

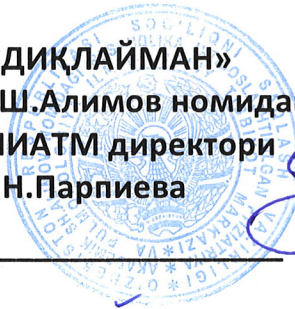
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
2025-йил “__23__” июндаги
_____180 -сонли буйруғига
-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АКАДЕМИК ШОКИР АЛИМОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“СУРУНКАЛИ БРОНХИТ” НАЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Академик Ш.Алимов номидаги
РИФваПИАТМ директори
Н.Н.Парпиева



« 20 » май 2025 йил

**“СУРУНКАЛИ БРОНХИТ” НАЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

МУНДАРИЖА	БЕТ
«СУРУНКАЛИ БРОНХИТ» КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БУЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	10-30
«СУРУНКАЛИ БРОНХИТ» КАСАЛЛИГИДА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БУЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	31-35
ИЛОВА	36

**“СУРУНКАЛИ БРОНХИТ” НАЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш

Код(ы) МКБ-10:

J40	Бронхит, аниқланмаган, ўткир ёки сурункали
J41	Оддий ва шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
J41.0	Оддий сурункали бронхит
J41.1	Шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
J41.8	Аралаш, оддий ва шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
J42	Сурункали бронхит, аниқланмаган
	Юклуб олиш (ХКТ) ҳаволаси: www.rlsnet.ru

Код(ы) МКБ-11:

CA20.1	Сурункали бронхит
CA20.10	Оддий сурункали бронхит
CA20.11	Шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
CA20.12	Аралаш, оддий ва шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
CA20.13	Узоқ давом этадиган бактериал бронхит
CA20.1Y	Бошқа аниқланган сурункали бронхит
CA20.1Z	Сурункали бронхит, аниқланмаган

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосли далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Академик Ш.Алимов номидаги Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳисобланади. (РИФваПИАТМ)

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш бўйича пульмонология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1	Арипов Б.С.	РИТваРИАТМ мутахассиси, т.ф.н., доцент;
2..	Ахмедов Ш.М.	ТТА фтизиатрия ва пульмонология кафедраси доценти, т.ф.н.;
3..	Ахатов И.М.	РИФва ПИАТМ мутахассиси, PhD;
4.	Гафнер Н.В.	РИФва ПИАТМ мутахассиси, олий тоифали пульмонолог.
5.	Иргашов А.А.	РИФва ПИАТМ мутахассиси, т.ф.н.;
6.	Массавиров Ш.Ш.	РИФва ПИАТМ илмий котиби, PhD.
7.	Мүминов К.П.	РИТваРИАТМ директор ўринбосари, т.ф.д.
8.	Рахимова Д.А.	РИТваРИАТМ мутахассиси, т.ф.д.;
9.	Убайдуллаева Н.Н.	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази пульмонология ва фтизиатрия клиник аллергология курси билан кафедраси мудир, т.ф.д, доцент;
10.	Ташметова Г.Т.	РИФва ПИАТМ мутахассиси, PhD;

Муаллифлар рўйхати:

1.	Парпиева Н.Н.	РИФваПИАТМ директори, Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош фтизиатри, т.ф.д.;
2.	Ливерко И.В.	РИФваПИАТМ директор ўринбосари, Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош пульмонологи, т.ф.д. профессор;
3.	Абдуганиева Э.А.	РИФва ПИАТМ мутахассиси, DSc;
4.	Ражабов Х.С.	РИФваПИАТМ директор ўринбосари, Соғлиқни сақлаш вазирлиги пульмонология йўналиши бўйича консултанти, олий тоифали пульмонолог;

Рецензентлар:

1.	Белевский А.С.	Россия респиратор жамияти президенти, Москва шаҳри Соғлиқни сақлаш департаменти бош пульмонологи, Н.И. Пирогов номидаги Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Россия Миллий тадқиқот тиббиёт университети қўшимча касбий таълим факультети пульмонология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор.
2.	Махмудов Д.Э.	ЎзР ФА академиги, Ўзбекистон терапевтлар ассоциацияси раиси, т.ф.д., профессор.

Клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИФваПИАТМ илмий кенгашининг 12.12.2024 йил №11-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Илмий кенгаш раиси - т.ф.д. профессор И.В. Ливерко, РИФваПИАТМ директор ўринбосари, ССВ бош пульмонологи;

Экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

1.	Шарапова Г.Ш.	Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош фтизиопедиатри, РИФва ПИАТМ мутахассиси;
2.	Аббасова Д.И.	Соғлиқни сақлаш вазирлиги фтизиопедиатрия йўналиши бўйича консултанти, Тошкент ш. Болалар сил касалликлари шифоханаси бош шифокори.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги экспертлар гуруҳи экспертлари томонидан эксперт баҳоси:

1.		
2.		
...		

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги дори сиёсати бошқармаси мутахассисларининг эксперт баҳоси:

1.		
2.		
...		

Ўзбекистон Республикаси вазирлик ҳузуридаги тиббий сўғурта агентлиги мутахассисларининг эксперт баҳоси:

1.		
2.		
...		

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумава ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Амалиёт шифокорлари:

1.	Каландарова Л.Н.	Тошкент шаҳар Фтизиатрия ва пулмонология марказининг директори.
2.	Зияев Т.Э.	Тошкент вилоятининг Фтизиатрия ва пулмонология марказининг директори.

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

Манфаатлар тўқнашувининг йўқлиги ҳақида кўрсатма: ишчи гуруҳ аъзолари манфаатлар тўқнашуви йўқлигини тасдиқлайдилар.

Қисқартмалар рўйхати

АҚБ	–	Артериал қон босими
ААФ	–	Ангиотензин айлантурувчи фермент
БА	–	бронхиал астма
БОС	–	бронхообструктив синдром
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГКС	–	Глюкокортикостероидлар
ГЭРК	–	гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги
НЕ	–	Нафас етишмовчилиги
ЎУС	–	ўпканинг умумий сиғими
иГКС	–	ингаляцион глюкокортикостероидлар
ИХП	–	ингибитор химояланган пенициллинлар
ҚТАХ	–	қисқа таъсирли антихолинэргиклар (АТК бўйича Антихолинэргик дори воситалари)
ҚТБА	–	қисқа таъсирли β2-агонистлар
КТ	–	компьютер томографияси
МСКТ	–	мультиспирал компьютер томографияси
ОГК	–	кўкрак қафас аъзолари
ЖНЧХ1	–	1-сонияда жадал нафас чиқариш ҳажми
ДНТ	–	дорининг ножўя таъсирлари
НЧЧТ	–	нафас чиқариш чўққи тезлиги
ФВД	–	функция внешнего дыхания
ЎЖТС	–	ўпканинг жадал тириклик сиғиси
СБ	–	сурункали бронхит
СНУК	–	сурункали носпецифик ўпка касалликлари
СОЎК	–	сурункали обструктив ўпка касаллиги
НОС	–	нафас олишлар сони
ЮУС	–	юрак уриш сони

ЭКГ	–	электрокардиография
PaO ₂	–	артериал қондаги кислороднинг парциал босими
PaCO ₂	–	артериал қондаги карбонат ангидриднинг парциал босими
SpO ₂	–	гемоглобиннинг кислород билан тўйиниши
6-ДЮС	–	6 дақиқалик юриш синови

Протокол фойдаланувчилари:

1. Пульмонологлар;
2. Терапевтлар;
3. Умумий амалиёт шифокорлари;
4. Соғлиқни Сақлаш ташкилотчилари;
5. Тиббий ёрдам сифатини назорат қилувчи ташкилотлар (ДТСЖ).
6. Клиник фармакологлар;
7. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;

1.	Умумий амалиёт шифокорлари;
2.	Пульмонологлар;
3.	Терапевтлар;
4.	Рентгенологлар;
5.	Талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар;

Бемор тоифалари: катталар.

Маълумотларнинг исботлар даражаси

Ташхис усуллари учун исботларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (ИИД)

ДАРАЖА	ТАВСИЯЛАРНИНГ ИШОНЧЛИЛИК МЕЗОНЛАРИ
1	Референс усули билан назорат қилинган тадқиқотларнинг систематик шарҳлари ёки мета-таҳлил қўлланилган рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг систематик шарҳи
2	Референс усули билан назорат қилинган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ҳамда рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари исталган дизайндаги тадқиқотларнинг мета-таҳлил қўлланилган систематик шарҳлари
3	Референс усули билан бир тахлитда назоратсиз ўтказилган тадқиқотлар ёки тадқиқотлар ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усули билан ёки норандомизацияланган қиёсланган тадқиқотлар, ҳамда когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи.
5	Фақатгина таъсир қилиш механизмининг асосланиши ёки экспертларнинг фикри мавжудлиги.

Профилактика, даволаш ва реабилитация усуллари учун исботларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (ИИД):

ДАРАЖА	ТАВСИЯЛАРНИНГ ИШОНЧЛИЛИК МЕЗОНЛАРИ
1	Референс усули билан назорат қилинган тадқиқотларнинг систематик шарҳлари ёки мета-таҳлил қўлланилган рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг

	систематик шарҳи
2	Референс усули билан назорат қилинган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ҳамда рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари исталган дизайндаги тадқиқотларнинг мета-таҳлил қўлланилган систематик шарҳлари
3	Референс усули билан бир тахлитда назоратсиз ўтказилган тадқиқотлар ёки тадқиқотлар ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усули билан ёки норандомизацияланган қиёсланган тадқиқотлар, ҳамда когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақатгина таъсир қилиш механизмининг асосланиши ёки экспертларнинг фикри мавжудлиги.

**Профилактика, ташхислаш, даволаш ва реабилитация усуллари учун
Исботлар даражасини баҳолаш шкаласи (ИД)**

Далиллар тоифаси	Тавсиф
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ҳисобланади, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг қизиқтирувчи натижалар бўйича хулосалари мувофиқдир).
B	Ўртамиона тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирувчи натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).
C	Заиф тавсия (етарли сифатли далилларнинг йўқлиги (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқтирувчи натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас)).

**СУРУНКАЛИ БРОНХИТ КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Катталарда сурункали бронхит муаммосининг долзарблиги касалликнинг юқори тарқалганлиги, айниқса, 30-60 ёшдаги меҳнатга лаёқатли аҳоли ўртасида кенг тарқалганлиги билан боғлиқ. Сурункали бронхит кўпинча ўпка функциясининг тобора ёмонлашуви, беморларнинг ҳаёт сифатининг пасайиши ва сурункали обструктив ўпка касаллиги (СОЎК) ва нафас етишмовчилиги каби жиддий асоратларнинг ривожланиши билан кечади. Бу касаллик катталар ўртасида госпитализациялар сонининг кўпайиши, ногиронлик ва ўлим даражасининг ошишига сезиларли даражада таъсир қилади.

Шу сабабли, клиник протоколларни ишлаб чиқиш, сурункали бронхитни ташхислаш, олдини олиш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий этиш беморларнинг соғлигини яхшилаш, уларнинг меҳнатга лаёқатини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимига бўлган ижтимоий-иқтисодий юкни камайтириш учун катта аҳамиятга эга.

термин ва таърифлар

- Сурункали бронхит клиник жиҳатдан ҳеч бўлмаганда кетма-кет 2 йил давомида 3 ой ёки ундан ортиқ муддатда йўтал ва балғам ажралиши билан кечадиган касаллик сифатида белгиланади.
- Сурункали бронхитнинг кучайиши, балғам ҳажмининг кўпайиши, балғамнинг ирийлашиши, нафас қисишининг пайдо бўлиши ёки кучайиши каби симптомлар билан барқарор ҳолдаги беморнинг аҳолининг ёмонлашуви билан боғлиқ ҳолат сифатида аниқланади.
- Йўтал – организмнинг ҳимоявий реакцияси бўлиб, нафас йўллариининг ўтказувчанлигини тиклашга ва улардан четдан кирган зарралар, микроорганизмлар ёки патологик бронхиал секрецияни чиқариб ташлашга ёрдам беради, бу эса бронхларни тозалашни таъминлайди.

2.3. таъриф

Сурункали бронхит мустақил касаллик сифатида белгиланади, у бошқа бирон-бир касаллик билан боғлиқ бўлмайди ва камида 3 ой давомида кетма-кет 2 йил ёки ундан ортиқ вақт мобайнида сурункали бронхиал гиперсекреция билан кечади, одатда маҳсулдор йўтал сифатида намоён бўлади. Эслатма. Камида 3 ой давомида кетма-кет 2 йил ёки ундан ортиқ вақт мобайнида маҳсулдор сурункали йўталга эга бўлган, бронхиал обструкциянинг функционал белгилари кузатилмаган беморларда, бошқа эҳтимолий респиратор ёки бошқа сабабларни истисно қилган ҳолда, СБ ташхисини қўйиш тавсия этилади.

Респиратор симптомлари бўйича стандартлаштирилган сўровнома

Сиз одатда қиш фаслида эрталаб балғам тупирасизми? (Биринчи сигаретани чекиш ёки кўчага чиқиш пайтида балғам ажралиши, бу ҳолат буридан ажралмани ҳисобга олмаган ҳолда). Балғамни ютиб юбориш эҳтимоли ҳам мавжуд.	Ҳа/Йуқ
Қиш фаслида Сиз одатда кун давомида ёки тун бўйи балғам ажратасизми?	Ҳа/Йуқ
Агар 1 ёки 2-саволга жавоб «Ҳа» бўлса, кейинги савол: Сиз бир йилда 3 ой давомида балғам чиқариб йўталасизми?	Ҳа/Йуқ

Берилган саволларга мос жавобларга қараб мувофиқ синфлар ажратилади: Синф0: Салбий: 3-саволга «Йўқ» Синф 1: Балғам баъзан ажралади: 1 ёки 2 ва 3-саволга «Ҳа» Синф 2: Балғам бутун кун давомида: 1, 2 ва 3-саволга «Ҳа».	Ҳа/Йўқ
---	---------------

2.4. ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Хавф омиллари

СБ ривожланиши ва кучайишининг хавф омиллари бўлиши мумкин:

- зарарли одатларнинг мавжудлиги (чекиш),
- физик ва кимёвий омилларнинг таъсири (чанг, тутун, углевод оксиди, олтингугурт ангидриди, азот оксидлари ва бошқа кимёвий бирикмаларни нафас олиш),
- иқлим омиллари (нам ва совуқ иқлим),
- мавсумийлик (күз, қиш, эрта баҳор),
- аллергия касалликлар ва иммунитет танқислиги ҳолатлари,
- вирусли инфекция (одатда кучайиш сабаби сифатида аҳамиятга эга),
- генетик омиллар, конституционал мойиллик.

Касаллик этиологияси

СБ (сурункали бронхит) пайдо бўлиши ва ривожланишида экзоген ва эндоген омиллар яқин ўзаро таъсир қилади. Экзоген омиллар орасида эса қўзғатувчи ва шикастловчи поллютантлар (маиший ва ишлаб чиқариш хусусиятига эга) ҳамда зарарли (кимёвий ва механик таъсир этувчи) чанглар бронхларнинг шиллиқ қаватига салбий таъсир кўрсатади. Экзоген омиллар орасида энг муҳим ўринни тамаки тутунининг таъсири эгаллайди. ХБ билан касалланиш сигарет чекиш миқдорига тўғри пропорционал. Сигарет тутуни 400та заррача ва газларни ўз ичига нафас олган мураккаб қўшилма ҳисобланади, лекин уларнинг ҳар бирининг аниқ этиологик роли ҳали аниқланмаган.

Иш жойидаги хавфлар ва СБ ривожланиши ўртасидаги боғлиқликни аниқлайдиган бир қатор эпидемиологик тадқиқотлар мавжуд. Диагноз, одатда, истисно усули билан қўйилади. Бу жараён қийин, чунки кўплаб ишчилар чекишади ёки пассив чекишга дуч келишади.

Иш жойларида тутун таъсири пасайишга мойил бўлса ҳам, жамоат жойларида чекишни тақиқловчи қонунларнинг қабул қилинишига қарамай, бу ҳолат ҳали ҳам дунё бўйлаб кўплаб мамлакатларда муаммо бўлиб қолмоқда. Бундан ташқари, кўп ҳолларда тамаки тутуни таъсирига уйда ҳам дуч келинади. Пассив тамаки тутуни таъсири, ҳатто ёшларда, сурункали йўтал ва балғам пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлиб, бошқа хавф омилларини истисно этувчи скринингдан ўтган бўлса ҳам кузатилади. Ҳар куни тамаки тутуни таъсири давомийлигининг ортиши билан хавф сезиларли даражада ошиб боради. Кам тараққий этган мамлакатларда сурункали бронхитнинг яна бир муҳим сабаби ошхонада овқат пиширишда ёқилғи буғлари, айниқса, ёпиқ ва ҳавоси яхши айланмайдиган бинолардаги таъсир ҳисобланади.

Органик чанг таъсирига учраган ишчилар сурункали йўталдан ва астмага ўхшаш обструктив симптомлардан шикоят қилишлари мумкин, лекин нафас йўллари эозинофилияси кузатилмайди, ҳаво ўтказувчанлигининг тикланувчи обструкцияси ёки бронхларнинг гиперсезувчанлиги билан бирга кечади. Бу ҳолат пахта, жут, каноп, зиғир, ёғоч, турли дон ва кўмир чанги, шишасимон толалар, цемент, кремний диоксиди, силикатлар, ванадий, пайвандлаш газлари, органик чанги, двигател чиқиндилари ва ҳоказоларнинг сурункали таъсирида юз беради.

Ҳаво ҳавзасининг ифлосланиши ва номақбул иқлимий омиллар (совуққа тушиш ва иссиққа чидаш) аҳамияти катта.

Этиологик омиллар орасида вирусли инфекциялар (грипп вируслари, аденовируслар), микоплазма ва бактериал инфекциялар (*S.pneumonia*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*) камроқ аҳамиятга эга, лекин уларнинг аҳамияти сурункали бронхит кучайганида сезиларли даражада ортиб боради.

Барча шахсларда бир хил ноқулай экзоген таъсирда сурункали бронхит пайдо бўлмаслиги сабабли, ХБ ривожланишига олиб келадиган эндоген омилларни ҳам ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ. Буларга бурин-томоқ патологиялари, нафас йўлларини тозалаш, намлаш ва иситишнинг бузилишига олиб келувчи бурин орқали нафас олишнинг ўзгариши, шунингдек, такрорий ўткир респиратор касалликлар, ўткир бронхитлар ва юқори нафас йўллари инфекцияси ўчоқлари, маҳаллий иммунитетнинг бузилиши ва семизлик киради.

Касаллик патогенези

Нафас йўлларининг тузилмавий ўзгаришлари асосан соғлом одамларда, айниқса чекишадиганларда, ҳатто 20-30 ёш оралиғида тасвирланган. Тадқиқотлар нейтрофиллар ва макрофаглар сонининг ортишига ишора қилади, улар ХБ яллиғланиш жараёнининг шаклланиши ва сақланишида муҳим роль ўйнайди.

Нормал ҳолатда бронхиал безлар кунига тахминан 500 мл балғам ишлаб чиқаради ва бу одатда сезилмайди. Аммо ХБ бўлган чекишадиганларда кунига ўртача 100 мл/сут балғам кўпроқ ажралиб, бу йўтал ва балғам тўпланишининг асосий сабаби ҳисобланади.

ХБ давомида шиллиқ қават ва унинг ости қатламининг тузилмавий-функционал хусусиятлари ўзгаради. Бу бокалсимон ҳужайралар ва бронхиал безларнинг гиперплазияси ва гиперфункциясида, шиллиқ гиперсекрецияси ва унинг хоссаларининг ўзгаришида намоён бўлади (шиллиқ секрецияси қуюқ, часпоқ бўлиб, милтиловчи эпителийнинг кирпикчаларини тўсади). Бунинг натижасида мукоцилиар транспорт тизими бузилади.

Бронхларнинг мукоцилиар транспортининг самарадорлиги икки асосий омилга боғлиқ:

1. Ҳилпилловчи эпителий функцияси билан белгиланадиган мукоцилиар эскалатор.
2. Бронхиал секрециянинг реологик хусусиятлари (унинг часпоқлиги ва эластиклиги), ва уларнинг икки қатлами – ташқи (гель) ва ички (золь) ўртасидаги оптимал нисбат билан таъминланади.

Шиллиқ қават яллиғланишига инфекция (вирусли ва бактериал) билан бирга турли кўзғатувчи моддалар сабаб бўлади. Секретор IgA ишлаб чиқарилиши камаяди,

шилликда лизоцим ва лактоферрин миқдори пасаяди. Шиллик қават шиши, кейинчалик эса атрофия ва эпителий метаплазияси ривожланади.

Ҳаводаги кимёвий моддалар нафас йўлларига шикаст етказиб, шиллик қават шиши ва бронхоспазм билан кечади. Бу бронхларнинг эвакуатор функциясининг бузилишига ва шиллик қаватнинг тўсиқ функциясининг пасайишига олиб келади. Катарал мазмун катарал-ирий, кейинчалик эса ирий мазмун билан алмашади.

Яллиғланиш жараёнининг бронхиал дарахтнинг дистал бўлимларига тарқалиши сурфактант ишлаб чиқарилишини бузади ва бактериялар ҳамда бошқа четдан кирган зарраларни фагоцитоз қиладиган альвеоляр макрофаглар фаоллигини пасайтиради.

Бронхларнинг дренаж функциясининг бузилиши қуйидаги бир қатор омилларнинг биргаликда таъсир қилиш натижасида юзага келади:

- Экзоген омилларнинг бевосита қўзғатувчи таъсири ва шиллик қават яллиғланиш ўзгаришлари натижасида юзага келувчи бронхларнинг силиқ мушаклари спазми;
- Шиллик гиперсекрецияси, унинг реологик хусусиятларининг ўзгариши, бу эса мукоцилиар транспортнинг бузилишига ва бронхларни қуюқ секреция билан тўсиб қўйилишига олиб келади;
- Цилиндрсимон эпителийнинг кўпқаватли ясси эпителийга метаплазияси ва унинг гиперплазияси;
- Шиллик қаватнинг яллиғланиш шиши ва инфильтрацияси;
- Шиллик қаватнинг аллергия ўзгаришлари.

Шиллик қаватнинг яллиғланишини акс эттирувчи турли ўзгаришлар унинг турли клиник шаклларини шакллантиришга олиб келади.

Катарал бронхитда шиллик қаватнинг тузилмавий-функционал хусусиятларида юзаки ўзгаришлар устун бўлади; шиллик-ирий (ёки ирий) бронхитда эса инфекция яллиғланиш жараёнлари устунлик қиладди. Бронхитнинг бир клиник шаклидан иккинчисига ўтиш мумкин. Масалан, катарал бронхит узоқ вақт давом этса, инфекция қўшилиши натижасида шиллик-ирий шаклга айланиши мумкин ва ҳоказо.

Бронхларнинг асосан йирик ўлчамли қисмлари жалб этилганда (проксимал бронхит) бронхиал ўтказувчанлик бузилишлари сезилмайди. Майда бронхлар ва ўрта ўлчамли бронхлар зарарланганда бронхиал ўтказувчанликнинг бузилиши кўпинча юз беради, бу, одатда, ХБ кучайиши вақтида аниқ намоён бўлади.

Эслатма. Барча санаб ўтилган экзоген ва эндоген омиллар, шунингдек, патогенетик механизмлар бошқа касалликларни, аввало, ХОБЛни ривожланиш сабаби бўлиб хизмат қиладди, буни клиник амалиётда ҳисобга олиш зарур.

2.5. СБ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Функционал характеристика:

- Обструктив бўлмаган
- Обструктив синдром билан

Яллиғланиш характери:

- Катарал
- Шиллик-йирингли
- Йирингли

Касаллик оғирлик даражаси:

- Енгил
- Ўртача
- Огир

Касаллик фазаси:

- Кучайиш
- Барқарор бўлмаган ремиссия (камайиб бораётган кучайиш)
- Клиник ремиссия

2.6. КЛИНИК КЎРИНИШИ:

СБнинг асосий ва муҳим симптоми балғам ажралиши билан кечувчи йўталдир.

СБ қуйидаги касалликлардан ҳар бири билан бир вақтда мавжуд бўлиши мумкин:

- ўпканинг ҳар қандай касалликлари, масалан, сил, пневмония, кистоз касалликлар ва бронхоэктазия;
- ўпканинг генерализацияланган касалликлари (обструктив, гранулематоз ва интерстициал касалликлар, пневмокониозлар);
- бошланғич юрак-томир ёки буйрак касалликлари.

Айрим беморлар ўзларида балғам ажралишига эга бўлмаган сурункали ёки рецидивли йўтал борлигини таъкидлайдилар. Бироқ, балғам мавжуд бўлиб, беморлар уни ютиб юборишади. Агар йўтал маҳсулдор бўлмаса, у "сурункали қуруқ йўтал" сифатида баҳоланиши мумкин, то ки йўталнинг аниқ сабаби аниқлангунигача қадар.

"Сурункали бронхит" клиник ташхисининг формулировкаси

- **Клиник варианты** (нообструктив, обструктив синдром билан)
- **Касаллик шакли** (яллиғланиш характериға кўра: катарал, катарал-йирингли, йирингли)
- **Жараён фазаси** (кучайиш, сусайиб бораётган кучайиш ёки барқарор бўлмаган ремиссия, ремиссия)
- **Асоратлар**

Сурункали нообструктив бронхит ташхисининг формулировкасини берганда "нообструктив" терминини қўлламаслик мумкин.

Эслатма.

СБ ташхисини формулировка қилишда обструктив синдромни кўрсатиш **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ**, фақат биринчи марта касалликнинг кучайиши вақтида аниқланган ҳолатлар истисно қилинади. Обструктив синдром мавжудлиги ташхисни аниқлашни талаб қилади ва СБнинг намоён бўлиши ҳисобланмайди. СБ учун асоратлар хос эмас.

3. ДИАГНОСТИКА

3.1. Ташхис қўйиш критериялари:

- "Йўтал анамнези" (3 ой давомида, камида 2 йил мобайнида маҳсулдорлиги кам бўлган ёки балғам ажралиши билан кечувчи йўтал).
- **Бронх-ўпка аппаратининг бошқа патологияларининг йўқлиги** (сил, бронхоэктазия, пневмония, бронхиал астма, ўпка саратони ва бошқалар), "йўтал анамнези"га сабаб бўлувчи ҳолатлар истисно қилинади.
- **СОЎК дифференциал диагностикасида нафас йўллари обструкциясининг аниқланиши** (унга хос қайта тикланувчи ва қайта тикланмайдиган компонентлар).

3.2. Шикоятлар ва анамнези

Шикоятлар касалликнинг кечи ши варианты ва жараён локализациясига боғлиқ. Шикоятлар ва анамнез «клиник кўриниш» бўлимида баён этилган.

Шикоятлар:

Йўтал – СБ бўлган беморларда асосий шикоят. Йўталнинг хусусиятлари:

- **Пайдо бўлиш вақтига кўра:** эрталаб, кундузи, кечқурун, тунги;
- **Даврийлигига кўра:** тез-тез, даврий, доимий, ҳужумсимон, оғриқли, оғриқсиз;
- **Характерига кўра:** маҳсулдор эмас (қуруқ), маҳсулдор (нам);
- **Интенсивлигига кўра:** енгил йўтал, ўртача кучли, кучли;
- **Овоз чиқишига кўра:** овозсиз, енгил йўтал, қаттиқ;
- **Давомийлигига кўра:** эпизодик қисқа муддатли ёки ҳужумсимон доимий;
- **Кечишига кўра:** ўткир йўтал 3 ҳафтагача, ўткирдан кейинги 4 ҳафтадан 8 ҳафтагача, сурункали 8 ҳафтадан ортиқ.

Йўтални **АССР (American College of Chest Physicians)** тавсияларига мувоҳиқ баҳолаш тавсия этилади, клиник амалиётларни ҳисобга олиб (5С синф/шкала тавсияси).

Касаллик

анамнези:

СБ аста-секин бошланади: эрталабги йўтал билан бирга шиллиқ балғам ажралишидан иборат бўлиб, вақт ўтиши билан кун давомида беморни безовта қила бошлайди, совуқ ва нам ҳаво шароитида кучаяди. Бу ҳолат камида кетма-кет 3 ой давомида, 2 йил ёки ундан ортиқ вақт давомида кузатилади ва йиллар ўтиши билан доимий равишда кузатилади.

Сурункали бронхитдаги йўтал АССР (American College of Chest Physicians) тавсиялари.

«Шамоллаш ҳолати бўлмаганда, йўтални кузатасизми?»	Ха
«Йил давомида сизда узоқ кунлар мобайнида йўталадиган ойлар бўладими?»	Ха
«Сиз йил давомида 3 ой мобайнида кўп кунлар йўталасизми?»	Ха

«Неччи йил мобайнида йўтални кузатилади?»	≥2 йил
---	--------

Барча саволларга ижобий жавоблар СБ (сурункали бронхит) мавжудлигини кўрсатади.

Йўтални дифференциал ташхислаш жараёнида қуйидаги саволларни бериш тавсия этилади:

- йўтал қанча вақтдан бери мавжуд;
- йўтал қуруқми ёки балғам билан;
- сутка давомида қанча балғам ажралиши;
- балғамнинг хусусияти қандай;
- балғамда қон қўшимчаси борми;
- буридан ажралишлар мавжудми;
- иш касбий зарарлар билан боғлиқми;
- яқин қариндошлар орасида узоқ вақтли йўтал, сил, саратон ёки бронхиал астма борми;
- бемор АПФ ингибиторлари ёки бета-адреноблокаторлар қабул қиляптими.

(Тавсия синфи/шкаласи 5С).

СБнинг бошланғич босқичларида йўтал фақат эрталаб кузатилади – «бронхларнинг эрталабги тозаланиши» кичик миқдорда балғам ажралиш билан кечади, йўтал совуқ ва нам ҳаво бўлган вақтларда кучайиши мумкин. Вақт ўтиши билан йўталнинг тез-тез такрорланиши ортиб боради (эрталаб, эрталаб ва кундузи, кун давомида). Йўтал трахея шиллиқ қаватида ва асосий бронхлар бўлинувчи жойларда («шпоралар») жойлашган адашган нерв рецепторларининг қўзғатилиши натижасида пайдо бўлади.

Майда бронхларда йўтал рецепторлари мавжуд эмас, шунинг учун балғам билан йўтал – проксимал бронхитнинг асосий кўринишидир. Трахея ва йирик бронхларнинг экспиратор коллапси (трахеянинг мембраноз қисмининг унинг йўлини босиши ва бронхларнинг ҳаво чиқариш пайтида тушиб кетиши) кучайганда, йўтал «вўвилловчи» характерини олади ва миянинг ўткир гипоксияси натижасида ҳушдан кетиш ҳолатлари (синкопе) билан бирга кечиши мумкин.

3.3. Физикал текширув

СБ бўлган беморларда физикал патология симптомлари мавжуд бўлмаслиги мумкин. Аускультацияда кузатиладиган ўзгаришлар: қуруқ тарқоқ хириллашлар, асосан кўкрак қафасининг орқа-пастки қисмларида, йирик ва ўрта бронхлардаги жараёнларда қўпол ғужурлаган қуруқ хириллашлар, ҳамда майда бронхларнинг зарарланишида, айниқса нафас чиқариш вақтида яхши эшитиладиган ҳуштаксимон хириллашлар бронхоспастик синдроми борлигини кўрсатади.

Эслатма. Келтирилган аускультатив манзара нафас олиш органларининг бошқа касалликлари билан ўз вақтида дифференциал ташхисни талаб қилади.

Бронхитнинг эволюцияси ва у билан боғлиқ асоратлар беморни тўғридан-тўғри текширувда олинган маълумотларни ўзгартиради. Гиперинфляция, ўпка эмфиземаси, нафас етишмовчилиги белгилари СОЎК ни кўрсатади.

Ҳамма СБ беморларида патологик симптомларни аниқлаш учун физикал текширув ўтказиш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Ўпка аускультациясини жадал нафас олганда ва ётган ҳолатларда ўтказиш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

3.4. Лаборатория ва ташхис тадқиқотлари

Касалликнинг бошланғич босқичида, шунингдек, СБ ремиссия даврида лаборатория-инструментал кўрсаткичларда ўзгаришлар кузатилмаслиги мумкин. СБ ривожланиши давомида лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари катта аҳамиятига эга бўлади. Улар яллиғланиш жараёни фаоллигини аниқлаш, касалликнинг клиник шаклини аниқлаш, асоратларни аниқлаш ва клиник симптомлари ўхшаш бўлган касалликлар билан дифференциал ташхис қўйиш учун қўлланилади.

Камида 2 йил давомида кетма-кет 3 ой мобайнида сурункали маҳсулдор йўталга эга бўлган беморларга СБ ташхиси нафас йўллари ёки юракнинг бошқа эҳтимолий сабабларини истисно қилгандан сўнг қўйиш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Ҳамма сурункали йўтал бор беморларда қўйидагиларни баҳолаш тавсия этилади: респиратор қўзғатувчи таъсирлар (турли хил чекиш тутуни); иш жойи ва уйда пассив чекиш тутуни таъсири; ноқулай профессионал ва/ёки маиший шароитлар, чунки буларнинг барчаси сурункали бронхит ривожланишининг мойиллик омиллари ҳисобланади (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Барқарор СБ ҳолатидаги беморларда балғамнинг натив ёки бўялган препаратларини микроскопик текширувдан ўтказиш учун рутин текширув **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Шунингдек, барқарор ХБ ҳолатидаги беморлард яллиғланиш фаоллигини ўлчовчи реакцияларнинг ўткир босқичи ва қон биокимё кўрсаткичларини (қонда С-реактив оқсил, сиал кислоталари, серомукоид, фибриноген даражасини текшириш ва бошқалар) аниқлаш учун рутин текширув **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Эслатма. СБнинг стабил кечуви яллиғланишнинг системавий хусусияти ва биокимёвий бузилишлар билан бирга кечмайди.

Барча СБ беморларига нафас етишмовчилигини ва унинг даражасини аниқлаш учун 6-дақиқалик юриш синовидан олдин ва кейин пульсоксиметрия (SpO₂ баҳолаш) ўтказиш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 2C**).

Эслатма. СБ нафас етишмовчилиги билан бирга кечмайди, унинг мавжудлиги СОЎК ёки бошқа касаллик мавжудлигини кўрсатади.

3.5. Инструментал ташхис тадқиқотлари

Рентгенологик усуллар

Барча СБга шубҳа қилинган беморларда нафас олиш органларининг бошқа касалликларини истисно қилиш учун олдинги тўғри проекцияда ўпка рентгенографиясини ўтказиш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Эслатма. Кўпчилик беморларда умумий рентгенограммада ўпкада ўзгаришлар кузатилмайди. СБ узоқ давом этганда ўпка тўқимаси ретикуляр деформацияси аниқланади, бу кўпинча дистал бронхитнинг бошқа белгилари билан бирга учрайди. Упка рентгенографияси асоратлар ёки нафас олиш аъзоларининг бошқа патологияларини (пневмония, бронхоэктазиялар) ташхислашда ёрдам беради, шунингдек, бронхит симптомлари асосий жараёнга ҳамроҳ бўлиши мумкин бўлган касалликлар (сил, ўсма ва ҳ.к.) билан дифференциал ташхис қўйишда қўлланилади.

Компьютер томографияси

Барча СБ беморларида қўшимча текширувлар учун юқори аниқликдаги компьютер томографиясидан (КТЮА) фойдаланиш тавсия этилмайди (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Эслатма. КТ нафас олиш органларининг бошқа патологик ўзгаришларини (бронхоэктазиялар, ўпка эмфиземаси ва бошқалар) аниқлаш учун қўлланилади, лекин СБни тасдиқлаш учун эмас.

Ташқи нафас олиш функциясини тадқиқ қилиш

Барча СБ беморларида рестриктив ва обструктив ўпка вентиляцияси бузилишларини аниқлаш мақсадида ва СОЎК билан дифференциал диагностикасини ўтказиш учун ТНОФнинг ЖНЧ₁, ЎЖТС, ЖТС, ЖНЧ₁/ЎЖТС кўрсаткичларини ўрганиш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 5C**).

Эслатма. Барқарор СБ ҳолатида ТНОФ кўрсаткичлари нормал қийматлар доирасида бўлади.

Клиник ремиссия фазасидаги барқарор СБ функционал нуқтаи назардан ЖНЧ₁/ЎЖТС нисбати $\geq 0,7$ бўлиши билан бирга кечади, сальбутамол (400 мкг) билан бронходилатацион тест манфий бўлади (ЖНЧ₁ 12% дан ва бошланғич қийматдан 200 мл дан кам ўсади). СБ бронхообструктив синдроми (БОС) кузатилмайди.

Электрокардиограмма регистратсияси

Барқарор СБ ҳолатидаги беморларда рутин ташхис қўйиш учун ЭКГ ўтказиш **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** (**тавсия синфи/шкаласи 2C**).

Эслатма. СБда электрокардиография қўшимча маълумот тақдим этмайди.

3.6. СБ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сурункали бронхитнинг дифференциал диагностикаси сурункали йўтал синдроми (8 ҳафтадан ортиқ давом этадиган йўтал) билан кечадиган касалликлар билан ўтказилади.

Анамнезни диққат билан йиғиш, клиник симптомларни баҳолаш ва физикал текширув маълумотлари жиддий, ҳаёт учун хавfli касалликларни истисно қилиш имконини беради.

Сурункали йўтал билан кечадиган касалликлар рўйхати

Касаллик	Клиник ва анамнестик маълумотлар
Бронхиал астма	«Хуштаксимон» нафас олиш, хуружсимон хансираш, бўғилиш, шу жумладан жисмоний зўриқиш ёки совуқ ҳавони нафас олиш натижасида юзага келади.
Туберкулез	Харорат кўтарилиши, вазн йўқотиш, тунги терлаш, қон туфлаш
Ўпка саратони	Қариллик ёши, чекиш тарихи, вазн йўқотиш, қон туфлаш (гемоптиз).
Метастатик ўпка касаллиги	Илгари ташхисланган қаттиқ ёмон сифатли ўсма.
Сурункали юрак етишмовчилиги	Юрак ва қон-томир касалликлари тарихи, хансираш, ортопноэ ҳолати, периферик шишлар
СОЎК	Чекиш тарихи (ИК ≥ 10 «пачка/йил»), сурункали балғам ажралиши
Интерстициал ўпка касаллиги	Хансираш, ташқи муҳит омилларини эҳтимолий таъсири, овозли инспиратор крепитация.

Сурункали йўтал билан кечадиган касалликлар/патологик ҳолатларнинг эҳтимолий кенг доирасини ҳисобга олган ҳолда, уларни тез-тез, камроқ ва камдан-кам учрайдиган ҳолатларга, ажратиш тўғри мақсадига мувофиқдир.

Сурункали йўтал билан кечадиган тез-тез ва кам учрайдиган касалликлар рўйхати.

Заболевание	Клинико-анамнестические данные
Тез-тез учрайдиган касалликлар	<ul style="list-style-type: none"> – СОЎК – Ятроген йўтал (АПФ ингибиторларини қабул қилиш натижасида) – Юқори нафас йўллари касалликлари билан боғлиқ йўтал («постназал оқиши») – Бронхиал астмани йўтал варианты – Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги –
Камроқ учрайдиган касалликлар	<ul style="list-style-type: none"> – Постинфекцион йўтал (кўпроқ <i>V.pertussis</i>- ва <i>M.pneumoniae</i>-инфекцияси билан боғлиқ) – Бронхоэктазлар – Обструктив ўйқу апноэси

Заболевание	Клинико-anamnestические данные
	<ul style="list-style-type: none"> – Ўпка саратони – Сурункали юрак етишмовчилиги – Туберкулез
Камдан-кам учрайдиган касалликлар	<ul style="list-style-type: none"> – Саркоидоз – Пневмокозиозлар – Рецидив аспирацияси – Танглай безларини гипертрофияси – Идиопатик ўпка фибрози – Ташқи эшитиш йўлининг сурункали ирритацияси (олтингугурт тиқини, ёд жисм). – Нафас йўлига тушган (аспирланган) чет жисм – Муковисцидоз – Трахеомалация – Одатий (психоген) йўтал ёки йўтал тики – Артерио-веноз мальформация ва бошқалар

Хавф омилларининг ўзаро боғлиқлигини, йирик нафас йўлларидаги патоморфологик ўзгаришларнинг яқинлигини ва бунга мувофиқ равишда клиник кўринишларнинг ўхшашлигини (сурункали маҳсулдор йўтал) ҳисобга олган ҳолда, амалиётчи шифокор олдида кўпинча СБ ва СОЎК ни ажратиш зарурияти пайдо бўлади. Бу ҳолда энг оддий ва кўрсаткичли усул сифатида бронхолитик проба билан нафас ҳажмлари ва оқимларини тадқиқ қилиш тавсия этилади. СОЎК учун расмий спирометрик мезон ҳаво оқимининг чекланиши ($\text{ЖНЧХ}_1/\text{ЎЖТС} < 0,7$) ҳисобланади, аммо СБ бўлган беморларда, агар касаллик кучаймаган бўлса, ташқи нафас олиш функциясининг кўрсаткичлари меъёрий қийматларга яқин бўлади.

Йўтал, дори воситаларининг ноҳўя таъсири сифатида (НТ) АПФ ингибиторларини қабул қилаётган беморларнинг 5–20%ида йўтал ривожланиши мумкин ва бу брадикинин ва йўтал медиаторларининг тўпланиши билан боғлиқ. Шунинг таъкидлаш муҳимки, йўталнинг пайдо бўлиши препаратнинг дозаси ёки уни қабул қилиш муддати (бир неча кундан бир неча ойгача) билан боғлиқ эмас. Оддий ҳолларда АПФ ингибиторини бекор қилгандан кейин йўтал 1–4 ҳафта ичида тўхтайдди. Бундан фарқли ўлароқ, ангиотензин II антагонистлари (сартанлар) йўтални келтириб чиқармайди ва бу дори воситаси ноҳўя таъсир ривожланганда АПФ ингибиторларига мос алтернатива сифатида қаралади.

Юқори нафас йўллари касалликлари билан боғлиқ йўтал (ЮНЙКЙ) ЮНЙКЙ ёки «постназал оқиши» аллергия (мавсумий ёки йил давомида), аллергия бўлмаган (вазомотор), медикаментоз ринит («рикошет» эффекти – деконгестантлар ва бошқа маҳаллий препаратларни узоқ муддатли қўллашни тўхтатгандан кейин) бўлган беморларда, шунингдек, сурункали бактериал риносинусит ёки анатомик аномалиялар (бурин тўсиғининг қийшайиши) билан кечадиган ҳолларда тез-тез учрайди. 20%дан ортиқ ҳолларда ушбу ҳолатда ривожланган йўтал «жим» бўлиб, яъни юқори нафас йўллари касалликларига хос симптомлар билан бирга кечмайди. ЮНЙКЙ ташхисини фақат мақсадли текширув (МСКТ, синусларнинг параназал синусларини текшириш, оториноларинголог кўригидан ўтиш) ва кейинги даволаш жараёнидаги натижалардан сўнг тасдиқлаш мумкин.

Бронхиал астманинг йўтал варианты (БА). Бронхиал астмали айрим беморларда касаллик йўтал билан намоён бўлиши мумкин, бошқа симптомлар ёки физикал текширув жараёнида қандайдир ўзгаришлар кузатилмайди. Сурункали йўталга эга бўлган беморлар орасида бронхиал астманинг йўтал варианты тахминан 30% ҳолатларда учрайди.

Дифференциал диагностиканинг зарурияти. СБ бўлган беморларда касаллик кучаймаган ҳолда спирометрия орқали аниқланган клиник симптомлар ва функционал бузилишлар, бронхообструктив синдромнинг манфий бронходилатацион тести билан биргаликда аниқланиши, биринчи навбатда, СОЎК билан дифференциал диагностикасини талаб қилади.

СБ ва СОЎК бўлган беморларнинг клиник-функционал хусусиятлари

	Ҳаво оқими чекланиши ¹	Нет ограничения
Сурункали бронхит симптомлари ²	СОЎК	Сурункали бронхит
Сурункали бронхит симптомларининг йўқлиги	СОЎК	Йўқ

Эслатма:

1. Спирометрияда ЖНЧ₁/ЎЖТС <0,7.
2. Сурункали йўтал йилига камида 3 ой давомида, 2 йил мобайнида кузатилади.

Йўтали бор ҳамма беморларда СБнинг дифференциал диагностика мақсадида қуйидаги белгиларни баҳолаш тавсия этилади:

- Сурункали йўтал (8 ҳафтадан ортиқ давом этади), кўпинча қўзғатувчилар томонидан чақирилади; тунги вақтларда ҳам кузатилиши мумкин;
- Бронхопровокацион тестлар манфий натижалари: ингальяциядан кейин (12,8 мкмоль метахолин ёки 7,8 мкмоль гистамин) ЖНЧ₁ ҳажми 20% ёки ундан кўпроқ пасайиши;
- Суткалик НЧТ ўзгарувчанлиги ≥10%, 2 ҳафта давомида кузатилган;
- Бронхолитик тестнинг ижобий натижаси: 400 мкг сальбутамол ингальяциясидан 15 минут ўтгач ЖНЧ₁нинг бошланғич қийматдан 12% ёки 200 мл дан ортиқ ошиши;
- Йўтал қўшимча астмага қарши терапия (иГКС) фонида енгиллашади.

(Тавсия синфи/шкаласи 5С)

СБ ва ГЭРКнинг дифференциал диагностика мақсадида узоқ давом этувчи сурункали йўтали бор беморларда қуйидаги мақсадли текширувлар ўтказиш тавсия этилади: Буларга қуйидагилар кирази: қизилўнгач рентгенографияси, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг рентгенографияси, эзофагогастроскопия, қизилўнгач ичидаги рН-метрия. Бундан ташқари, ҳаёт тарзини ўзгартириш тавсия этилади: вазн йўқотиш, ёғли ва қўлланмайдиган таомлардан, спиртли ичимликлардан, шоколад, қаҳва ва чойдан воз кечиш. Шунингдек, протон насоси ингибиторларини 8 ҳафта давомида тайинлаш тавсия этилади. (Тавсия синфи/шкаласи 5С).

Эслатма. ГЭРК сурункали йўталнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан бири ҳисобланади (бир қатор тадқиқотлар маълумотларига кўра, узоқ давом этадиган йўталли беморларда ГЭРКни аниқлаш тезлиги 70%га етади). Бунинг сабаби ошқозон мазмунининг пастки эзофагеал сфинктернинг бўшашиши орқали қизилўнгачга, халқумга ва нафас йўлларига қайта тушиши бўлиши мумкин.

Шуни таъкидлаш муҳимки, баъзи беморларда йўтал ГЭРКнинг ягона симптоми бўлиши мумкин, ҳеч қандай типик намоёнлар, масалан, кўкрак қайнаши, кекириш ёки оғизда нордон таъм кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Сурункали йўтали бор беморларда терапевтик таъсир етарлича самарали бўлмаган ҳолларда, ҳаёт тарзини ўзгартириш, протон насоси ингибиторларини 8 ҳафта давомида қабул қилиш, қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак рентгенографияси, эзофагогастроскопия ва қизилўнгач ичидаги рН-метрия натижаларига кўра, СБ ва ГЭРКни дифференциал диагностика мақсадида меъда-ичак тизими моторикаси стимуляторларини (прокинетикилар) тайинлаш тавсия этилади (*тавсия синфи/шкаласи 5C*).

Сурункали йўтал синдроми бор беморларда СБни дифференциал диагностика мақсадида қуйидаги босқичма-босқич текширувлар ўтказиш тавсия этилади:

1-босқич

- касаллик тарихи ва анамнезини батафсил ўрганиш, беморни физикал текширувдан ўтказиш.
- ўпка рентгенографияси
- чекишни тўхтатиш (чекадиган беморларда)
- АПФ ингибиторларини қабул қилишни бекор қилиш ёки уларни ангиотензин II рецепторлари антагонистларига алмаштириш.

2-босқич

Қуйидаги ҳолатларда компьютер томографияни (КТ) ўтказиш эҳтимолини кўриб чиқиш:

- Узоқ муддатли чекиш тарихига эга бўлган, ўпка саратони скрининг мезонларига жавоб берадиган беморларни (кам дозали КТ).
- ўпка рентгенографияси текширувидан ўтилгандан кейин аниқланган патологик ўзгаришлари.
- Қуйидаги симптомларнинг мавжудлиги: анорексия, вазн йўқотиш, қон туфлаш, иситма, титроқ, хансраш, «барабан таёқчалари» кўринишидаги бармоқлардаги тирноқ фалангларининг остеодистрофияси, ўпканинг базал бўлимларида икки томонлама хириллаш/крепитациялар.

3-босқич

Юқори нафас йўллари касаллиги тахмин қилинганда тизимли таъсирга эга антигистамин воситалар ва/ёки деконгестантлар ва маҳаллий қўллаш учун бошқа препаратлар билан эмпирик терапияси.

4-босқич

Бронхиал астмани истисно қилиш:

- нафас ҳажмларини дори воситалари (бронхолитик тест) ёрдамида текширув ўтказиш, балғамнинг цитологик текширувида ва периферик қонда эозинофиллар сонини аниқлаш.
- бронхиал астмага хос кўрсаткичларда ингаляцион глюкокортикостероидлар/тизимли кортикостероидлар билан синов терапияси.

5-босқич

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш (вазн йўқотиш, ёғли ва кислотага бой таомлар, спиртли ичимликлар, шоколад, қаҳва ва чойни истеъмол қилмаслик) 8 ҳафта ёки ундан ортиқ давомида.

6-босқич

- КҚА КТ, агар аввал ўтказилмаган бўлса

7-босқич

- Мутахассис шифокорларни (пулмонолог, оториноларинголог, гастроэнтеролог) кўригидан ўтиш имкониятини кўриб чиқиш.

(тавсия синфи/шкаласи 5С).

3.7. Сурункали бронхитнинг хуружи

Сурункали бронхит (СБ) бўлган беморларда ўткир респиратор инфекциялар сони бронхити йўқ беморларга нисбатан анча юқори. Соғлом одамларга нисбатан, уларда юқори нафас йўлларида ўткир инфекция симптомлари кўпинча пастки нафас йўллари инфекцияси билан бирга кечади. Хуруж даврида йўтал ва балғам ажралиши ортиб, балғам йирингли бўлиши мумкин. СБнинг хуружи хансирашнинг сабаби бўлиши мумкин. Баъзи ҳолатларда, юрак етишмовчилиги ёки ўпка эмболияси каби ҳолатлар СБ хуружини тақлид қилиши мумкинлиги исботланган.

СБ хуружининг ягона умумий қабул қилинган таърифи мавжуд бўлмаса-да, тадқиқотчиларнинг аксарияти бу ҳолатни барқарор ҳолдаги беморнинг аҳволининг ёмонлашиши, балғам ҳажмининг ортиши, йиринг балғам пайдо бўлиши ва/ёки хансраш симптомлари билан боғлашади. Хуружга кўпинча юқори нафас йўллари инфекцияси симптомлари сабаб бўлади. Хуруж эпизодларининг тахминан учдан бирида вирусли инфекция аниқланади. Амбулатор шароитда кенг тарқалган вирусли инфекцияларга риновирус, коронавирус, грипп В ва парагрипп вируси киради. Вирусли респиратор инфекциялар бактериал суперинфекция ривожланишига мойиллик ҳосил қилади, чунки адекват шиллиқ клиренси бузилиши натижасида, юқори нафас йўлларидаги бактерияларга бой шиллиқ аспирация бўлиш хавфини оширишига олиб келиши мумкин. Бактерияларнинг ортиқча ўсиши СБ кучайишининг асосий сабабими ёки йўқми, деган савол баҳслидир. Ремиссия даврида СБ бўлган кўпчилик беморларда, айниқса чекиш билан боғлиқ бўлганларда, шартли-патоген микрофлора (*Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* ва *Haemophilus influenzae*) аниқланади. Худди шу микроорганизмлар хуруж даврида ҳам аниқланади.

Шу билан бирга, балғамнинг молекуляр типлаш тадқиқотлари кўрсатдики, СБ кучайишлари кўпинча янги, ташқи штамм билан боғлиқ. Кўпинча СБ хуруж эпизодлари терапияга яхши жавоб беради.

СБнинг хос хусусиятларидан бири хуружининг мавсумийлиги (эрта баҳор, кузнинг охири) бўлиб, бу бронхит вариантыда хуруж ва ремиссия фазалари аниқ чегараланган.

Анамнезда кўпинча гиперсезувчанлик (совуққа ёмон ўтказувчанлик) ва кўп йиллик чекиш ҳақидаги маълумотлар учрайди.

Баъзи беморларда касаллик касбий зарарлилик билан боғлиқ, эркакларда бу ҳолат аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди.

Сурункали бронхит (СБ) бўлган беморларда инфекцион хуружи мавжудлигини баҳолаш учун қуйидаги мезонлардан фойдаланиш тавсия этилади:

- Хансирашнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши;
- Балғам ҳажмининг ошиши;
- Балғамнинг йиринглиги кўпайиши.

(Тавсия синфи/шкаласи 5C).

Эслатма. Беморда барча уч мезон мавжуд бўлганда, I тип кучайиш сифатида тасвирланади, икки мезон мавжуд бўлганда – II тип, битта мезон мавжуд бўлганда – III тип сурункали бронхитнинг кучайиши деб баҳоланади. СБ кучайишининг оғирлик даражаси клиник симптомларни таҳлил қилиш асосида баҳоланади.

Физикал текширув

Барча СБ кучайиши бўлган беморларда умумий кўрик ўтказиш, нафас олиш сонини (НОС), юрак уришлар сони (ЮУС), артериал қон босим (АҚБ), тана ҳароратини ўлчаш ва ўпка аускультациясини ўтказиш тавсия этилади. Бу умумий патологияларни скрининг қилиш ва СБ хуружини аниқ ташхислаш учун муҳим ҳисобланади.

(тавсия синфи/шкаласи 5C).

Эслатма. Сурункали бронхит (СБ) хуружининг физикал белгилари ўпка аускультациясида қуйидагилар билан тавсифланади: қаттиқ нафас олиш, тарқалган хуштаксимон ва ғужурлаб турувчи қуруқ хириллашлар. Агар бронхларда секрет пайдо бўлса, нам хириллашлар ҳам эшитилиши мумкин. Бироқ, физикал текширувда олинган маълумотлар беморнинг ёши, ҳамроҳ касалликлар ва бошқа омилларга боғлиқ равишда фарқ қилиши мумкин.

Қон таҳлили

Эслатма. Қон таҳлили натижалари СБ хуружи учун специфик ҳисобланмайди, аммо клиник мезонлар билан бирга қўшимча текширув заруриятини аниқлаш, зотилжамни истисно қилиш ва тизимли антибактериал терапия тайинлаш тўғрисида қарор қабул қилишда ёрдам беради. Лейкоцитоз $>10\text{-}12 \times 10^9/\text{л}$ ва/ёки таёқсимон нейтрофиллар сонининг $>10\%$ га ошиши, нейтрофил-лимфоцитар нисбатининг >20 бўлиши, қонда С-реактив оқсил (СРБ) миқдори >100 мг/л бактериал инфекция эҳтимолининг юқори эканлигини кўрсатади ва бундай ҳолатда зотилжамни истисно қилиш учун беморни қўшимча текшириш талаб этилади. Амбулатор амалиётда СБ хуружини этиологик

ташхисини верификация қилиш мақсадида микробиологик таҳлиллар ўтказиш даволаш тактикасига сезиларли таъсир кўрсатмайди.

Зотилжам ташхисини истисно қилиш мақсадида қуйидаги белгилари мавжуд бўлган амбулатор беморларда ўпка рентгенографиясини ўтказиш тавсия этилади: юрак уришлар сони (ЮУС) 90 тадан юқори, нафас олишлар сони (ЮОС) 22 тадан юқори, ёки тана ҳарорати $>38^{\circ}\text{C}$ ошиши, перкуссияда товушнинг қотиши ёки аускультацияда аниқланадиган ўзгаришлар.

(Тавсия синфи/шкаласи 5C).

Эслатма. Ўпка рентгенографиясини олдинги тўғри ва ён проекцияларда ўтказиш тавсия этилади.

Барча СБ хуружи бўлган беморларда, нафас етишмовчилик (НЕ) белгиларини аниқлаш учун SpO_2 ўлчовини пульсоксиметрия текшируви орқали ўтказиш тавсия этилади.

(тавсия синфи/шкаласи 5C).

Эслатма. Пульсоксиметрия нафас етишмовчилиги (ДН) бўлган беморларда аниқлаш учун оддий ва ишончли скрининг усули сифатида тавсия этилади. Шу билан бирга, СБ хуружи бўлган беморда НЕ мавжудлиги шифокорни бошқа касалликни қидиришга йўналтириши керак. СБ хуружи одатда SpO_2 пасайиши билан бирга кечмайди.

СБ кучайиши бўлган беморларда ўпка функцияси бузилишининг мавжудлигини ва унинг даражасини баҳолаш учун нафас ҳажмлари ва оқимларини текшириш қилиш тавсия этилади.

(тавсия синфи/шкаласи 5C).

4. ДАВОЛАШ

Сурункали бронхит (СБ) терапиясининг асосий мақсадлари қуйидаги патофизиологик механизмларга йўналтирилган бўлиши керак:

- Бронхиал секрециянинг ортиқча ишлаб чиқарилишини камайтириш;
- Нафас йўлларидаги яллиғланиш даражасини пасайтириш;
- Цилиар транспортни яхшилаш ва шиллиқнинг часпоқлигини камайтириш орқали бронхиал секреция чиқишини яхшилаш;
- Йўтални модификация қилиш.

Бу мақсадларга турли нофармакологик ва фармакологик воситалар ёрдамида эришиш мумкин.

4.1. НОФАРМАКОЛОГИК ТЕРАПИЯ

Чекишдан воз кечиш

Барча сурункали бронхит (СБ) бўлган беморларга касалликнинг кучайишини олдини олиш ва симптомларни яхшироқ назорат қилиш мақсадида чекишни ташлаш тавсия этилади **(тавсия синфи/шкаласи 5C).**

Эслатма. СБ бўлган беморларда йўтални ва балғам ажралишини назорат қилишда энг самарали усул аэроирритантлар билан контактни тўхтатиш ҳисобланади.

СБ бўлган ва узоқ муддат аэроирритантлар таъсирида бўлган (масалан, тамаки тутуни компонентлари, иш жойидаги аэроирритантлар) беморларга улардан қочиш тавсия этилади. Масалан, чекишдан воз кечган беморларнинг 94-100% да йўтал тўлиқ йўқолади ёки сезиларли даражада камаяди, шуларнинг ярмида бу таъсир барқарор (>1 ой) бўлади. Чекишдан воз кечишнинг узоқ муддатли таъсири ҳам шунчалик аниқ намоён бўлади: 5 йил давомида олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, чекишни ташлаган СБ билан оғриган беморларнинг (>90%) аксариятида касалликнинг асосий симптомлари ёки тўлиқ йўқолади, ёки уларнинг оғирлик даражаси сезиларли даражада камаяди ва бу барқарор ҳолат бўлиб, кузатув давомида сақланиб қолади.

Шифокор маслаҳати 7,4% беморларда чекишни ташлашга олиб келади (бошқарув гуруҳидан 2,5% кўпроқ), 3-10 дақиқалик маслаҳат натижасида чекишни ташлаш кўрсаткичи 12% га етади. Агар маслаҳатга кўпроқ вақт ажратилса, муаммоларни ҳал қилиш кўникмалари, психо-социал қўллаб-қувватлаш ва мураккаб ёрдам чоралари амалга оширилса, чекишдан воз кечиш кўрсаткичи 20-30% га етиши мумкин.

Чекишдан воз кечишни қўллаб-қувватлаш учун, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, барча чекиш билан боғлиқ СБ бўлган беморларга тамакига боғлиқликни даволаш учун фармакологик воситаларни тайинлаш тавсия этилади (**тавсия синфи/шкаласи 2B**).

Эслатма. Фармакотерапия чекишни ташлашга бўлган уринишларни самарали қўллаб-қувватлайди. Тамакига боғлиқликни даволашда биринчи танлов препаратларига варениклин ва никотин ўринбосар воситалар киради.

Шифокор маслаҳати, қўллаб-қувватлаш гуруҳлари, кўникмаларни шакллантириш ва никотин ўринбосар терапиясини биргаликда қўллаш 1 йил давомида 35% беморларда чекишдан воз кечишга, 5 йил давомида эса 22% да чекишни ташлаш ҳолатининг сақланишига олиб келади.

4.2. ФАРМАКОЛОГИК ТЕРАПИЯ

Муколитик препаратлар

Сурункали бронхит (СБ) ва ажралувчи йўтал билан кечувчи беморларга муколитик препаратларни (амброксол, бромгексин, карбоцистеин, N-ацетилцистеин, эрдостеин) умумқабул қилинган дозаларда симптоматик даволаш мақсадида қўллаш тавсия этилади. Бу касалликнинг регрессиясига ҳамда такрорий хуружлар сонини камайтиришга ёрдам беради. (**тавсия синфи/шкаласи 1A**).

Комбинацияланган мукоактив таъсирга эга бўлган ўсимлик дори воситаларининг самарадорлиги аниқланган. Улар тимьян-плющ (сироп шаклида) ва тимьян-первоцвет (таблетка шаклида) комбинацияларидан иборат бўлиб, йўтал ва балғам ажралиши билан кечувчи беморларда балғамни енгилроқ чиқаришга ёрдам беради.

Эслатма. Айрим муколитик воситалар (амброксол, бромгексин, карбоцистеин, ацетилцистеин) яллиғланишга қарши ва антиоксидант хусусиятларга эга бўлиб, СБ хуружларининг такрорланиш сонини ва давомийлигини камайтиришга ёрдам беради.

Йўталга қарши препаратлар

СБ бўлган беморларда йўтал интензивлигини ва пароксизмлар такрорланишини камайтириш мақсадида марказий таъсир механизмига эга бўлган йўталга қарши препаратлар (декстрометорфан) тавсия этилади. **(тавсия синфи/шкаласи 5C).**

Бронходилататорлар

Барқарор кечувчи СБ бўлган беморларда йўтални енгиллаштириш мақсадида бронходилататорларни (бета-2-агонистлар, холиноблокаторлар) қўллаш тавсия этилади. **(тавсия синфи/шкаласи 5C).**

Эслатма. Қисқа таъсирга эга бета-2-агонистлар нафас йўллари кенгайиши ҳисобига балғам ажралишига ёрдам беради, милтиловчи эпителийнинг киприкчалари ҳаракат частотасини оширади ва бронх шиллиқ қаватини гидратациялайди, шунингдек, бронхиал секрециянинг қуюқлигини камайтиради.

Узоқ таъсир қилувчи бета-2-агонистлар (формотерол, индакатерол) ҳам шиллиқ эпителий киприкчаларининг ҳаракатини кучайтиради, шу билан бирга нафас чиқаришнинг чўққи тезлигини оширади, бу эса самарали йўталнинг муҳим механизми деб ҳисобланади.

Қисқа таъсирга эга холиноблокатор ипратропиум бромид СБ билан барқарор кечувчи беморларга узоқ муддатга тайинланганда йўтал эпизодлари сонини ва унинг интензивлигини камайтиради, шунингдек, ажралиб чиқадиган балғам ҳажмини сезиларли даражада камайтиради.

Бироқ, узоқ таъсир қилувчи холиноблокатор тиотропий бромидни қўллашда йўтал ва унинг интензивлигига сезиларли таъсир кўрсатиш самарадорлиги намоён этилмаган.

Стабил ҳолда кечаётган СБ бор беморларда йўтални камайтириш мақсадида теofilлинни доимий равишда қўллаш ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ (тавсия даражаси 2C).

Глюкокортикостероидлар

Стабил ҳолда кечаётган СБ беморларида тизимли таъсирга эга кортикостероидларни рутин амалиётда тайинлаш **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ (тавсия даражаси 2C).**

Антибиотиклар

СБ касаллиги бор беморларда хуржсиз даврда антибиотикларни қўллаш **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ.** Бу антибиотикларга чидамлик ривожланиш хавфини камайтириш ва дорининг ножўя таъсирини олдини олиш учун зарур **(тавсия даражаси 1A).**

Эслатма. Илгари ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатганки, профилактик мақсадда антибиотиклар тайинланган ҳолларда СБ касаллиги хуржларининг давомийлиги минимал даражада, аммо статистик жиҳатдан ишончли тарзда қисқарган.

4.3. БОШҚА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Мукоцилиар клиренсни яхшилаш ва балғам чиқишини енгиллаштириш мақсадида СБ хуружсиз даврида нафас чиқариш пайтида мусбат босим яратиш ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ (*тавсия даражаси 5С*).

4.4. СУРУНКАЛИ БРОНХИТ ХУРУЖИНИ ДАВОЛАШ

Антибактериал терапия

СБ хуружида антибиотик терапияни тайинлаш учун қуйидаги кўрсатмалар мавжуд:

А) Anthonisen нинг 3 та «катта» мезони (хансирашнинг кучайиши, чиқаётган балғам ҳажмининг ошиши, балғам йиринглашининг кучайиши) ёки 2 та «катта» мезон (улардан бири – балғам йиринглашининг кучайиши).

В) 1 та «катта» + камида 2 та «кичик» мезон (юқори нафас йўлларининг инфекцияси, иситма, ҳуштаксимон нафас олиш, йўталнинг кучайиши, юрак уришлар сони (ЮУС) ва/ёки нафас олишлар сони (НОС) $\geq 20\%$ ошиши).

Сурункали бронхитнинг хуруж даврида тавсия этиладиган антибактериал терапия

СБ хуруж тури	Эҳтимолий бактериал қўзғатувчилар	Эмпирик АБТ	
Оддий («асоратланмаган») сурункали бронхит хуружи	H.influenzae S.pneumoniae	Танлов препаратлари: Амоксициллин ¹ ёки перорал цефалоспоринлар III (цефподоксим, цефдиторен цефиксим) ¹¹	Альтернатив препаратлар альтернативы: Амоксициллин/клавуланат ёки «респиратор» фторхинолонлар
«Асоратланган» сурункали бронхит хуружи ²	H.influenzae S.pneumoniae Enterobacteriaceae spp.	Амоксициллин/клавуланат ёки «Респиратор» фторхинолонлар	

Эслатма.

1-β-лактамларга қабул қилаолмаслик ҳолатида – азитромицин ёки кларитромицин қўлланади.

2-Қуйидаги хавф омилларидан камида биттаси мавжуд бўлса, терапевтик муваффақиятсизлик эҳтимоли ортиши мумкин: >65 ёш, жиддий ҳамроҳлик қилувчи касалликлар (қантли диабет, юрак етишмовчилиги, жигар ва буйрак касалликлари, ёмон сифатли ўсмалар), охириги 12 ой ичида СБ хуружи сабабли касалхонага ётқизилган ҳоллар мавжуд бўлиши.

Антибактериал препаратларни тайинлаш I ва II турдаги СБ хуружлари (Anthonisen таснифи бўйича) мавжуд бўлган беморларда СБ хуружини самарали даволаш учун тавсия этилади. Бу, айниқса, енгил ва ўртача оғир даражада кечувчи СОЎК хуружи билан боғлиқ ҳолларда, хавф омилларисиз ва CRB ≥ 30 мг/л бўлган беморлар учун самарали ҳисобланади (*тавсия даражаси 1А*).

Эслатма. Сурункали бронхит хуружи даврида антимикроб терапиянинг оптимал давомийлиги **5-7 кунни** ташкил қилади.

Нафас йўлларининг обструктив касалликларини даволаш учун препаратлар

Сурункали бронхит хуруж даврида ингаляция орқали қуйидаги препаратларни тавсия этиш мумкин: қисқа таъсирли селектив β_2 -адреномиметиклар (сальбутамол), қисқа таъсир этувчи антихолинергик воситалар (ипратропия бромид) ва уларнинг комбинацияси. Бу дори воситалари сурункали бронхит хуружини самарали даволаш учун тавсия этилади (**тавсия даражаси 5C**).

Эслатма. Қисқа таъсирли β_2 -адреномиметиклар (ҚДБА) ва қисқа таъсирли антихолинергиклар (ҚДАХ) сурункали бронхит хуружини даволашда деярли бир хил самарага эга. ҚДБА устунлиги – тез таъсир қилиши. ҚДАХ устунлиги – юқори хавфсизлик даражаси ва яхши кўтара олиши қобилияти.

Глюкокортикостероидлар

Сурункали бронхит хуружи бор беморларга, одатда, кортикостероидларни қўллаш талаб этилмайди. Бронхообструктив синдром мавжуд ҳолларда унинг диагностик тасдиғи зарур. Бронхообструкцияни бартараф этиш учун қисқа муддатли (5-7 кун) тизимли таъсирга эга кортикостероидлар тавсия этилади, масалан: Преднизолон (перорал шаклда) – 30-40 мг/кун. Будесонид (ингаляция шаклида) – 2-4 мг/кун (5 кун давомида). Бу ўпка фаолиятини тез тиклаш мақсадида тавсия этилади (**тавсия даражаси 5C**).

Кислородотерапия

Сурункали бронхит хуружи бор беморларда периферик қонда кислород сатурациясини ошириш мақсадида кислородотерапия **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** (**тавсия даражаси 5C**).

Мукоактив терапия ва бронхиал секретни чиқариш усуллари

Сурункали бронхит хуружи билан боғлиқ балғамли йўтални симптоматик даволаш учун қуйидаги муколитик препаратлар тавсия этилади: ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин, амброксол, бромгексин. Ушбу моддаларнинг комбинациясига асосланган препаратлар, жумладан: бромгексин/амброксол, сальбутамол/левосальбутамол, гвайфенезин, ренгалин. Альтернатив мукоактив воситалар сифатида ўсимлик асосидаги препаратлар қўлланиши мумкин, жумладан: тимьян-плющ (сироп шаклида), тимьян-первоцвет (капсула билан қопланган таблетка шаклида) (**тавсия даражаси 5C**).

Постурал дренаж ва торак перкуссиянинг клиник тадқиқотлари самарадорлиги тасдиқланмаган. Шу сабабли, буларни сурункали касалликлар билан боғлиқ ҳолатларда ёки хуруж пайтида қўллаш **ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ** (**тавсия даражаси 5C**).

**СУРУНКАЛИ БРОНХИТ КАСАЛЛИГИНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА
ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

5. ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Физик жиҳатдан пассив ва тез-тез хуружга учрайдиган сурункали бронхит (СБ) беморларида ҳолатни яхшилаш мақсадида ўпка реабилитация курслари тавсия этилади (**тавсия даражаси 5С**).

Эслатма. Ўпка реабилитациясининг фойдали таъсирларига қуйидагилар киради:

- ☑ Жисмоний юкламаларга бардошлиликни яхшилаш;
- ☑ Нафас қисиш ҳиссини камайтириш;
- ☑ Соғлиқ билан боғлиқ ҳаёт сифатини яхшилаш;
- ☑ Госпитализациялар сони ва уларнинг давомийлигини камайтириш;
- ☑ Сурункали бронхит билан боғлиқ хавотир ва депрессия даражасини камайтириш;
- ☑ Хуружлар сабабли госпитализация натижаларини яхшилаш.

Барча сурункали бронхит (СБ) беморларига реабилитация дастурига қуйидагиларни киритиш тавсия этилади: психологик қўллаб-қувватлаш ва депрессия билан курашиш, беморларни ўқитиш, нутритив қўллаб-қувватлаш, жисмоний машғулотлар (**тавсия даражаси 5С**).

Жисмоний машғулотлар

Ўпка реабилитациясини ўтказиш учун сурункали бронхит беморларида жисмоний машғулотларни дастурга киритиш тавсия этилади (**тавсия даражаси 2В**).

Эслатма. Жисмоний машғулотлар дастури индивидуал тарзда ишлаб чиқилиши керак, чунки у беморнинг умумий ҳолати, ҳамроҳлик касалликлари ва мотивациясига боғлиқ.

Жисмоний машғулотлар сифатида йўлбошловчи йўлакда (беговая дорожка) ёки велоэргометрда машғулотлар ўтказилиши мумкин. Бир машғулот давомийлиги – 10 дан 45 минутгача. Юклама интенсивлиги – пик кислород истеъмолининг 50% дан бош-лаб, беморнинг максимал юкламасигача. Агар тўлиқ реабилитация учун шароитлар мавжуд бўлмаса, кунлик сайрлар тавсия этилади. Камидан 30-60 дақиқа ва ундан ортиқ (беморнинг жисмоний ҳолати ва ҳамроҳлик касалликларининг оғирлигига қараб). Скандинавча юриш (нордик ҳодинг) машғулотлари ҳам фойдали бўлиши мумкин. Қўл-елка мушакларини ривожлантиришга қаратилган машғулотлар ҳам мавжуд бўлиб, бу ушбу мушаклар гуруҳининг кучини ва фаолиятини яхшилайдди.

Жисмоний машғулотларнинг таъсири узоқ муддатли бўлади.

Сурункали бронхит (СБ) беморларида нафас олиш мушакларини мустаҳкамлаш мақсадида нафас олиш тренажёрларидан фойдаланиш тавсия этилади (**тавсия даражаси 3С**).

Эслатма. Нафас олиш мушкулларини машқ қилдириш айниқса умумий жисмоний машғулотлар билан қўшиб олиб борилганда муайян ижобий таъсир кўрсатиши мумкин.

Беморларни ўқитиш

Сурункали бронхит (СБ) беморларида ўпка реабилитация дастурига ўқув курсларини киритиш тавсия этилади (тавсия даражаси 3С).

Эслатма. Беморларни ўқитиш – аниқ мақсадларга эришиш учун самарали усул, жумладан: тамаки чекишни тўхтатиш, катта ёшдаги беморлар учун кўп тармоқли таълим дастурлари самарали бўлиши мумкин.

Сурункали бронхит (СБ) билан оғриган беморларда реабилитация дастурига шахсий ёзма ҳаракатлар режасини киритиш тавсия этилади, бу беморнинг ўзига ёрдам беришига қаратилган (**тавсия даражаси 3С**).

Эслатма. Шахсий ёзма ҳаракатлар режасини ишлаб чиқиш. Ҳаёт сифатини яхшилайти. Хуруж вақтида тикланиш муддатини қисқартиради. Бемор томонидан даволашни кечиктириш ҳолатларини камайтиради. Беморларни ўқитиш, ўз-ўзига ёрдам бериш бўйича тавсиялар ва шахсий ёзма ҳаракатлар режаси хуруж натижаларини яхшилаши мумкин.

6. ПРОФИЛАКТИКА

Иккиламчи профилактика чоралари бирламчи профилактикага ўхшаш, аммо улар касалликнинг ривожланишини секинлаштиришга қаратилган. Сурункали бронхитнинг муҳим профилактикаси хуружларни ўз вақтида даволаш, шунингдек бурин-ҳалқум ва бошқа сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш ҳисобланади.

Сурункали бронхитда вакцинация

СБ беморларига грип ва пневмококк инфекцияларига қарши эмлаш тавсия этилади, бу грип ва бронхопулмонал касалликларни ҳамда уларнинг хуружларини олдини олиш учун зарур (**тавсия даражаси 5С**).

7. ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

Сурункали бронхит (СБ) диагностикаси ва беморларнинг кузатуви қуйидаги мутахассислар томонидан амалга оширилади. Терапевт ёки умумий амалиёт шифокори. Зарурият туғилганда – бошқа мутахассислар консултацияси. Бирламчи тиббий ёрдам шифокори беморнинг умумий ҳолатини баҳолайди, касаллик ва ҳаёт тарихини ўрганади, шунингдек СБ хавф омилларини аниқлайди (зарарли одатлар, касбий фаолият, турмуш шароити). Бирламчи тиббий ёрдам шифокори томонидан ўтказиладиган текширувлар: ташқи нафас функциясини текшириш (бронходилататор синови билан), ўпка рентгенографияси. Терапевт ёки умумий амалиёт шифокори, зарур бўлса, пулмонолог: диагнозни аниқлаштириш, қўшимча текширувлар ўтказиш (зарур бўлса), СБ беморлари учун даволаш схемасини белгилаш. Тавсия қилинган назорат муддатлари 1, 3 ва 12 ойда – биринчи йилда. Сўнгги йилларда – ҳар йили.

Пулмонологга йўналтириш кўрсатмалари:

- СБ ташхисини аниқлаш
- Дифференциал диагностика ўтказиш
- Беморни олиб бориш алгоритминини белгилаш (фармакологик ва нофармакологик даволашни ўз ичига олган ҳолда)
- Даволаш самарасиз бўлганда терапевтик стратегияни ўзгартириш

СБ ХУРУЖИ БОР БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШ АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ОЛИБ БОРИЛАДИ

Кундузги стационарга йўналтириш кўрсатмалари:

- СБни дифференциал ташхис қилиш зарурати, агар амбулатор шароитда барча зарур текширувлар ўтказиш имконсиз бўлса
- 3 кун давомида бошланғич амбулатор терапия самарасизлиги (балғам ажралишининг кучайиши, балғамнинг ифлосланиши, тананинг юқори ҳарорати сақланиб қолиши)
- Ҳаётий муҳим аъзолар функцияси бузилмасдан сурункали ҳамроҳ касалликларининг хуружи

СБ БИЛАН ОЎРИГАН БЕМОЛЛАРНИНГ РЕЖАЛИ ВА ШОШИЛИНЧ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯЛАРИ НАЗАРДА ТУТИЛМАГАН

СБ хуружи сабабли даволашни тугатиш кўрсатмалари:

- Якуний ташхис қўйиш (СБ ташхисини тасдиқлаш ёки рад этиш)
- 12-24 соат давомида бемор ҳолатининг клиник барқарорлиги
- Балғам ажралишининг камайиши ва унинг йиринглаш даражасининг пасайиши, тананинг ҳарорати нормаллашиши
- Бемор тамаки чекишни тўхтатиш зарурлигини англаши
- Бемор муколитик препаратлар билан даволаниш зарурлигини тушуниши
- Бемор қисқа таъсирли ингаляцион β 2-агонистлар ва антихолинергик воситалар ҳамда уларнинг комбинацияларидан тўғри фойдаланишни ўрганиши ва қўллашга қодир бўлиши

СБ хуружи билан оғриган беморни кундузги стационарга йўналтириш кўрсатмалари:

- Қўшимча текширувлар ва дифференциал ташхис зарурати
- СБ учун хос бўлмаган янги симптомлар пайдо бўлиши (масалан, нафас қисишнинг кучайиши, грипп ва бошқа вирусли инфекцияларни истисно этган ҳолда юқори ҳарорат)
- 3 кун давомида амбулатор терапия самарасизлиги
- Оғир ҳамроҳ касалликлари (масалан, юрак етишмовчилиги, аритмия, қандли диабет, семизлик ва ҳ.к.)
- Катта ёшли беморларда ҳамроҳ касалликлари мавжудлиги

8. ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Сифат мезонлари	Бажарилди
Ташхис қўйиш босқичлари		
1.	Умумий физик текширув тугалланди, %	Ха/Йўқ
2.	Чекиш индекси баҳоланди (қути/йил)	Ха/Йўқ
3.	Йўтал хусусиятлари клиник тавсиялар асосида баҳоланди	Ха/Йўқ
4.	Хуружлар частотасини баҳолаш амалга оширилди	Ха/Йўқ

№	Сифат мезонлари	Бажарилди
Ташхис қўйиш босқичлари		
5.	Пульсоксиметрия бажарилди,%	Ҳа/Йўқ
6.	Сабабсиз нафас олиш ҳажмлари ва оқимларини (спирометрия) бронходилатация синови билан текшириш амалга оширилди (қўрсатмалар бўйича, ХОБЛ билан дифференциал ташхис қилаётганда).	Ҳа/Йўқ
7.	Ўпка рентгенографияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
8.	Умумий (клиник) қон таҳлили, кенгайтирилган тарзда ўтказилди.	Ҳа/Йўқ
9.	Ностабил кечувчи сурункали бронхит (СБ) бўлган беморларга электрокардиограмма (ЭКГ) қайд этилди.	Ҳа/Йўқ
10.	Қонда С-реактив оқсил даражасини ўрганиш ўтказилди (СБ хуружида)	Ҳа/Йўқ
Стабил кечувчи СБнинг даволаш усуллари		
1.	Чекишни ташлаш бўйича тавсиялар берилди	Ҳа/Йўқ
2.	Талабга қараб қўллаш учун қисқа таъсирли селектив β2-адреномиметиклар ва/ёки антихолинергик воситалар тайинланди	Ҳа/Йўқ
3.	Клиник тавсияларга мувофиқ терапия тайинланди	Ҳа/Йўқ
4.	Грипп ва пневмококк инфекциясига қарши эмлаш тавсия этилади	Ҳа/Йўқ
5.	3 ойдан сўнг симптомлар баҳоланди	Ҳа/Йўқ
Сурункали бронхитнинг хуруж даври		
1.	Пульсоксиметрия текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
2.	Умумий (клиник) қон таҳлили, кенгайтирилган тарзда ўтказилди.	Ҳа/Йўқ
3.	Қонда С-реактив оқсил даражасини ўрганиш ўтказилди (СБ хуружида)	Ҳа/Йўқ
4.	Ўпка рентгенографияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
5.	Терапия қисқа таъсир қилувчи селектив бета-2-адреномиметиклар ва/ёки антихолинергиклар гуруҳидаги дорилар билан амалга оширилди	Ҳа/Йўқ
6.	Хавф омиллари мавжуд бўлган асоратланган сурункали бронхит хуружи бор беморларига мос антибактериал дори воситалари билан мувофиқ терапия ўтказилди.	Ҳа/Йўқ
7.	Хавф омиллари мавжуд бўлмаган сурункали бронхит хуружи бор беморларига мос антибактериал дори воситалари билан мувофиқ терапия ўтказилди.	Ҳа/Йўқ

ИЛОВАЛАР

Спирометрия ўтказиш методологияси

Бронходилататорсиз спирометрияни кўкрак ичи лимфа туганлар саркоидози ташхиси қўйилган беморда (*селектив β2-адреномиметик ёки антихолинергик восита ингаляция қилишсиз*) ҳар бир шифокорга мурожаат қилганида ўтказилиши керак.

Бронходилатация синамаси билан спирометрия эса қуйидаги ҳолларда бирламчи диагностика босқичида ўтказилиши тавсия этилади: ЖНЧ₁/ЎЖТС <70% бўлса; ЖНЧ₁ нормал миқдорнинг 80% дан кам бўлса.

Спирометрия 4 ёш ва ундан катта беморларда ўтказилади. Спирометрия ускунаси калибровка протоколига эга бўлиши керак.

Спирометрия текширувини ўтказиш қоидаларига асосан камида 3 та техник жиҳатдан ўпканинг жадал тириклик сиғиси текшируви тўғри нафас олиш ҳаракатлари билан бажарилиши керак, унда максимал ва кейинги энг катта ЎЖТС ва ЖНЧ₁ кўрсаткичлари ўртасидаги фарқ 150 млдан ошмаслиги керак.

Агар ЎЖТС ≤1000 мл бўлса, ЎЖТС ва ЖНЧ₁ фарқи 100 млдан ошмаслиги керак. Агар 3 та тўғри ҳаракатдан кейин қайта ишлаб бўлмайдиган натижа олинса, 8 та уринишга-ча давом этилиши мумкин. 8 та уринишдан ортиқ нафас ҳаракатлари беморнинг чарчаши ва ЖНЧ₁ ёки ФЖЕЛ пасайишига олиб келиши мумкин. Агар кўрсаткичлар 20% ёки ундан ортиқ пасайса, эҳтиёткорлик нуқтаи назаридан тестни тўхтатиш керак.

Ҳисоботда энг яхши 3 та уринишнинг график ва рақамли натижалари акс эттирилиши керак. Техник жиҳатдан қабул қилинсада, қайта ишлаб бўлмайдиган натижалар хулоса ёзишда фойдаланилиши мумкин, лекин уларнинг қайта ишлаб бўлмаслиги қайд этилиши керак.

Бронходилатация синамаси Сальбутамол билан (ҚТБА) 400 мкг дозада (болалар учун – 200 мкг), ДАИ (дозаланган аэрозол ингалятори) + спейсер орқали қабул қилинади. Қайта спирометрия 15–30 минутдан кейин ўтказилади.

Бронходилатация тест синови натижаси мусбат деб ҳисобланади, агар бронходилататор билан ингаляциясидан кейин ЖНЧ₁ бўйича бронходилатация коэффициенти (БДК) ≥12% бўлса, абсолют ўсиш эса ≥200 мл ва ундан юқори бўлса

КБД ҳисоблаш формуласи:

$$БДК = \frac{ЖНЧ_{1\text{ кейин}} (мл) - ЖНЧ_{1\text{ олдинги}} (мл)}{ЖНЧ_{1\text{ олдинги}} (мл)} \times 100\%$$

Абсолют ўсиш (мл) = ЖНЧ₁ кейин(мл) - ЖНЧ₁ асл (мл),

ЖНЧ₁ олдинги - бронходилататор ингаляциясидан олдинги спирометрия кўрсаткичи қиймати. ЖНЧ₁ кейинги - бронходилататор ингаляциясидан кейинги спирометрия кўрсаткичи қиймати.

Бронходилатация тестини баҳолашда қуйидаги ножўя тасирлар ҳисобга олиниши тавсия этилади: юрак-қон томир тизими томонидан юзага келиши мумкин бўлган тахикардия, аритмия, артериал босимнинг ошиши, шунингдек, қўзғалиш ёки тремор каби симптомлар пайдо бўлиши.