

O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025-yil « 23 » __iyundagi
_____180 -son buyrug‘iga
_____ - ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
AKADEMIK SHOKIR ALIMOV NOMIDAGI RESPUBLIKA
IXTISOSLASHTIRILGAN FTIZIATRIYA VA PULMONOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“SURUNKALI BRONXIT” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT-2025

«TASDIQLAYMAN»
Akademik Sh.Alimov nomidagi
RIFvaPIATM direktori
N.N. Parpiyeva

« 20 » *may* 2025 yil

“SURUNKALI BRONXIT” NOZOLOGIYASI BO’YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2025

MUNDARIJA	BET
«SURUNKALI BRONXIT» KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASH BUYICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	10-28
«SURUNKALI BRONXIT» KASALLIGIDA TIBBIY PROFILAKTIKASI VA REABILITASIYASI BUYICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	29-33
ILOVA	34

**«SURUNKALI BRONXIT» KASALLIGINI TASHXISLASH
VA DAVOLASH BUYICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

1. Кириш

Код(ы) МКБ-10:

J40	Bronxit, aniqlanmagan, o‘tkir yoki surunkali
J41	Oddiy va shilliq-yiringli surunkali bronxit
J41.0	Oddiy surunkali bronxit
J41.1	Shilliq-yiringli surunkali bronxit
J41.8	Aralash, oddiy va shilliq-yiringli surunkali bronxit
J42	Surunkali bronxit, aniqlanmagan
	Yuklab olish (XKT) havolasi: www.rlsnet.ru

Код(ы) МКБ-11:

CA20.1	Surunkali bronxit
CA20.10	Oddiy surunkali bronxit
CA20.11	Shilliq-yiringli surunkali bronxit
CA20.12	Aralash, oddiy va shilliq-yiringli surunkali bronxit
CA20.13	Uzoq davom etadigan bakterial bronxit
CA20.1Y	Boshqa aniqlangan surunkali bronxit
CA20.1Z	Surunkali bronxit, aniqlanmagan

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosli dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa: Akademik Sh.Alimov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi hisoblanadi (RIFvaPIATM).

Кlinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo‘shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha pulmonologiya sohasidagi ishchi guruh a‘zolari

1	Aripov B.S.	RITvaRIATM mutaxassisi, t.f.n., dosent;
2.	Axmedov Sh.M.	TTA ftiziatriya va pulmonologiya kafedراسi dosenti, t.f.n.;
3.	Axatov I.M.	RIFva PIATM mutaxassisi, PhD;
4.	Gafner N.V.	RIFva PIATM mutaxassisi, oliy toifali pulmonolog.
5.	Irgashov A.A.	RIFva PIATM mutaxassisi, t.f.n.;
6.	Massavirov Sh.Sh.	RIFva PIATM ilmiy kotibi, PhD.
7.	Muminov K.P.	RITvaRIATM direktor o‘rinbosari, t.f.d.
8.	Raximova D.A.	RITvaRIATM mutaxassisi, t.f.d.;
9.	Ubaydullaeva N.N.	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi pulmonologiya va ftiziatriya klinik allergologiya kursi bilan kafedراسi mudiri, t.f.d, dosent;
10.	Tashmetova G.T.	RIFva PIATM mutaxassisi, PhD;

Mualliflar ro'yxati:

1.	Parpieva N.N.	RIFvaPIATM direktori, Sog'liqni saqlash vazirligi bosh ftiziatri, t.f.d.;
2.	Liverko I.V.	RIFvaPIATM direktor o'rinbosari, Sog'liqni saqlash vazirligi bosh pulmonologi, t.f.d. professor;
3.	Abduganieva E.A.	RIFva PIATM mutaxassisi, DSc;
4.	Rajabov X.S.	RIFvaPIATM direktor o'rinbosari, Sog'liqni saqlash vazirligi pulmonologiya yo'nalishi bo'yicha konsultanti, oliy toifali pulmonolog;

Resenzentlar:

1.	Belevskiy A.S.	Rossiya respirator jamiyati prezidenti, Moskva shahri Sog'liqni saqlash departamenti bosh pulmonologi, N.I. Pirogov nomidagi Rossiya Federasiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining Rossiya Milliy tadqiqot tibbiyot universiteti qo'shimcha kasbiy ta'lim fakulteti pulmonologiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor.
2.	Maxmudov D.E.	O'zR FA akademigi, O'zbekiston terapevtlar assosiasiyasi raisi, t.f.d., professor.

Klinik protokol O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi RIFvaPIATM ilmiy kengashining 12.12.2024 yil №11-sonli yig'ilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

Ilmiy kengash raisi - t.f.d. professor I.V. Liverko, RIFvaPIATM direktor o'rinbosari, SSV bosh pulmonologi;

Ekspertni baholash va tahrirlash:

1.	Sharapova G.Sh.	Sog'liqni saqlash vazirligi bosh ftiziopediatri, RIFva PIATM mutaxassisi;
2.	Abbasova D.I.	Sog'liqni saqlash vazirligi ftiziopediatriya yo'nalishi bo'yicha konsultanti, Toshkent sh. Bolalar sil kasalliklari shifoxanasi bosh shifokori.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Amaliyot shifokorlari:

1.	Kalandarova L.N.	Toshkent shaxar Ftiziatriya va pulmonologiya markazining direktori.
2.	Ziyaev T.E.	Toshkent viloyatining Ftiziatriya va pulmonologiya markazining direktori.

Protokolning tashkiliy jihatlari:

Manfaatlar to‘qnashuvining yo‘qligi haqida ko‘rsatma: ishchi guruh a'zolari manfaatlar to‘qnashuvi yo‘qligini tasdiqlaydilar.

Qisqartmalar ro‘yxati

AQB	–	Arterial qon bosimi
BA	–	bronxial astma
BOS	–	bronxoobstruktiv sindrom
JSST	–	Jaxon sog‘liqni saqlash tashkiloti
GKS	–	Glyukokortikosteroidlar
GERK	–	gastroezofageal reflyuks kasalligi
NE	–	Nafas etishmovchiligi
O‘US	–	o‘pkaning umumiy sig‘imi
iGKS	–	ingalyasion glyukokortikosteroidlar
IXP	–	ingibitor ximoyalangan penisillinlar
QTAX	–	qisqa ta'sirli antixolinergiklar (ATK bo‘yicha Antixolinergik dori vositalari)
QTBA	–	qisqa ta'sirli β 2-agonistlar
KT	–	kompyuter tomografiyasi
MSKT	–	multispiral kompyuter tomografiyasi
KQA	–	ko‘krak qafas a'zolari
JNChX ₁	–	1-soniyada jadal nafas chiqarish hajmi
DNT	–	dorining nojo‘ya ta'sirlari
NChChT	–	nafas chiqarish cho‘qqi tezligi
TNF	–	Tashqi nafas funksiyasi
O‘JTS	–	o‘pkaning jadal tiriklik sig‘isi
SB	–	surunkali bronxit
SNUK	–	surunkali nospesifik o‘pka kasalliklari
SOO‘K	–	surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi

NOS	–	nafas olishlar soni
YuUS	–	yurak urish soni
EKG	–	elektrokardiografiya
PaO2	–	arterial qondagi kislorodning parsial bosimi
PaSO2	–	arterial qondagi karbonat anhidridning parsial bosimi
SpO2	–	gemoglobinning kislorod bilan to‘yinishi
6-DYuS	–	6 daqiqalik yurish sinamasi

1. Protokol foydalanuvchilari:

1. Pulmonologlar;
2. Terapevtlar;
3. Umumiy amaliyot shifokorlari;
4. Sog‘liqni Saqlash tashkilotchilari;
5. Tibbiy yordam sifatini nazorat qiluvchi tashkilotlar (DTSJ).
6. Klinik farmakologlar;
7. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari o‘qituvchilari;

1.	Umumiy amaliyot shifokorlari;
2.	Pulmonologlar;
3.	Terapevtlar;
4.	Rentgenologlar;
5.	Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrlar;

Бемор тоифалари: катталар.

Ma'lumotlarning isbotlar darajasi

Tashxis usullari uchun isbotlarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi (IID)

DARAJA	TAVSIYALARNING ISHONCHLILIK MEZONLARI
1	Referens usuli bilan nazorat qilingan tadqiqotlarning sistematik sharhlari yoki meta-tahlil qo'llanilgan randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhi
2	Referens usuli bilan nazorat qilingan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar hamda randomizasiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari istalgan dizayndagi tadqiqotlarning meta-tahlil qo'llanilgan sistematik sharhlari
3	Referens usuli bilan bir taxlitda nazoratsiz o'tkazilgan tadqiqotlar yoki tadqiqotlar o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usuli bilan yoki norandomizasiyalangan qiyoslangan tadqiqotlar, xamda kogort tadqiqotlari.
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi.
5	Faqatgina ta'sir qilish mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlarning fikri mavjudligi.

Profilaktika, davolash va rehabilitasiya usullari uchun isbotlarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi (IID):

DARAJA	TAVSIYALARNING ISHONCHLILIK MEZONLARI
1	Referens usuli bilan nazorat qilingan tadqiqotlarning sistematik sharhlari yoki meta-tahlil qo'llanilgan randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarning sistematik sharhi
2	Referens usuli bilan nazorat qilingan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar hamda randomizasiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari istalgan dizayndagi tadqiqotlarning meta-tahlil qo'llanilgan sistematik sharhlari
3	Referens usuli bilan bir taxlitda nazoratsiz o'tkazilgan tadqiqotlar yoki tadqiqotlar o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usuli bilan yoki norandomizasiyalangan qiyoslangan tadqiqotlar, xamda kogort tadqiqotlari.
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Faqatgina ta'sir qilish mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlarning fikri mavjudligi.

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

Dalillar toifasi	Tavsif
A	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim hisoblanadi, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, ularning qiziqtiruvchi natijalar bo'yicha xulosalari muvofiqdir).
B	O'rtamiona tavsiya (barcha ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqtiruvchi natijalar bo'yicha xulosalari muvofiq emas).
C	Zaif tavsiya (etarli sifatli dalillarning yo'qligi (barcha ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqtiruvchi natijalar bo'yicha xulosalari muvofiq emas)).

**SURUNKALI BRONXIT KASALLIGINI TASHXISLASH VA DAVOLASH
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish

Kattalarda surunkali bronxit muammosining dolzarbligi kasallikning yuqori tarqalganligi, ayniqsa, 30-60 yoshdagi mehnatga layoqatli aholi o'rtasida keng tarqalganligi bilan bog'liq. Surunkali bronxit ko'pincha o'pka funksiyasining tobora yomonlashuvi, bemorlarning hayot sifatining pasayishi va surunkali obstruktiv o'pka kasalligi (SOO'K) va nafas etishmovchiligi kabi jiddiy asoratlarning rivojlanishi bilan kechadi. Bu kasallik kattalar o'rtasida gospitalizasiyalar sonining ko'payishi, nogironlik va o'lim darajasining oshishiga sezilarli darajada ta'sir qiladi. Shu sababli, klinik protokollarni ishlab chiqish, surunkali bronxitni tashxislash, oldini olish va davolashning zamonaviy usullarini joriy etish bemorlarning sog'ligini yaxshilash, ularning mehnatga layoqatini oshirish va sog'liqni saqlash tizimiga bo'lgan ijtimoiy-iqtisodiy yukni kamaytirish uchun katta ahamiyatga ega.

- Surunkali bronxit klinik jihatdan hech bo'lmaganda ketma-ket 2 yil davomida 3 oy yoki undan ortiq muddatda yo'tal va balg'am ajralishi bilan kechadigan kasallik sifatida
- Surunkali bronxitning kuchayishi, balg'am hajmining ko'payishi, balg'amning iriylashishi, nafas qisishining paydo bo'lishi yoki kuchayishi kabi simptomlar bilan
- Yo'tal – organizmning himoyaviy reaksiyasi bo'lib, nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini

2.3. Ta'rifi

Surunkali bronxit mustaqil kasallik sifatida belgilanadi, u boshqa biron-bir kasallik bilan bog'liq bo'lmaydi va kamida 3 oy davomida ketma-ket 2 yil yoki undan ortiq vaqt mobaynida surunkali bronxial gipersekresiya bilan kechadi, odatda mahsuldor yo'tal sifatida namoyon bo'ladi.

Eslatma. Kamida 3 oy davomida ketma-ket 2 yil yoki undan ortiq vaqt mobaynida mahsuldor surunkali yo'talga ega bo'lgan, bronxial obstruksiyaning funksional belgilari kuzatilmagan bemorlarda, boshqa ehtimoliy respirator yoki boshqa sabablarni istisno qilgan holda, SB tashxisini qo'yish tavsiya etiladi.

Respirator simptomlari bo'yicha standartlashtirilgan so'rovnoma

Siz odatda qish faslida ertalab balg'am tushirasizmi? (Birinchi sigaretani chekish yoki ko'chaga chiqish paytida balg'am ajralishi, bu holat burindan ajralmani hisobga olmagan holda). Balg'amni yutib yuborish ehtimoli ham mavjud.	Xa/Yuq
Qish faslida Siz odatda kun davomida yoki tun bo'yi balg'am ajratasizmi?	Xa/Yuq
Agar 1 yoki 2-savollarga javob «Ha» bo'lsa, keyingi savol:	Xa/Yuq
Siz yil davomida 3 oy davomida balg'am tupurasizmi?	Xa/Yuq
Berilgan savollarga mos javoblarga qarab muvofiq sinflar ajratiladi: Sinf0: Salbiy: 3-savolga «Yo'q» Sinf 1: Balg'am ba'zan ajraladi: 1 yoki 2 va 3-savolga «Ha» Sinf 2: Balg'am butun kun davomida: 1, 2 va 3-savolga «Ha».	Xa/Yuq

2.4. ETIOLOGIYA VA PATOGENEZI

Xavf omillari

SB rivojlanishi va kuchayishining xavf omillari bo'lishi mumkin:

- zararli odatlarning mavjudligi (chekish),
- fizik va kimyoviy omillarning ta'siri (chang, tutun, uglerod oksidi, oltingugurt angidridi, azot oksidlari va boshqa kimyoviy birikmalarni nafas olish),
- iqlim omillari (nam va sovuq iqlim),
- mavsumiylik (kuz, qish, erta bahor),
- allergik kasalliklar va immunitet tanqisligi holatlari,
- virusli infeksiya (odatda kuchayish sababi sifatida ahamiyatga ega),
- genetik omillar, konstitusional moyillik.

Kasallik etiologiyasi

SB (surunkali bronxit) paydo bo'lishi va rivojlanishida ekzogen va endogen omillar yaqin o'zaro ta'sir qiladi. Ekzogen omillar orasida esa qo'zg'atuvchi va shikastlovchi pollyutantlar (maishiy va ishlab chiqarish xususiyatiga ega) hamda zararli (kimyoviy va mexanik ta'sir etuvchi) changlar bronxlarning shilliq qavatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Ekzogen omillar orasida eng muhim o'rinni tamaki tutunining ta'siri egallaydi. XB bilan kasallanish sigaret chekish miqdoriga to'g'ri proporsional. Sigaret tutuni 400ta zarracha va gazlarni o'z ichiga nafas olgan murakkab qo'shilma hisoblanadi, lekin ularning har birining aniq etiologik roli hali aniqlanmagan.

Ish joyidagi xavflar va SB rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlaydigan bir qator epidemiologik tadqiqotlar mavjud. Diaqnoz, odatda, istisno usuli bilan qo'yiladi. Bu jarayon qiyin, chunki ko'plab ishchilar chekishadi yoki passiv chekishga duch kelishadi.

Ish joylarida tutun ta'siri pasayishga moyil bo'lsa ham, jamoat joylarida chekishni taqiqlovchi qonunlarning qabul qilinishiga qaramay, bu holat hali ham dunyo bo'ylab ko'plab mamlakatlarda muammo bo'lib qolmoqda. Bundan tashqari, ko'p hollarda tamaki tutuni ta'siriga uyda ham duch kelinadi. Passiv tamaki tutuni ta'siri, hatto yoshlarda, surunkali yo'tal va balg'am paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'lib, boshqa xavf omillarini istisno etuvchi skriningdan o'tgan bo'lsa ham kuzatiladi. Har kuni tamaki tutuni ta'siri davomiyligining ortishi bilan xavf sezilarli darajada oshib boradi. Kam taraqqiy etgan mamlakatlarda surunkali bronxitning yana bir muhim sababi oshxonada ovqat pishirishda yoqilg'i bug'lari, ayniqsa, yopiq va havosi yaxshi aylanmaydigan binolardagi ta'sir hisoblanadi.

Organik chang ta'siriga uchragan ishchilar surunkali yo'taldan va astmaga o'xshash obstruktiv simptomlardan shikoyat qilishlari mumkin, lekin nafas yo'llari eozinofiliyasi kuzatilmaydi, havo o'tkazuvchanligining tiklanuvchi obstruksiyasi yoki bronxlarning gipersezuvchanligi bilan birga kechadi. Bu holat paxta, jut, kanop, zig'ir, yog'och, turli don va ko'mir changi, shishasimon tolalar, sement, kremniy dioksidi, silikatlar, vanadiy, payvandlash gazlari, organik changi, dvigatel chiqindilari va hokazolarning surunkali ta'sirida yuz beradi.

Havo havzasining ifloslanishi va nomaqbul iqlimiy omillar (sovuqqa tushish va issiqqa chidash) ahamiyati katta.

Etiologik omillar orasida virusli infeksiyalar (gripp viruslari, adenoviruslar), mikoplazma va bakterial infeksiyalar (*S.pneumonia*, *H.influenzae*, *M.catarrhalis*) kamroq ahamiyatga ega, lekin ularning ahamiyati surunkali bronxit kuchayganida sezilarli darajada ortib boradi.

Barcha shaxslarda bir xil noqulay ekzogen ta'sirda surunkali bronxit paydo bo'lmasligi sababli, XB rivojlanishiga olib keladigan endogen omillarni ham hisobga olish maqsadga muvofiq. Bularga burin-tomoq patologiyalari, nafas yo'llarini tozalash, namlash va isitishning buzilishiga

olib keluvchi burin orqali nafas olishning o'zgarishi, shuningdek, takroriy o'tkir respirator kasalliklar, o'tkir bronxitlar va yuqori nafas yo'llari infeksiyasi o'choqlari, mahalliy immunitetning buzilishi va semizlik kiradi.

KASALLIK PATOGENEZI

Nafas yo'llarining tuzilmaviy o'zgarishlari asosan sog'lom odamlarda, ayniqsa chekishadiganlarda, hatto 20-30 yosh oralig'ida tasvirlangan. Tadqiqotlar neytrofillar va makrofaglar sonining ortishiga ishora qiladi, ular XB yallig'lanish jarayonining shakllanishi va saqlanishida muhim rol o'ynaydi.

Normal holatda bronxial bezlar kuniga taxminan 500 ml balg'am ishlab chiqaradi va bu odatda sezilmaydi. Ammo XB bo'lgan chekishadiganlarda kuniga o'rtacha 100 ml/sut balg'am ko'proq ajralib, bu yo'tal va balg'am to'planishining asosiy sababi hisoblanadi.

XB davomida shilliq qavat va uning osti qatlamining tuzilmaviy-funksional xususiyatlari o'zgaradi. Bu bokalsimon hujayralar va bronxial bezlarning giperplaziyasi va giperfunksiyasida, shilliq gipersekresiyasi va uning xossalari o'zgarishida namoyon bo'ladi (shilliq sekresiyasi quyuq, chaspoq bo'lib, multilovchi epiteliyning kirpikchalarini to'sadi). Buning natijasida mukosiliar transport tizimi buziladi.

Bronxlarning mukosiliar transportining samaradorligi ikki asosiy omilga bog'liq:

1. Multilovchi epiteliy funksiyasi bilan belgilanadigan mukosiliar eskalator.
2. Bronxial sekresiyaning reologik xususiyatlari (uning chaspoqligi va elastikligi), va ularning ikki qatlami – tashqi (gel) va ichki (zol) o'rtasidagi optimal nisbat bilan ta'minlanadi.

Shilliq qavat yallig'lanishiga infeksiya (virusli va bakterial) bilan birga turli qo'zg'atuvchi moddalar sabab bo'ladi. Sekretor IgA ishlab chiqarilishi kamayadi, shilliqda lizosim va laktoferrin miqdori pasayadi. Shilliq qavat shishi, keyinchalik esa atrofiya va epiteliy metaplaziyasi rivojlanadi.

Havodagi kimyoviy moddalar nafas yo'llariga shikast etkazib, shilliq qavat shishi va bronxospazm bilan kechadi. Bu bronxlarning evakuator funksiyasining buzilishiga va shilliq qavatning to'siq funksiyasining pasayishiga olib keladi. Kataral mazmun kataral-iriy, keyinchalik esa iriy mazmun bilan almashadi.

Yallig'lanish jarayonining bronxial daraxtning distal bo'limlariga tarqalishi surfaktant ishlab chiqarilishini buzadi va bakteriyalar hamda boshqa chetdan kirgan zarralarni fagositoz qiladigan alveolyar makrofaglar faolligini pasaytiradi.

Bronxlarning drenaj funksiyasining buzilishi quyidagi bir qator omillarning birgalikda ta'sir qilish natijasida yuzaga keladi:

- Ekzogen omillarning bevosita qo'zg'atuvchi ta'siri va shilliq qavat yallig'lanish o'zgarishlari natijasida yuzaga keluvchi bronxlarning siliq mushaklari spazmi;
- Shilliq gipersekresiyasi, uning reologik xususiyatlarining o'zgarishi, bu esa mukosiliar transportning buzilishiga va bronxlarni quyuq sekresiya bilan to'sib qo'yilishiga olib keladi;
- Silindrsimon epiteliyning ko'pqavatli yassi epiteliyga metaplaziyasi va uning giperplaziyasi;
- Shilliq qavatning yallig'lanish shishi va infiltratsiyasi;

- Shilliq qavatning allergik o'zgarishlari.

Shilliq qavatning yallig'lanishini aks ettiruvchi turli o'zgarishlar uning turli klinik shakllarini shakllantirishga olib keladi.

Kataral bronxitda shilliq qavatning tuzilmaviy-funksional xususiyatlarida yuzaki o'zgarishlar ustun bo'ladi; shilliq-iriy (yoki iriy) bronxitda esa infeksiyon yallig'lanish jarayonlari ustunlik qiladi. Bronxitning bir klinik shaklidan ikkinchisiga o'tish mumkin. Masalan, kataral bronxit uzoq vaqt davom etsa, infeksiya qo'shilishi natijasida shilliq-iriy shaklga aylanishi mumkin va hokazo.

Bronxlarning asosan yirik o'lchamli qismlari jalb etilganda (proksimal bronxit) bronxial o'tkazuvchanlik buzilishlari sezilmaydi. Mayda bronxlar va o'rta o'lchamli bronxlar zararlanganda bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishi ko'pincha yuz beradi, bu, odatda, XB kuchayishi vaqtida aniq namoyon bo'ladi.

Eslatma. Barcha sanab o'tilgan ekzogen va endogen omillar, shuningdek, patogenetik mexanizmlar boshqa kasalliklarni, avvalo, XOBLni rivojlanish sababi bo'lib xizmat qiladi, buni klinik amaliyotda hisobga olish zarur.

2.5. SB KLASSIFIKASIYASI

Funksional xarakteristika:

- Obstruktiv emas
- Obstruktiv sindrom bilan

Yallig'lanish xarakteri:

- Kataral
- Shilliq-yiringli
- Yiringli

Kasallik og'irlik darajasi:

- Engil
- O'rtacha
- Ogir

Kasallik fazasi:

- Kuchayish
- Barqaror bo'lmagan remissiya (kamayib borayotgan kuchayish)
- Klinik remissiya

2.6. KLINIK KO'RINISHI:

SBning asosiy va muhim simptomi balg'am ajralishi bilan kechuvchi yo'taldir.

SB quyidagi kasalliklardan har biri bilan bir vaqtda mavjud bo'lishi mumkin:

- o'pkaning har qanday kasalliklari, masalan, sil, pnevmoniya, kistoz kasalliklar va bronxoektaziya;
- o'pkaning generalizasiyalangan kasalliklari (obstruktiv, granulematoz va interstisial kasalliklar, pnevmokoniozlar);
- boshlang'ich yurak-tomir yoki buyrak kasalliklari.

Ayrim bemorlar o'zlarida balg'am ajralishiga ega bo'lmagan surunkali yoki residivli yo'tal borligini ta'kidlaydilar. Biroq, balg'am mavjud bo'lib, bemorlar uni yutib yuborishadi. Agar

yoʻtal mahsuldor boʻlmasa, u "surunkali quruq yoʻtal" sifatida baholanishi mumkin, to ki yoʻtalning aniq sababi aniqlanguniga qadar.

"Surunkali bronxit" klinik tashxisining formulirovkasi

- Klinik varianti (noobstruktiv, obstruktiv sindrom bilan)
- Kasallik shakli (yalligʻlanish xarakteriga koʻra: kataral, kataral-yiringli, yiringli)
- Jarayon fazasi (kuchayish, susayib borayotgan kuchayish yoki barqaror boʻlmagan remissiya, remissiya)
- Asoratlar

Surunkali noobstruktiv bronxit tashxisining formulirovkasini berganda "noobstruktiv" terminini qoʻllamaslik mumkin.

Eslatma.

SB tashxisini formulirovka qilishda obstruktiv sindromni koʻrsatish TAVSIYA ETILMAYDI, faqat birinchi marta kasallikning kuchayishi vaqtida aniqlangan holatlar istisno qilinadi. Obstruktiv sindrom mavjudligi tashxisni aniqlashni talab qiladi va SBning namoyon boʻlishi hisoblanmaydi. SB uchun asoratlar xos emas.

3. DIAGNOSTIKA

3.1. Tashxis qoʻyish kriteriyalari:

- "Yoʻtal anamnezi" (3 oy davomida, kamida 2 yil mobaynida mahsuldorligi kam boʻlgan yoki balgʻam ajralishi bilan kechuvchi yoʻtal).
- Bronx-oʻpka apparatining boshqa patologiyalarining yoʻqligi (sil, bronxoektaziya, pnevmoniya, bronxial astma, oʻpka saratoni va boshqalar), "yoʻtal anamnezi"ga sabab boʻluvchi holatlar istisno qilinadi.
- SOOʻK differensial diagnostikasida nafas yoʻllari obstruksiyasining aniqlanishi (unga xos qayta tiklanuvchi va qayta tiklanmaydigan komponentlar).

3.2. Shikoyatlar va anamnezi

Shikoyatlar kasallikning kechi shi varianti va jarayon lokalizatsiyasiga bogʻliq. Shikoyatlar va anamnez «klinik koʻrinish» boʻlimida bayon etilgan.

Shikoyatlar:

Yoʻtal – SB boʻlgan bemorlarda asosiy shikoyat. Yoʻtalning xususiyatlari:

- Paydo boʻlish vaqtiga koʻra: ertalab, kunduzi, kechqurun, tungi;
- Davriyligiga koʻra: tez-tez, davriy, doimiy, hujumsimon, ogʻriqli, ogʻriqsiz;
- Xarakteriga koʻra: mahsuldor emas (quruq), mahsuldor (nam);
- Intensivligiga koʻra: engil yoʻtal, oʻrtacha kuchli, kuchli;
- Ovoz chiqishiga koʻra: ovozsiz, engil yoʻtal, qattiq;
- Davomiyligiga koʻra: epizodik qisqa muddatli yoki hujumsimon doimiy;
- Kechishiga koʻra: oʻtkir yoʻtal 3 haftagacha, oʻtkirdan keyingi 4 haftadan 8 haftagacha, surunkali 8 haftadan ortiq.

Yoʻtalni ACCP (American College of Chest Physicians) tavsiyalariga muvohiq baholash tavsiya etiladi, klinik amaliyotlarni xisobga olib (5S sinf/shkala tavsiyasi).

Kasallik anamnezi:

SB asta-sekin boshlanadi: ertalabgi yoʻtal bilan birga shilliq balgʻam ajralishidan iborat boʻlib, vaqt oʻtishi bilan kun davomida bemorni bezovta qila boshlaydi, sovuq va nam havo sharoitida kuchayadi. Bu holat kamida ketma-ket 3 oy davomida, 2 yil yoki undan ortiq vaqt davomida kuzatiladi va yillar oʻtishi bilan doimiy ravishda kuzatiladi.

Surunkali bronxitdagi yoʻtal

ACCP (American College of Chest Physicians) tavsiyalari.

«Shamollash xolati boʻlmaganda, yoʻtalni kuzatasizmi?»	Ha
«Yil davomida sizda uzoq kunlar mobaynida yoʻtaladigan oylar boʻladimi?»	Ha
«Siz yil davomida 3 oy mobaynida koʻp kunlar yoʻtalasizmi?»	Ha
«Nechchi yil mobaynida yoʻtalni kuzatvossiz?»	≥2 yil

Barcha savollarga ijobiy javoblar SB (surunkali bronxit) mavjudligini koʻrsatadi.

Yoʻtalni differensial tashxislash jarayonida quyidagi savollarni berish tavsiya etiladi:

- yoʻtal qancha vaqtdan beri mavjud;
 - yoʻtal quruqmi yoki balgʻam bilan;
 - sutka davomida qancha balgʻam ajralishi;
 - balgʻamning xususiyati qanday;
 - balgʻamda qon qoʻshimchasi bormi;
 - burindan ajralishlar mavjudmi;
 - ish kasbiy zararlar bilan bogʻliqmi;
 - yaqin qarindoshlar orasida uzoq vaqtli yoʻtal, sil, saraton yoki bronxial astma bormi;
 - bemor APF ingibitorlari yoki beta-adrenoblokatorlar qabul qilyaptimi.
- (Tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

SBning boshlangʻich bosqichlarida yoʻtal faqat ertalab kuzatiladi – «bronxlarning ertalabgi tozalanishi» kichik miqdorda balgʻam ajralish bilan kechadi, yoʻtal sovuq va nam havo boʻlgan vaqtlarda kuchayishi mumkin.

Vaqt oʻtishi bilan yoʻtalning tez-tez takrorlanishi ortib boradi (ertalab, ertalab va kunduzi, kun davomida). Yoʻtal traxeya shilliq qavatida va asosiy bronxlar boʻlinuvchi joylarda («shporalar») joylashgan adashgan nerv reseptorlarining qoʻzgʻatilishi natijasida paydo boʻladi.

Mayda bronxlarda yoʻtal reseptorlari mavjud emas, shuning uchun balgʻam bilan yoʻtal – proksimal bronxitning asosiy koʻrinishidir. Traxeya va yirik bronxlarning ekspirator kollapsi (traxeyaning membranoz qismining uning yoʻlini bosishi va bronxlarning havo chiqarish paytida tushib ketishi) kuchayganda, yoʻtal «voʻvillovchi» xarakterini oladi va miyaning oʻtkir gipoksiyasi natijasida hushdan ketish holatlari (sinkope) bilan birga kechishi mumkin.

3.3. Fizikal tekshiruv

SB boʻlgan bemorlarda fizikal patologiya simptomlari mavjud boʻlmasligi mumkin.

Auskultasiyada kuzatiladigan oʻzgarishlar: quruq tarqoq xirillashlar, asosan koʻkrak qafasining orqa-pastki qismlarida, yirik va oʻrta bronxlardagi jarayonlarda qoʻpol gʻujurlagan quruq xirillashlar, hamda mayda bronxlarning zararlanishida, ayniqsa nafas chiqarish vaqtida yaxshi eshitiladigan hushtaksimon xirillashlar bronxospastik sindromi borligini koʻrsatadi.

Eslatma. Keltirilgan auskultativ manzara nafas olish organlarining boshqa kasalliklari bilan oʻz vaqtida differensial tashxisni talab qiladi.

Bronxitning evolyusiyasi va u bilan bog'liq asoratlar bemorni to'g'ridan-to'g'ri tekshiruvda olingan ma'lumotlarni o'zgartiradi. Giperinflyasiya, o'pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi belgilari SOO'K ni ko'rsatadi.

Hamma SB bemorlarida patologik simptomlarni aniqlash uchun fizikal tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

O'pka auskultasiyasini jadal nafas olganda va yotgan holatlarda o'tkazish tavsiya etiladi (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

3.4. Laboratoriya va tashxis tadqiqotlari

Kasallikning boshlang'ich bosqichida, shuningdek, SB remissiya davrida laboratoriya-instrumental ko'rsatkichlarda o'zgarishlar kuzatilmaligi mumkin. SB rivojlanishi davomida laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari katta ahamiyatiga ega bo'ladi. Ular yallig'lanish jarayoni faolligini aniqlash, kasallikning klinik shaklini aniqlash, asoratlarni aniqlash va klinik simptomlari o'xshash bo'lgan kasalliklar bilan differensial tashxis qo'yish uchun qo'llaniladi.

Kamida 2 yil davomida ketma-ket 3 oy mobaynida surunkali mahsuldor yo'talga ega bo'lgan bemorlarga SB tashxisi nafas yo'llari yoki yurakning boshqa ehtimoliy sabablarini istisno qilgandan so'ng qo'yish tavsiya etiladi (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Hamma surunkali yo'tal bor bemorlarda quyidagilarni baholash tavsiya etiladi: respirator qo'zg'atuvchi ta'sirlar (turli xil chekish tutuni); ish joyi va uyda passiv chekish tutuni ta'siri; noqulay professional va/yoki maishiy sharoitlar, chunki ularning barchasi surunkali bronxit rivojlanishining moyillik omillari hisoblanadi (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Barqaror SB holatidagi bemorlarda balg'amning nativ yoki bo'yalgan preparatlarini mikroskopik tekshiruvdan o'tkazish uchun rutin tekshiruv TAVSIYA ETILMAYDI (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Shuningdek, barqaror XB holatidagi bemorlard yallig'lanish faolligini o'lchovchi reaksiyalarning o'tkir bosqichi va qon biokimyos ko'rsatkichlarini (qonda C-reaktiv oqsil, sial kislotalari, seromukoid, fibrinogen darajasini tekshirish va boshqalar) aniqlash uchun rutin tekshiruv TAVSIYA ETILMAYDI (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Eslatma. SBning stabil kechuvi yallig'lanishning sistemaviy xususiyati va biokimyoviy buzilishlar bilan birga kechmaydi.

Barcha SB bemorlariga nafas etishmovchiligini va uning darajasini aniqlash uchun 6-daqiqalik yurish sinovidan oldin va keyin pulsoksimetriya (SpO2 baholash) o'tkazish tavsiya etiladi (tavsiya sinfi/shkalasi 2S).

Eslatma. SB nafas etishmovchiligi bilan birga kechmaydi, uning mavjudligi SOO'K yoki boshqa kasallik mavjudligini ko'rsatadi.

3.5. INSTRUMENTAL TASHXIS TADQIQOTLARI

Rentgenologik usullar

Barcha SBga shubha qilingan bemorlarda nafas olish organlarining boshqa kasalliklarini istisno qilish uchun oldingi to'g'ri proeksiyada o'pka rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi (tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Eslatma. Ko'pchilik bemorlarda umumiy rentgenogrammada o'pkada o'zgarishlar kuzatilmaydi. SB uzoq davom etganda o'pka to'qimasi retikulyar deformatsiyasi aniqlanadi, bu ko'pincha distal bronxitning boshqa belgilari bilan birga uchraydi. O'pka rentgenografiyasi asoratlari yoki nafas olish a'zolarining boshqa patologiyalarini (pnevmoniya, bronxoektaziyalar) tashxislashda yordam beradi, shuningdek, bronxit simptomlari asosiy jarayonga hamroh bo'lishi mumkin bo'lgan kasalliklar (sil, o'sma va h.k.) bilan differensial tashxis qo'yishda qo'llaniladi.

Kompyuter tomografiyasi

Barcha SB bemorlarida qo'shimcha tekshiruvlar uchun yuqori aniqlikdagi kompyuter tomografiyasidan (КТҮА) foydalanish tavsiya etilmaydi (**tavsiya sinfi/shkalasi 5S**).

Eslatma. КТ nafas olish organlarining boshqa patologik o'zgarishlarini (bronxoektaziyalar, o'pka emfizemasi va boshqalar) aniqlash uchun qo'llaniladi, lekin SBni tasdiqlash uchun emas. Ташқи нафас олиш функциясини тадқиқ қилиш

Barcha SB bemorlarida restriktiv va obstruktiv o'pka ventilyatsiyasi buzilishlarini aniqlash maqsadida va SOO'K bilan differensial diagnostikasini o'tkazish uchun TNOFning JNChH1, O'JTS, JTS, JNChH1/O'JTS ko'rsatkichlarini o'rganish tavsiya etiladi (**tavsiya sinfi/shkalasi 5S**).

Эслатма. Барқарор СБ ҳолатида ТНФ 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) кuzатилмайди.

Elektrokardiogramma registratsiyasi

Barqaror SB holatidagi bemorlarda rutin tashxis qo'yish uchun EKG o'tkazish TAVSIYA ETILMAYDI (**tavsiya sinfi/shkalasi 2S**).

Eslatma. SBda elektrokardiografiya qo'shimcha ma'lumot taqdim etmaydi.

3.6. SB DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Surunkali bronxitning differensial diagnostikasi surunkali yo'tal sindromi (8 haftadan ortiq davom etadigan yo'tal) bilan kechadigan kasalliklar bilan o'tkaziladi.

Anamnezni diqqat bilan yig'ish, klinik simptomlarni baholash va fizikal tekshiruv ma'lumotlari jiddiy, hayot uchun xavfli kasalliklarni istisno qilish imkonini beradi.

Surunkali yo'tal bilan kechadigan kasalliklar ro'yxati

Kasallik	Klinik va anamnestik ma'lumotlar
Bronxial astma	«Xushtaksimon» nafas olish, xurujsimon xansirash, bo'g'ilish, shu jumladan jismoniy zo'riqish yoki sovuq havoni nafas olish natijasida yuzaga keladi.
Tuberkulez	Xarorat ko'tarilishi, vazn yo'qotish, tungi terlash, qon tuflash
O'pka saratoni	Qarilik yoshi, chekish tarixi, vazn yo'qotish, qon tuflash (gemoptiz).
Metastatik o'pka kasalligi	Ilgari tashxislangan qattiq yomon sifatli o'sma.
Surunkali yurak etishmovchiligi	Yurak va qon-tomir kasalliklari tarixi, xansirash, ortopnoe xolati, periferik shishlar
SOO'K	Chekish tarixi (IK ≥ 10 «quti/yil»), surunkali balg'am ajralishi
Interstisial o'pka kasalligi	Xansirash, tashqi muhit omillarini ehtimoliy ta'siri, ovoqli inspirator kreptasiya.

Surunkali yo'tal bilan kechadigan kasalliklar/patologik holatlarning ehtimoliy keng doirasini hisobga olgan holda, ularni tez-tez, kamroq va kamdan-kam uchraydigan holatlarga, ajratish to'g'ri maqsadiga muvofiqdir.

Surunkali yo'tal bilan kechadigan tez-tez va kam uchraydigan kasalliklar ro'yxati.

Kasallik	Kliniko-anamnestik ma'lumotlar
Tez-tez uchraydigan kasalliklar	<ul style="list-style-type: none"> – SOO'K – Yatrogen yo'tal (APF ingibitorlarini qabul qilish natijasida) – Yuqori nafas yo'llari kasalliklari bilan bog'liq yo'tal («postnazal oqishi») – Bronxial astmani yo'tal varianti – Gastroezofageal reflyuks kasalligi
Kamroq uchraydigan kasalliklar	<ul style="list-style-type: none"> – Postinfeksion yo'tal (ko'proq B.pertussis- va M.pneumoniae-infeksiyasi bilan bog'liq) – Bronxoektazlar – Obstruktiv uyqu apnoesi – O'pka saratoni – Surunkali yurak etishmovchiligi – Tuberkulez
Kamdan-kam uchraydigan kasalliklar	<ul style="list-style-type: none"> – Sarkoidoz – Pnevmoniozlar – Residiv aspirasiyasi – Tanglay bezlarini gipertrofiyasi – Idiopatik o'pka fibrozi – Tashqi eshitish yo'lining surunkali irritasiyasi (oltingugurt tiqini, yod jism). – Nafas yo'liga tushgan (aspirlangan) chet jism – Mukovissidoz – Traxeomalyasiya

Kasallik	Kliniko-anamnestik ma'lumotlar
	- Odatiy (psixogen) yo'tal yoki yo'tal tiki - Arterio-venoz malformasiya va boshqalar

Xavf omillarining o'zaro bog'liqligini, yirik nafas yo'llaridagi patomorfologik o'zgarishlarning yaqinligini va bunga muvofiq ravishda klinik ko'rinishlarning o'xshashligini (surunkali mahsuldor yo'tal) hisobga olgan holda, amaliyotchi shifokor oldida ko'pincha SB va SOO'K ni ajratish zaruriyati paydo bo'ladi.

Bu holda eng oddiy va ko'rsatkichli usul sifatida bronxolitik proba bilan nafas hajmlari va oqimlarini tadqiq qilish tavsiya etiladi. SOO'K uchun rasmiy spirometrik mezon havo oqimining cheklanishi ($JNChH1/O'JTS < 0,7$) hisoblanadi, ammo SB bo'lgan bemorlarda, agar kasallik kuchaymagan bo'lsa, tashqi nafas olish funksiyasining ko'rsatkichlari me'yoriy qiymatlarga yaqin bo'ladi.

Yo'tal, dori vositalarining nojo'ya ta'siri sifatida (NT) APF ingibitorlarini qabul qilayotgan bemorlarning 5–20%ida yo'tal rivojlanishi mumkin va bu bradikinin va yo'tal mediatorlarining to'planishi bilan bog'liq. Shuni ta'kidlash muhimki, yo'talning paydo bo'lishi preparatning dozasi yoki uni qabul qilish muddati (bir necha kundan bir necha oygacha) bilan bog'liq emas. Oddiy hollarda APF ingibitorini bekor qilgandan keyin yo'tal 1–4 hafta ichida to'xtaydi. Bundan farqli o'laroq, angiotenzin II antagonistlari (sartanlar) yo'talni keltirib chiqarmaydi va bu dori vositasi nojo'ya ta'sir rivojlanganda APF ingibitorlariga mos alternativa sifatida qaraladi.

Yuqori nafas yo'llari kasalliklari bilan bog'liq yo'tal (YuNYKY)

YuNYKY yoki «postnazal oqishi» allergik (mavsumiy yoki yil davomida), allergik bo'lmagan (vazomotor), medikamentoz rinit («rikoshet» effekti – dekongestantlar va boshqa mahalliy preparatlarni uzoq muddatli qo'llashni to'xtatgandan keyin) bo'lgan bemorlarda, shuningdek, surunkali bakterial rinosinusit yoki anatomik anomaliyalar (burin to'sig'ining qiyshayishi) bilan kechadigan hollarda tez-tez uchraydi. 20%dan ortiq hollarda ushbu holatda rivojlangan yo'tal «jim» bo'lib, ya'ni yuqori nafas yo'llari kasalliklariga xos simptomlar bilan birga kechmaydi. YuNYKY tashxisini faqat maqsadli tekshiruv (MSKT, sinuslarning paranazal sinuslarini tekshirish, otorinolarinolog ko'rigidan o'tish) va keyingi davolash jarayonidagi natijalardan so'ng tasdiqlash mumkin.

Bronxial astmaning yo'tal varianti (BA). Bronxial astmali ayrim bemorlarda kasallik yo'tal bilan namoyon bo'lishi mumkin, boshqa simptomlar yoki fizikal tekshiruv jarayonida qandaydir o'zgarishlar kuzatilmaydi. Surunkali yo'talga ega bo'lgan bemorlar orasida bronxial astmaning yo'tal varianti taxminan 30% holatlarda uchraydi.

Differensial diagnostikaning zaruriyati. SB bo'lgan bemorlarda kasallik kuchaymagan holda spirometriya orqali aniqlangan klinik simptomlar va funksional buzilishlar, bronxoobstruktiv sindromning manfiy bronxodilatasion testi bilan birgalikda aniqlanishi, birinchi navbatda, SOO'K bilan differensial diagnostikasini talab qiladi.

SB va SOO'K bo'lgan bemorlarning klinik-funksional xususiyatlari

	Havo oqimi cheklanishi 1	Havo oqimi cheklanishi yo'q
Сурункали бронхит симптомлари ²	СОЎК	Сурункали бронхит
Сурункали бронхит симптомларининг йўқлиги	СОЎК	Йўқ

Eslatma:

1. Spirometriyada JNChH1/O'JTS <0,7.
2. Surunkali yo'tal yiliga kamida 3 oy davomida, 2 yil mobaynida kuzatiladi.

Yo'tali bor xamma bemorlarda SBning differensial diagnostika maqsadida quyidagi belgilarni baholash tavsiya etiladi:

- Surunkali yo'tal (8 haftadan ortiq davom etadi), ko'pincha qo'zg'atuvchilar tomonidan chaqiriladi; tungi vaqtlarda ham kuzatilishi mumkin;
- Bronxoprovokasion testlar manfiy natijalari: ingalyasiyadan keyin (12,8 mkmol metaxolin yoki 7,8 mkmol gistamin) JNChH1 hajmi 20% yoki undan ko'proq pasayishi;
- Sutkalik NChChT o'zgaruvchanligi $\geq 10\%$, 2 hafta davomida kuzatilgan;
- Bronxolitik testning ijobiy natijasi: 400 mkg salbutamol ingalyasiyasidan 15 minut o'tgach JNChH1ning boshlang'ich qiymatdan 12% yoki 200 ml dan ortiq oshishi;
- Yo'tal qo'shimcha astmaga qarshi terapiya (iGKS) fonida engillashadi. **(Tavsiya sinfi/shkalasi 5S)**

SB va GERKning differensial diagnostika maqsadida uzoq davom etuvchi surunkali yo'tali bor bemorlarda quyidagi maqsadli tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi: Bularga quyidagilar kiradi: qizilo'ngach rentgenografiyasi, oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning rentgenografiyasi, ezofagogastroskopiya, qizilo'ngach ichidagi pH-metriya. Bundan tashqari, hayot tarzini o'zgartirish tavsiya etiladi: vazn yo'qotish, yog'li va qo'llanmaydigan taomlardan, spirtli ichimliklardan, shokolad, qahva va choydan voz kechish. Shuningdek, proton nasosi ingibitorlarini 8 hafta davomida tayinlash tavsiya etiladi. **(Tavsiya sinfi/shkalasi 5S).**

Eslatma. GERK surunkali yo'talning eng ko'p uchraydigan sabablaridan biri hisoblanadi (bir qator tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, uzoq davom etadigan yo'talli bemorlarda GERKni aniqlash tezligi 70%ga etadi). Buning sababi oshqozon mazmunining pastki ezofageal sfinkterning bo'shashishi orqali qizilo'ngachga, xalqumga va nafas yo'llariga qayta tushishi bo'lishi mumkin.

Shuni ta'kidlash muhimki, ba'zi bemorlarda yo'tal GERKning yagona simptomi bo'lishi mumkin, hech qanday tipik namoyonlar, masalan, ko'krak qaynashi, kekirish yoki og'izda nordon ta'm kuzatilmashligi xam mumkin.

Surunkali yo'tali bor bemorlarda terapevtik ta'sir etarlicha samarali bo'lmagan hollarda, hayot tarzini o'zgartirish, proton nasosi ingibitorlarini 8 hafta davomida qabul qilish, qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak rentgenografiyasi, ezofagogastroskopiya va qizilo'ngach ichidagi pH-metriya natijalariga ko'ra, SB va GERKni differensial diagnostika maqsadida me'da-ichak tizimi motorikasi stimulyatorlarini (prokinetiklar) tayinlash tavsiya etiladi **(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).**

Surunkali yo'tal sindromi bor bemorlarda SBni differensial diagnostika maqsadida quyidagi bosqichma-bosqich tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi:

1-bosqich

kasallik tarixi va anamnezini batafsil o'rganish, bemorni fizikal tekshiruvdan o'tkazish.

o'pka rentgenografiyasi

chekishni to'xtatish (chekadigan bemorlarda)

APF ingibitorlarini qabul qilishni bekor qilish yoki ularni angiotenzin II reseptorlari antagonistlariga almashtirish.

2-bosqich

Quyidagi holatlarda kompyuter tomografiyani (KT) o'tkazish extimolini ko'rib chiqish:

Uzoq muddatli chekish tarixiga ega bo'lgan, o'pka saratoni skrining mezonlariga javob beradigan bemorlarni (kam dozali KT).

O'pka rentgenografiyasi tekshiruvdan o'tilgandan keyin aniqlangan patologik o'zgarishlari.

Quyidagi simptomlarning mavjudligi: anoreksiya, vazn yo'qotish, qon tuflash, isitma, titroq, xansrash, «baraban tayoqchalari» ko'rinishidagi barmoqlardagi tirnoq falanglarining osteodistrofiyasi, o'pkaning bazal bo'limlarida ikki tomonlama xirillash/krepitasiyalar.

3-bosqich

Yuqori nafas yo'llari kasalligi taxmin qilinganda tizimli ta'sirga ega antigistamin vositalar va/yoki dekongestantlar va mahalliy qo'llash uchun boshqa preparatlar bilan empirik terapiyasi.

4-bosqich

Bronxial astmani istisno qilish:

Nafas hajmlarini dori vositalari (bronxolitik test) yordamida tekshiruv o'tkazish, balg'amning sitologik tekshiruvda va periferik qonda eozinofillar sonini aniqlash.

Bronxial astmaga xos ko'rsatkichlarda ingalyasion glyukokortikosteroidlar/tizimli kortikosteroidlar bilan sinov terapiyasi.

5-bosqich

Hayot tarzini o'zgartirish (vazn yo'qotish, yog'li va kislotaga boy taomlar, spirtli ichimliklar, shokolad, qahva va choyni iste'mol qilmaslik) 8 hafta yoki undan ortiq davomida.

6-bosqich

KQA KT, agar avval o'tkazilmagan bo'lsa

7-bosqich

Mutaxassis shifokorlarni (pulmonolog, otorinolaringolog, gastroenterolog) ko'rigidan o'tish imkoniyatini ko'rib chiqish.

(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

3.7. SURUNKALI BRONXITNING XURUJI

Surunkali bronxit (SB) bo'lgan bemorlarda o'tkir respirator infeksiyalar soni bronxiti yo'q bemorlarga nisbatan ancha yuqori. Sog'lom odamlarga nisbatan, ularda yuqori nafas

yo'llarining o'tkir infeksiya simptomlari ko'pincha pastki nafas yo'llari infeksiyasi bilan birga kechadi. Xuruj davrida yo'tal va balg'am ajralishi ortib, balg'am yiringli bo'lishi mumkin. SBning xuruji xansirashning sababi bo'lishi mumkin. Ba'zi holatlarda, yurak etishmovchiligi yoki o'pka emboliyasi kabi holatlar SB xurujini taqlid qilishi mumkinligi isbotlangan.

SB xurujining yagona umumiy qabul qilingan ta'rifi mavjud bo'lmasa-da, tadqiqotchilarning aksariyati bu holatni barqaror holdagi bemorning ahvolining yomonlashishi, balg'am hajmining ortishi, yiring balg'am paydo bo'lishi va/yoki xansirash simptomlari bilan bog'lashadi. Xurujga ko'pincha yuqori nafas yo'llari infeksiyasi simptomlari sabab bo'ladi. Xuruj epizodlarining taxminan uchdan birida virusli infeksiya aniqlanadi. Ambulator sharoitda keng tarqalgan virusli infeksiyalarga rinovirus, koronavirus, gripp V va paragripp virusi kiradi. Virusli respirator infeksiyalar bakterial superinfeksiya rivojlanishiga moyillik hosil qiladi, chunki adekvat shilliq klirensi buzilishi natijasida, yuqori nafas yo'llaridagi bakteriyalarga boy shilliq aspirasiya bo'lish xavfini oshirishiga olib kelishi mumkin. Bakteriyalarning ortiqcha o'sishi SB kuchayishining asosiy sababimi yoki yo'qmi, degan savol bahslidir. Remissiya davrida SB bo'lgan ko'pchilik bemorlarda, ayniqsa chekish bilan bog'liq bo'lganlarda, shartli-patogen mikroflora (*Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* va *Haemophilus influenzae*) aniqlanadi. Xuddi shu mikroorganizmlar xuruj davrida ham aniqlanadi.

Shu bilan birga, balg'amning molekulyar tiplash tadqiqotlari ko'rsatdiki, SB kuchayishlari ko'pincha yangi, tashqi shtamm bilan bog'liq. Ko'pincha SB xuruj epizodlari terapiyaga yaxshi javob beradi.

SBning xos xususiyatlaridan biri xurujining mavsumiyligi (erta bahor, kuzning oxiri) bo'lib, bu bronxit variantida xuruj va remissiya fazalari aniq chegaralangan.

Anamnezda ko'pincha gipersezuvchanlik (sovuqqa yomon o'tkazuvchanlik) va ko'p yillik chekish haqidagi ma'lumotlar uchraydi.

Ba'zi bemorlarda kasallik kasbiy zararlilik bilan bog'liq, erkaklarda bu holat ayollarga nisbatan ko'proq uchraydi.

Surunkali bronxit (SB) bo'lgan bemorlarda infeksiyon xuruji mavjudligini baholash uchun quyidagi mezonlardan foydalanish tavsiya etiladi:

- Xansirashning paydo bo'lishi yoki kuchayishi;
- Balg'am hajmining oshishi;
- Balg'amning yiringligi ko'payishi.

(Tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Eslatma. Bemorda barcha uch mezon mavjud bo'lganda, I tip kuchayish sifatida tasvirlanadi, ikki mezon mavjud bo'lganda – II tip, bitta mezon mavjud bo'lganda – III tip surunkali bronxitning kuchayishi deb baholanadi. SB kuchayishining og'irlik darajasi klinik simptomlarni tahlil qilish asosida baholanadi.

Fizikal tekshiruv

Barcha SB kuchayishi bo'lgan bemorlarda umumiy ko'rik o'tkazish, nafas olish sonini (NOS), yurak urishlar soni (YuUS), arterial qon bosim (AQB), tana haroratini o'lchash va o'pka auskultasiyasini o'tkazish tavsiya etiladi. Bu umumiy patologiyalarni skrining qilish va SB xurujini aniq tashxislash uchun muhim hisoblanadi.

(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Eslatma. Surunkali bronxit (SB) xurujining fizikal belgilari o'pka auskultasiyasida quyidagilar bilan tavsiflanadi: qattiq nafas olish, tarqalgan xushtaksimom va g'ujurlab turuvchi quruq xirillashlar. Agar bronxlarda sekret paydo bo'lsa, nam xirillashlar ham eshinishi mumkin. Biroq, fizikal tekshiruvda olingan ma'lumotlar bemorning yoshi, hamroh kasalliklar va boshqa omillarga bog'liq ravishda farq qilishi mumkin.

Qon tahlili

Eslatma. Qon tahlili natijalari SB xuruji uchun spetsifik hisoblanmaydi, ammo klinik mezonlar bilan birga qo'shimcha tekshiruv zaruriyatini aniqlash, zotiljamni istisno qilish va tizimli antibakterial terapiya tayinlash to'g'risida qaror qabul qilishda yordam beradi. Leykositoz $>10-12 \times 10^9/l$ va/yoki tayoqsimon neytrofillar sonining $>10\%$ ga oshishi, neytrofil-limfositlar nisbatining >20 bo'lishi, qonda S-reaktiv oqsil (SRB) miqdori >100 mg/l bakterial infeksiya ehtimolining yuqori ekanligini ko'rsatadi va bunday holatda zotiljamni istisno qilish uchun bemorni qo'shimcha tekshirish talab etiladi. Ambulator amaliyotda SB xurujini etiologik tashxisini verifikatsiya qilish maqsadida mikrobiologik tahlillar o'tkazish davolash taktikasiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Zotiljam tashxisini istisno qilish maqsadida quyidagi belgilari mavjud bo'lgan ambulator bemorlarda o'pka rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi: yurak urishlar soni (YuUS) 90 tadan yuqori, nafas olishlar soni (YuOS) 22 tadan yuqori, yoki tana harorati $>38^{\circ}C$ oshishi, perkussiyada tovushning qotishi yoki auskultasiyada aniqlanadigan o'zgarishlar.

(Tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Eslatma. O'pka rentgenografiyasini oldingi to'g'ri va yon proeksiyalarda o'tkazish tavsiya etiladi.

Barcha SB xuruji bo'lgan bemorlarda, nafas etishmovchilik (NE) belgilarini aniqlash uchun SpO_2 o'lchovini pulsoksimetriya tekshiruvi orqali o'tkazish tavsiya etiladi.

(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Eslatma. Pulsoksimetriya nafas etishmovchiligi (NE) bo'lgan bemorlarda aniqlash uchun oddiy va ishonchli skrining usuli sifatida tavsiya etiladi. Shu bilan birga, SB xuruji bo'lgan bemorda NE mavjudligi shifokorni boshqa kasallikni qidirishga yo'naltirishi kerak. SB xuruji odatda SpO_2 pasayishi bilan birga kechmaydi.

SB kuchayishi bo'lgan bemorlarda o'pka funksiyasi buzilishining mavjudligini va uning darajasini baholash uchun nafas hajmlari va oqimlarini tekshirish qilish tavsiya etiladi.

(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

4. DAVOLASH

Surunkali bronxit (SB) terapiyasining asosiy maqsadlari quyidagi patofiziologik mexanizmlarga yo'naltirilgan bo'lishi kerak:

- Bronxial sekresiyaning ortiqcha ishlab chiqarilishini kamaytirish;
- Nafas yo'llaridagi yallig'lanish darajasini pasaytirish;
- Siliar transportni yaxshilash va shilliqning chaspoqligini kamaytirish orqali bronxial sekresiya chiqishini yaxshilash;
- Yo'talni modifikatsiya qilish.

Bu maqsadlarga turli nofarmakologik va farmakologik vositalar yordamida erishish mumkin.

4.1. NOFARMAKOLOGIK TERAPIYA

Cekishdan voz kechish

Barcha surunkali bronxit (SB) bo'lgan bemorlarga kasallikning kuchayishini oldini olish va simptomlarni yaxshiroq nazorat qilish maqsadida chekishni tashlash tavsiya etiladi (*tavsiya sinfi/shkalasi 5S*).

Eslatma. SB bo'lgan bemorlarda yo'talni va balg'am ajralishini nazorat qilishda eng samarali usul aeroirritantlar bilan kontakti to'xtatish hisoblanadi.

SB bo'lgan va uzoq muddat aeroirritantlar ta'sirida bo'lgan (masalan, tamaki tutuni komponentlari, ish joyidagi aeroirritantlar) bemorlarga ulardan qochish tavsiya etiladi. Masalan, chekishdan voz kechgan bemorlarning 94-100% da yo'tal to'liq yo'qoladi yoki sezilarli darajada kamayadi, shularning yarmida bu ta'sir barqaror (>1 oy) bo'ladi. Chekishdan voz kechishning uzoq muddatli ta'siri ham shunchalik aniq namoyon bo'ladi: 5 yil davomida olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, chekishni tashlagan SB bilan og'rigan bemorlarning (>90%) aksariyatida kasallikning asosiy simptomlari yoki to'liq yo'qoladi, yoki ularning og'irlik darajasi sezilarli darajada kamayadi va bu barqaror holat bo'lib, kuzatuv davomida saqlanib qoladi.

Shifokor maslahati 7,4% bemorlarda chekishni tashlashga olib keladi (boshqaruv guruhidan 2,5% ko'proq), 3-10 daqiqalik maslahat natijasida chekishni tashlash ko'rsatkichi 12% ga yetadi. Agar maslahatga ko'proq vaqt ajratilsa, muammolarni hal qilish ko'nikmalari, psixosotsial qo'llab-quvvatlash va murakkab yordam choralari amalga oshirilsa, chekishdan voz kechish ko'rsatkichi 20-30% ga yetishi mumkin.

Cekishdan voz kechishni qo'llab-quvvatlash uchun, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, barcha chekish bilan bog'liq SB bo'lgan bemorlarga tamakiga bog'liqlikni davolash uchun farmakologik vositalarni tayinlash tavsiya etiladi (*tavsiya sinfi/shkalasi 2V*).

Eslatma. Farmakoterapiya chekishni tashlashga bo'lgan urinishlarni samarali qo'llab-quvvatlaydi. Tamakiga bog'liqlikni davolashda birinchi tanlov preparatlariga vareniklin va nikotin o'rinbosar vositalar kiradi.

Shifokor maslahati, qo'llab-quvvatlash guruhlari, ko'nikmalarni shakllantirish va nikotin o'rinbosar terapiyasini birgalikda qo'llash 1 yil davomida 35% bemorlarda chekishdan voz kechishga, 5 yil davomida esa 22% da chekishni tashlash holatining saqlanishiga olib keladi.

4.2. FARMAKOLOGIK TERAPIYA

Mukolitik preparatlar

Surunkali bronxit (SB) va ajraluvchi yo'tal bilan kechuvchi bemorlarga mukolitik preparatlarni (ambroksol, bromgeksin, karboksistein, N-atsetilsistein, erdostein) umumqabul qilingan dozalarda simptomatik davolash maqsadida qo'llash tavsiya etiladi. Bu kasallikning regressiyasiga hamda takroriy xurujlar sonini kamaytirishga yordam beradi. (*tavsiya sinfi/shkalasi 1A*).

Kombinatsiyalangan mukoaktiv ta'sirga ega bo'lgan o'simlik dori vositalarining samaradorligi aniqlangan. Ular timyan-plyush (sirop shaklida) va binafsha timyani (tabletkalar shaklida) kombinatsiyalaridan iborat bo'lib, yo'tal va balg'am ajralishi bilan kechuvchi bemorlarda balg'amni yengilroq chiqarishga yordam beradi.

Eslatma. Ayrim mukolitik vositalar (ambroksol, bromgeksin, karbotsistein, atsetilsistein) yallig'lanishga qarshi va antioksidant xususiyatlarga ega bo'lib, SB xurujlarining takrorlanish sonini va davomiyligini kamaytirishga yordam beradi.

Yo'talga qarshi preparatlar

SB bo'lgan bemorlarda yo'tal intensivligini va paroksizmlar takrorlanishini kamaytirish maqsadida markaziy ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan yo'talga qarshi preparatlar (dekstrometorfan) tavsiya etiladi.

(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).

Bronxodilatatorlar

Barqaror kechuvchi SB bo'lgan bemorlarda yo'talni yengillashtirish maqsadida bronxodilatatorlarni (beta-2-agonistlar, xolinoblokatorlar) qo'llash tavsiya etiladi. **(tavsiya sinfi/shkalasi 5S).**

Eslatma. Qisqa ta'sirga ega beta-2-agonistlar nafas yo'llarining kengayishi hisobiga balg'am ajralishiga yordam beradi, miltlovchi epiteliyning kiprikchalari harakat chastotasini oshiradi va bronx shilliq qavatini gidratatsiyalaydi, shuningdek, bronxial sekretsionning quyug'ligini kamaytiradi.

Uzoq ta'sir qiluvchi beta-2-agonistlar (formoterol, indakaterol) ham shilliq epiteliy kiprikchalarining harakatini kuchaytiradi, shu bilan birga nafas chiqarishning cho'qqi tezligini oshiradi, bu esa samarali yo'talning muhim mexanizmi deb hisoblanadi.

Qisqa ta'sirga ega xolinoblokator ipratropium bromid SB bilan barqaror kechuvchi bemorlarga uzoq muddatga tayinlanganda yo'tal epizodlari sonini va uning intensivligini kamaytiradi, shuningdek, ajralib chiqadigan balg'am hajmini sezilarli darajada kamaytiradi.

Biroq, uzoq ta'sir qiluvchi xolinoblokator tiotropiy bromidni qo'llashda yo'tal va uning intensivligiga sezilarli ta'sir ko'rsatish samaradorligi namoyon etilmagan.

Stabil holda kechayotgan SB bor bemorlarda yo'talni kamaytirish maqsadida teofillinni doimiy ravishda qo'llash TAVSIYA ETILMAYDI **(tavsiya darajasi/ sinfi 2S).**

Glyukokortikosteroidlar

Stabil holda kechayotgan SB bemorlarida tizimli ta'sirga ega kortikosteroidlarni rutin amaliyotda tayinlash TAVSIYA ETILMAYDI **(tavsiya darajasi 2S).**

Antibiotiklar

SB kasalligi bor bemorlarda xurujsiz davrda antibiotiklarni qo'llash **TAVSIYA ETILMAYDI.** Bu antibiotiklarga chidamlilik rivojlanish xavfini kamaytirish va dorining nojo'ya ta'sirini oldini olish uchun zarur **(tavsiya darajasi 1A).**

Eslatma. Ilgari o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatganki, profilaktik maqsadda antibiotiklar tayinlangan hollarda SB kasalligi xurujlarining davomiyligi minimal darajada, ammo statistik jihatdan ishonchli tarzda qisqargan.

4.3. BOSHQA DAVOLASH USULLARI

Mukotsiliar klirensni yaxshilash va balg'am chiqishini yengillashtirish maqsadida SB xurujsiz davrida nafas chiqarish paytida musbat bosim yaratish **TAVSIYA ETILMAYDI (tavsiya darajasi 5S).**

4.4. SURUNKALI BRONXIT XURUJINI DAVOLASH

Antibakterial terapiya

SB xurujida antibiotik terapiyani tayinlash uchun quyidagi ko'rsatmalar mavjud:

A) Anthonisen ning 3 ta «katta» mezoni (xansirashning kuchayishi, chiqayotgan balg'am hajmining oshishi, balg'am yiringlashining kuchayishi) yoki 2 ta «katta» mezon (ulardan biri – balg'am yiringlashining kuchayishi).

B) 1 ta «katta» + kamida 2 ta «kichik» mezon (yuqori nafas yo'llarining infeksiyasi, isitma, hushtaksimon nafas olish, yo'talning kuchayishi, yurak urishlar soni (YUUS) va/yoki nafas olishlar soni (NOS) $\geq 20\%$ oshishi).

Surunkali bronxitning xuruj davrida tavsiya etiladigan antibakterial terapiya

SB xuruj turi	Ehtimoliy bakterial qo'zg'atuvchilar	Empirik ABT	
Oddiy («asoratlanmagan») surunkali bronxit xuruji	H.influenzae S.pneumoniae	Tanlov preparatlari: Amokitsillin ¹ yoki peroral sefalosporinlar (sefpodoksim, sefditoren sefiksim) ¹	Alternativ preparatlar alternativi: Amokitsillin/klavulanat yoki «respirator» ftorxinolonlar
«Asoratlangan» surunkali bronxit xuruji ²	H.influenzae S.pneumoniae Enterobacteriaceae spp.	Amokitsillin/klavulanat yoki «Respirator» ftorxinolonlar	

Eslatma.

1-β-laktamlarga qabul qilaolmaslik holatida – azitromitsin yoki klaritromitsin qo'llanadi.

2-Quyidagi xavf omillaridan kamida bittasi mavjud bo'lsa, terapevtik muvaffaqiyatsizlik ehtimoli ortishi mumkin: >65 yosh, jiddiy hamrohlik qiluvchi kasalliklar (qantli diabet, yurak yetishmovchiligi, jigar va buyrak kasalliklari, yomon sifatli o'smalar), oxirgi 12 oy ichida SB xuruji sababli kasalxonaga yotqizilgan hollar mavjud bo'lishi.

Antibakterial preparatlarni tayinlash I va II turdagi SB xurujlari (Anthonisen tasnifi bo'yicha) mavjud bo'lgan bemorlarda SB xurujini samarali davolash uchun tavsiya etiladi. Bu, ayniqsa, yengil va o'rtacha og'ir darajada kechuvchi SOO'K xuruji bilan bog'liq hollarda, xavf omillarisiz va CRB ≥ 30 mg/l bo'lgan bemorlar uchun samarali hisoblanadi (**tavsiya darajasi 1A**).

Eslatma. Surunkali bronxit xuruji davrida antimikrob terapiyaning optimal davomiyligi 5-7 kunni tashkil qiladi.

Nafas yo'llarining obstruktiv kasalliklarini davolash uchun preparatlar

Surunkali bronxit xuruj davrida ingalyatsiya orqali quyidagi preparatlarni tavsiya etish mumkin: qisqa ta'sirli selektiv $\beta 2$ -adrenomimetiklar (salbutamol), qisqa ta'sir etuvchi antixolinergik vositalar (ipratropiya bromid) va ularning kombinatsiyasi. Bu dori vositalari surunkali bronxit xurujini samarali davolash uchun tavsiya etiladi (**tavsiya darajasi 5S**).

Eslatma. Qisqa ta'sirli $\beta 2$ -adrenomimetiklar (QDBA) va qisqa ta'sirli antixolinergiklar (QDAX) surunkali bronxit xurujini davolashda deyarli bir xil samaraga ega. QDBA ustunligi – tez ta'sir qilishi. QDAX ustunligi – yuqori xavfsizlik darajasi va yaxshi ko'tara olishi qobiliyati.

Glyukokortikosteroidlar

Surunkali bronxit xuruji bor bemorlarga, odatda, kortikosteroidlarni qo'llash talab etilmaydi. Bronxoobstruktiv sindrom mavjud hollarda uning diagnostik tasdig'i zarur. Bronxoobstruksiyani bartaraf etish uchun qisqa muddatli (5-7 kun) tizimli ta'sirga ega kortikosteroidlar tavsiya etiladi, masalan: Prednizolon (peroral shaklda) – 30-40 mg/kun. Budesonid (ingalyatsiya shaklida) – 2-4 mg/kun (5 kun davomida). Bu o'pka faoliyatini tez tiklash maqsadida tavsiya etiladi (**tavsiya darajasi 5S**).

Kislrodoterapiya

Surunkali bronxit xuruji bor bemorlarda periferik qonda kislorod saturatsiyasini oshirish maqsadida kislrodoterapiya **TAVSIYA ETILMAYDI** (**tavsiya darajasi 5S**).

Mukoaktiv terapiya va bronxial sekretni chiqarish usullari

Surunkali bronxit xuruji bilan bog'liq balg'amli yo'talni simptomatik davolash uchun quyidagi mukolitik preparatlar tavsiya etiladi: atsetilsistein, karbotsistein, erdostein, ambroksol, bromgeksin. Ushbu moddalarning kombinatsiyasiga asoslangan preparatlar, jumladan: bromgeksin/ambroksol, salbutamol/levosalbutamol, gvayfenezin, rengalin. Alternativ mukoaktiv vositalar sifatida o'simlik asosidagi preparatlar qo'llanishi mumkin, jumladan: timyan-plyush (sirop shaklida), binafsha rangli timyan (kapsula bilan qoplangan tabletka shaklida) (tavsiya darajasi 5S).

Postural drenaj va torak perkussiyaning klinik tadqiqotlari samaradorligi tasdiqlanmagan. Shu sababli, bularni surunkali kasalliklar bilan bog'liq holatlarda yoki xuruj paytida qo'llash **TAVSIYA ETILMAYDI** (**tavsiya darajasi 5S**).

**SURUNKALI BRONXIT KASALLIGINING REABILITATSIYASI VA TIBBIY
PROFILAKTIKASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2025

5. TIBBIY REABILITATSIYA

Fizik jihatdan passiv va tez-tez xurujga uchraydigan surunkali bronxit (SB) bemorlarida holatni yaxshilash maqsadida o'pka rehabilitatsiya kurslari tavsiya etiladi (**tavsiya darajasi 5S**).

Eslatma. O'pka rehabilitatsiyasining foydali ta'sirlariga quyidagilar kiradi:

- Jismoniy yuklamalarga bardoshlilikni yaxshilash;
- Nafas qisish hissini kamaytirish;
- Sog'liq bilan bog'liq hayot sifatini yaxshilash;
- Gospitalizatsiyalar soni va ularning davomiyligini kamaytirish;
- Surunkali bronxit bilan bog'liq xavotir va depressiya darajasini kamaytirish;
- Xurujlar sababli gospitalizatsiya natijalarini yaxshilash.

Barcha surunkali bronxit (SB) bemorlariga rehabilitatsiya dasturiga quyidagilarni kiritish tavsiya etiladi: psixologik qo'llab-quvvatlash va depressiya bilan kurashish, bemorlarni o'qitish, nutritiv qo'llab-quvvatlash, jismoniy mashg'ulotlar (**tavsiya darajasi 5S**).

Jismoniy mashg'ulotlar

O'pka rehabilitatsiyasini o'tkazish uchun surunkali bronxit bemorlarida jismoniy mashg'ulotlarni dasturga kiritish tavsiya etiladi (**tavsiya darajasi 2V**).

Eslatma. Jismoniy mashg'ulotlar dasturi individual tarzda ishlab chiqilishi kerak, chunki u bemorning umumiy holati, hamrohlik kasalliklari va motivatsiyasiga bog'liq.

Jismoniy mashg'ulotlar sifatida yo'l boshlovchi yo'lakda (begovaya dorozhka) yoki veloergometrda mashg'ulotlar o'tkazilishi mumkin. Bir mashg'ulot davomiyligi – 10 dan 45 minutgacha. Yuklama intensivligi – pik kislorod iste'molining 50% dan boshlab, bemorning maksimal yuklamasigacha. Agar to'liq rehabilitatsiya uchun sharoitlar mavjud bo'lmasa, kunlik sayrlar tavsiya etiladi. Kamidan 30-60 daqiqa va undan ortiq (bemorning jismoniy holati va hamrohlik kasalliklarining og'irligiga qarab). Skandinavcha yurish (nordik hoding) mashg'ulotlari ham foydali bo'lishi mumkin. Qo'l-yelka mushaklarini rivojlantirishga qaratilgan mashg'ulotlar ham mavjud bo'lib, bu ushbu mushaklar guruhining kuchini va faoliyatini yaxshilaydi.

Jismoniy mashg'ulotlarning ta'siri uzoq muddatli bo'ladi.

Surunkali bronxit (SB) bemorlarida nafas olish mushaklarini mustahkamlash maqsadida nafas olish trenajyorlaridan foydalanish tavsiya etiladi (**tavsiya darajasi 3S**).

Eslatma. Nafas olish muskullarini mashq qildirish ayniqsa umumiy jismoniy mashg'ulotlar bilan qo'shib olib borilganda muayyan ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Bemorlarni o'qitish

Surunkali bronxit (SB) bemorlarida o'pka rehabilitatsiya dasturiga o'quv kurslarini kiritish tavsiya etiladi (**tavsiya darajasi 3S**).

Eslatma. Bemorlarni o'qitish – anik maqsadlarga erishish uchun samarali usul, jumladan: tamaki chekishni to'xtatish, katta yoshdagi bemorlar uchun ko'p tarmoqli ta'lim dasturlari samarali bo'lishi mumkin.

Surunkali bronxit (SB) bilan og'rikan bemorlarda reabilitatsiya dasturiga shaxsiy yozma harakatlar rejasini kiritish tavsiya etiladi, bu bemorning o'ziga yordam berishiga qaratilgan **(tavsiya darajasi 3S)**.

Eslatma. Shaxsiy yozma harakatlar rejasini ishlab chiqish. Hayot sifatini yaxshilaydi. Xuruj vaqtida tiklanish muddatini qisqartiradi. Bemor tomonidan davolashni kechiktirish holatlarini kamaytiradi. Bemorlarni o'qitish, o'z-o'ziga yordam berish bo'yicha tavsiyalar va shaxsiy yozma harakatlar rejasi xuruj natijalarini yaxshilashi mumkin.

6. PROFILAKTIKA

Ikkilamchi profilaktika choralari birlamchi profilaktikaga o'xshash, ammo ular kasallikning rivojlanishini sekinlashtirishga qaratilgan. Surunkali bronxitning muhim profilaktikasi xurujlarni o'z vaqtida davolash, shuningdek burin-halqum va boshqa surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish hisoblanadi.

Surunkali bronxitda vaksinatsiya

SB bemorlariga gripp va pnevmokokk infeksiyalariga qarshi emlash tavsiya etiladi, bu gripp va bronxopulmonal kasalliklarni hamda ularning xurujlarini oldini olish uchun zarur **(tavsiya darajasi 5S)**.

7. TIBBIY YORDAMNI TASHKIL ETISH

Surunkali bronxit (SB) diagnostikasi va bemorlarning kuzatuvini quyidagi mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi. Terapevt yoki umumiy amaliyot shifokori. Zaruriyat tug'ilganda – boshqa mutaxassislar konsultatsiyasi. Birlamchi tibbiy yordam shifokori bemorning umumiy holatini baholaydi, kasallik va hayot tarixini o'rganadi, shuningdek SB xavf omillarini aniqlaydi (zararli odatlar, kasbiy faoliyat, turmush sharoiti). Birlamchi tibbiy yordam shifokori tomonidan o'tkaziladigan tekshiruvlar: tashqi nafas funksiyasini tekshirish (bronxodilatator sinovi bilan), o'pka rentgenografiyasi. Terapevt yoki umumiy amaliyot shifokori, zarur bo'lsa, pulmonolog: diagnozni aniqlashtirish, qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish (zarur bo'lsa), SB bemorlari uchun davolash sxemasini belgilash. Tavsiya qilingan nazorat muddatlari 1, 3 va 12 oyda – birinchi yilda. So'nggi yillarda – har yili.

Pulmonologga yo'naltirish ko'rsatmalari:

- SB tashxisini aniqlash
- Differensial diagnostika o'tkazish
- Bemorni olib borish algoritmini belgilash (farmakologik va nofarmakologik davolashni o'z ichiga olgan holda)
- Davolash samarasiz bo'lganda terapevtik strategiyani o'zgartirish

SB XURUJI BOR BEMORLARNI DAVOLASH AMBULATOR SHAROITDA OLIB BORILADI

Kunduzgi stasionarga yo'naltirish ko'rsatmalari:

- SBni differensial tashxis qilish zarurati, agar ambulator sharoitda barcha zarur tekshiruvlar o'tkazish imkonsiz bo'lsa
- 3 kun davomida boshlang'ich ambulator terapiya samarasizligi (balg'am ajralishining kuchayishi, balg'amning ifloslanishi, tananing yuqori harorati saqlanib qolishi)
- Hayotiy muhim a'zolar funksiyasi buzilmasdan surunkali hamroh kasalliklarining xuruji

SB BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING REJALI VA SHOSHILINCH GOSPITALIZATSIYALARI NAZARDA TUTILMAGAN

SB xuruji sababli davolashni tugatish ko'rsatmalari:

- Yakuniy tashxis qo'yish (SB tashxisini tasdiqlash yoki rad etish)
- 12-24 soat davomida bemor holatining klinik barqarorligi
- Balg'am ajralishining kamayishi va uning yiringlash darajasining pasayishi, tananing harorati normallasishi
- Bemor tamaki chekishni to'xtatish zarurligini anglashi
- Bemor mukolitik preparatlar bilan davolanish zarurligini tushunishi
- Bemor qisqa ta'sirli ingalyatsion β 2-agonistlar va antixolinergik vositalar hamda ularning kombinatsiyalaridan to'g'ri foydalanishni o'rganishi va qo'llashga qodir bo'lishi

SB xuruji bilan og'rigan bemorni kunduzgi stasionarga yo'naltirish ko'rsatmalari:

- Qo'shimcha tekshiruvlar va differensial tashxis zarurati
- SB uchun xos bo'lmagan yangi simptomlar paydo bo'lishi (masalan, nafas qisishning kuchayishi, gripp va boshqa virusli infeksiyalarni istisno etgan holda yuqori harorat)
- 3 kun davomida ambulator terapiya samarasizligi
- Og'ir hamroh kasalliklari (masalan, yurak yetishmovchiligi, aritmiya, qandli diabet, semizlik va h.k.)
- Katta yoshli bemorlarda hamroh kasalliklari mavjudligi

8. TIBBIY YORDAM SIFATINI BAHOLASH MEZONLARI

No	Sifat mezonlari	Bajarildi
Tashxis qo'yish bosqichlari		
1.	Umumiy fizik tekshiruv tugallandi, %	Ha/Yo'q
2.	Chekish indeksi baholandi (pachka-yil)	Ha/Yo'q
3.	Yo'tal xususiyatlari klinik tavsiyalar asosida baholandi	Ha/Yo'q
4.	Xurujlar chastotasini baholash amalga oshirildi	Ha/Yo'q
5.	Puls oksimetri bajarildi,%	Ha/Yo'q
6.	Sababsiz nafas olish hajmlari va oqimlarini (spirometriya) bronxodilatatsiya sinovi bilan tekshirish amalga oshirildi (ko'rsatmalar bo'yicha, XOBL bilan differensial tashxis qilayotganda).	Ha/Yo'q
7.	O'pka rentgenografiyasi o'tkazildi	Ha/Yo'q
8.	Umumiy (klinik) qon tahlili, kengaytirilgan tarzda o'tkazildi.	Ha/Yo'q
9.	Nostabil kechuvchi surunkali bronxit (SB) bo'lgan bemorlarga elektrokardiogramma (EKG) qayd etildi.	Ha/Yo'q
10.	Qonda C-reaktiv oqsil darajasini o'rganish o'tkazildi (SB xurujida)	Ha/Yo'q
Stabil kechuvchi SBning davolash usullari		
1.	Chekishni tashlash bo'yicha tavsiyalar berildi	Ha/Yo'q
2.	Talabga qarab qo'llash uchun qisqa ta'sirli selektiv β 2-adrenomimetiklar va/yoki antixolinergik vositalar tayinlandi	Ha/Yo'q
3.	Klinik tavsiyalarga muvofiq terapiya tayinlandi	Ha/Yo'q
4.	Gripp va pnevmokokk infeksiyasiga qarshi emlash tavsiya etiladi	Ha/Yo'q
5.	3 oydan so'ng simptomlar baholandi	Ha/Yo'q
Surunkali bronxitning xuruj davri		
1.	Pulsoksimetriya tekshiruvi o'tkazildi	Ha/Yo'q
2.	Umumiy (klinik) qon tahlili, kengaytirilgan tarzda o'tkazildi.	Ha/Yo'q
3.	Qonda C-reaktiv oqsil darajasini o'rganish o'tkazildi (SB xurujida)	Ha/Yo'q
4.	O'pka rentgenografiyasi o'tkazildi	Ha/Yo'q
5.	Terapiya qisqa ta'sir qiluvchi selektiv beta-2-adrenomimetiklar va/yoki antixolinergiklar guruxidagi dorilar bilan amalga oshirildi	Ha/Yo'q
6.	Xavf omillari mavjud bo'lgan asoratlangan surunkali bronxit xuruji bor bemorlariga mos antibakterial dori vositalari bilan muvofiq terapiya o'tkazildi.	Ha/Yo'q
7.	Xavf omillari mavjud bo'lmagan surunkali bronxit xuruji bor bemorlariga mos antibakterial dori vositalari bilan muvofiq terapiya o'tkazildi.	Ha/Yo'q

ILOVALAR

Spirometriya o'tkazish metodologiyasi

Bronxodilatatorsiz spirometriyani ko'krak ichi limfa tuganlar sarkoidozi tashxisi qo'yilgan bemorda (selektiv β 2-adrenomimetik yoki antixolinergik vosita ingalyatsiya qilishsiz) har bir shifokorga murojaat qilganida o'tkazilishi kerak.

Bronxodilatatsiya sinamasi bilan spirometriya esa quyidagi hollarda birlamchi diagnostika bosqichida o'tkazilishi tavsiya etiladi: JNCHH1/ O'JTS <70% bo'lsa; JNCHH1 normal miqdorning 80% dan kam bo'lsa.

Spirometriya 4 yosh va undan katta bemorlarda o'tkaziladi. Spirometriya uskunasi kalibrovka protokoliga ega bo'lishi kerak.

Spirometriya tekshiruvini o'tkazish qoidalariga asosan kamida 3 ta texnik jihatdan o'pkaning jadal tiriklik sig'isi tekshiruvini to'g'ri nafas olish harakatlari bilan bajarilishi kerak, unda maksimal va keyingi eng katta O'JTS va JNCHH1 ko'rsatkichlari o'rtasidagi farq 150 mldan oshmasligi kerak.

Agar O'JTS ≤ 1000 ml bo'lsa, O'JTS va JNCHH1 farqi 100 mldan oshmasligi kerak. Agar 3 ta to'g'ri harakatdan keyin qayta ishlab bo'lmaydigan natija olinsa, 8 ta urinishga-cha davom etilishi mumkin. 8 ta urinishdan ortiq nafas harakatlari bemorning charchashi va JNCHH1 yoki FJEL pasayishiga olib kelishi mumkin. Agar ko'rsatkichlar 20% yoki undan ortiq pasaysa, ehtiyotkorlik nuqtayi nazaridan testni to'xtatish kerak.

Hisobotda eng yaxshi 3 ta urinishning grafik va raqamli natijalari aks ettirilishi kerak. Texnik jihatdan qabul qilinsada, qayta ishlab bo'lmaydigan natijalar xulosa yozishda foydalanilishi mumkin, lekin ularning qayta ishlab bo'lmasligi qayd etilishi kerak.

Bronxodilatatsiya sinamasi Salbutamol bilan (QTBA) 400 mkg dozada (bolalar uchun – 200 mkg), DAI (dozalangan aerosol ingalyatori) + speyser orqali qabul qilinadi. Qayta spirometriya 15–30 minutdan keyin o'tkaziladi.

Bronxodilatatsiya test sinovi natijasi musbat deb hisoblanadi, agar bronxodilyator bilan ingalyatsiyasidan keyin JNCHH1 bo'yicha bronxodilatatsiya koeffitsiyenti (BDK) $\geq 12\%$ bo'lsa, absolyut o'sish esa ≥ 200 ml va undan yuqori bo'lsa

KBD xisoblash formulasi:

$$\text{BDK} = \frac{\text{JNCHH1 keyin (ml)} - \text{JNCHH1 oldingi (ml)}}{\text{JNCHH1 oldingi (ml)}} \times 100\%$$

$$\text{Absolyut o'sish (ml)} = \text{JNCHH1 keyin(ml)} - \text{JNCHH1 asl (ml)},$$

JNCHH1 oldingi - bronxodilatator ingalyatsiyasidan oldingi spirometriya ko'rsatkichi qiymati.
JNCHH1 keyingi - bronxodilatator ingalyatsiyasidan keyingi spirometriya ko'rsatkichi qiymati.

Bronxodilatatsiya testini baholashda quyidagi nojo'ya tasirlar hisobga olinishi tavsiya etiladi: yurak-qon tomir tizimi tomonidan yuzaga kelishi mumkin bo'lgan taxikardiya, aritmiya, arterial bosimning oshishi, shuningdek, qo'zg'alish yoki tremor kabi simptomlar paydo bo'lishi.