik patologiyalar turlari:

- yaqqol qichishish bilan kechadigan allergodermatozlar (o'tkir va surunkali eshakemi). -sovuqdan eshakemi
- Kvinke shishi
- polinoz yil davomidagi yoki mavsumiy allergik rinit
- hashoratlar chaqishiga reaksiya
- dorilarga allergiya
- ovqat mahsulotlariga nisbatan pesvdoallergik sindrom - emlashdan so'ng allergik asoratlar bo'lsa

II BOB. XUSUSIY ALLERGOLOGIYA

I mavzu. Bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi, davolash, profilaktikasi.

Bronxial astma - bu allergik kasallik bo'lib, bronxospazm, bronxlar shilliq qavatining shishi va bronxlarda shilliq to'planishi bilan kechib, bronxlar o'tkazuvchanligini buzilishi asosida vaqti-vaqti bilan takrorlanib turuvchi bo'g'ilish xurujlari bilan kechadi.

«Astma» so'zi - yunoncha so'z bo'lib, bo'g'ilish, hansirash degan ma'noni bildiradi.

Etiologiyasi.

Yosh bolalarda organizm sezuvchanligi yuqori, astmani rivojlanishida noinfekcion genetik ekzogen allergenlar muxim ahamiyatga ega. Bunday bemorlarda hayvon maxsulotlari, uy changida yashovchi kanalar, qanotli qushlarning pati, hashorotlar; arilar, suvaraklar, kapalaklar, o'simlik maxsulotlari, gullarning hidi va changiari bulardan tashqari uy changlari, oziq-ovqat maxsulotlari, sigir suti, tuxum, baliq, sitrus mevalar, shokolad, dori-darmonlar ga sezuvchanlik yuqori bo'ladi.

Patogenezi.

Allergik bronxial astma - bir turdagi allergik reaksiya ko'rinishida kechadi. Bu bemorlarda allergen IgE ko'p ajraladi. Ekzoallergenlarni ekspozitsiyasida supressor limfositlar fraktsiyasida hujayra immunitetida etishmovchilik kuzatiladi, hosil bo'lgan nishon hujayralarga o'tirib resteptorlari bilan birikadi. Mediatr ajralishi natijasida nishon hujayralarni stitoplazmatik membranasini eritadi.

Bronxial obstruktsiya.

Bronxlarning obstruktsiyasiga olib keluvchi patologik o'zgarishlar, bronxial daraxtning shilliq qavati, shilliq osti qavati va mushak qobig'ini o'z ichiga oladi. Patologik jarayon traxeya va katta bronxlardan tortib, to terminal bronxiolalargacha tarqaladi. Bronxlarning torayishiga quyidagi omillar olib keladi:

- shilliq tiqimlar hosil bo'lishi, bronxlar ichida quyuq, yopishqoq shilliq epiteliy, eozinofillar, Shariko-Leyden kristallari mavjud. Shilliq bronxlar teshigini qisman yoki to'liq yopib qo'yishi mumkin. Xurujning og'irligi va davomiyligi, yanada cho'ziluvchan bo'ladi.

-bronxlar devorini o'zgarishi. Astmada xilpillovchi epiteliy hujayralar soni kamayadi, shilliq ishlab chiqaruvchi bokalsimon hujayralar soni ko'payadi va giperplaziyaga uchraydi. Eozinofilli infiltrastiya ham kuzatiladi, shish va bazal membrananing qalinlashuvi, shilliq osti qavatida eozinofillar, neytrofillar, limfostitlar va makrofaglar infiltrastiyasi, gipertrofiya va bezlar shishi kuzatiladi. Bronxlar mushak qobig'i gipertrofiyasi kuzatiladi.

-bronxlar silliq mushaklarining qisqarishi, qisqa muddatli xurujlarning sababchisi bo'lishi mumkin. Xurujlar davomiyligi va davoga berilmasligi bronxlarning shilliq bilan to'lib qolishi va bronxlar shilliq qavatining shishi bilan bog'liqdir.

Nafas yo'llarining dinamik torayishi xisobiga, nafas chiqarishda obstruksiya holati kuchayadi.

Bronxlardagi obstruksiyadan havoning bir qismi alveolalarda ushlanib qoladi, bu esa o'pkaning tarangligini oshishiga va nafas chiqarishni uzayishiga olib keladi. Nafas yo'llarining ko'rsatadigan ortiqcha qarshiligi nafas olish ishini ko'payishiga olib keladi, qo'shimcha mushaklarning nafas olish aktida ishtirokini ko'paytiradi va hansirashni keltirib chiqaradi. Jarayonga katta va o'rta bronxlar ham qo'shiladi, lekin ko'p holda mayda bronxlar obstruksiyasi birinchi o'ringa chiqadi. Shovqinli, xushtaksimona nafas – katta bronxlar obstruksiyasi belgisi, hansirash va yo'tal esa mayda bronxlar obstruksiyasida kelib chiqadi. Obstruksiya qoldiq sig'imni ortishiga, O'TS kamayishiga va o'pkaning umumiy hajmini oshishiga olib keladi. Nafas yo'llari obstruksiyasi hisobidan ularning ventilyastiyasi kamayadi. Meyorda ventilyastiyasi yomon bo'lgan qismlarda perfuziya pasayadi, ammo astmada bu doim ham kuzatilmaydi, paO_2 pasayishiga olib keluvchi ventilyastiya bilan perfuziya orasidagi tenglik buziladi. $paCO_2$ pasayishiga olib keluvchi va nafas alkalozini keltirib chiqaruvchi giperventilyastiya, bronxial astmaning engil va o'rta og'ir xurujlarida kelib chiqadi. Og'ir va cho'zilgan xurujlarda gipoventilyastiya kelib chiqadi, $paCO_2$ ni oshishi va nafas astidozi kuzatiladi. O'pka tarangligining ortishi va alveolalarda paO_2 pasayishi alveolalar kapillyarospazmini va o'pka arteriyasining bosimini ortishini keltirib chiqaradi.

Bronxial astma rivojlanishining naslga bog'liqligi.

Bronxial astmaning nasldan naslga o'tuvchi kasallik ekanligini isbotlovchi dalillar mavjud. Bronxial astmaning va boshqa atopik kasalliklarning oilaviy harakterga ega ekanligi XIX asrda aniqlangan. Bronxial astma kasalligi bilan onasi og'rigan bolalarda 2,63 martaga, agarda otasi kasallangan bo'lsa - 2,52 martaga, agarda ham otasi ham onasi kasallangan bo'lsa - 6,69 martaga kasallik kelib chiqishi yuqori bo'lishi aniqlangan. Bronxial astmaning nasldan naslga o'tishining bog'liqligida asosiy o'rni oilaviy va egizaklik ekanligi genetik epidemiologik tekshiruvlarda tasdiqlangan.

Atopiya atrof muxitdagi kam miqdordagi allergenlar ta'siriga organizmning javoban sonini ortiqcha ishlab chiqarish qobiliyatiga aytiladi. Atopiya bu muxim ichki omil bo'lib 80-90% bronxial astmasi bor bolalarda aniqlanadi. Oila anamnezida bronxial astmaning atopiya bilan birga kechishi mavjud bo'lsa, bolada bronxial astmaning rivojlanishini oshiradi.

Nafas yo'llarining giperreaktivligi.

Nafas yo'llarining giperreaktivligi – sog'lom odamda kuzatilmaydigan holat bo'lib, qo'zg'atuvchi omilga qarshi bronxlar teshigining juda engil va juda oson torayishiga aytiladi. Bu holat 5 xromosomada joylashgan aloxida gen bilan boshqariladi. Bronxial giperreaktivlik bronxial astmani ko'p hollarda keltirib chiqaradi.

2 mavzu . Nafas etishmovexiligi xurujini chaqiruvchi omillar

Tashqi omillar.

Triggerlar.

Triggerlar, bu nafas yetishmovchiligi xurujini va kasallik qaytalanishini keltirib chiqaruvchi omillar hisoblanadi. Ekzogen bronxial astma uchun – allergenlardir, aspirinli bronxial astma uchun – NYaQVdir, hamda sovuq, o'tkir xidlar, jismoniy zo'riqish, kimyoviy agentlar va xokazo.

Allergenlar.

Bronxial astmaning rivojlanishida javobgar eng muxim omillarga nafas yo'llarida sensibilizastiyalanadigan turli xil allergenlar kiradi, ular kasallikni boshlanishini qo'zg'atadi va keyinchalik kasallikni kechishini ushlab turadi. Ular orasida tashqi va uy allergenlarga ajratiladilar.

Uy **allergentlari**. Uy allergenlariga uy changi kanalari, hayvon,

qushlar, suvaraklar va qo'ziqorinlar kiradi. Uy sharoitining zamonaviy o'zgarishlari uy allergenlarining sonini ko'payishiga olib keldi. Bronxial astmani keltirib chiqarishda, ayniqsa chaqaloqlarda, uy allergenlari muxim omil xisoblanadi. Ortiqcha ro'zg'or antigenn zo'riqishi – uyning changib ketishi, namlik, xonalardagi islar, hayvonlar, qushlar, baliqlar uchun quruq emlar bilan muloqotva xokazolar Dermatopagoides guruxiga mansub kanalarni ko'payishiga sabab bo'ladi, bolalarda bronxial astmaning erta manifestastiyasini kuchaytiradi. Uy sharoitining ifloslanishi hayotining birinchi uch yilidagi bolalarga ko'proq ta'sir qiladi, chunki ular kunning ko'p muddatini uyda o'tkazadilar.

Uy changining kanalari. Uy changi kanalariga bo'lgan sensibilizastiya bronxial astmaning manifestastiyasida muhim ahamiyatga ega, kasallikni bolalarda rivojlanishida 65-90% ga o'z hissasini qo'shadi. Uy kanalarining turli sharoitda yashab ketishga moslasha oladigan ko'pgina turlari mavjud. Mo'tadil iqlim bo'lgan tumanlarda 90% uy changi kanalaridan Dermatopagoides turining 3 ta guruhiga mansub va Euroglypus turining 1 guruhiga mansublari aniqlangan. Kanalar odatda gilam, ko'rpalar, yumshoq mebellarda yashaydilar.



Rasm. 1. Uy kanasi

Uy sharoitida uy changi kanalarining yashab ketishi va ko'payishi namlik, mo'tadil harorat, etarli ozuqa maxsulotidir (inson terisining qasmog'i, hayvonlar epidermisi va xokazo). Bir millimetr kub havoda kanalar soni 100 minggacha boradi, shamollatilmagan chang xonalarda undan ham ko'p bo'ladi.

Kanalar allergenlari turli xil proteazalar bo'lib, kananing tanasi va axlatida joylashgan bo'ladi. Uy changi kanalariga sensibilizastianing paydo bo'lishi uchun allergenlar konstantastiyasining qaltis darajasi 1 g changdagi 0,5 mkgdan.

Hayvon allergenlari. Uy hayvonlarining so'lagi, peshobi, juni va tashlangan teri epitelilyari joylashgan allergenlar makoni hisoblanadilar.

Mushuk, it va kemiruvchilar allergenlariga ko'proq yuqori sensibilizastiya kuzatiladi. Mushuk allergenlari nafas yo'llarining kuchli sensibilizatorlari hisoblanadilar. Oqsil tarkibli asosiy allergen mushuk terisida, yog' bezlarining ajralmasida va peshobida joylashgan. Bu allergen mayda o'lchamli qismlari tufayli, havoda engil harakatlanadi va mushuk bo'lgan xonadonda sensibilizastiyasi mavjud bo'lgan bolalarda bronxial astmaning belgilarini tezda keltirib chiqaradi.

Itlar mushuklar allergenlariga o'xshash, 2 ta muxim allergen oqsillarini ishlab chiqaradilar. Bu allergenlar itning juni va qasmog'ida joylashgan. Itlarga sensibilizastiya mushuklarga nisbatan kamroq tarqalgan.

Ko'pgina bolalar kemiruvchilarni boqadilar, asosiy allergenlarning tarkibi oqsildan iborat bo'lib, hayvonlarning peshobida mavjud. Qushlar allergenlari: birinchi navbatda, uy parrandalarining allergenlari bolalar sensibilizastiyasida etarli o'ringa ega. Par, pat, qushlar ekspremal allergenlardir. Shuni nazarda tutish kerakki, parli va patli (shuningdek to'shak) anjomlar allergenlar makoni bo'lib hisoblanadi. Suvaraklar allergenlariga sensibilizastiya hozirgi vaqtda allergik jarayonlarni keltirib chiqaruvchi muxim xavf omili deb tan olingan.

Zamburug'lar. Ro'zg'or allergenlarning o'rni mog'or va achitqi zamburug'larga beriladi. Zamburug'larning o'sishiga optimal joy qorong'i, nam va yomon shamollatiladigan xonalar kiradi. Xonadonlarda keng tarqalgan zamburug'lar – bu Penicillium, Aspergillus, Alternaria, Cladosporium va Candidalardir. Xonadan tashqarida bronxial astmaning rivojlanishida xavf omili o'rniga ega zamburug'larning 2 turi mavjuddir (Alternaria va Cladosporium). Mo'tadil iqlim xududlarda zamburug'lar faslga bog'liq allergenlar hisoblanadilar. Ularning havodagi konstantrastiyasi namgarchilik davrida ko'payadi.

Gul changi. Gul changi bronxial astmasining rivojlanish sababchilari uchta asosiy gurux o'simliklari bo'lishi mumkin. Bu daraxt va butalar (oq qayin, olcha, yoki yong'oq, majnunntol, chinor, kashtan, terak, va xokazo), boshhoqli o'tlar (timofeevka, raygras, arpa, tulki dum, grechixaa, bug'doy va xokazo), yovvoyi o'tlar (lebeda, momaqaymoq, kanop, qichitqi o't, va xokazo). Rossiyaning o'rta chizig'i iqlimi sharoitida kasallikning xuruji kuzatiladigan uchta cho'qqisi mavjud: bahorgi (aprel-may), daraxtlar changi bilan bog'liq: yozgi (iyun-avgust), boshhoqli o'simliklarning changi bilan bog'liq: kuzgi (avgust-oktyabr), yovvoyi o'tlar changi bilan bog'liq. Odatda pallinologik kalendarlarda

belgilanganidek. iqlimning xududlariga qarab gullash muddatlari va allergenlar spektri o'zgarishi mumkin.

Bolalarda chang bronxial astmasi pollinozning boshqa ko'rinishlari (allergik kon'yuk-tivit va rinit) bilan birga kechadi. Daraxtlar changi erta bahorda ustun keladi, boshqoqli o'tlar changi kech bahorda va yozda, yovvoyi o'tlar changi yoz davomida va kuzda.

Tamaki chekish.

Tamaki isida 4500 dan ortiq komponent va qismlariga ajratiladi, ular orasida bronxial astma rivojlanishi va xurujida aloxida o'ringa ega bo'lgan polistiklik gidrokarbonatlar, oksid va uglerod dioksidi, azot oksidi, akroleindir.

Passiv va aktiv chekuvchilar ajratiladi. Passiv chekuvchilik bolalarda bronxial astmaning rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Otaonalarining chekishi natijasida tamaki tutunining ta'sirida 6 yoshgacha bolalarda 37% va 13% 6 yoshdan katta bolalarda bronxial astmaning rivojlanish xavfi ko'payadi. Albatta, bolada bronxial astmaning rivojlanish xavfini homiladorlik vaqtida onaning va tug'ilgandan so'ng biror oila a'zolarining chekishi kuchaytiradi. Chekuvchi onalardan tug'ilgan bolalarda bronxial astma bilan og'riganda, nisbatan aktiv dorilar bilan davolashni talab qiladi va kasalxonalarga og'ir xurujlar bilan keladilar.

Chekishning antenetal ta'siri yangi tug'ilgan chaqaloqlarning o'pka faoliyatini pasayishi bilan tasavvur qilinadi, keyinchalik esa bronxial astma va obstruksiya xavfini oshiradi. Undan tashqari, antenatal davrda chekish homila ichi rivojlanishiga ta'sir qiladi. Chekuvchidan chiqayotgan tamaki tutunini, chekib tortayotgan tamaki tutuniga nisbatan, respirator tizimning shilliq qavatiga o'ta kuchli qo'zg'atuvchi ta'siriga ega. Chekuvchi ayollarning farzandlari hayotining birinchi yilida, chekmaydigan ayollar farzandlariga nisbatan 2 martag ko'proq bronxial astma bilan kasallanadilar.

Hozirgi vaqtda aktiv tamaki chekish o'smir bolalar orasida kengayib bormoqda va o'pka faoliyatining buzilish va bronxial astma rivojlanishining asosiy omili deb qaralmoqda aktiv chekish, bilishimizcha, kasallikning kechishini og'irlashtiradi.

Xavo pollyutantlari

Pollyutantlarning bolalar respirator tizimga ta'siri, ifloslangan muxitning havosi bilan uzviy bog'liq. Havo pollyutantlari kasallik rivojlangan bemorlarda muxim triggerlar hisoblanadi. Bronxial

astmaning xavf omillari sifatida tashqi pollyutantlar va xonadon pollyutanti kiradi.

Tashqi pollyutantlar

Asosiy tashqi pollyutanlar bu simob ikkioksidi, azon va azot okisining kompleks qismlaridir. Pollyutantlarning makoni issiqelektrostanstiyalarda yonayotgan ko'mirning maxsulotlari, dizel yong'inining yonishidan chiqadigan avtomobillar tutunlari hisoblanadilar.

Kimyoviy sanoat allergenlari, bolalarda bronxial astmaning sensibilizastiyasida o'z xissasini qo'shishi hozirda isbotlangan. Bunda birlari (nitritlar, sulfitlar va boshqa pastmolekulali narsalar) irritantlar va allergiyani kuchaytiruvchi, keng qo'lamli allergenlarga sensibilizastiyani oshiruvchi omillar bo'lib, boshqalari allergenli (formaldegid) yoki gaptogenli (xrom, nikel) xususiyatiga ega bo'lib ma'lum bir sharoitda o'zlari organizm sensibilizastiyasini chaqiradi.

Xona pollyutantlari. Ventilyastiyaning yomonligi hisobidan xonadagi havo muxitining ifloslanishi, xonada tashqariga nisbatan juda yuzaga chiqqan bo'ladi. Kichik bolalar ko'p vaqt uyda bo'lganlari tufayli, bronxial astmaning bolalarda rivojlanishida xonalardagi havoning ifloslanishi muxim o'rinda turadi. Xonalar ichidagi asosiy pollyutantlar azot oksidi, uglerod dioksidi, forialdegiddir. Pollyutantlar makoniga gazo'choqlar, pechkali issitish moslamalari, sifatsiz qurilish va ishlov berish materiallari kiradilar.

Respirator infekstiyalar

Bolalarda bronxial astmaning kelib chiqishida respirator infekstiyalarning o'rni haqida ma'lumotlar qarama qarshidir. Bir tomondan, bolalarda qaytalanuvchi respirator kasalliklar IgE ning haddan tashqari ko'p ishlab chiqarilishini, bronxlar giperreaktivligini va organizmning noinfekstion allergenlarga sensibilizastiyasini keltirib chiqaradi. Xlamidiya infekstiyasi bilan erta bolalik davrida o'tkazilgan respirator-sintsitial virus bilan chaqirilgan, og'ir bronxiolitlar o'rtasidagi bog'liqlik mavjudligi va keyinchalik ularda bronxial astmaning rivojlanishi ma'lum. Boshqa tomondan, bola hayotining birinchi yilida respirator tizim yuqori qismlarining qaytaluvchi infekstiyalarining, keyinchalik bronxial astmaning rivojlanishiga nisbatan himoya ta'siri muxokama qilinmoqda.

Parazitar infekstiyalar

Bronxial astmaning rivojlanishida parazitlar infekstiyalarning o'rni haqidagi savol fikrlarning qarama qarsxiligi tufayli, ochiq qolmoqda. Ijtimoiy-iqtisodiy mansublik. Bolalarda bronxial astmaning tarqalganligi jixatidan deyarli yuqori darajani rivojlangan davlatlarda va o'ziga to'q oilalarda bo'lishi belgilangan. Bu gigienik gipoteza holati bilan tushuntiriladi, unga asosida yashash sharoitining yaxshilanishi umumiy infekstiyaning restirkulyastiyasining kamayishi bilan bog'liq va shu bilan birga atopik kasalliklarning o'sishiga olib keladi. Ijtimoiy-iqtisodiy mansublik ko'pincha turmush tarzini aniqlaydi, (ovqatlanish odatlari, tibbiy xizmatning borligi, passiv chekuvchilik va xokazo) kabilar bolalarda bronxial astmaning rivojlanishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Oilaning soni jixatdan tarkibi

BA bilan kasallangan oilalar orasida taxlil qilinganda irsiy moillik borligi fanda isbotlangan. Hozirgi vaqtda kasallangan bolalar orasida restiduvlanuvchi obstruktiv bronxit, timomegaliya, kasallikka tez chalinuvchi bolalarda kasallikning ko'p uchrashi kuzatilmoqda. Bir necha aka-uka va opa-singillari bor bolalarda bronxial astmaning tarqalganligi, aka-ukalari va opa-singillari yo'q bolalarga nisbatan kamroq darajada kuzatiladi, bunga asosan ekologik omillarning ta'siri, nasliy va prenatal omillar hamda bolalardagi immun tanqisligi holatlari sabab bo'lmoqda.

Semizlik

Bir necha tekshiruvlarga qaraganda, bolalarda semizlik va bronxial astma rivojlanishining xavfi ortishi orasida bog'liqlik bor. Bunda quyidagi omilning yuzaga chiqishi bolaning jinsiga bog'liq va ayniqsa ko'proq qizlarda uchraydi.

Perinatal omillar

Tug'ilish davrida maxsus tug'dirish uskunalari bilan tug'ilgan bolalar ham, homilaning gestozi va placentar etishmovchiligi, homilaning to'xtatish xavfi bo'lgan onalardan tug'ilgan bolalar kabi, perinatal va asab tizimi jaroxatlanishi, bronxial astma rivojlanishining yuqori xavfiga ega.

Bolalarda bronxial astmaning kelib chiqishida asosiy xavf omili bo'lib chala tug'ilganlik, tana vaznining kamligi va yangi tug'ilgan

chaqaloqlar boshining katta bo'lishi, onada homiladorlikning kechishi va tug'ish vaqti ko'rinishlari muxokama qilinadi.

Parxez

Bola hayotining birinchi yilida atopik kasalliklarning rivojlanishi borasida ma'lum himoya ta'sirini ko'rsatadigan ona ko'krak sutiga asosiy e'tibor berilmoqda. Bolalarda bronxial astmaning maktabgacha davrida rivojlanishi xavfining nisbatan pastligi, bola hayotining hech bo'lmaganida 4 oyigacha ona ko'krak suti bilan boqilgan bolalarda kuzatilgan.

Ovqat allergiyasi erta bolalik davrida bronxial astmaning rivojlanishini kuchaytirishi mumkin. Ovqat enteropatiyali va qabziyati bor bolalarda keyinchalik bronxial astmaning rivojlanishining yuqori xavfi bor. Bolalarda bronxial astmaning rivojlanishida S vitaminiga boy mevalarni istemol qilish himoya ta'sirini beradi.

Tasnifi

BA ning klinik ko'rinishlari (bunda kuniga/xaftasiga kunduzgi belgilar sonini, haftasiga kechki belgilar soni, qo'llash soni qisqa muddatli β 2-adrenomimetiklar ta'siri, nafas chiqarish eng yuqori tezligi (NChYuT) yoki 1 soniyada forsirlangan nafas chiqarish hajmi (FNChX1) va NChYuT ning kun davomida kechuvi (cheklanishi)) hisobga olish kerak bo'lgan, og'irligi bo'yicha klassifikastiyasi 2002yil.

1-Daraja: intermittirlangan BA.

Belgilar haftasiga 1 martadan kam kuzatiladi.

Xurujlar qisqa.

Kechki belgilari oyiga 2 martadan kam.

FNChX-1 yoki NChYuT > 80% kerakli kattalikdan.

Ko'rsatkichlarning cheklanishi NChYuT yoki FNChX-1 < 20%.

2-Daraja: engil persistirlangan BA.

Belgilar haftasiga 1 martadan ko'p kuzatiladi, kuniga 1 martadan kam.

Xuruj jismoniy zo'riqishga va uyquga ta'sir etishi mumkin.

Kechki belgilar oyiga 2 martadan ko'proq uchraydi.

FNChX-1 yoki NChYuT > 80% kerakli kattalikdan.

Ko'rsatkichlarning cheklanishi NChYuT yoki FNChX-1 - 20-30%.

3-Daraja: persistirlangan BA o'rta darajasi.

Belgilar kunora kuzatiladi.

Xuruj jismoniy zo'riqishga va uyquga ta'sir etishi mumkin.

Kechki belgilar haftasiga 1 martadan ko'proq uchraydi.

Qisqa muddatli ingalyastion β 2-ago-nistlarning har kuni qabul qilinishi. FNChX-1 yoki NChYuT 60 dan 80% gacha kerakli kattalikdan. Ko'rsatkichlarning cheklanishi NChYuT yoki FNChX-1 > 30%.

4-Daraja: og'ir persistirlangan BA.

Belgilar har kuni kuzatiladi.

Xurujlar tez-tez.

Kechki belgilar tez-tez.

Jismoniy faollikning cheklanishi.

FNChX-1 yoki NChYuT < 60% kerakli kattalikdan.

Ko'rsatkichlarning cheklanishi NChYuT yoki FNChX-1 > 30%.

Og'irlik darajasi bo'yicha hech bo'lmaganda bitta belgining mavjudligi bolaning kasalligi shu darajaga mansubligini bildiradi.

BA ning intermitirlangan kechishi kuzatilgan lekin og'ir xuruji bilan bo'lgan, persistirlangan BA o'rta darajasiga to'g'ri keladigan bolalar davolash choralarini olishlari shart. Og'irlik darajasiga qarab aniqlanadigan tasnifning bu turi, boshlang'ich davolash choralarini tanlashda bolalarni holatini aniqlash uchun muxim.

Bronxial astmaning atopik va infektsiyaga-bog'liq shakllarining asosiy qiyosiy -tashxislash belgilari, G. B. Fedoseev bo'yicha, 2001 y.

Belgilar	Atopik shakli	Infektsiyaga-bog'liq shakli
		Kam hollarda
Oilada allergik belgilar		(astmadan tashqari)
Bemorning	atopik	
Ko'p hollarda	Kam hollarda	
kasalliklari		
Xurujning tashqi allergen		
Ko'p hollarda	Kam hollarda	
bilan bog'liqligi		
O'tkir boshlanadi, tez Sekin asta rivojlanadi, odatda boshlandai, uzoq Xurujning ko'rinishlari kisha muddat davom etadi, ko'p cho'ziladi va engil hollarda og'ir o'tadi kechadi		
Burun va burun yondosh Allergik rinosinusit Allergik bo'shliqlari		

kasalliklari	yoki infektsiya rinosinusit,	
belgilarisiz polinoz	ko'pincha polinoz,	infektsiya belgilari
		Ko'pincha
Bronxo'pkada infektsion		
Odatda bo'lmaydi	surunkali bronxit,	jarayon zotiljam
Qonda va balg'amda		
Bo'lishicha o'rtacha	Ko'pincha yuqori	
eozinofiliya		
Noinfektsion allergenlarga		
qarshi	IgEning maxsus Mavjud Yo'q antitelolari	
Noinfektsion allergenlar		
ekstraktlari bilan	teri Musbat	Manfiy sinamalari
Jismoniy zo'riqish bilan test	Ko'pincha manfiy	Ko'pincha musbat
	Ko'p hollarda samarali	
Allergen eliminastiyasi	Bo'lmaydi	
	bo'lishi mumkin	
Beta-adrenostimulyatorlar	Juda samarali	O'rtacha samarali
Holinolitiklar	Kam samarali	Samarasi bor
Eufillin	Juda samarali	O'rtacha samarali
IntalTayled	Juda samarali	Samarasi kam
Kortikosteroidlar	Samarasi bor	Samarasi bor

Etiologik tasnifi.

Xurujlarni chaqirish sababxilariga qarab ajratiladi:

- *ekzogen bronxial astma* — tashqi muxit allergenlari (o'simliklar changi, mog'or zamburug'lari, hayvonlar juni, uy changida mavjud mayda kanalar)ning nafas yo'llariga ta'siri natijasida xurujlarning kelib chiqishi. Allergik jarayonga va naslga moyilligi bo'lgan, bronxial astmaning atopik turi asosiy shakli hisoblanadi.
- *endogen bronxial astma* — infektsiya, jismoniy zo'riqish, sovuq havo, asab-ruxiyat qo'zg'atuvchilari kabi omillar ta'siridan xuruj kelib chiqadi.
- *Aralash genezli bronxial astma* — Yuqorida keltirilgan omillar ta'sirida allergenlarning ta'siri xurujni keltirib chiqaradi.

Nima uchun astma xuruji kelib chiqadi?

Ba'zi odamlarning bronxlari juda sezgir. Ma'lum bir moddalar (allergenlar) ning ta'siri yordamida ularda bronxlar quyidagicha ta'sirlanadi:

1 – Bronxlar siqiladi. Bronxial naylar yupqa mushaklar bilan o'ralgan. Tarkibida qo'zg'atuvchi moddalar bo'lgan, havoni yutganda, ular bronxlar mushaklarini qisqartiradi va ezadi. Bu holat bronxlar spazmi – bronxospazm deyiladi. Bronx yo'llaridan havo o'pkaga erkin o'ta olmaydi. Shuning uchun o'pka etarli darajada toza havoni ololmaydi va keraksiz qayta ishlangan is gazli havoni tashqariga chiqara olmaydi.

2 – Bronxlar shilliq bilan to'lib qoladi. Bronxial naylar ichki tomonidan shilliq ishlab chiqaruvchi hujayralari mavjud bo'lgan shilliq qavat bilan o'ralgan. Sog'lom odamda shilliq havo o'tadigan yo'llarni namlash xususiyatini beradi. Bronxial astmada bronxlarga (astma xurujini chaqiruvchi) allergenlarning tushishi natijasida bronxlar yo'lini yopib qo'yadigan va nafasni yanada qiyinlashtiradi.

3 – bronxlar devorlari shishadi. Bronxial naylar ta'sirlanish oqibatida yallig'lanadilar. Barmoqni jaroxatida shishgani kabi, bronxlar ham kattalashadi. Ichki yuzaning qalinlashishi bronxlar teshigining yanada torayishiga olib keladi, nafas olganda va chiqarganda havo o'tishi yanada qiyinlashadi. Bronxlar qanchalik toraygan bo'lsa, shunchalik nafas olish qiyinlashadi.

KLINIKASI.

Anamnezi: kasallikni kechishida quyidagi davrlar ajratiladi:

- 1) xuruj oldi;
- 2) xuruj;
- 3) xurujdan so'ngi; 4) xuruj orasi.

Xuruj oldi davri bronxial astmaning xuruji boshlanishidan bir necha daqiqa, ba'zi hollarda bir necha kun oldin boshlanadi va bezovtalik, bexotirjamlik va uyqusizlik bilan kuzatiladi. Ba'zi hollarda aksa urish, ko'z va terining qichishi, burunning bitishi va burundan ajralma oqishi, tinmaydigan quruq yo'tal, bosh og'rig'i kuzatiladi.

Bo'g'ilish xuruji bronxial astmada havo etishmovchiligi xissi, ko'krakning qisishi, yaqqol ekspirator hansirash bilan kechadi. Xushtaksimon nafas, hansirash ma'lum masofada eshitiladi. Kichik yoshdagi bolalar qo'rqib qoladilar, o'rinlarida yotolmaydilar, kattaroq yoshdagi bolalar majburiy holatni oladilar – oldinga engashib va o'tirib

olib, tirsaklarini tizzalariga tayangan holda og'izlari bilan nafasni tutishga harakat qiladilar. Bolalar deyarli gapira olmaydilar. Yuz oqish ko'kimtir rangda, muzdek ter bilan qoplangan. Burun qanotlari nafas olganda kengayadi. Ko'krak qafasi maksimal nafas olish holatida, nafas olishda qo'shimcha mushaklar ishtiroki mavjud. Yo'talda balg'am cho'ziluvchan, quyuq, qiyinchilik bilan ajraladi. Perkussiyada korobkasimon tovush. Auskultastiyada dag'al nafas yoki kuchsiz nafas asosida, ko'p miqdorda quruq xushtaksimon xirillashlar eshitiladi, ba'zi hollarda – krepitastiya.

Yurak qon-tomir tizimi tomonidan o'zgarishlar: taxikardiya, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, Q/B ning ko'tarilishi; teri qoplamlari oqish-kulrang rangda, yaqqol peroral stianoz, lablar, quloq suprasi, qo'l barmoqlarining stianozi.

Bronxial astma xuruji quyuq, ko'piksimon balg'am ko'chishi va sekin asta nafas olishning engillashishi bilan tugaydi.

Bronxial astma xuruji bir necha daqiqadan bir necha soatgacha cho'ziladi.

Agarda bronxial astma xuruji 6 soat davomida to'xtamay davom etsa, *astmatik status* rivojlanganligi, haqida gapirish mumkin. Bronxial astmaning xurujdan so'ngi davrida kuzatiladi:

- umumiy holsizlik, uyquchanlik, qabul qilish qobiliyatining pasayishi;
- nafas olish a'zolari tomonidan kuzatiladigan o'zgarishlar: auskultastiyada bronxial nafas eshitiladi, nafas chiqarishda tarqalgan quruq xirillashlar;
- yurak qon-tomir tizimi tomonidan o'zgarishlar: bradikardiya, qon bosimini tushishi.

Nafasning to'liq qayta tiklanganligi haqida faqatgina pikfluometriya natijalaridan so'ng aytish mumkin.

Bronxial astmaning xuruj orasi davrida – bu holat kasallik og'irlik darajasiga va tashqi nafas faoliyatiga bog'liq.

Bronxial astmada o'pka faoliyatini o'lchash, gipertoniya kasalligida qon bosimini o'lchash lozimligi kabi zarur.

Nafas olishda tashqi nafas faoliyatini – pikfloumetr (RER-metr) yordamida o'tkaziladi.

Astma tashxisi uchun klinistist quyidagilarga asoslanishi berishi lozim:

- (a) nafas yo'llarining qaytalanib turuvchi obstruktsiya xurujlari,

- (b) nafas yo'llarining obstruktiviyasi belgilari qisman yoki to'liq tiklanuvchi,

- (c) alternativ tashxis cheklangan Astmaning og'irlik darajasi tasnifi:

- engil intermitirlangan

- engil persistirlangan

- o'rtacha persistirlangan

- og'ir persistirlangan belgilarning og'irligi va uchrashiga, tungi xurujlar bilan, o'tkir xurujlar harakteri va o'pka faoliyatiga qarab. Bunday ajratilish bolalar uchun har doim ham to'g'ri kelmaydi.

Birinchidan, bolalarda o'pka faoliyatini o'lchash mumkin emas yoki juda qiyin.

Ikkinchidan, virus infeksiyasi bilan chaqirilgan astma, hech qaysi bir kategoriyaga to'g'ri kelmaydi. Belgilar intermitirlangandir, lekin bolalarni kasalxonaga yotkazish uchun asos bo'la oladi. Bu og'ir intermitirlangan astma deb baholanishi mumkin.

Engil intermitirlangan astmasi bor bemorlarda, haftasiga 2 martadan kam simptomlar kuzatiladi. Xuruj orasi davrida o'pkaning faoliyati meyorida saqlangan. Qaytalanishlar qisqa va bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi. Tungi simptomlar oyiga 2 martadan kam kuzatiladi. Nafas chiqarishning yuqori tezligi cheklanishlari (NChYuT peak expiratory flow - PEF) 20% dan kam.

Engil persistirlangan astmasi bor bemorlarda, simptomlar haftasiga 2 martadan ko'p, lekin kuniga 1 martadan kam uchraydi. Xurujlar inson faoliyatiga halaqit qilishi mumkin. Tungi simptomlar oyiga 2 martadan ko'p uchraydi. O'pka faoliyati testlari (yoshiga qarab), bir soniyadagi forsirlangan respirator Hajm (FRX1 - forced expiratory volume in 1 second - FEV1) me'yordan 80% dan pastga tushadi, NChYuT 20-30% ga cheklanishini ko'rsatadi.

O'rta persistirlangan astmasi bor bemorlarda, simptomlar har kuni kuzatiladi, ular har kuni qisqa ta'sirga ega beta 2-agonistlar qo'llashadi. O'rta persistirlangan astmasi bor bemorlarda o'tkir xurujlar Haftasiga 2 martadan ko'p kuzatiladi va bir necha kun davom etishi mumkin. Xurujlar aktivlikka halaqit qiladi. Tungi xurujlar haftasiga bir martadan ko'p bezovta qiladi. FRX1 va NChYuT me'yordan 60-80% tashkil qiladi va NChYuT cheklanishi 30% dan ko'p.

Og'ir persistirlangan astmasi bor bemorlarda, simptomlar tez-tez kuzatiladi, jismoniy faoliyatining cheklanishi va tungi simptomlar tez-tez

uchraydi. FRX1 va NChYuT me'yordan 60% dan past va NChYuT cheklanishi 30% dan ko'p.

Og'ir astmaning bitta belgisining mavjudligi – og'ir persistirlangan astma tashxisini qo'yishga asoss bo'ladi. Bu klassifikastiya umumiy tasnifga ega va astmaning kechishida kuchli cheklanishlar mavjudligi munosabati bilan, darajalar birga kelishi mumkin. Vaqt o'tishi bilan klassifikastiyada o'zgarishlar kirishi mumkin. Turli darajadagi astma bilan og'rigan bemorlarda engil, o'rta va og'ir xurujlar kuzatilishi mumkin.

Intermittirlangan astmasi bo'lgan bir necha bemorlarda o'pkaning faoliyati me'yorida va minimal simptomlar saqlangan holda, og'ir, hayotiga xavf solishi mumkin bo'lgan xurujlar kuzatiladi; shu bilan birga kechayotgan yallig'lanish asosida yuqori BGR ning boshqa ko'rinishlari (jismoniy zo'riqish yoki qo'zg'atuvchi testlar) mavjud bo'ladi.

Astma belgilari xirillashlar, yo'tal, ko'krak qafasining siqilishi va xokazolardir.

Xirillashlar: bronxial astmada eng ko'p uchraydigan belgisi bo'lib, nafas yo'llarining turbulenyiyasi hisobidan kelib chiqadigan–musiqasimon yuqori chastotali, xushtaksimon tovushlardir. Engil turlarida nafas chiqarish jarayonida ekspirator xirillashlar ko'rinishi kabi bo'ladi. Og'ir turlarida nafas chiqarishning hamma jarayonida kuzatiladi. Juda og'ir astmatik bosqichlarda ham nafas olish, ham nafas chiqarish jarayonlarida kuzatiladi. Deyarli og'ir xurujlarda–nafas yo'llarini torayishi bilan nafas mushaklarining charchashidan kelib chiqadigan havo harakatining cheklanishi hisobidan, xirillashlar bo'lmasligi mumkin. Agarda mayda nafas yo'llari ishtirok etsa, astma xirillashsiz kechishi mumkin. Shunday qilib, astmaning tashxisida xirillashlar asosiy belgi bo'la olmaydi. Undan tashqari, xirillashlar kistofibroza va yurak etishmovchiligi kabi sabablar natijasida kelib chiqadigan, nafas yo'llari obstruktsiyasi bilan ham bog'liq bo'lishi mumkin. Tovush boylamlari disfunktsiyasi bor bemorlarda asosan (xar xil tovushli bronxial astmadagi xirillashlarga qaraganda) bir xil tovushdagi xirillashlar kuzatiladi. Bu xirillashlar asosan bo'yinning laringeal qismida eshitiladi. Bronxomalyastiya va traxeomalyastiyali bemorlarda ham bir xil tovushli xirillashlar eshitiladi. Astmada jismoniy zo'riqishdan so'ngi va tungi xirillashlar, tunda va albatta jismoniy harakatdan so'ng kuzatiladi.

- **Yo'tal:** astmaning yagona belgisi bo'lishi mumkin, ayniqsa jismoniy zo'riqishdan kuchayadigan astmada. Odatda bunday yo'tal balg'amsiz va paroksizmlarsiz bo'ladi. Yo'tal xirillashlar bilan birga kechishi mumkin.

- **Ko'krak qisilishi:** ko'krak qisilishi va ko'krakdagi og'riq shikoyatlari astma belgilari bor yoki yo'qligi bilan, ayniqsa mashqlar bilan kuchayadigan astma va tungi astmada kuzatiladi.

- **Boshqa nospestifik belgilar:** chaqaloqlar va bolalar anamnezida restidiv bronxitlar, bronxiolitlar va zotiljam; shamollashda persistirlangan yo'tal va/yoki qaytalanuvchi krup va ko'krakda tovushlar bo'lishi mumkin. Ko'pchilik surunkali va qaytalanuvchi bronxit bilan og'riq bolalarda keyinchalik astma rivojlanadi. Astma ko'p hollarda qaytalanuvchi zotiljam orqasida yashirinadi. Katta yoshdagi bolalar ko'krak qafasining qisilishi va/yoki ko'krak qafasining bitishiga shikoyat qiladilar.

O'tkir xuruj davomida belgilar og'irlik darajasiga qarab o'zgaradi.

- **Engil xuruj davridagi belgilar:** bemor nafas olishining qiyinlashishini toza havodagi sayr kabi jismoniy faollikdan so'ng xis qilishi mumkin. Bemor gaplarni to'liq gapiradi va yotadi, biroz bezovta ko'rinishi mumkin.

- **O'rtacha daraja xuruj davridagi belgilar:** bemor gapirayotgan vaqtda nafas faoliyati buzilgan. Chaqaloqlarda deyarli yumshoq va qisqa qichqiriq va bolani ovqatlantirish qiyinlashuvi kuzatiladi.

- **Og'ir xuruj davri belgilar:** havo etishmovcxiligi tinch holatda kuzatiladi, ishtaxaning yo'qolishi, tik turgan holda o'tiradilar, gaplarini (to'liq emas) aloxida so'zlar bilan gapiradi, odatda bezovta.

- **Yuqori nafas etishmovcxiligi belgilari** (yuqorida keltirilgan belgilarga qo'shimcha holda): bolalar uyquchan va qo'rquv holatida. Agarda o'smirlarda yuqori nafas etishmovcxiligi bo'lmasa, bu belgilarga shikoyat qilmasliklari mumkin.

Fizikal tekshiruv ma'lumotlari:

- klinik ko'rinishi xilma xil. Yuqori nafas yo'llari o'tkir respirator virusli (YuNRV) infektsiyasi belgilari, tungi yoki jismoniy mashqlar bilan zo'rayadigan va "status astmaticus" bilan o'xshash bo'lishi mumkin. Status astmaticus - adekvat ambulator davoga turg'un o'tkir astmatik xuruj. Agressiv stasionar davoni talab qiladigan,

shoshilinch tibbiy holatlarga kiradi. Gipoksiya, giperkarbiya va degidratastiyani davolash maqsadida PITga yotqiziladi va nafas etishmovchiligi xisobiga o'pkani sun'iy ventilyastiyasini talab qiladi.

- o'tkir epizodlar mavjudligi yoki og'irlik darajasiga qarab fizikal ma'lumotlar o'zgarib turadi.

Xurujdan tashqari davrdagi fizikal tekshiruv (masalan, poliklinikaga xurujlar orasi davrida murojaat etilganda)

- Fizikal ma'lumotlar astmaning og'irlik darajasiga qarab o'zgaradi. Engil astma bilan bemor poliklinikaga murojaat qilganida har doim ham klinik tekshiruvda o'zgarishlarni aniqlash mumkin bo'lmaydi. Og'ir astma bilan og'rigan bemorlarda surunkali nafas yo'li buzilishi belgilari va surunkali giperventilyastiya kuzatiladi.

- Atopiya belgilari va allergik rinit, hamda qovoqlarning shish va yallig'lanish. Ko'zga ko'rinadigan belgilar – burun ustida doimiy artilgani tufayli ko'ndalang chiziqlar, allergik rinit belgisi kabi, burun shilliq qavatining oqiligi bo'lishi mumkin.

- Ko'krak qafasi Havo bilan shishi xisobidan oldingi orqa diametri kattalashgan. Ko'krak qafasining shishi nafas olishning qorin turini keltirib chiqaradi. O'pka tekshiruvni respirator bosqichni cho'zilib, ekspirator xirillashlar, ekspirator xushtak, jarangdor xirillashlar yoki notekis nafas shovqinlari aniqlash imkonini beradi.

- Barmoqlarni yo'g'onlashuvi astmada juda noyob ko'rsatkich bo'lib, yanada chuqurroq tekshiruvni talab qiladi.

O'tkir xuruj davrida fizikal tekshiruv natijalari engil, o'rta va og'ir epizodli va yaqqol nafas etishmovchiligi bilan status astmaticuskabi turli xil ma'lumotlarni beradi.

- *Engil xuruj:* nafas soni ko'paygan. Nafasda qo'shimcha nafas mushaklar ishtirok etmaydi. Yurak qisqarish soni bir daqiqada 100 tadan kam. Paradoksal puls kuzatilmaydi. Ko'krak qafasi auskultastiyasi odatda nafas chiqarishda o'rtacha xirillashlar aniqlanadi. Oksigemoglobinni xona Havosi bilan to'yinishi 95%.

- *O'rta darajadagi xuruj:* nafas soni ko'paygan, nafasda qo'shimcha nafas mushaklar ishtirok etadi, supraventral tortilish kuzatiladi. Yurak qisqarish soni bir daqiqada 100-120ta. Jarangli ekspirator xirillashlar eshitiladi. Paradoksal puls ortishni boshlaydi (1020 mm rt. sim. ust.). Oksigemoglobinni xona Havosi bilan to'yinishi 9195%.

- *Og'ir xuruj:* nafas harakati soni bir daqiqada 30 nafasdan

ortiq. Odatda nafas faoliyatida qo'shimcha nafas mushaklari ishtirok etadi, suprasternal tortilish. Yurak qisqarish soni bir daqiqada 120 tadan ortiq. Jarangdor ikkifazali xirillashlar eshitiladi (ekspirator va inspirator). Ko'pincha paradoksal puls (20-40 mm rt. st.) mavjud. Oksigemoglobinni xona havosi bilan to'yinishi 91% dan kam.

• *Yaqqol nafas etishmovxilligi bilan Status astmaticus:* paradoksal torakoabdominal harakatlar kuzatiladi. Xirillashlar bo'lmasligi mumkin (nafas yo'llarining og'ir obstruksiyasi). Bradikardiya tarzida og'ir gipoksemiya kelib chiqadi. Oldin kuzatilgan paradoksal puls bo'lmasligi mumkin, bu holat nafas mushaklarining charchashidan dalolat beradi.

Jadval 1

Qaytalanish darajasini aniqlash

Ko'rsatkich	Engil qaytalanish	O'rta og'ir qaytalanish	Og'ir qaytalanish	Tovushsiz o'pka bosqichi
Xansirash	Yurganda; yota oladi	gaplashganda; yig'i pastroq va qisqa, bolani ovqatlantirishda qiyinchiliklar	Tinch holatda; ovqat eyishni to'xtatadi	
Gapirish	To'liq gap	Aloxida, qisqa gaplar	Aloxida so'zlar	Aqlxushning chalkashishi yoki sekinlashishi
Nafas harakati soni	Ko'tarilgan	Ko'tarilgan	Yuqori (>30/min)	Paradoksal nafas
Qo'shimcha mushaklar ishtiroki, to'sh usti chuqurchasini tortilishi	Odatda yo'q	Odatda bor	Odatda bor	Paradoksaltorakoabdominal Harakat
Quruq xirillashlar	O'rtacha	Jarangli	Odatda jarangli	Yo'q
YuQS ¹	<100/min	100-200/min	>120/min	Bradikardiya
NChYuT	>80%	60-80%	<60%	
RaO ₂	Odatda tekshirishga extiyoi yo'q	>60 sim.ust. mm	<60mm sim.ust.	
RaSO ₂	<45mm sim.ust.	<45 sim.ust. mm	>45mm sim.ust.	
S ₂ O ₂	>95%	91-95%	<90%	

¹ *Maktab yoshidagi bolalar va o'smirlar yosh guruxiga to'g'ri keladigan ko'rsatkichlar keltirilgan, har bir aniq holatda mos keladigan yosh gurux me'yoridan foydalanilgani ma'qul.*

Bolalarda turli xil allergenlarga sensibilizastiyasi bo'lgan bronxial astmaning klinik ko'rinishi.

Bolalarda atopik bronxial astma, uy changi allergenlari Dermatopagoides pteronyssimus, Dermatopagoides farinae lar sensibilizastiyasi bilan bog'liq, uy sharoitida nafas aktining qiyinlashishi xuruji kuzatiladi, qachonki uydan chiqqanda, yashash joyini alishtirilganida bu xurujlar soni kamayadi. Nafas etishmovchiligi xurujlari sonini kamayishiga yashash joylarida quyidagilarga (eski mebellar, gilamlarni olib tashlash, xonani doimiy tozalab turish, changni changyutkich bilan tozalash) rioya qilgan holda erishish mumkin. Bularga rioya qilmagan hollarda, oldingi yashash sharoitiga qaytanda, oldinigi xurujlar qaytalanishi mumkin. Uy changi kanasi chaqiradigan BAga nafas olish qiyinlashishi xurujlari tungi soatlarda – yotoq anjomlari tarkibidagi uy mayda kanalari allergenlik qobiliyati tomon o'zgarish davrida. Dermatopagoictes pteronyssimus, Dermatopagoides farinae allergenlari sensibilizastiyasi bilan kechadigan bronxial astma xurujini rivojlanishi ba'zi hollarda allergik rinit belgilari bilan birga kechadi. Zamburug'li bronxial astmaning kechishi yil davomida atrof muxitda zamburug'lar tuxumlarining mavjudligi soniga va tarqalishi xususiyatiga bog'liq. Cladosponum, Alternaria zamburug'lari chaqirgan bronxial astmada nafas etishmovchiligi xurujlari ko'proq mart oyidan birinchi sovuq tushgunga qadar — zamburug'larning tuxumlari ko'payadigan davrda kuzatiladi. Penicillium, Aspergillus, Mucor turiga xos zamburug'lar nam xonalarda juda ko'p tarqalgan va yil davomida tuxum xosil qiladilar, bolalarda ular chaqirgan BA xurujlari yil davomida kuzatiladi. Zamburug'lar chaqirgan BA qaytalanishi ko'p hollarda bolalarning nam xonada yashashi, shu bilan birga ovqat rastionida qo'ziqorin, pishloq, qattiq, hamirturushli non va xokazolar istemol qilishi, hamda zamburug'lardan ishlab chiqarilgan dorilarni qabul qilinishi sababli kelib chiqadi. Zamburug'li bronxial astma bemorlarida kasallikni og'ir kechishi xos, ba'zi hollarda esa astmatik holati kelib chiqishi mumkin.

Bronxial astmaning changga xos turi ba'zi gullarning avj olib gullagan davrida kelib chiqadi. Bronxial astma xurujlarining ko'payishi

quruq shabadali kunlarda, — changni havoda yuqori tarkibda bo'lgan davrida, yoki aksincha xurujning kamayishi o'simliklar changining havoda kamayishini keltirib chiqaruvchi — nam yomg'irli havoda kuzatiladi. Faslga bog'liq allergik rinit va allergik kon'yuktivitlar fonida chang bronxial astmasi kelib chiqadi. Chang chaqiruvchi bronxial astma bemorlarida kasallikning qayta xuruji, daraxtlar changi bilan umumiy antigen determinantlari (olma, yomg'oq, terak soki) va o'tlar (yorma va bo'g'doy noni, bo'g'doy unidan tayyorlangan maxsulotlar, kungaboqar urug'lari, kungaboqar yog'i va holva kabi) bo'lgan ozuqa maxsulotlarini istemol qilinishi hisobiga, faslning o'simliklar gullaydigan oylari o'tganidan bir necha oy keyin ham yuzaga chiqishi mumkin.

Bolalarda bronxial astma faqatgina ovqat allergiyasi ko'rinishi bo'lib juda kam hollarda tashxislanadi, lekin, uy changi allergenlari Dermatopagoides pteronyssimus, Dermatopagoides farinae lar bilan birgalikda juda ko'p hollarda kuzatiladi. Odatda ovqat bronxial astmasining rivojlanishi baliq, tuxum, stitruslar, sigir suti oqsillariga bo'lgan sensibilizastiyasi bilan bog'liq. Birga kechayotgan eshakemi, lablarning shishi, ba'zi hollarda qorinda og'riq, dispeptik holatlar nafas olishning etishmovchiligi xurujining rivojlanishini kuchaytiradi.

Bolalarning ma'lum bir qismiga bronxial astma bilan birga atopik dermatit kechishi mumkin. Dermorespirator sindrom holatlar kasallik asosida uy changi Dermatopagoides pteronyssimus, Dermatopagoides farinae, zamburug'lar, changli, ovqat va dori allergenlariga yuqori sezgirligi bilan ko'p valentli sensibilizastiya bo'lishi mumkin. Bu bemorlarda ko'pincha gastrointestinal allergiya aniqlanadi. Bunday bolalarda eozinofiliya, qonda umumiy va maxsus IgE ko'rsatkichlarining yuqoriligidan kasallik kechishi qiyinroqdir.

Uy hayvonlari allergenlariga aloxida sensibilizastiyasi ko'rinishidagi bronxial astma aloxida bemorlarda kuzatiladi. Bronxial astmaning bu ko'rinishi Dermatopagoides pteronyssimus, Dermatopagoides farinaelar va teri epidermisi allergenlari, uy allergenlariga bo'lgan sensibilizastiya bilan birga kechishi mumkin. Bolalarda teri epidermisiga bo'lgan sensibilizastiya ba'zi hollarda allergik rinit bilan birga kechadi. Teri epidermisi allergenlariga sensibilizastiya bilan chaqirilgan astmasi bor ba'zi bemorlar, eshakemi va allergik shishlar kelib chiqishini kuchaytiradi.

Tashxislash.

Ota-onalarni so'rovi – astmani tashxislashda asosiy o'rinni tutadi. Vrach homiladorlikni kechiganligi, homiladorlik vaqtida toksikoz, kasallik, parhezni buzilishi kuzatilganmi yo'qmi qiziqtirishi lozim. Tug'ruq davrida asoratlanishlar va yangi tug'ilgan chaqaloqning salomatligi muammolari bo'lganmi. Shu davrgacha o'tkazgan kasalliklari, antibiotiklar qabul qilganmi va ularni qanday o'tkazgan, profilaktik emlashlarga bo'lgan reaksiyasi. Ona ko'krak suti bilan boqilganmi, ovqat allergiyasi kuzatilganmi va hayvonlar juniga reaksiyasi kuzatilmaganmi. Shu bilan birga yaqin qarindoshlaridan birortasi allergik kasalliklar (bronxial astma, pollinoz[1], ovqat va dori allergiyasi va xokazo) lar bilan og'rimaydirmi? Vrach yana nafas siqishi xurujlarini boshlanishi va kechishi haqida so'rab surishtiradi. Xurujlarning paydo bo'lishi faslga bog'liqligi bormi. Xurujlar boshlanishiga olib keluvchi extimoliy sabablarni (hayvonlar bilan muloqot, bog'dagi sayr, jismoniy zo'riqish va xokazo)larni aniqlang. Bola qanday dorilarni istemol qilgan va uning ta'siri qanday. Bu ma'lumotlarning barchasini aniqlash, vrachga bolani to'g'ri tekshirish, tashxis qo'yish va davoni tavsiya qilish uchun kerakdir. Konsultastiya vaqtida o'tkazgan kasalliklari, umumiy qon taxlilining natijalari va tashxis uchun kerak bo'lgan boshqa tekshiruv ma'lumotlari bo'lgan – bolaning rivojlanish kartasi yoningizda bo'lgani ma'qul.

Tashqi nafas faoliyatini tekshirish .

Tashqi nafas faoliyatini aniqlash uchun 5 yoshdan katta bolalarda spirometriya (1 soniyada nafas chiqarishning forsirlangan hajmini (NFX1) va o'pkaning forsirlangan hayotiy sig'imini (O'FXS) aniqlash imkonini beradi) va pikfluometriya (nafas chiqarishning yuqori tezligini (NYuT) aniqlash imkonini beradi).

Populyastion tekshiruvlar natijasida olingan NFX1, O'FXS va NYuT me'yoriy ko'rsatkichlari mavjud. Ular tekshiruvchining yoshi, jinsi va bo'yiga bog'liq. Bu ko'rsatkichlar doimiy ravishda qayta ko'rib turiladi. Bemordan olingan ko'rsatkichlar to'g'ri keladigan ko'rsatkichlar foizlarda ko'rsatiladi. NYuT kerakli ko'rsatkichlari uchun juda keng chegaralari xos.

Tez ta'sir qiladigan bronholitiklarni (200—400 mkg salbutamol yoki berotek) ishlatgandan bir necha daqiqadan so'ng, “qayta tiklanish” terminiga xos holat, NFX1ning (ba'zida NYuT) ko'tarilishi belgilanadi. Ba'zida, bazis davo tayinlangandan yoki korrekstiyasidan bir necha kun

yoki haftadan so'ng o'pka faoliyatining qayta tiklanishiga aytiladi.

Spirometriya bronxial obstruktsiyaning yuza chiqqan darajasini va orqaga qaytishini baholovchi metod hisoblanadi. NFX1 va O'FXS bronxial obstruktsiyaning yuzaga chiqqanini va qayta tiklanishini baholovchi usul. NFX1 va O'FXS ko'rsatkichlarini forsirlangan nafas chiqarishda spirometr yordamida o'lchanadi. Bronxial astmaning bronholitik ingalyastiyasigacha NFX1 bo'lgan ko'rsatkichiga nisbatan solishtirganda 12% va undan ortishi kuzatiladi. Agarda bemor (bronholitik yoki bazis) davoni olgan bo'lsa, test sezgirligi past bo'ladi. Bemorlarni forsirlangan nafas chiqarishga o'rgatish lozim, nafas chiqarish 3 marta bajarish tavsiya qilinadi vatolingan gatijalardan eng yaxshisi NFX1 belgilanadi. Boshqa kasalliklardan NFX1 o'zgarishi bilan kechgan bronxial obstruktsiyani farqlash uchun, Tiffno indeksi (TI) deb nomlanuvchi NFX1/O'FTXni nisbatini aniqlash muxim. Me'yorda $TI > 0,75 - 0,80$, bolalarda esa $> 0,9$. **Pikfluometriya**, tashxis qo'yish va davolash samaradorligini aniqlash usuli xisoblanib, nafas chiqarishni yuqori tezligini aniqlash imkonini beradi.

Zamonaviy pikfluometrlar uy sharoitida bemorlarga bronxial obstruktsiyaning yuzaga chiqqanini har kuni baholash imkonini beradi va juda qalay kattalikda, uncha qimmat emas. (rasm. 3).



rasm. 3. Pikfluometr

NYuT o'lchash bilan o'pka faoliyati ko'rsatkichlarining boshqalarin o'zgartirib bo'lmaydi, NChFX1 siz NYuT o'lchansa obstruktsiyaning darajasi to'liq baholanmay qolishi mumkin, ayniqsa bronxial obstruktsiya darajasi kuchayib borganda va "xavo pistirmalarida". Turli xil pikfluometrlarni (NYuT kerakli ko'rsatkichlarining chegarasi katta ekanligini inobatga olinishiga qaramay) ishlatish, NYuTgining har xil ko'rsatkichlarini berishi mumkin, shuning uchun aniq bemorning o'z pikfluometridan foydalangan holda, uning eng yaxshi ko'rsatkichlarini bilan solishtirgan

holda o'lichashlarni o'tkazish lozim. Eng yaxshi ko'rsatkichni odatda kasallik remissiya davrida kuzatiladi. Olinadigan natijalar bemorning nafas chiqarish harakatlari bilan bog'liq, shuning uchun bemorga ma'lumotni to'liq berish lozim. NYuT odatda (ertalab uyg'ongandan so'ng dorilar ichishdan oldin) o'lchanadi va kechqurun (Uyqudan oldin). NYuTning kundalik cheklanishini quyidagicha aniqlanadi, unda A – NYuTning kundalik cheklanishi, V_1 — tonggi NYuT, V_2 — kechqurungi NYuT:

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

NYuTning cheklanishi qanchalik yuqori bo'lsa, shunchalik astmani boshqarish qiyinlashadi. Yana bir kunlik NYuTgi ko'rsatkichlarining 1-2 haftadagi ko'rsatkichlarning o'rtacha ko'rsatkichlariga nisbatan o'zgarilari solishtirilishi mumkin. NYuT aniqlashning boshqa usulida 1 haftalik NYuTning eng past ko'rsatkichini shu davrdagi eng yuqori ko'rsatkichiga nisbatan foizi olinadi. Bu usul balki amaliyotda bronxlarning turg'unligini baholashda eng yaxshisidir, chunki olingan ko'rsatkich xisoblanib chiqiladi, u bronxial giperreaktivlikni qolgan ko'rsatkichlarini bir-biri bilan yaxshi bog'lidi va NYuTgini kuniga bir maxal o'lchashni talab qiladi. NYuTigi va uning turli xil cheklanish holatlarini o'kazilayotgan davoni, kuchaytiradigan omillarni aniqlash, xurujning natijasini baholash maqsadida aniqlanadi.

Bolalar bronxial astmasida bronxoskopiya.

Bronxoskopiya bronxial o'tkazuvchanlikni buzilishi bilan kechadigan bir qator kasalliklarni bronxial astma bilan, ayniqsa notipik klinik ko'rinishlarini farqlash maqsadida o'tkaziladigan tashxis qo'yish usuli hisoblanadi. Ulardan — o'pka bronx tizimining tug'ma patologiyalari (traxea va bronxlarning anomaliya va nuqsonlari), bronxial daraxtning yot jismlari (bolalar amaliyotida ko'p uchraydi), bronxlar va traxeaning diskineziyasi, endobronxial o'smalar, ekstrabronxial o'zgarishlar, sabablari aniq bo'lmagan bronx o'pka kasalliklari. Bronxoskopiyaning quyida keltirilgan kasalliklarni farqlash maqsadida o'tkazishni tavsiya qilish lozim.

Bronxial astmani tashxislash maqsadida doirniy usul qilib narkoz bilan o'tkaziladigan bronxoskopiyaning qo'llash noo'rindir. Aniqlanadigan bronxlar shilliq qavatidagi o'zgarishlar nospestifik

hisoblanadi, chunki bronx o'pka kasalliklarining obstruktiv va noobstruktiv kasalliklarida kuzatilishi mumkin.

Bronxoskopiyani o'tkazish davrida bronxlarni yuviladi (1-3 qator) katta bronxlar ichdagilar tozalanadi (Bronxial lavaj – BL), va terminal bronx va alveolalar tozalanadigan bronxoalveolyar lavaj (BAL) o'tkaziladi.

Bronxoalveolyar lavaj (BAL) o'pkaning respirator qismlari va bronxial daraxtning umr davomida kechadigan jarayonni o'rganish, tabiiy himoya tizimini baholash imkonini beradi, va kechayotgan imunologik jarayonni kuzatish borasida muxim ma'lumotni, hamda o'tkaziladigan davo samaradorligini baholash imkonini beradi.

Oxirgi yillar bolalar bronxial astmasida bronxoskopiyaning qo'llanilishiga ko'rsatmalar kamayib va hatto man etilayotganligi kuzatilmoqda. Bu bronxoalveolyar lavajning klassik turida organizmda nojo'ya maxaliy va umumiy reaksiyalar kuzatilishi bilan tushuntiriladi, amaliyotda bu olinadigan tashxislovchi ma'lumot o'z o'rnini topmadi. Oxirgi yillar bronxial astma bemorlarida, shu bilan birga bolalarda bronxoalveolyar suyuqlikni o'rganishga e'tibor kuchaygan bo'lsa ham, olingan ma'lumotlar bronxial astmani tashxislash va davolash nazorati maqsadida doimiy qo'llanadigan usul deb hisoblana olinmadi.

Davolovchi bronxoskopiya bolalar bronxial astmasida bronxial daraxtning drenaj faoliyatini buzilishida, atelektazlar mavjudligida, asfiksik sindromning rivojlanishida, juda og'ir xuruj va astmatik holatda ko'rsatma bo'lishi mumkin. Lekin, hatto og'ir status astmaticusda ham bronxoskopiya o'tkazish to'g'risidagi savol juda qiyin bo'lib qolmoqda. Shunga qaramay, bu holatda terminal bronxlarning sxilliq bilan to'lib qolishi natijasida chaqirilgan o'tkir nafas etishmovchiligi birinchi o'ringa chiqadi va bu bemorlarda instrumental aralashuv bemor hayotiga xavf soluvchi, bronxo- va laringospazm bilan asoratlanishi mumkin. Shuning uchun bolalar bronxial astmasini davolashda, javobgarlik talab qiluvchi bronxoskopik aralashuv muammoni keltirib chiqaradi.

Laborator tekshiruvlar.

Qon taxlili eozinofiliyani ko'rsatadi. Monostitlar soni atopik turida me'yor darajasida bo'ladi. Bazofil granulostitlar soni klinik belgilarning o'sishiga qarab ko'payadi, ayniqsa xuruj oldi davrida. Astmaning atopik turida Ig E darajasi o'rtacha ko'rsatkichlarda ortadi.

Aniq holatlarda balg'am cho'ziluvchan, quyug, shishasimon, ba'zi hollarda mayda sago bug'doyini eslatuvchi ushoqlari bo'ladi. Ba'zi hollarda uzunligi 5-90mm bo'lgan, oq yoki sariq rangdagi Kurshman spirallari aniqlanadi. Ularni, balg'amni ikkita predmet oynasining orasiga surtib, qorong'ulikda aniqroq ko'rish mumkin. Undan tashqari, balg'amda eozinofil granulostitlarning ma'lum qismini aniqlasa bo'ladi, ba'zi hollarda ulardan xosil bo'ladigan (15-20mkm diametrli, rangsiz oltiburchakli) Sharko-Leyden kristallari aniqlanadi.

Balg'amda eozinofillarning topilishi qonda topilgan eozinofiliyaga nisbatan muxim tashxislovchi belgi hisoblanadi. Bronxial astmaning infekstion turidabalg'am ko'proq va suyuqroq, ko'pincha sariq va yasxil rangda bo'ladi. Surtmada neytrofilli granulostitlar ko'proq bo'ladi.

Qiyosiy tashxislash.

BA qiyosiy tashxisotini ko'p hollarda quyidagi kasalliklar bilan o'tkazish tavsiya qilinadi.

- Ovoz boylamlarining disfunkstiyasi (psevdoastma).
- Bronxiolit.
- Yot jism yoki ovqat moddasining aspirastiyasi.
- Mukovisstidoz.
- Birlamchi immunodefistit.
- Birlamchi stiliar diskineziya sindromi.
- Traxeo- yoki bronxomalyastiya.
- Nafas yo'llarini tashqi siqilishiga olib keluvchi qon tomirlar

nuqsonlari.

- Gemangioma yoki boshqa o'smalar, granulyoma yoki kistalar bilan bog'liq nafas yo'llari stenoz yoki torayishi.
- Obletirlangan bronxiolit.
- O'pkaning interstistial kasalliklari.
- Yurakning dimlashli nuqsonlari.
- Tuberkulez.
- Bronxo'pka displaziyasi.
- Qismli emfizema.

Quyidagi belgilar mavjud bo'lganida BAdan tashqari kasalliklarni shubxa qilish lozim.

Anamnez ma'lumotlari:

- Kasallik belgilarining 2 yoshgacha paydo bo'lishi.
- Respirator distress sindrom va/yoki IVLni qo'llash.
- Neonatal davrda nevrologik disfunkstiya.

- Bronholitiklar qo'llanganda samara bo'lmasligi.
- Emizish va qusish bilan bog'liq bo'lgan xushtaksimon xirillashlar.

- Yutinishning qiyinlashuvi va/yoki qaytalanuvchi qusish.
- Diareya.
- Tana vaznining qo'sxilmasligi.
- Kasallik xurujidan 1 Haftadan oshiqroq muddatdan so'ng ham kislorod davoga muxtojlikning saqlanishi.

Fizikal ma'lumotlar:

- «Baraban tayoqchalari» ko'rinishidagi barmoqlarning deformastiyasi.

- Yurakdagi shovqinlar.
- Stridor.
- O'pkada o'choqli o'zgarishlar.
- Auskultastiyada krepitastiya.
- Stianoz.

Laborator va instrumental tekshiruvlar natijasi:

- ko'krak qafasi a'zolarining rentgenogrammasida o'choqli yoki infiltrativ o'zgarishlar

- kamqonlik
- nafas yo'llarining qaytmas obstrukstiyasi
- gipoksemiya

Asoratlanishi.

Bronxial astmaning eng ko'p asorati bu o'pka atelektazi. Uning sababi spazmgga uchragan bronxlar teshigining shilliq bilan yopilib qolishidir. Ko'p hollarda chap tilsimon megmentlarning yuqori va pastki bo'laklarining o'rta qismi atelektazi rivojlanishi kuzatiladi. Bronxial astma, atelektazlarning asoratlanmagan infekstiyaning o'tkir ko'rinishlarini kechirganidan so'ng qayta tiklanishi odatda bir necha kunda bo'ladi. Aloxida bolalarda infistirlangan atelektazlarni o'z vaqtida aniqlanmasligi, bronxoektaz va pnevmoskleroz rivojlanishiga olib borishi mumkin.

Bolalarda turli asoratlarga teri osti interstitial va mediastenal emfizema, spontan pnevmotoraks, pnevmomediastenum, o'pka yuragi kiradi. Astma yo'ldosh kasalliklarisiz bo'lsa emfizema kechroq rivojlanadi. Og'ir astmada yo'talning cho'qqisida yoki xurujida qisqa muddatli xushdan ketish holatlari kelib chiqishi mumkin (betalepsiya).

Ba'zida, ayniqsa ko'p muddat davomida kortikosteroidlar bilan davolanganlarda xuruj davrida qovurg'alarning sinishi kelib chiqishi mumkin.

Davolash standartlari.

Allergik kasalliklarning tibbiy yordam ko'rsatish bosqichida tashxislash va davolash standartlari. Kasalliklarning halqaro tasnifi bo'yicha (ShIFR MKB-10) J450 – Allergik bronxial astma (atopik).

Xizmat ko'rsatish turi (tashxislash, mutaxassislar konsultastiya)	Tavsiyalar	
	ko'rsatma	uchrash darajasi
Tekshiruvlar, tashxislash va laborator muolajalar		
Umumiy qon taxlili*	+	4
Balg'amning mikroskopik taxliji**	±	2
Umumiy va maxsus Ig E ni aniqlash***	+	1
Kompyuter spirografiya**	+	4
Pikfloumetriya**	+	4
Teri allergik sinamalari***	±	1
Ko'krak qafasi R-grafiyesi**	+	1
Mutaxassislar maslaxati		
Pulmonolog **	±	1
LOR **	±	1
Farmakoterapiya		
Dorilar guruhining nomlanishi		
Antiholinergik vositalar* (berodual, atrovent)		
Bronxospazmolitiklar*		
Topik glyukokortikosteroidlar **		
Tizimli glyukokortikosteroidlar***		
Balg'am ko'chiruvchi vositalar*		
Yo'talga qarshi vositalar*		
Maxsus immunoterapiya***		

Ilova: * - QVP, RMO, maxsus tibbiyot birlashmalarida o'tkaziladi; ** - RMO, maxsus tibbiyot birlashmalarida o'tkaziladi; *** - maxsus tibbiyot birlashmalarida o'tkaziladi; ☒ - ko'rsatma bo'yicha; + - albatta o'tkaziladi

Dori darmonlar bilan davolash.

Bazis davolash vositalariga yallig'lanishga qarshi va/yoki profilaktik ta'siriga ega (GK, kromonlar, antileykotrienlar, IgEga qarshi, stitokinga qarshi vositalar) va uzoq ta'sir qiluvchi bronxodilyatatorlar (uzoq ta'sir qiluvchi R2-adrenomimetiklar, sekin ajraluvchi teofillin vositalari). Hozirgi zamonda bazis davoda nisbatan samarali – ingalyastion GK (IKG) vositalardir.

Kasallik belgilarni engillashtiradigan vositalarga qisqa ta'sir qiluvchi ingalyastion R2-adrenomimetiklar (ko'proq bronxodilyatatorlar samaraliroqdir), antiholinergik vositalar, tez ta'sir qiluvchi teofillin guruxi vositalari va peroral qisqa muddat ta'sir qiluvchi R2adrenomimetiklar kiradi.

Davoni tanlashda BA astmaning darajasiga, antiastmatik vositalarning mavjudligiga, sog'liqni saqlash tizimining ko'rinishlariga, dori vositasining qo'llanilganidan so'ng foyda va ziyonning nisbatiga, madaniyatga, bemorning shaxsiy va oilasining sharoitiga qarab asoslaniladi.

Kasallikni nazorati uchun qo'llaniladigan dori vositalari har kuni, uzoq muddat davomida BA kasalligini nazorat qilishga erish va uni ushlab turilishi uchun foydalaniladi.

Shoshilinch yordam dori vositalari bronxo-konstriktiyani va hamrox bo'lgan o'tkir - xushtaksimon xirillashlar, ko'krakning siqilishi va yo'tal kabi belgilarni olgan holda tez ta'sir ko'rsatadi.

BAni davolash uchun dorilar qo'llanilishining turli xil turlari mavjud: peroral, parenteral va ingalyastion, oxirgi turi ko'proq samaralidir.

Ingalyastiya uchun moslamani tanlashda dori vositasining berilishi, narxi/ta'siri va qo'llashdagi qulaylik samaradorligi hisobga olinadi. Bolalarda uch turdagi ingalyastiya moslamalari qo'llaniladi: nebulayzerlar, dozalangan aerezolli ingalyatorlar va dozalangan kukunli ingalyatorlar.

Kasallikni davolashda qo'llaniladigan dori vositalari.

Kromonlar. BAni engil persistirlangan darajada kechishini davolashda boshlang'ich davo maqsadida foydalaniladi, agarda 4-8 hafta davomida kromonlar bilan davo samarasini bermasa IGK larga o'tish tavsiya qilinadi. Klinik belgilar, tashqi nafas faoliyati, jismoniy zo'riqish BAsi, nafas yo'llari giperreaktivligiga nisbatan kromoglist

kislotasi IGKlarga qaraganda kamroq. Bolalar BASida uzoq muddat kromoglist kislotasi bilan davolash samaradorligi plastebodan qisman farq qiladi. Jismoniy zo'riqishdan oldin tavsiya qilingan nedokromil, kasallik bronxokonstriksiyasi davomiyligi va og'irligini kamayishiga olib keladi. Shuningdek, nedokromil kromoglist kislotasi kabi IGK ga qaraganda kamroq samara beradi. BAning xuruj davrida, tez ta'sir qiluvchi bronxlar kengaytiruvchi dori vositalari bilan intensiv davolaniladigan vaqtda kromonlarni qo'llash man etiladi. Bolalar BASini bazis davosida samaradoligi isbotlanmaganligi tufayli kromonlarning roli cheklangan, ayniqsa maktabgacha bo'lgan yoshdagi bolalarda. 2000 yili o'tkazilgan metaanaliz natijasiga ko'ra, kromoglist kislotasi bolalar BASini bazis davosida samaradorli dori vositasi deb o'zini ko'rsata olmadi.

Ingalyastion glyukokortikoidlar. Hozirgi vaqtda BAni nazorat qilishda IGKlar eng samarali dori vositalardir, shuning uchun bu guruh vositalarni persistirlangan BAni hamma darajasida qo'llash tavsiya qilinadi. Maktab yoshidagi bolalarda IGK ushlab turuvchi davo bo'lib, BA belgilarini qaytalanishi va kasalxonaga yotkazish sonini kamaytiradi, turmush tarzini oshiradi, tashqi nafas faoliyatini yaxshilaydi, bronxlar giperreaktivligini pasaytiradi va jismoniy zo'riqishda bronxokonstriksiyani kamaytirgan holda kasallikni nazorat qilish imkonini beradi. Maktab yoshidagi BA bilan og'rikan bolalarda IGKni qo'llash, kunduzgi va tungi yo'talning balli ko'rsatkichini, xushtaksimon nafasni va hansirashni, jismoniy zo'riqishni, shoshilinch yordam dori vositalarini qo'llashni va sog'liqni saqlash tizimining xizmatini* kiritgan holda klinik belgilarning deyarli yaxshilanishiga olib keladi. Hozirgi vaqtda uzoq muddat davomida o'tkazilgan tekshiruvlar natijasida samaradorligi isbotlangan* IGK, 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda bazis davoning yagona vositasi hisoblanadi. IGKni qo'llashni to'xtatilganidan so'ng belgilar qaytalanishi mumkin. Bolalarda quyidagi IGKlar qo'llaniladi: beklometazon, flutikazon, budesonid. Uzoq muddat IGK bilan (o'rta hisobda beklometazonning dozasi 450 mkg/kuniga) davo o'tkazilganida, suyak to'qimasiga nisbatan nojo'ya ta'siri aniqlanmagan.* Engil BA si bo'lgan bemorlarda IGK vositalaridan beklometazonning dozasi kuniga 400 mkg yoki undan ham kam qo'llanilganida suyak metabolizmiga ta'sir ko'rsatmasligi aniqlangan. keltirilganda deyarli yuqori dozani (kuniga 800mkg) qo'llash suyak xosil bo'lishi jarayoni va unig

degidratasiyasini qayta to'xtashiga olib keladi. IGK ni kuniga 100-200 mkg dozasida qo'llash bolaning rivojlanishiga hech qanday statistik va klinik nojo'ya ta'sir ko'rsatmaydi. IGK bilan davolanayotgan BA si bor bolalar, katta bo'lishganida kerakli me'yoriy ko'rsatkichlarga erishadilar. Kuniga 400 mkg dozasida IGK bilan davolansa bolalarda gipotalamo-gipofizarbuyrakusti tizimining so'nishi, hamda yuqori darajada kataraktaning rivojlanishi kuzatilmadi. Ingalyastion yoki tizimli GK larni qabul qilayotgan bolalarda, kasallik klinikasida kuzatiladigan molochnista uchrashi kamayadi. Speyserlardan foydalanish esa og'iz bo'lig'i kandidozini kamaytiradi.

Tizimli glyukokortikoidlar. BA si bor bolalarda peroral GK larni virus chaqirgan infekstiyalarda qo'llash cheklangan. Tizimli GKlarni qo'llash samarasi borligiga qaramay, uzoq muddat qo'llanilganida gipotapamo-gipofizar-buyrakusti tizimining so'nishi, tana vaznining qo'shilishi, steroid diabet, katarakta, AG, bo'ying o'sishdan to'xtashi, immunosupressiya, osteoparoz, ruxiy o'zgarishlar kabi nojo'ya holatlarni hisobga olish zarur.

Uzoq ta'sir qiluvchi ingalyastion beta-2-adrenomimetiklar. Bu gurux vositalari BAni nazorat qilishni ushlab turishda samaralidir, ularni IGK lar bilan birga va intensiv jismoniy zo'riqishdan oldin shu holatlarda, qachonki birlamchi buyurilgan standart doza BAni nazorat qilish imkonini bera olmaganida, tavsiya qilinadi. Bu vositalarning ta'siri 12 soat davomida kuzatiladi. Ingalyastiya ko'rinishidagi formoterolning ta'siri dori yuborilganidan 3 daqiqadan so'ng boshlanadi, maksimal ta'siri 30-60 daqiqada kuzatiladi. Ingalyastiya ko'rinishidagi salmeterol deyarli sekin ta'sir ko'rsata boshlaydi, kerakli ta'siri 10-20 daqiqadan so'ng, salbutamol bilan solishtiriladigan ta'siri 30 daqiqadan so'ng erishiladi. Ta'sir qilishning boshlanishi sekin-asta bo'lganiga salmeterolni BAni o'tkir xurujlarida qo'llash tavsiya qilinmadi. Bolalar uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-adre-nomimetiklarni yaxshi o'tkazadilar, hatto uzoq muddat qo'llshganida ham, dorilarning nojo'ya ta'siri qisqa ta'sir qiluvchi beta-2-ad-renomimetiklarning nojo'ya ta'siriga o'xshash (ko'rsatma bo'yicha qo'llanilganida).

Uzoq ta'sir qiluvchi peroral beta-2-adrenomimetiklar. Bu gurux dori vositalari uzoq ta'sir qiluvchi salbutamolning dori shakllarini o'z ichiga oladi. Bu vositalar tungi BAni nazorat qilishga yordam beradilar. Ularni, agarda IGK standart dozada tungi belgilarni nazorat qilish imkonini bera olmasa, IGKlarga qo'shimcha sifatida peroral

beta2-adrenomimetiklarni qo'llash mumkin. Kelib chiqishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlari: yurak qon tomir tizimini stimulyastiyasi, bezovtalik va tremor.

Birga qo'shilgan vositalar. Davolash jarayonida IGK ni dozasi oshirib borilganidan ko'ra, uzoq muddat ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomimetiklar IGK bilan birga kam dozalari aralashirilgani juda samaralidir. Uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomimetiklar va IGKlarni alohida ingalyatorda bo'lganidan ularning, salmeterol + fluti-kazonni bir ingalyatorda aralashtirilgan ko'rinishida qo'llash BAni nazoratida yaxshi samara beradi. Deyarli har ikkinchi bemorda BAni nazoratini salmeterol + flutikazon bilan birga berilganda erishish mumkin. Davoning samaradorligini (NYuT, NFX1, qaytalanish soni, turmush tarzi) kabi ko'rsatkichlarning yaxshilanishi kuzatiladi. Bitta ingalyator ichida formoterol + budesonid tarkibi bo'lganida, avvaliga IGK qo'llagan, keyinchalik esa budesonidning faqatgina o'zi qo'llagan BA si bor bemorlarda ta'minlab bera olinmagan kasallik nazoratiga erishish mumkin.

Metilksantinlar. Teofillin plasteboga nisbatan BAning belgilarini nazorat qilishda va o'pkalar faoliyatini yaxshilashda, hatto odatda tavsiya qilinadigan diapazondan kamroq dozada tavsiya qilinganida ham deyarli samarasi yuqori.* Bolalar BAsida teofillinlarni qo'llash tez rivojlanadigan og'ir (yurak aritmiyasi, o'lim) holatlari va keyin rivojlanadigan (xulq atvorni buzilishi, o'qishdagi muammolar va x.o) kabi nojo'ya ta'sirlari bilan muammolarni tug'diradi.

Leykotrien resteptorlar antagonistlari. Antileykotrien vositalar (zafir-lukast, montelukast)ni IGKni past dozalarida kasllik etarli darajada nazorat qilinmaganida. bolalarda og'ir va o'rta og'ir BAning davosini kuchaytirish maqsadida qo'llash mumkin. Antileykotrien vositalar bolalar engil persistirlangan BAda monoterapiya sifatida qo'llanilishi o'rganilmagan bo'lsa ham, GINA (2002) engil persistirlangan BAda alternativ monovosita hisobida tavsiya qiladi. Leykotrien resteptorlar antagonistlarni og'ir va o'rta og'ir BA bemorlarida monoterapiya sifatida qo'llanilganida (6 yosh va ulardan kattalarda) o'pka faoliyatini o'rtacha yaxshilanishi va (2 yosh va ulardan kattalarda) BA nazoarti kuzatiladi. Zafirlukast 12 yosh va ulardan katta bolalarda, o'rtaog'ir va og'ir BAsida tashqi nafas faoliyatining yaxshilanishi nisbatan samaralidir.

Antiholinergik vositalar. Antiholinergik vositalar (ipratropiya bromid) aloxida yoki boshqa bronxodilyatorlar (ko'proq beta-2adrenomimetiklar) bilan birgalikda qo'llanilishi, BA maga o'xshash bronxospazmni davolashda qo'llaniladi. Lekin, bolalar amaliyotida BAni kechishini nazorat qilish maqsadida bu gurux vositalarini qo'llash doirasi juda cheklangan. 6 yoshdan kichik bolalarda ipratropiya bromidning xavfsizligi va samaradorligi o'rganilmagan. Maktabgacha yoshda bo'lgan bolalarda ipratropiya bromidning qo'llanilishi BA darajasini nazoratiga qisman ta'sir qiladi, antiholinergik vositalarga qo'shimcha bo'lib beta-2adrenomimetiklarni doimiy qo'llash o'zini oqlamadi.

Jadval №1.

Shoshilinch yordam vositalari.

Dori vositasi	Dozasi	Nojo'ya ta'siri	To'ldirish
R2adrenomimetiklar: Salbutamol (DAI)* Salbutamol (nebulayzer) Fenoterol (DAI) Fenoterol (nebulayzerli davo uchun eritma)	1 doza— 100 mkg 1 -2 ingalyastiyadan kuniga 4 marta 2,5 mg/2,5 ml: bolalar < 6 yosh 1,25 ml. > 6 yosh 2,5 ml 1 doza — 100 mkg 1 -2 ingalyastiyadan kuniga 4 marta 1 mg/ml: bolalar < 6 yosh 10 tomchi, > 6 yosh 20 tomchi	Taxikardiya, titrash, bosh og'rig'i. qo'zg'aluvch anlik	Ingalyastiya holida ishlatilganida peroralga nisbatan ta'sirining boshlanishi tezroq. 1 oyda 1 ta ingalyator balonchiki ishlatilsa kasallik nazoratining yomonligi haqida, 2 ta balonchik ishlatilsa kasallikning og'ir hayotga Xavf keltiruvchi kechishi haqida o'ylang
Antiholinergik vositalar:	1 doza — 20 mkg 2-3	Og'izda minimal	R2-adrenomimetiklar
Ipratropiya bromid (DAI) Ipratropiya bromid (nebulayzerli davo uchun eritma)	ingalyastiyadan kuniga 4 marta 250 mkg/ml: bolalar < 3 yosh 30 tomchi	quruqlik va noxush maza	- ni organizm tomonidan qabul qilinmasligida ta'siri deyarli sekin boshlanadi.

Birga qo'sxilgan vositalar: Fenoterol + Ipratropiya bromid (DAI) Fenoterol + ipratropiya bromid (nebulayzerli uchun eritma)	2 ingalyastiyadan kuniga 4 marta 1-2 ml: bolalar < 6 yosh 10 tomchi, > 6 yosh 20 tomchi	Taxikardiya, skelet mushaklarini ngitirashi, bosh og'rig'i, qo'zg'aluvch anlik. Og'izda minimal quruqlik va noxush maza	
Qisqa ta'sir qiluvchi teofillinlar: Aminofillin	150 mg >3 yosh 12-24 mg/kg/kuniga	Ko'ngil aynash, qusish bosh og'rig'i, taxikardiya, ritm buzilishi	Qon zardobida teofillin konsentratsiyasining nazorati kerak bo'ladi.

DAI - dozalangan aerezolli ingalyator.

Qadama- qadam davolash.

1 qadam, engil intermittirlangan BA.

Engil intermittirlangan BA bemorlarida kasallik allergen yoki triggerlar ta'siri natijasida yuzaga chiqadi. Agar ta'sir bo'lmasa, kasallik belgilari bo'lmaydi va o'pka faoliyati ko'rsatkichlari me'yor darajasida bo'ladi. BA intermittirlangan shakli jismoniy zo'riqish BA epizodlarida ham tashxislanadi. Tez-tez bo'lmagan belgilar va o'pka faoliyatining buzilmasligi, BAning bu turida yallig'lanishga qarshi uzoq davom etuvchi davo tavsiya qilmaslik uchun asos bo'la oladi. Bemorlar faqatgina xuruj davrida davoga muxtoj bo'ladilar.

Shoshilinch yordam vositalari sifatida salbutamolning ingalyastion turi qo'llaniladi.

Agarda, bemorda 3 oy davomida haftasiga 1 martadan ko'p dorilar qabul qilishga muxtojlik bo'lsa, bemordagi holatni BAning engil persistirlangan shakli deb baholash zarur. Bolalar intermittirlangan BA bilan bo'lsa, lekin og'ir xurujlar kuzatilsa persistirlangan BA o'rta og'irlikda deb baholanishi zarur.

2 qadam, engil persistirlangan BA. Turli yoshdagi bolalarda tanlanadigan vositalar – kam dozadagi IGK(beklametazon, flutikazon, budesonid). BAni nazoratida alternativ dori vositalari sifatida ko'riladi.

Sekin ajraladigan teofillinlar va kromonlar bilan davolashni boshlagan bemorlarda kasallik belgilarining turg'unligi kuzatilsa, 4 hafta o'tganidan so'ng IGK tavsiya qilinishi zarur.

BAda yallig'lanish jarayonini nazoratida monoterapiya sifatida (GKlardan tashqari) boshqa dori vositalarining ta'siri kam.

Monoterapiya sifatida bolalarda uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomimetiklarning qo'llanishi qisman ta'siri borligi haqida tekshiruvlarda aniqlandi, lekin bu tekshiruvlar natijalari qarama qarshi. Bolalarda engil persistirlangan BAda antileykotrien dori vositalarining ta'siri o'rganilmagan. Kasallikning yanada og'irroq turlarida bu gurux dorilari o'rta sara samaradorlikka ega, shuning uchun BA nazoratida ba'zi bemorlarda qo'llansa bo'ladi.°

12 yoshdan katta bolalarda boshlang'ich davo maqsadida IGK va uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomi-metiklarni tanlash mumkin. GOAL izlanishlarida ko'rsatilgani kabi, IGK bilan monoterapiyaga nisbatan kam dozalardagi GKlar birga berilishi, ko'p kasallarda BAni to'liq nazoratini ta'minlab beradi.

BAni nazoratida doimiy qo'llaniladigan dori vositalaridan tashqari, bemorga kerak bo'lganda xurujni to'xtatish maqsadida tez ta'sir qiluvchi ingalyastion beta-2-adrenomi-metiklar mavjud bo'lishi lozim, lekin bu vositalarni qo'llash kuniga 4 martadan oshmasligi kerak. Simptomatik dori vositalarini kuniga 4 martadan ortiq ishlatilishi BAni bu davolash sxemasi bilan yomon nazoratidan dalolat beradi, bunday hollarda bemorda BAning yanada og'irroq darajasi ekanligini haqida o'ylash lozim.

3 qadam, o'rta og'ir persistirlangan BA. Persistirlangan o'rta og'ir BAda kasallik belgilari har kuni, uzoq vaqt davomida yoki tunda, haftasiga 1 martadan ko'p kuzatiladi. Persistirlangan o'rtaog'ir BA tashxisi bemorga NYuT oxirgi ko'rsatkichi, dori qabul qilgunga qadar kerakli ko'rsatkichga yoki oxirgi eng yaxshi ko'rsatkichga nisbatan 60% dan yuqori, lekin 80% dan past bo'lganida, cheklanishi 20 dan 30 %gacha bo'lganida qo'yiladi. Agarda kam dozali IGK (2 qadam) bilan BA nazorat qilinmasa, bu hollarda BAni persistirlangan o'rtaog'ir daraja deb baholash lozim.

O'rta og'ir persistirlangan BAsi bor bemorlar har kuni kasallik kechishini nazorat qiluvchi, yallig'lanishga qarshi dori vositalarini qabul qilishlari lozim. 5 yoshdan katta bolalarda tanlangan dori vositasi kam/o'rta dozalarda IGK va uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-

adrenomimetiklar hisoblanadi, 5 yoshdan kichik bolalarda o'rtada dozada IGKlar hisoblanadi. Hammasidan ham davoni kuchaytiruvchi vosita sifatida ingalyastion va uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomimetiklar o'rganilgan. Undan tashqari, sekin ajratiladigan teofillin va antileykotrien dori vositalari (montelukast, zafirlukast)ni qo'llash ham mumkin. Bu dori vositalarining ta'siri samaradorligi aloxida bemorlarda kuzatiladi, shuning uchun qo'shimcha dori vositalarini individual tanlash lozim.

BAni nazorati uchun doimiy qo'llaniladigan dori vositalaridan tashqari, kasallki xuruji belgilarini tez to'xtatish uchun qo'llashi kerak bo'lgan, tez ta'sir qiluvchi ingalyastion beta-2-adrenomimetik bo'lishi lozim, lekin kuniga 3-4 martadan ortmasligi kerak.

Agarda BAni nazorat qilish mumkin bo'lmasa, 4 qadamga qarab davoni boshlash lozim.

4 qadam, og'ir persistirlangan BA. Bolalarda og'ir persistirlangan BAda yuqori dozada IGK (flutikazon, budesonid) va uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomimetik (salmeterol, formoterol)larning birga qo'shilib berilishi hisoblanadi. Bu maqsadda birga qo'shilgan dori vositalari, tanlab olib qo'shilgan dorilar (flutikazon + salmeterol, budesonid + formoterol) deb nomlanuvchilar tavsiya qilinadi. Bazis davoda IGK ga qo'shimcha qilib uzoq ta'sir qiluvchi beta-2adrenomimetiklar tavsiya qilish nazorat qilinmaydigan kasallikda katta tlinik samarani beradi, IKGni dozasini 2 martaga va undan ham ko'proq ko'targandan ko'ra. Ingalyastion uzoq ta'sir etuvchi beta-2adrenomimetiklar hammasidan ham ko'p o'rganilib chiqilgan bo'lsada, sekin ajraluvchi teofillin va antileykotrien dori vositalarini qo'shimcha davo sifatida tavsiya qilish mumkin. Ba'zi hollarda davoning 2-4 qadamlarida kasallikni tezroq nazorat qilish maqsadida qisqa kursda tizimli GK larni tavsiya qilishga to'g'ri keladi. Executive Summary of the NAEPF Expert Panel Report (2002) materiallarga ko'ra, qisqa peroral GKlar (prednizolon) kursiga tavsiya qilinadigan dozasi kuniga 1 -2 mg/ kg, lekin kuniga 60 mg/kg dan ortishi mumkin emas. Peroral GKlar bilan uzoq davolashda minimal mumkin bo'lgan dozadan, kuniga bir maxal, iloji boricha mavjud bo'lgan nojo'ya tasirlarini kamaytirish maqsadida ertalab qabul qilish tavsiya qilinadi. Peroral GKlar qabul qilayotgan bemorlarni IGKga o'tkazishda, bo'lishi mumkin bo'lgan buyrakusti etishmovchiligi rivojlanishi belgilarini kuzatib turish lozim. Birga qo'shilgan davoni olayotgan bemorlarda,

davolash hajmini kamaytirishda IGKni har 3 oyda 25%dan kamaytirib borish tavsiya qilinadi. Budesonid yoki uni o'rindosh dori dozasi kuniga 800 mkg dan past bo'lganida (12 yosh va undan kichik bolalarda), qo'shimcha davoni to'xtatish lozim. Davolash intensivligini kamaytirish bosqichida bemorlarni kuzatish 3 oyda 1 martadan kam bo'lmasligi lozim.

Og'ir BA da har doim ham kasallik belgilarini nazoratiga erishib bo'lmaydi, bunday hollarda erishilgan eng yaxshi natijalar davolash maqsadi bo'ladi.

Bazis davoga qo'shimcha bo'lib, kerak bo'lganida belgilarni engillashtirish maqsadida tez ta'sir qiluvchi beta-2-adrenomimetiklardan foydalaniladi, ammo iloji bo'lsa kuniga 3-4 martadan ko'p emas.

BAni qadam ba qadam davolashga yondoshishda kasallik kechishi darajasini kuchayishiga qarab davoning darajasi ko'payib borishi ko'zda tutiladi. Agarda bemor davo olayotgan bo'lsa, BA ning og'irlik darajasini aniqlovchi klassifikastiyasida mavjud bo'lgan klinik belgilar va har kuni qabul qilinayotgan dorilarga asoslanilishi lozim. Masalan, engil persistirlangan BA bilan bemorda (shu qadamga xos bo'lgan davoni olayotganiga qaramay) belgilari saqlanib qolsa, o'rta og'irlikdagi persistirlangan BA deb baholanishlari lozim. Ya'ni, qadamli davolashga yondoshishda, bemor tavsiya qilingan dorilarni o'z vaqtida aytganingizdek qabul qilayotganiga ishonch xosil qilingan holda, kasallikni nazorati amalga oshirilmasa yoki o'tkazilayotgan davo natijasi yo'qolsagina undan ham yuqoriroq qadamda davolashga o'tilishi lozim. Davolashning maqsadi, kam dorilarni qo'llagan holda eng yaxshi natijaga erishish.

Shunday qilib, kechayotgan daraja belgilarining birga kelishi va kechayotgan davo darajasi bemordagi BAning og'irligini aniqlash va kerakli mos keluvchi davo tavsiya qilish imkonini beradi. Kasallikni nazorat qilish erishilsa, uni 3 oy davomida olib borish va sekin asta davo hajmini (bir qadam pastga) kamaytirib ko'rish lozim va nazorat qilishni ushlab turuvchi minimal davoni aniqlash kerak. Agarda nazorat 3 oydan ko'proq ushalsa, kasllikni og'irlik darajasi va davolash qadami qayta ko'rib chiqilishi tavsiya qilinadi.

5 yoshdan katta bolalar, o'smirlar va kattalar uchun astmani nazoratiga asoslangan holda davolashga yondoshish.

Nazorat darajasi	Davolash choralari
Nazorat	Nazoratni ushlab turish va eng past qadamni tanlash
Qisman nazorat	Nazoratga erishish uchun o'sib boruvchi qadamba qadam yondoshish
Nazoratning yo'qligi	Nazoratga erishguncha davolashni kuchaytirish
Qayta xuruj	Xurujni davolash

Пасайиши

Даволаш кадамлари

Купайиши

Qadam 1	Qadam 2	Qadam 3	Qadam 4	Qadam 5
Bemorlarni o'qitish yashash sharoitini nazorati				
Qisqa ta'sir qiluvchi β_2 -agonistlar "talabga binoan"	Qisqa ta'sir qiluvchi β_2 agonistlar "talabga binoan"			
Bazis davoni tanlash	Birini tanlash	Birini tanlash	Bir yoki ko'proq qo'shish	Bir yoki ko'proq qo'shish
	Kam dozali IKS	Kam dozali IKS + uzoq muddat ta'sir qiluvchi β_2 agonist	O'rta va yuqori dozali IKS + uzoq muddat ta'sir qiluvchi β_2 agonist	Peroral kortikosteroid (eng kam dozasi)
	Leykotrien modifikatori	O'rta va yuqori dozali IKS	Leykotrien modifikatori	IgE-antitanalari bilan davolash
		Kam dozali κS + Leykotrien modifikatori	O'zoq muddat ta'sir etuvchi teofillin	
		Kam dozali IKS+ O'zoq muddat ta'sir etuvchi teofillin		

PROFILAKTIKASI

Birlamchi profilaktika. BA profilaktikasi bolada allergiya rivojlanishini oldini olish bilan bog'liq. Ba va allergiyaning birlamchi profilaktikasi xavf guruxiga kiruvchilar orasida kasallikni kelib chiqishini oldini olishga qaratilgan. Hozirgi vaqtda BA birlamchi profilaktikasida samara beruvchi prenatal choralar mavjud emas. Ba va allergiyaning postnatal profilaktikasi quyidagi choralarni o'tkazishni ko'zda tutadi.

1. Erta bolalik davrida xushtaksimon xirillashlar kelib chiqishidan ximoya qiluvchi xususiyatiga ega, ona ko'krak suti bilan bolani boqilishini moxiyatini tushuntirish lozim.

2. Xushtaksimon xirillashlar sonini ko'payishiga olib keluvchi tamakini zarari haqida chekuvchi ota-onalarga tushuntirish lozim. Bronxial obstruktciya bilan kechuvchi kasalliklarni kechishida prenatal va postnatal davrda tamaki isining nojo'ya ta'siri mavjudligini tushuntiring.

Ikkilamchi profilaktika.

BA va allergiyaning ikkilamchi profilaktikasi choralari, sensibilizatciyasi mavjudligi isbotlangan, (yo'tal, xushtaksimon xirillashlar, nafas olishning qiyinlashuvi) astmasimon belgilarning mavjud bo'lgan, lekin hali BAsi yo'q bolalarga qaratilgan. Bu bolalar xavf guruxga kiradilar, ularda quyidagilar aniqlanadi:

- oilaviy anamnezida ba yoki allergiyaning mavjudligi (ba ning rivojlanishi xavfi 50%);
- boshqa allergik kasalliklar (atopik dermatit, allergik tumov, BA ning rivojlanishi xavfi - 10-20%);
- umumiy IgE konsentratciyasining yuqoriligi (30 ME/ml dan ziyod) sigir suti, tovuq tuxumi oqsillariga, aeroallergenlarga 0,35 ME/mldan ko'p maxsus IgE-Atini aniqlanishi, (atopik dermatit yoki allergik tumovi bo'lgan bolalarda xavf 70%gacha oshadi).

BAning ikkilamchi profilaktikasi maqsadida xavf guruxidagilarga stetirizin bilan preventiv davo tavsiya qilinadi. Etas izlanishlari shuni ko'rsatdiki, yuqori xavf guruxiga kiruvchi (allergoanamnezi va allergiyaning teri ko'rinishi bilan), ro'zg'or yoki chang sensibilizastiyasi mavjud bolalarga stetirizinni kuniga 0,25 mg/kg dozada 18 oy davomida berilishi bronxoobstruktciya sonini 40 dan 20% kamayishiga olib keladi. Oldinroq o'tkazilgan izlanishlarda, xavf guruxidagi bolalarga

maxsus immunoterapiyani protektiv o'rini aniqlangan edi.

Uchlamchi profilaktika. Kasal bolalarda BAni kuchaytiruvchi omillar ta'sirini kamaytirishga, nazorat qilishni yaxshilash va davolashda dori vositalarini kamaytirishga qaratilgan.

Eliminatsion rejim.

Eliminatsion rejimga rioya qilish mavjud bo'lgan kasallik kechishi og'irligini kamayi shini keltirib chiqishi mumkin. Sensibilizatsiyasi mavjud bemorlarda allergenlar bilan tez-tez muloqot qilishi BA belgilarini, bronxial giperreaktivlikni, o'pka faoliyati yomonlashishini kuchaytirishi mumkin.

Ro'zg'orda muloqot qiladigan allergenlardan, uy changi kanalarini, (junli) hayvonlar-ni, tarakan va qo'ziqorinlarni aloxida ajratish mumkin.

Uy changi kanalari allergenlari ta'sirini kamaytirish choralari.

1. To'shaklar, yostiqlik va ko'rpalarga maxsus o'tkazmaydigan qoplamalar kiydirish lozim.

2. Gilam va paloslarni linoleumga almashtirish lozim, pollar daraxtdan yoki parketdan bo'lishi kerak.

3. Hamma yotoq anjomlarini har kuni (55-60°S) suvda yuvish kerak.

4. Gilamlarni akaristid suyuqligi yoki tanin kislotasi bilan maxsus tozalash lozim.

5. Uylarni yig'ishtirishda NERA-filtrli va chang yig'adigan yo'g'on devorli changyutkichdan foydalanish zarur.

6. Yumshoq o'yinchoqlarni issiq suvda yuvish yoki vaqti-vaqti bilan muzlatib turish tavsiya qilinadi. Uy ionizatorlarini qo'llash BAning belgilarini yuzaga chiqishini kamaytirmaydi.

7. Yil davomida mog'or o'choqlarini tozalab turish va uyda namlikni ortishiga yo'l qo'ymaslik darkor.

Uy hayvonlari bilan muloqotning kamaytirish choralari.

1. Uy Hayvonlarini yotoqqa yoki asosiy bola xonasiga kiritish man etiladi.

2. Uylarni yig'ishtirishda NERA-filtrli va chang yig'adigan yo'g'on devorli changyutkichdan foydalanish zarur.

3. Xatto hayvonlarni uydan umuman chiqarib tashlansa ham, bir allergenlarning ta'sirini me'yorgacha kamayishiga necha oy o'tishi kerak bo'ladi.

Uyda suvaraklar bo'lishi—allergik sensibilizatsiyaning asosiy

omili, ayniqsa shahar sharoitidagi uylarda. Biroq suvaraklar bilan kurashish choralari, qisman samara beradi.

Ovqat allergiyasi ba'zi hollarda BAni qaytalanishining omili bo'lib hisoblanadi, asosan erta yoshdagi bolalarda.

Passiv chekuvchi ota-onalar allergik sensibilizastiyani kuchaytiruvchi xavf omili hisoblanadi. BA si bor bolalarda, qaytalanish sonini va klinik belgilar og'irligini kuchaytiradi. BAsi bor bemor bolalar otaonalarining hammalari chekishni to'xtatishlari lozim.

BA profilaktikasida ichki va tashqi pollyutantlar ta'sirini cheklash muxim o'rinda turadi. Adekvat havo almashish va havo tortish moslamalari azotoksidini, is va gaz isini, ro'zg'or aerzollar konstatratciyasini kamaytirish imkonini beradi. Uchuvchan efir birikmalar ta'sirini cheklash uchun bemor bolalar bor uylarda remont ishlarini olib borilmagani ma'qul va bu bolalarni remont ishlari tugatilganidan so'ng uyga kiritish lozim. Atmosfera havosida ifloslanish hisobidan yuzaga chiqadigan ob-xavo va atmosfera sharoitlarini inobatga oling, bunday vaqtlarda bola ozoda va konditioner bilan havosi tozalanib turiladigan uyda bo'lishi, ko'chada bo'lganidan yaxshiroqligini tushuntiring.

Erta yoshdagi bolalar guruxida yoki changga sensibilizaciyasi yuqori bo'lgan BA bemorlarida, ovqat omillari triggerlari ham dolzarb bo'lishi mumkin. Eliminacion-qo'zg'atuvchi testlarni o'tkazish jarayonida kasallikni qo'zg'atishiga olib keladigan maxsulotlar aniqlaniladi va ovqat racionidan cheklanishi tavsiya qilinadi.

Astetilsalistil kislotasi va NSYaQ guruxidagi vositalarga yuqori sezgirligi bo'lgan bolalarda, og'ir va ularni hayotiga xavf solishi mumkin bo'lgan BAning xurujlariga olib kelishi mumkinligi, allergiyaning aloxida jarayonlarini yuzaga chiqarishi mumkinligi uchun bu dori vositalarini umuman qo'llashni to'xtatish lozim. Anafilaktik reakciyalarni rivojlanishida yuqori xavfga ega bo'lgan penicillin guruxiga kiruvchi dorilarga bo'lgan allergiya haqida to'liq anamnestik ma'lumot olish muxim, keyinchalik ularni qo'llashni to'xtatish uchun.

Nazorat qilinmaydigan og'ir kechuvchi BA ning va kasallik qaytalanishlarining sabablaridan biri tez-tez kuzatiladigan O'RVI, hamda hamrox rinosinusitlardir. Shu yuzasidan har yilda o'tkaziladigan grippga qarshi emlashlar foydali bo'lishi mumkin, bu tavsiyalarga nisbatan isbotlangan ma'lumotlar etarli bo'lmasa ham.

Skrining

Qaytalanuvchi xushtaksimom xirillashlari bo'lgan 5 yoshdan katta hamma bolalarga o'tkazish lozim:

- spirometriyani;
- bronholitik bilan, jismoniy zo'riqish bilan sinamani;
- o'zini nazorat qilish kundaligini tutish bilan pikfluometriyani.

Bronxial astmada davolovchi jismoniy mashqlar (DJM) buyurilishining klinik-fiziologik asoslanishi.

DJM vositalari, nafas markazini reflektor va gumoral tarzda qo'zg'atilib, gaz va havo almashuvini yaxshilanishini kuchaytiradi. Davolovchi gimnastika va massaj ta'sirida umumiy tonus va bemorning ruxiyati, markaziy asab tizimi faoliyatini ko'tarilishi, bosh miyaning yarim sharlarida muguz qismi va qobiq ostining bir-biri bilan ta'sirlanishi natijasida asab jarayonlarining yaxshilanishi kuzatiladi; bola organizmining himoya faoliyati faollashadi; shu bilan birga hamma davo choralari o'tkazish uchun sharoit yaratiladi.

Sistematik jismoniy mashqlar, o'pka va plevrada qon va limfa aylanishini yaxshilaydi, eksudatning tez so'rinishini kuchaytiradi. Qayta tiklanayotgan to'qimalar tizimi funktsional talablarga moslashadi. Atrofik va degenerativ o'zgarishlar qisman qayta tiklanishlari mumkin. Bu o'pka to'qimasi, nafas a'zolari mushaklari, bo'g'im apparati, ko'krak qafasi va umurtqaga teng taqsimli aloqaga ega.

Jismoniy mashqlar o'pkada va plevra bo'shlig'ida rivojlanishi mumkin bo'lgan (emfizema) va ko'krak qafasining ikkilamchi deformatsiyasi kabi asoratlarni oldini olishga qaratilgan. Jismoniy mashqlar trofik ta'sirining natijasi o'pkaning harakati va tarangligini qayta tiklanishidir. Nafas mashqlarini bajarilishida qonni kislorod bilan to'yinishi, a'zo va to'qimalarda modda almashinish jarayoni yaxshilanadi.

Nafas a'zolarining nafas faoliyatini buzilishini keltirib chiqaradigan barcha kasalliklarida, shu bilan birga bronxial astmada ham, moslashish jarayonida mustaqil qayta tiklanish holati rivojlanadi. Kasallikning erta davrida, erkin kam va chuqur nafas mashqlarini qo'llagan holda, ractional qayta tiklanishini tezroq keltirib chiqarish mumkin. Rivojlangan tiklanib bo'lmaydigan o'zgarishlarda (emfizemada) yanada moslashtirishga keltirishda nafasning aloxida fazalariga e'tibor beriladigan, nafas mushaklarini mustaxkamlaydigan

va ko'krak qafasini harakatini kuchaytiradigan, diafragmal nafasni chiniqtiradigan mashqlar yordamida yuzaga chiqariladi. Jismoniy mashqlarni bajarganda yordamchi qon aylanish jarayonlari cheklanadi, to'qimalar yordamida kislorod chiqib ketishi yaxshilanadi. Bu gipoksiyaga qarshi kurashni yuzaga keltiradi. Jismoniy mashqlar havo aylanuvchi yo'llarda bronxlar gipersekreciyasi natijasidan ajralgan ajralmalarni chiqarib tashlashni kuchaytiradi.

Jismoniy mashqlar buzilgan nafas faoliyatini me'yorga qaytarishini kuchaytirishi mumkin. Me'yorga qaytarish mexanizmining asosida tashqi nafas a'zolari faoliyati boshqarilishi buzilishining qayta tiklanishidir. Interoreceptorlar uchlari regenerativitasida qayta tiklanish, nafasni reflektor boshqarilishi me'yoriga qaytarishini keltirib chiqaradi. Barcha mavjud komponentlarni erkin boshqarish yo'li bilan to'liq maromli nafasga erishiladi, bunda nafas olish va nafas chiqarish nisbati va e'tibor ko'proq nafas chiqarishda bo'lib, nafas olishning chuqurligi (darajasi) to'liq kengayish va bir tekis havo alishuvi kerak. Sekin asta erkin boshqaruvchi shartli refleklar mexanizmini keltirib chiqarish, doimiy mashqlar jarayonida maxkamlanadi va to'liq harakat aktini yo'lga qo'yadi. Gaz almashinuvining me'yoriga kelishi natijasi nafaqat tashqi, balki to'qima nafasiga (periferiyada okislanish jarayonining ko'tarilishi va jismoniy mashqlar ta'sirida kislorod chiqarib tashlash koefficienti) ta'siri natijasida kelib chiqadi.

T. N. Surovenko, A. V. Yashuk izlanishlarida ko'rsatilishicha, 6-9 oy mashq bajargan 34% bolalar bazis davodan chiqib ketishga erishgan, bunda O'RVI bilan kasallanish tekshirilayotgan kichik bolalar guruxida 3,7 martaga, bronxoobcrukstiya xurujlarini – 4,3 martaga, qaytalanган xuruj davomiyligi – 2,4 martaga, bronholitiklarga muxtojlik – 4,7 martaga kamayishiga erisxilgan. Katta yoshdagi bolalar guruxida turmush tarzini yaxshilanishi bilan birga qabul qilinayotgan dori dozasini kamaytirilishi va O'RVI kasalligida oxirgi yaxshi ko'rsatkichlari bilan, qaytalanish soni va kunlari 2 martaga kamaygan. 1 yil davomida mashq qilganlar ichida, mutaxassislarga murojaatlari soni 2 martaga kamaygan, tez tibbiy yordamni chaqirish esa 3 dan 0 ga tushgan. Xuddi shuncha davr shug'ullangan BA si bor bolalar orasida kasallikni qaytalanishi bilan kasalxonaga yotkizilish soni 2,5 martaga kamaygan, 2 yil shug'ullanganlar orasida esa umuman kasalxonaga yotkizilish soni kuzatilmagan.

Undan tashqari BA da ko'pgina boshqa a'zo va tizimlar

jaroxatlanadi, birinchi o'ringda esa yurak-qon tomir tizimi. Jismoniy mashqlar qon aylanish tizimiga me'yorga qaytaradigan ta'sirni ko'rsatadi. Ular bosh miya katta yarim sharlari qobig'idagi asab jarayonlariga ijobiy ta'sir etadi va turli xil jismoniy zo'riqishlarga organizmning turg'unligini keltirib chiqaradi.

Shundan kelib chiqqan holda, bronxial astmada DJM vazifalari quyidagilardan iborat:

-nafas jarayonini me'yoriga keltirish.

-nafas mushaklari kuchining va ko'krak qafasi harakatining ko'payishi

-tashqi muxit ta'sirlariga organizmning turg'unligini oshirish - bemorning ruxiyati turg'unligini ko'tarish.

DJM larni o'tkazishga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalar.

1. DJMlarni o'tkazishga umumiy qarshiliklar.

2. Nafas va yurak tizimi faoliyatida etishmovchilik dekompensatsiya bilan.

3. Astmatik status.

Bronxial astmada DJM usullari, turlari, vositalari.

Jismoniy mashqlar.

Oxirgi holat – krovatni bosh qismi ko'tarilgan holda bemor orqasi bilan yotgan yoki stulda o'tirgan holatda (mushaklarni maksimal bo'shashtirish imkoni bo'lgan holda bemorga qulay holatni tanlang); bu ko'krak qafasining yaxshi ekskursiyasini ta'minlaydi, nafas chiqarishni engillashtiradi.

Mashqlarning birinchi kunlarida mayda va o'rta mushak guruxlariga va qo'l-oyoq bo'g'imlari distal qismlarining nafas mashqlarida ishtiroki bilan bo'lgan mashqlar kiritiladi. Bemor holatining yaxshilanib borgan sari mashqlar faollashtiriladi, qo'loyoqlarning faol harakati (o'rta va yirik mushak guruxlari va bo'g'imlar), tanada nafas mashqlari va passiv dam olish tanaffuslari va mushaklarni bo'shashtirishni bir-biri bilan bog'lagan holda oli boriladi. Mashqlarni xona ichidagi yurish bilan to'ldiriladi, so'ng esa bo'limda. Yurish davomida bemor biror narsa bilan mashq bajaradi.

Barcha mashqlarni nafas chiqarishda bajarish tavsiya qilinadi (masalan, tanasini engashtirish, qo'llarni bukish va yozish); mashqlarni bir necha marta takrorlanganidan so'ng qisqa tanaffus qilish tavsiya qilinadi yoki mushaklarni bo'shashtirishga qaratilgan mashqlar taklif qilinadi.

Bronxial astmasi bor bemorlarga (5-7 soniyadan ortiq) kuchanish yoki nafasni ushlab turish kabi mashqlar man qilinadi.

Nafas va umumiy mustaxkamlaydigan mashqlar solishtirilgan holati 1:1 ga teng bo'lishi kerak, nafas mashqlari umumiy muolajaning 40-50% vaqtini tashkil qilishi kerak. Tayyorlanish davrida davolovchi gimnastika muolajasi jismoniy zo'riqishini albatta bo'limlarga bo'linishi qattiq rioya qilinishi zarur.

Tashqi nafas faoliyatining asosiy ko'rsatkichlari tiklanganidan so'ng, qon aylanish tizimining ekstrakardial omillarini shug'ullantiruvchi, bel, qo'l va oyoqlar mushaklari kuchini oshirishga olib keluvchi umumiy rivojlanuvchi mashqlar qo'shiladi. 1-2 ta umumiy rivojlantiruvchi mashqlardan so'ng mushaklarni bo'shashtiruvchi mashqlar ketma-ket kelishlari lozim.

Remissiya davrida bir muncha qiyinroq, kuchaytiriladigan qarshiliklar bilan, har xil snaryadlar va snaryadlarni nafas mashqlari bilan birga kechishini ta'minlaydigan mashqlar buyuriladi.

Kliniko-etilogik omillaridan kelib chiqqanda, jismoniy zo'riqish bronxial astmasi bo'lgan bemorlarda, jismoniy mashqlarni sovuq va issiq havo bilan ta'sirlanadigan barcha turlari man etiladi.

Massaj.

Dunyoda nomedikamentoz davo maqsadida qo'llaniladigan usullaridan biri, belgilarning kamayishiga qaratilgani bu ko'krak qafasining mashqi hisoblanadi. Nospecific qo'zg'atuvchi sifatida maxalliy va reflektor ta'sirlovchi usuli bo'lib qo'llaniladi va perkussiya, vibraciya, postural drenaj kabi turli uslublarni o'z ichiga oladi.

Xuruj vaqtida ko'krak qafasining qovurg'alararo, qorin va yoqqasimon xudud mushaklarini qo'shgan holda massajini qilish maqsadga muvofiq.

Bronxospazm rivojlanishining erta davrlarida yoki xurujni to'xtatish usuli bo'lib qo'shimcha nuqtali massaj usublari o'z samarasini beradi. Xurujlar orasi davrida preventiv maqsadda biologik aktiv nuqtalarni kuniga bir marta massaj qilinishi tavsiya qilinadi.

Undan tashqari, xuruj orasi davrida segmentar va bankali massaj, o'z-o'zini massajidan foydalaniladi.

Tabiatning tabiiy omillari.

Galoterapiya (speleoterapiya) Evropa va Rossiyada bronxial

astmada tibbiyotning alternativ usul sifatida qo'llaniladigan muhim usullaridan biri hisoblanadi. Galoterapiya – davolash usuli, er osti g'orlari va tuzli cho'qqilar sharoitlari ko'rsatkichlariga yaqinroq bo'lgan sun'iy mikroklimatdan foydalanishga asoslangan. G'orlar va tuzli cho'qqilar yoki galokameralarda asosiy ta'sir qiluvchi havo omili, yuqoridispers natriy xlorid aerozoli va shuningdek manfiy aeroionlar hisoblanadi.

Tuzli g'orlarda ko'mirisi gazining yuqori konstentratsiyasining mavjudligi juda muxim omildir. Atmosferada ko'mirisi gazining konstentratsiyasi juda past (0,03%), tuzli g'orlarda uning konstentratsiyasi 5 yoki 10 martaga yuqori, lekin bu kritik hisoblanmaydi. Shu vaqtning o'zida ko'mirisi gazining konstentratsiyasining yuqoriroq bo'lishi vegetativ asab tizimiga ta'sir qilib intensiv va chuqur nafasni kuchaytiradi, bu esa nafas mashqi bilan shug'ullanish ko'rinishini beradi.

Zamonaviy galokamera maxsus moslashtirilgan xona bo'lib, devorlariga maxsus tuzli qoplama yurgizilgan. Atmosfera namligiga nisbatan bufer moslama bo'lib, aseptik va gipoallergik muxit sharoitini ushlab beradi. Galokameraning davolovchi xonasida aerodispers muxit hosil qilinadi va ushlab turiladi, unda davolovchi xlorid natriy quruq aerazolining to'yinish konstentratsiyasi ma'lum bir diapazonda mayda bo'lakchalarni tarqaluvchan bo'ladi, uning natijasida shishga qarshi, baktericid, mukolitik, sensibilizatciyani kamaytiruvchi, sedativ kabi davolovchi samaralar olinadi. Manfiy quruq xlorid natriy bo'lakchalari bilan zaryadlangan galoaerazol, respirator tizimning chuqur periferik qismlariga kirib eng qiyin, yetish qiyin bo'lgan xududlarda balg'am boshqaruvchi ta'sirini ko'rsatadi. Galoaerazol bilan qayta muolajalar o'tkazilganida nafas yo'llarining himoya faoliyatini fiziologik kuchaytiruvchisi ta'sirini ko'rsatadi. Bronxial obstruksiya harakteriga bog'liq bo'lmagan holda ijobiy ta'siri kuzatiladi, lekin uning yaqqol yuzaga chiqqan darajasida ko'proq ko'riladi. Galoaerazol davosining bronxial o'tkazuvchanligidagi ta'sirining samaradorligi yallig'lanish komponentiga ta'sir qilishi, balg'amning reologik xususiyatini o'zgartirishi, mukostiliar klirensi tezligini oshirishiga olib kelishi bilan tushuntirilishi mumkin. Drenaj faoliyatining yaxshilanishi va nafas yo'llarining yallig'lanishini kamayishi, bronxoobstruktiv komponentga ta'sir qilib turib bronxlar giperreaktivligini kamaytirishiga olib keladi.

Ba'zi davlatlar, masalan, Buyukbritaniya va AQSh, bu usulni biror

foydasini tan olishmaydi va jiddiy ilmiy izlanishlar o'tkazilmaganligi bois qo'llashmaydi. Markaziy Ovroq davlatlarida, masalan, Olmoniyada, speleoterapiya usuli oxirgi o'n yillikda juda dong'i ketgan. Bu bronxial astma bilan og'rigan bemor bolaga, qisqa muddatga bo'lsa ham atrof muxitning "ideal" sharoitini yaratib beruvchi yagona usul hisoblanadi. Fizioterapiyaning asoslangan usullaridan biri, Rossiya va boshqa chet el davlatlarida, bronxial astmada juda ko'p ishlatiladigan usul – aerazol davosi va uning ko'rinishidan biri nebulayzerli davu. Ingalyatciya uchun dori vositalari qo'llaniladi. Bundan tashqari, bronxial astmada davu-reabilitatcion kompleksga deyarli ko'pincha aeroionoterapiyani, elektroforez, impuls toklarni, pastchastotali magnitoterapiyani (buyrak usti soxasiga ham), lazerli nurlanish, o'pkalarning ildizi soxasida yuqorichastotali davu, issiqlik bilan davolashni kiritishadi. Lekin bu usullarning ta'sir mexanizmlari hali to'liq o'rganilmagan va kelajakda o'rganishni talab qiladi.

Reabilitatcion muolajalar umumiy kompleksida kurort davu, klimato-, balneo-, peloidoterapiyalar ko'rinadigan o'rinda turadi. Kurort davoni tavsiya qilinganda kasallikni klinik kechishi, yil fasli va kurortning klimatogeografik xususiyatlari inobatga olinadi. Bronxial astma bemorlarini kliniko-etilogik shakliga, hamrox allergik kasalliklariga, bronxlarning yaqqol yuzaga chiqqan reaktivligiga, asabruxiyati va endokrin patogenetik cheklanishlariga qaramay tog'li xududlarda joylashgan kurortlarda davolanish tavsiya qilinadi. Baland tog'lardagi gipoksiya bronxial astma bemorlarida, hatto sog'lom odamlarda buyrakusti faoliyatini faollashtirishiga olib kelishini inobatga olish kerak. Dengiz bo'yi kurortlariga bronxial astmaning o'pka emfizemasi bilan asoratlangan va bronxo'pka apparatida noturg'un remissiyasi mavjud bo'lgan bemorlarni yuborgan ma'qul. Bunda bolalarni Kavkazdagi Qoradengiz bo'yiga olib borish tavsiya qilinmaydi. Kislovodsk eng yaxshi tanlov hisoblanadi, keyinchalik esa – Qrimning janubiy qirg'og'i. Mikroklimat sharoitlari bemorning doimiy yashash shariotidan kam farq qiluvchi maxsus sanatoriylar va bo'limlarda davolash, bronxial astmaning noturg'un remissiyasi, o'pkaning yaqqol etishmovchiligi va rekonvalistent bo'lgan shaxslarga o'tkaziladi. Undan tashqari, ijobiy mikroklimat xududlarda joylashgan (bargli o'rmon bilan aralashgan quruq voxa, archa massividan uzoqroqda, chunki ba'zi hollarda archalarning taratgan xidi astmatik holatni ushlab turishi mumkin), maxaliy sog'lomlashtirish bazalarga

(sanatoriylar, dam olish uylari, profilaktoriylar), bronxial astma xavfi bo'lgan, yoki kasallikni oldi ko'rinishlari bilan bo'lgan shaxslar yuborilishi tavsiya qilinadi. Ba'zi davolovchi muassasalarda allergenlarsiz palatalar tashkil qilingan, ularda havodagi changni, o'simlik changini, kanalarni, zamburug'larni, viruslarni, bakteriyalarni, turli gazsimon azot okisi, simob okisi, tamaki isi kabi vositalarni tozalovchi va yo'qotuvchi EPA (ig Efficiency Particulate Air) tizimining apparatlari bilan allergenlarning kamaytirilish muxiti ushlanib turiladi.

Bronxial astma infeksiyon-allergik harakterga ega bo'lgani uchun chiniqtirish yo'li bilan erishiladigan, umumiy immunitetni ko'tarish muximdir. S. M. Ivanov bronxial astmasi bor bolalarni chiniqtirish uchun har kungi oyoq vannalarini quyidagi sxema bo'yicha tavsiya qiladi: uyqudan oldin, faqat tovonlarni iliq suvli (37-38?) tozga solinadi. Birinchi kuni muolaja 1 daqiqani oladi. Oyoqlarni suvdan olinadi va qurutiladi. Keyingi kun muolaja 2 daqiqa o'tkaziladi va shunday qilib har kuni bir daqiqadan qo'shilib boriladi. 10 kundan keyin tozdagi suvning harorati xona haroratigacha (18-20) tushiriladi. Yana 10 kundan keyin suvni to'g'ri krandan olish mumkin. Keyingi kunlarda muolaja vaqtini 10 daqiqagacha cho'ziladi.

Maktabgacha yoshda bo'lgan bolalar bronxial astmasida tavsiya qilinadigan davolovchi gimnastika jadvali.

1. "Qarg'a". Boshlang'ich holat: skameykada o'tirgan holda, qo'llarini taraflarga tortib yuqoriga ko'taradi, (nafas olinadi). Sekin-asta qo'llarni pastga tushirish lozim (nafas chiqariladi). Nafas chiqarganda K-A-R-R so'zini baland tovushda qaytarish lozim. 3-4 marta takrorlanadi.

2. "G'ozlar". Boshlang'ich holat: skameykada o'tirgan holda, qo'llar elkaga qo'yiladi. Nafas olinadi, keyin tanani oldinga egish tavsiya qilinadi, G-A-A yoki G-U-U yoki G-O-O tovushlarini qaytarib turib uzun nafasni chiqariladi. 4-5 marta takrorlanadi.

3. "Qo'ng'iz uchmoqda". Boshlang'ich holat: skameykada o'tirgan holda, qo'llar belda. Nafas olish kerak, tanani o'ngga qaratish lozim, o'ng qo'l yon tomonga va orqaga (nafas chiqariladi) cho'ziladi, nafas chiqarish vaqtida uchayotgan qo'ng'iz tovushini J-J-J deb qaytariladi, keyin birlamchi holatga qaytiladi; nafas olinadi va shu harakatlarni chap tomonga nisbatan chap qo'l yon tomonga va orqaga

(nafas chiqariladi) cho'ziladi, nafas chiqarish vaqtida uchayotgan qo'ng'iz tovushini J-J-J deb qaytariladi. Har bir tomonga 3-4 marta takrorlanadi.

4. "Laylak". Boshlang'ich holat: turgan holda, oyoqlari birlashgan. Qo'llarni yon tomonga ko'tariladi, bir oyoq tizzada bukilib ko'tariladi (nafas olinadi). Nafas chiqarganda Sh-Sh tovushini cho'zgan holda qaytariladi. 4-5 marta takrorlanadi.

5. "Turna". Boshlang'ich holat: oyoqlar birga, qo'llar pastda. Qo'llar yon tomonga ko'tariladi (nafas olinadi), sekin-asta tushiriladi (nafas chiqariladi). Nafas chiqarganda U-U-U-R-R tovushi qaytariladi. 3-4 marta takrorlanadi.

6. "Koptok o'yini". Boshlang'ich holat: turgan holda, oyoqlar tana chizig'ida yon tomonga ochilgan. Katta yelim koptokni ikki kaft bilan ko'krak ustida ushlab turiladi. Nafas olinadi. Koptokni nafas chiqargan holda oldinga uloqtiriladi. Nafas chiqarishda B-R-U-X-X tovushi chiqariladi. 5-6 marta koptok otiladi.

7. "Lochin". Boshlang'ich holat: turgan holda, oyoqlar birga, qo'llar bosh ustida (nafas olinadi). Tez o'tiriladi, qo'llar pastga tushiriladi va tizzalarni quchib olinadi (nafas chiqariladi). O'tirgan holatda tizzalarni quchib yig'ilib olinadi. Uzoq muddat F-F tovushini qaytargan holda nafas chiqariladi. 3-4 marta takrorlanadi.

8. "Qush uchmoqda". Xona bo'yicha tez yurish va yugurish (15-20 daqiqa), qo'llar yon tomonga cho'zilgan – tepaga, pastga harakatlar qilinadi. Nafas olish erkin. Yugurish to'xtatilganidan so'ng sekinlashtirilgan ritmik yurish.

9. "Adashib qoldi". Boshlang'ich holat: oyoqlar birga, nay sifatida qo'llar yig'iladi, nafas olinadi va nafas chiqarganda qattiq va cho'ziluvchan A-U-U deb qichqiriladi. 3-4 marta takrorlanadi.

Maktab yoshida bo'lgan bolalar bronxial astmasida tavsiya qilinadigan davolovchi gimnastika jadvali.

1. Boshlang'ich holat: oyoqlar birga, qo'llar tana bo'ylab. Bir oyoqni barmoqlarini uchini tirab orqaga qo'yiladi, shu harakat bilan birga qo'llar oldinga va yuqoriga ko'tariladi kaftlar ichkariga qarashi lozim, so'ngra yaxshilab engashiladi (nafas olinadi), keyin esa qo'llar sekin asta yon tomon bo'ylab pastga tushiriladi (nafas chiqariladi). Nafas chiqarish vaqtida og'iz yopilgan holda M-M-M tovushini cho'zib to'liq nafas olgunga qadar qaytariladi. 4-5 marta takrorlanadi.

2. Boshlang'ich holat: oyoqlarni yon tomonga salgina ochib turiladi, qo'llar tana bo'ylab. Qo'llar yuqoriga ko'tariladi (nafas olinadi). Keyin sekin asta tana oldinga va pastga egiladi. Engashilgan holda salgina chayqalib (oyoqlar tizzada bukilmaydi) bir necha marta polni barmoq uchlari bilan tegish lozim (nafas chiqariladi). Nafas chiqarish vaqtida Z-Z-Z tovushi qaytariladi. 3-4 marta takrorlanadi.

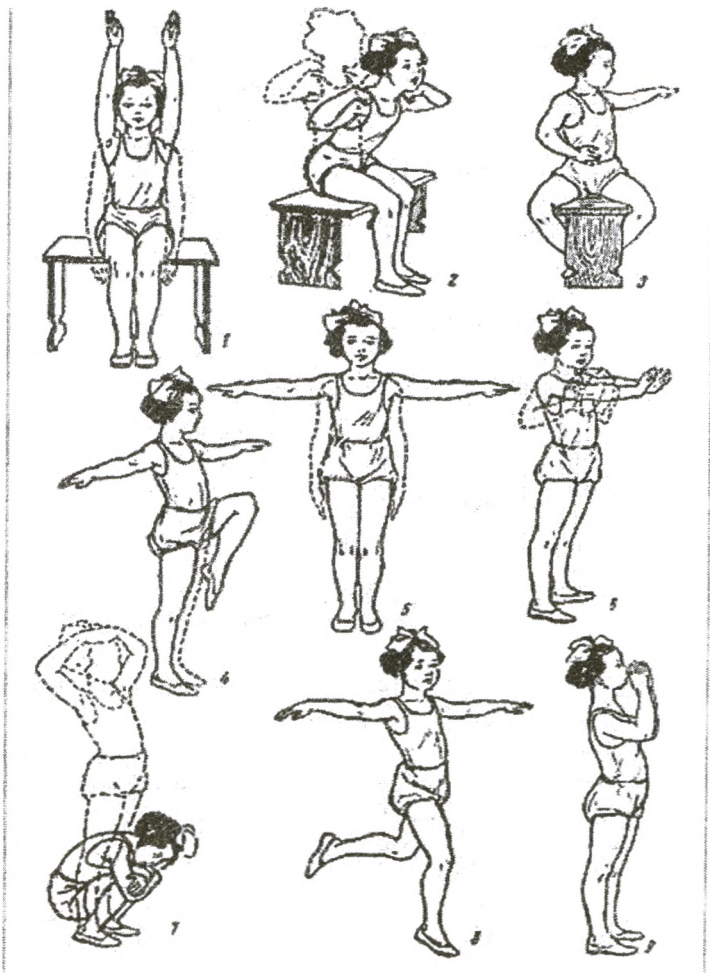
3. Boshlang'ich holat: oyoqlar yon tomonga salgina ochib turiladi, qo'llar gimnastik tayoq bilan yuqoriga ko'tarilgan. Nafas olinadi va keyin tana, chap tomonga bukiladi, qo'llar va tayoq shu tomonga bukiladi (nafas chiqariladi). Boshlang'ich holatga qaytiladi (nafas olinadi), keyin esa xuddi shunday bukilish boshqa tomonga qilinadi (nafas chiqariladi). Nafasni sekin asta chiqarish lozim. Nafas chiqarish vaqtida U-X-X-X tovushini qaytariladi. Har bir tomonga 3-4 martadan takrorlanadi.

4. Boshlang'ich holat: gilamchada osmonga qarab yotiladi, oyoqlar cho'zilgan, qo'llar tana bo'ylab. Nafas olinadi, keyin esa oyoqlar tizza bo'g'imida bukiladi, tizzalarni qo'llar bilan quchoqlab olinadi va ko'krak qafasiga qattiq siqib yaqinlashtiriladi (nafas chiqariladi). Nafas chiqarish vaqtida P-F-F-F tovushini qaytariladi. 3-4 marta takrorlanadi.

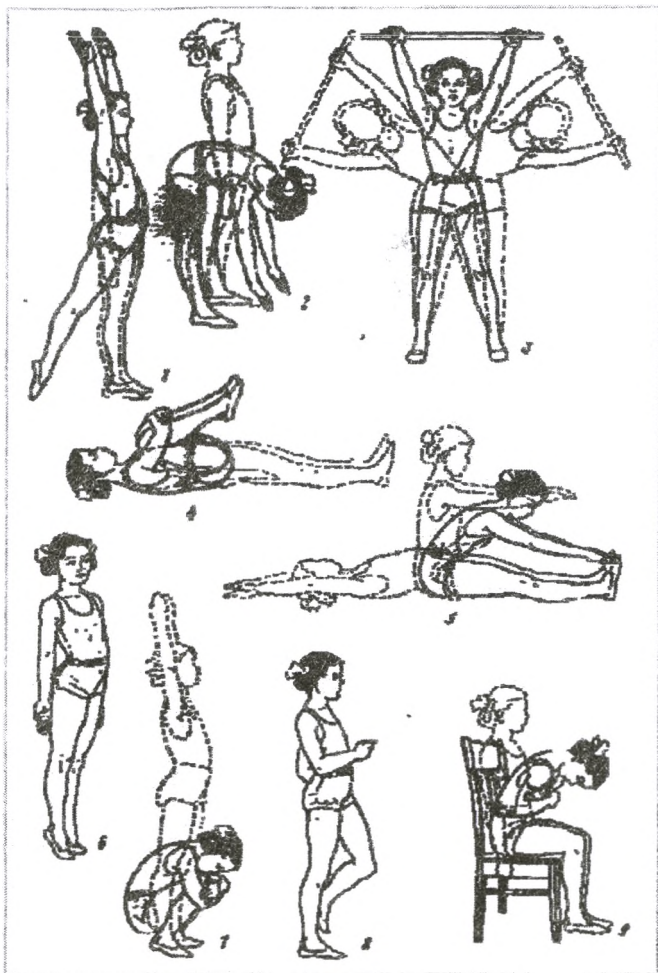
5. Boshlang'ich holat: gilamchada osmonga qarab yotiladi, oyoqlar birga cho'zilgan, qo'llar tepaga ko'tarilgan holda (gilamchada yotiladi).

Nafas olinadi, keyin esa qo'llar to'g'ri holda tez, elkalar ko'tarilib o'tirgan holatga kelinadi, oldinga tortilinadi – qo'llar cho'zilgan holda. oyoq barmoqlarining uchini ushlashga Harakat qilinadi. Nafasni birga B-A-A-X-X-X-X tovushini chiqarish bilan chiqariladi. 3-4 marta takrorlanadi.

6. Boshlang'ich holat: turgan holda, oyoqlar birga, qo'llar tana bo'ylab tushirilgan. Oyoq barmoqlarining uchida turiladi, elkalar orqaga tortiladi, kaftlar o'zdan – tashqariga o'giriladi, yaxshilab engasxiladi (nafas olinadi). Boshlang'ich holatga qaytiladi – to'liq nafas chiqariladi, Sh-Sh-Sh tovushini cho'zib turib. 4-5 marta takrorlanadi.



Boshlang'ich holat: oyoqlar birga, qo'llar tana bo'ylab tushirilgan, qo'llarni yuqoriga va yon tomonga ko'tariladi, yaxshilab engashiladi (nafas olinadi), keyin esa sekin-asta o'tiriladi, tizzalarni qo'llar bilan quchoqlab olinadi, ko'krakka siqiladi, boshni pastga engashtiriladi (nafas chiqariladi). Nafasni O-X-X-X tovushini qaytargan holda, butun hamma havo chiqib ketguniga qadar chiqariladi. 8-10 marta takrorlanadi.



7. Xona bo'ylab sekin-asta yuriladi, nafas olish erkin, burun orqali 2-3 daqiqa.

8. Boshlang'ich holat: stulda o'tirgan holda, stulning suyanchig'iga suyaniladi, qo'llar pastga tushiriladi. Mushaklar bo'shashtiriladi. Keyin qo'llarni keng yon tomonga yoziladi, engashiladi (nafas olinadi), shoshilmasdan qo'llar ko'krakda krestsimon yig'iladi, ko'krak qafasiga bosiladi, qorin tortiladi, bosh egiladi (Nafas chiqariladi). Nafas chiqarish sekin-asta, lablar naysimon cho'chaytiriladi, F-F-F tovushini qaytargan holda mayin havo

oxirigacha chiqariladi. 4-5 marta bajariladi, 20-30 soniya tanaffuslar bilan.

Bronxial astmada maxsus mashqlar.

Xuruj davri.

Bemorda astma xurujidan oldingi belgilari paydo bo'lishi bilan bemorga qulay sharoit yaratish lozim (yaxshisi o'tirgan holda), elka bo'g'imi va elkaning orqa mushaklarni, pastki qismlarni bo'shashtirgan holda. Bu mushaklarni bo'shashtirish bemor holatini engillashtiradi, qovurg'alar harakati oshishi hisobiga bo'g'ilish xurujida nafas chiqarishni yaxshilaydi, o'pkaning ortiqcha ventilyatciyasini kamaytiradi va bronxial o'tkazuvchanligini yaxshilaydi.

Yuzaki nafas olinishi lozimligi haqida bemorni ogohlantirish kerak, chunki chuqur nafas olish bronxial resteptorlarni ta'sirlab, spazmni kuchayishiga va tarqalishiga olib kelishi mumkin. Shu vaqtning o'zida patologik impulsni nafas markaziga borishini kamaytirish uchun, tekis nafas olinayotgan vaqtda, qisqa muddatga (4-5s) nafas olishni ushlab turish kerak. Nafasni ushlab turgandan so'ngi nafas olish yuzaki bo'lishi kerak.

Xurujlararo davr.

Xurujlararo davrda bemor yuzaki nafas olish maxoratini o'rganishi lozim, bir maromda nafas olish bilan birga sekin-asta nafasni ushlab turish vaqtini ko'paytiradi (sekundomer bilan metodist tomonidan nazorat qilinadi). Katta e'tibor statistik (diafragmal), hamda dinamik nafas mashqlarga beriladi.

Sekinlashgan to'liq va cho'zilgan nafas chiqarish mashqlari to'liq nafasda ishtirok etib, emfizematoz cho'zilgan alveolalardan havoni chiqarish bilan qorin pressi mushaklari va diafragmani shug'ullantiradi.

Tovush chiqarish bilan bog'liq maxsus mashqlardan iborat, "Tovush gimnastikasi" keng qo'llaniladi. Tovush gimnastikasining boshida "yopiq inqillash" bajariladi – "mmm" va tozalanuvchi nafas chiqarish "pff". Tovush gimnastikasida tovush boylamlari vibratciyasi traxeya, bronxlar, o'pka, ko'krak qafasiga o'tadi va spazm bo'lgan bronxlar va bronx yo'llarni bo'shashtiradi. Havo oqimi kuchiga qarab undosh harflar 3 guruxga bo'linadilar: eng katta kuch p, t, k, f harflarida kuzatiladi, ular ko'krak qafasi va diafragma mushaklarini deyarli taranglashishiga olib keladi, o'rta intensivlikda b, g, d, v, z harflaridir va m, k, l, r – eng kam kuchga egadir. Tovush gimnastikasining maqsadi –

nafas olish va nafas chiqarish fazalar cho'zilishining nisbatini 1:2 gacha keltirish. Nafas chiqarishdan keyingi tanaffusdan so'ng sekin, tinch nafas olishda nafas olayotgan havo to'liq alveolyar havo bilan aralashadi va alveolalarda gaz almashuvi yanada to'liq bo'ladi. Qisqa tanaffusdan so'ng sekin-asta og'iz orqali nafasni chiqarish kerak, nafas chiqargandan keyin-deyarli cho'zilgan tanaffus qilinadi. Unli tovushlarni ma'lum bir ketma-ketlikda qaytariladi: masalan, bux, bot, bak, bex, bix. Vibratsiyalangan r-r-r-r-r tovushi obstruktiv sindromda juda samarali.

"Tovush gimnastikasi" nafas olish, nafas chiqarish va nafas tanaffuslari fazalarini to'g'ri shakllanishiga olib keladi; vibratsiya hisobiga spazm bo'lgan mushaklarni bo'shashtiradi, balg'amni yaxshi ajralishiga olib keladi; nafas chiqarishda kichik musbat bosim yaratish yordamida nafas chiqarishda alveolyar ventilyatciya birligini kuchaytiradi va nafas yo'llarining erta ekspirator yopilishini oldini oladi.

"Tovush gimnastikasida" nafas olish burun orqali (1-2 s), tanaffus (1 s), aktiv nafas chiqarish og'iz orqali (2-4 s), tanaffus (4-6s). Bu gimnastikaning afzalliklaridan biri bemor o'qitilgandan so'ng amaliyotda poliklinika va sanator sharoitlarda qo'llash imkoni bor.

"Tovush gimnastikasidan" tashqari, ventilyatciyani yaxshilash uchun maxsus moslamalar qo'llaniladi – passiv nafas chiqarish uchun mundshtuklar, yana suv bilan to'ldirilgan idishga ingichka trubka bilan puflash va rezina o'yinchoqlarni puflash. Nafas mushaklarining qarshiligini oshiruvchi mashqlari ham mavjud. (Resistance Muscle Training System).

Chuqur nafasni hoxish bilan kamaytirish mashqida (**Buteyko metodi**), bemorlar 3-4 s davomida sekin-asta va juda yuzaki nafas chiqaradilar va 3-4 s davomida tanaffusni ushlab turadilar. Nafas soni bir daqiqada 6-8 ta bo'lishi kerak. Kuniga 3 soatdan kam bo'lmagan holda, boshida tinch holatda keyin esa harakat vaqtida, mashqlar doimiy ravishda bajariladi. Undan tashqari, 2-3 marta davomiyligini 60 s va undan ko'proq vaqtga etkazgan holda, kuniga 3 marta maksimal nafasni ushlab turish tavsiya qilinadi.

K. P. Buteyko usuli bronxial astmasi bor bir qator bemorlarda davo ta'sirini berishi mumkin, giperkapniya holatiga keltirish va bronxlarda havo oqimini pasayishi irratativ resteptorlar ta'sirlanishini kamaytiradi. Shu bilan birga taxminan bemorlarning 2/3 qismida

giperkapniya belgilari (uyquchanlik, bosh og'rig'i, mushaklardagi og'riq, titrash, tana haroratini ko'tarilishi, uyqusizlik) holatlarini sog'ayish reaksiyasi va nordon-ishqoriy muxit birligining buzilishi extimoli kuzatiladi.

A. N. Strelnikova usuli bo'yicha nafas olish texnika tomonidan qiyinchiliklari va boshqa respirator gimnastikalarni oldida afzalliklari kamligi hisobiga keng tarqalmagan usuldir. Nafas aktida ishtirok etuvchi mushaklarni shug'ullantirish uchun, nafas chiqarish vaqtida ko'krak qafasini siqish hisobiga ma'lum bir ko'rinishli qarshilik hosil qilinadi. Yoglar elementlariga "asanalar" – turli xil statik holatlar qo'llaniladigan jismoniy mashqlar va "pranayama" – ma'lum ketma-ketlikdagi maxsus nafas mashqlari kiradi.

Nafasning daqiqadagi hajmini erkin kamaytirish usuli (**V. V. Gnevushev**) bo'yicha: o'rgatish boshida to'liq nafasga e'tibor beriladi. Nafas olishda qorinning oldingi devori to'liq oldinga chiqadi, bir vaqtning o'zida yoki keyin ko'krak qafasi ko'tariladi. Nafas chiqarganda ko'krak qafasi pastga tushiriladi, qorin esa ichga tortiladi. Keyinchalik esa aralash nafas ko'nikmalari, nafas chiqarishga nisbatan nafas olishning cho'zilishini birga olib boradilar. Nafas olish va nafas chiqarishning davomiyligi (soniyalarda) nisbati "nafas intervali" deyiladi. Nafasning bu rejimiga nafas olishning cho'zilishi hisobidan nafas Hajmini ko'paytirish uchun, bu esa nafas daqiqalik hajmini kamaytiradi.

Nafasning daqiqadagi hajmini erkin kamaytirishga o'rgatishda nafas olish bo'shashtirilgan, shovqinsiz, cho'zilgan, nisbatan cho'zilishini saqlab qolishga imkoni bilan burun orqali, nafas chiqarish to'liq, erkin va majburiy burun orqali. Hansirash yoki nafas qiyinlashishini chaqiruvchi mashqlar man etiladi.

Mashq bajarilganda nafas intervali ketma-ketligi 2:4 – 3:4 – 4:4 – 6:4 – 8:3 etc. Kabi bo'lishi kerak. Natijada nafas olishning soniyadagi hajmi kamayadi va nafas chiqarishning hajmi esa ko'payadi. Har bir majburiy cho'zilgan nafas olish va chiqarishni qo'llar, oyoqlar, tana, harakatlari bilan, yugurish, yurish bilan birga olib borish mumkin.

Yurishdagi mashqlarni bemorga ma'lum bo'lgan nafasni boshqarish ko'nikmalaridan boshlanadi. Birinchi darslarida bemor quyidagi ritmni o'rganishi lozim: 1-2 qadamda – nafas olinadi, 3-4da – nafas chiqariladi, sekin-asta nafas chiqarishda qadamlar sonini ko'paytirgan holda davom ettiriladi. Organizmning sekin-asta harakatga

o'rganib borishiga qarab, Harakat tempi oshiriladi va to'xtash soni kamaytirilib turib orasidagi masofa ko'paytiriladi.

3 mavzu. Bolalarda pollinoz kasalligi.

Pollinoz (ang: so'zdan olingan bo'lib pollen-chang, logos-fan) bu allergik kasalliklarning atopik shakli bo'lib ko'zning shilliq qavatlarida, burun bo'shliqlarining shilliq qavatlarida va terida toshmalar bilan kechadi.

Tibbiy adabiyotlarda bu kasallikni ko'pincha pichan isitmasi nomi bilan bayon etiladi. Pollinozlar er yuzida keng tarqalgan allergik kasallik bo'lib buning sababchisi o'simlik changlaridir. Bu kasallik yilning ma'lum faslida bir vaqtda doimo takrorlanib turadi.

Immunologiya tekshirishlarida pollinozlar kasalliklari allergiya reaksiyalarining rivojlanish yo'llarini va turli o'simlik changlarini allergenlik va antigenlik xususiyatlarini o'rganish bilan birga ulardan kelib chiqadigan allergiya kasalliklarini modelini hayvonlarda yuzaga keltirib kuzatiladi.

Pollinologik tekshirishda maxsus chang tutkich asboblar vositasida atmosferadagi o'simlik changlarining miqdori, tarkibi, shakli hamda tuzilishi o'rganiladi.

Pollinologik tekshirish oldiga har qaysi iqlimiy xududlar uchun xaritalar ishlab chiqish o'simliklarning gullar jadvalini tuzish kabi vazifalar ham qo'yiladiki, bu siz vrach allergologning amaliy ishini tasavvur qilish mumkin emas albatta. Bizning mamlakatimizda pollinozlar belgilarini o'rganish va kasallikni aniqlash ishlari maxsus rivojlangan laboratoriya va ilmiy tekshirish markazlarida olib borilmoqda.

Pollinozlarni o'rganish tarixi.

Eramizdan avvalgi II asrda belgilari jixatidan pollinozlarni eslatuvchi fasi kasalligi haqidagi malumotlar Galen asarlarida uchraydi. Abu Ali ibn Sino «Tib qonunlari» deb nomlangan shox asarida sog'liqni saqlash tadbirlari yilning turli fasllarida ko'riladigan tadbirlar va havoni musaffoligi yani sog'lomlashtirish haqida alohida to'htalib o'tadi.

1565-yilda Botallus gul hidi tasirida kelib chiqqan bosh og'rig'i, tumov va ko'z shilliq qavatini yallig'lanishi to'g'risida yozadi. 1819yilda ingliz vrachi Jon Bastok 1-marta Londonda ko'z va ko'krakning takrorlanadigan zararlanishi to'g'risida maxsus ma'lumot

beradi. Bastok bu kasallikni pichan isitmasi deb nomladi.

Bahorgi pichan isitmasi iborasi bilan atalgan kasallik asli kasallikning mazmunini ochib bermasa ham hozirgi zamon tibbiyotidan asosiy o'rin egalladi. Uzoq vaqtgacha bahorgi pichan isitmasi kasalligining kelib chiqish sirlarini aniqlash mumkin bo'lmadi va bu borada turli mulohazalar paydo bo'ldi.

Mashxur Gelmgolst pichan isitmasi kasalligini ba'zi xil mikroblar keltirib chiqaradi deb o'ylasa boshqalar buning sababi issiq yoz havosi va qo'yosh deb mulohaza yuritdilar. Pollinoz bilan kasallangan bemorlar o'z davrlarida o'sha zamon shifokorlari tibbiy yordam qilaolmasdan, «pichan isitmasi kasalligi» bilan og'riganlar jamiyatini tuzdilar va jamiyatning o'z jurnalini chiqara boshladilar. Bu jurnalda pollinoz bilan og'rigan bemorlar o'z kasalliklarini qanday qilib davolaganlari to'g'risida ma'lumotlar berib borar edilar. Yuqoridagi jamiyatning tuzilishi o'sha davrda juda tasodifiy hodisa bo'lib ba'zi bir psixiatr shifokorlar pichan isitmasi bilan kasallangan bemorlarni ruhiy kasal deb e'lon qilinishiga olib keldi.

Shuningdek, pollinozlarning kelib chiqish sabablarini ochish sharaflari Angliyalik tajribali oddiy vrach Charlz Blekliga muyassar bo'ldi. 1873-yilda Blekli «Yozgi yallig'lanish sabablarini tekshirish tajribalari» nomli kitobni chop ettirdi.

Doktor Bleklining o'zi 20 yil davomida pollinoz kasalligiga muhtalo bo'ldi. O'zida va boshqa bemorlardagi kasallikning o'tishini kuzatish natijasida u buning sababi o'simliklarning changi emasmikan degan fikrga keldi. Doktor Blekli o'zining bu mulohazalarini o'z ustida tajriba o'tkazib aniqlashga kirishdi.

Blekli yozda kasallikning belgilari avjiga chiqqan davrda bazi bir xil o'tlarning changini yig'ib qo'ydi. Qishda batamom sog'lomlik davrida yozda yig'ilgan quruq o'tlarning quruq changini qo'l terisiga ishqalab (skarifikatciya) kuzatdi. Bir necha daqiqadan so'ng terida oldin qizarish paydo bo'lib, so'ng qavariqqa aylanadi.

Qish vaqtida Blekli shu o'tlar changining burun shilliq qavatiga purkab burun shilliq qobig'ining yallig'lanishi yani tumov kasalligini va ko'z shillig' qobig'iga ta'sir etib, kon'yuktivit kasalligi belgilarini hosil qildi. Shunday qilib oddiy shifokor Blekli faqat pollinozlar sababini ochibgina qolmay balki ularni aniqlash yo'llarini ko'rsatib berdi. Shuni aytsalar kerakda «Tabib tabib emas boshidan o'tgan tabib» deb. Pollinozlarni qo'zgatuvchi o'simliklar changi 5 ta asosiy xususiyatga ega.

1. Shamolda tez va ko'p changlanib uzoq uzoqlarga tarqaladigan. Bunday changlar o'tlar va daraxtlardan chiqadi, lekin pista daraxti bular jumlasiga kirmaydi.

Hashoratlar o'simliklarni changlatganda dastlab unga bog'bonlar duch keladilar, pollinoz kasalligiga yo'liqadilar.

2. O'simlik changi shamolda tarqalmasa, unda chang o'simlikdan o'z o'zidan chiqadi va ko'p miqdorda tarqaladi. Bunday o'simliklar hashorat va shamol changlatadigan ya'ni «amfifilous» turkumiga kiritiladi.

3. O'simlik changi juda engil bo'lganligidan tez uchib shamol orqali katta masofaga tarqaladi. Bunday chang zarrachalari dumalak shaklda bo'lib diametri 35 mikrondan oshmaydi.

4. Pollinoz kasalligini chaqiruvchi o'simlik changi kuchli allergenlik xususiyatiga egadir. Ba'zi daraxtlar chunonchi qayin daraxti changni juda ko'p ajratadi. Engil va shamolda uzoqlarga tarqaladi ammo unda allergenlik xususiyati deyarli yo'q.

O'simlik va o'tlar changining allergenlik xususiyatini tekshirish uchun maxsus chang ushlagich asboblaridan foydalaniladi. Ularni maxsus baland joylarga o'rnatilib ma'lum vaqtdan keyin olinadi va gravimetrik yoki volyometrik usulda sanaladi. Bu usul bilan Toshkent, Samarkand, Andijon shaharlarida o'simliklarning gullash fasllarining jadvali o'rganilib ishlab chiqildi.

Toshkent shahrida o'simliklarning birinchi changlanish davri mart oyidan boshlanib apreling oxirigacha davom etadi. Bu vaqtda chinor terak va boshqa toldoshlar oilasiga mansub daraxtlar, shu jumladan qarag'ay, zarang, dub, yong'oq, tut, olma, o'rik, olcha va boshqa daraxtlar changlanadi. Bahor faslida havodagi changning zichligi 1 sm da 1000-1100 gacha etib boradi.

Changlanishning ikkinchi davri bahor yoz oylarini o'z ichiga olib mayning ikkinchi yarmidan to iyun oyining oxirigacha davom etadi. May oyida boshqoli o'simliklarning 197 gacha, iyun oyi davomida 328 chang donachalari ushlanadi. Bu vaqtda lux, suli, suxta, yalpiz, makkajo'xori, kungaboqar, tulkiquryuq, 5 turli yavshon, yaltirboshlar gullaydi.

Changlanishning uchinchi davri yoz-kuz fasli avgust oyining boshlaridan to oktyabr oyining 2-yarmigacha davom etadi. Butun avgust oyi davomida paxta, makkajo'xori, kungaboqar kabi dexqonchilik ekinlarining changi bilan bir qatorda yavshon, sho'ra va sho'radoshlar

oilasiga kiradigan (buta, chala buta) o'simliklar changlari mavjud bo'lib, 1 sm kvadranga 149 chang donachalari to'g'ri keladi.

Samarqandda o'simliklarning gullashi 1963-yildayoq o'rganilgan edi. Bunday joylarda bahor juda erta boshlanadi. Fevral oyining ohiri martning boshlaridayoq bodom, za'faron (shafran) va boshqalar gullashga ulguradi. Mart oyida boshqalari gullaydi. Yoz fasli davomida boshoqli o'simliklar gulga kiradi. Osmonda 24 soat davomida maxsus hisoblash kamerasing oyna yuzasining 1 smga o'tirgan chang donachalari mart oyida 100 dan 210 gacha, 20 avgustga kelib 5-10 gacha donachani tashkil qiladi.

Shunday qilib, 1963-yil Samarqand shahrida olib borilgan kuzatish o'simliklarning gullashi 2 davrda: birinchisi martning oxiridan aprelning boshigacha, ikkinchisi may iyun oylarida o'tishini ko'rsatib berdi. Gullash davr avj olganda Samarqand shahrida 1 sm kvadrat yuzaga 8001000- tagacha chang zarrachalari tushadi. Xuddi ana shu davrda Samarqand allergolik kabinetiga bemorlar ko'plab murojat qilishadi. Bu hol o'simliklar changi allergik kasalliklarining kelib chiqishida muhim rol o'ynashini aniq ko'rsatib berdi.

Fargona vodiysining Andijon shahrida olib borilgan aeropalinologik tekshirish natijalari o'simliklarning gullash grafisini quyidagi tartibda ko'rsatdi.

Atmosferada birinchi chang donachalari fevralning oxirida paydo bo'ladi. Demak, bu yerda birinchi gullash to'lqini fevral ohirida boshlanib martning o'rtalarigacha davom etadi.

Bu vaqtda terak tol, zarang, shumtol daraxti, ko'k o't (momo qaymoq) gullaydi. Changlarning yuqori miqdori 1 sm kvadratga 600 tadan to'g'ri keladi.

Ikkinchi chang to'lqini aprel oyining ohiridan boshlanib, iyun oyining o'rtalarigacha davom etadi. Bu vaqt paxta, akatciya daraxti, jo'xori, chinor va otquloqning gullash davriga to'g'ri keladi. Havodagi changning yuqori darajasi 1 sm kvadrat yuzaga 1400 gacha etadi.

Andijonda uchinchi changlanish to'lqini avgust oyida boshlanib oktyabr ohirlarida tamom bo'ladi. Xuddi shu oylarda qamish, shakarqamish, no'shpiyozlar gullaydi. Chang ko'pi bilan 1 sm kvadratda 200 donaga etadi.

O'simlik changlari nimadan iborat? O'simlik changi gulning erkaklik jinsiy elementidir. U ikki qobiqdan iborat bo'lib, stitoplazmasi ikki yoki uch yadrodan iborat. Changning kimyoviy tuzilishi juda

murakkab. Chang oqsil, karbonsuv, vitamin, pigmentlarga va turli fermentlarga boy. Changning qaysi qismi allergenlik xususiyatiga bog'liq. Bazi mualliflar bu changning oqsil qismiga bog'lik deb fikr bildirsalar, boshqalari bu karbonsuv, bazilari esa pigment qismi yoki yog'tanachalari xususiyatlaridan kelib chiqadi, deb muloxaza yurgizadilar. Shunga qaramay ko'pchilik tekshiruvchilar o'simlik changlarini allergenlik xususiyatini oqsil qismiga bog'lik deb hisoblaydilar. Allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan oqsilning molekulyar og'irligi 0.2-0.4 mg dan oshmasligi zarur.

Pollinoz sabablari.

Pollinoz go'dak yoshidagi bolalarda kam uchraydi, balog'at yoshida esa kasallikning uchrash darajasi ortadi. Organizm sezuvchanligi o'simlik changining yuqori nafas yo'llariga tushgandan keyin paydo bo'ladi. Pollinoz bilan ko'pincha shahar aholisi kasallanadi. Ko'p yillik kuzatish va tekshirishlar shundan dalolat beradiki shaharda qishloqdagiga nisbatan aholining yot allergenlarga sezgirliги yuqoridir, binobarin, bunda allergik kasalliklarni yuzaga keltirishda, turli mahsulotlar ishlab chiqaradigan korxonalarining ko'pligi, kimyoviy moddalarning turmushda hamda ishlab chiqarishda keng qo'llanilishi, har-hil dori-darmonlarning ko'pligi va ularni dorixonalardan sotib olib ishlatish, buning oqibatida nerv hujayralarining tez-tez zararlanib turishi, kishi organizmining turli xil tasirotlarga qarshilik ko'rsatish qobiliyatini o'zgartirib yuboradi, natijada tashqi muhitdan tasirlanadigan yot moddalarga sezgirlik oshib ketadi. Yuqori nafas yo'llarini tez-tez «yallig'lanib» turishi ham o'z navbatida nafas yo'llarining o'simlik changlariga nisbatan sezgirligini oshirib, pollinoz kasalligi kelib chiqishini osonlashtiradi.

Allergologiya bo'limiga murojat qilgan, ikki egizak bola kuzatib borildi. Ulardan biri qishda yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanish (traxeobronxit) kasalligiga chalindi.

Bahorda o'simliklarning gullash davrida kasallik takrorlanadi. Bemor bolaga o'simlik allergenlaridan mahsus usulda ridoskring apparati yordamida tekshirilganda organizmni sezgirliги terak, chinor, yalpiz changlariga nisbatan oshganligi aniqlandi.

Boshqa allergik kasalliklarga o'xshash, pollinozlarda ham nasning ahamiyati katta. Keyingi vaqtda ko'p kuzatishlar va adabiyotlar taxliliga ko'ra bolaning otasida ham, onasida ham allergik kasallik bo'lsa

ularning bolalarida ham juda tez orada biron bir allergik kasallik kelib chiqishini ko'rsatib berdi.

Nasldan-naslga pollinoz emas, balki umuman allergik kasalliklarga moyillik o'tishini juda ko'p tekshirishlar isbotladi. Shunisi qiziqarliki, pollinoz kasalligi bilan og'rigan bemorlardan kasallikning rivojlanishi surishtirilganda ularda pollinozdan tashqari eksudativ diatez, ovqat va dorilarga nisbatan ham allergiya borligi aniqlandi. Naslning ahamiyati to'g'risida juda ko'p muloxaza yuritish mumkin.

Bu ma'lumotlar O'rta Osiyo sharoitida bolalar o'rtasida o'simlik changlari bilan kasallanish 3 yoshdan keyin bo'lishidan dalolat beradi.

Pollinoz bilan og'rigan bemorlarni aniqlash faqat maxsus allergologik kabinetlarda olib boriladi. Agar pollinozning haqiqiy belgilari bemorda mavjud bo'lsa, allergolog uni aniqlashda unchalik qiyinchilikka duch kelmaydi. Kasallikka sababchi bo'lgan o'simlik changini aniq belgilash zarur ahamiyatga ega, bundan tashqari, changli bo'lmagan qo'shimcha allergenlarni ham aniqlash darkor.

Pollinozlarni aniqlash bemordan yoki bolaning ota-onasidan ma'lumot (anamnez) to'plashdan boshlanadi.

Kasallikni aniq boshlangan vaqtini bilish muhim ahamiyat kasb etadi. Qaysi o'simlikning gullash davri boshlanishi mumkinligini kasallikning boshlangan vaqtiga qarab aniqlash imkonini beradi. Bemorga yoki uning ota-onasiga aniq savollar berib, qanday allergik kasalliklar bilan og'riganligini aniqlash mumkin. Qanday ovqatlarga, dori darmonlarga sezgirligi oshib ketganligini, bemorning qarindosh urug'larida allergik kasalliklarni bor y o'qligini aniqlash lozim.

Kishi organizmi sezgirligini oshirgan allergenlarga nisbatan ishlab chiqariladigan mahsus modda antitana reagenlari ko'z, burun, nafas yo'llari, oshqozon va ichak yo'li shilliq qavatlari devoridagina emas, balki teriga ham joylashadi. Bu esa o'z navbatida, pollinozlarni teriga o'simliklardan tayorlangan mahsus allergenlarni qo'yib aniqlash imkoniyatini beradi, shu maqsadda bir necha o'simlik allergeni ko'pincha bilak terisiga tomizilib, skarifikator vositasida chiziladi va 20-30 daqiqa kuzatiladi, 20-30 daqiqadan so'ng natijani allergolog-shifokor o'qiydi. Agar skarifikatsiyada qavariq paydo bo'lsa, uning hajmiga qarab baholanadi.

Pollinozlarda skarifikatsion test o'tkazish.

	Shartli belgilar	Teridagi reaksiyalarning hajmlari
Natijasiz javob Gumonli natija	- +, -	Qizarish va qavariq y o'q
Kuchsiz natija	+	Qavariqsiz qizarish
O'rtacha natija	++	Qavariq 2-3mm
Kuchli natija	+++	5mm dan oshmagan qavariq, atrofi qizargan
Juda kuchli natija	++++	Qavariq oyoqchalar 5-10mm va qizarish 10mm dan katta qavariq, qizarish bilan birga

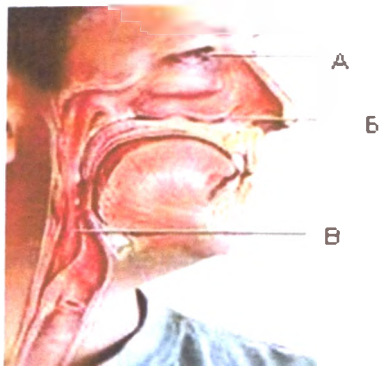
Ba'zi hollarda bemorning javoblaridan o'simlik changlariga allergiya borligi to'g'risida ma'lumot olamiz, lekin teriga qo'ygan skarifikatsiyamiz natijasiz bo'ladi.

Bunday hollarda pollinozlarni aniqlashning boshqa usullaridan foydalanamiz, bu usulda o'simlik changidan tayyorlangan allergenlarni pollinoz kasalligiga chalingan a'zolarga to'g'ridan –to'g'ri ta'sir ettirib ko'riladi, bu usulga allergologiyada provakatsiya (qo'zg'atish) usuli deb nom berilgan.

Agar bemorda allergik ko'z shillik qavatining yallig'lanishi (kon'yuktivit) bo'lsa, shubha tug'ilayotgan allergen ko'z shillik qavatiga ta'sir ettiriladi, bunda kasallik belgilari paydo bo'ladi. Alergenni bronxlarga xidlatilganda (ingolyatsiya), yoki purkalganda nafas siqishi –yoki kasallikning belgilari kelib chiqadi.

Yuqoridagi pollinozlarini aniqlash usullarining hammasini faqat mutaxassis vrach–allergolog ruxsati va nazorati ostida olib borish mumkin.

Ko'pgina hollarda pollinozlarni ekiladigan o'simliklar ham keltirib chiqaradi. O'rta Osiyoda paxta, kungaboqar, makkajo'xori, arpa bug'doy, chinor, tol, terak va bir qancha daraxtlarning gullashi ham pollinozlarning ko'payishiga sabab bo'lishi mumkin



A – qizil yoshlanuvi ko'yz B – aksirish burun bitishi V – tomog'da va quloqda qichish, yutal.

Pollinozlarning rivojlanish jarayoni.

Organizmga tushgan allergenlar (o'simlik changi) dastlab organizmning sezgirligini oshiradi, ya'ni allergenga qarshi inson tanasida maxsus antitana paydo bo'lib u qonda aylanib yuradi va ko'z, yuqori nafas yo'llari (burun, Halkum, bronx va x.k), me'da-ichak shilliq qavatlariga, shuningdek , teriga joylashib oladi organizmga endi ikkinchi marta allergenli o'simlik changlari tushganda, organizmda antitana ajralib chiqadi, pollinozlarning belgilari vujudga keladi va rivojlanadi. Atoqli olim akademik A.D Ado har qanday allergik reaksiyaning uch bosqichi mavjudligini ta'kidlaydi: 1. Immunologik bosqich

2. Patoximik bosqich.
3. Patofiziologik bosqich.

Birinchi bosqichda allergenning , ya'ni o'simlik changlarining immun modda antitana bilan to'qnashuvi ro'y beradi, bu reaksiya qonda yoki to'qima yuzasida ro'y beradi. Kasallikning namoyon bo'lishi allergenning antitana bilan bog'lanishi, va qaysi a'zoning yuzasida ro'y berishiga bog'lik bo'ladi , ayrim hollarda bronx muskullarining keskin qisqarishi vujudga keladi, bu bronxlarning siqilishi-astma xurujini keltirib chiqaradi, ayrim hollarda esa mayda qon tomirlarning o'tkazuvchanlik faoliyati buzilib, terida qichishadigan qavariqlar paydo bo'ladi, bu hodisa ko'z va burun shilliq qavatlarida yuz bersa, ularning yalliglanish belgilari yuzaga keladi.

Ikkinchi bosqichda allergenning antitana bilan o'zaro ta'siri natijasida hujayra va to'qimalar shikastlanib , biologik aktiv moddalar ishlab chiqariladi; gistamin, bradikinin, serotonin, astetilholin kabi

qo'zg'atuvchi moddalar.

Uchinchi bosqichda organizmning biologik jihatdan faol moddalarini qo'zgatuvchi va shikastlovchi ta'sirga javob reaksiyasi kuzatiladi.

Boshqacha qilib aytganda, kasallikning allergiya uchun xos bo'lgan belgilari vujudga keladi, yuz beradigan allergik reaksiyalar ikki guruhga bo'linadi. Ba'zi allergik reaksiyalar tez kechar allergik reaksiyalar deb ataladi. Chang kasalliklari (pollinozlar), zardob kasalligi, anafilaktik shok, dori allergiyalari va boshqa kasalliklar hisoblanadi.

Sekinlik bilan o'tadigan allergik reaksiyalarning yuzaga kelishiga bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar, sabab bo'ladi. Allergen ta'sir ko'rsatgan vaqtdan to kasallikning belgilari paydo bo'lgan vaqtgacha oradan 5-6 soat va undan ham ko'prok vaqt o'tadi. Ba'zi olimlar reaksiyaning bu ikki turini, ayni bir kasallik rivojining turlicha bosqichlaridir deb taxmin qiladilar. Ammo bu har bir reaksiya alohida alohida mavjud ekanligini inkor etmaydi.

Ko'z shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi—kon'yuktivit ham ko'pincha allergik xususiyatga ega bo'lib, bu kasallik har yili ma'lum vaqtda, issiq kunlarda boshlanadi.

Pollinozning turlari va kechish belgilari.

Pollinoz allergik kasalliklar ichida eng ko'p tarqalgan bo'lib, ko'pchilik hollarda kasallikni aniqlash ancha qiyin bo'ladi. Ko'pincha bemorga gripp, yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, gaymorit deb tashxis qo'yiladi. Bu kasalliklarni antibiotik, issiqni tushuradigan dorilar bilan davolashga urinadilar. Pollinozning belgilari o'ziga xos xususiyatga ega.

Kasalning umumiy ahvoli biron-bir o'simlikning gullash vaqtida yomonlashadi. Bu bemor yashab turgan joyning iqlim sharoitiga bog'lik albatta. Kasallikning belgilari har yili bahor, yoz yoki kuz fasillarining ma'lum vaqtida takrorlanadi. Biz quyida Respublikamizda bolalar o'rtasida pollinozning eng ko'p tarqalgan ko'rinishlari bilan tanishamiz: -kasallikning bir guruh bolalarda, ayniqsa, o'gil bolalarda uchrashi; -bemor bolaning ota-onasida yoki yaqin qarindoshlarida birona allergik kasallikning mavjudligi.

Teriga turli o'simlik changi eritmasini surtib tekshirish va boshqa omillar buni isbotlab bera oladi.

Respublikamizning Samarqand viloyatida 1963-1966 yillarda olib

borilgan kuzatishlar bizning sharoitimizda allergik kon'yuktivitning kelib chikishida go'za, yongoq, chinor va shumtol daraxtlari gulining changi muhim rol o'ynashini ko'rsatib berdi. Kasallik ko'z chetini achishishi va engil qichishish alomatlari bilan boshlanadi. Keyinchalik qichishish alomati yuqori va pastki qovoqlar shilliq pardasiga tarqaladi. Ko'z yoshlanadi, yoshlanish holati bemorni hamisha qo'lida dastro'mol tutishga majbur qiladi. Bemor yorug'likga qaray olmay qoladi. Ko'z qovoqlarining shilliq pardasidan oldin tiniq suyuqlik ajraladi, keyin loyqalanib yiringli tus oladi. Kasallikning og'ir ko'rishlarida shilliq qavatda yara paydo bo'ladi. Bu vaqtda bemor ko'ziga "qum" tiqilib qolganiga o'xshashligidan shikoyat qiladi.

Ko'zning ko'rish qobiliyati saqlangan holda, ko'z kosasida, qosh tagi yoy qismida og'riq paydo bo'ladi. Ko'zga tomizadigan va suradigan turli dori-darmonlar yaxshi natija bermaydi, biroq issiq kunlar tugashi bilan yuqoridagi alomatlar tarqalib, bemor uzidan-uzi tuzalib qoladi.

Kalta-kalta allergik yo'talish maktab yoshdagi bolalarda uchrab, u traxeya va bronxlarning shilliq qavatining yallig'lanishi natijasida kelib chiqadi. Bu kasallik nafas yo'llarining birorta allergik kasalliklari bilan birga yoki o'zi mustaqil holda uchrashi mumkin. Odatda to'satdan, kechasi ma'lum bir vaqtda yoki ertalab yo'tal tutib, bolani uyg'otib yuboradi. Bola odatda quruq, dag'al, shovqinli, tez-tez yo'taladi.

Kasallik goho zo'rayib, goho bosilib, oktyabr oyidan to may oyigacha cho'ziladi.

Soxta bo'g'ma. Agarda soxta bo'g'ma vaqti-vaqti bilan qaytalab tursa, bolada yoki oila a'zolarida allergik kasallikka moyillik bo'lsa, u allergik tabiatga ega bo'ladi. Allergik soxta bo'g'maga changli allergenlar, agar bola ko'krak yoshida bo'lsa ba'zi ovqatlar (tuxum, sigir suti) ham sababchi bo'lishi mumkin.

Soxta bo'g'ma xurujida bolaning nafas olishi birdaniga (ayniqsa kechasi yo'talganda) qiyinlashadi.

Bunda kasallikka sabab bo'lgan allergenni topish va unga qarshi ishlatiladigan dorilarni qo'llash lozim.

Bahorgi pichan isitmasi (pollinozlar).

Ayrim turdagi o'simliklar gulini changlari ta'siridan kelib chiqadigan allergik kasalliklarga pichan isitmasi (pollinozlar) deyiladi. O'simliklar gulining changi yuqori nafas yo'llariga tushib, allergik tumov

ko'z shilliq pardasini yallig'lanishi (kon'yunktivit) bronchial astma va boshqa allergik kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

Ilgari pichan isitmasi bilan 20 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan kishilar og'riydi deb o'ylashardi. Biroq keyingi yillardagi kuzatuvlardan bu kasallikni hatto ko'krak yoshidagi bolalarda ham uchrashi mumkinligi ma'lum bo'ldi.

Bu kasallik ayniqsa 8-9 yoshli bolalarda ko'proq uchraydi va asosan 3 xil ko'rinishda o'tadi:

1. Burun va ko'z shilliq qavatlarini allergik yallig'lanishi;
2. Astmoidli belgi bilan o'tadigan allergik kasallik;
3. Bronxial astmaga sababchi bo'ladigan pichan isitmasi.

Bularning har uchasi bir-biriga qo'shilib kelishi ham mumkin.

Burun va ko'z shilliq qavatlari pollinozi mavsumiy, faslga bog'liq bo'lib mevali daraxtlar va o'simliklar gullaganda boshlanadi. Bemor ko'z va burun bo'shlig'idagi qichishishlardan shikoyat qiladi. Ko'zdan yosh oqib, yorug'likka qaray olmaydi, ko'zidan oqayotgan suyuqlik keyinchalik yiringga aylanishi mumkin. Ko'z qovoqlari shishib ketadi. Burun shilliq qavatlari yallig'lanishi natijasida bemor tez-tez aksa uradi. Aksirish burundan beto'htov suyuqlik ajralishi bilan davom etadi. Burun bitib qolganidan nafas olish qiyinlashadi. Bemorga tomog'ida qandaydir yot narsa bordek tuyuladi. Astmoidli belgi bilan o'tadigan bu allergik kasallik bemorga azob beruvchi yo'tal bilan boshlanadi. Bunda nafas olish qiyinlashadi, nafas chiqarish esa cho'zilib shovqinli bo'ladi.

Kasallikka vaqtida davo qilinmasa bronxial astmaga aylanib ketishi mumkin. Chang ta'sirida yuzaga keladigan bronxial astma bolalarda o'simliklar gullagan davrda ko'p uchraydi. Kasallik odatda birdaniga va o'tkir boshlanadi. Ayrim hollarda esa allergik tumov va kon'yunktivit belgilari ham yuzaga chiqishi mumkin. Huruji tutishidan oldin bola bezovtalanib injiq bo'lib qoladi. Bunda birinchi galda nafas siqadi. Bemorda shovqinli nafas kuzatiladi. Kasallikni xurujini tegishli dorilar bilan bartaraf etish mumkin.

Pichan tumovi.

Cho'llarda uchraydigan pichan tumovini aniqlash qiyin bo'lganidan bu dard bilan og'rikan bolalarni ko'pincha yallig'lanish kasalliklari bilan davolanib boriladi. Katta yoshdagi bolalarda esa, burun bitib qolishi, nafas olishning qiyinlashishi, kabi alomatlar yuz beradi. Kasallik bahor oylarida, mevali daraxtlar gullagan paytda paydo bo'ladi va o'simliklar gullab bo'lishi bilan bu kasallik ham o'z-o'zidan yo'q

bo'lib ketadi.

Allergik rinit tasnifi.

1. Usimlik changi va uy changi bilan bogliq allergic rinit.
2. Infeksion allergic rinit.
3. Homiladorlik allergic riniti .
4. Dori allergic riniti.
5. Psihamotor allergic rinit.
6. Vazomotor allergic rinit

Burun bo'shlig'i shilliq pardasining yallig'lanishiga allergik vazomotor rinit deyiladi. Kasallik mustaqil ravishda yoki bronxial astmaning darakhchisi sifatida paydo bo'lishi mumkin.

Kasallikning surunkali kechishi, burunda, tomoqda uzoq vatgacha qichishish alomatining paydo bo'lishi va boshqa klinik belgilar kishida allergik vazomotor rinit (tumov) borligidan dalolat beradi .

Allergik rinit turlari.

Allergik tumov turlariga ko'ra yil davomida va mavsumiy bo'ladi. Tumov yengil dardday ko'rinadi, lekin u bolalarni uyqudan qoldiradi, holsizlantiradi, ishtaxasi pasayadi. Asab tizimida ham o'zgarishlar kuzatiladi. Kasallik boshlanishida bir necha soat o'tiboq burun bita boshlaydi, bosh og'rig'i boshlanadi bemor ketma-ket surunkasiga aksirib, burun va ko'z shilliq qavatlaridan to'xtovsiz suyuqlik ajrala boshlaydi. Burun orqali nafas olish qiyinlashadi. Shamollashdan keyin kelib chiqqan o'tkir tumovdan farqli ravishda, allergik tumov butunlay boshqacha tarzda kechadi.

Allergik tumov o'simliklarning changlanish davrida boshlanadi, shuning uchun ham bu kasallik bahor, yoz, kuz fasllarida qo'zg'alib bir necha yillar davom etadi. Allergik tumov butun organizm faoliyatini izdan chiqaradi. Qon bosimining pasayib ketishi, ichki sekretiya bezlari faoliyatini susayishi, hazm qilishning og'irlashuvi va xokazolar shular jumlasidandir. Burun orqali nafas olishning haddan tashqari qiyinlashuvi, burun bo'shlig'ida qattiq qichishish, achishish alomatlari, burundan beto'xtov suyuqlik ajralib turishi, allergik tumovning belgilaridir. Qichishish alomatlari faqat burun bo'shlig'ida emas, halqumda ham sodir bo'ladi va quloqqa ham o'z ta'sirini ko'rsatadi. Shu o'rinda bolalar allergologiya bo'limiga murojat qilgan bolalarga tibbiy yordam ko'rsatiladi.

Allergik rinitlar kechishi bo'yicha o'tkir, o'tkir osti, (mavsumiy) va surunkali kechadi. Allergik rinit mavsumiy kechadi, bunga misol

tariqasida kasallikning klinik belgilari daraxtlarning gullash vaqtiga to'g'ri kelishini "mavsumiy tumov" (pollinozlar) ni misol keltirish mumkin, gullarning changiga bolalarda sezuvchanlik yuqori bo'ladi.

O'tkir allergik rinitda burun bitish xissi, kam miqdorda shilliq ajralishi, tana harorati normal yoki subfebril, uyqusi buzilgan, ko'p terlaydi, asab qo'zg'alishlari yuqori bo'lishi mumkin. Bu belgilarning barchasi bir necha soatdan bir necha kungacha saqlanib turishi mumkin.

Burun bushlig'i rinoskopik tekshiruvda shilliq qavatlarida shish, k o'karish yoki rangparlikni ko'rish mumkin. Tomir toraytiruvchi preparatlar odatda samarasiz.

O'tkir osti va surunkali allergik rinitlarda paroksizmal aksirishlar, burundan rangsiz shilliq ajraladi, ba'zi bemorlarda ajralma quyuq. Burun soxasida ko'pincha qichishish kuzatiladi, bemorlar doimiy ravishda burnini artib turadi "allergik salyut". Ba'zan allergik rinit qo'zg'alishi faqat burun bitishi bilan, ajralmasiz kechadi. Allergik rinit bilan bir vaqtda kon'yuktivit, yuzda shishlar va rangparlik, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik, taxikardiya, terida allergik toshmalar kuzatiladi. Kasallik qo'zg'alish davrida tana harorati normal bo'ladi. Bemor ahvolining yomonlashuvi bir necha soatdan, bir necha kungacha davom etishi mumkin, kasallikni tezlashtiruvchi omillar nafaqat allergen bilan bog'liq, balki psixogen omillar, charchash, ob havoning o'zgarishi bilan, har xil xidlar, soviqqotish bilan ham bog'liq bo'ladi.

Surunkali allergik rinitda bemorlarda xuruj oraliq davrida doimiy bosh og'rig'i, tez charchash, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik kuzatiladi bunday holatlar bolaning maktabdagi o'zlashtirish ko'rsatgichlarning pasayishiga olib keladi.

Rinoskopiyada burun bo'shlig'i shilliq qavatlarida (qo'zg'alish davrida) shish, rangparlik, havorang tusli o'zgarishlar, o'rta va pastki burun yo'llarining torayishini ko'rish mumkin.

Infektsion rinit 7-10 kun burun bushligidan suyuklik ajralishi bilan namoyon buladi. **Homiladorlar riniti** homiladorlikning 1-oyidan 3-oyigacha davom etadi.

Dori allergic riniti uzok vakt homiladorlikdan saklanish uchun kullaniladigan dorilarni kabul kilganda yuzaga keladi.

Psihomotor rinit burun bushligidan suyuklik ajramaydi kichishish kuzatiladi.

Allergik vasomotor rinit- burun bushligi shillik kavatining yalliglanishi natijasida kuzatiladi. Kasallik mustakil yoki bronchial

astma darakhchisi sifatida paydo bulishi mumkin.

Kasallikning surunkali kechishi, burunda, tomokda uzok vakt kichishish bulishi allergik vasomotor rinit borligidan dalolat beradi. Allergik rinit bolalarda sinusitlar, evstaxiitlar, otitlar va boshqa allergik kasalliklar bilan birga kechishi mumkin.

Allergik sinusitlar.

Allergik sinusitlar ko'pincha allergik rinit asorati sifatida rivojlanadi. Klinikasida asosan bosh og'rig'i, uch shoxli nerv chiqish joyiga bosib ko'rilganda og'riq, rangparlik va yumshoq to'qimada shishlar, burun bitishi, tumov, burun soxasida qichishish kuzatiladi.

G'ayri tabiiy (atopik) bronxial astma.

Allergik xususiyatga ega bo'lgan kasalliklar orasida bronxial astma hastaligi birinchi o'rinda turadi. Bronxial astma keyingi yillarda faqat kattalar orasidagina emas, balki bolalar orasida ham keng tarqalgan kasallikka aylanib bormoqda.

«Astma» - grekcha « bo'g'ilish » ya'ni nafas olishning qiyinlashuvi degan ma'noni anglatadi. Astma kasalligi hozirda 2 katta guruhga .

1. G'ayritabiiy (atopik) bronxial astma .

2. Mikroblar (infeksiyon – allergik) tarqatgan bronxial astma .

G'ayritabiiy bronxial astmaning kelib chiqishiga turli tuman o'simliklarning changlari, uy changi , hayvonlar (qo'y, echki. quyon, it, mushuk, odamning sochi va h.k.) har-xil mo'ynalar, uy baliqlarining yemishi–dafniya, ximik moddalar, vaksina, turli dori darmonlar sababchi bo'ladi. Aniqlanishicha, Respublikamiz sharoitida g'ayri tabiiy astmaning kelib chiqishida 1-o'rinda , uy changi esa 2- o'rinda egallaydi. G'ayri tabiiy astma bilan mikrobli (infeksiyon–allergik) astma o'rtasida anchagina farq bor .

Atopik astma.

Asosan bahor, yoz va kuz oylarida y'ani turli tuman o'simliklar gullab changlanishi davrida avj olib , ketma ket xuruj berishi mumkin , bunday astmasi bor bemorlariga qish fasli «oltin» fasli hisoblanadi, chunki bu davrda ular o'zlarini batomom sog'lom his qiladilar. Mikroblar ta'sirida kelib chiqadigan astma yil bo'yi davom etaveradi ham. G'ayritabiiy astma xuruji birdaniga sababli allergen bilan aloqada bo'lganda so'ng 15-30 daqiqa orasida boshlanadi. Mikrobli astmada esa xuruj boshlanishidan 2-3 kun ilgari yo'tal, tumov belgilari paydo

bo'ladi so'ng nafas qisish boshlanadi. Atopik astmada infeksiyon allergik bo'g'ilishdagiga o'xshash suyak sistemasida, jumladan ko'krak qafasida o'zgarishlar unchalik namoyon bo'lmaydi, astma huruji vaqtida qilingan adrenalini yoki efidrin tezda yordam beradi, mikroblilik astmada esa bu hol sekin asta bo'ladi. Yosh-go'dak bolalarda astma xuruji tugaganda nafas olishi va chiqarishi qiyinlashib, bola ko'karadi. Ma'lum bir holatda o'tirish uchun imkoniyat bo'lmaganligi sababli, bola haddan tashqari bezovtalanib, ona qo'lidan tushmay qoladi. Maktab yoshidagi bolada xuruj boshlanganda esa bola ma'lum vaziyatni divan chetiga, o'tirib ikki qo'li bilan tayangan holda sag'al egilgan vaziyatni) egallaydi. Bunday holatda bolaning nafas chiqarish va olishi bir muncha yaxshilanadi. Xuruj tutish vaqtida o'pkadan va bronx yo'llaridan har xil xushtakli quruq xirillash eshitiladi, buni hatto masofadan turib eshitsa ham bo'ladi. Astma xurujini adrenalini, efedrin, alupent, astmoid kabi dorilarni qo'llanib bartaraf qilinadi.

Xuruj tutish o'tgandan song , uning asorati g'ayritabiiy astmada 12 kun ichida yo'qoladi, mikroblilik astmada esa bir haftagacha va undan ortiqroq vaqtgacha davom etadi.

Shuni aytib o'tish kerakki, Respublikamiz sharoitida bola organizmining sezgirligi faqat o'simlik changlariga emas, balki o'simlik changlari bilan birga uy changi, hayvonlar juni tasirida ham oshib ketishi mumkinligi qayd qilindi.

Bemor bolani allergolik bo'limda tekshirishdan o'tkazilganda, uning sezgirligi o'simlik changlariga ham yuqori darajada (++++) oshib ketgan. Bemor bolani maxsus usulda davolash uchun bolalar allergologiya bo'limiga yetkaziladi.

Atopik astma kasalligini oldini olinib, tez dovolanmasa keyinchalik ko'p yillar davom etib , natijada har xil asoratlar keltirib chiqarishi mumkin. Atopik bronxial astmani faqat maxsus mutaxassis vrach davolab oxirigacha yetkazishi mumkinligi isbotlandi.

Eshakyemi yoki Kvinke shishi tana terisi va shilliq qavatlariga toshma toshishi hamda qattiq qichishishi bilan xarakterlanadigan kasallik-eshakemi birdaniga paydo bo'ladi.

Ko'pincha eshakyemi har xil ovqat (baliq, tuxum, qulupnay, qo'ziqorin, malina va boshqalar) moddalarni bazi bir xil dorilarni ichgandan so'ng ruxiy azoblanish oqibatida kelib chiqadi. Eshakemi kasalligini paydo bo'lishida o'simlik changlari ham ma'lum darajada ro'l o'ynashligi isbotlangan.

Bizning sharoitimizda g'o'za, sho'ra, shuvoq, mosh kabi o'simliklarning changlari kasallikni paydo qiladigan changlar jumlasiga kiradi. Kasallik bemor badanida dastlab qattiq qichishish paydo qiladigan kattaligi gugurt boshchasidan to kishi kafticha keladigan qavariq toshhii bilan boshlanadi. Bu qavariq terining sog' qismidan bir oz bo'rtib ko'tarilib turadi.

Eshak yemi oldin tananing yuz, bo'yin qisimlarda paydo bo'ladi, keyinchalik boshqa yerlariga toshadi. Bu kasallikda qichishish nixoyatda kuchli bo'lib, hatto bemor o'zini qo'yarga joy topa olmay qoladi.

Qichishish kasalning asabiga qattiq ta'sir qilishi oqibatida uni serjaxil qilib qo'yadi. Teri qavarqi ba'zi hollarda tananing ayrim-ayrim bo'laklarida g'oyat katta toshishi mumkun. Bunday katta toshmaga Kvinke shishi deb nom berilgan.

Kvinke shishi ko'z qovoqlarida, labda, lunj va terining boshqa qisimlarida paydo bo'lishi mumkun. Kvinke shishi ichki a'zolarning shillqi qavatlarida paydo bo'lishi nixoyatda xavflidir. Kvinke halqumda paydo bo'lsa, bemor havo olishdan qiynalib halok bolishi mumkun. Bunday shish ichak shilliq qavatlarida paydo bo'lsa, ichak harakatini izdan chqarib, ovqatni o'tkazmay qo'yadi. Xar ikkala holda ham bemorga tezda tibbiy yordam ko'rsatishga to'g'ri keladi. Agar eshakemi ichak shililq qavatlariga ham toshsa, unda kasallikning yuqorida bayon qilingan belgilariga yana qattiq qorin og'rig'i ham qo'shiladi. Bu ko'pincha bemorni hatto shifokor jarrohga murojat qilishga majbur etadi.

Bunday qattiq qichish alomati bemorning markaziy asab tizimi ishdan chiqishiga, uyqushi susayishiga, o'zining injiq bo'lib qolishiga sabab bo'ladi. Yaqin bir yildan beri yuzining lab qismida, ko'z qovoqlarida va tilni vaqti-vaqti bilan shishi ma'lum bo'ldi. Bunday shishning paydo bo'lishi, toshma toshishi, qattiq qorni og'rig'i bilan o'tadi. Qizning oilasida-eshakemi va qand kasalligi borligi aniqlandi. Qiz bolalar allergologik markazida maxsus usullar bilan tekshirilib, uning sezgirligi yovvoyi o'simliklar changgi tasirida oshib ketganligi aniqlandi. Qiz allergologik bo'limga yotqizilib davolandi va tuzalib chiqib ketdi.

Pollinozlarning kam uchraydigan turlari. Pollinozlarning kam uchraydigan turlariga migren, ingichka ichak va yo'g'on ichaklarning yalig'lanish kasalligi-enterokolit, buyrak jomlari shilliq pardasi va

buyrakning yalig'lanishi-piyellonefrit va boshqalar kiradi.

Ekzogen allergik alveolitlar (EAA).

EAA – bu kasallik aniq allergenlarning nafas olishda organik yoki noorganik changlar, zambrug'lar, bakteriyalar, va boshq. O'pkaga tushishi bilan, va alveola, o'pkaning interstisial to'qimasi zararlanishi bilan kechadigan kasallik hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda EAA ning kelib chiqishida bir qancha omillar mavjud: saprofit zambrug'lar tutuvchi o'simliklar, (termofil aktinomistitlar, aspergellalar, va penistillinlar, qushlar oqsili, hayvonlar va baliq oqsili, hashorotlar.antigeni.).

Antigen turiga qarab EAA lar turlicha nomlanadi “fermerlar o'pkasi” xo'l donlar bilan ishlaydigan oilalarda “kaptarchilar o'pkasi” kaptar boquvchilar, “to'lqinsimon to'tiqush o'pkasi” to'tiqush boquvchilar, termofil aktinomistitlar: “pishloqchilar o'pkasi”- penistillin guruhi chaqirgan alveolitlar. “zamburug' o'pka” zamburug' yetishtiruvchilarning farzandlarida uchrashi mumkin. EAA ko'pincha kattalarda ko'p uchraydi, chunki bu kasbiy kasalliklar turiga kiradi.

EAA ning klinik kechishi. 1) O'tkir 2) O'tkir osti.

3) Surunkali.

Kasallikning klinik kechishi turlari bola organizmiga qancha miqdorda antigen tushganligi bilan bog'liq. Masalan ko'p miqdorda allergen organizmga tushsa kasallik o'tkir kechadi. Allergenning kichik dozasi esa kasallikning surunkali kechishiga olib keladi.

Patogenezi.

EAA ning patogenezi oxirigacha o'rganilmagan. Allergen ingolyasiyasi natijasida maxsus IgG xosil bo'ladi. Patologik jarayonni borishida immun kompleks muhim ahamiyat kasb etadi. Faol komplement ta'siri natijasida yoki leykositlar zararlanishi natijasida ajralib chiqadigan lizosomal fermentlar immun kompleksni fagositlovchi ta'siridan to'qimalar zararlanadi.

Allergen bilan kontakt takrorlanganda faol alveolyar makrofaglar fibrviloyatlar proliferastiyasini, fibrviloyatlarning kollagen sekresiyasi interstisial o'pka fibrozini rivojlantiradi.

Shunday qilib har xil limfostitlar (SD4+, SD8+) o'pka to'qimasining IV tur gipersezuvchanlik reaksiya jarayoni bo'yicha zararlashi mumkin.

EAA o'tkir osti turida obstruktiv bronxiolit klinikasi xos.

EAA surunkali turida alveola va bronxlar devorida fibroz o'zgarishlar kuzatiladi, keyinchalik bu o'zgarishlar o'pka to'qimasi arxitektonikasining buzilishiga olib keladi va "uyali o'pka", bronxoektazlar rivojlanadi.

EAA ning o'tkir turi infeksiyon alveolitlar klinikasiga (isitma, hansirash, balg'amsiz yo'tal, holsizlik, ko'krak qafasida, muskullar, bo'g'imlarda og'riq, bosh og'rig'i) o'xshash bo'ladi.

Auskultasiyada mayda, o'rta pufakli, ba'zan quruq xushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Allergen bilan kontakt to'xtagandan so'ng 12-48 soat o'tgach klinik simptomlar yo'qoladi. Allergen bilan kontakt takrorlansa kasallik qo'zgalishi mumkin.

Allergen bilan kontakt uzoq davom etishi kasallikni surunkali kechishiga va fibroz jarayonining rivojlanishiga, hansirashning kuchayib borishiga, ozib ketish, o'pka gipertrofiyasi, o'ng qorincha gipertrofiyasi rivojlanishiga olib keladi.

Tashxislash.

1. Anamnez yig'ish.
2. Klinik simptomlarni aniqlash.
3. Provakastion ingalyasion testlar o'tkazish.
4. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
5. Qonda leykositoz, leykositar formula chapga siljishi, SOE oshgan, eozinofiliya.
6. Qon zardobida IgG maxsus antitanalari aniqlanadi. (Outerxoni sinamasi musbat).

Pollinoz kechishining 3 ta davri tafovut etiladi:

1. Bahorgi davr - aprel oyining o'rtalarida may oyining oxirigacha (yongoq, qayin va olcha gullashi bilan bog'liq).

2. Yozgi davr-iyun oyining boshidan iyul oyining oxirigacha. Pollinoz bu davrda bir qancha o't-o'lanlar, timofeevka, tulki dumi, sho'ra, shuvoq, raygress.

3. Yoz-kuz davrida - iyun oyining ohiri oktyabrning boshlarida.

Bu davrda polin, lebeda gullaydi. Bundan tashqari polin changi, kungaboqar va makkajo'xori changlari ham asosiy allergen xususiyatli o'simlik sanaladi. Pollinozning tarqalishi boshqa allergik kasalliklardagi kabi yildan yilga oshib bormoqda.

Pollinoz klinik ko'rinishi namoyon bo'lishi uchun quyidagi mezonlar bo'lish kerak.

1. Chang - shamol uchiruvchi o'simliklarga tegishli bo'lishi kerak
2. Pollinoz rivojlanishi uchun chang yuksak allergenlik xususiyatiga ega bo'lishi kerak.

3. Chang - uzoq maskanlarga tarqalishi uchun engil va uchuvchan bo'lishi kerak.

4. Kasalning kelib chiqishi uchun o'simliklar ko'p tarqalgan bo'lishi kerak. Bolalarda pollinoz (44%) ovqat allergiyasi bilan yo'ldosh bo'ladi.

- irsiy moyillik -65%

- allergik rinit -95%

LOR organlaridan: kekirdak patologiyasi -25%

- Burun - halqum -15%

- halqum -10%

- o'rta quloq-8%

Pollinozning klinik shakllari 5 hilda farqlanadi.

1. Pollinozning rinokonyuktival shakli

2. Pollinozning bronxit asmoid sindromi bilan kechuvchi shakli

3. Pollinoz ko'rinishdagi Bronxial astma shakli

4. Pollinoz ko'rinishda o'tkir toshmalar shakli

5. Pollinoz ko'rinishda Kvinke shishi shakli

Allergik konyuktivitning turlari va klinikasi.

1.O'tkir allergik kon'yuktivit.

Yuqori sezuvchanlikga xos bo'lgan tez kechar turdagi kasallik hisoblanadi. Bunday bolalarning ko'z ajralmalarida immunoglobulin E va eozinofillar miqdori ko'p bo'ladi. Kasallikka tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi, chunki kasallikning belgisi mavsumiy bo'ladi va allergenlarni organizmga ta'siri bilan bog'liq bo'ladi.

2.Bahorgi kon'yuktivit.

Bu kasallik surunkali bo'lib sababi noaniq. Bolalarda atopik bo'lib, asosan bahorgi va yoz mavsumida rivojlanadi. 14 yoshgacha bo'lgan bolalarning 80 % shifokorlarga murojat qiladi. O'g'il bolalarda qizlarga nisbatan 3 barobar ko'p uchraydi. Bahorgi kon'yuktivit ko'pincha issiq iqlim sharoitida rivojlanadi. Bolalarda limfoid hujayralar va qovoqning zaralanishi, follikula va so'rg'ichlar gipertrofiyasi kuzatiladi, ayniqsa yuqori qovoq kon'yuktivasida ko'p uchraydi.

3. Kontakt teri kon'yuktiviti.

Kontakt teri kon'yuktiviti tarqalishi jihatidan allergik kasalliklar orasida ikkinchi o'rinni egallaydi. Bu kasallik asosan immun mexanizmining buzilishi va ko'z shilliq qavatlarining qo'zg'alishi natijasida kelib chiqadi. Kontakt dermato kon'yuktivitning immun turi IV turdagi hujayra reaksiyasi hisoblanadi. Bu kasallikning erta bosqichlarida pufakchalar paydo bo'ladi. Bemorlar shifokorlarga murojat qilgan vaqtda pufakchalar yorilgan va qovoqlar qalinlashgan, eritematoz bo'ladi; odatda qovoqning qipiqlanishi kuzatiladi. Kon'yuktiva zararlanganda ko'zda qizarish va suyuqlik ajralishi kuzatiladi. Bemorda doimiy qichishish va ko'zda achishish hissi mavjud bo'ladi.

Klinik belgilari.

- rinokonyuktival belgilar
- ko'zdan yosh oqishi
- ko'z qichishi
- ko'z qizarishi
- ko'z nervini shikastlanishi
- ko'z ichida «qum borgligi» hissi
- yorug'likdan qo'rqish
- og'ir hollarda blefarospazm ko'riladi
- ko'zning qovog'ini shishishi
- burundan shilliq oqishi
- burunni qichishi
- xurujsimon aksirishlar
- nafas olishini qiyinlashishi
- tez charchash, terlash, ishtahani yo'qligiga
- bezovtalanishlar, uyqusini buzilishi, Rinoskopiyada-shilliq qavat

oqish kul rangda, shishgan

Seroz shilliq qavatlari-tarkibida ko'p miqdorda eozinofillar topiladi.

Tashxislash.

Asosan allergoanamnez to'g'ri yig'ishdan boshlanadi:

- bunda kasallikning mavsumiyligi, protsess lokalizasiyasi aniqlanadi;
- irsiy moyillik surishtiriladi;
- chang allergenlari bilan teri skarifikastion sinamalar o'tkaziladi;
- bundan tashqari provakasion testlar o'tkazilishi mumkin; ☑ periferik qonda eozinofillarning miqdori oshishi kuzatiladi.

Qiyosiy tashxislash.

Pollinozni adenovirusli kasalliklar bilan taqqoslash mumkin.

Adenovirusli kasallikka xos bo'lgan belgilar:

- tana harorati ko'tariladi;
- kasallik qisqa muddatli (7-10 kun); ■ periferik qonda eozinofiliya bo'lmaydi.

Davolash.

1. Antigistamin preparatlarni 7-10 kundan so'ng almashtirish mumkin.

2. Antiliberatorlar: intal 1 kapsuladan haftada 4 marta, ketotefen kuniga 1/3 tabletka sxema bilan 6-oygacha tavsiya etiladi.

3. Gistoglobulinoterapiya jadval bilan 0,2, 0,3, 0,5, 0,8, 1,0-1,5 yoshgacha. 0,3, 0,5, 0,8, 1,0-1,5-2,0 -6 yoshgacha

4. Adsorbentlar: karbolen 1 tab. 3 mahal, ovqatdan keyin .

5. Kalsiy preparatlari.

6. Ko'zga tomchi yoki mazlar: levomisetin 0,25% allergodil, Aykiral 4%- 1tomchidan 10 kun davomida.

7. Burun bo'shlig'iga vibrastil 15ml, 1tomchidan 3mahal 10kun davomida, naftizin 0,05%, Ifiral 2%-1 tomchidan 3mahal 10 kun davomida

8. EAA da Allergen bilan kontakti to'xtataish lozim. Barcha bemorlarga kortikosteroid terapiya buyuriladi: prednizolon 1 mg/kg 3%-1 ml, tab 0,005mg simptomatik davomida.

9. Immunomodulyatorlar T-aktivin, timalin.

10. Mikrob preparatlari: pirogenal, levamizol, prodiogozan.

11. Gammaglobulin preparatlari: immunoglobulin protivoallergicheskiy.

Profilaktika.

Pollinozlarning oldini olishda ko'riladigan choralardan biri allergenli o'simliklar changini bemorning yuqori nafas yo'llariga tushirmaslik uchun kurashishdir. Buning uchun bemor organizmining sezgirligi qaysi o'simlik changiga oshib ketganligini aniqlab, shu o'simlik gullash davrida bemorni o'sha allergenli o'simlik o'sadigan erdan boshqa joyga ketishi tavsiya qilinadi. Bundan tashqari, bemor shu davrda og'iz va burunlarini 4 qavatli namlangan doka bilan o'rab yurishi kerak bo'ladi. Ko'z shilliq pardasini himoya qilish maqsadida maxsus ko'zoynak tutish foydalidir. Pollinozlarning keng tarqalganligi

va uning og'ir o'tishi tufayli davolashda ko'pgina usullarni tavsiya qilishga to'g'ri keladi. Bu usullarning hammasi organizmni allergenga nisbatan turg'unligini oshirishni ko'zda tutadi.

Bemor uchun tavsiyalar:

- rasional ovqatlanish, gipoallergenli parhez;
- yoshga bog'liq rejimga rioya qilish;
- O'tkir yallig'lanish kasalliklarini o'z vaqtida to'g'ri davolash;
- chiniqtirish mashqlari bilan shugullantirish;
- uyni toza tutish hamda har kuni tozalab turish (chang yutkich bilan).

Reabilitasiya.

1. Bir yilda 3 marta allergolog maslahatiga kelish.
2. Birinchi 2 yil «Dispanser» nazoratiga olib sog'lomlashtirish rejasi tuziladi.
3. Tor mutaxassislar ko'rigidan o'tkazib, infektsiya o'choqlarini yo'qotish, mavjud kasalliklarni davolash.
4. Mavsum oldidan profilaktik davolash.
5. Bir yilda bir marta maxsus giposensibilizasiya o'tkazish.
6. Bir yilda bir marta sanator-kurort davolanish.

4 mavzu. Ovqat allergiyasi.

Ovqat allergiyasi - bu oziq ovqat mahsulotlariga bo'lgan allergik reaksiya bo'lib, bolalardagi umumiy allergik kasalliklar orasida asosiy o'rinni egallaydi. Bir yoshdan uch yoshgacha bo'lgan bolalarda ovqat allergiyasi ko'proq uchraydi, olti oygacha bo'lgan bolalarda anafilaktik shok holatlari kuzatiladi 2000 boladan bittasida, bu asosan birinchi bor qo'shimcha ovqat berilganda .

Oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslikning asosiy sabablarini shartli ravishda 4 guruhga bo'linadi.

1. Hazm qilish trakti kasalliklari (yallig'lanish, distrofiya, funksional buzilishlar, dizbioz yoki ichak mikroflorasining buzilishi).
2. Enzimopatiyalar (me'da ichak traktining tug'ma va orttirilgan ferment yetishmovchiligi).
3. Psixogen va ta'm sezish omillari ya'ni o'ziga xos xususiy odatlar asosida yuzaga kelgan omillar
4. Ovqat allergiyasi (birlamchi va ikkilamchi allergiya).

Ovqat allergiyasida allergen vazifasini oziq-ovqat mahsulotlari bajaradi. Oziq-ovqat mahsulotlari parchalanib, qondagi sirkulyasiya

qiluvchi hamda to'qimalardagi antitelalar bilan ta'sirlanadi. Ovqat allergiyasi bizning mamlakatimizda va chet el bolalarda ko'p uchraydi. Buning asosiy sababi bolalarni sun'iy boqish va noto'g'ri ovqatlanirish hisoblanadi.

Oziq-ovqat mahsulotlarini yomon qabul qilinishi hamisha antigenantitana reaksiyasi bilan bog'liq bo'lmaydi, balki bir necha xil sabablar asosida rivojlanadi:

- hazm qilish organlari kasalliklari;
- fermentlar tanqisligi;
- ichak disbiozi.

25% hollarda oziq mahsulotlarini yomon qabul qilinishi immunologik jarayon bilan bog'liq bo'ladi. Ovqat allergiyasiga olib keluvchi asosiy omillar hazm qilish a'zolarining anatomo-fiziologik va immunologik buzilishi hisoblanadi. Bolalarda ovqat allergiyasi ichakjigar bar'erining ovqat allergiyalari uchun o'tkazuvchanligining oshib ketishi bilan bog'liq. Ovqat allergiyalari quyidagilar hisoblanadi: hayvonot va o'simliklar oqsillari (sut, go'sht, baliq mahsulotlari, asal, sitrusli o'simliklar, yong'oq, kakao, shokolad). Xullas, barcha oziqovqat mahsulotlari allergen bo'lishi mumkin: sigirni sutida 5 ta antigenli substansiyalar bo'ladi:

1. alfa-laktoalbumin;
2. betalaktoglobulin;
3. kazein;
4. lipoproteinlar;
5. albumozlar va peptonlar aralashmasi.

Beta-laktoglobulin kuchli allergenlik xususiyatini namoyon qiladi, suvda yaxshi eriydi, sut qaynatilganda parchalanadi. Sutning allergenlik xususiyatini kamaytirish maqsadida 100 gradusda 10 daqiqa qaynatish lozim. Ovqat allergiyasi kuzatilgan bolalarning ko'pchiligi tekshirilganda quyidagilar aniqlanadi;

- sutga o'ta sezgirlik - 40%
- tuxumga - 33%
- baliq mahsulotlariga - 12%
- meva sabzavotlarga - 6%

Bundan tashqari bolalarda donli o'simliklardan bug'doyga, grechkaga va soyaga ham allergik reaksiyalar bo'lishi aniqlangan.

Bug'doyda glyutein moddasi bo'lib u ichakda ferment yetishmovchiligini chaqirishi mumkin. Bunday holatlarda ko'pincha seliakiya rivojlanadi.

Seliakiya kelib chiqish sabablari har xil. Bu kasallikning kelib chiqishida ham allergenlar katta rol o'ynaydi.

Bolalardagi me'da-ichak yo'llari allergik kasalliklarini davolashda kasallikka sabab bo'lgan allergenlarni aniqlab, kuchli allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan oziq-ovqat maxsulotlarini rasiondan chetlatish lozim.

Seliakiyani davolashda parxez tutish muhim. Bug'doyli bo'tqalar o'rniga ko'proq jo'xori uni, kartoshka, ho'l mevalar, tvorog tavsiya etiladi.

Irsiy moyillik ham bolalarda ovqat allergiyasi rivojlanishida muhim ahamiyat kasb etadi (allergik diatez holatlari).

Patogenezi.

Ovqat allergiyasi rivojlanishi mexanizimining asosida ichaklar yuzasida antigenlarning ko'p hosil bo'lishi yotadi. Bunga ko'p ovqatlantirish va norasional ovqatlantirish olib keladi. Fermentlar genetik yetishmovchiligi ham ovqat allergiyasini chaqiradi immunoglobulin A tanqisligi ham asosiy patogenetik omildir.

Hozirgi davrda me'da –ichak yo'llarining allergik kasalliklari bilan og'rigan bolalar ko'p uchraydi. Bunga asosan onaning bolani ko'krak suti bilan boqmasligi, sun'ii ovqatlantirishi va sifatsiz oziq ovqat maxsulotlari bilan bolani oziqlantirishi sabab bo'ladi. Chaqaloqlarning nimjonligi, meyoridan ortiq ovqat edirishi, va su'niy ovqatlantirish natijasida chaqaloqlarda ko'pgina a'zolarining zo'riqishi natijasida normal ichak florasining buzilishi kuzatiladi.

Ona sutining o'rnini hech narsa bosa olmaydi chunki sut tarkibida oqsil yog' va uglevodlar bor. Ona sutida yana vitaminlar: A, V, S va D shuningdek organizmning turli yuqumli kasalliklariga qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshiradigan antitanalar (antitoksinlar, bakteriolizinlar, aglyutininlar) ham bo'ladi.

Me'da-ichak yo'llarining o'simlik changlaridan kelib chiqadigan yalig'lanish kasalligi-**allergik gastrit** o'ziga xos klinik alomatlar bilan kechadi. Bunda oshqozon bezlari ko'p sekret ishlab chiqaradi, harakati kuchayadi.

Oshqozon shilimshiq moddasida oq qon tanachalarining turkumilimfostitlar ko'payib ketadi. Yo'g'on ichakning yalig'lanish kasalligi bo'lmish kolitning kelib chiqishida o'simlik changlari sabab bo'lsa, bu ma'lum faslda qo'zg'alib, har hil klinik ko'rinishda kechadi.

Masalan:

Allergik enterokolit-yo'g'on va ingichka ichaklar ayni bir vaqtda o'simlik allergenlari ta'sirida yallig'lanadi, qorinning dam bo'lishi, og'riq turishi shilliqli ich ketish kasallikning asosiy belgilari hisoblanadi.

Sanchiq-bola qornining o'qtin-o'qtin sanchib og'rishi bo'lib, og'riq unga birorta yangi ovqat bera boshlagandan 7-10 kun o'tgach paydo bo'ladi. Bu og'riq ichak shilliq pardasidagi allergik reaksiya oqibatida paydo bo'ladi. Sanchiqning juda kuchli bo'lishi boshqa allergik kasalliklar (ekzema, astma) bilan og'rigan bolalarda kuzatiladi.

Bolalardagi me'da ichak yo'llari allergik kasalliklarni davolashda albatta kasallikka sabab bo'ladigan allergenlarni aniqlab, kuchli allergenlik hususiyatiga ega bo'lgan ovqatlar: kakao, shokolad, tuxum, baliq, asalni iste'moldan cheklash kerak.

Shuning uchun turli allergik kasalliklarni, shu jumladan, pollinozlarning oldini olish uchun bolani ko'krak yoshida ona suti bilan boqish maqsadga muvofiqdir.

Ovqat ALLERGIYAsining klinikasi :

- kuchli uzoq muddatli qusish;
- qorinda og'rik paydo bo'lishi;
- diareya: najas suyulishi, qon aralash ich ketish;
- ichaklardan qon ketishi: massiv, yashirin;
- qon aralash qusish;
- enterokolit:

1) qon aralash ich ketishi; 2) qon aralash qusish; 3) qorin istisqosi.

Yarali kolit-oqsilsiz istisqo, oqsilsiz shishlar me'da ichak yo'lidan qon ketishi.

Gipoproteinemiya -qonda oqsil kamayishi. Ich ketishi - defekastiya aktini qiyinlashishi Stomatit, glossit.

Tashxislash:

■ To'g'ri yig'ilgan allergeoanamnez. (Ovqatlanish kundaligini yozib borilganligiga etibor qaratish, iste'mol qilingan ovqat miqdori va sifatiga e'tibor berish).

■ Ovqat kundaligini tekshiramiz (qaysi ovqatdan keyinligini aniqlash) Eliminasion sinamani qo'llash.

■ Klinik belgilariga asoslangan holda(quyida beriladi).

■ Teri sinamaları asosida (gumon qilingan allergendan) ■ Qonda immunoglobulin E miqdorini aniqlaymiz.

■ Provokasion testlar natijalariga asoslanamiz.

Qiyosiy tashxislash.

- Ekssudativ diatezlar bilan.
- Vitamin yetishmovchiligi bilan.
- Ovqatdan zaharlanish bilan.
- Enzimopatiyalar bilan.
- Psevdoallergik reaksiyalar bilan.

Davolash:

1. Gumon qilinayotgan ovqat mahsulotlarini to'xtatish.
2. Gipoallergenli parhez.
3. Tozalovchi xuqna.
4. Antigistamin preparatlar (1chi , 2chi, 3chi avlodi).
5. Og'ir ko'rinishda kortikosteroidlar (prednizolon 3%-1 ml, 1-3 mg/kg, deksametazon 0,1 %- 1ml, 1-3 mg/kg).
6. Kalsiy preparatlari (10% -5-10 ml, natriiy tiosulfat 30%- 5-10 ml, har bir yoshiga 1 ml dan.)
7. Adsorbentlar (faol ko'mir tabletkalari).
8. Fermentlar (Kreon 10 000 TB
9. Simptomatik davolash.

Profilaktika

1. Bolani ovqatlanish rasioniga yuqori kalloriyali ovqatlarni qo'shmaslik.
2. Erta yoshda yuqori antigen aktivlikka ega bo'lgan oqsil mahsulotlarini qo'shmaslik.
3. Hamma qo'shimcha ovqatlarni yoshiga qarab berib borish va kerakli miqdorda.

Reabilitasiya

1. Bir yilda 4 marta allergolog maslahati.
2. Birinchi 2 yil «D» hisobga olib «Sog'lomlashtirish» rejasini tuzish.
3. Tor mutaxassislar ko'rigidan o'tkazish.
4. Infektsiya o'choqlarini davolash.
5. Bir yilda 1 marta stasionarda davolanish.
6. Maxsus giposensibilizasiya.
7. Sanator-kurort davolanish.

Talabalar uchun amaliy ko'nikmalar.

Tashxislash va atopik kasalliklarni davolashda asosiy ma'lumotlar manbai. Anamnez yig'ishda maksimal va to'liq obektiv ma'lumotlarni olish uchun, Qabul qilingan umumiy qoidalarga rioya qilish kerak. Bemorlarni umumiy tekshirish tamoillari allergik va noallergik kasalliklari bilan o'xshash. Biroq allergik kasallikka chalingan bemorlarni tekshirishda asosiy e'tiborni quyidagilarga qaratish kerak.

1.Qadam: to'ldirish sanasi.

2.Qadam: pasport ma'lumotlari; familyasi, ismi, yoshi va jinsi.

3.Qadam: hozirgi kasallik tarixi:

-kasallikni paydo bo'lishi

-kasallik boshlangandagi bolaning yoshi

- kasallikning kechishi,

- kasallikning davomiyligi,

-kasallik simptomatikasining o'zgarishi, qaytalanishi va cho'ziluvchanligi,

-bir yilda qoldirilgan dars kunlari yoki maktabdagi darslarni o'rtacha xisobi.

- ilgari o'tkazilgan tekshiruvlar va davolashlar.

-hozirda olinayotgan davo.

4.Qadam: oilaviy anamnez, o'tkazilgan kasalliklar.

5.Qadam: kasallikni kechishida tashqi omillar ta'siri.

-kasallik simptomlarini paydo bo'lish vaqti; fasl vaqti, sutkadagi vaqti, hafta kuni.

-kasallik simptomlarini paydo bo'lish vaqtlari; uy sharoitida, maktab, bog'cha va boshq.

-keng tarqalgan allergenlarga reaksiyasi (ovqat maxsulotlari, dori vositalari, uy changi, mog'or zamburug'i quritilgan (o'rilgan) o'tlar, uy hayvonlari hashoratlar ifloslantiruvchi va qo'zg'atuvchi moddalar, tutun hidli moddalar, sovuq ob havoning birdan o'zgarishi. -bola umumiy ahvolining yaxshilanishi

6-Qadam: fizik o'zgarishlarga reaksiyasi

7-Qadam: yashash sharoitlari ,

-yer to'la borligi,- markaziy isitish va havo filtrasiyasi mavjudligi,

-uyda gilamlar borligi va qanaqa materialdan tayyorlanganligi,

-yostiqlar, -adiyollar va matraslarni qanaqa matodan tayyorlanganligi va ularni ishlatish davomiyligi,

-pichan to'kilgan burg'lar va boshqa mog'or zaburug'lar

rivojlanishi uchun omillar mavjudligi,

-uy hayvonlari bilan kontakt,

-kimyoviy moddalar insektisidlar lateksdan tayorlangan maxsulotlar bilan kontakti.

8-Qadam: tashqi muxit ta'sirlarini bartaraf qilishda qo'llaniladigan choralar: namni bartaraf etish, havoni tozalash xomashyo maxsulotlar bilan foydalanish va boshqalar.

Turi allergik kasalliklardan aziyat chekuvchi bemor bollarni klinik allergik to'liq tekshirish usuli.

Ayniqsa teri ko'zlar va nafas a'zolar chuqur tekshiriladi.

1-qadam: zararlangan teri soxasini o'tkazib yubormaslik uchun butun teri qatlamini tekshirish kerak

-bemor teridagi zararlanishlarni haqiqiy emas deb xisoblashi kasallikga aloqasi yo'q deb o'ylashi yoki ulardan uyalib teridagi o'zgarishlarni aytmasligi mumkin

2-qadam: ko'zlar ko'ruvida konyuktivani qizarishini va yoshlanishini, yoki ko'z nuqusonini aniqlash mumkin. Katarakta kasalliklarini kortikosteroyidlar bilan davolashni keng tarqalgan asorati, uni ko'pincha oftalmoskopiyada aniqlash mumkin

Ovqatlanish kundaligi va emelinatsion parhezni tuzish usuli:

Ovqatlanish kundaligidagi hamma turdagi ovqatlar ularning miqdori ovqatlanish vaqti hamda kasallik belgilari paydo bo'lish vaqti va xarakteri aks etiladi va belgilanadi. Ushbu kundalik taxlilda bir necha hafta oldin "aybdor" bo'lgan allergik maxsulotlar ko'lamini aniqlash mumkin.

1-qadam: ovqatlanish kundaligini tuzish.

Simptomlar Ta'rifi

Ovqatlanish sanasi va vaqti	
Menyu	Ovqat tarkibi qayta ishlash va miqdorini
Qorinda og'riqlar	Joylashuvi davomiyligi va xarakteri
Ko'ngil aynishi	Vaqt davomiyligi
Ich ketish	Najas konsistensiyasida qon shilliq aralashmasi bilan
Teri qichishi	Paydo bo'lishi vaqti joylashishi intensivligi
Terida toshma yoki so'gal	Paydo bo'lishi vaqti joylashishi intensivligi

Bosh og'rihi, bosh aylanishi	Paydo bo'lish vaqti, intensivligi Joylashish
Tana harorati	Paydo bo'lishi davomiyligi vaqti va
Burun ajralmalari va bitishi	Paydo bo'lishi davomiyligi vaqti va
Nafasni qiyinlashishi	Paydo bo'lishi davomiyligi vaqti va
Ovoz o'zgarishi	Paydo bo'lishi davomiyligi vaqti va
Yutishni qiyinlashishi	Paydo bo'lishi davomiyligi vaqti va
Umumiy ahvoli	Darmonsizlik qo'zg'aluvchanlik ko'p terlash va boshqalar ularni davomiyligi
Tana haroratini ko'tarilishi	qachon qancha gradus va davomiyligi
Dori preparatlarini ichish	Miqdori, vaqti ularga reyaksiyasi va davomiyligi

Eliminatsion parhez:

Ovqatlanish kundaligidagi aniqlangan maxsulotarni olib tashlagan holda bemor uchun rasionidan quydagilarni olib tashlaymiz.

1-qadam: eliminatsion parhezni prinsipini eng ko'p uchraydigan ovqat allergenlarini olib tashlash kifoya qiladi.

2-qadam: sut va sutli maxsulotlarni olib tashlash (cheklov).

3-qadam: dorilarni olib tashlash.

4-qadam: tuxum va yuqorida aytilgan 3ta ovqat maxsulotini olib tashlash.

5-qadam: olib tashlash to'liq bo'lishi kerak, hattoki shu maxsulotlarni minimal miqdori ham parhez 1-2 haftali muddatga buyuriladi, eliminatsiya samarasi qayd qilinadi.

Asoratlarda shoshilinch yordam.

Kvinke shishi.

1-qadam: allergen bilan antigenni bartaraf etish.

2-qadam: teri ostiga 0.1 %li 0.3-0.5 ml adrenalin yuborish.

3-qadam: mushak orasiga 2.5% 2ml pipolfen, mushak orasiga 2%li 2ml suprastin.

4-qadam: m/o yoki v/i 3% prednizolon 60-90 mg tana vazniga.

5-qadam: ingolyastiya; salbutamol 100-200 mg tana vazniga.

6-qadam: v/i natriy xlor izotonik eritmasi 1% laziks 2-4 ml.

7-qadam: v/i 5 % li 100-200ml aminokapron kislotasi.

8-qadam: v/i natriy xlorni 300ml izotonik eritmasini 30000 tb kontrikal bilan.

Gospitalizasiya qilish shart.

5 mavzu. Dori allergiyasi patogenezi, klinikasi. Tashxislash va davolash. Dori allergiyasining asoratlari.

“Dori allergiyasi” iborasi butun dunyo allergologlari tomonidan qabul qilingan bo‘lib, dori darmonlar bilan davolash oqibatida kelib chiqadigan va ko‘p uchrab turadigan asoratlari nazarda tutiladi.

Rus shifokori E.A.Arkin 1901 yilda bu masalani birinchi marta “dori kasalligi” nomi bilan fanga kiritdi. 1968 yilda B.M.Tareev “dori kasalligi” iborasini “dori allergiyasi” deb yuritish to‘g‘riroq bo‘lishini aytdi.

Dori allergiyasi oqibatida kelib chiqadigan asoratlarni ikki guruhga bo‘lish mumkin. Birinchi guruhga – anafilaktik shok, o‘tkir eshakemi va Kvinke shishi, zardob kasalligi, bronxial astma va boshqalarni kiritish mumkin. Bunda biokimyoviy aktiv moddalar ishtirok etadi, bemorning qon zardobida allergik antitanalar, ya‘ni reaginlar bo‘ladi. Allergik reaksiya tezkor bo‘lib, 15 – 20 daqiqadan 6 soatgacha muddatda yuzaga chiqadi.

Ikkinchi guruhga – har xil teri dermatozlarini kiritish mumkin, bunda allergen bo‘lgan dori epidermal va qo‘shuvchi to‘qimalarni ta’sirlab, u erda har xil yallig‘lanish alomatlarini keltirib chiqaradi. Yallig‘lanish alomatlarining oqibatlari 6-12-24-72 soatda va hatto 9-10 kundan so‘ng yuzaga keladi.

Dori allergiyasining kelib chiqishiga yangidan – yangi dorilarni ishlab chiqarish va medisina amaliyotida keng qo‘llash sabab bo‘lmoqda. Chunki har qanday yangi dori paydo bo‘lishi bilan uni keng qo‘llash boshlanadi, bunday hol yallig‘lanishga qarshi dori moddalari, antibiotiklar va xinin, aspirin, sulfanilamid dori preparatlarini ko‘p ishlatish oqibatida kuzatilgan.

1942 yilda penisillin dastlab qo‘llanila boshlandi, biroq hali hech qanday allergik reaksiya to‘g‘risida hatto gap ham yo‘q edi, ammo qisqa muddat ichida uni ko‘plab qo‘llash oqibatida unga nisbatan odam organizmining sezgirligi oshib ketdi va har xil allergik reaksiyalar yuzaga kela boshladi. Hozirgi kunga kelib antibiotiklar va yallig‘lanishga qarshi dori moddalari qo‘llash oqibatida yuzaga keladigan dori allergiyasi asoratlari birinchi o‘ringa chiqib oldi.

Har xil dorilarga odam organizmi sezgirligining oshib ketishi dori moddalarini qanday usulda qo‘llanishga bog‘liq ekanini yuqorida aytib o‘tgan edik. Masalan, dorini in‘eksiya qilinganda, teriga surtilganda,

ichilganda ularga nisbatan organizmning sezgirligi tez oshib ketadi.

Adabiyotlardan olingan ma'lumotlarga va amaliy tajribalarga asoslangan holda dori allergiyasini immunologik jarayon deb xisoblangan.

Dori allergiyasi organizmga tushgan va qabul qilingan kimyoviy dori vositalarga nisbatan organizmning yuqori sezuvchanligi hisoblanadi, buning asosida haqiqiy allergik reaksiya immunokompleks jarayon bilan bog'liq.

Tibbiyot amaliyotida hozirgi vaqtda antibiotiklardan, birinchi navbatda sefalosporinlarning 1chi, 2chi, 3chi, 4chi avlodlaridan keng qo'llanish natijasida allergik kasalliklarining kelib chiqishiga sabab bo'lmoqda. Dori moddalar ta'sirida kelib chiqadigan allergik kasalliklar, turli-tuman dori moddalarini shifokor maslahatisiz, o'z bilarmonlik bilan qabul qilishi natijasida kelib chiqadi.

Har-hil dorilarni shifokor tavsiyasiz qabul qilish natijasida bemorlar orasida anafilaktik shok holatlari uchrab turibdi.

Anafilaktik shok-dorilarni qo'llanish natijasida yuzaga keladigan kuchli allergik reaksiyadir. Anafilaktik shok bola umumiy ahvolining yomonlashishi bilan boshlanadi. Bola dastlab bezovta bo'ladi, holsizlanadi, nafas olishi qiyinlashadi va ketma-ket yo'taladi. So'lak oqishi, qorinda og'riq yurak sohasida og'riq turishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, tana harorati ko'tarilishi, xushdan ketish anafilaktik shokning asosiy belgilaridir. Bundan tashqari bemorning qon bosimi tushib ketadi, yuragi tez uradi. Sovuq ter chiqib, terisi ko'karib yoki oqarib ketadi, terida angionevrotik shishlar, va urtikar toshmalar toshadi.

Bemor tez-tez yuzaki, shovqinli nafas oladi. Yurak qon-tomir faoliyati ishdan chiqadi. Yuz, til va halqumda shish paydo bo'ladi qorinda va belda og'riq turadi. Vaqti-vaqti bilan mushaklar tonusi oshadi, bolaning oyoq-qo'l mushaklarida klonik tirishishlar kuzatiladi. Anafilaktik shokda bemorga zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatilmasa bu o'limga olib kelishi mumkin.

Kasallikni davolashda allergik hususiyatga ega bo'lgan dori moddalarini berishni darhol to'htatish va ularni organizmdan batamom chiqarib tashlash muhim ahamiyatga ega.

Adabiyotlardan olingan ma'lumotlarga qaraganda dori-darmon qabul qiluvchi insonlarning 10-20% da doridan keyingi asoratlar qolishi kuzatilar ekan. 1990-2003 yillarda stasionarga tushgan 1000 bemorning

50 tasida dori asoratlari kuzatilgan davolanish uchun mahsus shifohonalarga yuborilgan

•dori asoratlarning o'sib borishida onalarning o'zbiarmonlik bilan bolalarini davolashi keyingi vaqtlarda ko'p uchrab turibdi.

•ayrim dorilarga o'rganib qolish va «mehr» qo'yish bir vaqtni o'zida bir qancha dori vositalarini qo'llash (polipragmaziyani kelib chiqishiga sabab bo'lmoqda.).

- Analgetiklar - 14%
- Psixotrop preparatlar - 12%
- Yurak-qon tomiriga ishlatiladigan dorilar - 9%
- anofilaktik shok - 9%
- jigar asoratlaridan - 7%
- hollarda tromboemboliyada - 13%
- buyrak asoratlaridan kelib chiqadi - 10%

Patogenezi.

Organizmga dori yuborilganda har-hil antitelalar ya'ni gumoral immunoglobulinlar IgE, IgG, IgM hosil bo'lishi kuzatiladi. Allergik reaksiyalarning 1-turida dori qabul qilgandan so'ng: -anafilaktik shok

-Kvinke shishi, eshakemi

-allergik rinit

-bronxial astma xuruji rivojlanadi.

2-turdagi allergik reaksiyalarda esa dorilar faol ravishda nishon hujayralar bilan birikadi. Penisillin eritrositlar bilan birikadi. Antitana-Ig G allergik reaksiyalarning 3-turida esa qon tomirlar o'zanida antigenantitanalar, immun komplekslar hosil bo'ladi, bular qon tomirlarining hujayra membranasida to'planadi. Buyrak va teri ko'proq shikastlanadi. Bu reaksiyalarni asosan stefalosporinlar chaqiradi.

4-turdagi reaksiyalar esa (bu sekin kechar) hujayralar immuniteti bilan bog'liq. Klinikada yagona turli reaksiyalar kam uchraydi. Zardob kasalligida immunoglobulin sinflaridan IgE, IgM, IgG ishtirok etadi.

Organizmga medikamentoz allergen ta'sir qilganda 2 bosqichli javob kuzatiladi.

1-bosqich allergen ta'sir qilgandan so'ng boshlanadi.

2-bosqich bir necha soatlardan so'ng boshlanib immunoglobulin IgE, IgD, IgG lar ishtirok etadi.

Dori ALLERGIYAsidan keyin og'ir holatlar:

- zardob kasalligi
- eritema
- Stivens-Djonson sindromi
- Layell sindromi va h.k. lar rivojlanishi mumkin.

Klinikasi.

Dori allergiyasining klinikasi bir qancha xususiyatlarga ega.

1. Umumiy kasalliklarning belgilari bilan tez boshlanib isitmalash.

2. Birdaniga bir qancha a'zolar shikastlanishi.

3. Kasallik belgilarining dorilarga bog'liq emasligi. Dori allergiyasining teri simptomlari polimorf xususiyatga ega bo'lib terida toshmalar dog'simon bo'ladi;

- papulez
- urtikar
- bullez
- eritematoz
- makula-papulez
- vezikulez

1. Organizmni umumiy reaksiyasi medikamentoz asoratlarining klinik tasnifi.

- Anafilaktik shok
- Anafilaktoid reaksiya
- Kvinke shishi
- Gemmorrogik sindrom
- Medikamentoz isitma

2. Teri va shilliq qavati shikastlanishi:

- toksik epidermal nekroz (Layell sindrom)
- eroziyalı ektodermatoz (Stivens-Djonson sindromi)
- artyus fenomeni
- ekzantemalar

3. Nafas yo'llari shikastlanishi:

- allergik rinit
- astmoidli bronxit (dori bronxial astmasi)
- o'pka va plevra shikastlanishi
- allergik pnevmoniya
- Kvinke shishi
- superinfekstiya

4. Yurak qon-tomir tizimi shikastlanishi:
 - yurak nerv tizimi o'tkazish tizimining buzilishi
 - yurak -toj tomiriga toksik ta'sirlar
 - toksikoallergik miokardit
 - allergik perikardit
 - dori gipertoniyasi
 - dori gipotoniyasi va kollaps
5. Gepato- biliar tizimining shikastlanishi:
 - toksik allergik gepatit
 - allergik gepatit
 - allergik holestistit
6. Ovqat hazm qilish a'zolari shikastlanishi:
 - ulsterogen reaksiya (halqum, oshqozon, ichaklar)
 - me'da-ichakdan qon ketishi
 - psevdomembranoz kolit
 - ichak disbakteriozi
 - allergik gastrit
7. Nerv tizimi shikastlanishi:
 - birlamchi psixogen buzilishi
 - ekstropiramidal paroksizm
 - vegetativ reaksiya
 - miyacha atakstiyasi
 - enstefalopatiya
8. Qonning medikamentoz shikastlanishi:
 - eritrostitlar qatori hujayralarini shikastlanishi
 - leykositlar qatori hujayralarini shikastlanishi
 - trombositlar katori hujayralarini shikastlanishi
 - koagulopatiya
 - allergik DVS sindromi
9. Ko'ruv organlarining shikastlanishi:
 - allergik blefarit, kon'yunktivit
 - qovoqni allergik shishi va dermatit
 - ko'ruv nervi nevriti va atrofiyasi
 - epitelial keratit
10. Eshituv organlari shikastlanishi:
 - toksiko-allergik nevrit
 - eshituv nervi atrofiyasi

1. Ajratuv tizimi shikastlanishi:

- nefropatiyalar Layell sindromi
- allergik glomerulonefrit

Tashxislash.

Bemor bola bir vaqtning o'zida bir qancha dori-darmonlar qabul qilgan bo'lsa kasallikni tashxislash ancha qiyin kechadi. Teri-sinamasi mumkin emas. Provokatsion sinamalar va testlar faqat kasallikning remissiya davrida o'tkaziladi.

Qiyosiy tashxislash.

Toksik dorilardan zaharlanish bilan, psevdollergik reaksiyalar, infeksiyon kasalliklar bilan o'tkaziladi.

Dori allergiyasining asorati.

Dori allergeni oqibatida kelib chiqadigan Artyus fenomeni.

1903 yilda fransuz immunologi Artyus Nikolas Moris quyonlar terisi ostiga 5–7 marta ot zardobini yuborib, dori kiritilgan joyda yallig'lanish yuzaga kelib, to'qimalarda chirish alomati paydo bo'lishini kuzatadi va bu allergen bilan antitana orasida borayotgan reaksiya oqibatida paydo bo'lganligini isbotlab berdi. Bu o'ziga xos anafilaktik reaksiya bo'lib, bir Hayvon qon zardobi ikkinchi hayvon terisi ostiga qayta yuborilganda to'qima sezuvchanligini shu oqsil moddaga (zardobga) nisbatan ortishi natijasidir. Keyinchalik bunday hodisa odam organizmi ham biror doriga nisbatan sezgirligi oshib ketganda kuzatilishi mumkin. Bunda paydo bo'ladigan belgilar Artyus fenomeni deb ataladigan bo'ldi. Bunday allergik reaksiya ko'pincha antibiotiklarni va boshqa dorilarni dumg'azaga yuborilganda paydo bo'lib, og'riqli shish, bitmaydigan oqma yara hosil bo'lishi bilan karakterlanadi.

In'ekstiya qilingan joyda-qattiqlik, qichishish, qattiq og'riq paydo bo'ladi. Bu fenomenini in'ekstiya orqasida, ya'ni aseptikaning buzilishidan kelib chiqadigan absessdan farq qilish kerak.

Dori allergiyasi oqibatida qonda paydo bo'ladigan sindromlar va kasalliklar

Dori allergiyasi oqibatida kelib chiqadigan asoratlar ikki gruppaga bo'linadi. Birinchi asoratlar to'g'ridan-to'g'ri dori allergiyasi oqibatida kelib chiqadigan asoratlar ikki gruppaga bo'linadi. Birinchi asoratlar to'g'ridan-to'g'ri dori allergiyasi oqibatida paydo bo'ladi, bunga anafilaktik shok, eshakemi, dermatitlar va hokazolar kiradi.

Ikkinchi gruppadagi asoratlarda o'zgarish eng avvalo qon tanachalarida va ko'mik sodir bo'ladi.

Dori allergiyasi asoratining birinchi kunidanoq oq qon tanachalarining miqdori oshib ketadi (leykositoz), neytrofillar kamayadi (neyropeniya), limfositlarning ham miqdori kamayib (limfopeniya) hamda eozinofillar oshib ketadi (eozinofilliya). Bemor tuzalayotgan davrda esa oq qon tanachalarining miqdori kamayib (leykopeniya), qonning boshqa tarkibi ko'payib ketishi kuzatiladi.

Agranulotsitoz.

Bu kasallik odatda dori allergiyasi oqibatida paydo bo'lib, isitma va qonda granulotsitlar bo'lmasligi bilan harakterlanadi.

Yuqorida ko'rsatilgan kasalliklardan tashqari, dori allergiyasi oqibatida kamqonlik va purpura (trombositlarning kamayib ketishi yoki ularga aloqasiz) kasalliklari ham kelib chiqishi mumkin.

Dori allergiyasi oqibatida to'qima antitanasi bilan bog'liq bo'lgan allergik asoratlardan keyingi vaqtlarda gormonlar (prednizolon, deksametazon, gidrokartizon va hokazo) ta'sirida kelib chiqadigan asoratlar ko'paymoqda. Bunda gormonlarni bemorlarga buyurish mas'uliyatiga bo'lgan e'tiborning kamayishini eslatib o'tish lozim.

Stivens- Jonson sindromi ko'p shaklli eksudativ eritemaning og'ir va o'tkir hili xisoblanadi. Kasallik birdan tana haroratining ko'tarilishi, bo'g'imlarda va bosh og'rig'i, og'iz ko'z, jinsiy a'zolar, shiliq qavatlarida pufakli toshmalar toshishi bilan boshlanadi. Toshmalar dori ta'siridan 4-6 kundan keyin paydo bo'ladi. Kasallik ichki a'zolarining yallig'lanishi plevrit, pnevmoniya, endomiokardit, artrit, meningit va boshq. Patologik kasalliklar bilan kechishi mumkin. Bunda bemorning ahvoli yomonlashadi, teri va shilliq qavatlarida eroziyalar birlashib terining katta sohasini egallaydi va jarohatlangan sohalardan qon ketishi kuzatiladi, og'riq kuchayadi.

Layell sindromi dori vositalari ta'sirida vujudga keladigan kasalliklarning eng og'ir turi bo'lib u Stivens-Jonson sindromidan terining katta sohasida epidermal qavatning ko'chishi bilan farqlanadi. Terining ko'rinishi xuddi terining kuyishiga o'hshash bo'ladi. Ba'zi joylarda to'qimada nekroz belgilari ko'rinadi. Teridagi toshmalar dori ta'siridan 1-2 kun o'tgach paydo bo'ladi.

Bemorning ahvoli og'ir bo'ladi, terining asosiy qismlari zararlanadi, Nikolskiy fenomeni belgisi va Asbo-Xansen simptomlari musbat bo'ladi.

Dori allergik vaskuliti.

Dori allergik vaskulitini ko'pincha antibiotiklar, sulfanilamidlar, piramidon, fenotiodin birikmalarini qabul qilinganda rivojlanadi.

Kasallik belgilari asosan oyoqlarda simmetrik shaklda joylashgan gemorragik va har-hil toshmalar bilan namoyon bo'ladi

Davolash

Dori allergiyasini davolashda asosiy allergiya davolanadi. Birinchi navbatda allergen eliminatsiya qilinishi shart. Cho'zilgan dori allergiyasida antigistamin dorilar tavsiya etiladi (klaritin, loratadin, stetirizin, zirtek, suprastin, tavegil va boshq.) Dori allergiyasining og'ir turida halqumda shish, bronhlarda spazm bo'lsa bronhlarni kengaytiruvchi dorilar: Salamol EKO 100 mg, salbutamol 100-200mg, beklazon EKO 250 mg, eufillin 2,4%-5-10 ml).

Anafilaktik shok rivojlanganda asosiy dori vositasi bo'lib adrenalın gidroxlorid xisoblanadi (0,1% 0,3 ml t/o). Davolashda asosan bemor qabul qilayotgan dori vositalarini to'htatish, in'eksiya qilingan sohaning yuqori qismiga jgut qo'yiladi. In'eksiya qilingan sohaga 0,3 ml-0,1 % adrenalın eritmasi bilan blokada qilinadi. Og'ir holatlarda 1ml-0,2% noradrenalın gidroxlorid 5%li glyukoza eritmasi bilan t/o yuboriladi. Bundan tashqari steroid vositalar ishlatiladi.

Jadval №4.

Anafilaktik shokda steroid vositalaridan foydalanish.

Dori vositalari	1 yoshgacha	3-5 yosh	6-12 yosh
Gidrokortizon	120-220 mg/kg	120-140 mg/kg	320-340 mg/kg
Prednizalon	30-60 mg/kg	60-120 mg/kg	460-570 mg/kg

Dori allergiyasini oldini olish choralari.

Dori allergiyasining oldini olish uchun antibiotiklardan rastional foydalanish, ularga faqat zarurat bo'lsagina buyurish juda muhim ahamiyatga ega.

Birorta doriga nisbatan bemorda ko'ngilsiz hodisa sezilsya, shu zahoti mutahassis shifokor-allergolog maslahatini olish kerak. Dori – darmonlarni faqat shifokor maslahati bilan qo'llash kerak.

Kasalliklarni davolash asosan uch usul bilan-ovqatlanish rejimi, dorilar iste'mol qilish, qo'l bilan bajariladigan (operastiya, fizioterapevtik usul, manipulyastiya) ishlardan iborat. Shulardan dorilar bilan davolash usuli ayniqsa, hozirgi zamon tibbiyotida muhim ahamiyat kasb etadi.

Abu Ali ibn Sino dorilar bilan davolash usuliga alohida ahamiyat berib, “Dorilar bilan davolashning uchta qonuni bor. Birinchisi, dorilarni kayfiyatga qarab, ya'ni issiqlik yo sovuqlik, ho'llik yo quruqligiga qarab ishlatish qonuni. Ikkinchisi, dorilarning miqdorini saylash qonuni.

Uchinchisi, dorilarni (iste'mol qilish) vaqtini aniqlash qonuni”, deb ataganlar.

Dorini iste'mol qiladigan bemorga shifokor, albatta dorini ovqatlanishdan oldin yoki keyin, ovqat vaqtida ichishni tavsiya qiladi, lekin ba'zi bemorlar bunga rioya qilishmaydi. Natijada dori moddalarining ta'siri yo'qolib, kasallikning tuzalishi qiyinlashib, kasallik uzoqqa cho'ziladi, hatto mikroblar doriga o'rganib qolishi mumkin.

Ma'lumki, me'da-ichak yo'li ovqat iste'mol qilingandan so'ng kuchli bioximiyaviy jarayonlar laboratoriyasiga aylanadi. Ovqat tarkibidagi moddalar bilan me'da-ichak yo'li bezlari, me'da osti bezi fermentlari va jigardan ishlanib chiqadigan o't kislotalari ta'sirida turli birikmalar hosil bo'ladi. Ana shu birikmalar ta'siriga uchragan dorimoddalari parchalanib, kasallikka ko'rsatadigan ta'siri o'n barobar kamayadi yoki batamom yo'qoladi. Shuning uchun tomchilab ichiladigan yurak dorilarini ovqatlanishdan 30 – 40 daqiqa ilgari ichilsa, uning yurakka ko'rsatadigan ta'siri quvvati 100% saqlanadi. Kalsiyli dorilarni ham ovqatlanishdan 30 – 40 daqiqa ilgari ichgan ma'qul. Umuman ko'pgina dori moddalarini ovqatlanishdan 30-40 daqiqa yoki 20 daqiqa ilgari iste'mol qilinsa, ularning ichaklardan to'la so'rilib, ovqat bilan aralashishiga yo'l qo'yilmaydi. Ovqat bilan aralashib ketgan, ovqatdan keyin ichilgan yoki ovqat bilan ichilgan dori moddalar jigar hujayralariga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Me'da osti bezi fermentlarini ovqatlanishdan 5 daqiqa ilgari ichish tavsiya etiladi.

Agar bolalarda eksudativ diatez bor bo'lsa, dorilarga nisbatan yanada ehtiyot bo'lish zarur, chunki diatez umuman allergik kasalliklarga, shu jumladan, dori allergiyasiga homiylik qiladi. Shifokor tomonidan buyurilgan dori-darmonlarni iste'mol qilish qonun- qoidalariga rioya qilish dori allergiyasining oldini olish chora- tadbirlaridan eng muhimidir. Shifokor maslaxatisiz davolanish qat'iy man etiladi. Bir necha dori-vositalarni bir vaqtning o'zida qabul qilish mumkin emas. Bir shpritda 2 hil dorini qo'shish mumkin emas. Dori vositalarini faqat shifokor maslahati bilan qabul qilish kerak. Dorini qo'llanma bo'yicha qabul qilish maqsadga muvofiq.

Reabilitasiya.

1. Bir yilda 4 marta allergolog ko'rigi.
2. Birinchi 2 yil dispanser nazoratiga olib davolash.
3. Tor mutaxassislar ko'rigidan o'tkazib turish.
4. Yilida 1 marta disensibilizatsiyalovchi terapiya.
5. Har 6 oyda 1 marta mahsus davo o'tkazish.

Toksik allergik reaksiyalarda shoshilinch yordam.

(Qadamma-qadam)

1Qadam. Maxalliy allergik reaksiyalarda desinsibillovchi preparatlar. (suprastin, diozalin, zodak).

2Qadam. Barcha dori vositalarini to'xtatish.

3Qadam. Garmonal dori vositalarini tayinlash. (90-100 mg/sut. Prednizolon, poliglyukin 800-1000 ml/sut., gemodez, glyukoza.)

4Qadam. Miya shishida furosemid 1%-1-2ml M/I

5Qadam. Infuzion terapiya qon tomirlar devori tonusini ushlab turish uchun, 0,2% -1-2ml noradrenalin, 1% -1-2ml mezaton.

6 mavzu. Anafilaktik shok- etiologiyasi, patogenez, klinikasi, davolash.

Anafilaktik shok dori – darmonlar bilan davolashda paydo bo'ladigan asoratlarning eng xavflisi bo'lib, 10 – 30% hodisada o'lim bilan tugaydi.

Anafilaksiya so'zi - grekcha so'zdan olingan bo'lib, himoyasiz yoki o'z-o'zini himoya qila olmaslik, - degan ma'noni anglatadi. Anafilaksiya tez kechar allergik reaksiyalar tipiga mansub bo'lib, allegenlar organizmga parentral yo'l bilan tushganda rivojlanadi.

Anafilaksiya to'g'risidagi tushunchani fanga 1902 yilda Rische va

Porte kiritgan va Nobel mukofotiga sazovor bo'lishgan. Keyinchalik bu holatni A.M.Bezredka hayvon va odamlarda kuzatib, anafilaktik shok deb atadi. Dorilar tufayli paydo bo'ladigan bunday anafilaktik shok ko'pincha bir xil dorilar bilan qayta-qayta davolangan bemorlarda, medisina xodimlarida, dori ishlab chiqaruvchi zavod ishchilarida uchraydi. Anafilaktik shok bir necha soniya va daqiqada ba'zan 2 soat ichida sodir bo'ladi.

Organizmga dori moddasi dastlabki marta tushganda organizmning shu doriga nisbatan sezgirligi oshib ketadi va antitana paydo bo'ladi. Bu antitanalarning bir qismi turli to'qimalarga singib ketsa, bir qismi qonga aralashib ketadi. Shu sezgirligi oshgan organizmga uning sezgirligi oshishiga sababchi bo'lgan allergen ikkinchi marta tushganda u qonga va to'qimaga tushgan mavjud antitana (allergik antitana) bilan birikadi, buning natijasida biologik faol moddalar (gistamin, bradikinin, serotonin va hokazo) ajraladi. Shu tufayli silliq mushaklar siqiladi va natijada qon tomirlarining o'tkazuvchanlik qobiliyati oshib ketadi. Organizm to'qimalarida esa kislorodni o'zlashtirish qobiliyati buziladi. Anafilaktik shok-allergiyaning eng og'ir ko'rinishlaridan biri bo'lib, juda tez rivojlanuvchi, patologik jarayon hisoblanadi.

Shokning uch guruhi tafovut qilinadi:

1) Og'riq shoki: *ekzogen*:

- a. travmatik
- b. hirurgik muolaja

endogen:

- a. infarkt
- b. buyrak hastaliklari
- v. qorin bo'shlig'i patologiyalari

2. **Psihogen shok (yaxshi yoki yomon xabar eshitganda)**

3. **Gumoral shok:**

- gemotranfuzion;
- gemolitik;
- gormonal –toksik;
- anafilaktik

Etiologiyasi:

- dori allergiyasi,
- oziq -ovqat mahsulotlari,
- ari chaqqanda,
- maxsus terapiyadan so'ng,

- allergologik tekshirishda ,
- sovuq allergiyasida anafilaktik shok kuzatiladi.

Dori anafilaktik shoki eng xavfli bo'lib, bolalarda hozirgi davrda ko'p uchramoqda bu organizmning immunologik tizimi bilan bog'liq. Allergik asoratlar sonini oshishi turli xil dorilarni keng qo'llanilishi natijasida kelib chiqadi. Dorilarga allergik reaksiyalar 71, 5% holatlarda kuzatiladi. anafilaktik shok 5,5% holarda, letal oqibat esa 0, 45% hollarda kuzatiladi.

Anafilaktik shok:

- antibiotiklar
- sulfanilamidlar
- vitaminlar

• rentgenkontrast moddalar qabul qilinganda bolalarda antibiotiklar, qon preparatlari, vaksinalar, zardoblar, gammaglobulin qabul qilinganda rivojlanadi.

Anafilaktik shok va boshqa allergik reaksiyalar rivojlanishida allergik konstitutsiya va irsiyat muhim ahamiyatga ega.

Hashoratlar zahriga ham anafilaktik shok paydo bo'lishi aniqlangan. Insekt allergiya bilan hastalangan 300 ta bemorni kuzatish natijasida anafilaktik shokni turli hilda namoyon bo'lishi kuzatilgan. Ovqat allergiyasida ham anafilaktik shok kuzatilishi mumkin.

Sutni ko'tara olmaganda, betta-laktoglobulina sensibilizatsiya ortadi.

Sovuq urganda, sovuq suv havzalarida cho'milganda tananing ko'p qismi sovuq qotganida ham anafilaktik shok kuzatiladi.

Anafilaktik shok maxsus giposensibilizatsiya qilinganda va ba'zan allergologik tekshiruvlarda ham uchrashi mumkin.

Patogenezi:

Allergik shok rivojlanish jarayonida sistemali tez kechar allergik reaksiyalar muhim ahamiyat kasb etib, asosida reagin mexanizmi yotadi. Mediatorlar chiqishi natijasida tomirlar tonusi pasayadi va kollaps rivojlanadi. Mikrostromkulyator tizimi tomirlarining o'tkazuvchanligi oshishishi hisobiga qonning suyuq qismi to'qimalarga o'tadi va qon quyuqlashadi. Umumiy qon hajmi kamayadi. Odatda bemor shok holatidan shifokor yordamida, ba'zan mustaqil ham chiqishi mumkin. Yurak ikkilamchi zararlanadi. Gomeostatik jarayonlar etishmovchiligi jarayonni rivojlanib ketishiga sabab bo'ladi, jarayonga

to'qimalarda gipoksiya bilan bog'liq moddalar almashinuvining buzilishi qo'sxiladi, shokning qaytmas o'zgarishlar bosqichi boshlanadi.

Shokning rivojlanishida ham boshqa allergik reaksiyalardagi kabi 3 ta bosqich tafovut qilinadi:

- immunologik
- patoximik
- patofiziologik

Patofiziologik bosqich - funkstional buzilishlar bosqichi anafilaktik shokning klinik ko'rinishi hisoblanadi.

Anafilaktik shokda - terida (toshma, shishlar) - silliq mushaklarda spazm (bronxlar, ichaklarda) - miya va hokozolar.

Anafilaktik shok patogenezida biologik aktiv moddalar (gistamin, astetilholin, bradikinin va hokozolar) asosiy o'rinni egallaydi. Klassik anafilaktik shokda bir qator o'zgarishlar kuzatiladi.

1. Lipolitik va proteolitik jarayonlarning buzilishi
2. Plazminogen va plazmin sistemasini buzilishi
3. Hujayra va membranalarining fermentativ aktivligini o'zgarishi
4. Kinin sistemasidagi o'zgarishlar va hokozolar.

Klinikasi.

Sensibilizastiyalangan organizmga maxsus allergen tushgan zahotiy oq reaksiya rivojlanadi:

- holsizlik,
- ko'ngil aynishi,
- kurak orti og'rig'i,
- hansirash,
- o'limdan qurquv hissi,
- qizish hissi,
- sovuq ter chiqishi

Bir necha daqiqa mobaynida yuqoridagi holatlar kuchayib, bemor xushidan ketadi, tibbiy yordam berishga ulgurmaslik natijasida hatto o'lim xavfi ham tug'ilishi mumkin.

Anafilaktik shok kechishining bir necha turlari tafovut qilinadi.

1. Gemodinamik turida:

- yurak qon-tomir tizimining faoliyati buzilishi,
- yurak sohasida og'riq,
- arterial bosimni tushishi,
- oqarish yoki giperemiya,

- aritmiya

Bu holatlar ba'zan yurakning ishemik kasalligiga yoki infarktga sabab bo'lishi mumkin.

2. Sterebral turida:

- MNS buzilishi (o'limdan qo'rqish)
- talvasa
- nafas aritmiyasi
- miya shishi simptomlari
- nafas to'xtashi va yurak faoliyatining buzilishi - meningial simptomlar va hushdan ketish

3. Asfiksiyada:

- halqum shishi
- o'pka shishi
- bronhospazm bo'lishi mumkin.

4. Abdominal turida:

- ko'ngil aynishi
- qusish
- epigastral sohada og'riq (o'tkir qorin)
- ichak tutilishi
- defekastiya paytida qon ketishi - qindan qon ketishi kuzatiladi.

Anafilaktik shok davosi.

1.1. Shokka qarshi o'tkaziladigan terapevtik tadbirlar.

Shok rivojlangan joyda o'tkaziladi. Preparatlar muskullar ichiga yuboriladi, chunki venani topish uchun vaqt ketadi. Agar anafilaktik shok venaga dorilar yuborilayotgan bir paytda rivojlansa ninani venadan oimasan turib shokka qarshi tadbirlar qilinadi.

2. Anafilaktik shok chaqirgan dorilarni organizmga yuborishni to'xtatish kerak.

3. Bemorni yotqizib, pastki iyagini ko'tarish kerak, chunki tili orqaga ketib asfiksiya kelib chiqishi mumkin. Agar bemorda tish protezlari bo'lsa, ularni olib tashlash kerak.

4. Adrenalin Gidrohlorid 1ml-0,1%. Agar arterial bosim ko'tarilmasa 10-15 min. o'tgach yana 0,5 ml yuboriladi.

5. Prednizalon (3% tana vaznining 1 kg ga 1-2 mg dan), 4-20 mg deksometazon 0,1% yoki 100-300 mg gidrokartizon 1% yuborish mumkin.

6. Pipolfen 2,5% 2-4ml

II. Intensiv terapiya

1. Agar shokka qarshi tadbirlar effekt bermasa, maxsus bo'lim sharoitida intensiv terapiya utkaziladi.

2. Vena punktsiya, vena sektsiya kilinib dorilarni vena ichkarisiga yuboriladi.

3. Qon tomirlar tonusi kamayganda tomchi holatda 0,2% noradrenalin 1ml yoki 1ml 0, 1% adrenalin yoki 1% 1-2 ml mezaton yuboriladi.

4. Dori anafilaktik shokning asfiksiya variantida bronholitik preparatlar yuboriladi (2-Zml 24%) eufillin yoki 20ml 2, 4% eufillin, 5ml 10% diprofillin, 2ml -0, 5% izodrin, 1-2 ml 0, 05% alupent.

5. Garmonal preparatlar Prednizalon 1-5 mg/kg, deksometazon 15-20 mg/kg, Hidrokartizon 125-500 mg/kg.

6. Antigistamin preparatlar (dimedrol 1%-1.0 yoki suprastin 2%-

1.0, pipolfen 2,5% 5-6 ml)

III. Reanimastion tadbirlar

1. Yurakning yopiq massaji.

2. Sun'iy nafas oldirish (og'iz orqali).

3. Intubastiya yoki traxeostomiya.

4. O'tkir asfiksiyada SV (suniy ventilyastiya) nafas preparatlari yordamida.

5. Markaziy venalardan birini kateterizastiya qilinadi, infuzion terapiya qilish uchun.

6. Yurak yopiq massajida Har 5 daqiqada 4% natriy gidrokarbonat (2-3mg/kg).

7. Yurak faoliyati to'xtab qolganda yurak ichiga adrenalin yuboriladi.

8. Epileptik statusda (agar arterial bosim meyorda bo'lsa) 1-2ml 2, 5% aminazin yoki 2-4 ml 0, 5 % seduksen yuboriladi.

9. Reanimastion tadbirlar maxsus brigada shifokorlari yoki maxsus tayyorlov kursini o'tgan shifokor tomonidan o'tkaziladi.

Anafilaktik shokda shoshilinch yordam jadvali. (Qadamma-qadam)

Gurux	dori vositasi	o'rta daraja	og'ir daraja	juda og'ir darajasi
1-qadam gipertenziv	Adrenalin	0,1%- 0,3-1,0 T/O, M/O	0,1%- 0,5-1,0 T/O, M/O.	v/i
	Noradrenalin		0,2%- 0,5-0,1.	
	Mezaton	1%-0,3- 1,0 t/o	1%- 0,1-0,5- 1.0	v/i
2-qadam Kortikosteroidlar	Prednizolon	10-20 mg m/o	20-30 mg v/i	
	Gidrokartizon	20-50mg m/o yoshiga qarab	20-50va undan ko'p yoshiga qarab	
3-qadam Antigistamin dori vositalari	Pipolfen	2,5%- 0,25-1,0 m\O	0,5-1,0 V/i yoshiga qarab	
	Suprastin	2%0,25- 1,0 m\O	0,5-1,0 V/i yoshiga qarab	
	Dimedrol	1%-0,251,0 m\O	0,5-1,0 V/i yoshiga qarab.	
4-qadam Antispastik moddalar (asosan astmoid komponentda)	Eufillin Diafillin	2,4%- 1,0- 2,0ml m/o	2,4%-1,0-2,0ml v/i glyukoza bilan.	
5-qadam YuQT vositalari	kardiamin	25%-0,1- 1,0 t/o		
	Kofein benzoat natriy	20%- yoshiga 0,1t/o		
6-qadam Kalsiy vositalari	Kalsiy xlor		10% 3.0-10.0 v/i sekina	
	Glyukonat kalsiy	5% 3.010.0 m/o, yoshiga qarab.	5% -10% 3.0-10.0 v/i yoshiga qarab.	

7 mavzu. Insekt allergiya. Etiologiyasi, klinikasi, tashxislash, davolash.

Insekt allergiya, insekt-hashorat so'zidan olingan bo'lib, hashoratlar chaqishi natijasida kelib chiqadi. Organizm sensibilizatsiyasining quyidagi yo'llari tafovut etiladi.

1. Chaqish natijasida allergenning zahar bilan organizmga tushishi.

2. Hashoratlar tishlashi natijasida so'laklari bilan allergenning organizmga tushishi.

3. Hashoratlar tanasi koplamlarining ingalyastion yo'l bilan nafas yo'llariga tushishi natijasida.

Hashorat chaqqanda - hashorat zahri allergik va toksik ta'sir ko'rsatadi. Toksik ta'sir hashorat bir necha marta chaqqanda rivojlanadi. Organizmga tushgan zahar ko'proq:

- gemorragik ta'sir,
- gemolitik ta'sir,
- neyrotoksik ta'sir,
- gistamin ga o'xshash ta'sirlar ko'rsatadi.

1930 yil I. Benson asalarichilarda asalari va asalarilarning o'ziga nisbatan o'ta sezuvchanlik borligini aniqlagan.

Bronhial astma, allergik rinit bilan hastalangan bemorlarning 0,33% hollarda asalari zahriga o'ta sezuvchanligi borligi ma'lum.

AQSh da 1000 ta hol o'lim hashorat chaqishi natijasida sodir bo'ladi. Ohirgi 10 yilda 400 ta o'lim asosan hashorat chaqishdan sodir bo'lgan. Har 30 ta o'limdan 1 ta hol allergik reaksiya natijasidir. Allergik reaksiyalar hashorat tanasi qoplamlari bilan nafas olganda yoki hashoratlar bilan kontakda bo'lish natijasida ham rivojlanishi mumkin (allergik rinit yoki dermatit) Shvetsariyada bir yilda 4 kishi allergik reaksiya natijasida halok bo'ladi. Allergik reaksiyalar 2 ta sinf hayvonlar tomonidan chaqiriladi:

1. Chayonlar
2. Hashoratlar (insekt)

Hashoratlar - moskitlarga, chivinlarga, pashsha, kanalarga va boshqa qanotli hashoratlarga bo'linadi.

Parda qanotli hashoratlar chaqqanda ayniqsa, og'ir reaksiyalar paydo bo'ladi. Bu hashoratlarga

- asalarilar,
- qovoqari,
- arilar kiradi.

Asalari chaqqanda ikki hil reaksiya kuzatiladi.

- toksik,
- allergik

Bitta asalari chaqqanda dastavval mahaliy toksik reaksiya kuzatiladi, o'nta asalari chaqqanda organizmning o'rtacha og'irlikdagi umumiy reaksiyasi rivojlanadi yuzta va undan ortiq asalari chaqqanda esa umumiy og'ir reaksiya paydo bo'ladi va eritrostitlar gemolizi, butun tana bo'yicha gemorragiyalar, nerv tizimining shikastlanishi (talvasa, falajlik va boshqalar) kuzatiladi.

Uch yuzta va undan ortiq asalari chaqqanda esa tezkor o'lim sodir bo'ladi.

Zaharning toksik ta'siridan farqli ravishda sensibilizasiyada allergik reaksiya 1 ta-2 ta asalari chaqqanda rivojlanib - hatto o'lim bilan ham tugashi mumkin.

2% asalarichilarda qanotli hashoratlarga sesibilizastiya kuzatiladi. Ari zahriga reaksiya 1 tur bo'yicha kechadi.

Asalarilar nishi 8 qirrali (tishli) bo'ladi, asalari chaqqanda bu nish tanada qoladi. Nish bilan birga zaharli qopcha, zaharli bezlar, nerv boylamlari qoladi.

Asalari chaqqandan so'ng qopcha mushaklari qisqarib, zahar organizm ichiga chuqur o'ta boshlaydi.

Asalari zaharli tarkibi quyidagicha:

- gistamin,
- astetilsalin,
- fosfolipaza, gialuronidaza fermentlari.

Hashoratlar zahriga allergik reaksiyalar har-hil klinik belgilarni chaqiradi.

Terida:

- teri qichishi,
- eritema,
- Kvinke shishi, ■ eshakem.

Yurak-qon tomir tizimida:

- qon tomirlarda o'zgarishlar,
- anafilaktik shok,
- yurak sohasida og'riq, tahikardiya A/B ko'tarilishi.

Nafas tizimida:

- bronhospazm,
- hiqqildoq va halqum shishi, ■ nafas olishning qiyinlashishi.

Oshqozon- ichak tizimida:

- ko'ngil aynishi,
- qusish,
- qorin sohasida spastik og'riq, ■ diareya.

Qariyalarda va bolalarda o'lim anafilaktik shok va hiqqildoq shishida sodir bo'ladi.

Insekt allergiya kechishi og'irligiga ko'ra 3 darajaga bo'linadi:

1 darajali reaksiya (engil)

- eshakemi
- Kvinke shishi
- intoksikastiya: titrash, temperatura oshishi

2 darajali reaksiya (o'rtacha og'irlikdagi).

- silliq mushaklar spazmi (bachadon, bronhlar, ichaklar)
- yurak ritmining buzilishi
- shilliq pardalar shishi

3 darajali reaksiya (og'ir shakli) - Anafilaktik shok.

Asosan gemodinamik variant

1. daraja - 50% bemorlarda,
2. daraja - 30%,
3. daraja - 20% bemorlarda qayd etiladi.

Hushdan ketish - 40%, talvasaga tushish - 9%, peshobni tuta olmaslik-28% bemorlarda kuzatiladi.

Insekt allergiyani tashliqlash.

Eng avvalo to'g'ri allergeoanamnez yig'ish va teri allergik sinamalarni quyish.

Davolash.

Hashorat chaqqandan keyin teridagi hashorat nishini olib tashlash va sovuq qo'yish va hatto chaqilgan joydan yuqori qismini bog'lab qo'yish lozim. Davolash ishlari kasallikning kechishi, og'irligiga bog'liq holda o'tkaziladi. Gistaminga qarshi dorilar kortikosteroidlar, yurak faoliyatini yaxshilovchi hamda eshakemida siydik haydovchi dori vositalari yuboriladi. Hashorat zaxriga sezuvchanligi ortgan bemorlarga maxsus giposensibilizastiya eng samarali davolash usuli hisoblanadi.

In'ekstiya 5-kunda bir marta tavsiya etiladi.

Insekt allergiyani qadamma- qadam davolash.

1. Qadam- nishni olish.

2. Qadam-muz qo'yish:

3. Qadam- zararlangan joyga 0,1% -1,0 t/o adrenalin eritmasini yuborish.

4. Qadam- 500-1000ml, 5% glyukoza, prednizolon 60-100mg v/i yuboriladi.

5. Qadam-antigistamin dorilar analgetiklar bilan birga.

6. Qadam-to'liq asfiksiya rivojlanganda tanglay va til shishida qo'shimcha 0,5ml 5% efedrin, natija bo'lmaganda traxeostomiya tavsiya etiladi.

Profilaktika.

Hashoratlar chiqishidan saqlanish:

1. uy oynalariga marlilar tutib qo'yishi uchuvchi hashoratlarni ko'rishini taqib qiladi,

2. chaquvchi hashoratlar bor joyda yurmaslik,

3. yashash joylarning hamma teshiklarini bekitish kerak hashoratlar kirmasligi uchun,

4. uylarni har oyda bir marta hashoratlarga qarshi dezinfekstiya qilish kerak.

5. uyda tibbiyot qutisi bo'lishi kerak.

Reabilitatsiya.

1. Bir yilda 4 marta allergolog maslahati.

Birinchi yillikda "Dispanser qaroviga" olinib, sog'lomlashtirish rejasini tuzib barcha tor mutahassislar ko'rigidan o'tkazib, infekstiya o'chog'larini davolaymiz.

3. Bir yilda 1 marta desensibilizatsiyalovchi davolash.

4. Bir yilda 1 marta maxsus davolash.

8 mavzu. Zardob kasalligi. Etiologiyasi, klinikasi, davolash, profilaktikasi.

Hozirgi paytda zardob kasalligi faqat zardob kiritilishi bilan bog'liq bo'lgan alohida kasallik turi deb hisoblanmaydi. Bu sindrom immun birikmalar tasiri natijasida yuzaga keladi. Zardob kasalligi

zardob kiritilishi natijasida (bunda ko'pincha o'tkir kechishi) hamda kimyoviy preparatlar va dori moddalar (bunda ko'proq surunkali zardob kasalligi) vujudga keladi. Zardob kasalligining o'tkir kechadigan turlarida o'tkir glomerulonefrit, gemorragik vaskulit yuzaga kelishi mumkin. Surunkali kasalliklarda autoimmun kasalliklar, zardob kollagenozi kuzatiladi. Zardob kasalligi kelib chiqish hollarining miqdori zardobning sifatiga bog'liq. Masalan, Franstiyada zardob kasalligi so'nggi 50 yil ichida emlanganlar orasida 7,4% dan 2% gacha kamaydi.

Zardob oqsili inson qonida bir oy mobaynida aniqlanishi mumkin. Kasallikning rivojlanishi zardobning tarkibiga bog'liq. Ot qoni zardobining oqsil birikmasi va pristipitinlar antigen bo'lib hisoblanadi. Ular zardob kasalligidagi allergik reaksiyada shu immun birikmaga javoban paydo bo'luvchi ikkilamchi antitana bo'lib xizmat qiladi. Qonda eruvchi immun birikmalar hosil bo'ladi. Shuning uchun reaksiya 10-15 kundan keyin rivojlanadi. Zardob kasalligi rivojlanishida immunoglobulinlarining M va G sinfiga kiruvchi antitana hamda komplement ishtirok etadi. Antitana miqdori allergik reaksiya rivojlanishi uchun 8-10 kundan keyin etarli darajada bo'ladi. Eruvchan immun birikmalar ichki a'zolar va kapillyarlarning endoteliy (ichki qatlam to'qimasi) membranasiga cho'kib (o'tirib) qoladi. Ular shikastlanganda (buzilganda) zardob kasalligining klinik belgilari yuzaga chiqadi.

Kasallik qaytalanishining paydo bo'lishi IgC qaytadan yig'ilishiga bog'liq. U qon tarkibida qolgan zardob oqsili bilan o'zaro bog'lanadi. Bunday hollarda kasallik cho'zilishi mumkin (bir necha oy davomida). Hozirgi paytda emlash uchun qo'llanilayotgan deyarli barcha vaksinalar va zardoblar sensibilizastiyalash xususiyatiga ega. Tarkibida bir necha antigen saqlovchi vaksinalar – yuqori darajali allergenlar bo'lib hisoblanadi. Vaksinalar kiritilganda bir vaqtning o'zida organizmdagi boshqa hama antigenlarga (mikrob, o'ziq ovqatga oid) nisbatan ham antitana paydo bo'lishi kuchayadi. Organizm to'qimalari bilan bir xil umumiy antigenga ega bo'lgan vaksinalarni kiritish ko'pincha autoimmun buzilishlar rivojlanishiga olib keladi.

Immunizastiya maqsadida vaksina kiritilgandan keyin ham sensibilizastiyaga xos reaksiya rivojlanishi mumkinligi aniqlangan. Qonda allergik reaksiya mediatorlarining miqdori ko'payadi, gistamin, astetilholin miqdori ham ortadi. Vaksina va zardob kiritilishiga qonning

shaklli elementlari ham o'zlarining javob reaksiyalarini ko'rsatishlari mumkin. Periferik qonda trombositlar va leykositlar miqdorining pasayishi, eozinofillar va limfokinlar miqdorining ko'payishi yuz beradi. Zardob kasalligini turli klinik kurinishlari, odatda 7-kuni rivojlanadi va «Zardob kasalligi» sindromi deb yuritiladi. Organizmdagi allergik o'zgarishlar birinchi navbatda organizmning reaktivligi o'zgargan bolalarda yuzaga keladi. Emlash natijasida allergik reaksiya vujudga kelgan bolalarda irsiy moyillik, ekssudativ diatezlar, burun bo'shlig'idagi infektsiya o'choqlari kuzatilgan. Bu bolalarning onalari anamnezida homiladorlik toksikozlari yoki bola qoni bilan rezus omilining to'g'ri kelmaslik holati qayd etiladi. Organizmga zardob kiritilgandan taxminan 7-20 kun o'tgach, tana terisida toshma paydo bo'ladi, isitma, limfa bezlarining kattalashuvi, bo'gimlarning zichlashuvi yuz beradi. Nefrit, vaskulit ham vujudga kelishi mumkin. KGD va AKDS vaksinalariga allergik reaksiyalar ko'pincha ular organizmga qayta kiritilganda kuzatiladi. Reaksiyalar organizmga vaksinalar kiritilgandan keyin darhol yuz berishi yoki bir necha soatdan keyin paydo bo'lishi mumkin. Anafilaktik shok, odatda vaksina kiritilgandan 1-7 soatdan keyin yuz beradi. Vaksina kiritilgandan keyin qavarchiqlar, Kvinke shishi, ekzema ham rivojlanishi mumkin. Biroq, ko'pchilik bolalarda allergik reaksiya emlangandan 2-4 kun o'tgach rivojlanadi va umumiy reaksiya harorat ko'tarilishi, ishtaxa pasayishi bilan birga qo'sxilib kelib, reaksiya 4-5 kun davom etadi. Ayrim hollarda reaksiya 8-16 kundan keyin ham yuzaga kelishi mumkin. Qonda yot zardobga nisbatan antitana aniqlanadi, u ko'p miqdorda antigen organizmga tushganda eruvchan immun birikmalar xosil qiladi. Allergik reaksiyalarni E immunoglobulinlarining Gs tarkibiy qismi amalga oshiradi. Zardob kasalligining klinik manzarasi ko'p belgililigi bilan tavsiflanadi. 85% hollarda terida o'zgarishlar, 70% hollarda isitma, 5% hollarda limfa bezlaridagi o'zgarishlar, 20% hollarda bo'gimlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Bundan tashqari boshqa a'zolar ham zararlanishi mumkin.

Ko'kyo'talga qarshi emlash o'tkazish bronxial astma xuruji rivojlanishi bilan kuzatilishi mumkin. Bunga organizmning gistaminga nisbatan sezuvchanligi ortishi va ko'kyo'tal antigenining nafas yo'li limfa tugunlariga joylashib olishi sabab bo'ladi.

Kasallik hatto birinchi marta emlashdan keyin ham rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari bolalarda soxta bo'g'ilish, spastik traxeit

kuzatiladi. Zardob reaksiyasi gemorragik vaskulit ko'rinishida ham yuzaga kelish extimoli yo'q emas. Nefropatiya, nerv tizimidagi zararlanishlar (enstefalitlar, enstefalomielitlar) ko'rinshidagi ancha og'ir va kam uchraydigani ham qayd etiladi. O'lim oqibatlari ham bo'lishi mumkin. Enstefalitlar odatda sekin-asta sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar ko'rinishida kechadi. AKDS vaksinasiga allergik reaksiyalar ko'prok uning ko'kyo'tal tarkibiy qismi tasirida vujudga keladi. Biroq difteriya va qoqshol vaksinalari ko'kyo'tal antigenidan ajratilgan holda alohida kiritilganda ham tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Ular ko'kyo'tal vaksinasi kiritilganiga qaraganda ancha kam hollarda kuzatiladi.

Zardob kasalligining og'irlik darajasiga ko'ra uch shakli mavjud. Og'ir shakllarida harorat juda yuqori bo'ladi, badanning hamma sohalarini qamrab oluvchi turli ko'rinishdagi toshmalar, tananing ayrim qismlarida shishlar, og'iz bo'shligining shilliq qavatida enantemalar, yuqori nafas yo'llarida kataral o'zgarishlar kuzatiladi.

Me'da-ichak yo'lida enterit kurinishidagi o'zgarishlar bo'ladi. Miokardit va enstefalomeningit ham kuzatiladi. Limfatik bezlari yalliglanish extimoli ham bor.

O'rtacha og'irlikdagi shakllarida yuqoridagi barcha belgilar kamroq rivojlanadi, teridagi o'zgarishlar ustunroq bo'ladi. Hamma belgilar tez orada kamayadi. U ikki haftagacha cho'zilishi mumkin.

Engil shakllarida teridagi toshmalar qavarchiqlar ko'rinishida bo'lib, bu asosan preparat kiritilgan joyda kuzatiladi. Bunda limfa bezlari kattalashishi mumkin. Shuni takidlab o'tish lozimki, ko'p hollarda zardob kasalligi to'g'ri tashxislanmaydi.

Zardob kasalligini davolash maqsadida gistaminga qarshi preparatlar, efedrin, kortikosteroidlar qo'llaniladi.

Zardob kasalligini oldini olish emlashdan keyin yuzaga keladigan xar qanday reaksiyalar, emlash davom ettirish masalasini, hal qilish uchun allergolog bilan maslahatlashish lozimligini talab qiladi.

Biror qo'shimcha kasalliklar bo'lgan hollarda emlash maqsadga muvofik emas. Allergik yallig'lanishni boshidan o'tkazgandan keyin 1-2 yilgacha emlash muolajalari to'xtatiladi. Emlashdan oldin infektsiya o'choqlarini davolash, tozalash ishlarini o'tkazish, bunda turli vitamin birikmalarini belgilash muxim ahamiyatga ega. Periferik qon tarkibida o'zgarishlar bo'lgan bolalarda (trombositopeniya, leykopeniya, disproteinemiya) emlash muolajalari o'tkazilmaydi. Emlashdan oldin

sinama o'tkaziladi (teri ichiga fiziologik eritma bilan 1:10 nisbatdagi 0,1 ml eritilgan vaksina kiritiladi). Sinama utkazilgandan 5 kun keyin emlash uchun lozim bo'lgan miqdordagi vaksinani kiritish mumkin. O'ziga xos o'ta sezuvchanlikni pasaytirish maqsadida emlashdan oldin antigistamin preparatlarni belgilash mumkin. Bolalarda emlashdan oldingi davrda ovqatlanish rejimi (allergen maxsulotlarini istisno qilish) tavsiya etiladi. Turli vaksinalar bilan emlash orasidagi vaqt 2 oydan kam bo'lmasligi kerak. Zardob kasalligini oldini olish uchun diqqat bilan anamnez yig'ish, Bezredka usuli yordamida yoki gistaminga qarshi preparatlar ta'siri ostida emlash, zardobni globulinlardan tozalashni yaxshilash tavsiya qilinadi. Zardob kasalligi bo'lgan bemorlarda ot zardobiga nisbatan sensibilizatsiya mavjudligini esda tutish lozim. Bazi mutaxassislar bir necha vaksinani bir vaqtda kiritish, ketma-ket kiritilishiga qaraganda xavfsizroq deb xisoblaydilar. Allergik reaksiyaning rivojlanishi vaksina va zardobning turiga ham bog'liqdir.

Qoqsholga qarshi zardob bo'g'ma (difteriya) zardobiga qaraganda ko'proq allergik reaksiyalarga sabab bo'ladi. Ko'kyo'talga qarshi emlash muolajalari nafas yo'llari allergik kasalliklarini qo'zgatishi mumkin. Chechakka (ospa) qarshi emlash dermatozlar qo'zgalishiga sabab bo'ladi. Eng yaxshi emlash muolajalarini ikki bosqichda: dastlab o'ldirilgan vaksinalar bilan, keyin esa tirik vaksinalar bilan o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Emlashga mutloq moneliklar bo'lgan bolalarda yuqumli kasalliklarni oldini olish maqsadida inson qonidan tayyorlangan yuqori immun xususiyatiga ega bo'lgan gammaglobulin kiritish mumkin, bu allergik kasallik bo'lib, organizmga har xil zardoblar va preparatlar yuborilganda rivojlanib, birikturuvchi to'qima va qon tomirlarining yallig'lanib shikastlanishi bilan harakterlanadi. Birinchi bo'lib Pirke aniqlagan va Artyus fenomenining generalizatsiyalangan shakl deb qaralgan. Zardob kasalligini soni oqsil preparatlarining xiligiga va dozasiga bog'liq. Hozirda esa nozologik birlik hisoblanadi.

1. Difteriyani davolashda zardob kasalligi 20-85% hollarda kuzatiladi. Zardob kasalligining soni zardoblarni fermentativ gidroliz elektrodializ yo'llari bilan tozalash natijasida 1-10% gacha kamaydi.

2. Immunologubulin preparatlariga reaksiya 0,06-0,06% hollarda kuzatiladi.

Z. Go'dak yoshidagi bolalarda kam uchraydi.

4. Zardob kasalligidan o'lim juda kam, 50-100 mingdan 1 ta hol, u

ham bo'lsa anafilaktik shokdan kelib chiqadi.

Etiologiyasi.

Geterologik yoki gomologik oqsil preparatlari antitoksik zardob hisoblanadi:

- qoqsholga qarshi,
- difteriyaga qarshi,
- botulizmga qarshi,
- gazli gangrenaga, • stafilakokkli infeksiyaga,
- ilon zahriga.

Antilimfostitar zardoblar. Asosiy zardob giperimmunlangan otlarning qonidan tayyorlanadi. Bu zardob oqsillari antigen hisoblanadi va zardob kasalligini chaqiradi.

Patogenezi.

Zardob kasalligi rivojlanishda bir qancha immun mehanizmlar ishtirok etishi natijasida antitela ishlab chiqariladi.

Klinikasi.

Kasallik kechishida bir qancha belgilar namoyon bo'ladi. Polimorfizm 85% teri o'zgarishi 70% istma, 25% limfa boylamlari o'zgarishi, 20% bo'g'implarda o'zgarish.

1. Inkubasion davr (inekstiyadan so'ng 7-10 sutka).
2. Prodromal davrida «kichik simptomatika» kuzatiladi:

- teri giperemiyasi va gipersteziyasi,
- regionar limfatik bog'lamlarning kattalashganligi, • in'ekstiya o'rnida va atrofida toshmalar paydo bo'lishi.

2. O'tkir davrda kasallik:

- temperaturaning 39-40 gradusga ko'tarilishi,
- bo'g'implar qaqshashi bilan harakterlanadi, keyinchalik qichiydigan

toshmalar (urtikariya) paydo bo'ladi.

Toshmalar:

- qizamiqdagi toshmalarga o'xshash,
- skarlatinadagi toshmalarga o'xshash, - papulavezikulyar,
- gemorragik turda bo'ladi.

Toshma toshganda isitma pasayadi. Bemor holsizlik, hansirash, yurak tez urishi, yurak sohasida og'riq, Arterial bosimning pasayishiga shikoyat qiladi. Auskultasiyada yurak tonlarining bo'g'liqligi. EKG da voltajning pasayishi (miokardit, ishemiya, infarkt).

Kasallikning og'ir kechishida:

•ovqat hazm qilish tizimi tomonidan-ko'ngil aynish, qusish, diareya,

- ajratuv tizimida- o'choqli diffuz glomerulonefrit,
- nafas tizimida tomonidan- emfizema, o'pka shishi,
- jigar tomonidan- gepatit,
- qon tomonidan- leykostitoz, EChT oshishi.

O'tkir davr 5-7 sutka davom etadi.

Davolash

Kasallikni davolash kasallikning turiga va og'irlik darajasiga bog'liq. Kasallik rivojlanishi boshlanganda anafilaktik shokga qarshi tadbir o'tkaziladi va og'ir darajasida garmonal terapiyaning qisqa kursi , infuzion terapiya (5% glyukoza, natriy hlorning 0,9% li eritmasi, reosorbilakt). Kasallikning engil darajasida antigistamin dori vositalari: dimedrol suprastin, tavegil, pipolfen, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori moddalar: indometastin, voltaren, aspirin, reopirin. Siydik haydovchilar: furosemid, gipotiazid, verashpiron, laziks va teridagi qichishishlarga qarshi mazlar: advantan, elakon, fenistil kremlari tavsiya etiladi.Teridagi qichishishni kamaytirish uchun issiq vanna, 5% mentol spirti bilan terini artish.

Profilaktikasi.

1. Sanastiya qilish.
2. Emlaganda reaksiya kuzatilsa allergolog maslahati.
3. Leykopeniya, trombositopeniya bo'lganda emlash mumkin emas.
4. Tez kechar allergik reaksiyani oldini olish uchun zardob bilan birga adrenalin (teri orasiga) va antigistamin dori yuboriladi zardob yuborilgandan keyin
- antigistamin dorilar, - kalsiy preparatlari, - efedren yuboriladi.

9 mavzu. Atopik dermatit,tasnifi, etiologiyasi.

Atopik dermatit teri va uning hosilalari kasalligi bo'lib, er yuzida keng tarqalgan. Lekin uning nechog'lik keng tarqalganligini aniqlash juda murakkab. Chunki dermatit tashxisini qo'yishda aniq standartlar va hamjihatlik xujjatlari ishlab chiqilmagan. Hozirgi vaqtda atopik dermatit

kech go'daklik va erta bolalik davrining kasalligi sifatida qabul qilinadi va er yuzining turli mamlakatlarida bolalarning 10 %dan 40 5%gachasi undan aziyat chekadi. Atopik dermatit yoshlar orasida (25 yoshgacha bo'lgan davr) tarqalgan kasalliklar ichida sakkizinchi o'rinni egallaydi. Erta bolalik davrida kasallikka muhtalo bo'lganlarning 40-60 %ida ulg'ayganidan keyin ham uning mavjud bo'lishi hamda persistik ravishda davom etishi ehtimoli juda yuqori. Barcha allergik kasalliklar singari atopik dermatit ham er yuzida keyingi 40 yil ichida avj olib bormoqda. Inson tanasi tashqi qoplamida turli ko'rinishlarda namoyon bo'lib hayot sifatiga salbiy ko'rsatadigan bu kasallik uning asab tizimini va ruxiy holatini ham shikastlaydi. Shu bilan birga atopik dermatit boshqa turdagi atopik kasalliklar, xususan astmaning atopik shakli va allergik rinit kasalliklari uchun yo'nalish nuqtasi bo'lishi ham mumkin. Bunday holat atopik dermatitni tibbiyotda hal kilinishi zarur bo'lgan dolzarb masalalar qatoriga qo'yadi.

Atopik dermatitning tasnifi.

Atopik dermatit terining surunkali yalliglanishi kasalligi bo'lib atopiyaga irsiy moilligi bo'lgan odamlarda erta bolalik davridan rivojlanadi va odam yoshiga qarab tananing turli soxalarida turli morfologik ko'rinishda terining qichishishi, simptomlarning takrorlanib turishi bilan namoyon bo'ladi.

Atopik dermatitning yana bir tarqalgan nomi atopik ekzema. Ekzema so'zi yunon tilidan olingan bo'lib qaynab chiqish ma'nosini anglatadi va tanadagi har qanday toshmaga nisbatan qo'llanilib kelinadi. Ekzema so'zi tanadagi toshmalarning immunologik va patogistalogik asoslari hali to'liq o'rganilmagan davrda tibbiyot amaliyotiga tatbiq qilingan. Atopik dermatit ekzemaning bolalar orasida eng ko'p tarqalgan shakli bo'lib ba'zan "ekzematoz dermatit", "infantil ekzema", "bolalik ekzemasii" deb ham ataladi. O'zbekistonda va MDX Respublikalarida bolalar terisidagi har qanday toshmaga nisbatan ekssudativ diatez nomi qo'llaniladi.

Bunday hilma hil talqinlar kasallik patofiziologiyasini tushunishdagi mavxumlikni aks ettiradi va uning rivojlanishi mexanizmlarini to'liq qamrab olmaydi. Xozirgi vaqtda kasallik ikkita nom atopik dermatit va atopik ekzema nomlari bilan ataladi.

Evropa allergologiya va klinik immunologiya akademiya (EAKIA)si 2001 yili atopik dermatitga nisbatan "atopik dermatit/ekzema sindromi" (ADES) atamasini qo'llashni taklif qilgan.

Bu atamaga asos qilib atopik dermatit klinik namoyon bo'lishi jixatidan bir biriga o'xshash bir necha hil kasalliklarning majmuasi ekanligini olishgan. Atopik dermatit/ekzemaning kamida ikkita turi mavjudligi klinik izlanishlar natijasida isbotlangan. Bular allergik (ekzogen) va noallergik (endogen) dermatit/ekzemalar. Bemorlarning 70-85% da dermatit asosida allergik jarayon yotadi: ularda ma'lum ekzoallergenlarga bog'liqlik, allergik sinamalarning musbat javobi va immunoglobulin E miqdorining oshganligi qayd qilingan. 15-30% bemorlarda esa bunday holat kuzatilmagan va ularning holati noallergik dermatit tushunchasi ostiga kiritilgan. Lekin amaliy shifokorlar uchun ADES atamasi ancha noqulayliklar tug'diradi va undan deyarli foydalanishmaydi. Kasalliklarning xalqaro tasnifi 10 qayta ko'rib chiqilishi vaqtida qabul qilingan xujjatga binoan kasallikka nisbatan atopik dermatit iborasi qo'llaniladi.

Xorzirgi vaqtda atopik dermatitning hamma shifokorlar tomonidan e'tirof etilgan yagona tasnifi ishtab chiqilmagan. EAKIA tomonidan ADES ning rivojlanishidagi ma'lum yoki tahminiy immun mexanizmlarga asoslangan quyidagi tasnifi taklif qilingan:



Ig-E vositali ADES Ig-E vositasiz ADES Allergik ADES bemor anamnezida atopiyaga moyillik bo'lgan, ekzoallergenlar bilan bog'lik holda rivojlangan vaziyatlarni nazarda tutadi. Bunda bemor qonida maxsus Ig-E aniqlansa Ig-E vositali ADES deyiladi. Allergik dermatitning boshqa guruxi, uning Ig-E vositasiz shakli asosida hujayra vositali immunmexanizmlar yotadigan allergik dermatitlar kiradi. Bunda bemorning sinamlari musbat ko'rsatkichlarga ega bo'ladi, terisidan olingan bioptatlarda yoki qonida maxsus allergenli T hujayralar ko'rinadi, lekin qonida maxsus Ig-E topilmaydi. Noallergik ADES tushunchasi endogen yoki kriptogen allergik dermatit iboralarini o'rniga qo'llanilishi kerak.

Tasnif va undagi iboralar allergik dermatit haqidagi hozirgi bilimlar

va tushunchalarni inobatga olib, vaqtincha qo'llanilish uchun qabul qilingan. Dunyo shifokorlari oldida allergik dermatitni qaytadan ko'rib chiqish, uning immunologik va mikrogistologik mexanizmlarini o'rganish kabi ulkan vazifa mavjud.

Bu tasnifni bilish atopik dermatit genezini yaxshi tushunish, unga tashxis qo'yish hamda davolash uchun zarur.

Atopik dermatitga bagishlangan va Rossiyada e'lon qilingan "Bolalarda atopik dermatit" (2001 y., 2004 y.) dasturi hamda "Atopik dermatit: tashqi muolaja" (2002 y) xujjatiga binoan allergik dermatitning kechishi, kasallik davrlari va teri belgilarining tarqalganligiga asoslangan tasnifi.

Atopik dermatitning etiologiyasi, keltirib chiqaruvchi omillari, patogenez, tashxislash mezonlari, klinik belgilari, kechishi. Atopik dermatitda maxsus allergologik tekshiruvlar.

Hamma allergik kasalliklar singari atopik dermatitning asosida ham irsiy omillar, murakkab immunologik jarayonlar va tashqi muxit omillarining o'zaro hamkorlikdagi ta'siri yotadi. Atopik dermatit omillarini ikkiga bo'lish mumkin:

- atopik dermatit rivojlanishiga moyillik omillari;
- hatarli omillar;

Atopik dermatitning etiologik omillari:

- atopik dermatit rivojlanishiga moyillik omillari;
- atopik kasalliklarga irsiy moyillik Kseroz (terining quruqligi)

Atopik dermatit rivojlanishini keltirib chiqaruvchi omillar:

1. Bakterial bo'lmagan allergenlar.
 - a). Ovqat allergenlari.
 - b). Ingalyastion (uy changi kanallari, uy hayvonlarining juni va epidermisi, suvarak allergenlari, o'simliklarning changgi) allergenlar.
2. Bakterial va zamburug' allergenlar.
 - a). Stap. Aureus.
 - b). Malassezia sympodialis (M.furfur) v). Candida albicans.
3. Autoantigenlar.

Atopik dermatit chaqiruvchi xavfli omillar.

1. Homiladorlik davridagi kasalliklar va toksikoz.
2. Homiladorlik va bolani emizish davrida parhezni buzish, chekish va boshqa turdagi zararli odatlar.

3. Bolani ovqatlantirishda sun'iy boqish usulini erta qo'llash.

4. Ijtimoiy va ekologik omillar (yomon hayotiy shart sharoitlar).

5. Ovqat-xazm qilish tizimidagi a'zolarining surunkali va funktsional kasalliklari

6. Parazitar invazyalar.

7. Infekstiyaning surunkali o'choqlari

Bronxial astmada bo'lgani kabi atopik dermatitda ham rivojlanib ulgurgan kasallikni avj oldiruvchi, boshqacha aytganda teri ostida allergenlik xususiyatiga ega bo'lmagan, lekin shu bilan birga, mavjud kasallikni kuchaytiradigan (maxsus bo'lmagan triggerlar) omillar mavjud.

Allergenlik xususiyatiga ega bo'lmagan, lekin mavjud atopik dermatitni avj olishiga sabab bo'ladigan omillar:

1. Irritantlar.

2. Iqlim va ob-havo sharoitlari.

3. Ruxiy omillar.

4. Endokrin omillar.

5. Ota-onaning kasbi bilan bog'liq omillar.

6. Virusli omillar.

Kseroz (terinin quruqligi) atopik dermatitning asosiy belgilaridan biri hisoblanadi. Terining haddan ziyod quruq bo'lishi uning himoya vazifasini izdan chiqaradi va teri aloqallergenlar va irritantlarning o'tib ketishiga to'sqinlik qila olmay qoladi. Atopik dermatit bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida kseroz paydo bo'lishi bilan yoki bir oz muddat o'tgach paydo bo'ladi va butun umr, atrof muhit sharoitlariga bog'liq ravishda, goh susayib (issiq va nam fasllarda), goh avjiga chiqib (sovuq va quruq fasllarda) davom etadi. Kseroz keratinostitlarning suvni bog'lash xususiyatining irsiy ravishda sust bo'lishi tufayli rivojlanadi. Bundan tashqari atopik dermatit bilan og'rigan bemorlarda suvni tranepidermal yo'l orqali ko'p yo'qotish va ter bezlari suyuqlik ishlab chiqarish faoliyatining sustligi kuzatiladi. Aniqlanishicha, bunday bemorlar epidermisining muguz qatlamida steramidlar kam bo'ladi. Steramidlar muguz qatlamning transstellyulyar bo'shligida suvni bog'lab turuvchi asosiy molekularlar hisoblanadi va ularning yetishmovchiligi teri quruqligi rivojlanishiga va u orqali allergenlarning o'tib ketishiga birinchi sabab bo'lib xizmat qiladi.

Atopik dermatitni keltirib chiqaruvchi omillar.

Nobakterial allergenlar. Ovqat allergenlari go'daklarda va hayotining dastlabki yillarini yashayotgan kichik yoshdagi bolalarda atopik dermatit rivojlanishini boshlab beruvchi eng asosiy omil hisoblanadi. Bu ovqat allergenlari yordamida sun'iy uslubda kasallik chaqirish sinamasini o'tkazish orqali aniqlangan. 75% bolalarda sinamaga javoban atopik dermatitga xos belgilar rivojlangan. Bulardan 85% da tuxumga nisbatan sezuvchanlik eng yuqori bo'lgan. Keyingi o'tkazilgan eliminastion parxez tadbirlari atopik dermatit belgilariga ijobiy ta'sir ko'rsatgan. Ovqat allergenlari natijasida rivojlangan o'rta og'irlikdagi va og'ir atopik dermatit kasallikning 33-39 %ini tashkil qiladi. Tuxum, sut, yeryong'oq va yong'oqlarning boshqa turlari, soya, mosh, no'xat, loviya, bug'doy, baliq atopik dermatit rivojlanishiga yoki uni avj olishiga eng ko'p sabab bo'ladigan ovqat maxsulotlari hisoblanadi. Atopik dermatit rivojlanishida ovqat maxsulotlari bola hayotining dastlabki yillarida ahamiyatga ega. 5 yoshga etgach bolalarda ilgari ko'tara olmagan ovqat maxsulotlariga nisbatan, ayniqsa eliminastion parxezga amal qilib yurilsa, ko'nikma hosil bo'ladi. Lekin atopik dermatit bilan og'riyotgan bolalarning 1/3 qismida ovqat allergiyasi yoki ozuqa mahsulotlariga nisbatan noallergik tabiatli gipersezuvchanlik mavjud bo'lishi mumkin va bu ularda ko'pincha eshakemi yoki Kvinke shishi, me'da ichak yo'llidagi o'zgarishlar, respirator simptomlar, og'ir holatlarda esa anafilaktik reaksiyalar ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Ovqat allergiyasi bo'lmagan yoki ozuqa mahsulotlariga nisbatan gipersezuvchanligi bo'lmagan holatlarda ham ba'zi ovqat maxsulotlari atopik dermatit kechishini og'irlashtirishi mumkin. Issiq va achchik, ovqatlar terida eritema chaqirib atopik dermatitdagi qichishishni kuchaytirishi, tarkibida salistilatlar tutadigan mahsulotlar (ayniqsa mevalar) esa semiz hujayralardan gistamin ajralishini rag'batlantirib atopik dermatitni avj oldirishi mumkin. Ba'zan bola rastioniga ilk bor qo'sxilgan maxsulotlar ham atopik dermatit belgilarini kuchayishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu holat o'sha mahsulotga nisbatan bolada allergiya borligidan emas, balki unda yangi ovqatga ko'nikma yo'qligidan ham yuzaga keladi. Go'daklarning terisi va ovqat hazm qilish tizimi yangi turdagi ovqatga ko'nikishi uchun bir oz muddat kerak bo'ladi. 5 yoshdan katta bolalardagi atopik dermatit genezida

ingalyastion allergenlar: uy va kutubxona changgi, uy changgi kanalari, uy hayvonlarining yunggi va epidermisi yostiqlarning pari, o'simliklarning changgi muhim ahamiyat kasb etadi.

Atopik dermatitning rivojlanishi va uning avj olishiga eng ko'p sabab bo'ladigan ingalyastion allergenlar uy changi kanalari (*Dermatopagoides pteronissinus* va *farinae*) hamda uy hayvonlari epidermisi hisoblanadi. Atopik dermatitning tananing shu allergenlar bilan eng ko'p muloqot qilishi mumkin bo'lgan qismlarida: yuzda, bo'yinda, boshda va qo'llarda rivojlanishi aynan o'sha allergenlarga nisbatan sezuvchanlikning oshib ketganligi ehtimolini oshiradi. Bu allergenlar ko'pincha o'rta og'irlikdagi va og'ir shakldagi atopik dermatitlarga olib keladi. Uyni allergenlardan tozalash tadbirlari kasallikning kechishiga ijobiy ta'sir etadi.

O'simliklar changgi, xususan boshqoli o'simliklarning changgi va atopik dermatit o'rtasida bog'liqlik borligini 1949 yilda Tuft L. namoyish qilib bergan. Mavsumiy atopik dermatitga chalingan bemorlarda o'simlik changgi bilan o'tkazilgan allergik sinamalarning musbat natijalari, ba'zi bemorlarda allergik dermatit simptomlarining daraxtlar gullashi davrida avj olishi bu bog'liqlikni tasdiqlaydi. Bundan tashqari bir qancha bemorlarning qonida o'simlik changlariga nisbatan maxsus IgE antitanalarning va maxsus allergenli T limfositlarning topilganligi dermatit genezida o'simliklar changgining ahamiyatini kuchaytiradi.

Bakterial va zamburug'li allergenlar. Keyingi yillarda atopik dermatit patogenezida mikroorganizmlarning ahamiyati keng ko'lamda o'rganilmoqda. Mikroorganizmlar atopik dermatit kechuvida, asoratlarni rivojlanishida, allergen sifatida va superantigenlik xususiyatiga ega toksinlar ishlab chiqaruvchi omil sifatida ta'sir etishi aniqlangan. Mikroorganizmlardan eng ahamiyatli va eng ko'p o'rganilgani tilla rangli stafilokkok (*Staphylococcus aureus*) hisoblanadi. Atopik dermatitga chalingan bemorlar terisining shikastlangan va shikastlanmagan qismlarida *S.aureis* koloniyalari soni ortadi. 10 ta kasaldan 9 tasida teri qoplamasining 90 %i bu mikroorganizmlar tomonidan egallab olingan bo'ladi. Sog'lom odamlar terisida esa bu ko'rsatkich 5% ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, ko'pchilik bemorlar qonining zardobida stafilokokkga qarshi maxsus Ig E antitanalar miqdori baland ko'rsatkichlarga ega bo'ladi. Lekin, shu bilan birga, atopik dermatit patogeneziga eng ahamiyatli ta'sirni *S.aures* ishlab

chiqaradigan, superantigenlik xususiyatiga ega bo'lgan ekzotoksinlar ko'rsatadi. Ular oddiy allergik jarayonlarni inkor etgan holda T limfositlar qayta taqsimlanishini rag'batlantirish yo'li bilan immunjavob chaqirish qobiliyatiga ega. Bunda ular keratinositlarni va antigenlik hususiyatini namoyon qildiruvchi hujayralarni faollashtirib, yoki o'zlari bevosita allergen sifatida ta'sir etib maxsus IgE antitanalar ishlab chiqarilishini kuchaytiradi. Stafilokokklarning ekzotoksinlari CLA+T limfositlarining apoptoz jarayonini kamaytirib atopik dermatitdagi yallig'lanish surunkali shaklga o'tib ketishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari stafilokokklarning superantigenlari noallergik atopik dermatitda T limfositlarini faollashtirib yallig'lanish stitokinlarini ishlab chiqarilishida va terida yallig'lanish jarayoni rivojlanishida ishtirok etadi. Petyrosporum ovale yoki Petyrosporum orbiculares nomi bilan ham ataladigan Malassesia sympodialis (M.furfur) nomli lipofil zamburug'lar seboreyali dermatitga chalingan bemorlarning terisiga o'nashib olib bosh, yuz, buyin va tananing yuqori qismida dermatit chaqiradi. Atopik dermatitga chalingan bemorlarning 49% ida yuqoridagi zamburug'larga nisbatan maxsus IgE antitanalar topiladi. Boshqa turdagi dermatofillardan Candida albicans atopik dermatitda eng ko'p uchraydigan zamburug'lar hisoblanadi.

Asabiylashish atopik dermatitning avj olishiga sabab bo'ladigan muhim ruxiy omil hisoblanadi. Aksariyat bemorlarda kasallikning avj olishi asabiylashish holatidan so'ng kuzatiladi. Bolalarda gipotalamus adrenalini tizimi oxirigacha rivojlanib ulgurmaganligi tufayli asabiylashish vaqtida ularda noradrenalin ishlab chiqarilishi va shu tariqa dermatitdagi teri yallig'lanishi belgilarini kamaytirilishi etarli darajada bo'lmaydi. Oqibatda ruxiy aziyat chekish bolalardagi atopik dermatit belgilarini kuchliroq avj oldiradi. o'rta og'ir va og'ir turdagi atopik dermatitda bemorlarning tungi uyquasi buziladi va kunduz kundagi faolliklari salbiy tarafdagi o'zgaradi. Bu o'z navbatida depressiya holatini chaqiradi.

Atopik dermatiti bor bemorlar terining ta'sirlanishi bilan boradigan har qanday ish faoliyati (jumladan tez tez qo'lni yuvish, rezina qo'lqoplarni uzoq vaqt taqib yurish, grim qilish) dan voz kechishlari va asabiylashish holatlari yuz berishi mumkin bo'lgan vaziyatlardan o'zlarini olib qochishlari kerak.

Atopik dermatitning patogenezi.

Atopik dermatit rivojlanish omillari ko'p bo'lgan, asosida irsiy

moyillik hamda teri to'sqinlik faoliyatining nuqsoni yotadigan kasallik. To'sqinlik faoliyati buzulishi ekzoallergenlarning teri orqali o'tib immuntizimni faollashishiga olib keladi. Atopik dermatitga chalingan bemorlarning 80 %ida tez turdagi allergik reaksiya chaqirib, reaksiya belgilarini terida namoyon qiluvchi turli allergenlarga nisbatan maxsus IgE antitanalar miqdorining yuqoriligi aniqlangan. Aeroallergenlar ingalyastiya usulida kiradi yoki teri orqali ham o'tishi mumkin. Teridagi Langergans epidermal hujayralari teri immuntizimining tarkibiy qismiga kiradi. Ular teri orqali o'tgan allergenlari tutib qolib teri immuntizimining tarkibiy qismini tashkil qiluvchi epidermal hujayralar kirgan allergenlarni tutib qoladi.

Atopik dermatitni tashxislash mezonlari.

1980 yilda Hanifin va Rajica atopik dermatitning tashxisiy mezonlarini taklif qilishgan. Bu mezonlarga bir necha bor o'zgartirishlar kiritilgan va to'ldirilgan. Amerika Dermatologlar Akademiyasi 2003 yilda atopik dermatitga bag'ishlangan konferensiyada tashxis mezonlarining eng zamonaviy shaklini taklif qildi:

Atopik dermatitning klinik mezonlari (Eichenfield L.F., 11 a n if In J.M. et al, 2003)

A. Asosiy mezonlar (doimiy ravishda bo'ladi)

1. Qichishish.

2. Ekzema (o'tkir, o'tkir osti, surunkali).

a) xos morfologik o'zgarishlar.

b) Surunkali yoki qaytalanuvchi kechuvi. Shikastlanishning maxsus o'ziga xosligi.

1). Go'daklarda va bolalarda yuz, bo'yin va yoziluvchi yuzalarni qoplaydi.

2). Bukuluvchi yuzalar har qanday yoshda shikastlanishi mumkin.

3). Chov va qo'ltiqosti sohalarining shikastlanishining oldini olish.

B. Muqim mezonlar (ko'p holatlarda mavjud bo'ladi, qo'shimcha ravishda tashxisni tasdiqlaydi)

1. Kasallikning erta bolalik davrida boshlanishi.

2. Atopiya.

a) Anamnezida irsiy moyillik bo'lishi.

b) IgE sezuvchanlikning mavjudligi.

3. Kseroz (terining quruqligi).

C. Qo'shimcha mezonlar (xos bo'lmagan, lekin tashxisni tasdiqlashga ko'makdosh).

1. Tomirlar ta'sirchanligining izdan chiqishi (yuzning siniqqanligi, oq dermografizm).

2. Terida ifodali follikulyar su'rat (keratosis pilaris- kaft terisi ko'rinishidagi kuchli o'zgarish, ixtioz).

2. Ko'zda va uning atrofida (periorbital) o'zgarishlar.

3. Boshqa maxalliy o'zgarishlar (og'iz atrofi, quloq atrofidagi shikastlanishlar).

4. Perifollikulyar akstentuzasiya lixenifikasiya prurigo.

Atopik dermatitning asosiy 6 ta belgisi mavjud:

1. eritema (giperemiya)

2. shish/papula

3. ekssudasiya/qatqaloq

4. ekskoriyasiya

5. lixenifikasiya

6. teri quruqligi asos qilib olinadi.

Atopik dermatitning klinik belgilari.

Atopik dermatitning klinik belgilari bemorning yoshiga va kasallikning davriga qarab turli xil ko'rinishda namoyon bo'lishi mumkin. Atopik dermatit aksariyat hollarda erta bolalik davrdan boshlanadi. Bolalarda 3 oylik davr kasallik boshlanishining ilk davri hisoblanadi. Ta'kidlash joizki, kasallik qancha erta boshlansa, uning kechishi shuncha ogir bo'ladi.

Qichishish. Atopik dermatit namoyon bo'lishining eng asosiy belgilaridan biri hisoblanadi. Atopik dermatitning o'rta og'ir va og'ir shakllaridagi qichima bemorlar hayotining sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ko'p hollarda bemorlar teridagi toshmalarga emas balki, kechki vaqt va ayniqsa tunda boshlanib avj oladigan, chidab bo'lmaydigan darajada kuchli kichimaga shikoyat qiladilar. Shu bilan birga, atopik dermatitda qichishish besabab, o'z-o'zidan boshlanishi mumkinligini ham e'tirof etish kerak. Atopik dermatitning tana bo'ylab tarqalishi va teri jarayonlarining boshlanishi jarayoni hisoblanadi. Qichishishning patofiziologiyasi aniq emas. Zamonaviy izlanishlar natijasiga ko'ra, boshqa allergik dermatozlar, xususan eshak emi va Kvinke shishidan farqli o'laroq, atopik dermatitdagi qichishishda

gistamin asosiy mediator hisoblanmaydi. Bu kasallikda proteazalar, prostaglandinlar, neyropeptidlar, kininlar, astetilholin va sitokinlar qichishish keltirib chiqarishi yoki gistamin ishlab chiqarilishini kuchaytirishi mumkin. Shu sababdan atopik dermatit qichimasida gistaminga qarshi dori vositalar emas balki glyukokortikosteroidlar, kalstinevrin ingibitorlari va fototerapiya samaraliroq ta'sir ko'rsatadi.

Ekzema teri shikastlanishining turli tuzilishdagi toshmalar bilan namoyon bo'luvchi belgilari majmuasidir. Atopik dermatitning o'tkir davrida eritema, papula, vezikula, infiltrastiya va shish ko'rinishida, surunkali davrida esa lixenifikastiya ko'rinishida bo'ladi. Atopik dermatit qichima chaqiruvchi toshma emas, balki toshmaga olib keluvchi qichima degan umumiy fikr haqiqatdan bir oz yiroq, chunki yengil papulali toshmalar terining atopik dermatitdagi birlamchi shikastlanishi hisoblanadi. Shu bilan birga atopik dermatitda teri shikastlanishi o'ziga xos va turlicha bo'lishi mumkin.

Kseroz (terining quruqligi) atopik dermatitning qushimcha mezoni bo'lsada, hamma bemorlarda kuzatiladigan belgi hisoblanadi. Terining quruqligi terining nafaqat shikastlangan qismlarida, balki uning boshqa, sog'lom joylarida ham ko'rinadi.

Teri follikuliyar ko'rinishining kuchayishi (keratosis pelaris) soch follikulalarini keratinlashishidagi yetishmovcxilik natijasida yuzaga keladi va odam terisi "tovuq teri" yoki qumqog'oz ko'rinishga ega bo'lib qoladi. Bu belgi atopik dermatit bilan og'rigan bemorlarning taxminan 55 % da bo'ladi va odatda qo'llarning yoziluvchi yuzalarida, sonda, belning pastki qismlarida hamda yuzda, ko'pincha bolalarda va o'smirlarda kuzatiladi.

Atopik dermatitning ko'z va ko'z atrofi (periorbital) belgilari allergik soyalar, Denni Morgan chiziqlari, atopik keratokon'yunktivit, katarakta hamda keratokonus ko'rinishlarida namoyon bo'lishi mumkin. Allergik soyalar ko'z atrofida, ko'p hollarda esa pastki qovoqdarda ko'rinadi va 60 % hollarda hamma atopik kasalliklar, jumladan atopik dermatitda ham kuzatiladi.

Atopik dermatitning (davriy) belgilari.

Atopik dermatitda shikastlanish tarqalishining va morfologiyasining yoshga bog'liq holdagi ma'lum xususiyatlari, boshqacha aytganda maxsus "andozaviy" ko'rinishga ega bo'lgan (maxsus) davriy shakllari mavjud. Yoshga bog'liq uchta davr taffovut

etiladi: go'daklik davri (tug'ulishdan 2 yoshgacha), bolalik davri (2 yoshdan -13 yoshgacha), o'smirlik va etuklik davri (12 yoshdan katta bolalar). Atopik dermatitning davrlarga bo'linishi klinik jihatdan asosli bo'lsada, shartli hisoblanadi. Chunki davriylik, andoza hamma holatlarga ham aniq mos kelavermaydi, ya'ni bunday bo'linishda qonuniyat mavjud emas.

I- davrda atopik dermatit ko'proq terining qizarishi, shish, tez rivojlanib qatqaloqlarga aylanuvchi eksudativ shaklda namoyon bo'ladi. Shikastlanish yanoqlar, iyak, ba'zan boshning sochli qismi, peshona va ensa sohalarini egallaydi. Jarayonga qo'l va oyoqlarning yoziluvchi yuzalari va belning pastki qismlari jalb etilishi mumkin. Dastlab chegarasiz shish, eritema paydo bo'ladi. Keyin tez yorilib suvlanadigan papula va vezikula toshmalari chiqadi. Odatda jarayon simmetrik bo'ladi va kuchli qichishish bilan davom etadi.

II - davrda teri yalliglanishining eksudativ komponenti kamroq ifodalangan ko'rinish oladi va oldingi o'ringa lixenifikastiya chiqadi. Bu holat yalliglanishning surunkali ko'rinish olayotganiga ishora qiladi. Jarayon tirsak - bilak bo'g'imining yuzasi, taqim, quloqorti va bo'yin, bilak - kaft va to'piq bo'g'imlarining bukiluvchi yuzalarida namoyon bo'ladi. Eritema, papula, ekskoriastiya, terining qalinlashishi va uning ko'rinishining kuchayishi (lixenifikastiya), terining yorilishi, unda baliq tangasi ko'rinishli va qipiqlanuvchi qazg'oqlarning paydo bo'lishi shu davrga xos belgilar hisoblanadi. Odatda bu davrda bemorning yuzi toza bo'ladi, lekin, o'rta og'ir va aynikea, og'ir atopik dermatitda facies atoticus shakllanishi mumkin. Bunda bemorning yuzi oqish yoki ko'kimtir tus oladi, ko'zlarining ostida to'q rangli doyra ("charchoq nazar") paydo bo'ladi, pastki qovoqda burmalar (Denni-Morgan chiziqchalari) hosil bo'ladi, lablar yoriladi, atopik xeylit (labni hadeb yalayverish oqibatida) rivojlanadi.

III - davrga faqat lixenifikastiya xos. Lekin kasallik avj olganda namlanuvchi vezikula va papulalar paydo bo'lishi mumkin. Shikastlanish tananing yuqori qismida: yuz, boshning sochli qismi, buyin, qo'llarning hamma tomonida joylashishi mumkin.

IV- yoshga bog'lik bo'lgan davriy belgilarni jadval shaklida keltiramiz:

Atopik dermatitning yoshga bog'liq

Atopik dermatitning belgilari	I-davr(go'dklik) I tug'ulishdan 2 yoshgacha	II- davr(bolalik) 2 yoshdan -13 yoshgacha	III- davr (o'smirlik va etuklik) 12 yoshdan katta
Qichishish	+++	-/+	-
Toshmalar	eritema, papula, vezikula	1. Turg'un eritema, papula, ekskoriastiya	O'rta og'ir va og'ir shaklida suvli papula, vezikula
ekssudatiya/lixenifikastiya	++/-	-/++	-/+
Surunkfli davrga o'tihi	-	++	++
Terining yorilishi	-	++	-
	-	+++	-
Shikastlanish sohalari	yonoqlar, iyak, boshning sochli qismi, peshona, бошининг soxasi	tirsak - bilak bo'g'imi, taqim, bilak - kaft bo'g'imi, to'piq.	Tananing yuqori qismida
Facies atopicus	shakllanmaydi	shakllanadi	shakllanishi

Atopik dermatitning kechishi.

Atopik dermatit surunkali, takrorlanib turishga moyil bo'lgan holda, ba'zan avj olib kechishi, ba'zan esa sababsiz, o'z-o'zidan tinchib qolishi bilan ifodalanadi. Ba'zi hollarda atopik dermatitning qisqa muddatli shakllari ham uchraydi. Bolalarning yonoqlaridagi chegarali o'tkir toshmalar va tarqoq ekzematoz toshmalar odatda iz qoldirmay ortga qaytib ketadi. Taxminan bolalar 2 yoshga kirganlarida yoki 5 yoshga yetgunlarigacha bo'lgan davrda sog'ayib ketadilar. Qolganlarida esa kasallik uzoq vaqt, takrorlanib turishga moyil ravishda kechadi. Shu bilan birga, ko'p hollarda atopik dermatit engil shaklda kechadi va oson davolanadi. Bola atopik dermatitga hayotining Ichi yilida chalinsa, uning davolanishi ancha engil bo'ladi degan taxmin mavjud bo'lsada, kasallik qancha erta boshlansa uning kechishi shuncha og'ir bo'ladi va u persistik shaklga o'tishga moyil bo'ladi degan umumiy fikr fanda saqlanib qolgan. Atopik dermatit nasldan naslga o'tish xususiyatiga ega va ko'p hollarda unga boshqa allergik kasalliklar, jumladan bronxial astma, ovqat allergiyasi, allergik rinit. terining takrorlanib turuvchi

infeksiyalari hamroh bo'lishi mumkin.

Atopik dermatitning asoratlari.

1. Eritrodermiya.
2. Ikkilamchi infektsiyalar: bakterial, zamburug'li va virusli infeksiyalarning qo'shilishi.
3. Ko'zda namoyon bo'ladigan asoratlar.
4. Ruxiy holat asoratlari.
5. Bolalarning o'sishida ro'y beradigan asoratlar.

Eritrodermiya atopik dermatitning eng og'ir asoratlari bilan biri hisoblanadi. U bemor teri qoplamlari umumiy maydonining eritema, ekksudastiyali infiltratsiya, lixeniifikatsiya va qopqonish ko'rsinishida kechadigan shikastlanishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Shikastlanish zaxarlanishning umumiy belgilari: tana haroratining ko'tarilishi, yaraja, limfadenopatiya, qon formulasining o'zgarishi bilan beradi. Bunday holat juda og'ir bo'lib, ba'zan bemorning o'limi bilan yakunlanishi mumkin. Eritrodermiya atopik dermatitning og'ir yoki muqim bo'lmagan shakllarida rivojlanishi mumkin. Eritrodermiya rivojlangan bemor gidrotasion muolaja, tana haroratini nazorat qilib turishga yo'naltirilgan davo choralari, glyukokortikosteroid va bakteriyaga qarshi davo vositalarini qo'llash uchun zudlik bilan shifoxonaga olib borilishi kerak.

Atopik dermatit ko'pincha ikkilamchi infektsiyalar: bakteriyalar, zamburug'lar va viruslarning qo'shilishi ko'rinishida asoratlar beradi. Bakteriyalardan: stafilokokklar va streptokokklar tegishli shikastlanishlar va streptodermiya chaqirishi hamda impetigo, follikulitlar, furunkullar ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Bularning natijasida ba'zan septistemiya rivojlanishi mumkin. Bolalarda atopik dermatitning infeksiyalik asoratlari juda tez vujudga kelish xususiyatiga ega. Zamburug'lar ham atopik dermatitni asoratli kechishiga sabab bo'lishi mumkin. Zamburug'larning qo'shilishi natijasida atopik dermatitning avj olishi tez-tez namoyon bo'ladi, terining eksudativ jarayonlari davri cho'ziladi. Mog'orsimon zamburug'lar (*Candida albicans*) va mog'or zamburug'lari atopik dermatitda eng ko'p asorat beradigan zamburug'lar jumlasiga kiradi. Terining shikastlanishi aniq chegaraviy ko'rinish oladi, yaralarning atroflari bir oz ko'tarilib qoladi, ba'zan shikastlangan joylarda o'yilishlar ko'zga tashlanadi, shikastlanish quloq orti burmasida, chov son burmasida, jinsiy a'zolar atrofida va barmoqlar hamda oyoq

panjalari oralig'ida joylashishi mumkin. Zamburug'li asoratlar natijasida shikastlangan sohalaridan o'ziga xos badbuy hid keladi. Bolalarda atopik dermatitning zamburugli asoratlari shillik qavatlar (og'iz bo'shlig'i, ichak va anogenital sohalar)ning zamburug'li shikastlanishi bilan hamkor ravishda kechishi mumkin. Viruslar atopik dermatitda og'ir kechadigan asoratlarga sabab bo'lishi mumkin. Eng ko'p uchraydigan viruslardan uchuq virusi (erpes simplex), so'gal virusi hamda kontagioz mollyusk viruslarini keltirish mumkin. Bular atopik dermatitdagi teri yalliglanishi jarayonlarini avj olishiga olib keladi. Uchuq virusli infeksiya atopik dermatitda og'ir kechishi, tananing hamma sohalariga tarqab ketishi va Kaposhi uchuqli ekzemasiga sabab bo'lishi mumkin. Klinik jihatdan guruhlangan suvli pufakchalar ko'rinishida kechadi va odatda bemorning yuzida namoyon bo'ladi. So'galli virus ko'pincha 5 yoshdan katta bolalarda rivojlanishi mumkin.

Ko'zdagi asoratlar keratokonus va katarakta ko'rinishida namoyon bo'ladi. Keratokonus ko'z soqqasi shaklining buzilishi bo'lib, og'ir kechadigan atopik dermatitda rivojlanadi. U ko'z shox pardasining degenerativ o'zgarishi va susayishi natijasida shakllanadi va ko'rish qobiliyatining pasayishiga olib keladi..

Atopik dermatitdagi azobli qichishish, uyquning buzilishi va tashqi ko'rinishdagi o'zgarishlar bemorlarning va ayniqsa bolalarning ruxiy holatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ularda haddan tashqari uyatchanlik, jur'atsizlik va odamovulik shakllanib boradi. Bunday bemorlar doimiy ruxiy daldaga, ba'zan esa ruxshunos mutaxassis yordamiga muxtoj bo'ladilar.

Atopik dermatitning og'ir shakli bilan og'rigan bolalarning ba'zilari o'sishdan ortda qoladilar. Bunga birinchi sabab bevosita atopik dermatitning o'zi bo'lsa, ikkinchi sabab davolash maqsadida haddan ziyod ko'p qo'llaniladigan tizimli glyukokortikosteroidlar bo'lishi mumkin.

Qiyosiy tashxislash.

Atopik dermatitning klinik belgilari o'ziga xos belgilar majmuasidan iborat bo'lsa, teri jarayonlarining joylashish o'rni yoshga mos ravishda namoyon bo'lsa kasallikni tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. Lekin ba'zan atopik dermatitni teri yalliglanishi bilan boradigan boshqa kasalliklardan farqlash zaruriyati mavjud bo'ladi.

Go'daklik davrida rivojlangan atopik dermatitni seboreyali dermatitdan farqlash kerak. Dermatitning ikkala shaklida ham kasallikning teri belgilari boshni, uning sochli qismini shikastlaydi. Lekin atopik dermatitdan farqli o'laroq seboreyali dermatitda boshdagi toshmalar yog'li, sariq rangli yaralardan iborat bo'ladi, kuchli qichishish va kseroz kuzatilmaydi.

Qo'tir kasalligida bemorni qattiq qichishish bezovta qiladi, kasallik bolalarda ham kattalarda ham uchrashi mumkin. Shu bilan birga, qo'tir yuqumli kasalliklar sirasiga kirganligi sababli, bir vaqtning o'zida u oilaning boshqa a'zolarida ham kuzatilishi mumkin. Toshmalar asosan qo'l va oyoqlarda joylashadi, atopik dermatitdan farqli ravishda, yuz terisini shikastlamaydi, va unda kseroz kuzatilmaydi.

Atopik dermatitda mahsus allergologik tekshiruv.

Terida allergik sinamalar o'tkazish, allergenlar vositasida sun'iy ravishda kasallik chaqirish (provokasion sinama) uchun sinamalar o'tkazish hamda laborator uslubda maxsus allergenli IgE-antitanalar mavjudligini aniqlash kiradi. Atopik dermatitning o'rta og'ir va og'ir turlariga chalingan bolalarning 1/3 qismida ovqat allergenlariga nisbatan sezuvchanlik baland bo'ladi va bu sezuvchanlik bilan atopik dermatit orasida bevosita bog'liqlik kuzatiladi. Bunday bemorlarda qaysi maxsulotlarga nisbatan sezuvchanlik mavjudligini aniqlash va shunga binoan eliminastiya tadbirlarini qo'llash atopik dermatitdagi teri belgilarini keskin kamayishiga yordam beradi. Ovqat allergenlariga nisbatan sezuvchanlik oshib ketganligini aniqlash uchun ovqat allergenlari bilan teri sinamalari va provokasion sinamalar o'tkaziladi. Ovqat maxsulotlariga nisbatan sezuvchanlikning oshib ketishi odatda go'daklarda hamda kichik yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Katta yoshli bolalar va kattalarda sezuvchanlik asosan ingalatsion allergenlarga nisbatan rivojlanadi va ularda allergiya faqat atopik dermatit ko'rinishida emas balki respirator belgilar bilan ham namoyon bo'lishi mumkin. Ingalatsion allergenlarga sezuvchanlikning oshib ketganligini shu turdagi allergenlar vositasida terida allergik sinamalar o'tkazish, va agar respirator belgilar ham kuzatilsa, zaruriyatga qarab, provokatsion sinamalar o'tkazish bilan aniqlanadi. Atopik dermatitda hamma sinamalar kasallikning remissiya davrida, teri sinamalari esa terining shikastlanmagan sohalorida o'tkazilishi zarur.

Atopik dermatitni davolash va oldini olish.

Davolashning umumiy tadbirlari: maxsus alergologik sinamalar natijasida aniqlangan allergenlarga nisbatan eliminatsiya tadbirlari maxsus bo'lmagan iritantlardan muxofazalanish terini namlashga va uni yumshatishga yo'naltirilgan choralar katta yoshli bemorlarga va atopik dermatitga chalingan bolalarning ota-onalariga parvarish usullarini o'rgatish. Ovqat allergenlari tufayli rivojlangan atopik dermatit va ovqat maxsulotlariga sezuvchanligi oshib ketgan, lekin asosida allergik jarayonlar yotmaydigan allergik dermatitda maxsus eliminastion parxez buyurish maksadga muvofiq bo'ladi. Bu parxezda bemor faqat o'zida kasallikning belgilari avj olib ketishiga sabab bo'ladigan maxsulotlarni iste'mol qilishdan saqlanadi. Atopik dermatitga bevosita aloqasi yo'q bo'lgan ovqatlardan uzoq vaqt saqlanib yurish, boshqacha aytganda, maxsus bo'lmagan parxez bemorda vitaminlar va minerallar tanqisligini keltirib chiqarishi va tegishli davo samarasini pasaytirishi mumkin. Gipoallergen parxez kasallik «avj olgan davrda buyuriladi, boshqa vaqtlarda uni kengaytirish kerak bo'ladi. Bemorlar gistaminga boy mahsulotlarni yoki gistamin ishlab chiqarilishini raxbatlantiradigan maxsulotlarni, issiq va achchiq taomlarni iste'mol qilmasliklari lozim. Ba'zi maxsulotlarni, masalan beta kerotinga boy bo'lgan sabzi sharbati, asosiy yog' kislotalari tutadigan maxsulotlarni (qora smrodina urug'ining yog'i, lasos balig'ining moyi) iste'mol qilib turish tavsiya qilinadi. Dengiz suv o'tlari yod va boshqa minerallarga boyligi bilan foydali hisoblanadi. V guruhi vitaminlari, ayniqsa V6 va V5, A vitamini, E hamda S vitaminlari atopik dermatitda foydali hisoblanadi.

Uy changgi kanalariga nisbatan sezuvchanligi oshib ketishi natijasida rivojlangan atopik dermatit va respirator belgilar bilan hamkorlikda kechayotgan atopik dermatitda eliminatsiya tadbirlari kanalarni yo'qotishga qaratilgan bo'lishi kerak. Buning ahamiyati katta, chunki bemorda keyinchalik respirator allergiya, xususan bronxial astma rivojlanishini oldini oladi.

Atopik dermatitda teri parvarishi tadbirlari, terlashga sabab bo'ladigan jismoniy mehnat va mashqlar bilan shug'ullanmaslik. Qattiq va yungli matolardan tikilgan kiyimlar kiyimaslik. Yotoqxonalarini sovuqroq ushlab (20 S darajadan baland emas).

Kiyimlarni va yotoq anjomlarini yuvishda fermentli qo'shimchalar tutadigan yuvish vositalaridan foydalanmaslik.

Yuvinish vaqtida qattiq va dag'al mochalkalar bilan ishqalanmaslik.
Vanna yoki dush qabul qilishda suvni isitib yubormaslik.

10 mavzu. Bolalardagi allergik kasalliklarning turlari va davosi.

Ekssudativ diatez- bu kasalikda teri va shilliq parda juda ta'sirchan bo'lib qoladi, shu sababli organizmning infeksiyaga qarshilik ko'rsatish kuchi susayadi. Bola allergiyaga moyil bo'lsa, eksudativ diatezning belgilari bola tug'ilgandan keyin birinchi haftalaridayoq paydo bo'ladi. Bu belgilar bola 2-3oylik bo'lganda yaqqol yuzaga chiqadi. 5-6 oylikdan boshlab zo'rayadi, 3-5 yoshda asta-sekin kasallikning belgilari namoyon bo'lishi kamayib boradi. Eksudativ diatezning klinik belgilari yuzaga chiqqan vaqtdan boshlab o'tkaziladigan laboratoriya tekshiruvlari bola organizmida katta o'zgarishlar borligini ko'rsatadi, moddalar almashinuvi jarayoni, shu jumladan, avvalo tuz suv almashinuvi izdan chiqadi. Eksudativ diatezi bor bolalarning vazni meyorda bo'lmaydi, bolalarda yog'ning singishi sekinlashadi, qonda yog' moddalari 250-300% mg o'rmiga 450-600 mg% ga etadi. Natijada kapillyarlarda qon harakati ancha sekinlashishi mumkin. Shuning uchun ham keyingi vaqtlarda eksudativ diatez allergik holatdir, degan fikr ilgari surilmoqda, haqiqatdan ham ko'pchilik bolalardagi allergik kasalliklar (ekzema, bronxial astma va boshqalar)ning yuzaga kelishida eksudativ diatez muhim o'rin egallaydi.

Eksudativ diatez belgilarini ko'zdan kechirganda avvalo bola terisida ro'y beradigan o'zgarishlarga ahamiyat berish kerak. Bolaning terisi va shilliq qavatlarida oqimtir bo'ladi. Bola vazni meyordan ortiq bo'ladi, ba'zi bir bolalarda buning aksi ham bo'lishi mumkin.

Bola tug'ilgandan so'ng birinchi haftadayoq tizza bo'g'imi va qoshlari ustida sariq tusli dog'lar (meyergofer dog'lari) paydo bo'ladi. Bolaning qo'ltig'ida, chog'ida, bo'ynida va quloqlari orqasidagi teri suvchirab turadi.

Bola 1,5-2oylik bo'lgandan boshlab, lunji qipiqlanib qizaradi, qoshlari ustida, bosh hiqildoq atrofida yog'li qasmoq paydo bo'ladi.

Eksudativ diatez bilan og'rigan bolalar tez tez respirator kasalliklarga chalib turadi. Bunday bolalar zotiljam bilan og'rib qolsa kasalik og'ir kechib uzoq davom etishi mumkin. Meda-ichaklardagi

o'zgarishlar tez-tez ich ketishiga, ha'zi hollarda esa qabziyatga olib keladi.

Eksudativ diatezni davolashda avvalo bolaning ovqatlanish tartibiga ahamiyat berish kerak. Bolani faqat bir xil ovqat bilan ovqatlantirish, hamda bolani ko'krakdan barvaqt ajratish ham bolaning o'sishdan orqada qolishiga sabab bo'lishi mumkin, hech qanday ovqat ona suti o'rnini bosa olmaydi. Bolani vaqti-bevaqt noto'g'ri ovqatlantirish, juda to'ydirib emizish yoki ovqatlantirish noto'g'ri hisoblanadi. 2-3yoshga etmagan bolalarga kuchli allergen xususiyatga ega bo'lgan ovqat (tuxum, asal, shokolad, kakao) bermagan ma'qul, chunki ular diatezni zo'raytirib yuborishi mumkin. Bola bir yoshdan oshgach o'simlik moyi qo'shib tayyorlangan ovqatlarni berish tavsiya qilinadi.

Bulardan tashqari bolaga beriladigan ovqatlar vitamin A, K, B2, B6, C va PP ga boy bo'lishi kerak.

Bola terisining yallig'langan joylariga kun cheredali va romashkali vannalar qilib turish kerak.

Bunda o'simlik moyi, bolalar kremidan surtish kerak. Bolalarda qichishish paydo bo'lsa albatta uni shifokorga ko'rsatish lozim.

Bolalarda terining allergik kasalliklari.

Bolalarda teri allergik kasalliklarining paydo bo'lishi juda murakkab va bir-biriga o'xshamaydi. Umuman bolalarda strofulus, ekzema kabi kasalliklar kattalarga qaraganda ko'p uchraydi. Ko'krak yoshidagi bolalar terisida paydo bo'ladigan allergik jarayonlarning yuzaga kelishida aksari (tuxum, sut, kartoshka, jo'xori, baliq, kofe, apelsin va boshqalar) allergen bo'lishi sabab bo'ladi. Sigir sutiga sezgirlik sun'iy ovqatlantiriladigan bolalarda tabiiy ovqatlantiriladigan bolalarga nisbatan ko'proq bo'ladi.

Ekzema terida pufakchalar hosil bo'lishi, terining yallig'lanishi, terinig qurib qolishi, qora-qo'tir va katta-kichik po'st paydo bo'lishi bilan kechadigan kasallikdir. Ko'pincha surunkali davom etib, tez-tez qaytalanib turadi. Bolalardagi ekzemaning kelib chiqish sabalari turlituman. Ekzema ko'pincha eksudativ diatezli bolalarda, ichak mikraflorasi tez-tez buzilib turadigan yoki ichi tez-tez suyuq keladigan bolalarda uchraydi. Kasallik belgilariga ko'ra chin ekzema, dermatitli ekzema, mikrobl ekzemaga bo'linadi.

Chin ekzema bola uch-to'rt oylik bo'lganda boshlanib, bolalikning

hamma davrida davom etishi mumkin. Bu hildagi ekzema ko'krak yoshidagi bolalarda ularning yuzidan boshlanadi, yuz terisi suvlanib turadi hamda qora-qo'tir hosil qiladi Chin ekzema badanning hamma qismiga tez orada tarqalib ketishi mumkin.

Klinik belgilari. Bolaning lunji va peshonasi qizaradi, shishadi, keyinchalik shu joyda pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar o'zo'zidan yorilib, suvlanadi. Terisi qichib, bolaga ancha azob beradi.

Ekzema yuzdan boshlanib boshga, quloq orqasiga, tirsak va tizzaga tez tarqalib ketadi. Keyinchalik terining o'tkir yallig'lanishi to'xtaydi. Bunda teri oqarib, qora-qo'tir paydo bo'ladi va qipiqlanadi. Lekin bu holat uzoq davom etmasdan, kasallikning yangi huruji boshlanadi. Bola bezovtalanib tez-tez qachinishi natijasida terida yiringli yaralar hosil bo'lishi mumkin.

Chin ekzema katta yoshdagi bolalarda ko'pincha qo'l oyoqlardan boshlanadi.

Dermatitli ekzema allergen bola terisiga qayta ta'sir etganda paydo bo'ladi. Kasallikning keltirib chiqaruvchi allergenlarga kimyoviy moddalar, o'simlik yog'lari, ayollarning parдоз buyumlari, doridarmonlar, har-xil bo'yoqlar, sovun va sintetik moddalar kiradi. Terining jarohatlanishi, shilinishi ham dermatitli ekzemaning kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Dermatitli ekzemaning belgilari chin ekzemanikiga o'xshab ketadi, lekin yara toshadigan joy kasallikni keltirib chiqaruvchi allergenni terining qaysi joyiga tushishiga bog'liq bo'ladi.

Mikrobl ekzemaning kelib chiqishiga stafilokokk, streptokokk bakteriyalar hamda kasallikni keltirib chiqaruvchi zamburug'lar sabab bo'ladi. To'la vaznli bolalarda terining bichilgan joylariga mikrobl tushib ekzemani keltirib chiqarishi mumkin. Terining jarohatlangan joylaridan yiring ajraladi, bular badanning turli qismlarida parallel joylashib, keyinchalik bir-biriga qo'shilib, badanning ko'p joyiga tarqalib ketadi.

Ekzemani davolashda bolaning onasidan to'liq ma'lumot yig'ib, bemorni tekshiriladi hamda unga kuchli allergenlik hususiyatiga ega ovqatlarni berilmaydi.

Kasallikni davolashda antigistamin dorilar qo'llaniladi. Mikrobl ekzemada esa mikroblarning turi va qanday antibiotikka sezgirligini aniqlab, antibiotiklar va sulfanilamidlar qo'llaniladi.

Eshakem teriga, ba'zan shilliq qavatlarga toshadi. Eshakem

organizmga allergen tushgandan keyin 15-20 daqiqa ichida tosha boshlaydi.

Toshma terining turli joylariga toshishi mumkin. Teri oldin qichishadi, keyin mayda-mayda qizil dog'lar toshadi. Bu qizil dog'lar shishib bo'rtib chiqadi. Ular bir-biriga qo'shilib elkaga, belga, dumbaga yoyiladi.

Eshakem me'da-ichak yo'llariga tohsa, kasallik qusish va ich ketishi bilan kechadi.

Eshakemning ko'rinishlaridan biri bo'lgan Kvinke shishi (angionevrotik shish)da ham kasallik belgilari allergen ta'sir ko'rsatgandan keyin qisqa vaqt ichida paydo bo'ladi va rivojlanadi. Bunda odamning yuzi (lablari, tili va chakkalari) shishib ketadi. Bu alomatlar 2-3 kunda yo'qolib, yana qaytalashi mumkin. Eshakemni davolash uchun kasallikga sabab bo'lgan allergenni topish va shunga qarab bemorga, teriga surtiladigan, ichiladigan dori-darmonlar tavsiya etish lozim.

Neyrodermit. Bu kasallik bolalarda terining boshqa kasalliklari bilan kechadi. Neyrodermitda teri chidab bo'lmaydigan darajada qichiydi. Bunda bemorning asabi juda buziladi.

Neyrodermitda odatda tirsak, tizzaning orqa tomoni, bo'yin va yuz zararlanadi. Kasallikni davolashda bolaga shirin muomalada bo'lish, kun tartibini to'g'ri tashkil qilish, etarlicha uxlash, toza havoda bo'lish, badan tarbiya bilan shug'ullanish katta ahamiyatga ega.

Strofulus 1-7 yoshli bolalarda uchraydigan tugunchali teri toshmasi bo'lib, uning kelib chiqishiga ko'pincha kuchli allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan ovqatar: tuxum, shokolad va boshqa shirinliklar sabab bo'ladi.

Teridagi toshmalar bo'rtib chiqadi yoki tuguncha-tuguncha bo'lib, kattaligi no'xatdek bo'lishi mumkin. Bu toshmalar suvsiz yoki suvli bo'lishi mumkin. Toshmalar tirsak va tizzaga, oyoq-qo'l kaftiga toshadi. toshma bolalarga yotishidan oldin yoki kechasi toshib, qattiq qichib azob beradi.

Tabiiy omillar va fizioterapevtik Muolajalar.

Bemorning ovqatlanishi, uxlashi, dam olishi, muolajalar qabul qilishi aniq belgilanadi. Ovqatlanish va kun tartibiga qat'iy rioya qilishi natijasida organizmning himoya kuchlari faollashib, bemor tezroq

sog'ayadi.

Bolalarning umumiy ahvolini kasallikning turini, qo'shimcha kasalliklari bor-yo'qligini hisobga olgan holda chiniqtiruvchi, tonusini oshiruvchi, og'ir botmaydigan tartib belgilanadi.

Chiniqtiruvchi va tonusni oshiruvchi, og'ir bo'lmaydigan rejim belgilanadi. Chiniqtiruvchi va tonusni oshiruvchi tartibda mineral suv vannalari, issiq muolajalar, jismoniy tarbiya bilan davolash, sport o'yinlari, sayr qilish, cho'milish va boshqalar buyuriladi.

Bemor bolalar shifokor buyrgan muolajalarni vaqtida qabul qilishi, davolash gimnastikasi bilan shug'ullanish, davolash tartibiga rioya qilishi zarur. Bemor o'z vaqtida uxlab, dam olishi muhim hisoblanadi. Parxez har bir bemorga umumiy ahvoriga qarab buyuriladi.

Ekzema va neyrodermit bilan og'rikan bolalar shirinliklar, asal, shokolad, kakao, mol yog'i, tuzlangan va konservalangan sabzavotlar, limon, apelsin, mandarin, qulupnay, o'rik, shaftoli, tuzlangan baliq iste'mol qilmasliklari kerak.

Iqlim bilan davolash bemorni majmua davolashning ajralmas qismidir. Quyosh nuri, yil fasllarining almashinishi, havo harorati, namligi, fizik-kimyoviy tarkibi, havo bosimi, yog'in-sochinlar, tuman tushishi, bulut, joyning geografik reliefi, o'simliklar dunyosi, suv havzalari iqlim omillari hisoblanadi. Iqlim omillari inson organizimiga turlicha ta'sir qiladi, tashqi muxit ta'siriga bo'lgan chidamlilikni oshiradi, organizmni chiniqtiradi.

Aeroterapiya deb organizmga yorug'lik va havoning majmua ta'sir etishiga aytiladi. Bu muolaja organizmning himoya va tashqi sharoitga moslashish xususiyatini faollashtirib, chidamlilikni oshiradi. Terida issiqlik almashinuvini va qon aylanishini yaxshilaydi.

Aeroterapiya muolajalariga quyidigilar kiradi: toza havoda sayr qilish; ayvonda, havo yaxshi bo'lganda esa ochiq joyda havo vannasi qabul qilish.

Bemorning umumiy ahvoriga, kasallikning turiga, og'irlik darajasiga qarab iliq (23°C dan yuqori), mo'tadil ($21-22^{\circ}\text{C}$), salqin ($17-20^{\circ}\text{C}$), o'rtacha sovuqlikdagi ($13-16^{\circ}\text{C}$) havo vannalari byuriladi. Havo vannasini 10-15 daqiqadan boshlab, keyinchalik har gal 3-5 daqiqa dan qo'shib borildi. Ammo havo vannasi muddatini 2-3 soatdan oshirib yubormaslik kerak. Havo vannasidan keyin dushda yuvinish yoki nam sochiq bilan badanni artish tavsiya qilinadi.

Quyosh nurlari bilan davolash (gelioterapiya) teri kasalliklarini

davolashda katta ahamiyatga ega. Quyosh nurlri biologik faol qismi ultrabinafsha nurlar bo'lib, ya'ni qon va asab tizimi orqali ta'sir etadi. Bemorning umumiy holatiniva teri kasalligini kechishini hisobga olgan holda ultrabinafsha nurlari turli dozalarda buyurildi. Fotodermatoz, pellagra, yozda qo'ziydigan psoriasis kasalliklarida gelioterapiya qo'llash mumkin emas.

Agar kasallik terining ma'lum bir joyida bo'lib, surunkali va qish paytida qo'ziydigan (masalan, psoriazning qo'ziydigan turi) bo'lsa, gelioterapiyaning nafi ko'prok bo'ladi. Quyosh nuridan me'yoridan ortiqcha foydalanish organizmga salbiy ta'sir etishi mumkin.

Oftobda toblanishda bemor doimo shifokor nazorti ostida bo'lishi kerak. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashsa, uyqusi buzilsa, terida biron-bir funkstional o'zgarishlar paydo bo'lib, kasallik qo'zg'alsa, eritrostitlarning cho'kishi (SOE) tezlashsa oftobda toblanish darhol to'xtatiladi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalar salqinda (tarqoq quyosh nurlarida), 7 yoshgacha bo'lgan bolalar extiyotlovchi rejimda quyosh vannasini tulaligicha ochiq havoda qabul qiladilar.

Ultrabinafsha nurlar ham teri kasalliklarini davolashda eng ko'p qo'llanadigan fizioterapevtik molajalardan biri hisoblanadi. Ultrabinafsha nurlar bemor organizimiga yaalliglanishga qarshi,og'riq qoldiruvchi, sensibillovchi, ya'ni o'ta sezgirlikni kamaytiruvchi, bakteriologik, tetiklashtiruvchi ta'sir ko'rsatib, moddalar almashinuvini yaxshilaydi va organizmni energiya balansini meyorlashtiradi. Bemorni ultrabinafsha nurlari bilan davolashdan oldin bidoza aniqlanadi. Terida bir tekis qizarish paydo bo'lishiga sarf bo'lgan vaqt 1 *bidoza* deyilib, undan ozrog'i *suberitema doza* deyiladi. 1 dan 4 gachasi eritem, 5 bidoza va undan yuqorisi gipereritem doza deb ataladi.

Zararlangan to'qimalarning qayta tiklanishi uchun suberitem bidoza, o'tkir yalliglanish jarayonida gipereritem, boshqa surunkali teri kasalliklarini davolashda o'rtacha eritem doza buyuriladi. Odatdagi davolash usulida belgilangan bidozaga kunaro yoki har kuni 0,25 yoki 0,5 bidozadan qo'shib boriladi va terining ma'lum sohasiga hammasi bo'lib 5-6 martagacha ultrabinafsha nurlar beriladi.

Keyingi yillarda psoriazni davolashda yangi-fotoximioterapiya usuli muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Bu usulda bemorga 0,6 mg/kg miqdorda (vazniga qarab) puvalen beriladi, so'ngra «Piva-22» apparatida 320-390 mm uzun to'lqinli ultrabinafsha nurlar qo'llaniladi.

O'pka sili bo'lgan, rak bilan og'rigan, teroskleroz, yurak faoliyati

yetishmovchiligi, giperterioz, o'ta ta'sirchanlik, buyrak faoliyati etishmovchiligi bilan og'riغان bemorlarni ultrabinafsha nurlar bilan davolash mumkin emas.

Quyida teri kasalliklarini davolashda nisbatan keng qo'llaniladigan fizioterapevtik usullar haqida qisqacha to'xtalib o'tamiz.

Galvanik tok yoki elektroforez usulida dori yuborishda organizmga kuchsiz doimiy tok ta'sir ettiriladi, natijada qon, limfa aylanishi, to'qimalarda moddalar aymashinuvi, oziqlanish va tiklanish jarayonlari yaxshilanadi, og'riqlar yo'qoladi. Teri kasalligi bor bemorning asab tizimi faoliyatida ham salbiy o'zgarishlar bo'lganda bo'yin soxasini galvanik tok bilan davolash (galvanik yoqa usuli) yaxshi natija beradi.

Elektroforez usulida galvanik tok yordamida organizmga dori yuborish usuli ancha afzalliklarga ega. Yuborilgan dori ionlariga teri ostiga yig'ilib, «teri osti deposi» ni hosil qiladi va uch hafta davomida organizmga asta-sekin surilib, shifobaxsh ta'sir etadi. Ekzema va neyrodermit kasalligida terining ma'lum qismida toshgan toshmalar qattiq qichib azob berganda maxalliy elektroforez usuli bilan 2% li dimedrol, novokain yoki kalstiy xlorid eritmasi yuborish yaxshi natija beradi, badan qichishishi tezda to'xtaydi, toshmalar so'rila boshlaydi. Bu muolajalarni bolalarga har kuni yoki kunora mineral vannalar buyuriladi. Muolaja muddati 15-20 daqiqa, davo kursi 8-12 muolajadan iborat. Davo kursini 2-6 oydan keyin yana takrorlash mumkin.

O'tkir yiringli yalliglanish kasalliklarida, rak oldi kasalliklariga gumon qilingan bemorlarga, o'tkir tarqoq teri kasalliklarida, ichki a'zolardan qon ketishiga moyillik bo'lganda, yurak faoliyati sust, bemor haddan tashqari ozg'in bo'lganda galvanik tok yoki yuborilgan dorini ko'tara olmagan hollarda elektroforez usulini qo'llab bo'lmaydi.

Diadinamik tok terining tashqi reseptorlariga va muskul-nerv apparatiga qo'zgatuvchi ta'sir etadi. Natijada tok ta'sir qilgan soxada qon aylanish kuchayadi, to'qimalarning oziqlanishi yaxshilanadi, yallig'lanish, og'riq, achishish tez yuqoladi.

Elektr uyqu. Impuls davri va amplitudasi o'ta past bo'lgan kuchsiz tok organizmga bir maromda ta'sir etadi. Bunday tok bosh miya yarim sharlari po'stlog'idagi tormozlanish jarayonini kuchaytiradi va uyquni chaqiradi.

Odatda ekzemasida va neyrodermiti bor bolalarda nerv sistemasidagi qo'zgalish jarayoni sust bo'lib, o'ta ta'sirchanlik, jizzakilik, jaxildorlik, uyqusizlik kuzatildi. Bu muolaja bemorlar asab tizimiga tinchlantiruvchi

ta'sir etadi, bosh miyaning bioelektrik aktivligini meyorlashtiradi, natijada qichishish kamayib, bemor o'zini yaxshi sezadi, uyqusi yaxshilanadi, teridagi toshmalar erta so'rila boshlaydi. Muolaja har kuni yoki kun ora 30-60 daqiqadan olib boriladi, bir davo kursi 10-15ta seansdan iborat.

Qon aylanishning buzilishi bilan kechayotgan bosh miya sklerozida, yurak toj tomir sklerozida, gipertoniya kasalligida, ko'zning kon'yuktivit, irit , katarakta kasalliklarida, quloqning surunkali kasalliklarida, quloqning surunkali yiringli (otit) kasalligida, yuzda teri kasalligi bo'lganda elektr uyqu va diadinamik tok bilan davolash mumkin emas.

«Amplipuls» apparati yordamida davolashda o'rta to'liqinli sinusoidal modullashgan o'zgaruvchan tokdan foydalaniladi. Blyashkasimon sklerodermiya, psoriaz, artrit kasalliklarida zararlangan teri yuzasiga shifobaxsh balchiq qo'yib, so'ng «Amplipuls» apparatining elektrodi orqali tok ta'sir ettirilsa, yaxshi natijalarga erishish mumkin. Yuqori to'liqinli kuchlanish toki bilan davolashning quyidagi usullari teri kasalliklarini davolashda keng qo'llaniladi.

Darsonvalizasiya usulidan kuchsiz impulsi (bir necha milliampere), biroq yuqori to'liqinli va kuchlanishli (10000 volt) tok tomirlar torayishi, qon aylanishining buzilishi, to'qimalar yomon oziqlanishi bilan kechadigan surunkali teri kasalliklarini davolashda qo'llanilishi mumkin. Muolaja paytida hosil bo'lgan impulslar markaziy nerv sistemasiga ta'sir qiladi, qaytgan javob impulslari esa qon tomirlar devoridagi silliq muskul tolalarini bo'shashtirib, tomirlarni kengaytiradi, natijada to'qimalarda qon aylanishi yaxshilanib, oziqlanish kuchayadi, og'riq yo'qoladi. Muolaja davomiyligi 3-10 min, bir davo kursi 5 tadan 15 tagacha muolajadan iborat.

Magnitoterapiya usulida bemorlarni davolashda past, yuqori, ultrayuqori o'zgaruvchan magnit maydondan foydalaniladi. Past to'liqinli o'zgaruvchan magnit maydoni organizmda moddalar almashinuvini kuchaytiradi, qon aylanishi va to'qimalarning oziqlanishini yaxshilaydi, tinchlantiruvchi va og'rik qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

A. B. Braystev va boshqalar (1974) «Polyus-1» apparati orqali past chastotali o'zgaruvchan magnit maydondan foydalanib, ekzema, neyrodermit va boshqa turli teri kasalliklarini muvaffaqiyatli davolaganlar. Avtorlarning kuzatishicha, davolangan bemorlarning

uyqusi va kayfiyati yaxsxilangan, badan terisi qichishishi kamaygan.

Yuqori chastotali o'zgaruvchan magnit maydoniga induktotermiya deyiladi. Induktor elektrod atrofida paydo bo'lgan aylanma toklar to'qimalar ichida issiqlik hosil qiladi, asab tolalarining salbiy ta'sirlovchilariga nisbatan sezgirligini kamaytiradi.

Ultrayuqori chastotali (UVCh) induktotermiya – yallig'lanishga qarshi, og'rik qoldiruvchi t'asir ko'rsatadi, bakteriyalarning rivojlanishini to'xtatadi, organizmning sensibilizasiya holatini kamaytirib, immunitetini oshiradi hamda leykositlarning mikrobyutuvchanlik (fagostitoz) aktivligini kuchaytiradi. UVCh asosan terining o'tkir yallig'lanish va yiringli kasalliklarida qo'llaniladi.

Mikroto'lqinlar bilan davolash ham yallig'lanishga qarshi ta'sir qilib, to'qimalarda qon aylanishni yaxshilaydi, natijada hujayralarning kislorod bilan taminlanishi, moddalar almashinuvi yaxshilanadi. Organizmning tashqi muhitga moslashuvi va muxofaza qobiliyati aktivlashadi, qon tomirlarning shartli va shartsiz ta'sirlovchilarga nisbatan salbiy reaksiyasi kamayadi.

Mikroto'lqinlar bilan ko'zida kasalligi bor bemorlarni davolash mumkin emas.

Ultratovush yoki vibroterapiya to'qima va hujayralarni mikromassaj qiladi. Ultratovush yallig'lanishga qarshi, sensibilizasiyani kamaytiruvchi, og'riq qoldiruvchi ta'sir etib, vegetativ reaksiyalarni, buyrak usti bezi faoliyatini yaxshilaydi. Natijada organizmda fosfor va yog' almashinuvi me'yorlashib, teridagi shishlar so'riladi, organizm keraksiz moddalardan tozalanadi.

Lazer nurlari bilan davolash fizioterpiyada yangi samarali usul bo'lib, teri kasalliklarini davolashda sinab ko'rilmogda.

Ingalyasiya usuli surunkali teri kasalliklarini davolashda organizmga dori yuborish maqsadida va tonzillit, gaymorit, faringit kabi qo'shimcha kasalliklarni davolash uchun kurortologiya va dermatologiyada keng qo'llanilmogda. Bu usulda antibiotiklar, aloe ekstraktiv, fitonstidlar, dimedrol eritmasi, mineral suvlar nafas yo'llari orqali organizmga yuboriladi.

Mineral suvlar bemorlarni davolash uchun mineral vannalar va turli muolajalar holida buyuriladi. Ayniqsa mineral suvlar ichish uchun ko'proq beriladi.

Teri kasalliklariga ovqat hazm qilish organlarining turli kasalliklari sabab bo'lishi haqida aytib o'tgan edik. Darhaqiqat, ko'pchilik

tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, ekzema va neyrodermit bilan og'rigan bolalarning ko'pchiligida jigar, o't pufagi va me'da-ichak kasalliklari uchraydi. Shuning uchun bunday bemorlarni iloji bo'lsa, teri va me'da-ichak kasalliklari bo'yicha ixtisoslashgan sanatoriyalarga yuborib, davolasa yaxshi natija beradi. Ularga mineral suvlardan vanna qabul qilish va ichishdan tashqari, qo'shimcha kasalliklarni hisobga olgan holda me'dani yuvish, o'n ikki barmoqli ichakka zond yuborish, dyubaj qilish, ichakni yuvish, mikroklizma qilish kabi turli muolajalar buyuriladi.

Ekzema va neyrodermit kasalligi surunkali xolesistit, gastrit, kolit kasalligi bilan birga kechadigan mineral suvlarni shifokor tavsiyasi bilan ichi'sa yaxshi natija beradi.

Mineral suv bilan me'dani yuvish ham tavsiya etiladi. O'n ikki barmoqli ichakka zond bilan mineral suv yuborish ut pufagidan va o't yo'llaridan o't ajrlishini tezlashtiradi.

Dyubaj – o't yo'llarini zond yubormasdan yuvish usuli. Bunda bemorga 500 ml. ilitilgan va magniy sulfat eritmasi bilan to'yintirilgan gazsiz mineral suv (avval 1 stakan suvni xo'plab-xo'plab keyin qolganini) ichiriladi. Bemor jigarini ustiga grelka qo'yib yotadi. Dyubajdan so'ng ko'p miqdorda o't ajraladi va o't yo'llaridagi yallig'lanish kamayadi. Mikroklizma usulida yo'g'on ichakka oz miqdorda mineral suv yuboriladi, suv tarkibidagi mineral moddalar organizmga so'rilib, shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi.

Teri kasalliklarini kurortlarda davolashda mineral suvlardan tashqari shifobaxsh balchiq, naftalin va ozokeritdan ham foydalaniladi.

Shifobaxsh balchiq teri kasalliklarini davolovchi kuchli omillardan biridir. Psoriaz, neyrodermit, ekzema kasalliklarini balchiq bilan davolash juda ko'p kurortlarda yaxshi yo'lga qo'yilgan. Balchiq organizmda oksidlanish-qaytarilish va moddalar almashinuvi jarayonini yaxshilaydi, immunitetni oshiradi, allergik reaksiyalarni kamaytiradi, teridagi shishlarni so'rilishini tezlashtiradi. Balchiq tarkibidagi ko'plab mineral tuzlar, mikroelementlar organizmga so'rilib shifobaxsh ta'sir qiladi. Balchiqni teri yuzasiga loy suvagandek yopishtirib (applikatsiya) usuli keng qo'llaniladi; ba'zan balchiq bemorga elektroforez usulida ham buyurildi.

Teri kasalligining faol davrida balchiq bilan davolab bo'lmaydi.

Naftalan – neft maxsuloti bo'lib, markaziy nerv sistemasiga, endokrin bezlar faoliyatiga, qon ishlab chikarishga, yurak faoliyatiga

ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek u yallig'lanishni, qichishishni va organizmdagi allergiya holatini kamaytiradi.

Ozokerit – mumsimon neft maxsuloti bo'lib, ekzema, psoriasis, neyrodermit kasalligini davolashda kurortlarda va boshqa sharoitlarda qo'llaniladigan turli-tuman tabiiy omillar, fizioterapevtik va mineral suv muolajalari haqida qisqacha to'xtalib o'tdik. Teri kasalliklarini davolashda ishlatiladigan asosiy mineral suvlarning turlariga to'xtalib o'tamiz:

Tarkibida yuqori konstentrastiyada mineral tuzlar va organik moddalar bo'lgan, ozod, vodorod sulfid, karbonat anhidrid, rodon kabi gazlarga to'yingan, biologik va fiziologik jixatdan shifobaxsh xususiyatga ega bo'lgan tabiiy suvlar mineral suvlar deb ataladi.

Teri yuzasi mineral suvlar tarkibidagi turli moddalarning organizmga ta'sir etish nuqtasi hisoblanadi. Mineral suvlardan tashqari, gazlar, suvning gidrostatik bosimi, harorati ham vanna qabul qilish paytida organizmga faol ta'sir ko'rsatadi.

Teri kasalliklarining turiga, joylashgan yeriga qarab bemorlarga umumiy vanna, yarim vanna yoki belgacha vanna, oyoq-qo'l vannasi; yuz, bo'yin, boshni yuvish; basseynida cho'milish, dush, massaj kabi balneologik muolajalar buyuriladi.

Vanna qabul qilish paytida mineral suvdagi moddalar nerv resteptorlariga yaxshi ta'sir etadi. Suvda erigan elektrolitlar, ba'zi gazlar (vodorod sulfid, rodon), yod, brom va hakoza moddalar teri orqali organizmga so'rilib, shifobaxsh ta'sir ko'rsatadi.

III BOB. ALLERGEN - XOS IMMUNOTERAPIYA

Allergen - xos immunoterapiya (AXI) sinonimlari: maxsus giposensibilizatsiya, allergovaksinatsiya, ALLERGIYAning maxsus vaksinatsiyasi.

Tavsifi:

AXI ilk bor 1911 yilda mavsumiy AR ni davolash uchun qo'llangan. Uslubning mohiyati shundan iboratki, bemor organizmiga asta-sekinlik bilan ALLERGIYAning yuqori sezuvchanlik chaqiruvchi dozasi kiritib boriladi. O'z vaqtida o'tkazilgan AXI birinchidan: kasallik og'ir formalarining nisbatan engil formasiga o'tishga ikinchidan: dori vositalariga bo'lgan ehtiyojini kamayishiga (bazan umuman yo'qolishiga) olib keladi. AXI olgan bemorlarga kasallikning uzoq mudatli remissiyasi kuzatiladi va yangi allergenlarga nisbatan sensibilizatsiyalar hosil bo'lmaydi.

Allergen-xos immunoterapiya o'tkazishning tarixi haqida ma'lumotlar:

Atopik kasalliklarni davolashda allergen-xos terapiya patogenezini asosida XIX-XX asrlardagi buyuk immunologik kashfiyot yotadi. 1819 yilda Londonlik shifokor Djon Bostok o'zida pichan isitmasining klinik manzarasini yozib o'tgan. Oradan 17 yil o'tgach Vayman mavsumiy allergik reaksiyalarda (AR) organizmning reaksiyasi o'simliklar changiga ekanligini ko'rsatib o'tdi. XIX asr oxirlarida Bostok ixtiroisi Blekli ishlarida o'z tasdiqini topdi. U birinchi bo'lib allergen immunoterapiyadan tavsiyalar berdi ya'ni, pichan isitmasi bo'lgan bemorlarga o'simlik changlari bilan applikasiya bo'lgandan so'ng provokatsiyalovchi agentga nisbatan terida mahalliy reaksiyalar pasayganligini aytdi. 1900 yilda Kurtis AR va BA bo'lgan bemorlarga suvli ekstraktlar bilan qayta inektsiya qilinganda ijobiy effekt bo'lishini isbotladi. Biroz keyinroq 1902 yil fransuz fiziologlari P. Porte va Sh. Rishelar itlarga aktiniy damlamasi (shupalets) qayta yuborganda kutilgan toksinga chidamlilik emas, o'lim bilan tugallanuvchi keskin toksik reaksiya bo'lganligini kuzatishdi. Bu o'zgarishlarni Rische anafilaksiya (grekcha ana - yuk, teskari, plaksis - himoya) deb atadi. Olingan ma'lumotlar allergenlarga nisbatan sezgirligi bo'lgan odamlarda ot zardobi asosida tayyorlangan anatoksinlar inektsiyasidan to'satdan o'lim sababini tushuntirib beradi. To'rt yil o'tgach Maltzer xulosalariga ko'ra odamlardagi allergik astmaning rivojlanishi xuddi

dengiz cho'chqalarida yaratilgan ASH reaksiyasiga o'xshash ekanligi aniqlandi. Bu vaqtda o'to muhim kashfiyot, ya'ni anafilaksiya o'tkazgan hayvonlar shu omilga nisbatan qayta yuborilganda vaqtinchalik chidamlik namoyon qilishini aytdi. 1908 yilda A. N. Bezredko dengiz cho'chqalarida antigenning o'sib boruvchi dozasi yuborish ularni anafilaksiyadan himoya qilishini tajribada ko'rsatib berdi. Yig'ilgan ma'lumotlar asosida 1910 yil ingliz olimi Leonard Nun chang ekstraktlaridan tayyorlangan o'sib boruvchi dozadan mavsum oldi inekstiyasi pichan isitmasini davolashda yordam berishini aytib o'tdi. Haqiqatdan ham 1914 yil uning hamkasbi Djon Frimen 84ta pichan isitmasi bo'lgan bemorlarga boshqoqli o'simliklar changiga nisbatan yuqori sezuvchanlik bor ekanligini aniqladi. Bemorlarga o'simlik changlarining suvli ekstrakti bilan uch yillik kurs terapiya o'tkazildi. Davolash juda muvaffaqiyatli chiqdi. Bundan tashqari davolash kursi samaradorligi 1 yil davomida saqlanib turdi. Shunda AXI ning samaradorligi kiritilayotgan allergenning dozasi bog'liqligi har-bir ineksiya orasidagi optimal interval 1-2 hafta ekanligi, dozaning ortib ketishi tizimli reaksiyalar keltirib chiqarishi mumkinligi aniqlandi. Natijada butun jahon tadqiqotchilari ushbu davolash uslubini takomillashtirish kerakligini taklif etishdi. 1924 yil Tomen ilk bor ushbu qoidalarni, ya'ni pichan isitmasi chaqiruvchi o'simliklarni gullash davriga ko'ra guruhlariga ajratishni taklif qildi (daraxtlar, o'tloqlar, yovvoyi o'tlar). Bu vaqtda Kern esa bemorlarga doimiy, mavsumdan qat'iy-nazar ta'sir qiluvchi allergenlarni aytib o'tdi (ularga asosan mayishiy uy changlari kiradi) yil davomida AR va BA bo'lgan bemorlarga chang allergenlari bilan mavsumoldi giposensibilizatsiya muolajalari o'tkazilgan. Oradan 30 yildan ko'proq vaqt o'tgach Louell va Franklinlar AXI ning samaradorligini "qo'shaloq ko'r-ko'rona plastebo-nazorat" uslubda tasdiqladilar. Hozirgi kunda AR va BA davolashda ushbu uslub samaradorligi haqida o'ta ishonarli va isbotlangan ko'plab nazorat-tadqiqot ma'lumotlari chop etilgan. O'tgan asrning 50-yillarida Loveless ilk bor chaquvchi hashoratlar anafilaksik reaksiyasida parda qanotlilar zaxri bilan AXI o'tkazish foydali ekanini tasdiqladi. 1978 yil Hant va boshqa mualliflar zaxar bilan AXI o'tkazish ari tanasi ekstrakti va plastebo bilan AXI o'tkazishga qaraganda ancha samarali ekanligini isbotladilar. IgEning topilishi va allergik reaksiyalar jarayonida IgE ahamiyatini chuqurroq tushinish aynan shu patologik holatlarda AXI yanada samarali ekanligini tasdiqladi.

ALLERGEN-xos immunoterapiya jarayonining kechishi.

O'tgan bir-qancha o'n yillar mobaynida olimlarning e'tibori AXI ning immunologik mexanizmlarini o'rganishga qaratildi. Cooke va boshqa mualliflarning 1935 yildagi tadqiqotlari natijasida polinozga chalingan bemorlarga chang allergenlari bilan teri ostiga ineksiya qilinganda alohida allergenga nisbatan teri reaksiyasini bloklovchi antitanalar hosil bo'lishi aniqlandi. 1937 yilda Harli maxsus giposensibilizatsiya mexanizmining ikki hil taxminini aytib o'tdi:

-tabiiy qisman desensibilizatsiya (teri sensibillovchi antitanalarining miqdorini kamaytirish)-himoya bloklovchi antitanalarning hosil bo'lishi. Uzoq muddat davomida olib borilgan tadqiqotlar ko'rsatadiki, maxsus-allergen-xos IgE kamayishi, allergen-xos IgG ning ayniqsa G4 sinfining ortishi bilan kechadi. Oxirgisi allergen bloklovchi antitana to'qimalarini sensibilizastiyalash xususiyatidan maxrum bo'lgan, biroq allergen-bog'lovchi faollikka ega. Demak antigen-xos IgG xuddi IgE ning antogonisti bo'lib, uning mahsulotlari IgE va allergen kontaktidan yuzaga keladigan ketma-ket reaksiyalarni bloklaydi. Sublingval AXI o'tkazilganda IgG dan tashqari allergen-xos IgA ning miqdori ham ortadi. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, IgA va IgG4 lar yallig'lanish reaksiyalarining aktivatori emas va komplementni faollashtirmaydi, ushbu vaqtda IgG1, IgG2, IgG3 lar esa komplement tizimini faollaydi va hujayraga bog'lik sitotoksiklik namoyon qiladi. Shunday qilib, IgG4 va IgE lar muvozanatining o'zgarishi AXI samaradorligi asosida yotadi. Keyingi vaqtlardagi malumotlarga ko'ra anti-IgE antitanasi hosil bo'lishi ham AXI samaradorligida o'zining o'rniga ega.

Biroq allergen-xos IgE ning tormozlanishi va allergen-xos IgGning ortishi orasidagi bog'liqlik AXI ning ijobiy samarasini belgilab berishi ham tulaligicha o'z tasdig'ini topmagan. Antitanalar munosabatlari haqidagi ma'lumotlar turlicha va bazan bir-biriga ziddir: ba'zi tadqiqotlar IgG4 miqdori o'zgarganini ko'rsatsa, boshqasi IgG4 va IgE ning deyarli o'zgarmaganligini aytmoda. Ba'zi ma'lumotlar esa IgE, IgG4 nisbatining kamayganligini ko'rsatadi. Yaqinda olingan ma'lumotlarga ko'ra BA ga chalingan bolalar uy changi kanasi bilan sublingval AXI o'tkazgandan so'ng allergen-xos IgE qon zardobida sezilarli darajada kamaygan, ushbu vaqtda allergen-xos IgA kam miqdorda ortgan, IgG4 va IgG1 lar miqdori esa o'zgarmasdan qolgan. Uzoq muddatli tekshiruvlar natijalariga ko'ra, allergenlarga nisbatan

sezuvchanlikning pasayishini faqat AXI ning antitanalar hosil qilish jarayoniga ta'siri bilan bog'lab bo'lmaydi.

Oxirgi o'n yilliklar ma'lumotiga ko'ra AXI o'tkazilgandan so'ng allergik reaksiya soxasidagi T-limfosit vakillari qayta taqsimlanadi. AXI dan klinik yaqqol ijobiy natija bergan bemorlardan (teriga allergen yuborilgandan 24 soat o'tgach) teri biopstat infiltratlaridan immunostitologik tekshiruv o'tkazildi. Analiz natijalari ko'rsatishicha SD3 va CD4 hujayralari sezilarli darajada kamaydi (bir vaqtda faol eozinofillar miqdori ham kamaydi). Bundan tashqari IL-2 (CD25) uchun resteporlar ekspresiyasi ortadi, LARD (antigen taqdim qiluvchi hujayralar) uchun ham va IL-12 ning lokal miqdori ortadi, ular T1-ga bog'lik javobda qatnashadi (ushlab turadi). AXI o'tkazgandan so'ng 50% bemorlarda matrisali RNK (mRNK) IL-2 va IF- γ ekspresiyasi va T1 hujayralariga xos IgG izotop antitanasi hosil qiluvchi va ushlab turilishini bloklovchi mahsulotlar miqdori sezilarli darajada ortdi. T1 hujayralarini faollovchi IL-12 stitokin ham. Atopik BA bo'lgan bemorlarga IL-12 tavsiya qilish bronx reaktivligini pasaytirmasa ham, qonda eozinofillar miqdorini kamaytiradi. AXI jarayonida IL-12 bilan bir qatorda IL-18 hosil induktor, IF- γ T-hujayralarda, NK- hujayralar va β -hujayralar ham muhim o'rin tutadi. Faollashgan T-hujayralarda IL-18 IF- γ .va IL-12 ga qaraganda 10-100 marta ko'p industirlaydi, natijada IgE sintezi ingibirlanadi. Sichqonlarga IL-18 yuborilganda nafas yo'llari shilliq pardasining allergen inkustirlangan gipperreaktivligi ingibirlandi. Oxirgi yillar mobaynida o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, AXI jarayonida allergologik so'nishda regulyator T-hujayra (Treg) lar muhim o'rin tutadi. Treg-ning ikki xildagi kichik turlari bor: doimiy CD4, CD25 va industirlangan Treg1 kichik turlari. Doimiy kichik turi transkripsion Fox P3 omilning ekspresiyasi, industirlangan IL-10 sekretsiyasi va Vo'smalar o'sish omillari xosdir. Regulyator T-hujayralar allergik javobni boshqaradi (ma'lum jarayonlar orqali), T- hujayralarga xos tolerantlikni, ya'ni antigen va o'z organ-to'qimalari determinantlariga javob bermaslikni. T-hujayralarga xos tolerantlik IL-10 va V- o'smalar o'sish omilining to'g'ridan-to'g'ri ta'siridan ham chaqirilishi mumkin. IL-10- IgE mahsulotlari supressori bo'lib (ham umumiy ,ham allergen xos) IgG4 sintezini oshiradi, bu vaqtda esa V- o'smalar o'sish omili IgA mahsulotlarini oshiradi. Ushbu omillar: IgA, V-o'smalar o'sish omili IL10 va IgG4 lar sog'lom odamlar shilliq qavati immun javobini

ta'minlaydi.

Yuqorida aytilganidek, IgA, IgE va IgG lar muvozanati AXI samaradorligini belgilaydi. AXI o'tkazilganda IF- γ dan hosil bo'luvchi CD8-supressor hujayralar miqdori ortadi. Akdis va boshqa mualliflar tahminiga ko'ra allergiya regulyator T-hujayralar etishmovchiligi natijasi hisoblanib, bu vaqtda «sog'lom immun javob» uchun xos bo'lgan (etarlicha supressor faol) antigen-xos Treg soni ortadi. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribalarning natijalariga ko'ra, shilliq qavat orqali qilingan allergen vaksinatasiya (AXI ning sublingval uslubi) dan so'ng shilliq qavatlarda tolerantlik rivojlangan sayin daraxt changiga allergiyasi bo'lgan sichqonlarda Bet VI (qayin changi antigeni) intranasal applikatsiyadan so'ng bazofillarning IgE ga bog'liq degranulyatsiyasi pasaydi, allergen-xos IgG1 va IgG 2 titrlari pasaydi, in vitro IL5 mahsulotlari ham pasaydi.

Taloq makrofaglarining teskari transkriptaza polimeraz reaksiyasiga ko'ra, tolerantlik induksiyasi IL-10 ekspressiyasi, V-o'smalar o'sish faktorining, Fox P3 mRNK (CD4 T-hujayralardagi) ning ortishi kuzatildi.

AXI ning sublingval uslubida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarining allergen bilan bevosita kontakti hisobiga qo'shimcha tarzda davolanish samaradorligini oshiradi. Suplingval AXI ning ta'sirlaridan biri-bu og'iz bo'shlig'i shilliq qavatidagi Langergans hujayralarining teridagi o'z analoglaridan farq qilishidir. Oral dentrit hujayralarida og'iz bo'shlig'i shilliq qavati mahalliy immuniteti bilan bog'lik FceRI resteptor ekspressiyasi, MNS I va II sinf molekullari, shuningdek, stimullovchi molekullar (CD4,CD8) ning doimiy yuqori darajasidir.

Adabiyotlardan olingan ma'lumotlarga ko'ra, o'z yuzasida nazal va oral dendrit hujayralar tutuvchi lipopolisaxarid SD14 resteptor ko'proq miqdorda oral hujayralarda ekspressiyalanadi. Allergenning tilostiyutish yo'llari bilan borishi alohida, tilosti yoki peroral yo'llarga qaraganda ancha samarali bo'lib chiqdi. Bu shundan darak beradiki, allergenning hazm tizimi orqali majburiy absorbsiyasi og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida tolerantlik rivojlanishini kuchaytiradi.

Bemorlar ahvolidan sezilarli darajada yaxshilanish kuzatiladi, chunki AXI ALLERGIYASining effektor bosqichlarida qatnashuvchi hujayra birliklariga ta'sir ko'rsatib, allergik reaksiyalar so'nishiga (sun'iy provokastiyalangan yoki tabiiy ekspozitsiyalangan allergenlar orqali) sabab bo'ladi. AXI dan so'ng semiz hujayralar miqdori kamayadi va

yallig'lanish hujayralari (eozinofil, neytrofillar) to'planadi, nishon hujayralar (semiz hujayra, bazofil) dan mediatrlar ajralishi tormozlanadi (maxsus allergenlar va maxsus bo'lmagan aktivatorlar bilan stimullanganda). Eozinofillar faolligi so'nishini quyidagi ma'lumot ko'rsatadi: polinozga chalinib samarali AXI o'tkazgan bemorlarda bronx suyuqligining kation hosil markeri sekretidagi eozinofillar faolligining mavsumiy so'nishi kuchayb bordi. AXI o'tkazilgandan so'ng allergik reaksiyada qatnashuvchi hujayralar faolligi, bazofillar degranulyatsiyasi va trombositlar sitotoksikligi so'nganligi tajribada ko'rsatildi. Bundan tashqari muvoffaqiyatli o'tkazilgan AXIdan so'ng "shok" a'zolarida metoxromatik bo'yalgan hujayralar (semiz hujayra, bazofil) miqdori kamaydi. Ko'rsatib o'tilgan effekt allergen ta'sirida chaqirilgan provakatsion sinamaning vaqt o'tishi bilan nomayon bo'lishi kamayshi hamda allergen bilan stimulyastiya qilinganda semiz hujayra va bazofillardan ajraladigan mediatorlarning tormozlanishiga mos kelmoqda.

Vantke va boshqa mualliflar ma'lumotlariga ko'ra AXI o'tkazilgandan 4 oy o'tkach AR bo'lgan bemorlar qonida spontan gistamin ajralishi pasayadi. Atopik BA va AR bo'lgan bemorlarda ASIT o'tkazilgandan so'ng allergen va metoholinga nisbatan sezuvchanligi ishonarli darajada pasayganligini bronxial provakatsion test ma'lumotlari tasdiqlaydi. AXI samaradorligini ifodolovchi yana bir mumkin bo'lgan jarayon- bu periferik qondagi T-limfositlar xemokinli resteptorlari ekspressiyasi o'zgarishidir, bu esa o'z navbatida nishon a'zolarida allergen-xos T-limfositlar migratsiyasini susaytiradi. Polinozga chalingan bemorlarga sabab bo'luvchi o'simliklar gullaganda periferik SD4 T limfositlar membranasida SXSRI xemokin resteptori IL-8ga ekspressiyasining yuqori miqdori aniqlandi. AXI o'tkazgan bemorlarda esa bu miqdor past yoki sog'lom odamlar singari umuman kuzatilmadi. Allergen bilan AXI o'tkazgan bemorlar burun shilliq qavati AXI gacha va undan keyngi gistomorfologik manzarasi solishtirma analiz qilib ko'rilganda shilliq qavat epitelial qoplami tiklanayotganligi, unga limfositlar migratsiyasi kuchayganligi, eozinofil va degranulyatsiyalanayotgan hujayralar soni kamayayotgani va hatto to'liq tuzalayotgani kuzatildi.

Epiteliyda yetuk plazmatik hujayralar paydo bo'lgan. ASIT davosini o'tkazgan bemorlarda o'z shilliq qavati plazmatizatsiyasi kuchaygan, shilliq qavatining yumshash darajasi esa pasaygan. Shunday

qilib, AXI T-limfositlar subpopulyatsiyasida o'zgarishlar olib keladi, bu o'z navbatida IgE, IgG immun javob va T-limfositlarga xos tolerantlikni keltirib chiqaradi.

Allergenga xos immunoterapiyasining klinik xususiyatlari.

AXI ning klinik samaradorligi 70-90% ga etadi va kasallik tashqi belgilarining bartaraf etilishi, dori vositalariga nisbatan talabning kamayishi bilan ifodalanadi. Bu AXI ning uchta asosiy ta'siri bilan bog'liq:

-allergen ekspozitsiyasiga nisbatan to'qima (a'zo) sezuvchanligining pasayishi, bu ko'p martalik klinik kuzatuvlar va allergen provokation testlar yordamida tasdiqlangan - ALLERGIYANing har-hil mediatorlariga nisbatan sezuvchanlik pasayishini belgilaydigan maxsus bo'lmagan to'qima giperreaktivligi pasayishi-allergik yallig'lanish belgilarining so'nishi bilan namayon bo'ladi.

Ko'plab tekshiruvlar tasdiqlaydiki, maxsus bo'lmagan to'qima giperreaktivligi pasayishi, yallig'lanishga qarshi ta'siri, allergen-xos giposensibilizatsiya AXI tugagandan so'ng ham uzoq yillar davomida saqlanib turadi. Bunda AXI ning samaradorligi allergik jarayonning u yoki bu bo'g'imiga tanlab ta'sir ko'rsatuvchi zamonaviy dori vositalarining ta'sirini o'zida mujassamlashtirganini oson anglash mumkin.

AXI ning terapevtik samarasi allergik javobning barcha bosqichlarini qamrab oladi, bu esa ma'lum zamonaviy dori vositalarining hech biri uchun xos emas. AXI ta'siri aynan immunologik bosqichni o'z ichiga oladi, T-hujayra tolerantligi shakillanishidagi immun javobning T2 turi T1 turga o'tishiga sabab bo'ladi, IgE-ga bog'liq allergik reaksiyalarni erta va kech bosqichlarida tormozlaydi, allergik yallig'lanishning hujayra jarayonlari va maxsus bo'lmagan to'qima giperreaktivligini so'ndiradi. AXIning farmokoterapiyadan asosiy farqi shundaki, davo kursi tugagandan so'ng ham uzoq muddat saqlanib qoladi. Aynan ushbu holatlar allergologiyada allergenga xos terapiya (AXI) ni ertaroq boshlash zarurligini tasdiqlaydi. Ishning maqsadi-tabiiy ma'lum allergenga nisbatan sezuvchanligini pasaytirish-allergen-xos giposensibilizatsiya.

Ko'rsatma:

AXI uslubini IgE ga bog'lik jarayon bilan rivojlanuvchi quyidagi allergik kasalliklarda qo'llaniladi:

-allergik rinokonyuktivitda;

-adekvat farmokoterapiyadan so'ng OFV1 mumkin bo'lgan ko'rsatgichdan 70% dan kam bo'lmagan atopik BA ning engil va o'rtacha turlarida;

-allergen eliminatsiyasidan keyin ham simptomlar nazorat qilinmaydigan allergik kasalliklarda;

-bronxial va rinokonyunktival simptomlar bilan kuzatiladigan allergik kasalliklarda;

-uzoq vaqt davomida farmokologik vositalar qabul qilish iloji bo'lmaganda;

-farmokoterapiya kutilmagan, noxush alomatlar chaqirgan allergik kasalliklarda;

-chaquvchi hashorotlar zahriga nisbatan anafilaktik reaksiyalar bo'lganda.

Qarshi ko'rsatmalar:

AXI bilan davolash quyidagi holatlarda tavsiya etilmaydi:

-og'ir immunopatologik va immunotaniqis holatlar;

-o'sma kasalliklari;

-og'ir ruhiy o'zgarishlar;

-β adrenoreseptor blokatorlari, topik shakllari bilan davolangan;

-monoaminooksidazalar ingibitorlari bilan simpatomimetiklar kombinatsiyasi qo'llanganda;

-belgilangan sxematik davoni bemorda saqlash iloji bo'lmaganda; -

BA ning og'ir formalari, nazorat qilinmaydigan farmokoterapiyada (OFV, 70% dan kam, adekvat farmokoterapiyadan so'ng).

-yurak qon-tomir kasalliklarida, adrenalini qo'llanib asoratlar chaqirsa;

-5 yoshdan kichiklarda;

-homiladorlikda ushlab turuvchi AXI ni davom ettirish mumkin, biroq, homiladorlik vaqtida o'sib boruvchi dozani qo'llash tavsiya etilmaydi.

B'azi ma'lumotlarga ko'ra APF ingibitorlari qabuli fonida AXI qo'llanganda tizimli reaksiyalar rivojlanishi, arterial bosim tushib ketishi va buni bartaraf qilish qiyinchilik tug'dirishi mumkin.

Buni bazisli gipotenziya maqsadida APF ingibitorlari olayotgan

bemorlar esda tutishi va ularga ASIT o'tkazilayotganda o'ta extiyot bo'lish lozim.

O'ta sezuvchan va tizimli reaksiyalar rivojlanishi, arterial bosim pasayishi mumkin bo'lgan bemorlarga alternativ gipotenziv terapiya tanlash tavsiya etiladi.

Allergen-xos immunoterapiya o'tgazishga tayyorlash:

AXI o'tkazish uchun allergenlar maxsus xos-allergologik tashxis asosida tanlanib, ular ushbu komponentlarni o'z ichiga oladi:

-allergologik anamnez yig'ish;

-allergenlar bilan teri testini qo'yish;

-laborator tashxis-allergenga nisbatan allergen-xos IgE titrini aniqlash, bemorda klinik belgilarni aniqlash;

-teri testi manfiy bo'lib, anamnezida bo'lsa, yoki teri testi ijobiy bo'lib, klinik belgilar bo'lmaganda nazal va konyuktival testlar o'tkazish. AXI o'tkazish uchun bemorda shubhasiz allergik kasallik simptomlarini chaqiruvchi allergenlar tanlab olinadi (o'simlik changlari, uy changi kanalari, zambrug' sporalari, hashoratlar zahri). Allergologik anamnez, teri sinamasi, nazal va konyuktival provokatsion testlar asosida ko'plab turlari ichidan yuqori sezuvchan allergenning klinik ahamiyati aniqlanadi.

AXI buyurishga qat'iy sharoit-allergenning davo shakliga nisbatan bemorning individual sezgirligini oldindan aniqlash, ya'ni terini yoki allergenni 10 martalab suyultirib prik-test o'tkazish uchun. AXI birinchi shubhali yoki kuchsiz musbat reaksiya chaqiruvchi suyultirishdan boshlanadi, har-xil soxta reaksiyalardan qochish uchun test boshlanishidan 1-14 kun oldin antigistamin dorilardan voz kechiladi (muddat bemor olayotgan dori turiga bog'liq). Shuningdek testga 1 kun qolganda adrenalın ham tavsiya etilmaydi.

Allergen-xos immunoterapiya o'tkazishning uslublari va jadvali:

Allergenlarning davo shakllari klinik allergologiyaning butun tarixi davomida allergen-xos tashxisot va davolash uchun ko'pincha faol ta'sir qiluvchi suv-tuzli eritmalar ekstraksiyasidan foydalanib kelingan bo'lib, ular allergik reaksiya yoki kasallik chaqiruvchi turli moddalardir (o'simlik yoki hayvon mahsulotlari). Bu suv-tuzli ekstraktlar tarkibida allergenlardan boshqa moddalar ham tutgan bo'lib, ular vosita sifatiga ta'sir etgan. Shuning uchun allergen vositalarni maxsus tozalash uslubni

mukammallashtirishning asosiy omili hisoblanadi. Allergik vositalarni standartlashtirish, ularning sifatini nazorat qilish hozirda o'z echimini topmagan. Hozirgi vaqtda quyidagi belgilarni hisobga olib allergik vositalarni butun jaxon standartlashtirish strategiyasi mavjud:

-umumiy allergologik faollik;

-biologik faollik ;

-hajm birligida asosiy allergenning miqdoriga qarab.

Vositaning umumiy allergologik faolligi uning teri allergologik reaksiya chaqirishining (prik test) bemorlarda gistaminga nisbatan sezgirligiga qarab standartlanadi. Allergik vositaning tarkibi izoelektrofuksirlash polikiramidli gelda elektrofarez (dodetsitsulfat natriy bilan), IgE immunobuloting kesishgan radioimmunoelktrofarez uslublari yordamida aniqlansa, uning IgE bog'lash xususiyati radioallergosorbent test (RAST) vositasida baholanadi. Hozirgi vaqtda murakkab tarkibga ega bo'lgan va organizimda yuqori sezuvchanlik chaqiruvchi vositalaridagi asosiy allergenni aniqlashning sanoatda imkoniyati tug'ilgan. Shu maqsadda turli mamlakatlarda mos allergenning miqdoriga qarab halqaro refirens standart (VOZ) lar tadbiiq etilgan. Dunyoda allergenni standartlashning ikki xil tizimi keng tarqalgan:

-AU (Allergik Units-allergen birlik) ASH FDA Turkeltaub laboratoriyasida ishlab chiqilgan. Bemorda teri reaksiyaning namoyon bo'lishi in vivo boholanadi.

Allergenning teri ichi testiga javoban eritemalarning umumiy diametri mm da

- BU (Biologikal Units-biologik birlik) Evropada ishlab chiqilgan teri prik-testi o'tkazilganda teri reaksiyalari namoyon qiladigan allergenning bioekvivalent birligi.

Bemor teri reaksiyasining 1000 VUG` ml dagisi 10 mgG`ml gistamin eritmasi konstantrasiyasiga ekvivalent hisoblanadi. Hozirda yangi texnologiyalar asosida hosil molikulasini klonlashtirish orqali ko'plab (o'simlik changi allergenlari, yotoq kanalari, hayvon epidermisi, hashorotlar va pardaqaqotlilar zahri) individual rekonbinativ, allergik faollikka ega va tabbiiy hosil allergenlariga o'xshash muhim allergenlar olingan. Bu texnologiya allergin vositalarini standartlashtirishni engillashtiradi, dori turlari, seriyalarida asosiy allergen miqdorini aniqlashga yordam beradi. Ilk bor o'simlik changiniung suv-tuzli ekstrakt allergeni davo maqsadida keng

qo'llanilgan. Keyinchalik allergen vositalarning davo shakllari mukammallashtirildi, ya'ni ularning xavfsizligi saqlanib asosiy xususiyati-immunogenligi oshiriladi. Ko'plab urinishlar natijasida allergenlarning turli modifikatsiyasi, masalan: Polimerlash orqali (formaldegid, glutar aldegidlar) saralangan turlari (L-trozin, gidroksi alyuminiy) prolongirlangan turlari orqali tabiiy va sun'iy tashuvchilardan olindi. Hozirgi vaqtda AXI uchun suvtuzli ekstraktlar allergen va allergen bo'lmagan vositalar aralashmasi davo allergenlarining depolanuvchi va modifikatsiyalanuvchi shakllari qo'llanilmoqda. Ulardan allergik respirator kasalliklarni davolash maqsadida hamda chaquvchi hashorotlar zaxridan anafilaktik reaksiyalarga qarshi maqsadda qo'llaniladi. Depolanuvchi va modifistirlanuvchi davo allergenlari kam allergenlik va yuqori immunologik xususiyatini namoyon qiladi, natijada ular nisbatan samarali va AXI o'tkazilganda kamroq nojo'ya o'zgarishlar keltirib chiqaradi. Klinik amaliyotda ko'proq allergoidlar va depolanuvchi allergenlar (suspensiya shaklidagi allergenlar, gidroksi alyuminiyga adsorbsiyalangan yoki fosfat kaliyga va gulutar aldegid yordamida ximik modifikatsiyalangan) qo'llaniladi.

Shuningdek allergenlarning konyugatsiyalangan turli shakllarni yaratish uchun immunomodulyator yordamida (polioksidonli) oqsillarni modifikatsiya qilish ustida ishlar olib borilmoqda. Yaratilgan vositalarning klinik tadqiqoti-allergotropinlar mahsus allergen determinant bilan va polioksidonli kompleks bilan AXI uchun juda samarali, xavfsiz ekanligi aytilmoqda hamda bu keyinchalik takomillashtirishi lozimdir.

Modifistirlangan allergenlarni standartlash uchun quyidagi qoidalarga amal qilish lozim:

-dastlabki allergenni modifikatsiyagacha standartlash;

-oxirgi mahsulotda asosiy allergen epitopini saqlagan holda modifikatsiya jarayonini yaratish ;

- dastlabki va oxirgi mahsulotlar xususiyatlari (immunogenlik) mos kelishi.

Bemorlarda bir-qancha allergenlarga nisbatan yuqori sezuvchanlik bo'lganda davolash maqsadida allergen aralashmalaridan foydalaniladi, biroq bunda ikkita muammo paydo bo'ladi:

-birinchidan: aralashmada har-bir allergen dozasi alohida qaraganda ancha kam va bu asosiy allergenning optimal dozasiga etishini

qiyinlashtiradi;

-ikkinchidan: optimal dozaga kech erishilganligi uchun aralashmalar AXI si kech samara beradi.

Esda tutish lozim: yaqin bo'lmagan allergenlarni aralashtirish tavsiya etilmaydi, chunki ular o'zaro bir-birining ta'sirini kamaytirishi mumkin, (Masalan: o'simlik changi allergenlari uy changi kanalari, mog'or, suvarak allergenlarini pasaytirib qo'yadi).

ALLERGEN-xos immuno terapiyaning inektsion usullari:

AXI ning asosiy usuli-klassik parenteral usul bo'lib, unga ko'ra kiritilayotgan allergen turi va bemorning individual sezuvchanligini inobatga olib, jadval tarzida allergenning o'sib boruvchi dozasi teri ostiga kiritishdir. AXI qo'llash tarixi va uning uslublari akademik A.D. Ado va uning maktabi bilan bog'liq. Ilmiy ta'dqiqot allergologiya laboratoriya xodimlari Yu.A.Poroshinoy, N.V.Adrianova va S.M.Titovalar 1961 yilda AXI ning klassik jadvalini klinikada keng ko'lamda qo'lladi (3.1 jadval).

AXI usuli tashxis qo'yilgandan so'ng, ushbu davoga ko'rsatma va mo'neliklar aniqlangandan so'ng boshlanadi. O'simlik changlariga nisbatan AXI shu o'simlik gullashidan 1,5 oy oldin boshlanadi. In'eksiya teri ostiga bilakning uchdan-bir qismiga, lateral yuzasigacha qilinadi. Ineksiya uchun bemorning individual sezuvchanligini hisobga olib aralashma tayyorlanadi. Birinchi ineksiya har kuni yoki kunora qilinsa, keyingilari 7-10 kun interval bilan qilinadi. Allergenni ushlab turuvchi dozada (1:10 ga suyultirilgandan 0,9-1,0 ml) etguncha to gullash mavsumigacha 5-7 kun interval bilan in'ekstiya takrorlanib turadi. Har-bir ineksiyadan oldin shifokor bemorning umumiy ahvolini nazorat qilishi, fizikal tekshiruvlar o'tkazishi, arterial bosimni nazorat qilish, ineksiyadan keyin esa 40-60 min davomida kuzatishi lozim, chunki shu vaqt davomida tizimli reaksiyalar bo'lishi mumkin. Bundan tashqari qonning klinik tahlili nazorati, peshob umumiy taxlili, qonning bioximik tekshiruvi, EKG tekshiruvi, TNF ham har-bir 10 in'ekstiyadan so'ng o'tkazilishi lozim .

Standart AXI, jadvallaridan tashqari yana quyidagi tezlashtirilgan AXI jadvallari qo'llaniladi:

-tezlashtirilgan allergenni kuniga 2-3 marta teri ostiga yuborish,

-yashin tezligidagi barcha terapevtik doza 3 kun davomida har 3 soatda adrenalini miqdorida teri ostiga yuboriladi.

-shok uslub allergenning kurs dozasi 1 kun davomida har 2 soatda adrenalin miqdorida teri ostiga yuboriladi.

Barcha qisqa muddatli AXI lar faqat sterillangan stasionar sharoitida o'tkaziladi. Ushbu qisqartirilgan usullar tezroq muddatda allergenning ushlab turuvchi dozasi erishish uchun qo'llaniladi. Usullar allergik reaksiyalar chaqiruvchi o'simliklar gullashiga oz muddat qolgan bo'lsa yoki bemor xohishiga ko'ra tezroq o'tkazish zarurati tug'ilsagina o'tkaziladi. Tezlashtirilgan AXI usullaridan ko'prok

3.1 JADVAL.

ALLERGEN- XOS immunoterapiyaning klassik jadvali.

Allergen aralashmasi	1 ml da PNU	Miqdori, ml
1 : 100 000	0,1	0,1
		0,2
		0,4
		0,8
1 : 10 000	1,0	0,1
		0,2
		0,4
		0,8
1 : 1000	10,0	0,1
		0,2
		0,4
		0,8
1 : 100	100,0	0,1
		0,2
		0,3
		0,4
		0,5
		0,6
		0,7
		0,8
		0,9
		1,0
1 : 10	1000,0	0,1
		0,2

	0,3
	0,4
	0,5
	0,6
	0,7
	0,9
	1,0
Jami	PNU 5987

Yu.A. Poroshinoy va boshqa mualliflar 1988 yilda ishlab chiqqan allergenning suv-tuzli ekstrakt tezlashirilgan uslubidan foydalaniladi. Allergenli aralashmalar bemorning individual sezuvchaligi va klinik belgilariga xos tarzda tayyorlanadi. Allergenning boshlang'ich dozasi 10-6 suyultirilgan 0.2 ml, ya'ni 0,002 RNU ga mos kelsa, oxirgi dozasi -10-1 suyultirilgan 1,0 ml ya'ni 1000 RNU ga mos keladi. Bemorlar allergen inyeksiyasini kuniga 2-3 marta 2 soat interval bilan qabul qiladilar (3.2- jadval). Bemorning individual chidamliligi inobatga olib (davolovchi shifokor nazorati ostida) muddat 1 kunga qisqartirilishi yoki kunoraga o'tkazilishi mumkin. Allergenning umumlashtirilgan kurs dozasi 5955,55 RNU ni tashkil qiladi. Stasionardan chiqqandan so'ng ham 14 kunda 1 martadan allergening ushlab turuvchi dozasi tavsiya etiladi. Ushlab turuvchi doza tariqasida allergenga maksimal chidamlilik dozasi tanlanadi. Davolash yuqori sezuvchanlik namoyon qiluvchi o'simliklar gullashiga 1-2 hafta qolganda to'htatiladi.

3.2 jadval. Tezlashtirilgan AXI ning suv-tuz allergenli jadval na'munasi (Yu.A. Poroshinoy va boshqa mualliflar bo'yicha 1988 y).

Davolangan kuni	In'eksional soni	Allergen aralashmasi	Miqdor, ml	PNU dozada
1	1	1 : 1 000 000	0,2	0,002
	2		0,4	0,004
	3		0,8	0,008
2	4	1 : 100 000	0,2	0,02
	5		0,4	0,04
	6		0,8	0,08
3	7	1 : 10 000	0,2	0,2

	8		0,4	0,4
	9		0,8	0,8
4	10	1 : 1000	0,2	2
	11		0,4	4
	12		0,8	8
5	13	1 : 100	0,2	20
	14		0,3	30
	15		0,4	40
6	16	1 : 100	0,5	50
	17		0,6	60
	18		0,7	70
7	19	1 : 100	0,8	80
	20		0,9	90
	21		1,0	100
8	22	1 : 10	0,2	200
	23		0,3	300
	24		0,4	400
9	25	1 : 10	0,5	500
	26		0,6	600
	27		0,7	700
10	28	1 : 10	0,8	800
	26		0,9	900
	27		1,0	1000
Jami				PNU 5976

Tezlashtirilgan AXI bemor umumiy ahvolini nazorat qilgan holda 5 kunda 1 martadan qon va peshobning klinik tahlili ko'rib turiladi. AXI tugagandan so'ng ham qonning bioximik tahlili, EKG va TNF tekshiruvlari o'tkazilib ko'riladi. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, yuqoridagi jadval na'muna jadvalidir. Allergolog bemorni kuzatish, natijasida AXI jadvalini o'zgartirishi-navbatdagi in'ekstiyada allergen dozasini kamaytirishi, yoki ALLERGIYA simptomlari paydo bo'lganda navbatdagi in'ekstiyadan boshqalariga saqlab qolishi infeksiyon, tizimli kasalliklar va boshqalar paydo bo'lganda intervallarni uzaytirishi mumkin. Mutaxassislar ishlari ko'rsatadiki, AXI ni β -karotin va askorbin kislota bilan birga qo'llash uslubning klinik samarasini oshirish va pollinoz bo'lgan bemorlarda nojo'ya reaksiyalarni kamaytiradi. Hozirgi

kunda modifistirlangan allergenlardan allergoidlar keng miqiyosda qo'llanilmoqda. Allergenlarni formaldegid yoki glutar aldegid bilan ximik modifistirlashda ularning immunologik xususiyati saqlangan holda allergenlik xususiyati pasayadi. Bu esa AXI o'tkazishda nojuya ta'sirlarni kamaytiradi, allergenni yuqori dozada qo'llashga imkon beradi va davolash samarasini oshiradi. Amaliy allergologiya o'zining bir-qator allergoloidlariga ega. AXI o'tkazishda allergoloidlarga ineksiyani elkaning pastki uchdan bir qismiga teri ostiga qilinadi. Boshlangich doza allergomatrik titrlash uslubi orqali tanlab olinadi Birinchi inekstiya har kuni yoki kunora qilinadi. Inekstiyalar 1:100 va 1:10 nisbatlarda suyultirilib, 3 kun intervalda qilinadi. Agar chidamilik yaxshi bo'lsa, terapiyani suyultirilmagan (to'liq) allergoid bilan 7 kun intervalda ineksiyani takrorlanadi (3.3 jadval). Allergoidlar bilan AXI o'tkazilgan bemor ahvoli xuddi AXI ning suv-tuz allergen ekstraktli klassik turi me'zonlari asosida baholanadi. Oxirgi yigirma yillik davomida mutaxassislar strukturasi nazorat qilinuvchi polielektrolit asosida olingan immunomodullovchi vositalar va vaksinalarni klinik amaliyotda qo'llash asosida ishlar olib borishmoqdalar. Ushbu guruhning asosiy ma'lum vakillardan biri polioksidning fiziologik faol birikmasidir. Polioksidan bilan konyugastiyalangan o'simlik changi hosillari allergotropinlar deb ataladi. Timofevka (lu) changi (Timpol), qayin (Berpol) va shuvo (Polpol) asosida olingan allergotropinlar mos sensibilizatsiyasi bo'lgan respirator allergik kasalliklarda AXI uchun qo'llaniladi. AXI kursi 1 hafta interval bilan o'sib boruvchi 15ta kurs ineksiyani tashkil qiladi. Bitta bemorga yuborilgan allergennig umumiy kurs dozasi 4555 RNUni tashkil kiladi. Allergotropin bilan AXI o'tkazilgan bemorlar ahvoli xuddi ilgargidek suv-tuz allergen ekstraktli AXI me'zonlaridek baholanadi. Ko'plab tekshiruvlar ko'rsatib turibdiki, ushbu modifikastiya vositaning allergenlik xususiyatini kamaytiradi va immunologik xususiyatini oshiradi. Bu esa yuqori klinik samaradorlikka va davolashning hafsizligini ta'minlaydi.

3.3 jadval Allergoidlar bilan AXI ning namunaviy jadvali.

Allergenni suyultirish	1 ml da PNU	Miqdori, ml
1 : 10 000	1,0	0,1
		0,3
		0,7

1 :1000	10	0,1
		0,3
		0,7
1 : 100	100	0,1
		0,3
		0,5
		0,7
1 : 10	1000	0,1
		0,3
		0,5
		0,7
		0,9
Masad	10000	0,1
		0,2
		0,3
		0,4
		0,5
		0,6
		0,7
		0,8
		0,9
		1,0

Allergenga -xos terapiyaning noinyeksion usuli hozirgi vaqtda AXI ning quyidagi noinyeksion usullari mavjud:

-peroral, bir marta yutishga mo'ljallangan tomchi, kapsula, tabletka shakllarda;

-sublingval, allergen til ostida 1-2 daqiqa ushlab turiladi, so'ng yutiladi yoki tuflab tashlanadi;

-intranazal, maxsus qurilma yoki pipetka yordamida suyuq yoki kukun shaklida allergen burun ichiga kiritiladi; endobronxial, maxsus ingalyator yordamida suyuq yoki kukun shaklidagi allergen bronx ichiga kiritiladi.

AXI ning noinyeksion usulida ko'pincha shifokorning qayta-qayta tashrifi talab qilinadi, buni esa barcha bemorda amalga oshirishning imkoni yo'q. In'eksiya usuli esa bemorlarda noqulaylikni keltirib chiqarsa ham, xavfsiz hisoblanadi. Shuning uchun allergenni alternativ

noineksion usulda qo'llash hozirgi vaqtda allergologiyadagi dolzarb masalalardan biridir. Biroq peroral, endonazal va endobronxial yo'llar orqali allergenni kiritish kam samaralidir. Shuning uchun amaliyotda allergologlar va allergen ishlab chiqaruvchilar e'tibori AXI ning sublingval usuliga qaratilgan. Bulardan tashqari AXI ning boshqa usullari haqida ham adabiyotlarda ma'lumotlar bor: intronazal, endobronxial. Ammo olingan natijalardan xulosa qilinganda shok a'zolarida reaksiyalar xavfi yuqori (anafilaktik reaksiya kam uchrasa ham), chunki allergen bilan bevosita kontaktaktda bo'linadi, shuning uchun klinik amaliyotda bu usullar ham keng tarqalmagan. Allergen-xos immunoterapiyaning (AXI) klinik samaradorligi turli mualliflar ma'lumotiga qaraganda 70-90 % ga etadi va tashqi klinik belgilarning kamayishi va dori vositalariga extiyoj kamayishi bilan bog'liq. Maxsus giposensibilizatsiya nospestifik to'qima giperreaktivligi va yallig'lanishiga qarshi ta'siri AXI o'tkazilgandan so'ng ham uzoq muddat saqlanib turadi. AXI samarasini tasdiqlovchi ilgari olingan ma'lumotlar oxirgi yillarda qilingan maxsus ishlar orqali isbotlangan tibbiyotda o'z aksini topdi. Bu tadqiqotlarga "bo'sh bo'lmasdan pilastebo-nazorat" tekshiruvini standartlashgan tozalangan allergenlar bilan etarli muddat davomida allergenni ushlab turuvchi dozasi (to'liq) erishish, davo kursi kiradi. Bunaqa ta'dqiqotlar uchun bemorlar guruhi aniq klinik me'zonlar va maxsus allergologik tashxisot asosida tanlanadi. AXI ning ingalyatsion (changlar, epidermal, zambrug'li) allergenlar va pardaqaqnotli hashorotlar zaxridan olingan allergenlar aynan shu usulda o'rganildi. AXI ning samaradorligini belgilab beruvchi tadqiqotlar quyidagi asosiy xulosalarga olib keladi:

-samarali o'tkazilgan AXI ma'lum allergenga nisbatan bemor sezuvchanlikni pasaytiradi. Bu allergen-xos provokatsion sinamada ko'rinadi, tabiiy allergen bilan ta'sirlanganda klinik simptomlar yo'qoladi yoki kamayadi va dori vositalariga extiyoj susayadi;

-AXI mavsumiy va yil davomidagi rinitlar (rinokonyuktivitlar) atopik BA va pardaqaqnotlilar chaqqandagi anafilaktik reaksiyalar uchun samaralidir;

-allergik kasalliklarni davolashning boshqa uslublardan farqli ravishda AXI ning ijobiy ta'siri uzoq vaqt (bir necha yil) saqlanib qoladi;

-AXI samarasi bemor yoshiga va kasallik bosqichlariga bog'liq (erta yoshli bolalarda va kasallik boshlang'ich bosqichlarida AXI

nisbatan samarali);

-o'z vaqtida o'tkazilgan samarali AXI kasallik engil shaklining og'ir shakliga o'tishiga AR, BA ga transformatsiyasiga yo'l qo'ymaydi;

-AXI ning klinik davo ta'siriga qayta kurslarda (3-5 kursda), ba'zan 1 kurs muolajalardan so'ng ham erishish mumkin;

-AXI ning ko'p yillar davomida turli mamlakatlarda qo'llanilishi uning nafaqat samaradorligidan, balki usulning bolalarga ham, kattalarga ham birdek xavfsiz ekanligidandir. Parda qanotlilar chaqqanda anafilaktik reaksiya bo'lganda allergen-xos terapiya hashorat zaharlari bilan immunoterapiyaning ilk urinishlari 20 asrning 20 yillariga to'g'ri keladi, biroq keyin 50 yil davomida hashorot tanasidagi allergen ekstraktidan foydalanildi. 1970 yil oxirlarida bir guruh ta'dqiqotchilar bir-biridan bexabar holda hashorat tanasidan olingan allergen ekstrakti plastebodan ziyod emasligini va hashorotning to'liq zahridan olingan, uning tanasidan olinganga qaraganda yaqqol ustun ekanligini ko'rsatdi. Keyingi yillarda buni tasdiqlovchi bir-qancha maqolalar chop etildi va zahardan olingan allergen oqsilining 100 mkg mi 80% bemorlarda tizimli reaksiyalardan saqlaydi va qolgan bemorlarda yengil tizimli reaksiyalar bo'lishi aytiladi. Ta'kidlash lozimki, arilar bilan ko'p kontakda bo'luvchi shaxslarda (ari boquvchilarda, vetirinarlar, ari uyasi bilan maxsus davolanayotganlar va boshq.) ularning zahriga qaraganda ko'proq pardaqanotlilar tanasi va hayotiy mahsulotlardan respirator allergik kasalliklar kuzatiladi. Bu vaqtlarda AXI individual jadval asosida hashorot tanasi bilan o'tkaziladi. Pardaqanotlilar zahri bilan AXI o'tkazishga absolyut ko'rsatma- hashorotlar chaqqandagi og'ir tizimli reaksiyalar, ya'ni musbat tashxis ma'lumotlari (musbat teri testi, qon zardobida maxsus IgE borligi) bo'lganda kuzatiladigan respirator va kardiovaskulyar simptomlarda. Yengil tizimli reaksiyalar, ya'ni eshakyemi, Kvinke shishiga o'xshashlar kattalarda, ayniqsa, bolalarda yomon oqibatlariga olib kelmaydi. Ko'plab ta'dqiqotlar ko'rsatishicha faqat bemorlarning bir qismi qayta chaqishlarni sezadi. Bu xavf ko'proq o'zidan oldin o'tgan reaksiyaning qanchalik hafilligiga bog'liq. Yaqqol mahalliy reaksiyalardan so'ng 5%dan kam bemorlarda tizimli reaksiyalar rivojlansa, engil darajadagi reaksiyadan so'ng 15-30 %, og'ir tizimli reaksiyalardan so'ng esa 50% dan ko'proqdir. Shuning uchun ham ko'plab yevropa allergologlari yuqoridagi reaksiya bir necha bor takrorlangan va qayta-qayta hashorat chaqish xavfi bo'lgan bemorlarga

AXI ni tavsiya etadilar. Yaqqol mahalliy reaksiyalar, shuningdek, g'ayrioddiy reaksiyalar (vaskulit, isitma, nevrit, trombositopeniya) AXI uchun ko'rsatma bo'la olmaydi. AXI pardaqaotlilar zahridan tayyorlangan savdodagi allergen bilan o'tkaziladi. Boshlanich doza ma'lum allergenga nisbatan bemorning individual sezgirligini baholovchi allergometrik titrlash natijalari asosida tanlanadi. Hashorotlar zahridan AXI o'tkazishda tafsiiya qilinadigan mumkin doza 100 mkg zahar hosili bo'lib, u ikkita asalari zahriga, ehtimol ko'proq ari zahriga mos keladi. 100 mkg dozaning 50 mkg dozaga nisbatan ko'plab bemorlarni himoya qilganligi isbotlangan. 200 mkg doza faqat ari boquvchilarga tavsiya qilinadi, chunki ularni bir vaqtda ko'plab arilar chaqishi mumkin. Ushlab turuvchi doza uchun pardaqaotlilar zahridan immunoterapiyaning ko'plab jadvallari mavjud. Jadvallar maksimal himoya, minimal nojo'ya ta'sir va bemorlarga qulaylik tug'dirish maqsadida ishlab chiqariladi. "Sekinlashtirilgan" jadvalda ushlab turuvchi dozaga bir necha oyda erishiladi, tezashtirilganda 3-4 kunda, ultra tezashtirilganda esa kuniga allergening 6 ta ineksiyasigacha qilinadi. AXI ning samaradorligi tabbiy yoki intensiv terapiya palatasida provokastion tarzda qayta hashorot chaqqanda baholanadi. Ko'plab mualliflar ma'lumotlariga ko'ra ari zahri bilan AXI o'tkazgan 90 %, bemorlar asalari zahri bilan davolangan 75-80% bemorlarda provokastion testlarga nisbatan allergik reaksiyalar kuzatilmagan, qolgan bemorlarda ba'zan og'ir tizimli reaksiyalar bo'lgan bo'lsagina, asosan yengil reaksiyalar kuzatilgan.

Allergen -xos immunoterapiya asoratlari.

AXI o'tkazish uchun allergen organizmga kiritilganda kutilmagan nojo'ya mahalliy va tizimli reakstiyalar bo'lishi mumkin. Mahalliy reaksiyalarga shu allergen kiritilgan joydagi reaksiyalar kiradi. Ular maxalliy giperemiya, ba'zan inyekstiya o'rni shishishi va to'qimalar shishi ko'rinishida bo'lishi mumkin. Ushbu reaksiyalar ko'pincha dastlabki 30daqqa davomida ba'zi hollardagina kechroq yuzaga chiqishi mumkin. Mahalliy reaksiyalar allergen dozasini korrekstiya qilish (qaytarish yoki kamaytirish) uchun omil bo'lib hisoblanadi. Tizimli reaksiyalar allergen yuborilgan sohadan boshqa joyda hosil bo'ladigan reaksiyalardir. Agar bu reaksiyalar paydo bo'lsa, inyektsiyadan so'ng bir-necha daqiqada, kamdan-kam hollardagina 30daqiqadan keyin yuzaga chiqishi mumkin. Tizimli reakstilarni

hayotga xavf tug'dirmaydigan va xavf tug'diradiganlarga (ASH, hayotiy zarur a'zolar shishi-masalan hiqildoq, bronxozpazm) ajratish mumkin. Tizimli reaksiyalarga: bosh og'rig'i, bo'g'imlardagi og'riq, noqulaylik hissini kiritish mumkin. Tizimli reaksiyalarning o'rtaicha belgilariga engil kechuvchi rinit yoki BA (PSV me'yoriydan 60% dan kam emas yoki bemorda turg'un remissiya vaqtidan ham 60% dan kam emas), yaxshi nazorat qilinadigan tegishli dori vositalari olgandagi (N1-gistaminoretseptor blokatorlari yoki β 2- adrenoreseptor ingalyastion antagonistlari). Tizimli reaksiyalarning nisbatan yaqqolroq shakllariga: eshakemi, kvinke shishi, bronx o'tkazuvchanligining buzilishlari (PSV me'yoriy yoki turg'un remissiya vaqtidagi 60% dan kam), nazorat qilinadigan tegishli dori vositalar olgandagilarni kiritish mumkin. Hayotga xavf tug'diruvchi reaksiyalar intensiv terapiyani talab etadi. Tizimli reaksiyalar kuzatilganda, shu bemorda AXI dasturini albatta qayta ko'rib chiqish lozimdir. Tizimli reaksiyalarning yuzaga chiqish vaqti ularning og'irligiga ta'sir o'tkazadi, biroq ushbu reaksiyalar ba'zan allergen in'eksiyasidan 30-60 daqiqadan so'ng ham yuzaga chiqishi mumkin. Mahalliy reaksiyalarning o'lchamiga qarab tizimli reaksiyalar haqida fikr yuritib bo'lmaydi. Bir qator tadqiqotlar natijalariga ko'ra kuchli mahalliy reaksiyasiz ham tizimli reaksiyalar rivojlanadi. Tizimli reaksiyalarning rivojlanishiga asosan, ko'p hollarda AXI o'tkazishda ma'lum qoidalarga rioya qilmaslik yotadi.

AXI o'tkazishda tizimli reaksiyalar paydo bo'lishining sabablari quyidagilardir:

-AXI o'tkazish qoydalaridan biri bo'lgan, aynan: yuborilayotgan allergen dozasida adashish;

-AXI o'tkazish mobaynida yangi flakondan foydalanish (boshqa seriya va boshqa faollikdagi allergenga o'tish);

-allergenni bemorga BA ning klinik namoyon bo'lgan vaqtida, navbatdagi allergenning davo dozasini kasallikning xuruj vaqtida (allergik bo'lmagan kasalliklar ham) yuborish;

-bemorda sezuvchanlikning haddan tashqari yuqoriligi (va mos ravishda yaxshi tartibga solinmagan doza rejimi);

-bemorlarda β -adrenoblokatorlar bilan birgalikda qo'llash. Butun jahonda har yili qilinadigan bir-necha millionlab allergen in'eksiyalariga solishtirib ko'rilganda, nojo'ya reaksiyalar uchrashi juda kam ekanligini ko'rish mumkin. AXI dan og'ir tizimli reaksiyalar ko'rinishidagi asoratlarga e'tibor berilsa, ular: AXIni mutaxasis-

shifokor (allergologimmunolog)lar emas, balki boshqa soha shifokorlari, yoki umumiy amaliyot shifokorlari o'tkazadigan mamlakatlarda ko'proq kuzatilgan. Bunga qarshi mamlakatlarda, ya'ni AXI ni ushbu ish jarayoni bilan tanish, tajribali mutaxassislar o'tkazadigan, davolash maxsus tibbiyot muassasalarida nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelsa ularni bartaraf etish vositalari bo'lgan joylarda og'ir oqibatlar kuzatilmadi. L. Businko va boshqa mualliflar o'tkazgan 12286 in'ekstiyadan (AXI oluvchi 1056 bemor jami 10 (0.07%) ta tizimli reaksiya, ulardan 1(0.01%) ta anafilaktik reaksiya kuzatilgan. AXI o'tkazishda quyidagi qoidalar muhimdir:

-AXI ni faqat maxsus tayyorlangan mutaxasis (allergolog-shifokor) o'tkazishi lozim;

-muolaja maxsus allergolik kabinet yoki stasionarda o'tkazilishi lozim. Bu muassalarda faqat AXI o'tkazish emas, balki nojo'ya reaksiyalar kuzatilsa ularni bartaraf qilish vositalarini ham bo'lmog'i kerak. Ushbu qoidalarga amal qilish AXI ni mataxasis bo'lmagan shifokorlar (Umumiy amaliyot shifokorlari) o'tkazadigan mamlakatlarda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan ko'ngilsiz oqibatlarni kamaytiradi. Umumiy amaliyot shifokorining vazifasi allergik kasallik tashxisi aniq bo'lsa yoki gumon qilinsa, ushbu masalani hal qilish, bemorga AXI o'tkazish uchun bemorni allergolog-shifokor ko'rigiga yuborishdir. AXI ning "tezlashtirilgan" uslubida nojo'ya reaksiyalarni kamaytirish uchun N1-gistamin-resteptor blokatorlari fonida o'tkazish o'zini oqlagan. Bunda asosan oxirgi avlod N1-gistaminoreseptor blokatorlari qo'llash afzaldir, chunki, tezda va o'ta xos ta'sir ko'rsatadi, ta'siri davomli hamda MNSga ta'sir ko'rsatmaydi. AXI ning xavfsizligi muhokama etilayotganda sublingval uslubga alohida e'tibor qaratish lozim. Oxirgi 20 yil ichida o'tkazilgan sublingval uslubdan so'ng birorta og'ir-hayot uchun xavf tug'diruvchi asoratlar va o'lim holatlari kuzatilmagan. Bundan tashqari sublingval usuldan so'ng 10% dan kam bemorlarda reaksiyalar uchragan. Bir qator ma'lumotlarga ko'ra Fransiya, Grestiya va Italiyada 39 % bemorlarda sublingval AXI dan keyin, 29% bemorlarda plastebodan keyin nojo'ya reaksiyalar kuzatilgan. Ushbu nojo'ya reaksiyalarning ko'pchiligi arziyas darajada, nospestifik va sezilar-sezilmas tizimli reaksiyalar shaklida uchragan. Birorta ham xavfli va anafilaktik reaksiya holatlari kuzatilmagan. Davodan bosh tortishga asos dispeptik va mahalliy sabablar bo'lgan. Tegishli a'zolar bilan allergen bevosita kontaktda bo'lar ekan, nojo'ya

reaksiyalar umuman kutilmasligi mumkin emas. Sublingval AXI da ko'proq uchraydigan nojo'ya reaksiya-og'iz qichishi bo'lib, allergenning birinchi dozasidan so'ng o'tib ketadi. Keyinroq abdominal belgilar (qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, diareya) paydo bo'ladi va ular allergen dozasi bog'liqdir. Boshqa mahalliy va tizimli reaksiyalarning dozaga bog'liqligi kuzatilmagan. Sublingval usulda xavfsizligining ancha yuqoriligi AXI o'tkazish uchun ushbu usul pediatriya amaliyotida birmuncha qulaydir.

Allergen-xos immunoterapiya va yallig'lanishga qarshi terapiyalar kompleksi.

AXI bilan kompleks terapiya o'tkazilayotganda farmokologik vositalar va allergenlarining qiyosiy nojo'ya ta'sirlaridan ko'z yumib bo'lmaydi. Yaxshi ma'lumki, β_2 -adrenoretseptor antagonistlarini uzoq muddat yoki doimiy qo'llash BA dan bemorlarning to'satdan o'limi xavfini oshiradi. Boshqa blokatorlar: NI-gistamino restseptor va teofillin qabulidan keyin yuzaga kelgan nojo'ya reaksiyalar haqida ham ma'lumotlar bor.

Hozirgi vaqtda mahalliy ta'sir etuvchi gilyukokortikoidlar keng tarqalgan. Ushbu vositalarning terapevtik samarasi va kompleks yallig'lanishga qarshi xususiyatlarini inkor etmagan holda aytish joizki, uzoq muddat qabul qilgan bolalarda dori qabuli vaqtida reaksiya yo'qligiga qaramasdan, bronx-o'pka apparatining periferik bo'limlarida yallig'lanish belgilari yo'qolmaydi. AXI ni etarlicha bilimga ega mutaxassislar olib boradigan mamlakatlarda muolaja davomida hech qanaqa nojo'ya reaksiyalar kuzatilmaganligi ma'lum. Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti (VOZ) ning AXI ga bag'ishlab chop etilgan 1998 yildagi maqolasida to'g'ri tanlangan chang allergenlari, uy changi kanallariga nisbatan sezgirligi bo'lgan allergik respirator kasalliklar (AR, engil kechuvchi atopik BA) da AXI usuli shubhasiz samarali ekanligi aytilgan. Shunga qaramasdan AXI ingalyastion yallig'lanishga qarshi terapiyaga qaraganda ancha kam qo'llaniladi. Adabiyotlarda BA va AR ni davolashda AXI oxirgi o'ringa qo'yilgan bo'lib, bu usulga yordamchi yoki standart medikamentoz terapiya samara bermaganda qo'llaniladigan usul sifatida qaralgan. Ko'plab halqaro va milliy maqolalarda AXI faqat farmokoterapiya foyda bermaganda qo'llanilishi haqida aytilgan. Bu farazlar to'g'ri bo'lishi mumkin emas, chunki AXI ni ancha tez boshlansa, shuncha samarali bo'ladi. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, zamonaviy o'tkazilgan AXI kasallik engil shakllarining

og'ir shakllariga o'tishini, dori vositalariga nisbatan ehtiyojini kamaytiradi (hatto yo'qotadi). Oxir-oqibat AXI tufayli faqat dori vositalarining o'zi bilangina erishib bo'lmaydigan uzoq va ko'p yillik remissiyaga erishiladi. 1990 yilda o'tkazilgan "qo'shaloq plastebonazorat" ta'dqiqotlarnatijalariga ko'ra, BA ning o'rtacha-og'ir va og'ir shakllarini davolashda AXI samaralidir. hatto doimiy AXI fonida ham ingalyastion glyukortikoidlar qabul qilib yuradigan bemorlarda ham bu bog'lanish samarali ekanligi ko'rsatilgan. AXI ning profilaktik samarasini ko'rsatishi bu uzoq muddatli remissiyaga erishish, yangi allergenlarga nisbatan sezgirlikning yo'qolishi yoki kasallik klinik manzarasining yomonlashuvidir. Retrospektiv tahlil ma'lumotlari ko'rsatishicha, AXI bilan davolanayotgan BA bemorlarda 20 yil mobaynida 75% da yaqqol xurujlar kuzatilmagan. Ushbu ma'lumotning tasdig'i pediatriya amaliyotida alohida ahamiyatga ega. "Plastebonazorat" tekshiruv ko'rsatadiki, AXI o'tkazilgandan so'ng 60% bolalarda BA simptomlari kuzatilmagan bo'lsa, nazorat guruhida esa bu ko'rsatkich 20% dan ortmagan. Unutmaslik lozimki, AXI allergik jarayonning barcha bo'g'inlariga ta'sir ko'rsatadi:

- aynan immunologik bo'g'inga effektor hujayralarga (semiz hujayra) boshlang'ich bosqichda, boshqa qatnashuvchi hujayralarga allergik javobning kech bosichlarida;

- to'qimaning nafaqat allergen-xos sezuvchanligi, balki nospestifik giperreaktivligini ham pasaytiradi;

- yuqori sezuvchanlik chaqiruvchi allergenlar ta'siri kengayishini to'xtatadi.

Hozirgi vaqtda allergik kasalliklarga chalingan bemorlarga medikamentoz terapiyalar asosida simptomlarni yengillashtirish yetarli emas, ular uzoq muddatli remissiyani, dorilarga extiyojni kamaytirish, profilaktik ta'sir etuvchi vositalar va hatto allergiyadan batamom qutulishni xoxlaydilar, bu extiyojlarni faqat medikamentoz davolar asosida bartaraf etishning iloji yo'q.

Allergen-xos immunoterapiyani takomillashtirish yo'llari (alternativ strategiyalar):

AXI ni va allergenlarning davo shakllarini takomillashtirish bir tomondan dori vositalarining allergenlik xususiyatlarini susaytirishga qaratilgan bo'lsa, boshqa tomondan ularning immunogenlik xususiyatini saqlash va kuchaytirish, AXI ning terapevtik samarasini oshirish, allergenlar davo shakllarining xavfsizligini yaxshilashga qaratilgan.

Allergenni kiritish yo'llariga qarab bir-qancha AXI turlari mavjud: teri osti, peroral (sublingval), endonazol, endobronxial va boshqalar. Ko'proq AXI ning teri osti usuli tarqalgan. Aytib o'tish joizki, AXI ning teri osti usuli yaxshi samara berishi uchun 3-5 yil davomida 100ga yaqin inyekstiya olish lozim. Oxirgi o'n yillik mobaynida butun jahon olimlari kamroq inyekstiyalar va qisqa vaqtda yuqori samarali AXI o'tkazish ustida ishlar olib bormoqdalar. Bu esa AXI uslubining yanada rivojlanishiga turtki bo'ladi.

Peroral (sublingval) allergenga-xos immunoterapiyani takomillashtirish:

Peroral allergen-xos davolashning zamonaviy alternativ usullaridan biri-bu kapsulalangan allergenni mikrogranula (allergen granula ichida, diametri 1mm dan ortmaydi) larda qo'llashdir. Ushbu kapsulalar ichishga buyuriladi. Qobiq allergenni kislotali muhitda muddatidan ilgari degranulyatsiyalanishdan saqlaydi. Ingichka ichakning proksimal qismida pH yuqori bo'lgan muhitda qobiq erib, allergen faol ajraladi. Tepas va boshqa mualliflar boshqoli o'simliklarga nisbatan sezuvchanligi yuqori bo'lgan AR bemorlarni davolash jarayonida timofevka (lu) changi allergeni tutgan mikrogronulalardan foydalanishdi. Ushbu vositani qabul qilgan bemorlarda 10 hafta davomida AR ning simptomlari namoyon bo'lishi sezilarli pasaydi, ilgargiga qaraganda va plastebo qabul qilgan bemorlarga qaraganda dori vositalariga nisbatan extiyoj pasaygan. Ta'kidlab o'tish lozimki, ushbu usul bilan davolangan birorta bemorda ham sezilarli noxush alomatlar kuzatilmagan.

Rekombenativ allergenlar bilan allergen-xos immunoterapiya:

AXI bilan davolashning jarayonlari, uni klinik amaliyotda qo'llash haqida yangi bilimlar to'planib, uslub asta-sekinlik bilan takomillashib bormoqda. To'liq allergen bilan davolash biroz bo'lsa ham tizimli reaksiyalar (kamdan-kam anafilaksiya) chaqirsada, IgE ga ta'sir etmay, T hujayra javobiga ta'sir etuvchi allergen vaksinalari yaratish ustida ishlar olib borilmoqda, Bu yo'nalishda qilinadigan ishlardan biri rekombenativ genetik modifistirlangan IgE sintezini stimullamasdan T hujayralarga ta'sir etuvchi allergen hosilini yaratishdir. Valenta va boshqa mualliflar qayinning bosh allergen oqsili asosida Bet vI vositasini yaratdilar.

Polinoz bo'lgan va ushbu daraxt changiga sezuvchan bo'lgan bemorlarda Bet vI vositasi teri va provokastion nazal testlarda

sezilarsezilmas klinik belgilarni chaqiradi. Shu bilan birga ushbu vosita yuqori terapevtik samara berdi. Bulardan tashqari rekombenativ oqsil allergenlari bilan AXI o'tkazilganda to'liq allergen tarkibiga kiruvchi komponentlarga nisbatan sensibilizatsiya chaqirilishidan qochish lozim. Allergen peptidlar bilan allergen-xos terapiya IgE bog'lovchi (Vhujayrali) elitoplar-konformasion strukturali shuning uchun T-hujayrali elitonlar peptid qismiga nisbatan oson modifistirlanadi. T-hujayrali elitonlarni saqlagan holda, IgE-bog'lovchi elitonlarning bog'lanishi allergik reaksiyalarga qarshi dori vositalarining xavfsizligini kamaytiradi. Bunda ularning immunogenlik xususiyati saqlanib qoladi (balki tolerantlik rivojlanishi mumkin). Semiz hujayralar faollashuvi va tezkor javobdan qochish uchun allergenni qisqa peptidlarga fragmentastiyalanadi. Bu peptidlar etarli darajada kichik bo'lib, ularni allergen-xos IgE taniy olmaydi. Oqibatda ushbu semiz hujayralar degranulyastiyalanishini to'xtatadi. Bundan tashqari alergenli peptidlar antigen taqdim qiluvchi hujayrasiz T-hujayralar bilan bog'lanmaydi, natijada T-hujayralar intakt qoladi. Bu faqat tezkor reaksiyalar emas, balki, allergik javobning sekin bosqichlarida ham samara beradi. AXI uchun ko'proq ma'lum bo'lgan allergen peptid sifatida mushuk terisi derivatlari- "mushuk" antigeni yoki Fel d1 biologik materiali ma'lum. 12 ta aminokislota ketma-ketligidan tuzilgan ilgargi oqsil molekulasining faqat bir uchini qoplagan peptidlardan farqli ravishda molekulani to'lig'icha qoplagan peptidlar seriyasi o'rganildi.

"Mushuk" allergenlari bilan sensibilizatsiyalashagan bemorlarga 2 hafta davomida 4ta inyekstiyadan iborat Fel d1 shaklidagi qoplagan peptidlar yuborildi. Ushbu vositalar bilan davodan so'ng bemorlarda mushuk junlariga qarshi teri reaksiyasining sekin bosqichida qavariqqiperemiya sohasi kamaydi. Bundan tashqari shu bemorlarda tabiiy "mushuk" allergenlari ekspozistiyasiga nisbatan tolerantlik shakllandi va bu plastebo qolgan bemorlarda kuzatilmadi. Ushbu ma'lumotlar ko'rsatib turibdiki, qoplagan Fel d1 peptidlari bilan AXI o'tkazish samarali davo usulidir.

Adyuvantlar bilan birgalikda allergen-xos immunoterapiya.

Davo allergenlari hozirgi vaqtda ma'lum samaradorlikka ega. Ularni immun tizimi va immunogenlikni faollovchi adyuvantlar bilan birgalikda qo'llash AXI ning samaradorligini yanada oshiradi. Adyuvantlar: stitokinlar (IL-12, IL-18), SrGDNK (DNK ketma-ketli

dinukleoidlar, stitidin va guanozin tutuvchi), termik o'zgargan Listeria monostitogen va sintetik immunomodulyatorlardan iborat. Ushbu adyuvantlar immun tizimini, ko'proq antitaqdimlovchi hujayralarni stimullaydi, shuningdek himoya turini industirlaydi, T2 javob rivojlanishini bloklaydi va eozinofillar ta'sirini pasaytiradi. Oxirgi 20 yil davomida mutaxassislar izlanishlari allergotropinlar bilan allergen-xos immunoterapiyaning yangi yo'nalishiga qaratilgan, ya'ni strukturasini nazoratlovchi polielektrolitlar asosida immunomodullovchi vositalar va vaksinalar yaratish, ularni klinik amaliyotda qo'llash. Oqsil antigenlarining sintetik polielektrolitlar bilan qo'shilishi kompleksning antigen qismiga nisbatan kuchli immun javob shakllanishiga sabab bo'ladi. Ushbu tamoildan foydalanish ximik modifistirlangan allergenlarning yangi avlodini yaratishga asos bo'ldi (allergotroplangan allergen-polimer kompleks yoki kon'yugatlar) -allergovakstin, nomlangan allergotropinlar.

Polioksidoniy immunomodullovchi vosita, uning yuqori klinik samarasi immunomodullovchi xususiyatga detoksikastion, antioksidant va membranoprotektiv xususiyatlar qo'shilishi bilan bog'liq. Polioksidoniy-fiziologik yuqori molekularli faol modda bo'lib, o'zida sopolimer N-oksi 1.4-etilenpiperazin va (N-karboksietil) o'rtacha molekulyar massasi 100 kDa bo'lgan 1.4-etilenpiperazin bromid tutadi.

Tajribalardan olingan ma'lumotlar bo'yicha, polioksidoniy monostitlar bilan yuqori faollikda ta'sirlashsa, neytrofillar bilan biroz kuchsizroq va limfositlar bilan esa monostitlarga qaraganda 7-8 marta kuchsiz ta'sirlashadi. Polioksidoniy yallig'lanishga qarshi stitokinlar IL1V va IL-6 sintezini stimullaydi va FNO-L in vitro maxsulotlariga esa modullovchi samara beradi. Timofevka (lu), qayin, shuvoq changlari asosida olingan allergotropinlar yuqoridagi o'simliklarga mos sensibilizastiya bo'lganda respirator allergik kasalliklarga qarshi AXI vositasi sifatida qo'llanadi. Bemorlarni allergotropinlar bilan davolagandan so'ng ularda xos allergenlarga nisbatan teri va to'qima sezuvchanligi pasayishi kuzatildi.

2005 yilda "qo'shaloq bo'lmasdan plastebo-nazorat" usuli orqali Timpol allergotropini bilan AXI o'tkazilib uning o'ta xavfsiz va yuqori samaradorlikka ega ekanligi isbotlandi. Monoklanal antitelalar bilan vaksinastiya strategiyasi zamonaviy tibbiyotda AXI ning samarasini oshirish, ommabopligini kuchaytirish ustida ishlar olib borilmoqda. Ko'pchilik olimlar bu yo'lda monoklonal antitanalar: anti IgE va anti

IL4lardan foydalanishni tahlil qilishmoqda Anti IgE monoklonal antitela (Holair).Fool and Drug Administration tomonidan ASH da BA ni davolash uchun anti- Ig E dan foydalanishga ruxsat etilgan. Uning allergik javob tezkor bosqichini bloklashi, aynan semiz hujayralar degranulyastiyasini sekinlashtirishi hamda klassik immunoterapiya vaqtida doza ortib ketganda muammoni hal qilishda ahamiyati ma'lum, AXI kursidan ilgari anti IgE-antitelani qo'llash zarur dozaga erishish bosqichini sezilarli darajada kamaytiradi. Bunda allergenlarning regulyator T-ujayralarni industirlash xususiyati saqlanib, T2- hujayralar hosil bo'lishi va kech bosqichli reaksiyalarni bloklaydi. Anti IL-4 antitelasi anti-IL4 antitela BA ni davolashda sinab ko'rildi. IL4 T2limfositlar tabaqalanishida birlamchi omildir. Uni anti-IL4 antitanasi bilan neytrallash T2-limfositlar tabaqalanishini sekinlashtiradi va allergiya simptomlari va astma nomoyon bo'lishini kamaytiradi. Shuning uchun anti-IL4 antitanasi bilan AXI himoya immuniteti indukstiyasi va T2 javobning T1 ga aylanishida samaralidir. Anti-IL4 antitanasining Xavfsizligi bir qanchv ilmiy maqolalarda chop etilgan, biroq, bu davolashning samarasi haqida hali etarli ma'lumotlar yo'q. AXI-allergik kasalliklarning tabiiy kechishini o'zgartiruvchi yagona samarali usuldir. Uning samaradorligi ichishga kapsulalangan allergenlar qo'llanganda peptidlar, allergenlar adyuvantlar (CpG yoki Listeria) yoki AXI immunomodulyatorlar (polioksidoniy) bilan birgalikda qo'llanganda yanada ortadi. Kelajakda AXI yuqori samarali, xavfsiz bemorlar, allergolok shifokorlar uchun ham birdek ommabop usul bo'lib qoladi.

Talabalar bilimini mustaxkamlash uchun testlar.

1. Bronxial astma bo'g'ilish xurujlarini kelib chiqishida VAT ning holati qanday ahamiyatga ega?

A. α – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchan, holinergik faollik va β – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchaniligi pasaygan,

B. α – adrenoreseptorlar va β – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchan, holinergik faollik qo'zg'aluvchaniligi pasaygan,

V. α – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchan, β – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchaniligi pasaygan, holinergik faollik

G. α – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchan, β – adrenoreseptorlar qo'zg'aluvchaniligi pasaygan, holinergik faollik

D. Farqi yo`q *Javob: a*

2. Bronxial astma xurujining rivojlanishida, o'pkaning faoliyatida qanday o'zgarish kuzatiladi?

- A. Nafas olishda havo oqimining o'rtacha tezligi pasayadi
- B. O'pkaning qoldiq hajmi ko'payadi
- V. Nafas olishda havoning sarflanishi yuqori ko'rsatkichi pasayadi
- G. O'pkaning funkstional qoldiq kengligi kattalashgan
- D. Yuqorida keltirilganlarning hammasini o'rni bor *Javob: a*

3. Atopik bronxial astma xuruji davrida periferik qonda qanday ko'rinishlar kuzatiladi?

- A. Leykostitoz, neytropeniya, nisbatan limfostitoz, eozinofiliya, ECHT me'yor chegarasida
 - B. Leykostitoz, neytropeniya, absolyut limfostitoz, ECHT tezlashgan
 - V. Leykostitoz, neytrofilyoz, eozinofiliya, ECHT me'yor chegarasida
 - G. Leykopeniya, neytropeniya, nisbatan limfostitoz, ECHT tezlashgan
- Javob: a*

4. Infekstion-allergik bronxial astma xuruji davrida periferik qonda qanday ko'rinishlar kuzatiladi?

- A. Leykostitoz, neytrofilyoz, yuqori eozinofiliya, ECHT tezlashgan
- B. Leykopeniya, nisbatan limfostitoz, eozinofiliya, tezlashgan ECHT
- V. Leykostitoz, neytropeniya, eozinofiliya, ECHT me'yorda
- G. Leykopeniya, yuqori eozinofiliya, ECHT me'yor chegarasida
- D. Leykostitoz, neytropeniya, absolyut limfostitoz, tezlashgan ECHT

Javob: a

5. BA bilan og'rigan bolalar uchun eufillinning o'rta dozasi

- A. 4-6 mg/kg
- B. 1-3 mg/kg
- V. 6-10 mg/kg
- G. 2-4 mg/kg
- D. 6-8 mg/kg *Javob: a*

6. 9 yoshdan katta bolalar BA kasalligini davolashda salbutamolni peroral qanday dozalarda buyuriladi?

- A 4 mgdan 3 marta kuniga
- B. 2 mg 3-4 marta kuniga
- V. 5 mg 3-4 marta kuniga
- G. 1 mg 3-4 marta kuniga
- D. 2,5 mg 3-4 marta kuniga *Javob: a*

7. Astmatik statusni davolashda eufillining to'yinish dozasi qanday?

A. 6 mg/kg

B. 3 mg/kg

V. 12 mg/kg

G. 10 mg/kg

D. 5 mg/kg *Javob: a*

8. BA glyukokortikoid goromonlarni tavsiya qilish uchun ko'rsatma

A. astmatik statusning 2 – 3 bosqichi

B. Astmaning oldingi xurujlarini so'ndirish maqsadida tez-tez qo'llash V. 12 soat davomida bronholitiklar bilan qolmagan og'ir bo'g'ilish

xuruji

G. Yuqorida keltirilganlarning hammasi

D. Qo'llanilmaydi *Javob: a*

9. Astmatik statusning 2-3 bosqichida prednizalon dozasi qanday?

A. 5-10 mg/kg

B. 1-2 mg/kg

V. 2-3 mg/kg

G. 0,5-1 mg/kg

D. 3-5 mg/kg *Javob: a*

10. BA da intalning davolash kursini davomiyligi qancha?

A. 1 – 3 oydan 1 yilgacha va undan ham ko'p

B. 1-3 oydan ko'p emas

V. 7-10 kun

G. 10 kundan ko'p emas D. 1-2 oy. *Javob: a*

11. BA ga hozirgi vaqtda qaraladi:

A. bronxlar giperreaktivligi bilan kechadigan nafas yo'llarining surunkali yallig'lanish kasalligi

B. bo'g'ilish xurujlari bilan kechadigan sporadik kasallik

V. nafas yo'llarining o'tkir allergik kasalligi

G. o'pkani sur. interstestial jaroxatlanishi

D. biriktiruvchi to'qimaning o'tkirosti jaroxatlanishi *Javob: a*

12. Tashqi nafasni nazorat qilish uchun BA bemorga o'zi bilan olib yurishi lozim: A. pikfloumetr

B. bodiplotizmograf

V. spiograf

G. pnevмотахograf

D. qonning gaz holatini taxlili *Javob: a*

13. BAning 2 bosqichi:

- A. engil kechuvchi persistirlangan astma
- B. sur. o'pka yuragi
- V. astmatik status

G. og'ir intermetirlangan BA D. jismoniy zo'riqish BA si. *Javob: a*

14. BAning 4 bosqichi:

- A. og'ir persistirlangan BA
- B. sur. o'pka yuragi V. og'ir intermetirlangan BA
- G. jismoniy zo'riqish BA si.
- D. "Asperinli" BA.

Javob: a

15. BA davolash davrida og'irlik darajasini aniqlash asoslangan:

- A. ventilyastiya ko'rsatkichlarining birligi va o'tkazilayotgan davoning angiomasiga
- B. faqatgina fizikal tekshiruv ma'lumotlariga
- V. Forsirlangan nafas chiqarish ko'rsatkichlariga
- G. pikfluometr va EKG ma'lumotlarining birga kelishiga
- D. allergenlar bilan teri sinamalari natijalariga *Javob: a*

16. BAning bazis davosiga nima kiradi?

- A. benakort, flunizalit, kromoglist kislotasi
- B. aminofilin, astmopent i bronholitin
- V. salbutamol, beratek, salben
- G. ipratropiya bromid, berodual
- D. solutan, tofedrin, tusupreks *Javob: a*

17. Pikfloumetriya vrachga yordam beradi quyidagidan tashqari:

- A. O'TX kamayishi darajasini baholashni
- B. kasallik kechishi og'irligini baholashni
- V. BA erta tashxislashni
- G. bronxial obstruktiviyani orqaga qaytishini aniqlash
- D. davolash samaradorligini baholash *Javob: a*

18. Bronxial astma – quyidagilar asosida rivojlanadigan kasallik:

- a) bronxlarning surunkali allergik yallig'lanishidan
- b) bronxlarning surunkali bakterial yallig'lanishida
- v) bronxlar giperreaktivligidan
- g) bronxlar giporeaktivligidan *Javob: a*

- 19. Bronxial astmani rivojlanishida keltirib chiqaruvchi omillar:** a) atopiya
 b) bronxlar giperreaktivligidan
 v) nasliy moillik
 g) viruslar va vaksinalar
 d) kimyoviy moddalar
Javob: a,b,v
- 20. Bronxial astmaning tashxisi quyidagi ma'lumotlarni babolashga asoslangan:**
 a) anamnezni
 b) allergik holatni
 v) tashqi nafas faoliyati
 g) sababchiga bog'liq allergen bilan aloqasiga
 d) umumiy qon taxliliga
 e) peshob taxliliga *Javob: a,b,v,g*
- 21. Zamburug'li allergenlarga sensibilizastiyasi bilan bog'liq bronxial astmaning ta'aluqli:**
 a) nam xonalarda qayta xuruji bilan
 b) tez-tez qaytalanishi va og'ir kechishi bilan
 v) sovuq kunlarda xurujlarning ko'payishi bilan
 g) pishloq, hamirturushli nonlarni eganda paydo bo'lishi bilan
 d) vitaminlarni qo'llash bilan *Javob: a,b,g*
- 22. Maxsus immunoterapiyada davolovchi allergenlarning kiritish yo'llari:**
 a) teri ichiga
 b) endonazal
 v) ingalyastion
 g) peroral
 d) sublingval
 e) tomir ichiga *Javob: a,b,g,*
- 23. Astmaning o'rta og'ir kechishiga NYuT (tongi-tungi) ko'rsatkichining tarqoqligi:**
 1) 10-20% dan ko'p,
 2) 20-30 %,
 3) 30% dan ko'p
- 24. Astmani to'g'ri nazoratida ushlab turuvchi davoni qachon kamaytirish mumkin:**
 1) 1 oyda,

- 2) 2 oydan keyin,
- 3) 3 oydan keyin,
- 4) yarim yildan keyin

25. GKS uzoq muddat ichgandan kelib chiqadigan asorat:

- 1) osteoporoz
- 2) qandli diabet
- 3) o'sma kasalliklari
- 4) katarakta
- 5) astigmatizm
- 6) semizlik

26. BAni davolash uchun qo'llaniladigan tizimli glyukokortikoidlar:

- 1) prednizolon
- 2) deksametazon
- 3) metilprednizolon

27. beta-2-agonistlardan qaysi biri uzoq davom etuvchi ta'siriga ega:

- 1) Salbutamol
- 2) Berotek
- 3) Salmeterol

28. Odatiy dozada qo'llaniladigan ingalyastion glyukokortikoidlarda qanday nojo'ya ta'sirlar kelib chiqadi: a) halqum kandidozi

- b) oshqozon-ichak tizimi yaralari
- v) disfoniya
- g) steroid diabet
- d) burun halqum infekstiyalari

- 1) a, v
- 2) a, b, g, d
- 3) hamma javob to'g'ri
- 4) a, d
- 5) a, b, d

29. Quyida keltirilgan qaysi kasalliklarda bronxial obstruktsiya sindromining orqaga qaytishi xos:

- 1) surunkali obstruktiv bronxit
- 2) bronxial astma
- 3) XOBL

30. Qaysi dorilar bronxial astma bemorlarni davolashda yallig'lanishga qarshi vositasi sifatida qo'llaniladi: a) antibiotiklar

- b) glyukokortikoidlar
- v) kromoglikat natriya
- g) nedokromil natriya
- d) teofillin

- 1) b, v, g
- 2) a, b
- 3) b, d
- 4) v, g
- 5) a, b, d

31. Bronxial astma atopik turiga tegishli qaysi biri to'g'ri:

- a) ko'pincha qarilik davrida rivojlanadi
- b) boshqa atopik kasalliklar bilan birga keladi
- v) qonda Ig E darajasining yuqori
- g) qonda Ig E darajasining past
- d) qonda eozinofiliya xos

Javoblardan to'g'ri yig'inini toping:

- 1) b, v, g, d
- 2) v, d
- 3) a, d
- 4) a, v, d
- 5) b, v, d

Javob: 2

32. Engil persistirlangan bronxial astmani davolashda qanday davo o'tkaziladi:

- 1) yallig'lanishga qarshi vositalarni har kuni yuborish
- 2) beta2 agonistlarni noregulyar ingalyastiyasi
- 3) ta'siri vaqti cho'zilgan bronxodilyatatorni har kuni qo'llash
- 4) tizimli glyukokortikoidlarni tez-tez qo'llash *Javob: 3*

33. Og'ir kechuvchi bronxial astma bemorlarini davolashda qanday davo o'tkaziladi:

- a) yallig'lanishga qarshi vositalarni har kuni yuborish
- b) beta2 agonistlarni noregulyar ingalyastiyasi
- v) ta'siri vaqti cho'zilgan bronxodilyatatorni har kuni qo'llash
- g) tizimli glyukokortikoidlarni tez-tez qo'llash Javoblardan to'g'ri yig'inini toping:

- 1) a, v
- 2) b, g
- Z) v, g

4) a, v, g

5) a, b

Javob:4

34. O'rta og'ir kechuvchi bronxial astma bemorlarini davolashda qanday davo o'tkaziladi:

a) yallig'lanishga qarshi vositalarni har kuni yuborish

b) beta2 agonistlarni noregulyar ingalyastiyasi

v) ta'siri vaqti cho'zilgan bronxodilyatatorni har kuni qo'llash

Javoblardan to'g'ri yig'inini toping:

1) a, b

2) a, b, v

3) b

4) b, v

5) a, v

Javob:5

35. Astma xurujining jismoniy zo'riqishdan kuchayadigan turida, sportning qaysi turi bu xurujlarni ko'paytiradi:

a) uzoq masofaga yugurish

b) suzish

v) sportning velosiped turi

g) chang'ida yugurish

d) suvdagi polo

Javoblardan to'g'ri yig'inini toping:

1) a, g

2) a, b, v, g

3) b, d

4) a, g

5) a, b

Javob:2

36. Atopik bronxial astmaning rivojlanishi bog'liq:

a) bronxlarning tug'ma V2-adrenoreseptorlarini noto'liqligi

b) organizm sensibilizastiyasi

v) bronxlarning immunologik himoya tizimining buzilishi

g) tug'ma gipersimpatikotoniya bilan

d) allergenlar bilan uzoq muddat aloqada bo'lish

e) to'g'ri javoblar a, b, v *Javob:*

37. Bronxial astmaning infekstion-bog'liq turiga xos:

a) bronxial astma bo'yicha nasliy moillik

b) o'pka bronxlarda yallig'lanish jarayoni o'tkazilgandan keyin kasallikni rivojlanishi

v) bronx-o'pka tizimida turg'un yallig'lanish o'chog'ining mavjudligi

g) organizmda yallig'lanish o'chog'ining mavjudligi

d) rastional antibiotik davoni o'tkazgandan so'ng tuzalishi *Javob:*

38. Bronxial astmaning birlamchi profilaktikasi o'tkaziladi :

a) hamma sog'lom odamlarda

b) allergik kasalliklar aniqlanganda

v) yaqin qarindoshlarida bronxial astma mavjud bo'lsa

g) surunkali noobstruktiv bronxit mavjud bo'lganida

d) tez-tez shamollaganda *Javob:*

39. Astmogen noinfekstion ingalyastion allergenlarga xos, quyida

keltirilganlardan tashqari: a) o'simlik changlari

b) nopatogen qo'ziqorinlar tuxumlari

v) odam va hayvonlar epidermisi bo'lakchalari

g) hasharotlar va boshqa sudralib yuruvchilar tanasining bo'lakchalari,

hayvonlar junlari *Javob:*

40. Atopik bronxial astmaning reagin mexanizmini tasdiqlaydi:

a) maxsus allergenga terining pufakchasimon turdagi javob reaksiyasi

b) ingalyasion qo'zg'atuvchi testga tez javob reaksiyasi

v) makrofaglar ko'chish faktorining sekinlanishini aniqlanishi

g) Prausnitst- Kyustner bo'yicha o'tkazishning musbat reaksiyasi

Javob:

41. α -adrenoreseptorlarning ta'sirlanishi keltirib chiqaradi :

a) tomirlar spazmini

b) tomirlar kengayishini

v) bronxlar kengayishini *Javob:*

42. β -adrenoreseptor stimulyastiyasi keltirib chiqaradi :

a) bronxlar spazmini

b) yurak qisqarish sonini ko'paytiradi

v) tomirlar spazmini *Javob:*

43. Bronxial astmani o'pkaning boshqa obstruktiv turdagi

kasalliklaridan farqlaydi:

a) bronxlar devorida eozinofillardagi IgE

b) bronxlar bazal membranasining qalinlashishi

v) teri osti qavati bezlarining gipertrofiya va giperplaziyasi

g) bronxlar silliq mushaklarining gipertrofiyasi *Javob:*

44. Atopik bronxial astmaning aniq maxsus tashxislash usuli:

- a) teri allergik sinamalari
- b) qo'zg'atuvchi nazal test
- v) qo'zg'atuvchi ingalyatsion test
- g) RAST *Javob:*

45. Bronxial astmaning atopik turiga xos:

- a) xuruj orasi davrida yo'tal
- b) bo'g'ilish xurujining sekin-asta rivojlanib borishi
- v) qaytalanuvchi astmatik holat
- g) keltirilganlardan hech biri *Javob:*

46. Atopik bronxial astmaning reagin mexanizmini tasdiqlaydi, quyidagilardan tashqari:

- a) teri allergik sinamalari
- b) qo'zg'atuvchi allergik testlar
- v) prestipitastiya reaksiyalari
- g) Prausnitst - Kyustner reaksiyalari
- d) radioallergosorbent testi *Javob:*

47. Sovuq nam havo ahvolini yomonlashtiradi, quyidagilardan tashqari:

- a) bronxial astma bilan hamma bemorlarni
- b) bronxial astmaning changga bog'liq turini
- v) epidermal bronxial astmani
- g) zamburug'li bronxial astmani *Javob:*

48. Aspirinli bronxial astma bemorlariga ko'rsatmalar beriganida tarkibida tartrazin vositalari bo'lgan dorilarni buyurishdan cheklaning:

- a) atromid-S
- b) inderale
- v) konditer maxsulotlarini
- g) vitaminlar drajeda
- d) yuqorida keltirilganlardan hammasi *Javob: Javob:*

49. Bronxial astmaning kliniko-patogenetik shaklida IgE va IgG nespestifik davosida ko'proq samarali:

- a) ingalyastiyada β - adrenostimulyator
- b) antigistaminlar
- v) ksantin ishlab chiqaruvchilari
- g) intaloterapiya
- d) to'g'ri javoblar a, v *Javob:*

50. Bronxial astmaning atopik genezi reaksiyalariga xos:

- a) sitotoksik turi
- b) reagin turi
- v) allergik jarayonning hamma turi
- g) sekinlashgan allergiya
- d) immun komplekslar bilan jaroxatlanis *Javob:*

51. Bronxial astma xurujida o'pkada eshutiladi :

- a) mayda pufakchali jarangdor xirillashlar
- b) xushtaksimon quruq xirillashlar
- v) mayda pufakchali nam xirillashlar
- g) katta pufakchali nam xirillashlar
- d) quruq va nam xirillashlar *Javob:*

52. Bronxial astmaning og'ir kechishida kuzatilmaydi:

- a) xurujlarni uzoq davom etishi
- b) astmatik statusni rivojlanishi
- v) o'tkir yurak etishmovchiligini rivojlanishi
- g) steroid gormonlarni qo'llash zarurligi
- d) to'xtovsiz qusish *Javob:*

53. Bronxial astmani rivojlanishida albatta bo'lishi kerak bo'lgan o'zgarishlar:

- a) qon tizimida
- b) bronxlar reaktivligi
- v) vegetativ asab tizimi faoliyatida
- g) endokrin tizimi faoliyatida
- d) organizmning nafas allergenlari bilan sensibilizastiyasi *Javob:*

54. Astma bemorlarida yallig'lanish jarayoni, quyidagilardan tashqari hammasini faolligini baholash imkonini beradi : a)

- bronxoalveolyar lavaaj
- b) spirografik tekshiruvlar
- v) bronxlar va shilliq biopsiyasi
- g) balg'amning stitologik tekshiruvi *Javob:*

55. Astmasi bor bemorda (allergik mexanizm) haftasiga 2 marta xurujsimon yo'tal, nafas olishning qiyinlashuvi β 2-antagonistlar ingalyastiyasidan keyin yoki o'z-o'zidan yo'qoladigan epizodlari mavjud. Bemor faolligi va uyqusi o'zgarmagan. Astmaning og'irligini aniqlang: a) og'ir

- b) engil
- v) o'rta og'ir *Javob:*

56. Quyida keltirilganidan qaysi bir tekshiruvlar astmaning og'irlik

darajasini baholash imkonini beradi? a) qonning klinik taxlili

b) FNX-1 ni o'zgarish darajasi

v) ko'krak qafasi rentgenografiyasi

g) balg'am taxlili *Javob:*

57. Allergik yallig'lanishda quyidagilardan tashqari hamma

hujayralar ishtirok etadi : a) shish hujayralari

b) bazofillar

v) makrofaglar

g) fibrviloyatlar

d) bronxlar shilliq epitelial hujayralari

Javob:

58. Astmatik status sababchilari bo'lishi mumkin :

a) bronx o'pka tizimida yallig'lanish jarayonining qaytalanish

b) uzoq muddat qabul qilingan glyukokortikoidlarni to'xtatish

v) allergiyasi bo'lgan dorilarni qabul qilish

g) simpatomimetiklar peredozirovkasi

d) hamma keltirilganlar *Javob:*

59. Astmatik statusda o'rni bor:

a) α -adrenoreseptorlar blokadasi

b) β_2 -resteptorlar faolligini ortishi

v) β_1 -resteptorlar blokadasi

g) β_2 -resteptorlar blokadasi

d) α –adrenoreseptorlar faolligini ortishi *Javob:*

60. Astmatik statusda bronxoskopiya uchun ko'rsatma:

a) ko'rsatmalar yo'q

b) astmatik statusning mavjudligi

v) prednizolon ta'sirining yo'qligi

g) statusning davomiyligi

d) engil stianozning mavjudligi *Javob:*

61. Astmatik statusda obstruksiya asosiy mexanizmi qanday:

a) bronxospazm

b) bronxial devorda shish-yallig'lanish o'zgarishlari

v) mayda bronxlarning cho'ziluvchan balg'am bilan tiqilib qolishi

Javob:

62. Cho'zilgan bronxial astma bilan astmatik statusni qonda qaysi

gaz tarkibi ko'rsatkichi bilan siz qiyosiy tashxisini o'tkazasiz? a)

PaCO₂

b) PaO₂ *Javob:*

63. Astmatik statusi bor bemorlarda qanday asoratlar bo'lishi mumkin?

- a) pnevmotoraks
- b) TELA
- v) qorinchalar fibrillyastiyasi
- g) asfiksiya
- d) hamma keltirilganlar *Javob:*

64. Astmatik xuruji bo'lgan bemorda hayotiga xavf soluvchi belgilariga xos:

- 1) bronxlar obstruktsiya
 - 2) auskultastiyada tovushsiz soxalarni paydo bo'lishi
 - 3) PaCO₂ kamayishi
 - 4) PaO₂ do 60 mm sim. ust. gacha va undan ham past bo'lishi
 - 5) daqiqasiga 36 martagacha hansirash
- a) hamma javoblar to'g'ri
b) to'g'ri javoblar 1, 2, 4
v) to'g'ri javoblar hammasi, 1, 2, 4 dan tashqari
g) to'g'ri javoblar hammasi, 5 dan tashqari
d) to'g'ri javoblar 3, 5 *Javob:*

65. Astmatik statusni davolashda kislorod qo'llash keng tarqalgan. Bemorga kislorodni qanday konstantrasiyasi buyurilishi maqsadga muvofiq:

- a) havo bilan aralastirilmagan, toza holda
- b) 80% kislorod va 20% havo aralashmasida
- v) 50% kislorod va 50% havo nisbatida
- g) 40% kislorod va 60% havo nisbatida *Javob:*

66. Astmatik statusda o'tkazilayotgan samarali davoning klinik belgilariga xos:

- a) ko'chayotgan balg'am Hajmining ortishi
- b) balg'am ko'chishining kamayishi
- v) hansirashni kamayishi *Javob:*

67. Engil kechayotgan bronxial astmaning remissiya davrida buyuriladi:

- a) sulfidli vannalar
- b) suvosti massaj dushi
- v) kalstiy-elektroforez
- g) UVCh-terapiyani *Javob:*

68. O'rta og'ir kechayotgan bronxial astmada (infekstion-allergik turi) remissiya davrida buyuriladi: a) sulfidli vannalar

b) amplipulsterapiyani

v) ultratovushli davo

g) stirkulyar dush

d) karbond angidridli vannalar *Javob:*

69. Bronxial astmaning infekstion-allergik shaklining kechishiga quyida keltirilganlardan tashqari hammasi xos: a) kasallik yoshlik davrida rivojlanadi

b) teri allergik sinamalarining yuqori sezuvchanligi

v) allergenga pufakchasimon teri reaksiyasi

g) bo'g'ilish xurujini (5-7 soniyada) tez rivojlanishi

d) keltirilganlardan hech biri *Javob:*

70. Atopik bronxial astma kasallarining qonida aniqlanadi:

a) stafilokokka nisbatan yuqori titr

b) tezlashgan SOE

v) IgE ni yuqori darajasi

g) leykostitozlar *Javob:*

71. Bronxial astmaning IgE va IgG-bog'liq neinfekstion-allergik turida ekspirator bo'g'ilish xurujiga quyidagilar xos: a) 1 soatgacha bo'lgan latent davr

b) xurujoldi belgilarining aniq klinik ko'rinishlari

v) 5-7 daqiqa davomida xurujning rivojlanishi

g) xurujning spontan holatda to'xtashi

d) hamma keltirilganlar *Javob:*

72. Bronxial astmaning atopik shaklida teri allergik sinamalari paydo bo'ladi:

a) 10-20 daqiqadan keyin

b) 4-6 soatdan keyin

v) 10-20 daqiqadan keyin va 4-6 soatdan keyin

g) 12-24 soatdan keyin *Javob:*

73. Bronxial astmaning IgE va IgG-patogenetik turida

qo'zg'atuvchi ingalyastion testlar musbat : a) bir soat davomida

b) bir soat davomida va 6-8 soatdan keyin

v) 24 soatdan keyin

g) hamma ko'rsatilgan muddatlarda *Javob:*

74. "Allergik bronxial astma" sinonimlari quyidagilardan tashqarilar kiradi :

- a) atopik bronxial astma
- b) ekzogen bronxial astma
- v) noinfekstion-allergik bronxial astma
- g) patogik bronxial astma *Javob:*

75. Ingalyastion davoning afzalliklari quyidagilar:

- a) ta'sirning tez kuzatilishi
- b) minimal tizimli ta'siri
- v) tabletkalarga nisbatan qo'llashning qulayligi
- g) keltirilganlarning hammasi
- d) to'g'ri javoblar a, b *Javob:*

76. Qisqa muddat ta'sir qiluvchi ingalyastion β_2 -agonistlar tavsiya qilinadigan birinchi yordam dorilari hisoblanadilar : a) bronxial astmani ushlab turuvchi davosida

- b) surunkali bronxitda
- v) bronxialastma xurujini to'xtatishda *Javob:*

77. Quyidagi vositalar M-holinolitik ta'siriga ega:

- a) salbutamol
- b) teopek
- v) berotek
- g) atrovent *Javob:*

80. β -agonistlarga kiradi:

- a) dinatriy xromoglikat
- b) fiupizolid
- v) salbutamol
- g) nedokromil natriy

79. Selektiv β_2 -agonistlarga kiradi:

- a) adrenalin
- b) astmopent
- v) berotek
- g) berodual *Javob:*

80. β_2 -agonistlarga quyidagi nojo'ya ta'sirlar taaluqli

- a) kardiostimulyastiya
- b) miokardga bo'lgan toksik ta'siri
- v) qorinchalar fibrillyastiyasi
- g) "rikoshet" sindromi
- d) bronxlar shilliqosti qavati qon tomirlarining kengayishi
- e) gipokaliemiya
- j) keltirilganlarning hammasi *Javob:*

- 81. Bronxial astma xurujining profilaktikasida eufillinni quyidagi turida qo'llash samarali** a) ichishga
 b) tomir ichiga
 v) mushak orasiga
 g) rektal (svecha, mikroklizma)
 d) ingalyastion *Javob:*
- 82. Peroral β_2 -agonistlar birinchi gurux vositalari hisoblanadilar**
 a) tungi xuruji rivojlanib borayotgan bronxial astmada
 b) surunkali obstruktiv bronxitda
 v) chang bronxial astmasida
 g) hamma keltirilganlarda *Javob:*
- 83. Ingalyastion glyukokortikosteroidlar qo'llaniladi**
 a) o'tkir pnevmoniyada
 b) atopik bronxial astmada
 v) tizimli qio'il yugurukda
 g) surunkali bronxitda *Javob:*
- 84. Atopik bronxial astmada ingalyastion glyukokortikosteroidlar qo'llaniladi**
 a) engil kechishida
 b) o'rta kechishida
 v) og'ir kechishida
 g) 4 hafta davomida xromoglikat natriy samarasiz bo'lganida
 d) 2 hafta davomida xromoglikat natriy samarasiz bo'lganida *Javob: b*
- 85. Yuqori nafas yo'llari shilliq ishlab chiqarishida asosiy immunoglobulinlar:** a) IgG
 b) shilliq ishlab chiqaruvchilardagi IgA
 v) IgM
 g) IgE *Javob: b*
- 86. Kasallik belgilari kuzatilmagan, og'ir turdagi BAsi bor bemorlarda, o'pka faoliyatining qaysi ko'rsatkichi me'yorga nisbatan farq qiladi?** a) NFX 1s
 b) O'TS
 v) OO
 g) OEL
Javob: v
- 87. Kortikosteroidlar hatto qisqa muddat davomida qabul qilinganidan so'ng, to'xtatilsa quyidagi kasallik belgilarini kuchayadi:**

- a) atralgiya
- b) qorindagi og'riq, ko'ngil aynash, qusish
- v) bosh og'rig'i
- g) bo'shshish
- d) quyida keltirilganlardan hech biri
- e) quyida keltirilganlarning hammasi *Javob: e*

88. Bronxial astmani davolashda yallig'lanishga qarshi dorilarga kiradi:

- a) ingalyastion GKS
- b) kromoglist kislota vositalari
- v) lekotrienlar antogonistlari
- g) teofillinlar
- d) 2 hafta davomida xromoglikat natriy samarasiz bo'lganida
- e) qisqa muddat ta'sir qiluvchi selektiv β 2-antogonistlar *Javoblar: a,b,v*

89. Bronxial astmani boshqa o'pka kasalliklaridan farqlovchi maxsus rentgenologik belgisi nima?

- a) peribronxial tipda o'pka rasmining deformastiyasi
- b) o'pka chegaralarining o'tkazuvchanligi oshgan (emfizema)
- v) diafragmaning taranglashishi
- g) oraliq bronx darajasida o'pka arteriyasi rovog'ining kattalashishi
- d) keltirilgan belgilarning hammasi
- e) belgilar yo'q *Javob: e*

90. Bolalarda allergik kasalliklarga olib keluvchi omillar:

- a) qarindoshlardagi allergik kasalliklar
- b) IgE darajasining pasayishi
- v) IgE darajasining ko'tarilishi
- g) erta sun'iy ovqatlantirish *Javob: a,v,g*

91. Atopik bronxial astmaning xuruj davrida qaysi antitanalarning ishlab chiqarilishi ko'payadi? a) IgG

- b) IgA
- v) IgM
- g) IgE

Javob: g

92. Belgilarni solishtiring:

1. Surunkali bronxit A. bir qator hujayralar (shish hujayralari, eozinofillar) faolligi bilan kechadigan nafas yo'llarining yallig'lanish kasalligi 2. Krupoz zotiljam B. bronxlar yallig'lanishining uzoq davom

etishi

V. Parenxima, mezinxima, o'pka bo'limlari qantomirlarining yallig'lanish kasalligi 4. O'choqli zotiljam G. o'pka bo'limining yallig'lanish kasalligi *Javob: 1b, 2v, 3a, 4g*

93. Quyidagi kasalliklar markelarini mosligini toping:

- A) musbat ter sinamasi 1. bronxial astma
B) mielopiroksidazaning ko'tarilshi 2. surunkali bronxit
V) eozinofiliya 3. mukovisstidoz

Javob: 3a, 2b, 1v.

94. Patologik jarayon fizikal ma'lumotlarini mosligini toping:

1. Tovush titrashining kuchayishi, to'mtoq tovush, bronxial nafas
2. Aniq o'pka tovushi, dag'al nafas, quruq xirillashlar
3. Timpanik tovush, amforik nafas, o'rta- yirik pufakchali xirillashlar
4. tovush titrashining pasayishi, o'pka ekskursiyasining cheklanishi, nafas chiqarishning cho'zilishi bilan birga vezikulyar nafasni pasayishi, qupuq xirillashlar
5. aniq o'pka tovushi, vezikulyar nafas, plevraning ishqalanish shovqini

- A) o'pka absstessi, ochilish davri
B) fibrinoz zotiljam
V) bronxial astma
G) quruq plevrit
D) bronxit

Javob: 1b, 2d, 3a, 4v, 5g.

95. Belgilarni moslang:

- I. bronxial astmasi
 - II. yurak astmasi
- A) nam xirillashlar
B) balg'am suyuq ko'piksimon, ko'p
V) quyuq, cho'ziluvchan, yopishqoq balg'am
D) yurak chegaralarining o'ng tomonga kengayishi
E) yurak chegaralariningchap tomonga kengayishi *Javob: AII, BI, VII, GI, DI, EII*

96. Uy changiga yuqori sezgirligi bo'lgan atopik bronxial astmaga xos:

- a) eliminastiya effektining mavjudligi
- b) ekspozistiya effektining mavjudligi
- v) spontan remissiya

g) tungi va erta tongi soatlardagi bo'g'ilish xurujlari

e) keltirilganlardan hammasi *Javob: e*

97. Bronxial astma va surunkali obstruktiv bronxitni qiyosiy tashxisi uchun quyidagi funktsional tekshiruvlar kerak: a)

bronxlarni kengaytiruvchi vositalar bilan sinamalar

b) bronxokonstruktsiya mediatorlar bilan sinamalar

v) jismoniy zo'riqish yuilan sinamalar

g) obzidan bilan sinama

Javob: a, b, g

98. Ekzoallergenlarga kiradi:

1) bakteriyalar

2) viruslar

3) oddiy hujayralar

4) uy changi

5) jaroxatlangan o'zining to'qimalari

6) ambroziya 7) shokolad

Javob: 1, 2, 3, 4, 6, 7

99. Bronxlarning eng yuqori reaktivligi kuzatiladi:

1) ertalab 4-6 soatlarda

2) 10-12 soatlarda

3) 16-18 soatlarda 4) 22-24 soatlarda

Javob: 1

100. Bronxial astmaning tipik klinikasi - bu

1) yaqqol bo'g'ilish xurujlari

2) turg'un spastik yo'tal

3) o'pkaning o'tkir emfizemasi

4) astmatik bronxit 5) allergik bronxit *Javob: 1, 4*

101. Bronxial astmaning xuruj oldi davri xarakterlanadi:

1) bezovtalik bilan

2) xushtaksimon xirillashlar bilan

3) burunda qichishish

4) tananing majburiy holati bilan

5) ekspirator hansirash bilan

6) ko'z yosh oqishi bilan

7) qo'rquv xissi bilan

8) qiynaluvchi quruq yo'tal bilan 9) balg'am ko'chishi bilan *Javob:*

1, 3, 6

102. Bronxial astmaning xuruj davri harakterlanadi:

- 1) bezovtalik bilan
- 2) xushtaksimon xirillashlar bilan
- 3) burunda qichishish
- 4) tananing majburiy holati bilan
- 5) ekspirator hansirash bilan
- 6) ko'z yosh oqishi bilan
- 7) qo'rquv xissi bilan
- 8) qiynaluvchi quruq yo'tal bilan 9) balg'am ko'chishi bilan *Javob: 2,4,5,7,8*

103. Bronxial astmaning xurujdan so'nggi davri harakterlanadi:

- 1) bezovtalik bilan
- 2) xushtaksimon xirillashlar bilan
- 3) burunda qichishish
- 4) tananing majburiy holati bilan
- 5) ekspirator hansirash bilan
- 6) ko'z yosh oqishi bilan
- 7) qo'rquv xissi bilan
- 8) qiynaluvchi quruq yo'tal bilan 9) balg'am ko'chishi bilan

Javob: 2,9

104. Bronxial astmaning xuruj davridagi uchrashi mumkin bo'lgan asoratlar - bu

- 1) ko'krak qafasi deformastiyasi
- 2) o'pka atelektaz
- 3) pnevmoskleroz
- 4) teri osti emfizemasi
- 5) surunkali o'pka yuragi
- 6) o'tkir yurak etishmovchiligi
- 7) asfiksik sindrom *Javob: 2,4,6,7*

105. Skarifikastiya teri sinamasi nima bilan o'tkazilmaydi?

- A. kimyoviy modda
- B. bakterial allergen
- V. dori allergenlari
- G. noinfekstion allergen

Javob: G

106. Skarifikastiya teri sinamasi uchun bilak terisiga nima tomiziladi?

- A. fizologik eritma

B.gistamin

V.efidrin

G.gidrokartizon *Javob: B*

107. Skarifikastiya teri sinamasi uchun tomchilar orasida masofa necha sm bo'lishi kerak?

A.5-6 sm

B.3-4sm

V.4-7sm

G.2-2.5sm

Javob: G

108. Skarifikastiya teri sinamasi qancha vaqtdan keyin baholanadi?

A.30-35 daqiqadan keyin.

B.10-30 daqiqadan keyin. V.15-20 daqiqadan keyin.

Javob: V

109. Skarifikastion usul bilan sinasi natijasini baholash yuqari darajadagi musbat reaksiya bo'ladigan o'zgarishlarni aniqlash:

A.qizarish 10mm qavariq soxta ayoqchasi bilan

B.mahaliy reaksiya va nurlanish

V.qavariq 10mmdan ortiq qizarish va soxta oyoqchalar bilan *Javob: A*

110. Skarifastion teri sinamasini o'tkazishda bu teri sinamasi bilan sohasi oralig'iga qancha uzoqlikda allergen tomiziladi? A.1-5sm.

B.2-2.5sm. V.4.6sm

Javob: B

111. Applikastiya teri sinamasi keskin musbat bo'lganda +++ terida bo'ladigan o'zgarishlar qaysi qatorda to'g'ri keladi?

A.qizarish va shish

B.kontakt joyda qizarish

V. qizarish shish, vezikulastiya *Javob: V*

112. Applikastiya teri sinamasi o'tqazishda teri reaksiyasi natijasi qancha vaqtdan so'ng o'qiladi?

A.45-60daqiqadan so'ng

B.20 –daqiqadan so'ng

V.3- kundan so'ng

G.1kundan so'ng

Javob B

113. Applikastiya teri sinamasi qanday moddalar bilan o'tkaziladi?

A. biologik suyuqliklar bilan

B.kimyoviy moddalar bilan
V.o'simliklardan tayyorlangan suyuqlik
G.ilon zahri bilan

Javob :B

114. Qo'yidagi keltirilgan usulardan qaysi mo'ljalangan usul hisoblanadi?

A.ekspozistion provakastion test
B. leykostitopenik test
V.issiqlik provakastion test
G.nazal provakastion test

Javob :A

115. Bemorlarda kasallik belgilari aniq yuzaga chiqmagan uchun ularni allergen mavjud joyga joylashtiradi, ular qaysi joy?

A.tog'li zonalarga
B.dorixonona, stex. otxona hududlariga
G.omborxonona, gullar ochilgan joy
V.suv omborlari, suv havzalari atrofida *Javob:G*

116. Ekspozistion provakastion test yordamida allergik reaksiyalarni qaysi tiplarni aniqlash mumkin?

A.sekin kechar allergik reaksiya
B.immunokompleks tipi
V.anafilaktik tipi
G.stitotokstik tipi

Javob: B,V,G

117. Leykostitopenik test qachon musbat hisoblanadi?

A.leykostitlarni ko'payishi bilan
V.eritostitlarni kamayishi bilan
G.leykostitlarni $3,10^{-9}$ dan tushishi bilan *Javob:G*

118. Leykostitopenik test qachon o'tkaziladi?

A.anafilaktik shok o'tkazgan bo'lsa B.leykostitlar soni oshganda
V.to'g'ri javob yo'q.

Javob: V

119. Leykostitopenik testda leykostitlar necha daqiqadan keyin sanaladi?

A.68-69 daqiqadan keyin
B.30-40 daqiqadan keyin V.40-70-80 daqiqadan keyi.

Javob:B

120. Trombositopenik test qaysi kasalliklarda ko'proq ishlatiladi?

A.ovqat ALLERGIYAsida

B.allergik bronxitda.

V.ekzemada G.dori va ovqat ALLERGIYAlarida *Javob:A,G*

121. Trombositopenik testda qonni tarkibini o'zgarishi.

A.trombositlar va leykositlar miqdorni oshishi

b.trombositlar 75% kamayadi

v.trombositlar25% kamayadi

G.to'g'ri javob yo'q

Javob:V

122. Trombositopenik testda trombositlar miqdori qanday o'zgaradi?

A.normaning yuqari darajasigacha ko'tarilardi

B.25% dan past

V.normaning pastki chegarasigacha kamayadi G. o'zgarmaydi

Javob:B

123. Proustnista-Kyustner reaksiyasi qanaqa kechadi?

A.terni aktiv sensibilizastiyasi reaksiyasi

B.terini passiv disensibilizastiyasi reaksiyasi

V.terini passiv sensibilizastiyasi reaksiyasi

G.terini aktiv reaksiyasi

Javob:A

124. Eliminaastion test kasalliknidavrida o'tkaziladi?

A. kasallikning avj olish davri

B.kasallikni tuzalish davrida

V.kasallikni remissiya davrida

Javob:B

Eleminastion testda ochilikka e'tibor beriladimi?

A.berilmaydi

B.5 kun ochlik e'lon qilinadi

V. farqi yo'q

G. 10kun ochlik e'lon qilinadi

Javob:B

125. Proustnista-Kyustner reaksiyasi testi hozirda nima uchun qo'llalinmaydi?

A.OITS, gepatit kasalligi ko'p bo'lganligi uchun

B.qon tomirlarning jarohotlanishi uchun

V.immunitet pastligi uchun G. yuqumli kasalliklar ko'p bo'lgan uchun
Javob:G

126. Proustnista-Kyustner reaksiyasi testi qanday o'tkaziladi?

A. sog'lom odamning zardobi kasal qoniga yuborib tekshirish yo'li bilan

B.kasaldan zardob olinib, sog'lom odamga yuborish yo'li bilan

V.kasaldan zardob olib, kasalga yuborish yo'li bilan

G. hammasi to'g'ri

Javob:B

127. Eliminastion dietada nima mumkin-u, nima mumkin emas?

A.tuxum, guruch,sut,qatiq, grechka,olma

A.-----ko'rsating

B.-----ko'rsating

V. hammasi mumkin

Javob:V

128. Dori allergenlari bilan til osti provokastion sinamasi natijasi qanaqa baholanadi?

A. har 20 daqiqada 3 marta B.20 daqiqadan keyin

V.har 10 daqiqadan 3marta

G.10 daqiqadan so'ng

Javob:V

129. Dori allergenlari bilan til osti provokastion sinamada qanday mahalliy o'zgarishlar kuzatiladi?

A.qizarish

B.allergik shish

V.til va tilosti sahosida shish, qizarish kuzatiladi

G.Kvinke shishi

Javob:A,B,V

130. Qachon allergik natija +++ baholanadi?

A. Kvinke shishi B.terida toshmalar.

V.bo'g'ilish, qichish, qizarish

G.mahalliy o'zgarish

Javob: A,B,V

131. Qachon allergik natija ++baholanadi? A.qichishish, achishish.

B.til va til osti sahosida shish va qizarish

V.Kvinke shishi, bo'g'ilish.

G. xuruylar, hansirash, nafas etishmovcxiligi *Javob:A,B*

132. Leykositopenik test qaysi kasalliklarda tavsiya etiladi?

- A. ovqat allergiyasida
- B. pollinoz kasalliklarida, ekzemada
- V. chang allergiyasida
- G. ovqat va dori allergiyasida

Javob:A

133. Leykositopenik test qachon musbat hisoblanadi?

- A. leykositlarni ko'tarilishi bilan
- B. eritrostitlarni kamayishi bilan
- V. leykositlarni $3 \cdot 10^9$ bo'lganda

Javob:V

134. Trombositopenik test qachon o'tkaziladi?

- A. ovqat allergiyalarida
- B. infeksiyon kasalliklarda
- V. tug'ma kasalliklarda
- G. hamma kasalliklarda

Javob:A

135. Trombositopenik test qachon musbat hisoblanadi?

A. trombositlarni 110%dan ko'tarilganda B. trombositlarni 100%dan kamayishi

V. to'g'ri javob yo'q. G. trombositlar 25% kamayganda.

Javob:G

136. Skarifikastion teri sinamasi qanday allergen bilan o'tkaziladi?

- A. maishiy uy changi
- B. epidermal chang
- V. ovqat allergiyasi
- G. aralash chang
- D. hammasi to'g'ri

Javob:D

137. Allergenga nisbatan teri reaksiyasi natijasi qancha vaqtdan keyin baholanadi?

- A. 28 daqiqadan so'ng
- B. 31 daqiqadan so'ng
- V. 22 daqiqadan so'ng
- G. 20 daqiqadan so'ng
- D. hammasi to'g'ri

Javob:G

138. Applikastion testni natijasi qancha daqiqadan so'ng aniqlanadi?

- A. 1 soatda keyin
- B. 10daqiqadan keyin
- V. 15daqiqadan keyin
- G. 20daqiqadan keyin

Javob:G

139. Qaysi kasallikda sovuq provakastion testidan foydalanasiz?

- A. pollinoz kasalliklarida
- B. atopik dermatitda kasalliklarida
- V. eshakemi
- G. noinfekstion kasalliklarda

Javob: G

140. Skarifikastiya teri sinamasi nima bilan o'tkaziladi?

- A. kimyoviy modda
- B. bakterial allergen
- V. dori allerlari
- G. noinfekstion allergen

Javob:

141. Bilak terisiga nima tomiziladi?

- A. fizologik eritma
- B. gistamin
- V. efidrin

G. gidrakatizon

142. Tomchilar orasida masofa necha sm bo'lishi kerak?

- A. 5-6sm
- B. 3-4sm

V. 4-7sm G. 2-2.5sm

144. Teri sinamasi qancha vaqtdan keyin baholanadi?

- A. 30-35daqiqadan keyin
- B. 10-30 daqiqadan keyin
- V. 15-20 daqiqadan keyin

145. Skarfikatstion usul bilan sinamasi natijasini baholash yuqori darajadagi musbat reaksiya bo'ladigan o'zgarishni aniqlash.

- A. qizarish 10 mm, qavariq soxta oyoqchasi bilan
- B. mahalliy reaksiya va nurlanish

V. qavariq 10mmdan ortiq iqzarish va soxta oyoqchalar bilan

146. Skarifastion teri sinamasini o'tkazishda bu teri sinamasi bilan sohasiga oraliq qancha uzoqlikda allergen tomiziladi?

A. 1-5sm

B. 2-2.5sm V. 4-6sm *Javob:*

147. Applikastiya teri sinamasin keskin musbat bo'lganda +++ terida bo'ladigan o'zgarishlar qaysi qatorda to'g'ri keladi?

A. qizarish va shish

B. kontakt joyda qizaris

V. qizarish, shish, vezikuastiya *Javob:*

148. Applikatstiya teri sinamasi o'tqazishda teri reaksiyasi natijasi qancha vaqitdan so'ng o'qiladi?

A. 45-60daqiqadan so'ng

B. 20 daqiqadan so'ng

V. 3kundan so'ng

G. 1kundan so'ng *Javob:*

149. Aplikastiya teri sinamasi anday moddalar bilan o'tkaziladi?

A. biologik suyuqliklar bilan

B. kimyoviy moddalar bilan

V. o'simliklardan tayyorlangan suyuqlik

G. ilon zahri bilan *Javob:*

150. Qouyidagi keltirilgan usulardan qaysi mo'ljalangan usul hisoblanadi?

A. ekspozistion provakastion test

B. leykostitopinik test

V. issilik provakastion test

G. nazal provakastion test *Javob:*

160. Bemorlarda kasallik belgilari aniq yuzaga chiqmagani uchun ularni allergen mavjud joyga joylashtiradi, ular qaysi joy?

A. tog'li zonalarga

B. dorixona, stex, otxona xududlariga

G. omborxonalar, gullar ochilgan joy

V. suv omborlari, o'chiq suv havzalari atrofida *Javob:*

161. Ekspozistion provakastion test yordamida allergik reaksiyalarni qaysi tiplarni aniqlash.

A. sekin kechar allergik reaksiya

B. immuinkompleks tipi

V. anaflaktik tipi

G. stitotaktik tipi *Javob:*

162. Leykopenik test qachon musbat hisoblanadi?

A.leykositlarni ko'payishi bilan

V.eritositlarni kamayishi bilan

G.leykositlarni 3.10-9dan tushishi bilan *Javob:*

163.Leykosititopenik test qachon o'tkaziladi?

A.anafilaktik shok o'tkazgan bo'lsa

B.leykositlar soni oshganda

V.to'g'ri javob yo'q *Javob:*

164. Leykopinik test leykositlar necha daqiqadan keyin sanaladi?

A.68-69 daqiqadan keyin

B.30-60-90 daqiqadan keyin

V.40-70-80 daqiqadan keyin *Javob:*

165. Trombastitopenik test qaysi kasalliklarda ko'proq ishlatiladi?

A.ovqat allergiyasida

B.allergik bronxitda

V.ekzemada

G.dori va ovqat allergiyalarida *Javob:*

166. Trombastitopenik testda qonni tarkibini o'zgarishi:

A.trombastitlar va leykositlar miqdorni oshishi

b.trombastitlar 75% kamayadi

v.trombastitlar25% kamayadi

G.to'g'ri javob yo'q *Javob:*

67. Trombastitopenik testda trombastitlar miqdori qanday o'zgaradi?

A.normaning yuqori darajasigacha ko'tarilardi

B.25% dan past.

V.normaning pastki chegarasigacha kamayadi

G. o'zgarmaydi.

Javob:

168. Proustnista kyustnera reaksiyasi qanaqay kechadi?

A.terini aktiv sensibilizatstiyasi reaksiyasi

B.terini passiv disensibilizastiyasi reaksiyasi

V.teri passiv sensibilizastiyasi reaksiyasi

G.terini aktiv reaksiyasi *Javob:*

169. Eliminaastion test kasalliknidavrida o'tkaziladi.

A.kasallikning avj olish davrida

B.kasallikni tuzalish davrida

V.kasallikni remissiya davrida *Javob:*

170. Eleminastion testda ochilikka e'tibor beriladimi?

A.berilmaydi

B.5 kun ochlik e'lon qilinadi

V. farqi yo'q

G. 10kun ochlik e'lon qilinadi *Javob:*

171. Proustnista kyustneri testi nima uchun qo'llanilmaydi?

A.OITS. Gepatit kasalligi ko'p bo'lganligi uchun

B.qon tomirlarning jarohotlanishi uchun

V.immunitit pasligi uchuun

G.yuqimli kasalliklar ko'p bo'lgani uchun *Javob:*

172.Proustnista kyustnera testi qanday o'tkaziladi?

A. sog'lom odamdan kasal qoniga zardob yuborib tekshirish yo'li bilan

B.kasaldan zardob olinib sog'lom odamga yuborish yo'li bilan

V.kasaldan zardob olib kasalga yuborish yo'li bilan

G. hammasi to'g'ri

173. Dori allergenlari bilan til osti provikastion sinamasi natijasi qanaqa baholanadi?

A. har 20daqiqadan 3 marta

B.20daqiqadan keyin

V.har 10daqiqadan 3marta

G.10daqiqadan so'ng *Javob:*

174. Dori allergenlari bilan til osti provikastion sinamada qanday mahalliy o'zgarish kuzatiladi?

A.qizarish

B.allergik shishish

V.til va til osti sohasida shishish , qizarish kuzatiladi.

G.Kvinke shishi *Javob:*

175. Qachon allergik natija +++ baholanadi?

A.Kvinke shishi

B.terida toshmalar

V.bo'g'ilish ,qichish, qizarish

G.mahalliy o'zgarish *Javob:*

176. Qachon allergik natija ++baholanadi?

A.qichishish , oqarish

B.til va til osti sohasida shishish va qizarish

V.Kvinke shishi, bo'g'ilish

G. xurujlar,hansirash, nafas etishmovchilikda *Javob:*

177. Leykositopenik test qaysi kasallklarda tavsiya etiladi?

- A.ovqat allergiyasida
- B.pollinoz kasallklarida, ekzemad.
- V. chang allergiyasida
- G.ovqat va dori allergiyasida *Javob:*

178. Leykositopeinik test qachon musbat hisoblanadi?

- A.leykositlarni ko'tarilishi bilan
- B.eritrostitlarni kamayishi bilan
- V.leykositlarni 3.10-9 bo'lganda *Javob:*

179. Trombostistopenik test qachon o'tkaziladi?

- A. ovqat allergiyalarida
- B.infekstion kasalliklarda
- V.tug'ma kasalliklarda
- G. hamma kasalliklarda *Javob:*

180. Trombostitopenik test qachon musbat hisoblanadi?

- A.trombositlarni 110% ko'tarilganda
- B.trombositlarni 100%kamayishida
- V.to'g'ri jovob yo'q
- G.trombositlar 25% kamayganda *Javob:*

181. Skarifikastiya teri sinamasi qanday allergen bilan o'tkaziladi?

- A.mayishiy uy changi
- B.epidermag chang
- V.ovqat allergiyasi
- G.aralash chang
- D.hammasi to'g'ri *Javob:*

182. Allergenga nisbatan teri reaksiyasi natijasi qancha vaqtdan keyin baholanadi?

- A.28 daqiqadan so'ng
- B.31 daqiqadan so'ng
- V.22 daqiqadan so'ng
- G.5 daqiqadan so'ng
- D.hammasi to'g'ri *Javob:*

183. Applikastion testni natijasi qancha daqiqada baholanadi? A.1 soatda keyin.

- B.10 daqiqadan keyin
- V.15 daqiqadan keyin
- G. 20 daqiqadan keyin *Javob:*

184. Qaysi kasalliklarda sovuq provakastion testdan foydalanasiz?

- A. pollinoz kasalliklarida
- B. atopik dermatitda kasalliklarida
- V. krapivnistada

G. noinfektsion kasalliklarda *Javob:*

185. Sovuqda test qaysi tartibida o'tkaziladi?

- A. bilak sohasiga muz parchasni 15 daqiqada davomida qo'yish
- B. bemorni soviq xonada 15 daqiqada saqlash
- V. bemorni issiq xonada saqlash
- G. barchasi to'g'ri *Javob:*

186. Issiq provokatsion test qaysi holatda ijobiy hisoblanadi?

- A. terida toshma hosil bo'lganda
- B. terni 2 sm dan ko'p qismi qizarishi
- V. konyunktival qizarish
- G. burni oqishi, akshirish kuzatiladi *Javob:*

186. Issiq provokatsion testda issiq suvning ta'sir davomiyligini belgilang.

- A. 25 daqiqadan so'ng
- B. 5-7 daqiqadan so'ng
- V. 15-20 daqiqadan so'ng
- G. barcha javblar to'g'ri.

Javob:

187. Kimlarda "bahorgi katar" ko'p kuzatiladi?

- A. 4-5 yoshli o'g'il bolalarda
- B. katta yoshli erkaklarda
- V. ayollarda

G. 6 yoshgacha bo'lgan qizlarda D. hammada bir xil *Javob:*

189. Polinoz vaqtida teri toshmalari shakli:

- A. yostiqlash shaklida
- B. quyulayotgan eritmatoz toshma
- V. eshak emi
- G. gemorogik
- D. populyoz

Javob:

190. Qonning umumiy tahlilida (OAK) qanaqa o'zgarish kuzatiladi?

- A. eozinofiliya
- B. EChT ning keskin ortishi
- V. leykostitoz
- G. leykostitopeniya
- V. limfositopeniya *Javob:*

191. Polinozda qanaqa mediatrlar ajraladi?

- A. gistamin
- B. serotonin
- V. prostogladin
- G. brodikinin
- D. sanab o'tilganlarning barchasi *Javob:*

192. Polinozda qanaqa antitana ishlab chiqariladi?

- A. LgG, va LgM
- B. LgG va LgE
- V. LgE va LgM
- G. sanab o'tilganlarning barchasi
- D. ishlab chiqarilmaydi.

Javob:

193. Polinoz chaqirish uchun changinig organizmga qanaqa dozasi tushishi kerak?

- A. 0,001 mg
- B. 0,02 gr
- V. 1 gr
- G. dozasiga bog'liq emas
- D. to'g'ri javob yo'q *Javob:*

194. Polinozni maxsus davolash uchun mutloq to'siqlik qiladi:

- A. psixik kasallik
- B. jigar va buyrak kasalliklari
- V. sil faol davrida
- G. qandli diabet
- D) sanab o'tilganlarni barchasi *Javob:*

195. Polinozni maxsus davolash uchun mutloq to'sqinlik qiladi:

- A. tireotoksikoz
- B. endokrin kasalliklari
- V. revmatizm aktiv davrida
- G. dekompensastiyalangan kornarokardioskleroz
- D) sanab o'tilganlarni barchasi *Javob:*

196. O'zbekistonda polinoz rivojlanishida qaysi o'simliklar changi 1-o'rinda turadi:

- A. bug'doy
- B. olma
- V. o'rik
- G. paxta
- D) to'g'ri javob yo'q *Javob:*

197. Polinozda ko'p kuzatiladigan asorat:

- A. bronxial astma
- B. neyrotoksikoz
- V. anoflaktik shok
- G. to'g'ri javob yo'q

D) sanab o'tilganlarni barchasi *Javob:*

198. 12 yoshli Polinoz bo'lgan bolaga feniral dozasi.

- A. 10 mg 1r/d
- B. 5 mg 3r/d
- V. 10-15 3r/d
- G. 25 mg 4r/d

D. hammasi to'g'ri *Javob:*

199. Polinozda qanaqa antigistamin preparat qo'llanadi?

- A. glyukoza+askorbin kislotasi
- B. asparkam
- V. mezim
- G. Aallerg-G
- D. validol

Javob:

200. Birinchi avlodga qanaqa antigistamin preparatlar kiradi?

- A. klemastin (tavegil)
- B. loratadin (klaritin, klarotadin)
- V. stetifizin (zirtek)
- G. xloropiramin (suprastin)
- D. defsofenadin (telfast) *Javob:*

201. Birinchi avlod antigistamin preparatlarning kamchiligi:

- A. gematoenstefalitik to'siqdan o'ta olishi
- B. sedativ effekti
- V. o'rganish qobiliyatining pasayishi
- G. sanab o'tilganlarning barchasi
- D. sanab o'tilganlarning

birortasi emas. *Javob:*

202. N1-gistamin resteptorlari blokatorlardan qaysi biri jigarda metabolizmga uchraydi? A. terfenadin.

- B. astemizol
- V. fekeofenadin
- G. stetirizin
- D. sanab o'tilganlarning barchasi *Javob:*

203. N1-gistamin resteptorlari blokatorlaridan qaysilarini qo'llash og'ir kardiovaskulyar asorat chaqirganlari uchun ba'zi mamlakatlarda taqiqlanadi?

- A. feksafenadin
- B. lorotadin
- V. stetirizin
- G. sanab o'tilganlarning barchasi
- D. sanab o'tilganlarning barchasi *Javob:*

204. Antigistamin preparatlar qo'rilishga ko'rsatma:

- A. polinoz
- B. yil davomida allergik renit
- V. eshak emi
- G. atopik dermatit

Javob:

205. Maxsus immun javobda asosiy o'rin tutadi:

- A. limfositlar
- B. neyrofillar
- V. trombositlar *Javob:*

206. Maxsus immun javobga xos emas:

- A. hujayraviy immunitet
- B. neytrofili immunitet
- V. gumoral immunitet

Javob:

207. Immunoglobulin-G qanaqa xususiyatga ega?

- A. antitela
- B. qon zardobi oqsili
- V. qon zardobi oqsilining gamma-fraaksiyasi
- G. sanalganlarning hech qaysisi *Javob:*

208. Antigen-bu quyidagi xususiyatlarni nomoyon qiladi:

- A. genetik yodlik
- B. antigenlik
- V. immunologik
- G. xosilik-maxsuslik
- D. sanab o'tilganlarning barchasi
- E. sanalganlarning birortasi

emas *Javob:*

209. Allergik reaksiyalarning tez kechar tipida katta ahamiyatga ega:

- A. Allergendan sensibilizatsiya
- B. LgE-antitelaning borligi

- V. gipersezuvchanlikning sekin kechar tipi borligi
G. sanab o'tilganlarning hammasi *Javob:*

210. Immunitet tushunchasi o'z ichiga oladi:

A. organizimni uning struktura va to'qmalari tarkibiga kirmaydigan tirik va boshqa modalardan himoya qilish xususiyati
B. patogen mikroorganizmlar ta'sir qilgan vaqtda sub'ektning hayot faoliyatini saqlab turish xususiyati

V. organizimni o'zida molekulyar yodlik bepisini tugatgan tirik va boshqa narasalardan himoya qilish xususiyati

G. organizimni o'zida yodlik belgisini tutgan tirik va boshqa tanachalardan ximoya qilish xususiyati *Javob:*

211. Bemor bolada har yili aprel o'rtalaridan may oxirigacha rinit va kon'yuktiit belgilari kuzatiladi. Bu bemorda ko'proq sensibilizastiya qaysi o'simlik changiga nisbatan bo'lishi mumkin?

A. daraxtlar changiga

B. boshhoqli o'simliklar changiga

V. begona o'tlar changiga.

Javob:

212. Allergiya bu nima?

A. organizimning yuqori sezuvchanlik holatidagi javob reaksiyasi

B. organizimning past sezuvchanlik holati

V. organizimning sezuvchanligi o'zgarmagan holat

G. yuqori reaktivlik

D. organizimning himoya reaksiyasi *Javob:*

213. O'simlik changlaridan organizimni ingalyastion sensibilizastiya qilinganda qanaqa hujayralar maxsus LgE-immunoglobulinlarni sintezlaydi:

A. shilliq qavatning plazmatik hujayralari

B. to'qmalar ichida joylashgan plamatik hujayralar

V. monostitlar

G. Suyak ko'migi eozinofillari

D. suyak ko'migi leykostitlari *Javob:*

214. Agar ota-onalardan birida allergik patologiya bo'lsa, bolalarida buning uchrash ehtimoli necha %?

A. 20-40%

B. 10-20%

V. 5-10%

G. 50-60%

D. 70-80% *Javob:*

215. 12 yoshli bolada har yili aprel va oktyabr oylarida kon'yuktivit kuzatiladi. Buning etiologiyasi va rivojlanish mexanizmi qanaqa?

- A. alergik sababli ko'yuktivit
- B. har-xil o'simlik changlari allergen hisoblanadi
- V. allergen-antitana kompleksi ko'z kon'yuktivasini jarohatlaydi
- G. sanab o'tilgnlarning hammasi
- D. to'g'ri javob yo'q *Javob:*

216. 5 yoshli bola, 2 yildan beri kasal. Shikoyatlari, bosh og'rishiga, har ikki ko'zining qichishishga, qum tiqilganiga o'xshash hisga, yorug'likdan qochishga. Bu mavsumiy, asosan bahorda kuzatiladi. Bolada.....

- A. dori allergiyasi
- B. polinoz
- V. ovqat allergiyasi
- G. hashoratlar allergiyasi
- D. epidermal allergiya *Javob:*

217. Polinozlarning qanaqa kilinik shakillari bor? Ko'proq mos javobni tanglang: A. rinokon'yuktivitlar

- B. alergik traxeobronitlar
- V. bronxial astma
- G. gastroenberokolitlar, dermatitlar, nevritlar
- D. barcha klinik shakillari bo'lishi mumkin. *Javob:*

218. Polinozning tashxislash mezonlari:

- A. mavsumiylik, ob-havo o'zgarish bilan xuruj. Burunda qichishish va aksirish kuchsiz ifodalangan, neytrofil leykostitoz. Burundan olingan surtmada mononuklearlar to'planishi
- B. mavsumiylik, allergen bilan kontakdan keyingi xuruj. Burunda, burun-xalkumida qichishish va aksirish, aksirish xurujlari. Burundan olingan surtmada eozinofillar to'planishi, eozinofil leykostitoz
- V. mavsumiylik, burunda qichishish yo'q, burun surtmasida ko'p miqdorda neytrofililar to'planishi
- G. ob-havo o'zgarishi bilan simptomlarning qo'zg'alishi, aksirish kam ifodalangan. Surtmada ko'p miqdorda limfositlar, limfostitoz.
- D. xurujlarning mavsumiyligi ob-havoning past va yuqori

vaqtlarda. Burun surtmasida monostitlar *Javob:*

219. Maxsus immunoterapiya (SIT) uchun alergen dovo miqdorini yuborish yo'llari:

- A. teri ichiga
- B. endonazal
- V. ingalyastion
- G. peroral
- D. sublingval
- E. vena ichiga *Javob:*

220. Mavsumiy allergik rinitni davolash uchun asosiy preparat hisoblanadi:

- A. tomirlarni toraytiruvchi tomchi
- B. N1-gistamin resteptorlari blokatorlari
- V. topik antigistamin preparatlar *Javob:*

Talabalarning klinik fikrlash qobiliyatini oshirish uchun vaziyatli masalalar.

1. Bola 10 yoshda.

Shikoyati: Burni oqishiga, ko'zni yoshlanishi, qichishi bezovta qiladi.

Anamnez: asosan bahor kelishi bilan burun qichishi va aksirish yo'tal bezovta qiladi. 2-yildan buyon ambulatoriya sharoitida davolangan.

Ko'ruvda: bolaning ahvoli o'rtacha og'irlikda, es xushi o'zida, teri qoplamlari toza, bola notinch, bezovta, injiq, ko'zi yoshlanadi qichishi va shish ko'zatiladi. O'pkasida vezikuliyar nafas eshitiladi, yurak tonlari aniq, ritmik, qorni yumshoq, og'riqsiz, jigar va taloq kattalashmagan, najasi kelgan, peshobi ravon, tiniq rangda.

Sizning tashxisingiz.

Sizning tavsiyangiz...

Sizning maslahatingiz. *Javob:* tashxis-AR.

Davo-antigistamin dorilar.

Maslahat-changdan saqlanish.

2. Bemor 15 yoshda.

Shikoyati: ko'zning yoshlanish, qichishi, qizarishi bezovta qiladi.

Anamnez: bemor 2-yildan buyon ko'zining yoshlanishi bilan ko'z shifokorida allergik kon'yuktivit hastaligi bilan davolangan.

Asosan kasallik erta bahorda boshlanadi, mart oylarida yuzaga

keladi. Burun bo'shlig'i qichiydi, nafas olish qiyinlashadi, quyoshda yurishga qiynaladi.

Ko'ruvda: bemor bezovta, ko'zi qizarib va yoshlanib turibdi

O'pkada nafas olish ravon, yurak tonlari aniq, qorin bo'shlig'ida og'riq sezilmaydi, najasi me'yorida keladi, peshob kelishi ravon, tiniq rangda.

Sizning tashxisingiz.

Sizning tavsiyangiz..

Sizning maslahatingiz.

Javob: tashxis-AR.

Davo-antigistamin dorilar.

Maslahat-changdan saqlanish.

3. Bola 2 yoshda.

Shikoyati: Bemorning yuziga toshmalar toshishiga, qichishish bezovta qiladi.

Ko'ruvda: bolaning es-hushi o'zida, notinch-injiq, yuziga toshmalar toshgan.

Anamnezidan: bemorning yuziga vaqti-vaqti bilan toshmalar toshib turgan, ich qotishi va ichining o'z vaqtida kelmaslik holatlari tez-tez kuzatilgan, bir necha marta davolangan, bemorning umumiy ahvoli o'rtacha. terisiga toshmalar vaqti-vaqti bilan toshadi.

O'pkada vezikulyar nafas eshitiladi, yurak tonlari aniq, qorni yumshoq, najasi kelmagan, peshob kelishi ravon, tiniq rangda.

Sizning tashxisingiz.

Sizning tavsiyangiz...

Sizning maslahatingiz.

Javob: tashxis- ovqat allergiyasi.

Davo-antigistamin dorilar.

Maslahat- parhez.

4. Bemor 3yosh.

Shikoyati: teridagi toshmalar eshakemi ko'rinishida, qichish, qizarish, shish, ko'z qovoqlari oldi shishi, qo'l va oyoqlarida shish belgilari saqlangan.

Ko'ruvda: bemorni ahvoli nisbatan og'ir, es-hushi o'zida.

Anamnezidan: teridagi toshmalar Kvinke shishi ko'rinishida, teri osti bezlari kattalashgan. Burni bitgan. O'pkada dag'al nafas eshitiladi, yurak tonlari bo'g'i, qorni yumshoq, peshobi va najasi ravon.

Sizning tashxisingiz. Sizning tavsiyangiz. Sizning maslahatingiz Javob:

Tashxis: ovqat allergiyasi, eshakemi ko'rinishida.

Davo-antigistamin dorilar, garmonlar, siydik haydovchi vositalar.

Maslahat-parhez .

5. Bolaning yoshi 6-oylik.

Shikoyati: yo'tal, hansirash, lab uchburchagi ko'karishi, nafas siqishi, issitma ko'tarilishiga.

Anamnezi: bemorning 2 oydan buyon issitmasi ko'tarilgan 37,539,0, yo'tal, vaqti-vaqti bilan xususiy shifoxonada allergik bronxit tashxisi bilan davolangan.

Ko'ruv: bemorni ahvoli nisbatan og'ir. Ko'ruvga reaksiyasi adekvat.

O'pkada dag'al nafas, quruq hushtaksimon xirillashlar eshitildi, yurak tonlari bo'g'iq, og'iz bo'shlig'i qizargan, bodomcha bezlari kattalashgan, qorni yumshoq ,og'riqsiz, jigar va taloq kattalashmagan, peshobi va najasi ravon.

Sizning tashxisingiz.

Sizning tavsiyangiz...

Sizning maslahatingiz.

Javob:

Tashxis: allergik obusturktiv bronxit.

Davo- antigistamin dorilar, garmonlar, bronxodilyatorlar.

Maslahat-parhez.

6. Bola 10 yoshda.

Shikoyaati. burin oqishiga va ko'zni yoshlanishi, qichishishiga.

Ko'ruvda: bemor notinch va bezovtalangan, injiq ko'zi yoshlanib turibdi, qichishish va shish kuzatilmoqda.

Anamnezidan: bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, es xushi o'zida, terisi toza, asosan bahor kelishi bilan burni qichishadi va aksirish, yo'tal bezovta qiladi. 2-yildan buyon ambulatoriya shoraitida davolangan, o'pkasida vezikuliyar nafas eshutiladi, yurak tonlari aniq, ritmik qorni yumshoq og'riqsiz, jigari va talog'i kattalashmagan, qorni yumsoq, peshobi va najasi ravon.

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz.

Sizning maslahatingiz. Javob:

7. Bemor 16 yoshda.

Shikoyati. Ko'zning yoshlanish qichishi qizarishi bezovta qiladi.

Ko'ruv: bemor bezovta quoyshda yurishga qiynaladi.

Anamnezi: bemor 2-yildan buyon ko'zining yoshlanish bilan ko'z shifokorida davolangan, allergik konyuktivit hastaligi bilan.

Asosan kasallik erta bahorda boshlanadi, mart oylarida, burin bo'shlig'i qichiydi, nafas olish qiyinlashadi.

Ko'rikda: burun orqali nafas olish qiyinlashgan, o'pkada nafas olish ravon, yurak tonlari aniq, qorni yumshoq, og'riqsiz, najasi me'yorida keladi, peshob kelishi ravon, tiniq rangda.

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz.

Sizning maslahatingiz. Javob:

8. Bemor 2yosh.

Shikoyati. Bemorning yuziga toshmalar toshgan, qichishish bezovta qiladi.

Ko'ruvda: notich injiq asaron qichish bezovta qiladi.

Anamnezi. bemorning yuziga vaqti-vaqti bilan toshmalar toshib turgan, qabziyat, ich kemasligi holati doimiy holatda saqlanib kelgan, bir necha marta davolangan. Bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, es xushini biladi terisida toshma vaqti-vaqti bilan toshadi.

O'pkada vezikulyar nafas olish eshitiladi. yurak tonlari aniq Qorni yumshoq najasi kelmagan.

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz.

Sizning maslahatingiz. Javob:

9. Bola 3yoshda.

Shikoyati.Teridagi mayda,qizil toshmalarga, qichishish, qizarish, shish. ko'zidagi shishga, qo'l va oyoqlaridagi shishlarga.

Anamnezidan: bola 3kun oldin haddan tahqari shirinlik, hamda sitrus mevalar i'stemol qilgan.

Ko'ruvda: bolaning ahvoli nisbatan og'ir. Teridagi toshmalar krapivnista ko`rinishida, qizarish, ko'zi shishgan, qo'l va oyoqlarida shish belgilari saqlangan.

Burun orqali nafas olish qiyinlashgan. O'pkada dag'al nafas eshitiladi, yurak tonlari bo'g'iq. Qorni yumshoq, najas kelishi ravon, peshobi ajratishi ravon.

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz. Sizning maslahatingiz Javob:

10. Bemor 6 oylik

Shikoyati: yo'tal, hansirash, nafas siqishi, isitmaga.

Anamnez: bemorhi 2 oydan buyon issig'i chiqan, yo'tal vaqti-vaqti bilan bezovta qilgan, xususiy shifoxonada allergik bronxit hastligi bilan davolangan.

Ko'ruv: bemorni ahvoli nisbatan og'ir, og'iz lab uchburchagi ko'kimtir rangda. auskultativ o'pkada dag'al nafas olish asosida nam xrillashlar, xushtaksimov tovush eshitiladi. Yurak tonlar bog'iq. Og'iz bo'shlig'i qizargan, bodomcha bezlar kattalashgan. Qorni yumshoq, og'riqsiz jigar va taloq kattalashmagan, peshobi va najasi ravon.

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz. Sizning maslahatingiz. *Javob:*

11. Bemor 4-oylik.

Shikoyati. Yo'tal bezovta qiladi, tamoq qizarishi, burn oqshi, isitmaga.

Anamnezi. Bemor oxirgi bir oy ichida tez tez shamolash o'tkazgan, kechasi yo'tal kuchaygan .

Ko'ruv. Bemorni ahvoli o'rtacha ogirlikda, asosan yo'tal bezovta qiladi.

O'pkada dag'al nafas olish eshitiladi, xrillashlar yo'q, yurak tonlari aniq, ritmik. Og'iz bushlig'i qizargan, bodomcha bezlari kattalashgan. Qorni yumshoq, jigari kattalashmagan taloq chegarasi saqlangan, peshobi va najasi ravon .

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz. Sizning maslahatingiz. *Javob:*

12. Bemor 3yosh.

Shikoyati: Terida toshmalar toshgan, toshmalar atrofi qo'ng'ir rangda, qichishishi, qizarish kuzatilgan, toshmalar qichishi mahali harorati ko'tarilgan, toshmalarni ko'rinishi har xil shakilga ega.

Ananezi: bolà 1 hafta oldin snamollagan, "Baktoks" preparati qabul qilgan.

Ko'ruv: bemorni ahvoli og'ir es xushni biladi, injiq bezovta. Teridagi toshmalar polimorf harakterga ega, teri osti yog' qavati o'rtacha rivojlangan. Limfa tugunlar kattalashmagan.

O'pkada dag'al nafas olish, nam xrillashlar eshitiladi. Yurak tonlari aniq qorni og'iriyqsiz, jigari 2-3sm kattalashgan, taloq kattalashmagan. Qorni yumshoq, og'iriyqsiz jigari va taloq kattalashmagan, peshobi va najasi ravon .

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz. Sizning maslahatingiz. *Javob:*

13. Bola 6oylik.

Shikoyati: teridagi toshmalar chov va dumba sohasida.

Anamnezi: bolaga so'ngi paytlarda onasi taglik taqqanda oziqlantiruvchi kremlardan foydalangan.

Ko'ruv: bolaning ahvoli o'rtacha og'irlikda es xushini biladi, bezovta, injiq, boshni orqaga tashlab yig'laydi, toshmalar chov sohasida, qizarish, qichishi puffakcha ko'rinishida.

Yurak tonlari aniq. O'pkada dag'ol nafas olish eshitaladi. Qorni yumshoq, og'iriqsiz, jigari

va talogi kattalashmagan, peshobi va najasi ravon.

Sizning tashxisingiz.

Sizning davolash uslubingiz. Sizning maslahatingiz. *Javob:*

14. Bola 12yoshda.

Shikoyati: xuruj simon yo'tal, hansirash, nafas siqishi, burn oqishiga. Yo'tal doimiy holatda bezovta qiladi.

Anamnezi: bemordagi holat har yili bahor oylarida yo'tal bilan boshlanadi.

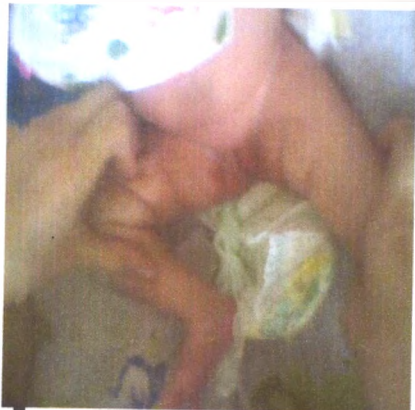
Ko'ruv: bemorni ahvoli nisbatan og'ir. Terisi toza, limfa tugunlari katallashmagan, burni bitgan. O'pkada dahal nafas olish, nam xryllashlar eshitaladi. Yurak tonlari aniq. Og'iz boshlig'i toza, bodomcha bezlar kattalashmagan. Qorni yumshoq, og'iriqsiz, peshobi va najasi ravon.

Sizning tashxisingiz.

Davolash uslubingiz. Sizning maslahatingiz. *Javob:*

RASMLAR

Kontakt dermatit



Allergik rinokonyuktivit STIVENS – DJONSON SINDROMI



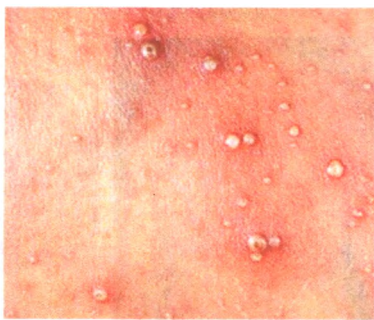
LAYELL SINDROMI



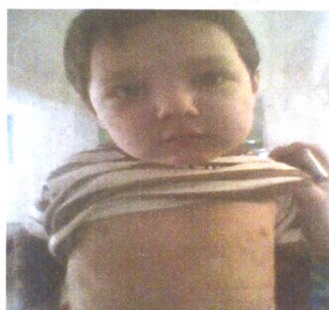
LAYELL SINDROMI



ALLERGIK VASKULIT



UTKIR TUGUNLI ERITEMA



FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. «Allergicheskie zabolevanie» Letske V.I. Moskva. Medistina 1991 yil, 122-145 betlar.
2. Ado A.D. «EKOLOGIYA VA ALLERGOLOGIYA» klin. Med 1990 yil №9, 3-6 betlar.
3. Ado V.A., Astafeva, I.G., Goryachkina, L.A. «Sennaya lixoradka» pollinozi. Sov. Med. 1961 №6, 666 bet.
4. «Allergicheskie zabolevanie» Toshkent, Andranova, Artamosova VII bob. 110-120 betlar. 1998 yil. Medistina.
5. «ALLERGIYA nasekomix»-posobie Izdaniya ALK 1994 yil, 24 bet.
6. «Anesteziologiya I reanimatsiya» Mixelson A.O. 1995 yil, 94115 betlar.
7. Artomasova A.V. «Insekt ALLERGIYA». Vkn. «Allergicheskie zabolevanie». M. Medistina 1991 yil, 122-140 betlar.
8. Astafeva N.G., Ado V.A. «Rasteniya ALLERGIYA». Saratov. 1986. 33-35 betlar.
9. Balabolkin I. I., Mazo V.K., Nikitina I.P., Sepsinkova N.R. , «Vsasivanie senkovix antigenov v jeludochno-gastrointestinalnyy trakt pri pishchevoy allergii u detey» Pediatriya 1988, №5, 52-56 betlar.
10. Buxalova E.K., Agafanov I.A., Mingaliev V.A. – Osobennosti techeniya pollinozov intensivno u promishlennoy zone ekologicheskimi mendei. Ter.arxiv 1994. №1, 70-72 betlar.
11. Voronstov I.M., Matologina O.A., Bolezni, svyazannye s pishchevoy sensibilizatsiey u detey. Leningrad. Medistina 1986, 6-23, 4772 betlar.
12. Gansteva X.X. – Kompleksnaya diagnostika o stoyaniya zdorov'yu, terapiya bolnyx pollinozov v stadii remissii. Avtoref. Dis. med. Nauk UFO. 1997 yil, 38 bet.
13. Goryachkina L.A., Barishnikova G.A., Tixomirova S.V., idr. Lekarstvennaya ALLERGIYA I perekrestnyye allergennyye svoystva preparatov - M: Izdatelstvo meditsinskogo stentra upravleniya delami. Prezidenta RF, 1998-74 bet.
14. «Detskie bolezni» Shabalov 2008 yil. Anafilakticheskiy shok u detey 265-280 betlar.

15. «Detskie xirurgicheskie bolezni» Bairov 1992. Anafilakticheskiy shok. str 240-270 betlar.
16. Elbarsova G.I.-Regionalnye osobennosti pollinozov u detey. Avtorefdis. kmn. Ashgabat 1986 . 22bet.
17. Ziselson A.D. Pollinozi u detey Leningrad Medistina 1989. 160bet.
18. Kazanskiy med. inform 1986. №1sb-13, 11., Pistkiy V.I. – Allergicheskie zabolevaniya. 1999.
19. Lantner R., Reysmom R.E. «Klinicheskie immunologicheskie osobennosti i profilakticheskiy kurs bolnix s razlichnimi anafilaksiyami nasekomix». Journalklin. ALLERGOLOGIYA. Immunologiya 1989.-tom 84. 900-906bet.
20. Laurens D.R., Benitt N.P. Klinicheskaya farmakologiya I nersang V, 2-M, Medistina 1991, 135-136 betlar.
21. Luss L.B. «Allergicheskie i psevdallergicheskie reakcii na medikamenti» Ros. Med. Jurnal – 1996, №1, 59-63betlar.
22. Met.rekomendastii po pishevoy allergiy dlya vrach. VSP Tashkent 1997, 1-13betlar.
23. Myuller V.R.- jur. ALLERGIYA nasekomix: klinicheskaya kartina, diagnoz i lechenie. Shtutgart - Nyu-York: Gustav Fisher Verlag 1990.
24. Pistkiy V.I. – Allergicheskie zabolevaniya //1999- 470 bet..
25. Rukovodstvo po medistine «Diagnostika i terapiya» 132 t (per.sang) M: Mir -1997 T 1 chast 2. «Immunologiya» ALLERGIYA 227-230betlar. T-2 chast 22. Klinicheskaya farmakologiya - 733768betlar.
26. Sokolova T.S. Luss L.V. Roshal M.K. Pishevaya ALLERGIYA u detey -Medistina 1986. 159 bet.
27. Standartizovannie epidemiologicheskie issledovaniya allergicheskix zabolevaniy u detey Adaptastiya programmi «Mejdunarodnoe issledovanie astmii allergiy u detey (18AAS) vrossi, pasobie dlya vrachey (MZRF) - M, 1998-ZOs.
28. Stasiy E.D., Balabskin I.I. Botvineva V.V. «Immunomoduliruyu shaya terapiya pri pishevoy allergii u detey Immunologiya.» №, 1990, № 10045-48.
29. Studenkin M.Ya. Bolalarda allergik kasalliklar Medistina 1986g str 68-84betlar.
30. Subbotinya O.A. Spit prevezennyx spestificheskoy

immunoterapii u detey s allergieyk belkam korov ego moloka Sb:
«Актуальные проблемы практической аллергии и
klinicheskoy imunologii M. 1995.

31. Yu.Potemkina.,A.M. KlipovaT.B.,Skalnik I.D.,Pollinozы u detey.

32. M.M Xaqberdiev., E.I Salimov. Pollinozlar.Uslubiy tavsiya.

33. M.M Xaqberdiev va boshq. Bolalarda allergik reaksiyalarning va kasalliklarning patofiziologiyasi.

34. M.M Xaqberdiev,N.N Nig'matov.Ona-yo'ldosh homila sistemasining patofiziologi-yasi. O'quv –metodik tavsiyanoma.1995yil.

35. M.M. Xaqberdiev va boshqalar. Bolalardagi allergik kasalliklar.

QO'LLANILGAN QISQARTMALAR RO'YXATI.

1. AXI- allergik xos immunoterapiya
2. AVR- allergik vazomotor rinit
3. AD- atopik dermatit
4. AR- allergik reaksiyalar
5. ASH- allergik shok
6. AU- allergik Units-allergik birlik
7. BA- bronxial astma
8. BU- biologikal Units-biologik birlik
9. DJM- davolovchi jismoniy mashqlar
10. IK- ingalyatsion kortikosteroid
11. RAST- radioallergosorbent test
12. EAA- ekzogen allergik alveolit

MUNDARIJA

Soʻz boshi	3
Muqaddima	4
Allergologiya fani va uning rivojlanish Tarixiga doir qisqacha maʼlumotlar	6
I. Umumiy allergologiya boʻlimi.....	13
Umumiy allergologiya haqida tushuncha	13
Terminologiya.....	15
Allergiya mezonlari	24
Allergik kasalliklar etiologiyasi patogenezi.....	30
Anafilaktikallergik reaksiyalar.....	31
Ona-yoʻldosh - homila tizimining patofiziologiyasi.....	34
Allergik kasalliklarni tashxislash usullari	40
Allergokabinet.....	53
Davolashusullari	58
II. Xususiyallergalogiya boʻlimi.....	64
Bronxial astma etiologiyasi, patogenezi, klinik kechishi,davolash, profilaktika.....	64
Nafas yetishmovcxiligi xurujini chaqiruvchi omillar.....	66
Bronxial astmada davolovchi jismoniy mashqlar	104
Bolalarda pollinozlar.....	118
Ovqat allergiyasi	139
Dori allergiyasi.....	147
Anafilaktik shok.....	156
Insekt allergiya.....	163
Zardob kasalligi	166
Atopik dermatit. tasnifi, etiologiyasi.....	172
Bolalarda allergik kasalliklarning turlari va davosi	189
Bolalarda terining allergik kasalliklari.....	190
III. Allergen – xos immunoterapiya	200
Testlar	227
Rasmlar	269
Foydalanilgan adabiyotlar roʻyxati	273
Qisqartmalar roʻyxati	275

Toshkent Pediatriya Tibbiyot instituti 1-Gospital pediatriya noan'anaviy davolash asoslari kafedrası t.f.n. asistenti To'xtaeva O.T.ga darslikni tarjima qilishda va matnini terishda bergan yordamlari uchun o'z minnatdorligimizni bildiramiz.

УЎК: 37.013(072)
КБК 5г (5Ў)
Т46

**NURBOY CHUNAEVICH ABDULLAEV
NASIBA ABDULLAEVNA KARATAEVA**

KLINIK ALLERGOLOGIYA

**Tibbiyot oliy o'quv yurtlari pediatriya fakulteti VI kurs talabalari
uchun o'quv darsligi**

Шартли босма табоги: 17.3. Адади 300. Буюртма № 17.
Баҳоси келишилган нарҳда.

«ЎзР Фанлар Академияси Асосий кутубхонаси» босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100170, Тошкент ш., Зиёлилар кучаси, 13-уй.

