E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

УДК 616.233-002-036.22-07-092

SURUNKALI BRONXITNING TASNIFI, DAVOLASI VA OLDINI OLISH TAMOYILLARI BORASIDA.

Ishankulova Dilorom Kamarovna
Samarqand Davlat meditsina universiteti, dotsent.
O'zbekiston, Samarqand sh.
email: ishankulovadilorom1959@gmail.com

Annotatsiya: Surunkali bronxitning shakllanishi va rivojlanishining to'rtta asosiy bosqichi haqida tushuncha shakllantirildi. Mazkur kasallik bilan og'rigan bemorlarni kuzatish natijalariga ko'ra klinik ma'lumotlar tahlil qilindi. Shu asosda, surunkali bronxit bosqichlarining xususiyatlarining birlamchi profilaktikaga real yondashuvlarni topish nuqtai nazaridan, tasniflash loyihasi taqdim etildi. Mazkur kasallikning qo'zish bosqichida virusli va unga aloqador infektsiyalarning katta qismi aniqlangan. Etiologik va patogenetik davolashning sxematik diagrammasi keltirilgan.

Kalit so'zlar: Surunkali bronxit, surunkali bronxit patogenezi, tasnifi, "tez-tez, uzoq vaqt kasallanganlar", etiologik va patogenetik davolash.

Аннотатсия: Сформировано представление о четырех основных стадиях формирования и развития хронического бронхита. Клинические данные проанализированы по результатам наблюдения за больными, страдающими этим заболеванием. На этой основе был представлен проект классификации характеристик стадий хронического бронхита, с точки зрения поиска реалистичных подходов к первичной профилактике. В острой фазе этого заболевания выявлено большое количество вирусных и родственных им инфекций. Представлена принципиальная схема этиологического и патогенетического лечения.

Ключевые слова: Хронический бронхит, патогенез хронического бронхита, классификация, «часто длительно болеющие», этиологическое и патогенетическое лечение.

Abstract: Formed idea of the four main stages of the formation and development of chronic bronchitis. Clinical data are analyzed based on the results of observation of patients suffering from this disease. On this basis, a draft classification of the characteristics of the stages of chronic bronchitis was presented, in terms of finding realistic approaches to primary prevention. In the acute phase of this disease, a large number of viral and related infections have been identified. The principal scheme of etiological and pathogenetic treatment is presented.

Key words -"Often long-term ill", pathogenesis of chronic bronchitis, classification, , etiological and pathogenetic treatment.

Surunkali bronxit (SB) tasnifi loyihasi uchun material biz uzoq muddatli (10 yildan ortiq) dispanser kuzatuvi, turli tadqiqotlar va bemorlarning katta guruhini davolash asosida ishlab chiqqan g'oyalar bo'lib xizmat qildi va bu bizning nashrlarimizda qisman o'z aksini topdi [5,9,12,13]. Taqdim etilgan tasnif loyihasi ba'zi aniqlantirishlar oldi va keyinchalik amaliy ishlarda qo'llanildi. Uning hozirgi nashri tegishli tushuntirishlar bilan bizning xabarimizning maqsadi va mazmunidir. Izohda qayd etilgan SB ning etiologik jihati haqidagi mulohazalar aksariyat hollarda [7] SB bilan og'rigan bemorlar kasallikning yaqqol klinik ko'rinishi bosqichida yoki majburiy asoratlar bosqichida (pastga qarang), ya'ni kasallikning III-IV bosqichlarida [8,18] qayd qilinadi. Kasallikning I-II bosqichlari esa murojaatlarga asosan aniqlanmaydi. Bunday vaziyatda biz SB etiologiyasi haqida emas, balki faqat ushbu kasallikning qo'zish bosqichining etiologiyasi haqida gapiramiz. Birlamchi profilaktika bo'yicha haqiqiy yondashuvlarni topish nuqtai nazaridan kasallikning dastlabki ikki bosqichining xususiyatlarini chuqur tahlil qilishgina mavjud vaziyatni o'zgartirishi mumkin. Kasallikning bosqichdan bosqichga o'tishiga nima yordam beradi? degan savol qonuniydir. Bunda ba'zi patogen, birinchi navbatda yuqumli omillarning roli qanday?

Amaliy shifokor uchun sababli ahamiyatga ega bo'lgan omilni ko'rsatgan holda qo’zishning yuqumli xarakterini aniqlash uslubiy jihatdan juda qiyin, chunki surunkali bronxitda yallig'lanishni kuchaytiruvchi omil bilan balg'amdan ajratilgan mikrobni taqqoslash mumkin emas. Ushbu masalani maxsus o'rganish davomida, biz [10] surunkali bronxitning qo’zishi bosqichida virusli va unga aloqador infektsiyalarning katta qismini aniqladik.

SB patogeneziga ko'ra - birlamchi (birlamchi-surunkali) va ikkilamchi (ikkilamchi-surunkali) ajratiladi. Birlamchi surunkali patogenezning oddiy misoli uzoq vaqt chekuvchida kasallikning yashirin kechishi (I-II bosqichda), tamaki tutunining muntazam inhalatsiyasi ta'sirida shilliq qavatning eskalatori (klirens) asta-sekin pasayadi (so’nadi) va keyingi o'tkir respirator kasallik (O’RVI) bilan yashirin kechishi endobronxitning klinik ko'rinishi sifatida namoyon bo’ladi. Bakterial infektsiyaning (odatda pnevmokokk) qo’shilishi [6,8] infektsion-yallig'lanish jarayonini barqarorlashtiradi. Ikkilamchi (ikkilamchi-surunkali) SBning nisbatan kam uchraydigan variantida kasallikning klinik ko'rinishi aniq o'tkir, nozologik jihatdan aniqlangan `yallig'lanish jarayoni, masalan, o'tkir (cho’zilgan) bronxit bilan namoyon bo'ladi [15]. Bunday holatda SB ikkinchi kasallikka o'xshaydi.

Klinik va funktsional ma'lumotlarga ko'ra, obstruktsiya bo’lmagan paytda biz surunkali obstruktiv bo'lmagan bronxitni (SNB); Surunkali obstruktiv bronxitni (SOB) - doimiy obstruksiya aniqlanganda, odatda funktsional buzilishlarning og'irligi kuchayishida; surunkali astmatik bronxitni (SAB) esa, uzoq vaqt (yillar) davomida vaqtinchalik (o'tkinchi) obstruktsiya mavjud bo'lganda farqlaimiz. SOB va SAB o'rtasidagi farqlar birinchi holatda nafas olish funktsiyasi (TNF) va nafas qisilishi parametrlaridagi o'zgarishlarning doimiyligiga, ularning SOBda kuzatuv dinamikasining oshishiga va aksincha, SABdagi nomuvofiqlikka asoslangan. Oxirgi holatda kasallikning o'tkir davridagi nafas olish noqulayligi, periferik qonda eozinofillarning nisbatan yuqori (≥5%) darajasi va allergiyaning o'pkadan tashqari namoyon bo'lishi ham diagnostik ahamiyatga ega edi. Biz SABni preastma varianti sifatida ko'rib chiqdik [6].

SNBda biz ikkita variantni aniqladik - funktsional jihatdan beqaror va funktsional jihatdan barqaror [4]. Birinchi holda, ko'p yillar davomida (o'ndan ortiq va, ehtimol, butun hayot), kasallikning butunlay yaxshi sifatli kechishi sodir bo'ladi: nafas qisilishi yo'q, bemorlar kamdan-kam hollarda tibbiy yordamga murojaat qilishadi. Shikastlanishni davolash va oldini olish bo'yicha tibbiy maslahat vaqtida ma'lumotlarning samaradorligidan mamnun. Ikkinchi holda, kasallikning avj olishi davrida obstruktsiyaning klinik va funktsional belgilari [6] irritativ xususiyatini beruvchi yoki allergik bronxospazm shaklida namoyon bo'ladi. Ikkinchi holda, bu alomatlar surunkali astmatik bronxitdan (SAB) ajratish qiyin. Ushbu bemorlarning ba'zilarida obstruktsiya oxir-oqibat doimiy bo'lib qoladi, ya'ni. ular SOB guruhiga o'tadilar.

Klinik va laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra, biz SBni kataral va yiringlilarga ajratdik. Ularning farqlanishi balg'am va / yoki bronxial lavajning tabiati (sitologiyasi), klinikaga ko'ra yallig'lanishning og'irligi, qon tahlili (leykotsitlar formulasining chapga neytrofil siljishi va boshqalar) bilan aniqlandi [11,14].

Shuni ta'kidlashni istardimki, kataral surunkali bronxit tashxisi (ushbu bemorlarning barcha aholisining 3/4-4/5) endoskopik tasdiqlashni talab qilmaydi. Yiringli surunkali bronxitga shubha bo'lsa (yiringli balg'amli yo'tal, nisbatan aniq intoksikatsiya belgilari) bronkoskopiya talab qilinadi. Yiringli endobronxit aniqlanganda birlamchi va ikkilamchi (bronşektazi bilan) yiringli bronxitni ajratish uchun bronxografiya ko'rsatiladi [7,11,16].

Kataral va yiringli SB chastotasi, adabiyotga ko'ra, mos ravishda 86 va 14% ni tashkil qiladi [13], 85 va 15% [16], 82 va 18 % [17] mos ravishda.

E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

SB ning ikki bosqichini ajratish – qo’zish va remissiya odatiy hisoblanadi va, shubhasiz, maxsus tushuntirishlarni talab qilmaydi. Bosqich diagnostikasi fizik va laboratoriya ma'lumotlariga asoslanadi.

SBning asosiy asoratlari. Surunkali bronxitning obligat va fakultativ asoratlarini ajratib ko'rsatishda shuni ta'kidlash kerakki, bilan.

SNB ning obligat asoratlari deyarli yo'q; SNB va SOBning fakultativ asoratlari o'tkir pnevmoniya bo'lib, u odatda SOBda kechishi cho’zilgan bo’ladi [7,1].

SOBda obligat asoratlar o'pka emfizemasi, o'pka gipertenziyasi, surunkali “kor pulmonale”-o'pka yurak etishmovchiligi (SO’YE) [12,13].

Kasallikning etiologiyasi va patogenezi bilan bog'liq bo'lgan, terapevtik prognozga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan va maxsus davolanishni talab qiladigan kasallikning namoyon bo'lishi sifatida asoratni tushunib, biz diffuz pnevmosklerozni surunkali bronxitning (SOB) asorati deb hisoblamadik: kichik bronxlar zararlanganda, har doim diffuz pnevmoskleroz mavjud va aksincha [6,3]. Shu bilan birga, o'pka emfizemasi va boshqa obligat SOB asoratlari yuqoridagi tasnifga to'liq mos keladi.

Diagnostika misollari:

1. SO’OK, bronxitik turi, IV bosqich, o’ta og’ir kechishi, qo’zish davri, surunkali yiringli bronxit, qo’zish. Surunkali dekonpensatsiyalangan o’pkali yurak, H III, HE III. [1,16,17].
2. Surunkali oddiy bronxit (funktsional jihatdan beqaror). Remissiya bosqichi.

Avval aytib o'tganimizdek (yuqoriga qarang), yallig'lanishning tabiati yiringlidan kataral ustunlik qiladi: 8: 2, 9: 1; shuning uchun, agar SB, yallig'lanish nuqtai nazaridan, kataral bo'lsa, ya'ni kasallikning eng keng tarqalgan varianti paydo bo'lsa, unda yallig'lanish xususiyatini chiqarib tashlash mumkin; bu misolda “surunkali oddiy bronxit...”, boshqa tomondan, tashxisning bunday qisqartirilgan tasnifida endobronxitning kataral tabiati doimo nazarda tutilgan.

Shu bilan birga, endobronxitning yiringli tabiati har doim tashxisda aks ettirilishi kerak, chunki bu ushbu bemorning davolash va terapevtik prognoz xususiyatlarini aniqlaydi.

3. Surunkali obstruktiv, yiringli bronxit. Qo’zish bosqichi (gripp A, paragripp, pnevmokokk). Asorati: o'pka emfizemasi, NE II daraja.

Amaliy ishimizda biz qo’llaydigan SB kasalliklarini davolash tamoyillari sxematik tarzda 1jadvalda keltirilgan. Shuni ta'kidlash kerak, asosiy xavf omillarini (masalan, tamaki chekish, atmosferada toksik aerozollarning yuqori konsentratsiyasida ishlash) bartaraf etish (to'xtatish) SB rivojlanishining barcha bosqichlarida va kechishida davolanishning muvaffaqiyati uchun juda muhim shartdir ([8,18].

Afsuski, shifokorning amaliy ishida muvaffaqiyatning bu muhim sharti odatda kam baholanadi yoki shunchaki e'tiborga olinmaydi. Mantiqiy savol tug'iladi: bu ko'p hollarda shifokorlar tomonidan surunkali bronxit bilan og'rigan bemorlarni davolashning juda oddiy natijalarini tushuntiradimi? Ushbu kasallikning oldini olish uning rivojlanishining har bir bosqichida o'ziga xos xususiyatlarga ega [8,18].

Shunday qilib, I bosqichda muvaffaqiyatning asosiy sharti SB rivojlanishiga tahdid soladigan xavf omillarini bartaraf etishdir; II bosqichda bu holat saqlanib qoladi, ammo irritativ yo'talni va prebronxitning bronxospastik sindromlarini qo'shimcha ravishda bartaraf etish zarur, bu mukotsiliar klirens (eskalator) mexanizmlarining haddan tashqari zo'riqishini ko'rsatadi [2,]; II bosqichda, ayniqsa III va qisman IV bosqichda, infektsiyani bostirish va bronxial shilliq qavatning yallig'lanishi sabab bo'ladi. Bu borada eng kam o'rganilgan - bu persistiv virusli infektsiya. Bizning jamoamizda olib borilgan tadqiqotlarga asoslanib, shuni hisobga olish kerakki, bunday infektsiyaning klinik ko'rinishi tez-tez o'tkir kasallik, respiratorli infektsiyalar va

E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

o'tkir respirator virusli infektsiyalar, niqobi ostida bronxlarda yallig'lanish jarayonining g'ayrioddiy tez-tez (yiliga ≥3 marta) kuchayishidir. Shifokor amaliyotida ushbu bemorlar "tez-tez va uzoq muddatli kasallar" (TUK) maxsus guruhiga ajratilgan.

Surunkali bronxit II-III ning nisbatan erta bosqichlarida maxsus virusologik tadqiqotsiz ularning kasalliklari genezisining individual xususiyatlarini oshkor qilish mumkin emas, u burun va bronxial shilliq qavatning brush-biopsiyasini, juft qon zardoblarini serologik reaktsiya (PCR, IFA,IXLA) va boshqalar yordamida o'rganishni o'z ichiga oladi.

Ushbu bemorlarda biz ko'pincha A grippi va paragripp viruslarining persistensiyasini, shuningdek, immunitetning hujayrali zveno funktsional parametrlarining pasayishini aniqladik, bu virusli infektsiyaning bostiruvchi ta'siri bilan izohlandi. Ushbu bemorlar uchun dori terapiyasi kompleksiga antiviral va immunoaktiv preparatlarni (rimantadin, interferon, interlok va boshqalar) kiritish ko'p hollarda ularning holatini yaxshilash va ish qobiliyatini tiklash imkonini beradi, ya'ni ularning dispanser kuzatuvida asosiy terapevtik va profilaktik chora hisoblanadi.

Shunday qilib, klinik ma'lumotlarni tahlil qilish va SB bilan og'rigan bemorlarni monitoring qilish natijalari asosida ushbu kasallikning shakllanishi va rivojlanishining to'rtta asosiy bosqichi haqida tushuncha shakllantirildi: I-xavf omillari mavjudligi bilan tahdid holati; II - oldingi kasallik (prebronxit); III - kasallikning batafsil klinik ko'rinishi; IV - surunkali obstruktiv bronxitning (SOB) obligat asoratlari ("asoratlangan kasallik"): o'pka gipertenziyasi, “cor pulmonale”, obstruktiv o'pka emfizemasi, o'pka yurak etishmovchiligi. Ikki haftadan ko'proq davom etadigan uzoq muddatli (O’ChB) o'tkir bronxit va latent yoki alomatlari bo'lgan yallig'lanish jarayonida mayda bronxlar ishtirok etadigan takroriy retsidivlashgan bronxit (RB) (yallig'lanish epizodlari - yiliga 3 yoki undan ko'p marta), klinik jihatdan namoyon bo'ladigan bronxospazm, sust yallig'lanish jarayonining klinik va laboratoriya belgilari SB shakllanishining haqiqiy yo’llaridan biridir. Prebronxitning variantlaridan biri sifatida, cho’zilgan va retsidivlashgan o'tkir bronxit shoshilinch batafsil va qiyosiy har tomonlama o'rganishni talab qiladi, chunki bu, ehtimol, surunkali bronxitning birlamchi profilaktikasining haqiqiy "substrati"dir.

SURUNKALI BRONXIT KLINIK TASNIFI

№	Xarakteristika bo'limlari	Ularning sarlavhalari
1	Patogenez bo'yicha	1.1. Birlamchi 1.2. Ikkilamchi
2.	Klinik va funktsional ma'lumotlarga ko'ra	2.1. Oddiy surunkali bronxit 2.2. Mukupurulent surunkali bronxit 2.3. Aralash oddiy va shilliq yiringli surunkali bronxit 2.4 Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi.
3.	Klinik va laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra	3.1. Kataral 3.2. Yiringli
4.	Kasallikning bosqichiga ko'ra:	4.1. Qo’zish 4.2. Remissiya
5.	Asosiy asoratlarga ko'ra:	5.1. Emfizema 5.2. O'pka gipertenziyasi (O'H) 5.3. O'pka yurak 5.4. O'pka (N) (nafas) yurak (Yu)

WORDLY KNOWLEDGE

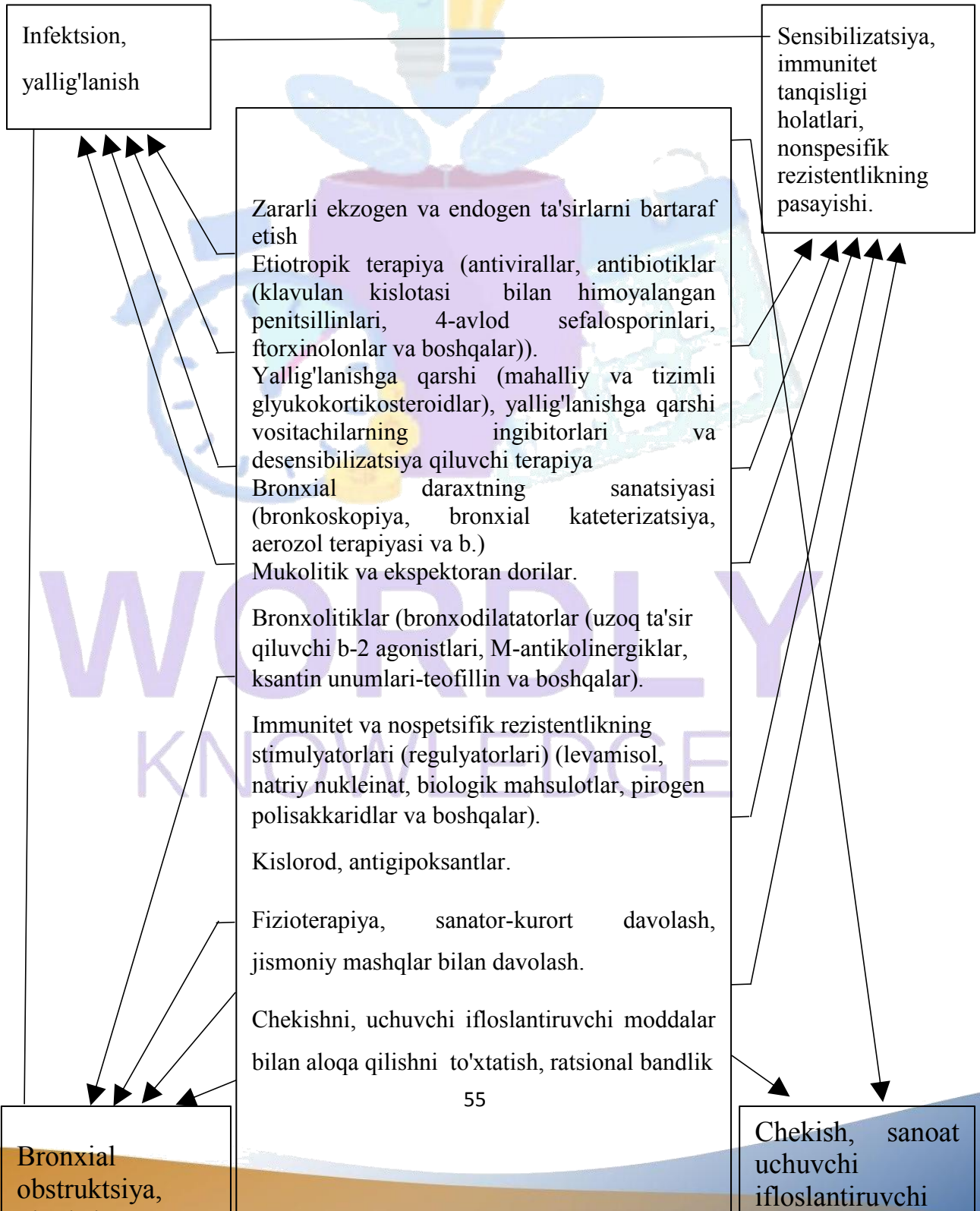
E-ISSN : 2181-4341
https://wordlyknowledge.uz
IMPACT FACTOR(SJIF) : 3,934

		(o'ng qorincha etishmovchiligi) (H)

Izohlar: 1. Tashxisni shakllantirishda tasnifning 1-bandi hisobga olinmaydi, balki muayyan bemorni chuqurroq tushunishga xizmat qiladi.

2. Surunkali bronxit tashxisini shakllantirishda, iloji bo'lsa, qo'zish bosqichining yuqumli tabiati yoritilgan bo'lishi kerak: bakterial (pnevmokokk, Haemophilus influenzae va boshqalar), virusli, mikoplazmali, assosiatsiy

SURUNKALI BRONXITNI ETIO-PATOGENETIK DAVOLASHNING ASOSIY DIAGRAMASI.



ADABIYOT:

[1]. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Pulmonary Disease. Updated 2023. http://www.goldcopd.org
[2]. Ишанкулова Д. К. Клиническое значение вирусной инфекции и иммунореактивности у больных хроническим бронхитом с элементами бронхоспазма //International scientific review. – 2019. – №. LXV. – С. 96-99.
[3]. Ишанкулова Д.К. Однонаправленность этио -патогенетических изменений у больных острым и хроническим бронхитом как реальность хронизации воспалительного процесса в бронхах. Journal of Cardiorespiratory research. Инновационный прогресс в исследованиях внутренней медицины. Материалы международной научно-практической конференции. Сам.2021. С 23-24.
[4]. Ишанкулова Д.К. Эффективность применения адаптогенов при формировании противовирусного иммунитета. XI Международные Авиценновские чтения научно-практическая конференция. Абу Али Ибн Сино (Авиценна) и Covid-2019. Бухара-2021, ноябрь. С. 22-23.
[5]. Ишанкулова Д.К. Влияние микоплазма-вирусных инфекций на иммунореактивность больных хроническим бронхитом в условиях отделения интенсивной терапии. Журнал кардиореспираторных исследований. Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции. Сам., -2022 г. С 119-120.
[6]. Ishankulova D.K. Intensiv terapiya bo'limi sharoitida gospital infeksiya bemorlar immun reaktivligining og'irlashtiruvchi omil sifatida. Журнал кардиореспираторных исследований. Инновационные технологии в здравоохранении: новые возможности для внутренней медицины: Материалы международной научно-практической конференции. Сам., -2022 г. С 674-677.
[7]. Ishankulova, D. (2022). O'TKIR CHO'ZILGAN BRONXITNING SURUNKALI BRONXIT SHAKLLANISH BOSHQICHI SIFATIDAGI KLINIK XUSUSIYATLARI. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(6), 493–497. извлечено от https://www.inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/2655
[8]. Ishankulova, D. K. (2022). The Formation of Mucociliary Insufficiency in the Bronches on the Role of Respiratory Viral Infection. Journal of Pharmaceutical Research International, 1. https://doi.org/10.9734/jpri/2022/v34i34a36139
[9]. Ishankulova, D. K. (2022). The formation of mucociliary insufficiency in the bronches in respiratory viral infection. International Journal of Health Sciences, 6(S3), 4846–4851. https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS3.6968
[10]. Дилором, К. И. (2022). Эффективность противовирусного лечения больных острым затяжным и рецидивирующим бронхитом. Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences, 2(5), 253–258. извлечено от https://www.inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/1650
[11]. Nasirova A. A. et al. Features Of Immunological Indicators In Patients With Chronic Obstructive Lung Disease And Bronchial Asthma //Solid State Technology. – 2020. – Т. 63. – №. 6. – С. 6873-6880.
[12]. Ishankulova D.K. The effects of respiratory viral infection in combating

Avicenna's legacy. American Journal of Social and Humanitarian Research. Volume: 3 ISSN: 2690-9626. Publication Year: 2022. P. 378-383.
[13]. Ruziyeva A.A, Ishankulova D.K., Nizomov B.U. Verification of dyspnea according to external respiratory function in patients with bronchial asthma. International journal on oranje technologies Volume:03 (30 -33) Issue: 02/ February 2021.
[14]. Ishankulova, D. K. ., & Nizomov, B. U. . (2022). Evaluation of the Efficacy of Treatment with Resistol in Patients with Acute Respiratory Virus Infection. Vital Annex : International Journal of Novel Research in Advanced Sciences, 1(5), 331–333. Retrieved from https://innosci.org/IJNRAS/article/view/534
[15]. Ishankulova , D. K. (2022). CLASSIFICATION, PRINCIPLES OF TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC BRONCHITIS. Results of National Scientific Research International Journal, 1(9), 426–436. Retrieved from https://academicsresearch.com/index.php/rnsr/article/view/1393
[16]. Авдеев С.Н. Противовоспалительная терапия хронической обструктивной болезни легких: настоящее и будущее // МС.2013. №13. https://cyberleninka.ru/article/n/protivovospalitelnaya-terapiya-hronicheskoy-obstruktivnoy-bolezni-legkih-nastoyaschee-i-buduschee-1
[17]. Кокосов А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких. С-Пб. 1997. С 133-135.
[18]. Кокосов А.Н., Александрова Н.И., Степанова Н.Г. и др. Хронический бронхит: клинические аспекты проблем в нашем представлении/ Хронический бронхит и легочное сердце, - Л.: ВНИИП, 1983.- С 34-37.

WORDLY
KNOWLEDGE