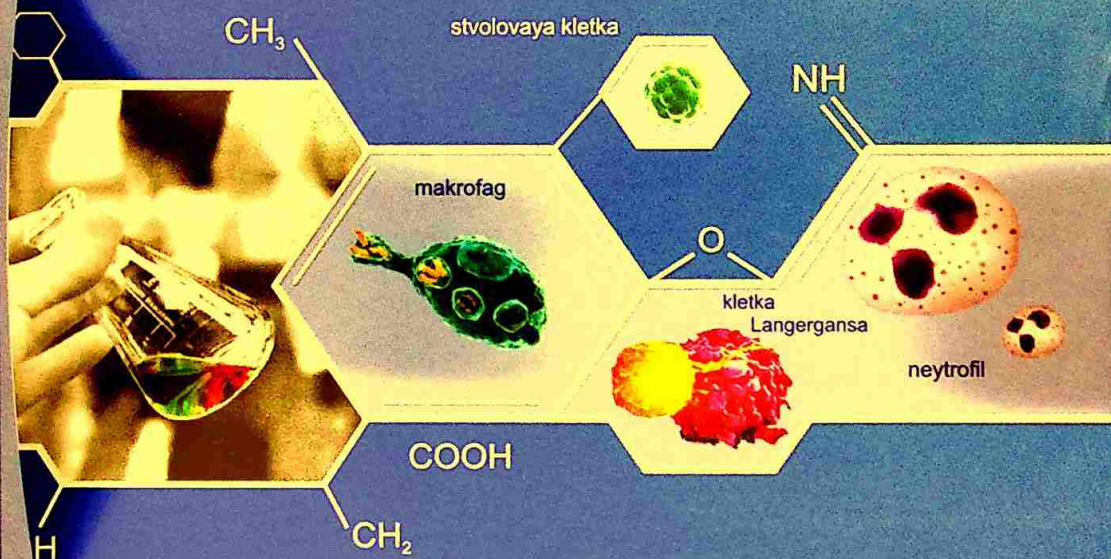


O.A.NAZAROV, J.O.NAZAROV, Q.F.NIZOMOV

KLINIK ALLERGOLOGIYA



Toshkent - 2016

СИНЕКод® -

МОЩНОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ СУХОГО КАШЛЯ



Основные преимущества*:

- Показания - сухой кашель различного происхождения, в том числе и при коклюше
- Бутамират - противокашлевое средство центрального действия
- Не относится к алкалоидам опиоидов ни химически, ни фармакологически
- Не вызывает привыкания или зависимости
- Лекарственные взаимодействия для бутамирата не описаны
- Подходит и взрослым, и детям
- Имеет приятный вкус ванили



*Инструкция по медицинскому применению препарата Синекод

Дозировка:

Возраст	Капли, 5 мг в 1 мл
от 2-х месяцев до 1 года	10 капель 4 раза в день
от 1 года до 3х лет	15 капель 4 раза в день
от 3х лет до 6 лет	25 капель 4 раза в день

Сокращенная инструкция по применению

Торговое название препарата:

Синекод®

Действующее вещество (МНН):

бутамирата цитрат

Фармакодинамика:

противокашлевое вещество центрального действия
ни химически, ни фармакологически не относится к алкалоидам опия
уменьшает сопротивление дыхательных путей
улучшает спирометрические показатели и показатели газов крови

Код АТХ: R05DB13

Фармакокинетика:

максимальная концентрация достигается через 1,5 часа
действует в течение 6 часов
нет кумулятивного эффекта

Показания к применению:

Сухой упорный кашель любой этиологии, в том числе
при инфекционно-воспалительных заболеваниях
верхних и нижних дыхательных путей
Коклюш

При хирургических вмешательствах и бронхоскопии
Подавление кашля в пред- и послеоперационном периоде

Способ применения и дозы:

от 2-х мес до 1 года - 10 капель 4 раза в день,
от 1 года до 3х лет - 15 капель 4 раза в день,
от 3х лет - 25 капель 4 раза в день.

Противопоказания:

Гиперчувствительность к активному веществу
Беременность и лактация: не следует применять
в I триместре беременности*, назначение препарата
в период лактации не рекомендуется**.

Капли до 2-х месяцев.

Форма выпуска: капли для приема внутрь 20 мл (5 мг в 1 мл)



* во II и III триместрах применение возможно при наличии прямых показаний

** учитывая отсутствие данных по выделению активного вещества в материнское молоко, назначение синекода в период лактации возможно только в том случае, если польза для женщины оправдывает потенциальный риск для ребенка

O.A.NAZAROV, J.O.NAZAROV, Q.F.NIZOMOV

KLINIK ALLERGOLOGIYA

**5111000-KT (5510100-DI), 5510100-DI yo'nalishlarida tahsil
oluvchi talabalar uchun darslik**



**TOSHKENT
2016**

O.A.NAZAROV, J.O.NAZAROV, Q.F.NIZOMOV

Klinik allergologiya / O.A.Nazarov, J.O.Nazarov, Q.F.Nizomov. – Toshkent: 2016. – 248 b.

Darslik umumiy va xususiy allergologiya qismlardan iborat. Umumiy qismda allergik kasalliklarning rivojlanish mexanizmlari, diagnozlash va umumiy davolash batafsil yoritilgan. Xususiy qismda esa eng ko'p uchraydigan allergik kasalliklar (oziq-ovqat va dori allergiyasi, bronxial astma, allergik rinit va boshqalar) hozirgi zamon tajribasi asosida keng bayon etilgan.

Allergik kasalliklar keng yoritilgan ushbu darslik tibbiyot institutlarining yuqori kurs talabalariga mo'ljallangan. Shu bilan birga, undan allergologlar, pulmonologlar, dermatologlar va umumiy amaliyot shifokorlik mutaxassislari foydalanishlari mumkin.

Mualliflar:

Nazarov Ozodbek Axmedovich,

tibbiyot fanlari doktori, professor.

Nazarov Jamshid Ozodbekovich,

tibbiyot fanlari nomzodi.

Nizomov Qutbiddin Fatxullayevich,

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash a'lochisi,

oliy toifali shifokor allergolog.

Taqrizchilar:

M.T.Rustamova,

tibbiyot fanlari doktori, professor.

V.Sh. Aliyeva,

tibbiyot fanlari doktori.

O'quv adabiyoti O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 2015-yil 2-fevral 32-sonli buyrug'iga asosan nashrga tavsiya etilgan.

To'ldirilgan va qayta ishlangan nashri

SO'ZBOSHI

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 tarqaladigan turi bo'lib qolmoqda. Shu sababli bugungi kunda allergologiya faniga e'tibor ortib bormoqda.

Hozirgi kunda tibbiyot institutlari qoshida allergologiya kafedralari tashkil etildi, katta shaharlar, viloyat va tuman markazlarida esa allergologik bo'lim va kabinetlar faoliyat yuritmoqda.

Tibbiyot institutlarining yuqori kurs talabalari hamda allergologiya sohasida ishlovchi milliy mutaxassislarda allergiya kasalliklari keng yoritilgan o'zbek tilidagi darslik yozilib, ilk bor 2001-yili allergologiya o'quv darsligi nashr etildi. Shunga ham 10 yildan ortiq vaqt o'tib, ilm-fan kundan-kun o'sib, yangiliklar kun sayin ortib bormoqda, izlanishlar o'z samarasini ko'rsatmoqda. Ayniqsa, allergik xastaliklar ichida keng tarqalgan bronxial astma xastaligi, uning yangi tasnifi, yangicha davolash uslublari, shuningdek, boshqa allergik xastaliklar bo'yicha ham qo'lga kiritilgan yutuqlar darslikni qayta nashr etish uchun asos bo'ldi. Shu boisdan qo'lingizdagi to'ldirilgan va qayta nashrdan chiqarilgan ushbu kitob shu soha mutasaddilariga zarur va kerakli qo'llanma bo'ladi.

Darslik umumiy va xususiy qismdan iborat. Umumiy qismda allergik kasalliklarning rivojlanish mexanizmlari, allergenlar haqida tushuncha va allergik kasalliklarni diagnozlash va umumiy davolash usullari batafsil yoritilgan. Xususiy qismga esa ko'p uchraydigan allergik kasalliklar kiritilgan.

Qo'llanmaning katta bir bo'limi allergik kasalliklarning keng tarqalgan turlaridan biri bo'lgan bronxial astma kasalligiga bag'ishlanadi. Bunda astma kasalligiga hozirgi zamon nuqtayi nazaridan izoh berilib, kasallik tasnifi, uni qo'zg'atuvchisi va keltirib chiqaruv-

chi omillar, kelib chiqish mexanizmi, diagnozi, eng zamonaviy davolash usullari haqida batafsil fikr yuritiladi. Kasallikning oldini olish chora-tadbirlari, "astma maktabi" hamda uning mohiyati haqida alohida to'xtalinadi.

Qo'llanmaning maxsus bo'limi yuqori nafas yo'llarining allergik kasalliklari ichida keng tarqalgan turlaridan biri bo'lgan allergik rinitga bag'ishlangan.

Respublika allergologik markazining ma'lumotlariga qaraganda, 2005–2007-yillar mobaynida O'zbekistonda allergik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarning 32,7 foizini allergik rinit bilan kasallanganlar tashkil etadi.

Sabablar turli-tumanligi, organizmning kasallik ta'siriga turli javoblari rinitning har xil klinik turlarining kelib chiqishiga olib keladi. Bu ularning har birini davolashda o'zgacha yo'l tutishni talab qiladi.

Shuningdek, darslikda dori va oziq-ovqat allergik kasalliklari, ularning klinik turlari hamda davolashning eng zamonaviy usullari to'liq bayon etilgan.

Qo'llanmada allergik kasalliklarni maxsus davolash usullari – "maxsus allergovaksinatsiya" haqida batafsil fikr yuritilib, avvalo davolashning ushbu turini o'tkazish uchun lozim va qarama-qarshi ko'rsatmalar haqida, qarama-qarshi ko'rsatmasi bo'lmagan bemorlarda esa o'tkazilgan davolashning bu turi haqida to'liq ma'lumot beriladi.

Ushbu qo'llanma nafaqat allergologlar, balki terapevtlar, pulmonologlar, dermatologlar, shuningdek, tibbiyot oliygohi yuqori kurs talabalari uchun ham dasturulamal bo'ladi, degan umiddamiz.

Darslik o'zbek tilida qayta nashr etilgan bo'lsa ham ayrim xato va kamchiliklardan ham xoli bo'lmasligi mumkin. Shuni e'tiborga olib, darslik haqida o'z fikr va mulohazalarini bildirgan hamkasblar hamda keng kitobxonlar ommasiga oldindan minnatdorchilik bildiramiz.

UMUMIY QISM

UMUMIY ALLERGOLOGIYA

Allergiya haqida tushuncha

Allergiya – yunoncha “allos” begona va “ergo” – ta’sir so’zlaridan kelib chiqqan bo’lib, u organizmning begona, yot moddalarga o’zga-cha ta’sir qilish qobiliyatini anglatadi.

Bunda kishi organizmiga tushgan, sog’lom inson uchun zararsiz hisoblangan modda (masalan, uy changi) og’ir kasallikni keltirib chiqarishi mumkin.

Bu tushunchani birinchi bo’lib 1906-yili avstraliyalik bolalar shifokori Klemans fon Pirke boladagi zardob kasalligini izohlash uchun kiritgan. P. F. Zdrodovskiy va uning shogirdlari infeksiyon allergologiyaga ko’pgina yangiliklar kiritishgan bo’lsa, G. P. Saxarov va uning shogirdlari anafilaksiya bo’yicha tekshirishlar o’tkazganlar. A. I. Abrikosov, N. I. Sirotnin va ularning hamkasblari allergik reaksiyalarning tasniflanishini ishlab chiqishgan.

Shuningdek, akademik A. D. Ado, professorlar V. I. Pytskiy, A. S. Polner, I. S. Gushinlarning allergologiya faniga qo’shgan hissalarini beqiyosdir:

Professorlardan L. A. Goryachkina, V. S. Moshkevich, O. A. Nazarovlar klinik allergologiyaning rivojiga munosib hissa qo’shganlar.

MDHda yirik allergologiya maktablari tashkil etilgan bo’lib, ular Sankt-Peterburgda – G. B. Fedoseyev, Kiyevda – Ye. S. Chernushenko, Olma-Otada – M. D. Beklamishev, Toshkentda – M. M. Haqberdiyev, O. A. Nazarov, Bokuda P. D. Kats, Moskvada – A. G. Chuchalinlar rahbarligida faoliyat ko’rsatib kelishmoqda.

Allergologiyani o’rganishda va bu fanning rivojlanishida xorijlik olimlardan S. G. O. Johansson (Sweden); T. Miyamoto, M. Bada, T. Kishimoto (Japan); A. Oehling (Spain); St. Holgate (England); S. Bonini (Italy); J. Charpin (France)larning mehnati va izlanishlari alohida tahsinga loyiqdir.

Allergiya deganda organizmning tashqi muhitdagi turli xil begona moddalarga nisbatan orttirilgan maxsus javob reaksiyasi tushuniladi. Bunda antigen xususiyatiga ega bo’lgan omillarga o’ta

sezgirlik nazarda tutiladi. Negizida immunologik mexanizm (ya'ni ma'lum allergenlarga nisbatan maxsus o'ta sezgirlik) yotgan reaksiyalar chin allergik reaksiyalarga kiradi.

Ularga o'xshash, ammo immunologik bosqichga ega bo'lmagan reaksiyalar psevdoad allergik (chin bo'lmagan) allergik reaksiyalarga kiradi. Ular yana allergiyaning noimmunologik shakllari deb ham yuritiladi. Psevdoad allergik (noimmunologik) reaksiya qisqaroq yo'l bilan rivojlanadi. Bunda rivojlanishning 3 ta klassik bosqichining faqat 2 tasi bo'ladi. Uning immunitetdan asosiy farqi shuki, allergiyada sog'lom a'zo va to'qimalarda buzilish kuzatiladi. Agar organizmda buzilishlar bo'lmasa, allergik reaksiyalar ham bo'lmaydi, faqat immun reaksiya bo'ladi. Evolyutsiya jarayonida allergik reaksiya ham qator foydali mexanizmlarga ega bo'ldi. U organizmga tushgan bakteriyalarni ularga qarshi himoyalashning maxsus bo'lmagan omillarini ishga solish orqali yo'q qilishga ko'maklashadi.

Zardob kasalligida esa, immun birikmalarning paydo bo'lishi qondagi antigenlarni inaktiv (nofaol) holatga keltiradi va uni organizmdan chiqarib yuborishga imkon beradi.

Shunday qilib, allergiyaning yetakchi mexanizmi buzilish hisoblansa-da, himoya qilish mexanizmlarini ham mustasno qilib bo'lmaydi. Bunga organizmga kirgan begona moddalarning bir joyga yig'ilishi, ularni nofaol holatga keltirish va organizmdan butunlay yo'q qilib yuborish xususiyati misol bo'la oladi.

Demak, allergiya deganda organizmning antigenlik xususiyatiga ega bo'lgan begona moddalarga nisbatan hujayra to'qimalarining buzilishi tushuniladi. Hujayralararo biokimyoviy reaksiyalarni o'rganish bo'yicha qilinayotgan yangi tadqiqotlar tufayli allergologiya alohida fan sifatida o'rin tutmoqda. Ammo allergologiyani o'rganish va uni amaliyotga to'g'ri tatbiq etish nafaqat immunologiyani, balki otorinologiya, pulmonologiya, dermatologiya kabi fanlardan ham xabardor bo'lishni talab qiladi.

Allergik kasalliklar – bu alohida guruhga kiruvchi kasalliklar hisoblanib, ularning asosida tashqi allergenlarga nisbatan immun reaksiyalar keltirib chiqaradigan to'qima buzilishlar yotadi.

Autoallergik kasalliklar – bu bir guruh kasalliklar bo'lib, ularning asosida organizmning patologik jihatdan o'zgargan o'z oqsillarining

to'qimalarga nisbatan reaksiyasi yotadi. Gap shundaki, ma'lum organizmda begona antigenga nisbatan qanday reaksiya paydo bo'lishi (allergik yoki immunologik) bu organizmga tushgan antigenning turiga, miqdoriga va immun tizimining xususiyatiga bog'liq.

Katta miqdordagi kuchsiz antigenlar yoki uzoq vaqt davomida kuchsizlangan organizmga tushgan antigenlar ko'proq allergik reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Allergik reaksiyalarning rivojlanishiga quyidagi omillar ham imkon yaratadi:

a) ekzoallergenlarga (tashqaridan kirgan) nisbatan (uy changi yoki o'simlik changlari) to'siqlarning (teri va shilliq qavatlarining) o'tkazuvchanlik xususiyatining kuchayishi;

b) immun javob reaksiyasini paydo bo'layotgan antitelolarning miqdori sinfi va turlarining o'zgarishiga olib keluvchi tomonga o'zgarishi – bu immunoglobulinlarning katta miqdorda paydo bo'lishiga olib keladi;

v) immun reaksiyalarning patokimyoviy bosqichining o'ziga xos kechishida mediatorlarning paydo bo'lish xarakteri va kuchida aks etuvchi hamda ularni yemiruvchi ferment tizimida gistamin ajralib chiqishining kuchayishi bilan qonning gistaminopektik xususiyatining pasayishi kuzatiladi.

Bu xususiyatlar nasl orqali o'tishi yoki tashqi muhitdagi omillar ta'siri ostida orttirilishi mumkin.

Organizmga tushayotgan antigenga nisbatan qaysi yo'l orqali javob reaksiyasi rivojlanadi, immun reaksiyami yoki allergik reaksiyami? Ya'ni allergik kasallik rivojlanadimi yoki tashqi antigenga nisbatan immunitet paydo bo'ladimi, ana o'sha omillarga bog'liq.

"Idiosinkraziya" – bu odam organizmining ba'zi ovqatlar va dori moddalarga nisbatan irsiy ortiqcha sezuvchanlik holati, "paraallergiya" esa organizmning antigen tabiatiga ega bo'lmagan allergenga javob reaksiyasidir. Bu terminlar hozirgi paytda eskirib qolgan bo'lib, allergiya mexanizmlari haqidagi zamonaviy bilimlar darajasiga qarama-qarshidir. So'nggi yillarda bu terminlar qo'llanilmayapti. Allergik reaksiyalar tashqi jihatdan immun reaksiyalar mexanizmiga o'xshasada, ko'p hollarda organizm uchun patogen bo'lib qolmoqda. Chunki u turli a'zolarida buzilishlarni keltirib chiqaradi. Yuqorida qayd etilgan asosli dalillar allergologiya nafaqat maxsus immunologik reaksiyalar

yo'nalishi bo'yicha rivojlanib qolmay, balki uning mustaqil klinik fan sifatida ajralib chiqishiga ham sabab bo'ldi.

Allergologiya psevdollergik (haqiqiy bo'lmagan) reaksiyalarni ham o'rganadi. Allergologiyada qo'llaniladigan moddalar nafaqat allergik reaksiyaning immunologik bosqichiga ta'sir ko'rsatib qolmay, balki tibbiyotning boshqa sohalarida (terapiyada, otorinolaringologiyada, dermatologiyada) ham qo'llanilmoqda.

Zamonaviy immunologiya yutuqlari tufayli allergologiya ham transplantologiya kabi ilgari siljidi. Immunopatologiya – allergologiyaga nisbatan kengroq tushuncha. Immunopatologiya to'qimalar zararlanishiga va a'zolarning ishlash qobiliyati buzilishiga olib keluvchi reaksiyalarning immun mexanizmini o'rganadi. Aksariyat hollarda a'zolarning patologiyasi immunitet mexanizmidagi (tug'ma yoki orttirilgan) nuqsonga bog'liq. Immunopatologik reaksiyadan farqli o'laroq allergik reaksiyaning uchinchi (patofiziologik) davri mavjud. U biror a'zoning zararlanishi va yaxshi o'rganilgan klinik ko'rinish hamda rivojlanish mexanizmiga ega bo'lgan kasallikning yuzaga kelishi bilan birgalikda kechadi. Allergik kasalliklarni diagnozlash, davolash va oldini olish usullari immunopatologiya usullaridan farq qiladi. Ayniqsa, kasallikning immunologik rivojlanish davri bo'lmagan psevdollergik shaklini davolashdagi farq katta. Shuning uchun allergologiya bilan immunopatologiyani bir-biriga qarshi qo'yishga urinishlar hozirgi zamon nuqtayi nazaridan bizda ham, chet elda ham to'g'ri kelmaydi. Allergiya deyilganda, inson organizmining tashqi ta'sirlarga javob reaksiyalarining bir turi tushuniladi. Shuning uchun bir qator olimlarning fikricha, allergik kasalliklar bilan zamonaviy texnika taraqqiy etgan, iqtisodiy jihatdan rivojlangan mamlakatlarda yashaydigan kishilar ko'proq kasallanadilar.

Allergik kasalliklarning rivojlanish mexanizmi

Allergik reaksiyalarning qator tasniflari mavjud. A. D. Ado 1970-yilda reaksiyalarni ikki tipga ajratishni taklif etdi. Bular:

I. Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar. Ular odatda allergen organizmga tushganidan 20-40 daqiqa o'tgach paydo bo'ladi va gummoral (organizmning ichki suyuq muhiti) antitelolar ishtirokida

amalga oshadi. Shuning uchun bu reaksiyalar ximerik reaksiyalar deyiladi.

II. Asta-sekin (sust) rivojlanadigan allergik reaksiyalar. Ular 24-48 soatdan keyin rivojlanadi va oq qon hujayralari bilan bog'liq bo'ladi. Shuning uchun ular kitergik reaksiyalar deb nom olgan.

Tez sodir bo'ladigan reaksiyalar, asosan V-limfotsitlar ishtirokida sodir bo'ladi. Bunda qonda plazmatik hujayralar ko'payadi, immunoglobulinlarning turli sinfiga mansub bo'lgan maxsus antitelolar ishlab chiqariladi. Asta-sekin sodir bo'ladigan reaksiyalar immunitetning T-tizimi orqali amalga oshadi va sensibilizatsiyalangan T-limfotsitlarning yig'ilishi bilan xarakterlanadi. Bu tasnif oddiy va shuning uchun amaliyotda shifokorlar orasida keng qo'llaniladi. Kumbs va Djella tasniflariga muvofiq, allergik reaksiyalar to'rt tipga bo'linadi.

I tip – Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar.

Bu tip tibbiy adabiyotlarda bir necha nomlar bilan yuritiladi: Ye immunoglobulini miqdori ko'payadigan, atopik, anafilaktik.

Bunda antigenlar ko'proq nobakterial hisoblanadi. Bu reaksiyada, asosan immunoglobulinlarning Ye sinfiga kiruvchi reagentlar hamda G_4 ishtirok etadi. Bu reaksiya asosida antigen bilan antiteloning o'zaro ta'sirlashuvida o'tadi. Bunda antitelo mastotsitga joylashgan bo'ladi.

Reagent – antitelolar birlashtiruvchi to'qimaning to'yingan hujayralariga va qonning bazofil leykotsitlariga Fab fragment bilan joylashgan holda turli a'zolari asta-sekin (passiv) sensibilizatsiya qilishi mumkin. Shu bilan bir vaqtda Fab – fragment antitelo antigenni birlashtirishidan immun birikma – reagent – antigen hosil bo'ladi.

Antigenning ikki va undan ortiq Ye immunoglobulinlar antitelolari bilan birikishi oqibatida mastotsitlarning buzilishi kuzatiladi. To'qimalardagi to'yingan hujayralarning hamda qondagi bazofilarning buzilishi – bu ularning membranalaridagi o'zgarishlarga – gistamin, serotonin, atsetilxolin va sekin javob beruvchi moddalar saqlovchi donachalar ajralib chiqishiga bog'liq. Tez sodir bo'ladigan reaksiyalarda yana eozinofil, neytrofil, xemotoksik omillar, geparin, trombotsitlar faolligini oshiruvchi omillar, fosfalipaza va nihoyat prostoglandin guruhlar ishtirok etadi. Qondagi IgE miqdorini nazorat qilishda interferon tizimi va hujayra immuniteti muhim o'rin tutadi.

“Nishonli” hujayralar orqali allergik jarayonlarning mediatorlari ajralib chiqishida 3,5 siklik nukleotidlar adenozinmonofosfat (sAMF) va siklik gaunozinomonofosfat (sGMF)lar muhim o‘rin tutadi. SAMFning silliq mushaklarni bo‘shashtirishi, gormonlar ajralib chiqishini yo‘q qilishi, neyromediatorlar ajralib chiqishini sekinlatishi aniqlangan.

SAMFning buzilishi fosfodiesteraza fermentlari hisobiga sodir bo‘ladi. Fosfodiesterazga qarshi preparatlarga ksantin guruhi va papaverin kiradi. SAMFning o‘shishi atsyetilxolin orqali amalga oshadi. O‘z navbatida sGMF allergiya mediatorlari sekretsiyasini stimullaydi. Shunday qilib, sGMF va sAMF nishon hujayralar orqali allergiya mediatorlarining ajralib chiqishini nazorat qiladi: sGMF – stimullaydi, sAMF esa sAMF nishon hujayrada yig‘ilishiga yordam berib, beta-adrenostimulyatorlarni susaytiradi. Allergik jarayonlarning kechishida prostaglandinlarning ahamiyati haqida biroz to‘xtalib o‘tish lozim. Prostaglandinlar araxidon kislotalar va to‘yinmagan yog‘ kislotalarning aylanma mahsuloti hisoblanadi. Ular to‘rt guruhga bo‘linadi – A, B, Ye, F. PGF – bronxospastik ta‘sir ko‘rsatadi, PGE – esa beta-retseptorlarni qo‘zg‘atib, bronxlarni kengaytiruvchi ta‘sir ko‘rsatadi. PGE hujayralarda sAMF miqdorini ko‘taradi va buzilishdan saqlaydi, gistamin va atsetilxolinlarning bronxokonstriktor ta‘siri oldini oladi. Aspirin va indometatsin prostaglandinlar paydo bo‘lishini hamda PGeni sekinlashtiradi. Aspirinli astma bilan og‘rigan bemorlarda PGE hosil bo‘lmaydi. Gistamin va boshqa mediatorlar to‘qimalarda qizarish va shishni keltirib chiqaradi, xemotoksik omil A – eozinofillarni o‘ziga tortib, ularning buzilishini keltirib chiqaradi. I tip reaksiyalar 5 daqiqadan keyin boshlanib, 20 daqiqadan keyin eng yuqori darajasiga ko‘tariladi va 1-2 soatdan keyin yo‘q bo‘ladi. Bu tipdagi reaksiyalar bo‘yicha pollinoz, bronxial astmaning atopik turi, oziq-ovqat va dori moddalar allergiyasi, dermatitlarning ayrim turlari qavarchiqlar va Kvinke shishi ko‘rinishida bo‘lishi mumkin.

I tip reaksiyaning klassik namunasi – bu anafilaktik shok hisoblanadi. Atopik reaksiyalarning barcha turlari ham shu tip reaksiyalarga kiradi.

“Atopiya” termini bemorning I tip reaksiyaga moyilligini bildiradi. Atopiya nasldan naslga oʻtadi. Bunda IgE antiteloning baʼzi klonlarini ajratishga yordam beruvchi gen naslga oʻtadi. Bundan tashqari, gen beta-retseptorlarning depressiyasiga imkon beradi va shilliq qavatlarning allergen oʻtkazuvchanligini oshiradi.

Atopiklar organizmida reagenlar ishlab chiqaradi. Atopik reaksiyalar klinikasi, allergenlar nafas yoʻllari orqali va ichak orqali organizmga tushganida koʻproq rivojlanadi.

I tip reaksiyalarni aniqlash uchun teri sinamalari, RAST, passiv teri anafilaksiyasi usuli, bazofillar buzilishi reaksiyasi, Praustnits-Kyustner reaksiyasi qoʻllaniladi. Allergenlar diagnostika maqsadida bemor terisi orqali kiritilganda, markazida tomir spazmi (torayishi), chetlarida esa ularning kengayishi kuzatiladi, toʻqimalarda eozinofillar va neytrofillar bilan infiltratlanish rivojlanadi. Qonda gistamin va boshqa mediatorlarning miqdori ortadi. “Shokli” aʼzoda shish, qizarish, gipersekretsiya (shilliq ajralishning kuchayishi) shilliq qavat pardalar oʻtkazuvchanligining ortishi, silliq mushaklarning torayishi kuzatiladi. Eozinofillar soni koʻpayadi. Reaksiya quyidagi yoʻnalishda rivojlanadi: IgE – IgG₄ – trombositlar faolligini oshiruvchi omil – mediatorlar – toʻyingan hujayra – eozinofil. I tip reaksiyalar, yana erta va kechki turlarga boʻlinadi. Allergik reaksiyalarning I tipi kelib chiqishida kechki reaksiyalar alohida oʻrin tutadi.

Bu tip reaksiyalar 3-4 soatdan keyin rivojlanib, 12-24 soatgacha davom etadi. Koʻpincha bronxial astma bilan ogʻrigan bemorlarda uy changiga nisbatan allergik reaksiya kuzatilganda ikki xil (erta va kechki) reaksiya yuz berishi mumkin. Kechki javob reaksiyalar noallergik, nomaxsus taʼsirlovchi omillarga, yaʼni sovuqqa, stress holatlarga sezuvchanlikning oshib ketishini kuchaytiradi. Kechki reaksiyalarning ikki turi kuzatiladi: allergik va noallergik. Birinchi turi quyidagicha rivojlanadi: allergen – IgE. Kechki javob reaksiyasini yana nafas yoʻllarining maxsus boʻlmagan turli tashqi taʼsirlarga (sovuq havo va boshq.) sezuvchanligi oshib ketishini kuchaytiradi. Reaksiyaning bu turida allergik rinit ham mavsumiy turdan doimiy turga oʻtishi mumkin.

Bunga pollinoz belgilarining oʻsimliklar gullab tugagandan keyin ham saqlanib qolinishini hamda kasbga oid astmaning bemor

ishlab chiqarishdan ketganidan keyin ham saqlanib qolishini misol qilib keltirish mumkin.

II tip – Sitotoksik allergik reaksiyalar.

Reaksiya antiteloning antigen bilan yoki gaptenlar bilan o'zaro ta'siri natijasida yuzaga keladi. Aksariyat hollarda dori moddalar antigen bo'ladi. Reaksiyada kompliment, killer hujayralar ishtirok etadi.

Antitelo sifatida M, G₃ – immunoglobulinlar sinfi ham bo'lishi mumkin.

Reaksiya quyidagi zanjir bo'yicha rivojlanadi: IgE – nishon hujayra II tip reaksiyalarning rivojlanishi uchun hujayra autoallergik xususiyatga ega bo'lishi kerak. Masalan: uning dori moddalar, bakterial enzimlar, viruslardan zararlangan hollarda, paydo bo'lgan antitelo komplimentni faollashtiradi. Reaksiyada killer-hujayralarga kiruvchi limfotsitlar hamda Yes – fragmentni o'zida olib yuruvchi T-limfotsitlar ishtirok etadi. II tip reaksiyalar mediatorlari odatda "S" harfi bilan belgilaniladi. Reaksiyaning rivojlanishida uning zardob oqsillaridan tarkib topgan alohida fragment (bo'laklari) – kompliment hamda uning aktivligini susaytiradigan qator ingibitorlar ham faollashadi. Natijada kompliment birikma antigen-antitelo faollashadi. Uning faollashishi jarayonida yaqqol biologik xususiyatlarga ega bo'lgan mahsulotlar paydo bo'ladi, ular nishon hujayraning yemirilishini keltirib chiqaradi. Kompliment yallig'lanish jarayonini rivojlantirishdan tashqari, nomaxsus himoya reaksiyalarini ham ta'minlaydi.

Sitotoksik tip reaksiya immunitetda inson organizmini bakteriyalardan, viruslardan va o'sma hujayralardan himoya qilishda muhim o'rin tutadi. Agar insonning sog'lom hujayralari tashqi noqulay sharoitlar ta'siri ostida antigenga aylanib qolsa, himoya reaksiyasi – allergik reaksiyaga, ya'ni buzilishga olib keladi. Bu tip patologiyaga gemolitik anemiyani misol qilib keltirish mumkin. Bunda eritrotsit antigen bo'lib qoladi. Paydo bo'lgan antitelo buzilishni, hatto hujayra yemirilishini keltirib chiqaradi. Shuning uchun u – sitotoksik tip reaksiya deb nomlangan.

Dori moddalar allergiyasining sitotoksik tipda rivojlanishida leykotsitlarning hamda trombositlarning kamayishi kuzatiladi.

II tip reaksiya qon quyish paytida donor bilan retsipiyent orasida rezus antigen mos kelmagan holatda ham rivojlanishi mumkin. Bu gemotransfuzion allergik reaksiyadir.

Sitotoksik reaksiya asosida gemolitik kasalliklar (kamqonlik, agranulanitoz, trombotsitopeniya), ichki sekretiya bezlarining kasalliklari – Xashimoto tireoiditi, Gudpascher sindromi, tizimli qizil yugurik, ovqat hazm qilish yo'li kasalliklari, Krona kasalligi, yarali kolit, ya'ni yo'g'on ichakning yallig'lanishi rivojlanadi.

III tip reaksiya immun birikmalar yordamida buzilish reaksiyasi Artyus fenomeni tipidagi reaksiyalar deb nom olgan.

Bemor qonida antigen-antitelo birikmalari katta miqdorda kuzaatiladi. Ular komplimentning Sz komponentini faollashtiradi. Reaksiya quyidagi tizim bo'yicha rivojlanadi: IgG immun birikma – komplement. Reaksiya, odatda organizm antigen bilan to'qnashgandan 2-4 soat keyin boshlanib, 6-8 soatdan keyin eng yuqori bosqichga ko'tariladi. Reaksiya bir necha kecha-kunduz davom etishi mumkin.

Ko'pincha zamburug'lar, dori moddalar, zardoblar, oziq-ovqat mahsulotlari antigen bo'lib xizmat qiladi. Reaksiyada immunoglobulinlarning M, G₄A sinflari hamda gistamin va serotonin ishtirok etadi. Reaksiyaning rivojlanish jarayonida komplementning Sz komponenti faollashishidan faol oraliq mahsulotlar paydo bo'ladi. Bunda komplement to'yingan hujayralardan va bazofillardan gistamin ajralib chiqishini tezlashtiradi.

III tip reaksiyalarning mediatorlarga lizosomal fermentlar (nordon fosfataza, ribonukleaza) kiradi, ular fagotsitoz paytida immun birikmalarni makrofaglar va polinuklearlar immun birikmalarni qamrab olgan vaqtda ajralib chiqadi.

III tip reaksiyalarda silliq mushaklar torayishini, tomirlar kengayishini, leykotsitlar xemotaksisini keltirib chiqaruvchi neyrovazofol guruhga mansub bo'lgan moddalar, ya'ni kininlar deb nom olgan moddalar ham faol ishtirok etadi. Kallikrein kininlar tizimi ishga tushganda ko'p miqdorda kininlar ajralib chiqishi ularning qondagi miqdorini 10-15 martagacha ko'payishiga olib keladi. Reaksiyaning rivojlanishini quyidagicha tasvirlash mumkin: IgG₄ – IgM – IgA – komplement Sz – bazofillar, mastotsitlar, polinuklearlar, makrofaglar, mediatorlar.

III tip reaksiyalar rivojlanishi uchun antigenlar ko'p miqdorda bo'lganda eritib yuboruvchi immun birikmalar vujudga kelishi zarur. Birikmalar qonda uzoq vaqt davomida aylanib yurishi va trombotsitlardan vazoaktiv aminlar hamda fagotsitlardan lizosomal fermentlar ajralib chiqishini ta'minlashi kerak. Ko'pincha immun birikmalar to'plangan joylarda patologik holat kelib chiqadi: buyraklarda (glomerulonefrit), o'pkada (alveolitlar), terida (dermatitlar) va boshqalar.

III tip allergik reaksiya bo'yicha zardob kasalligi, ekzogen allergik alveolit, dori va oziq-ovqat allergiyasi, ko'p shaklli ekssudativ eritema, autoallergik kasalliklar (revmatoid artrit, tizimli qizil yugurik, glomerulonefrit, tugunchali periartrit) rivojlanishi mumkin. Komplementning juda yaqqol faollashuvida hatto anafilaktik shokning ayrim klinik variantlari ham rivojlanishi mumkin. Tomirlar patologiyasida gemorragik holat (qon oqishi) va trombozlar yuzaga keladi.

IV tip allergik reaksiyalar sekin-asta yuzaga keladigan o'ta sezgirlik yoki T-hujayrasi orqali yig'iluvchi immun reaksiyalardir. Shuni alohida ta'kidlash lozimki, sensibilizatsiyalangan T-limfotsit-killer orqali antigen saqlovchi hujayralar buzilgan holatlarda natija sifatida patokimyoviy bosqich yuzaga kelmaydi, odatda immunologik himoya reaksiyasi rivojlanadi.

T-limfotsitlar V-limfotsitlarga nisbatan nazorat qiluvchi ahamiyatga ega. T-limfotsitlar bir jinsli emas, ular antigenni biluvchi va xotirada saqlovchi hujayralarga ajratiladi.

Birinchi guruhga T-limfotsitlar – killerlar kiradi. Ular begona nishon hujayralarni yo'q qilib, o'smalarda mutant hujayralardan va transplantatsiyada begona hujayralardan organizmni himoya qiladi.

T-xelperlar V-limfotsitlarni plazmatik hujayralar va antitelo mahsulotlariga aylanishiga yordam beradi. T-supressorlar V-limfotsitlarning antitelo (IgE) paydo qiluvchi xususiyatini bog'lab qo'yadi va sezuvchanlikning pasayishi vujudga kelishini ta'minlaydi.

Shunday qilib, IV tip reaksiyalar uchun zararlanish har doim ham shart emas. Antigen timusga bog'liq limfotsitlar bilan o'zaro ta'sirlashadi. Reaksiyada makrofaglar ishtirok etadi, fagotsitoz kuchayishi kuzatiladi. Reaksiya organizmga antigen tushgandan 24-48 soat o'tib

yuzaga keladi va 1-3 kundan keyin eng yuqori cho'qqisiga ko'tariladi. Reaksiya quyidagi zanjir ko'rinishida rivojlanadi: limfokinlar – xemotaksik omil – polinuklearlar, bazofillar – mediatorlar.

IV tip allergik reaksiyalarda mikroblar, bir hujayralilar, zamburug'lar va ularning sporalari, dori moddalar, kimyoviy moddalar antigen bo'lishi mumkin. Antigenlarning organizmga tushishi T-limfotsitlar sensibilizatsiyasini keltirib chiqaradi. Keyinchalik antigenning sensibilizatsiyalangan limfotsitlar bilan birikishi limfotsitning o'zgarishiga va asta-sekin yuzaga keladigan o'ta sezuvchanlik mediatorlari – limfokinlar ajralib chiqishiga olib keladi.

Limfokinlarning – 30 xil turi mavjud bo'lib, ular qon va to'qima hujayralariga mos retseptorlar orqali ta'sir etadi.

IV tip allergik reaksiyalar bo'yicha bir qator kasalliklar kechishi mumkin: infeksiyon allergiya (bronxial astma, allergik rinit), mikozlar (zamburug'lar tarqatadigan teri kasalliklari), ba'zi virusli infeksiyalar (qizamiq, tepki). IV tip reaksiyasiga kontakt allergik dermatit (antigen-kimyoviy mahsulot) va sil kasalligi bilan og'riqan bemorlardagi tuberkulinga nisbatan reaksiyani misol qilib olish mumkin. Bunga yana gaptenlar keltirib chiqaradigan dermatit (ekzema), ko'chirib o'tkazilgan to'qima va a'zolarining reaksiyalarini ham kiritish mumkin. Diagnostik maqsadida teri sinamalaridan va limfotsitlarning blasttransformatsiya reaksiyasidan foydalaniladi.

Organizmga antigen va antiteloning bo'lishi hamma vaqt ham allergik reaksiyaning rivojlanishiga olib kelavermaydi. Bundan tashqari, "ishga tushiruvchi" deb nomlanuvchi omillar ham bo'lishi zarur. Hozirgi vaqtda sezuvchanligi ortib ketgan organizmda allergik yallig'lanishning rivojlanishiga imkon beruvchi katta miqdordagi noimmunologik omillar o'rganilgan. Ularni shartli ravishda ikki katta guruhga bo'lish mumkin.

Endogen ichki omillar. Bularga adenilatsiklazalar va fermentlar tizimi funksiyasining pasayishi bilan bog'liq bo'lgan beta-retseptorlar o'tkazuvchanligining buzilishi, bolalarda oziq-ovqat allergenlariga oshqozon-ichak tizimida o'tkazuvchanlikning kuchayishi, gipofiz (bosh miyaning tubida joylashgan ichki sekretsia bezi), buyrak usti bezlari po'stlog'i tizimlari funksiyasining pasayishi, qalqonsimon bez funksiyasining kuchayishi, adashgan nerv funksii-

yasining kuchayishi kiradi. Shunga ko'ra kasallik rivojlanishi uchun organizmda allergen bo'lishidan tashqari ma'lum ichki sharoitlar zarur bo'lib, ularning barchasi jamlangan holda organizmning tashqi muhit omillariga ma'lum yo'sindagi javobi deb ataladi. Bu ko'rinishlarning rivojlanish mexanizmi vegetativ va markaziy nerv tizimi funksiyalarining buzilishi, a'zolarida oksidlanish – qaytarilish jarayonlarining o'zgarishi hamda steroidlar – biologik faol birikmalar to'plamining o'zgarishi bilan amalga oshiriladi.

Ekzogen (tashqi) omillarga infeksiyon kasalliklar va surunkali infeksiyalarning o'chog'i, ta'sirlantiruvchi (qitqlovchi, qo'zg'atuvchi) moddalar, kimyoviy reagentlar, (tamaki tutuni, kuyindi), meteorologik noqulay omillar; ayniqsa ob-havoning keskin o'zgarishi (siklonlar, antitsiklonlar) kiradi. Yuqorida qayd etilgan barcha omillar organizmning maxsus bo'lmagan o'tasevuchanligiga taalluqli va ular ko'pincha maxsus o'ta sezuvchanlik bilan birga qo'shilib keladi. Bunda nomaxsus o'ta sezuvchanlikni hisobga olgan holda davolash belgilanadi.

Allergenning maxsus ta'siri immun tizimiga qaratilgan. Bunda u yuqorida sanab o'tilgan reaksiyalar turlaridan birini keltirib chiqaradi. Allergen neyroendokrin, simpato-adrenal, (gipofiz) bosh miya ortig'i, buyrak usti va boshqa tizimlarga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bu tizimlar ishlab chiqaradigan mediatorlar o'z navbatida mos retseptorlar orqali immun tizimiga ta'sir o'tkazadi. Binobarin, organizmga antigenning tushishi immun tizimi, a'zolar va tizimlar reaktivligiga maxsus bo'lmagan ta'sir ko'rsatadi. Shunga muvofiq, kasallik rivojlanadimi yoki yo'qmi, u qanday kechadi (og'irimi, yengilmi) va qanday davo usullarini talab qiladi (maxsus yoki nomaxsus) bu organizmdagi kuchlar nisbatiga bog'liq.

Shunday qilib, psevdoadlergik (soxta) reaksiyalar, ya'ni haqiqiy allergik reaksiyadan farq qilib, odatda ikki rivojlanish bosqichiga ega bo'lgan patokimyoviy va patofiziologik bosqichga ega bo'lgan reaksiya haqida qisqacha to'xtalib o'tish lozim. Bu masalani ayniqsa, davolash belgilanadigan paytda aniqlash muhim. Haqiqiy va haqiqiy bo'lmagan reaksiyalar uchun qonda bir xil mediatorlarning gistamin, serotonin, sekin javob beruvchi substansiya, kallikrin-kinin tizimi ta'siri "komplement" faollashtiruvchi mahsulotlar umumiy hisoblanadi. Faol moddalarning va omillarning katta guruhi orga-

nizmga tushgan paytida to'yingan hujayralardan katta miqdorda gistamin va boshqa mediatorlarni to'g'ridan-to'g'ri ajratib chiqarishi mumkin va shu orqali haqiqiy bo'lmagan reaksiyani keltirib chiqaradi. Bularga ultrabinafsha nurlari ta'siri, ayrim polimerlar, polisaxaridlar (dekstran), kalsiyli ionoforlar, zaharli mahsulotlar, enzimlar (ximotripsin), rentgenkontrast moddalar kiradi. Haqiqiy bo'lmagan reaksiyalar rivojlanishida komplement komponentining tanqisligi muhim o'rin tutadi. Shuning natijasida komplementning noimmunologik faollashuvi yuz beradi.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, allergik reaksiyalarning II tipida komplement faollashish klassik turda yuz beradi. Bunda antigen-antitelo birikmalari ta'sirida reaksiya yuzaga keladi. Faollashish natijasida komponentning turli qismlarga ajralishi, yallig'lanishni va nishon hujayra lizisini keltirib chiqaruvchi mahsulotlar paydo bo'ladi. Bundan farq qilib, soxta reaksiyalarda faollashishning alternativ (betaraf) yo'li yuzaga keladi – kallikrin-kinin tizimi pasayishi kuzatiladi. Immun mexanizmlar ishtirokisiz reaksiya amalga oshadi. Komplement faollashishining alternativ yo'li inson organizmini yuqumli kasalliklardan himoya qilishida katta ahamiyatga ega.

Shunday qilib, allergik kasalliklar faqat immunologik genezga-gina ega bo'lmay, shu bilan bir qatorda ular soxta reaksiyalar ham bo'lib, mos bo'lgan noimmunologik davolash usullarini qo'llashni talab etadi.

Allergenlar

Hozirgi vaqtda allergologik klinikalarda turli mahsulotlardan tayyorlangan 150dan ortiq allergenlar qo'llanilmoqda. Bularga o'simliklar guli changi, uy changi, hasharotlar, oziq-ovqat mahsulotlari kiradi. Ularning ko'pchiligi oqsillar, uglevodlar va boshqa kimyoviy birikmalar saqlovchi – tuzli suvdagi ekstraktlardir. Allergenlar tibbiyot amaliyotida 50 yildan ortiq vaqt davomida qo'llanilmoqda. Allergik kasalliklar faqat allergenlar orqali vujudga keladi.

Sog'lom inson to'qimasini shikastlamaydigan har qanday modda allergen bo'lishi mumkin. Kislotalar, ishqorlar, zaharli moddalar va shularga o'xshash moddalar allergen bo'la olmaydi.

Yuqorida aytib o'tilganidek, sovuq, shamol, atmosfera bosimining pasayishi, stress holatlar allergenlarga kirmaydi. Hozirgi vaqtda allergen bo'lishi mumkin bo'lgan mingdan ortiq turli moddalar aniqlangan. Ular ikkita katta guruhga bo'linadi: ekzoallergenlar va endoallergenlar. Biz har kuni 10 ming litr atmosfera havosini nafas orqali olishimiz mumkin, uning turli tarkibiy qismlari allergen bo'la olishi mumkin.

I. Ekzoallergenlar – insonni o'rab turgan muhitda yashaydi va o'z navbatida ular ham qator kichik guruhlarini tashkil qiladi:

1. Oziq-ovqat allergenlari 2 guruhga bo'linadi: Birinchisi – shartsiz (obligat) allergenlar: sitrus mevalar, shokolad, kofe, asal, mevalar, yong'oqlar, tuxum, baliqlar, sut, tovuq go'shti; ikkinchi – shartli (fakultativ) guruh bo'lgan: olma, sabzi, kartoshka, un va boshqalar.

2. Uy-ro'zg'ordagi allergenlar. Birinchi navbatda bu uy changi, u murakkab antigen tarkibiga ega. Uning eng asosiy allergenni mayda uy kanachalari dermatofagoides turi hisoblanadi. O'rta Osiyoda uy changi faunasida 28dan ortiq kana turlari aniqlangan. Allergiya bilan kasallangan bemor bor xonadonlardagi uy changida sog'lom odam yashaydigan xonadonga nisbatan kanalar 3 marta ko'proq uchraydi. Kanalarining ko'payishi uchun qulay omillardan biri bu o'rin-ko'rpada namlikning ortishidir. Ularning eng faollashgan davri erta tongda qayd etiladi. Uy changi kanalarining 41 ta antigenlari allergen xususiyatiga ega bo'lib chiqdi. Uy changi hayvon, o'simlik va mikroblardan kelib chiqqan moddalarni o'z ichiga oladi. Bular: jun, shoyi, zamburug'lar. Baliqlar uchun quruq yemish hisoblangan dafniya ham yuqori allergen faollikka ega. Uy-ro'zg'or allergenlariga kutubxona changi, yostiqlarga solingan parranda patlari ham kiradi.

3. Epidermal allergenlar (turli hayvonlarning juni, ot qazg'og'i). Epidermal allergenlarga nisbatan sezuvchanlik ko'pincha tez sodir bo'ladigan reaksiyalar tipida va odatda oziq-ovqat va uy-ro'zg'or allergiyalari bilan birgalikda kechadi.

Bolalarda bu kasallik 20 foiz holatlarda respirator allergoz tipida o'tadi.

4. Bakterial allergenlar (ko'proq shartli patogen mikroblar – streptokokklar va boshqalar). Sezuvchanlik odatda tishlarda,



bodomcha bezlarda, ichaklarda, jigarda, bronx-o'pka yo'llarida surunkali infeksiya o'chog'i bo'lgan hollarda rivojlanadi. Bunda kasallikning infeksiyon-allergik turi aniqlanadi: astma, rinit, qavarchiq va Kvinke shishi.

5. Zamburug'li allergenlar (mog'or zamburug'larining va achitqi zamburug'larining sporalari). Asosan patogen bo'lmagan zamburug'lar turi.

6. Virusli allergenlar (hujayra protoplazmasi bilan oldindan birikkan virus).

7. Dori modda allergenlari (antibiotiklar, vitaminlarning V guruhi, sulfanilamidlar va boshqalar). Dori modda allergenlari to'la qimmatli antigenlar, (AKTG, insulin) yoki gaptenlar bo'lib, ular qon oqsili bilan birikkanidan so'ng maxsus antitelo ishlab chiqara boshlaydi. Turli xil dorilarning antigen-determinantlari umumiy bo'lishi mumkin, ya'ni har xil dori molekularning ayrim qismlariga nisbatan organizmda bir xil antitelo hosil bo'ladi. Shuning uchun bir dori moddasiga sezuvchanlik boshqa doriga ham kesishgan allergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. Bunga misol qilib novokain bilan sulfanilamidlarni olish mumkin.

8. Gelmintli allergenlar (gijjalar va ularning zaharlari).

9. Insekt allergenlar (asalari zahri, chivinlar, hasharotlar ustki qobig'i qoldiqlari).

10. Sanoat va kasbga oid allergenlar. Ko'pincha ular gaptenlar hisoblanib, faqatgina qon oqsillari bilan birikkandan keyingina to'la qimmatli allergenlarga aylanadi. Ularga og'ir metallarning tuzlari (nikel, xrom, molibden, platina), epoksid qatron bo'yoqlar, dubil moddalar, aminobenzol, gidroxinon hosilalari, uy-ro'zg'ordagi kir yuvish kukunlari kiradi.

11. O'simlik guli changlari allergenlari (xas-xashaklar, boshqoli g'alla o'simliklari va ayrim butasimon o'simliklar guli changlari). Bir qator allergenlar (timofeevka changchasi) 30 tagacha antigenni o'zida saqlaydi, ammo ulardan 12 tasigina antigenlik xususiyatiga ega. Ularni tayyorlashda muqim suyuqlik sifatida Tvinn-80 suyuqligidan foydalaniladi.

II. Endoallergenlar. Ular sog'lom inson organizmida doimo joylashgan, lekin qalin qobiqqa o'ralgan bo'ladi, umumiy qon oqimi-

ga tushmaydi. Shuning uchun faqat ularni boshqa to'qimalardan ajratib turuvchi to'siqlar buzilgandagina o'z ta'sirini namoyon qiladi. Ulardan eng asosiylari: qalqonsimon bezning tireoglobulini, mushak tolalaridagi miyelin, ko'z gavhari oqsili, nerv o'tkazuvchi tolalar oqsili, sperma (urug' suyuqligi).

Allergenlarning boshqa tasniflari ham mavjud. A. D. Ado va A. A. Polner (1963) allergenlarni 2 ta katta guruhga bo'ladilar:

a) noinfeksion ekzoallergenlar: (uy-ro'zg'or allergenlari, o'simlik changlari, dori moddalar).

b) infeksiyon ekzoallergenlar (bakteriyalar, zamburug'lar, virusli allergenlar).

Maxsus diagnoz o'tkazish uchun allergenlarning standart preparatlari zarur. Hozirgi paytda 100dan ortiq standart diagnostik allergenlar chiqarilmoqda. Stavropol va Olmaotada – o'simlik changlari allergenlari, Moskvada – uy-ro'zg'or va epidermal allergenlar. Ekzoallergenlarning ko'pchilik turlari Chexiya, Slovakiya, Bolgariya, Vengriya, Angliya, Italiya, AQSh davlatlarining mashhur firmalari mahsuloti hisoblanadi. Turli mamlakatlarda 1000 xildan ortiq allergenlar diagnoz va davo maqsadlarida ishlab chiqariladi. Allergenning zararsizligi uni tayyorlash usuliga bog'liq. Shuning uchun allergen tayyorlovchi institutlarda doimo ishlab chiqarish texnologiyasi mukammallashtirilib boriladi. Hozirgi paytda davo maqsadida ishlatiladigan allergenlarning har xil to'plamlari ishlab chiqarilmoqda. Bular: bolalar ingalyatsiyasi uchun, ajratib olish, tanlash, skrining uchun to'plam.

Allergenlar turli ballast moddalardan tozalash – dializ, xromatografiya, gelfiltratsiya usullari yordamida tayyorlanadi. Mutaxassislar tomonidan allergologik kabinetlarda ishlatish uchun bakterial allergenlarning quyidagi turlari taklif etilgan: bemor balg'ami autolizatlari; 5 foizli karbol kislotasiga solib qo'yilgan allergenlar; to'la mikroblar antigen, atsyellyulyar bakterial birikma, korpuskulyar allergenlar; qator oqsil tarkibiy qismlaridan va ballast moddalardan tozalangan allergenlar; suyuq muhitda o'stirilgan mikroblarning 5 kecha-kunduzlik haroratga chidamli tarkibiy qismlari; o'simlik allergenlarini qo'llash bo'yicha o'simlik changlarining tuzli suvdagi ekstrakti. Italiyaning "Lofarma" firmasida kanalarning quruq allergenlari ishlab chiqarilmoqda. To'ldiruvchi sifatida quritilgan allergen ekstraktiga laktoza

qo'shiladi. Bu allergenlarni quruq aerozollar ko'rinishida burun ichiga va bronxlarga kiritish mumkin. Aerozol holida qo'llaniladigan suyuq allergenlarni tayyorlashda stabilizator sifatida giposensibilizatsiyani kuchaytiruvchi 50 foizli gliksrlin eritmasi qo'shiladi. Bizda va chet davlatlarda "Allpiral" preparati keng tarqalgan. U piridin va cho'ktirilgan alyuminiy bilan ajratib olingan allergen hisoblanadi. "Allpiral" uzoq vaqt davomida ta'sir qilish xususiyatiga ega. Bu usul asosida zaxira o'simlik changlari allergenlari tayyorlanadi.

Boshqa mualliflar adsorbent sifatida glutar aldegid yoki kalsiy fosfat qo'llaganlar. Polimerizatsiya shaklidagi zaxira allergenlar ham taklif etilgan. So'nggi yillarda formalin yordamida ajratib olingan oqsillar, polipeptidlar, polisaxaridlarni o'zida saqlovchi o'simlik changidan allergoid ishlab chiqarilmoqdi. Bu allergoidning nojo'ya ta'sirlari juda kam va davolash samarasi tuzli suv ekstraktidan yuqori.

Konyugatsiya qilish yo'li bilan olingan allergenlar o'zining yuqori immunologik va juda kam allergenlik faolligi bilan ajralib turadi. Allergenga sun'iy gidrofil polimer qo'shiladi. U esa bemorlarda Ye-immunoglobulinlar ajralib chiqishini yo'q qiladi, tashuvchi sifatida esa polistirol qo'llaniladi.

Ba'zi allergenlarning allergik xususiyatlarini kuchsizlantirish maqsadida ular polivinilpirolidon bilan konyugatsiya qilinadi. Samarali va yangi allergenlar polimerlash va glutaraldegid bilan biriktirish yo'li bilan yaratilmoqda. Davo-diagnostik allergenlar bilan bir qatorda birikmali mikst - preparatlar, ya'ni shu yerga mansub bo'lgan 5-10 ta o'tning changidan tayyorlangan yig'ma allergenlar ham chiqarila boshlandi. Fransiyada 12 xil o't allergenlar ekstraktini o'zida jamlagan allergen-polineks juda keng tarqalgan. 10-12 xil antigenli bakterial vaksinalar ham taklif etilgan.

Maxsus diagnozni tezlik bilan amalga oshiruvchi mikst-preparatlar Moskvada ham chiqarilmoqda. Klinik allergologiyada allergenlarni standartlash muhim vazifalardan biri bo'lib qolmoqda. Bu maqsadda qator fizik, kimyoviy, immunologik, biologik usullar qo'llanilmoqda. Yuqumli bo'lmagan allergenlarni standartlash fizik-kimyoviy usulda oqsil birligida o'tkaziladi. (IPNU - 1 ml allergenda 0,06 oqsilga to'g'ri keladi).

Bakterial allergenlar uchun biologik standartlash usuli teri dozasida (KD) yoki 1 ml.dagi mikroblar sonining miqdori orqali ifodalanadi. Allergenlar xalqaro birlikda (XB) yoki biologik aktivlik birligida standartlangan bo'lishi kerak. Bu titrlash yo'li bilan amalga oshiriladi.

Allergologik xonalarda davolash va diagnoz maqsadida har bir bemorga alohida eritmalar tayyorlanadi. Teri sinama usullari yordamida standartlangan allergenlar faolligi jihatidan bir-biridan keskin farq qiladi. Ularni qo'llagan paytdagi reaksiyalar o'zaro mos kelmaydi. Quruq allergenlar allergen birligida (AB) RAST usulida standartlanadi. Maxsus davolashda allergenlarning turli xil eritmaları qo'llaniladi. Ular manfiy darajada quyidagicha belgilanadi: $1:10-10^{-1}$; $1:100-10^{-2}$; $1:1000-10^{-3}$; nobakterial allergenlarning kiritiladigan dozalarini aniqlash uchun yangi usul taklif etilgan. 10^{-6} l ml da I (XB) ga to'g'ri (10^{-6} l xalqaro birlik/ml) keladi. $10^{-5}-10$; $10^{-4}-100$; $10^{-3}-1000$; $10^{-2}-10000$; $10^{-1}-100000$ XB/ml va shunday davom etadi. Allergenning faolligi saqlanishi tayyorlash usuliga bog'liq. Masalan, allergenlarning tuzli suvdagi ekstraktlari 1 oy mobaynida saqlanganda ular o'z faolligini yo'qotadi.

Allergenlarga Tvin-80 preparati qo'shilishi ularning faolligi kamayishini keskin pasaytiradi. Quritish yoki muzlatish yo'li bilan yog'sizlantirilgan allergenlar o'z faolligini uzoq muddat saqlab tura oladi. Quruq allergenlar 15 oy davomida faol bo'lib qoladi.

Allergik kasalliklarning tarqalishi

Allergik kasalliklarni o'rganishda shifokorlar kasalliklarni tahlil qilish uchun ishlab chiqilgan epidemiologik-tadqiqot usullaridan muvaffaqiyatli foydalanishmoqda. Bir qator tadqiqotlar orqali allergik kasalliklar yer yuzi aholisining 30 foizini tashkil qilishi va turli mamlakatlarda kasallanish darajasi bir-biridan ancha farq qilishi aniqlandi. Allergik kasalliklar o'sma kasalligiga nisbatan 30 marta, revmatizmga nisbatan 2000 marta ko'p tarqalgan.

Nafas yo'llarining allergik kasalliklari tarqalishiga iqlimning o'ziga xos xususiyati va geografik sharoitlar ta'sir ko'rsatadi. Masalan, Shimoliy Amerika eskimoslari orasida bronxial astma juda kam hollarda bitta-ikkita aniqlangan bo'lsa, bir vaqtning o'zida AQSh-

da katta yoshdagi aholining 5 foizi bu kasallik bilan xastalanadilar. 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 umuman qayd etilmagan. Amerika Qo'shma Shtatlarida 20 mln kishi pollinoz bilan, 9 mln kishi bronxial astma bilan va yana shuncha kishi qavarchiqlar va Kvinke shishi bilan kasallanganlar. Finlandiyada 20 foiz aholida, Shveysariyada 8,4 foiz aholida allergiya aniqlangan. Qishloq va shahar aholisi orasida kasallik tarqalish ko'rsatkichi bir xil emas. Masalan, Sankt-Peterburgning shahar chekkasida yashaydigan aholisi orasida respirator allergik kasalliklari shahar markaziga qaraganda 1,5 marta kam uchraydi.

Respublika va viloyat davolash muassasalariga murojaat qilgan bemorlar orasida shahar aholisi qishloq aholisiga nisbatan 10 marta ko'p. Bu yerda ekologiya ham katta ahamiyat kasb etadi. Bir respublikaning turli qismlarida allergik kasalliklar tarqalishi bir tekis emas. Qozog'istonning janubiy mintaqalarida pollinoz 10-15 foiz aholida kuzatilgan bo'lsa, shimolida esa aholining faqat 1 foizida qayd etilgan. Atmosfera havosi yuqori darajada ifoslangan mintaqalarda (masalan, metallni qayta ishlash, sement chiqarish korxonalari, issiqlik elektr stansiyalari yaqinida joylashgan rayonlarda) allergik kasalliklar bilan davolash muassasalariga murojaat qilgan bemorlar soni toza havoli hududlarga qaraganda 8-10 marta ko'proq. Shunday holatni hatto bir shaharning o'zida ham ko'rish mumkin. Gruziyaning ayrim rayonlarida allergik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar soni 1000 kishiga 11,4 kishini tashkil qiladi, Krasnodar o'lkalarida esa 233,8 ta, ya'ni 20 marta ko'proq. Albatta, bu yerda geografik iqlim va ekologik omillarning ham ta'siri bo'ladi.

O'lat, vabo va sil kasalliklaridan farqli o'laroq, allergik kasalliklar kengroq tarqalgan. Boy mamlakatlarda bu kasallik bilan kasallanganlar ko'rsatkichi yuqoriroq. Hatto, allergiya bilan kasallangan bemorlar soni orqali shu mamlakatning qanchalik rivojlanganlik, sanoatlashish va sivilizatsiya darajalarini aniqlash mumkin, degan fikr mavjud. Allergik kasalliklar siklik ravishda kechishi sababli (avj olish davri tinch davr bilan almashadi) bu patologiyaga uchrash tezligini o'rganish uchun alohida tekshirish usullarini talab etadi. Shaharlar allergolog-shifokorlar bilan yetarli darajada ta'minlan-

maganligi sababli 45 foizga yaqin bemorlar hisobda turmaydi. Allergik kasalliklarning tarqalishini o'rganish uchun ikki bosqichli usul qo'llaniladi. Tekshirishning birinchi bosqichida o'rta tibbiy xodimlar aholi orasida yengil bajara oladigan testlar orqali umumiy tekshirish-skrining (ajratib olish) o'tkaziladi, aholining uyushtirilgan guruhlarida anketa usuli qo'llaniladi.

Ikkinchi bosqichda anketa ma'lumotlari bo'yicha kasallik aniqlangan kishilarni ambulator sharoitda turli soha mutaxassis-lari sinchiklab tekshiradilar.

Allergiya bilan kasallanganligi aniqlangan bemorlar maxsus allergologik bo'limlarga tekshirish uchun yuboriladi. Zarur bo'lsa, dispenser hisobiga olinadi. Allergik kasalliklarni shifoxonaga murojaat qilgan bemorlar soni haqidagi ma'lumotlar orqali ham o'rganish mumkin. Ammo ushbu kasallik bo'yicha aholi orasida yalpi ko'rik o'tkazilgan-da davolash muassasalarining hisobotlari bo'yicha odatdagidan 5-7 marta ko'proq bemorlar aniqlandi. Buni shunday tushuntirish mum-kinki, hamma bemorlar ham shifokorlarga murojaat qilavermaydi va hamma vaqt ham to'g'ri diagnoz qo'yilavermaydi.

Allergik kasalliklarni uch bosqichda o'rganish usuli ko'proq sa-marali hisoblanadi. O'rta tibbiyot xodimlari aholining uyushtirilgan guruhlarini yoppasiga anketa yordamida tekshiradi. Keyin aniqlan-gan bemorlar poliklinikaga diagnozni aniqlash maqsadida cha-qiriladi, ulardan bir qismi allergologik xonalarda maxsus usullar yordamida tekshiriladi. Butun dunyo mamlakatlarida yil sayin al-lergik kasalliklarning o'sishi qayd etilmoqda. Bu holat bizning respub-likamizda ham kuzatilmoqda.

Allergik kasalliklarning dunyo bo'yicha tarqalishida tashqi xavfli omillar ham imkon yaratadi. Ularga quyidagilarni kiritish mumkin: chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish (ular o'pkada surfaktant ishlab chiqarish va alfa-I antitripsin sintezini buzadi); ekstremal iqlim sharoitida bo'lish (shu bilan bog'liq holda suv-tuz almashinu-vi, ichki sekretiya bezlari ish faoliyatining buzilishi); uy sharoitida hamda ishlab chiqarishda zaharli moddalar bilan yaqin munosabat-da bo'lish (ularning organizmga tushishi sezuvchanlikning ortishi-ga va to'qimalarning buzilishiga olib keladi); nerv-psixik stresslar; vaqtinchalik immunitet yetishmaslik (bu qondagi kortikosteroidlar

miqdorining pasayishiga olib keladi); ovqatda S, A, RR guruh vitaminlarining yetarli miqdorda bo'lmashligi; dori moddalarni ko'p iste'mol qilish (polipragmaziya); aholi yashaydigan hududlarida atmosfera havosining ifloslanishi (havodagi qurum aerozollari, oltin-gugurt angidridlari, uglerod oksidlari, changlar) va boshqalar.

Ekologik jihatdan pestitsidlar va boshqa kimyoviy mahsulotlar bilan ifloslangan hududlarda qondagi Ye immunoglobulin miqdori ko'tarilgan. Chorvadorlarni yoppasiga emlashning ba'zi turlari ayrim hollarda allergenlarning boshqa xillariga (streptokokklarga, stafilokokklarga) sezuvchanlik ortib ketishiga turtki bo'ladi. Ishlab chiqarish korxonalarida ba'zi mahsulotlar bilan yaqin munosabatda bo'lish ham kasbga aloqador allergik kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Bu tamaki, plastmassa, parrandachilik fabrikalarida parranda patlari, og'ir metall tuzlari, paxta tozalash zavodlarida paxta bilan doimiy aloqada bo'lgan ishchilarda kuzatiladi. Kasbga oid allergik kasalliklar ipak yigirish korxonalarida, non zavodlarida, sartaroshxonalarida ham uchraydi.

Kasbga oid allergik kasalliklarni keltirib chiqaradigan 100dan ortiq sanoat moddasi aniqlangan. Kasbga oid allergik kasalliklar zavod yoki fabrika yaqinida yashaydigan aholida ham rivojlanishi mumkin. Allergik kasalliklarning o'sishi – shu mamlakatda yuqumli kasalliklar sonining kamayishiga imkon beradi. Chunki bakteriyalar turli epidemiyalarda kuchliroq antigen hisoblanib, ular retseptorlarni egallashda noinfeksion allergenlar bilan raqobatlashadilar va sensibilizatsiyaning boshqa turlarini to'xtatib qo'yadilar. Bunga issiq mamlakatlarda keng tarqalgan gijja invaziyasi misol bo'la oladi.

Tashqi muhitning yuqori darajada gazlar bilan ifloslanishi nafas yo'llari to'siqlarining o'tkazuvchanligini buzadi. Oziq-ovqat mahsulotlarining gerbitsidlar, pestitsidlar, konservantlar bilan ifloslanishi oshqozon-ichak tizimi shilliq qavatining himoya funksiyasini pasaytiradi, ro'zg'orda kimyoviy moddalardan haddan tashqari ko'p foydalanish teri to'siqlari o'tkazuvchanligini buzadi. Kasallikning rivojlanishida irsiy omillarning ham ta'siri isbotlangan. Qon tarkibida IgE yuqori darajada bo'lgan allergik kasalligi bor bemorlarda A_3 , A_{19} , V_{12} antigenlarini o'z ichiga oluvchi gaplotiplar va HLA antigenlar fenotiplari ko'proq uchraydi. Ular allergiyaga irsiy moyillik markerlari, deb tan olingan.

Allergik kasalliklar bo'yicha epidemiologik tekshirishlar natijasida kasallanish xavfi bo'lgan guruh aniqlanadi. Bundan shu narsa isbotlandiki, kasallik ko'proq ayollarda, shahar aholisida, mehnatga qobiliyatli yoshda (20-40 yosh) va ziyolilar orasida uchrar ekan.

Allergik kasalliklardan ko'riladigan iqtisodiy va ijtimoiy zarar ham ancha katta. Ayrim ishlab chiqarish korxonalarining surunkali allergik kasalliklar bilan kasallangan ishchilarining vaqtinchalik ishga yaroqsiz kunlari 100 ta ishchiga bir yilda 331 kunga to'g'ri keladi. Bronxial astmaning og'ir turlarida o'rtacha vaqtincha ishga yaroqsizlik bir yilda bir bemorga 70,4 kunni tashkil qiladi. Bemorlarning yosh va ko'proq mehnatga qobiliyatli yoshda nogiron bo'lib qolish darajasi ham yuqori bo'lib bormoqda. Germaniyada bronxial astma bilan 1712 ta bemor tekshirilganda, ularning 15,3 foizi nogiron deb tan olingan. Respublikamizning ayrim hududlarida bronxial astma kasalligi bilan kasallangan bemorlar orasida nogironlik 49 foizgacha yetdi.

Shifokor va tibbiy xodimlar orasida dori moddalaridan allergiya natijasida nogiron bo'lib qolish hollari ham ancha yuqori bo'lib chiqdi. Qator allergik kasalliklardan o'lim hollari ham o'sib bormoqda. G'arbiy Yevropaning ayrim davlatlarida bronxial astmadan o'lim ko'rsatkichi 100000 aholiga 30,3dan 54,1gacha to'g'ri keladi. Amerika Qo'shma Shtatlarida esa 100000 kishiga 500 tagacha boradi. Ba'zi og'ir holatlarda (anafilaktik shok, Layella sindromi) 50 foizgacha o'lim holatlari kuzatilgan. Respublikamizda bronxial astmadan o'lim holatlari har yili 5 foizni tashkil qiladi. Amerika Qo'shma Shtatlarida barcha o'lim holatlarining 20 foizidan ko'proq qismi dori moddalaridan bo'lgan allergiya bilan bog'liq. Ayrim allergik kasalliklar xalq xo'jaligiga katta iqtisodiy zarar keltiradi.

Maxsus diagnoz usullari

Allergik kasalliklarning maxsus diagnozi ularning rivojlanish mexanizmlari xususiyatlarini oldindan o'rganib chiqishga asoslangan. Yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, immun javob reaksiyasining xarakteriga bog'liq holda, allergik reaksiyalar tez sodir bo'ladigan (gumoral) yoki asta-sekin sodir bo'ladigan (hujayraviy) tipda keshishi mumkin. U yoki bu tipdagi reaksiyalarning rivojlanishi aller-

genning turiga, miqdoriga organizmga kirish yo'liga va allergenni tayyorlash usuliga bog'liq.

Yuqumli bo'lmagan allergenlar ko'proq tez sodir bo'ladigan reaksiyalarni, yuqumli allergenlar esa asta-sekin rivojlanadigan reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Maxsus diagnoz usulining to'g'riligi davolashning xarakterini belgilaydi hamda "aybdor" allergenni va kasallik sababini aniqlaydi. Maxsus diagnoz usuli kasallikning tinch davrida o'tkaziladi. Bu paytda bemorlarga allergik reaksiyaning rivojlanishini yo'q qiladigan preparatlar (kortikosteroidlar, antigistaminlar) berish mumkin emas. Allergik kasalliklarda maxsus diagnoz usuli, odatda 4 bosqichdan iborat bo'ladi. Ularni quyidagi tartibda amalga oshirish lozim: allergologik anamnez yig'ish, teridagi allergik sinamalar; provokatsion usullar yordamida tekshirish va o'tkaziladigan immunologik testlar yordamida tekshirishlar. Tekshirishning har bir bosqichi muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari, har bir bosqich keyingi tekshirishlar uchun gumon qilingan allergenlar doirasini toraytirib boradi. Masalan, allergologik anamnez yig'ish paytida kasallik xurujlarini bemor faqat o'z uyida sezsa, sababchi omil sifatida uy changi yoki uy hayvonlarini taxmin qilish mumkin.

Maxsus diagnoz o'tkazish yengil ish emas. Bir tomondan, yolg'on musbat yoki yolg'on manfiy sinamalar bo'lishi mumkin, boshqa tomondan esa allergenga teridagi sinamaning musbat natijasi faqat sezuvchanlikning ortib ketganini aks ettirishi mumkin. Ya'ni bu o'rganilayotgan kasallik bilan bog'liq bo'lmagan, kasallikning yashirin davrining klinik ko'rinishigacha bo'lgan shaklini ko'rsatadi. Kasallikning klinik shakli provokatsion sinamalar yordamida aniqroq diagnozlanadi, ammo ularni hamma vaqt ham qo'llab bo'lmaydi.

Birinchi bosqich – anamnez yig'ish. Bemordan so'rab, surishtirishni yengillatish maqsadida (50 taga yaqin savollar bilan) maxsus varaqa ishlab chiqilgan. U kasallikning allergik genezga ega ekanligini tasdiqlashga va sezuvchanlik ortib ketgan allergenning turini taxminlashga yordam beradi. Bunda yana bemorda allergik kasalliklarga irsiy konstitutsional moyillikning bor-yo'qligi ham o'rganiladi. Bolalarda antenatal davrning qanday kechganligi, homiladorlik paytida onaning kimyoviy moddalar bilan aloqada bo'lganligi, homiladorlik toksikozlari, bolaning oziq-ovqat mahsu-

lotlarini ko'tara olmaslik holatlari qayd etiladi. Klinikani hisobga olgan holda anamnezni tahlil qilish patologik jarayonning joylashgan o'rnini topish masalasini hal qilishga va keyingi bosqichni qaysi allergenlar bilan tekshirishni davom ettirishni belgilashga imkon beradi. Allergik anamnez yig'ish uchun savol varaqasini tibbiy hamshira ko'rikdan oldin to'ldiradi.

Ikkinchi bosqich – terida o'tkaziladigan sinamalar. Bu bosqich anamnezni tahlil qilingandan keyin olingan ma'lumotlarga aniqlik kiritishga, ya'ni sensibilizatsiyaning sababini aniqlashga imkon beradi. Hozirgi vaqtda sinamalarning bir qancha turlaridan foydalanilmoqda. Allergenlar bilan o'tkaziladigan teridagi sinamalar sezuvchanlik tartibida: teri ustiga skarifikatsiya, test-ukol (prik-test) va teri orasiga allergen yuborish usullari bilan o'tkaziladi. Bunda ko'pincha sinamalar teri orasiga qilinganda asoratlar berish ehtimoli ko'proq bo'ladi. Dori moddalar va kimyoviy moddalar bilan qilinadigan sinamalar ko'proq tomchi usulida o'tkaziladi. O'ta sezuvchanlik prik-test usulida aniqroq ko'rinadi. Ko'pincha teri ichiga yoki skarifikatsiya sinamalari qo'llaniladi.

Prik-test usulida allergen teriga tomiziladi, keyin esa qisqa tig'li maxsus lansyet bilan yoki igna bilan 60 daraja burchak ostida sanchiladi. Teri sinamalarining barcha turlarida tanadan qon chiqmasligi zarur. Shu maqsadda prik-test o'tkazish uchun maxsus igna ishlab chiqilgan. Teri orasiga allergen yuborib, sinash usulida allergen 0,1 yoki 0,05 ml miqdorida teri orasiga yuboriladi. Chet el firmalarida prik-test usulining "fazet-test" yangi turi ishlab chiqildi. Bunda skarifikatordagi igna uchiga ma'lum allergen kiritilgan bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasini aniqlash uchun oziq-ovqat allergenlaridan sinamalar qo'yiladi. Shu maqsadga asoslangan parhez belgilanadi. Bu parhez tarkibida guruch, lavlagi, kartoshka, tovuq go'shti va o'simlik yog'i bo'ladi. Mana shu parhez davomida oziq-ovqat allergenlari bilan sinama o'tkaziladi.

Teridagi sinamalar kimyoviy moddalar va dorilar bilan o'tkazilganda aplikatsion usulidan foydalaniladi. Allergen bilan namlangan doka teri ustiga qo'yilib, sellofan bilan yopiladi va bilakka bint yordamida o'rab qo'yiladi. Epidermis oldindan bir necha marta skarifikatsiya qilinadi.

Sovuq bilan qilinadigan teridagi sinamalar, odatda sovuqdan qavarchiqlari bo'lgan bemorlarga belgilanadi. Sellofanga o'ralgan muz bo'lagi bilakka 20 daqiqa bog'lab qo'yiladi. Sinama musbat bo'lgan hollarda shu sohada qavarchiq shish paydo bo'ladi, ba'zan umumiy reaksiya ham berishi mumkin. Allergenlar bilan o'tkaziladigan teridagi sinamalar, odatda organizmda ma'lum allergenga sezuvchanlik bormi yoki yo'qmi, degan savolga javob beradi. Ammo sog'lom kishilarda ham ba'zi allergenlarga nisbatan sinamalar musbat bo'lishi mumkin. Ular faqat kishining allergen bilan oldin (kontaktida) yaqin aloqada bo'lishi natijasida sezuvchanligi ortganini ko'rsatadi, xolos. Masalan, angina bilan tez-tez og'rib turadigan bemor organizmida streptokokka nisbatan sezuvchanlik ortgan bo'ladi. Asosiy allergik kasallikning sababi boshqa allergen bo'lishi mumkin. Teridagi reaksiyalarni baholash muddati allergik reaksiyaning tipiga bog'liq.

Birinchi tip reaksiyalar 20 daqiqadan keyin ko'riladi, kech sodir bo'ladigan reaksiyalar 24 soatdan keyin hisobga olinadi. Tez sodir bo'ladigan reaksiyalarda qavarchiq paydo bo'ladi, asta-sekin sodir bo'ladigan reaksiyalarda esa tuguncha (papula) vujudga keladi. Bolalarda esa qondagi reagenlar miqdorini aniqlash maqsadida Praustnits-Kyustner usuli ham qo'llaniladi. Bu usul terini passiv sensibilizatsiyalashdir. Bemor boladan qon olinib, zardobi ajratiladi va 0,1 ml teri orasiga sog'lom donorga (ota yoki onasiga) yuboriladi. Bir kecha-kunduzdan keyin terining shu sohasiga antigen kiritiladi. Qavarchiq yoki tugunchaning paydo bo'lishi ma'lum antigenga nisbatan maxsus antitelo borligidan dalolat beradi. Reaksiya bemor qoni zardobiga antitelo-reagenlarni aniqlaydi. Biz bunda sog'lom kishi terisini antitelolar yordamida passiv sensibilizatsiya qilib, keyin bu sohaga allergen yuboramiz. Vujudga kelgan immun birikma to'yingan hujayralarning buzilishini (degranulyatsiyani), ajralib chiqayotgan gistamin esa terida qavarchiq va qizarishni keltirib chiqaradi. Praustnits-Kyustner reaksiyasi ularning o'lchamlari bilan baholanadi.

Tez sodir bo'ladigan allergiyani diagnozlashda "terida deraza" reaksiyasi qo'llaniladi. Skarifikator yordamida terida qon tomchisi paydo bo'lgunga qadar chiziladi. Shu sohaga allergen tomiziladi shisha oynachani bosib, surtma olinadi va surtmadagi eozinofillar

miqdori aniqlanadi. Agar ularning soni 5 foizdan ko'p bo'lsa, reaksiya musbat hisoblanadi.

Odatda, har bir allergenga teridagi reaksiyani baholash uchun jadval ilova qilinadi. Bizning klinikamizda (TTA) 100dan ortiq teridagi allergik sinama natijalarini statistik ma'lumotlar asosida baholovchi uchta jadval ishlab chiqilgan (1, 2, 3-jadvallarga qarang). Bunda tuguncha (papula), qavarchiq va qizarishlarning o'rtacha diametri hisobga olinadi. Terida o'tkaziladigan sinamalarni qo'yish uchun umumiy talablar ishlab chiqilgan.

O'simlik changlari va epidermal allergenlar bilan o'tkaziladigan sinamalar ko'proq orqa yelka sohasiga yoki bilakka skarifikatsiya usulida qo'yiladi. Oldindan tomizilgan allergen ustidan skarifikator yordamida ikkita parallel 5 mm kesmalar 1-2 mm oraliq masofada o'tkaziladi. Zamburug'lar, uy-ro'zg'orga oid va mikroblil allergenlar bilak sohasiga tuberkulin shprits yordamida 0,02 ml miqdorida teri ichiga yuboriladi. Dori modda allergenlari bilan o'tkaziladigan sinamalar tomchi (tomizish) usulida o'tkaziladi. Antibiotiklar eritmasi 0,02 ml.da 1000 TB gacha novokain – 0,25 foizli, rN muhiti 7,2 miqdorda kiritiladi. Dori moddalar bittadan ortiq qo'yilmaydi va bir soat davomida kuzatiladi. Qavarchiq va tuguncha paydo bo'lishi ko'proq allergiyadan dalolat beradi, qizarish (giperemiya) esa faqat nerv va tomirlar tizimlarining reaktivligi, yuqori ekanligini aks ettiradi xolos. Bakterial allergenlar teri dozasida (TD) va mikroblar tanalari soni (MT) bilan, nobakterial allergenlar esa azot oqsil birligida PNU belgilanadi.

Allergenlar 1ml.da 10, 20, 40 TD, 1 va 2 mlrd MT hamda 1000, 5000, 10000 PNU miqdorlarida qadoqlangan holda chiqariladi. Kattalar uchun mikroblil allergenlarning eng qulay bir martalik miqdori 2-4 TD yoki 10-20 ml MT, nobakterial allergenlar esa – 200-400 PNU miqdori hisoblanadi.

Teriga sinamalar qo'yilganda bir vaqtning o'zida ikkita nazorat sinamalar ham qo'yiladi. Bular test-nazorat suyuqligi bo'lgan TVIN-80 va gistaminning 0,1 foizli eritmasidir. Nazorat suyuqligi va gistamin ham allergen kabi teri orasiga yoki teri ichiga kiritiladi. Bunda nazorat suyuqligi bilan qilingan sinama manfiy, gistamin bilan qilingani esa musbat bo'lishi kerak. Nazorat suyuqligi bilan qilingan sinama musbat (terining konservantga maxsus bo'lmagan o'ta sezu-

vchanligiga bog'liq) yoki gistaminga nisbatan manfiy (terining reaktivligi yo'qligi) bo'lgan hollarda diagnoz sinamalari hisobga olinmaydi. Agar o'simlik changlari va epidermal allergenlar bilan qo'yilgan skarifikatsiya sinamalari manfiy bo'lib, allergologik anamnez va kasallikning klinik ko'rinishi kasallikda allergenning ishtiroki borligini ko'rsatsa, shu allergen 0,02 ml miqdorida teri ichiga kiritiladi va 20 daqiqadan keyin jadval bo'yicha baholanadi. Bir vaqtning o'zida 2dan ortiq allergenni teri ichiga yuborib bo'lmaydi. O'simlik changlari va epidermal allergenlar teri ichiga qilinganda og'ir allergik reaksiyalar yuz berishi mumkin. 20 va undan ortiq allergen bilan terida sinamalar qo'yilganda umumiy reaksiyalar berganligi haqida ham yozilgan.

Sinamalar qo'yishda bir xil guruh allergenlarining umumiy antigenli determinantlarining o'zaro hamkorlikdagi ta'siri ehtimolini hisobga olish kerak. Bu yolg'on musbat reaksiyalarning sonini ko'paytiradi. Shuning uchun bir vaqtning o'zida o'simlik changlari allergenlaridan o'ntadan ko'p bo'lmagan sinamalar, beshtagacha epidermal allergenlar bilan, to'rtta bakterial va zamburug'li allergenlar, uchta uy-ro'zg'orga oid allergen qo'yish tavsiya qilinadi. Bemorning individual xususiyatlarini ham hisobga olish zarur. Masalan, bemor anamnezida uy hayvonlariga yaqinlashganda yoki xonalarni yig'ishtirish paytida ahvoli keskin o'zgarishi haqida ko'rsatma bo'lsa, bir vaqtda qo'yiladigan uy-ro'zg'orga oid va epidermal sinamalar sonini kamaytirish lozim. Sinamalar qo'yishdan oldin terini sovun eritmasi yoki kuchsiz spirt eritmasi bilan artib olish tavsiya etiladi. Chunki boshqa organik erituvchilar (efir) ba'zi antiseptik moddalar nomaxsus musbat reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin.

Teridagi allergik reaksiyalarning yaqqolroq ko'rinishi qator omillarga: organizmga tushgan allergen miqdoriga va teridagi maxsus Ye immunoglobulinga, terining nisbatan reaktivligiga, bemorning yoshiga, to'yingan hujayralar sensibilizatsiyasiga bog'liq. Teriga sinamalarni qo'yish usuli ham muhim ahamiyatga ega. Undan ko'proq ma'lumot olish ham shu usul turiga bog'liq. Masalan, bronxial astmaning atopik turi bo'lgan bemorlarda kana allergenlari bilan o'tkazilgan prik-test 68 foizda musbat bo'lgan bo'lsa, skarifikatsiya sinamalari 42 foizda, teri orasiga qilingan sinamalarning 100 foizida musbat natijalarni bergan.

Yuqorida ko'rsatilgan diagnoz usullarining ma'lumotlilikgi sensibilizatsiyaning turli xillarida bir-biridan farq qiladi. Uy changiga sezuvchanlik ortgan holatlarda allergik anamnezdan olinadigan ma'lumotning o'zi 90 foizgacha yetadi. Bunda eliminatsiyaning (uydan boshqa yerga ketish) ta'siri, xonadonlarni tozalash bilan bog'liqlik aniqlanadi. Shu bilan bir vaqtda anamnezi manfiy bo'lgan 30 foiz bemorlarda uy changiga sezuvchanlik ortganligi aniqlanadi, ammo bunda kasallikning klinik ko'rinishi bo'lmaydi (yashirin shakli). Uy-ro'zg'or allergenlari bilan qilingan sinamalarning ma'lumotlilikgi 83 foiz holatlarda musbat, 90 foizdan ko'proq holatlarda esa manfiy bo'lgan.

1-jadval

Terida o'tkaziladigan skarifikatsion sinamalarini baholash

Baho	Shartli belgilar	Reaksiyaning tashqi ko'rinishi va o'lchami
Manfiy	--	O'lchami xuddi test-nazorati suyuqligi bergan reaksiya ko'rinishidek.
Gumonli	±	Skarifikatsiya o'rnida qavarchiqsiz qizarish holati bo'ladi.
Kuchsiz musbat	+	Qavarchiqning 2-3 mm diametri atrofida qizarish holati bilan, faqat terini tortib ko'rilganda bilinadi.
O'rta musbat	++	Qavarchiqning diametri 5 mm.dan oshmaydi va ko'zga yaqqol tashlanadi.
Musbat va keskin musbat	+++ , ++++	Qavarchiqning diametri 10 mm va undan katta bo'lib, qizarish alomatlari va ildizchalar (pseudopodiya) paydo bo'ladi.

Teri orasiga yuboriladigan sinamalarni baholash

Baho	Shartli belgilar	Reaksiyaning tashqi ko'rinishi va o'lchami
Manfiy	--	O'lchami xuddi test-nazorati suyuqligi bergan reaksiyadek;
Gumonli	±	Qavarchiq nazorat suyuqligidan oldin so'rilib ketadi;
Kuchsiz musbat	+	Qavarchiqning 4-8 mm diametri atrofida qizarish belgilari bor;
O'rta musbat	++	Qavarchiqning 8-15 mm diametri atrofida qizarish belgilar bor;
Musbat va keskin musbat	+++ , ++++	Qavarchiq 15-20 mm yoki undan katta bo'lgan diametrda, psevdopodiyalar va atrofda qizarishlar paydo bo'lish bilan hisoblanadi;

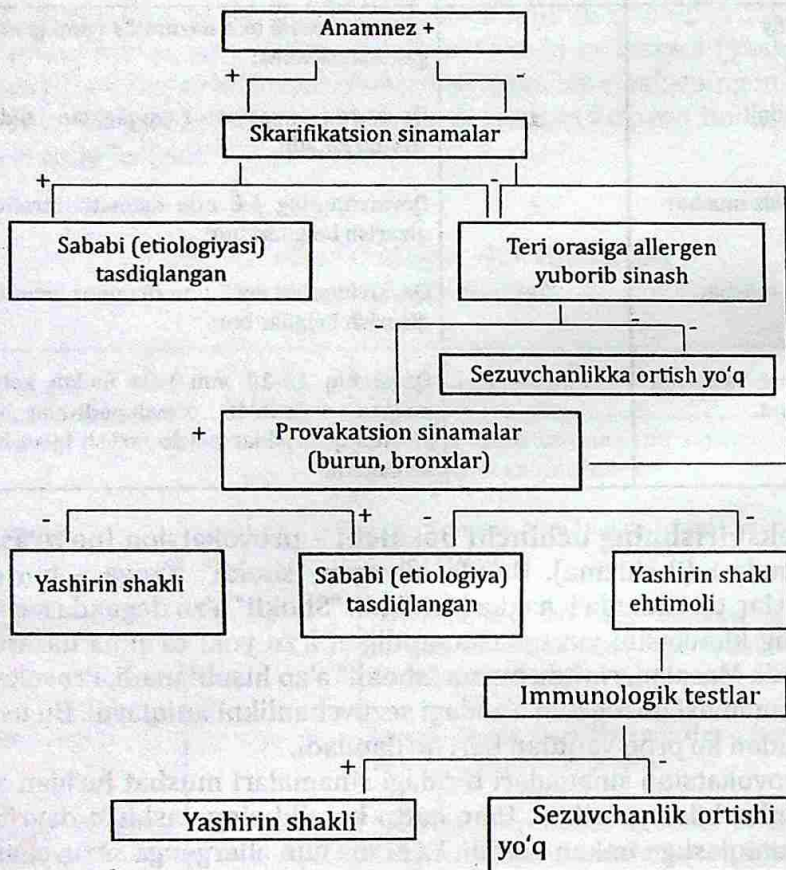
Tekshirishning uchinchi bosqichi – provokatsion (qo'zg'ash) sinamalari (2-chizma). Bunda allergen "shokli" a'zoga – burun, bronxlar, teri hamda ichakka kiritiladi. "Shokli" a'zo deganda kasallikning klinikasini yuzaga chiqaradigan a'zo yoki to'qima nazarda tutiladi. Masalan, rinitda burun "shokli" a'zo hisoblanadi. Provokatsiya sinamasi nosog'lom a'zodagi sezuvchanlikni aniqlaydi. Bu usul 30 yildan ko'proq vaqtdan beri qo'llaniladi.

Provokatsion sinamalari teridagi sinamalari musbat bo'lgan allergenlar bilan qo'yiladi. Ular, hatto kasallikning yashirin davrida ham aniqlashga imkon beradi. Ya'ni ma'lum allergenga sezuvchanlikning ortishi klinik jihatdan namoyon bo'lmagan vaqtlarda (masalan, allergik rinitda). Allergik reaksiyalar qo'shib ketishi ehtimolidan uzoqlashish maqsadida ikki xil provokatsiya sinamalarini bir kunda qo'yish tavsiya etilmaydi. Allergenlarning 10^{-1} , 10^{-2} gacha bo'lgan eritmalarini qo'llash eng yaxshi va xavfsiz hisoblanadi. Ho-

zirgi vaqtda klinikada quyidagi provokatsiya sinamalaridan foydalaniladi: konyunktivaga, nazal, ya'ni burun ichiga, ingalyatsion hamda leykotsitlar kamayishi va trombotsitlar kamayishi testlari shular jumlasidandir.

1-chizma

Maishiy allergik kasalliklar diagnostikasi



+ – musbat
-- manfiy

Konyunktival provakatsion sinamalar – allergik konyunktivit bilan kasallangan bemorlarda o'tkaziladi. Eritilgan allergen (10^{-1}) pastki

konyunktiva xaltachasiga 1 tomchi tomiziladi. Agar sinama musbat bo'lsa, ko'zda qizarish va shish, ko'zdan yosh oqishi, ko'zlar qichi-shishi paydo bo'ladi.

Endonazal provakatsion sinamalar. Diametri 5 mm bo'lgan yumaloqlangan paxta sharchasiga 0,7 ml allergen (terida o'tkazilgan sinamalarda musbat natija bergan eritmada) tomiziladi va pastki burun supralari chig'anoqlari old qismiga 10 daqiqa davomida qo'yiladi, burunning ikkinchi yarimiga esa nazorat suyuqligi tomizilgan paxta sharchasi kiritiladi. Nazoratli sinama manfiy bo'lishi kerak. Nobakterial allergenlar bilan qo'yilgan sinamalar 20 daqiqadan keyin, bakterial allergenlar bilan o'tkazilgan sinamalar esa 6-24 soatdan keyin hisobga olinadi. Sust, yuzaki (gumonli) reaksiyalarda bemorda faqat subyektiv shikoyatlar (burun ichida qichishish va boshqalar) bo'ladi.

O'rta og'ir reaksiyalarda burun shilliq qavatlarida obyektiv o'zgarishlar (shish, qizarish) paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Boshqa a'zolarida o'zgarishlar kuzatilgan holatlarda, masalan, teriga toshmalar toshishi, haroratning ko'tarilishi bo'lganda reaksiya og'ir deb baholanadi. Kasallikning xuruj davrlarida bu sinamalar qo'yilmaydi. Burun ichida o'tkazilgan provokatsiya sinamalari musbat bo'lishining tezligi – teridagi allergik sinamalarning yaqqollik darajasiga bog'liq.

Teridagi va burun ichidagi sinamalar orasidagi yuqori korrelyativ bog'liqlik o'simlik allergenlariga sezuvchanlik bo'lganda mos kelishi 95 foizni tashkil etadi. Bakterial allergenlarda kamroq – 45 foiz holatlarda kuzatiladi. Burun ichida o'tkazilgan sinamalarni obyektiv hisobga olish uchun rinoskopiya (burun bo'shlig'ini oynacha yordamida ko'rish), rinotaxometriya (burunning nafas olish, havoni o'tkazish funksiyasini aniqlash) o'tkaziladi.

Bronxlarda o'tkaziladigan provokatsiya sinamalari

Bronxlarning sezuvchanligini o'rganish paytida eritilgan allergen aerosol holida 0,5-1,0 ml miqdorida 3-6 daqiqa davomida bronxlarga kiritiladi. Allergenlar bilan bronxlarda o'tkaziladigan sinamalarni hisobga olish uchun o'pkaning tashqi nafas funksiyasini o'lchash va boshqa klinik usullar (auskultatsiya, qonning umumiy tahlili, eozinofillar) qo'llaniladi. Agar Tiffno indeksi yoki pnevmotaxometriya

ko'rsatgichlari sinamalardan keyin 20 foizgacha va undan ko'proq miqdorga kamaysa, sinama musbat hisoblanadi.

Sinamalardan keyin 24 soat mobaynida bemor shifokor nazorati ostida bo'lishi kerak. Eng yaxshisi, sinamalar shifoxonada o'tkazilishi lozim. Sinamalar musbat bo'lgan hollarda quruq xirillashlar paydo bo'ladi. Teridagi sinamalarning natijalariga asosan allergenlarning eritmalari tanlanadi. Masalan, teridagi allergik reaksiyalar +++ yoki ++++ ko'rinishda baholangan bo'lsa, burun ichida va bronxlarda o'tkaziladigan sinamalarni yaxshisi allergenlarning 10^{-3} eritmasidan boshlash kerak.

Agar teridagi sinamalar gumonli (+) yuzaki bo'lsa 10^{-1} eritmadan foydalanish mumkin. 10^{-3} miqdordagi eritma allergen kiritilganda 24 soatdan keyin "shok" a'zo tomondan javob reaksiyasi bo'lmaganda, allergen miqdorini asta-sekin oshirib borib, qaytadan sinamalar o'tkazish mumkin. Allergenning 10^{-1} miqdordagi eritmasi bilan sinamalar qo'yilganda bronxlar tomonidan reaksiyaning bo'lmasligi, sinamaning manfiy ekanligidan dalolat beradi. Burun ichiga qilinadigan provokatsiya sinamalari, odatda 3 yoshdan, bronxlarda o'tkaziladigan sinamalar 5 yoshdan boshlab qo'yiladi.

Ingalyatsiya sinamalarini yaxshisi burun ichiga sinamalar manfiy bo'lgan vaqtlardagina (giperergik reaksiyalardan uzoqlashish maqsadida) o'tkazish mumkin. Teridagi sinamalar musbat bo'lgan holda provokatsiya sinamalarining manfiy bo'lishi kasallikning yashirin shakli borligini yoki teridagi sinamalarning yolg'on musbat ekanligini ko'rsatadi.

Provokatsiya sinamalarining ma'lumotliligi allergenning turiga ham bog'liq. U 40-60 foiz hollarda musbat bo'ladi. Nafas yo'llarida patologik o'zgarishlar bo'lgan bemorlarda (rinit va bronxial astma) burun ichiga o'tkaziladigan sinamalarni qo'llash ko'proq qulay va texnik jihatdan xavfsiz hisoblanadi. Ammo birgina bemorning burunida va bronxlarida sezuvchanlikning (sensibilizatsiya) turida o'zaro farq bo'lishi mumkin.

Provokatsiya sinamalarini qayd etishda reaksiyalarning tez so'dir bo'ladigan (o'simlik changlari, epidermal allergenlar) sekin so'dir bo'ladigan (zamburug'li, bakterial), kechki (uy-ro'zg'orga oid) va aralash turlarini hisobga olish lozim.

Bronxlarda o'tkaziladigan provokatsiya sinamalari quyidagicha baholanadi.

Gumonli (+) – bunda faqat subyektiv shikoyatlar bo'ladi, musbat (++) – bunda "shokli" a'zoda obyektiv (ko'rinadigan) o'zgarishlar aniqlanadi, keskin musbat (+++) – bunda boshqa a'zolarida va tizimlarda ham reaksiya aniqlanadi va nihoyat manfiy (-).

Oziq-ovqat allergiyasini diagnozlash uchun provokatsiya leykopenik sinamadan foydalaniladi. Periferik qondagi leykotsitlar soni nahorga (och qoringa) eliminatsion parhez sharoitida (yoki bir kecha-kunduz ovqat yemasdan) aniqlanadi. Keyin gumon qilingan oziq-ovqat mahsulotidan 100 g beriladi, 60-90 daqiqalardan keyin leykotsitlar soni qaytadan aniqlanadi. Agar qondagi leykotsitlar soni 1 ml.da 1000 tadan (1000/ml) ham kamayib ketgan bo'lsa, sinama musbat hisoblanadi. Xuddi shu tekshirishni trombotsitlar bilan ham o'tkazish taklif qilingan – trombotsitopenik test, sinama musbat bo'lgan hollarda ularning soni 20 foizgacha kamayadi. "Shokli" a'zoda ham reaksiya kuzatilishi mumkin.

To'rtinchi bosqich – diagnozlashning laboratoriya usullari. Diagnozlashning "invitro" laboratoriya usulini bemorlarda kasallikning barcha davrlari va bosqichlarida qo'llash mumkin.

Yuqorida ko'rsatilgan diagnozlash usullariga gumonsirash bo'lgan holatlarda bu usullar yordam beradi (qo'l keladi). Ularni ko'proq murakkab, kam ma'lumot beruvchi va asosan reaksiyaning immunologik mexanizmlarini aniqlash uchun xizmat qiladi deb hisoblaydilar. Bu usullar allergik reaksiyalarning turlarini aks ettiradi hamda reaksiyada ishtirok etuvchi antitelolar qaysi sinfga mansubligini aniqlaydi. Ya'ni allergik kasalliklarning immunologik diagnozi uchun xizmat qiladi. Zamonaviy immunologik musbat sinamalar teridagi sinamalar bilan 90 foiz holatlarda, provokatsiya sinamalari bilan esa 50 foiz holatlarda mos keladi. Bu immunologik sinamalar ko'proq kasallikning latent (klinik ko'rinishigacha bo'lgan yashirin davri) shaklini tasdiqlashdan dalolat beradi. Ular asosan bemorni allergen bilan oldin aloqada bo'lganligi haqida ma'lumot beradi. Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalarni diagnozlashda bazofillarga oid to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita testlar, to'yingan hujayralarning destruksiyasi (tuzilishining buzilishi) testlari, RAST, PRIST, qon hujayralaridan gis-

taminning maxsus ajralib chiqish reaksiyasi qo'llaniladi. Bu sinamlar ko'proq noinfekcion allergenlar bilan o'tkaziladi.

Allergiyaning asta-sekin rivojlanadigan turini aniqlash uchun qonda leykotsitlar harakatlanishining to'siqqa uchrash reaksiyasi (RTML), rozetkasimon ko'rinish paydo qiladigan hujayralar testi (ROK), limfotsitlarning blasttransformatsiyasi testi (RBTL), neytrofilarning shikastlanish reaksiyasi (PPN), leykotsitoliz reaksiyasi, leykotsitlarning aglomeratsiyasi reaksiyasi qo'llaniladi. Ular, asosan bakteriyalarga oid, zamburug'larga oid va ba'zi dori turlarini diagnostlashda belgilanadi. Demak, har bir immunologik test, asosan o'ta sezuchanlikning 4 turidan muayyan bittasini aniqlaydi. Shuning uchun ularni muvofiq ravishda qo'llash lozim. Masalan, birinchi tip reaksiyalar bo'yicha kechadigan kasalliklarni diagnostlash uchun ko'proq radioimmunolog-sorbent testlar (RAST, PRIST) ishonchli bo'ladi. Ikkinchi tip reaksiyalar qo'proq Kumbs reaksiyasi yordamida aniqlanadi. Uchinchi tip reaksiyalarni diagnostlashda antitelolar pretsipitatsiyasini aniqlash usuli qo'llaniladi. To'rtinchi tip allergik reaksiyalarni leykotsitlar harakatining to'siqqa uchrashi va limfokinlarning har xil turlarini belgilash yordamida aniqlash mumkin.

Tekshirishning immunologik usullari immunologik laboratoriyalarda shifokor immunologlar tomonidan amalga oshiriladi. Organizmning reaktivligi - maxsus immunologik reaksiyalarni, maxsus bo'lmagan reaktivlikni va sensibilizatsiyani o'z ichiga oladi. Shuning uchun mos keluvchi ko'rsatkichlarni aks ettiruvchi sinamalarni qo'llash va tahlil qilish lozim. Bemor organizmining nomaxsus reaktivligini tahlil qilishda odatda quyidagi tekshirishlar o'tkaziladi: turli sinf immunoglobulinlarining sathi, fagotsitoz, komplement va lizotsim titrlari, zardob tarkibidagi oqsil va oqsil fraksiyalarini, limfotsitlarning kortizolga sezgirligini, gistamin-gistaminaza-gistaminpeksiya tizimini aniqlash, ayrim fermentlarning (atsetilxolines-teraza va boshqalar) faolligini aniqlashdan iboratdir.

Komplement va lizotsim titrlarning pasayib ketishi immun tanqislikni ko'rsatuvchi doimiy belgilardan biri bo'lib, allergik yallig'lanishning rivojlanishiga turtki bo'lishi ko'rsatilgan.

Antitelo titrining stafilokokka va streptokokklarga nisbatan oshib ketishi allergiyani qanday holatda aks ettirsa, immunitetni ham xuddi shunday aks ettiradi.

Allergik rinit, bronxial astma va boshqa allergik kasalliklar odatda nishon-hujayraning buzilishi va qonga gistamin, atsetilxolin va boshqa mediatorlarning ajralib chiqishi bilan birgalikda kechadi. Gistaminning qonda saqlanishi uning fermentlar ta'sirida yemirilish tezligiga va gammaglobulin bilan bog'lanishga (gistaminopeksiya) ham bog'liq. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarda qondagi erkin gistamin miqdori ko'payadi, qon zardobining gistaminopektik faolligi pasayadi hamda teri va "shokli" a'zoning gistaminga nisbatan sezuvchanligi ortadi. Bu o'zgarishlar ko'proq allergik reaksiyalar birinchi tipi bo'yicha o'tadigan kasalliklarda kuzatiladi. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlar qonida atsetilxolin miqdori ko'tariladi. Bu esa atsetilxolinesteraza fermentining faolligi pasayishi bilan qo'shilib keladi va serotonin miqdorining ham ko'tarilishi kuzatiladi.

Nafas yo'llarining allergik kasalliklarida mahalliy immunitet va mahalliy sensibilizatsiyaning ba'zi jihatdan o'z-o'zini idora qila olish xususiyatini nazarda tutib, keyingi yillarda bronxlar va burun shilliqlarini tekshirish qo'llanilmoqda. Masalan, allergik rinitda bu rinot-sitogramma orqali tekshiriladi. Burun ichidan olingan surtmalarda epitelial hujayralar, qadahsimon hujayralar, makrofaglar, plazmatik hujayralar, limfotsitlar, neytrofillar va eozinofillar hisoblab chiqiladi. Hujayralardagi biogen aminlarning miqdori ham aniqlanadi. Bu ko'rsatkichlar, ayniqsa burun ichida o'tkaziladigan provokatsiya sinamalaridan keyin o'zgaradi. Allergik rinitda burun shilliqlarida mahalliy eozinofiliya (eozinofillarning ko'payishi), eozinofillarning sitoplazmasi vakuolizatsiyasi, to'yingan hujayralarning degranulyatsiyasi, neytrofil granulotsitlarning alteratsiyasi, silindrsimon epiteliylarning qadahsimon hujayralarga transformatsiyasi, biogen aminlarning faollashuvi aniqlanadi. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan o'zgarishlar burun shilliq qavati sensibilizatsiyasining ko'rsatkichlari bo'lib xizmat qiladi. Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarning balg'ami ham xuddi shu tekshirishlar yordamida ko'rib chiqiladi.

Nafas yo'llarining allergiyani mahalliy ko'rinishlari rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi himoya omillari shartli ravishda ikkiga ajratiladi: drenaj mukotsilyar (shilliq ajratib chiqaradigan) tizimi va asosan limfoplazmatik qator hujayralari vakillaridan tashkil topgan - hujayra tizimi. Mana shularning o'zi mahalliy immunitetni belgilaydi.

Burun va bronx shilliq shiralarida eozinofillarning topilishi nafas yo'llari allergik kasalliklari borligi mezonlaridan biri hisoblanadi. Tez sodir bo'ladigan tipdagi allergik kasalliklarni diagnozlashda radioimmunologik usullar keng tarqalmoqda. Ular orqali bemor qoni zardobidagi umumiy hamda maxsus IgE miqdorini aniqlash mumkin.

Shvedlarning "Farmatsiya" firmasi bu sohaga oid to'plamlarni chiqarmoqda. PRIST va RAST usullari allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarda Ye immunoglobulinlar miqdorining ko'payishini aniqlab beradi. Bundan tashqari, immunoferment usul bunda fermentlarning immun bog'lanishi orqali qondagi antitelo topish usuli ham qo'llaniladi. Bu sinama "Elayza" deb nom olgan. Undan turli sinf immunoglobulinlarni aniqlash uchun foydalaniladi.

Stavropolda organizmdagi umumiy va maxsus Ye immunoglobulinlarning miqdorini aniqlash uchun immunofermentlar tizimi to'plami chiqarilmoqda. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan diagnozlash usullarining maxsusligi va ma'lumot berish jihatlari tekshirib ko'rilganda, teridagi sinamalar bilan 50-60 foiz hollarda o'zaro bog'liqlik borligi ko'rilgan.

Zardob immunoglobulinlari nafaqat antitelo sifatida, balki hujayra retseptorlari sifatida ham maxsus bo'lmagan himoya omillariga kiradi. G immunoglobulinlar mudofaa sinfi bo'lib, bog'lab oluvchi antitelsoni vujudga keltiradi hamda viruslarni, zaharli moddalarni bakteriyalarni neytrallashtirish xususiyatiga ega bo'ladi. V immunoglobulinlar himoya antitelsoni kabi bakteritsid (bakteriyalarni o'ldiruvchi) faollik yaratadi. A immunoglobulinlar sinfi ham himoya mexanizmi ta'alluqli. A immunoglobulinlar ikkita kichik guruhga bo'linadi: sekretidagi (shilliq shiradagi) va zardobdagi immunoglobulinlar.

Birinchi guruhga kiruvchilar so'lakda, burun va bronx shilliq shiralarida (sekretida), ichak suyuqliklarida aniqlanadi. Sekretor immunoglobulinlarning A sinfi tarkibi shilliq qavatlarining antigen ta'siriga mahalliy himoya holatini aks ettiradi. Ye immunoglobulinlar reagenlarning asosini tashkil qilib, mediatorlar ajralib chiqishiga va to'qimalarning buzilishiga sabab bo'ladi. Qondagi (A, M, G) immunoglobulinlarning tarkibini tekshirish natijalari himoya mexanizmlarining holati haqida fikr yuritishga imkon beradi va or-

ganizmida qanchalik sezuvchanlik ortganlik darajasi IgE miqdoriga qarab aniqlanadi.

Turli tadqiqotchilarning tekshirish natijalaridan allergik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarda har xil sinf immunoglobulinlarning miqdori beqarorligi aniqlangan. Pollinoz bilan kasallangan bemorlarda burun shilliq shirasida (sekretida) ermonga (polym) nisbatan allergen maxsus Ye immunoglobulinning saqlanishi aniqlangan. Maxsus E immunoglobulin bilan teridagi sinamalar orasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik borligi aniqlangan. Sog'lom odam qonidagi umumiy E immunoglobulinlar miqdori bilan allergik kasallikning tinch davrida (remissiya) bemor qonidagi umumiy E immunoglobulin miqdori solishtirib ko'rilganda aytarli farq topilmagan.

Fagotsitoz – immunitetning boshlang'ich oldingi davri hisoblanadi. Bu vaqt mobaynida fagotsitlar bilan qurshab olingan antigenlar immunitetga layoqatli a'zoga tushadi. Fagotsitoz pasayganda o'ta sezuvchanlikning maxsus reaksiyasi rivojlanadi. Allergik kasalliklari bor bemorlarda maxsus fagotsitlash faolligi, fagotsitar indeksi, hazm qilib yuborish indeksi aniqlanadi. Reaksiya tirik stafilokokk kulturasi bilan qo'yiladi. Allergiyasi bor bemorlarda maxsus fagotsitoz ko'rsatkichi ko'pincha pasaygan bo'ladi. Organizmning allergik reaktivligining IV tipini o'rganish uchun hujayraga oid sinamalar qo'llaniladi.

Bemorning allergik reaktivligini tavsiflash uchun qondagi eozinofillar mutlaq (absolyut) miqdorining limfotsitlar yoki trombositlar miqdoriga nisbatini bildiruvchi koeffitsiyent – indekslar aniqlanadi. Allergik kasalliklarda bemorda eozinofil-limfotsitlar va eozinofil-trombosit indekslar ko'pincha yuqori bo'ladi. Maxsus antigenlar ta'siri ostida sodir bo'ladigan neytrofillar alteratsiya (tuzilishining o'zgarishi) reaksiyasi neytrofillar buzilishi reaksiyasida (RPN) o'z aksini topdi.

Yuqumli allergik kasalliklarda neytrofillarning buzilishi yuqoriroq darajada va sog'lom odamlardagiga qaraganda ko'proq uchraydi. Antigen-antitelo birikmasi ta'siri ostida to'yingan hujayralarning buzilishi (degranulyatsiyasi) reaksiyasidan tez sodir bo'ladigan o'ta sezuvchanlik turini diagnozlashda foydalanish mumkin. Bu usul qonda aylanib yuruvchi reagen antitelolar titrini ko'rsatib beradi.

Pollinoz bilan kasallangan bemorlarda qonda aylanib yuruvchi maxsus antitelo miqdori ko'tarilgan bo'ladi. Periferik qondagi limfotsitlar blasttransformatsiyasi shaklining o'zgarish reaksiyasi kichik limfotsitlarning maxsus va ncmaksimal antigenlar ta'siri ostida immunoblastlarga aylanishiga asoslangan. Bu reaksiya o'ta sezuvchanlikning tez sodir bo'ladigan va sekin sodir bo'ladigan turlarini ham diagnostlashda qo'llaniladi. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarda shakli o'zgargan limfotsitlar miqdori son jihatidan boshqa kasalliklarga qaraganda antigen bilan kontaktda (yaqin aloqada) bo'lgan hollarda yuqori bo'ladi. O'ta sezuvchanlikning asta-sekin rivojlanadigan turida periferik qondagi leykotsitlar harakatining to'siqqa uchrash reaksiyasi (RTML) qo'llaniladi. Uning asosida maxsus antigen ishtirokida sensibilizatsiyalangan limfotsitlar ajratib chiqaradigan mediatorlar ta'siri ostida makrofaglar va leykotsitlar harakatining bosilishi (yengilishi) yotadi.

Migratsiya (ko'chish) indeksi aniqlanadi. Agar ko'chish indeksi pasaygan bo'lsa, bu ma'lum antigenga yuqori sezuvchanlik borligini ko'rsatadi. Demak, allergologiyada diagnostlashning bir necha bosqichlarini amalga oshirish maqsadiga muvofiq, chunki ularning har qaysisi foydali va qandaydir jihatdan bir-birini to'ldiradi. Allergiyaning tez sodir bo'ladigan va asta-sekin sodir bo'ladigan turlarini diagnostlashda har bir sinamaning o'ziga yarasha o'rni borligiga qaramay, ularning har biri yolg'on musbat va yolg'on manfiy sinamalarni hisobga olgan holda tahlil qilishni talab qiladi. Ulardan eng muhimi anamnez va kasallikning klinik ko'rinishi hisoblanadi. Kasallikning sabablarini yuqorida ko'rsatilgan tekshirish usullari natijalarini birgalikda tahlil qilish orqali aniqlash mumkin.

Maxsus tekshirishning beshta bosqichini chuqur tahlil qilish asosidagina allergik kasallikni to'g'ri diagnostlash va davo muolajalarini to'g'ri belgilash mumkin.

Allergik kasalliklarning davolash usullari

Allergik kasalliklarning rivojlanish mexanizmi asosida allergik yallig'lanish yetakchi o'rin egallaydi. Bu kasalliklarni davolashda maxsus giposensibilizatsiya - immunoterapiya usuli ko'proq samarali bo'lib qolmoqda. Ammo kasallikning xuruj davrida davolash-

ning bu usuli qo'llanilmaydi. Bundan tashqari, giposensibilizatsiyani qo'llashga qarshi bo'lgan qator moneliklar mavjud. "Aybdor" allergen topilmagan holatlarda ham bu usuldan foydalanish mumkin emas. Nihoyat, qator kasalliklar asosida haqiqiy bo'lmagan (psevdoallergik) reaksiyalar yotadi. Bu hollarda ham immunoterapiya samarasiz bo'ladi. Shuning uchun allergik kasalliklar boshqa usullar yordamida ham muvaffaqiyatli davolanmoqda.

Keng doiradagi farmakologik preparatlar allergik reaksiyalarning patokimyoviy davrini to'xtatadi va allergik reaksiyalarning patofiziologik davri natijalarini, ya'ni klinik ko'rinishini yo'q qiladi. Aksariyat farmakologiya preparatlarining klinik samarasi hujayra ichidagi siklik nukleotidlar: siklik adenozinmonofosfat (sAMF) va siklik guanozinmonofosfatlarga (sMF) ta'sir qilish orqali amalga oshiriladi.

Hujayralarning allergenga nisbatan mustahkamligi (barqarorligi) ko'pincha hujayralardagi sAMF zaxiralarini ko'paytirish va sGM-Fni kamaytirish yo'li bilan yuzaga chiqariladi.

Allergik kasalliklarning davolash usullarini shartli ravishda ikkita katta guruhga ajratish mumkin: maxsus va nomaxsus usullar.

Nomaxsus yoki simptomatik (kasallikning belgilari bo'yicha) davolash usullari, asosan kasallik xuruj qilgan davrlarda qo'llaniladi. Bemorlar, odatda davolanishni kasallikni joylashgan o'rniga qarab terapevtda, otorinolaringologda, dermatologda olishi mumkin. Bu usullar kasallikning u yoki bu belgilarini davolashga qaratilgan va u ko'pincha bemor ahvolini qisqa davom etadigan yaxshilanishiga olib keladigan samara beradi.

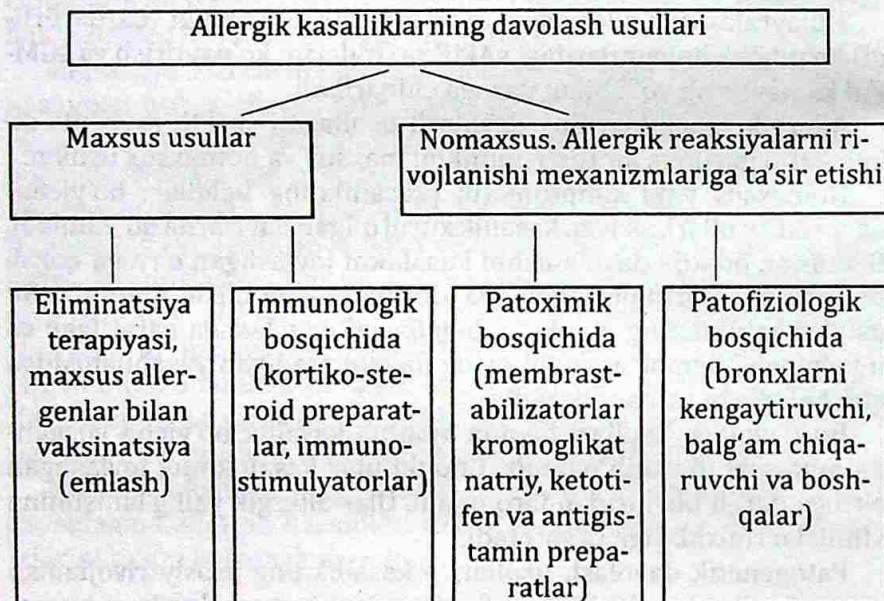
Bu davolash usullari haqida alohida kasallik bo'yicha yozganda mufassal to'xtalib o'tamiz. Chunki ular kasallikning joylashgan o'rniga qarab bir-biridan farq qiladi. Ular allergik yallig'lanishning klinik ko'rinishlariga ta'sir etadi.

Patogenetik davolash usullari – kasallikning asosiy rivojlanish mexanizmlaridan biriga – allergiyaning immunologik yoki patokimyoviy davriga yo'naltirilgan. Ular turli allergik kasalliklarda remissiya (tinch) davrida ham (oldini olish uchun) va xuruj davrida ham (davolash maqsadida) qo'llaniladi. Bu usullar nihoyatda samarali bo'lib, ularni maxsus davolashga moneliklar bo'lgan holatlarda ham belgilash mumkin. Bu guruhda markaziy nerv tizimi holatini

yaxshilashni, ichki sekretiya tizimini hamda organizmning nomaxsus reaktivligi pasayishini amalga oshiruvchi preparatlar katta o'rin tutadi. Ularni turli soha bo'yicha mutaxassis shifokorlar qo'llaydilar.

Maxsus davolash usullari. Bu usullar asosan allergik yallig'lanishning birinchi (immunologik) davriga qaratilgan. Bu usullar bilan davolash yuqori darajada samarali bo'lishiga qaramay, shu bilan bir vaqtda kasallikning xurujini va turli asoratlarni yuzaga chiqaradi. Shuning uchun allergenlar bilan giposensibilizatsiya qilish va immunoterapiyaning boshqa usullari allergologik kabinetlarda mutaxassislar tomonidan o'tkazilishi tavsiya qilinadi.

2-chizma



Dori moddalari bilan patogenetik davolash usullari

Ilmiy jihatdan asoslangan patogenetik davolash usullarini belgilash uchun shifokor kasallikning joylashgan o'rnini va klinik ko'rinishini yaxshi bilishi muhim ahamiyatga ega. Hozirgi paytda allergik kasalliklarni turli soha mutaxassislari, masalan, jarrohlar, terapevtlar, fizioterapevtlar, okulistlar, pulmonologlar, dermatologlar, otorinolaringologlar, psixoterapevtlar ham muvaffaqiyatli davolashmoqda. Bunda bir-biridan tubdan farq qiladigan turli usullar qo'llanilishiga qaramay, shifokorlar yuqori darajali klinik samaralarga erishadilar. Bunday olib qaraganda tushuntirib bo'lmaydigandek ko'ringan davolash samarasini nima bilan izohlash mumkin? Asosiy sabablaridan biri – bu allergik kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarning hamda rivojlanish mexanizmlarining xilma-xilligidir. Ulardan birortasiga ta'sir ko'rsatib, hatto bu kasallikning ikkinchi darajali mexanizmi bo'lsa ham, ko'p hollarda shifokorlar kasallikni vaqtinchalik tinchlantirishga muvaffaq bo'ladilar. Ammo kasallikning asosiy rivojlanish mexanizmiga yoki asosiy keltirib chiqaruvchi omilga ta'sir etish yo'li bilan ham kasallikni butunlay tuzatish yoki uzoq vaqt davomida tinchlantirishga erishish mumkin. Bu hollarda kasallikning klinik turini, kasallikning kechish davrini va allergik reaksiyaning tipini (tez sodir bo'ladigan yoki sekin sodir bo'ladigan) hisobga olish muhim ahamiyatga ega. Shu maqsadda yuqorida ko'rsatib o'tilgan allergik kasalliklarni diagnozlash usullari qo'llaniladi.

Yuqorida sanab o'tilgan omillarni nazarda tutgan holda ilmiy asoslangan davolash usullarini qo'llagan holatlardagina yaxshi natijalarga erishish mumkin.

Mediatorlarga qarshi ta'sir ko'rsatadigan preparatlar. Allergik reaksiyalar biologik faol moddalari – mediatorlar ajralib chiqishi bilan birgalikda kuzatiladi. O'rganilgan mediatorlar soni juda ko'p, ammo eng asosiysi gistamin hisoblanadi. Shuning uchun bu guruhga kiruvchi dori moddalar antigistaminlar deb ataladi. Allergik kasalliklarda qondagi mediatorlar miqdori ko'payadi. Bu esa "shokli" a'zo to'qimalarining buzilishiga olib keladi.

Hozirgi vaqtda turli mamlakatlarda mediatorlarga qarshi ta'sir qiladigan 150ga yaqin preparat ishlab chiqarilmoqda. Ularning ta'sir qilish mexanizmi turli a'zoldagi hujayralarning gistamin retseptorlariga dori moddaning kirishib, singib ketishi bilan bog'liq. Ular gistaminning antagonist hisoblanib, asosan "shokli" a'zodagi gistaminning N_2 retseptorlarini bog'lab oladi. Hujayra retseptorlari allergik yallig'lanish mediatorlariga sezgir bo'lmay qoladi. Gistaminga qarshi preparatlar allergik reaksiyaning asta-sekin rivojlanadigan tarkibiy qismlariga ta'sir qilmaydi va "shokli" a'zodagi nomaxsus yuqori reaktivlikni yo'q qila olmaydi. Dori moddasini kiritish usuli kasallikning qanday kechishi va davriga bog'liq. Dorilar, odatda og'iz orqali, teri ostiga, tomirlar ichiga, malham va kukunlar ko'rinishida mahalliy ishlatiladi. Ularning hammasi gematoensefalik to'siq orqali o'tadi va shuning uchun tinchlantiruvchi samarani keltirib chiqaradi. Ular bir kunda 2-3 mahal belgilanadi. Ularga o'rganib qolmaslik (samara yo'qligi) hamda turli asoratlar kelib chiqmasligi uchun doimiy o'n besh kundan ortiq foydalanib bo'lmaydi.

Bir qancha preparatlar faqat gistaminga qarshi ta'sir ko'rsatib qolmay, ko'proq serotoninga qarshi ta'sir ham ko'rsatadi (loratadin) yoki xolinolitik faollikka ega bo'ladi (ipratronium bromid, azatadin). Keyingi yillarda sekin reaksiya beruvchi substansiya antagonist hisoblangan preparatlar ham ishlab chiqarilmoqda.

Mediatorlarga qarshi preparatlar bilan davolashning samaradorligi har xil, bular 30 foizdan 70 foizgacha ijobiy natijalarni beradi. Ular, asosan kasallikning xuruji davrida belgilanadi. Odatda, ular davolash boshlangandan 3-4 kun keyin o'z samarasini ko'rsatadi va bemor 1 oy davomida qoniqarli ahvolda bo'lishi mumkin.

Allergik kasalliklarni davolashda gistamin eritmasi ham qo'llaniladi. Gistaminning 10^{-7} eritmasi 0,1 miqdordan boshlab teri orasiga qilinadi va har safar 0,1 ml oshirib boriladi. Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarga gistamin bilan davolashning ingalyatsion usullari taklif etilgan. Serotoninga qarshi preparatlar migrenni, oziq-ovqat allergiyasini, serotonin tipidagi bronxial astmani davolashda keng qo'llanilmoqda. Ularga dezeril (bir kunda 15mg), periaktin (bir kunda 20 mg), stugeron (bir kunda 75mg), dietilamid bromlizergin kislota (8mg) kiradi.

Bradikininga qarshi moddalar ko'proq surunkali, qaytalanuvchi qavarchiqlarni davolashda qo'llaniladi. Ularga: parmidin, anginin, prodektin, glivanol kiradi. Davolash uzoq vaqt (1-2 oy) davom etadi.

Kinin tizimining ingibitorlari (tormozlovchilar). Fermentga qarshi preparatlarga trasilol, kontrikal, kallikrein, plazmin kiradi. Ularga yana epsilon – aminokapron kislota (1% eritmasi – 100 ml tomchi usulida qilinadi) va geparin (5-10 ming qorin sohasiga), trasilol (10000 TB vena ichiga) qavarchiqlar xuruj qilgan davrda belgilanadi. Ular kininogeni bradikininga o'tishiga to'sqinlik (qarshilik) qilib, kallikrein tormozlovchilarning ishini me'yorlashtiradi. Kallikreinkinini tizimi holatiga ta'sir ko'rsatuvchi preparatlar qonni ivitish orqali plazminogenlarni plazminga o'tish darajasiga ta'sir ko'rsatadi, plazmin esa kininogenlarni bradikininga o'tishini tezlashtiradi.

Membranani stabilashtiruvchi dori-darmonlar (kromoglikat natriy ketotifen). Kromoglikat natriy mahaliy qo'llaniladi, u suvda yaxshi eriydi, ammo oshqozon-ichak yo'lida yaxshi so'rilmaydi. To'yingan hujayralardagi sAMF miqdorini ko'taradi va shu bilan ularni tuzilishidagi buzilishlardan saqlaydi, spazmolitik xususiyatga ega emas. Tezkor allergik reaksiyalarda qo'llash tavsiya etiladi. Allergik reaksiyalarning oldini oluvchi (profilaktik) ta'sir ko'rsatadi. U to'yingan hujayralardan gistamin va sekin reaksiya beradigan substansiya ajralib chiqishi jarayonining oldini oladi va membrananing muqimligini saqlaydi.

Kromoglikat natriyning to'yingan hujayralarga ta'siri, kalsiyli naychalar retseptorlari orqali amalga oshiriladi. Kromoglikat natriy nishon hujayralarning kalsiyli naychalari kengayib, ularga kalsiy tushishiga va uning natijasida yuzaga keladigan silliq mushaklarning qisilishiga (spazma) qarshilik ko'rsatadi. Shuning uchun kromoglikat natriy yana kalsiyning antagonist ham hisoblanadi. Yuqori darajadagi ta'siri 20 daqiqadan keyin boshlanadi, ijobiy samarasi 6 soatgacha davom etadi. Kromoglikat natriy (20 mg) kapsulalarda chiqariladi.

Burun bo'shlig'iga burun ingalyatorlari orqali, bronxlarga esa "Spinxaler" tipidagi turboingalyator yordamida kiritiladi. Bundan tashqari, kromoglikat natriyning faqat mahalliy ishlatilganda ta'sir

qilishini hisobga olib, uning boshqa dori shakllari ham chiqarilgan: bronxlar uchun suyuq aerozol (kromoglikat natriy-5), burunga ishlatish uchun lomuzol, ko'zga tomizish uchun – optikrom, og'iz orqali qo'llash uchun – nalkrom. Kromoglikat natriyning bu shakllari allergik kasalliklarni – bronxlarni, burunni, ko'zlarni va oshqozon-ichak tizimini davolashda muvofiq ravishda ishlatiladi. Kromoglikat natriy uzoq vaqt davomida qo'llaniladigan preparat (oylar va hatto yillar). Uni qo'llaganda tomoq qurishi kabi asoratlar kuzatiladi. Undan yana maxsus davolash paytida kasallik xurujining oldini olish uchun ham foydalaniladi. Ko'pchilik mutaxassislarning fikricha, kromoglikat natriy allergik kasalliklarning atopik turlarida ko'proq samara beradi. Uni 2 yoshdan katta bolalarda qo'llash mumkin.

Ketotifen – gistaminga, serotoninga qarshi va atsetilxolinga qarshi faollikka ega bo'lgan preparat. U mediatorlar ajralib chiqishiga, shu jumladan, mastotsitlardan sekin reaksiya beradigan substansiyaning chiqishiga to'sqinlik qilib, N_1 hujayradagi gistamin retseptorlarini bog'lab oladi. Allergik reaksiyaning birinchi tipida va atopik turlarida samarali hisoblanadi. To'yingan hujayralar membranasi ning muqimligini saqlaydi. Qator tadqiqotchilarning ta'kidlashlaricha, ketotifen, leykotrienlar va xemotaksik omillar ajralib chiqishini pasaytiradi, bronxlarning beta-adrenergik retseptorlari sezuvchanligini oshiradi, bronxlarning yuqori reaktivligini pasaytiradi.

Ketotifenning nojo'ya ta'sirlaridan uyquchanlik va og'iz qurishi kuzatiladi. Bitta tabletkadan (1 mg) bir kunda ikki mahal belgilanadi. Ketotifenning yuqori samaradorligini hisobga olib, uni uzoq vaqt davomida (1 yilgacha va undan ortiq vaqt) qo'llash mumkin. Bu preparatni olti yoshdan katta bolalarda qo'llash mumkin. Kromoglikat natriy bilan ketotifenning bir vaqtda qo'llanilishidan davolash samaradorligi oshganligi kuzatilgan.

Kalsiy antagonistlari. Bronxlar silliq mushaklarining qisqarishi va bunga javoban kimyoviy mediatorlarning ajralib chiqishi kalsiy ionlarining hujayralariga kirishi bilan bog'liq. Bunda hujayra ichida allergik reaksiyalarda mediatorlar ajralib chiqish jarayonini ishga tushiruvchi oqsil – kalmodulin faollashadi.

“Shokli” a'zo hujayralarida kalsiy miqdorining ko'payishi shilliq ajralib chiqishiga imkon yaratadi, bronxlarning reaktivligi ortadi

va bemorning jismoniy ishga qobiliyati pasayadi. Hujayra ichiga kalsiyning kirishi kalsiylil naychalar orqali boshqariladi. Kalsiyning hujayra ichiga kirishini tormozlovchi (to'xtatuvchi) preparatlar kalsiy naychalarining kengayishiga to'sqinlik qiladi, fibroblastlardan kalsiy ajralib chiqishini pasaytiradi va kalsiyning antogonistlari hisoblanadi. Ularga quyidagi preparatlar kiradi: nifedipin, korinfar, verapamil. Bular 1/2 tabletkadan bir kunda 2 marta belgilanadi. Kalsiy antogonistlari qon bosimini ham pasaytiradi. Bu preparatlarni til ostiga qo'yish yo'li bilan ishlatish mumkin. Nojo'ya ta'sirlaridan – bosh og'rig'i, yurakning tez urib ketishi kuzatilgan.

Vitaminlar. Organizm sensibilizatsiyalanganda ba'zi to'qimalarda vitaminlarning to'planib qolishi yuz beradi. Bu esa gipovitaminozga olib keladi. Vitaminlar almashinuvining buzilishi ayniqsa, gormonlar bilan davolanayotgan bemorlarda ko'proq kuzatiladi.

Vitaminlarning Ye, RR, S guruhlari immunitetning turli bo'g'inlariga ta'sir qilishi kuzatilgan.

Vitaminlar almashinuvida ishtirok etuvchi ba'zi ferment tizimlari zararlanishi aniqlangan. Vitaminlarning V, RR va S guruhlari glyukokortikoidlar biosintezida ishtirok etadi. Allergik kasalliklarni davolashda RR, S vitaminlarni belgilash tavsiya etiladi.

Mikrob va viruslarga qarshi preparatlar. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlar zamburug'lar, viruslar va bakteriyalar keltirib chiqaradigan yondosh yallig'lanish jarayonlari rivojlanishiga nihoyatda beriluvchan bo'ladilar. Masalan, o'tkir respirator virusli infeksiya (ORVI) allergik kasallikning boshlanishidan oldin keladi yoki surunkali allergik kasallikning rivojlanishida ishga tushiruvchi mexanizm bo'lib xizmat qiladi. Grippga qarshi emlash ham yuqori nafas yo'llari allergik kasalliklari xurujini keltirib chiqarishi mumkin. Viruslar va bakteriyalar antigen funksiyasini bajaribgina qolmay, endotoksinlari bilan to'g'ridan-to'g'ri mastotsidlardan gistamin ajralib chiqishiga imkon yaratadi (psevdoallergik reaksiya).

O'tkir respirator virusli infeksiyadan keyin yuqori nafas yo'llari allergik kasalliklari rivojlangan bemorlarni davolashda virusga qarshi preparatlardan interferon, remantadinlarni qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ko'pincha yuqori nafas yo'llari va oshqozon-ichak tizimi allergik kasalliklarida ularning zamburug'lar

bilan zararlanishi kuzatiladi. Zamburug'li infeksiyaning birgalikda rivojlanishi ham davolashni talab qiladi. Nistatin va levorin tabletkada hoida 2-4 mln TB miqdorda tavsiya qilinadi. Bundan tashqari, zamburug'larga qarshi boshqa preparatlar amfoteritsin – V, amfogleyukaminlarni ham qo'llash taklif qilingan. Ammo oxirgi preparat ko'p hollarda nojo'ya ta'sir ko'rsatadi va buyrak uchun zaharli hisoblanadi. Bolalarga karamel shaklidagi dekamin belgilanadi. Mahalliy ishlatish uchun gentsianviolet, metilviolet, xinozolning 1:5000 nisbatda suvdagi yoki spirtidagi eritmalari tavsiya qilinadi.

Bakterial infeksiyaning qo'shib rivojlanish hollarida bakteriyalarga qarshi davolash olib borish talab qilinadi. Nitrofuranning faolligi, furatsillinning 0,2 foizli eritmasi, furazolidon va furaginlar ingalyatsiya yo'li bilan ishlatilganda ijobiy natija beradi. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarda xuruj davrida yallig'lanish o'chog'ining bo'lishi antibiotiklar qo'llashni talab qiladi. Bundan tashqari, antibiotiklar umumiy suppressiv (immunitetni pasaytiruvchi) ta'sir ham ko'rsatadi, leykotsitlarning fagotsitar faolligini kamaytiradi, limfotsitlarning DNKning qayta tiklanishidagi imkoniyatini buzadi. Shuning uchun ularni qat'iy ko'rsatma asosida kasallikning yuqumli allergik turlarida, xuruj davrida belgilash lozim. Antibiotiklarni belgilashni quyidagi qonun-qoidalarga asoslangan holda olib borish kerak.

Sezuvchanligi bo'yicha ko'proq samarali bo'lgan preparatni tanlab olish, yetarli darajada yuqori bo'lgan miqdorda belgilash, o'n kundan ortiq vaqt davomida qo'llamaslik, bir-biriga qarshi ta'sir ko'rsatish ehtimoli borligini hisobga olib, ikki xil antibiotikni bir vaqtda belgilamaslik, penitsillinning allergenlik xususiyati yuqoriligini hisobga olib, uni umumiy allergik xastaliklarni davolashda ishlatmaslik.

Tabiiy antibakterial preparatlar ham keng qo'llanilmoqda. Ingalyatsiya usulida davolash uchun xlorofilliptning 1 foizli spirtidagi eritmasi ishlatiladi, u fiziologik eritma bilan 1:3 nisbatda aralastiriladi. Yuqori miqdorda fitonsid moddalarni o'zida saqlovchi mahsulotlar sarimsoq piyoz ekstrakti (allilsat) va piyoz ekstrakti (allilchep) ham bakteriyalarga qarshi yuqori faollikka ega. Ingalyatsiya uchun ularni fiziologik eritmada 1:6 nisbatda olinadi.

Protozoy infeksiya bilan qo'shib kelgan hollarda (trixomoniaz, leyshmanioz, amebioz) qo'shimcha ravishda metronidazol, trixopol, nitazol va boshqalar belgilanadi. Davolash 5 kungacha davom ettiriladi. Bu preparatlar bakteriyalarning o'sishini to'xtatuvchi ta'sir ko'rsatish bilan bir qatorda immunitetni kuchaytiruvchi samara ham beradi. Bu allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashda muhim ahamiyatga ega.

Immunomodulyatorlar. Ko'pgina allergik kasalliklarda immunitetning pasayib ketganligini ko'rsatuvchi ikkilamchi immunodefitsit (immun tanqislik) – immun holatidagi buzilishlari aniqlanadi. Shuning uchun keyingi yillarda allergik kasalliklarni immunomodulyatorlar bilan davolashga harakat qilinyapti. Ular shartli ravishda 3 guruhga bo'linadi:

a) immunorestavratorlar, ular o'rnini bosuvchi sifatida ishlatiladi (immunoglobulinlar, interferon, timalin);

b) immunostimulyatorlar (immunitetni kuchaytirishga yordam beruvchi levamizol, T-aktivin, natriy nukleinat);

v) immunosupressorlar (immunitetni pasaytiruvchi kortikosteroidlar, sitostatik moddalar).

Yildan-yilga yangi preparatlar ishlab chiqarilmoqda. Shuni ta'kidlash lozimki, bu guruhga kiruvchi dorilarning hammasi faqat davolash paytidagina emas, davolashga qadar va davolashdan keyin immunologik nazoratni talab qiladi. Ularni immun holati qanday ahvoldaligini aniq bilmay turib belgilash – foydadan ko'ra ko'proq zarar keltiradi. Ko'pgina immunomodulyatorlar hozirgi paytda klinik sinov bosqichida, chunki davolash ishlarini faqat yaxshi immunologiya laboratoriyalari bo'lgan joylardagina olib borish mumkin. Shuning uchun ular hali keng tarqalgani yuq. Ayrim preparatlar to'g'risida mufassal to'xtalib o'tamiz.

Inson organizmi immunoglobulinlaridan olingan turli preparatlar ham muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Ulardan ko'pchiligini 1000 va undan ortiq sog'lom odamdan olingan immunoglobulinlar yig'indisining eritmasi tashkil qiladi. Ular eng ko'p tarqalgan mikroblarga qarshi sinfga kiruvchi tabiiy antitelolarning hammasini o'zida saqlaydi. Immunoglobulinlar faqat antitelo yetishmasligi o'rnini to'ldiribgina qolmay, immunitetning turli bo'g'inlariga ham ta'sir

ko'rsatadi, immunoglobulinlarning 4 ta sinfini o'zida saqlaydi. Bunda IgG komplementga joylashib, IgG₂ va IgG₄ yuqori nafas yo'llarida gumoral himoya vazifasini bajaradi. Ularni belgilash uchun asosiy ko'rsatma antitelolar yetishmovchiligi hisoblanadi. Fransiyada allergik faolligi yuqori bo'lgan allergoglobulin ishlab chiqarilmoqda.

Ufa vaksina-zardob ilmiy tadqiqot institutida yuqori darajada allergiyaga qarshi faollikka ega bo'lgan preparat – immunoglobulin yaratildi.

Gormonlar. Allergik kasalliklarning rivojlanishi jarayonida endokrin (ichki sekretiya) tizimida o'zgarishlar muhim o'rin tutadi. Masalan, ovarial-menstrual siklidagi buzilishlar bronxial astma kechishini og'irlashtiradi. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarda ko'pincha qalqonsimon bez funksiyasi ko'tarilganligi kuzatiladi. Bu hollarda gormonal preparatlarni (progesteron, metiltestosteron) qo'llash ijobiy natijalarni berdi. Gipofiz – buyrak usti tizimi funksiyasidagi buzilishlar glyukokortikoid yetishmovchilik rivojlanishiga olib keladi. Bu hollarda allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashda gormonal preparatlar qo'llash talab qilinadi. Allergik kasalliklarda glyukor kortikoidlar yetishmovchiligining rivojlanishi buyrak usti bezlari funksiyasining pasayishi, jarayonning xuruj vaqtida gormonal parchalanishning kuchayishi, kortizol almashinuvining sekinlashishi bilan bog'liq. Kortikosteroidlar allergik kasalliklarni davolashda 35 yildan ko'proq vaqt mobaynida qo'llanilmoqda. Kortikosteroidlarning yaxshi ta'siri natijalari uzoqqa bormay, tezda bemorlarning hafsalalari pir bo'ldi. Chunki ularni qo'llash ko'p hollarda gormonga bog'liqlik va boshqa bir qator asoratlarga olib keladi. Ma'lumki, allergik va to'qimalarni shikastlovchi autoallergik kasalliklarda ikkita mexanizm ishtirok etadi. Immunli mexanizmida buzilish to'g'ri yo'l orqali gumoral va hujayra sitotoksik mexanizmlari orqali yoki tomir devorlariga immun birikmalarning o'tirib qolishi orqali yuz beradi.

To'qimalar buzilishi oqibatida giperergik (reaktivlikning haddan ziyod ortib ketishi) yallig'lanish vujudga keladi. Bu esa kasallik kelib chiqqan a'zoning tuzilishi va funksiyasining buzilishini kuchaytiradi. Glyukokortikosteroidlar yaqqolroq ifodalangan samarani leykotsitlar orqali, chunonchi ularni taqsimlash orqali, harakatga

tushirish orqali amalga oshiradi. Shu bilan bir vaqtda glyukortikoidlar ta'siri ostida leykotsitlarning funksional xususiyatlari ham o'zgaradi. Shuning uchun kasallik klinikasida glyukokortikoidlar, asosan yallig'lanishga qarshi samara ko'rsatadi, ya'ni mikrotsirkulyator (kapillyarlar, venulalar) o'zani o'tkazuvchanligini pasaytirish, leykotsitlarning ko'chib yurishini yo'q qilish, hujayra membranalarini muqim holda saqlash. Shu bilan bir vaqtda ularning immunitetni pasaytiruvchi xususiyati nihoyatda kuchsiz. Shuning uchun glyukokortikoidlarni immunitetni pasaytiruvchilar (immunodepressantlar) guruhiga kiritish mumkin emas. Kortikosteroidlarning ko'pgina antigenlarga qarshi antitelolar paydo bo'lishiga qarshilik ko'rsatmasligi isbotlangan hamda u ko'chirib o'tkazgan to'qima yoki a'zoni (transplantant) o'z xo'jayiniga qarshi reaksiyasini ham tormozlaydi. Shu sababdan glyukokortikoidlar faqat kasallikning yallig'lanish belgilari yaqqol ifodalangan bosqichlarida yuqori samara beradi. Kasallik sust, surunkali kechgan hollarda ularning samarasi past bo'ladi.

Bronxial astmaning infeksiyon-allergik turlari uzoq vaqt mobaynida kechishida u autoallergik kasallik xususiyatlariga ega bo'lib qoladi. Bu hollarda kortikosteroidlar kam samarali bo'ladi. Kortikosteroidlar allergik reaksiyalarning III va IV tiplariga hamda tez sodir bo'ladigan reaksiyalarning kechki bosqichlariga kuchliroq ta'sir ko'rsatadi. Bemorlar organizmiga kortikosteroidlarning ta'sir qilish mexanizmi ko'p tomonlama hisoblanadi. Ular antigen-antitelo reaksiyasini bosadi, V-limfotsitlardan antitelo vujudga kelishiga qarshilik ko'rsatadi, sensibilizatsiyalangan leykotsitlar orqali "shokli" a'zoning buzilishini, shikastlanishini to'xtatadi.

Gormonlarning bemor organizmiga ta'siri. Hujayra yadrosidan maxsus protein-makrokortinning ishlanib chiqishi bilan bog'liq, bu adenilatsyklaza fermentini faollashtiruvchi nishon-hujayraning sAFM ga sezgiriligini qayta tiklovchi, A_2 fosfolipaza fermentini pasaytiruvchi araxidon kislotasining almashinuvidan hosil bo'lgan moddalar (leykotriyenlar, F_2 prostaglandinlar) olib tashlovchi, anafilaksiya mediatorlarining ishlab chiqarilishini to'xtatuvchi ta'sir ko'rsatadi. Qonda glyukokortikoidlar qon oqsillari transkordin va albumin bilan bog'langan holda turadi. Kortikosteroidlar og'iz orqali qabul qilinganda parenteral kiritilgandagiga qaraganda bio-

transformatsiyaga (shakl o'zgartirish) 2-3 marta sekinroq uchraydi. Shuning uchun ular kichik miqdorlarda bo'lsa ham, lekin sekin ta'sir ko'rsatadi.

Buyrak usti bezlari zararlanishini kamaytirish maqsadida preparatning bir kecha-kunduzlik miqdori ertalabki soatlarda beriladi. Bronxial astmaning atopik turi bilan kasallangan bemorlarda kortikosteroidlarning qondagi umumiy immunoglobulin miqdoriga ta'siri bir xil ahamiyatga ega emas. Dastlabki ikki haftada IgE ko'tariladi, 3 haftadan keyin oxirgi darajasiga qaytadi, 4 haftadan keyin esa pasayadi. Demak, glyukokortikosteroidlar allergik kasallikning rivojlanish mexanizmi va klinikasining barcha bo'g'inlariga ta'sir qilish yo'li bilan allergik kasalliklari bo'lgan bemorlardagi yuqori reaktivlikning pasayishiga ko'maklashadi.

Hozirgi vaqtda shifokorlar glyukokortikosteroidlarning sintetik yo'l bilan olingan katta guruhini qo'llamoqdalar: prednizolon, deksametazon, triamsinolon. Yangi yig'ma preparat diprospan ham qator afzalliklarga ega bo'lib, uni 40 kunda 1 marta mushaklar orasiga qilish mumkin. U mineralo-kortikoidlardan tozalangan. Gormonlarning miqdori, tartibi va kiritish usuli (har kuni, kunora; mushaklar orasiga, tabletkada) kasallikning turiga va qanday og'irlikda kechishiga bog'liq. Kortikosteroidlarni yuqori miqdorda uzoq vaqt davomida qo'llash natijasida juda ko'p asoratlar kelib chiqishi mumkin. Bular oshqozon yarasi, Kushingoid sindromi, osteoporoz, qon aylanishining katta doirasida qon bosimining ko'tarilishi, buyrak usti bezlari atrofiyasi va boshqalar. Kortikosteroidlarni gormonga bog'liq bo'lgan bemorlarga belgilash va to'xtatishda katta e'tibor bilan qarash lozim. Ularni bolalarga belgilashda ham ehtiyotkorlik lozim. So'nggi yillarda gormonlarni mahalliy qo'llash, ya'ni "shokli" a'zoga surtish orqali (yuqori nafas yo'llari shilliq qavatlariga) foydalanish keng tarqalgan. Bunda qonda mediatorlar va Ye immunoglobulinlar ishlab chiqarishning pasayishi kuzatiladi. Aerozol holdagi mahalliy kortikosteroidlar (beklametazon) o'zlarining ijobiy tomonlarini ko'rsatdilar. Bronxial astmani davolashda mahalliy kortikosteroidlarni qo'llash natijasida yuqori samaradorlikka erishildi. Quruq aerozol holdagi kortikosteroidlar yanada samaraliroq hisoblanadi.

Adrenomimetiklar. Bu moddalar nishon-hujayraning beta-2 adrenoretseptorlarini faollashtiradi, ATFdan sAMF nukleotidni sintez qilish uchun zarur bo'lgan adenilatsiklaza fermentini faollashtiradi. Adrenalin va efedrin silliq mushaklar qisqarishini yo'q qiladi va mushaklar tomirlarini kengaytiradi hamda yurak qisqarishlarining sonini va kuchini ko'paytiradi, shilliq qavat va terining periferik tomirlarini toraytiradi. Bu esa o'pkada gaz almashinuvi va qon almashinuvlari buzilishiga olib keladi.

Shuning uchun bronxial astmada adrenalinni qo'llash maqsadga muvofiq emas. Adrenalinning 0,1 foizli eritmasini 0,5 ml.dan ko'p bo'lmagan miqdorda kiritish lozim. Ko'proq uni tomir toraytiruvchi sifatida mahalliy qo'llaydilar. Efedrin adrenalining qaraganda "yumshoqroq" ta'sir ko'rsatadigan preparat. Adrenalindan farqli o'laroq, undan parenteral va ingalyatsiya holida ham foydalanish mumkin. Uning 5 foizli eritmasi mushaklar orasiga yuboriladi. Bolalarga bir kecha-kunduzda 0,01-0,03 g beriladi. Bu guruh preparatlar qo'zg'alishini keltirib chiqaradi, uyqu buzilishi va boshqa nojo'ya ta'sirlari ham bor.

Beta-retseptorlarining rag'batlantiruvchilari. Bu preparatlar ham katta guruhni tashkil qiladi. Ularga salbutamol va salmeterol kiradi. Ular 4-5 yoshdan boshlab ingalyatsiya holida qo'llaniladi. Eng samarali hisoblangan bronxolitik – bu fenoterolgidrobromid – berotek hisoblanadi. Berotek aerezoli bronxlar siqilishini 8 soat davomida yuzaga keltirmaydigan ta'sir ko'rsatadi.

Xolinolitiklar. M-xolinolitiklar (atropin, ipratropium – bromid, beladonna preparatlari, teofedrin, antasman, solutan). Ular hujayra M-xolinoretseptorlarini bog'lab oladi va sTMF sintezini pasaytiradi, to'yingan hujayralarning tuzilishidagi buzilishlarni pasaytiradi. Nojo'ya ta'sirlari: balg'amni quyuqlashtirish, og'iz qurishi, ichaklar atoniyasi, yurakning tez urishi, ko'z qorachiqklarining kengayishi. Ipratropium bromid ingalyatsiya ko'rinishida belgilanadi. Berodual ham yuqori samaraga ega.

Purinli birikmalar. Teofillin – bu dimetillangan ksantin teobrominga o'xshash. U nafaqat spazmolitik, balki allergiyaga qarshi preparat ham hisoblanib, qon hujayralarida sAMF yig'ilishini amalga oshiradi. U nishon-hujayralarni prostaglandinlarga PGG₂

sezuvchanligini pasaytiradi, bronxlarni gistamin va atsetilxolonga sezuvchanligini pasaytiradi. Bu guruh preparatlarini 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda qo'llash mumkin emas.

Mukolitik moddalar. Ular, ayniqsa nafas yo'llari kasalliklarida va quyuq shilliqnlarni tashqariga chiqarishda qo'llaniladi. N-atsetilsisteinning 10 foizli eritmasini ingalyatsiya qilish nihoyatda samarali hisoblanadi. Bundan tashqari, taxolikvinning 1 foizli eritmasi, oshqozon osti bezining proteinazlari (tripsin, ximotripsin) ham belgilanadi. Alfa₁ - antitripsin yetishmovchiligida (tanqisligida) fermentlarni qo'llash, ayniqsa tripsinni qo'llash man etilgan, chunki u bradikininning faollashishiga yordam beradi.

Allergik kasalliklarning boshqa davolash usullari

Ekstrakorporal immunosorbsiya. Ekstrakorporal terapiyaning yangi yo'nalishlaridan biri - bu maxsus immunosorbsiya hisoblanadi. Plazmani patogen tarkibiy qismlari bilan o'zaro ta'sirlashishga qobiliyatli bo'lgan moddalar sorbentda tutilib, mustahkamlanadi. Sorbentlar selektivdir. Noimmun kimyoviy usul bilan zararli mahsulotlarni chiqarib tashlashga qobiliyatli (geparin-agaroz sorbent) va maxsus sorbentlarga antigen - antitelo reaksiyasi tipida ta'sir ko'rsatadigan sorbentlarga bo'linadi. Bunda antigen sorbentga joylashadi. Bu usul organizmdan reagenli antitelolarni chiqarib yuborishga imkon beradi. Bunda qondagi IgE 85 foizgacha chiqarib tashlanadi, bronxial astmasi bo'lgan bemorlarda kasallikning tinch davri 3 oygacha kuzatiladi.

Ekstrakorporal immunofarmakoterapiya. Sitoferoz uchun mo'ljallangan preparat yordamida leykotsitlar olinib, muvofiq keluvchi farmakologik preparat bilan "invitro" ishlov beriladi. Keyin aynan shu organizmga immunomodulyatsiya maqsadida qayta quyiladi. Bu usulning afzalligi shundaki, immun tizimning mediatorlari chiqishi to'xtaydi, bemor organizmiga esa dori kiritilmaydi. Oxirgi yillarda JSTning ko'rsatmalariga asosan, bu davolash usullari klinik allergologiyada kamdan-kam foydalanilmoqda.

Sanatoriya-kurort sharoitida davolash. Allergik kasalliklarini davolashning samarali usullaridan biri - bemorning sog'lig'ini

tiklash uchun shifoxonadan sanatoriyaga o'tkazish hisoblanadi. Shu maqsadda sanatoriyalarda maxsus bo'limlar ochilgan. Bunda bemorlarga Kislovodsk, Yalta, "Oqtosh", "Zomin" kabi kurort zonalarini tavsiya qilish mumkin. Yoz oylarida dengiz sohillarida davolanish ko'proq bronxial astmaning infeksiyon-allergik turlarida, baland tog'li kurortlar esa atopik turida tavsiya qilinadi. Yuqori nafas yo'llarining allergik kasalliklarida mineral suvlarni ingalyatsiya maqsadida qo'llash – bu kurortda davolanishning muhim omillaridan biri hisoblanadi. Ular mukolitik va yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Nafas yo'llarining drenaj funksiyasi yaxshilanadi. Bronxlarda o'tkir yallig'lanish jarayoni bo'lganda va yondosh kasalliklar bo'lganda ba'zi fizioterapevtik davolash usullari UVCh elektr maydoni, mikroto'lqinlar, elektr uyqu qo'llaniladi. Bronxial astma kasalligi bo'lgan bemorlarga saunaning ta'siri ham o'rganilgan. Issiq havo ta'siri ostida kislorodga talab ortadi va SO₂ chiqishi ko'payadi, nafas tezligi, o'pkaning hayot hajmi 20 foizga ortadi. Issiq havo nafas mushaklarining taranglashganligini yo'qotadi, o'pkaning elastikligi yaxshilanadi.

Sauna davolashning fizioterapevtik usuliga kiradi. Bronxial astmali bemorlarga sauna 1 haftada 1 marta belgilanadi, boshida 3 marta 5 daqiqadan, keyin 3 marta 10 daqiqadan 100°C va 20 foiz namlik bilan o'tkaziladi.

Psixoterapiya. Tanaga oid kasalliklarning rivojlanishida psixikaning ahamiyati avvaldan o'rganilgan. Bronxial astma xurujlari ko'pincha ruhiy kechinmalar, xafagarchiliklar oqibatida yuzaga keladi. Gipnoz va shartli reflekslar usullaridan immun javob reaksiyasini, antitelo mahsulotlarining pasayishini va hatto sekin-asta rivojlanadigan yuqori sezuvchanlikni bostirish uchun avvaldan muvaffaqiyatli foydalanilgan.

Parhez-tozalash bilan davolash usullari. Bu usulda bemor 2 yoki 3 hafta davomida faqat suv ichadi, hech qanday ovqatni yemaydi, keyinchalik tiklantiruvchi oziqlanish bilan yakunlanadi. Parhez-tozalash usuli bronxial astmaning o'rta og'ir va og'ir turlarida dori moddalari va oziq-ovqat allergiyalari bilan birgalikda qo'shib kelganda qo'llanishi mumkin. Qo'llash uchun moneliklar: sil kasalliklari, homiladorlik, xavfli o'smalar, jigar, buyrak kasalliklari,

18 yoshdan kichik va 70 yoshdan katta bemorlar. Parhez-tozalash usuli o'tkazilayotgan vaqtda bemorga bir kecha-kunduzda 2-3 l suv, uqalash, bir kecha-kunduzda 2 marta tozalash xuqnasi, suv muolajasi, o'rtacha harakat rejimi belgilanadi. Ochlikdan chiqish 5-7 kun davom etadi. Bu vaqtda tuzsiz, o'simliklardan tayyorlangan ovqatlar belgilanadi.

Davolashning fizioterapevtik usullari. Bu muolajalarni yaxshisi xuruj tutmay turgan vaqtda o'tkazish lozim. Allergik rinit bilan kasallangan bemorlarni kuchi 10-25 mk A bo'lgan doimiy elektr toki burun shilliq qavati refleksogen nuqtalariga 10-20 daqiqa davomida ta'sir qilish yo'li bilan o'tkaziladi. Muolajalar soni - 6-10 marta.

Bronxial astmaning xuruj holatlarida quyidagi muolajalar tavsiya qilinadi: UVCh, SVCh diametriya diapozonda, ko'krak orasi sohalariga 10-15 daqiqa davomida past issiqlik miqdorlarida induktotermiya (yuqori chastotali magnit maydonining organizmga ta'sir qilishiga asoslangan usul). Ultratovushning kichik kuchda tarqalishi rejimi ta'siridan ham yaxshi samara olingan. Bronxial astmani davolashda past kuchli gelio - neon lazeri muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Buyrak usti bezlari va o'pka sohalariga induktotermiya, dori moddalari bilan elektroforez, UTP-I apparati yordamida ultratovush (paravertebral va o'mrov osti sohasiga tovush beradi). Muolaja 10 kun davom etadi.

Jismoniy mehnat va sport. Sport bilan shug'ullanish 3 xil ijobiy ta'sir ko'rsatadi:

1. Jismonan yaxshilanish. Bunda nafas ko'rsatkichlari, yurakning qonni haydash funksiyasi, mushaklar kuchi va ortiqcha jismoniy ishlarga chidamlilik ortadi.
2. Psixologik samara. Bemorda o'ziga ishonch va sog'ayishga umid paydo bo'ladi.
3. Ijtimoiy foyda. Bemor sportsmenlar bilan aloqada bo'lganda, sport uning uchun hayotining bir bo'lagi ekanligini tushunib yetadi. Masalan, 1980-yilda Olimpiada o'yinlarida bronxial astma bilan kasallangan ikkita bemor oltin medalni qo'lga kiritgan (suzish va yugurish bo'yicha).

Maxsus davolash usullari

Maxsus davolash usullari 1911-yildan beri qo'llaniladi. Rossiya'da birinchi bo'lib A. M. Bezredka giposensibilizatsiya yo'li bilan davolash ishlarini olib borgan. A. D. Adoning fikr-mulohazalariga qaraganda – allergik kasalliklarni davolashda bu usulning terapevtik samarasi IgG ni bog'lab oluvchi antitelolarning IgG ishlanib chiqishining immunologik mexanizmiga asoslangan. Giposensibilizatsiya mexanizmi quyidagi jarayonlarga olib keladi: bog'lab oluvchi antitelo (IgG) vujudga kelishi, reagenlar (IgE) sintezining pasayishi, qon neytrofillari orqali allergenlarni va immun birikmalari fagotsitozining kuchayishi, nishon-hujayralarning antigenga nisbatan javob reaksiyasining pasayishi, T-supressor faollik yetishmovchiligi-ning me'yorlashishidir. AQShda har yili 8 mln kishi allergenlar bilan davolanadi. Fransiyada esa bu raqam 500000dan ko'proqni tashkil qiladi. Allergologik xonalarning to'liq ishlashi uchun o'rtacha 280 xil allergen kerakligi aniqlangan.

“Immunoterapiya” – davolashning shunday usuliki, bunda bemor organizmiga sezuvchanligini pasaytirish uchun allergenlar yuboriladi. Bu usul hozirgi davrda maxsus allergenlar bilan vaksinatsiya qilish usuli deb yuritilmoqda. Bu usul kasallikni keltirib chiqargan allergenni o'sib boruvchi miqdorda organizmga kiritishdan iborat. Shifokor eng yuqori tolerantlik miqdoriga erishish uchun harakat qiladi. Allergenning eliminatsiyasi (istisno qilish), maxsus davolashning eng yaxshi samarali usullaridan biri, ammo hamma vaqt ham uni o'tkazishni iloji bo'lavermaydi. Masalan, bemorga uy changi bilan kontaktdan, ya'ni yaqin aloqada bo'lishdan qochib qutulish qiyin. Vaksinatsiyani faqat uzoq vaqt davomida kontaktda bo'lishdan istisno qilish mumkin bo'lmagan holda o'tkazish lozim. Allergenlarni istisno qilishga bemorlar uchun tayyorlangan maxsus allergensiz xonalarda erishish mumkin.

Bu usulning mexanizmi bo'yicha bir necha nazariyalar mavjud. Allergen bemorning terisi ostiga kiritilgandan keyin, uning oqsilli makrofaglar tomonidan o'ziga tortiladi (yutiladi), ular esa uni T-xelperlarga “topshiradi”. T-xelperlar oqsilning allergik determinantlarini ajratadi va V-limfotsitlarga xabar beradi. V-hujayralar va

oqsilning allergenli determinanti bir xil bo'lgan hollarda antitelo mahsulotlari uchun xabar beriladi. V-limfotsitlar vaksinatsiya natijasida yuzaga keladigan sinf antitelolarni bog'lab olish qobiliyatiga ega bo'lgan plazmatik hujayralarda ajratiladi. Yuqorida aytib o'tilgan antitelo to'yingan hujayra membranasiga joylashgan reagenlarga (IgE) allergenni birikishga to'sqinlik qiladi. Bog'lab oluvchi antiteloning yetarli miqdorda bo'lmasligi sensibilizatsiyalangan to'yingan hujayralarni buzilishlardan (degranulyatsiyadan) himoya qila olmaydi. Biroq qondagi bog'lab oluvchi antitelolar IgG titri bilan davolashning klinik samarasi orasida aniq bog'liqlikning yo'qligi bu giposensibilizatsiyaning birdan-bir mexanizmi ekanligini taxmin qilishga imkon beradi. Allergo-vaksinatsiyani yana A immunoglobulinlar sinfini vujudga keltiruvchi plazmotsitlarni rag'batlantirish, deb ham tushuntiriladi va ular allergenlarni bog'lab oladi. Bundan tashqari, maxsus davolashdan keyin IgE antitelolari uchun retseptorlar miqdorining kamayishi hisobiga to'yingan hujayralar va bazofillarning reaktivligi pasayadi. Limfotsitlarning supressorlik (pasaytiruvchi) omillari katta miqdorda ajralib chiqadi. Bu IgE ajralib chiqishning kamayishiga va IgG ajralib chiqishining ko'payishiga olib keladi. Bularning hammasi antitelo ajralib chiqishining pasayishiga va mediatorlar ozod bo'lish jarayonining buzilishiga olib keladi.

Allergo-vaksinatsiyadan keyin ijobiy samaraning davomiyligi ko'pgina omillarga: yuqori sezuvchanlikning darajasiga, immun holatga, davo paytidagi xuruj va asoratlarga bog'liq. Davolash boshlangandan o'rta hisobda 15-20 haftalardan so'ng tolerantlik yuzaga keladi. Odatda davo kursi belgilanadi. U eng kichik ta'sir etish bo'sag'asidagi miqdordan boshlanadi. Har keyingi miqdor 0,2 ml.ga orttirilib boriladi. Mutaxassislar tomonidan davolashning turli tartibda o'tkazish usullari taklif qilingan. Bu usul bemor ko'tara oladigan eng yuqori miqdor bilan (10^{-1} v undan yuqori) yakunlanadi.

Ko'pchilik mutaxassislar eng kichik ta'sir etuvchi miqdordan boshlab va sekin-asta ularni oshira borib, davo kursining oxirida allergenning o'zini kiritishga harakat qilishmoqda. Kasallikning kelib chiqishiga sabab bo'lgan barcha "aybdor" allergenlar davo aralashmasiga kiritilishi kerak. Maxsus davo maqsadida ishlatish uchun terida sinamalari musbat bo'lgan hamda "shokli" a'zo reaksiyasi bi-

lan tasdiqlangan va anamnez orqali ma'lum bo'lgan allergenlardan foydalaniladi. Allergenlar teri ichiga kiritilganda davolash samarasi teri ostiga kiritilgandagiga qaraganda yuqori bo'ladi deb hisoblanadi. Bunda nojo'ya ta'sirlar ham kam hollarda kuzatiladi, bog'lab oluvchi antitelolar ko'p ishlanib chiqiladi. Davolash vaqtida allergik reaksiyalarning yuz berishi maqsadga muvofiq emas. Og'ir reaksiyalarda hatto immunologik falaj yuzaga keladi. Bu organizmning allergenga nisbatan sezuvchanligining vaqtincha pasayishi bilan xarakterlanadi. Allergenlarni teriga chizish usuli ham qo'llanilmoqda. O'simlik changidan tayyorlangan allergen bilak terisiga tomiziladi. Keyinchalik allergenli tomchi ustidan epidermis skarifikatsiya qilinadi va allergen teri ostiga o'tadi. Bu usul bolalarda ko'proq qo'llaniladi, u muallifi bo'yicha – Blamuate usuli deb nom olgan.

O'simlik changlari bilan davolashda allergenni mavsum oldidan kiritish usuli ko'proq samarali. Uni "aybdor" o'simlik gullashi boshlanishi mavsumiga qadar boshlash va tugatish lozim. Bunday davolashning samaradorligi qator omillarga bog'liq. Ulardan eng asosiylari: bemorlarni to'g'ri saralash, davolash uchun ko'rsatma, maxsus diagnozlash natijalarini to'g'ri baholash, allergenning eng qulay davolash miqdorini va davolashning eng qulay usuli tartibini tanlab olish, allergenlarning biologik jihatdan yuqori darajada faolligi va maxsusligi hisoblanadi. Davolashning samaradorligiga poli-allergiya, kasallik kechishining davomlilik, gormonga bog'liqligi va kasallik kechishining og'ir turlari salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Maxsus davolashni boshqa davolash usullari bilan birgalikda olib borish maqsadga muvofiq bo'ladi. Yaxshisi, ularni birin-ketin o'tkazish, ya'ni birinchi nomaxsus davolash, keyin esa giposensibilizatsiyani o'tkazish kerak. Davolashning eng ko'p ma'lumot bera oladigan va samaradorligining doimiy ko'rsatkichi bemorlarni qayta ko'rikdan o'tkazish, kasallik tarixi haqida ma'lumotlar, "shokli" a'zoning sezuvchanligining pasayishi hisoblanadi. Davolash natijalarini baholash uchun 5 balli jadval tavsiya qilingan. Baho 5 balli natijaga ega bo'lganda – kasallikning ko'rinadigan belgilari va bemorning shikoyatlari butunlay yoki deyarli to'liq yo'qolgan, "shokli" a'zoning shilliq qavatlari sezuvchanligining boshlanish bo'sag'asi to'rtidan kam bo'lmagan raqamga ortadi, qonda immunoglobulin-

lar (IgG) miqdorining ishonchli darajada ko'tarilishi kuzatiladi. Bemor hech qanday davolanishga hatto simptomatik davoga ham talab sezmaydi. Baho 4 balli natijaga ega bo'lganda – kasallik belgilarining yaqqollik darajasi (50 foizdan ko'proq), kamayadi, kasallik xuruji davri (50 foizdan ko'proq) qisqaradi, obyektiv ko'rikda yallig'lanish ko'rinishi yengil, shikoyatlar ancha kamaygan, teri va "shokli" a'zo shilliq qavatlari sezish bo'sag'asi 2-3 raqamga ortadi, qondagi immunoglobulinlar miqdori ishonchli darajada ko'payadi. Bemor kamdan-kam hollarda bo'ladigan xuruj davrida shifokorga murojaat qilmaydi, mehnatga yaroqli, ammo simptomatik davo maqsadida dori moddalari qabul qilib turadi. Baho 3 balli natijaga ega bo'lganda – shikoyatlar soni, ko'rinadigan belgilarning yaqqollik darajasi va kasallik xurujining davomliligi biroz kamayadi. Xuruj davrida bemor shifokorga murojaat qilishga va davo olishga majbur bo'ladi, teri va shilliq qavatlarning allergenga sezuvchanlik bo'sag'asi kam ishonarli darajada o'zgaradi, qonning immunologik ko'rsatkichlarida yaxshilanish aniqlanmaydi. Baho 2 balli natijaga ega bo'lganda – subyektiv baholashda (shikoyatlari) hech qanday ijobiy siljishlar ko'rilmaydi, obyektiv belgilarning ko'rinishi yaqqollik darajasida ham, sezuvchanlik bo'sag'asida ham, qonning immunologik ko'rsatkichlarida ham o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu holatni "o'zgarishsiz" deb baholash mumkin. Baho 1 balli natijaga ega bo'lganda – yangi shikoyatlar paydo bo'ladi, kasallik belgilari kuchayadi, xuruj davrining davomliligi cho'ziladi, boshqa a'zolar tomonidan o'zgarishlar kuzatiladi, teri va shilliq qavatlarning allergenga nisbatan sezuvchanligi ortadi, qonda salbiy immunologik siljishlar kuzatiladi. Bunday baholash jadvalini allergolog xonalarida, shifoxona sharoitida ishlatishni yo'lga qo'yish va amalga oshirish mumkin. Ma'lumki, immunoterapiyada bir necha davo kurslari o'tkaziladi. Birinchi kurs 1,2 ga va ba'zi hollarda 3 ga baholanganda davo uslubiga o'zgartirishlar kiritish lozim. Davolash uchun ko'rsatmalar, moneliklarni hisobga olib o'tkazilgan davolashda ko'pchilik bemorlarda, odatda 4 va 5 ballga baholanish kuzatiladi.

Salbiy natijalarning sababi ko'pincha "aybdor" allergenni aniqlashda xatoga yo'l qo'yish hisoblanadi. Polisensibilizatsiyaning keng tarqalganligini hisobga olganda bu masalani hamma vaqt ham

yengil hal qilish oson emas. Davo natijalarini u tugatilgandan keyin eng kamida bir yil o'tgandan so'ng baholash mumkin.

Bakterial allergenlar bilan davolashning samaradorligi turli mutaxassislarining ma'lumotlariga ko'ra turlicha bo'lib, u 40 foizdan 70 foizgacha a'lo va yaxshi natijalarni tashkil etadi. Bolalarni davolashda autovaksinalarni qo'llash yana ham yuqori samaralarni berdi. Nobakterial allergenlar bilan o'tkazilgan giposensibilizatsiya ko'proq samarali bo'lib chiqdi. O'rta hisobda 80 foiz bemorlarda a'lo va yaxshi natijalar olindi. Davolashning teri ostiga va teri ichiga kiritish usulidagi kamchiliklarni hisobga olib, qator mutaxassislar giposensibilizatsiyaning allergenli sublingval usulini qo'llashmoqda.

Maxsus immunoterapiyaning immunologik tabiatga ega ekanligi isbotlanmagan kasalliklarda qo'llash mumkin emas. Masalan, vazomotor rinitda, endogen bronxial astmada, surunkali, qaytalanuvchi qavarchiqlarning noallergik turlarida bu usulni qo'llash maqsadga muvofiq emas. Maxsus davo usullari haqiqiy allergik kasalliklarda: bronxial astmada, yuqori nafas yo'llarining allergik kasalliklarida, qavarchiqlarda va Kvinke shishida, allergik dermatitlarda o'tkaziladi.

"Allergik fon"da kechadigan kasalliklarning katta guruhida maxsus davo o'tkazish ko'rsatilmagan. Allergovaksinatsiya "aybdor" allergenni istisno qilish mumkin bo'lmagan hollarda (pollinozda boshqa yerga ko'chishning iloji bo'lmaganda, oziq-ovqat allergiyasida ma'lum mahsulotni chiqarib tashlashning, kasbga oid allergiyada ishini o'zgartirishning iloji bo'lmagan hollardagina) amalga oshiriladi. Organizmga antigen tushishining ish paytida niqob tutish orqali, kasbga oid allergiyada havoni tozalash va namlash orqali yo'q qilib bo'lmaydi.

Maxsus davo o'tkazishga mutlaqo to'g'ri kelmaydigan ko'rsatmalar ishlab chiqilgan: psixik kasalliklar, jigar va buyrak funksiyalarining buzilishi bilan keladigan kasalliklar, sil jarayonining har qanday turi faol davrida, tireotoksikoz va boshqa endokrin kasalliklar, koronarokardioskleroz, o'pka-yurak yetishmovchiligining II va III bosqichi, o'pka emfizemasining og'ir ko'rinishlari bronxoektatik kasalliklar, onkologik kasalliklar, qon kasalliklari. Bundan tashqari, har bir bemor uchun alohida hal qilish lozim bo'lgan nisbiy monevliklar ham mavjud.

Maxsus davó usulining samaradorligini bemordagi quyidagi ko'rsatkichlar pasaytiradi: allergologik anamnezdagi irsiy anomaliyalarning yaqqol ko'rinishi, o'ta sezuvchanlikning yuqori bosqichi, ko'p turli sensibilizatsiya, kasalliklarning birgalikdagi shakllari, surunkali infeksiya o'choqlari, kasallikning 10 yildan ko'p vaqtdan beri bo'lishi. Atopik bronxial astmaning yengil kechishida o'tkazilgan immunoterapiya 80 foiz bemorlarda, o'rtacha bosqichda 53 foiz, og'ir kechishida esa 33 foiz bemorlarda samarali bo'ladi. Organizmda surunkali infeksiya o'choqlarining bo'lishi (surunkali tonzillit, surunkali osteomiyelit, bronxoektazlar), xafaqon kasalligiga chalingan hamda katta yoshdagi (60 yoshdan katta) bemorlarda davolash natijalarini pasaytiradi. Allergik kasalliklarning ayrim turlarida maxsus davolash usuli kamroq samara beradi. Ularga quyidagi kasalliklar kiradi: bronxial astmaning o'rta va ayniqsa og'ir kechadigan shakllari, pollinoz bilan asoratlangan allergik rinit hamda turli yoki birgalikdagi sensibilizatsiyalar, astma uchligi bo'lgan, ya'ni atsetilsalitsil kislotaga sezuvchanlikning ortishi, allergik polipli rinit, bronxial astmaning infeksiyon-allergik turlari shular jumlasidandir. Uzoq vaqt davomida gormonlar bilan davolash natijasida kelib chiqqan buyrak usti bezlari po'stlog'i funksiyasining pasayishi ham davó samarasini pasaytiradi. Autoallergik kasalliklarda ham kam samara olinadi.

Allergenlar bilan davolashni belgilash, otorinolaringologiyada, terapiyada va dermatologiyada qo'llaniladigan sog'lomlashtirish-tozalash usullari (operatsiya, fizioterapiya, dorilar) ham o'tkazishni belgilashni istisno qilmaydi.

Maxsus usullarni umumiy qabul qilingan (nomaxsus) davó usullari samara bermagan hollarda o'tkazish tavsiya etiladi. Maxsus va nomaxsus davó usullarini birgalikda qo'llash, odatda ko'proq yuqori samara beradi. Ma'lum allergen bilan maxsus davó belgilash uchun allergologik anamnez va kasallik klinikasi shu allergenni kasallikning rivojlanish jarayonida ishtirok etayotganligini ko'rsatish kerak; teridagi allergik sinamalar (+++) yoki (++++) musbat bo'lishi lozim, provokatsiya (endonazal, konyunktival, ingalyatsiya) sinamalari musbat bo'lishi kerak, ba'zi immunologik sinamalar ham diagnozni tasdiqlashi lozim. "Aybdor" deb hisoblanayotgan allergenlardan birortasining "aybdorligiga" gumon bo'lsa, yaxshisi,

uni davolashdan chiqarib tashlash kerak. Bularning hammasi giposensibilizatsiya o'rniga (kasallikning yashirin shakllarida) qo'shimcha yuqori sezuvchanlikni (gipersensibilizatsiya) keltirib chiqarish xavfining oldini oladi. Maxsus davolash uchun allergenning boshlang'ich (bo'sag'a) miqdorini aniqlash kerak. Shu maqsadda allergometrik titrlash o'tkaziladi. Titrlashda allergen 0,02 ml miqdorida teri ichiga kiritiladi. Shu bilan bir vaqtda nazorat uchun 2 eritma, ya'ni allergenni suyultirishda ishlatiladigan nazorat eritma (nazorat manfiy reaksiya) va gistaminning 0,1 foizli eritmasi (nazorat musbat reaksiya) teri ichiga kiritiladi. Keyin esa bilakning ichki yuza sohasiga allergenning yuqori eritmalari bilan bir necha sinamalar qo'yiladi.

Allergik kasalliklari bilan klinikamizda (TTA) ko'p ming sonli bemorlar bilan o'tkazilgan teridagi sinamalar natijalariga asoslanib, ularni mumkin bo'lgan boshlang'ich miqdorlari ishlab chiqilgan.

Yuqorida aytib o'tilgan tekshirishlarga asosan teridagi sinamalarning qanchalik yaqqol ko'rinishiga bog'liq holda quyidagi eritmalarni qo'llashni tavsiya etamiz:

1. Uy-ro'zg'orga oid allergenlar (+++) - 10^{-5} , (++++) - 10^{-6} .
2. Epidermal allergenlar (+++) - 10^{-5} , (++++) - 10^{-7} .
3. Bakteriyalarga oid allergenlar (+++) - 10^{-5} , (++++) - 10^{-8} .
4. Zamburug'lar (+++) - 10^{-5} , (++++) - 10^{-7} .
5. O'simlik changlariga oid allergenlar: o'tloq o'tlari (+++) - 10^{-7} , (++++) - 10^{-9} , begona o'tlar (+++) - 10^{-9} , (++++) - 10^{-11} .

Antigen ta'sirlashi bilan yuzaga keladigan asoratlar orasidagi bog'liqlik sabablari aniqlangan. Ko'p hollarda organizmning reaksiyasi boshlang'ich (bo'sag'a) miqdorining yuqoriroq bo'lib ketishi bilan bog'liq. Bu titrlash paytida boshlang'ich miqdorini to'g'ri aniqlay olmaslik natijasida yuzaga keladi. Shu bilan bir vaqtda davolash paytidagi reaksiyalar "shokli a'zo" sezuvchanligining kam pasayganligini ko'rsatuvchi ishonchli omillardan biri hisoblanadi.

Nobakterial allergenlar bilan davolashda mahalliy allergik reaksiyalar tezligi turli mualliflarning ma'lumotlariga qaraganda 12 foizdan 75 foizgacha, umumiy reaksiyalar esa 9 foizdan 50 foizgacha uchraydi. Davolash tartibi to'g'ri tashkil qilinganda allergik reaksiyalar yuzaga kelmaydi. Allergik reaksiyalar oqibatida kelib chiqqan

haddan tashqari holat (stress) himoya antitelo mahsulotlarini to'xtatuvchi adrenokortikotrop gormon (AKTG) va kortikosteroidlar ko'p miqdorda ishlanib chiqishi bilan qo'shilib keladi. Bakteriyalarga oid allergenlar bilan davolashda kasallikning xurujlari va asoratlari 8-20 foiz hollarda kuzatiladi. Allergenlar bilan davolash jarayonida gistaminga qarshi preparatlarni belgilash tavsiya qilinmaydi, ular yengil ko'rinishdagi allergik reaksiyalarni aniqlashni qiyinlashtiradi. Shu bilan bir vaqtda, bizning ma'lumotlarga ko'ra, yengil allergik reaksiyalarning oldini olish maqsadida kromoglikat natriyni qo'llash mumkin.

Nobakterial allergenlar bilan davolashda yuzaga keladigan asoratlari:

1) Tez sodir bo'ladigan mahalliy reaksiya. Allergen kiritilgan joy qizarish, qichishish va shishish bilan xarakterlanadi. Bu muolajadan 15-20 daqiqa o'tgach paydo bo'ladi. Kuchsiz reaksiyalarda gistaminga qarshi dori moddalari tabletkasini ichish bilan kifoyalanadi. Yelkada katta shish paydo bo'lgan hollarda 2,0 tavegil yoki 1 foizli - 1,0 dimedrol teri ichiga yuboriladi. Allergik reaksiyalar yo'q bo'lgandan keyin allergenning o'sha miqdorini takroran yuborish yoki undan oldingi miqdoriga qaytarish kerak. Davolashni to'xtatish kerak emas.

2) «Shokli» a'zodagi reaksiyalar. Asosiy kasallikning xuruji bilan xarakterlanadi. Maxsus davo butunlay sog'ayib ketgunga qadar to'xtatiladi va giposensibilizatsiya reaksiya bergan miqdordan oldingisi bilan boshlanadi. Kuchli reaksiyalar bo'lgan holatlarda yaxshisi davolashning boshqa tartibiga o'tgan ma'qul.

3) Boshqa a'zodagi reaksiyalar. Shikoyatlar: oyoq-qo'llarida, yurak sohalarida og'riqlar, qon bosimining ko'tarilishi yoki pasayishi, vegetativ nerv tizimida, periferik tomirlarda, nervlarda va hatto bosh miya tomirlarida buzilishlar kuzatiladi. Ba'zi hollarda allergik dermatitlar, qo'l-oyoqlarda shishlar ham bo'ladi. Bu vaqtda maxsus davolashni butunlay sog'ayib ketgunga qadar to'xtatiladi. Davoni qaytatdan boshlash masalasini bemorni sinchiklab klinik va immunologik tekshirishlardan o'tkazishdan keyin hal qilish va ehtiyotkorlik bilan yengilroq tartibda o'tkazish lozim. Tizimli reaksiyalar yana qaytalanganda maxsus davo to'xtatiladi.

4) Umumiy reaksiyalar. Bu yuz qizarish, butun tananing qizishi, yo'tal, ko'krak sohalarida og'irlik, yurak tez urib ketishi, qon bosimini pasayishi bilan xarakterlanadi. Umumiy reaksiya anafilaktik shok bilan yakunlanishi mumkin.

Anafilaktik shokni davolash quyidagi tartibda olib boriladi. Allergen kiritilgan joydan yuqorisiga bog'lam qo'yiladi. Allergen kiritilgan soha atrofiga 0,1 foizli adrenalिन eritmasi 0,5 ml kiritiladi va shu vaqtning o'zida 0,5 ml adrenalिन ikkinchi qo'lining terisi ostiga kiritiladi. Mushaklar ichiga tavegil 2 ml foizli yoki 1 foizli dimedrol eritmasidan 2 ml yuboriladi. Agar 10 daqiqadan keyin bemorning ahvoli yaxshilanmasa, ko'rsatilgan tadbirlar yana qaytariladi va bundan tashqari 30-60 mg prednizolon yoki 8-16 mg deksametazon 10 ml 40 foizli glyukoza bilan birgalikda tomir ichiga yuboriladi. Ko'rsatmalarga muvofiq (agar qon bosimi tushib ketgan bo'lsa), teri ostiga 10 foizli kofein yoki kordiamin, tomir ichiga strofantin K 0,5 ml + 20 ml 40 foizli glyukoza bilan qo'shib qilinadi. Agar bemorning ahvoli yana yaxshilanmasa, 1 ml 0,2 foizli noradrenalin eritmasini 300 ml 5 foizli glyukoza eritmasida vena ichiga tomchi usulida yuboriladi va yana 60 mg prednizolon ham qilinadi. Anafilaktik shok boshlangan davrida bemorga darhol kislorod beriladi. Agar anafilaktik shok bo'g'ilish belgilari bilan birga qo'shib kelsa, vena ichiga 10 ml 2,4 foizli eufillin eritmasi glyukoza bilan qo'shib qilinadi, nafas olish buzilganda 1 ml 1 foizli lobelin (yoki sititon) yuboriladi. Bemor shifoxonaga yotqiziladi, maxsus davo to'xtatiladi. Ayrim hollarda, boshqa moneliklar bo'lmaganda, 6 oydan kam bo'lmagan vaqtdan keyin maxsus davoni qayta boshlash mumkin. Bunda davo muolajalari reaksiya bergan miqdordan 1-2 marta kam miqdorda va oralig'i uzaytirilganroq tartibda amalga oshirilishi lozim.

Allergik kasalliklarning oldini olish chora-tadbirlari

Allergik kasalliklarda oldini olish chora-tadbirlarining ahamiyati katta ekanligini hisobga olib, butun dunyo sog'liqni saqlash tashkiloti maxsus sog'lomlashtirish-tiklanish kompleksini ishlab chiqishga alohida e'tibor qaratdi.

Nafas yo'llari allergik kasalliklarining oldini olish usullariga kasallik oldi davrida ishlab chiqarishdagi zararli omillarga qarshi kurashish, profilaktik ko'riklar o'tkazish, kasallik xurujining oldini olish va davolashlar kiradi. Allergik kasalliklarning oldini olish chora-tadbirlari har tomonlama bo'lishi kerak, ular birlamchi va ikkilamchi tadbirlarga bo'linadi. Birlamchi chora-tadbirlarga, asosan atrof-muhitni yaxshilashga qaratilgan ijtimoiy umumdavlat chora-tadbirlarini ishlab chiqarish, yashash sharoiti va mehnat sharoitini qulaylashtirish, ishlab chiqarishdagi kasbga oid zararli omillarga qarshi kurashish kiradi. Bunga yana tibbiy (dispanser ko'rigi) va alohida xususiy tadbirlar (chekishni tashlash) ham kiradi. Ikkilamchi chora-tadbirlarga bular – bemorlarni shifoxonalarda, poliklinikalarda, tibbiy sanitar qismlarida, sanatoriyalarda davolash va sog'lig'ini tiklash, allergologik kuzatish usullarini tashkil qilish kiradi.

Pollinozning oldini olish uchun shaharda begona o'tlarni yo'q qilish katta ahamiyatga ega. Atopik kasalliklari bor bemorlar xonadonidan ortiqcha yumshoq jihozlar, gilamlar va boshqa chang yig'uvchilarni chiqarib tashlash lozim. Xonalarni faqat namlangan usulda tozalash va ro'zg'orda havoni namlaydigan asboblardan foydalanish maqsadga muvofiq.

Allergiyaning infeksiyaga oid turlarida infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida davolash-tozalash (tonzillit, sinusit) kerak. Oziq-ovqat mahsulotlariga allergiyasi bo'lgan bemorlarning kundalik ovqat mahsulotlaridan allergenlarni (shokolad, sitrus mevalar) istisno qilish. Allergik kasalliklari bo'lgan barcha bemorlarga uy-ro'zg'orda ishlatiladigan kimyoviy moddalardan foydalanish man etiladi. Organizmni chiniqtirish va unchalik og'ir bo'lmagan jismoniy mehnat bilan shug'ullanish ham allergik kasalliklarning oldini olishda muhim o'rin tutadi. Allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarga sportning ayrim turlari – yengil atletika, suzish, tennis o'ynash mashg'ulotlari bilan shug'ullanish tavsiya etiladi. Allergik kasalliklarning oldini olishda kasbni to'g'ri tanlash ham jiddiy ahamiyatga ega. Kanalarga sezuvchanlik ortishi bilan yuzaga kelgan bronxial astma kasalligining oldini olish uchun ko'rpa-to'shaklarni quyosh nurlarida nurlantirish tavsiya qilinadi. Kunduzgi vaqtda 2 soat

davomida nurlantirish kanalarini butunlay qirilib, yo'q bo'lishiga olib keldi. O'rin-ko'rpalarga 5 foizli borat kislota yoki 5 foizli tuz eritmasi bilan ishlov berishda ham ijobiy natijalar olindi. Bunda 80 foizli kanalar qirilib, yo'q bo'ldi. Bolalarda allergik kasalliklarning oldini olish chora-tadbirlariga: tug'ish yoshidagi ayollarning sog'liqlarini yaxshilash, homilador ayollarda bola rivojlanayotgan va tug'ilgandan keyingi davrlarda antigendan ehtiyotlash choralari ko'rish, ovqatlanish rejimiga va turlariga e'tibor berish kiradi. Yangi tug'ilgan bolalardan allergik kasallik xavfi bo'lgan guruhni ajratib olish. Bu maqsadda ota-onasi qonidagi Ye immunoglobulinlar miqdori aniqlanadi. Onaning kundalik oziq-ovqat mahsulotlaridan shartsiz allergenlarni chiqarib tashlash, allergik kasalliklari bo'lgan bolalar qo'shimcha ovqatlariga sharbatlarni kechroq kiritish tavsiya qilinadi. Bundan bolalarni emlash ishlari alohida rejim bo'yicha, gistamininga qarshi preparatlar ta'siri ostida qilinadi.

Allergik kasalliklarning oldini olish omillaridan biri - maxsus giposensibilizatsiya hisoblanadi. O'z vaqtida o'tkazilgan immunoterapiya kasallik xurujining oldini oladi.

Bemorlarning sog'lig'ini kuzatib borish usuli (dispanserizatsiya) sanator-kurort sharoitida davolash ham kasallikning oldini olish chora-tadbirlarining eng samarali usullari hisoblanadi. Bunda kurort joylarning geografik iqlim sharoiti, qulay harorat, o'rtacha namlik, quyosh nurlari juda ham yuqori qizdirmaydigan sharoitlari, atmosfera havosida polyutantlar, muallaq holda turuvchi birikmalar bo'lmasligi yetakchi o'rin tutadi.

XUSUSIY QISM

Bu bo'limda hozirgi vaqtda eng ko'p tarqalgan, kelib chiqish sabablari turlicha bo'lgan allergik kasalliklar to'g'risida qisqacha ma'lumotlar berilgan. Yuqorida aytib o'tilganidek, ularga turli xil tashqi allergenlar keltirib chiqaradigan, immunologik rivojlanish bosqichiga ega bo'lgan kasalliklar kiradi. Bu yerda to'qimalarni shikastlovchi, buzuvchi omil antitelo hisoblanadi. Ular "Umumiy allergologiya" bo'limida bayon etilgan usullar yordamida diagnozlanadi va samarali davolanadi.

OZIQ-OVQAT ALLERGIYASI

Oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslik holatlarini shartli ravishda 4 guruhga bo'lish mumkin:

1. Ovqat hazm bo'lish yo'lidagi kasalliklar (yallig'lanish, distrofik, funksiyasiga oid, disbakterioz).
2. Ovqat hazm qilish yo'li fermentlarining yetishmovchiligi (tug'ma, orttirilgan).
3. Psixogen va ta'm sezish omillari, ya'ni o'ziga xos xususiy odatlar asosida yuzaga kelgan omillar.
4. Oziq-ovqat allergiyasi (birlamchi va ikkilamchi).

Oziq-ovqat allergiyasida allergen vazifasini oziq-ovqat mahsulotlari yoki ularning parchalanishi natijasida yuzaga keladigan mahsulotlar bajaradilar. Ular qonda aylanib yuruvchi yoki to'qimalarga o'rnashib olgan antitelolar bilan o'zaro ta'sirlashadilar. Sensibilizatsiya qo'proq oshqozon-ichak yo'li orqali kelib chiqadi. Sezuvchanlikning ortishi oziq-ovqat qo'shimchalariga, konservantlarga bo'lgan hollarda oziq-ovqat mahsulotlaridan kelib chiqqan allergiya deyish ko'proq to'g'ri keladi. Oziq-ovqat allergiyasi bizning mamlakatimizda ham, chet davlatlarda ham keng tarqalgan. Ko'p hollarda u yana nutritiv allergiya deb ham yuritiladi. Oziq-ovqat allergiyasi ko'proq bolalarda uchraydi. Bu patologiyaning yosh bolalar orasida keng tarqalishi sabablaridan biri – sun'iy ovqatlar bilan boqish hamda ovqatni me'yoridan ortiq berib yuborish hisoblanadi. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslik holatlari har doim ham antigen-antitelo reaksiyasi bilan bog'liq bo'lmay-

di. Uning rivojlanishiga ovqat hazm qilish a'zolarining kasalliklari, hazm fermentlari yetishmasligi, ichaklardagi disbakterioz holatlari sabab bo'lishi mumkin. Faqat 25 foiz hollardagina oziq-ovqat mahsulotlarini ko'tara olmaslik immunologik mexanizmga bog'liq bo'ladi. Keyingi yillarda faqat ona suti bilan to'liq boqiladigan bolalar soni 10 foizga kamaydi. Oziq-ovqat allergiyasi boshqa hamma allergik kasalliklar orasida 5 foizdan 30 foizgacha uchraydi. Allergik dermatit bilan kasallangan bolalarda oziq-ovqat allergiyasi 47 foiz hollarda kuzatilgan. Nafas yo'llarining allergik kasalliklarida oziq-ovqat allergenlar kasallik sababchisi sifatida 20 foiz hollarda aniqlangan. Ovqat hazm qilish a'zolari tomonidan anatomik, fiziologik va immunologik buzilishlar oziq-ovqat allergiyasi rivojlanishini amalga oshiruvchi omillar (xavfli omillar) hisoblanadi. Bularning hammasi oziq-ovqat mahsulotlarining parchalanishi va so'rilishining buzilishiga olib keladi. Bundan tashqari, oqsilli ovqatlarni haddan ziyod iste'mol qilish, oziq-ovqat ishlab chiqarishda konservantlar va oziq-ovqat bo'yoqlaridan foydalanish, oziq-ovqat mahsulotlarida kimyoviy zaharli moddalarning tarqalishi, gijjalar ham ta'sir ko'rsatadi. Oziq-ovqat allergiyasining bolalar orasida ko'p tarqalishi bolalarda oziq-ovqat allergenlariga ichaklar va jigar to'siqlarining o'tkazuvchanligi yuqoriligi bilan bog'liqdir. Kattalarda oziq-ovqat allergiyasi birmuncha boshqacharoq tusda, ya'ni ichki a'zolarining surunkali kasalliklari ko'rinishida o'tishi mumkin. Oziq-ovqat allergenlari hayvon va o'simlik oqsillari (sut, go'sht, baliq, boshqoqli g'alla ekinlari) bo'lib qolmoqda, aksariyat hollarda esa sitrus mevalar, yong'oqlar, asal, kakao, shokolad bo'lishi mumkin.

Har bir oziq-ovqat mahsulotidan muvofiq ishlov berish natijasida 4-6 xil antigenli tarkibiy qismlarni ajratib olish mumkin. Oddiy oqsillarning ko'p aminokislotali tarkibiy qismlari ko'proq allergenlik xususiyatiga ega. Har qanday oziq-ovqat mahsuloti allergen bo'lishi mumkin. Ulardan ba'zilari chin bo'lmagan (psevdoallergiya) tipdagi patologik reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin. Bunda darhol reaksiyaning ikkinchi bosqichi – gistaminoliberatsiya yuz beradi. Bolalarda sut aksariyat hollarda allergiyani keltirib chiqaradi. Kattalarda sutga allergiya, odatda ichaklardagi kasalliklar bilan birgalikda kuzatiladi. Sigir sutining tarkibida 5 xil antigenli mod-

dalar: alfa-laktoalbumin, beta-laktoglobulin, kazein, lipoproteinlar hamda albumozalar va peptonlar aralashmasi bo'ladi.

Beta-laktoglobulin hammasidan ko'ra ko'proq allergik xususiyatga ega. U suvda juda yaxshi eriydi, sut qaynatilganda esa parchalanadi. Sutning allergenlik xususiyatini kamaytirish maqsadida 100°C da 10 daqiqa davomida qaynatish lozim. Shu bilan bir vaqtda bolalarda ona sutiga nisbatan allergiya aniqlanmagan, chunki uning tarkibida beta-laktoglobulin bo'lmaydi. Sutga nisbatan allergiyasi bo'lgan bemorlarning 45 foizida beta-laktoglobulinga nisbatan allergiya rivojlanadi. Allergenlik xususiyati jihatidan kazein ikkinchi o'rinda turadi. U yuqori haroratga chidamli bo'lib, qaynatilganda ham yemirilmaydi. Bemorlarning 30 foizida unga nisbatan sezuvchanlik ortgan bo'ladi. Sigir va echki sutining tarkibiy qismlari bir xil emas. Shuning uchun sigir sutiga allergiya bo'lgan hollarda uni echki suti bilan almashtirish mumkin.

Tuxum tarkibiga ovalbumin, ovomukoid antigenlar kiradi. Tuxum antigenlarining turlari faqat o'zigagina xos emas. Shuning uchun tovuq, o'rdak va g'oz tuxumlariga nisbatan kesishuvchi reaksiyalar kuzatiladi. Tuxum oqsillari haroratga chidamli, biroq qaynatilgandan keyin ularning allergenlik xususiyatlari pasayadi. Tuxum sarig'ining asosiy antigeni vitellin hisoblanadi. U yuqori haroratga chidamli. Qaynatilgandan keyin tuxum sarig'ining allergenlik xususiyati pasayadi. Turli xil baliqlarning antigenlari bir-biridan farq qiladi. Ko'p hollarda baliqlarning quyidagi turlari allergiyaga sabab bo'ladi: sudak, sazan, sayra, xek, treska. Yuqori haroratda ishlov berilganda ham baliqlarning antigenlik xususiyatlari o'zgarmaydi.

Hayvon go'shti boshqa go'shtlarga nisbatan kamroq hollarda allergik reaksiyalarini keltirib chiqaradi. Turli hayvon go'shtlariga kesishuvchi allergik reaksiyalar kuzatiladi. Ot go'shtiga allergiya bo'lgan hollarda, ot zardobidan tayyorlangan dori moddalari ham og'ir allergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin.

Bolalarda boshhoqli don o'simliklariga (bug'doy, loviya, yorma) allergik reaksiyalar kuzatiladi. Ko'proq bug'doyga nisbatan allergiya qayd etilgan. Uning tarkibidagi glyuteinli moddalar ichaklarda fermentlar yetishmasligi rivojlanishi hisobiga ingichka ichaklarda yallig'lanish jarayonini keltirib chiqarishi mumkin.

Meva va sabzavotlar ham allergen bo'lishi mumkin. Yosh bolalarda sensibilizatsiya ko'proq kundalik iste'mol qilinmaydigan oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan yuzaga keladi. Shaftoli, sitrus mevalar, qahva, kakao, asal, qulupnay, malina, tuxum, baliq, yong'oqlar kuchli allergenlik xususiyatga ega bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlari hisoblanadi. Bu allergenlardan tashqari bolalarda bronxial astma kasalligini sut, sabzi, kartoshka, guruch, bug'doy uni, qora yormasi ham keltirib chiqarishi mumkin (12 foizdan 70 foizgacha). Oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan bolalarning katta guruhi tekshirilganda 40 foizida sutga nisbatan allergiya, 33 foizida tuxumga, 12 foizida baliqqa nisbatan, 6 foizida meva va sabzavotlarga, 3 foizida esa boshoqlilarga nisbatan allergiya borligi aniqlandi.

Kattalarda oziq-ovqat allergiyasi ko'proq sabzavotlarga 80 foiz, boshoqlilarga 40 foiz va mevalarga 18 foiz hollarda qayd etilgan. Allergiyaning bir vaqtning o'zida bir necha oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan bo'lish holatlari monoallergenlarga nisbatan ikki marta ko'proq uchraydi. Har bir mintaqada ovqatlanishdagi o'ziga xos urf-odatlar turli mahsulotlarga nisbatan sezuvchanlikning ortishida o'z ta'sirini ko'rsatadi. Masalan, Astraxanda baliqqa nisbatan allergiya ko'proq kuzatilsa, Gruziyada sitrus mevalariga nisbatan ayniqsa ko'p aniqlanadi. Oziq-ovqat allergiyasining kelib chiqishiga ta'sir ko'rsatuvchi omillar ichida irsiy omillar muhim o'rin egallaydi. Oziq-ovqat allergiyasining nasl orqali o'tish mexanizmi hujayralar rivojlanish jarayonlarida muvofiqlik buzilgan holatlar bilan bog'liq. NLA (V-8 va V-7) bilan qondagi maxsus immunoglobulinlar orasida o'zaro bog'liqlik aniqlangan. Homiladorlik paytida homilada oziq-ovqat mahsulotlariga sezuvchanligining ortishi tashqi allergenlar ta'siri natijasida yuzaga keladi.

Allergiyaga moyillik deyilganda allergik diatez nazarda tutiladi. Shu bilan bir vaqtda bolalarda ekssudativ – kataral diatez termini bilan yuritiladigan noallergik kasalliklarga kiruvchi holat ham xuddi shu guruh belgilari va ko'rinishlarini o'z ichiga oladi. Bola organizmiga allergenlar ona suti orqali kirganda allergik diatezning birinchi belgilarini keltirib chiqaradi. Bunday bolalar qoniga antigenlar tushganda katta miqdorda antitelo reagenlarni ishlab chiqaradi. Bolalarda sutga va boshoqli don mahsulotlariga nisbatan al-

lergiyaning bo'lishi oshqozon-ichak yo'li ferment tizimining yetarli rivojlanmaganligi va ichak-jigar to'siqlari o'tkazuvchanligining ortib ketganligi bilan bog'liq bo'ladi. Kattalarda oziq-ovqat allergiyasining yuzaga kelishiga allergenlarning so'rilishini kuchaytiruvchi achchiq taomlar va spirtli ichimliklar iste'mol qilish hamda oshqozon-ichak tizimi yo'lidagi kasalliklar turtki bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasida ichakda to'liq parchalanmagan antigenlik xususiyatini saqlab qolgan oqsil mahsulotlarining qonga so'rilishi yuz beradi. Bunga fermentlar yetishmasligi, ya'ni enterokinazalar, peptidaza kabi fermentlar miqdorining pasayib ketishi ham ahamiyatga molik ta'sir ko'rsatadi.

Ma'lumki, odam me'dasida bo'shliqli va devor oldi membranali hazm qilish sistemasi mavjud. Bo'shliq ichidagi hazm qilish organizmga tushgan mahsulotni yirik molekulalarga parchalab, membranali hazm qilishga tayyorlab beradi. Ichakda mayda oqsilli tarkibiy qismlar parchalanishining buzilishi oziq-ovqat allergiyasining rivojlanishiga turtki bo'ladi, ya'ni kasallik hazm qilishning birinchi bosqichida yuzaga kelishi mumkin. Hazm qilishning ikkinchi bosqichi (devor oldi) buzilishi ham oziq-ovqat allergiyasi kelib chiqishini amalga oshiradi. Peptidaza kabi fermentlarning yetishmasligi antigenlik xususiyatlarini saqlab qolgan oqsil molekulalarining so'rilishiga olib keladi.

Oziq-ovqat allergiyasi yana antigenlik xususiyatini yo'qotmagan yirik oqsil molekulalari jigar to'siqlari orqali o'tib ketgan holatlarda ham paydo bo'lishi mumkin. Oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan bemorlarning 40 foizida hazm qilish a'zolarining kasalliklari aniqlangan.

Irsiy yo'l bilan o'tgan A immunoglobulin ishlab chiqarishdagi yetishmovchilik ham oziq-ovqat allergiyasini keltirib chiqarishi mumkin. Uning yetishmasligi oziq-ovqat antigenlarining so'rilishiga yordam beradi. Ikki yoshgacha bo'lgan bolalar ichaklarida IgA ishlab chiqaradigan hujayralar hali kam rivojlangan bo'ladi. Ichak devorlariga antigenlar katta miqdorda tushganda immun birikmalar - antigen-antitelo paydo bo'lishi mumkin. Homilaga antitelo onadan sust (passiv) o'tkazish yo'ldosh orqali kiradi. Homilada sezuvchanlikning ortishi faol holda ham, ya'ni oziq-ovqat oqsili - antigenni yo'ldosh orqali onadan homilaga tushishi hisobiga ham yuz berishi mumkin. Oziq-ovqat allergiyasi allergik reaksiyalarning 3 xil tipi ko'rinishida

o'tishi mumkin. IgE bilan bog'liq tez sodir bo'ladigan, IV tip bo'yicha – sekin-asta rivojlanadigan hamda III tip bo'yicha aylanib yuruvchi immun birikma bilan bog'liq bo'lgan reaksiyalar ko'rinishida sodir bo'ladi. Tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar 30 foiz bemorlarda (30 daqiqa – 2 soat keyin) kuzatiladi. Ko'pincha kasallikning klinik ko'rinishlari 12-24 soatdan keyin yuzaga keladi. Allergik reaksiyaning og'ir kechishiga qon zardobidagi komplement miqdorining pasayishi va gistamin, serotonin kabi allergik reaksiya mediatorlarining ajralib chiqishi ta'sir ko'rsatadi. Serotonin immunologik bosqichsiz reaksiyalarda ham paydo bo'lishi mumkin. Bu sovuq, ultrabinafsha nurlar, jismoniy ishlar ta'siri ostida, ya'ni haqiqiy bo'lmagan allergiyalar (psevdoallergik) ko'rinishida sodir bo'ladi.

Oziq-ovqat allergiyasi ko'pincha yuqori sezuvchanlikning tez sodir bo'ladigan, aylanib yuruvchi antitelolar amalga oshiruvchi tipi bo'yicha o'tadi. Reaksiyaning davomlilikgi antigen organizmga tushgandan keyin 7-10 kungacha cho'ziladi. Oziq-ovqat allergiyasining klinik belgilari joylashgan o'rniga ko'ra 3 guruhga ajratiladi:

1. Gastro-intestinal.
2. Teri kasalliklari.
3. Nafas yo'li kasalliklari.

Kattalarda ularning birgalikda uchrashi kuzatiladi. Oziq-ovqat allergiyasining klinik ko'rinishlari turlicha bo'ladi. Bemorlarda isitma, titrash, uchuq, qavarchiq, Kvinke shishi, bronxlarning siqilishi, bosh og'rig'i, ko'p bo'g'imlarda birdaniga og'riqlar kuzatilishi mumkin. Murakkab bo'lmagan oziq-ovqat allergiyasida ichaklarda zararlanish belgilari bo'lmaydi. Ichaklarda surunkali kasalliklar bo'lgan hollarda oziq-ovqat allergiyasi belgilariga ichaklardagi buzilishlar ham qo'shiladi. Oziq-ovqat allergiyasining klinik kechishining ikkita asosiy shakli ajratiladi: siklik va doimiy (surunkali).

Doimiy shakli – qondagi antiteloning yuqori miqdori bilan bog'liq. Bunda allergenni iste'mol qilish hamma vaqt kasallikning klinik belgilari yuzaga kelishiga olib keladi. Hatto allergenli mahsulotlarni uzoq vaqt davomida iste'mol qilmay, keyinchalik qayta iste'mol qilgan hollarda ham yana kasallikning klinik ko'rinishlari namoyon bo'ladi.

Oziq-ovqat allergiyasining siklik shaklida bemor oziq-ovqat mahsulotlari – allergenlarni vaqti-vaqti bilan yaxshi qabul qiladi, ya'ni bir ovqatning o'zi ba'zan kasallik belgilarini keltirib chiqarsa, ba'zan hech qanday belgilarni chaqirmaydi. Bunday hollarda kasallikni diagnozlash ancha qiyin. Allergik reaksiyalar 5-6 kunda 1 marta yuzaga keladi.

Oziq-ovqat allergiyasida ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarining klinik ko'rinishlari ham har xil bo'ladi. Ularga surunkali gastrit, enterit, pankreatit, o't haydab chiqaruvchi yo'llar va yo'g'on ichaklar kasalliklari, o't-tosh kasalligi, oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari kiradi. Patologik belgilar oshqozon-ichak yo'lining hamma bo'limlarida vujudga kelishi mumkin: og'iz bo'shlig'ida (gingivit, glossit, stomatit, xeylit) oshqozonda (gastrit, oshqozon yarasi kasalligi). Ayrim mualliflar oshqozon yarasi kasalligiga allergik kasallik deb qaraydilar. Oziq-ovqat allergiyasi uchun qorinda birdaniga paydo bo'ladigan og'riq xos xususiyatlardan biri hisoblanadi. Biroq oziq-ovqat allergiyasida ko'pincha ingichka va yo'g'on ichaklar zararlanadi. Bunda bemorlar og'riq, tez-tez hojatga yugurish, suyuq axlat kelishidan shikoyat qiladilar. Shuningdek, "ta'sirlangan ichak" sindromi ham kuzatiladi. Shilliq qavatdan biopsiya olinganda allergik yallig'lanish uchun xos bo'lgan epiteliy va subepiteliy tuzilishlarda aniq o'zgarishlar (eozinofillarning ko'payib ketishi, to'yin-gan hujayralarda buzilishlar, qonda immunoglobulinlar miqdorining ortishi) aniqlanadi. Oziq-ovqat allergiyasida ichakdagi o'zgarishlar boshqa ko'pgina qorin bo'shlig'i kasalliklarining yolg'on ko'rinishini berishi mumkin: appenditsit "o'tkir qorin", ichaklarning o'tkazish ishining buzilishi, mezenterial tomirlar trombozi. Ular noto'g'ri jarrohlik ishlarining aralashishlariga sabab bo'ladi. O'tkir rivojlanadigan oziq-ovqat allergiyalarida ko'pincha regional enterit (Krona kasalligi), yarali kolit, syeliakiya rivojlanadi. Bolalarda gastrointestinal allergiyaning rivojlanishi ko'proq sun'iy ovqatlanirishni erta boshlab yuborish bilan boshlanadi. Oziq-ovqat allergiyasida ko'pincha ichaklarda buzilishlar, siklik ravishda paydo bo'lib turuvchi ich ketishlar, o't pufagi diskeneziyasi, oshqozon og'riqlari xurujlari bilan kuzatiladi. Sut, go'sht va boshqa mahsulotlarga allergiya bo'lgan hollarda, hatto xoletsistit, gepatit va pankreatit rivojlanish holatlari

qayd etilgan. Shuni ta'kidlash lozimki, oziq-ovqat allergiyasida osh-qozon-ichak yo'lida yuzaga keladigan alohida klinik ko'rinishlar uchramaydi. Ular, odatda boshqa a'zo yoki tizimlardagi buzilishlar bilan birgalikda qo'shilib keladi. Oshqozon-ichak tizimidagi buzilishlarda poliallergiya ustunlik qiladi. Biroq aybdor allergenlar kelib chiqish jihatidan ko'pincha hayvon mahsulotlari hisoblanadi. O'simlik mahsulotlariga nisbatan allergiya esa ko'proq ichaklarning alohida kasalliklari ko'rinishida sodir bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasida boshqa a'zoldagi allergik belgilar o'rtacha 20 foiz bemorlarda aniqlanadi. Bolalarda oziq-ovqat allergiyasining eng ko'p sodir bo'ladigan shakllari bu qavarchiqlar va Kvinke shishi hisoblanadi. Oziq-ovqat allergiyasi bilan bog'liq bo'lgan qavarchiqlar va Kvinke shishining yuzaga kelish tezligi 13 foizdan 45 foizgacha holatlarda uchraydi. Ular, odatda ancha qiyin kechadi. Ko'pincha oziq-ovqat allergiyasi bilan bog'liq bo'lgan teridagi o'zgarishlar eritemali vezikulyar dermatitlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan 50 foiz bolalar hayotining birinchi yilidayoq ekzema (gush) bilan azoblanadilar. Kasallik bolani sun'iy ovqatlantirishga o'tkazishdan keyin paydo bo'ladi. Sigir suti bilan sun'iy ovqatlantirilayotgan yosh bolalarda oziq-ovqat allergiyasining ko'rinishi, odatda ekssudativ diatez deb diagnozlanuvchi teridagi patologik o'zgarishlardan iborat bo'ladi. Ularga boshning sochli qismlarida yog'li qatlamlar paydo bo'lishi, yonoqning qizariishi va keyinchalik chov sohalorida bichilishlar yuzaga kelishi kiradi. Agar bolani sutli aralashmalar bilan boqish davom ettirilsa, kasallik rivojlanishi kuchayadi, ekssudativ diatezdan ekzema vujudga keladi. Bolalardagi oziq-ovqat allergiyasining teridagi ko'rinishlari orasida tugunchali toshmalar uchraydi, ular strofulus (qichima) deb diagnozlanadi. Ular ko'pincha oyoq va qo'llarning bukiluvchi yuzalarida, oyoq kaftlarida, qo'l kaftlarida joylashgan bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasining ko'rinishi tashqi va o'rta quloqning yallig'lanishi, rinit va boshqa a'zoldagi shikastlanish belgilari bilan o'tishi mumkin. Shuningdek, quloq oldi bezining o'tkir va surunkali yallig'lanishi parotit ham qayd etilgan. Parotit ko'pincha tuxumga, sutga, shokoladga allergiya bo'lgan hollarda uchraydi. U, odatda kataral shilliq qavatining yallig'lanishi ko'rinishida kechadi. Kasallik tez boshlanadi va bir necha soat yoki kundan keyin sog'ayish bilan yakunlanadi. Oziq-

ovqat allergiyasining nihoyatda ko'p uchraydigan klinik ko'rinishlaridan biri – bronxial astma hisoblanadi. Bolalarda oziq-ovqat allergiyasining o'zi bronxial astma sababchisi sifatida 16 foiz hollarda, 45 foiz hollarda esa boshqa allergenlar bilan birgalikda kuzatiladi. Sut, tuxum va baliqqa nisbatan allergiya boshqa mahsulotlarga qaraganda ko'proq qayd etiladi.

Kattalarda oziq-ovqat allergiyasi bilan bog'liq bo'lgan bronxlardagi o'zgarishlar kam hollarda uchraydi. Oziq-ovqat allergiyasi bronxial astmani keltirib chiqaruvchi birgina omil sifatida kattalarda 5 foiz bemorlarda, boshqa allergenlar bilan birgalikda esa 22 foiz bemorlarda aniqlangan. Bronxial astmaning kelib chiqish sabablari o'rganilayotganda turli allergenlarga nisbatan kesishuvchi reaksiyalar bo'lishi mumkinligini hisobga olish lozim. Masalan, ambrozziyaga sezuvchanlik ortishi bilan bog'liq bo'lgan pichan isitmasida bemorda ambrozziya oilasiga mansub bo'lgan o'simliklarga kiruvchi mahsulotlarni ovqat bilan birga iste'mol qilish natijasida ham bo'g'ilish holati bo'lishi mumkin. Pollinozda bemorda qora bug'doy (javdar) changiga sensibilizatsiyaning bo'lishi – qora bug'doydan tayyorlangan nonni iste'mol qilganda ham belgilarning paydo bo'lishi kuzatiladi. Ba'zi daraxt changlariga sezuvchanlikning ortishida bemorlarda yong'oq, holva iste'mol qilgandan keyin ham allergik reaksiyalar paydo bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasi bolalar orasida, ko'proq o'g'il bolalarda, kattalarda esa ayollarda ko'proq uchraydi. Ayniqsa, bir yoshgacha bo'lgan bolalar orasida oziq-ovqat allergiyasi natijasida yuzaga kelgan bronxial astma ko'p kuzatiladi. U, asosan tuxumga, sutga va bug'doy uniga nisbatan allergiya bilan bog'liq bo'ladi. Oziq-ovqat allergiyasini taxikardiya, qon bosimining tushib ketishi va vasculit bilan namoyon bo'luvchi yurak qon-tomir tizimi kasalliklari ko'rinishida ham aniqlash mumkin. Oziq-ovqat allergiyasining eng og'ir ko'rinishlaridan biri – anafilaktik reaksiya hisoblanadi.

Oziq-ovqat allergiyasi periferik qondagi o'zgarishlar leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz reaksiyalarida namoyon bo'lishi mumkin. Bolalarda ko'pincha allergik granulotsitopeniya va trombositopeniya rivojlanadi. Oziq-ovqat allergiyasida asab tizimidagi buzilishlar umumiy astenizatsiya (ish qobiliyatining pasayishi), asabiylashish, uyqusizlik ham kuzatilishi mumkin. Demak, oziq-ovqat allergiyasi-

ning ko'rinishlari organizmning deyarli barcha a'zolarida va tizimlarida kuzatilishi mumkin. Oziq-ovqat allergiyasining juda ko'p tur-lanishlari mavjud, ammo u ko'proq oshqozon-ichak yo'li kasalliklari ko'rinishida yuzaga chiqadi. Oziq-ovqat allergiyasini diagnozlash ayrim hollarda shifokor uchun qiyinchiliklari tug'diradi. Qator kasalliklar oziq-ovqat allergiyasi belgilariga o'xshash belgilarni keltirib chiqarishi mumkin (disbakterioz, oshqozon-ichak yo'llarining surunkali kasalliklari, fermentlar yetishmasligi).

Oziq-ovqat allergiyasining diagnozi allergologik anamnez yig'ishdan boshlanadi. Bunda qarindosh-urug'larning allergik kasalliklariga, bolalikda boshdan o'tkazgan allergik kasalliklarga, kasallikning kechishiga oziq-ovqatlarning sifati va miqdorining ta'siriga, kasbga oid zararli omillarga e'tibor beriladi. Ovqatlanish kundaligini yozib borishga, ayniqsa, katta e'tibor qaratiladi. Unda har kuni iste'mol qilingan ovqatlar miqdori va sifati, qanday ishlov berilishi haqida qayd etib boriladi. Bu davrda biror dori moddani belgilash maqsadga muvofiq emas. Ovqatlanish kundaligini eng kamida bir oy davomida yozib borish kerak. Agar biror mahsulot allergik reaksiyaga sabab bo'lsa, u ratsiondan chiqarib tashlanadi. Oziq-ovqat allergiyasining siklik ravishda kechishi tufayli ayrim hollarda kasallikning turli bosqichlarida bir xil mahsulotning o'zi ba'zan allergiyaga sabab bo'lsa, ba'zan hech qanday allergik reaksiya chaqirmasligiga olib keladi. Oziq-ovqat allergiyasini diagnozlash uchun bo'lib-bo'lib o'tkaziladigan parhez taklif etilgan. Bunda gumon qilingan mahsulot 4 kunda bir marta qabul qilinadi. Bu vaqt mobaynida qonda yetarli miqdorda antitelo yig'iladi. Oshqozon-ichak yo'lining surunkali kasalliklarida, allergiya bilan bog'liq bo'lmagan holda ayrim oziq-ovqat mahsulotlarini hazm qila olmaslik kuzatiladi. Masalan, kolitda bemorlar qovunni, sutni yomon hazm qiladi. Xoletsistitda esa tuxum va pomidorni yomon o'tkazadi.

Oziq-ovqat allergiyasini diagnozlash uchun istisno qilish (eliminatsiya) sinamasining 3 xil turi qo'llaniladi.

1. Gumon qilinayotgan mahsulot 7-10 kunga iste'moldan chiqarib tashlanadi.

2. Asosiy parhezdan eng kuchli allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan (obligat) allergenlar (shokolad, yong'oq, tuxum, sut) chiqarib tashlanadi.

rib tashlanadi. Nihoyat, uchinchi turida 5 kungacha ochlik belgilanadi, keyin esa sekin-asta kundalik ovqatlarga turli mahsulotlar kiritiladi. Kasallik belgilarining gumon qilinayotgan oziq-ovqat mahsulotlarini chiqarib tashlagandan keyin yo'qolib, yana ovqat bilan qabul qilingandan keyin paydo bo'lishi kasallikning allergik tabiatga ega ekanligidan dalolat beradi. Provokatsiya sinamalarini o'tkazishda gumon qilinayotgan oziq-ovqat mahsuloti 5 kun oldin iste'moldan chiqarib tashlanishi kerak. Sinama qorin ochligida nahorga o'tkaziladi. Turli mutaxassislarining ma'lumotlariga ko'ra, provokatsiya sinamasi yuqori aniqlikda bo'lib chiqdi. 70 foiz bemorlarda natijalar mos keldi.

1920-yildayoq Vidal allergik reaksiyalarda qonda leykotsitlar va trombositlar miqdori kamayishini ko'rsatib berdi. U hozirgi paytda oziq-ovqat allergiyasini diagnozlashda ishlatiladi.

Leykopeniya va trombopenik sinamalar provokatsiya sinamalari bilan birgalikda o'tkaziladi. Allergen deb hisoblangan oziq-ovqat mahsuloti chiqarib tashlanib, tozalash xuqnasi o'tkazilgandan keyin va dori moddalarini (gistaminga qarshi moddalar, gormonlar) qabul qilish ham to'xtatilgandan keyin periferik qondagi leykotsitlar va trombositlar tekshiriladi. Bundan tashqari, qon bosimi, tomir urish tezligi ham aniqlanadi. Bronxial astmasi bo'lgan bemorlarda pnevmotaxometriya o'tkaziladi. Bemorga ertalab nahorga 100 g tekshirilayotgan mahsulot beriladi. Keyin yuqorida ko'rsatilgan hamma tekshirishlar ovqat qabul qilgandan 30, 60, 90 daqiqa o'tgandan so'ng o'tkaziladi. Agar qon bosimi 10 mm simob ustunidan ko'p miqdorga pasayib, tomir urishi 1 daqiqada 20 martaga tezlashsa, leykotsitlar miqdori 1 mm³da 1000dan ko'proq miqdorga pasaysa, trombositlar miqdori 25 foizga kamaysa, tashqi nafas funksiyasi 14 foizgacha pasaygan holatlarda sinama ijobiy hisoblanadi. Sinamalardan keyin kasallikning belgilari paydo bo'lsa, sinama yanada ma'lumotliroq hisoblanadi. Oziq-ovqat allergenlari bilan terida o'tkaziladigan allergik sinamalar skarifikatsiya yo'li bilan ham, teri ichiga kiritish yo'li bilan ham o'tkazilishi mumkin. Allergenni teri ichiga kiritishda ko'proq ma'lumot olinsa ham, u ko'pincha kasallik xurujini va umumiy reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin. Ular, odatda tez sodir bo'ladigan reaksiyalar tipida o'tishi mumkin. Ko'p sonli mualliflarning ma'lumot-

lariga qaraganda, terida o'tkazilgan sinamalar oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan bemorlarning 30 foizidan ko'prog'ida musbat bo'lib chiqqan. Shuni ham yodda tutish lozimki, teridagi sinamalar yolg'on musbat yoki yolg'on manfiy reaksiyalar ham berishi mumkin.

Sinamadan oldin qo'yiladigan allergenlarga muvofiq keladigan oziq-ovqat mahsulotlari iste'moldan chiqarib tashlanadi. Sinama o'tkazish uchun bir xil mahsulotdan tayyorlangan yoki bir necha mahsulotdan tayyorlangan birikma allergenlar qo'llaniladi. Teridagi sinamalar natijasi faqat boshqa tekshirish usullari bilan birgalikda baholanadi. Oziq-ovqat allergeniga nisbatan paydo bo'lgan, qonda erkin holda aylanib yuruvchi, antiteloni aniqlash uchun bir necha usullardan foydalaniladi. Masalan, Praustnits-Kyustner bo'yicha antitelo (sust) o'tkazish usuli, Shelli usuli bo'yicha bazofillarning shikastlanish reaksiyasi, Boyden bo'yicha bilvosita gemagglyutinatsiya, to'yingan hujayralar tuzilishining buzilish reaksiyalari, leykotsitliz va radioallergosorbent usullari (RAST) shular jumlasiga kiradi.

Oziq-ovqat allergiyasini aniqlash uchun hujayra reaksiyalarining yuqori sezuvchanlikning sekin-asta sodir bo'ladigan tiplari, limfotsitlar blasttransformatsiyasi (shaklining o'zgarishi), leykotsitlar harakatlanishining to'xtatilishi kabi reaksiyalardan foydalanish ham mumkin. Tuxumga, sutga nisbatan oziq-ovqat allergiyasining klinik ko'rinishi bo'lgan atopik dermatit bilan kasallangan bolalar qonida tuxum oqsiliga qarshi va sutdagi beta-laktoglobulinga qarshi maxsus immunoglobulinlarning yuqori miqdorda bo'lishi aniqlangan. Oziq-ovqat allergiyasini diagnozlash tibbiy asbob-uskunalaridan foydalanish yo'li bilan ham amalga oshiriladi. Rentgen nurlari yordamida tekshirish bir necha bosqichda o'tkaziladi. Allergen mahsulotni iste'moldan chiqarib tashlagandan 5 kun o'tgach, bemorga bariy sulfat bo'tqasi beriladi. Rentgen nurlari yordamida oshqozon va ichaklarning harakat-ko'chirish funksiyasi, ya'ni oshqozonga tushgan mahsulotning oshqozon-ichak yo'lidagi harakatlanishini kuzatish orqali tekshiriladi. Keyingi kuni ertalabki nonushtadan keyin (sulfat bariy + oziq-ovqat mahsuloti) qaytadan tekshirish o'tkaziladi. Oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan bemorlarda oshqozon ichidagi narsaning harakati keskin sekinlashgan yoki keskin tezlashgan bo'lib qoladi. Ingichka ichak siqilishi kuzatiladi. Bundan

tashqari, oziq-ovqat allergiyalarini aniqlashda elektrogastrografiya (elektr asboblari yordamida me'da biotoklarini va mexanik harakatini yozib olish) usuli ham qo'llaniladi. Bu apparat (asbob) oshqozon-ichak tizimining mexanik faoliyati haqida ma'lumot beruvchi oshqozon biotoklarini yozib olishga imkon beradi. Elektrogastrogramma doimiy ravishda qabul qilinadigan (standart) ovqatlarni iste'mol qilishdan oldin va iste'mol qilib bo'lgandan keyin hamda "allergik" ovqatdan keyin yozib olinadi. Oziq-ovqat allergiyasida oshqozonning ta'sirlanganligini ko'rsatuvchi o'zgarishlar kuzatiladi.

Mikroskopik tekshirish maqsadida oshqozon shilliq qavatidan kesmalar olish usuli ham (biopsiya) qo'llaniladi. Allergiyada oshqozon shilliq qavati qon tomirlarida qonning turib qolishi (staz), shish, eozinofilli va limfoidli infiltratsiyalar kuzatiladi, u oshqozon shilliq qavatidagi mahalliy allergik reaksiyani aniqlashga imkon beradi. Klinika sharoitida eliminatsiya (allergenni istisno etish) - provokatsiya (allergen ovqatlarni och qoringa berib ko'rish) sinamalar eng ko'p ma'lumot beruvchi sinama bo'lib qolmoqda. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan sinamalarning hech qaysisi oziq-ovqat allergiyasini tasdiqlash uchun mutlaq ishonchli, deb hisoblanmaydi.

Qator mutaxassislar oziq-ovqat allergiyasidan tashqari alimantar (oziq-ovqat orqali) va hazm qilishdagi allergiyani farqlaydilar. Buni aniqlash diagnozda muhim ahamiyatga ega bo'ladi. Alimentar allergiyada hazm qilish yo'liga tushuvchi turli oziq-ovqat qo'shimchalari, bo'yoqlar, konservantlar, dori moddalari antigen bo'lishi mumkin. Ayrim oziq-ovqat bo'yoqlari (masalan, tartrazin) juda ko'p miqdorda prostaglandinlar ishlanib chiqishi hisobiga chin bo'lmagan (psevdoallergik) reaksiyani keltirib chiqarishi mumkin. Antigen - antitelo reaksiyalari natijasida yuzaga keluvchi oshqozon-ichak yo'lidagi allergik o'zgarishlar antigenning qaysi yo'l orqali tushishidan qat'i nazar hazm qilishdagi yoki digestiv allergiya deb aytiladi. Bemor organizmiga antigen nafas yo'li orqali yoki muolajalar (inyeksiya) orqali ham tushishi mumkin. Ba'zi mutaxassislar oziq-ovqat allergiyasini birlamchi va ikkilamchi turlarga ajratadilar. Birlamchi allergiya deyilganda, immunologik buzilishlar ta'siri ostida vujudga keladigan o'zgarish tushuniladi, ikkilamchi allergiyada esa ovqat hazm qilish a'zolaridagi surunkali kasalliklar, ferment-

lar yetishmasligi, gijjalar ta'sirida o'zgarishlarning paydo bo'lishi tushuniladi. Kattalarda ko'proq oziq-ovqat va boshqa allergenlarga allergiya birgalikda kuzatiladi.

Quyidagi jadvalda oziq-ovqat allergiyasining chin (haqiqiy) va yolg'on shakllarini diagnozlash uchun ayrim ko'rsatkichlar yig'indisi berilgan.

3-jadval

Oziq-ovqat allergiyasining chin va yolg'on shakllari diagnozi ko'rsatkichlari

Kasallik belgilari	Kasallikning haqiqiy shakli	Kasallikning yolg'on shakli
1	2	3
Irsiy allergik kasalliklar	50%dan ko'proq	10%dan kamroq
Yondosh kelgan allergik kasalliklar.	80%dan ko'proq	10%dan kamroq
Oshqozon-ichak yo'li kasalliklari.	25%dan ko'proq	80%dan ko'proq
Gepatobiliar (jigar-o't yo'li) tizimi kasalliklari.	40%dan kamroq	60%dan ko'proq
Markaziy asab tizimi kasalliklari.	30%dan kamroq	80%dan ko'proq
Teridagi musbat sinamalar.	30%dan kamroq	80%dan ko'proq
Provokatsiya va eliminatsiya sinamalarining musbat bo'lish hollari.	60%dan ko'proq 80%dan ko'proq	5%dan kamroq 30%dan kamroq
Qondagi umumiy IgYe miqdorining ortishi.		
Qondagi maxsus Ig 4 miqdorining ortishi.	80%dan ko'proq	10%dan kamroq
Qonda aylanib yuruvchi antiteloning bo'lishi.	80%dan ko'proq	20%dan kamroq
	80%dan ko'proq	20%dan kamroq

Oziq-ovqat mahsulotini ko'tara olmaslik (hazm qila olmaslik) oshqozon-ichak yo'lidagi biror ferment ishlab chiqarishning irsiy buzilishi bilan yoki hayoti davomida yuzaga kelgan orttirilgan yetishmovchilik, oziq-ovqat mahsulotlarining fermentlar ta'sirida parchalanib, boshqa moddalar yaratilishining buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Oshqozon-ichak yo'lidagi fermentlar yetishmasligi bilan bog'liq buzilishlar, uglevodlar, aminokislotalar, yog' va yog' kislotalarini hazm qila olmaslik holatlari bilan birga qo'shib keladi. Masalan, kattalardagi sutni hazm qila olmaslik sut tarkibidagi laktazani parchalovchi laktaza fermentining yetishmasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bu holatni davolash uchun sutni butunlay iste'moldan chiqarib tashlash kerak. Differensial diagnoz sutga haqiqatdan ham allergiya bormi yoki fermentlar yetishmasligi (enzimopatiya) tufayli allergik reaksiya paydo bo'layaptimi, shuni aniqlash maqsadida bemorga tarkibida laktaza bo'lmagan qatiq yoki suzma berib ko'riladi. Agar sutga allergiya bo'lsa, bu mahsulotlar ham yomon hazm qilinadi. Agar fermentlar yetishmasligidan bo'lsa, bemor bu mahsulotlarni yaxshi hazm qiladi. Sutni yaxshi hazm qila olmaslik ferment yetishmasligini ko'rsatadi. Davolash maqsadida bemorlarning kundalik ovqati tarkibiga laktaza fermenti kiritiladi.

Kichik yoshdagi bolalarda aminokislotalarni hazm qila olmaslik bilan bog'liq bo'lgan kasallik uchrashi mumkin. Ularning asosida ko'pincha fenilakin, leysin almashinuvining buzilishi yotadi. Bunda bemor organizmiga oziq-ovqat mahsulotlari bilan aminokislotalar kirishini chegaralash kerak.

Glyuteinli enteropatiya - oqsil almashinuvi mahsulotlarini hazm qilish buzilishining eng ko'p uchraydigan va o'rganilgan shakli hisoblanadi. U seliakiya (ayrim don mahsulotlaridagi kleykovin oqsilini ko'tara olmaslik natijasida ichakda so'rilish jarayonining buzilishi) shakllaridan birini o'zida namoyon qiladi. Kasallikning rivojlanish mexanizmida bir necha gen orqali yuzaga kelgan fermentlar tanqisligi, ichak shilliq qavatidagi infeksiyalar va zaharli moddalar bilan zararlanish ishtirok etadi. Kasallikning klinik ko'rinishi beto'xtov ich ketishi bilan yuzaga chiqadi. Davolash uchun iste'mol qilinayotgan ovqat tarkibidan bug'doy va jav-

dar (qorabug'doy) non, bo'tqalar, undan tayyorlangan mahsulotlar chiqarib tashlanadi. Oziq-ovqat allergiyasining o'tkir kechayotgan davrida gistaminga qarshi moddalar keng qo'llaniladi. Oziq-ovqat allergiyasi umumiy allergik reaksiyalar bilan birga qo'shib kelgan hollarda esa kortikosteroid gormonlar ham kiritiladi. Gistoglobulin bilan davolashda ham yuqori samara olingan. Simptomatik (belgilarga qarab) davolash usuliga ham katta e'tibor beriladi. Allergenni chiqarib tashlash maqsadida oshqozon va ichaklarni yuvish tavsiya qilinadi, yurak faoliyatini yaxshilovchi preparatlar og'riq qoldiruvchi, spazmolitik vositalar belgilanadi. Kasallikning o'tkir davrida butunlay ovqat yemaslik tavsiya qilinadi. Keyinchalik oziq-ovqat allergenining turiga bog'liq holda parhezni kengaytirish mumkin. Surunkali oziq-ovqat allergiyasini davolash uchun juda ko'p usullar mavjud. Ular orasida eng ko'p tarqalgani – bu gipoallergik parhez usuli bo'lib, u kuchli allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan (obligat) oziq-ovqat mahsulotlarini kundalik iste'moldan chiqarib tashlashga asoslangan. Shirinliklarni, sigir suti, undan tayyorlangan mahsulotlar hamda qizil rangdagi sabzavot va mevalar tavsiya qilinmaydi. Bir qator chet el mutaxassislari parhezning 4 xil turini taklif etishgan. Ularning har birida iste'moldan chiqarib tashlanadigan mahsulotlar soni sekin-asta ko'paytirilib boriladi.

Yengillashtirilgan parhez usuli ham ishlab chiqilgan bo'lib, uning asosida 12-15 kun davomidagi ochlikdan keyin qaytatdan tiklanish bosqichini o'tkazish yotadi. Bu usullarning mexanizmi, birinchidan, allergenni istisno qilishga, ikkinchidan, esa organizmga nomaxsus ta'siriga asoslangan. Spirtli ichimliklar, go'shtli sho'rvalar iste'mol qilish man etiladi. Hozirgi paytda gipoallergik parhez ishlab chiqilgan bo'lib, unda shokolad, sitrus mevalar, malina, qulupnay, konserva mahsulotlari va boshqa mahsulotlar iste'moldan chiqarib tashlangan. Oshqozon-ichak yo'lida kasalliklari bo'lgan bemorlarda parhez terapiyadan keyin oziq-ovqat allergenlariga tolerantlik ortadi. Gijjalarni yo'q qilish, antiprotozoy vositalar bilan davolashlar ham muhim ahamiyatga ega. Kasallikning yengillashgan bosqichlarida sanator-kurort sharoitida davolash foydali hisoblanadi. Bemorlarga mineral suvlar, oshqozon va ichaklarni yuvish, qorin sohalariga balchiqlar qo'yish tavsiya qilinadi. N₂ retseptorlarining blokatorlari

guruhiga kiruvchi (simetidin, tagomet) preparatlarning ham yaxshi ta'sir ko'rsatishi to'g'risida ma'lumotlar mavjud. Ular oshqozonning kislova ishlab chiqarish funksiyasini pasaytirib, ichak shilliq qavati hujayralaridan gistamin ajralib chiqishini yo'q qiladi (bloklaydi). Kininlarga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi vositalar, proteinazaga qarama-qarshi preparatlar (trasilol, kontrikal) ham belgilanadi.

O'tkir allergik yallig'lanishning og'ir shakllarida glyukokortikoid gormonlar qo'llaniladi. Oshqozon yarasi kasalliklarida ularni qo'llash mumkin emas. Oziq-ovqat allergiyasini kromoglikat natriy bilan davolash ham nihoyatda samarali vosita hisoblanadi. Uning qobiqqa o'ralgan shakli – nalkrom belgilanadi. Uni ovqatdan bir soat oldin 1 kapsuladan qo'llash tavsiya etiladi. Uzoq vaqt davomida qaynatish (oqsillarning buzilishiga olib kelishi tufayli) oziq-ovqat mahsulotlarining allergenlik xususiyatlarini kamaytiradi.

Nihoyat, maxsus giposensibilizatsiya haqida ham to'xtalib o'tish lozim. U, asosan qaynatilgan suvda eritilgan tabiiy mahsulotlar bilan o'tkaziladi. Davolash 1:100 yoki 1:1000 eritmadan boshlanadi. Dastlab 1 choy qoshiqdan beriladi. Har kunlik miqdorini 1 qoshiqqa oshira borib, 10 qoshiqqa yetkaziladi, keyin navbatdagi eritmaga o'tiladi. Davo muolajalari 2-3 oy davom ettiriladi.

Oziq-ovqat allergiyasining diagnostika va davolash usullarining namunasi

1. Bemorning umumiy ahvoli va allergik ko'rinishlarning holatiga qarab 3-7 kun davomida ochlik belgilanadi. Bu kunlarning hammasida u har kuni 5-7 stakan suv ichib turadi. Tozalash xuqnasi 1 kunda 2 mahal albatta o'tkazilishi shart. Choy ichishi mumkin, faqat shakarsiz, kechkurun gigiyenik dush qabul qiladi.

2. Ochlikdan keyin kasallikning yengillashgan (remissiya) davrida 2-3 kun ichida oziq-ovqat allergenlari bilan terida sinamalar o'tkaziladi. Kerak bo'lsa, immunologik tekshirish ham o'tkaziladi.

3. Keyin leykopenik va provokatsiya sinamalari har kuni: 1- kuni sut, 2-kuni qatiq, 3-kuni tuxum, 4-kuni non, 5-kuni go'sht, 6-kuni kartoshka, 7-kuni suzma va boshqa gumon qilinayotgan mahsulotlar bilan o'tkaziladi. Oldindan bemor uyda ko'proq qaysi mahsulotni iste'mol qilishi aniqlab olinadi.

4. Gijja tuxumlarini aniqlash uchun axlat ikki marta tekshiriladi.

5. Agar bemorda allergiyaning klinik belgilari bo'lsa, kattalarga 400 ml.dan dezintoksikatsion eritmalar 2-3 kun quyiladi. Kechasiga gista-minga qarshi preparatlar inyeksiya ko'rinishida (tavegil) belgilanadi.

6. Oshqozon-ichak yo'lida kasallik aniqlangan bemorga kasallikka bog'liq ravishda fermentlar (panzinorm, festal, pankreatin, al-loxol, oshqozon shirasi) belgilanadi.

7. Parhezga o'tgandan keyin uch kun davomida quyidagilar beriladi: suv - 1l, magneziya sulfuritsi - 25 g, 1 stakandan kunning birinchi yarmida (5 kun).

8. Ochlikdan keyin bemorning ovqatlanishi provokatsiya (och qoringa gumon qilinayotgan ovqatni berib ko'rish) sinamalari-ga bog'liq. Agar yuqorida ko'rsatilgan mahsulotlarga nisbatan al-lergiya aniqlanmasa, bu holda parhez kengaytiriladi: 1-kuni sut (3 stakan), 2-kuni sut + qatiq (har biridan ikki stakandan), 3-kuni tuxum + sut + qatiq, 4-kuni non + sut + qatiq + tuxum, 5-kuni go'sht + tuxum + sut + qatiq + non, 6-kuni kartoshka qo'shiladi, 7-kuni suzma qo'shiladi va boshqalar.

9. Oziq-ovqat allergeni aniqlangandan keyin u butunlay iste'moldan chiqarib tashlanadi. Uglevodlar va tuz qabul qilish chegaralanadi.

10. Oshqozon-ichak yo'lida kasallik bo'lganda kurort zonalarida davolash belgilanadi.

11. Dastlab diazolin, keyin gistoglobulin bir oyga belgilanadi.

12. Fosfor tuzlari, kalsiy tabletkalari 15 kunga belgilanadi, sit-ralning spirtidagi eritmasi (2% - 20 tomchidan 1 kunda 3 mahal) bir oy davomida ovqatdan keyin tavsiya qilinadi. Oziq-ovqat allergi-yasida davo muolajalari uch oy davom ettiriladi.

DORI ALLERGIYASI

Allergik kasalliklar soni mamlakatning iqtisodiy rivojlanishiga mutanosib ravishda o'sib bormoqda, chunki ilmiy-texnik rivojlanish bilan allergenlar miqdori ham ko'payib boradi. Ular orasida dori moddalari ham yetakchi o'rin tutadi. Tibbiy amaliyotda 25 mingga yaqin dori moddalaridan foydalaniladi. Bunda deyarli 90 foiz dori

moddalari so'nggi 30-40 yillar ichida ishlab chiqilgan bo'lib, buni "farmatsevtik portlash" davri deb aytish mumkin. Nafaqat dori moddalarining soni, balki ularning organizmga ta'sir kuchi ham o'sib bormoqda. Yangi, yuqori samarali dori moddalarini joriy etish davolash ishlarining yaxshilanishiga imkon beradi. Biroq organizmda dori moddalariga nisbatan nojo'ya reaksiyalarning o'sishiga, maqsadga muvofiq bo'lmagan natijalarga olib kelishga va hatto og'ir asoratlarga sabab bo'ladi. Turli mutaxassislarining ma'lumotlariga ko'ra, dori moddalari qabul qilgan kishilarning 10-20 foizida dori moddalari keltirib chiqargan asoratlar kuzatiladi. Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkilotining manbalariga qaraganda, shifoxonaga qabul qilingan 1000 nafar bemordan 50 nafari dori moddalaridan kelib chiqqan asoratlarni davolash uchun yuboriladi. Amerika Qo'shma Shtatlarida taxminan 30 foiz bemorlarda shifoxonada davolash mobaynida birorta dori moddasidan asoratlanish kuzatiladi, 4 ta o'lim holatidan bittasi dori moddalarining asoratlari bilan bog'liq. Dori moddalaridan kelib chiqadigan asoratlarning o'sishiga o'z-o'zini davolash, faqat bir xil dori moddalariga ruju qo'yish, bir vaqtning o'zida bir necha dori moddalarini qabul qilish sabab bo'ladi. Masalan, bir vaqtning o'zida 8 xil dori qabul qilinganda 10 foiz bemorlarda asoratlar kuzatilgan bo'lsa, 16 xil dori moddalari qabul qilinganda esa bu raqam 40 foizni tashkil qiladi. Respublikamizda katta yoshdagilar orasida dori moddalari tufayli kelib chiqqan allergiya o'rtacha 1000 ta aholidan 2 tasiga to'g'ri keladi. Dori moddalarining nojo'ya ta'sirlari shifoxonada davolanayotgan bemorlarning 8 foizida, ambulator sharoitida davolanayotganlarning esa 1,5 foizida qayd etilgan.

Dori moddalariga allergiyalar shifoxonalarning turli bo'limlarida (ichki kasalliklar, jarrohlik, ginekologiya) uchraydi va bu barcha dori allergiyalarining 50 foizini tashkil qiladi. Terapiya yo'nalishidagi 15 foiz bemorlarda dori moddalariga nisbatan allergiya aniqlangan. Profilaktika maqsadida emlanganlarning 13 foizida zardob kasalligi aniqlangan. Anafilaktik shok dori modda qabul qilayotgan 50 ming bemordan bittasida uchraydi. Tibbiy xodimlarda dori allergiyalari boshqa kasbdagilarga qaraganda 10 marta ko'proq uchraydi (deyarli 26 foiz tibbiy xodimlarda). Belarusiyada dori moddalari-

dan allergiya 59 foiz tibbiy xodimlarda, tibbiy bilim yurti talabalarining 9,7 foizida aniqlangan. So'nggi 10 yil ichida Moskvada penitsillina nisbatan anafilaktik shokdan 500 o'lim holati qayd etilgan. Semipalatinsk shahrining terapiya yo'nalishidagi shifoxonalarining 4 foiz bemorlarida dori moddalaridan allergiya kuzatilgan bo'lsa, yuqumli kasalliklar shifoxonasida esa 3 marta ko'p uchragan. Germaniyada dori allergiyasi 5 foiz bemorlarda, Angliyada ularning soni 4 foizgacha bo'lib, 3 bularning foizga yaqini o'lim bilan yakunlanadi. Vinnitsada katta yoshdagi aholi ko'rikdan o'tkazilganda 2,5 foiz bemorlarda dori moddalaridan allergiya aniqlandi. Yil sayin kasalliklar soni ortib bormoqda. Kasallik o'sishi sabablarining asosiy-lari: allergik anamnezni to'g'ri baholamaslik, dori moddalarini ko'p miqdorda asossiz ravishda belgilash (pollipragmaziya), bir-biriga yaqin bo'lgan dori moddalarini belgilash, jigar va buyrak funksiyalaridagi buzilishlarning shifokor tomonidan hisobga olinmaslik, dori moddalari bilan qo'yiladigan teridagi sinamalarni noto'g'ri o'tkazish hisoblanadi. Moskva shifoxonalaridagi polipragmaziyani tahlil qilish natijasi shuni ko'rsatdiki, faqat 25 foiz bemorlar 5 tadan kam bo'lmagan miqdorda, 27 foiz bemorlar esa 25 tadan ko'proq dori preparatlarini bir vaqtda qabul qilishgan. Dori moddalaridan allergiyada turli a'zolar va tizimlar bir xilda zarar ko'rmaydi. Har bir dori moddasining aniq bir a'zoga ta'sir qilish xususiyati bo'lishiga qaramay dori moddasi allergiyalarida ko'proq alohida a'zolar va tizimlar patologik jarayonga tortiladi. Shved qo'mitasining ma'lumotlariga qaraganda, dori moddalarining ta'sirlari tufayli yuzaga keladigan asoratlar orasida eng ko'p holatlarda teridagi o'zgarishlar (25 foiz), jigarda (13 foiz), tomirlarda (10 foiz) va qonda (10 foiz) nojo'ya holatlar qayd etiladi. Dori moddalari orasida ko'pincha ichish uchun qo'llaniladigan kontratseptiv vositalar (25 foiz), og'riq qoldiruvchi moddalar (14 foiz), psixotrop moddalar (12 foiz) va yurak qon-tomir tizimiga ta'sir qiluvchi preparatlar (9 foiz) turli asoratlarni keltirib chiqaradilar. Dori modda allergiyasining 3,2 foiz holati o'lim bilan yakunlandi, shulardan 48 foizi gemolitik asoratlar oqibatida, 13 foizi tromboemboliya natijasida, 9 foiz anafilaktik shokdan, 7 foizi o'lim esa jigardagi asoratlar oqibatida yuz berdi.

Farmatsevtikaning haddan tashqari rivojlanishi asosiy a'zolar va tizimlar funksiyasiga muhim ta'sir ko'rsatuvchi yangi dori moddalarini yaratibgina qolmay, ularni haddan tashqari suiste'mol qilishni ham keltirib chiqardi. Shu bilan bir qatorda, bemor organizmiga ko'p miqdorda dori moddalarini kiritish har doim ham kerakli natijani bermaydi, aksincha kasallikning kechishini chuqurlashtiradi, bemorning shifoxonada bo'lish muddatini uzaytiradi.

Turli guruh preparatlarining nojo'ya ta'sirlari bir xil tezlikda yuzaga kelmaydi. Bu faqat preparatning o'zini nojo'ya samarasigagina bog'liq bo'lmay, balki uning klinikada qanchalik jadal sur'atda ishlatilishiga ham bog'liq. Statistik ma'lumotlarga qaraganda, shifoxonada ko'proq mikrobgga qarshi va parazitlarga qarshi preparatlar ta'sirida yuzaga kelgan asoratlarga duch kelishga to'g'ri keladi. Ularning ko'pchiligini antibiotiklar keltirib chiqaradi, chunki ular shifokorlarning amaliy ish faoliyatida ko'proq qo'llaniladi.

Dori moddalaridan kelib chiqqan asoratlarni diagnozlash g'oyatda muhim va ayni vaqtda juda qiyin vazifa hisoblanadi. O'z vaqtida aniqlanmagan dori asoratlari patologik jarayonning o'sishi va chuqurlashishi bilan xavfli, giperdiagnostika (bir necha diagnozni bir vaqtda qo'yish) esa asosiy kasallikni noto'g'ri yoki to'laqonli davolamay, kasallikning surunkali formaga o'tib ketishiga olib keladi. Dori moddasi asoratlarining klinik diagnozining qiyinligi shu bilan bog'liqki, ko'pincha yangi paydo bo'layotgan belgilar asosiy kasallikning rivojlanishi tufayli yuzaga kelayaptimi yoki dori moddalari bilan davolash natijasida yuzaga kelayotgan asoratlar sifatida qo'shilib kelayaptimi, shuni aniqlash qiyin. Hatto dori modda asoratlari klinikasi har doim ham qaysi preparat asorat keltirib chiqarganini aniqlashga imkon bermaydi, chunki bemor ko'pincha bir vaqtning o'zida bir necha dori moddasini qabul qiladi. Antibiotiklar bilan uzoq vaqt davomida davolanganda kelib chiqqan asoratlarni zamburug'larning kandida turi keltirib chiqargan yallig'lanishlardan (kandidamikozlar) farqlash ham juda qiyin bo'ladi.

Zamonaviy fikr va mulohazalar xulosasini olgan holda dori-darmonlardan kelib chiqadigan asoratlarni quyidagi tasnif asosida ajratish mumkin:

I. Toksik reaksiyalar:

1. Dori dozadini oshirib yuborish.
2. Dorilarning metabolizmi susayishi oqibatida kelib chiqadigan toksik reaksiyalar.
3. Jigar va buyrak organlarining faolligi susayishi oqibatida kelib chiqadigan reaksiyalar.
4. Kechikib keladigan toksik reaksiyalar (teratogen va kanserogen effektlar).

II. Superinfeksiya va disbakteriozlar.

III. Dori ta'siri ostida bakterioliz holatidan kelib chiquvchi reaksiyalar (Yarish-Gersgeymer reaksiyasi).

IV. Alohida sezgirlikka ega bo'lgan populyatsiyada paydo bo'luvchi reaksiyalar:

1. Ekzemopatiya holatida paydo bo'luvchi va psevdoadlergik reaksiyalar.

2. Allergik reaksiyalar.

V. Psixogen reaksiyalar.

Quyidagi bo'limda faqat haqiqiy allergik reaksiyalarga ega bo'lgan kasalliklar haqida so'z boradi.

"Dori allergiyasi" dori-darmonlar qabul qilingandan keyingi asorat hisoblanib, uning rivojlanishida faqat immunologik mexanizmlar yotadi. Dori asoratidan kelib chiqadigan allergiyalar boshqa allergik bo'lmagan holatlardan quyidagi belgilari bilan farqlanadi.

1. Dori allergiyasi natijasida kelib chiqadigan allergik reaksiyalar shu dorining farmakologik ta'sir jarayonini ko'rsatmaydi.

2. Ular dorining juda oz miqdoridan ham yuzaga kelishi mumkin.

3. Ko'p hollarda allergik reaksiyalar dori bilan muloqotda bo'lganda 5-7 kun ichida paydo bo'ladi.

4. Dori allergiyasi albatta allergik kasalliklarning klassik belgilarini o'zida mujassamlantiradi.

5. Allergik kasalliklarning klinik belgilari shu allergen-dori qayta yuborilganda o'z aksini yana namoyon etadi.

6. Ba'zi bir dorilarning antigenlik va kimyoviy xossalari umumiy bo'lishi sababli allergik reaksiyalarni turli guruhga mansub bo'lgan dorilar keltirib chiqaradi.

Allergik xususiyati bo'lgan dori moddalari qator guruhlarga bo'linadi.

Birinchi guruhga kiruvchi dorilar – haqiqiy allergenlar – IgE ishlab chiqish bilan kechadigan allergik reaksiyalar. Haqiqiy allergenlarga zardoblar, endokrin preparatlari, fermentlar va boshqa oqsil moddalar kiradi. Ularga yana gaptenlar, ya'ni qon oqsili bilan qo'shilgandan keyin allergen bo'lib qoladigan moddalar (penitsillin, sefospolinlar, sulfanilamidlar) ham yondosh hisoblanadi. Haqiqiy allergenlar tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Sekin-asta bo'ladigan reaksiyalarni esa nitrofuran guruhiga kiruvchi preparatlar yuzaga keltiradi. Dori moddalarining katta guruhi haqiqiy bo'lmagan (psevdoallergik) reaksiyalarni, ya'ni birinchi (immunologik) bosqichi bo'lmagan reaksiyalarni keltirib chiqaradi (rentgenokontrast preparatlar, og'riq qoldiruvchi, mahalliy og'riqsizlantirishda ishlatiladigan dori moddalari).

Dori allergiyasining klinik belgilari

Dori moddalaridan kelib chiqqan asoratlarning klinik belgilarini turli xildagi ko'rinishi hozirgi davrda amaliyot uchun zarur bo'lgan klassifikatsiyasini tuzishda qiyinchilik tug'dirmoqda.

Ayrim olimlar xastalikni patogenezi asosida tuzish kerak desalar, boshqa bir guruh olimlar immunologik jarayon asosida tuzish kerak, deyдилar. Shuning uchun hozirgi amaliyotda shifokorlarga A.D.Ado (1963) taklif etgan klassifikatsiyadan foydalanish ma'qul ko'riladi. Bu klassifikatsiya asosida dori allergiyasi kelib chiqish darajasiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

I guruh – kasallik klinik belgilarining tez yuzaga chiquvchi (anafilaktik shok, o'tkir qavarchiqlar, Kvinke shishi, o'tkir gemolitik anemiya) turi.

II guruh – kechroq boshlanuvchi, ya'ni 24 soatdan keyin klinik belgilari paydo bo'luvchi kasalliklar (agranulotsitoz, trombositopeniya, makula-papulez ekzema, ba'zan dori "isitmasi") turi.

III guruh – kech rivojlanuvchi (48 soatdan so'ng, ba'zida esa 1 haftadan keyin) kasallik belgilari (zardob kasalligi, artritlar, limfadenitlar, gepatit va nefritlar) paydo bo'luvchi turi.

Dori moddasiga sensibilizatsiya paydo bo'lgandan keyin bemor bu dorini qabul qilmayotgan bo'lsa ham oylar va hatto yillar davomida kasallik belgilari davom etishi mumkin.

Dori allergiyasining klinik ko'rinishi ayrim xususiyatlarga ega:

1. Isitma ko'tarilishi, birga qo'shilib keluvchi umumiy kasallik belgilari bilan birdaniga boshlanish.
2. Bir vaqtning o'zida bir necha a'zolar yoki tizimlarning zararlanishi.
3. Belgilarning preparat turiga bog'liq bo'lmasligi.

Dori allergiyasida teridagi toshmalar turli xil ko'rinishda bo'lishi bilan tavsiflanadi. Ular dog'simon, tugunchali, qavariqsimon, pufakchali, qizil dog'li, qizamiq toshmalarga o'xshash, skarlatina (qizilcha) toshmalariga o'xshash, ba'zan esa bir vaqtning o'zida turli xil toshmalar ko'rinishida bo'lishi mumkin. Ba'zida kasallik jarayonida bir xil toshmadan boshqa xilga o'tishi kuzatiladi, toshmalar yiringlash bilan asoratlanishi mumkin. Bugungi kunda dori moddalari bilan davolash asoratlarining nafaqat muayyan bir tasnifi, balki uni qanday nom bilan atash masalasi ham hal qilinmagan. Shuning uchun shifokorlar bu muammoni yechishda qiyinchiliklarga duch keladilar.

Dori allergiyasidan kelib chiqadigan klinik sindromlar o'zining turli xil ko'rinishlari bilan farqlanadi. Ular ba'zi holda teri qavatida paydo bo'lishi bilan bir vaqtda boshqa organlarning (o'pka, jigar, buyrak va boshqalar) ham shikastlanganini ko'rish mumkin.

Adabiyotlarda yozilgan juda ko'p sindromlar ichida shifokor tajribasida tez-tez uchrab turadigan dori allergiyasidan kelib chiqadigan kasalliklar ustida fikr yuritamiz.

Teri qavatida rivojlanadigan dori allergiyasining klinik ko'rinishlari. O'tkir eshakemi birdan bemor terisiga qavarchiqlar toshishi va kuchli qichishishi bilan boshlanadi. Qavarchiqlar teri qatidan ko'tarilib turadi va pushti-qizil rangda, shakli yumaloq yoki cho'zinchoq bo'lishi mumkin. Ba'zan ular bir-biri bilan qo'shilib, har xil shaklga kiradi. Bunda bemorning umumiy ahvoli o'zgaradi, tana harorati ko'tariladi, darmonsizlik, me'da-ichak faoliyatining buzilishi, "eshakemli lixoradka" kuzatiladi. Eshakem badanning turli qismiga toshishi mumkin. Toshmalar ko'pincha xiqildoq, halqum va boshqa soha shilliq qavatlarida ham paydo bo'lishi mumkin. Bunda shu joylar shishib, nafas olish va yutish qiyinlashadi. Bir necha soatdan keyin eshakem batamom yo'qoladi, ba'zan qaytalanib turadi.

Kvinkening o'tkir chegaralangan shishi (angionevrotik shish) – o'tkir eshakemning bir turi bo'lib, terida (yoki shilliq qavatda), teri osti kletchatkasida yoki jinsiy a'zolarida chegaralangan shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Teri dag'al, oqish yoki pushti rangda bo'ladi. Bemorlar qichishishga shikoyat qilmasliklari ham mumkin. Bu ko'pincha oddiy eshakem bilan birga kechadi. Kvinkening chegaralangan shishi xavfliroq bo'lib, uning xiqildoqdagi toshmalarini stenoz yoki asfiksiyaga sabab bo'lishi mumkin.

Ko'p shaklli ekssudativ eritema. Kasallikka xos toshmalar ko'pincha sulfanilamid, amidopirin, barbiturat, tetratsiklin va boshqa dori-darmonlar qabul qilingandan so'ng toshadi. Kasallikning asosida toksikoallergik reaksiya yotadi.

Klinikasi. Ko'p shaklli ekssudativ eritema o'tkir kechishi va faslga bog'liqligi (asosan bahor va kuzda uchraydi), shuningdek polimorf toshmalarini hamda tez-tez qaytalanib turishi bilan ifodalanadi.

Toshmalar dastlab qo'l va oyoqning tashqi yuzasida paydo bo'lib, asta-sekin tananing boshqa sohalariga tarqaladi. Ko'pincha og'iz va jinsiy a'zolar shilliq qavati ham zararlanadi. Birlamchi elementlardan eritematoz dog'lar, "ekssudativ" tuguncha, pufak, pufakcha va qavarchiqlar kuzatilishi mumkin. Aksariyat kasallik giperemiyali shishgan dog'lar yoki tezda kattalashib ketadigan tugunchalar bilan boshlanadi.

Elementlar periferiya tomon kattalashib borishi va o'rtasida chuqurcha hosil bo'lishi mumkin. Elementlarning atrofi pushti-qizil, markazi esa ko'kimtir binafsha rangda bo'ladi.

Pufakli elementlar ichida seroz, ba'zida esa gemorragik suyuqlik tutadi. Pufaklarning po'sti tez yoriladi va bezillab turadigan eroziyalar hosil bo'ladi, ularning usti gemorragik va sarg'ish-kulrang po'st bilan qoplanadi. Toshmalarning polimorfligi kasallikning asosiy belgisi bo'lib, shuning uchun ham dermatoz ko'p shaklli eritema deb yuritiladi, ba'zan toshmalar oldidan bemorning issig'i chiqadi, darmoni quriydi, eti uvushadi, boshi, tomog'i va bo'g'imlari og'riydi. Bemor davolanmasa yoki davo choralari yetarli darajada bo'lmasa, ko'p shaklli ekssudativ eritema Stivens-Jonson yoki Layell sindromiga o'tishi mumkin.

Stivens-Jonson sindromi ko'p shaklli ekssudativ eritemaning og'ir va o'tkir xili hisoblanadi. Kasallik birdan haroratning ko'tarilishi, bo'g'imlar va bosh og'rig'i, og'iz, ko'z, jinsiy a'zolar shilliq qavatida pufakli toshmalar toshishi bilan boshlanadi; kasallik ichki a'zolarining yallig'lanishi (plevropnevmoniya, endomiokardit), artrit, meningit va boshqa patologik jarayonlar bilan birga kechishi ham mumkin. Bunda bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, teri va shilliq qavatlardagi eroziyalar birlashib katta sohalarni egallaydi va ulardan qon oqishi kuzatiladi.

Layell sindromi dori-darmonlar ta'sirida vujudga keladigan kasallikning eng og'ir xili bo'lib, u Stivens-Jonson sindromidan terining kattagina yuzasidan epidermisning ko'chishi bilan farqlanadi va hosil bo'lgan manzara bamisoli kuygan kabi ahvoli juda og'ir bo'ladi. Bunda badanning 80-90 foiz terisi zararlanadi, Nikolskiy fenomeni va Asbo-Xansen simptomlari musbat bo'ladi. Stivens-Jonson sindromida toshmalar asosan shilliq qavatlarda (tabiiy teshiklar – og'iz, burun, orqa chiqarish kanali, siydik yo'li atrofida) joylashsa, Layell sindromida (agar bu kasallik mustaqil ravishda boshlansa) toshmalar shilliq qavatda deyarli kam uchraydi. Stivens-Jonson sindromida teridagi toshmalar dori ta'siridan 4-6 kun o'tgandan so'ng paydo bo'lsa, Layell sindromida esa 1-2 kundan keyin toshadi.

Ko'p shaklli ekssudativ eritemani boshqa teri kasalliklaridan farqlash qiyin emas va diagnozi yuqorida aytib o'tilgan klinik belgilarga asoslanadi.

Dori allergik vaskuliti: antibiotiklar, sulfanilamidlar, piramidon va fenotiodin birikmalari ko'proq allergik vaskulitlarga sabab bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning to'sattan boshlashi, toshmalarning oyoqlarda simmetrik joylashishi, polimorfologik va ular gemorragik komponentlarga ega ekanligi vaskulitlarga xos bo'lgan umumiy belgilardir.

O'tkir tugunli eritema tez vaqt oralig'ida toshmalar toshishi bilan boshlanadi, harorat ko'tariladi (38°C), bo'g'im va mushaklar og'riydi. Shuningdek, bosh og'rig'i va darmonsizlik kuzatiladi.

Kasallik davo kursi boshlangandan 1-2 hafta o'tgach paydo bo'ladi. Boldir va yelka oldi qismlarida simmetrik joylashgan, chegaralangan, og'riqli qizil tugunlar paydo bo'ladi. Bu tugunlar sekin-asta kattalashib, yong'oqdek va undan ham kattaroq bo'lishi mumkin.

Sababchi dori moddani to'xtatib, allergiyani davolash kursi olingandan so'ng (4-5 kun ichida) tugunchalar kamayib, rangsizlanadi va o'zidan keyin pigmentli dog' qoldiradi.

Anafilaktik shok. Ma'lumki, shoklar uch guruhga bo'linadi. Birinchi guruh – og'riq tufayli kelib chiqadigan shoklar: ekzogen (shikastlanishlarda, jarrohlik ishlari bajarilgan hollarda), endogen (infarktda, buyrak kasalliklarida, qorin ichidagi a'zolar kasalliklarida). Ikkinchi guruh – psixogen shoklar. Uchinchi guruh – gumoral shoklar: qon quyishda, gemolitik, gormonga oid, zaharlanish tufayli.

Bu bo'limda biz faqat anafilaktik shok to'g'risida to'xtalib o'tamiz, chunki u dori allergiyasi klinikasiga to'g'ridan-to'g'ri bog'liq bo'ladi. Anafilaksiya grekcha – o'z-o'zini himoya qilish degan so'zdan kelib chiqqan bo'lib, allergiyaning tez sodir bo'ladigan tipiga kiradi va ko'proq allergen parenteral (teri ostiga, teri ichiga) yuborilganda yuzaga keladi. Birinchi bo'lib bu belgini Rishe va Porte 1902-yilda ta'riflab berganlar va ular bu ishlari uchun Nobel mukofotiga sazovor bo'lganlar.

Anafilaktik shokning klinik manzarasi. Odatda bemorlar holsizlikdan, xansirashdan, quruq yo'tal, butun badanida qizish holatini sezish, sovuq ter chiqish, o'lib qolishdan qo'rqish hissi va tananing turli qismlaridagi noxushliklardan shikoyat qiladilar. Bemor o'zini qo'ygani joy topolmaydi, xonada u yoqdan bu yoqqa yuradi. Badan terisi qizarib ketadi, bo'g'ilib entikadi, qorinda og'riq sezadi. Tomir urishi tezlashadi, qon bosimi keskin pasayib ketadi, birinchi daqiqalarda esa qon bosimi ko'tarilib ketishi ham mumkin.

Klinikasi. Anafilaktik shok birdaniga yuz berishi mumkin va uning belgilari dori moddasining turiga bog'liq bo'lmaydi. U dori kiritilgandan keyin bir daqiqadan to bir soatga qadar vaqt orasida rivojlanishi mumkin. U qanchalik tez boshlansa, klinikasi shuncha og'ir ko'rinishda o'tadi. Anafilaktik shokning bir necha klinik turlari mavjud.

Gemodinamik (qonning tomirlarda yurishi) turi. Bunda yurak qon-tomir tizimidagi buzilishlar boshqalardan ustunlik qiladi: yurak sohasida og'riqlar, qon bosimining pasayishi, terida mikrotsirkulyatsiyaning (qon aylanishi) buzilishi (ranglari oqarib yoki qizarib ketish), tomir urishi maqomi buzilishi kuzatiladi. Yurak

qon-tomir tizimidagi o'tkir yetishmovchilik yetakchi belgi bo'lib hisoblanadi, u ko'pincha yurakning ishemik kasalligi yoki miokard infarkti bilan qo'shib keladi.

Serebral (bosh miyaga oid) turi. Bu hollarda markaziy asab tizimidagi buzilishlar bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarda o'limdan qo'rqish hissi yaqqol ko'rinib turadi, talvasa, nafas olish va chiqarishdagi buzilishlar, miya shishi belgilari qayd etiladi. Shokning keyinchalik rivojlanishi oqibatida nafas va yurak faoliyatini to'xtab qolishi, meningial belgilari va hushini yo'qotish holatlari yuz berishi mumkin.

Asfiksik (bo'g'ilish) turi. Bemorlarda xiqildoq, o'pka shishi va bronxospazm (bronxlardagi siqilishlar) paydo bo'ladi.

Abdominal (oshqozon-ichak yo'li bilan bog'liq) turi. Bunda ko'ngil aynishi, qayt qilish, oshqozon sohasida og'riqlar bo'lib, ko'pincha "o'tkir qorin" belgilarini yolg'ondan namoyish qiladi. Hatto, ichak tutilishi, axlat bilan qon kelishi ham kuzatilishi mumkin. Ayollarda qindan qonga o'xshash oqmalar, tuxumdon va bachadon yo'llari sohalarida og'riq qayd etiladi. Shoklarning alohida turlari juda kam uchraydi, ko'proq ular birgalikda uchraydi. Kechish tezligiga qarab yashin tezligida kechadigan, qaytalanadigan va abortiv (hamma belgilarisiz tez tugaydigan) shoklar farqlanadi. Yashin tezligida kechadigan turlarida, hayot uchun muhim a'zolarning zararlanishi bilan bog'liq bo'lgan o'lim hollari odatda shokning birinchi daqiqalarida yoki soatlarida yuz beradi. Abortiv shokning klinik belgilarida birdaniga tuzalish bo'ladi va klinik sog'ayish yuzaga keladi. Qaytalanuvchi kechishda esa klinik sog'ayishdan bir necha soat keyin shok yanada og'ir kechishda qaytalanishi mumkin. Anafilaktik shokning kechishi og'irligiga qarab uch bosqichga bo'linadi. Yengil bosqich - ikki daqiqadan ikki soatgacha davom etadi. Bunda teri qizarishi, tomoq qurishi, burundan nazla kelishi, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, qon bosimi ko'tarilishi, yurakning tez-tez urishi, holsizlik kuzaatiladi. Shokning o'rtacha og'irlikda kechadigan bosqichida toksikodermiya, Kvinke shishi, konyunktivit, stomatit, yurak tez urishi, yurak sohalarida og'riq, tomir urish maqomining buzilishi, qon bosimining pasayishi, holsizlik va bosh aylanishi, ko'rishning buzilishi, qo'zg'alish holati, o'limdan qo'rqish hissi, teri rangining oqarib keti-

shi, sovuq ter chiqishi, eshitishni pasayishi, quloq shang'illashi, oshqozon-ichak yo'li, bronxlar, buyraklar tomonidan buzilishlar bilan tavsiflanadi. Shokning og'ir bosqichi – kollaps (rang oqarib ketishi, sianoz, tomirning ipsimon urishi, qon bosimining pasayishi, koma (chuqur uyqu) holati, hushdan ketish, ko'z qorachiqklarining kengayishi, yurak va nafas faoliyatlarining to'xtashi bilan tavsiflanadi.

Anafilaktik shokning oqibati shifokorning qanchalik malakali mutaxassis ekanligiga, davolash ishlarini o'z vaqtida boshlashiga va bemorning hayoti uchun muhim hisoblangan a'zolarning holatiga bog'liq. Turli mutaxassislarning ko'rsatishicha, o'lim hollari 15 foizdan 40 foizgacha uchraydi. Noto'g'ri davolashda esa bundan ham ko'p bo'lishi mumkin.

Shokning rivojlanish mexanizmi asosida qonning qayta taqsimlanishida o'zgarish yotadi. Uni bir joyda to'planib qolishi, ichki a'zolar shishishi, sirroz va shilliq qavatlariga qon quyilishi, o'tkir emfizema yuz beradi. Bu o'zgarishlarning hammasi silliq mushaklar siqilishi, tomirlar o'tkazuvchanligining buzilishi, shilliq pardalarning shishishi, tomirlardagi eritrotsitlar ekssudatsiyasi (atrofidagi to'qimalarga chiqish) va agregatsiyasi bilan birga qo'shilib keladi. Yorib ko'rilganda bunday bemorlarda ichki a'zolarida, qorin bo'shlig'ida qon to'lib qolishi, bosh miya va uzunchoq miya po'stloq osti qismlari neyronlarida o'zgarishlar kuzatiladi. Plevraga, endokard, buyrak usti bezlari oshqozon va ichak shilliq qavatlariga qon quyilish holari aniqlanadi. Bu o'zgarishlar jigar yallig'lanishining morfologik manzarasi (jigardagi chirigan sohalar bilan) glomerulonefrit va o'pka emfizemasi bilan birga qo'shilib keladi.

Dori allergiyasi diagnostikasi

Dori moddalaridan kelib chiqadigan allergiyani aniqlash usullari orasida klinik ma'lumotlar va anamnez katta ahamiyatga ega. Dori moddalari bilan o'tkaziladigan teridagi va provokatsiya sinamalari nafaqat allergiyani keltirib chiqargan moddani aniqlashga, hatto organizmda dori allergiyasi borligini tasdiqlashga ham imkon bermaydi. Ko'pchilik dori moddalari to'liq qimmatga ega bo'lmagan antigen hisoblanganligi tufayli tekshirish usullari ko'p hollarda nomaxsus reaksiyalarni keltirib chiqaradi.

Dori allergiyasini diagnozlash bir necha bosqichlardan iborat: allergik anamnez yig'ish, teri sinamalari, provokatsiya sinamalari va laboratoriya usullari. Allergologik anamnez: bemordan avval biror dori moddasiga allergiya bo'lganmi, bu dorini oldin ham qabul qilganmi, yo'qmi, agar allergik reaksiya bo'lgan bo'lsa, qanday holatda o'tkazgan, boshqa allergik kasalliklar bilan kasallanganmi, shular to'g'risida sinchiklab so'rab, surishtiriladi. Keyin bemorni qanday dori moddasi bilan davolash lozimligi taxmin qilinayotgan bo'lsa, shu dori moddasi bilan terida sinamalar o'tkaziladi. Avvaldan allergik kasalliklar bo'lmagan, hozirgi paytda doridan allergiyasi bo'lmagan yoki hayot uchun muhim bo'lmagan a'zolarining og'ir, surunkali (jigar, buyrak, yurak) kasalliklari bo'lgan bemorlarga teridagi sinamalar qo'yilmaydi. Agar bemorda kasallik xuruji yoki anamnezida dori moddalariga og'ir reaksiyalar bo'lsa, unda diagnoz maqsadida faqat immunologik sinamalar qo'yiladi. Odatda, teridagi allergik sinamalarning quyidagi turlari o'tkaziladi: tomchi, skarifikatsiya, applikatsiya, teri orasiga, prik-test. Terida o'tkaziladigan sinamalar avval ham, hozirgi paytda ham diagnozning muhim usullaridan bo'lib qolmoqda, ammo allergenning miqdorini aniqlashda kiritish yo'lini to'g'ri tanlash va bajarish texnikasida aniqlik talab etiladi. Shu talablar to'g'ri bajarilmagan holatlarda ular xavfli yoki kam ma'lumotli hisoblanadi.

Tabletka shaklidagi dori moddalari uchun til ostiga qo'yish usuli qo'llaniladi: 1/10 tabletka til ostiga qo'yiladi va uni til tagida 15 daqiqa davomida ushlab turiladi. Reaksiya shilliq qavatning o'zgarishi bilan baholanadi (shish). Diagnoz paytida kortikosteroidlar, simpatomimetiklar yoki gistaminga qarshi preparatlarni qabul qilish sinamalarni yolg'on - manfiy bo'lishiga olib keladi. Bu dori moddalarini hatto sinamalar qo'yishdan 2-3 kun oldin ham qabul qilish mumkin emas. Dori allergiyasini diagnozlashning laboratoriya usullari hamma vaqt ham yetarli ma'lumot bera olmaydi, u juda murakkab hisoblanadi va ko'proq diagnozni tasdiqlash maqsadida qo'llaniladi. Allergik reaksiyalar tipiga va dori moddasi turiga bog'liq holda turli xil laboratoriya usullari qo'llaniladi. Tez sodir bo'ladigan V-limfotsitlarga bog'liq allergik reaksiyalarni va dorilarga nisbatan aylanib yuruvchi antitelo bo'lgan allergik reaksiyalarni

aniqlash maqsadida Shelli reaksiyasi, to'yingan hujayralar buzilish reaksiyasi (degranulyatsiya), leykotsitlar to'planish (aglomeratsiya) reaksiyasi, leykotsitlar alteratsiyasi, RAST va PRIST reaksiyalari qo'llaniladi.

Yuqorida bayon etilgan fikr-mulohazalarni hisobga olgan holda har bir holatlarda bir vaqtning o'zida bir necha usullarni qo'llash maqsadga muvofiq bo'ladi. To'liq allergologik tekshirish tajribalari shundan dalolat beradiki, hatto klinik ko'rinishi jihatidan dori allergiyasiga juda o'xshash bo'lganda ham, faqat 60 foiz hollarda laboratoriya usulida diagnoz tasdiqlanadi.

Dori allergiyasini

Davolash va uning oldini olish chora-tadbirlari

Anafilaktik shokni davolash qator tadbirlarni o'z ichiga oladi.

Dori moddasining qonga tushishini davom etishini to'xtatish. Qonga tushayotgan biologik faol moddalarni neytrallash. Gipofiz-buyrak usti bezlari yetishmovchiligini tiklash. Bemorni kollaps (yurak faoliyatining keskin susayib ketishi va tomirlar tonusining pasayib ketishidan kelib chiqqan holat) holatidan chiqarish. Bronxlar siqilishi va bo'g'ilishini yo'q qilish. Tomirlar o'tkazuvchanligini pasaytirish, hayot uchun muhim a'zoldardan yurak, buyrak, nerv tizimida yuz berishi mumkin bo'lgan kechki asoratlarni psixomotor markazlarga ta'sir qilish yo'li bilan oldini olish.

Anafilaktik shokni davolash farmakologik preparatlarning tezlik bilan qo'llanishini talab qiladi. Yaxshisi, ularni tomir ichiga, mushaklar orasiga yoki teri ostiga kiritish kerak. Bu shokning qanday og'irlikda kechishiga va periferik tomirlar holatiga bog'liq ravishda amalga oshiriladi (qon bosimi keskin pasayib ketgan holatlarda tomirlar ichiga kiritish qiyinlashadi).

Dori moddalari quyidagi ketma-ketlikda belgilanadi. Dastlab - adrenergik preparatlar (adrenalin, noradrenalin) kiritiladi. Preparatlarning miqdori - terapevtik miqdordan to eng yuqori miqdorgacha bo'lishi mumkin. Keyin gistaminga qarshi preparatlar (suprastin, tavegil, dimedrol) qo'llaniladi. Undan keyin esa buyrak usti bezlari po'stloq qismi gormonlari - glyukortikoidlar (pred-

nizolon va unga o'xshash preparatlar) kiritiladi. Keyin nafas va yurak faoliyatini yaxshilaydigan preparatlar (korglikon, strofantin, kofein, kordiamin, lobelin) belgilanadi. Bemorga albatta kislorod beriladi. Shokning bo'g'ilish bilan keladigan turlarida qo'shimcha ravishda eufillin qilinadi. Penitsillindan shok yuzaga kelgan hol-larda penitsillinaza fermenti kiritiladi. Talvasa, tirishish holatlari bo'lganda aminazin qo'llaniladi.

Agar o'tkazilgan chora-tadbirlar ijobiy natija bermasa, yuqori-da ko'rsatilgan hamma tadbirlar 30-40 daqiqadan keyin qaytarila-di. Anafilaktik shokni boshdan o'tkazgan hamma bemorlar hayot uchun muhim a'zolarni tekshirish va davolash maqsadida albatta shifoxonaga yotqiziladi. Klinik o'lim holati yuz berganda bemor jonlantirish (reanimatsiya) bo'limiga o'tkaziladi, u yerda sun'iy o'pka ventilyatsiyasi, miyada haroratni pasaytirish (gipotermiya), yurakni bevosita va bilvosita uqalash (massaj) ishlari o'tkaziladi. Yuqorida ko'rsatilgan barcha tadbirlar bemorning ahvoli yaxshilan-gunga qadar bajariladi.

Dori allergiyasining boshqa klinik ko'rinishlarini davolash usul-lari ko'p tomonlama olib boriladi. Dori allergiyasini davolash ishlari har bir bemor uchun o'ziga xos xususiyatga ega bo'lib, jarayonning joylashgan o'rni kasallikning klinik manzarasi va bemor orga-nizmining reaktiv hollatlarini hisobga olgan holda olib boriladi. Ka-sallikning xuruj davrida bemor albatta shifoxonaning allergologiya bo'limiga yoki jadallashtirilgan terapiya bo'limiga yotqizilishi shart. Hamma bemorlarga allergen xususiyatlariga ega bo'lgan oziq-ovqat mahsulotlarini istisno qiladigan parhez belgilanadi. Glyukokor-tikoidlar (yaxshisi parenteral) miqdorini kasallikning kechish og'irligiga bog'iq holda bir kecha-kunduzda 1500 mg.gacha belgi-lash mumkin (prednizolon). Transfuzion terapiya qator maqsadlar-ni ko'zda tutadi: dezintoksikasiya (zaharlanishni yo'q qilish) uchun turli xil eritmalar, yo'qotilgan energiyaning o'rnini to'ldirish (glyu-koza), suv-tuz muvozanatini (balansini) me'yorlashtirish maqsadi-da (reomakrodeks), DVS-sindromiga qarshi kurash, kamqonlikni davolash shular jumlasidandir. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda antibiotiklar belgilanadi. Gistaminga qarshi preparatlar (paren-teral) belgilanadi. Bundan tashqari, kasallikning belgilariga qarab

simptomatik davolash ishlari ham o'tkaziladi: yurak glikozidlari, siydik ajralishini tezlashtiruvchi preparatlar, ovqat hazm qilishda ishtirok etuvchi fermentlar belgilanadi. Davolash ishlari albatta "aybdor" preparatni istisno qilishdan boshlanadi.

Dori allergiyasini davolashda ketotifen, antigistamin preparatlari qo'llaniladi. Oxirgi preparatlar tomirlar ichiga va tabletkada hollarda ichish uchun ham belgilanadi. Og'ir hollarda kortikosteroidlar ham qo'llaniladi.

Bemorning kun tartibini to'g'ri tashkil qilish, ta'sirlantirmaydigan ovqatlarni iste'mol qilish, yetarli miqdorda suyuqlik qabul qilishi, ammo dori moddalarini, shu jumladan, kortikosteroidlarni ham cheklangan miqdorda qabul qilishi kerak. Katta miqdordagi quyosh nurlari, jismoniy va ruhiy charchashlar noqulay omillardan hisoblanadi. Allergenni butunlay istisno etish shart, uni ovqat va suv orqali organizmga tushishiga yo'l qo'ymaslik zarur.

Layella yoki Stivenzon-Djonson belgilari o'ziga xos davolash ishlarini olib borishni talab qiladi, davolash jadallashtirilgan terapiya bo'limlarida yoki jonlantirish bo'limlarida o'tkaziladi. Bu patologiyalarda o'lim holati 70 foizgacha yetadi. Toksik epidermal nekroz jarayoni bo'lgan bemorlarga yiringlashga qarshi aseptik parvarish lozim (zararsizlantirilgan kiyimlar va choyshab va boshqalar).

Mahalliy davolash ochiq usulda o'tkaziladi. Teriga vodorod peroksidi, kaliy permanganat, yashil brilliant eritmasi, solkoseril malhami, na'matak yog'i ham mahalliy qo'llaniladi, og'iz bo'shlig'iga qo'llash uchun chakanda (oblepixa) yoki na'matak yog'i, tashqi jinsiy a'zolar uchun furatsillin eritmasi ishlatiladi. Terini infra qizil nurlari bilan ham nurlantirish mumkin. Doimo tuz-suv va oqsil muvozanatini bir xilda saqlash lozim. Shu maqsadda o'mrov osti venasiga kateter (maxsus elastik naycha) qo'yiladi. Dori moddalari bilan davolash quyidagi preparatlar guruhlarini o'z ichiga oladi: kortikosteroidlar, gistaminga qarshi moddalar, infeksiya qo'shilgan hollarda – antibiotiklar.

Ekstrakorporal davolash usullarini ham qo'llash mumkin. Gemosorbsiya – bemor qonidan dori gaptenlarni samarali chiqarib tashlashga yordam beradi. Bu 2 kunda bir marta (1-3 seans) o'tkaziladi. Plazmaferez ham muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda.

Maxsus giposensibilizatsiya usuli bu yerda yetarli darajada samara bermasligi va yuqori darajada sezuvchanlikka sabab bo'lishi tufayli keng qo'llanilishiga imkon bermaydi. Antibiotiklarni giposensibilizatsiya maqsadida qo'llash ko'pincha asoratlarga olib keladi. Kasallikning kechishi davomida tez sodir bo'ladigan reaksiyalar ustunlik qilsa, bemorning o'z zardobini qo'llash (autozardob) ham yuqori samarani beradi. Dori allergiyasining oldini olish chora-tadbirlari quyidagicha olib boriladi.

Allergiya to'g'risida omma orasida tushuntirish ishlarini olib borish, shu jumladan, o'z-o'zini davolashning zararlari hamda shifokorlar orasida polipragmaziyaga (bir necha dori moddalarini bir vaqtda belgilash) yo'l qo'ymaslik haqida tushuntirish ishlari olib boriladi. Dori moddalarini oqsilli qismlardan yaxshiroq tozalashga erishish, oziq-ovqat mahsulotlaridan antibiotiklar, bo'yoqlar, kimyoviy konservantlarni istisno qilish ham yaxshi natijalarni beradi. Aholining tibbiy varaqasiga dori allergiyasi borligi haqida ma'lumotlarni yozib qo'yish zarur. Aholi orasida allergologik xizmatni rivojlantirish, tibbiy ko'riklar o'tkazib borish ham shular jumlasiga kiradi. Bemorlar ham ko'pchilik dori moddalari umumiy antigenli determinatga ega ekanligi haqida bilishlari zarur. Masalan: amido-pirin – reopirin, barbital natriy – teofedrin, sulfidin-novokain, tetratsiklin – morfotsiklin va boshqalar.

Dori allergiyasining kechishi va oqibatlar haqida ham to'talib o'tish lozim. Butunlay sog'ayib ketish holatlari dori allergiyasining yengil, o'tkir kechadigan shakllarida, aksariyat hollarda bir marotaba va qisqa vaqt davomida qabul qilinganda yoki o'z vaqtida qabul qilish to'xtatilgan holatlarda kuzatiladi. Bunday natija qavarchiqlarda, Kvinke shishida, bronxlar siqilishida (bronxospazm) qayd etiladi. O'z vaqtida diagnozlash va dori moddasini qabul qilishni to'xtatish muvaffaqiyatli davolashning garovi hisoblanadi. Hatto, kasallikning og'ir shakllarida ham (Layella sindromi, anafilaktik shok) butunlay sog'ayib ketish kuzatiladi. Tez-tez qaytalanish bilan surunkali davom etish turg'un sensibilizatsiyada quyidagi kasalliklarda: bronxial astma, eritrodermiya, nefrit va artritlarda qayd etiladi. Eritrodermiyada tarqoq eritma doimiy teri yuza qavatining ko'chishi bilan yuzaga keladi. Dori allergiyasi qanchalik og'ir

va uzoq vaqt davom etsa, surunkali shaklga o'tish xavfi shunchalik ko'proq bo'ladi. Hatto, allergenni istisno qilish ham kasallikning qaytalanishini to'xtata olmaydi. Ularning birdaniga paydo bo'lishi dori allergiyasiga tizimli kasalliklar yoki autoallergiya qo'shilgandan dalolat beradi. Dori moddalari oziq-ovqat mahsulotlari bilan ham bemor organizmiga tushishi mumkinligini esda tutish lozim.

VAKSINA VA ZARDOBLAR TA'SIRIDA YUZAGA KELADIGAN REAKSIYALAR

Zardob kasalligi birinchi bo'lib Pirke tomonidan ta'riflangan bo'lib, u tarkibi turli xil yoki bir xil bo'lgan zardoblar, yoki ularning preparatlarini organizmga kiritilishi natijasida kelib chiqadi va ko'proq tomirlar va biriktiruvchi to'qimalarning yallig'lanishli zararlanishlari bilan tavsiflanadi. Hozirgi paytda zardob kasalligi faqat zardob kiritilishi bilan bog'liq bo'lgan alohida kasallik turi deb hisoblanmayapti. Bu sindrom immun birikmalar ta'siri natijasida yuzaga keladi. Zardob kasalligi zardob kiritilishi natijasida (bunda ko'pincha o'tkir kechishi) hamda kimyoviy preparatlar va dori moddalari (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, Fransiyada zardob kasalligi so'nggi 50 yil ichida emlanganlar orasida 7,4 foizdan 2 foizgacha kamaydi.

Zardob oqsili inson qonida bir oy mobaynida aniqlanishi mumkin. Kasallikning rivojlanishi zardobning tarkibiga bog'liq. Ot qoni zardobining oqsil birikmasi va pritsipitinlar antigen bo'lib hisoblanadi. Ular zardob kasalligidagi allergik reaksiyada shu immun birikmaga javoban paydo bo'luvchi ikkilamchi antitela bo'lib xizmat qiladi. Qonda eruvchi immun birikmalar hosil bo'ladi. Shuning uchun reaksiya 10-15 kundan keyin rivojlanadi. Zardob kasalligi rivojlanishida immunoglobulinlarning M va G sinfiga kiruvchi antitelo hamda komplement ishtirok etadi. Antitelo miqdori allergik reaksiya rivojlanishi uchun 8-10 kundan keyin yetarli 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 ni qaytadan yig'ishiga bog'liq. U qon tarkibida qolgan zardob oqsili bilan o'zaro ta'sirlashadi. Bunday hollarda kasallik cho'zilishi mumkin (bir necha oy davomida).

Hozirgi paytda emlash uchun qo'llanilayotgan deyarli barcha vaksinalar va zardoblar sensibilizatsiyalash xususiyatiga ega. Tarkibida bir necha antigen saqlovchi vaksinalar – yuqori darajali allergenlar hisoblanadi. Vaksinalar kiritilganda bir vaqtning o'zida organizmdagi boshqa hamma antigenlarga (mikrobgga oid, oziq-ovqatga oid) nisbatan ham antitelo paydo bo'lishi kuchayadi. Organizm to'qimalari bilan bir xil umumiy antigenga ega bo'lgan vaksinalarni kiritish ko'pincha autoimmun buzilishlar rivojlanishiga olib keladi. Immunizatsiya maqsadida vaksina kiritilgandan keyin ham sensibilizatsiyaga xos reaksiya rivojlanishi mumkinligi aniqlangan. Qonda allergik reaksiya mediatorlarining miqdori ko'payadi, gistamin, atsetilxolin miqdori ham ortadi. Vaksina va u zardob kiritilishiga qonning shakliy elementlari ham o'zlarining javob reaksiyalarini ko'rsatishlari mumkin. Periferik qonda trombositlar va leykotsitlar miqdorining pasayishi, eozinofillar va limfokinlar ko'payishi yuz beradi. Zardob kasalligining turli klinik ko'rinishlari, odatda 7-kuni rivojlanadi va u "zardob kasalligi sindromi" deb yuritiladi.

Organizmdagi allergik o'zgarishlar birinchi navbatda organizmning reaktivligi o'zgarigan bolalarda, ya'ni allergiyasi bor bo'lgan bolalarda yuzaga keladi. Emlash natijasida allergik reaksiya vujudga kelgan bolalarda irsiy moyillik, ekssudativ diatezlar, burun bo'shlig'idagi infeksiya 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'g'imlarning zichlashishi yuz beradi. Nefrit, vaskulit, koronarit ham vujudga kelishi mumkin.

KDS 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 vak-sina kiritilgandan 1-7 soat keyin yuz beradi. Vak-sina kiritilgandan keyin qavarchiqlar, Kvinke shishi, ekzema (gush) ham rivojlanishi mumkin. Biroq ko'pchilik bolalarda allergik reaksiya emlangandan 2-4 kun o'tgach rivojlanadi va umumiy reaksiya harorat ko'tarilishi, ishtaha pasayishi bilan birga qo'shib kelib, reaksiya 4-5 kun davom etadi. Ayrim hollarda reaksiya 8-16 kundan keyin ham yuzaga kelishi mumkin. Qonda yot zardobga nisbatan antitelo aniqlanadi, u ko'p miqdorda antigen organizmga tushganda eruvchan immun birikmalar hosil qiladi. Allergik reaksiyalarni Ye immunoglobulinlarning Fc-tarkibiy qismi amalga oshiradi. Zardob kasalligining klinik manzarasi ko'p belgililigi bilan tavsiflanadi. 85 foiz hollarda terida o'zgarishlar, 70 foiz – isitma, 5 foiz, limfa bezlaridagi o'zgarishlar 20 foiz hollarda bo'g'imlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Bundan tashqari, boshqa a'zolar ham zararlanishi mumkin.

Ko'kyo'talga (koklyush) qarshi vaksinani kiritish bronxial astma xurujining rivojlanishi bilan kuzatilishi mumkin. Bunga organizmning gistaminga nisbatan sezuvchanligining ortishi va ko'kyo'tal antigenining nafas yo'li limfa tugunlariga joylashib olishi sabab bo'ldi. Kasallik hatto birinchi marta emlashdan keyin ham rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, bolalarda soxta bo'g'ilish (nafas olishning qiyinlashuvi) va spastik traxeit kuzatiladi. Zardob reaksiyasi gemorragik vaskulit ko'rinishida ham yuzaga kelishi ehtimoli yo'q emas. Nefropatiya, nerv tizimidagi zararlanishlar (ensefalitlar, ensefalomiyelitlar) ko'rinishidagi ancha og'ir va kam uchraydigani ham qayd etilgan. O'lim oqibatlar ham bo'lishi mumkin. Ensefalitlar odatda sekin-asta sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar ko'rinishida kechadi.

KDS vak-sinasiga allergik reaksiyalar ko'proq uning ko'kyo'tal tarkibiy qismi ta'sirida vujudga keladi. Biroq difteriya (bo'g'ma) va stolbnyak (qoqshol) vak-sinalari ko'kyo'tal antigenidan ajratilgan holda alohida kiritilganda ham tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Ular ko'kyo'tal vak-sinasi kiritilganiga qaraganda ancha kam hollarda kuzatiladi.

Zardob kasalligining kechish og'irligiga ko'ra uch shakli mavjud. Og'ir shakllarida harorat juda yuqori bo'ladi, badanning hamma sohalarini qoplab oluvchi turli ko'rinishdagi toshmalar, tananing ayrim qismlarida shishlar, og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatida entemalar yuqori nafas yo'llarida kataral o'zgarishlar kuzatiladi. Oshqozon-ichak yo'lida enterit ko'rinishidagi o'zgarishlar bo'ladi. Miokardit va ensefalomeningit ham qayd etiladi. Limfatik bezlari yallig'lanishining ham ehtimoli 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. Yengil shakllarida teridagi toshmalar qavarchiqlar ko'rinishida bo'lib, bu asosan preparat kiritilgan joyda kuzatiladi. Bunda limfa bezlari kattalashishi mumkin. Shuni ta'kidlab o'tish lozimki, ko'p hollarda zardob kasalligi to'g'ri diagnozlanmaydi. Zardob kasalligini davolash maqsadida gistaminga qarshi preparatlar (efedrin, kortikosteroidlar) qo'llaniladi.

Zardob kasalligining oldini olish emlashdan keyin yuzaga keladigan har qanday reaksiyalar emlashni davom ettirish masalasini hal qilish uchun allergolog bilan maslahatlashish lozimligini talab qiladi. Biror qo'shimcha kasalliklar bo'lgan hollarda emlash maqsadga muvofiq emas. Allergik yallig'lanishni boshdan o'tkazgandan keyin 1-2 yilgacha emlash muolajalari to'xtatiladi. Emlashdan oldin infeksiya o'choqlarini davolash, tozalash ishlarini o'tkazish, bunda turli vitamin birikmalarini belgilash muhim ahamiyatga ega. Periferik qon tarkibida o'zgarishlar bo'lgan bolalarda (trombotsitopeniya, leykopeniya, disproteinemiya) emlash muolajalari o'tkazilmaydi. Emlashdan oldin sinama o'tkaziladi (teri ichiga fiziologik eritma bilan 1:10 nisbatdagi 0,1 ml eritilgan vakcina kiritiladi). Sinama o'tkazilgandan 5 kun keyin emlash uchun lozim bo'lgan miqdordagi vaksinani kiritish mumkin. O'ziga xos, o'ta sezuvchanlikni pasaytirish maqsadida emlashdan oldin antigistamin preparatlarini belgilash mumkin. Bolalarda emlashdan oldingi davrda ovqatlanish rejimi (allergen mahsulotlarni istisno qilish) tavsiya qilinadi. Turli vaksinalar bilan emlash orasidagi vaqt 2 oydan kam bo'lmasligi kerak.

Zardob kasalligining oldini olish uchun diqqat bilan anamnez yig'ish, Bezredka usuli yordamida yoki gistaminga qarshi prepa-

ratlar ta'siri ostida emlash, zardobni globulinlardan tozalashni yaxshilash tavsiya qilinadi. Zardob kasalligi bo'lgan bemorlarda ot zardobiga nisbatan sensibilizatsiya mavjudligini esda tutish lozim.

Ba'zi mutaxassislar bir necha vaksinani bir vaqtda kiritish, ketma-ket kiritilishiga qaraganda xavfsizroq deb hisoblaydilar. Allergik reaksiyaning rivojlanishi vaksina va zardobning turiga ham bog'liq bo'ladi.

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'zg'ashi mumkin. Chechakka (ospa) qarshi emlash dermatozlarning qo'zg'alishiga sabab bo'ladi. Eng yaxshisi, emlash muolajalarini ikki bosqichda: dastlab o'ldirilgan vaksinalar bilan, keyin esa tirik vaksinalar bilan o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Emlashga mutlaq moneliklar bo'lgan bolalarda yuqumli kasalliklarni oldini olish maqsadida inson qonidan tayyorlangan yuqori immun xususiyatiga ega bo'lgan gammaglobulin kiritish mumkin.

BRONXIAL ASTMA

Tavsifi, tasnifi va epidemiologiyasi

Tavsifi. Bronxial astma – bolalarda boshlanib, ko'pincha katta yoshda davom etadigan, nogironlikka, ba'zan hatto fojiaga olib keladigan xastalik. Bu esa bronxial astma muammosiga dunyo bo'yicha katta e'tibor qaratilishiga asos bo'ldi. Bronxial astma bolalar va kattalardagi allergik xastaliklar orasida alohida o'rin egallaydi.

Shuni qayd etish joizki, bronxial astma tavsifining o'zi uning boshqa jihatlaridan ham ko'proq bahs-munozaralarga sabab bo'lgan. Astmaga berilgan nafas yo'llarida obsruksiya mavjudligi, uning qaytalanishi, shuningdek, bronxlar giperreaktivligiga asoslangan avvalgi tavsifdan tez orada voz kechildi. Chunki bunday tavsif xastalikning kelib chiqish mexanizmini o'z ichiga olmaydi.

Ayni paytda bronxial astmaning rivojlanish mexanizmi, patogenezi, tasnifi va davolash masalalarida ancha o'sishga erishildi. 1995-yili ushbu masala bo'yicha asosiy qoidalar Jahon sog'liqni

saqlash tashkiloti hamda Yurak, o'pka va qon milliy instituti (AQSh) hamkorligida tayyorlangan "Bronxial astma va global strategiya" ma'ruzasida o'z aksini topdi.

1997-yili Rossiyada "Bolalarda bronxial astma. Davolash strategiyasi va profilaktika" Milliy dasturi ishlab chiqildi. Unda muammoga zamonaviy qarashlar asosida bronxial astmaning yangi tavsifi berilgan.

Klinik amaliyotda ko'pincha bronxial astma bolalarda diagnozlanmaydi. Diaqnoz "obstruktiv sindrom", "obstruktiv bronxit", "respirator-virusli infeksiyalarda astmatik komponent" va hokazo tushunchalar bilan almashtiriladi. Bronxial astmani diaqnozlash va davolash bo'yicha xalqaro kelishuv haqidagi hisobotda (GINA, 2009) bolalarga diaqnoz qo'yishda "hushtaksimon xirillashli bronxit", "hushtaksimon xirillashlar sindromi", "qaytalovchi obstruktiv bronxit" kabi atamalardan qochib, "bronxial astma" degan to'g'ri atamani ishlatish lozim, bu astmaga qarshi davo strategiyasini asosli ravishda ishlab chiqishga yordam beradi.

Bronxial astmaga qarshi kurash bo'yicha GINA milliy dasturi bu - kechish og'irligidan qat'i nazar, nafas yo'llarining surunkali yallig'lanish xastaligi sifatida insonning nozologik patologiyalari shakllariga kiradi.

U nafas yo'llarining o'ta ta'sirchanligida namoyon bo'ladi va klinik manzarada bronxial obstruksiyaning turli shakllari yoki birgalikda ko'rinishi ustunlik qiladi. Allergik reaksiyada genetik moyillik ham katta rol o'ynaydi.

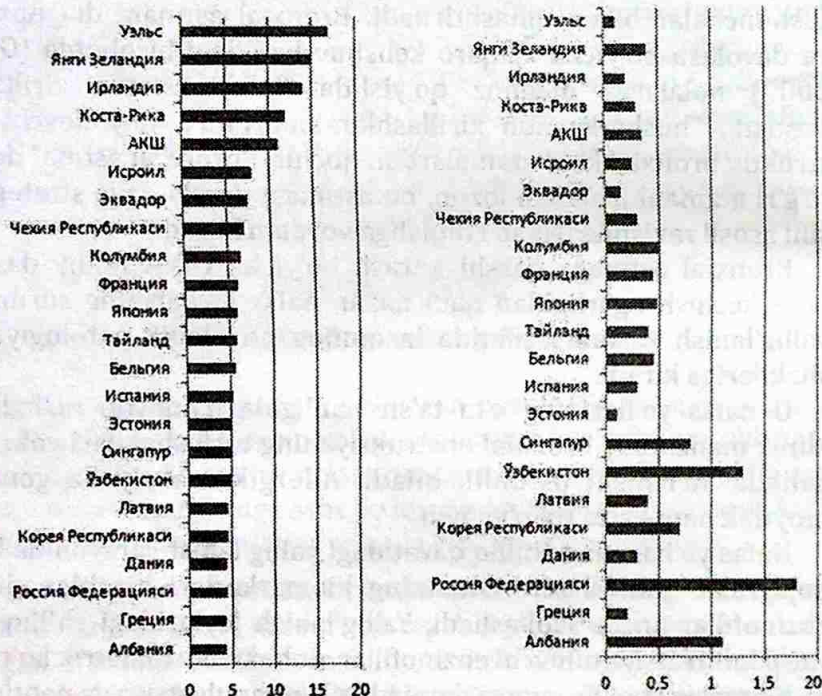
Nafas yo'llarining shilliq qavatidagi yallig'lanish jarayonida ko'p hujayralar qatnashadi. Astmaning biomarkerlari hisoblanadigan eozinofillar ancha faollashadi. Yallig'lanish joylaridagi shilliq qavatni infiltratsiya qiluvchi eozinofillar alohida morfometrik ko'rsatkichlarga ega bo'lib, yuqori darajadagi degranulyatsiya va peptidlar sintezi bilan ajralib turadi.

Ta'kidlash joizki, yallig'lanish jarayoni bronx devorchalarining barcha strukturalarini - epiteliy qatlami, bazal membrana, limfa tugunchalari, tomirlar va yumshoq to'qimalarni qamrab oladi. Masalan, epitemit hujayralari zararlanadi, ularda deskvamatsiya yuz

beradi. Baʼzan membrananing asosiy moddasi oʻzgaradi va u sub-epitelial qismda toʻplanadi. Yumshoq mushaklarda gipertrafiya kuzatiladi. Kapilyar soʻngidagi venulalar dilatatsiyaga uchraydi. Bularning hammasi esa bronx devorchalarining eozinofillar, toʻla hujayralar va T-limfatsitlar bilan migratsiya va infiltratsiya qilinishi bilan birga kechadi.

1-rasm

Bronxial astmaning tarqalishi va bronxial astma bilan oʻlim koʻrsatkichlari



Bronxial astmaning popul-yatsiyada uchrash miqdori (foiz hisobida)

Bronxial astma bilan xastalangan har 100 000 bemordagi oʻlim koʻrsatkichi

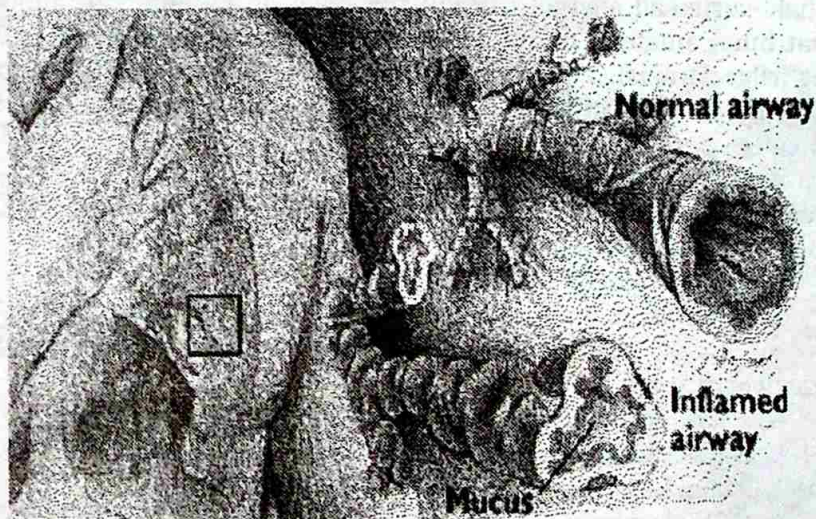
GINA (2007-yil)

Yallig'lanishning uzoq kechishi ba'zan membrananing keskin qalinlashuvi, bronx devorchalarining mikrotsirkulyatsiyasi va skleroz tufayli qaytarilmas o'zgarishlarga olib keladi.

Bu tavsiflangan o'zgarishlar bronxokonstruksiya, shilliq qavatdagi shish, diskriiniya va sklerotik o'zgarishlar natijasida yuzaga keladigan bronxoobstruktiv sindromni shakllantiradi. Xastalikning etiologik omili, kechish og'irligi va bosqichiga qarab bronxial obstruksiyaning u yoki bu komponenti ustunlik qiladi.

Yuqorida bayon etilganlardan kelib chiqib, bronxial astmaga quyidagicha ta'rif berish mumkin.

Bronxial astma – bronxlarning surunkali qaytalanuvchi allergik yallig'lanish asosida rivojlanadigan, ularning o'ta ta'sirchanligi, bronxokonstriksiya, ko'p shilliq ajralish, bronxlar devorchalaridagi shish kabi belgilar tufayli keng tarqalgan bronxial obstruksiya natijasida vaqti-vaqti bilan nafas olishning qiyinlashuvi yoki bo'g'ilib qolish xurujlarining yuzaga kelishi bilan kechadigan xastalikdir (2-rasm).



(2-rasm)

Nafas yo'llarining normal holatdagi hamda bronxial astma xastaligi holatidagi ko'rinishlari

Ushbu zamonaviy ta'rif, shubhasiz, bronxial astmani samaliraroq diagnozlash, oldini olish va potogenetik terapiyani ishlab chiqishga yordam beradi va xastalikni bashoratlashni yaxshilaydi.

Tasnifi. Yevropa mutaxassislari bronxial astmani surunkali obstruktiv bronxit va o'pka emfizemasi kabi o'pkaning surunkali obstruktiv xastaliklari sirasiga kiritadilar, chunki bronxial astmaning asosiy klinik belgilari bronxial "daraxt"ning obstruksiyasi bilan bog'liq.

Respublikamizda uzoq vaqtgacha A.D. Ado va P.K. Bulatov tasnifidan (1969) foydalanib kelindi. Unga ko'ra, bronxial astmaning yuqumli-allergik, atopik va aralash turlari ajratiladi. Keyingi o'n yilda esa bronxial astmaning T.B. Fedoseyev tomonidan to'ldirilgan tasnifi (1982) qo'llanila boshlandi. Bu tasnifda xastalikning klinik-patogenetik variantlari ajratiladi.

Keyingi o'n yilliklarda o'tkazilgan tadqiqotlar bronxial astmaga nisbatan bo'lgan qarashlarni o'zgartirdi, unga alohida nozologik shakl-surunkali allergik xastalik sifatida baho berildi. Shu munosabat bilan amaliyot nuqtayi nazaridan bronxial astmaning kechish og'irligi darajasiga qarab tasniflash birinchi o'ringa chiqdi. Bu juda muhim, chunki xastalikni davolashning zamonaviy strategiyasini belgilab beradi.

Bronxial astmaning oldini olish va davolash bo'yicha Global tashabbusga muvofiq, kechish og'irligi quyidagi ko'rsatkichlar bo'yicha aniqlanadi:

1. Bir haftadagi tungi belgilar soni.
2. Kun davomida va bir hafta ichida kunduzgi belgilar soni.
3. Qisqa ta'sir etuvchi V(2-pastida) - agonistlarini qo'llash zaruriyati soni.
4. Jismoniy faollik va uyqu buzilishining aniq ko'rinishlari.
5. Nafas chiqarganda eng katta havo oqimi ko'rsatkichi, uning me'yordagi ko'rsatkichga nisbati - foiz hisobida.
6. MPV o'zgarish.

Фенистил®

НЬЮ (диметиндена малеат)

- антигистаминный препарат, обладающий противоаллергическим и выраженным противозудным эффектом.

Фенистил® в форме капель разрешен к применению с 1 месяца.

Эффективность

- Проявляет высокую эффективность при различных проявлениях аллергии
- Наиболее эффективен для предупреждения аллергических реакций немедленного типа*

Безопасность

- Точная форма дозирования (пипетка)
- Возможность применения у детей старше 1 месяца

Удобство

- Приятный вкус – можно давать детям неразведенным с ложечки, добавлять в бутылочку с теплым питанием



Разовые дозы

1 месяц - 1 год	1 год - 3 года	3 года - 12 лет	старше 12 лет	взрослые
3-10 капель	10-15 капель	15-20 капель	20-40 капель	20-40 капель

Кратность назначения

3 раза в сутки.

При назначении Фенистил® нью грудным детям капли следует давать во время кормления

(добавлять в бутылочку с теплым питанием).

Детям, которых кормят с ложечки, можно давать препарат неразведенным, чайной ложечкой.

Сокращенная инструкция по применению

Торговое название препарата: Фенистил® нью

Действующее вещество (МНН): диметинден малеат 1мг/мл

Фармакодинамика:

выраженный антигистаминный и противозудный эффект за счёт антигистаминного, антисеротонинового и антибрадикининного действия*

слабый антихолинергический эффект*

незначительный седативный эффект*

Код АТХ: R06AB03

Фармакокинетика:

Время достижения макс. С в плазме крови – 2 часа.

Период полувыведения - 6 часов.

Метаболизируется в печени, выводится с желчью и мочой (90% в виде метаболита и 10% в неизменном виде).

Показания к применению:

Симптоматическое лечение аллергических заболеваний: крапивница, отек Квинке, сенная лихорадка, круглогодичный аллергический ринит.

Аллергические реакции на лекарства, пищевые продукты.

Кожный зуд при экземах, дерматозах, краснуче, ветряной оспе, укусах насекомых.

Профилактика аллергических реакций во время проведения гипосенсибилизирующей терапии.

Способ применения:

Кратность назначения - 3 раза в сутки. При назначении грудным детям капли следует давать во время кормления (добавлять в бутылочку с теплым питанием).

Детям, которых кормят с ложечки, можно давать препарат неразведенным, чайной ложечкой.

Разовые дозы: от 1 месяца до 1 года - 3-10 капель, от 1 года до 3х лет - 10-15 капель, от 3х лет до 12 лет - 15-20 капель, старше 12 лет и взрослые - 20-40 капель.

Противопоказания:

Повышенная чувствительность к препарату.

Закрывугольная глаукома.

Гиперплазия предстательной железы.

Детский возраст до 1 месяца, особенно недоношенные .

1-й триместр беременности и лактация.

Особые указания:

Детям в возрасте до 1 года назначаются под наблюдением врача.

Нельзя добавлять в горячую пищу (не следует добавлять препарат в детское питание до разогревания).

Назначают с осторожностью при бронхиальной астме и хронических obstructивных заболеваниях легких.

Форма выпуска: капли во флаконе 20 мл (1мл = 20 капель).

1 мл капель для приема внутрь содержит 1 мг диметиндена малеата.



Bronxial astmaning kechish og'irligi bo'yicha tasnifi

Kechish og'irligining darajasi	Davolashdan oldingi klinik manzarasi
Yengil kechish	Belgilar haftasiga 1 marta yoki undan ko'proq namoyon bo'ladi, lekin kuniga emas. Xastalikning kuchayishi faollikning, uyquning buzilishiga olib kelishi mumkin. Astmaning tungi belgilari oyiga 2 martadan ko'p ko'rinadi. MPV-me'yoriga nisbatan 80% MPV o'zgarishlari 20-30%.
O'rtacha og'irlikda kechish	Belgilar har kuni namoyon bo'ladi. Kuchayishi faollikni, uyquni buzadi. Tungi belgilar haftasiga bir martadan ko'p. Qisqa ta'sirli V (2-pastida) – agonistlar kuniga qabul qilinadi. MPV-me'yoriga nisbatan 60-80% MPV o'zgarishlar 30%.
Xastalikning og'ir kechishi	Belgilar doimiy ravishda kuzatiladi. Xurujlar tez-tez ro'y beradi. Tungi belgilar ham tez-tez. Jismoniy faollik chegaralangan. MPV-me'yoriga nisbatan 60%dan kam. MPV o'zgarishlari – 30%dan ortiq.

Yengil persistirlovchi forma. Xastalikning zo'rayish belgilari haftasiga 1 marta yoki undan ko'p, lekin kuniga emas. Bu esa uyquni buzadi, jismoniy faollikni susaytiradi. Belgilarning tunda namoyon bo'lishi oyiga 2 martadan ko'p. Ushbu forma bilan og'rigan bemorlarda MPV yoki OFV I ko'rsatkichi 80% yoki undan ortiq, o'zgarishlar esa – 20-30% atrofida. Bronxial astmani davolashda bronxolitik dorilarni doimiy qabul qilish orqali nazorat olib boriladi.

O'rta og'irlikdagi persistirlovchi forma. Belgilar uzoq vaqt davomida har kuni namoyon bo'lib, tungi xurujlar ham haftasiga 1 martadan ko'p. Bemor kuniga VK2 – agonistlarni qabul qilishi kerak. MPV va OFV-I ko'rsatkichlari dori ichgunga qadar me'yorga nisbatan 60-80%. Bu ko'rsatkichlarning o'zgarishi esa bir kecha-kunduzda 30%dan ortiqni tashkil etadi.

Og'ir formadagi persistirlovchi astma. Bemorda xastalik belgilari uzoq vaqt saqlanib turadi. Tungi xurujlar tez-tez ro'y beradi.

Jismoniy faollik cheklanadi. Dori qabul qilinishiga qaramay, bo'g'ir xurujlari qaytalanadi. MPV yoki OFV-I ko'rsatkichlari davro ta-yinlangunga qadar me'yorga nisbatan 60%, ularning o'zgarishi esa - 30%dan ortiq.

Amaliyotda bronxial astmaning **juda og'ir formasi ham tasniflanadi**. Kechish og'irligining barcha ko'rsatkichlari yaqqol namoyon bo'ladi. Bemorlar stereoid terapiyaga kam ta'sirchan bo'ladilar. Astmatik holatlar qaytalanadi. Bemorlar dori vositalarini majmua-da qabul qiladilar. Ko'pincha intensiv davolash, hatto reanimatsiya-ga muhtoj bo'lishadi.

Bemorlarda o'pka yurak (o'tkir, surunkali), o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, o'pka atelaktazi (segmentli, polisegment), interstitial, mediastinal va teriosti emfizemasi, spontan pnevmotoraks, nevrologik va endokrin buzilishlar kabi asoratlar rivojlanishi mumkin.

Xastalik davom etishida kuchayish va remissiya (susayish) davrlari tafovut qilinadi.

Xavfli omillar

Astmaning rivojlanishiga olib keluvchi xavfli omillar 3 guruhga bo'linadi: moyillik (atopiya, irsiylik, o'ta ta'sirchanlik); sababchi yoki sensibillovchi omillar yoki (chang, hayvon allergenlari, qo'ziqorin, asalari changi, aspirin va b.), unga xizmat qiluvchi (respirator virusli infeksiyalar, oziq-ovqat, tamaki, havo pollyutantlari). Shuningdek, triggerlar - astmaning kechishini kuchaytiruvchi omillar ham bor (jismoniy zo'riqish, sovuq havo, o'tkir hidlar, ruhiy zo'riqish).

Moyillik faktorlari

Atopiya tevarak-atrofdagi allergenlarning ta'siriga javoban organizm ko'p miqdorda IgE ishlab chiqarish qobiliyati sifatida aniqlanadi. Bu 4-7% katta yoshdagi bemorlar va 80-90% bemor bolalarda kuzatiladi. Atopiya eng ko'p tarqalgan allergenlar bilan terida proba o'tkazilganda ijobiy natija berishi hamda umumiy va alohida IgEning yuqori darajasini aniqlash orqali tasdiqlanadi. Populyatsion tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, IgE darajasi yuqori bo'lgan tuxumlarda bronxial astma, bunday daraja ko'rsatkichi past bo'lganlariga nisbatan kengroq tarqalgan.

Bronxlarning o'ta ta'sirchanligi.

Keyingi yillarda bolalar va kattalarda bronxlar ta'sirchanligiga alohida e'tibor berilmoqda. Bu shunday holatki, bronxlarning tashqi ta'sirga nisbatan reaksiya ko'rsatishi kuchli bo'ladi, ya'ni sog'lom odamda o'sha ta'sir hech qanday reaksiya ko'rsatmasa-da, bemorda bronxial obstruksiya rivojlanadi.

Bronx o'ta ta'sirchanligi bronxial astmaning universal belgisidir, uning darajasi xastalikning kechish darajasini o'zgartiradi. Lekin uning tarqalganligi bronxial astmaga nisbatan kengroq tarqalgan. Bronx o'ta ta'sirchanligining genetik sabablari haqida ma'lumotlar bor.

Irsiylik. Atopiyaning nasl surishi xarakteri haqida yagona fikr mavjud emas. Fanda nasl surishning turli shakllari, ya'ni autosom-retsessiv, autosom-dominant, poligen kabi yo'llari tasvirlab berilgan, ammo ularning birortasi ham ishonchli tasdiq topgan emas. Ayni paytda poligen nasl surish ko'proq, deb hisoblanadi.

Bronxial astmaning genetik asosi xastalikning genetik jihatdan bog'liq bo'lmagan jihatlari majmuyi bilan namoyon bo'ladi - bu atopiya rivojlanishiga moyillik, muayyan o'ziga xoslikka ega IgE - antitela mahsulotlari va bronxlarning o'ta ta'sirchanligidar. Asosiy moyillik genlari 5 va 11 xromosomalarda joylashgan. 11-4 genlar klasteri alohida rol o'ynaydi. Moyillikning har bir genetik faktori astmaga chalinish ehtimolini kuchaytiradi, ularning birga qo'shilib kelishi esa tashqi ta'sirlar kam bo'lgan taqdirda xastalik xavfi kuchli bo'lishiga olib keladi.

Sababchi omillar

Organizmning immunokompetent tizimiga u yoki bu allergening ta'siri va keyinchalik bronxial daraxtda allergik yallig'lanishning tarqalishi bronxial astma xurujini yuzaga keltiruvchi omildir. Ayni paytda ma'lum allergenlar o'z kelib chiqishiga qarab ikki guruhga bo'linadi: ekzogen - organizmga tashqi muhitdan kirib keluvchi va endogen - organizmning a'zolari va to'qimalarida paydo bo'luvchi allergenlar.

Ekzoallergenlarning A.D. Ado va A.A. Polner tavsiya qilgan tasnifi (1963) ko'ra, ular quyidagi ikki guruhga ajratiladi: infeksiyon (yuqumli) va noinfeksiyon allergenlar. Atopik bronxial astmaning

rivojlanishida bemor organizmi turli yo'llar bilan kiruvchi astmogen noinfekzion allergenlarga nisbatan sensibillik yetakchi rol o'ynashi isbotlangan.

Maishiy allergenlar. Noinfekzion-allergik bronxial astmaning vujudga kelishida eng ko'p tarqalgan sabab – bu uy-ro'zg'or, (maishiy) chang bo'lib, bizning hisobimizcha, 62% holda, umumiy bronxial astma bilan og'rish sonining yarmidan ko'pida aynan maishiy allergiya bronxial astmani keltirib chiqaruvchi yagona sababdir. Ular orasida asosiy rolni uy-ro'zg'or changi o'ynaydi. U geterogen material bo'lib, tarkibida hayvonlar qazg'og'i, o'simliklar gul changi, mog'orlagan zamburug', paxta tolasi va par kabilar bo'lishi mumkin. Uy-ro'zg'or changining surunkali bronxial astma rivojida-gi ahamiyati bundan 60 yil avval ko'rsatib berilgan.

Ayrim tadqiqotlarda uy-ro'zg'or changining antigenligi ular tarkibidagi bakteriyalar bilan bog'lanadi. Chindan ham, Dermatophagoides uy tozalashda hosil bo'ladigan ko'p miqdordagi chang tarkibida yashaydi: 5 gramm changda 2500 ta parazit topish mumkin. Havo harorati 25 O tepasida S va namlik 80% bo'lgan sharoitda parazit bemalol bir necha avlodga ko'payadi. U inson terisi bo'laklarida va junda kichik miqdordagi achitqi mavjud bo'lganda o'sa oladi. Bunday o'ziga xos sharoitda yashay olish uning keng tarqalishiga imkon yaratadi. Quruq poydevorga qurilgan uylarda hasharot faqat qisqa muddat yashay oladi, shunda ham havoda namlik ko'rsatkichi yuqori bo'lgan taqdirda. Poli va devorlari nam kvartiralarda esa uzoq vaqt yashaydi.

Respublikamizning turli viloyatlarida joylashgan turar joy va jamoat joylarida o'tkazilgan chang akarologik tadqiqoti parazit hasharotlarning 27 turini aniqlashga yordam berdi, bu turlar ikkita otryadga bo'linadi, 11 ta guruhni o'z ichiga oladi (Nazrullayeva M.F. 1990).

Uy changi parazitlari respublika bo'yicha 62%ni tashkil etdi. Bu ko'rsatkich yurtimizning shimoli-sharqiy qismida yuqori: Toshkent viloyatida – 67,3 %, Sirdaryo viloyatida 68,7 %. Janubi-g'arbiy qismida esa past, masalan, Buxoro viloyatida 36,3%. O'rganilgan viloyatlarda Dermatophagoides pteronyssin va Glycyhagus cadaverum hasharotlari ustunlik qiladi, ular umumiy chang akarofau-

nasida 28,5 % va 57,8 %ni tashkil etadi. Eng ko'pi – CL cadaverum. O'zbekistonning turli viloyatlarida o'tkazilgan barcha tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, CL cadaverum miqdor ko'rsatkichi D. Pteronys-sius ko'rsatkichidan 1,5-2,3 baravar ortiq. Faqat Qoraqalpog'iston bundan mustasno, chunki ushbu hasharotlar nisbati 39,2 % va 40,3 %ni tashkil etdi. Bunday tafovut shundan dalolat beradiki, turli mintaqqa, viloyatlarning fauna (hayvonot olami) geterogenligi ko'p omillarga bog'liqdir.

Epidermal allergenlar ham atopik bronxial astmaga sabab bo'lishi mumkin. Masalan, "ot astmasi" otning terisi epidermisi va qazg'og'idan kelib chiqishi azaldan ma'lum.

It va mushuklarning yungi kuchsiz allergenlar hisoblanadi. Lekin ko'chib tushgan epitelial hujayralar va suvda eruvchan oqsil anti-genlaridan iborat hayvon qazg'og'i kuchli ta'sir etuvchi allergendir.

Allergologlar fikricha, barcha uy hayvonlari ichida mushukning qazg'og'i eng kuchli allergenlik xususiyati bilan ajralib turadi. U ta'sirchan bemorlarda bir necha soniya ichidayoq ko'z yoshi, yorug'likdan qo'rqish, burun qichishi, hushtaksimom nafas olish, qavarchiq va qovoqlarning angionevrotik shishini keltirib chiqara oladi. Shunga o'xshash xavfni qoplom, yovvoyi mushuk, yo'lbars, silovsin, dengiz mushugining terisi va mo'ynasi ham keltirib chiqara-di. Mushuk yungidan qo'lqop, telpak, po'stin, xalat, uy shippagi va yumshoq o'yinchoqlar tayyorlashda foydalaniladi. Ishlab chiqarish jarayonida tozalangan va qayta ishlangan teri va mo'yna ancha kam antigendir.

Parrandalar pati ahamiyati bo'yicha uy changi va hayvon qaz-g'og'idan keyin turuvchi mavsumiy bo'lmagan ingalyatsion sensi-bilizatorlarga kiradi. Uyda bu turdagi allergenlarning eng oddiysi, tovuq, g'oz yoki o'rdak pati bilan to'ldirilgan par yostiqlardir. Bemorlar parranda patiga nisbatan ta'sirchan, lekin ularning tuxumi-ga ta'sirchan emas. Parranda tuxumi komponentlari qo'shilgan vak-sinalari bilan ta'sirda bo'lganda ularda allergik reaksiya qo'zg'ashi xavfi bor.

Chang allergenlari bronxial astmaning rivojlanishida uchta asosiy guruh o'simliklaridagi allergenlar sabab bo'lishi mumkin. Bu – daraxt va butalar (qayin, qayrag'och, o'rmon yong'og'i, majnuntol,

eman, kashtan, terak, tol, shumtol) donli ekinlar (timofeyevka, ray-gras, arpa, tulkiqyruq, qo'noq, taroqbosh, suli, grechixa, bug'doy, bug'doyiq) va yovvoyi o'tlar (ambroziya, sho'ra qoqio't, qichitqi, shuvoq) kabilar.

O'zbekiston iqlim sharoitlarida xastalikning uchta qo'zg'alish davri tafovut qilinadi.

I davr – bahorgi, eng qisqa davr (mart oyi oxiri – aprel boshi): 1 sm havoda 600-700 chang zarralari mavjud bo'lib, bunda asosan daraxtlar gullashi rol o'ynaydi. Eng ko'pi – terak, keyin shumtol, zarang va majnuntol va b.

II davr – bahorgi-yozgi davr may oyining ikkinchi yarmidan iyun oxirigacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Bunda havodagi chang zarralari 1 sm.da 287 taga yetadi. Donli ekinlar – asosiy don tarqatuvchilardir.

III davr – yozgi-kuzgi davr (avgust boshidan to oktabrning ikkinchi yarmigacha). Mikroskop ostida jo'xori, shuvoq, bug'doyiq va boshqalar changi ko'rinadi.

O'zbekistonda o'sadigan, shamolda chang tarqatuvchi, keng tarqalgan allergen xususiyatga ega o'simlik turlarining tavsifi katta qiziqish uyg'otadi. Quyida O'zbekiston tabiatida uchraydigan allergiya xavfi mavjud o'simliklarning gullash taqvimini keltiramiz.

5-jadval

O'zbekistondagi ayrim o'simliklarning gullash davri

O'simlik nomi	Gullashning boshlanishi	Gullashning tugashi
Janub majnuntoli	Fevral 1-o'n kunligi	Fevral 2-o'n kunligi
Kulrang yong'oq		Aprel 2-o'n kunligi
Eman	Aprel 1-o'n kunligi	
Tog' terak		Mart 2-o'n kunligi
Oq terak	Mart 1-o'n kunligi	
Qora terak		

Tatar zarangi		May 3-o'n kunligi
Turkman zarangi	Aprel 2-o'n kunligi	Aprel 2-o'n kunligi
Oq qayin	Aprel 1-o'n kunligi	
Amerika shumtoli		
Qayrag'och	Fevral oxiri	Mart 1-o'n kunligi
Marjon-daraxt	Aprel 2-o'n kunligi	Aprel 3-o'n kunligi
Qora archa	Mart 2-o'n kunligi	Mart 3-o'n kunligi
Suli	May 1-o'n kunligi	May 2-o'n kunligi
Oqso'xta o'ti	May 2-o'n kunligi	May 3-o'n kunligi
Qo'noq o't		
Dantoni taroqboshi	May 1-o'n kunligi	May 2-o'n kunligi
D o v u l s i m o n taroqboshi	Aprel 2-o'n kunligi	Aprel 3-o'n kunligi
Turkman sho'rasi	Iyul 3-o'n kunligi	Sentabr 2-o'n kunligi
Supurgi mevali sho'ra	May 1-o'n kunligi	Avgust 2-o'n kunligi
Tangacha mevali sho'ra	Aprel 2-o'n kunligi	Iyun 2-o'n kunligi
Yoyilib o'suvchi pechak	May 2-o'n kunligi	
To'pgulli pechak	Iyul 1-o'n kunligi	Sentabr 1-o'n kunligi
Xushbo'y mar	May 1-o'n kunligi	Sentabr 2-o'n kunligi
Achchiq shuvoq	May 2-o'n kunligi	Iyun 2-o'n kunligi
Sitvar shuvoq	Sentabr 1-o'n kunligi	Oktabr 2-o'n kunligi
Shuvoq-estragon	May 2-o'n kunligi	Iyun 2-o'n kunligi
Farg'ona shuvog'i	Sentabr 1-o'n kunligi	Oktabr 1-o'n kunligi

Oziq-ovqat allergenlarining etiologik ahamiyati noinfekcion-allergik bronxial astmada 3,8 % holatda ko'rinadi. Eng ko'p uchraydigan allergen – bu sutdir. Unda kamida beshta antigen substansiya mavjud: v-laktalbulin, b-laktoglobulin, kazein, lipoproteinlar; albumoza va peptonlar aralashmasi. Boshqa oziq-ovqat mahsulotlari (tvorog, sariyog', shokolad, tort)da sutning oqsil komponentlari juda kam miqdorda bo'lsa ham, sensibillashgan odamlarda u yoki bu allergik reaksiyani qo'zg'ashi mumkin. Qo'y sutiga allergiya bo'lganda qo'y go'shtiga ham allergiya paydo bo'lishi mumkin.

Tuxumga allergiyasi bor bemorlarda tovuq go'shtiga yoki patiga ham reaksiya berishi mumkin (masalan, tekshiruv par yostiqaqa reaksiyani tasdiqlaydi). Respirator allergozli bemorlarda grippga qarshi emlash aksirish, burun oqishi kabi allergik reaksiya qo'zg'aydi, chunki vaksina tovuq embrioni asosida tayyorlanadi.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha baliq ham allergik reaksiya beradi. Qaynatilganda u o'zining allergen xususiyatlarini birozgina yo'qotadi. Ayollarda baliqqa allergiya qovog'iga surilgan kosmetik vosita-ten natijasida ham yuzaga kelishi mumkin, chunki ten tarkibiga baliq tangachasi kiradi.

Quyov yoki ot go'shtiga allergiya bo'lsa, shu hayvonlar em doridan ham reaksiya qo'zg'alishi mumkin. Masalan, epidermal bronxial astmadan aziyat chekuvchi bemorlarda ot zardobidan tayyorlangan em dori ta'sirida kuchli allergiya kuzatiladi.

Nopatogen zamburug'lar (allergenlik jihatidan eng muhim bo'lgan penitsillin, kladosporiy, alternariy, aspergill, mukor) bronxial astma va astmoid likotik bronxitni qo'zg'atuvchi vositalar hisoblanadi. Sensibilizatsiya ingalyatsion yo'l bilan rivojlanadi.

Dorilar bronxial astmada yagona sabab bo'lishi nisbatan kam uchraydi. Ko'pincha bu – farmatsevtika zavodlarining ishchilari yoki penitsillin, streptomitsin, pankreatin va boshqalarga sensibil tibbiyot xodimlarida bo'ladigan kasb kasalligidir. Bundan tashqari, amaliyotda og'ir kechadigan "aspirinli" bronxial astma ma'lum, uning rivojlanish mexanizmi atsetilsalitsin kislotasi ta'sirida prostoglandinsintetazaning blokadasi bilan bog'liq.

BRONXIAL ASTMA KUCHAYISHINI KELTIRIB CHIQUARUVCHI OMILLAR (TRIGGERLAR)

Triggerlar – bu bronxlarda yallig‘lanishni kuchaytirish, o‘tkir bronxospazm yoki har ikkisini bir vaqtning o‘zida keltirib chiqarish yo‘li bilan bronxial astmani qo‘zg‘aydigan omillardir. Triggerlar orasida maxsus (allergen) va noallergen ta‘sir ko‘rsatuvchilari bor. Keyingilari – bu jismoniy zo‘riqish, sovuq havo, o‘tkir hidlar, ob-havo o‘zgarishi, ruhiy zo‘riqish kabilardir. Bolalarda ko‘p uchraydigan triggerlar sirasiga allergenlar bilan munosabatda bo‘lish yoki respirator-virusli infeksiya kiradi.

Jismoniy zo‘riqish bronxial astma bilan og‘rigan bemorlarda bo‘g‘ilish xurujlarini qo‘zg‘aydigan omildir. Jismoniy zo‘riqish ta‘sirida bronxospazmning rivojlanishi asosida bronxlarning o‘ta ta‘sirchanligi, havo haroratining o‘zgarishi, nafas yo‘llari ajratmalarining kamligi va osmolyar bo‘lishi, shuningdek, giperventilyatsiya yotadi. Bolalarda jismoniy bronxial astma odatda atopik bronxial astma bilan birga kechadi va alohida shaklda deyarli uchramaydi.

Iqlim sharoitlarining o‘zgarishi. Noqulay ob-havo sharoitlari, ayniqsa, past harorat, yuqori namlik, atmosfera bosimining ko‘tarilishi yoki tushishi, momaqaldiroq, havoning ifloslanishi bronxial astmaning kuchayishini chaqiradi.

Havoning ifloslanishi. Ko‘pgina ifloslantiruvchi sanoat chiqindilari irritant ta‘sir ko‘rsatadi va bronxlarning o‘ta ta‘sirchanligini kuchaytirib, bronxial astma xurujlarining tez-tez qaytalashiga sabab bo‘ladi.

Shunday irritant ta‘sir tamaki tutuni, parfyumeriya va maishiy kimyo buyumlari dezinfektantlarda ham bor. Bronxial astmaning kechishini yanada og‘irlashtiruvchi omillar qatorida misol keltirish mumkin. Shuningdek, likoplazma, legionella va xlamidiya kabilar ham salbiy ta‘sir ko‘rsatishi mumkin, degan xulosalar mavjud.

Psixologik omil. Ruhiy hayajon va stress, asab charchashi, qo‘rquv, o‘ta “mehribonlik” yoki aksincha e‘tiborsizlik, negativ shaxsiy xislatlar bo‘g‘ilish xurujini keltirib chiqaradi. So‘nggi yillarda tadqiqotchilar bronxial astmaning bolalarda kechishiga ta‘sir ko‘rsatuvchi psixologik omillarni o‘rganishga qiziqish bildirishmoq-

da. Psixologik testlarning natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatmoqdaki, "ona-bemor bola" munosabatlaridagi o'ziga xoslik bronxial astma qaytalashiga sezilarli ta'sir ko'rsatar ekan. Shunday ekan, bolaga ruhiy yordam berish o'tkir muammodir. Bunday yordamni tashkil etishda oila, maktabning ahamiyati katta bo'lib, ruhiy zo'riqish holatini muvozanatlaydi.

Bronxial astmaning og'irroq kechishida yuqori va quyi nafas yo'llarining bakterial infeksiyalari, asab tizimidagi holatlarning ham ahamiyati bor. Yuqorida sanab o'tilgan xavfli omillardan birortasini aniqlash faol profilaktik tadbirlarni o'tkazishda, bronxial astma xurujlarini kamaytirishda yordam beradi.

BRONXIAL ASTMANING RIVOJLANISH MEKANIZMLARI

Bronxial astma morfologiyasi

Bronxial astma – bronxlarning surunkali allergik yallig'lanishi bo'lib, yallig'langan hujayralar, mediatorlar, bronxlarning hujayra va to'qimalari orasidagi kompleks o'zaro ta'sir bilan asoslangan.

Nafas yo'llaridagi yallig'lanish bronxial obstruksiyaning shakllantiradi, u esa 4 ta ko'rinishda namoyon bo'ladi: silliq mushaklar spazmi natijasidagi o'tkir bronxokonstriksiya; nafas yo'llari shillig'idagi shish natijasida yuzaga keladigan yarim o'tkir shakli; yopishqoq bronxial ajratma hosil bo'ladigan surunkali shakli asosan bronxlarning terminal qismiga shikast yetkazadi va nihoyat, bronx devorchalarining sklerotik jarayoni.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarning nafas yo'llarida yallig'lanish jarayonining rivojlanishini tushunish uchun bronx devorchasining tuzilishi bilan tanishib chiqish lozim. Yallig'lanish jarayoni bronx devorchalarining barcha qismlarini, ya'ni epitel qatlam, ba'zan membrana, bronx limfa tugunlari, tomirlar va yumshoq mushaklarni qamrab oladi. Shunisi ahamiyatliki, ularning har biri o'ziga xos reaksiya ko'rsatadi. Autopsiya materialida epiteliyal hujayralarning yuqori darajali deskvamatsiyasi ko'rinadi, ular eozinofillar va bronxial ajratma bilan birga nafas yo'llarini to'ldirib, to'sib qo'yadi. Epiteliyal hujayralar deskvamatsiyasi eozinofil granular tomonidan sintez qilinadigan proteinlar ta'sirida ro'y beradi va ularning ajralib chiqishi keyingilar degranulyatsiyasi holatida

yuzaga keladi. Ba'zan membrana juda o'zgargan: shishgan, butun uzunligi bo'yicha qalinlashgan, asosiy modda tarkibi buzilgan. Seroz va bokalsimon hujayralarda gipertrofiya. Epitel va bokalsimon hujayralar orasidagi farq keyingilari ortib ketishi bilan izohlanadi. Bronx devorchalaridagi venula va kapillyarlarning tomir o'tkazuvchanligi sezilarli ravishda o'zgargan. Tasvirlanayotgan morfologik manzara bronxial astma uchun xarakterli va xastalikning asosida persisterlovchi yallig'lanish yotishidan dalolat beradi, bu xastalik ta'rifida ham ta'kidlangan.

ALLERGIK YALLIG'LANISHNING IMMUNOLOGIK MEXANIZMLARI

Bronxial astma patogenezi rivojlanishida asosiy bo'g'inlaridan biri unda immun mexanizmlarining ishtirokidir. Immun tizimining funksiyasi o'zgarishi bronxlarning o'ta ta'sirchanligi va o'ta reaktivligiga olib keladi. Bronxial astmaning allergik mexanizmlari zudlik bilan va sekin ta'sir qiluvchi reaksiyalar bilan bog'liq. Zudlik bilan ta'sir qiluvchi (reagen) reaksiya shok organi va allergen o'zaro ta'siri asosida yuzaga keladi. Ularning namoyon bo'lishida IgE qatnashadi. Bunday yallig'lanish turida bronxlar shillig'ida va yorig'ida faollashgan eozinofillar, to'q hujayralar va T-limfotsitlar soni ko'payadi. Yallig'lanish mediatorlari yoki biologik faol moddalar – gistamin, serotonin, bradikinin, neytrofillar va eozinofillar xemotaksisi omillari, leykotrinlar mayda tomirlarning o'tkazuvchanligini kuchaytiradi, bu esa plazmaning ekssudatsiyasi bilan birga kechadi.

Bronx devorchalarida shish paydo bo'ladi, epiteliy to'kiladi. Bronxlar teshigida shilliq tiqilmalar hosil bo'lib, yallig'lanish jarayoni kuchayadi. Bronxial astmaning yetakchi mexanizmlaridan biri bronxospazm shakllanishidir. Zudlik bilan ta'sir etuvchi turida to'q hujayradan gistamin 3 daqiqadan keyin ajrala boshlaydi, aynan shu mediator bronxlar mushagining tonusiga boshqalaridan ko'ra kuchliroq ta'sir etadi.

Sekin rivojlanuvchi allergik reaksiyalar IgE, IgA, IgM turlariga kiruvchi sirkulyar antitelalar orqali shakllanadi. Immun komplekslarning to'q hujayralar, eozinofillar, makrofaglarning retseptorlar bilan

ta'sirlashganda bronxlar obstruksiyasiga olib keluvchi yallig'lanish mediatorlari ajralib chiqadi. Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda ko'pincha allergik reaksiyalar birga qo'shilib keladi, bitta allergening o'zi har ikkala reaksiya tipini qo'zg'atishi ham mumkin.

Bundan tashqari, zudlik bilan ta'sir etuvchi o'ta sezuvchan reaksiya va IgE yoki IgM bilan bog'liq ravishda to'q hujayralarning antigen degranulyatsiyasidan tashqari shunday degranulyatsiyani immunologik bo'lmagan yo'l bilan keltirib chiqaruvchi liberatorlar ham mavjud.

Bronxial astmada bronxoobstruktiv sindrom bir yo ikki bosqichda patologik jarayonni o'taydi. Erta astmatik reaksiya bronxokonstriksiyaning tez rivojlanishi, ya'ni qo'zg'agandan 10-30 daqiqa keyin kuchayib, 2 soatdan keyin sustlashuvi kuzatiladi. Kech astmatik reaksiyada bronxokonstriksiya jarayon boshlangandan 2-4 soat keyin paydo bo'lib, 6-8 soat o'tgach rivojlanadi.

Erta astmatik reaksiya uchun to'q hujayralar, kech reaksiya uchun eozinofillar "javobgar"dir.

Hatto, og'ir bo'lmagan holatlarda hali bronxial astmada xurujlar orasidagi vaqtda bronx devorchalarida o'zgarish bo'ladi.

Bronx daraxti shillig'ida yallig'lanishning saqlanib turishi bronxlarning o'ta ta'sirchanligi permanent holatiga zamin yaratadi.

Bronxial astmada allergik yallig'lanishning namoyon bo'lishida ayrim qon hujayralarining ahamiyati

Allergik reaksiyada to'q hujayra markaziy o'rinlardan birini egalaydi. Uning boshlang'ich himoyaviy ahamiyati patogen joylashgan yerda immun reaksiyani safarbar etishdan iborat.

To'q hujayra, qator mediatorlarni ajratar ekan, bronxial astmaning o'tkir fazodagi va kechiktirilgan reaksiya paytidagi belgilariga o'xshash ta'sir ko'rsatadi. Bu aynan nafas yo'llari silliq mushaklarining qisqarishi, shilliqning ko'p ajralishi, tomirlarda venulalar spazmi va tomir o'tkazuvchanligining kuchayishidir. Adgeziya molekulalarining ekspressiyasi, aktivatsion va xematoksik stimullar shok to'qimaga jalb qilinib, jarayonga yana boshqa hujayralar (eozinofillar, neytrofil-lar, epitelial hujayralar, fibroblastlar)ni ham qo'shadi. To'q hujayralar T-hujayralar bilan bir xil bo'lgan adgeziya molekulalarini olib yuri-

shi aniqlangan. Bu esa ushbu hujayralarning to'qimalardagi harakat yo'llari va to'xtashi bir-biriga o'xshashligini taqozo etadi.

To'q hujayra faollashuvi natijasida avvaldan mavjud bo'lgan lipid birikmalar (gistamin), shuningdek, yangidan hosil bo'luvchi mediatorlar – D2 va P2 – alfa prostaglandinlar, A2 tromboksan, trombositlarni faollashtiruvchi omil (PAF) va LTB₄, LTD₄, LTC₄, LTE₄ leykotriyenlari ajralib chiqadi. Bu mediatorlar ta'sirida zudlik bilan javob – o'tkir bronxospazm, bronx shilliq qavatida shish, bronxial suyuqlik ko'p ajralishi kuzatiladi. Shu mediatorlarning o'zi (asosan PAF va LTD₄) eozinofillar, neytrofillar, trombositlar va T-limfotsitlarning davomli faollashuviga, to'qimalardagi yallig'lanish va kechiktirilgan reaksiya uchun "javobgar"dir.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda plazma, bronxial suyuqlik va bronx-alveolyar suyuqligi tarkibida leykotriyenlar ko'payishi ma'lum.

Bronxial astmada eozinofillar ko'pincha bronxoalveolyar lavaj suyuqligida katta miqdorda, shuningdek, biopsiya va autopsiya materialida topiladi. Ular nafaqat xastalik zo'rayganda, balki susayganda ham aniqlanadi. Xastalik kuchaygan davrda eozinofillarning faollashuvi va mediatorlar ko'p ajralishi kuzatiladi, ular orasida juda zaharli oqsillar, masalan: bosh asosiy protein (major basic protein – MBP) va eozinofil kation protein (eosinophil cationic protein ECP) alohida ko'rsatish lozim. Eozinofil kation oqsilning organizm biologik muhitidagi darajasi ayni paytda allergik yallig'lanish bo'yicha eng yaxshi xabar beruvchi omildir.

Eozinofil mediatorlari

Asosiy proteinlar: bosh asosiy protein (MBP), eozinofil kation protein (ECP), eozinofil neyrotoksin (EDN) va b.

Ayrim fermentlar: D fosfolipaza, arilsulfataza, gistaminaza, katalaza, nordon fosfataza va b.

Sitoksinlar: IL-5, IL-4, IL-8, CM-CSF

Lipid mediatorlar: LTC₄, PAF, PGE₁ va PGE₂

Eozinofil bronxial astmada eng muhim effektor hujayralardan biri ekani isbotlangan. Faollashgan eozinofillar yallig'lanish mediatorlarini va granula oqsillarini ajratib chiqarishi aniqlangan, ular esa epiteliyga zarar yetkazadi, shilliqning ko'p ajralishiga, shish va bronxospazmga sabab bo'ladi, sitotoksik ta'sir ko'rsatadi. Astmada eozinofillar va nafas yo'llarining o'ta ta'sirchanligi o'zaro bog'liqligi, balki epiletiy zararlanishi orqali ekani ma'lum bo'lsa-da, bu patogen mexanizmi haqida to'liq isbot va dalillar hali mavjud emas. Shunga qaramay, astmada nafas yo'llarini tanlab infiltrlovchi va yallig'lanishga qarshi mediatorlar ishlab chiqaruvchi xususiyatga ega mazkur noyob granulotsit ham atopik, ham noatopik astmaning patogenezida alohida rol o'ynaydi. Bronxial astmada terapevtik yondashuvlar bronxlarda eozinofillarning to'planib qolishi va ularning faollashuviga olib keluvchi mexanizmlarni to'xtatib qo'yishga ta'sir etishi mumkin.

Shunday qilib, bronxial astma patogenezida yallig'lanish markaziy o'rin egallaydi va shunga moyil kishilarda tashqi va ichki muhitning turli omillari ta'sirida yuzaga keladi, klinik manzarasi esa bronxlar ta'sirchanligi va obstruksiyasida namoyon bo'ladi. Bronxial astmadagi yallig'lanish infeksiyon yallig'lanishdan farq qiladi. Shu bilan davolashda ham o'ziga xoslik talab etiladi.

Uzoq davom etgan, nazorat qilinmagan qaytalovchi bronxial obstruksiya va bronx daraxti ta'sirchanligi yallig'langan hujayralar to'planishi, shish, yumshoq mushaklarning qalinlashuvi, subepitelial fibroz, bronx devorchalarining elastiklik xususiyatlari o'zgarishi, nafas yo'llari va ularni o'rab turuvchi parenxima o'rtasidagi integratsiyaningyo'qolishi kabi holatlar natijasida respirator traktning qalinlashishi va qayta tuzilishiga olib kelishi mumkin.

Bronxial astmaning diagnostikasi

Bronxial astmani diagnozlash jarayoni xastalik belgilarining paydo bo'lishiga olib keluvchi jarayonlarni tushunishni talab etadi. Shifokor ushbu holatni anamnez, klinik tekshiruv, o'pka funksiyasi tadqiqoti va allergologik status ma'lumotlari asosida aniqlay bilishi lozim. Agar bemor yosh bola bo'lsa, diagnozlash qiyinchilik tug'dirishi mumkin. To'plangan ma'lumotlar asoslangan holda xastalikning

og'irlik darajasi aniqlangach, shunga qarab tegishli davo choralari buyuriladi.

Anamnez va simptomlarni baholash

Astmaning klinik diagnozi ko'pincha epizodik bo'g'ilish, hushtaksim on nafas, ko'krak qisishi, yo'tal (ayniqsa tunda va erta saharda) kabi belgilar mavjudligiga asoslanadi.

Bo'g'ilish ekspirator xarakterga ega, unda yordamchi nafas mushaklari ishtirok etadi. Yo'tal doimiy yoki xurujsimon bo'lishi mumkin, unda quyuq balg'am qiyinchilik bilan ajraladi.

Astma xurujida bemor majburiy ravishda "ortopnoe" holatida bo'ladi. Ya'ni burun kataklari kerilgan (ayniqsa bolalarda), yelka ko'tarilgan, tana oldinga egilgan. O'pka eshutilganda, kuchsiz vezikulyar nafas doirasida hushtaksim on ovoz eshutiladi, bu nafas chiqargan paytda aniq bilinadi. Kichik yoshdagi bolalarda astmatik xuruj paytida turli kaliyberli hushtaksim on nafas paydo bo'ladi. Shuningdek, holatning og'irlik darajasini ko'rsatuvchi sianoz, uyquchanlik, nutqda qiynalish, taxikardiya, o'pkaning o'tkir emfizemasi kabi boshqa klinik belgilarga ham e'tibor berish lozim.

Xastalikning boshlang'ich bosqichlaridagi belgilar:

- hushtaksim on nafas epizodlari, yuzaga kelish sabablaridan qat'i nazar, uchtadan ortiq bo'lsa, bronxial astma sifatida baholash kerak;

- hushtaksim on nafas bir qator xastaliklar belgisi bo'lishi mumkin, lekin juda ko'p hollarda bu - bronxial astmaning namoyon bo'lishidir;

- ko'krak qafasida qisish yoki noqulaylik hissi;

- tunda va kun davomida kishiga noqulaylik tug'diradigan yo'tal;

- B₂-agonist qabul qilishga bo'lgan ehtiyoj haftasiga bir marta dan ko'p;

- jismoniy zo'riqish yoki allergen bilan kontaktdan keyin yo'tal, hushtaksim on nafas yoki ko'krak qisishi;

- qaytalovchi obstruktiv bronxit.

Anamnezda irsiy jihatdan allergiya bilan murakkablashish holati bor-yo'qligiga e'tibor berish lozim. Kichik yoshdagi bolalarda o'tkir respirator virusli infeksiya (ORVI) bilan bog'liq ravishda bronxial

obstruksiya epizodlari kelib chiqish ehtimoli bor. Oilaviy anamnezda atopiya bo'lmagan bemor bolalarda yoshi kattalashgach, belgilar yo'qolib ketadi. Agar nasl-nasabida allergik xastaliklar uchragan bo'lsa, bolada astma rivojlanishi mumkin. Shuning uchun, qaytalab turadigan bronx daraxti obstruksiyasi kuzatilgan bolada bronxial astma borligi taxmin qilinadi. Bolalarda bronxial astma belgilari ko'pincha faqat ORVI bilan og'riganda, jismoniy zo'riqishda yoki faqat tungi yo'tal ko'rinishida paydo bo'ladi. Tungi yo'tal sinusitlarda, tonzillitda, adenoidlar mavjudligida bo'lishi mumkin, lekin bu simptom bolani erta saharda uyg'onib ketishga majbur qilsa, demak, bu – bronxial astmadir.

Anamnezni o'rganayotganda belgilarning paydo bo'lishi bir yoki bir nechta triggerlar ta'siriga bog'liq ekanini aniqlash muhim. Mabodo, bronxodilatatorlar qabul qilgach, belgilar yo'qolsa, shifokor bronxial astmaga duch kelgan, deb aytish mumkin.

Tashqi nafas funksiyasini baholash

Bronxial astmaning boshqa surunkali xastaliklardan muhim farqi obstruksiyaning qaytalashidadir. O'pkaning ishini spirometr yoki pikfloumetr yordamida tekshirish bronxial obstruksiyani, uning kun davomida o'zgarishini va qaytalashini bevosita aniqlashga yordam beradi.

Spirometr o'pkaning tiriklik sig'imini, o'pkaning jadallashtirilgan tiriklik sig'imini bir soniyadagi jadal nafas chiqarish hajmini (OFV 1) o'lchaydi, bu esa bronxial astma kechish og'irligi darajasini aniqlash uchun eng yaxshi ko'rsatkichdir.

Ko'rsatkichlar lozim darajadagi kattalikdan qanchalik farq qilishiga qarab baholanadi va uning ortishi hisobga olinadi. OFV 1 ning normal ko'rsatkichi belgilangan kattalikning 80%idan kam bo'lmasligi kerak.

79-60% bo'lsa, biroz kamaygan daraja, 60%dan ham past bo'lsa, anchagina kamaygan hisoblanadi. Xurujdan keyin o'pka funksiyasining tiklanishi klinik yaxshilanishdan ortda qoladi. Ayniqsa, bolalarda bo'g'ilish yoki qiyin nafas olish bo'lmaganda, o'pkada hushtaksimon xirillash yo'qolganda ham uning funksiyasi hali bu-

Тавегил®

(клемастина гидрофумарат)
антигистаминное средство
первого поколения

Эффективность

- высокая эффективность при различных проявлениях аллергии
- продолжительное действие

Безопасность

- минимальный седативный эффект, в то же время как важная часть противозудной терапии
- минимальное действие на ЦНС (не вызывает изменений настроения, судорог и т.д.)
- совместим с большинством препаратов

Удобство

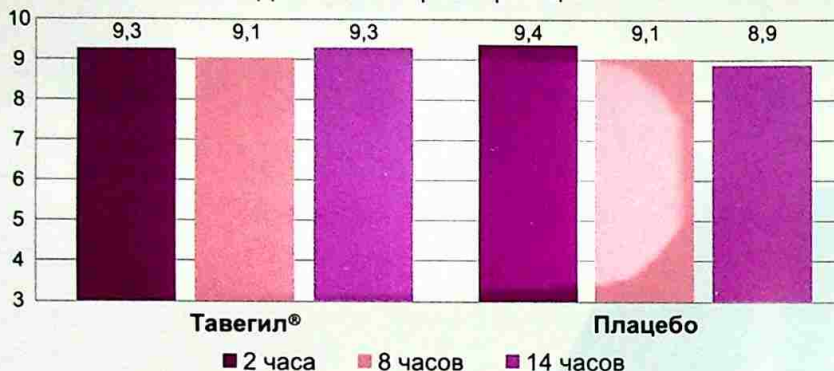
- наличие парентеральной формы
- самая низкая кратность приема среди препаратов I поколения



ампулы 2 мл № 5
с дозировкой 1 мг/мл
для внутривенного
и внутримышечного
введения

Минимальный седативный эффект

Динамика скорости реакции



После однократного приема Тавегила® у пациентов, не испытывающих сонливости, скорость реакции остается неизменной и сравнимой с плацебо.

Эффективность при аллергическом рините

Тавегил® (2 мг в день) при аллергическом рините так же эффективен как и Лоратадин (10 мг/день) *
Оба препарата значительно эффективнее плацебо **

Сокращенная инструкция по применению

Торговое название препарата: Тавегил®

Действующее вещество (МНН): клемастина гидрофумарат

Фармакодинамика:

выраженный противозудный эффект за счёт антигистаминного и антисеротонинового действия, снижение выделения слизи из полости носа, противорвотный эффект, подавление чихания, кашля при отсутствии снотворного эффекта Тавегил® в дозировке 2 таблетки 2 раза в день не оказывает влияния на способность управлять автомобилем***

Код АТХ: R06AA04

Фармакокинетика:

максимальный эффект достигается к 2-4 часу после приёма, продолжительность действия 12 часов

Показания к применению:

Анафилактический шок (препарат выбора) и ангионевротический отек (в качестве дополнительного средства)
Профилактика или лечение аллергических и псевдоаллергических реакций (в т.ч. при введении контрастных веществ, переливании крови, диагностическом применении гистамина)

Противопоказания:

Детский возраст до 1 года (для ампулированных форм)

Наследственная непереносимость галактозы, фруктозы

Порфирия

Беременность и лактация

Одновременное применение ингибиторов MAO

Повышенная чувствительность к Тавегилу® или другим антигистаминным препаратам

сходной химической структуры

Форма выпуска: ампулы 2 мл № 5 с дозировкой 1 мг/мл

для внутривенного и внутримышечного введения

*Двойное слепое плацебо - контролируемое клиническое исследование в параллельных группах у 330 пациентов, страдающих сезонным и аллергическим ринитом. Источник: Dorckhorn R.J., Bergner A., Conzelmann J.T. et al. Ann. Allergy 1987, vol.58, p. 407-411

**Мультицентровое двойное слепое, плацебо-контролируемое клиническое исследование в параллельных группах у 155 пациентов, страдающих круглогодичным аллергическим ринитом. Источник: Frohne L., Ethelm B., Brandner K. et al. Allergy, 1990, vol.45, p.254-261

***B. Biehl, Institute for Traffic Psychology in Vienna, Австрия, 2001 - Исследования, №132

zilgancha qolishi mumkin. Bolalarda astmani davolashda buni hisobga olish lozim.

Spirometr poliklinika va shifoxonalarda diagnoz qo'yish va astmaning kechish dinamikasini nazorat qilish uchun ishlatiladi.

Pikfloumetr nafas chiqarishning eng baland tezligini (MPV) ni o'lchaydi. Bu – to'liq nafas olgandan keyin jadal nafas chiqarish paytida nafas yo'llaridan chiqadigan havoning mumkin bo'lgan eng katta tezligidir. MPV ko'rsatkichi OFV – 1 ko'rsatkichi bilan o'zaro bog'liq. Pikfloumetr – o'lchamli (portativ), qulay va arzon asbob. Undan poliklinika va shifoxona sharoitidagina emas, balki uyda, ishxonada ham foydalanish mumkin. Bu asbob astma diagnozini qo'yishda, xastalikning kechish og'irligi darajasini, davo choralarining samaradorligini aniqlashda yordam beradi. Shuningdek, xastalikning qo'zg'ash vaqtida ancha oldindan bilishga imkon beradi, chunki nafas chiqarishning eng baland tezligidagi o'zgarishlar astma klinik belgilaridan bir necha soat, hatto bir necha kun oldin namoyon bo'ladi. O'zgarishlarni bilish o'z vaqtida profilaktik choralarni qo'llab, bemor ahvolining yomonlashuvi oldini olish imkonini yaratadi. Nafas chiqarishning eng baland tezligi (MPV) ko'rsatkichi me'yordagi kattaliklar bilan solishtiriladi, ular bemorning yoshi, bo'yi, jinsi, irqiga qarab har bir pikfloumetr uchun hisoblab chiqilgan.

Agar MPV me'yordan kichik bo'lsa, demak, bu – yo-bronx daraxtining obstruksiyasi, yoki – o'pka hajmining kichiklashishi (boshqa xastaliklarda ham bo'lishi mumkin). Agar bemorga B_2 – qisqa ta'sirli agonistlar ingalyatsiyasi yoki shunday agonistlar va kortikostereoidlar bilan davolash o'tkazilgandan keyin MPV ko'rsatkichi 15%dan ko'pga ortsa, bronxial astmani tahlil qilish mumkin. MPV o'zgarishlari amplitudasi kattalashsa ham bronxial astma haqida xulosa qilinadi, amplitudani aniqlash uchun esa MPV ertalab uyqudan uyg'onganda (eng past ko'rsatkich) o'lchanadi. Bronxolitik dori vositalarini qabul qilgan bemorlarda MPV o'zgarishi 20%dan ortiqni, shunday dorilarni qabul qilmagan bemorlarda esa – 10%dan ortiqni tashkil etadi. Agar yugurish va jismoniy zo'riqishdan keyin MPV 15% va undan ortiq ko'rsatkichga kamaysa, demak, astma diagnozi ehtimoldan xoli emas.

Allergologik statusni baholash

Allergologik status terida test o'tkazish yoki qon zardobida maxsus IgE miqdorini aniqlash orqali tekshiriladi. Skarifikatsion va emlash yo'li bilan bajariladigan testlar eng ko'p qo'llaniladi. Ular faqat bronxial astmaning belgilari sust bo'lgan davrda (remissiya) o'tkaziladi. Lekin test natijalarini bemor anamnezi ma'lumotlari bilan solishtirish astma triggerlarini aniqlashga imkon beradi. Bu esa bronxial astma bilan og'rigan bemorni davolash bo'yicha samarali reja ishlab chiqish va yuritishda muhim ahamiyatga ega.

Astmani diagnozlashda asosiy ko'rsatkichlar

(bu ko'rsatkichlardan birortasi mavjud bo'lsa, astma haqida xulosa qilish mumkin).

Hushtaksimon nafas – nafas chiqarganda hushtaksimon tovush kuchayadi; ayniqsa bolalarda (tekshiruvda ko'krak qafasi me'yorda bo'lishi astmani istisno qilmaydi).

Anamnezda quyidagilar bo'lsa:

1. Tunda kuchayadigan yo'tal.
2. Vaqti-vaqti bilan qo'zg'aladigan hushtaksimon xirillash.
3. Vaqti-vaqti bilan nafas olishning qiyinlashuvi, ko'krak qafasida og'irlik hissini sezish.

Tunda bemorni uyg'otib yuboradigan xurujlar.

Xuruj keltirib chiqaruvchi triggerlar:

1. Mashqlar.
2. Infeksiya.
3. Uy hayvonlarining yungi.
4. Uy changi (ko'rpa-to'shak, yostiqlar, yumshoq mebel va gilamlarda).
5. Tutun (tamaki va o'tin tutuni).
6. Gul changi.
7. Havo haroratining o'zgarishi.
8. Qattiq ruhiy zo'riqish (kulgi, yig'i).
9. Kimyoviy aerozollar.

Nafasdagi havo oqimining qaytalanishi va o'zgaruvchanligi.

Pikfloumetr ko'rsatkichlari asosida nafas chiqarishning eng yuqori tezligi (MPV)ni quyidagi usullar bilan o'lchash orqali aniqlanadi:

1. Qisqa ta'sirli B₂-agonistlari bilan ingalyatsiyadan keyin 15-20 daqiqa o'tgach, MPV 15%dan ko'proqqa ortadi.
2. MPV ertalabki o'lchashdan 20%dan ko'proqqa o'zgaradi, bronxodilatorlar qabul qilmaydigan bemorlarda – 10%dan ko'proqqa o'zgaradi.
3. 6 daqiqa jismoniy mashq bajarganda yoki yugurganda MPV 15%dan ko'proqqa kamayadi.

Bronxial astmaning diagnostikasidagi qiyinchiliklar

Bolalarda bronxial astma belgilari odatda faqat virusli infeksiya paytida, jismoniy zo'riqishdan keyin yoki tungi yo'tal ko'rinishda namoyon bo'ladi. Boladagi yuqori nafas yo'llari shamollashi "ko'krak qafasiga tushsa" yoki 10 kundan ortiq davom etsa, bronxial astma haqida o'ylash mumkin. Boshqa tomondan sog'lom bolada yana tungi yo'tal xuruji qaytalansa, bronxial astma mavjudligidan xabar beradi.

Chaqaloqlarda ORVI tufayli hushtaksimon xirillash epizodlari qaytalashi mumkin (ko'pincha respirator-sinsitial virus chaqirgan bronxiolitning ilk o'tkir belgilari). Agar atopik ko'rinishlar bo'lmasa, bu belgilar yo'qolishi mumkin. Atopiya mavjud bolalarda esa ular rivojlanadi, persistiraydi. Shunday qilib, bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ham agar hushtaksimon xirillash epizodlari qayta-qayta ro'y bersa, bronxial astma haqida taxmin qilish mumkin.

Chekuvchilarda o'pkaning surunkali obstruktiv xastaliklar tez-tez xuruj qilsa, yo'tal, balg'am ko'p ajralishi, hushtaksimon xirillash kabi belgilar kuzatiladi.

Keksalarda bronxit, emfizema, o'pkaning interstitsial fibrozi mavjud bo'lsa-yu, davo muolajalari ta'sirida respirator simptomlar yaxshi ko'rinmasa, bronxial astmani diagnozlash qiyin bo'ladi.

Ishchilarda, agar ular ishlab chiqarishda ingalyatsion kimyoviy moddalar yoki allergenlar ta'siriga duch kelsa, bronxial astma rivojlanishi mumkin.

Mavsumiy astmasi bo'lgan kishilarda patologiya asosida nafas yo'llarining shamollashi yotadi, lekin belgilar yilning muayyan davrlarida, masalan, o'tlar, daraxtlarning changi ajraladigan davrlardagina namoyon bo'ladi.

Bronxial astma yo'tal shakli bo'lgan kishilarda hushtaksimon xirillash kam kuzatiladi, yo'tal esa yagona, asosiy belgidir. Bunday bemorlarda yo'tal odatda kechasi qo'zg'aydi. Demak, kunduz kuni o'tkaziladigan tekshiruvlar xastalikni aniqlashga imkon bermaydi.

Qaytalovchi ORVI bo'lgan kishilarda, ayniqsa bolalarda bronxial astmani diagnozlash qiyin, chunki o'tkir respirator infeksiyaning

belgilari astma belgilari bilan o'xshash. Rivojlangan mamlakatlarda ORVI ko'pincha bakterial zotiljam (pnevmoniya) shaklida kechadi va antibakterial terapiya qo'llash talab etiladi. Agar hushtaksimon xirillash bor bolalarda qisqa ta'sirli bronxodilatator samara bersa va zotiljamning boshqa belgilari bo'lmasa, bu bronxial astmadan darakdir. Bronxial astma diagnozi tasdiqlangan zahoti bunday bolalarga uzoq muddatli davo choralari belgilanadi.

Bronxial astma gumon qilingan bemorlarda astmaga qarshi dori-darmonli terapiyaning bir yoki ikki kursi samara bermagan bo'lsa, quyidagi patalogiyalar bo'yicha alohida diagnozlash o'tkazish lozim:

- nafas yo'llarining mahalliy obstruksiyasi;
- gastroezofageal reflyuks;
- halqum funksiyasining buzilishi;
- surunkali bronxit;
- mukovissidoz.

BU ASTMAMI?

Agar bronxial astmani gumon qilsangiz, bemorga yoki bemor bolaning ota-onasiga ushbu asosiy savollarni bering:

- Bemorda bo'g'ilish xuruji yoki hushtaksimon nafas qaytalovchi holatlari bo'ldimi?

- Bemorda kechasi yoki ertalab turganda qattiq qiynovchi yo'tal bo'ladimi?

- Yo'taldan yoki nafas olish qiyinligidan uyg'onib ketadimi?

- Jismoniy zo'riqish, jumladan, yugurish va boshqa mashqlardan keyin yo'tal, hushtaksimon nafas kuzatiladimi?

- Muayyan fasl, mavsumda nafas olishning qiyinlashuvi seziladimi?

- Bemor allergenlar yoki havo irritantlari bilan munosabatda bo'lgandan keyin unda yo'tal, hushtaksimon nafas yoki ko'krak qafasining qisishi kuzatiladimi?

- Yuqori nafas yo'llarining shamollashi o'n kundan ko'p davom etadimi yoki shamollash "ko'krak qafasiga tushadimi"?

- Belgilar paydo bo'lganda bemor qandaydir dori vostilarini qabul qiladimi? Qanchalik tez-tez qabul qiladi?

- Bemorning ahvoli dori ichgandan keyin yaxshilanadimi?

Ana shu savollardan qaysi biriga bo'lsa ham tasdiqlovchi javob berilsa, bronxial astma diagnozi haqida gumon qilish mumkin.

Lekin shuni yodda tutish zarurki, respirator belgilarning paydo bo'lishi boshqa sabablarga ham bog'liq.

Turli allergenlarga sensibillashganda bronxial astmaning klinik xususiyatlari

Dermatophagides pteronyssinus, Dermatophagides farinae, uy changi kabi allergenlarga sensibillashish asosida paydo bo'lgan atopik bronxial astma bilan og'rigan bemorlar uy sharoitida tez-tez nafas qiyinlashuvi xurujlarini o'tkazishadi. Uydan uzoqroq ketib, yashash joyini o'zgartirganda esa xurujlar soni kamayadi. Bunday

kishilarda xurujlarni kamaytirish uchun uy, xonalar va hovlini ozoda tutish, eski mebellar va gilamlarni, uydagi changni mexanik usulda va changyutkich yordamida bartaraf etish lozim. Avvaliga o'xshash maishiy sharoitlarga qaytish bilan xurujlar yana o'shanday tez-tez yuz berishi ham mumkin. Sababchisi hasharot bo'lgan bronxial astmada nafas olishning qiyinlashuvi bilan bog'liq xurujlar ko'pincha kechasi kuzatiladi, chunki aynan shu vaqtda ko'rpa-to'shakda yashaydigan mayda hasharotlar bilan yaqin aloqada bo'linadi.

Dermatophagides pteronyssinus, Dermatophagides farinae allergenlariga sensibillashish asosida kelib chiqqan bronxial astmada xurujlarning kuchayishi ko'pincha allergik rinit belgilari bilan birga kechadi.

Zamburug'li bronxial astmaning kechishi zamburug'larning tarqalishi va ularning spora yil davomida tevarak-atrofdagi to'plinishi bilan bog'liq. Masalan, Chadosporium, Alternaria toifasidagi zamburug'larga sensibillashish natijasida kelib chiqadigan bronxial astmada nafas olishning qiyinlashuvi odatda zamburug'lar spora qo'yadigan davr – martdan birinchi sovuq tushishgacha tez-tez ro'y beradi. Penicillium, Aspergillus, Mucor kabi nam xonalarda keng tarqalgan va yil davomida ko'p spora beradigan zamburug'larga sensibillashgan bronxial astma turida xurujlar doimiy ravishda kuzatiladi. Zamburug'li bronxial astmaning qo'zg'ashga nam turar joylarda yashash, qo'ziqorin, pishloq, sut va xamirturushli mahsulotlarni iste'mol qilish, shuningdek, zamburug' asosida tayyorlangan dori vositalarini (penitsillin qatoridagi antibiotiklar)ni qo'llash bemorlarda xastalik ayniqsa og'ir kechadi, ko'pincha astmatik holat rivojlanishi ham mumkin.

Changli bronxial astma odatda muayyan o'simliklarning avj gullagan paytida namoyon bo'ladi. Bunday astma xurujlari quruq va shamolli kunlarda, ya'ni gul changi havoda ko'p tarqalgan vaqtda kuchayadi. Gul changining atrofda namoyishiga sabab bo'ladigan yong'irli, nam ob-havo sharoitida esa xuruj ham tez-tez ro'y bermaydi. Changli bronxial astma mavsumiy allergik rinit va allergik konyunktivit mavjud bo'lganda rivojlanadi. Xastalikning kuchayishi o'simliklar gullash mavsumi o'tgach ham, tarkibida daraxt changi bo'lgan umumiy antigen determinantli oziq-ovqat mahsulotlari

(olma, yong'och, beryoza sharbati) yoki o'simlik changi aralashgan mahsulotlar (arpa va bug'doy unidan tayyorlangan non, pista, kungaboqar yog'i, holva)ni iste'mol qilganda kuzatiladi.

Aynan oziq-ovqat allergiyasi asosidagi bronxial astma nisbatan kam uchraydi. Lekin uy changi, Dermatophagides pteronyssinus, Dermatophagides farinae kabi allergenlarga sensibillashish bilan birga kechadi. Odatda oziq-ovqat mahsulotlaridan baliq go'shti, tuxum, sitrus mevalar, sigir suti oqsillariga nisbatan sensibillashish bronxial astma xurujining kuchayishiga olib keladi. Bunday bemorlarda bo'g'ilish xurujidan oldin qavarchiq toshishi, lablarning shishishi, ba'zan qorin og'rihi va dispepsik holatlar kuzatiladi.

Ayrim bemorlarda bronxial astma va atopik dermatit birga qo'shilib kechadi. Dermorespirator sindrom holatida xastalik asosini uy changi, dermatophagides pteronyssinus, dermatophagides farinae allergenlariga, gul changi, oziq-ovqat mahsulotlari va dori allergenlariga nisbatan o'ta sezuvchanlik bilan xarakterlanadigan polivalent sensibillashish yotadi. Bunday bemorlarda ko'pincha gastrointestinal allergiya ham topiladi. Xastalikning kechishi qat'iy bo'lib, eozinofiliya, qon zardobida umumiy va maxsus IgE darajasining ortishi kuzatiladi.

Faqat uy hayvonlari allergenlari bilan aloqaga bog'liq bronxial astma ayrim bemorlardagina uchraydi. Bu ko'pincha uy changi, hasharot allergeni va epidermal (teri) allergeni bilan bir vaqtda kuzatiladi. Epidermal sensibillashish allergik rinit bilan qo'shilib keladi. Bu turdagi astma bilan og'rigan ayrim bemorlarda qavarchiq yoki allergik shishga moyillik ham mavjud.

Astmatik triada ("aspirinli astma") bilan ko'proq katta yoshli odamlar kasallanadi, sindrom ba'zan bolalarda ham uchraydi. Xastalik odatda yil davomida kuzatiladigan polipoz rinosinusitdan boshlanadi. Bemorlar bir necha marta polipektomiya operatsiyasini o'tkazadilar. Chunki poliplar qaytalaydi. Navbatdagi polipektomiyadan keyin yoki bevosita aspirin, analgin qabul qilgandan keyin bronxial astma boshlanadi. Aspirin, amidopirin va pirazonning boshqa dorilarini ichish bemorda bo'g'ilish xuruji va rinitning kuchayishi bilan bog'liq og'ir reaksiya qo'zg'aydi. Reaksiya ko'pincha dori ichgandan 15 daqiqa o'tgach, ba'zan esa kechroq (2

soatdan keyin) ro'y beradi. Bunday reaksiyadan o'lim holatlari ham qayd etilgan. Tarkibida aminodopirin bo'lgan teofedrin yoki antastman qabul qilganda ham reaksiya berishi mumkin.

Klinitsistlar astmatik triadaning og'ir kechishini qayd etishadi. Bu guruh bemorlar orasida atopiklar deyarli bo'lmaydi. Poliplarni olib tashlash ularda xastalikning kuchayishiga sabab bo'ladi. Ma'lum bo'lishicha, bunday bemorlar nafaqat aspirin va pirazonlarga chiday olmaydi, balki boshqa nestereoid, yallig'lanishga qarshi dorilar – indometatsin, brufen, shuningdek, qandolatchilik va farmatsevtikada qo'llaniladigan tartrazin sariq bo'yoq ham ularga "yoqmaydi". Astmatik triada barcha astma kasallarning 8%ini tashkil etadi.

Shifokor astmaning ushbu turini bilishi kerak, chunki dorilarni buyurishda, parhez tayinlashda (sariq, rangga bo'yalgan mahsulotlarni chiqarib tashlash) asqatadi. Shuningdek, iloji boricha, polipektomiya operatsiyasiga yo'l qo'ymaslik lozim. Oddiy davo muolajalari samara bermasa, og'ir asoratlar bo'lishi mumkinligini hisobga olib, bemorga kortikostereoidlar tayinlash tavsiya etiladi.

Astmatik triada aniqlangan bemorlarga quyidagi dori vositalari man etiladi: amidopirin, analgin, antastman, askofen, aspirin, asfen, baralgin, butadion, voltaren, diklofenak, dioksibenzoy kislotasi, ibuprofen, indometatsin, mefenamip, mefenamin kislota, pentalgin, pikrofen, sedalgin, teofedrin, sitramon.

Parhez taomnomasidan esa quyidagi mahsulotlarni chiqarib tashlash kerak: olma, o'rik, shaftoli, olcha, malina, qulupnay, greypprut, qora smorodina, uzum, qovun, apelsin, olxo'ri, qora olxo'ri, bodring, qalampir, pomidor.

BRONXIAL ASTMANI BOSHQA XASTALIKLARDAN FARQLASH

Bronxial astmani quyidagi kasalliklardan farqlashga to'g'ri keladi:

1. Surunkali obstruktiv bronxit. Bu kasallik mavjud bo'lgan bemorlar uchun harsillash – nafas olishining qiyinlashishi va nafas siqishi xos belgilardan bo'lib hisoblanadi. Ular xurujsimon ko'rinishga ega bo'lmay, doimiy ravishda saqlanib qoladi. Balg'am ajralib chiqishi bemorga yengillik keltirmaydi. Surunkali obstruk-

tiv bronxitning asosiy farq qiluvchi belgilaridan biri – bronxlar obstruksiyasining qayta o‘rniga kelish holatini hatto kasallikning yengillashgan (remissiya) davrida ham bo‘lmasligidir.

2. Traxeya va yirik bronxlarning diskeneziyasi. Bu holat azob beruvchi, xurujsimon tutib turuvchi, bitonal (bir xil tonda) yo‘tal va nafas chiqarishning qiyinlashuvi bilan qo‘shilib keladi. Bu yerda qattiq kulgi, jismoniy zo‘riqish, respirator infeksiya qo‘zg‘atuvchi omillar bo‘lishi mumkin. Traxeya va yirik bronxlar shilliq qavatining tez-tez qaytalanib turuvchi mikrobl yoki virusli infeksiyalari, ovoz boylamlaridagi tug‘ma nuqsonlar kasallikka sabab bo‘lishi mumkin. Bu patologiya mavjud bo‘lgan bemorlarda bronxial astmaga xos bo‘lgan bo‘g‘ilish xurujlari bo‘lmaydi va kasallikning xuruj davrida o‘pka ustida quruq xirillash eshitilmaydi. Xulosaviy diagnostika fibro-bronxoskopiya ma‘lumotlariga asosan qo‘yiladi.

3. O‘tkir respirator virusli infeksiyalar. Odatda, virusli infeksiyada mayda bronxlarning tarqalgan obstruksiyasi xarsillash bilan qo‘shilib keladi va aksariyat hollarda bakterial o‘pka yallig‘lanishi bilan rivojlanadi. Agar bronxial obstruksiyasi bo‘lgan bemorlarda, ayniqsa bolalarda qisqa ta‘sir ko‘rsatuvchi bronxodilatatorlar (bronxlarni kengaytiruvchi) qo‘llashdan keyin yaxshi samara kuzatilsa va o‘pka yallig‘lanishining boshqa belgilari bo‘lmasa, bu bronxial astmadan dalolat beradi.

4. Xiqildoq, traxeya va yirik bronxlarning bosilishi natijasida nafas yo‘llarining berkilib qolishi. Bu patologiya o‘smalar paydo bo‘lishi, begona moddalar, ovoz boylamlari falaji, poliplar, qalqonsimon bezning o‘smalaridan yuzaga kelishi mumkin. Tutib turuvchi xurujsimon yo‘tal, inspirator nafas chiqarishining qiyinlashuvi, xarsillash bunga xos belgilardan hisoblanadi.

5. Asabiy (isterik) astma. Bu, ko‘pincha yosh ayollarda haddan tashqari ruhiy qo‘zg‘alishlar natijasida yuzaga keladi. Nafas chiqarishning qiyinlashuvi, xarsillash xurujlari bir daqiqada 40-50 martagacha tez-tez yuzaki nafas bilan xarakterlanadi. Ovoz yo‘lining qisman berkilib qolishi tufayli nafas chiqarish paytida tovush paydo bo‘ladi, auskultatsiyada o‘pkada xirillashlar bo‘lmaydi.

6. Giperventilyatsiya sindromi. Bu astmafobik, nevrotik holat. Bemorlar havo yetishmaslikdan, to‘la nafas ololmaslikdan shikoyat

qiladilar. Ammo bronxlar o'ta sezuvchanligidagi buzilish belgilari bo'lmaydi. Auskultatsiyada o'pka ustida vezikulyar nafas eshitiladi va xirillashlar bo'lmaydi.

Bronxoskopiya

Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi bilan xarakterlanadigan qator xastaliklarni diagnozlash uchun qo'llaniladigan usul. Bu xastaliklardan bronxial astmani farqlash juda muhim, ayniqsa noodatiy klinik ko'rinishlarida. Ular sirasiga bronx-o'pka tizimining tug'ma patologiyasi (nuqsonlar, traxeya va bronxlar anomaliyasi), bronx daraxtidagi yot narsalar (pediatriyada ko'p uchraydigan hodisa), traxeya va bronxlar diskineziyasi, endobronxial shishlar, ekstrabronxial patologiya, shuningdek, noma'lum sababli bronx-o'pka jarayonlari kiradi. Bronxoskopiya o'tkazish faqat yuqoridagi xastaliklarni to'xtatish uchungina tavsiya etiladi.

Keyingi vaqtlarda bronxoskopiya tadqiqotlarni kamaytirish va hatto undan voz kechish tendensiyasi kuzatilmoqda. Gap shundaki, bronxo-alveolyar lavaj organizmda mahalliy yoki umumiy reaksiya qo'zg'atishi mumkin, undan olingan diagnoz axboroti esa aytarli amaliy ahamiyatga ega emas. Bronxial astma bilan og'rigan bemordan olingan bronxo-alveolyar lavaj suyuqlikni o'rganishga bo'lgan e'tibor kuchayganiga qaramay, klinik tajriba ushbu invaziv uslubni bronxial astmani diagnozlash va davolash uchun zarur deb hisoblashga imkon bermaydi.

Bronxial astma bilan og'rigan bemor bolalarda bronxoskopiyaning xurujlarda va bronx daraxtining drenaj funksiyasi buzilgan astmatik holatlarda, atelektazlar mavjud bo'lganda, asfiktik sindrom rivojlanganda o'tkazish mumkin. Lekin hatto og'ir status astmaticus holatida ham bronxoskopiya o'tkazish haqidagi masala juda qiyinligicha qoladi. Bunday holatda terminal bronxlarning quyuuq shilliq bilan tiqilib qolishi tufayli yuzaga kelgan o'tkir nafas yetishmovchiligi birinchi planga chiqsa-da, asbob bilan tegish operatsiyasi bronxolaringospazmni keltirib chiqarishi mumkin, bu esa bemor hayoti uchun xavfli. Shu bois, bolalarda bronxologik tadqiqotdek o'ta jiddiy operatsiyani o'tkazish maqsadga muvofiq emas.

Bronxial astma bilan og'riغان bemorlarda maxsus tekshiruv

Maxsus tekshiruvdan maqsad allergologik xastalikni chaqirgan allergenlarni aniq topishdir.

Bemorni allergologik tekshiruvdan o'tkazish avvalo skarifikatsion teri testlaridan boshlanadi. Bunda barcha poinfeksion allergenlar qo'llaniladi. Teri testlarini o'tkazish uchun asos bemor anamnezidagi bir yoki bir guruh allergenlarning xastalik kelib chiqishdagi roli borligi haqidagi ma'lumotdir. Quyidagi hollarda teri testlari mumkin emas:

- xastalik juda zo'raygan davr;
- o'tkir interkurrent infeksiyalar (angina, gripp, ORV);
- yurak-qon tomir tizimi, jigar va buyrak xastaliklarida qayta tiklanmaydigan holatlar;
- qonning qayta tiklanmaydigan xastaliklari;
- homiladorlik;
- istalgan joydagi sil jarayoni zo'raygan davrida;
- revmatizmning o'tkir bosqichi;
- ruhiy kasalliklarning zo'raygan davri;
- glyukokortikosteroid gormonlar bilan uzoq muddat davolash.

Farqlovchi teri probalarini bajarish uchun tarkibida 10000 PNV bo'lgan allergenlardan foydalaniladi. Agar allergen tarkibida 20000 PNV bo'lsa, uni 2 marta test-nazorat suyuqligida aralashtirish lozim. Bir paytning o'zida 10 tagacha turli allergenlar bilan proba qilish mumkin. Skarifikatsion teri testi qo'yiladigan joy asosan bilakning ichki tomonidir (o'rta chizig'i bo'ylab).

Agar allergologik anamnez tasdiqlovchi ma'lumot bersa-yu, skarifikatsion proba natijasi buni inkor qilsa yoki shubhali bo'lsa, bunday holda gumon qilinayotgan allergen bilan uni 1:10000 (1 PNV) nisbatda eritib, teriosti allergologik probasi o'tkazish tavsiya etiladi; salbiy natijada - 1:1000 (10 PNV), 1:100 (100 PNV), 1:10 (1000 PNV) nisbatda o'tkaziladi.

Bronxial astmani davolashning asosiy tamoyillari

Bronxial astmani davolashda erta diagnozlash va muayyan davo muolajalarini qo'llash, shuningdek, shifokor, bemor va uning yaqinlari o'rtasida o'zaro ishonch munosabatlari o'rnatish samara beradi.

Bronxial astmani davolash kompleks tarzda bo'lishi, barqaror remissiyaga erishish va uni saqlab turish, nafas olish tizimi va boshqa a'zolarining funksional faolligi, adaptatsiya imkoniyatlarini qayta tiklashga qaratilishi lozim.

Davolashning maqsadlari:

- belgilarning eng kam miqdori (yoki umuman yo'qligi);
- zo'rayishlarning eng kam soni;
- shifokorga zudlik bilan murojaat qilish zarurati yo'qligi;
- simptomatik davolashga eng kam ehtiyoj;
- jismoniy faollikni cheklashga ehtiyoj yo'qligi;
- PSV o'zgarishlarini kamaytirish (20%dan past);
- PSV ko'rsatkichlari me'yorida yoki me'yorga yaqin bo'lishi;
- xastalikni nazorat qilish;
- davo choralarining qo'shimcha salbiy ta'sirini minimal-
lashtirish.

Surunkali tarzda kechadigan bronxial astmani davolash uzoq davom etishi, bosqichli va kompleks tarzda bo'lishi, uning etiologiyasi va patogeneziyaga qarab yondashilishi lozim.

Bronxial astmaning zamonaviy terapiyasi kechish og'irligi va xastalikning bosqichini hisobga oladi.

Bronxial astmani medikamentoz davolashda qo'llaniladigan barcha dorilarni 2 turga bo'lish mumkin:

Simptomatik davolash uchun dorilar	Bazis davolash uchun dorilar
Qisqa ta'sirli Beta-2 agonistlari	Yallig'lanishga qarshi dorilar: – ingalyatsiya va tizimli GKS, kromonlar
Qisqa ta'sirli antixolinergik dorilar	Uzoq ta'sirli Beta-2 agonistlari
Qisqa ta'sirli teofillinlar	Leykotriyenli retseptorlar antagonistlari

Bazis davolash

Bronxial astmani bazis davolash asosini yallig'lanishga qarshi davolash tashkil etadi, u o'z ichiga quyidagilarni oladi:

- natriy kromoglikat;
- natriy nodokromil;
- ingalyatsiya va tizimli kortikosteroidlar;
- o'ziga xos immunoterapiya.

Bronxial astma yengil darajada kechganda yallig'lanishga qarshi davolash natriy kromoglikat yoki natriy nodokromil kabi nesteroid dorilar bilan o'tkaziladi. O'rta va og'ir kechish darajasida ingalyatsiyali kortikosteroidlar qo'llanilishi kerak.

Natriy kromoglikat va natriy nodokromil yengil astmani davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Afsuski, yengil astmani diagnostlashning o'zi qiyin. O'rta va og'ir darajadagi bronxial astmada esa bu dorilarning foydasi kam. Ushbu toifadagi dori vositalarining keng qamrovli faolligi shundan iboratki, ular allergik javobning ilk bosqichini ham, surunkali shamollashdagi allergik reaksiyaning kechki bosqichini ham pasaytiradi, natijada bronxlar o'ta ta'sirchanligini kamaytiradi. Lekin ushbu davo vositalarining samarasi kech yuzaga chiqishi va har doim ijobiy natijaga ega emasligi sababli keng qo'llanilmaydi.

Hozirgi davrda astmani davolash uchun qo'llaniladigan eng samarali dori vositalari bu – kortikosteroidlar. Ularning aniq ta'sir mexanizmi hali oxirigacha o'rganilmagan. Lekin turli mexanizmlar ichida quyidagi eng muhimlari taxmin qilinadi: araxidon kislota metabolizmiga hamda leykotriyenlar va prostoglandinlar sinteziga ta'sir ko'rsatish; kapillyarlarning o'tkazuvchanligini kamaytirish; yallig'langan hujayralarning ko'chishi va faollashuvining oldini olish; nafas yo'llarining yumshoq mushagi retseptorlari reaktivligini oshirish.

Kortikosteroidlar parenteral, peroral yoki aerofol shaklida qo'llaniladi.

Yuqori dozadagi ingalyatsion steroidlar va astmani davolashning boshqa usullari samarasiz bo'lib chiqsagina, peroral kortikosteroidlarni uzoq muddatga buyurish mumkin.

Astma – bu mahalliy kasallik. Shunday ekan, mahalliy ta'sir etuvchi dorilar afzal hisoblanadi. Dori vositasini kiritishning eng samarali shakli – aerozol (ingalyatsiya)dir.

Ingalyatsion GKS:

– ingalyatsion GKS (IGKS) bronxial astmani davolashda yallig'lanishga qarshi eng samarali dori vositalaridir;

– IGKS bronxial astma bilan og'rigan deyarli barcha bemorlarga, jumladan, uning yengil, persistirlovchi shaklida ham tavsiya etiladi;

– Tizimli GKS (SGKS) nisbatan IGKS quyidagi afzalliklarga ega:

* retseptorlarga yuqori o'xshashlik;

* mahalliy yallig'lanishga qarshi ta'sir etuvchi faollik;

* xavfsiz klinik xususiyatlar.

“Ingalyatsion steroidlar hatto kichik dozada qo'llansa ham simptomlarni tez yo'qotadi, o'pkaga kirib boradi va bronxial astmada o'lim holatlarini kamaytiradi”.

(1. Rabe KF, Vemneire Soriano JB et al. Eur Respir J 2000; 16; 802-7 Krips JC, Pauwels RA, Eur Respir J 2000; 16; 797-8)



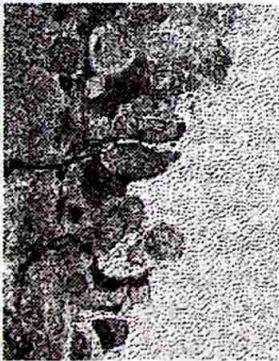
Bronxial astmani davolashda dori vositalarini kiritishning asosiy usullaridan biri – ingalyatsion uslub bo'lib hisoblanadi va u:

- mahalliy ta'sir etish;
- xavfsizlikning yuqori darajasi;
- ta'sirning aniq namoyon bo'lishi bilan ifodalanadi.

Bronxial astma potogenezida yetakchi rolni nafas yo'llarining surunkali shamollashi o'ynaydi. Bronxial astma davolashning asosi – bu yallig'lanishga qarshi bazis terapiyadir.

Hatto, yengil kechishli bronxial astmada ham xurujlar orasidagi davrda bronxlar shilliq qavatida o'zgarishlar aniq kuzatiladi va yallig'lanish jarayoni davom etadi. Shuning uchun yallig'lanishga qarshi mahalliy ta'sir etuvchi dorilar bilan uzoq muddat davolash talab qilinadi. Ingalyatsion kortikosteroidlarni bolalarda qo'llash samarali va xavfsiz ekanini ko'rsatgan.

Bronxlar shilliq qavatining epitelial qatlami ingalyatsion steroidlar bilan davolangandan so'ng tiklanishi.



Davolashgacha



Davolashdan so'ng

Mahalliy (ingalyatsion) kortikosteroidlar qisqa ta'sir etuvchi turlarga bo'linadi. Birinchi turga beklometazon dipropionat, ikkinchisiga flyutikazon propionat va budesonid kiradi.

7-jadval

**Ingalyatsion steroidlarning tavsiya etilgan dozalari
(bir kecha-kunduzda)**

Dori vositalari	O'rtacha doza		Yuqori doza	
	bolalar	kattalar	bolalar	kattalar
Beklometazon dipropionat (Beklazon-EKO)	200-400 mkg	400-600 mkg	400 mkg	800 mkg
Budesonid 200 mkg/doza	200 mkg	200-400 mkg	400 mkg	800 mkg
Flyutikazon propinat 50 mkg/doza	250 mkg	500 mkg	250 mkg	1000 mkg

Beklometazon dipropionat - bu yallig'lanishga qarshi faol ta'sir ko'rsatuvchi glyukokortikosteroiddir. BDP substansiyasi 1974-yili sintez qilingan bo'lib, u butun dunyoda eng ko'p o'rganilgan va foydalaniladigan substansiyadir. Bronxial astmani patogenetik davolashda etalon hisoblanadi. Ingalyatorlar tarixida birinchi marta beklometazon dipropionat tarkibiga yangi gaz - propellent gidrotoralkan (NGA) kiritilgan. Bu yangilik natijasida ingalyatorlarni qo'llashda qo'shimcha imkoniyatlar aniqlandi.

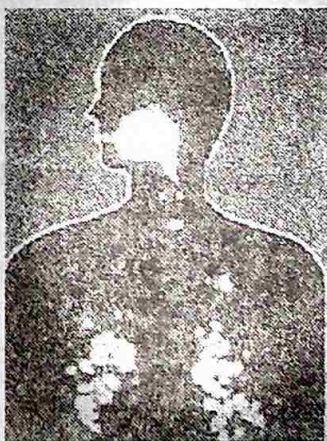
Beklometazon dipropionatning freonli va freonsiz ingalyatorlari bo'yicha qiyosiy xususiyatlari

Freonsiz BDP (Beklometazon dipropionat)	Freonli BDP
Eritma – silkitish shart emas.	Suspenziya – qo'llashdan avval silkitib aralashtirish kerak.
O'pkaga 53%i cho'kadi.	O'pkaga 17%i cho'kadi.
Og'iz-halqumda 36% qoladi.	Og'iz-halqumda 77% qoladi.
Nafas bilan kiradigan tanachalar o'lchami – 1,1 mkm (respirabel fraksiya) – o'pka yuqori depozitsiyasi.	Nafas bilan kiradigan tanachalar o'lchami – 3,5-4 mkm og'iz-halqumda, tomoqda, traxeyada qoladi.
Aerozol "buluti"ning tezligi past – o'pka yuqori depozitsiyasi.	Aerozol "buluti"ning katta tezligi – halqumning orqa devorida turib qolish, "qo'l-nafas olish" koordinatsiyasining buzilishi.
Sovuq havo sezgisi yo'q.	Sovuq havo sezgisi – freon (-3°C) nafas olishni reflektor to'xtatish.

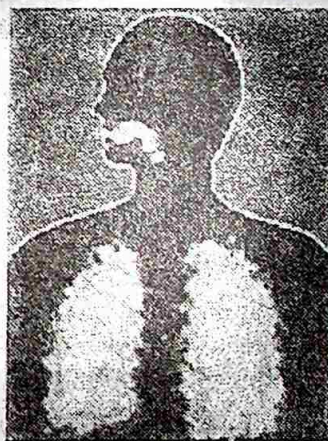
Freonsiz beklametazon dipropionat aerozol ingalyator (DAI)larda 100 va 250 mkg bor. Dorining bir kecha-kunduzga mo'ljalangan dozasi xastalikning kechish og'irligiga qarab belgilanadi (400-1000mkg). Shu bilan birga, DAIda ingalyatsiya texnikasini to'g'ri qo'llashni faqat 30% bemorlar bilishadi. Uni to'g'ri qo'llashda eng qiyini, lekin eng keragi – bu nafas olish bilan bir paytning o'zida ballonchani bosishdir ("Qo'l-nafas" mexanizmi). Ingalyatsiya o'tkazishning qiyinchiligini yengishda DAIni speyser bilan birga qo'llash yordam beradi. Ammo speyser katta, uni uydan tashqarida o'zi bilan olib yurish noqulay. Buning ustiga, speyser bilan ingalyatsiya bajarganda dorining tushganini sezish kamayadi. Bu esa bemorga muolajani sekin, chuqur nafas olgan holda bajarish lozimligini tushunishga xalaqit beradi. Natijada ingalyatsiya sifati yaxshi bo'lmaydi.

Beklometazon dipropionat yengil nafas yangi avlod ingalyatori "qo'l-nafas" uyg'unligini talab qilmaydi. DAI asbobidan farqli ravishda unda ballonchani bosish kerak emas. Dorining tushishi bemor nafas olish bilan (pnevmatik klapan ishi hisobiga) amalga oshiriladi.

Nafas olishning eng yuqori tezligi, bemor buni qanchalik to'g'ri bajarishi muhim klinik ko'rsatkichdir. Ayniqsa, kichik yoshdagi bolalar, og'ir ahvoldagi bemorlar va keksalarga tegishli. Astma zo'rayishi bo'lgan paytda bu ko'rsatkichni 10-30l/min gacha pasaytiradi va bunday sharoitda ayrim vositalardan foydalanish mumkin bo'lmay qoladi. Beklometazon dipropionat yengil nafasdan foydalanganda bemorning nafas olish eng yuqori tezligi juda past, ya'ni 10-25l/min bo'lsa ham etarlidir. DAI va kukunli ingalyatorlarni ishlatish uchun nafas olishning eng yuqori tezligi 30-60l/min.dan ortiq bo'lishi kerak. Beklometazon dipropionat yengil nafasning DAIGA nisbatan dori vositasini nafas yo'llariga yetkazishdagi afzalliklarini hisobga olgan holda, bronxial astmaning kechishini yaxshiroq nazorat qilishni kutish mumkin, chunki ko'p dori bevosita o'pkaga tushadi.



Freonli beklometazon dipropionat ingalyatori



Freonsiz beklometazon dipropionat

Flutikazon propionat va budesonid – bu yuqori selektivlikka ega, glyukokortikosteroid retseptorlarga o'xshash va yallig'lanishga qarshi kuchli mahalliy ta'sir ko'rsatuvchi ingalyatsion kor-

tikosteroiddir. Dorining ingalyatsiyadan keyin og'iz-halqumda qoladigan qismi yutiladi va oshqozon-ichak traktida so'rilgach, jigarda biotransformatsiyaga uchraydi, bu esa uning oral bioxususiyatini keskin, 1%dan ortiq bo'lmagan miqdorda tushiradi.

IKS bilan bir qatorda hozirgi paytda og'ir shakldagi bronxial astma bilan og'rigan bemorlarni uzoq vaqt davolash uchun bronxlarni kengaytiruvchi dorilar – uzoq muddat ta'sir etuvchi beta – 2 agonistlar qo'llaniladi. Ular jismoniy zo'riqishdan va sovuq havo-ga chiqishdan, ma'lum allergen bilan kontaktda bo'lishdan oldin bronxospazmning oldini oladi. Bu o'rtacha og'ir va og'ir kechishli bronxial astmada kunduzi va tunda namoyon bo'ladi. Beta – 2 agonistlar bronxolitik ta'sir ko'rsatadi, mukotsiliar klirensni yaxshilaydi, to'q hujayralar va bazofillardan mediatorlarning ajralib chiqish tezligini va bronxial o'ta ta'sirchanlikni kamaytiradi.

Beta – 2 agonistlarini uzoq muddat davomida qabul qilganda ularning biroz yallig'lanishga qarshi ta'siri ham bilinadi. Bu guruh dorilarga salmeterol va formoterol kiradi. Ikkala dori ham bronxlarni kengaytiruvchi ta'sir ko'rsatadi va bu ta'sir 12 soatgacha saqlanib qoladi, faqat formoterolning ta'siri tezroq boshlanadi. Nazorat qilish qiyin bo'lgan astma bilan og'rigan bemorlarda IKS dozasini oshirgandan ko'ra muolajalar qatoriga uzoq muddat ta'sir etuvchi Beta – 2 agonistlarini qo'shgan ma'qul.

IKS yordamida yaxshi nazorat qilib bo'lmaydigan bronxial astmadan aziyat chekadigan bemorlarda IKS bilan birga beta – 2 agonistlarni qo'llash bugungi kunda bazis terapiya dorilari sifatida tan olingan.

Xastalikning o'rtacha og'ir va og'ir kechish darajasida yallig'lanishga qarshi muntazam terapiya o'tkazish afzal. Davo boshlanishi-da IKSning past va o'rta dozasi uzoq muddat ta'sir etuvchi Beta – 2 agonist bilan birga qo'llaniladi.

Davolash samaradorligi nazorati

- * Davo samaradorligini tahlil qilish – har 3-6 oyda
- * Samaradorlik yetarli bo'lmasa – undan yuqoriroq bosqichga o'tish
- * Samaraga erishilsa – undan pastroq darajaga o'tish
- * Buyurilgan muolajalarning bemor tomonidan bajarilishini tekshirib turish

Leykotriyen retseptorlari antogonistlari

Oxirgi yillarda bronxial astma patogenezida leykotriyen deb nomlanuvchi yallig'lanishning yangi vositachilari ahamiyati o'ta muhim ekanligi aniqlandi.

Leykotriyenlar lipoksigenaza ishtirokida araxidon kislotadan hosil bo'ladi. Leykotriyenlar maxsus stimullar: IgE, IgJ, endotoksinlar, fagotsitoz omillar ta'sirida turli hujayralardan sintezlanadi.

Inson organizmida leykotriyen sintezining asosiy joylari – o'pkalar, aorta va ingichka ichaklardir. Leykotriyenlar anafilaksiyaning sekin javob qaytaruvchi substansiyasidir. Leykotriyenlar (S₄, D₄, Ye₄ turlari) kompleksli yallig'lanish jarayoniga jalb etuvchi mediatorlardan bo'lib, astma klinik manzarasining rivojlanishida muhim rol o'ynaydi. Leykotriyenlarni makrofag, eozinofil, neytrofil, mononuklear semiz hujayra va bazofillar ishlab chiqaradi. Leykotriyen bronx silliq mushaklari spazmi, tomirlar spazmi va bronx shilliq qavati shishini chaqiradi, allergik yallig'lanish o'chog'iga eozinofillarni jalb etadi, shilliq sekreti yasini oshiradi, mukotsiliar transportni yomonlashtiradi. Leykotriyenlardan biri – V₄ eozinofillar xemotaksisi, neytrofillarning endoteliyga nisbatan adgeziyasini chaqiradi, kapillyarlar o'tkazuvchanligi va agregatsiyasini oshiradi. Barcha leykotriyenlar yallig'lanish jarayoni rivojlanishida ishtirok etuvchi hujayralar (T-hujayra, semiz hujayra, eozinofillar) migratsiyasiga ko'maklashadi. Bundan tashqari, fosfolipaza faolligini oshirib, araxidon kislota ajralishiga yordam beradi, prostoglandin va tromboksan hosil bo'lishini kuchaytiradi. Natijada bronxial astma patogenezidagi muhim patologik halqani paydo qilib, u ushlab turilishi ta'minlanadi.

Leykotriyenlarning LTC₄ i LTD₄ turlari juda kuchli bronxokonstriktor ta'sirga ega. Bronxospazm effekti gistamin bilan chiqarilgandagiga nisbatan sekinroq rivojlanadi, lekin uzoqroq davom etdi. Leykotriyenlar tomir o'tkazuvchanligi va bronxokonstriksiyani gistaminga nisbatan 1000 barobar ko'p kuchaytiradi.

B₄, C₄, D₄, E₄ leykotriyenlar yallig'lanish mexanizmlarida muhim rol o'ynashi va BA ga xos bo'lgan o'zgarishlarni yuzaga keltirishi tasdiqlangan. C₄, D₄ leykotriyenlari erta o'zgarishlarga, nafas yo'llaridagi yallig'lanish maydoniga hujayralar migratsiyasiga olib keladi.

V4 leykotriyenining klinik ta'siri leykotsitlar xemotaksisini, ney-trofillarning endoteliyga adgeziyasini, proteazalar ajralishini va ney-trofillar tomonidan superoksid hosil bo'lishini asoslab beradi. Bu o'z navbatida kapillyar o'tkazuvchanligi oshishiga olib keladi. C4, D4 va Ye4 leykotriyenlari bronxlar silliq mushaklari spazmiga, shish rivojlanishiga, eozinofillar jalb qilinishiga, gipersekretsiyaga va shilliqning transporti buzilishiga olib keladi.

Yuqoridagi natijalarni leykotriyenlar o'zi uchun maxsus retseptorlarga ta'sir etishi natijasida yuzaga chiqaradi. Leykotriyen retseptorlarining 3 asosiy turi ajratilgan.

1. LTC/D/E4 leykotriyenlarga LT1 retseptori. Ushbu retseptor leykotriyenlarning bronxokonstriktor effektini bildiradi.

2. LTC/D/E4 ga LT2 retseptori; tomir o'tkazuvchanligi nazoratida muhim rol o'ynaydi.

3. LTB4 retseptori leykotriyenlarning xemotaksis effektini bildiradi.

Yallig'lanish mediatorlari sifatida leykotriyenlar haqidagi tushunchalar "antileykotriyen substansiyalar" deb nomlanuvchi yangi dori guruhini ishlab chiqishga turtki bo'ldi.

Antileykotriyen substansiyalar o'z ichiga sistein leykotriyen retseptorlari antagonistlarini va leykotriyenlarni o'z ichiga oladi.

Tajribalar leykotriyen retseptori antagonistlari bronxospazm rivojlanishiga to'sqinlik qilganini, bronxoalveolyar suyuqlikda yallig'lanish hujayralarini (limfotsitlar va eozinofillar) kamaytirganligini ko'rsatadi. Klinik ilmiy ishlar leykotriyen retseptorlari antagonistlari BA simptomlari rivojlanishining oldini olib, o'pkalar faoliyatini tiklashini isbotlab berdi.

Sisteinil leykotriyenlarning in vitro antagonistlari inson va dengiz cho'chqachalari o'pkasidagi hujayralar membranasidagi retseptorlar uchun D4 leykotriyenlari bilan raqobatlashishadi. Ularning ta'sirida yallig'lanish sohasida yallig'lanish mediatorlari konsentratsiyasi kamayadi, antigen - indutsirlangan bronxospazmning oldini oladi, turli xil provokatsiyalardan himoya ta'minlanadi.

Leykotriyenlarning barcha ingibitorlari turli xil darajalarda LTD4-indutsirlangan bronxokonstriksiyaning oldini oladi. Ular antigen ta'siriga va kechki javobni, sovuq va aspirin ta'sirini

bloklaydi, yengil va ifodalangan astmada OFV1 va PSVni oshiradi, beta-agonistlar qo'llanilishini kamaytiradi, antigistamin vositalar ta'sirini kuchaytiradi.

Antileykotriyen preparatlar bemorlar tomonidan yaxshi ko'tariladi, jiddiy asoratlar rivojlanishiga olib kelmaydi. Eng ahamiyatlisi, ular tabletka shaklida kuniga 1-2 marta qabul qilinadi.

Oxirgi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, leykotriyen antagonistlari yengil kechuvchi turg'un astmada kortikosteroidli terapiyaga alternativ sifatida qo'llanilishi mumkin. Leykotriyen antagonistlari astma xurujida ingalyatsion kortikosteroidlarning dozasini kamaytiradi.

Preparatlar ichish uchun tabletka shaklida chiqariladi, MITdan tez va nisbatan to'liq so'riladi, plazma oqsillari bilan yaxshi bog'lanadi, jigarda metabolizmga uchraydi, asosan o't orqali chiqariladi, yarim ajralish davri 10s. Sut bezlariga o'tadi. Bolalarga 2 yoshdan keyin tavsiya etiladi.

Yuqorida keltirilgan leykotriyen ingibitorlarni Singlon misolida ko'rib chiqaylik. Singlon 3 xil chiqarilish dozasiga ega: 4 mg, 5 mg va 10 mg. Singlon deyarli qarshi kursatmalarga ega emas (montelukast yoki yordamchi moddalarning biriga yuqori sezuvchanlik. 2 yoshgacha bolalar).

Qo'llash usuli va dozalari: 4 mg.li chaynaladigan tabletkalar: 2-5 yoshli bolalarga: 1 tabletka kuniga 1 mahal (kechki payt, ovqatlanishdan 1 soat oldin yoki 2 soat keyin); 5 mg.li chaynaladigan tabletkalar: 6-14 yoshlilarga: 1 tabletkadan 1 mahal (kechki payt, ovqatlanishdan 1 soat oldin yoki 2 soat keyin); 10 mg.li qobiq bilan o'ralgan tabletkalar: kattalar va 15 yoshdan katta bolalarga: 1 tabletkadan, kechki payt, ovqatlanishga bog'liq bo'lmagan holda. Preparatning bronxial astma bilan bog'liq bo'lgan terapevtik ta'siri bir kun mobaynida kuzatiladi. Qariyalarda, buyrak, jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga dozani korreksiyalash shart emas. Singlonni homiladorlik va laktatsiya davrida tavsiya qilinayotganda foyda/xavfni hisobga olish zarur.

Singlon peroral qabul qilinganidan keyin 2 soatdan so'ng bronxodilatatsiya ta'siri boshlanadi. Kattalarda va 2-14 yosh ora-

lig'idagi bolalarda montelukast bilan davolash nafas yo'llaridagi (balg'amda aniqlanadigan), periferik qondagi eozinofillar miqdorini kamaytiradi, bunda astmaning nazorati yaxshilanadi.

Hozirgi kunda Bronxial Astmani Davolash va Profilaktikasi Global Strategiyasi (GINA – Global Initiative for Asthma) xalqaro tashkiloti tomonidan qabul qilingan davo sxemasi bronxial astmaning bazis davosi bo'yicha asosiy dastur hisoblanadi (9-jadval).

5 yoshdan kichik bo'lgan bolalarda bronxial astmani davolash uchun ko'proq alternativ usul bo'lgan antileykotriyen vositalarga urg'u beriladi. Chunki 5 yoshdan kichik bolalar IGKSlarni to'g'ri qo'llay olmaydilar. Natijada IGKSning asosiy davo ta'siri yuzaga chiqmaydi va aksincha faqat nojo'ya ta'sirlarga ega bo'lamiz.

Bronxial astmada kasallikni nazorat qilishga qaratilgan davolash standartari (GINA-2010, 5 yoshdan katta bolalar va kattalar uchun).

1 qadam	2 qadam	3 qadam	4 qadam	5 qadam
Bemorni o'qitish, atrof-muhitni o'rganish va nazorat qilish				
Tezkor ta'sirli betta 2-agonistlar ehtiyojiga ko'ra	Tezkor ta'sirli betta 2-agonistlar ehtiyojiga ko'ra			
Kasallik kechishini nazorat qiluvchi dori vositalaridan birini tanlash	Birini tanlang	Birini tanlang	Bir yoki undan ortig'ini qo'llang	Bir yoki ikkisini qo'llang
	Kichik dozali IGKS	Kichik dozali IGKS+ uzoq ta'sir etuvchi betta 2 – agonist	O'rta yoki yuqori dozali IGKS + uzoq ta'sir etuvchi betta2 – agonist	Minimal dozali IGKS
	Antileykotriyen preparat*	O'rta yoki yuqori dozali IGKS	Antileykotriyen preparat*	IgEga qarshi antitelo
		Kichik dozali IGKS+ Antileykotriyen preparat*	Sekin ajralib chiquvchi teofillin	
		Kichik dozali IGKS+ Sekin ajralib chiquvchi teofillin		

* - bazis davo uchun eng yaxshi tanlov preparatlari hisoblanadi

Bronxlarning mushakli qavatiga spazmolitik ta'sir etuvchi dori vositalari

Ikkinchi guruhga shunday dori vositalari kiradiki, ular bronxlar ob-turatsiyasini kamaytirish yoki bartaraf etish orqali bevosita (vaqtincha) ta'sir ko'rsatadi va shu asosda bo'g'ilish xurujini tezda to'xtatadi. Ular astmani kundalik davolashda muhim rol o'ynaydi, chunki dardni tez yengillatadi. Lekin bronxlardagi og'riqli jarayon (yallig'lanish) ning mohiyatiga ta'sir ko'rsatmaydi. Bugungi kunda ularni monoterapiyada, ya'ni yallig'lanishga qarshi davolash bilan bir paytning o'zida qo'llash kerak emas, deb hisoblashadi. Ularni "zarurat sezilganda" qo'llash tavsiya etiladi. Bunday "qutqaruvchi" dorilarni tez-tez qabul qilishga ehtiyoj bo'lishi shifokor va bemor uchun nazorat yetarli emasligini ko'rsatadi va davolash rejasini o'zgartirishni talab etadi.

Ingalyatsion simpatomimetiklar. B_2 – bronx retseptorlarini faollashtirish orqali bronxlarning mushak qatlamiga kuchli, bevosita spazmolitik ta'sir ko'rsatadi, bu esa keyinchalik bo'g'ilishni to'xtatadi. Kutilayotgan bo'g'ilish xuruji oldidan (masalan, allergen bilan kontakt, jismoniy zo'riqish) qabul qilinadigan ingalyatsion simpatomimetiklar bu xurujning yuzaga kelishiga yo'l qo'ymaydi. Lekin ular xastalikning uzoq davom etishini yumshatadigan hech qanday ta'sir ko'rsatmaydi. Agar ular ko'p vaqt, muntazam qilinaversa (bir paytning o'zida yallig'lanishga qarshi dori vositalari qo'llanilmay turib), astmaning kechishiga, aksincha, salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Uzoq muddat ta'sir etuvchi yangi B_2 – mimetiklar (salmeterol va formoterol) 12 soatgacha ta'sir kuchini saqlab qolgani uchun tungi xurujlarning oldini olishda samarali, lekin ularning astmani davolashdagi o'rni hali aniqlanmagan.

10-jadval

B_2 – agonistlar guruhidagi asosiy dori vositalari

Xalqaro nomi	Bir kecha-kunduzdagi doza
Qisqa ta'sirli B_2 – agonistlar	
Salbutamol	400mkg
Fenoterol	400mkg

Uzoq muddat ta'sir etuvchi B_2 – agonistlar

Salmedrol		100mkg
-----------	--	--------

Bronxolitik davolashda salbutamol va ventolin beqiyos standart hisoblanadi. U bronxlardagi beta-2 retseptorlarga tanlab ta'sir ko'rsatadi, boshqa joylardagi adrenoretseptorlarga ta'sir etmaydi, shunday qilib, boshqa tizim va a'zolarga ortiqcha ta'siri yo'q. Bronxospazm rivojlanishining oldini oladi, nafas yo'llarining qarshiligini susaytiradi, o'pka tiriklik sig'imini oshiradi. Ta'siri 5 daqiqadan keyin boshlanib, 4-6 soat davom etadi.

Bo'g'ilishni to'xtatish uchun bir marta 1-2 ta ingalyatsiya, muntazam davolash uchun esa - kuniga 3-4 marta ingalyatsiya qilish buyuriladi. Bir kecha-kunduzdagi doza 800 mkg (8 ingalyatsiya) dan oshmasligi kerak. Salbutamolni bundan keyin ham qo'llash ehtiyoji sezilsa, demak, xastalik yetarli nazorat qilinmayapti yoki zo'raygan. Bu holat bazis terapiyani qayta ko'rib chiqishni talab etadi.

Peroral metilksantinlar. Silliq bronxlarning po'stiga spazmotik ta'sir ko'rsatadi, respirator (nafas) mushaklarning toliqishini bartaraf etadi. Bugungi kunda uzoq muddat ta'sir etuvchi shunday dorilar qo'llaniladi, ular teofillinning bir tekis terapevtik ta'sirini ta'minlaydi.

Teofil (100 mg, 300 mg) - bronxodilatator. U allergen ta'siridan keyin erta yo kechki astmatik reaksiyani to'xtatadi va yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

Qo'llash: uzoq muddat ta'sir etuvchi teofillinlar bilan muntazam davolash bronxial astma belgilarini samarali nazorat qilishni ta'minlaydi va o'pkaning funksional ko'rsatkichlarini yaxshilaydi.

Dori sekin-asta ajralishi tufayli uning ta'siri davomlidir. Bu esa bronxial astmaning tungi simptomli shakli uchun muhim ahamiyatga ega. Teofillinlar bronxlarning o'ta ta'sirchanligiga sezilarli o'zgartirish bermaydi.

SPETSIFIK IMMUNOTERAPIYA

Spetsifik immunoterapiya - organizmning allergenga nisbatan sezuvchanligi pasayishi, va immun javobning antigenga xos va antigenga xos bo'lmagan pasayishi mavjudligini paydo qiladi.

Amaliy allergologiyada allergenlar bilan immun davolash birinchi marta 1911-yilda Nun va Frimen tomonidan chang allergiyasiga qarshi, 1921-yilda Kaufildom tomonidan astmaga qarshi qo'llanilgan. Rossiyada spetsifik immunoterapiya usullarining rivoji akademik A. D. Ado va uning maktabi, allergologiya ilmiy-tadqiqot laboratoriyasining tashkil etilishi bilan bog'liq.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti yetakchi allergologiya uyushmalari bilan birga "o'ziga xos geposensibillashuv, o'ziga xos immunoterapiya, allergenspetsifik geposensibillashuv" kabi atamalar o'rniga "o'ziga xos allergiya vaksinasi, maxsus allergovaksinatsiya, allergen vaksinatsiya, allergik xastaliklar uchun terapevtik vaksinatsiyalar" kabi atamalarni qo'llashni tavsiya etadilar (1997-yil yanvar Who Position paper in Allergen Ammunotherapy: Therapeutic Vaccines for allergic diseases).

Allergenlar bilan maxsus vaksinatsiya (SVA) mexanizmlari ancha murakkab va ularni aniqlashtirish davom etmoqda. Ko'pchilik tadqiqotchilar SVA ta'sirini IgG4, IgG1 to'planishining ko'payishi va IgE sintezining kamayishi bilan bog'laydilar.

Allergenlar bilan maxsus vaksinatsiya faqat ixtisoslashtirilgan davolash muassasalarida o'tkazilishi mumkin. U bronxial astma bilan xastalangan bemorlarga quyidagi hollarda tavsiya etiladi:

1. Agar xastalikning klinik manzarasi patogenez allergik mexanizmlari ayni davrda yetakchi o'rinda ekanligi va noallergik tartibdagi ikkilamchi mexanizmlar bilan "qoplanayotgani" haqida taxmin qilishga imkon bersa.

2. Maxsus diagnostik natijalari bartaraf etilishi mumkin bo'lgan va geposensibillashuv o'tkazishga kerak bo'ladigan allergenlar to'plamini ko'rsatishga imkon bersa.

3. Asosiy xastalik - o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, "o'pka-yurak"ning asoratlari bo'lmasa.

Bunday vaksinatsiya o'tkazish mumkin bo'lmagan holatlar: asosiy xastalikning asoratlari, homiladorlik, surunkali infeksiyalarning o'tkir bosqichi, revmatizm, kollagenez, ichki a'zolarining og'ir xastaliklari, asab va endokrin tizimlarining funksiyasi buzilishi, kortikosteroid dori vositalari bilan uzoq muddat davolash.

Maxsus terapiyani faqat bronxial astma o'tkir bosqichidan va

surunkali infeksiya o'choqlarida yallig'lanishdan tashqari vaqtda boshlash mumkin.

Bronxial astmaning og'ir xurujini davolash

O'limga sabab bo'lishgacha og'ir holatdagi bemorlar ayniqsa puxta va doimiy kuzatuvni, o'z vaqtida beriladigan yordamni talab etadi.

Bunday guruhga anemnezida quyidagilar bo'lgan bemorlar kiradi:

- ayni vaqtda tizimli kortikosteroidlarni qabul qilayotgan yoki yaqindagina buni to'xtatganlar;
- o'tgan yil davomida bronxial astma bilan shifoxonada yotganlar;
- o'tgan yil davomida astma sababli shoshilinch yordam xizmatiga murojaat etganlar;
- astma sababli intubatsiya o'tkazilganlar;
- ruhiy xastaliklar yoki ruhiy-ijtimoiy muammosi borlar;
- astmani davolash rejasini bajarmaganlar.

Odatda astma xurujini tezda bartaraf etish uchun bir paytning o'zida quyidagi davolash turlarini qo'llashadi.

Kislorod. Arterial qonni 90%dan ortiq (bolalarda 95%dan ortiq) ko'rsatkichgacha kislorod bilan boyitish uchun u burun teshigidan, niqob yordamida, ayrim go'daklarda bosh "qalpog'i" yoki kislorod palatkasini qo'llagan holda yuboriladi.

B₂-agonistlar. Ingalyatsion B₂-agonistlar purkash yo'li bilan kiritiladi. Shuningdek, purkash kislorod berish bilan birga bajarilishi mumkin.

B₂-adrenomimetiklarning bronxolitik ta'sirini kuchaytirishga erishish uchun ingalyatsion antixolinergik dori vositalari bilan birga (nebulayzer orqali) qo'llaniladi (ipratropium bromid 0,25mg; bir yoshgacha bo'lgan bolalarga - 0,125mg) yoki eufillin ichiladi. Bu vositalarni nazoratsiz qo'llash, noto'g'ri dozalash taxikardiya, ekstrasistoliya, arterial gipertenziya, bosh aylanishi, uyqusizlik, xavotir, gipersteziya, qo'l tremori kabi salbiy asoratlar berishi mumkin.

Shuningdek, adrenostimulyatorlarni uzoq vaqt nazoratsiz qo'llash natijasida B₂-adenoretseptorlarga desensibillashuv (taxifilaksiya) kelib chiqish ehtimolini hisobga olish lozim (bu holat

“Rikoshet” sindromi deyiladi). Simptomimetiklarni ko‘p qo‘llash tufayli kelib chiqqan B_2 -adenoretseptorlar blokadasi mavjud bo‘lgan astmatik holatlarda yuqoridagi dorilardan foydalanmaslik kerak. Bunday holatlarda ularni qo‘llash ahvolning yomonlashuviga, hatto o‘limga olib kelishi mumkin. Kiritilgan adrenalinning samarasizligi yoki B_2 -adenoretseptorlar blokadasi haqidagi belgilar mavjudligi eufillinni parenteral qo‘llash zaruratini ko‘rsatadi.

Qisqa ta’sirli teofillinlar (teofillin, eufillin, aminokardol) bemorlarni, shu jumladan, og‘ir va hayot uchun xavfli formadagi bronxial astma (bo‘g‘ilish xurujlari, astmatik holat, asfiksiya sindromi) kuzatilgan bemorlarni davolashda keng qo‘llaniladi.

Kuchli doza 20-30 daqiqada 4,5-5mg/kg.ni tashkil etadi. Keyinchalik eufillin uzluksiz infuziya yo‘li bilan 0,6-1mg/kg/s dozada yoki bo‘lib-bo‘lib, har 4-5 soatda kiritiladi. Bunda qon tarkibida teofillin to‘planishini nazorat qilib turish lozim, chunki u 10-15mg/ml doirasida o‘zgarib turadi.

Ksantin qatoridagi dorilarning salbiy oqibatlari (ko‘ngil aynishi, qusish, taxikardiya, aritmiya, arterial gipotoniya, giperesteziya, tomir tortishishi, yurakning to‘xtab qolishi) ushbu dorilarning dozasi oshirib yuborilganda paydo bo‘ladi.

Eufillingning uzaytirilgan muddatli dori vositalari (teotard, teopek, retafil eufillin, teodur va boshqalar)ni bronxial astmaning o‘tkir xurujlarini davolashda qo‘llash maqsadga muvofiq emas.

Kortikosteroid gormonlar og‘ir shakldagi bronxial astmani davolashda juda muhim o‘rin tutadi. Tizimli kortikosteroidlar astmaning og‘ir xurujlarida qo‘llaniladi. Davolovchi ta’siri nafas yo‘llarining shilliq qavatida qayta yallig‘lanishni chaqirish xususiyati hamda adrenergetik retseptorlarning katexolaminlarga sezgirligini tiklash bilan bog‘liq.

Tizimli kortikosteroidlarni buyurish uchun bemorda B_2 -agonistlar va boshqa bronxospazmolitiklarga nisbatan rezistentlik vujudga kelishi va nafas yetishmovchiligining aniq belgilari mavjudligi asos bo‘ladi. Tizimli kortikosteroidlar har 4-6 soatda parenteral usulda (mushak yoki vena ichiga) xuruj yoki astmatik holatdan chiqarguncha yuboriladi. Davolashning muqobil varianti – 5-7 kunlik bu dorini ichish kursidan iborat.

Tez ta'sir hosil qilish uchun muayyan dozaning $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{5}$ qismini infuzion davolash avvalida oqim sifatida kiritib, so'ng qolgani tomchilab kiritiladi. Astmatik holatda esa kortikosteroidlarni davolashning dastlabki bosqichida boshlash kerak, chunki ular sekin (6-12 soatdan keyin) ta'sir ko'rsatadi.

Prednizoloni yuqori dozalarda (bir kecha-kunduzda 8-10mg/kg) parenteral qo'llash yo'li bilan to'xtamaydigan og'ir xuruj va astmatik holatlarda bu dorini quyidagi dozalarda ichish buyuriladi: 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga - sutkasiga 1-2 mg/kg, 1-5 yoshli bolalarga - sutkasiga 20mg/kg, 5 yoshdan kattalarga - 20-60mg/kg 3-10 kun davomida asfiksiya sindromi ro'y berganda albatta prednizolon tabletkalari ichiladi.

To'liq klinik remissiyaga erishilgach, prednizoloni sekin-asta, bosqichma-bosqich to'xtatiladi, ya'ni kechki dozani kamaytirish, ingalyatsion kortikosteroidlarni qo'shish va IKS-terapiyaga o'tish orqali. Sutkalik doza 10-15 mg.ga yetgach, to'xtatish yanada sekinlik bilan amalga oshiriladi. Ayniqsa, og'ir bolalarda prednizolon dozasini kamaytirish o'ta ehtiyotkorlik va sekin amalga oshiriladi, chunki "to'xtatish sindromi" yuzaga kelish xavfi bor. Shuni yodda tutish zarurki, bolaning ahvolini hisobga olmay turib kortikosteroidlarning dozasini kamaytirish yoki to'xtatib qo'yish asfiksiya sindromi rivojlanish sabablaridan biridir.

Boshqa dori vositalari bilan davolash

Ketotifen allergiya mediatorlarining sintezi va ekskretsiyani to'xtatish xususiyatiga ega, u nafas yo'llaridagi, teridagi, oshqozon-ichak traktidagi allergik yallig'lanishni to'xtatadi va bronxlarining o'ta ta'sirchanligini kamaytiradi. Shu bois **Ketotifen** bolalarda, ayniqsa, kichik yoshli bolalarda yengil va o'rtacha og'ir bronxial astmani davolashda, shuningdek teri yoki gastrointestinal allergiya bilan birga kechadigan astmani davolashda ishlatiladi.

Bakterial kelib chiqishli immunostimulyatorlarni qo'llash interkurrent o'tkir respirator kasalliklarining tez-tez paydo bo'lishini hamda surunkali infeksiya o'choqlarining kuchayishini kamaytiradi, shunday qilib, bronxial astma xurujlarini ham kamaytirishga xizmat qiladi.

...otik...
...as, lekin u...
...buyurila...
...niqsa baki...
...mukolitik...
...aksincha...
...ostruksiya...
...sedativ v...
...dorilar nar...
...ki polimor...
...ingalyatsion...
...Astma zo'raygan...
...yoki nafas yo'llari o...
...ni yaxshilamaydi...
...Astma zo'raygan...
...chunki uyqu keltiruvchi...
...ta'sir ko'rsatadi...
...Antigistamin vositalarning...
...tasdiqlanmagan. Magniy sulfat...
...maradordir ham hali ma'lum em...
...ta'sir ko'rsatadi...
...ishlayotgan va yo'tala olayotgan...
...Bo'g'itilishning og'ir shakllari...
...tini keltirib chiqaruvchi qo'shimc...
...suyug'lik kiritish bilan ifodalant...
...shdagi bolalarda va keksalarda o...
...ta'sir ko'rsatmaydi...
...davolashda bosqichli yondash...
...lashga qarshi davo choralarini ba...
...taqalab turishga qaratiladi. Qaytalash...
...siga qarab belgilanadi. Qaytalash...
...siga qarshi bazisli davolash tash...
...memorlarda qaytalashga qar...
...romil bilan olib boriladi...
...izodik ravishda B₂-ago...
...imog'likat yoki nat...
...lsa, B₂-agonistlar

lar xastalik zo'rayishlarini davolashda ajralmas qis-
lar qattiq isitma va yiringli balg'am kuzatilgan be-
di, agar balg'am tarkibida eozinofillar emas, bal-
lar topilsa, bu bakterial infeksiya mavjudligini
terial sinusitga shubha qilinganda.
vositalar xastalik zo'rayish davrida ahvol-
og'ir zo'rayishlarda ular hatto yo'talni
sini kuchaytirishi mumkin.
sitalarni qo'llash ham sekilashtiruvchi
fas olishni ham sekilashtiruvchi

hini davolashdagi o'rni hali
xodilatator sifatidagi sa-
uchun uni qo'llash tav-

m nafas mushaklari
da ijobiy samara
bemorda esa
o'lib qolishi

tatsion
larni

da
Bre
vishda
mkg dozasi
B₂-agonistlar
vositalar qo'lla
masa, kortikoste
davolashda sutkasi
ma-bosqich dozasi ka
sion kortikosteroidlarga
Bemorning ahvoli yax
ning dozasi bolalarda kama
ga erishilgach (6-12 oydan key
day hollarda bemor davolashning
kramoglikat yoki natriy nedokromil
og'ir va o'rtacha og'ir kechishida, a
roriy kurs yoki ingalyatsion kortikoste
lash talab etiladi.

O'simliklar gullagan davriga to'g'ri kelu
astmani nazorat qilish va oldini olishda
nedokromil, shuningdek, mediatorga
davolash amalga oshiriladi. Bunda
qilingan paytdan 2-3 hafta oldid

Bronxial astmani bazisli davolash

	1-bosqich	2-bosqich	3-bosqich
	Yengil kechish	O'rtacha og'ir kechish	Og'ir kechish

Bazisli terapiya xurujlar rivojlanishining oldini olishga qaratilgan

Yallig'lanishga qarshi (patogenetik) davolash	Kromoglikat natriy - natriy nedokromil; samara bermasa IGKS qo'shiladi; beklometazon dipropionat 200-400 mkg yoki flyutikazon propionat 250-500 mkg	IGKS beklometazon dipropionat 400-600 mkg	IGKS; beklometazon dipropionat 800-1000 mkg. Ichiladigan kortikostereoidlar qisqa kurs; tungi simptomlarni to'xtatish uchun bronxodilatatorlar: B ₂ -agonistlar teofilinlar
---	---	---	--

Simptomatik davolash (simptomlarni tez to'xtatish uchun bronxodilatatorlar)

Xurujni tez to'xtatish uchun bronxni kengaytiruvchi davo	Epizodik ravishda: qisqa ta'sirli ingalyatsion B ₂ -agonistlar: salbutamol yoki ventolin simptomlar haftasiga 1 martadan ko'p bo'lmaganda; dozani oshirish zarur bo'lsa - bazisni qayta ko'rib chiqish	Qisqa ta'sirli ingalyatsion B ₂ -agonistlar: salbutamol yoki ventolinsutkasiga 4 martadan ko'p emas va (yoki) ipratoprium bromid yoki qisqa ta'sirli teofillin 5mg/kg dozada	Qisqa ta'sirli ingalyatsion B ₂ -agonistlar sutkasiga 4 martadan ko'p emas (salbutamol yoki ventolin) ipratoprium bromid yoki qisqa ta'sirli teofillin 5mg/kg dozada
--	---	---	---

Yengil va o'rtacha og'ir kechishli bronxial astma remissiyasi davrida sababchi allergenlar bilan maxsus vaksinatsiya o'tkaziladi, u barqaror va davomli remissiyaga erishish uchun imkon yaratadi.

Ingalyatsiya texnikasi

Bronxial astmada dori vositalarini ingalyatsiya usuli bilan kiritish eng afzal yo'l ekanligi shubhasiz. Buning qator sabablari bor:

- dori nafas yo'llarida ko'p to'planadi;
- ta'sir tezda namoyon bo'ladi; salbiy ta'sir eng kam miqdorda.

Bugungi kunda dori vositalarini nafas yo'llariga yetkazishning turli tamoyillariga asoslangan bir necha ingalyatsiya asboblari mavjud.

Ingalyatsiya asboblarining turlari:

Nebulayzerlar:

1. Kompessorli
2. Ultratovushli

Dozalangan ingalyatorlar:

1. Dozalangan aerozollar
2. Quruq kukun sohadigan ingalyatorlar

Bronxial astmani davolashning zamonaviy usullari orasida aerozolli ingalyatsiya keng qo'llaniladi, bu dorining nafas yo'llariga tez yetib borishi, mahalliy faollik, tizimli salbiy ta'sirning kamligi bilan izohlanadi.

Amalda ko'pgina bronxolitiklar, ingalyatsion kortikosteroidlar, kromoglikat natriy nedokromil organizmga aynan ingalyatsiya yordamida tushadi. Shu bois astmaga chalingan bemorlarni va ularning ota-onalarini ingalyatsiyani to'g'ri qo'llash texnikasiga o'rgatish juda muhim.

Eng ko'p tarqalgan asbob - dozalovchi ballonli ingalyatorlar. Unda dori bosim ostida yuboriladi. Bu xildagi asbobdan foydalanishda katta yoshdagi bemorlarning 30%, bemor bolalarning 70-90%i qiyinchilik sezadi. Ingalyatsiya texnikasini bilmaslik o'pkaga tushayotgan dori dozasi o'zgartiradi, bu esa javob reaksiyaga sabab bo'lishi mumkin. Ingalyatordan foydalanishda qiyinchilik

bo'lsa, u xastalikni yengillatmaydi va dori qabul qilishni to'xtatishga to'g'ri keladi.

SPEYSER ingalyatsiya texnikasini yaxshilaydi. Klapanli speyser – bu aerozolni saqlab turuvchi kamera bo'lib, ingalyatorni bosganda nafas olish koordinatsiyasi zaruratini cheklaydi. Lekin speyserdan foydalanish to'g'ri ingalyatsiya texnikasi zaruratini to'la istisno qilmaydi. Bolalarda uchi ochiq speyser orqali sekin ingalyatsiya o'tkazish tez ingalyatsiyadan ko'ra yaxshiroq samara beradi. Speyserdan foydalanib, ingalyatsiyani bajarishda o'pkaga tushadigan dori dozalangan ingalyatsiyani to'g'ri o'tkazgandagi bilan bir xil va hatto yuqoriroq bo'ladi.

Ingalyatorlar uchun samarali speyserlar, quruq kukunli spinxoller va diskxollerlarning ixtiro qilinishi yaxshi natijalarga olib keldi. Biroq ular kichik yoshdagi bolalar, astmaning o'tkir xuruj, asabiy-ruhiy buzilishlar kabi sabablar natijasida nafas olishning muvofiqlashtirishi kuzatilgan bemorlarda qo'llaniladi.

Nebulayzer – bu suyuqlikni aerozolga aylantirib beruvchi asbob. Nebulayzer orqali ingalyatsiya qilish afzalliklari:

- nafas olishni muvofiqlashtirish talab etilmaydi;
- ingalyatsiya texnikasi bolalar, keksalar va og'ir bemorlar uchun ham oson bajariladi;
- dozalangan ingalyatorlar yordamida kiritib bo'lmaydigan yuqori dozani ham kiritish mumkin;
- kislorod uzatiladigan kontur va IVL uzatiladigan konturga kirish imkoniyati;
- freon yoki boshqa propellentlar yo'qligi.

Nebulayzer yordamida qo'llaniladigan dori vositalarining asosiy guruhlari:

- bronxial astmaning o'tkir xurujini to'xtatadigan bronxodilatatorlar;
- bronxial astmani profilaktik davolash uchun qo'llangan yalig'lanishga qarshi vositalar.

Statsionar sharoitda davolash uchun yo'llanma berish mezonlari

Quyidagi hollarda bemorni gospitalizatsiya qilish zarur:

- davo choralari boshlanganidan 1-2 soat o'tgach, samara bermasa;
- nafas yo'llarining og'ir torayishi kuchayib borsa (MPV aynan shu bemor uchun yaxshi deb taxmin qilingan ko'rsatkichdan 40% past);
- anamnezda og'ir astma haqida ma'lumot bo'lsa, ayniqsa, ilgari ham gospitalizatsiya talab etilgan bo'lsa;
- yuqori xavf omillari mavjud bo'lsa;
- ayni paytdagi tez yordam xizmatiga murojaatdan oldin ham belgilar uzoq vaqt kuzatilgan bo'lsa;
- uy sharoitida tibbiy yordam ko'rsatish va dori vositalarini kiritishning imkoni bo'lmasa;
- uy sharoitlari noqulay bo'lsa;
- agar bemorning ahvoli yomonlashishi kuzatilsa-yu, keyinchalik shifoxonaga olib borish uchun transport masalasida qiyinchilik bo'lsa.

Statsionardan javob berish

Bemorni shifoxonadan chiqarish uchun absolyut mezonlar yo'q. Lekin 12 soat, yaxshisi, 24 soat davomida bemor shifoxonadan chiqqandan keyin olishi kerak bo'lgan davo choralarini qo'llash kerak. Bu bemor olayotgan muolajalar ta'sirida xastalikni nazorat qilish mumkinligiga ishonch hosil qilish uchun zarur. Qoida tariqasida, bemor shifoxonadan chiqish paytida qabul qilayotgan peroral va ingalyatsion vositalarning dozasi quyidagilar unga ta'minlashi lozim:

- qisqa ta'sirli B_2 -agonistlari 4 soatlik tanaffusdan tez qo'llash talab etilmasligi;
- bemor bemalol yura olishi;
- bemor tunda yoki erta saharda faqat bronxodilatator qabul qilish uchungina uyg'onishi shart emasligi;
- klinik tekshiruv ma'lumotlari me'yorda yoki me'yorga yaqin bo'lishi;
- ingalyatsion qisqa ta'sirli B_2 -agonistlarni qabul qilgandan keyin MPV yoki OFV1 ko'rsatkichi bashorat qilinganidan yoki aynan

shu bemor uchun eng yaxshi hisoblangan miqdordan 70-80%ga oshmasligi; MPV o'zgarishlari esa kamayishi va idealda 20%dan kamni tashkil etishi;

- bemor ingalyatordan to'g'ri foydalani olishi;
- bemor uchun ilgari tuzilgan davolash rejasi tekshirilishi va zarur hollarda o'zgarish kiritilishi;
- bemor shifoxonadan chiqqandan keyin davolash rejasida ko'rsatilgan muolajalarni tushunishi;
- shifoxonadan chiqqandan keyin tibbiy yordam bilan ta'minlash imkoniyati mavjudligi.

Shifoxonadan chiqqach, bemor bir necha hafta davomida muntazam ravishda, to o'pka faoliyati eng yaxshi ko'rsatkichga erishguncha mutaxassis tekshiruvidan o'tib turishi kerak. Shundan so'ng, avvalgi rejaga aniqlashtiruvchi o'zgartirishlar kiritilgan holda keyingi davo rejasi ishlab chiqiladi.

Profilaktika

Bronxial astmaning dastlabki profilaktikasi. Bronxial astmaning dastlabki profilaktikasi deb, klinik namoyon bo'lgan bronxial astmaning paydo bo'lishining oldini olishga, ya'ni muayyan bemordagi birinchi bo'g'ilish xurujlarining oldini olishga qaratilgan choralar majmuiga aytiladi.

Dastlabki profilaktika choralari orasida tashqi muhitning noqulay omillari ta'sirini bartaraf etish yoki yumshatish asosiy o'rin tutadi va quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi:

1. Agressiv pollyutantlar, agressiv gazlar bilan munosabatda bo'lishni to'xtatuvchi yoki cheklovchi ravishda mehnatda bandlikni ta'minlash. Sovuq yoki issiq havo, tebranish, SVCh-maydon ham maqsadga muvofiq emas.

2. Maishiy turmushda allergenlar va tashqi muhitning boshqa agressiv omillarini bartaraf etish. Gipoallergen parhezni saqlash, ya'ni taomnomadan eng faol oziq-ovqat allergenlari – sitrus mevalar, qulupnay, xom sut, tuxum, baliq, yong'oq, shokolad, pomidor, qizil olmani chiqarib tashlash.

3. Autopatogen ta'sirlar – chekish, alkogol, me'yoridan ortiq ovqatlanish, kamharakatlilik, asabiy-ruhiy stress holatlarini bartaraf etish.

4. Homiladorlik davrida ona uchun kasbga taalluqli zararli ta'sirlarga yo'l qo'ymaslik.

5. Homiladorlik vaqtida chekishni to'xtatish.

6. Homilador va emizikli ayollarning oqilona ovqatlanishi, yuqori allergen va gistaminliberator faollik bilan ajralib turadigan mahsulotlarni cheklash.

7. Homilador ayolda va bolada o'tkir respirator infeksiyalarning oldini olish.

8. Homiladorlik davrida dori qabul qilishni cheklash.

9. Ko'krak suti bilan boqish.

10. Uy-ro'zg'or sharoitidagi havo allergenlaridan bolani ehtiyot qilish.

11. Passiv chekishni to'xtatish.

12. Bolaning jismoniy chiniqtirish usullarini qo'llash.

13. Bolalarning maishiy turmushda ishlatiladigan kimyoviy ashyolar bilan munosabatda bo'lishni kamaytirish.

Bronxial astma zo'rayishining profilaktikasi.

Profilaktikaning maqsadi:

– astmaning zo'rayishi;

– uning kechishi og'irlashuvi;

– o'lim holatiga sabab bo'lishining oldini olishdan iborat.

Bronxial astma zo'rayishining profilaktikasi sababchi allergenlar va noallergen triggerlar bilan munosabatda bo'lishni bartaraf etishga asoslanadi. To'liq bartaraf etishning iloji bo'lmaganda, ularning ta'siri maksimal darajada kamaytiriladi.

Bronxlarda yallig'lanish jarayonini chaqiruvchi va kuchaytiruvchi tashqi omillarni identifikatsiya qilishga alohida e'tibor berish lozim.

Astma kasallarning yarmidan ko'pida ekzogen allergenlar (allergy atopik) og'riqli asosdir, shuning uchun sinchiklab o'tkazilgan anemnez va allergologik tekshiruvlar bronxda yallig'lanish jarayonini qo'zg'ovchi omillarni, masalan, uy changi, hayvon allergenlari, mog'or, o'simlik changini aniqlashga imkon beradi. Bunday sha-

roitda profilaktik ta'sirni joriy etish mumkin, masalan, uy changiga qarshi kurash shaklida. Allergenlarga ekspozitsiyani pasaytirish bronxlardagi yallig'lanish faollashuviga to'sqinlik qilishi va bronxlarning o'ta ta'sirchanligini kamaytirishi, shu yo'l bilan kasallik belgilarini kamaytirish mumkin.

Kasallik chaqiruvchi maxsus omil (allergen)ga qarshi qaratilgan yana boshqa ta'sir – bu allergen bilan maxsus vaksinatsiya o'tkazishdir.

Bronxial astmaning atopik shaklida allergen bilan vaksinatsiyaga xos samaradorlik ko'pgina omillarga bog'liq (masalan, astmaning kechish og'irligi, turi, sensibillashuv hajmi). Bunday davo chorasini amalga oshirish haqida qarorni faqat allergolog-mutaxassis qabul qiladi.

Bemorning atrofidan tamaki tutuni, ro'zg'orda ishlatiladigan aerozollar, ish o'rnidagi ifloslik kabilarni bartaraf etish ham juda muhim, chunki ular xastalikning zo'rayishiga sabab bo'ladi. Infeksiya (ayniqsa, virusli infeksiya)ni yo'qotish ham astma profilaktikasining bir qismidir. Astma bilan og'rigan bemorlarda amalga oshirilishi mumkin bo'lgan profilaktik ta'sirlar sxemasi amalda shifokor tomonidan jadval ko'rinishida olib boriladi.

Bemorlar taomnomasidan kasallikni zo'raytiruvchi mahsulotlar chiqarib tashlanishi lozim. Qabul qilinganda bo'g'ilish xuruji yoki boshqa allergik ta'sir ko'rsatgan dori vositalarini ham to'liq istisno qilish kerak bo'ladi. Shuningdek, mumkin bo'lmagan dorilar bilan bir xil antigen determinantlarga ega preparatlarni buyurish maqsadga muvofiq emas.

Astma bilan og'rigan bemorlarning atrofidan zararli omillarni yo'qotish

1. Yotoqxonadan gilamlarni chiqarib tashlash.
2. Par yostiqlarni chiqarib tashlash.
3. Zararli ta'sirni o'tkazmaydigan choyshablar ishlatish.
4. Choyshablarni issiq suvda yuvish.
5. Saprofitlarni yo'qotuvchi vositalardan foydalanish.
6. Kvartirada mushuk, it, xomyak kabi hayvonlar va qushlarni saqlamaslik.
7. Astma bilan og'rigan bemorlar xonasida tamaki chekmaslik.
8. Nafas yo'llarining infeksiyalarining oldini olish, oldindan davolash.

Bronxial astmaga chalingan bemorlarning uyida akvarium bo'lishi tavsiya etilmaydi, chunki baliqlar uchun quruq oziq (dafniya) allergen faol mahsulotdir. Zamburug'li bronxial astma ko'pincha mog'or zamburug'iga sensibillashuv orqali yuzaga keladi, shu bois, profilaktika choralari tizimida turar-joylarda o'ta namlik va zax, mog'orlash o'choqlari bo'lmasligi muhim ahamiyat kasb etadi. Uy changi, Dermatophagides pteronyssinus, Dermatophagides farinae kabilarga sensibillashuv asosidagi bronxial astma profilaktikasi choralari quyidagilardan iborat: xonalarni har kuni yig'ishtirish, uy changini mexanik yo'l bilan va bolalar yo'qligida changyutkich bilan yo'qotish, changni o'ziga yig'adigan kollektorlar (gilam, palos, eski yumshoq mebel, karavot yonidagi gilamchalar)ni chiqarish, choyshablarni qaynatish yoki 60S li suvda yuvish, ko'rpa-to'shaklarni muntazam ochiq havoda shamollatish (issiq quyosh ostida yoki sovuq kunda).

Bronxial astmaning tez-tez zo'rayishini, shuningdek, passiv chekish, kimyoviy moddalar bilan ko'p munosabatda bo'lish, stress holatlarga tushish kabi trigger omillar ta'sirining oldini olish hisobiga kamaytirish mumkin. Qator holatlarda allergen stimullar va nospetsifik omillar (jismaniy zo'riqish, ob-havo o'zgarishi, kimyoviy tashlamalar sababli ekologik vaziyatning yomonlashuvi)ning ta'sirida bronxial astma zo'rayishidan saqlanib qolish mumkin.

Bronxial astmaga chalingan bolalar vaksinatsiyasi

1. Yengil va o'rtacha og'ir kechishli bronxial astma bilan og'rikan bolalarda immunizatsiya (emlash) o'tkaziladi. Kamdan-kam hollarda (epidemiologik ko'rsatmalarga asosan) og'ir shakldagi astmada ham o'tkazish mumkin, faqat statsionar sharoitda.

2. Bronxial astmaning xuruji davrida bolalarni emlash mumkin emas.

3. Emlash quyidagi toifalarga kiruvchi bemorlarda amalga oshiriladi:

- yengil va biroz sezilgan bronxospazm holati, o'pkaning ventilatsion funksiyasi buzilganda (spirografik va pnevnotaxometriya ko'rsatkichlariga qarab). Bunda bolalar statsionarda yoki immuno-profilaktika kabinetida ADS, ADS-M dorilari bilan, poliomiye litga qarshi vaksina bilan (V gepatitiga qarshi vaksina ko'rsatmasiga qarab) emlanadi.

- xastalik remissiyasi 1 oydan 2 oygacha davom etgan bolalar ham o'sha dorilar bilan immuno-profilaktika kabinetlarida emlanadi. Muayyan vaziyatlarda (epidemiologik vaziyat, oilaviy sharoit va boshqalar) shunday bolalarni JKV (tirik qizamiq vaksinasi) va BSJ bilan emlash mumkin.

- xastalik remissiyasi 3-6 oy va undan ortiq davom etgan bolalar uchastka pediatri tomonidan ADS, ADS-M, JKV, poliomiye litga qarshi vaksina bilan emlanishi mumkin.

Vaksinatsiya doimo asosiy xastalikni bazisli davolash davrida o'tkaziladi.

Allergenlar bilan maxsus immunoterapiya (SIT) olgan bolalar epidemiologik ko'rsatmalarga qarab ADS-M, ADS bilan yoki poliomiye litga qarshi vaksina bilan allergenning navbatdagi dozasi kiritilgach, 2-4 hafta o'tib emlanadi. Yana 4-5 haftadan so'ng SIT davom ettirish mumkin. Bunda SIT emlashdan oldingi eritma tarkibi qanday bo'lgan bo'lsa, o'shanday bo'lishi kerak. Allergen bilan teri testini esa vaksinatsiyadan 10-15 kun oldin yoki 1,5-2 oy keyin o'tkazish mumkin.

Bronxial astmaning pollinoz bilan bir paytda kechishida bolalarni o'simliklar gullagan davr - apreldan oktabrgacha emlash mumkin emas.

Muntazam kuzatuvni ta'minlash

Bronxial astmani davolashning zamonaviy texnologiyasi bemor va uning oilasi tomonidan ham, shifokor tomonidan ham bir xil mas'uliyatni taqozo etadi. Ular o'zaro hamkorlik qilishi va bir xil manfaatdorlikni his etish lozim bo'ladi. Muayyan bemordagi bronxial astmaning mohiyatini bilgan davolovchi shifokor va o'z xastaligining xususiyatlarini bilib, o'z ahvolini va muolajalarni nazorat qila oladigan bemor (uning oilasi) o'rtasidagi hamkorlikkina yagona harakatlarni bajarishga, asoratlarga yo'l qo'ymaslikka va xastalikni muntazam kuzatishga imkon beradi.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlar, ularning ota-onalari va qarindoshlari uchun ta'lim dasturlari

Respublikamizda bronxial astma bilan og'rigan bemorlar uchun shifoxonalarda va bevosita, yakkama-yakka mashg'ulotlarda qo'llaniladigan ta'lim dasturlarini yaratish bo'yicha dastlabki qadamlar qo'yildi. Bu dasturlar o'z samarasini ko'rsatmoqda.

Astmani diagnozlash va davolash bo'yicha ko'pgina xalqaro qo'llanmalarda odatda 6 ta band ajratib ko'rsatiladi. Ularning birinchisi – bemorlarni o'qitish, o'rgatish. Chunki bronxial astmani davolashda ikki tomonlama harakat, hamkorlik juda zarur.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarni o'qitishga bo'lgan ayrim yondashuvlarni ochib berishdan avval bunday maxsus ta'limning ta'rifi, maqsadlari va tamoyillariga to'xtalib o'tish lozim.

Bemorlarni o'qitish – bu uzoq muddatli jarayon bo'lib, bemor va uning oila a'zolari zarur axborotlar va ko'nikmalar bilan ta'minlashdir, shunda bemorning o'zi davolashning shifokor bilan birga ishlab chiqilgan reja asosida amalga oshirilishini nazorat qilib boradi. Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarni o'qitish ularning hayot darajasini yaxshilaydi, umrini uzaytirishga xizmat qiladi.

O'qitishning asosiy maqsadi – bemorning shifokor nazorati ostida o'zini o'zi malakali davolashi uchun sharoitlar yaratish. O'qitish jarayonining qatnashchilari odatda shifokor va bemor, shuningdek, uning oila a'zolari bo'lishadi.

Muvaffaqiyatli o'qitishning majburiy tamoyili – bu shifokor va bemor o'rtasidagi hamkorlik munosabatlaridir. Bunday holatda bemor shifokorning har bir qabuli vaqtida unga bemaolol savol beradi va o'z rejalarini birga muhokama qila oladi. Yana bir muhim tamoyil – o'qitishning yakkama-yakka o'tkazilishidir. Ya'ni beriladigan axborot va ko'nikmalar har bir bemor uchun o'ziga xos, alohida-alohida bo'lishi kerak. Shuningdek, bemor tomonidan axborot va ko'nikmalarning o'zlashtirilishi vaqti-vaqti bilan tekshirilishi, zarur hollarda o'qitishning ayrim bosqichlarini takrorlash ham muhim tamoyil hisoblanadi.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarni o'qitishning asosiy shakl va uslublari 12-jadvalda ko'rsatilgan.

13-jadval

Yakkama-yakka o'qitish shakli:

1.1 Dastlabki qabul:

- a) diagnoz haqida, davolash usullari va tavsiya etiladigan muolajalar haqida axborotning eng zarur minimumi;
- b) agar ingalyatsiya bilan davolash zarurati bo'lsa, ingalyatorni qo'llashga o'rgatish;
- v) pikfloumetriya o'lchovini bajarishga o'rgatish va o'zini o'zi nazorat qilish kundaligini yuritish.

1.2 Qayta maslahatlar:

- a) bemorning har bir savoliga javob berish va davolashda kelib chiqayotgan muammolarni muhokama etish;
- b) PFM ko'rsatkichlari kiritilgan kundalikni tekshirish;
- v) astmani nazorat qilish rejasini ishlab chiqish.

1.3 Bemorlarning maxsus qo'llanma va risolalarni o'qib chiqishi va shifokor bilan muhokama qilishi.

1.4 Maxsus videofilmlarni ko'rib, muhokama qilish.

2 Jamoaviy shakllar:

2.1 Astma maktabida leksiya va seminarlarning to'liq kursi.

2.2 Statsionarda o'tkaziladigan seminar mashg'ulotlari qisqa kursi.

Bronxial astma bilan og'rigan bemor nafaqat zamonaviy davolash usullarini biladigan, balki u xastalikni o'zi nazorat qilishga o'rgatadigan shifokor nazoratida bo'lishi juda muhim.

Bronxial astma – samarali davolash uchun bemor va shifokor o'rtasida hamkorlik talab etadigan xastaliklardan biri. Xorijiy davlatlarda astma-maktab, astma-klub kabi bemorlar va shifokorlarning jamoat birlashmalari keng tarqalgan. Ularda turli yondashuvlar, uslubiyat va dasturlar amalga oshiriladi. Bunday yondashuv MDH mamlakatlarida (Sankt-Peterburg, Moskva), Markaziy Osiyo respublikalarida ham bor.

1996-yili O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining buyrug'i bilan Respublika allergologiya ilmiy-ixtisoslashtirilgan markazida "Allergiya va Astma" maktabi tashkil etilgan. Unda o'qitishning asosiy maqsadi – bemor shifokor nazoratida "o'zini o'zi" malakali davolay olishi uchun sharoit yaratishdir. Ta'lim jarayonining qatnashchilari odatda shifokor va bemor, shuningdek, uning oila a'zolari bo'lishadi. Bemorlarni o'qitishning eng yaxshi, samarali yo'li astma-maktabda muntazam shug'ullanishdir.

Mashg'ulotlarda o'tiladigan asosiy mavzular: bronxial astma nima? bronxial astmaning kelib chiqish sabablari va allergologik diaqnozning ahamiyati; gipoallergen parhez, ayrim mahsulotlarni taomnomadan chiqarish tadbirlari; dori-darmon bilan davolash tamoyillari; nesteroid va steroid vositalar bilan yallig'lanishga qarshi davolash zarurati; pikfloumetriya; bronxial astmani dori-darmonsiz davolash (nafas gimnastikasi, suzish, lijada yurish, uqalash, chiniqtirish va boshqalar). Xona ichidagi havo pollyutantlari ta'siridan qanday saqlanish kerak; bronxial astma passiv chekuvchilarda nega og'irroq o'tadi va davolash qiyin kechadi; oilaviy reabilitatsiyaning roli; xurujlarning oldini olishda og'iz-burun bo'shlig'ida gi surunkali infeksiya o'choqlarini ehtiyotlash; boshqa profilaktik ta'sirlar.

Bronxial astma bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun "Zonalar tizimi" ishlab chiqilgan. Bunda bemor astmaning surunkali va o'zgaruvchan xususiyatini tushunib yetadi, o'z salomatligini kuzatadi va u yomonlashayotgan holatda dastlabki belgilarni sezib, zudlik bilan oldini olish choralarini ko'radi. Zonalar yo'l harakatini tartibga soluvchi svetofor chiroqlarining rangida bo'lib, bemor uni oson eslab qoladi va foydalanadi.

Yashil zona. Yashil rang hammasi joyida ekanini ko'rsatadi. Astma nazoratda. Ishlashingiz, sport bilan shug'ullanishingiz mumkin. Faqat profilaktik dorilar ichiladi, ular sport mashg'ulotlari yoki og'ir jismoniy ishdan 20 daqiqa avval qabul qilinadi.

Sariq zona. Sariq rang "ehtiyot bo'ling" belgisidir. Astma simptomlari yuzaga chiqayapti. Bo'g'ilish xurujining oldini olish uchun tez ta'sir etuvchi bronxolitik (berotek, salamol) qabul qilish kerak. Sariq zonaga tez-tez tushib qolish yashil zona nazorat qilinmayotganidan darak beradi.

Qizil zona. Qizil rang – xavotir belgisi. Astma simptomlari tinch holatda ham yuzaga chiqadi, arzimagan jismoniy zo'riqishda ham kuchayadi. Dorilar yordam bermaydi. Bronxodilatator dozasini ko'paytirish, ingalyatsion kortikosteroidlarni qo'shish lozim. Bu ham samara bermasa, gormonli tabletka ichish, keyin esa davolash taktikasini aniqlashtirish uchun shifokorga murojaat etish talab qilinadi. Davolash rejasining namunasi 1-ildovada ko'rsatilgan.

HASHAROTLAR CHAQISHIDAN KELIB CHIQADIGAN ALLERGIYA (INSEKT ALLERGIYA)

«Insekt allergiya» nomi insekt, ya'ni hasharot so'zidan kelib chiqqan. Allergik reaksiyalar ko'pincha parda qanotli hasharotlar chaqishi natijasida yuzaga keladi. Hasharotlar chaqqanda kishi organizmining sensibilizatsiyalanishini quyidagi yo'llar bilan farqlanadi: inson organizmiga allergenning hasharot zahri bilan kirishi; chaqqan paytda so'lagi tushishi; hasharot tanasi yuqori qavati parchalarining nafas yo'llari tushishi (masalan, asalari boquvchilar astmasi). Hasharot chaqqanda zaharning allergik hamda toksik, ya'ni zaharli ta'sir ko'rsatishi mumkinligini esdan chiqarmaslik va ularni ajrata bilish lozim.

Toksik reaksiya hasharot ko'p martaba chaqishida yuzaga keladi. Asalari zahri organizmga katta miqdorda tushganda gemorragik, gemolitik, neyrotoksik va gistaminga o'xshash ta'sir ko'rsatishi mumkin. 1930-yildayoq Benson asalarichilarda asalari zahriga ham, asalarilarning o'ziga ham (hayot faoliyati mahsulotlariga) sezuvchanlik ortishini aniqlagan. Agar bronxial astma va allergik ri-

nit bilan kasallangan bemorlarni oladigan bo'lsak, ularning 0,38 foizida asalari zahriga sensibilizatsiya kuzatilgan. Biroq allergiyasi bo'lgan bemorlar uchun asalarining chaqishi juda xavfli hisoblana-di. Amerika akademiyasining ma'lumotlariga qaraganda, 1970-yil-da hasharot chaqishidan 1000 ta o'lim holati qayd etilgan. So'nggi 10 yillikning o'zida Amerikada asalari chaqishidan 400 o'lim holati ro'yxatga olingan. Ari yoki asalari chaqqan har 30 kishidan bittasi nobud bo'ladi. O'lim holati ko'pincha 1 soat ichida yuz beradi va bu allergik reaksiya bilan bog'liq bo'ladi. Allergik reaksiyalar hasharotlarning tanasi ustki qavati parchalari nafas yo'li orqali organizmga tushganda yoki bemor terisi orqali hasharot bilan yaqin kontaktida bo'lganda muvofiq ravishda rinit yoki dermatit ko'rinishida yuzaga kelishi mumkin. Birgina hasharot chiqqandan keyin yuz beradigan og'ir reaksiya ko'proq allergik reaksiyaga xos.

Dunyo bo'yicha pardaqaqotlilarning o'rtacha 0,5 foiz turi-ga allergiya aniqlangan. Shveysariyada har yili pardaqaqotlilar chaqishidan 4 kishi nobud bo'ladi. AQShda har yili hasharotlar chaqishi natijasida 5 million reaksiya qayd etiladi. Hasharotlar chaqishidan kelib chiqadigan o'lim holatlari zaharli ilonlar chaqishidan kelib chiqadigan o'lim holatlariga nisbatan 3 marta ko'p uchraydi. Allergik reaksiyalarga hasharotlarning ikki xil sinfga mansub tur-lari chayonlar va hasharotlar sinfi (insekt) sabab bo'ladi. Mutaxas-sislarning ma'lumotlariga ko'ra allergik reaksiyalar ko'proq hasharotlar chaqishidan paydo bo'ladi. O'z navbatida hasharotlar sinfi bir necha guruhga bo'linadi: chivinlar, pashshalar, kanalar, chaqa oladi-gan kapalak qurtlari, pardaqaqotlilar. Pardaqaqotlilarning chaqishi ayniqsa, og'ir reaksiyalarga sabab bo'ladi. Pardaqaqotlilar guruhiga asalari, ari, qovoqari (qizilari), tukli ari (tuproq arisi) va chumolilar kiradi. Pardaqaqotlilar guruhi yana qator oila va turlarga bo'linadi. Asalarilar oilasiga urg'ochi asalarilar (chaqadigan), ishchi asalarilar va tanbal asalarilar kiradi. Ularga yana qovoqarilar ham kiradi. Qovoqarilar ancha yirik va ochiq rangli bo'ladi. Ular faqat o'simliklar bilan oziqlanib, nayzalaridan himoya vositasi sifatidagina foydalanadilar.

Arilar oilasiga mansub hasharotlar to'g'risida alohida to'xtalib o'tish lozim. Bular yirtqich hisoblanib, hasharotlarga hu-

jum qilishadi, o'lik hasharotlar bilan oziqlanishadi. Bundan tashqari, odamni chaqqan vaqtda infeksiya kiritishi mumkin. Ulardan eng yirigi tukli aridir. Asalari nayzasining sakkizta kertigi bo'ladi. Shuning uchun u chaqishidan keyin odam tanasida nayzasi bilan birga zaharli qopchasi, zaharli bezlar va nerv tuguni ham qoladi. Asalari chaqqandan keyin qopcha mushaklari qisqaradi va zahar organizmga chuqurroq kirib boradi. Odamni chaqqandan keyin asalari ham nobud bo'ladi.

Asalari zahri ta'sirining klinik ko'rinishi: asalarilar, arilar va tukli arilarning zahri ba'zi tarkibiy qismlari bilangina bir-biridan farq qiladi. Uning tarkibida gistamin, atsetilxolin, kinin A va V fosfolipaza, gialuronidaza kabi fermentlar bo'ladi. U bir marta chaqqanida 0,3 mg zahar kiritadi.

Asalari chaqqanida ikki xil ya'ni zaharlanish va allergik reaksiyalar yuzaga keladi. Organizmga tushgan zaharni miqdoriga ko'ra zaharlanish reaksiyalari ham guruhga bo'linadi. Oddiy (odatdagi) reaksiyalar shish va qizarish bilan tavsiflanadi va bu 24 soatgacha davom etishi mumkin. Ancha yaqqol ko'rinishga ega bo'lgan reaksiyalar 48 soatdan ko'proq vaqtgacha cho'ziladi va chaqqan joydan ancha keng tarqalgan bo'ladi. Va nihoyat, ancha keng, juda yaqqol ko'rinishga ega bo'lgan zaharlanish reaksiyalarining asab tizimiga oid belgilari mononevritlar, ensefalitlar, meningitlar va hatto, xavfli miasteniya (mushaklarning soxta falaji) bilan tavsiflanadi.

Bitta asalari chaqqanida ko'pincha mahalliy zaharlanish reaksiyasi yuzaga keladi. 10 ta yoki undan ko'p asalarilar chaqqanida o'rtacha og'irlikdagi umumiy reaksiya ustunroq bo'ladi, ya'ni qaltirash, ko'ngil aynishi, qayt qilish, bosh og'rig'i kuzatiladi. 100 ta va undan ko'p ari chaqqanida umumiy og'ir reaksiya yuz beradi. Bunda ko'pincha qondagi eritrotsitlarning parchalanishi (gemolizi), butun tanada gemorragik toshmalar, asab tizimining zararlanishi (alabsirash, talvasa, falajlar) paydo bo'ladi. Bir vaqtning o'zida 300 dan ortiq asalarining chaqishi bir lahzada o'limga olib kelishi mumkin. Pardaqanotli hasharotlar zaharlarining organizmga ta'sirida biroz farq bo'ladi. Tukli arilarning zahri ko'p hollarda gemolizga (eritrotsitlarning parchalanishi) olib keladi. Bundan tashqari, arilar chaqqan paytida organizmga infeksiya olib kirishi mumkin.

Pardaqaotlilar chaqishidagi zaharlanishning klinik manzarasi, asosan shulardan iborat.

Zaharli ta'sirdan farqli o'laroq, sensibilizatsiyada allergik reaksiyalar bitta-ikkita asalari chaqishidan ham rivojlanishi mumkin. Pardaqaotlilarga nisbatan sensibilizatsiya 2 foiz asalarichilarda kuzatiladi. U klinik ko'rinishi bo'yicha ham, rivojlanish mexanizmi bo'yicha ham farq qiladi. Asalari zahrining oqsilli tarkibiy qismi allergik reaksiyani keltirib chiqaradi. Zahardagi antigen tarkibiy qismlar miqdori ikkitadan to 21 tagacha bo'ladi. Oqsilning molekulyar og'irligi qanchalik katta bo'lsa, uning gistaminga qarshi xususiyati shuncha yaqqol ko'rinadi. A fosfolipaza va gialuronidaza ham ko'proq antigenlik xususiyatiga ega. Har xil turlar orasidagi kesishuvchi reaksiyalar juda kam holda uchraydi. Masalan, asalari zahriga sezuvchanlik bo'lganda, oddiy ari zahriga reaksiya kuchsizroq bo'ladi.

Asalari chaqishi ta'siridagi reaksiya ko'pincha I tip bo'yicha kechadi, ya'ni Ye immunoglobulinga bog'liq bo'ladi. Maxsus IgE faqat asalari chaqishidan allergiyasi bo'lgan kishilarda aniqlangan, u sog'lom odamda bo'lmaydi. Shu bilan bir vaqtda IgE asalari chaqishiga chidamli bo'lgan asalarichilarda topilgan. Asalari chaqishida sensibilizatsiyasi bo'lgan 300 bemor tekshirilganda ularning 95 foizini oldin ham ari chaqqanligi ma'lum bo'lgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqda va kichik yoshdagi bolalarda maxsus E immunoglobulin aniqlanmagan. Bu esa reaksiyaning tug'ma emasligidan dalolat beradi. Qolgan 5 foizi pardaqaotlilar guruhiga kiruvchi chumoli chaqishi hisobiga ham, yoki hasharotlar tana qismlarini nafas yo'li orqali organizmga tushishi tufayli ham sensibilizatsiyalangan bo'lishi mumkin. Insekt allergiyaning klinik ko'rinishi zaharli ta'sir reaksiyasidan farq qiladi. Agar zahar tomirlar sohasiga tushsa, odatda Kvinke shishi yoki qavarchiqlar yuzaga keladi. Ertangi reaksiyalar 97 foiz hollarda paydo bo'ladi va u 1-30 daqiqa ichida rivojlanadi. Hasharotlar chiqishida allergik reaksiyalar turli klinik belgilarni keltirib chiqaradi: teridagi (qichishish, qizarish, qavarchiq va Kvinke shishi), yurak qon tomirlariga oid (anafilaktik shok), nafas tizimiga oid (ko'ngil aynashi, qayt qilish, qorinda tutib turadigan og'riq, ich ketishi). O'lim holatlari ko'pincha xiqildoq shi-

shi va anafilaktik shokda, yoshi katta odamlarda kuzatiladi. Bo'yin yoki bosh qismini chaqishida bu holatlar ko'proq yuz beradi.

Klinik kechish og'irligiga ko'ra ular uch bosqichga bo'linadi. I daraja yengil shakli: bunda qavarchiqlar, Kvinke shishi va zaharlanish (qaltirash, haroratning ko'tarilishi) kuzatiladi. II daraja o'rta og'ir shokli: bemorda bronxlar, ichaklar, bachadon silliq mushaklarining torayishi, yurak urish maqomining buzilishi hamda shilliq qavatlar shishi kuzatiladi. III darajali reaksiyalar esa 20 foiz bemorlarda qayd etilgan. Hushini yo'qotish hollari – 40 foiz bemorlarda, talvasa – 9 foiz bemorlarda, qovuq bo'shshishi – 28 foiz bemorlarda kuzatiladi.

Insekt allergiya diagnostikasida anamnezni to'g'ri yig'ish va teridagi allergik sinamalarni o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Asalari chaqishidan yuzaga keladigan anafilaktik reaksiyalar ko'proq qonida asalari zahriga nisbatan Ye immunoglobulin mavjud bo'lgan kishilarda rivojlanadi. Bunda terida o'tkaziladigan sinamalarni har bir chaqishdan keyin o'tkazish kerak bo'ladi, ular radioallergosorbent sinamalarga qaraganda ancha ko'p ma'lumot beradi. Yolg'on, manfiy sinamalar bo'lish ehtimoli hamda har qaysi pardaqaqnotlilar guruhining o'ziga xos maxsus antigenga ega bo'lishi mumkinligini yodda tutish lozim.

Insekt allergiyani davolash quyidagicha olib boriladi. Hasharot chiqishidan keyin teridagi hasharot nishini olib tashlash va sovuq qo'yish va hatto chaqilgan joydan yuqori qismni bog'lab qo'yish lozim. Davolash ishlari kasallikning kechish og'irligiga bog'liq holda o'tkaziladi. Gistaminga qarshi preparatlar, kortikosteroidlar, yurak faoliyatini yaxshilovchi preparatlar belgilanadi. Asalari zahriga sezuvchanlik ortgan bemorlarda maxsus giposensibilizatsiya eng samarali davolash usuli hisoblanadi. Asalari zahrining 10^{-9} eritmasidan tayyorlangan allergenga yuqori darajali sezuvchanlik kuzatiladi. Shuning uchun allergen inyeksiyasi 5 kunda bir marta qilinadi.

Insekt allergiyaning kelib chiqishining oldini olish chora-tadbirlari quyidagilardan iborat: hasharotlar chaqishidan saqlanish, ayniqsa shu antigenga nisbatan sezuvchanlik ortgan kishilar uchun muhim shartlardan biri hisoblanadi. Shahardan tashqariga chiqqan paytlarda ochiq rangli kiyimlar kiyimaslik, o'tkir

hidli atir-upadan foydalanmaslik lozim. Yenglari uzun ko'ylak, botinka kiyish va ro'mol o'rab olish tavsiya qilinadi. Chaqadigan hasharotlar yashaydigan, oziqlanadigan joylarga bormaslik, odamlar yashaydigan uylar atrofidagi ari inlarini yo'q qilish kerak. Hasharot chaqishidan keyin esa, nayzani o'tkir pichoq yoki igna yordamida olib tashlash, hech qachon siqmaslik lozim. Tezlik bilan adrenalin inyeksiyasini qilish va gistaminga qarshi preparat qabul qilish lozim. Bu dori moddalarini bemor o'zi bilan birga olib yurishi lozim va juda tez qo'llashi shart.

Immunoterapiyada kiritiladigan antigenning umumiy miqdori, odatda 100 mkg asalari zahri miqdoriga teng bo'ladi va u bir vaqtning o'zida 2 asalari chaqishiga muvofiq keladi. Agar bemor davolanish chog'ida ularni yaxshi qabul qila olsa, shokning yuzaga kelish ehtimoli juda kam bo'ladi. Immunoterapiya bir necha oy davomida o'tkaziladi.

Asalari chaqishidan yuzaga keladigan o'tkir allergik reaksiyalarni davolashni teri orasiga adrenalin kiritish yo'li bilan boshlash kerak. Faqat shundan keyingina gistaminga qarshi preparatlar kiritiladi.

Kishi organizmiga **suvaraklar, gijjalar** tushgan hollarda hamda **chumolilar** chaqqan paytlarda vujudga keladigan **allergik reaksiyalar** to'g'risida ham qisqacha to'xtalib o'tmoqchimiz.

Allergik reaksiyalar ko'pincha sariq chumolilar chaqishidan yuzaga keladi: bitta chumoli chaqqan hollarda – mahalliy reaksiya (qavarchiqlar va angionevrotik shish) paydo bo'ladi. Ular tez sodir bo'ladigan, sekin-asta sodir bo'ladigan va kechki reaksiyalar tipida rivojlanishi mumkin. Bir necha chumolining birdaniga chaqishi bronxial astma xurujini va hatto anafilaktik shokni keltirib chiqarishi mumkin. Sariq chumoli zahari gistamin ajralib chiqishini keltirib chiqaradi va komplementni faolsizlantiruvchi omilga ega bo'ladi.

Qon so'ruvchi hasharotlar (chivinlar, kanalar, burgalar) chaqishidagi allergik reaksiyalar kishi organizmiga o'zida zaharli moddalar bilan bir qatorda allergik reaksiyalarni ham keltirib chiqaruvchi moddalarni saqlaydigan hasharot so'lagi tushishi bilan bog'liq. Ularga yuqori molekulari oqsillar kiradi. Chivin chaqishi natijasida tez sodir bo'ladigan va sekin-asta sodir bo'ladigan reaksiyalar yuz berishi mumkin. Suvaraklarga nisbatan allergik reaksiyalar ko'pin-

cha allergik dermatozlar, qavarchiqlar, rinitlar, bronxial astma ko'rinishida yuzaga keladi. Suvarak allergenlari uy changida bo'lishi va nafas yo'llarining allergik kasalliklari rivojlanish mexanizmida muhim o'rin tutishi mumkin. Allergenlarning manbayi – bu nobud bo'lgan suvaraklar tana qismlari, so'lagi, axlati bo'lishi mumkin.

Uy pashshalari ham Ye immunoglobulinga bog'liq allergik reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin.

Odam organizmida asosan 3 xil guruh **gijjalar** mavjud bo'ladi: sestodozlar (lentasimon), trematozlar (so'ruvchilar), nematozlar (yumaloq gijjalar). Odam, odatda yetilgan gijjalar uchun yagona xo'jayin hisoblanadi (exinokokkozdan tashqari). U oshqozon-ichak yo'llari orqali yuqadi. Gijjalar odam organizmida tekinox'rlilik qilib yashar ekan, u o'zidan organizmning sezuvchanligi oshib ketishiga sabab bo'luvchi modda ajratib chiqaradi. Gijjalarning antigeni immunoglobulinlarning Ye sinfi ishlanib chiqishini rag'batlantiruvchi kuchli antigen hisoblanadi. Biroq gelmintozlarning allergik ko'rinishida tez sodir bo'ladigan reaksiyalar ham yoki bir vaqtning o'zida har ikki shakli ham qayd etiladi. Gijjalarning hayot faoliyati mahsulotlari, shilliq shiralari hamda nobud bo'lgan gijjalar immunoglobulin E ishlanib chiqishini rivojlantiradi. Tez sodir bo'ladigan reaksiyalar ko'proq uchraydi. Immun javob reaksiyasiga T-limfotsitlar ham tortiladi, T-supressorlar bostiriladi, T-xelperlar va V-limfotsitlar ko'payadi, turg'un eozinofiliya paydo bo'ladi. Eozinofillar immunoglobulinlar va komplement omili (S_3) hamkorlikda ta'sirlashishidan sitotoksik omillarni saqlovchi (peroksidaza va fosfolipaza) eozinofil donachalari ajralib chiqadi. Gijjalardan kishi organizmini xalos qilishga olib keluvchi gijjalarning zararlanishi, buzilishi yuz beradi. Parazitlarga qarshi antitelo gijjalarga qarshi makrofaglar va monotsitlarning sitotoksik samarasini ham kuchaytiradi. Gijjalar allergik reaksiyalardan tashqari aqliy va jismoniy rivojlanishga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ayniqsa, bolalarda kasallikning klinik manzarasi gijjaning turiga bog'liq bo'ladi. Alveokokkozda, asosan jigar zararlanadi. Ankilostomidozlarda esa eozinofillarning juda ko'payib ketishi, bronxopnevmoniya, astma belgilari, qavarchiqli toshmalar kuzatiladi. Organizm oskaridalar bilan zararlanishida o'tkir respirator kasalliklarining, bronxitning klinik manzarasi, eozinofiliya yuzaga

keladi. Og'ir hollarda ichak tutilishi ham rivojlanishi mumkin. Turli gijjalarning harakatlanish bosqichida quyidagi belgilar: isitma, mi-algiya, artralgiya, dermatitlar, o'pka zararlanishi, Kvinke shishi, eozi-nofiliya, leykotsitoz bo'lishi mumkin.

Gelmintozlarni diagnozlashda, asosan axlatni bir necha marta tekshirish usullari hamda organizm gijjalardan tozalangandan oldin va keyin umumiy Ye immunoglobulinni tekshirish qo'llaniladi. Gijjalarning standart (muqim) antigenlaridan foydalanib o'tkaziladigan ayrim serologik reaksiyalar (RSK), (RPGA), radioallergosorbent usullari yordamida ham ancha ma'lumot olish mumkin.

QAVARCHIQLAR

Qavarchiqlar (Urtica, lot. – qichitqi o't) – o'zining rivojlanish mexanizmi, diagnozlash va davolashga bo'lgan turlicha uslubiy yondashuvlari bilan ajralib turuvchi xastaliklar guruhining umumiy nomi.

Qavarchiqlar, nafaqat tabiiy, balki jiddiy ijtimoiy muammodir. Chunki u keng tarqalgan, diagnozlash va davolashga yagona yondashuv mavjud emas, davo hamda tiklash muolajalari katta moddiy xarajatni talab qiladi va bemorning hayot sifati keskin yomonlashuviga olib keladi. Lokal (mahalliy) qavarchiqlar yengil allergik reaksiya bo'lib hisoblansa, "generallashgan" qavarchiqlar va Kvinke shishi – o'rta va og'ir xastalikdir. Yuz, bo'yin, og'iz bo'shlig'i va halqumdagi shish, ayniqsa xavflidir. Negaki, bu nafas olishni qiyinlashtiruvchi, o'z vaqtida zarur choralar bilan davolanmaganda esa hatto bo'g'itish tufayli o'limga sabab bo'lishi mumkin.

Ingliz tadqiqotchisi R.Champion ma'lum qilishicha, surunkali qavarchiqlar bilan og'irgan be'morlarning 20 foizida xastalik 10 yilgacha davom etadi. Surunkali qavarchiqlarning spontan remissiyasi 50% bemorlarda kasallik boshlangandan 6 oy keyin, 20 foizda – uch yildan keyin, 20 foizda 5 yildan keyin, 2 foizda esa – boshlanganidan 20 yil keyin ro'y beradi. Bunda spontan remissiyali surunkali qavarchiqlar bilan og'irgan bemorlarning har ikkitasidan birida keyinchalik kamida bir asorat (retsdiv) kuzatiladi.

Qavarchiqlarning asosiy morfologik elementi bu pufakcha (yara-cha)dir. Pufakcha teri ustida bo'rtib turuvchi, chetlari aniq ajralib

turgan, bir necha millimetrdan bir necha santimetr gacha o'lchamdagi element, ba'zan hatto juda katta-katta bo'ladi.

Pufakchalar juda tez paydo bo'ladi, odatda terining muayyan qismidagi o'tkir shish bilan kechadi.

Uning uchta xarakterli belgilari bor:

— pufakchanning markaziy qismida turli o'lchamdagi bo'rtmalar bo'lib, ular deyarli har doim reflektor eritema bilan o'ralgan bo'ladi;

— terining qichishi, ayrim hollarda qattiq qizish ("yonish");

— zudlik bilan, 1 soatdan 24 soatgacha bo'lgan vaqt ichida toshib ketadi.

O'tkir, chegaralangan shishning belgilari:

— terining pastki qavati va teri osti qatlamining birdaniga, sezilarli ravishda ko'tarilishi;

— shish ko'pincha qichishdan ko'ra og'riq bilan kechadi;

— membrana shilliq qavatining tez-tez shishishi.

Shishning qaytishi pufakchalar paydo bo'lishiga nisbatan ancha sekin yuz beradi va 72 soatgacha cho'zilishi mumkin.

Angionevrotik shish (ASH) yoki Kvinke shishi 1882-yilda tavsiflab berilgan. Kvinke ko'pincha qavarchiqlar bilan birga kechadi yoki alohida rivojlanadi. U qavarchiqlardan faqat terining chuqurroq zararlanishi bilan farq qiladi.

Kvinke shishi terining istalgan joyidagi assimetrik shishdir. Qavarchiqlar va shishning patogenezi umumiy – mikrotsirkulyator qatlamning o'tkazuvchanligi buzilib, keyinchalik mahalliy shish paydo bo'ladi, ASH esa terining undan ham ichki, chuqur qatlamlari zaharlanadi. (1,2)

Rossiya Federatsiyasining turli hududlarida o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlarning natijalariga ko'ra, teri allergik xastaliklarining tarqalishi 7 foizdan 50 foizgacha va undan yuqori.

Qavarchiqlar mexanizmi va bashoraticha, turlicha boshqa xastaliklarning (autoimmun, onkologik, tizimli, parazitlar kasalliklarining) simptomi bo'lishi ham mumkin. Shu bois uni tavsiflash, diagnostik va davolash qiyin.

Gistologik jihatleri

Pufakchalarning tez yo'qolishi molekulalar orasidagi endotelial tortishuv buzilganidan darak beradi. Neytrofil yoki eozinofillardan, makrofagotsit va limfotsitlardan iborat turli tezlikdagi, aralash yalig'langan perivaskulyator infiltratning paydo bo'lishi aynan shu xastalik boshlangani belgisidir.

Mexanik qavarchiqlarda infiltrat terining o'rta va pastki qatlami orasida joylashadi. Bundan tashqari, ko'p hollarda molekulalar tortishuvi va hujayralarning bo'linishini zararlanmagan terida ham ko'rish mumkin (bunda shish bo'lmaydi). Qavarchiqlarning bunday yangi aniqlangan belgilari uning qanchalik murakkab tabiatga ega ekanligi va turli-tumanligini ko'rsatadi.

Tasniflash

Qavarchiqlarning umume'tirof etilgan tasnifi ayni paytgacha ham yo'q. Chunki shunday tasnif yaratishga bo'lgan harakatlar juda katta chizma jadvallarga olib keladi va uni tibbiy amaliyotda qo'llash noqulay.

Ko'pincha klinik amaliyotda bu xastalikning davomiyligiga qarab tavsiflanadi: o'tkir qavarchiq va surunkali qavarchiqlar, etiologik belgilariga ko'ra esa uning quyidagi turlari mavjud: fizikaviy (bosim natijasida yuzaga kelgan qavarchiq, vibratsion, quyosh ta'sirida bo'lgan qavarchiqlar); dermatografik qavarchiqlar, irsiy vibratsion shish, qavarchiqlar; shuningdek, papulyoz, infeksiya, vasculit, paraneoplastik, psixogen, endokrin, idiopatik va boshqa turli ko'rinishdagi qavarchiqlar.

Qavarchiqlarning irsiy shakllari alohida ajralib turadi. Ular jumlasiga irsiy angionevrotik shish, protonorfin metabolizmining buzilishi, Shnatsler sindromi (qavarchiqlar, amiolidoz, karlik), sovuq ta'siridan bo'luvchi irsiy qavarchiqlar, S3-inaktivator yetishmasligi kabilar kiradi.

Bundan tashqari, patogenetik tamoyilga asoslangan tasnif ham qo'llaniladi. Bu tamoyil bo'yicha immunologik qavarchiqlar ajralib turadi, ya'ni uning negizida immunitet tizimining zararlanishi kuzatiladi (ovqatlanishdan, dori vositalaridan, biror ortiqchani olib tashlash yoki yo'qotish natijasida, transfuzion reaksiya va boshqa-

lar); anafilaktiod, psevdoadlergik (ovqatdan yoki doridan zaharlalish, aspiringa ruju qo'yish) kabi qavarchiqlar.

Shunday qilib, sabablarning va shakllanish mexanizmlarining ko'pligi allergodermatozlar, jumladan qavarchiqlarni diagnozlash va davolashda qiyinchilik tug'diradi.

Qavarchiqlarga diagnoz qo'yishning asosiy tamoyillariga xastalik shakllanishiga olib keladigan etiologik va kuchaytiruvchi omillarni aniqlash kiradi.

Klinik manzarasi

Fizikaviy qavarchiqlar odatda yoshlikda kuzatiladi. Ko'pincha bir bemorning o'zida fizikaviy qavarchiqlarning bir necha xili aralashib ketadi. Qavarchiqlarning bunday turida nafaqat terida o'zgarishlar ro'y beradi, balki hayot uchun xavfli bo'lgan tizimli zararlalish ham kuzatiladi. Fizikaviy qavarchiqlarning eng ko'p tarqalgan turi – bu dermografik qavarchiqlardir. Tadqiqotchilar fikricha, dermografizm 2-5% sog'lom avlodda uchraydi.

Dermografik qavarchiqlar – yengil bosish yoki ishqalash natijasida, shu jumladan, kiyim-kechak qisadigan joylarda paydo bo'ladigan qichishish va toshmadir. Oddiy dermografizm (teridagi yozuv) ko'pincha tasodifiy holat bo'lib, u odatda kishini bezovta qilmaydi va davolashni talab etmaydi. Simptomatik dermografizm qichishish va toshma bilan ajralib turadi, bunda qashlagan tomonga qarab cho'zilgan qator pufakchalar paydo bo'ladi va qichishish toshmadan oldin yuz beradi.

Paydo bo'lish muddati va davom etish uzoqligiga qarab dermografizmning uchta turi mavjud:

Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlar – bu sovuq havo, suv, ovqat yoki ichimlik ta'sirida pufakchalar yoki angionevrotik shish rivojlalishidir. Aynan shu tashqi ta'sirlar natijasida qavarchiqlar va shish paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda esa til va halqumning shishishi, qorinda og'riq kuzatiladi. Umumiy sovqotish, ko'ngil aynishi va qusish, bosh og'rig'i, qon bosimining pasayishi va taxikardiyanl keltirib chiqarishi mumkin.

Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlar bilan og'rigan bemorlar kuchli reaksiya yuzaga kelishi tufayli suv havzalarida cho'kib ketish xavf yuqori bo'ladi.

• **Quyosh ta'siridagi qavarchiqlar** kattalarda ham, bolalarda esa kamdan-kam uchraydi. Yorug'lik ta'sir etgan bir necha soniya ichida qichishish kuchayib ketishi kuzatiladi. Yana 2-3 daqiqadan keyin teri qizarib, shishadi. 3-4 soatda to'liq o'tib ketadi. Sekin rivojlanuvchi qavarchiqlar ham bor, unda 18-72 soat ichida toshma paydo bo'lishi mumkin. Tizimli reaksiya juda kam hollarda namoyon bo'ladi. Lekin o'ta ta'sirchan bemorlarda arterial qon bosimining pasayishi, bronxospazm, hushidan ketish kabi belgilar kuzatiladi.

Xolinergik qavarchiqlar (issiqlikdan paydo bo'luvchi generallashgan qavarchiqlar) – eng ko'p kuzatiladigan, ayniqsa o'smirlar va yoshlar orasida uchraydigan shakli.

Xastalik mayda, ya'ni diametri 1mm.dan 5mm.gacha bo'lgan, cheti erimatoz dog'lar bilan o'ralgan va qattiq qichishishdan pufakchalar orqali namoyon bo'ladi. Bunday toshma avval yuz va bo'yinda chiqib, keyin badanning boshqa joylariga tarqaladi. Pufakchalar bir-biri bilan birikib ketadi va generallashgan tus oladi. Toshma ko'pincha issiq dush qabul qilganda, havo harorati keskin o'zgarganda, jismoniy mashg'ulotlardan, terlashdan so'ng, shuningdek, ruhiy stresslar, issiq ovqat va ichimliklar ta'sirida paydo bo'ladi. Agar bemor tanasi sovisa, bu qavarchiqlar o'zidan o'zi 30-60 daqiqa ichida yo'qolib ketadi. Umumiy belgilari: bo'g'ilish va bosh og'rig'idan to hushdan ketishgacha.

Xastalikning bu turini diagnozlashda juda kam uchraydigan yana boshqa – akvagen qavarchiqlar, ya'ni har qanday haroratdagi suv ta'sirida chiqadigan toshmadan ajrata olish muhimdir.

Papulez qavarchiqlar. Klinik jihatdan belgilari – turli o'lchamdagi, qattiq qichishadigan erimatoz papulalarning paydo bo'lishi. Odatdagi qavarchiqdan xavfli ravishda bu holatda elimantar terining kiyimdan ham, ochiq joylarida ham chiqadi va uzoq vaqt saqlanib turadi. Qavarchiqlarning bu turi chivin, burga, bit kabi chaquvchi hasharotlarning so'lagiga nisbatan o'ta sezuvchanlik bilan bog'liqdir.

Qichishadigan papula va homiladorlik dog'lari. Odatda bu birinchi homiladorlik davrida paydo bo'lib, qattiq qichishish tufayli odamni juda bezovta qiladi. Ko'pincha uni homiladorlar gerpe-

si (uchug'i)dan ajratish uchun alohida diagnozlash, ya'ni biopsiya o'tkazishga to'g'ri keladi.

Pigmentli qavarchiqlar (mastotsitoz). Tez-tez qaytalab turadigan rangli makulopapulez elimentlar orqali namoyon bo'ladi. Unga dermografizmning bir shakli deb ham qarash mumkin. Chunki terining ta'sirlanishi kuchli reaksiyani keltirib chiqaradi (Dare simptomi). Mastotsitozda ba'zan teri o'zgarib qolishi ham mumkin. Lekin odatda qalin, pigmentli dog'lar topiladi.

Biopsiya o'tkazilganda to'yingan hujayralarning yig'ilib qolishi namoyon bo'ladi. Xastalikka diagnoz qo'yishda toshmalarining o'ziga xos tashqi ko'rinishi, Dare simptomi va biopsiya materiali tekshiruv natijalaridan foydalaniladi.

Akvagen qavarchiqlar nihoyatda kam uchraydigan turi bo'lib, u suv ta'sirida rivojlanadi.

Qavarchiqlarning boshqa shakllari, jumladan, immunologik tabiatga ega turlari

Urtikar vaskulit pufakchalarning uzoq vaqt (24 soatdan ortiq) saqlanib turishi, asorat sifatida yallig'lanishdan keyingi infiltratsiya va teri giperpigmentatsiyasi, shuningdek, tizimli o'zgarishlar (artralgiya, abdominal simptomi), livedo reticularis, antigistamin vositalarga sust javob ko'rsatish kabilar bilan xarakterlanadi. Tizimli qizil "volchanka" yuz berishi mumkin. Urtikar vaskulit Shenleyn-Genox kasalligi, dorilarga o'ta sezuvchanlik, zardob kasalligi, V gepatitining birinchi belgisi bo'lishi mumkin. Ba'zan esa Shnitsler sindromi kuzatiladi, u urtikar vaskulit, bezgak, suyakog'rig'i, monoklonal AgMni o'z ichiga oladi. Urtikar vaskulitning potogenetik mexanizmi III tip reaksiyasi (Artyus fenomeni)da namoyon bo'ladi.

Qavarchiqlarning va angionevrotik shishning irsiy shakllari. Irsiy angionevrotik shish - bu yuz, badan, oyoq-qo'l, nafas yo'llarining shilliq qavati, oshqozon-ichak va urogenital a'zolarida qaytalab turuvchi shish bilan harakatlanadigan xastalik. Odatda u oilaviy xastalik bo'lib, naslning birinchi vakili (S - ingibitor)dagi genetik nuqson tufayli yuzaga keladi. Nasldan-naslga o'tish shakli autosom dominant, noto'liq penetratsiyasi asosida kechadi.

Irsiy angionevrotik shish jarohat olish (tish ekstraksiyasi, lat yeyish, biror joyini kesib olish), jismoniy yoki ruhiy zo'riqish, o'ta sovqotish, yuqumli kasallik, hayz ko'rish kabilar bilan bog'liq. Bemorlarda angionevrotik shish qavarchiqlarsiz, badanning turli joylarida rivojlanadi. Shishgan joy odatda sog'lom teridan aniq ajralib, chegaralanib turadi. Shish 4-6 soat ichida rivojlanib, 10-12 soat va undan ortiq vaqt davomida saqlanadi. U qattiq bo'lib, bosganda chuqurcha qolmaydi. Abdominal og'riq kuchaysa, bemorga laparotomiya o'tkaziladi; jarrohlik amaliyotida ichakning cheklangan shishi aniqlanadi. Oila anamnezida qarindoshlarning halqum shishidan o'lgan hollari qayd etilgan.

Diagnostikasi

Diagnoz qo'yish qiyin emas, chunki qavarchiqlarning turli shakllarida asosiy element ko'zga tashlanadi. Bu - bir necha millimetrdan bir necha santimetr gacha bo'lgan kattalikdagi chetlari eritema bilan o'ralgan qichishuvchi pufakchalardir. Angionevrotik shish esa assimetrik joylashgan, qichishishi unchalik emas. Elementlar to'liq qaytishi bilan xarakterlanadi.

Quyidagi ideologik qavarchiqlar bilan og'rigan bemorlarda o'tkaziladigan odatdagi tekshiruvlar majmuyini keltiramiz. Lekin shuni esda tutish kerakki, bu tekshiruvlarning hammasi ham har bir bemor uchun talab etilmaydi.

Majburiy laboratoriya tahlillari:

- qonning klinik tahlili
- umumiy siydik tahlili
- qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, umumiy va to'g'ri bilirubin, ALT, AST, glyukoza).
- koprogramma
- RW, OUB
- revmoprobalar (ANF, AT, DNK, SRB, kriopretsipitinlar)
- fekalialarning bakteriologik tekshiruvi
- og'iz bo'shlig'idagi va boshqa surunkali infeksiya o'choqlaridagi shilliq qavatdan bakteriologiya ekish

- parazitologik tekshiruv, (koproovotsistoskopiya; tokso-kara, exinokokk, opistrosis va trixinella AGga nisbatan AT farqini aniqlash)

Allergologik tekshiruv:

- allergologik, farmokologik va ovqatlanish anamnezi
- prick-test, atopik allergenlar bilan skarifikatsion teri testi, infeksiyon allergenlar bilan ichki testi
- sovuqdan Duncan-test, issiqdan test, jgut bilan test
- gistamin, atsetilxolin bilan allergometrik titrash
- majburiy instrumental tekshiruvlar
- qorin bo'shlig'i a'zolari UTT
- EFGDS
- V va S o't suyuqligi porsiyasini ekish bilan duodenal zond-lash
- veloergometriya
- ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi va PPN (belgi-lariga qarab).
- mutaxassislar maslahati: allergolog (majburiy), boshqalar (belgilariga qarab).

Allergik qavarchiqlar uchun allergen ta'siri va xastalikning zo'rayishi o'rtasida aniq bog'lanish mavjudligi xarakterli. Allergik qavarchiqlardan aziyat chekuvchi bemorlarda odatda allergiya-ning respirator ko'rinishlari (ya'ni allergik rinit, bronxial astma) kuzatiladi. Ba'zan pollinoz bilan og'rigan bemorlarda xastalikning mavsumiy kuchayishi namoyon bo'ladi, bu holat xastalikka sa-babchi o'simliklarning gullash davriga to'g'ri keladi. Ko'pincha, qavarchiqlar tavsiya etilmaydigan oziq-ovqat mahsulotlari yoki dorivor o'simliklarni iste'mol qilish, ya'ni ularning aks ta'siri nati-jasida rivojlanadi.

Masalan, murakkabgullilar oilasiga mansub o'simliklarning changiga sensibil bo'lgan bir bemor ayol moychechak qaynatmasini ichgan, bu esa unda qavarchiqlarni qo'zg'atgan. Yoki ari va asala-ri chaqishiga allergik reaksiya ko'rsatuvchi yana bir bemor asalari

mumi (propolis) iste'mol qilgach, xastaligi kuchaygan. Pensillinga allergiyasi bo'lgan bemor esa penitsillin qatoriga kiruvchi antibiotiklar bilan davolangan sigirning sutini ichib qavarchiq toshgan.

Shu bois, allergik turdagi qavarchiqlarni diagnozlash to'liq (allergologik, farmokologik, ovqatlanish barcha) anamnez to'plashga asoslanadi. Kasallik alomatlari vaqtincha zaiflashgan davrda prick-test, atopik allergenlar (chang, maishiy, epidermal, oziq-ovqat mahsulotlari) bilan skarifikatsion test, zamburug'li allergenlar va dori vositalari bilan TGEEL o'tkazishni tavsiya etamiz. Agar antigistamin dorilar qabul qilish, qavarchiqlarning klinik holda namoyon bo'lishi, bemorning bunga rozi bo'lmasligi kabi sabablar tufayli terida test o'tkazishning iloji bo'lmasa, umumiy IgE va maxsus IgE-AT tahlillarini o'tkazish, bundan tashqari, gistamin, atsetilxolin bilan allergometrik titrash amalga oshiriladi.

Dermografik qavarchiqlarga bel va (yoki) bilakdagi jarohatsiz teri o'zgarishidan keyin diagnoz qo'yish mumkin. Bunda shtrix uzunligi taxminan 10 sm.ga yaqin bo'ladi. Dermografometrdan ma'lum bosim (4900-3200 g (sm))li shtrixli tushirishda foydalanish tavsiya etiladi. Rossiyalik allergologlar shpatelni ishlatadi. Tekshiruv va davolashning turli davrlarida o'tkaziladigan testlarni taqqoslash va ularning ma'lumoti yetarli bo'lishi uchun bu testlarni aynan bir sabab bilan, aynan bitta joyda va bir xil bosim ostida bajarish tavsiya etiladi. Bunday tekshiruvlar mastotsitozda ijobiy natija beradi (Dare simptomi), lekin ko'pincha terida qalin dog'lar topiladi.

Quyida qavarchiqlar bilan og'rigan bemorlar uchun namunaviy diagnostik algoritmi keltiramiz.

Jismoniy qavarchiqlarga diagnostika testlari

Qavarchiqlar turi	Test
dermografik	Blokni shpatel bilan shtrixli qo'zg'atish
xolinergik	1. Jismoniy mashqlar: – 30 daqiqagacha tez yurish 2. 10-20 daqiqaga issiq (40-45 °C)li vannaga tushirish 3. Metaxolin bilan mahalliy farmakologik test
Cheklangan, issiqdan bo'lgan qavarchiqlar	1. Issiq (50-55 °C)li suvli silindr. 5 daqiqaga
Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlar	1. Bilak sohasida 10-15 daqiqaga muz bo'lakchasini qo'yish. 2. Sovuq (4 °C)da 15 daqiqa davrda jismoniy mashqlarni bajarish (sovuqdan bo'lgan xolinergik qavarchiqlarni aniqlash uchun). 3. Sovuq (4 °C)li xonada kiyim-boshsiz 10-20 daqiqa bo'lish (sovuqdan bo'lgan tizimli qavarchiqlarni aniqlash uchun)
Sekinlashgan bosimdan bo'lgan qavarchiqlar	20 daqiqa davrda yelkaga osilgan 6-7 kg yuk bilan yurish
Vibratsion qavarchiqlar	Bilakka ishlab turgan vibratorni 4 daqiqaga qo'yish
Akvagen qavarchiqlar	35°li suv kompressini 30 daqiqaga qo'yish
Quyosh ta'siridagi qavarchiqlar	Terini turlicha uzunlikdagi to'liqinli yorug'lik bilan nurlantirish

Bosimdan bo'lgan qavarchiqlarni diagnozlash uchun teriga 500, 1000, 1500 g/sm²li yuklarni 10 daqiqaga qo'yib, natijasini 30 daqiqa, 3,6 va 24 soatdan keyin aniqlash kerak. Bunda elementlarning paydo bo'lishi, maksimal darajada namoyon bo'lishi va qanchalik uzoq muddat saqlanib turishni belgilab borish lozim. Turli og'irlikdagi yuklarni qo'yish uchun maxsus moslamalardan foydalanilgan ma'qul. Testlar belda, sonning orqa va old yuzasida o'tkaziladi. Og'irligi 6 kilogrammli yukni qo'llash ham mumkin. Buning

uchun yuk diametri 4 sm bo'lgan alyumin silindrga joylashtirilib, 20 daqiqaga sonning ustiga qo'yiladi. Shunga o'xshash yuklar yelkaga, bilakka, songa osilishi mumkin.

Testning ijobiy natijasida teri qizaradi, og'riqli va qizdiruvchi pufakchalar paydo bo'ladi. Davo samaradorligini baholash uchun shishgan joyni marker bilan belgilash hamda tekshiruv natijalari (yuk og'irligi, qo'yilgan maydon, toshmaning chiqishi va saqlanib turishi vaqti)ni kasallik tarixiga yozib qo'yish tavsiya etiladi.

Xolinergik qavarchiqlarni aniqlash odatda tana haroratining ko'tarilishi (issiq dush) va jismoniy zo'riqish (muayyan jismoniy mashqqa asoslangan test) orqali paydo bo'ladigan toshma asosida amalga oshiriladi.

Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlar testi bilak sohasiga 10-15 daqiqa davomida muz bo'lakchasini qo'yish orqali o'tkaziladi.

Xolinergik qavarchiqlar uni chaqiruvchi test o'tkazilgan bemorlarning deyarli 100 foizida toshma qaytalashi bilan xarakterlanadi. Mahalliy farmakologik testlar, masalan, teri ichiga metaxolin yuborish bemorlarning faqat uchdan bir qismida amalga oshiriladi. Ko'pincha test o'tkazilgach, undan 30 daqiqa keyin toshma paydo bo'ladi. Qavarchiqlarning bu turi boshqa turlar bilan birga uchraydi.

Irsiy qavarchiqlar nisbatan kam kuzatiladi. Masalan, **oilaviy cheklangan issiqdan bo'lgan qavarchiqlar** uchun mahalliy issiqlik ta'siri xarakterli. Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlar esa terida g'ayrioddiy pufakchalar yuzaga kelishi, ular qichishmay, balki qizdirishi orqali aniqlanadi.

Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlarni diagnozlash me'yorlari:

– shaxsiy yoki oilaviy analiz;

– sovuq ta'sir qilgan joyda o'ziga xos elementlar paydo bo'lishi.

Muz parchasi bilan tekshirish har doim ham ijobiy bo'lavermaydi.

Quyosh ta'siridagi qavarchiqlar fototestlar yordamida diagnozlanadi. Eritropoetik protopofiriya eritrotsitlar, fekal protoporfirin, fekal koproporfirin tadqiqotlari asosida aniqlanadi.

Qo'shimcha ravishda, surunkali qavarchiqlarni diagnozlash uchun autologik zardob bilan in vivo hamda in vitro testlar o'tkaziladi. Surunkali ideopatik qavarchiqlardan aziyat chekkan bemorlar-

ni chuqur tekshiruvdan o'tkazish shunday diagnostika bemorlar soni kamaytirishga yordam beradi.

Oziq-ovqat mahsulotlarining ta'siri borligi taxmin qilinsa, tegishli mahsulotlar bilan sinama qilinadi. Bunda diagnostika testlari shubha qilinayotgan mahsulotni taomnomadan butunlay chiqarish, cheklangan parhez, ovqatlanish kundaligini yuritish, allergen ovqatlar yoki yangi mahsulotlar bilan teriga sinama qilishdan iborat.

Teri testining diagnostika ahamiyati uncha katta emas. Shu bois, allergen oziq-ovqat mahsulotlari bilan sinamalar eskirgan muolaja sifatida tavsiya qilinmaydi.

15-jadval

Ovqatdan bo'lgan qavarchiqlarda diagnostika usullari

Tadqiqot yoki sinama	Davolash
Anamnezga qarab mahsulotni taomnomadan chiqarish (o'tkir qavarchiqlarda).	Bir yo ikki mahsulotni taqiqlash; qavarchiqlar to'xtashi kerak.
Cheklangan parhez (surunkali, qaytalovchi turida): standartlangan guruch, buzoq go'shti va boshqa cheklovlar; komponent (elementli parhez).	Har 3-5 kunda bittadan mahsulot kiritish.
Ovqatlanish kundaligi (uzoq vaqt davomida qaytalash holatlari): qavarchiqlar paydo bo'lguncha 24 soat ichidagi barcha mahsulotlar va hodisalarni sanash.	Shubha tug'dirgan mahsulotni cheklash, samara bersa, yana takrorlash.
Teri testlari (sababi aniqlanmagan surunkali qavarchiq): anamnezdan kelib chiqib, allergen mahsulotlar bilan testlar majmuyi. Ayrim ingalyatsion yoki lateks allergenlar oziq-ovqat mahsulotlari bilan "chiqishmaydi". Ovqatdan bo'lgan allergiya sindromida allergen manbayi sifati, ya'ni mahsulotlardan foydalaning.	Shubha tug'dirgan mahsulotni taomnomadan chiqarish. Teri testlarining salbiy natijasi ovqatga o'ta sezuvchanlik yo'qligini ko'rsatadi.

Davolash va profilaktik tadbirlar

Qavarchiqlar va Kvinke shishi bilan og'riğan barcha bemorlar aspirin va shamollashga qarshi boshqa nosteroid vositalarni qabul qilishdan ehtiyot bo'lishlari kerak, chunki ular 50 foiz hollarda qavarchiqlarni kuchaytiradi. Shuningdek, kapoten, enap, prestarium kabi angiotenzin aylantiruvchi ferment ingibitorlarni ham qabul qilmaslik kerak, chunki Kvinke shishi rivojlanishi xavfi bor. Issiq vanna, alkogol ichimliklar iste'mol qilishni to'xtatish zarur.

Qavarchiqlarni davolashning asosiy tamoyillari:

- aniqlangan sababchi omillarni bartaraf etish;
- simptomatik terapiya;
- bazis terapiya va kuchayishning oldini olish;

Birinchi tamoyil taqiqlovchi tamoyilni o'z ichiga oladi:

1. Gipoallergen parhez va gistamino liberatorni taqiqlash yoki aniqlangan allergen mahsulotlarini taqiqlash.

2. Maishiy, chang, kasbiy, ovqatdan yoki doridan bo'lgan, insekt, zamburug'li allergiyalarda aniqlangan ekzoallergenlar bilan muloqotda bo'lishni cheklash yoki taqiqlash.

3. Fizikaviy qavarchiqlarda kasallikni kuchaytiruvchi ta'sirlarni kamaytirish.

4. Quyosh ta'siridagi qavarchiqlarda yorug'likdan himoyalovchi vositalardan foydalanish.

5. Bosimdan bo'lgan qavarchiqlarda og'ir yuklarni tashish, kamar taqish va tor poyabzal kiyishdan voz kechish.

6. Sovuqdan bo'lgan qavarchiqlarda muzqaymoq iste'mol qilmaslik va h.k. Aniqlangan parazitlar invaziya, surunkali tonzillit yoki tireoidit mos ravishda davolashni talab etadi (3,4).

Xastalik kuchayganda davolash

Xastalikning og'ir kechishi. Taqiqlovchi tadbirlarni o'tkazish birinchi avlod antigistamin dorilarini qo'llash: klemastin (tavegil) 0,1% 2 ml mushak yoki vena ichiga fiziologik eritmada yoki xloropiramin (suprastin) 2,5%li eritmasi - 5-7 kun. Samara bermasa, tizimli ta'sir ko'rsatuvchi glyukokortikosteroidlar - deksametazon 4-12 mg mushak ichiga, vena ichiga 2-3 kun yuboriladi. Ko'rsat-

malariga qarab – dezintoksikatsion terapiya: gemodez 200-400ml vena ichiga tomchilab, 3-4 kun. Shundan so'ng ikkinchi avlod antigistamin dori vositalari – **original setirizin (Zirtek)** 10mg sutkasiga 1marta yoki loratadin 10mg sutkasiga 1 marta. Qabul qilish muddati 1 oygacha. To'la hujayra membranasiga barqarorlashtiruvchi ta'sir ko'rsatadigan antigistamin dorilar qabul qilish mumkin: ketotifen – 0,001g sutkasiga 2 marta uch oygacha.

O'rtacha og'irlikda kechish. Birinchi avlod antigistamin vositalari – klemastin (tavegil) 0,1% – 2ml venaga yoki mushak ichiga fiz eritmada yuborish yoxud xloropiramin (suprastin) 2,5%li eritmasi – 2-3 kun. Samara bermasa, tizimli ta'sir ko'rsatuvchi giyukokortikosteroidlar – deksametazon 4-12mg mushakka yoki venaga, prednizolon 30-90mg mushakka yoki venaga 1-2 kun. Keyin ikkinchi avlod antigistamin vositalari – **original setirizin – (Zirtek)**, 10mg sutkasiga 1marta yoki loratadin 10 mg sutkasiga 1m. Qabul qilish davomiyligi – 1 oygacha. To'la hujayra membranasiga barqarorlashtiruvchi ta'sir ko'rsatadigan antigistamin vositalar – ketotifen – 0,001g sutkasiga 2 marta 3 oygacha.

Kasallikning yengil kechishi. Eliminatsiya tadbirlari (taomnomadan shubhali mahsulotlarni chiqarish). Glyukokortikosteroidlar qabul qilish talab etilmaydi. Ikkinchi avlod antigistamin vositalar – setirizin (Zirtek) 10mg sutkasiga 1 marta yoki loratadin 10mg sutkasiga 1 maxal qabul qilish davomiyligi 1 oygacha. Ketotifen 0,001g sutkasiga 2 mahal 3 oygacha.

Davolashning keyingi usullari xastalik belgilari pasaygan davrda sababchi allergenlarning namoyon bo'lishiga qarab belgilanadi.

Maxsus immunoterapiya allergiya kabinetida o'tkazilishi mumkin.

Surunkali idiopatik qavarchiqlarni davolash

Surunkali qavarchiqlarni bazis davolash antigistamin dori vositalari yordamida amalga oshiriladi. Ular profilaktik maqsadlarda qo'llanilsa, toshma kuchaygan vaqtda qo'llangandan ko'ra ko'proq foyda beradi. Bunda "eski" antigistamin dori vositalarini cheklash kerak, chunki ular uyquchanlik, og'iz qurishi, asab tizimining toliqishi kabi alkogol ta'siriga o'xshash noxush holatlarni keltirib chiqa-

radi. Buning ustiga ularni kuniga bir necha marta ichish kerak va bir necha kundan keyin dorini almashtirish kerak, bo'lmasa ta'siri yo'qoladi. Shunday ekan, ikkinchi avlod antigistamini afzal: original setirizin – Zirtek 10mg sutkasiga 1 marta yoki loratadin 10mg sutkasiga 1 marta. Shuningdek, ketotifen 0,001g.dan sutkasiga 2 marta 6 oy davomida qabul qilish kerak. Xastalikning og'ir shakli bilan og'rigan va simptomatik terapiyaga moyil bemorlarga uzoq muddat ta'sir ko'rsatuvchi glyukokortikosteroidlarni qisqa kursda tayinlash mumkin: deksametazon (diprospan)- 1 ml mushak orasiga. Ovqat hazm qiluvchi dori vositalari – kreon, festal, mezim – ko'rsatmalariga qarab buyuriladi.

Irsiy angionevrotik shishni davolash

Yangi yoki yaqinda muzlatilgan nativ plazma S_1 -inaktivator manbai sifatida 250-300ml.dan kam bo'lmagan dozada birdaniga yuboriladi. Yoki E-aminokapron kislota venaga tomchilab 5% eritmadan 100-200ml, so'ngra 100ml tomchilab har 4 soatda yoxud kuchayishi to'liq o'tib ketguncha 4 g. E-aminokapron kislota o'rni-ga traneksam kislota qo'llanishi mumkin: 1-1,5g kuniga 2-3 mahal ichish.

Yuz va bo'yindagi shishda 250-300ml nativ plazma yuboriladi, E-aminokapron kislota 5%li eritma 200-300ml, furosemid (laziks) 40-80mg, deksametazon 8-12mg. Halqumda shish rivojlansa 0,1% foizli adrenalिन eritmasi, 5%li efidrin gidroklorid eritmasi bilan in-galyatsiya qilinadi.

Halqum shishi kuchaysa bemorni shifoxonaga LOR bo'limiga yotqizish lozim, abdominal sindromining rivojlanishida jarroh maslahati talab etiladi.

Xastalikning oldini olish maqsadida va profilaktik davolashda bemorga denazol (danol, danoval) buyuriladi, boshlang'ich doza-si sutkasiga 600mg. Klinik remissiyaga erishilsa, sutkasiga 200mg doimiy ravishda ichib yuriladi, bunda har besh kunda, yana besh kunlik tanaffus bilan ham ichish mumkin. Stanozol kuniga 1-2mg dan shunday sxemada buyuriladi.

Zaiflashgan androgen xususiyatli bu dorilar xastalikning qo'zg'ash soni va og'irligini kamaytiradi. S_1 -ingibitor sintezini

rag'batlantirib, S_4 -darajasini ko'taradi. Klinik dozada qabul qilinda S_1 -ingibitor darajasi ko'tarilmaydi. Stanozolol va danazolni shunday kichik dozada uzoq vaqt qabul qilish xavfli emas.

Danazol va metiltestosteronni qo'llash mumkin bo'lmagan hollarda Ye-aminokapron kislota sutkasiga 4-12g per os yoki traneksam kislota 1-1,5g sutkasiga, qonning ivish tizimini nazorat qilib turish sharti bilan.

Agar jarrohlik amaliyotiga zarurat tug'ilsa, undan oldin 250-300 ml nativ plazma venaga tomchilatib, Ye-aminokapron kislota 5% eritmasi 200-300 ml, deksametazon 8-12 mg (prednizolon 90-120mg) yuboriladi.

S_1 -ingibitor yetishmovchiligi bilan xarakterlanadigan angionevrotik shishning orttirilgan turlarida dorilar kattaroq dozalarda tayinlanadi.

ATOPIK DERMATIT

Atopik dermatit – terining surunkali tez-tez qaytalanuvchi yalig'lanishi bo'lib, u intensiv qichishish, terining simpatergik reaksiyasi, tugunchali toshmalar toshishi, lexenifikatsiyasi hamda atopiyaning turli xil belgilari bilan ifodalanadi. Atopiya – ma'lum bir allergenlarga nisbatan sezuvchanlikning oshishi hisobiga allergik reaksiya bilan javob berishga irsiy moyillik hisoblanadi. Atopiya turli-tuman ko'rinishga ega va u atopik dermatit, pichan isitmasi, bronxial astma, atopik rinit, migren, gastroduadenit va ularning birga kelishi bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Adabiyotlarda atopik dermatit qichishish bilan kechuvchi allergik dermatitlar guruhiga kiradi.

Atopik dermatitning sinonimlari quyidagilar hisoblanadi: atopik ekzema, diffuz, neyrodermatit, Bene prurigosi, ekssudativ-kataral diatez, allergik diatez, bolalar ekzemas. Terminlarning bunday ko'pligi atopik dermatit har bir yoshda turli xil morfologik elementlar bilan namoyon bo'lishi bilan bog'liqdir.

Etiologiyasi va patoginezi. Kasallikning kelib chiqishida irsiy omillar (yaqin qarindoshlarida allergik holatlar yoki xastaliklarning – allergik rinit, bronxial astma, ekzema va boshqalar) bor-yo'qligi katta ahamiyatga ega.

Ko'krak yoshida ilk bolalik davrida me'da-ichak sistemasi xastalıkları (ovqat hazmining buzilishi, fermentopatiya, disbakterioz, vitaminlar va oqsil moddalarining yomon so'rilishi), shuningdek, yoshi kattaroq bolalarda esa psixoemotsional charchash, stress va boshqalar atopik dermatitga sabab bo'luvchi omillardir. Ba'zi olimlar atopik dermatit neyrodermitning bir ko'rinishi desalar, boshqalari esa har biri o'zicha mustaqil kasallik degan fikrdalar. Lekin bolalikda atopik dermatitni boshidan o'tkazganlarda, keyinchalik neyrodermatitga xos klinik ko'rinish namoyon bo'lganligi ko'pchilikka ma'lum.

Atopik dermatitli bemorlarning immun sistemasida o'zgarishlar kuzatiladi. Keratinotsitlar ta'sir etayotgan antigen (endo- va ekzo-) lar haqidagi ma'lumotlarni Langergans va semiz hujayralari orqali T-limfotsitlarga yetkazadilar. Natijada T-limfotsitlar interleykin (4,5,13) moddalarini sintez qiladi va spetsifik antitanalar (IgE) (yoki antitelolar) sintezini kuchaytiradi. Semiz hujayralarda intertekinlar ta'sirida biologik faol moddalar (gistamin, serotonin, kinin)larning sintezi kuchayadi.

Atopik dermatit bilan og'rigan bemorlarning 70-80%ida IgE ning miqdori oshgan bo'ladi.

Izlanishlar shuni ko'rsatdiki, anomal JgE miqdorining oshishi irsiy genlar tomonidan nazorat qilinadi.

Atopik dermatitli bemorlar qarindoshlarining 28% nafas yo'llarining atopiyasi bilan og'riydi. Agar ota-onaning ikkisi ham atopik dermatit bilan og'risa, u holda ularning bolalarini 81%ida ayni ushbu kasallik rivojlanadi. Agar ota-onaning birida atopik dermatit bo'lsa, u holda ushbu kasallik 56%da kuzatiladi.

Klinikasi. Atopik dermatitning quyidagi klinik morfologik shakllari tafovut qilinadi: ekssudativ, eritematoz-skvamoz, lixenifikatsiya bilan kechuvchi eritematoz-skvamoz, lixenoidli va pruriginoz. Atopik dermatitni bunday shakllarga bo'lish amaliyotda ishlayotgan shifokorlar uchun qulaydir.

Ekssudativ shakl. Asosan ko'krak yoshidagi bolalarda uchraydi. Kasallik ekssudativ ravishda kechadi va giperemiya, shish, mayda papula, mikrovezikula, ho'llanish, po'stloqlar hosil bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Patologik o'choqlar yuzda, quloq orasida, bo'yin-

da joylashadi va aksariyat gavdaning boshqa qismlariga tarqaladi. Jarayon ko'pincha ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanadi.

Eritematoz-skvamoz shakli erta bolalik davrida uchraydi. Dermatoz eritema, tuguncha, pufakcha, tangacha, po'stloq va ekskoriatsiya bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarni kuchli qichishish bezovta qiladi. Patologik jarayon asosan yuz va bo'yinning yon, qo'l va oyoqlarning bukuvchi sohalorida joylashadi va ko'pincha ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanadi.

Lexinifikatsiya bilan kechuvchi eritematoz-skvamoz shakli bolalik davrida namoyon bo'ladi va bunda eritematoz-skvamoz fonda kuchli qichiydigan lixeniodli papulalar toshadi. Patologik o'choqlardagi turi quruq bo'ladi, ularning ustida mayda tangacha va gemorragik po'stloqlar kuzatiladi. Qichishish oqibatida ekskoriatsiyalar hosil bo'ladi, ikkilamchi infeksiya qo'shiladi.

Lixenoidli shakl o'spirinlik davrda rivojlanadi va bu shaklga aniq rivojlangan lixenifikatsiya, lixenoidli sirti yaltiroq papulalarning bo'lishi xosdir. Kuchli qichishish natijasida toshmalarning yuzida gemorrogik po'stloq va ekskoriatsiyalar kuzatiladi.

Pruriginoz shaklda (Gebre prurigosi) kattaligi no'xatdek keladigan pruriginoz papulalarni oyoq-qo'llarda, bel, dumg'aza sohalorida joylashishi xarakterli.

Atopik dermatitni diagnostika qilishda obektiv va qo'shimcha mezonlarga asoslanadi. Obektiv mezonlarga terining qichishi, teri toshmalarining morfologiyasi va joylashishi; kasallikning surunkali ritsidiv kechishi; bemor anamnezida atopik holatlarning bo'lishi yoki atopiyaga irsiy moyillik kiradi.

Qo'shimcha mezonlar quyidagilardir: terining quruqligi (kseroz), kaftning ixtiozi, allergenlar bilan sinama o'tkazganda terining zudlik bilan reaksiya javobi, patologik jarayonni kaft va oyoqda joylashishi, xeylit, ko'krak bezi so'rg'ichlari ekzemas, terining infeksiyalarga nisbatan sezuvchanligining oshishi, kasallikning erta bolalik davridan boshlanishi, eritrodermiya, konyuktivitning tez-tez qaytalanishi, Dane-Morgan buyumlari (suborbital burmalar), keratokonus, oldingi subkapsulyar katarakta, quloq suprasi orqasidagi terida tirqichlarning bo'lishi, qon zardobida IgE lar miqdorining yuqori bo'lishi.

Atopik dermatit diagnozini qo'yish uchun uch va undan ortiq obyektiv hamda uch va undan ortiq qo'shimcha mezonlar (belgilari)ning bo'lishi kifoya qiladi.

Atopik dermatit ikkilamchi infeksiya, xronik qaytalanuvchi furunkulyoz, Kaposhining gerpetiform ekzemasini (asosan yosh bolalarda) katarakta (asosan o'smirlik davrida) bilan asoratlanishi mumkin.

Zamburug'larga oid allergiya

Zamburug'lar ta'siridan kelib chiqadigan kasalliklar kishilar orasida keng tarqalgan bo'lib, azaldan ma'lum. Turli a'zolarning zamburug'larga oid yallig'lanishi – mikozlar yaqinlashgan favqulodda holat deb baholanib, asosan issiq iqlimli mamlakatlarda kuzatilar edi. So'nggi o'n yillarda esa to'qimalarning zamburug'lar bilan zararlanishi har qanday iqlim sharoitiga ega bo'lgan mamlakatlarda ham qayd etilmog'qda. Buni zamburuqqa oid zararlanish holatlari diagnoz usullarining takomillashganligi bilan bog'lash mumkin. Mikozlar bilan kasallanish ko'rsatkichining o'sishi qayd etilyapti. Butun dunyo sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga qaraganda, so'nggi 15 yil ichida Amerika Qo'shma Shtatlarida turli zamburug'li kasalliklardan kelib chiqadigan o'lim holati 10 martaga ortdi.

Mikozlar bilan kasallanishga zamonaviy bakteriyalarga qarshi preparatlarni, birinchi navbatda antibiotiklarni uzoq vaqt davomida qo'llash sabab bo'ladi. Ular bakteriyalarning patogen va saprofit florasining ham kamayishiga olib keladi. Mikozlar bilan kasallanishning ko'payishi kortikosteroidlar, sitostatiklar, nur bilan davolash usullarini qo'llashga ham bog'liq bo'ladi. Bularning hammasi organizmning tabiiy chidamliligini pasaytiradi. Bu esa patogen zamburug'larning to'qimalarga kirishini va ko'payishini osonlashtiradi. Shuning uchun ham zamburug'lar keltirib chiqaradigan turli ko'rinishdagi, turli a'zolardagi kasalliklar ko'p soha mutaxassislari diqqat markazidagi kasalliklardan hisoblanadi.

Zamburug'lar bilan zararlanish ko'pincha o'tkir jarayonlarning surunkali ko'rinishga o'tib ketishiga, tez-tez qaytalanishiga va ko'p kasalliklarning og'irroq kechishiga sabab bo'ladi. Bu masala jahon adabiyotlarida yaxshi yoritilmaganligi zamburug'li infeksiyalarning

qator kasalliklarni keltirib chiqarishidagi o'rnini yetarlicha baholamaslikka olib kelad. Bu esa patologik jarayonning o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida noto'g'ri tasavvurga ega bo'lishga va davolash ishlarini noto'g'ri olib borishga sabab bo'ldi. Zamburug'larga oid kasalliklarning diagnozi va davosi o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lib, bu patologik jarayon joylashgan a'zodan tekshirish uchun material olishning o'ziga xosligi va maxsus davolash usullarining kerakligi bilan bog'liq. Zamburug'lar xlorofillsiz, bir hujayrali o'simliklarning katta guruhini tashkil etadi. Zamburug'larning 10000dan ko'p turi ma'lum, ular 3000ga yaqin oilani tashkil qiladi. Zamburug'larning yarimidan ko'p turi saprofit holda yashaydi, ozroq qismi esa o'simlik va hayvonlar organizmlarida ular hisobiga yashaydilar. Hozirgi paytda inson uchun patogen kasallik qo'zg'atuvchi hisoblangan zamburug'larning 500ga yaqin turi ma'lum. Ularga ko'p hujayrali va bir hujayrali mikroorganizmlar kiradi. Kasallik qo'zg'atuvchi zamburug'larning hujayralari har xil shakl va o'lchamlarga ega. Ular bir necha mikrondan (achitqilar) to o'n va yuz mikrongacha bo'ladi.

Zamburug'lar – bu juda mayda organizmlar bo'lib, ular uzun ipsimon ko'rinishga ega bo'ladi. Ular tashqi muhitda ham, organizm ichida ham yashash qobiliyatiga ega. Zamburug'lar spora yoki mitseliylar ko'rinishida havo tarkibida bo'ladi. Ko'pchilik mutaxassislarning fikricha, zamburug'larning sporalari ayniqsa kuchli allergenlar hisoblanadi.

Zamburug'lar yana zaharli moddalar ishlab chiqarishi ham mumkin. Zamburug'larning juda ko'p turlari zaharli moddalarni ishlab chiqishi mumkin. Alternariya turining allergenlik va zaharlilik xususiyati ayniqsa ko'proq. Ular ko'pincha o'simliklardan oziqlanadilar, o'zlaridan zaharli moddalarni ajratib chiqaradilar. Zamburug'lar AQShda bronxial astmaning eng asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Zamburug'larning aspergillus turi ham nihoyatda kuchli allergen bo'lib, +12°Cdan +56°Cgacha bo'lgan haroratda bemalol o'sadi, o'zidan qator zaharli moddalarni ajratib chiqaradi. 186 ta bemor tekshirib ko'rilganda ularning 21 foizida kandidoz, 25 foizida kandidoz tashuvchilik aniqlangan, mog'or zamburug'lari 10 foiz bemorlarda aniqlangan.

Zamburug'lar ta'sirida kelib chiqadigan allergik reaksiyalar **ko'proq sporalar orqali yuzaga keladi**. Yengil sporalar shamolda uchuvchan bo'ladi va u nafas yo'llariga osonlik bilan tushishi mumkin. Respublikamizda zamburug'larning kladosporium, alternariya, aspergillus, mukor, penitsillium kabi turlari keng tarqalgan. Yilning turli fasllarida uchraydigan zamburug'larni bir-biridan ajratish qiyin. Havo harorati +25°C bo'lgan hollarda zamburug'lar eng ko'p miqdorda bo'ladi. Zamburug'larning xonalarda ko'payishiga chang, zax va tig'izlik (ya'ni ko'pchilik kishilarning bir xonada yashashi) yordam beradi. Jundan to'qilgan gilamlar, hayvon junlari ko'p miqdorda zamburug'larni o'zida saqlaydi. Zamburug'lar insonni o'rab turadigan muhitda doimo bo'ladi. Odam organizmida kasallik paydo bo'lishida ko'proq achitqilar oilasiga mansub bo'lgan kandida va mog'or zamburug'lariga kiruvchi penitsillium va aspergillus turlari sabab bo'ladi. Ular shahar havosida va yashaydigan xonadonlarda keng tarqalgan. Zamburug'lar uy changi, meva va sabzavotlardan ko'p miqdorda ajralib chiqishi mumkin. Atrof-muhitdagi zamburug'larning miqdori iqlim o'zgarishiga bog'liq bo'ladi (asosan bahor va kuz oylarida, nam ob-havo sharoitida). Zamburug'larning Klodosporium turi barcha mamlakatlarda uchraydi. Shu bilan bir vaqtda ularning tarqalishida muayyan iqlim sharoitiga bog'liqlik ham kuzatiladi. Meksikada aspergillus turi ko'proq uchrasa, Polshada penitsillium turi ustunlik qiladi. Zamburug' sporalari ayniqsa yomg'irdan oldin juda ko'p bo'ladi.

Toshkentda va Vilnyusda aspergillus ko'proq kuzatiladi, Olmaotada esa alternariya turi nisbatan ko'p qayd etildi. Bundan tashqari, mavsumga bog'liqlik ham kuzatildi, ya'ni bahorda ko'proq aspergillus, kuzda esa kladosporium va alternariya turlari ko'proq uchraydi. Achitqi zamburug'lari dekabr oyida ko'proq aniqlanadi.

Zamburug'larni uzoq vaqt davomida teri va shilliq qavatlarda bo'lishi ayrim kishilarda organizmning sensibilizatsiyalanishiga va allergik kasalliklar yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Nafas yo'llari va ichakning shilliq qavatlari, noqulay sharoitda va immunitet pasayganda, zamburug'larning organizmga kirishi uchun qulay yo'l bo'lishi mumkin. Teri va shilliq qavatlarning shikastlanishi nafaqat zamburug'lar bilan zararlanish tufayli yallig'lanish rivojlanishini, balki

sensibilizatsiyani ham keltirib chiqarishi mumkin. Bu ikki kasallik juda kam hollarda alohida-alohida kechishi mumkin.

Ko'pchilik mutaxassislarining mulohazalariga ko'ra, nafas yo'llarining shilliq qavatlarida ko'proq allergik yallig'lanish yuzaga keladi. Zamburug'larga nisbatan sensibilizatsiya ko'proq kishilar yashamaydigan joylarda (yerto'lalarda, omborlarda) rivojlanadi. U zamburug'larga oid infeksiyaga qaraganda ancha ko'p tarqalgan. Zamburug'larning ayrim turlari inson nafas yo'llari shilliq qavatiga tug'ilgandan keyinroq joylashib olgan bo'ladi (kandida) va u saprofit holda qoladi. Ba'zi hollarda, masalan, biror kasallik tufayli bemorni uzoq vaqt davomida kortikosteroidlar, antibiotiklar bilan davolash paytida ular patogen, ya'ni kasallik qo'zg'atish xususiyatiga ega bo'lib qoladi. Chunki bu dori moddalari immunitetni va organizmning reaktivligi pasayishiga ko'maklashadi. Nafas yo'llarining surunkali kasalliklarida bu zamburug'lar burun shilliqalaridan va balg'amlardan topilishi mumkin. Nafas yo'llarida allergik kasalliklari bo'lgan bemorlarda 15 foiz hollarda zamburug'lar aniqlangan. Muayyan zamburug' turiga sensibilizatsiya bilan shu tur zamburug'larining shilliq qavatdan topilishi orasida o'zaro bog'liqlik kuzatilgan.

Turli zamburug'lar organizmga tushganda keyinchalik ko'paymay va yallig'lanishni yuzaga keltirmay faqat sensibilizatsiyaga sabab bo'lishi isbotlangan. Kishilarda zamburug'larning har xil turlariga nisbatan yuqori sezuvchanlik 7 foizdan 22 foizgacha uchraydi. Sensibilizatsiya ko'proq zamburug'lar nafas yo'llariga tushgan hollarda yuz beradi. Zamburug' sporalari juda ham yuqori bo'lmagan sensibilizatsiyalash xususiyatiga ega bo'lib, allergik reaksiyalarning tez so'dir bo'ladigan va asta-sekin rivojlanadigan turlari ko'rinishida ham bo'lishi mumkin. Terida o'tkazilgan sinamalar bo'yicha ham, immunologik tekshirishlar bergan ma'lumotlar bo'yicha ham qon zardobida aylanib yuruvchi zamburug'li allergenga nisbatan antitelolar va hujayra reaksiyasi aniqlanganda, allergik reaksiya sekin-asta yuzaga keluvchi reaksiyalar tipiga mansubligi aniqlandi. Aksariyat hollarda bemorlarda aralash turdagi reaksiyalar, ya'ni tez va sekin-asta rivojlanadigan reaksiyalar qayd etilgan.

Zamburug'larga oid allergik kasalliklarning diagnostikasi quyidagi bosqichlardan iborat (3-chizma).

Hozirgi paytda Chexiyaning "Sevak" korxonasi zamburug'larga oid allergenlarning 35 xil turini ishlab chiqarmoqda, ular asosan diagnozlash va davo maqsadlarida ishlatilmoqda.

Zamburug'lar keltirib chiqaradigan allergik rinit. U yuqori nafas yo'llarining ancha og'ir kasalliklaridan biri hisoblanadi. Surunkali allergik rinit bilan kasallangan bemorlarning 12 foizida zamburug'lar sababchi omil sifatida aniqlangan. Allergologik anamnez o'rganilganda zamburug'larga oid allergik rinit bilan kasallangan bemorlarda mavsumga bog'liqlik (bahor va kuzda ko'proq), oziq-ovqat mahsulotlariga nisbatan allergiyaning birga yondosh kelishi (oziq-ovqat allergiyasi), yashash joylarida zax va mog'or zamburug'larining bo'lishi xos belgilardan ekanligi kuzatildi. Bemorlar nomaxsus ta'sirlovchilarga (sovuq, tutun, bo'yoqlar) juda sezgir bo'ladilar.

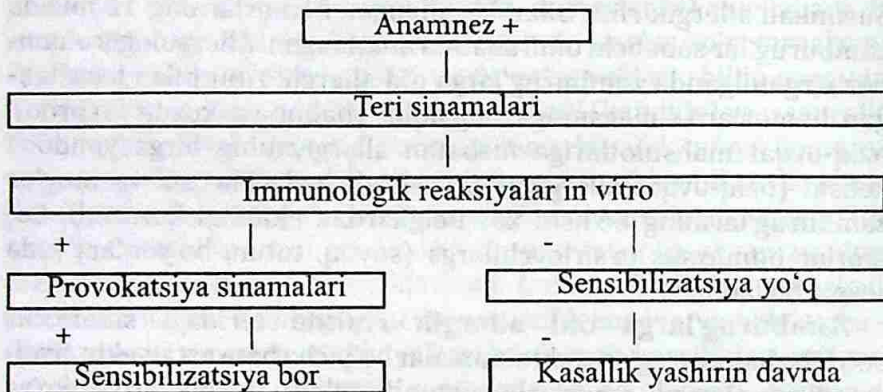
Zamburug'larga oid allergik rinitda teridagi sinamalar bo'yicha ham, qo'zg'atuvchi sinamalar bo'yicha ham asta-sekin rivojlanadigan allergik reaksiyalar ustunlik qiladi. Boshqalardan ko'ra ko'proq mog'or zamburug'lariga nisbatan sensibilizatsiya aniqlandi. Kasallik xurujining mavsumga bog'liq ekanligiga qaramay, kasallik yengillashgan, tinch davrida ham bemorda shikoyatlar saqlanib qoladi (garchi ularning uchrash tezligi va darajasi pasaysa ham). Shikoyatlar burunda kuchli qichishishi, bitish va ko'p miqdorda rangsiz shilliq ajralib chiqishi bilan tavsiflanadi. Patologik jarayon yuqori jag' bo'shlig'iga ham tarqaladi, 50 foiz bemorlarda gaymorit rivojlanadi. Burun shilliq qavati qizargan, shishgan bo'ladi, quyuq shilliq ajralib chiqadi. 80 foiz hollarda burun bo'shlig'idan turli zamburug'lar topiladi. Burun bo'shlig'i funksiyalari tekshirilganda shilliq ajratish, nafas olish va nafas chiqarish funksiyalari buzilganligi aniqlanadi.

Zamburug'lar ko'pincha **bronxial astmani** keltirib chiqaradi. Zamburug'larga oid bronxial astmada mog'or zamburug'lariga mansub bo'lgan aspergillus, alternariya, kladosporium, penitsillium sababchi omil hisoblanadi. Zamburug'lar ta'sirida yuzaga keladigan bronxial astmada kasallikning davomliligi, odatda 5 yildan ortiq bo'lmaydi. Zamburug' allergenlari bilan terida sinamalar o'tkazilganda tez sodir bo'ladigan hamda sekin sodir bo'ladigan al-

lergik reaksiyalar yuzaga keladi. Bronxial astma bilan kasallangan bolalarda ko'proq rizopus va alternariya allergenlariga nisbatan sensibilizatsiya aniqlanadi.

3-chizma

Zamburug'li allergik kasalliklar diagnozi



+ Musbat belgilari

- Manfiy belgilari

Zamburug'lar bilan o'tkazilgan teridagi sinamalar 70 foiz, provokatsiya sinamalari esa 60 foiz musbat natijalarni beradi. Ular orasida o'zaro bog'liqlik kuzatilgan. Ba'zi immunologik sinamalarning samaraliligi va ko'p ma'lumot bera olishi (bazofillar degranulyatsiyasi) zamburug'li allergiyaga xos xususiyat hisoblanadi. Aksariyat hollarda zamburug'larga nisbatan sensibilizatsiya bakteriyalarga nisbatan sensibilizatsiya bilan birga qo'shilib keladi. Bolalarda tez sodir bo'ladigan allergik reaksiyalar ko'proq kuzatildi.

Zamburug'larga oid bronxial astma uchun kasallikning biridaniga boshlanishi – bu zax binolardagi nam havo bilan hamda ba'zi bir oziq-ovqat mahsulotlarini (pishloq, qatiq, pivo zamburug'lari, shampan vinosi) iste'mol qilish bilan bog'liq. Zaharlanish holatlarida (intoksikatsiya), harorat ko'tarilmaydi. Xuruj davri 5-7 kun davom etadi, sababchi omillar bartaraf etilib, gistamininga qarshi preparatlar belgilangandan keyin sog'ayib ketadi. Mog'or zamburug'lariga oid bronxial astma ikki xil shaklda rivojlanishi mumkin:

1. O'pkada zamburug'ning infeksiya o'chog'i aniqlanmagan hollarda atopik turi bo'yicha kechadi. Bunda tez sodir bo'ladigan reaksiya tiplari ustunroq bo'ladi. Qonda leykotsitlarning kamayishi, eozinofillarning ko'payishi kuzatiladi, T-limfotsitlar miqdori pasayadi, tabiiy va maxsus allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan killer hujayralar miqdori hamda gemaglyutinatsiya va bazofillar degranulyatsiyasi reaksiyalarida aniqlanadigan antitelolar miqdori ham ortadi. Xurujlar mavsumga bog'liq holda yuzaga keladi va havoda zamburug'lar miqdorining eng ko'p davriga muvofiq ravishda kuzatiladi. Zamburug'larning aspergillus turiga sensibilizatsiya bo'lganda astma xurujlari ko'proq bahorda, alternariya turida - yozda, kladosporium turida - kuzda bo'ladi.

2. O'pkada zamburug'li infeksiya o'chog'i topilgan bronxial astmada bu kasallik shakli infeksiyon allergik kasallik ko'rinishida yuzaga chiqadi. Bunda ko'pincha aseptik yallig'lanishni amalga oshiruvchi autoimmun reaksiyalar kuzatiladi. Teridagi sinamlar ko'proq sekin-asta sodir bo'ladigan tipda bo'ladi. V-limfotsitlar miqdori, zamburug'li antitelolar miqdori ortadi. Leykotsitlar harakatining tormozlanish reaksiyalari kuchayadi, qonda limfotsitlar ko'payishi, EChT (SOE) oshishi aniqlanadi.

Zamburug'larga oid allergik kasalliklarni davolash usullari ikki katta guruhga bo'linadi: nomaxsus davolash usullari va immunoterapiya. Davolashning nomaxsus usullari qisqa muddat davomida ijobiy samara beradi. Kortikosteroidlar, asosan mahalliy ishlatiladi (malhamlar, tomchi, ingalyatsiya, kukunlar ko'rinishida) va qisqa vaqt davomida qo'llaniladi, gistaminga qarshi moddalar ham belgilanadi. So'nggi yillarda zamburug'larga qarshi taklif etilgan «Vilozen» immunomodulyatori ayniqsa kasallikning xuruj davrida yuqori samara berdi. Nafas yo'llarining allergik kasalliklarini davolashda yod preparatlari, sulfanilamidlar, Kastella suyuqligi, nistatin, levorin, mikoseptin, amfoteritsin - V, dekamin, xinozol, flavofungin, grizemin, ankotil, nizoral va natriy tetroborotning glitserindagi eritmalaridan muvaffaqiyatli foydalanilmoqda. Nafas yo'llarining zamburug'lar bilan zararlanishida dorilar bilan davolash nihoyatda samarali ta'sir ko'rsatadi. Biroq dori moddalari infeksiyali jarayonni yo'q qilishi bilan birga, ba'zan sensibilizatsiyaga

olib keladi. Burun shilliq qavatiga zamburug'lar yana qayta tushganda kasallik qo'zishi yuzaga kelishi mumkin.

Bugungi kunga kelib, allergenlar bilan emlash eng samarali usul bo'lib qolmoqda. Maxsus terapiya avval terining zamburug'li kasalliklarida qo'llanilgan. Dermatologlarning kuzatishlariga qaraganda, teridagi yallig'lanishning klinik manzarasida sog'ayish, yaxshilanish bo'lishi bilan birga yondosh keluvchi allergik rinit va bronxial astma belgilarining ham yo'q bo'lishi aniqlangan. Zamburug'li allergenlar bilan vaktsinatsiya o'tkazish masalasi hozirgi paytgacha tibbiy matbuotda muhokama qilinyapti. Ba'zi mualliflar vaktsinatsiyaning zamburug'li kasalliklarini davolashdagi samaradorlikni ta'kidlasalar, boshqalari bu usul orqali ijobiy natijalarga erisha olmaganliklari haqida yozadilar.

Zamburug'larga oid allergik kasalliklarni maxsus davolash uchun allergenlar, odatda teri ostiga yoki teri ichiga kiritiladi. Vaktsina bilan davolashning bu usulini keng ravishda qo'llash uchun kasallikning xuruji va asoratlanishi monelik ko'rsatishi mumkin. Immuno-terapiyadagi yangi yo'nalish – bu zamburug'li allergenlarni aerozol yo'li bilan mahalliy qo'llash hisoblanadi. Kasallikning yengillashgan, tinch davrida aerozol holdagi maxsus allergenlarni «shokli» a'zoga (burunga, bronxlarga) mahalliy qo'llash eng samarali usul bo'lib qolmoqda. Allergik rinitda 65 foiz bemorlarda yaxshi va a'lo natijalar olingan.

EKZOGEN ALLERGIK ALVEOLIT

Ekzogen allergik alveolit alohida kasallik sifatida birinchi marta «fermerlar o'pkasi» ko'rinishida uzoq vaqt davomida pichan, zig'ir-poya, don mahsulotlari bilan yaqin aloqada bo'luvchi qishloq xo'jalik xodimlarida aniqlangan. Bu allergenlarning aerozollari kichik o'lchamlarga ega bo'lib, o'pkaning pastki qismlarigacha yetib boradi va u erda uzoq vaqt mobaynida saqlanib qolishi natijasida immun organlarining javob reaksiyalarini keltirib chiqaradi. Keyinchalik esa ekzogen allergik alveolitlarni keltirib chiqaruvchi allergenlarga turli parrandalarning (kaptar, tovuq, o'rdak) oqsil zardoblari ham kirishi mumkinligi aniqlangan. Shuning uchun ekzogen allergik al-

veolit yana parrandachilar kasalligi deb ham yuritiladi. Bu kasallik ko'pincha parrandachilik fabrikalari ishchilarida aniqlanadi.

Ekzogen allergik alveolitni keltirib chiqaruvchi omillar turli-tuman. Ular: mog'orlagan pichan va yem-xashak, ifloslangan un, parranda patlari va ularning hayot faoliyati mahsulotlari, baliq uni, hayvonlar juni, daraxt qirindilari, mog'orlangan yem-xashaklar, pishloqning mog'or zaburug'lari bo'lishi mumkin. Bu kasallikni ko'pincha haroratga chidamli aktinomitsitlar, zamburug'lar, bir hujayrali sodda jonivorlar hamda biologik faol bo'lgan o'simlik va hayvon mahsulotlari keltirib chiqarishi mumkin. Hatto kichik molekuli birikmalar (toluol, og'ir metallar, dorilar) ekzogen allergik alveolitga sabab bo'lishi mumkin. Shunday qilib, ekzogen allergik alveolitni polietiologik kasalliklarga kiritish mumkin.

Bemor qonida gumoral hamda hujayra ishtirokida yuzaga keladigan allergik reaksiyalar kuzatiladi. Allergik reaksiyalar ko'proq III tip bo'yicha – Artus belgisi ko'rinishida rivojlanadi. Teridagi reaksiyalar 2-12 soat ichida yuzaga keladi. IV tip bo'yicha rivojlanadigan reaksiyalar ham qayd etilgan. Kichik va katta immun birikmalar paydo bo'ladi. Katta immun birikmalar oq qon tanachalari tomonidan yutiladi (hazm qilinadi) va tomirlar devorining ichki qatlam hujayralarida yemiriladi. Kichik immun birikmalar saqlanishni, o'sishni davom ettira borib, kasallikni keltirib chiqaradi. Qonda immunoglobulinlarning A va M sinflari mavjudligi bu fakti tasdiqlaydi. Bundan tashqari, qonda Ye immunoglobulinni ham aniqlash mumkin. Bu I tip allergik reaksiyalarining ham rivojlanish ehtimoli borligidan dalolat beradi. Shunday qilib, ekzogen allergik alveolit polipatogenetik, ya'ni bir qator rivojlanish mexanizmlariga ega bo'lgan kasallik bo'lib, u organik changlar uzoq vaqt davomida nafas yo'llari orqali ta'sir qilishi oqibatida yuzaga keladigan o'pka to'qimasining tarqoq (diffuz) yallig'lanishi ko'rinishidagi allergik reaksiyani ko'rsatuvchi bir guruh kasalliklarni o'z ichiga oladi.

Ekzogen allergik alveolitning klinik kechishi bo'yicha har xil turlari mavjud. U atmosfera havosining ayrim mikroblar bilan mavsumiy ifloslanishiga ham bog'liq bo'lishi mumkin. Bunda nekrozli va gemorragik alveolitlar kuzatiladi. Ekzogen allergik alveolit kat-

talar orasida ham, bolalar orasida ham keng tarqalgan. U ko'pincha yomon oqibatlarga, hatto o'lim hollariga olib kelishi mumkin.

Kasallikning klinik manzarasi birdaniga yuzaga keladigan bo'g'itish xurujlari, yo'tal va haroratning ko'tarilishi bilan tavsiflanadi. Bundan tashqari, isitma, bo'g'imlarda va mushaklarda og'riq, umumiy ahvolining og'irlashishi aniqlanadi. Ekzogen allergik alveolit antigen organizmga qayta tushganda klinik belgilar yana kuzatiladi. Bunda o'pkaning mahalliy reaksiyasi va organizmning umumiy reaksiyasi bir xilda qayd etiladi. Patologik jarayon o'pkaning periferik (alveolar, interstitsial o'pka to'qimasi) qismlariga ham tarqalgan. Tashqi nafas funksiyasining buzilishi obstruktiv tipda bo'lishi mumkin, ya'ni o'pkaning tiriklik sig'imi va o'pkaning eng katta havo almashinuvi ko'rsatkichi ancha pasayadi. Ekzogen allergik alveolitning klinik ko'rinishi organik chang bilan qanchalik ko'p va uzoq vaqt davomida aloqada bo'lish bilan bog'liq. Ko'pincha alveolyar to'siqlarning limfotsitlar infiltratsiyasi bilan ko'rinuvchi interstitsial pnevmoniya kuzatiladi. Klinik belgilar, odatda chang bilan aloqada bo'lgandan 4-10 soat o'tgach rivojlanadi. Isitmaning ko'tarilishi, tutib turuvchi quruq yo'tal, hansirash, holsizlik, ko'p terlash, bosh og'rihi, mushaklarda va bo'g'imlarda og'riqlar kuzatiladi. Bemorni ko'rikdan o'tkazgan paytda: lab shilliq qavatlarining ko'karganligi, taxipnoe (tez-tez yuza nafas olish), taxikardiya (yurakning tez urishi) aniqlanadi. Auskultatsiyada ko'pincha o'pkaning pastki qismlarida quruq va nam mayda pufakchali xirillashlar eshitiladi. Allergen bilan aloqada bo'lishning to'xtatilishi bilan kasallik belgilari sekin-asta kamayib boradi.

Uzoq vaqt davomida uncha ko'p bo'lmagan miqdordagi chang bilan aloqada bo'lganda kasallikning surunkali kechadigan shakllari yuzaga keladi. Boshlanishida, dastlab ozgina miqdorda ajraluvchi shilimshiq balg'am bilan quruq yo'tal, hansirab qolish, tez charchash, ishtahasizlik va tana vaznining kamayishi kuzatiladi. O'pkayurak yetishmovchiligini yuzaga keltirishga sabab bo'luvchi o'pka to'qimalarining zichlashishi (fibroz) rivojlanadi. Tinch turgan holatda ham hansirash, doimiy yo'tal paydo bo'ladi.

Ekzogen allergik alveolit diagnostikasi bir necha bosqichdan iborat. Anamnez yig'ganda kasallikni allergen omillar bilan aloqada bo'lishga va allergenning istisno qilinishiga bog'liqligini aniqlab olish

zarur. Rentgenogrammada kasallikning o'tkir kechishida o'pka suratining kuchayishi, ko'proq o'pkaning pastki qismlarida tarqoq o'choqli, ba'zan qo'shilib ketuvchi soyalar aniqlanadi, o'pka to'qimasining ravshanligi, tiniqligi pasayadi. Bu o'zgarishlar beqaror bo'lib, turg'un saqlanib qolmaydi va tez orada yo'q bo'lib ketishi mumkin.

Ekzogen allergik alveolitning surunkali shakllarida esa **rentgenologik tekshirishda** o'pka fibroziga xos manzara qayd etiladi. O'pka ildizidan chiqib, tarqaluvchi tugunchali, g'alvirsimon zichlashishlar ko'rinadi. Kechikkan bosqichlarida o'pka cho'qqisi o'lchamlarining kichrayishi kuzatiladi. O'pkaning tashqi nafas funksiyasi tekshirilganda kasallikning o'tkir davrida bronxit rivojlanishi natijasida yuzaga keluvchi obstruktiv tipdagi buzilishlarni aniqlash mumkin. Unchalik katta bo'lmagan arterial gipoksemiya aniqlanadi. Qonda kislorod miqdorining kamayganligi aniqlanadi. Kasallikning yarim o'tkir kechishida esa restriktiv tipdagi buzilishlar, ya'ni o'pka kengayishining chegaralanishi ham qo'shiladi. Qon tarkibidagi gazlarning taqsimlanishi buziladi. O'pkadagi yarim o'tkir shaklidagi o'zgarishlar allergen bilan aloqa to'xtatilgandan keyin ham saqlanib qoladi.

Surunkali bosqichlarida o'pka ventilyatsiyasining restriktiv tipdagi buzilishlari ko'proq kuzatiladi, o'pkaning tiriklik sig'imi va o'pkaning eng katta havo almashinuvi ko'rsatkichi ancha pasayadi. Allergenlar bartaraf etilgandan keyin ham bu o'zgarishlar me'yorlashmaydi. O'tkir bosqichida leykotsitlar formulasining chapga siljishi qayd etiladi.

Maxsus diagnozlashda III-IV tipdagi reaksiyalar kuzatiladi. Terida sinamalar o'tkazishda, korxonalarda tayyorlangan allergenlar bo'lmagan taqdirda, faolsizlantiradigan va zararsizlantiradigan parranda zardobidan foydalaniladi. Ko'proq kechki, sekin-asta rivojlanadigan allergik reaksiyalar 2-4 soatdan keyin kuzatilgan. Bundan tashqari, allergenlar bilan qo'zg'atuvchi sinamalarni ham o'tkazish mumkin. Kasallikning yengillashgan, tinch davrida bemorni qisqa vaqt davomida ishlab chiqarish sharoitida bo'lib, qaytishi ham qo'zg'atuvchi sinamalarga o'xshash ta'sir ko'rsata oladi. Radioimmun va fermentlarni bog'lab oluvchi immunologik sinamalar

ham qo'llaniladi. Hujayraviy sensibilizatsiyani aniqlash maqsadida leykotsitlar ko'chishi harakatining tormozlanish reaksiyasi, maxsus allergenlar bilan limfotsitlar blasttransformatsiyasi reaksiyalari-dan ham foydalaniladi.

Ekzogen allergik alveolitni gripp, o'tkir bronxit, miliar (tariqsi-mon) sil, bronxial astma, idiopatik fibrozli alveolit, o'pka sarkoidozi kabi nafas yo'llari kasalliklaridan farqlay olish lozim bo'ladi. Ekzo-gen allergik alveolitga yaqin bo'lgan paxta, kanop (zig'ir) allergen-lari bilan bog'liq ravishda yuzaga keladigan bissenozga ham qisqa-cha ta'rif berib o'tish lozim. Bissenoz paxta bilan ishlagandan so'ng oradan 4-5 yil o'tgach, kuzatiladi. O'pkada ko'p tamaki chekuvchi-lar bronxitida kuzatiladiganidagi kabi tog'aysimon, silliq mushak-li va bezsimon to'qimalar miqdori ko'payadi. 87 foiz bemorlarda bronxoobstruksiya tipi bo'yicha tashqi nafas faoliyatining o'zgari-shi kuzatiladi.

Ekzogen allergik alveolitni davolash chora-tadbirlari bir necha yo'nalishda olib boriladi. Bemor zararli chang bilan aloqa-da bo'lmasligi uchun allergenlar bartaraf etiladi. Bemor, albatta boshqa ishga o'tkazilishi shart. Dori moddalaridan kortikosteroid-lar qo'llaniladi. Qonda kislorod miqdori kamayib ketganda kislorod bilan davolash muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, simptomatik, ya'ni kasallikning asosiy belgilarini yo'qotishga qaratilgan davolash ishlari o'tkaziladi. Uzoq vaqt davomida sanatoriya-kurort sharoiti-da davolanish tavsiya etiladi.

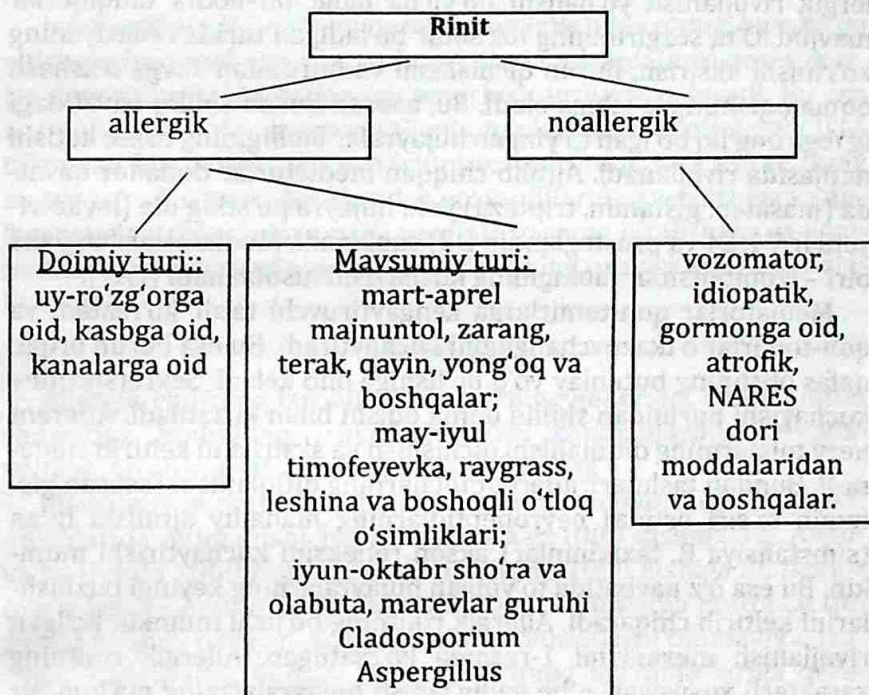
ALLERGIK RINITLAR

Ta'rifi va tasnifi

Rinit – bu burun bo'shlig'i shilliq qavati kasalligi bo'lib, bunda har kuni bemorda bir soat va undan ko'proq vaqt davomida aksirish, burun bitishi, burun oqishi va burun qichishishi kabi holatlar-ning hech bo'lmaganda ikkitasi kuzatiladi. Hozirgi paytda bu masa-la bilan shug'ullanayotgan o'nta mamlakat vakillaridan tuzilgan 17 kishidan iborat yetakchi mutaxassis shu xulosaga keldilar (Allergy. N 19, Tom 49, 1994-y.).

Bu guruh tomonidan rinitning allergik, infeksiyon va boshqa turlari taklif qilindi (4-chizмага qarang).

4-chizma



Allergik rinit quyidagi turlarga bo'linadi: mavsumiy va yil davomidagi; infeksiyon – o'tkir va surunkali. Rinitning boshqa turlari guruhiga: idiopatik, kasbga oid, gormonal, dori moddalariga oid xillari kiradi. «Vozomotor rinit» nomi ko'proq noallergik, noinfeksiyon, eozinofillar ko'payishsiz va gormonga bog'liq bo'lmagan rinitni tavsiflashda ishlatiladi. Bu esa muammoni aniqlashdan ko'ra ko'proq chigallashtirishga sabab bo'ldi. Konsensus mualliflari «vozomotor» terminini tushirib qoldirishni taklif qilishmoqda, chunki rinitning har bir turida tomirlar reaksiyasining o'z o'rnini bor. Qo'llanmada rinitning barcha turlarini ko'rib chiqishni rejalashtirmaganmiz, faqat allergik rinitning keng tarqalgan turlariga to'xtalib o'tamiz, xolos.

Allergik rinitning rivojlanishi

Bor ma'lumotlarning ko'pchilik qismi rinitning rivojlanishi zamirida allergik mexanizm yotadi, deyishga asoslaniladi. Noallergik rivojlanish yo'nalishi bo'yicha faqat bir-ikkita tadqiqotlar mavjud. O'ta sezgirlikning tez sodir bo'ladigan turida reaksiyaning ko'rinishi aksirish, burun qichishishi va burundan suvga o'xshash oqma oqishini o'z ichiga oladi. Bu, asosan burun shilliq qavatidagi IgYega bog'liq bo'lgan to'yingan hujayralar faolligining oshib ketishi natijasida rivojlanadi. Ajralib chiqqan mediatorlar donador qavatda (masalan: gistamin, triptaza) yoki hujayra po'stlog'ida (leykotriyenlar V4, S4 va prostaglandin D2) saqlanadi. Mediatorlardan yana biri – trombositlar faolligining kuchayishi hisoblanadi (FAT).

Mediatorlar qon-tomirlarga kengaytiruvchi ta'sir ko'rsatadi va qon-tomirlar o'tkazuvchangligini kuchaytiradi. Bu esa burun orqali nafas olishning butunlay yo'q bo'lishiga olib keladi. Sekretsianing kuchayishi burundan shilliq oqma oqishi bilan kuzatiladi. Afferent nerv tolalarining qitiqlanishi qichishish va aksirishni keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, afferent tolalarning qitiqlanishi (asosan gistamin ta'siri ostida) neuropeptidlarning mahalliy ajralishi bilan (substansiya R. taxikininlar) akson refleksini kuchaytirishi mumkin. Bu esa o'z navbatida to'yingan hujayralarning keyingi buzilishlarini keltirib chiqaradi. Allergik rinitning bo'lishi mumkin bo'lgan rivojlanish mexanizmi 1-rasmda ko'rsatilgan. Allergik rinitning xarakterli xususiyati – bu yallig'lanish hujayralarining ma'lum bir joyga to'planishidir (shu jumladan, SD4T, limfotsitlar, eozinofillar, bazofillar va neyetrofillarni).

Eozinofillar musbat zaryadlangan oqsillarni ishlab chiqaradi, ular nafas yo'li epiteliylariga zaharli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Kolloid birikmalarning bo'lishi esa to'yingan hujayralarning keyingi buzilishlarini kuchaytiradi. Neytrofillardan farq qilib, asosiy leykotriyenni (LT) eozinofillar ajratib chiqaradigan LTS4 hisoblanadi. U burun oqishi va burun bo'shlig'i shilliq qavatining shishishini keltirib chiqaradi. To'qimada eozinofillarning ko'payib ketish mexanizmi noma'lum.

So'nggi vaqtlarda olingan ma'lumotlarda turli peptid mediatorlarning (sitokinlarni) ham ahamiyati ko'rsatilgan. Avval ularni

T-limfotsitlarning mahsuloti deb hisoblagan edilar, ammo keyinchalik ma'lum bo'ldiki, sitokinlarni boshqa hujayralar ham ajratib chiqarar ekan. Jumladan, to'yingan – hujayralar bazofillar, makrofaglar.

Interleykin-4 (IL-4) V-hujayralarning IgYe bilan o'zaro harakatga o'tishga chaqiradi. Bundan tashqari, IL-4 molekulalarni qon-tomirlar devorining ichki qatlamiga yopishish tezligini oshiradi. Bu esa zozinofillarning bir joyga saralanib, to'planishini ta'minlaydi, IL-4 to'yingan hujayralarning yetilishini tezlashtiradi, IL-5 esa o'zining suyak-ko'mik o'tmishdoshlaridan eozinofillarning yetilishiga va differensiallanishiga, ular orqali mediatorlarning ajralishiga va eozinofillarni to'qimalarda yashash muddatining uzayishiga o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Tarqalishi

Allergik rinitning tarqalishi shu yerning geografik hamda iqlim sharoitiga, hududdagi ishlab chiqarish korxonalarining rivojlanishiga, atrof-muhitning ifloslanishiga bog'liq.

Mavsumiy allergik rinit bo'yicha oilaviy shifokorlarga murojaat qilishlarida aniqlanishicha, Daniyada har 1000 kishiga 11, Angliya va Uelsda 1000 kishiga 20, Avstraliyada 1000 kishiga 86 bemor to'g'ri keladi. Ammo bu ma'lumotlar faqat shifokorga murojaat qilganlar asosida olingan. Ko'proq aniq ma'lumotlarni ommaviy o'tkazilgan tadqiqotlar beradi. Ulardan birining ma'lumotlariga qaraganda, Londonda 16 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan kishilar orasida kasallik tarqalishi jihatidan kamida 16 foizni tashkil qildi: 8 foiz bemorlarda kasallik belgilari butun yil davomida saqlanib qoldi, 6 foizida yil davomidagi rinit mavsumiy avj olish bilan qo'shilib keldi va 2 foizida faqat mavsumiy avj olish kuzatildi (B. Rink 1991).

Yevropa mamlakatlarida mavsumiy allergik rinit maktab yoshidagi bolalarda AQSh yoki Avstraliyaga nisbatan kamroq. Bunga sabab muayyan o'simliklar changi va havodagi allergenlarning allergenlik xususiyatlarining turlichaligi bo'lishi mumkin.

Mavsumiy allergik rinit shaharlarda qishloq joylarga nisbatan ko'proq uchraydi. Daniyada mavsumiy allergik rinit shifokorlarga murojaat qiluvchilar orasida 19 foizni, Kopengagenda qishloq

joylarida yashovchilarning 6 – 11 foizini tashkil qiladi. Amerika Qo‘shma Shtatlarida allergik rinit bilan kasallangan bemorlarning 75 foizi esa shaharda yashovchilar, faqat 25 foiz shahar tevaragidagi rayonlarda istiqomat qiluvchilardir (I.Vroder et. al 1974).

Allergik rinit tarqalishi o‘sib bormoqda. Shvetsiyada yoshlar orasida 1971-yildan 1981-yilgacha bo‘lgan tekshirish ma‘lumotlariga qaraganda, allergik rinit 4,4 foizdan 8,4 foizga o‘tdi, u asosan mamlakatning shimoliy hududlarida ko‘paydi.

Allergik rinit bilan kasallanish ko‘rsatkichi Moskvada 2,7 (Merkov A. M.), Samarqandda – 2,4 (Haqberdiyev M. M.), Saratovda – 2,8 foizga (Gorchakov L. G). Qozog‘istonda allergik rinit yuqori nafas yo‘llari kasalliklari orasida 15dan 55 foizgacha va barcha allergik kasalliklar umumiy sonining 40 foizga yaqinini tashkil qiladi (Moshkevich V.S.).

Mavsumiy allergik rinit

Asosiy belgilari – burun bo‘shlig‘ining qichishishi va ta‘sirlanishi, aksirish va burundan nazla kelishi, ko‘pincha burun bitishi bilan birga kuzatiladi.

Allergik rinit tomoq qitiqlanishi, ko‘zlar va ko‘z shilliq pardasining qichishishi, yosh oqishi va ko‘z sohasining shishishi bilan ham kuzatilishi mumkin. Ayrim holatlarda allergik rinit biroz noqulayliklar tug‘dirishi mumkin. Og‘ir holatlarda esa u mehnat qobiliyatini yo‘qotishga olib keladi. U bosh og‘rig‘i, holsizlik (tez charchash) va diqqatni jamlashning buzilishi bilan asoratlanishi mumkin.

Mavsumiy allergik rinitning sababi – o‘simlik changchisidir. Kishilarda allergik rinit rivojlanishi uchun changi shamolda changlanadigan o‘simlikka tegishli bo‘lishi va u ko‘p miqdorda hosil bo‘lishi, yengil, uchuvchan va o‘lchami 35 mmk.dan katta bo‘lmasligi hamda allergenlik xususiyatiga ega bo‘lishi kerak.

Allergik rinitning paydo bo‘lish sabablari va tezligi shu joyning geografik hamda iqlim sharoitiga bog‘liq.

Qozog‘istonda allergik rinitni ko‘proq shuvoq (ermon) changchisi keltirib chiqaradi. Bizning iqlim sharoitimizda esa ko‘proq ermon, burgon, sho‘ra o‘tlar changlari allergik rinitning asosiy sababchisi bo‘lib hisoblanadi.

Krasnodar o'lkasida ambroziya, Turkmanistonda – sho'ra, Kiyevda boshqoqli o'tlar, timofeyevkalar sabab bo'lishi mumkin. Allergik rinitning tarqalishini o'rganishda aeropollinologik tekshirish o'tkazish muhim ahamiyatga ega.

Yilning turli davrlarida har qaysi hudud uchun changning sifati va miqdoriy tarkibini mutaxassis botaniklar aniqlab beradilar. Qator mamlakatlarda har kuni havodagi changning miqdori va tarkibi ko'rsatilgan qisqacha rasmiy ma'lumotlar varaqasi chiqariladi. Shifokor-allergologlar allergen o'simliklarning gullash oylik taqvimiga ega bo'lishlari kerak. Shu maqsadda turli geografik iqlim doiralarida turli xil o'simliklarning gullash muddatlarini ko'rsatadigan chang to'liqlari aniqlanadi. Bu shifokorlarga o'z vaqtida kasallikning oldini olish chora-tadbirlarini o'tkazishga, bemorlarni esa bu davrda mamlakatning boshqa hududlariga ko'chib o'tishiga imkon beradi.

O'rab turuvchi havo tarkibidagi zamburug'lar sporalarining miqdori yil fasllariga bog'liq. Ular ko'pincha qish oylarida kamayib, yoz va kuz oylarida ko'payadi. Masalan, Cladosporium, Alternaria.

Zamburug'larda allergiyaning bo'lishi ko'pincha bronxial astmaning rivojlanishiga olib keladi. Zamburug'lar sporalarining soni bilan begona o'tlarga allergiyasi bo'lgan bemorlardagi klinik belgilarning ko'rinishi orasida bog'liqlik borligi aniqlangan.

Bu dalilni qisman zamburug' sporalarining o'lchamlari kichikligi bilan tushuntirish mumkin. Garchi uy changidagi kanalar yil davomidagi allergen deb hisoblansa-da, ularning soni nam havoli kuz oylarida ko'payishi mumkin. Har bir hududning o'ziga xos xususiyatlari sezuvchanlikning oshishiga va allergik kasalliklarning mavsumiy avj olishiga sharoit yaratishi mumkin.

Sudanning shimoliy qismlarida astma va rinitning avj olishi quruq qish oylarida kuzatiladi. Bunga turib qolgan anhor suvida ko'paygan mayda chivinlar (Sladotanyarsus lewisi. Kay A. at. yel. 1983) sabab bo'ladi. Ko'rsatib o'tilgan omillarni bilish mavsumiy allergik rinitning diagnozida muhim ahamiyat kasb etadi.

O'simlik changiga nisbatan kesishuvchi allergik reaksiyalar

O'simliklarning turli oila va avlod vakillari tekshirib ko'rilganda chang o'z tarkibida umumiy va umumiy bo'lmagan allergenlarni saqlashi ma'lum bo'ladi. Shunga bog'liq holda bemorlarda Ig E antitelo bilan kimyoviy tuzilishi jihatidan yaqin bo'lgan allergenning o'zaro ta'siri natijasida yuzaga keluvchi o'zaro kesishuvchi allergik reaksiyalar holati kuzatilishi mumkin.

Kesishuvchi reaksiyalarni chang va oziq-ovqat allergenlari keltirib chiqarishi mumkin. Qayin changchisiga allergiya holati ko'pincha oziq-ovqat allergiyasi bilan bog'lanib keladi. Yangi mevalar (olma, shaftoli, gilos) yoki sabzi, yong'oq iste'mol qilinganda Kvinke shishi va badan qichishishi kuzatiladi. Kesishuv reaksiyalarini o'tloq o'tlari bilan qovun va banan ham berishi mumkin.

Yil davomida kuzatiladigan allergik rinit

Uy-ro'zg'or allergenlari bilan kishi, odatda yil bo'yi yaqinlikda bo'ladi. Ularga uy changi kanallari va uy hayvonlari qazg'og'i kiradi. Ba'zi hududlarda suvaraklar va zamburug'larning ayrim turlari bevosita ahamiyatga ega.

Rinitning boshqa turlari

Noallergik, noinfeksion rinit – bu boshqa guruh kasalliklardir. Bu turdagi rinit bilan kasallangan bemorlarda turli qitqilovchi triggerlarga – o'tkir hidlarga (odekolon, oqartiruvchi moddalar, erituvchilarga), tamaki tutuniga, changlarga, avtomobil gazlariga, atrof-muhit harorati va namligi o'zgarishlariga sezuvchanlik ortadi, shuning uchun ko'proq «vazomotor» emas «idiopatik» rinit terminini ishlatish o'rinliroqdir.

Kasallikning rivojlanish mexanizmi noma'lum. Noallergik rinit eozinofillar ko'payishi belgisi bilan (NARES) o'rta yoshdagi kishilar orasida uchraydi. Rinit belgilari (aksirish, burun bo'shlig'ida qichishish, burun oqishi), ba'zan hid bilishning pasayishi bilan va burun shilliq qavatida eozinofillarning ko'payib ketishi bilan birgalikda keladi.

Allergiya belgilari (musbat teri sinamalari, Ig Yening qonda oshib ketishi) bo'lmaydi. Ba'zi hollarda aspirinni ko'tara olmaslikning boshlang'ich davrini aniqlash mumkin.

Bu bemorlarni glyukokortikoid gormonlar bilan mahalliy davolash ko'p hollarda yaxshi natijalarni beradi.

Burun polipozi 25 foiz bolalarda va 45 foiz katta yoshdagilarda shilliq ajralishi bilan, 30 foiz bemorlarda bronxial astma bilan kechadi. Bu xastaliklarda infeksiya, yallig'lanishlar va araxidon yoki boshqa moddalar almashinuvi jarayonining buzilishi sababchi omillar deb hisoblanadi. Allergiya polipozga sabab bo'lsa kerak, ammo to'yingan hujayralar va eozinofillar faollashuvining yallig'lanish bilan davom etishi muayyan ahamiyat kasb etadi va bu yerda glyukokortikoidlarning samaraliligini tushuntirishga imkon beradi.

Kasbga oid rinit ish joyida allergen bilan yaqin kontaktda bo'lish oqibatida rivojlanadi. Uning sabablari tajriba hayvonlari (kalamushlar, sichqonlar, dengiz cho'chqalari va boshqalar), don mahsulotlari (novvoylar, qishloq xo'jalik xodimlari) va yog'och changlari, ayniqsa qattiq daraxt navlari (qizil daraxt, kedr va boshqalar), lateks va kimyoviy moddalar, shu jumladan, kislota angidridlari, platina tuzlari, yelim va erituvchilar bo'lishi mumkin.

Gormonga bog'liq rinit homiladorlik paytida va jinsiy yetilish davrida hamda gipotireozda va akromegaliyada rivojlanishi mumkin. Ayollarda menopauza davrida gormon balansining buzilishi burunda atrofik o'zgarishlar paydo bo'lishiga ham olib kelishi mumkin.

Dori moddalaridan paydo bo'ladigan rinit turli dori moddalari, jumladan, rezepin, guanitidin, fentolamin, metil-dopa, angiotenzinga aylanuvchi fermentlar, alfa-adenoblokatorlardan (prozazin tipidagi), betta-adrenoblokatorlardan ko'zga tomizadigan tomchilar ko'rinishidagi, xlorpromazindan, aspirindan va boshqa steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi moddalardan va homiladorlikdan saqlanish uchun ichiladigan dorilardan bo'lishi mumkin.

Diagnostika usullari

Quyida rinitni diagnozlashda foydalanish mumkin bo'lgan barcha tekshirish usullari sanab o'tilgan, amaliyotda ularning bir qismi qo'llanilishi mumkin.

Anamnez yig'ish.

LOR organlar ko'rigi.

Allergologik sinamalar:

- teri sinamalari;
- zardobdagi umumiy Ig Ye ni aniqlash;
- zardobdagi maxsus IgYeni aniqlash;
- dag'al va egiluvchan endoskop yordamida ko'rish.

Burun-halqum bo'shlig'idan surtmalar va yuvilgan suvlarni tayyorlash:

- sitologik tekshirishlar uchun;
- bakteriologik tekshirishlar uchun.

Rentgenologik usullar:

- burun yon bo'shliqlarini rentgen nurlari yordamida tasvirga tushirish;
- kompyuterli tomografiya (tekshiruvchi a'zo qavatlariga rentgen nuri bog'lamlarini yuborib, skanerlash yo'li bilan tekshirish va uni EhM orqali sog'lom to'qimadan farqini aniqlash);
- magnitli - rezonans tomografiya.

Qonni tekshirish:

- qondagi shaklli elementlar sonini sanash;
- qalqonsimon bez funksiyasini tekshirish;
- antineyetrofil sitoplazmatik antitelo;
- immunoglobulinlar va Ig G quyi sinflarini aniqlash.

Anamnez va ko'rik. Sinchiklab yig'ilgan anamnez allergik rinitni gumon qilishga imkon beradi. So'rab chiqish paytida bemorning yashash sharoiti, shu jumladan, bajaradigan ishining alohida xususiyatlari va nasl-nasabi haqida ma'lumotlar olish kerak. Allergik rinit har qanday yoshdagi kishilarda, jumladan, chaqaloqlarda ham uchrashi mumkin. Shuning uchun shifokor belgilar paydo bo'lishi vaqtini aniqlashi zarur.

Ko'p hollarda allergik rinit 20 yoshgacha rivojlanadi, yoshlik paytida uning uchrash tezligi 15 foizni tashkil qiladi. Belgilar paydo bo'lish tezligini (har kuni, epizodik, yilning aniq bir vaqtida yoki doimiy) hamda ularning cho'zilishini, qanday ko'rinishda ifodalanishini va kasallik kechishi jarayonining harakatdagi holatini baholash zarur.

Rinit bilan kasallangan bemorlarni ikki guruhga – burundan nazla kelishi va aksirish ustunroq bo'lgan bemorlarga hamda burun bitishi ustunroq turadigan bemorlarga bo'lish mumkin. Allergik rinit bilan kasallangan bemorlar ko'proq birinchi guruhga kiradi.

Birinchi guruh uchun xarakterli xususiyatlar:

- aksirish (odatda xuruj bilan);
- burun-halqum bo'shlig'iga oqishdan ko'ra burundan oqish ko'proq xarakterli;
- burun bo'shlig'ida qichishish;
- burun bitishi (har xil ko'rinishda);
- kecha-kunduzlik maqomi (belgilari kechasi kamayib, kunduz paytlari kuchayadi);
- ko'pincha konyuktivit bilan birgalikda yondosh keladi.

Ikkinchi guruh uchun xarakterli xususiyatlar:

- aksirish onda-sonda yoki umuman yo'q;
- quyuq shilliq modda burun bo'shlig'idan ko'proq burun-halqumga oqadi;
- qichishish yo'q;
- burun bitishi (ko'pincha ancha yaqqolroq ko'rinishda);
- kechasi va kunduzgi paytlarda belgilarning doimiyligi (kechasi og'irlashish kuzatilishi mumkin).

Buruning bir tomonlama bitishi polip borligiga, tuzilish anomalialari o'sma borligiga shubha qilishga majbur qiladi.

Hid sezishning pasayishi va yo'q bo'lishi polipoz rinosinusitda yoki rinitning og'ir kechadigan hollarida uchraydi. Burun bitishi bilan bog'liq bo'lgan belgilar, og'iz va tomoq qurishi, ovoz ming'illab qolishi bilan birga kechadigan allergiyada bemor burun uchini kafti

bilan tez-tez artib turadi («allergik salyut»), buning oqibatida burun uchining sal yuqori qismida ko'ndalang burmalar hosil bo'ladi. Aksirish ko'proq xuruj ko'rinishida paydo bo'ladi.

So'rov paytida kasallik belgilarining paydo bo'lishiga yoki kuchayishiga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan irritantlarni va ob-havo sharoitlarini aniqlash zarur. Agar allergen sut emizuvchilarining qazg'og'i, uy changi kanalari va mog'or zamburug'lari ko'rinishida bo'lsa, kasallik belgilari, odatda har doim saqlanib qoladi. Namlikning ortishi kanalar va mog'or zamburug'larining ko'payishiga imkon beradi. Kanalarning yashab, oziqlanadigan joylari ko'proq to'shaklar, yostiqlar, pardalar va gilamlar bo'ladi. Mog'or zamburug'lari uy o'simliklarida va kitoblarda o'sadi. Havodagi chang qismlari soni bilan klinik belgilarning ko'rinishi orasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik bor. O'simliklar gullash mavsumining kirib kela boshlashi bilan organizmning allergen changiga sezuvchanligi kuchayib borishi natijasida kasallik belgilarining ko'rinishi ko'payib boradi. Ayrim oziq-ovqat mahsulotlari ham rinit belgilarini keltirib chiqarishi mumkin. Bu provokatsiya sinamalari yordamida tasdiqlangan.

Yuqori ta'sir ko'rsatuvchi moddalar va ruhiyatga ta'sir qiluvchi omillar ham rinitning kuchayishiga olib keladi. Allergiyaga moyilligi bor bemorlarda yuqori nafas yo'llari infeksiyasining klinik manzarasi allergik reaksiyaga o'xshash bo'lishi yoki turli allergenlarga sezuvchanlikning ortishiga olib kelishi mumkin. Meros qilib olish poligen tipida, ya'ni genlar orqali yuzaga kelishiga qaramay, anamnezdagi irsiy anomaliya allergik kasallikning rivojlanish ehtimolini ko'proq qilib qo'yadi.

Bemorning qarindosh-urug'ida allergik kasalliklarning yo'qligi zinhor allergik rinit diagnozini yo'qqa chiqarishga imkon bermaydi. Burun bo'shligining surunkali rinit yoki tipik bo'lmagan bir tomonlama rinitlarning hamma holatlarida endoskopiya qilish zarur. Buning uchun burun ko'zgularidan, peshona reflektoridan, otoskop (quloq oynasi), burun adapteri bilan Xopkinsning dag'al endoskopidan yoki egiluvchan nazofaringoskopdan foydalanish lozim.

TERIDAGI SINAMALAR

O'ta sezuvchanlikning tez sodir bo'ladigan teri reaksiyalaridan allergiyaning IgYega bog'liq turini aniqlashda foydalaniladi. Bu sinamalar allergologiyada asosiy diagnostik usullaridan biri hisoblanadi.

Ussullar. Allergiyaning tez sodir bo'ladigan turini aniqlash uchun skarifikatsiya sinamalaridan foydalanish afzalroq. Garchi, teri ichiga qilinadigan sinamalar sezgirroq bo'lsa-da, ular yolg'on musbat natijalar berishi va ba'zan umumiy reaksiyalar keltirib chiqarishi mumkin. Shu munosabat bilan ulardan faqat skarifikatsiya sinamalari manfiy bo'lgan holatlarda foydalanish mumkin. Hozirgi paytda bunday sinamalar soni juda ko'p. Ular tekshiruvchining tajribasiga ko'ra va sinamalarning qaysi birini afzalroq, deb bilishiga qarab tanlanadi.

16-jadval

Teri sinamalarining natijalariga ta'sir qiladigan omillar

Dori moddalari:	
Antigistamin dorilar: Gistaminga qarshi moddalar – birinchi avlod (tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadigan). – ikkinchi avlod (tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatmaydigan).	2 – 4 kun davomida
– astemizol	6-8 hafta
va boshqalar	1 hafta
Ketotifen	1 hafta
Imipramin	4 hafta
Fenotiazinlar	48 soat
Kortikosteroidlar, sinama qo'yiladigan sohalarga mahalliy qo'llanilganda Maxsus immunoterapiya	2-3 oy

Teri sohasi	bilakning bukiladigan sohasi (barmoqlardan tashqari)
Yoshi	Bolalarda va qariyalarda kamroq ifodalanadi.
Mavsumiy o'zgarishlar	Reaksiyalar o'simliklar gullash mavsumidan keyin ko'proq, yaqqolroq ko'rinishda ifodalanadi.

Teri sinamalari oddiy, og'riqsiz va arzon tekshirish usuli hisoblanadi. Agar ular malakali mutaxassis tomonidan yuqori sifatli allergenlar eritmalaridan foydalanilgan holda qilinsa, sinamalar natijasi mutanosib ravishda bo'ladi. Teridagi sinamalarni ko'p miqdorda o'tkazish talay mablag' sarflashni va vaqtni talab qiladi. Bu, ayniqsa poliklinika amaliyotida zarur emas. O'tkaziladigan tekshirishlar havodagi eng ko'p tarqalgan allergenlarga sezuvchanlikni tekshirish bilan chegaralanish kerak (junga, uy changi kanasiga, mog'orga, uy hayvonlariga va boshqalar).

E immunoglobulini

Umumiy zardobdagi IgE miqdori har xil radioimmun va immunoferment usullar yordamida aniqlanadi. Me'yorda IgE tug'ilgan vaqtda 0 – 1 kEd – l ni tashkil etadi va o'smirlilik yoshiga yetguncha asta-sekin ko'payadi, keyin pasayadi va 20 – 30 yoshlarda aniq bir miqdorda qaror topadi. Umumiy IgE miqdorining 100 – 150 kEd./l dan ko'p bo'lishi ko'tarilgan hisoblanadi. Maxsus IgEni aniqlash, ayniqsa teridagi sinamalar uchun allergenlar ekstraktlarini olishning iloji bo'lmagan hollarda qo'l keladi. Bu maqsadda dastlab radioallergosorbent test (RAST) hamda radioimmun va immunoferment usullar qo'llaniladi.

Sitologik tekshirishlar uchun burun bo'shlig'idan surtmalar olish

Burun bo'shlig'idan olingan surtmalarni va yuvilgan suvlarni tekshirish allergik va infeksiyon rinit orasida differensial diagnoz o'tkazishga imkon beradi. Allergik rinit va eozinofillar ko'payishi

bilan kuzatiladigan noallergik rinit uchun eozinofillar infiltratsiyasi xarakterli, bakterial infeksiyada esa neytrofillar sonining ko'payishi xos xususiyat hisoblanadi.

Boshqa usullar

Periferik qon hujayralaridan mediatorlarning ajralib chiqishi. Maxsus allergenlar ta'siri ostida qondagi bazofillarning buzilishi yallig'lanish mediatorlari ajralib chiqishi bilan (gistamin, leykotriyenlar) yuz beradi. Mikroskop yordamida bu mediatorlarning bazofillardan ajralib chiqishini baholash mumkin, ammo bu usuldan faqat ilmiy maqsadlarda foydalaniladi.

Allergik reaksiyalar vaqtida mediatorlarning ajralib chiqishi. Qondagi, burun oqmalaridagi yoki siydikdagi mediatorlar va fermentlar miqdori o'ta maxsus va sezgir usullar gistamin, prostaglandin, leykotriyenlar S₄, I₄, Ye₄, triptazalar, kininlar, eozinofil kation oqsillarini titrlash yo'li bilan tekshirish mumkin. Bu moddalarning dastlabki asos qilib olingan miqdorlari hamda allergen ta'sir qilgandan keyingi miqdorlari aniqlanishi mumkin. Hozirgi vaqtda bu usul faqat tadqiqot maqsadlarida qo'llaniladi.

Provokatsion usullar. Burun ichiga qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatuvchi usul muayyan ahamiyatga ega bo'lib, faqat klinik allergologiyadan maxsus ixtisos olgan mutaxassis tomonidan o'tkazilishi mumkin.

Otorinolarinologik tekshirishlar endoskopiya, shilliq ajratib chiqarish ishini tekshirish, burun yo'llarining o'tkazuvchanligini baholash, hid sezishni tekshirish diaqnoz qo'yish imkoniyatlarini ancha kengaytiradi.

Burun oldi bo'shliqlarini rentgen nurlari yordamida tasvirga tushirish. Burun oldi bo'shliqlarining g'ovaklanish bo'shliqlari bo'lishining ancha pasayganini, shilliq qavatning qalinlashganini va hatto yuqori jag', peshona va ponasimon bo'shliqlar devoridagi buzilishlarni aniqlash mumkin. Oddiy rentgenografiyada burun bo'shlig'ining yon devorlari va g'alvirsimon chig'anoqning tuzilishining yaxshi ko'rinmasligi yolg'on manfiy va musbat natijalarga olib kelishi mumkin.

Kompyuterli tomografiya. KT hozirgi vaqtda turli burun va burun oldi bo'shliqlari kasalliklarini diagnozlashda asosiy rentgenologik usul bo'lib qoldi. Garchi boshqa kasalliklarning yo'qligini aniqlashga imkon bersa ham allergiya diagnozida esa u hal qiluvchi ahamiyatga ega emas. KT yordamida yumshoq to'qima va suyak tuzilishi holatlarini birma-bir sinchiklab o'rganish mumkin. Patologik jarayonning qanchalik tarqalganligini aniqlash hamda aniq belgilari bo'lgan taqdirdagina diagnoz qo'yish mumkin. Suyak tuzilishi yoki yumshoq to'qima holati haqida ko'proq ma'lumotlar olishga imkon beruvchi turli tekshirish usullari mavjud.

Allergik rinitni davolash usullari

Allergenlarni yo'q qilish va atrof-muhit nazorati bo'yicha chora-tadbirlar. Rivojlangan mamlakatlarda kishilar ko'p vaqtlarini xonalarda, ish joylarida o'tkazadilar. Atrofni o'rab turgan muhit esa doim turli allergenlarni o'z ichida saqlaydi, ular o'z navbatida rinit rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin.

So'nggi 30 yillar ichida ko'pchilik mamlakatlarda tashqi muhitdagi, binolardagi allergen va noallergen komponentlar tarkibi ancha o'zgardi, allergik kasalliklar bilan kasallanish xavfi ortdi.

O'rta iqlimli mamlakatlarda elektr kuchini tejashga intilish, havoni yangilash uchun xonani shamollatish noqulay bo'lgan uylarning qurilishi natijasida xonalarda uy kanalari soni ko'payib ketadi. Har qanday holatlarda ham (garchi allergenlarni butunlay yo'q qilishning imkoni bo'lmagan taqdirda ham) iloji boricha xonalarda o'rab turuvchi muhit nazorati bo'yicha chora-tadbirlar ko'rish zarur.

Bu chora-tadbirlar bemor ahvolini ancha yaxshilash va dori moddalari qo'llash zaruriyatini kamaytirishi mumkin. Shuni inobatga olish lozimki, allergen manbayi yo'qotilgach (masalan, uy hayvonlari), bir necha hafta yoki oy o'tgandan keyingina buning samarasini ko'rish mumkin.

Uy changidagi kanallarni yo'q qilish uchun xona havosining namligini kamaytirish, akaratsidlar hamda himoya qoplamidan foydalanish mumkin.

O'simlik changi va xonada uchramaydigan boshqa allergenlar ta'sirini kamaytirish ancha qiyinchilik tug'diradi.

O'simlik changi allergenlari bilan kontakti yo'q qilish choralari. O'simlikning gullash mavsumi haqidagi ma'lumotni oldindan bilish, havosida katta miqdorda allergen bo'lgan hududlardan uzoqlashish, deraza va eshiklarni zich yopish, avtomobillarda himoya filtridan foydalanish, tashqarida ko'zoynak taqib yurish.

Uy kanalari miqdorini kamaytirish chora-tadbirlari.

Yotoqxona:

- to'shak, ko'rpa va yostiqlarning ustini qoplash uchun allergen kira olmaydigan matolardan foydalanish kerak;

- to'shak, yostiq, bosh taraf oralig'i atroflari va yotoqxona pollarini har hafta changyutkich yordamida (sinchiklab) tozalash;

- par yostiq va jun ko'rpalarni (yopinchiqlarni) sintetik matolardan tayyorlanganlariga almashtirish, ular har hafta + 60°C haroratli suv bilan yuvib turilishi, iloji boricha gilamlarni olib tashlash;

- har hafta namlangan latta bilan xona jihozlarining yuza qismlarini artib chiqish, shu jumladan, deraza ostlarini va shkaflarning yuqori qismlarini ham;

- paxta tolasidan tayyorlangan pardalar osish va ularni tez-tez yuvib turish;

- bir martalik (foydalaniladigan) qog'oz xaltali va filtrli yoki suv manbai bilan bo'lgan changyutkichlardan foydalanish. Ish vaqtida niqob tutish;

- tozalash ishlarini boshqa kishi qilgani ma'qulroq;

- kanalarni yo'qotish uchun kimyoviy moddalarni (akaritsidlar) qo'llash;

- mato qoplangan yumshoq mebellarni tozalashga alohida e'tibor kerak. Mebelni kamida 1 haftada 2 marta chang yutkich bilan tozalash kerak, shu jumladan, stullarning ulanish joyi, suyanadigan va bosh tegib turadigan qismlarini ham.

Bolalar: Tozalash paytida bemor bolalar xonadan tashqarida bo'lishlari va u yerga 2 soatlardan keyingina kirishlari mumkin. Bolalar puxli o'yinchoqlari bilan karavotda uxlashlari mumkin emas. Kanalar miqdorini kamaytirish uchun o'yinchoqlarni ham changyutkich yordamida tozalash, kimyoviy tozalashga berish yoki kechasiga (2 - 20°C) muzxonaga qo'yish kerak.

Uy hayvonlari. Iloji boricha uy hayvonlarini saqlamaslik, yangilarini olib kelmaslik, ularni yotoqxonaga kiritmaslik zarur. Oilada allergik kasallikning paydo bo'lishi bilan hayvonlarni ko'paytirish tavsiya etilmaydi, chunki bulardan sezuvchanlikning ortib ketishi va rivojlanishi mumkin. Uy hayvonlarini har doim yuvintirib turish lozim.

Dori moddalari bilan davolashning asosiy negizlari

Dori moddalarini tanlashda davolash maqsadini aniqlash – kasallik keltirib chiqaruvchi sabablarni va rivojlanishini hisobga olgan holda olib boriladi.

Agar belgilar paydo bo'lishini oldindan bilishning iloji bo'lsa (masalan, mavsumiy rinitda), avj olishini kutmasdan davolashni boshlab yuborish kerak.

17-jadval

Allergik rinitni davolashda turli preparatlarning samarasi

Dori moddalari	Qichishish aksirish	Burun oqishi	Burun bitishi	Hid bilishning buzilishi
Natriya kromoglikat	+	+	+-	-
Antigistamin dorilari	+++	++	+-	-
Ipratropiuma bromid	+	+++	-	-
Mahalliy tomir toraytiruvchi moddalar	-	-	+++	-
Mahalliy glyukokortikoidlar	+++	+++	++	+
Glyukokortikoid ichilganda	+++	+++	+++	++

Preparatlarni tanlash klinik belgilarga bog'liq. Barcha holatlarda allergenlarni chetlashtirishga harakat qilish kerak.

Tomir toraytiruvchi moddalarni 7 kundan ortiq qo'llash mumkin emas.

Antigistamin dori-darmonlar

Gistamin to'yinmagan hujayralar va bazofillar ishlab chiqaradigan asosiy mediatorlardan biri hisoblanadi. Gistamin retseptorlarining 3 xil turi aniqlangan – N_1 ; N_2 ; N_3 . Gistamin qon tomirlarini kengaytiradi va ularning devorlari o'tkazuvchanligini kuchaytiradi. Burun bo'shlig'idagi sensor nerv oxirlarini qitiqlashi qichishish, aksirish va shilliq ajralishi bilan birgalikda keladi. Gistaminga qarshi moddalar gistamin retseptorlari bilan birikadi, ammo ularni qitiqlamaydi (qarama-qarshi raqobat natijasida). Shunday qilib, gistaminga qarshi moddalar simptomatik davolashda burun bo'shlig'ida qichishish, aksirish va oqma bo'lganda samarali vosita hisoblanadi.

Ular kasallikning oldini olish uchun foydalanilganda, ayniqsa samaralidir; ammo burun yo'llari o'tkazuvchanligiga ta'sir qilmaydi.

Gistaminga qarshi dori-darmonlarning birinchi avlodi etilendiaminlar alkilaminlar, pipirazinlar va fenotizinlarni allergik rinit va boshqa allergik kasalliklarni davolashda samaradorligi avvaldan ma'lum. Garchi, bu hamma moddalar tez paydo bo'luvchi (odatda 15 –30 daqiqa ichida) allergiya belgilarini kamaytiradi. Ularning ko'pchiligi (dimedrol, suprastin va boshqalar) kuchli uxlatuvchi ta'sir ko'rsatadi va tavsiya qilingan dozalarda nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqarishi mumkin. Gistaminga qarshi moddalarning birinchi avlodiga mansub dori moddalarining uxlatuvchi ta'siri ularni gematoensefalitik to'siq orqali ichkariga o'tish xususiyati bilan bog'liq. Bu moddalarni qo'llash yana oshqozon-ichak tizimida ham o'zgarishlarga, ko'ngil aynishi, qusish, ich qotish va ich ketishiga sabab bo'lishi mumkin.

Uxlatuvchi ta'sir ko'rsatmaydigan gistaminga qarshi preparatlarning ikkinchi avlodiga mansub moddalarga kam sedativ yoki sedativ ta'sirga ega emas. Bu guruh dori vositalari o'z navbatida 2 guruhga ajratiladi: prometalitlar va aktiv metabolitlar.

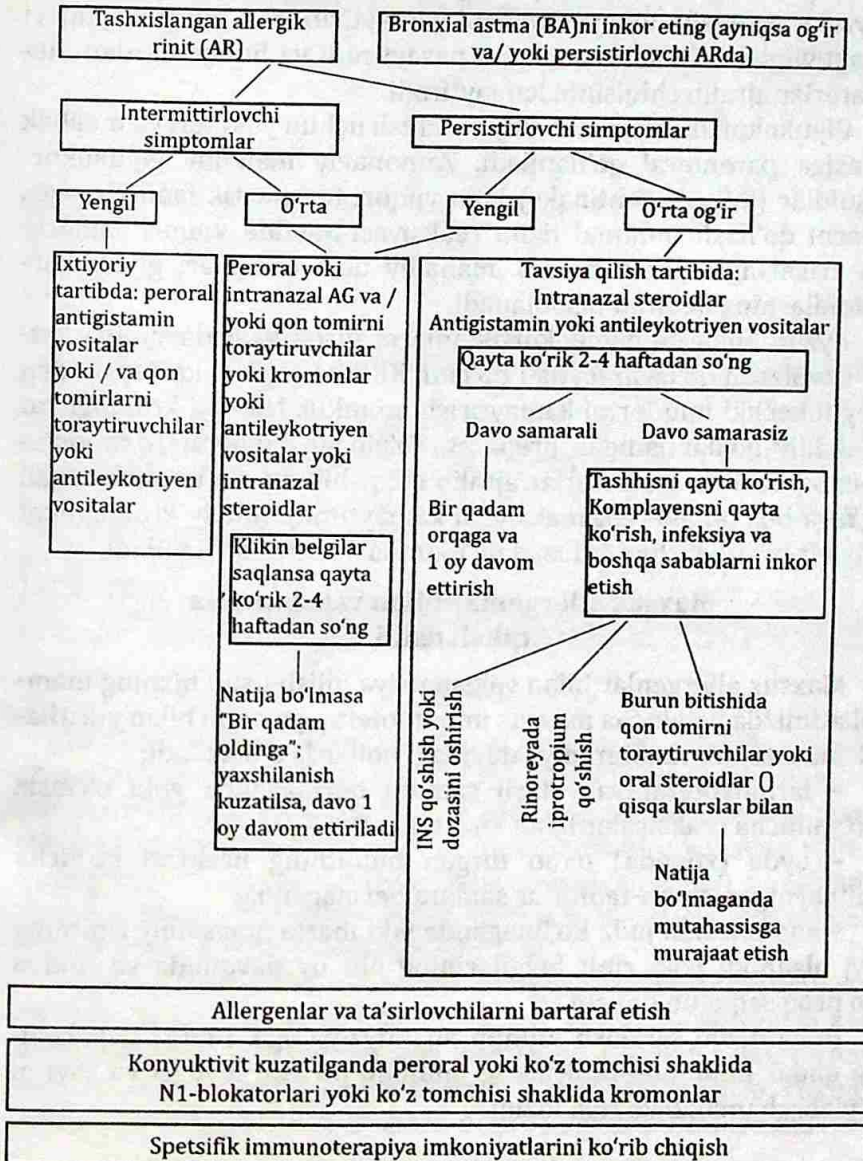
Prometalit 2 avlod antigistamin vositalariga – lorotadin, setirizin kiradi. Ular peroral qo'llangandan so'ng ichak orqali so'riladi va avval jigarda metabolizmga uchraydi. Shundan keyin gistamin retseptorlariga ta'sir qilib antiallergik natija beradi. Natijada dori vositasi kech (3-4 soatdan keyin) va noto'liq (agar jigar patologi-

yasi bo'lsa, prometabolit to'liq aktivlashmay qoladi) ta'sir ko'rsatadi. Aktiv metabolit prometabolitdan farqli OITdan so'rilgach, to'g'ridan-to'g'ri gistamin retseptorlariga ta'sir etib, antiallergik ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek, aktiv metabolit jigarda metabolizmga uchramagach, unga ortiqcha yuklama bermaydi. Shuning uchun zamonaviy allergologiyada ko'proq tayyor metabolitlar guruhiga e'tibor qaratilmoqda. Tayyor metabolit sifatida lordestin (dezloratadin) dori vositasini ko'rsatish mumkin. Lordestin bir kunda bir marta qabul qilinganda gistamin keltirib chiqargan buzilishlarni yaxshilashga imkon beradi. Bu bir kecha kunduzda 4 marta qabul qilishga qaraganda ancha qulay.

Lordestin - terapevtik dozada bir kecha-kunduzda 5mg.dan qabul qilinganda allergik rinit belgilarini yengillatishda samarali hisoblanadi. U mavsumiy allergik rinit va konyuktivit belgilarini ancha yengillatishni ta'minlaydi. Garchi, yangi antigistamin dorilar avvalgilariga qaraganda qimmatroq bo'lsa-da, ketgan xarajatlar davomida uxlatuvchi ta'sirning yo'qligi bilan kompensatsiyalanadi. Bu preparatlar yurak qon-tomir tizimida jiddiy qo'shimcha ta'sirni keltirib chiqarmaydi.

Barcha preparatlar tavsiya etilgan dozalarda qabul qilinishi shart. Terfenadin va astemizolni makrolid antibiotik bilan birga ishlatib bo'lmaydi (mas.,eritromitsin bilan), boshqa (og'iz orqali) ichiladigan zamburug'larga qarshi modalar bilan (mas., ketokonazol va itrakonazol bilan) va og'ir jigar kasalliklariga chalingan bemorlarga tavsiya qilinmaydi. Lordestin - samarali va xavfsiz modda. Ba'zi hollarda elektrokardiogrammada QT masofaning uzunlashishi va qorincha aritmiyasining rivojlanish xavfi bundan mustasno. Hozirgi paytda mahalliy ishlatiladigan gistaminga qarshi moddalar ishlab chiqarilyapti, ulardan rinitning o'tkir ko'rinishlarida va uning oldini olishda foydalanish mumkin. Bu preparatlar tizimi qo'shimcha ta'sirlar bermaydi.

Burun ichiga ishlatiladigan allergodil va uning asosiy qo'shimchasi bo'lgan azelastin mavsumiy va doimiy allergik rinitlarni davolash uchun qo'llaniladi. U mahalliy qo'llaniladigan glyukokortikosteroidlar kabi samara beradi.

Allergik rinitning davolash algoritmi (ARIA 2008)

Rinitda glyukokortikoidlar allergik yallig'lanishni kamaytiradi. Ular, ayniqsa burun shilliq qavati yuza qatlamlaridagi to'yingan hujayralar va eozinofillar miqdorini kamaytirib, qon tomirlar yuqori reaktivligi va o'tkazuvchanligini pasaytiradi va hujayralardan mediatorlar ajralib chiqishini kamaytiradi.

Glyukokortikoidlar mahalliy va ichish uchun yoki teri va mushak orasiga parenteral qo'llaniladi. Zamonaviy mahalliy glyukokortikoidlar (avamis, fentinaks) juda yuqori terapevtik faollikka ega. Ularni qo'llash minimal tizim reaksiyasi xavfida yuqori samaraga erishishga imkon beradi. Mahalliy dori vositalari glyukokortikoidlarning betarafi hisoblanadi.

Ayrim hollarda glyukokortikoidlarni qisqa vaqt davomida katta dozalarda qo'llash foydali bo'ladi. Klinik belgilari kamaygandan keyin kechki miqdorini kamaytirish mumkin. Natriya kromoglikat mahalliy qo'llaniladigan preparat. To'yingan hujayralardan gista-min va boshqa mediatorlar ajralib chiqishining oldini olish orqali IgYega bog'liq allergik reaksiyani kamaytiradi. Natriy kromoglikat har bir burun yo'liga 1 dozadan 1 kunda 4 marta qo'llaniladi.

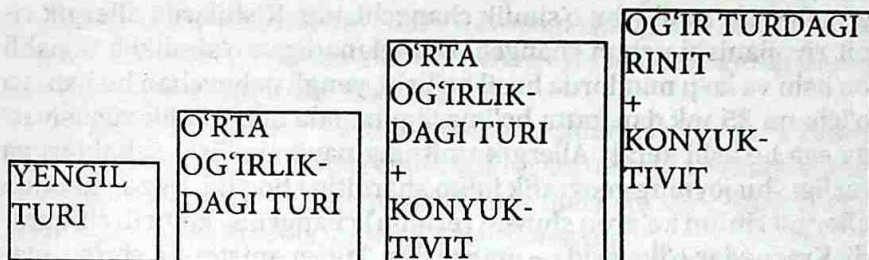
Maxsus allergenlar bilan vaktsinatsiya qilish usuli

Maxsus allergenlar bilan vaktsinatsiya qilish usuli bizning mam-lakatimizda ko'pincha maxsus immunoterapiya nomi bilan yuritiladi. Maxsus immunoterapiya quyidagi hollarda o'tkaziladi:

- farmokoterapiya yetarli samara bermaganda yoki o'rinsiz qo'shimcha reaksiyalar bilan kuzatilganda;
- uyda (xonada) o'rab turgan muhitning nazorati bo'yicha qilinayotgan chora-tadbirlar samara bermaganda;
- anamnezida juda bo'lmaganda ikki marta mavsumiy rinitning avj olganligi yoki rinit belgilarining olti oy davomida va undan ko'proq saqlanib qolishi.

Bemorlarni saralash muhim ahamiyatga ega. Bunda davolash-ga qadar immunoterapiyaning mumkin bo'lgan foydasi va xavfini o'ylab, chamalab ko'rish lozim.

Mavsumiy allergik rinitni davolashda bosqichma-bosqich davolash muolajalari tadbiri



ICHISH UCHUN NI BLOKATORLAR YOKI ENDONAZAL ANGARINAS-DAN FOYDALANISH

ENDONAZAL XROMGLIKAT NATRIY + ICHISHGA NI BLOKATORLAR

MAHALLIY KORTIKOSTEROIDLAR + NI BLOKATORLAR

+ ICHISHGA KORTIKOSTEROID

SPETSIFIK IMMUNOTERAPIYA DAVOLASHNI HISOBGA OLISH

POLLINOZ

Pollinoz (pollen – inglizcha so'zdan kelib chiqqan bo'lib, o'simlik changchisi degan ma'noni anglatadi) – o'simlik changchisi tomondan kelib chiqadigan allergik kasalliklarning atopik guruhiga mansub bo'lgan kasallik bo'lib, asosan nafas yo'llari va ko'zning shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishlari bilan namoyon bo'ladi. Kasallikda aniq mavsumga bog'liqlik mavjud, ya'ni u ba'zi o'simliklarning gullash davriga muvofiq ravishda qaytariladi.

1694-yili Kamerarius – o'simlik changlari tarkibidagi erkak jinsiy hujayralariga mansub mayda qismlar burun kasalliklarini keltirib chiqarishi mumkin ekanligi isbotlagan. Kasallik yana: pichan astmasi, bahorgi yallig'lanish (katar), o'simlik allergiyasi, changli rinopatiya, changli bronxial astma degan nomlar bilan ham ma'lum.

Rossiyada birinchi bo'lib shifokor L.Silich (1989) pollinozni ta'riflab bergan. Pollinozni yuzaga keltiruvchi omillarni birinchi bo'lib ingliz shifokori Ch. Blekli ochib bergan. Pollinozning kelib chiqishiga sababchi omil – bu o'simlik changchisidir. Kishilarda allergik rinit rivojlanishi uchun changchi changlanadigan o'simlikka tegishli bo'lishi va ko'p miqdorda hosil bo'lishi, yengil uchuvchan bo'lishi va o'lchami 35 mk.dan katta bo'lmasligi hamda allergenlik xususiyatiga ega bo'lishi kerak. Allergik rinitning paydo bo'lishi sabablari va tezligi shu joyning geografik iqlim sharoitiga bog'liq. Qozog'istonda allergik rinitni ko'proq shuvoq (ermon) changchisi keltirib chiqaradi, Krasnodar o'lkalarida – ambroziya, Turkmanistonda sho'ra, olabuta, Kiyevda boshqoqli o'tlar, timofeyevkalar sabab bo'lishi mumkin. Allergik rinitning tarqalishini o'rganishda aeropollinologik tekshirishlar o'tkazish muhim ahamiyatga ega. Yilning turli fasllarida har qaysi hudud uchun changning sifati va miqdoriy tarkibini mutaxassis botaniklar aniqlab beradi. Qator mamlakatlarda har kuni havodagi changning miqdori va tarkibi ko'rsatilgan qisqacha rasmiy ma'lumotlar varaqasi chiqariladi. Shifokor allergologlar allergen o'simliklarning gullash oylik taqvimiga (kalendariga) ega bo'lishlari kerak. Shu maqsadda turli geografik zonalarda har xil o'simliklarning gullash muddatlari ko'rsatadigan chang to'lqinlari aniqlanadi. Bu shifokorga o'z vaqtida kasallikning oldini olish chora-tadbirlarini o'tkazishga, bemorlarga esa bu davrda mamlakatning boshqa hududlarga ko'chib o'tishiga imkon beradi.

Kelib chiqish sabablari va rivojlanish mexanizmi. Pollinozni keltirib chiqaruvchi omil yuqorida ko'rsatib o'tilganidek, o'simlik changi hisoblanadi. Amerika Qo'shma Shtatlarida asosiy allergenlar ambroziya changchisi, Yevropa mamlakatlarida esa daraxtlar changi (ko'proq chinor va boshqa o'tlar) hisoblanadi. Fransiya, Vengriya, Yugoslaviyaning ayrim rayonlarida ambroziya pollinozning asosiy sababchisi hisoblanadi.

Biz mamlakatimizda havodagi chang miqdori ko'tarilishining uch asosiy davrini aniqlashga muvaffaq bo'ldik:

1) Bahorgi eng qisqa davom etadigan davrda (mart oxiri va aprel boshlari) 1 sm² havodagi chang miqdori 600-700 chang zarrachalarga yetadi. Bu davrda asosan daraxtlar gullaydi. Changning eng

ko'p miqdori terakka (348) mansub, so'ngra oq terak (220 tacha), zarang (190), majnuntol (183) va boshqalar.

2) Bahorgi-yozgi davr, may oyining ikkinchi yarmidan boshlab iyunning oxirigacha davom etadi. Havodagi chang zarrachalarining eng ko'p miqdori 1 sm².da 287 donachaga yetadi. Changning asosiy omillari – boshqali o'tlar hisoblanadi.

3) Yozgi-kuzgi davr. Avgust oyining boshlaridan oktabr oyining ikkinchi yarmigacha davom etadi. Mikroskop ostida quyidagi chang turlarini aniqlash mumkin: paxta changi, makkajo'xori, shuvoq, olabuta (sho'ra) va boshqa yovvoyi o'tlar donachalari.

O'zbekiston tabiiy florasida uchraydigan allergik jihatdan xavfli hisoblangan o'simliklarning gullash taqvimini (kalendarini) keltiramiz. Boshqali o'tlarning gullash davri 10-20 kun ichida o'tib ketadi va u yilning ob-havo sharoitiga ancha bog'liq bo'ladi. Boshqali o'tlarning yalpi gullashi juda qisqa vaqtni (1-2 kun) o'z ichiga oladi. Har yili gullaydigan o'tlarning miqdori va ular gullashining davomiyligi keskin o'zgarib turadi. Sho'radoshlar oilasi vakillari boshqa o'simliklar orasida gullashining davomiyligi jihatidan oldingi o'rinda turadi (45-100 kun). Ularning gullashi ham boshqa o'tsimon o'simliklarga qaraganda ko'proq davom etadi (15 kun). Bunda turli yillarda ayrim o'simlik turlarining keng tarqalishiga e'tibor berish lozim. Hayvonlarga yem sifatida va boshqa maqsadlarda ishlatiladigan yoyilib o'suvchi izen, gulchambar izen doimo ko'p miqdorda uchraydi. Turkiston shpinati va yelpig'ichsimon mevali sho'ra ham yalpi gullaganda ancha kun saqlanadi. Ularning yalpi gullashi bir vaqtga to'g'ri keladi. Bunda juda ko'p miqdorda chang ajralib chiqadi. Gullash davri eng uzoq davom etadigan o't tanga mevali sho'ra bo'lib, u 149 kuncha davom etadi.

Achchiq shuvoqning gullash davri eng uzoq (53 kungacha) davom etadi. Sitvar shuvog'i, Farg'ona shuvog'i va boshqalar ham taxminan bir xil muddatda kuzning ob-havo sharoitiga bog'liq holda gullaydi. Ularning yoppasiga gullashi sentabrga to'g'ri keladi.

Chang erkak hujayraning genetik materiali hisoblanadi. Chang donachasi ikkita yoki uchta hujayrani o'z ichiga oluvchi (bittasi vegetativ, boshqasi generativ) va murakkab qobiqdan tashkil topgan

plazmatik tarkibiy qismidan iborat. Qobiq ikki qavatdan – tashqi ekzima, ichki intimadan tuzilgan. Ekzimaning yuza qismida, chang donachalarini farqlash uchun muhim va o'ziga xos ko'rinishlarni yuzaga keltiruvchi turli xil o'simtalar, tishchalar bo'ladi. Pollinologiyada turli chang donachalarining tavsifi mavjud. Changlarning kimyoviy tarkibi murakkab va oxirigacha o'rganilmagan. U oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar, pigmentlar, turli xil fermentlar, minerallarni o'z ichiga oladi. Changlarning allergenlik yoki antigenlik xususiyatlarini asosan ular tarkibidagi oqsil deb hisoblanadi.

Pollinozni har qanday chang ham yuzaga keltira olmaydi. Faqat o'ziga hos xususiyatga ega bo'lgan changlarga ma'lum sharoitda uni keltirib chiqaradi. Ular quyidagi xususiyatlardir: 1) allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan; 2) o'simlik kelib chiqishi jihatidan shu o'lkada keng tarqalgan bo'lishi, uchuvchan bo'lishi, atmosfera havosida ancha miqdorda saqlanib turishi, masalan, ambroziya keltirib chiqaradigan pollinozda kasalikning ko'payishi 1 sm² havodagi chang miqdori 25 dona bo'lgan hollarda; 3) changning nafas yo'llariga qancha chuqur kirib borishi, ya'ni changchi zarrachasining o'lchamiga ham bog'liq bo'lib, 25 mkm atpofida bo'lgan chang nafas yo'llarining ichki qismlariga kirib boradi va sezuvchanlik optishiga sabab bo'ladi. O'lchami 30 mkm.dan katta bo'lgan changlar, yuqori nafas yo'llarida ushlanib qolinadi.

Pollinozning klinik ko'rinishi kasallik jarayonining joylashgan o'rni va organizmning sensibilizatsiyalanish darajasi bilan aniqlanadi. Burun va ko'z shilliq qavatlarining yallig'lanishi bilan kechadigan shakli (rinokonyunktival sindrom) pollinozning eng ko'p uchraydigan turi hisoblanadi. Bemor ko'z qichishishi va qovoqlarning qizarib ketishidan, ko'z ichiga qum to'lib qolgandek his paydo bo'lganidan, yorug'likka qaray olmaslik, ko'zdan yosh oqishi, og'ir hollarda blefarospazm holatlaridan shikoyat qiladi. Changli allergik konyunktivit, pollinoz bilan kasallangan bemorlarning 95 foizida qayd etiladi. Shu bilan bir vaqtda qattiq tanglay, halqum, burun shilliq qavati, quloq ichlarida qichishish paydo bo'ladi. Bemorning burnidan tinmay suv oqishi, to'xtamaydigan aksirish xuruji, burnidan nafas olishning qiyinlashuvi va hatto, nafas ololmay qolishgacha borish holatlari ku-

zatiladi. Bu belgilar, odatda «changdan zaharlanish» (intoksikatsiya) tez charchab qolish, holsizlik, ishtaha pasayishi, ko'p terlash asabiylashish, salga yig'lab yuborish, uyquning buzilishi bilan birga qo'shilib keladi. Bemorlar bu vaqtda mehnat qobiliyatlarini butunlay yo'qotadilar. O'tkir changli allergik rinitning morfologik ko'rinishi burun shilliq qavatining ko'pchib qolishi va eozinofilli infiltrat vujudga kelishi bilan namoyon bo'ladi. Rinoskop yopdamida tekshirilganda: shilliq qavat – oqish kulrang, shishgan, ba'zan Voyachek dog'lari (qoncizlangan qismlar) ko'zga tashlanadi. Burundan ajralib chiqayotgan shilliq suyuqlik tarkibida ko'p miqdopda eozinofillar bo'ladi.

Pollinozning eng kam uchraydigan ko'rinishlaridan biri – o'pkadagi eozinofilli infiltrat hisoblanadi. Odatda, diagnoz antibiotiklar bilan davolash yaxshi samara bermaganidan keyin va havodagi allergenlar bilan maxsus davo o'tkazishdan so'ng qo'yiladi. Pollinozning yana boshqa ko'rinishlaridan biri – bu tananing ochiq qismlarida qavarchiqlar, Kvinke shishi, kontakt dermatit tipidagi teri zararlanishlarini qayd etib o'tish mumkin. Biz pollinozning rinokonyunktival shakli bilan kasallangan ikki bemorda yong'ir yog'ayotgan paytda o'tkir qavarchiqlar holatini kuzatdik. Yong'ir suvida erigan changlar terida mahalliy reaksiyalarni keltirib chiqargan bo'lsa kerak. Allergen oziq-ovqat mahsulotlari bilan birga tushgan hollarda ko'ngil aynishi, ich ketishi, qorinda to'satdan og'riq paydo bo'lishi kabi oshqozon-ichak yo'lining zararlanganini ko'rsatuvchi belgilar; qavarchiqlar Kvinke shishi bilan birga qo'shilib keladi.

Shuning uchun pollinoz bilan kasallangan bemorlarga ayrim oziq-ovqat mahsulotlarini iste'moldan chiqarib tashlash tavsiya etiladi. O'simlik changlariga allergiyasi bo'lgan bemorlar olma, yong'oq, gilos, o'rik kabi mahsulotlarni, boshqoqli o'tlarga allergiyasi bo'lgan bemorlar bug'doydan, qora javdardan tayyorlangan nonlarni, bug'doydan tayyorlangan aroqni, yovvoyi begona o'tlarga allergiyasi bo'lgan bemorlar esa holva, kungaboqar yog'i, qovun, tarvuzlarni iste'moldan chiqarib tashlashlari lozim. Pollinoz bilan kasallangan barcha bemorlarga asal iste'mol qilish taqiqlanadi, chunki asal tarkibining 10 foizgacha bo'lgan qismini o'simlik changlari tashkil qiladi. O'simlik changlariga allergiyasi bor bemorlarni dorivor o'tlar bilan davolashda ham ehtiyot bo'lish kerak.

Masalan, shuvoqqa allergiyasi bor bemorlar tirnoqgul, moy-chechakka nisbatan; daraxt changlariga allergiyasi bor bemorlar esa qayin po'stlog'iga nisbatan sezuvchan bo'lishlari mumkin.

Pollinoz diagnostikasi

Pollinozning rinokonyunktival va astmatik shakllarini diagnozlash qiyinchilik tug'dirmaydi. U mavsumga bog'liq bir xil belgilarining shu mavsumda takrorlanishi (hatto kunigacha mos kelishi), iqlimning o'zgarishi bilan belgilarning o'zgarishiga asoslangan. Dastlabki diagnoz qo'yilgandan so'ng shifokor bemorni maxsus tekshirishlar o'tkazish uchun allergologik xonalarga yuboradi. Bu nafaqat diagnozni aniqlash uchun, balki keltirib chiqaruvchi omilni ham aniqlash maqsadida qilinadi. Maxsus allergologik tekshirishlar allergologik anamnez yig'ish, terida sinamalar o'tkazish (gumonli holatlarda), ularni tasdiqlash maqsadida qo'zg'ash (provokatsiya) sinamalapini o'tkazishni o'z ichiga oladi. Teridagi sinamalar va qo'zg'atuvchi sinamalar manfiy bo'lgan hollarda, hatto bemor anamnezida kasallikning aniq mavsumga bog'liqligi aniqlangan bo'lsa ham, pollinoz diagnozi gumonli bo'lib qoladi... Bunday hollarda kasallikni keltirib chiqaruvchi omil o'simlik changi emas, zamburug'lar bo'lib hisoblanadi, chunki ularning ko'payishi ham mavsumga bog'liqligi tasdiqlangan. Biroq pollinozning klassik belgilari aniq mavsumga bog'liqlik, iqlim sharoiti o'zgarishi bilan kasallik belgilarining yo'q bo'lishi bilan kelishi diagnozni tasdiqlashga imkon bepadi. Gumonli hollarda pollinozning yakuniy tashxisi shifokor allergolog tomonidan maxsus tekshirish usullarini qo'llashdan keyingina tasdiqlanadi.

Pollinozni davolashning juda ko'p usullari mavjud. Rivojlantirish mexanizmlari bo'yicha davolash usullari kasallikning xuruj davrida ham, tinch davrida ham qo'llanilishi mumkin. Xuruj davrida, odatda gistaminga qarshi turli preparatlar 10-15 kun davomida belgilanadi. Kromoglikat natriy bilan davolash ham juda yaxshi samara beradi. Preparat kasallikning tinch davrida oldini olish maqsadida belgilanadi. Patologik jarayonning joylashgan o'rniga muvofiq kromoglikat natriyning turli xil shakllari qo'llaniladi, ular mahalliy ta'sir ko'rsatadi. Ko'zning allergik yallig'lanishida – op-

tikrom, burun kasalliklarida – lomuzol, bronxlar yallig'lanishida – kromoglikat natriy, oshqozon-ichak yo'lining allergik kasalliklarida – nalkrom belgilanadi. Davolash uzoq vaqt davomida, butun xuruj davri mobaynida o'tkaziladi.

Bundan tashqari, ketotifen ham juda samarali hisoblanadi. U bir kunda ikki mahal bitta tabletkadan ichish uchun belgilanadi. Ketotifen, odatda kasallik xurujining oldini olish maqsadida uzoq vaqt davomida qo'llaniladi.

Turli allergik kasalliklarni davolashda kortikosteroidlar ham keng qo'llanilmoqda. Pollinozni davolashda kortikosteroidlar boshqa dori moddalari samarasiz hollarda belgilanadi. Ularni qisqa vaqt davomida kichik miqdorlarda qo'llash lozim. Kortikosteroidlarni mahalliy qo'llash ko'proq samarali hisoblanadi. Allergik konyunktivitda gidrokortizon eritmaları yoki gormonli malhamlar qo'llaniladi. Allergik rinitda avamis yoki flutineks aerozol ko'rinishida ishlatiladi. Bu preparatlar kasallikning og'ir xuruj davrida juda yaxshi samara beradi.

Hozirgi paytgacha pollinozni davolash usullaridan eng samaralisi, allergenlar bilan maxsus davolash bo'lib qolmoqda. Bu usul 70 yildan ortiq vaqt mobaynida qo'llanilmoqda va u o'zining foydali tomonlarini ko'rsatdi. Maxsus davolash faqat allergolog xonasida va shifoxonalarda o'tkaziladi. Uni mavsumdan oldin, ya'ni kasallikning tinch davrida – qishda ko'rsatmalar va moneliklarni hisobga olgan holda o'tkaziladi. Erta boshlangan maxsus davolash 75 – 85 foiz hollarda samara beradi. Pichan astmasining rivojlanishi davolanmagan bemorlarning 70 foizida, maxsus davolash o'tkazilganlarning esa 2 foizida 5 yildan keyin kuzatilgan.

Klinikamizda pollinoz, pichan astmasi, allergik konyunktivitni aerozol holidayi allergenlar bilan mahalliy davolash ishlab chiqilgan va amaliyotga tatbiq etilgan. Bu usul bilan davolash juda kam asoratlar berdi hamda hozirgi paytda keng tarqalgan allergenni teri ostiga kiritish usuliga qaraganda ko'proq samarali ekanligini ko'rsatdi. Bundan tashqari, allergenlarning yangi shakllari ham qo'llanilmoqda. Uzoq vaqt davomida ta'sir ko'rsatuvchi – allpiral, juda kam allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan – allergoid shular jumlasidandir.

Ayrim hollarda faqat yilning aniq bir davrida takrorlanuvchi pollinoz boshqa guruh: uy-ro'zg'orga oid, zamburug'larga oid allergenlar bilan ham asoratlanishi mumkin. Pollinozning bir o'zi (alohida) uchragan hollarda davolash 90 foiz bemorlarda samarali bo'ladi, boshqa allergenlar bilan asoratlangan shakllarda esa davo samarasi kamroq bo'ladi. Birgalikda kechadigan shakllarni davolash o'ziga xos yo'l tutishni talab etadi. Dastlab o'simlik changlarining allergenlari bilan, keyinchalik esa boshqa allergenlar bilan davolash tavsiya qilinadi. Bu usul bizning ma'lumotlar bo'yicha eng yuqori samara beradi va juda kam asoratlarga sabab bo'ladi.

Pollinoz - mavsumiy rinitning oldini olish chora-tadbirlari
Pollinoz bilan kasallangan bemorlarga yozda bog'larga, dalalarga borish, uyda gullar o'stirish, dorivor o'simliklar bilan davolanish taqiqlanadi hamda o'simlik changi bilan kesishuvchi allergik reaksiyalar bera olishi mumkin bo'lgan (arpa, bug'doy, holva, asal) mahsulotlarni iste'moldan chiqarib tashlash tavsiya etiladi. Kasallikning xuruj davrida albatta parhezga rioya qilish, kuchli allergenlik xususiyatlariga ega bo'lgan mahsulotlarni iste'mol qilmaslik zarur. Xona derazalarini zich yopish, havo namlagichlardan, niqoblardan foydalanish maqsadga muvofiq.

BRONXIAL ASTMA HARAKATLAR REJASI

F.I.Sh.....

Shifokor.....

Sana.....

Shifokor yoki shifoxona telefoni.....

Taksi chaqirish yoki do'stlar telefoni.....

Qaysi dori vositalarini qo'llash kerakligini oson eslab qolish uchun svetofor ranglaridan foydalanishingiz mumkin.



1. YASHIL – “**Yuraver**” degani. Faqat qo'llab-quvvatlab turadigan, saqlaydigan dorilar.

2. SARIQ – “**DIQQAT!**”. Xurujlarning oldini oladigan, to'xtatadigan dorilar.

3. QIZIL – “**TO'XTA!**”. Shifokorga murojaat eting.

1. YASHIL – “YURAVER”.

Nafas olish funksiyasi buzilmagan.

Yo'tal va hushtaksimon nafas yo'q.

Ishlash (bolaga esa – o'ynash) mumkin.

POS ko'satkichi

.....dan.....gacha

Saqlaydigan dorilar qabul qiling

Dori nomi

Doza

Qabul qilish vaqti

.....

.....

Bu dorilarni jismoniy zo'riqishdan 20 daqiqa oldin iching.

2. SARIQ – “DIQQAT!”

Yo'tal Hushtaksimon nafas Ko'krak qafasining qisishi

POS ko'rsatkichi

.....dan.....gacha

Tunda uyg'onish

Saqlaydigan dorilarni qabul qiling

Dori nomi

Doza

Qabul qilish vaqti

.....

.....

3. QIZIL – “TO'XTA – XAVF BOR!”

* Dori yordam bermayapti

* Kuchli bo'g'ilish

* Yurish qiyinlashdi

* Gapirish qiyinlashdi

* Qovurg'alar orasi “tortilganday”

* Burun kataklari keriladi

POS ko'rsatkichi

.....dan.....gacha

Tezda shifokorga murojaat qiling!

Shifokor bilan gaplashishdan oldin ham quyidagi dorilarni qabul qiling.

Dori nomi

Doza

Qabul qilish vaqti

.....

.....

**Bronxial astmaga tegishli eng ko'p beriladigan
savollar va ularga javoblar**
**Bronxial astma sog'liqni saqlashning jiddiy muammosi
hisoblanadimi?**

Ha. Bronxial astma bilan dunyodagi 300 million kishi xastalangan. Uning tibbiy xizmat narxlariga ta'siri ortib borayapti. U mehnat qobiliyatining yo'qolishiga, bemor hayot tarzining pasayishiga tobora ko'proq sabab bo'lib qolayapti. Bronxial astmaning tarqalishi, ayniqsa bolalar va shahar aholisi o'rtasida tarqalishi kengaymoqda. Bu esa uylarning yaxshi shamollatilmasligi, maishiy allergenlar (uy hasharotlari, ayniqsa, mushuk va boshqa uy hayvonlarining yungi) ta'siri, chekish, virusli respirator xastaliklar, havo pollyutantlari (ifloslantiruvchilar) va kimyoviy vositalar ta'siri bilan bog'liq.

Muammoni hal qilishga yondashuvlar o'zgardimi?

Ha. Xastalikning sabablari haqidagi zamonaviy axborot, zo'riqish holatlarini davolash va uzoq muddatli davo strategiyasi bo'yicha yaqinda ishlab chiqilgan uslubiyotlar bronxial astma muammosiga yangicha yondashuvga imkon beradi.

Bronxial astmaga chalingan bemorda qanday holatlar ro'y beradi?

Bronxial astmadan aziyat chekuvchi bemorlarda nafas yo'llarining surunkali yallig'lanishi kuzatiladi. Bu esa yo'tal (epizodik yoki xurujli), hushtaksimon nafas, ko'krak qafasining qisishi yoki nafas qiyinlashuvi kabi holatlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Astma belgilari paydo bo'lib, yo'qolib turadi. Ular bir necha daqiqadan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Bronxial astma xuruji yengil yoki og'ir, ba'zan juda xavfli bo'ladi. Og'ir xurujda tibbiy yordam talab etiladi.

Bronxial astma bilan kim xastalanadi?

Bronxial astma odatda oilaviy xastalikdir. Unga turli yoshdagi odamlar chalinishi mumkin. Bu yuqadigan xastalik emas. Bronxial

astmani to'liq davolash mumkin emasligiga qaramay, uning kechishini nazorat qilish mumkin. O'z vaqtida qo'llanilgan davo chorolari bemorning to'laqonli hayot kechirishiga yordam beradi.

Bronxial astmaning rivojlanishining oldini olsa bo'ladimi?

Bronxial astma epizodlarining rivojlanishining oldini olish mumkin. Biroq astma xurujiga olib keluvchi rivojlanishning oldini olish mumkinmi – buning uchun qo'shimcha tekshiruv, tadqiqotlar zarur. Atrofdagi allergenlar va irrigantlarning ta'siridan saqlanishi bronxial astma profilaktikasida yordam beradi.

Bronxial astmani davolasa bo'ladimi?

Bemorni to'liq davolashga imkon beradigan dori vositalari hali topilmagan. Lekin bronxial astmaning kechishini nazorat qilib, tegishli davo muolajalarini qo'llab borish natijasida belgilarning kuchayishi va zo'riqishning oldini olish mumkin. Bemor bunda ortiqcha tashvish va muammo sezmaydi.

Bemor bola o'sgan sayin bronxial astmaning kechishi o'zgaradimi?

Ba'zi bolalarda yoshi katta bo'lgan sari bronxial astma simptomlari kamayadi. Ayrimlarda esa, aksincha, kuchayadi. Lekin xastalik qaysi yo'nalishda davom etishi yoki rivojlanishini aytib berish hali mumkin emas. Bronxial astma – uzoq davom etuvchi, lekin nazorat qilinuvchi xastalikdir.

Bronxial astmaning kechishi qanday nazorat qilinadi?

Bronxial astma doimiy tibbiy nazoratni talab qiluvchi surunkali xastalikdir. O'rta og'ir yoki og'ir kechishli bronxial astmaga chalingan bemorlar uzoq muddat davolanishda dori vositalarini (masalan, yallig'lanishga qarshi) qabul qilib yurishlari mumkin. Bu dorilar xastalik asosida yotadigan nafas yo'llari shamollashini davolash uchun ham, xuruj va zo'riqishlarning oldini olish uchun ham qabul qilinadi. Xastalik belgilari yuzaga chiqqanda ularni to'xtatish maqsadida tez ta'sir etuvchi preparatlar (Beta-2 agonistlarning ingalyatsion shakli) qo'llaniladi.

Ingalyatsion glyukokortikosteroidlar (IGKS)ga “o’rganib qolish” holatlari kuzatiladimi?

Zamonaviy gormonal ingalyatorlar (Beklazon-EKO) mahalliy ta’sir etadi, ya’ni faqat o’pkaga tushadi. Qonga so’rilmaydi, minimal dozalarda ishlab chiqariladi. Shuning uchun organizm ularga o’rganib qolmaydi va ular boshqa tizim va a’zolarga ta’sir ko’rsatmaydi.

Lekin shuni yodda tutish zarurki, bronxial astma – surunkali xastalik bo’lib, allergik yallig’lanish holati o’pkada doimiy ravishda mavjud bo’ladi, hatto bemorni hech narsa bezovta qilmasa ham. IGKS – allergik yallig’lanishni nazorat qiluvchi yagona dori guruhi. Shuning uchun ularni tavsiya etilgan dozalarda bosqichma-bosqich davo tamoyili asosida doimo qabul qilish zarur.

Dori vositalarining ingalyatsiya shaklida kiritish nima uchun eng optimal usul hisoblanadi?

Chunki bu usul dori vositasini minimal dozalarda qo’llashga imkon yaratadi. Mahalliy ta’sir tez samara beradi va boshqa a’zolarga aloqasi yo’q. Shunday ekan, yuqori klinik xavfsizlik ham ta’minlanadi.

Bronxial astma bilan kurashda dori-darmon qabul qilish yagona yo’lmi?

Yo’q. Nafas yo’llarini qo’zg’atadigan, ularda yallig’lanishni chaqiruvchi va bronxial astmaning kechishini og’irlashtiruvchi tashqi omillardan saqlanish juda muhim. Ular triggerlar deb ataladi. Har bir bemor o’zi uchun xavfli triggerlarni bilishi va ulardan ehtiyot bo’lishi lozim.

Bronxial astma bilan og’rigan bemor o’z xastaligining kechishini qanday nazorat qila oladi?

Bemor bronxial astmani uzoq muddat davolanishni tashkil etish uchun malakali shifokorga murojaat qilgani ma’qul. Ular birgalikda davo rejasini ishlab chiqadilar. Rejada qanday dorilarni ichish, qaysi triggerlardan saqlanish va xastalik belgilari yuzaga chiqqan-

da qanday yo'l tutish ko'rsatiladi. Ko'pincha bu rejaga doimiy amal qilish kerak bo'ladi.

Bronxial astmani davolash rejasi nima beradi?

Bronxial astmani davolash bo'yicha maxsus o'zi uchun tuzilgan rejaga amal qilgan bemor bemalol samarali va faol hayot kechira oladi, chunki belgilar unda kamroq yuzaga chiqadi. Shunday qilib, bronxial astma davo rejasiga amal qilish oilada ham, ijtimoiy va iqtisodiy nuqtayi nazardan ham xastalikning yukini kamaytiradi.

Bronxial astma jamiyatga qanday ta'sir ko'rsatadi?

Agar astmaning kechishini nazorat qilish samarasiz bo'lsa, jamiyat ancha katta xarajat va yo'qotishlarga duch keladi. Bemor va uning oilasi shoshilinch tibbiy yordam olish yoki shifoxonada davolanish zarurati tufayli ancha mablag' sarflashiga to'g'ri keladi. Bemor sog'lig'ini o'zi nazorat qilganda-chi? Astmani davolashga ketadigan xarajatlarning kamayishi va ishlab chiqarish samaradorligi ortishi jamiyatga ham foyda. Yer yuzidagi odamlarning taxminan 5%i bronxial astmaga chalingan. Bu xastalik shaharlarda ko'proq uchraydi.

Bronxial astma zo'rayganda qachon antibiotiklar buyuriladi?

Katta yoshlilarda bronxial astmaning zo'rayishi ko'pincha nafas yo'llarining virusli (asosan rinovirusli) yallig'lanishi sababli kelib chiqishi isbotlangan. Shuning uchun antibiotiklar kam talab etiladi: masalan, o'tkir yiringli sinusit, o'tkir bronxit, o'pkaning surunkali obstruktiv xastaligida.

Men bronxial astmaga qarshi kurashda qatnasha olamanmi?

Ha! Shifokorlar, hamshiralar, sanitariya xodimlari, tibbiyot tashkilotchilari va bemorlar bronxial astmaning oldini olish va davolashda birga harakat qilishlari zarur. Ushbu qo'llanmada bronxial astmaning samarali oldini olish va davolash haqida axborot berilgan.

**NAFAS CHIQRISHNING ENG YUQORI TEZLIGI: ME'YORDAGI
KATTALIKNING PASTKI CHEGARASI (L/MIN).AYOLLAR UCHUN**

Yoshi Bo'yi (sm)	5	8	11	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80
100	39	39	39	Lordestin(dezloratadin) 5mg. №10 va №30 Gedeon Rixter (Vengriya)					Singlon 4mg№28 chay. Tab. 5mg №28 chay. Tab., №10mg № 28 qob.b-n. o'r.tab.Gedeon Rixter (Vengriya)				
105	65	65	65										
110	92	92	92										
115	118	118	118										
120	145	145	145										
125	171	171	171										
130	197	197	197										
135	224	224	224										
140	250	250	250	348	369	380	384	383	379	362	340	316	389
145	276	276	276	355	376	387	391	390	385	369	347	321	294
150	303	303	303	360	382	393	397	396	391	375	352	327	300
155	329	329	329	366	388	399	403	402	397	381	358	332	304
160	356	356	356	371	393	405	409	408	403	386	363	337	309
165	382	382	382	376	398	410	414	413	408	391	368	341	313
170	408	408	408	381	403	415	419	418	413	396	372	346	317
175	435	435	435	385	408	420	424	423	418	401	377	350	321
180	11 yoshgacha bo'lgan bolalarda PSV ko'rsatkichi faqat bo'yiga bog'liq			390	413	425	429	428	423	405	381	354	325
185				394	417	429	433	432	427	409	385	358	328
190				398	421	433	438	436	432	414	389	361	332

**NAFAS CHIQARISHNING ENG YUQORI TEZLIGI. ME'YORDAGI
KATTALIKNING PASTKI CHEGARASI (L/MIN).
ERKAKLAR UCHUN**

Yoshi	5	8	11	15	20	25	30	35	40	50	60	70	80
100	24	24	24	Lordestin(dezloratadin) 5mg. №10 va №30 Gedeon Rixter (Vengriya)					Singlon 4mg№28 chay. Tab. 5mg №28 chay. Tab., №10mg № 28 qob.b-n. o'r.tab. Gedeon Rixter (Vengriya)				
105	51	51	51										
110	77	77	77										
115	104	104	104										
120	130	130	130										
125	156	156	156										
130	183	183	183										
135	209	209	209										
140	236	236	236	414	456	481	494	499	497	480	452	418	381
145	262	262	262	423	466	491	504	509	508	491	462	427	389
150	289	289	289	432	475	501	514	519	518	500	471	436	397
155	315	315	315	440	484	510	524	529	527	510	480	444	405
160	342	342	342	448	492	519	533	538	536	519	489	452	412
165	368	368	368	456	500	527	542	547	545	527	497	460	419
170	394	394	394	463	508	535	550	555	554	535	504	467	426
175	421	421	421	469	515	543	558	563	561	543	512	474	432
180	11 yoshgacha bo'lgan bolalarda PSV ko'rsatkichi faqat bo'yiga bog'liq			476	522	551	566	571	569	550	519	480	438
185				482	529	558	573	578	576	557	525	486	444
190				488	536	564	580	585	583	564	532	492	450

MUNDARIJA

So'zboshi.....	3
<i>UMUMIY QISM</i>	
Umumiy allergologiya.....	5
<i>XUSUSIY QISM</i>	
Oziq-ovqat allergiyasi.....	70
Dori allergiyasi.....	87
Vaksina va zardoblar ta'sirida yuzaga keladigan reaksiyalar	104
Bronxial astma	108
Bronxial astma kuchayishini keltirib chiqaruvchi omillar (triggerlar).....	121
Bronxial astmaning rivojlanish mexanizmlari	122
Allergik yallig'lanishning immunologik mexanizmlari.....	123
Bronxial astmani boshqa xastaliklardan farqlash	137
Bronxial astmani medikamentoz davolashda qo'llaniladigan barcha dorilarni 2 turga bo'lish mumkin:	142
Spetsifik immunoterapiya.....	155
Ingalyatsiya texnikasi.....	163
Hasharotlar chaqishidan kelib chiqadigan allergiya (insekt allergiya)	174
Qavarchiqlar.....	181
Atopik dermatit	196
Allergik rinitlar	210
Teridagi sinamalar.....	221
Allergik rinitni davolash usullari	224
Dori moddalari bilan davolashning asosiy negizlari	226
Pollinoz.....	231
Ilovalar.....	239

O.A.NAZAROV, J.O.NAZAROV, Q.F.NIZOMOV

KLINIK ALLERGOLOGIYA

Muharrir

Ma'mura QUTLIYEVA

Musahhih

Sayyora MELIQO'ZIYEVA

Kompyuterda sahifalovchi

Nigora UMARQULOVA

Texnik muharrir

Umidbek YAXSHIMOV

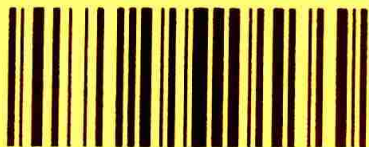
Bosishga 2016-yil 23.12.da ruxsat etildi.

Bichimi 60x84^{1\16}. Bosma tabog'i 7,75.

Shartli bosma tabog'i 13,02.

Garnitura «Cambria». Ofset qog'oz.

Adadi 300 nusxa. Bahosi kelishilgan narxda.



1032259