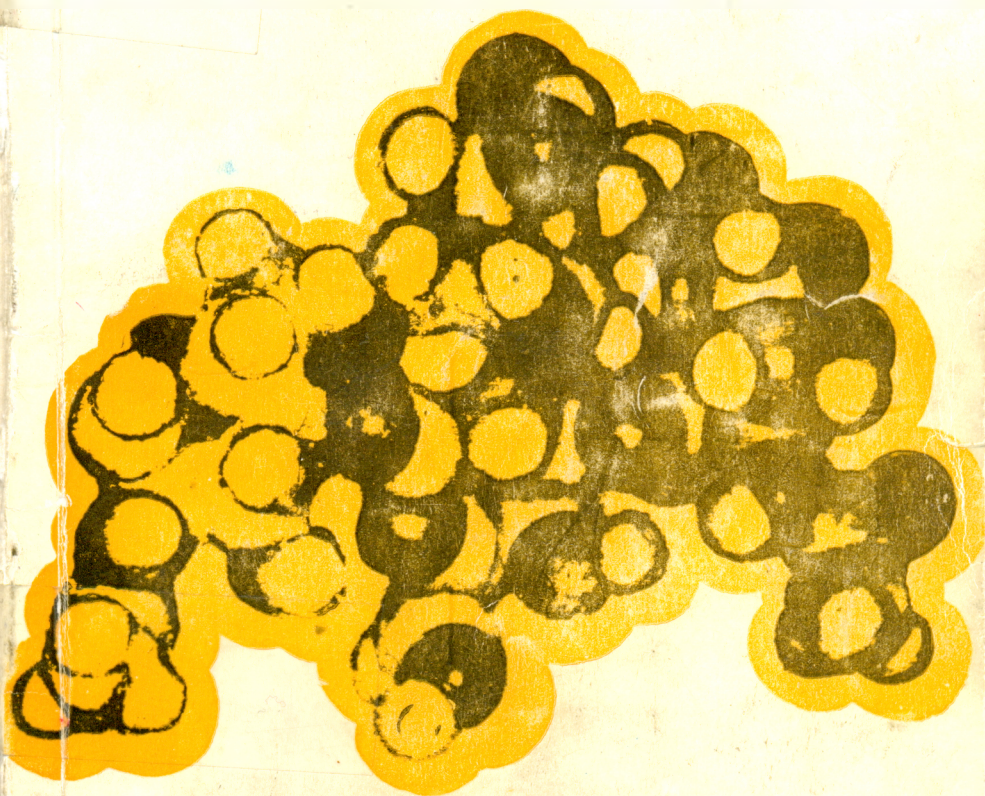


О. А. НАЗАРОВ
Ф. Ё. ЙЎЛДОШЕВА



АЛЛЕРГОЛОГИЯ

«ФАН»

О. А. НАЗАРОВ, Ф. Ў. ЙУЛДОШЕВА

АЛЛЕРГОЛОГИЯ

ТОШКЕНТ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ФАНЛАР
АКАДЕМИЯСИ "ФАН" НАШРИЁТИ
2001

Дарслик умумий ва хусусий аллергиялогия қисмларидан иборат. Умумий қисмда аллергия касалликларнинг ривожланиш механизмлари, ташҳислаш ва умумий даволаш бетафсил ёритилган. Хусусий қисмда эса энг кўп учрайдиган аллергия касалликлар (оziқ-овқат ва дори аллергияси, бронхиал астма, аллергия ринит ва бошқалар) ҳозирги замон тажрибаси асосида кенг баён этилган.

Аллергия касалликлар кенг ёритилган ушбу дарслик тиббиёт институтларининг юқори курс талабаларига мулжалланган. Шу билан бирга ундан аллергиялоглар, пульмонологлар, дерматологлар ва умумий амалиёт шифокорлик мутахассислари ҳам фойдаланишлари мумкин.

Т а қ р и з ч и:
тиббиёт фанлари доктори,
профессор *А.Л.АЛАВИЙ*

А 4108040800 - 3 - 516 Реа-2001
М 355 (04) - 2001

© Ўзбекистон Республикаси
ФА "Фан" нашриёти,
2001 йил.

JSBN 5-648-02748-6

СЎЗ БОШИ

Сўнги 15—20 йил ичида ер юзининг кўпчилик мамлакатларида аллергия касалликлар сони тобора кўпайиб бормоқда. Аллергия касалликлар инсоният олами орасидаги касалликларнинг энг кўп тарқаладиган тури бўлиб қолмоқда. Шу сабабли бугунги кунда аллергия фанига эътибор ортиб бормоқда.

Ҳозирги кунда тиббиёт институтлари қошида аллергия кафедралари ташкил этилди, катта шаҳарлар, вилоят ва туман марказларида эса аллергиялогик бўлим ва кабинетлар ишлаб турибди.

Аmmo тиббиёт институтларининг юқори курс талабалари ҳамда аллергия соҳасида ишловчи миллий мутахассисларда аллергия касалликлари кенг ёритилган ўзбек тилидаги дарсликка муҳтожлик сезилмоқда.

Мазкур дарслик худди шу эҳтиёжни қондириш мақсадида тайёрланди.

Дарслик умумий ва хусусий қисмдан иборат. Умумий қисмда аллергия касалликларнинг ривожланиш механизмлари, аллергиялар ҳақида тушунча ва аллергия касалликларни ташхислаш ва умумий даволаш усуллари батафсил ёритилган. Хусусий қисмга эса кўп учрайдиган аллергия касалликлар киритилган.

Қўлланманинг катта бир бўлими аллергия касалликларнинг кенг тарқалган турларидан бири бўлган бронхиал астма касаллигига бағишланади. Бунда астма касаллигига ҳозирги замон нуқтаи назаридан изоҳ берилиб, касаллик таснифи, уни қўзғатувчиси ва келтириб чиқарувчи омиллар, келиб чиқиш механизми, ташхиси, энг замонавий даволаш усуллари ҳақида батафсил фикр юритилади. Касалликни олдини олиш чора-тадбирлари, “астма мактаби” ҳамда унинг моҳияти ҳақида алоҳида тўхталинади.

Қўлланманинг махсус бўлими юқори нафас йўлларининг аллергик касалликлари ичида кенг тарқалган турларидан бири бўлган аллергик ринитга багишланган.

Республика аллергологик марказининг маълумотларига қараганда 1990-1995 йиллар мобайнида Ўзбекистонда аллергик касалликлар билан касалланган беморларнинг 32,7 фоизини аллергик ринит билан касалланганлар ташкил этади.

Сабабларнинг турли-туманлиги, организмнинг касаллик таъсирига турли жавоблари ринитнинг ҳар хил клиник турларини келиб чиқишига олиб келади. Бу уларнинг ҳар бирини даволашда ўзгача йўл тутишни талаб қилади.

Шунингдек, дарсликда дори ва озиқ-овқат аллергиясидан келиб чиқадиган касалликлари, уларнинг клиник турлари ҳамда даволашнинг энг замонавий услублари тўлиқ баён этилган.

Қўлланмада аллергик касалликларни махсус даволаш услублари — “махсус аллерговакцинация” ҳақида батафсил фикр юритилиб, аввало даволашнинг ушбу турини ўтказиш учун лозим ва қарама-қарши кўрсатмалар ҳақида, қарама-қарши кўрсатмаси бўлмаган беморларда эса ўтказилган даволашнинг бу тури ҳақида тўлиқ маълумот берилади.

Дарслик ўзбек тилида биринчи марта ёзилганлиги учун айрим хато ва камчиликлардан ҳам ҳоли бўлмаслиги мумкин. Шунини эътиборга олиб, дарслик ҳақида ўз фикр ва мулоҳазаларини билдирган ҳамкасблар ҳамда кенг китобхоналар оммасига олдиндан миннатдорчилик билдирамыз.

УМУМИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЯ

АЛЛЕРГИЯ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

Аллергия — юнонча “аллос” бегона ва “эрго” — таъсир сўзларидан келиб чиққан бўлиб, у организмнинг бегона, ёт моддаларга ўзгача таъсир қилиш қобилиятини англатади.

Бунда киши организмига тушган, соғлом инсон учун зарарсиз ҳисобланган модда (масалан, уй чанги), оғир касалликни келтириб чиқариши мумкин. Бу тушунчани биринчи бўлиб 1906 йили австралиялик болалар шифокори Клеманс фон Пирке болалардаги зардоб касаллигини изоҳлаш учун киритган. П. Ф. Здродовский ва унинг шогирдлари инфекцион аллергологияга кўпгина янгиликлар киритишган бўлса, Г. П. Сахаров ва унинг шогирдлари анафилаксия бўйича текширишлар ўтказганлар. А. И. Абрикосов, Н. И. Сиротинин ва уларнинг ҳамкасблари аллергик реакцияларнинг таснифланишини ишлаб чиқишган.

Шунингдек, академик А. Д. Адо, профессорлар В. И. Пицкий, А. С. Польшер, И. С. Гушинларнинг аллергология фанига қўшган ҳиссалари беқиёсдир.

Профессорлардан Л. А. Горяткина, В. С. Мошкович, О. А. Назаровлар клиник аллергологиянинг ривожига муносиб ҳисса қўшганлар.

МДҲда йирик аллергология мактаблари ташкил этилган бўлиб, улар Санкт-Петербургда — Г. Б. Федосеев, Киевда — Е. С. Чернушенко, Олмаотада — М. Д. Бекламишев, Тошкентда — М. М. Хақбердиев, О. А.

Назаров, Бокуда — П. Д. Кац, Москвада — А. Г. Чучалинлар раҳбарлигида фаолият кўрсатиб келишмоқда.

Аллергологияни ўрганишда ва бу фаннинг ривожланишида хорижлик олимлардан S. G. O. Johansson (Sweden); T. Miyamoto, M. Bada, T. Kishimoto (Japan); A. Oehling (Spain); St. Holgate (England); S. Bonini (Italy); J. Charipin (France) ларнинг меҳнати ва излаишлари алоҳида тахсинга лойиқдир.

Аллергия деганда организмнинг ташқи муҳитдаги турли хил бегона моддаларга нисбатан орттирилган махсус жавоб реакцияси тушунилади. Бунда антиген хусусиятига эга бўлган омилларга ўта сезгирлик назарда тутилади. Негизида иммунологик механизм (яъни, маълум аллергенларга, нисбатан махсус ўта сезгирлик) ётган реакциялар чин аллергик реакцияларга киради.

Уларга ўхшаш, аммо имманологик босқичга эга бўлмаган реакциялар псевдоаллергик (чин бўлмаган) аллергик реакцияларга киради. Уларни яна аллергиянинг ноиммунологик шакллари деб ҳам юритилади. Псевдоаллергик (ноиммунологик) реакция қисқароқ йўл билан ривожланади. Бунда ривожланишнинг 3та классик боқичининг фақат 2таси бўлади. Унинг иммунитетдан асосий фарқи шуки, аллергияда соғлом аъзо ва тўқималарда бузилиш кузатилади. Агар организмда бузилишлари бўлмаса, аллергик реакциялар ҳам бўлмайди, фақат иммун реакция бўлади. Эволюция жараёнида аллергик реакция ҳам қатор фойдали механизмларга эга бўлади. У организмга тушган бактерияларни уларга қарши ҳимояланишнинг махсус бўлмаган омилларини ишга солиш орқали йўқ қилишга кўмаклашади.

Зардоб касаллигида эса иммун бирикмаларнинг пайдо бўлиши қондаги антигенларни инактив (фаол бўлмаган) ҳолатга келтиради ва уни организмдан чиқариб юборишига имкон беради.

Шундай қилиб, аллергиянинг етакчи механизми бузилиш ҳисобланса-да, ҳимоя қилиш механизмларини ҳам мустасно қилиб бўлмайди. Бунга организмга кирган бегона моддаларнинг бир жойга йигилиши, уларни нофаол ҳолатга келтириш ва организмдан бутунлай йўқ қилиб юбориш хусусияти мисол бўла олади.

Демак, аллергия деганда организмнинг антигенлик хусусиятига эга бўлган бегона моддаларга нисбатан ҳужайра тўқималарининг бузилиши тушунилади. Ҳужайралараро биокимёвий реакцияларни ўрганиш бўйича қилинаётган янги тадқиқотлар туфайли аллергология алоҳида фан сифатида ўрин тутмоқда. Аммо аллергологияни ўрганиш ва уни амалиётга тўғри татиқ этиш нафақат иммунологияни, балки оториноларингология, пульмонология, дерматология каби фанлардан ҳам хабардор бўлишни талаб қилади.

Аллергик касалликлар — бу алоҳида гуруҳга кирувчи касалликлар ҳисобланиб, уларнинг асосида ташқи аллергенларга нисбатан иммун реакциялар келтириб чиқарадиган тўқима бузилишлари ётади.

Аутоаллергик касалликлар — бу бир гуруҳ касалликлар бўлиб, уларнинг асосида организмнинг патологик жиҳатдан ўзгарган ўз оқсилларининг тўқималарга нисбатан реакцияси ётади. Гап шундаки, маълум организмда бегона антигенга нисбатан қандай реакция пайдо бўлиши (аллергик ёки иммунологик) бу организмга тушган антигеннинг турига, миқдорига ва иммун тизимининг хусусиятига боғлиқ.

Катта миқдордаги кучсиз антигенлар ёки узоқ вақт давомида кучсизланган организмга тушган антигенлар кўпроқ аллергия реакцияларни келтириб чиқаради. Аллергия реакцияларнинг ривожланишига қуйидаги омиллар ҳам имкон яратади:

а) Экзоаллергенларга (ташқаридан кирган) нисбатан (уй чанги ёки ўсимлик чанглари) тўсиқларнинг (тери ва шиллиқ қаватларнинг) ўтказувчанлик хусусиятининг кучайиши;

б) Иммун жавоб реакциясини пайдо бўлаётган антигеноларнинг миқдори синфи ва турларининг ўзгаришига олиб келувчи томонга ўзгариши — бу иммуноглобулинларнинг катта миқдорда пайдо бўлишига олиб келади;

в) Иммун реакцияларнинг патохимёвий босқичини ўзига хос кечишида медиаторларнинг пайдо бўлиш характери ва кучида акс этувчи ҳамда уларни емирувчи фермент тизимида гистамин ажралиб чиқишининг кучайиши билан қоннинг гистаминопектик хусусиятининг пасайиши кузатилади.

Бу хусусиятлар насл орқали ўтиши ёки ташқи муҳитдаги омиллар таъсири остида орттирилиши мумкин.

Организмга тушаётган антигенга нисбатан қайси йўл орқали жавоб реакцияси ривожланади, иммун реакциями ёки аллергия реакциями? Яъни, аллергия касаллик ривожланадими ёки ташқи антигенга нисбатан иммунитет пайдо бўладими, ана ўша омилларга боғлиқ.

“Идиосинкразия” — бу одам организмнинг баъзи овқатлар ва дори моддаларга нисбатан ирсий ортиқча сезувчанлик ҳолати, “парааллергия” эса организмнинг антиген табиатига эга бўлмаган аллергияга жавоб реакциясидир. Бу терминлар ҳозирги пайтда эскириб қолган бўлиб, аллергия механизмлари ҳақидаги замонавий билимлар даражасига қарама-қаршидир.

Сўнги йилларда бу терминлар қўлланилмаяпти. Аллергия реакциялар ташқи жиҳатдан иммун реакциялар механизмига ўхшасада, кўп ҳолларда организм учун патоген бўлиб қолмоқда. Чунки у турли аъзоларда бузилишларни келтириб чиқаради. Юқорида қайд этилган асосли далиллар аллергияология нафақат махсус иммунологик реакциялар йўналиши бўйича ривожланиб қолмай, балки унинг мустқил клиник фан сифатида ажралиб чиқишига ҳам сабаб бўлади.

Аллергияология псевдоаллергия (ҳақиқий бўлмаган) реакцияларни ҳам ўрганади. Аллергияологияда қўлланиладиган моддалар нафақат аллергия реакциянинг иммунологик босқичига таъсир кўрсатиб қолмай, балки тиббиётнинг бошқа соҳаларида (терапияда, оториноларингологияда, дерматологияда) ҳам қўлланилмоқда.

Замонавий иммунология ютуқлари туфайли аллергияология ҳам трансплантология каби илгари силжиди. Иммунопатология — аллергияологияга нисбатан кенгроқ тушунча. Иммунопатология тўқималар зарарланишига ва аъзоларнинг ишлаш қобилиятини бузилишига олиб келувчи реакцияларнинг иммун механизмини ўрганади. Аксарият ҳолларда аъзоларнинг патологияси иммунитет тизимидаги (тугма ёки орттирилган) нуқсонга боғлиқ.

Иммунопатология реакциядан фарқли ўлароқ аллергия реакциянинг учинчи (патофизиология) даври

мавжуд. У бирор аъзонинг зарарланиши ва яхши ўрганилган клиник кўриниш ҳамда ривожланиш механизмига эга бўлган касалликнинг юзага келиши билан биргаликда кечади.

Аллергик касалликларни ташҳислаш, даволаш ва олдини олиш усулари иммунопатология усулларидан фарқ қилади. Айниқса касалликнинг иммунологик ривожланиш даври бўлмаган псевдоаллергик шаклини даволашдаги фарқ катта. Шунинг учун аллергология билан иммунопатологияни бир-бирига қарши қўйишга уринишлар ҳозирги замон нуқтаи назаридан бизда ҳам чет элда ҳам тўғри келмайди. Аллергия дейилганда инсон организмнинг ташқи таъсирларга жавоб реакцияларининг бир тури тушунилади. Шунинг учун бир қатор олимларнинг фикрича, аллергия касалликлар билан замонавий техника тараққий этган, иқтисодий жиҳатдан тўқ мамлакатларда яшайдиган кишилар кўпроқ касалланадилар.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШ МЕХАНИЗМИ

Аллергик реакцияларнинг қатор таснифлари мавжуд. А. Д. Адо 1970 йилда реакцияларни икки типга ажратишни таклиф этди. Булар:

I Тез содир бўладиган аллергия реакциялар. Улар, одатда аллерген организмга тушганидан 20—40 дақиқа ўтгач пайдо бўлади ва гуморал (организмнинг ички суюқ муҳити) антителолар иштирокида амалга ошади. Шунинг учун бу реакциялар химерик реакциялар дейилади;

II Аста-секин (суст) ривожланадиган аллергия реакциялар. Улар 24—48 соатдан кейин ривожланади ва оқ қон ҳужайралари билан боғлиқ бўлади. Шунинг учун улар китергик реакциялар деб ном олган.

Тез содир бўладиган реакциялар, асосан В-лимфоцитлар иштирокида содир бўлади. Бунда қонда плазматик ҳужайралар кўпаяди, иммуноглобулинларнинг турли синфига мансуб бўлган махсус антителолар ишлаб чиқарилади. Аста-секин содир бўладиган реакциялар иммунитетнинг Т-тизими орқали амалга ошади ва сенсбилизацияланган Т-лимфоцитларнинг йигили-

ши билан характерланади. Бу тасниф оддий ва шунинг учун амалиётда шифокорлар орасида кенг қўлланилади. Кумбс ва Джелла таснифларига мувофиқ аллергик реакциялар тўрт типга бўлинади.

I тип — тез содир бўладиган аллергик реакциялар. Бу тип тиббий адабиётларда бир неча номлар билан юритилади: E иммуноглобулин миқдори кўпаядиган, атопик, анафилактик.

Бунда антигенлар кўпроқ нобактериал ҳисобланади. Бу реакцияда, асосан иммуноглобулинларнинг E синфига кирувчи реагинлар иштирок этади. Бу реакция асосида антиген билан антителонинг ўзаро таъсирлашуви ётади. Бунда антитело мастоцитларга жойлашган бўлади.

Реагин — антителолар бириктирувчи тўқиманинг тўйинган ҳужайраларига ва қоннинг базофил лейкоцитларига Fab фрагмент билан жойлашган ҳолда турли аъзоларни аста-секин (пассив) сенсibiliзация қилиши мумкин. Шу билан бир вақтда Fab — фрагмент антитело антигенни бирлаштиришидан иммун бирикма — реагин — антиген ҳосил бўлади.

Антигеннинг икки ва ундан ортиқ E иммуноглобулинлар антителолар билан бирикиши оқибатида мастоцитларнинг бузилиши кузатилади. Тўқималардаги тўйинган ҳужайраларнинг ҳамда қондаги базофилларнинг бузилиши — бу уларнинг мембраналаридаги ўзгаришларга — гистамин, серотонин, ацетилхолин ва секин жавоб берувчи моддалар сақловчи доначалар ажралиб чиқишига боғлиқ. Тез содир бўладиган реакцияларда яна эозинофил, нейтрофил, хемотоксик омиллар, гепарин, тромбоцитлар фаоллигини оширувчи омиллар, фосфолипаза ва ниҳоят простогландин гуруҳлари иштирок этади. Қондаги IgE миқдорини назорат қилишда интерферон тизими ва ҳужайра иммунитети муҳим ўрин тутди.

“Нишонли” ҳужайралар орқали аллергик жараёнларнинг медиаторлари ажралиб чиқишида 3,5 циклик нуклеотидлар аденозинмонофосфат (цАМФ) ва циклик гаунозинмонофосфат (цГМФ) лар муҳим ўрин тутди. цАМФ нинг силлиқ мускулларни бўшаштириши, гор-

монлар ажралиб чиқишини йўқ қилиши, нейромедиаторлар ажралиб чиқишини секинлатиши аниқланган.

цАМФнинг бузилиши фосфодиэстераза ферментлари ҳисобига содир бўлади. Фосфодиэстеразага қарши препаратларга ксантин гуруҳи ва папаверин киради. цАМФнинг ўсиши ацетилхолин орқали амалга ошади. Ўз навбатида цГМФ аллергия медиаторлари секрециясини стимуллайтиди. Шундай қилиб цГМФ ва цАМФ нишон ҳужайралар орқали аллергия медиаторларининг ажралиб чиқишини назорат қилади: цГМФ — стимуллайтиди, цАМФ эса цАМФ нишон ҳужайрада йигилишига ёрдам бериб, бета-адреностимуляторларни сусайтиради. Аллергик жараёнларнинг кечишида простагландинларнинг аҳамияти ҳақида бир оз тўхталиб ўтиш лозим. Простагландинлар арахидон кислоталар ва тўйинмаган ёғ кислоталарининг айланма маҳсулоти ҳисобланади. Улар тўрт гуруҳга бўлинади — А, Б, Е, Ф. ПГФ — бронхоспастик таъсир кўрсатади, ПГЕ — эса бета-рецепторларни қўзғатиб бронхларни кенгайтирувчи таъсир кўрсатади. ПГЕ ҳужайраларда цАМФ миқдорини кўтаради ва бузилишдан сақлайди, гистамин ва ацетилхолинларнинг бронхоконстриктор таъсирини олдини олади. Аспирин ва индометацин простагландинлар пайдо бўлишини ҳамда ПГЕни секинлаштиради. Аспиринли астма билан оғриган беморларда ПГЕ ҳосил бўлмайди. Гистамин ва бошқа медиаторлар тўқималарда қизариш ва шишни келтириб чиқаради, хемотоксик омил А — эозинофилларни ўзига тортиб, уларнинг бузилишини келтириб чиқаради. I тип реакциялар 5 дақиқадан кейин бошланиб, 20 дақиқадан кейин энг юқори даражасига кўтарилади ва 1—2 соатдан кейин йўқ бўлади. Бу типдаги реакциялар бўйича полиноз, бронхиал астманинг атопик тури, озиқ-овқат ва дори моддалар аллергияси, дерматитларнинг айрим турлари қаварчиқлар ва Квинке шиши кўринишида бўлиши мумкин.

I тип реакциянинг классик намунаси — бу анафилактик шок ҳисобланади. Атопик реакцияларнинг барча турлари ҳам шу тип реакцияларга киради.

“Атопия” термини беморнинг I тип реакцияга мойиллигини билдиради. Атопия наслдан-наслга ўтади.

Бунда IgE антителонинг баъзи клонларини ажратишга ёрдам берувчи ген наслга ўтади. Бундан ташқари ген бета-рецепторларнинг депрессиясига имкон беради ва шиллиқ қаватларнинг аллерген ўтказувчанлигини оширади.

Атопиклар организмда реакинлар ишланиб чиқилади. Атопик реакциялар клиникаси аллергенлар нафас йўллари орқали ва ичак орқали организмга тушганида кўпроқ ривожланади.

I тип реакцияларни аниқлаш учун тери синамалари, РАСТ, пассив тери анафилаксияси усули, базофиллар бузилиши реакцияси, Праустниц-Кюстнер реакцияси қўлланилади. Аллергенлар диагностика мақсадида бемор териси орқали киритилганда, марказида томир спазми (торайиши), четларида эса уларнинг кенгайиши кузатилади, тўқималарда эозинофиллар ва нейтрофиллар билан инфильтратланиш ривожланади. Қонда гистамин ва бошқа медиаторларнинг миқдори ортади. “Шокли” аъзода шиш, қизариш, гиперсекреция (шиллиқ ажралишнинг кучайиши) шиллиқ қават пардалар ўтказувчанлигининг ортиши, силлиқ мускулларнинг торайиши кузатилади. Эозинофиллар сони кўпаяди. Реакция қўйидаги йўналишда ривожланади: IgE — тромбоцитлар фаоллигини оширувчи омил — медиаторлар — тўйинган ҳужайра — эозинофил. I тип реакциялар яна эртанги ва кечки турларга бўлинади. Аллергик реакцияларнинг I типини келиб чиқишида кечки реакциялар алоҳида ўрин тутди. Бу тип реакциялар 3—4 соатдан кейин ривожланиб, 12—24 соатгача давом этади. Кўпинча бронхиал астма билан оғриган беморларда уй чангига нисбатан аллергик реакция кузатилганда икки хил (эртанги ва кечки) реакция юз бериши мумкин. Кечки жавоб реакциялар ноаллергик, номахсус таъсирловчи омилларга, яъни совуққа, стресс ҳолатларга сезувчанликнинг ошиб кетишини кучайтиради. Кечки реакцияларнинг икки тури кузатилади: аллергик ва ноаллергик. Биринчи тури қўйидагича ривожланади: аллерген — IgE. Кечки жавоб реакциясини яна нафас йўлларининг махсус бўлмаган турли ташқи таъсирларга (совуқ ҳаво ва бошқ.) сезувчанлиги ошиб кетишини кучайтиради. Реакциянинг бу турида аллер-

гик ринит ҳам мавсумий турдан доимий турга ўтиши мумкин.

Бунга поллиноз белгиларининг ўсимликлар гуллаб, тугагандан кейин ҳам сақланиб қолинишини ҳамда касбга оид астманинг бемор ишлаб чиқаришдан кетгандан кейин ҳам сақланиб қолишини мисол қилиб келтириш мумкин.

II тип — Цитотоксик аллергик реакциялар. Реакция антителонинг антиген билан ёки гаптенлар билан ўзаро таъсири натижасида юзага келади. Аксарият ҳолларда дори моддалар антиген бўлади. Реакцияда комплимент, киллер ҳужайралар иштироқ этади.

Антитело сифатида M , G_3 — иммуноглобулинлар синфи ҳам бўлиши мумкин.

Реакция қўйидаги занжир бўйича ривожланади: IgE — нишон ҳужайра. II тип реакцияларнинг ривожланиши учун ҳужайра аутоаллергик хусусиятга эга бўлиши керак. Масалан: унинг дори моддалар, бактериал энзимлар, вируслардан зарарланган ҳолларда пайдо бўлган антитело комплементни фаоллаштиради. Реакцияда киллер-ҳужайраларга кирувчи лимфоцитлар ҳамда Fc — фрагментни ўзида олиб юрувчи Т-лимфоцитлар иштироқ этади. II тип реакциялар медиаторларини, одатда “С” ҳарфи билан белгиланади. Реакциянинг ривожланишида унинг зардоб оқсилларидан таркиб топган алоҳида фрагментлари (бўлаклари) — комплемент ҳамда унинг активлигини сусайтирадиган қатор ингибиторлар ҳам фаоллашади. Натижада комплемент бирикма антиген-антитело фаоллашади. Унинг фаоллашиши жараёнида яққол биологик хусусиятларга эга бўлган маҳсулотлар пайдо бўлади. Улар нишон ҳужайраининг емирилишини келтириб чиқаради. Комплемент яллигланиш жараёнини ривожлантиришдан ташқари, номахсус ҳимоя реакцияларини ҳам таъминлайди.

Цитотоксик тип реакция иммунитетда инсон организмни бактериялардан вируслардан ва ўсма ҳужайралардан ҳимоя қилишда муҳим ўрин тутаети. Агар инсоннинг соғлом ҳужайралари ташқи ноқулай шароитлар таъсири остида антигенга айланиб қолса, ҳимоя реакцияси — аллергик реакцияга, яъни бузи-

лишга олиб келади. Бу тип патологияга гемолитик анемияни мисол қилиб келтириш мумкин. Бунда эритроцит антиген бўлиб қолади. Пайдо бўлган антители бузилишни, ҳатто ҳужайра емирилишини келтириб чиқаради. Шунинг учун у — цитотоксик тип реакция, деб номланган.

Дори моддалар аллергиясининг цитотоксик типда ривожланишида лейкоцитларнинг ҳамда тромбоцитларнинг камайиши кузатилади.

II тип реакция қон қуйиш пайтида донор билан реципиент орасида резус антиген мос келмаган ҳолатда ҳам ривожланиши мумкин. Бу гемотрансфузион аллергия реакциядир.

Цитотоксик реакция асосида гемолитик касалликлар (камқонлик, агранулоцитоз, тромбоцитопения), ички секреция безларининг касалликлари — Хасимото тиреоидити, Гудпасчер синдроми, тизимли қизил югурик, овқат ҳазм қилиш йўли касалликлари, Крона касаллиги, ярали колит, яъни йўғон ичакнинг яллиғланиши ривожланади.

III тип реакция — иммун бирикмалар ёрдамида бузилиш реакцияси. У артрос типдаги реакциялар деб ном олган.

Бемор қонида антиген-антитело бирикмалари катта миқдорда кузатилади. Улар комплиментнинг C_3 компонентини фаоллаштиради. Реакция қуйидаги тизим бўйича ривожланади: IgG иммун бирикма — комплекс. Реакция, одатда организм антиген билан тўқнашгандан 2—4 соат кейин бошланиб, 6—8 соатдан кейин энг юқори босқичга кўтарилади. Реакция бир неча кеча-кундуз давом этиши мумкин.

Купинча замбуруглар, дори моддалар, зардоблар, озиқ-овқат маҳсулотлари антиген бўлиб хизмат қилади. Реакцияда иммуноглобулинларнинг M, G_4 , A синфлари ҳамда гистамин ва серотонин иштирок этади. Реакциянинг ривожланиш жараёнида комплементнинг C_3 компоненти фаоллашишидан фаол оралиқ маҳсулотлар пайдо бўлади. Бунда комплемент тўйинган ҳужайралардан ва базофиллардан гистамин ажралиб чиқишини тезлаштиради.

III тип реакцияларнинг медиаторларига лизосомал ферментлар (нордон фосфатаза, рибонуклеаза) киради. Улар фагоцитоз пайтида макрофаглар ва полинуклеарлар имун бирикмаларни қамраб олган вақтда ажралиб чиқади.

III тип реакцияларда силлиқ мускуллар қисқаришини, томирлар кенгайишини, лейкоцитлар хемотаксисини келтириб чиқарувчи нейровазофаол гуруҳга мансуб бўлган моддалар, яъни кининлар деб ном олган моддалар ҳам фаол иштирок этади. Калликреин кининлар тизими ишга тушганда кўп миқдорда кининлар ажралиб чиқиши — уларнинг қондаги миқдорини 10—15 мартагача кўпайишига олиб келади.

Бу реакциянинг ривожланишини қуйидагича тасвирлаш мумкин: IgG_4 — IgM — IgA — комплемент C_3 — базофиллар, мастоцитлар, полинуклеарлар, макрофаглар, медиаторлар.

III тип реакциялар ривожланиши учун антигенлар кўп миқдорда бўлганда эритиб юборувчи имун бирикмалар вужудга келиши зарур. Бирикмалар қонда узоқ вақт давомида айланиб юриши ва тромбоцитлардан вазоактив аминлар ҳамда фоцитлардан лизосомал ферментлар ажралиб чиқишини таъминлаши керак. Кўпинча имун бирикмалар тўпланган жойларда патологик ҳолат келиб чиқади: буйрақларда (гломерулонефрит), ўпкада (альвеолитлар), терида (дерматитлар) ва бошқалар.

III тип аллергик реакция бўйича зардоб касаллиги, экзоген аллергик альвеолит, дори ва озиқ-овқат аллергияси, кўп шаклли экссудатив эритема, аутоаллергик касалликлар (ревматоид артрит, тизимли қизил юғрук, гломерулонефрит, тугунчали периартрит) ривожланиши мумкин. Комплементнинг жуда яққол фаоллашувида ҳатто анафилактик шокнинг айрим клиник вариантлари ҳам ривожланиши мумкин. Томирлар патологиясида геморрагия (қон оқиши) ва тромбозлар юзага келади.

IV тип аллергик реакциялар секин-аста юзага келадиган ўтасезгирлик ёки Т-ҳужайраси орқали йигилувчи имун реакциялардир. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, сенсibiliзацияланган Т-лимфоцит-киллер орқа-

ли антиген сақловчи ҳужайралар бузилган ҳолатларда натижа сифатида патокимёвий босқич юзага келмайди, одатда иммунолик ҳимоя реакцияси ривожланади.

Т-лимфоцитлар В-лимфоцитларга нисбатан назорат қилувчи аҳамиятга эга. Т-лимфоцитлар бир жинсли эмас, уларни антигенни билувчи ва хотирада сақловчи ҳужайраларга ажратилади.

Биринчи гуруҳга Т-лимфоцитлар — киллерлар киради. Улар бегона нишон ҳужайраларни йўқ қилиб, ўсмаларда мутант ҳужайралардан ва трансплантацияда бегона ҳужайралардан организмни ҳимоя қилади.

Т-хелперлар В-лимфоцитларни плазматик ҳужайралар ва антитело маҳсулотларига айланишига ёрдам беради. Т-супрессорлар В-лимфоцитларнинг антитело (IgE) пайдо қилувчи хусусиятини боглаб қўяди ва сезувчанликнинг пасайиши вужудга келишини таъминлайди.

Шундай қилиб, IV тип реакциялар учун зарарланиш ҳар доим ҳам шарт эмас. Антиген тимусга боглиқ лимфоцитлар билан ўзаро таъсирлашади. Реакцияда макрофаглар иштирок этади, фагоцитоз кучайиши кузатилади. Реакция организмга антиген тушганда 24—48 соат ўтиб, юзага келади ва 1—3 кундан кейин энг юқори чўққисига кўтарилади. Реакция қуйидаги занжир кўринишида ривожланади: лимфокинлар — хемотаксик омил — полинуклеарлар, базофиллар — медиаторлар.

IV тип аллергияк реакцияларда микроблар, бир ҳужайралилар, замбуруғлар ва уларнинг споралари, дори моддалар, кимёвий моддалар антиген бўлиши мумкин. Антигенларнинг организмга тушиши Т-лимфоцитлар сенсibiliзациясини келтириб чиқаради. Кейинчалик антигеннинг сенсibiliзацияланган лимфоцитлар билан бирикиши лимфоцитнинг ўзгаришига ва аста-секин юзага келадиган ўта сезувчанлик медиаторлари— лимфокинлар ажралиб чиқишига олиб келади.

Лимфокинларнинг 30 хил тури мавжуд бўлиб, улар қон ва тўқима ҳужайраларига мос рецепторлар орқали таъсир этади.

IV тип аллергияк реакциялар бўйича бир қатор касалликлар кечиши мумкин: инфекцион аллергия

(бронхиал астма, алергик ринит), микозлар (замбуруглар тарқатадиган тери касалликлари), баъзи вирусли инфекциялар (қизамиқ, тепки). IV тип реакциясига контакт алергик дерматит (антиген-кимёвий маҳсулот) ва сил касаллиги билан оғриган беморлардаги туберкулинга нисбатан реакцияни мисол қилиб олиш мумкин. Бунга яна гаптенлар келтириб чиқарадиган дерматит (экзема), кўчириб ўтказилган тўқима ва аъзоларнинг реакцияларини ҳам киритиш мумкин. Ташҳислаш мақсадида тери синамаларидан ва лимфоцитларнинг бласттрансформация реакциясидан фойдаланилади.

Организмда антиген ва антителонинг бўлиши ҳамма вақт ҳам алергик реакциянинг ривожланишига олиб келавермайди. Бундан ташқари “ишга туширувчи” деб номланувчи омиллар ҳам бўлиши зарур. Ҳозирги вақтда сезувчанлиги ортиб кетган организмда алергик яллиғланишнинг ривожланишига имкон берувчи катта миқдордаги ноиммунологик омиллар ўрганилган. Уларни шартли равишда икки катта гуруҳга бўлиш мумкин.

Эндоген ички омиллар. Буларга аденилциклазалар ва ферментлар тизими функциясининг пасайиши билан боғлиқ бўлган бета-рецепторлар ўтказувчанлигининг бузилиши, болаларда озиқ-овқат алергенларига ошқозон-ичак тизимида ўтказувчанликнинг кучайиши, гипофиз (бош миyanинг тубида жойлашган ички секреция беzi), буйрак усти безлари пўстлоғи тизимлари функциясининг пасайиши, қалқонсимон без функциясининг кучайиши, адашган нерв функциясининг кучайиши киради. Шунга кўра касаллик ривожланиши учун организмда алерген бўлишидан ташқари маълум ички шароитлар зарур бўлиб, уларнинг барчаси жамланган ҳолда организмнинг ташқи муҳит омилларига маълум йўсиндаги жавоби деб аталади. Бу кўринишларнинг ривожланиш механизми вегетатив ва марказий нерв тизими функцияларининг бузилиши, аъзоларда оксидланиш – қайтарилиш жараёнларининг ўзгариши ҳамда стероидлар – биологик фаол бирикмалар тўпламининг ўзгариши билан амалга оширилади.

Экзоген (ташқи) омилларга инфекцион касалликлар ва сурункали инфекцияларнинг ўчоги, таъсирлантирувчи (қитиқловчи, қўзгатувчи) моддалар, кимёвий реагентлар (тамаки тутуни, куйинди), метеорологик ноқулай омиллар, айниқса об-ҳавонинг кескин ўзгариши (циклонлар, антициклонлар) киради. Юқорида қайд этилган барча омиллар организмнинг махсус бўлмаган ўтасезувчанлигига тааллуқли ва улар кўпинча махсус ўтасезувчанлик билан бирга қўшилиб келади. Бунда номахсус ўтасезувчанликни ҳисобга олган ҳолда даволаш белгиланади.

Аллергеннинг махсус таъсири иммун тизимига қаратилган. Бунда у юқорида санаб ўтилган реакциялар турларидан бирини келтириб чиқаради. Аллерген нейроэндокрин, симпато-адренал (гипофиз), бош мия ортиги, буйрак усти ва бошқа тизимларга таъсир кўрсатиши мумкин. Бу тизимлар ишлаб чиқарадиган медиаторлар ўз навбатида мос рецепторлар орқали иммун тизимига таъсир ўтказилади. Бинобарин, организмга антигеннинг тушиши иммун тизими, аъзолар ва тизимлар реактивлигига махсус бўлмаган таъсир кўрсатади. Шунга мувофиқ касаллик ривожланадими ёки йўқми, у қандай кечади (огирми, енгилми) ва қандай даво усуллари талаб қилади (махсус ёки номахсус) бу организмдаги кучлар нисбатига боғлиқ.

Шундай қилиб, псевдоаллергик (ҳақиқий бўлмаган) реакциялар, яъни ҳақиқий аллергия реакциядан фарқ қилиб, одатда икки ривожланиш босқичига эга бўлган патокимёвий ва патофизиологик босқичга эга бўлган реакция ҳақида қисқача тўхталиб ўтиш лозим. Бу масалани, айниқса, даволаш белгиланадиган пайтда аниқлаш муҳим. Ҳақиқий ва ҳақиқий бўлмаган реакциялар учун қонда бир хил медиаторларнинг гистамин, серотонин, секин жавоб берувчи субстанция, калликрин-кинин тизими таъсири “комплемент” фаоллаштирувчи маҳсулотлар умумий ҳисобланади. Фаол моддаларнинг ва омилларнинг катта гуруҳи организмга тушган пайтида тўйинган ҳужайралардан катта миқдорда гистамин ва бошқа медиаторларни тўғридан-тўғри ажралиб чиқариши мумкин ва шу орқали ҳақиқий бўлмаган реакцияни келтириб чиқаради. Буларга ульт-

рабинафша нурлари таъсири, айрим полимерлар, полисахаридлар (декстран), кальцийли ионофорлар, заҳарли маҳсулотлар, энзимлар (химотрипсин), рентгенконтраст моддалар киради. Ҳақиқий бўлмаган реакциялар ривожланишида комплемент компонентининг танқислиги муҳим ўрин тутди. Шунинг натижасида комплементнинг ноиммунологик фаоллашуви юз беради.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек, аллергия реакцияларнинг II типидида комплемент фаоллашиш классик турда юз беради. Бунда антиген-антитело бирикмалари таъсирида реакция юзага келади. Фаоллашиш натижасида компонентнинг турли қисмларга ажралиши, яллиғланиши ва нишон ҳужайра лизисини келтириб чиқарувчи маҳсулотлар пайдо бўлади. Бундан фарқ қилиб, ҳақиқий бўлмаган реакцияларда фаоллашишнинг альтернатив (бетараф) йўли юзага келади — калликрин-кинин тизими пасайиши кузатилади. Иммун механизмлар иштирокисиз реакция амалга ошади. Комплемент фаоллашишининг альтернатив йўли инсон организмини юқумли касалликлардан ҳимоя қилишда катта аҳамиятга эга.

Шундай қилиб, аллергия касалликлар фақат иммунологик генезгагина эга бўлмай, шу билан бир қаторда улар ҳақиқий бўлмаган реакциялар ҳам бўлиб, мос бўлган ноиммунологик даволаш усулларини қўллашни талаб этади.

АЛЛЕРГЕНЛАР

Ҳозирги вақтда аллергологик клиникаларда турли маҳсулотлардан тайёрланган 150 дан ортиқ аллергенлар қўлланилмоқда. Буларга ўсимликлар гули чанги, уй чанги, ҳашаротлар, озиқ-овқат маҳсулотлари киради. Уларнинг кўпчилиги оқсиллар, углеводлар ва бошқа кимёвий бирикмалар сақловчи — тузли сувдаги экстрактлардир. Аллергенлар тиббиёт амалиётида 50 йилдан ортиқ вақт давомида қўлланилмоқда. Аллергия касалликлар фақат аллергенлар орқали вужудга келади.

Соғлом инсон тўқимасини шикастламайдиган ҳар қандай модда аллерген бўлиши мумкин. Кислоталар, ишқорлар, заҳарли моддалар ва шуларга ўхшаш моддалар аллерген бўла олмайди.

Юқоридан айтиб ўтилганидек, совуқ шамол, атмосфера босимининг пасайиши, стресс ҳолатлар аллергияларга кирмайди. Ҳозирги вақтда аллергия бўлиши мумкин бўлган мингдан ортиқ турли моддалар аниқланган. Улар иккита катта гуруҳга бўлинади: экзоаллергенлар ва эндоаллергенлар. Биз ҳар куни 10 минг литр атмосфера ҳавосини нафас орқали олишимиз мумкин, унинг турли таркибий қисмлари аллергия бўла олиши мумкин.

I. Экзоаллергенлар — инсонни ўраб турган муҳитда яшайди ва ўз навбатида улар ҳам қатор кичик гуруҳларни ташкил қилади:

1. Озиқ-овқат аллергиялари 2 гуруҳга бўлинади: Биринчиси — шартсиз (облигат) аллергиялар: цитрус мевалар, шоколад, кофе, асал, мевалар, ёнгоқлар, тухум, балиқлар, сут, товуқ гўшти; иккинчиси — шартли (факультатив) гуруҳ бўлган: олма, сабзи, картошка, ун ва бошқалар.

2. Уй-рўзгордаги аллергиялар. Биринчи навбатда бу уй чанги, у мураккаб антиген таркибга эга. Унинг энг асосий аллергияни майда уй каначалари дерматофагоидес тури ҳисобланади. Ўрта Осиёда уй чанги фаунасида 28 дан ортиқ кана турлари аниқланган. Аллергия билан касалланган бемор бор хонадонлардаги уй чангида соғлом одам яшайдиган хонадонга нисбатан каналар 3 марта кўпроқ учрайди. Каналарнинг кўпайиши учун қулай омиллардан бири — бу ўрин-кўрпада намликнинг ортишидир. Уларнинг энг фаоллашган даври эрта тонгда қайд этилади. Уй чанги каналарининг 41 та антигенлари аллергия хусусиятига эга бўлиб чиқди. Уй чанги ҳайвон, ўсимлик ва микроблардан келиб чиққан моддаларни ўз ичига олади. Булар: жун, шойи, замбуруғлар. Балиқлар учун қуруқ емиш ҳисобланган дафния ҳам юқори аллергия фаолликка эга. Уй-рўзгор аллергияларига кутубхона чанги, ёстиқларга солинган парранда патлари ҳам киради.

3. Эпидермал аллергиялар (турли ҳайвонларнинг жуни, от қазгоғи). Эпидермал аллергиялар нисбатан сезувчанлик кўпинча тез содир бўладиган реакциялар типига ва, одатда, озиқ-овқат ва уй-рўзгор аллергиялари билан биргаликда кечади.

Болаларда бу касаллик 20 фоиз ҳолатларда респиратор аллергоз типиди ўтади.

4. **Бактериал аллергенлар** (кўпроқ шартли патоген микроблар — стрептококклар ва бошқалар). Сезувчанлик, одатда тишларда, бодомча безларда, ичакларда, жигарда, бронх-ўпка йўлларида сурункали инфекция ўчоғи бўлган ҳолларда ривожланади. Бунда касалликнинг инфекцион-аллергик тури аниқланади: астма, ринит, қаварчиқ ва Квинке шиши.

5. **Замбуруғли аллергенлар** (моғор замбурағларининг ва ачитқи замбуруғларининг споралари). Асосан патоген бўлмаган замбуруғлар тури.

6. **Вирусли аллергенлар** (ҳужайра протоплазмаси билан олдиндан бириккан вирус).

7. **Дори модда аллергенлари** (антибиотиклар, витаминларнинг В гуруҳи, сульфаниламидлар ва бошқалар). Дори модда аллергенлари тўла қимматли антигенлар, (АКТГ, инсулин) ёки гаптенлар бўлиб, улар қон оқсилли билан бирикканидан сўнг махсус антители ошлаб чиқара бошлайди. Турли хил дориларнинг антиген-детерминантлари умумий бўлиши мумкин, яъни ҳар хил дори молекулаларининг айрим қисмларига нисбатан организмда бир хил антители ҳосил бўлади. Шунинг учун бир дори моддасига сезувчанлик бошқа дорига ҳам кесишган аллергик реакцияларни келтириб чиқариши мумкин. Бунга мисол қилиб новокаин билан сульфаниламидларни олиш мумкин.

8. **Гельминтли аллергенлар** (гижжалар ва уларнинг заҳарлари)

9. **Инсект аллергенлар** (асалари заҳри, чивинлар, ҳашаротлар устки қобиги қолдиқлари).

10. **Саноат ва касбга оид аллергенлар**. Кўпинча улар гаптенлар ҳисобланиб, фақатгина қон оқсиллари билан бириккандан кейингина тўла қимматли аллергенларга айланади. Уларга оғир металларнинг тузлари (никель, хром, молибден, платина), эпоксид қатрон бўёқлар, дубил моддалар, аминобензол, гидрохинон ҳосилалари, уй-рўзгордаги кир ювиш кукунлари кирди.

11. **Ўсимлик гули чанглари аллергенлари** (хас-хашаклар, бошоқли галла ўсимликлари ва айрим бута-

симон ўсимликлар гули чанглари). Бир қатор аллергенлар (тимофеевка чангчиси) 30 тагача антигенни ўзида сақлайди, аммо улардан 12 тасигина антигенлик хусусиятига эга. Уларни тайёрлашда муқим суюқлик сифатида Твин-80 суюқлигидан фойдаланилади.

II Эндоаллергенлар. Улар соғлом инсон организмида доимо жойлашган, лекин қалин қобиққа ўралган бўлади, умумий қон оқимига тушмайди. Шунинг учун фақат уларни бошқа тўқималардан ажратиб турувчи тўсиқлар бузилгандагина ўз таъсирини намоён қилади. Улардан энг асосийлари: қалқонсимон безнинг тиреоглобулини, мускул толаларидаги миелин, кўз гавҳари оқсили, нерв ўтказувчи толалар оқсили, сперма (уруғ суюқлиги).

Аллергенларнинг бошқа таснифлари ҳам мавжуд. А. Д. Адо ва А. А. Польшер (1963) аллергенларни 2 та катта гуруҳга бўладилар:

а) ноинфекцион экзоаллергенлар: (уй-рўзгор аллергенлари, ўсимлик чанглари, дори моддалар).

б) инфекцион экзоаллергенлар (бактериялар, замбуруглар, вирусли аллергенлар).

Махсус ташҳис ўтказиш учун аллергенларнинг стандарт препаратлари зарур. Ҳозирги пайтда 100 дан ортиқ стандарт диагностик аллергенлар чиқарилмоқда. Қозон шаҳрида — бактерия ва замбуругли аллергенлар, Ставрополь ва Олмаотада — ўсимлик чанглари аллергенлари, Москвада — уй-рўзгор ва эпидермаль аллергенлар. Экзоаллергенларнинг кўпчилиги турлари Чехия, Словакия, Болгария, Венгрия, Англия, Италия, АҚШ давлатларининг машҳур фирмалари маҳсулоти ҳисобланади. Турли мамлакатларда 1000 хилдан ортиқ аллергенлар ташҳис ва даво мақсадларида ишлаб чиқарилади. Аллергеннинг зарарсизлиги уни тайёрлаш усулига боғлиқ. Шунинг учун аллерген тайёрловчи институтларда доимо ишлаб чиқариш технологияси мукамаллаштирилиб борилади. Ҳозирги пайтда даво мақсадида ишлатиладиган аллергенларнинг ҳар хил тўпламлари ишлаб чиқарилмоқда. Булар: болалар учун, ингалиция учун, ажратиб олиш, танлаш, скринг учун тўплам.

Аллергенлар турли балласт моддалардан тозалаш — диализ, хроматография, гелъфилтрация усуллари ёрдамида тайёрланади. Мутахассислар томонидан аллергологик кабинетларда ишлатиш учун бактериал аллергенларнинг қўйидаги турлари таклиф этилган: бемор балгами аутолизатлари; 5 фоизли карбол кислотасига солиб қўйилган аллергенлар; тўла микробли антиген, ацеллюляр бактериал бирикма, корпускуляр аллергенлар; қатор оқсил таркибий қисмларидан ва балласт моддалардан тозаланган аллергенлар; суюқ муҳитда ўстирилган микробларнинг 5 кеча-кундузлик ҳароратга чидамли таркибий қисмлари; ўсимлик аллергенларини қўллаш бўйича ўсимлик чангларининг тузли сувдаги экстракти. Италиянинг “Лафарма” фирмасида каналарнинг қуруқ аллергенлари ишлаб чиқарилмоқда. Тўлдирувчи сифатида қуритилган аллерген экстрактига лактоза қўшилади. Бу аллергенларни қуруқ аэрозоллар кўринишида бурун ичига ва бронхларга киритиш мумкин. Аэрозол ҳолида қўлланиладиган суюқ аллергенларни тайёрлашда стабилизатор сифатида гипосенсибилизацияни кучайтирувчи 50 фоизли глицирин эритмаси қўшилади. Бизда ва чет давлатларда аллпирал препарати кенг тарқалган. У пиридин ва чўктирилган алюминий билан ажратиб олинган аллерген ҳисобланади. Аллпирал узоқ вақт давомида таъсир қилиш хусусиятига эга. Бу усул асосида заҳира ўсимлик чанглари аллергенлари тайёрланади.

Бошқа муаллифлар адсорбент сифатида глутар альдегид ёки кальций фосфат қўллаганлар. Полимеризация шаклидаги заҳира аллергенлар ҳам таклиф этилган.

Сўнгги йилларда формалин ёрдамида ажратиб олинган оқсиллар, полипептидлар, полисахаридларни ўзида сақловчи ўсимлик чангидан аллергоид ишлаб чиқарилмоқда. Бу аллергоиднинг ножўя таъсирлари жуда кам ва даволаш самараси тузли сув экстрактидан юқори.

Конъюгация қилиш йўли билан олинган аллергенлар ўзининг юқори иммунологик ва жуда кам аллергенлик фаоллиги билан ажралиб туради. Аллергенга сунъий гидрофил полимер қўшилади. У эса беморларда

Е-иммуноглобулинлар ажралиб чиқишини йўқ қилади, ташувчи сифатида эса полистирол қўлланилади.

Баъзи аллергенларнинг аллергик хусусиятларини кучсизлантириш мақсидида улар поливинилпиролидон билан конъюгация қилинади. Самарали ва янги аллергенлар полимерлаш ва глутаральдегид билан бириктириш йўли билан яратилмоқда. Даво-диагностик аллергенлар билан бир қаторда бирикмали микст препаратлар, яъни шу ерга мансуб бўлган 5—10 та ўтнинг чангидан тайёрланган йигма аллергенлар ҳам чиқарила бошланди. Францияда 12 хил ўт аллергенлар экстрактини ўзида жамлаган аллерген-полинекс жуда кенг тарқалган. 10—12 хил антигенли бактериал вакциналар ҳам таклиф этилган.

Махсус ташҳисни тезлик билан амалга оширувчи микст-препаратлар Олмаотада ҳам чиқарилмоқда. Клиник аллергологияда аллергенларни стандартлаш муҳим вазифалардан бири бўлиб қолмоқда. Бу мақсадда қатор физик, кимёвий, иммунологик, биологик усуллар қўлланилмоқда. Юқумли бўлмаган аллергенларни стандартлаш физик-кимёвий усулда оқсил бирлигида ўтказилади (I PNU — 1 мл аллергенда 0,06 мкг оқсилга тўғри келади).

Бактериал аллергенлар учун биологик стандартлаш усули тери дозасида (ПД) ёки 1 мл даги микроблар сонининг миқдори орқали ифодаланади. Аллергенлар халқаро бирлигида (ХБ) ёки биологик активлик бирлигида стандартланган бўлиши керак. Бу титрлаш йўли билан амалга оширилади.

Аутовакциналарни стандартлашга алоҳида тўхталиб ўтиш лозим. Стандарт бактериал аллергенлар орқали тери синамалари ўтказилгандан кейин юқори сезувчанлик борлиги аниқлангач, бемор балгами бактериологик муҳитга экилади. Ўтасезувчан микроблар ажратиб олиниб (стандарт аллергенлардаги билан бир хил бўлган), моно ва диаутовакциналар тайёрланади. Сўнгра уларни оптик стандарт бўйича 1 мл да 500 микроб миқдори даражасида стандартланади.

Аллергологик хоналарда даволаш ва ташҳис мақсадида ҳар бир беморга алоҳида эритмалар тайёрланади. Тери синама усуллари ёрдамида стандартланган

аллергенлар фаоллиги жиҳатидан бир-биридан кескин фарқ қилади. Уларни қўллаган пайтдаги реакциялар узаро мос келмайди. Қуруқ аллергиялар аллергия бирлигида (АВ) РАСТ усулида стандартланади. Махсус даволашда аллергияларнинг турли хил эритмалари қўлланилади. Улар манфий даражада қуйидагича белгиланади: $1:10-10^{-1}$; $1:100-10^{-2}$; $1:1000-10^{-3}$; нобактериал аллергияларнинг киритиладиган дозаларини аниқлаш учун янги усул таклиф этилган. 10^{-6} I мл да I (ХБ) га тўғри (10^{-6} I халқаро birlik/мл) келади. $10^{-5}-10$; $10^{-4}-100$; $10^{-3}-1000$; $10^{-2}-10000$; $10^{-1}-100000$ ХБ/мл ва шундай давом этади. Аллергиянинг фаоллигини сақланиши тайёрлаш усулига боғлиқ. Масалан, аллергияларнинг тузли сувдаги экстрактлари I ой мобайнида сақланганда улар ўз фаоллигини йўқотади.

Аллергияларга Твин-80 препарати қўшилиши уларнинг фаоллиги камайишини кескин пасайтиради. Қуритиш ёки музлатиш йўли билан ёгсизлантирилган аллергиялар ўз фаоллигини узоқ муддат сақлаб тура олади. Қуруқ аллергиялар 15 ой давомида фаол бўлиб қолади.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Аллергик касалликларни ўрганишда шифокорлар касалликларни таҳлил қилиш учун ишлаб чиқилган эпидемиологик-тадқиқот усулларида муваффақиятли фойдаланишмоқда.

Бир қатор тадқиқотлар орқали аллергия касалликлар ер юзи аҳолисининг 10 фоизини ташкил қилиши ва турли мамлакатларда касалланиш даражаси бир-биридан анча фарқ қилиши аниқланди. Аллергик касалликлар ўсма касаллигига нисбатан 30 марта, ревматизмга нисбатан 2000 марта кўп тарқалган.

Нафас йўлларида аллергия касалликлари тарқалишига иқлимнинг ўзига хос хусусияти ва географик шароитлар таъсир кўрсатади. Масалан, Шимолӣ Америка эскимослари орасида бронхиал астма жуда кам ҳолларда битта-иккита аниқланган бўлса, бир вақтнинг ўзига АҚШ да катта ёшдаги аҳолининг 5 фоизи бу касаллик билан азобланидилар. Болтиқ бўйи аҳолиси орасида бронхиал астма билан касалланиш

курсаткичи ҳар 1000 кишига 8 та тўғри келса, Шимолий Кавказ тоғларида эса бу касаллик умуман қайд этилмаган.

Америка Қушма Штатларида 20 млн киши поллиноз билан, 9 млн киши бронхиал астма билан ва яна шунча киши қаварчиқлар ва Квинке шиши билан касалланганлар. Финландияда 20 фоиз аҳолида, Швейцарияда 8,4 фоиз аҳолида аллергия аниқланган. Қишлоқ ва шаҳар аҳолиси орасида касаллик тарқалиш курсаткичи бир хил эмас. Масалан, Санкт-Петербургнинг шаҳар чеккасида яшайдиган аҳолиси орасида респиратор аллергик касалликлари шаҳар марказига қараганда 1,5 марта кам учрайди.

Республика ва вилоят даволаш муассасаларига мурожаат қилган беморлар орасида шаҳар аҳолиси қишлоқ аҳолисига нисбатан 10 марта кўп. Бу ерда экология ҳам катта аҳамият касб этади. Бир республиканинг турли қисмларида аллергик касалликлар тарқалиши бир текис эмас. Қозогистоннинг жанубий минтақаларида поллиноз 10—15 фоиз аҳолида кузатилган бўлса, шимолида эса аҳолининг фақат 1 фоизида қайд этилган.

Атмосфера ҳавоси юқори даражада ифлосланган минтақаларда (масалан, металлни қайта ишлаш, цемент чиқариш корхоналари, иссиқлик электр станциялари яқинида жойлашган районларда) аллергик касалликлар билан даволаш муассасаларига мурожаат қилган беморлар сони тоза ҳаволи ҳудудларга қараганда 8—10 марта кўпроқ. Шундай ҳолатни ҳатто бир шаҳарнинг ўзида ҳам кўриш мумкин. Грузиянинг айрим районларида аллергик касалликлар билан касалланган беморлар сони 1000 кишига 11,4 кишини ташкил қилади, Краснодар ўлкаларида эса 233,8 та, яъни 20 марта кўпроқ. Албатта, бу ерда географик иқлим ва экологик омилларнинг ҳам таъсири бўлади.

Олмаота Тиббиёт институтининг 1-курс талабалари орасида тиббий кўрик натижасида аллергиянинг турли клиник кўринишлари ҳар 1000 та текширилган кишидан 165 тасида аниқланди. Шу жумладан, 29 фоизида поллиноз, 22 фоизида бронхиал астма, 20 фоизида аллергодерматозлар, 11 фоизида дори моддаларига нисба-

тан аллергия, 8 фоизда озиқ-овқатдан аллергияси аниқланди. Аллергия билан аёллар эркакларга нисбатан (шунга мувофиқ 65% ва 35%), болалар эса катталарга қараганда кўпроқ касалландилар. Масалан, Литвада 3 ёшгача бўлган болалар орасида беморлар сони катталарга нисбатан деярли 3 марта кўп (шунга мувофиқ 1000 кишига 94,8% ва 35,9%).

Ўлат, вабо ва сил касалликларидан фарқли ўлароқ аллергия касалликлар кенгроқ тарқалган. Бой мамлакатларда бу касаллик билан касалланганлар кўрсаткичи юқорироқ. Ҳатто, аллергия билан касалланган беморлар сони орқали шу мамлакатнинг қанчалик ривожланганлик, саноатлашиш ва цивилизация даражаларини аниқлаш мумкин, деган фикр мавжуд.

Аллергик касалликлар циклик равишда кечиши сабабли (авж олиш даври тинч давр билан алмашинди) бу патология учраш тезлигини ўрганиш учун алоҳида текшириш усулларини талаб этади. Шаҳарлар аллерголог-шифокорлар билан етарли даражада таъминланмаганлиги сабабли 45 фоизга яқин беморлар ҳисобда турмайди.

Аллергик касалликларнинг тарқалишини ўрганиш учун икки босқичли усул қўлланилади. Текширишнинг биринчи босқичида ўрта тиббий ходимлар томонидан аҳоли орасида енгил бажара оладиган тестлар орқали умумий текшириш-скринг (ажратиб олиш) ўтказилади, аҳолининг уюштирилган гуруҳлари орасида анкета усули қўлланилади.

Иккинчи босқичда анкета маълумотлари бўйича касаллик аниқланган кишиларни амбулатор шароитда турли соҳа мутахассислари синчиклаб текширадилар.

Аллергия билан касалланганлиги аниқланган беморлар махсус аллергологик бўлимларга текшириш учун юборилади. Зарур бўлса диспансер ҳисобига олинади. Аллергик касалликларни шифохонага мурожаат қилган беморлар сони ҳақидаги маълумотлар орқали ҳам ўрганиш мумкин.

Аммо ушбу касаллик бўйича аҳоли орасида ялпи кўрик ўтказилганда даволаш муассасаларининг ҳисоботлари бўйича одатдагидан 5—7 марта кўпроқ бе-

морлар аниқланди. Буни шундай тушунтириш мумкинки, ҳамма беморлар ҳам шифокорларга мурожаат қилавермайди ва ҳамма вақт ҳам тўғри ташҳис қўйилавермайди.

Аллергик касалликларни уч босқичда ўрганиш усули кўпроқ самарали ҳисобланади. Ўрта тиббиёт ходимлари аҳолининг уюштирилган гуруҳларини ёппасига анкета ёрдамида текширади. Кейин аниқланган беморларни поликлиникага ташҳисни аниқлаш мақсидида чақирилади, улардан бир қисмини аллергологик хоналарда махсус усуллар ёрдамида текширилади. Бутун дунё мамлакатларида йил сайин аллергик касалликларнинг ўсиши қайд этилмоқда. Бу ҳолат бизнинг республикамизда ҳам кузатилмоқда.

Аллергик касалликларнинг дунё бўйича тарқалишида ташқи хавфли омиллар ҳам имкон яратади. Уларга қўйидагиларни киритиш мумкин: чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш (улар ўпкада сурфактант ишлаб чиқариш ва альфа-1 антитрипсин синтезини бузади); экстремал иқлим шароитида бўлиш (шу билан боғлиқ ҳолда сув-туз алмашинуви, ички секреция безлари иш фаолиятининг бузилиши); уй шароитида ҳамда ишлаб чиқаришда заҳарли моддалар билан яқин муносабатда бўлиш (уларнинг организмга тушиши сезувчанликнинг ортишига ва тўқималарни бузилишига олиб келади); нерв-психик стресслар; вақтинчалик иммунитет етишмаслик (бу қондаги кортикостероидлар миқдорининг пасайишига олиб келади); овқатда С, А, РР гуруҳ витаминларнинг етарли миқдорда бўлмаслиги; дори моддаларни кўп истеъмол қилиш (полипрагмазия); аҳоли яшайдиган ҳудудларда атмосфера ҳавосининг ифлосланиши (ҳаводаги қурум аэрозоллари, олтингугурт ангидридлари, углерод оксидлари, чанглар) ва бошқалар.

Экологик жиҳатдан пестицидлар ва бошқа кимёвий маҳсулотлар билан ифлосланган ҳудудларда қондаги Е иммуноглобулин миқдори кўтарилган. Чорвадорларни ёппасига эмлашнинг баъзи турлари айрим ҳолларда аллергенларнинг бошқа хилларига (стрептококкларга, стафилококкларга) сезувчанлик ортиб кетишига туртки бўлади. Ишлаб чиқариш корхоналарида баъзи

маҳсулотлар билан яқин муносабатда бўлиш ҳам касбга алоқадор аллергик касалликларни келтириб чиқариши мумкин. Бу: тамаки билан, пластмасса билан, паррандачилик фабрикаларида парранда патлари билан, оғир металл тузлари билан, пахта тозалаш заводларида пахта билан доимий алоқада бўлган ишчиларда кузатилади. Касбга оид аллергик касалликлар ипак йигириш кохоналарида, нон заводларида, сартарошхоналарда ҳам учрайди.

Касбга оид аллергик касалликларни келтириб чиқарадиган 100 дан ортиқ саноат моддалари аниқланган. Касбга оид аллергик касалликлар завод ёки фабрика яқинида яшайдиган аҳолида ҳам ривожланиши мумкин. Аллергик касалликларнинг ўсиши — шу мамлакатда юқумли касалликлар сонини камайтишига имкон беради. Чунки бактериялар турли эпидемияларда кучлироқ антиген ҳисобланиб, улар рецепторларни эгаллашда ноинфекцион аллергенлар билан рақобатлашадилар ва сенсibiliзациянинг бошқа турларини тўхтатиб қўядилар. Бунга иссиқ мамлакатларда кенг тарқалган гижжа инвазияси мисол бўла олади.

Ташқи муҳитнинг юқори даражада газлар билан ифлосланиши нафас йўллари тўсиқларининг ўтказувчанлигини бузади. Озиқ-овқат маҳсулотларининг гербицидлар, пестицидлар, консервантлар билан ифлосланиши ошқозон-ичак тизими шиллиқ қаватининг ҳимоя функциясини пасайтиради, рўзгорда кимёвий моддалардан хаддан ташқари кўп фойдаланиш тери тўсиқлари ўтказувчанлигини бузади. Касалликнинг ривожланишида ирсий омилларнинг ҳам таъсири исботланган.

Қон таркибида IgE юқори даражада бўлган аллергик касаллиги бор беморларда A₃, A₁₀, B₁₂ антигенларни ўз ичига олувчи гаплотиплар ва HLA антигенлар фенотиплари кўпроқ учрайди. Улар аллергияга ирсий мойиллик маркерлари, деб тан олинган.

Аллергик касалликлар бўйича эпидемиологик текширишлар натижасида касалланиш хавфи бўлган гуруҳ аниқланди. Ва бундан шу нарса исботландики, касаллик кўпроқ аёлларда, шаҳар аҳолисида, меҳнатга

қобилиятли ёшда (20—40 ёш) ва зиёлилар орасида учрар экан.

Аллергик касалликлардан кўриладиган иқтисодий ва ижтимоий зарар ҳам анча катта. Айрим ишлаб чиқариш корхоналарининг сурункали аллергия касалликлар билан касалланган ишчиларининг вақтинчалик ишга яроқсиз кунлари 100 та ишчига бир йилда 331 кунга тўғри келади. Бронхиал астманинг оғир турларида ўртача вақтинча ишга яроқсизлик бир йилда бир беморга 70,4 кунни ташкил қилди.

Беморларнинг ёш ва кўпроқ меҳнатга қобилиятли ёшда ногирон бўлиб қолиш даражаси ҳам юқори бўлиб бормоқда. Германияда бронхиал астма билан 1712 та бемор текширилганда, уларнинг 15,3 фоизи ногирон деб тан олинган. Республикаимизнинг айрим ҳудудларида бронхиал астма касаллиги билан касалланган беморлар орасида ногиронлик 49 фоизгача етди.

Шифокор ва тиббий ходимлар орасида дори моддалардан аллергия натижасида ногирон бўлиб қолиш ҳоллари ҳам анча юқори бўлиб чиқди. Қатор аллергия касалликлардан ўлим ҳоллари ҳам ўсиб бормоқда. Фарбий Европанинг айрим давлатларида бронхиал астмадан ўлим кўрсаткичи 100000 аҳолига 30,3 дан 54,1 гача тўғри келади. Америка Қўшма Штатларида эса 100000 кишига 500 тагача боради. Баъзи оғир ҳолатларда (анафилактик шок, Лайелла синдроми) 50 фоизгача ўлим ҳолатлари кузатилган. Республикаимизда бронхиал астмадан ўлим ҳолатлари ҳар йили 5 фоизни ташкил қилади. Англияда ўрта ҳисобда 10000 бемор ўлади.

Америка Қўшма Штатларида барча ўлим ҳолатларининг 20 фоизидан кўпроқ қисми дори моддаларидан бўлган аллергия билан боғлиқ. Айрим аллергия касалликлар халқ хўжалигига катта иқтисодий зарар келтиради. Масалан, фақат бир йил мобайнида Винницада (Украина) вақтинча меҳнат қобилиятини тўхтатиш бўйича бронхиал астма билан касалланган беморларга 900000 атрофида пул тўланган бўлса, Қозогистонда бу рақам 60 млн гача етади. Тошкентда бронхиал астманинг атопик тури бўйича иқтисодий зарар ўрганилган. Тиббий чора-тадбирлар билан боғлиқ

бўлган (дори-дармонлар учун) тўғридан-тўғри сарф-харажатлар I йилда 20 минг атрофида, нисбий, вақтинчалик иш қобилиятини йўқотганлиги учун сарфланадиган харажатлар эса 155 мингни ташкил қилади (1995 йил).

МАХСУС ТАШҲИС УСУЛЛАРИ

Аллергик касалликларнинг махсус ташҳиси уларнинг ривожланиш механизмлари хусусиятларини олдиндан ўрганиб чиқишга асосланган. Юқорида кўрсатиб ўтилганидек, иммун жавоб реакциясининг характериға боғлиқ ҳолда, аллергия реакциялар тез содир бўладиган (гуморал) ёки аста-секин содир бўладиган (ҳужайравий) типда кечиши мумкин. У ёки бу типдаги реакцияларнинг ривожланиши аллергиянинг туриға, миқдорига организмға кириш йўлиға ва аллергияни тайёрлаш усулиға боғлиқ.

Юқумли бўлмаган аллергиялар (ноинфекцион) кўпроқ тез содир бўладиган реакцияларни, юқумли аллергиялар (энфекцион) эса аста-секин ривожланадиган реакцияларни келтириб чиқаради. Махсус ташҳис усулининг тўғрилиги даволашнинг характерини белгилайди ҳамда “айбдор” аллергияни ва касаллик сабабини аниқлайди. Махсус ташҳис усули касалликнинг тинч даврида ўтказилади. Бу пайтда беморларға аллергия реакциянинг ривожланишини йўқ қиладиган препаратлар (кортикостероидлар, антигистаминлар) бериш мумкин эмас. Аллергия касалликларда махсус ташҳис усули, одатда 4 босқичдан иборат бўлади. Уларни қуйидаги тартибда амалға ошириш лозим: аллергиялогик анамнез йиғиш, теридаги аллергия синамалар; провокацион усуллар ёрдамида текшириш ва ўтказиладиган иммунологик тестлар ёрдамида текширишлар. Текширишнинг ҳар бир босқичи муҳим аҳамиятға эға. Бундан ташқари ҳар бир босқич кейинги текширишлар учун гумон қилинган аллергиялар доирасини торайтириб боради. Масалан, аллергиялогик анамнез йиғиш пайтида касаллик хужайраларини бемор фақат ўз уйида сезса, сабабчи омил сифатида уй чанги ёки уй ҳайвонларини тахмин қилиш мумкин.

Махсус ташҳис ўтказиш энгил иш эмас. Бир томондан, ёлгон мусбат ёки ёлгон манфий синамалар бўлиши мумкин, бошқа томондан эса аллергенга теридаги синаманинг мусбат натижаси фақат сезувчанликни ортиб кетганини акс эттириши мумкин. Яъни бу ўрганилаётган касаллик билан боғлиқ бўлмаган, касалликнинг яширин даврининг клиник кўринишигача бўлган шаклини кўрсатади. Касалликнинг клиник шакли провокацион синамалар ёрдамида аниқроқ ташҳисланади, аммо уларни ҳамма вақт ҳам қўллаб бўлмайди.

Биринчи босқич — анамнез йиғиш. Бемордан сўраб, суриштиришни энгиллатиш мақсадида (50 тага яқин саволлар билан) махсус анкета ишлаб чиқилган. У касалликнинг аллергик генезга эга эканлигини тасдиқлашга ва сезувчанлик ортиб кетган аллергеннинг турини тахминлашга ёрдам беради.

Бунда яна беморда аллергик касалликларга ирсий конституционал мойилликнинг бор-йўқлиги ҳам ўрганилади. Болаларда антинатал даврнинг қандай кечганлиги ҳомиладорлик пайтида онанинг кимёвий моддалар билан алоқада булганлиги, ҳомиладорлик токсикозлари, боланинг озиқ-овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик ҳолатлари қайд этилади. Клиникани ҳисобга олган ҳолда анамнезни таҳлил қилиш патологик жараённинг жойлашган ўрнини топиш масаласини ҳал қилишга ва кейинги босқични қайси аллергенлар билан текширишни давом эттиришни белгилашга имкон беради. Аллергик анамнез йиғиш учун савол анкетасини тиббий ҳамшира кўриқдан олдин тўлдиради.

Иккинчи босқич — терида ўтказиладиган синамалар. Бу босқич анамнезни таҳлил қилингандан кейин олинган маълумотларга аниқлик киритишга, яъни сенсибилизациянинг сабабини аниқлашга имкон беради. Ҳозирги вақтда синамаларнинг бир қанча турларидан фойдаланилмоқда. Аллергенлар билан ўтказиладиган теридаги синамалар сезувчанлик тартибида: тери устига скарификация, тест-укол (прик-тест) ва тери орасига аллерген юбориш усуллари билан ўтказилади.

Бунда кўпинча синамалар тери орасига қилинганда асоратлар бериш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Дори модда-

лар ва кимёвий моддалар билан қилинадиган синамалар кўпроқ томчи усулида ўтказилади. Ўтасезувчанлик прик-тест усулида аниқроқ кўринади. Кўпинча тери ичига ёки скарификация синамалари қўлланилади.

Прик-тест усулида аллерген териға томизилади, кейин эса қисқа тигли махсус ланцет билан ёки игна билан 60 даража бурчак остида санчилади. Тери синамаларининг барча турларида танадан қон чиқмаслиги зарур. Шу мақсадда прик-тест ўтказиш учун махсус игна ишлаб чиқилган. Тери орасига аллерген юбориб, синаш усулида аллерген 0,1 ёки 0,05 мл миқдорида тери орасига юборилади. Чет эл фирмаларида прик-тест усулининг “фазет-тест” янги тури ишлаб чиқилди. Бунда скарификатордаги игна ичига маълум аллерген киритилган бўлади. Озиқ-овқат аллергиясини аниқлаш учун озиқ-овқат аллергенларидан синамалар қўйилади. Шу мақсадга асосланган парҳез белгиланади. Бу парҳез таркибида гуруч, лавлаги, картошка, товуқ гўшти ва усимлик ёғи бўлади. Мана шу парҳез давомида озиқ-овқат аллергенлари билан синама ўтказилади.

Теридаги синамалар кимёвий моддалар ва дорилар билан ўтказилганда апликация усулидан фойдаланилади. Аллерген билан намланган дока тери устига қўйилиб, целлофан билан ёпилади ва билакка бинт ёрдамида ўраб қўйилади. Эпидермис олдиндан бир неча марта скарификация қилинади.

Совуқ билан қилинадиган теридаги синамалар, одатда совуқдан қаварчиқлари бўлган беморларга белгиланади. Целлофанга ўралган муз бўлаги билакка 20 дақиқа боғлаб қўйилади. Синама мусбат бўлган ҳолларда шу соҳада қаварчиқ шиш пайдо бўлади, баъзан умумий реакция ҳам бериши мумкин. Аллергенлар билан ўтказиладиган теридаги синамалар, одатда организмда маълум аллергенга сезувчанлик борми ёки йўқми деган саволга жавоб беради. Аммо соғлом кишиларда ҳам баъзи аллергенларга нисбатан синамалар мусбат бўлиши мумкин. Улар фақат кишининг аллерген билан олдин (контактда) яқин алоқада бўлиши натижасида сезувчанлиги ортганини кўрсатади, холос. Масалан, ангина билан тез-тез оғриб турадиган бемор организмда стрептококка нисбатан сезувчанлик ортган

бўлади. Асосий алергик касалликнинг сабаби бошқа алерген бўлиши мумкин. Теридаги реакцияларни баҳолаш муддати алергик реакциянинг типига боғлиқ.

Биринчи тип реакциялар 20 дақиқадан кейин кўрилади, кеч содир бўладиган реакциялар 24 соатдан кейин ҳисобга олинади.

Тез содир бўладиган реакциялардан қаварчиқ пайдо бўлади, аста-секин содир бўладиган реакцияларда эса тугунча (папула) вужудга келади. Болаларда эса қондаги реакинлар миқдорини аниқлаш мақсадида Праустниц-Кюстнер усули ҳам қўлланилади. Бу усул терини пассив сенсibiliзациялашдир. Бемор боладан қон олиниб, зардоби ажратилади ва 0,1 мл тери орасига соғлом донорга (ота ёки онасига) юборилади. Бир кечакундуздан кейин терининг шу соҳасига антиген киритилади. Қаварчиқ ёки тугунчанинг пайдо бўлиши маълум антигенга нисбатан махсус антитело борлигидан далолат беради. Реакция бемор қони зардобига антитело-реакинларни аниқлайди. Биз бунда соғлом киши терисини антителолар ёрдамида пассив сенсibiliзация қилиб, кейин бу соҳага алерген юборамиз. Вужудга келган иммун бирикма тўйинган ҳужайраларнинг бузилишини (дегрануляцияни), ажралиб чиқаётган гистамин эса терида қаварчиқ ва қизаришни келтириб чиқаради. Праустниц-Кюстнер реакцияси уларнинг ўлчамлари билан баҳоланади.

Тез содир бўладиган алергияни ташхислашда “терида дераза” реакцияси қўлланилади. Скарификатор ёрдамида терида қон томчиси пайдо бўлгунга қадар чизилади. Шу соҳага алерген томизилади шиша ойначани босиб, суртма олинади ва суртмадаги эозинофиллар миқдори аниқланади. Агар уларнинг сони 5 фоиздан кўп булса, реакция мусбат ҳисобланади.

А. А. Польнер муаллифдошлар билан ҳамкорликда 1985 йили махсус даволаш жараёнида қуршовга олувчи антителони аниқлаш усулини таклиф қилди. Бунда донор териси ичига антиген ҳамда беморнинг зардоби даволагунга қадар ва даволашдан кейин киритилади. Сенсibiliзация даражаси шу соҳада пайдо бўлган иккита қаварчиқнинг диаметри ўлчамлари орасидаги фарқ билан таққосланади. Одатда, ҳар бир алергенга

теридаги реакцияни баҳолаш учун жадвал илова қилинади. Бизнинг клиникамизда юздан ортиқ теридаги аллергия синамалар натижаларини статистик маълумотлар асосида баҳоловчи жадвал ишлаб чиқилган (1, 2-жадвалларга қаранг). Бунда тугунча (папула), қаварчиқ ва қизаришларнинг ўртача диаметри ҳисобга олинади. Терида ўтказиладиган синамаларни қўйиш учун умумий талаблар ишлаб чиқилган.

Ўсимлик чанглари ва эпидермал аллергиялар билан ўтказиладиган синамалар кўпроқ орқа елка соҳасига ёки билакка скарификация усулида қўйилади. Олдиндан томизилган аллергия устидан скарификатор ёрдамида иккита параллел 5 мм кесмалар 2—3 мм оралиқ масофада ўтказилади. Замбуруғлар, уй-рўзгорга оид ва микробли аллергиялар билан соҳасига туберкулин шприц ёрдамида 0,05—0,1 мл миқдорида тери ичига юборилади. Дори модда аллергиялари билан ўтказиладиган синамалар томчи (томизиш) усулида ўтказилади. Антибиотиклар эритмаси 1 мл да 1000 ТБ гача новокаин — 0,25 фоизли, рН муҳити 7,2 миқдорда киритилади. Дори моддалар биттадан ортиқ қўйилмайди ва бир соат давомида кузатилади. Қаварчиқ ва тугунча пайдо булиши кўпроқ аллергиядан далолат беради, қизариш (гиперемия) эса фақат нерв ва томирлар тизимларининг реактивлиги, юқори эканлигини акс эттиради, холос. Бактериал аллергиялар тери дозасида (ТД) ва микроблар таналари сони (МТ) билан, нобактериал аллергиялар эса азот оқсил бирлигида РНУ белгиланади.

Аллергиялар 1 мл да 10, 20, 40 ТД, 1 ва 2 млрд. МТ ҳамда 1000, 5000, 10000 РНУ миқдорларида қадоқланган ҳолда чиқарилади. Катталар учун микробли аллергияларнинг энг қулай бир марталик миқдори 2—4 ТД ёки 10—20 мл МТ, нобактериал аллергиялар эса 200—400 РНУ миқдори ҳисобланади.

Терига синамалар қўйилганда бир вақтнинг ўзида иккита назорат синамалар ҳам қўйилади. Булар тест-назорат суюқлиги бўлган ТВИН-80 ва гистаминнинг 0,1 фоизли эритмасидир. Назорат суюқлиги ва гистамин ҳам аллергия каби тери орасига ёки тери ичига киритилади. Бунда назорат суюқлиги билан қилинган синама манфий гистамин билан қилингани эса мусбат

бўлиши керак. Назорат суюқлиги билан қилинган синама мусбат (терининг консервантга махсус бўлмаган ўтасезувчанлигига боғлиқ) ёки гистаминга нисбатан манфий (тери реактивлигининг йўқлиги) бўлган ҳолларда ташҳис синамалари ҳисобга олинмайди.

Агар ўсимлик чанглари ва эпидермал аллергенлар билан қўйилган скарификация синамалари манфий бўлиб, аллергологик анамнез ва касалликнинг клиник кўриниши касалликда аллергеннинг иштироки борлигини кўрсатса, шу аллерген 0,02 мл миқдорда тери ичига киритилади ва 20 дақиқадан кейин жадвал бўйича баҳоланади. Бир вақтнинг ўзида 2 дан ортиқ аллергенни тери ичига юбориб бўлмайди. Ўсимлик чанглари ва эпидермал аллергенлар тери ичига қилинганда оғир аллергик реакциялар юз бериши мумкин. 20 ва ундан ортиқ аллергенлар билан терида синамалар қўйилганда умумий реакциялар берганлиги ҳақида ҳам ёзилган.

Синамалар қўйишда бир хил гуруҳ аллергенларнинг умумий антигенли детерминантларини ўзаро ҳамкорликдаги таъсири аҳтимолини ҳисобга олиш керак. Бу ёлгон мусбат реакцияларнинг сонини кўпайтиради. Шунинг учун бир вақтнинг ўзида ўсимлик чанглари аллергенларидан ўнтадан кўп бўлмаган синамалар, бештагача эпидермал аллергенлар билан, тўртта бактериял ва замбуругли аллергенлар, учта уй-рўзгорга оид аллергенлар қўйиш тавсия қилинади. Беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳам ҳисобга олиш зарур. Масалан, бемор анамнезида уй ҳайвонларига яқинлашганда ёки хоналарни йигиштириш пайтида аҳволи кескин ўзгариши ҳақида кўрсатма бўлса, бир вақтда қўйиладиган уй-рўзгорга оид ва эпидермал синамалар сонини камайтириш лозим. Синамалар қўйишдан олдин терини совун эритмаси ёки кучсиз спирт эритмаси билан артиб олиш тавсия этилади. Чунки бошқа органик эритувчилар (эфир) баъзи антисептик моддалар номахсус мусбат реакцияни келтириб чиқариши мумкин.

Теридаги аллергик реакцияларнинг яққолроқ кўриниши қатор омилларга: организмга тушган аллерген миқдорига ва теридаги махсус E иммуноглобулинга,

терининг нисбатан реактивлигига, беморнинг ёшига, тўйинган ҳужайралар сенсбилизациясига боғлиқ.

Терига синамаларни қўйиш усули ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ундан кўпроқ маълумот олиш ҳам шу усул турига боғлиқ. Масалан, бронхиал астманинг атопик тури бўлган беморларда кана аллергенлари билан ўтказилган прик-тест 68 фоизда мусбат бўлган бўлса, скарификация синамалари 42 фоизда, тери орасига қилинган синамаларнинг 100 фоизда мусбат натижаларни берган.

Юқорида кўрсатилган ташҳис усулларининг маълумотлилиги сенсбилизациянинг турли хилларида бир-биридан фарқ қилади. Уй чангига сезувчанлик ортган ҳолатларда аллергик анамнездан олинадиган маълумотнинг ўзи 90 фоизгача етади. Бунда элиминациянинг (уйдан бошқа ерга кетиш) таъсири, хонадонларни тозалаш билан боғлиқлик аниқланади. Шу билан бир вақтда анамнези манфий бўлган 30 фоиз беморларда уй чангига сезувчанлик ортганлиги аниқланади, аммо бунда касалликнинг клиник кўриниши бўлмайдди (яширин шакли). Уй-рўзгор аллергенлари билан қилинган синамаларнинг маълумотлилиги 83 фоиз ҳолатларда мусбат, 90 фоиздан кўпроқ ҳолатларда эса манфий бўлган.

Текширишнинг учинчи босқичи — провокацион (қузғаш) синамалар. Бунда аллерген “шокли” аъзога — бурун, бронхлар, тери ҳамда ичакка киритилади. “Шокли” аъзо деганда касалликнинг клиникасини юзга чиқарадиган аъзо ёки туқима назарда тutilади. Масалан, ринитда бурун “шокли” аъзо ҳисобланади. Провокацион синама носог аъзодаги сезувчанликни аниқлайди. Бу усул 30 йилдан кўпроқ вақтдан бери қўлланилади.

Провокацион синамалар теридаги синамалари мусбат бўлган аллергенлар билан қўйилади. Улар, ҳатто касалликни яширин даврида ҳам аниқлашга имкон беради. Яъни маълум аллергенга сезувчанликнинг ортishi клиник жиҳатдан намоён бўлмаган вақтларда (масалан, аллергик ринитда). Аллергик реакциялар қўшилиб кетиши эҳтимолидан узоқлашиш мақсадида икки хил провокацион синамаларни бир кунда қўйиш

Терида утказиладиган скарификация синамаларини баҳолаш

Баҳо	Шартли белгилар	Реакциянинг ташқи куралиши ва ўлчами
Манфий	--	Ўлчами худди тест-назорати суяқлиги берган реакция куралишидек.
Гумонли	+	Скарификация урида каварчкисиз қизариш ҳолати бўлади.
Кучсиз мусбат	+	Қаварчиқнинг диаметри 2—3 мм атрофида қизариш ҳолати билан, фақат терини тортиб қурилганда биллинади.
Ўрта мусбат	++	Қаварчиқнинг диаметри 5 мм дан ошмайди ва қузга яққол ташланади.
Мусбат ва кескин мусбат	+++ ++++	Қаварчиқнинг диаметри 10 мм ва ундан катта бўлиб, қизариш аломатлари ва илдизчалар (псевдоподия) пайдо бўлади.

2-жадвал

Тери орасига юбориладиган синамаларни баҳолаш

Баҳо	Шартли белгилар	Реакциянинг ташқи куралиши ва ўлчами
Манфий	--	Ўлчами худди тест-назорати суяқлиги берган реакциядек.
Гумонли	+	Қаварчиқ назорат суяқлигидан олдин сурилб кетади.
Кучсиз мусбат	+	Қаварчиқнинг 4—8 мм диаметри атрофида қизариш белгилари бор.
Ўрта мусбат	++	Қаварчиқнинг 8—15 мм диаметри атрофида қизариш белгилари бор.
Мусбат ва кескин мусбат	+++ ++++	Қаварчиқ 15—20 мм ёки ундан катта бўлган диаметрда, псевдоподиялар ва атрофда қизаришлар пайдо бўлиш билан ҳисобланади.

тавсия этилмайди. Аллергенларнинг 10^{-1} , 10^{-2} гача бўлган эритмаларини қўллаш энг яхши ва хавфсиз ҳисобланади. Ҳозирги вақтда клиникада қуйидаги провокацион синамалардан фойдаланилади: конъюнктивга, назал, яъни бурун ичига, ингалицион ҳамда лейко-

цитлар камайиши ва тромбоцитлар камайиши тестлари шулар жумласидандир.

Конъюнктивал провокацион синамалар — аллергик конъюнктивит билан касалланган беморларда ўтказилади. Эритилган аллерген (10^{-1}) пастки конъюнктива халтачасига 1 томчи томизилади. Агар синама мусбат бўлса, кўзда қизариш ва шиш, кўздан ёш оқиши, кўзлар қичишишлари пайдо бўлади.

Эндоназал провокацион синамалар. Диаметри 5 мм бўлган юмалоқланган пахта шарчасига 07 мл аллерген (терида ўтказилган синамаларда мусбат натижа берган эритмада) томизилади ва пастки бурун супралари чиганоқлари олд қисмига 10 дақиқа давомида қўйилади, буруннинг иккинчи ярмига эса назорат суюқлиги томизилган пахта шарчаси киритилади. Назоратли синама манфий бўлиши керак. Нобактериал аллергенлар билан қўйилган синамалар 20 дақиқадан кейин, бактериал аллергенлар билан ўтказилган синамалар эса 6—24 соатдан кейин ҳисобга олинади. Суст, юзаки (гумонли) реакцияларда беморда фақат субъектив шикоятлар (бурун ичида қичишиш ва бошқалар) бўлади.

Ўрта огир реакцияларда бурун шиллиқ қаватларида объектив ўзгаришлар (шиш, қизариш) пайдо бўлиши билан характерланади. Бошқа аъзоларда ўзгаришлар кузатилган ҳолатларда, масалан, терига тошмалар тошиши, ҳароратнинг кўтарилиши бўлганда реакция огир деб баҳоланади. Касалликнинг хуруж даврларида бу синамалар қўйилмайди. Бурун ичида ўтказилган провокацион синамалар мусбат бўлишининг тезлиги — теридаги аллергик синамаларнинг яққоллик даражасига боғлиқ.

Теридаги ва бурун ичидаги синамалар орасидаги юқори коррелятив боғлиқлик ўсимлик аллергенларига сезувчанлик бўлганда мос келиши 95 фоизни ташкил этади. Бактериал аллергенларда камроқ — 45 фоиз ҳолатларда кузатилади. Бурун ичида ўтказилган синамаларни объектив ҳисобга олиш учун риноскопия (бурун бўшлигини ойнача ёрдамида кўриш), ринотохаметрия (буруннинг нафас олиш, ҳавони ўтказиш функциясини аниқлаш) ўтказилади.

БРОНХЛАРДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ПРОВОКАЦИОН СИНАМАЛАР

Бронхларнинг сезувчанлигини ўрганиш пайтида эритилган аллерген аэрозол ҳолида 0,5—1,0 мл миқдориди 3—6 дақиқа давомида бронхларга киритилади. Аллергенлар билан бронхларда ўтказиладиган синамаларни ҳисобга олиш учун ўпканинг ташқи нафас функциясини ўлчаш ва бошқа клиник усуллар (аускультация, қоннинг умумий таҳлили, эозинофиллар) қўлланилади. Агар Тиффно индекси ёки пневмотахометрия кўрсаткичлари синамалардан кейин 20 фоизгача ва ундан кўпроқ миқдорга камайса, синама мусбат ҳисобланади.

Синамалардан кейин 24 соат мобайнида бемор шифокор назорати остида бўлиши керак. Энг яхшиси синамалар шифохонада ўтказилиши лозим. Синамалар мусбат бўлган ҳолларда қуруқ хириллашлар пайдо бўлади. Теридаги синамаларнинг натижаларига асосан аллергенларнинг эритмалари танланади. Масалан, теридаги аллергик реакциялар +++ ёки ++++ кўринишда баҳоланган бўлса, бурун ичида ва бронхларда ўтказиладиган синамаларни яхшиси аллергенларнинг 10^{-3} эритмасидан бошлаш керак.

Агар теридаги синамалар гумонли (+) юзаки бўлса 10^{-1} эритмадан фойдаланиш мумкин. 10^{-3} миқдордаги эритма аллерген киритилганда 24 соатдан кейин “шок” аъзо томондан жавоб реакцияси бўлмаганда, аллерген миқдорини аста-секин ошириб бориб, қайтадан синамалар ўтказиш мумкин. Аллергеннинг 10^{-1} миқдордаги эритмаси билан синамалар қўйилганда бронхлар томонидан реакциянинг бўлмаслиги, синаманинг манфий эканлигидан далолат беради. Бурун ичига қилинадиган провокацион синамалар, одатда 3 ёшдан, бронхларда ўтказиладиган синамалар 5 ёшдан бошлаб қўйилади.

Ингальяция синамаларини яхшиси бурун ичига синамалар манфий бўлган вақтлардагина (гиперэргик реакциялардан узоқлашиш мақсадида) ўтказиш мумкин. Теридаги синамалар мусбат бўлган ҳолда провокацион синамаларнинг манфий бўлиши касалликнинг яширин шакли борлигини ёки теридаги синамаларнинг ёлгон мусбат эканлигини кўрсатади.

Провокацион синамаларнинг маълумотлилиги ал-лергеннинг турига ҳам боғлиқ. У 40—60 фоиз ҳолларда мусбат бўлади. Нафас йўлларида патологик ўзгаришлар бўлган беморларда (ринит ва бронхиал астма) бурун ичига ўтказиладиган синамаларни қўллаш кўпроқ қулай ва техник жиҳатдан хавфсиз ҳисобланади. Аммо биргина беморнинг бурунида ва бронхларида сезувчан-ликнинг (сенсibiliзация) турида ўзаро фарқ бўлиши мумкин.

Провокацион синамаларни қайд этишда реакция-ларнинг тез содир бўладиган (ўсимлик чанглари, эпи-дермал аллергенлар) секин содир бўладиган (замбуругли, бактериал), кечки (уй-рўзгорга оид) ва аралаш турларини ҳисобга олиш лозим.

Бронхларда ўтказиладиган провокацион синамалар қуйидагича баҳоланади:

Гумонли (+) — бунда фақат субъектив шикоятлар бўлади, мусбат (++) — бунда “шокли” аъзода объектив (кўринадиган) ўзгаришлар аниқланади, кескин мусбат (+++) — бунда бошқа аъзоларда ва тизимларда ҳам ре-акция аниқланади ва ниҳоят манфий (-).

Озиқ-овқат аллергиясини ташҳислаш учун прово-кацион лейкопеник синамадан фойдаланилади. Пери-ферик қондаги лейкоцитлар сони наҳорга (оч қоринга) элиминацион парҳез шароитида (ёки бир кеча-кундуз овқат емасдан) аниқланади. Кейин гумон қилинган озиқ-овқат маҳсулотидан 100 г берилади, 60—90 дақиқалардан кейин лейкоцитлар сони қайтадан аниқланади. Агар қондаги лейкоцитлар сони 1 мл да 1000 тадан (1000/мл) ҳам камайиб кетган бўлса, сина-ма мусбат ҳисобланади. Худди шу текширишни тромбо-цитлар билан ҳам ўтказиш таклиф қилинган — тромбо-цитопеник тест, синама мусбат бўлган ҳолларда улар-нинг сони 20 фоизгача камаяди. “Шокли” аъзода ҳам реакция кузатилиши мумкин.

Туртинчи босқич — ташҳислашнинг лаборатория усуллари. Ташҳислашнинг “ин витро” лаборатория усулини беморларда касалликнинг барча даврлари ва босқичларида қўллаш мумкин.

Юқорида кўрсатилган ташҳислаш усулларига гу-монсираш бўлган ҳолатларда бу усуллар ёрдам беради

(қўл келади). Уларни купроқ мураккаб, кам маълумот берувчи ва асосан реакциянинг иммунологик механизмларини аниқлаш учун хизмат қилади, деб ҳисоблайдилар. Бу усуллар аллергик реакцияларнинг турларини акс эттиради ҳамда реакцияда иштирок этувчи антителолар қайси синфга мансублигини аниқлайди. Яъни аллергик касалликларнинг иммунологик ташҳиси учун хизмат қилади. Замонавий иммунологик мусбат синамалар теридаги синамалар билан 90 фоиз ҳолатларда, провокацион синамалар билан эса 50 фоиз ҳолатларда мос келади. Бу иммунологик синамалар кўпроқ касалликнинг латент (клиник кўринишигача бўлган яширин даври) шаклини тасдиқлашдан далолат беради. Улар, асосан беморни аллерген билан олдин алоқада бўлганлигидан маълумот беради. Тез содир бўладиган аллергик реакцияларни ташҳислашда базофилларга оид тўғридан-тўғри ва билвосита тестлар, тўйинган ҳужайраларнинг деструкцияси (тузилишининг бузилиши) тестлари, РАСТ, ПРИСТ, қон ҳужайраларидан гистаминнинг махсус ажралиб чиқиш реакцияси қўлланилади. Бу синамалар кўпроқ ноинфекцион аллергенлар билан ўтказилади.

Аллергиянинг аста-секин ривожланадиган турини аниқлаш учун қонда лейкоцитлар ҳаракатланишининг тўсиққа учраш реакцияси (РТМА), розеткасимон кўриниш пайдо қиладиган ҳужайралар тести (РОК), лимфоцитларнинг бласттрансформацияси тести (РБТА), нейтрофилларнинг шикастланиш реакцияси (ППН), лейкоцитолиз реакцияси, лейкоцитларнинг агломерацияси реакцияси қўлланилади. Улар, асосан бактерияларга оид, замбуруғларга оид ва баъзи дори турларини ташҳислашда белгиланади. Демак, ҳар бир иммунологик тест, асосан ўта сезучанликнинг 4 туридан муайян биттасини аниқлайди. Шунинг учун уларни мувофиқ қўллаш лозим.

Масалан, биринчи тип реакциялар бўйича кечадиган касалликларни ташҳислаш учун кўпроқ радиоиммунологик сорбент тестлар (РАСТ, ПРИСТ) ишончли бўлади. Иккинчи тип реакциялар кўпроқ Кумбс реакцияси ёрдамида аниқланади. Учинчи тип реакцияларни ташҳислашда антителолар преципитациясини аниқлаш

усули қўлланилади. Тўртинчи тип аллергия реакцияларни лейкоцитлар ҳаркатиининг тўсиққа учраши ва лимфокинларнинг ҳар хил турларини белгилаш ёрдамида аниқлаш мумкин.

Текширишнинг иммунологик усуллари иммунологик лабораторияларда, шифокор иммунологлар томонидан амалга оширилади. Организмнинг реактивлиги — махсус иммунологик реакцияларни, махсус бўлмаган реактивликни ва сенсibiliзацияни ўз ичига олади. Шунинг учун мос келувчи кўрсаткичларни акс эттирувчи синамаларни қўллаш ва таҳлил қилиш лозим. Бемор организмнинг номахсус реактивлигини таҳлил қилишда, одатда қуйидаги текширишлар ўтказилади: турли синф иммуноглобулинларнинг сатҳи, фагоцитоз, комплемент ва лизоцим титрлари, зардоб тартибидаги оқсил ва оқсил фракцияларини, лимфоцитларнинг кортизолга сезгирлигини, гистамин-гистаминаза-гистаминпексия тизимини аниқлаш, айрим ферментларнинг (ацетилхолинэстераза ва бошқалар) фаоллигини аниқлашдан иборатдир.

Комплемент ва лизоцим титрларнинг пасайиб кетиши иммун танқисликни кўрсатувчи доимий белгилардан бири бўлиб, аллергияк яллиғланишнинг ривожланишига туртки бўлиши кўрсатилган.

Антитело титрнинг стафилококка ва стрептококкларга нисбатан ошиб кетиши аллергияни қандай ҳолатда акс эттирса, иммунитетни ҳам худди шундай акс эттиради.

Аллергияк ринит, бронхиал астма ва бошқа аллергияк касалликлар, одатда нишон ҳужайранинг бузилиши ва қонга гистамин, ацетилхолин ва бошқа медиаторларнинг ажралиб чиқиши билан биргаликда кечади. Гистаминнинг қонда сақланиши унинг ферментлар таъсирида емирилиш тезлигига ва гаммаглобулин билан боғланишга (гистаминопексия) ҳам боғлиқ. Аллергияк касалликлари бўлган беморларда қондаги озод гистамин миқдори кўпаяди, қон зардобининг гистаминопектик фаоллиги пасаяди ҳамда тери ва “шокли” аъзонинг гистаминга нисбатан сезувчанлиги ортади. Бу ўзгаришлар кўпроқ аллергияк реакциялар биринчи типи бўйича ўтадиган касалликларда кузатилади. Аллергияк

касалликлари бўлган беморлар қонида ацетилхолин миқдори кўтарилади. Бу эса ацетилхолинэстераза ферментининг фаоллиги пасайиши билан қўшилиб келади ва серотонин миқдорининг ҳам кўтарилиши кузатилади.

Нафас йўллариининг аллергик касалликларида маҳаллий иммунитет ва маҳаллий сенсibiliзациянинг баъзи жиҳатдан ўз-ўзини идора қила олиш хусусиятини назарда тутиб, кейинги йилларда бронхлар ва бурун шиллиқларини текшириш қўлланилмоқда. Масалан, аллергик ринитда бу риноцитограмма орқали текширилади. Бурун ичидан олинган суртмаларда эпителиал ҳужайралар, қадаҳсимон ҳужайралар, макрофаглар, плазматик ҳужайралар, лимфоцитлар, нейтрофиллар ва эозинофиллар ҳисоблаб чиқилади. Ҳужайралардаги биоген аминларнинг миқдори ҳам аниқланади. Бу кўрсаткичлар, айниқса бурун ичида ўтказиладиган провокацион синамалардан кейин ўзгаради. Аллергик ринитда бурун шиллиқларида маҳаллий эозинофилия (эозинофилларнинг кўпайиши), эозинофилларнинг цитоплазмаси вакуолизацияси, тўйинган ҳужайраларнинг дегрануляцияси, нейтрофил гранулоцитларнинг альтерацияси, цилиндрсимон эпителийларнинг қадаҳсимон ҳужайраларга трансформацияси, биоген аминларнинг фаоллашуви аниқланади. Юқорида кўрсатиб ўтилган ўзгаришлар бурун шиллиқ қавати сенсibiliзациясининг кўрсаткичлари бўлиб хизмат қилади. Бронхиал астма билан касалланган беморларнинг балгами ҳам худди шу текширишлар ёрдамида кўриб чиқилади.

Нафас йўллари аллергиясини маҳаллий кўринишлари ривожланишига тўсқинлик қилувчи ҳимоя омилларини шартли равишда иккига ажратилади: дренаж мўкоциляр (шиллик ажратиб чиқарадиган) тизими ва асосан лимфоплазматик қатор ҳужайралари вакилларидан ташкил топган — ҳужайра тизими. Мана шуларнинг ўзи маҳаллий иммунитетни белгилайди. Бурун ва бронх шиллиқ шираларида эозинофилларнинг топилиши нафас йўллари аллергик касалликлари борлиги мезонларидан бири бўлиб ҳисобланади. Тез содир бўладиган типдаги аллергик касалликларни ташҳислашда радиоиммунологик усуллар кенг

тарқалмоқда. Улар орқали бемор қони зардобдаги умумий ҳамда махсус IgE миқдорини аниқлаш мумкин.

Шведларнинг “Фармация” фирмаси бу соҳага оид тўпламларини чиқармоқда. ПРИСТ ва РАСТ усуллари аллергия касалликлари бўлган беморларда E иммуноглобулинлар миқдорининг кўпайишини аниқлаб беради. Бундан ташқари иммунофермент усул — бунда ферментларнинг иммун боғланиши орқали қондаги антитело топиш усули ҳам қўлланилади. Бу синама “Элайза” деб ном олган. Ундан турли синф иммуноглобулинлари аниқлаш учун фойдаланилади.

Ставрополда организмдаги умумий ва махсус E иммуноглобулинларнинг миқдорини аниқлаш учун иммуноферментлар тизими тўплами чиқарилмоқда. Юқорида кўрсатиб ўтилган ташхислаш усуллари махсуслиги ва маълумот бериш жиҳатларини текшириб кўрилганда, теридаги синамалар билан 50—60 фоиз ҳолларда ўзаро боғлиқлик борлиги кўрилган.

Зардоб иммуноглобулинлари нафақат антитело сифатида, балки ҳужайра рецепторлари сифатида ҳам махсус бўлмаган ҳимоя омилларига киради. G иммуноглобулинлар мушофаа синфи бўлиб, боғлаб олувчи антителони вужудга келтиради ҳамда вирусларни, заҳарли моддаларни бактерияларни нейтраллаш хусусиятига эга бўлади. В иммуноглобулинлар ҳимоя антителоси каби бактерицид (бактерияларни ўлдирувчи) фаоллик яратади. А иммуноглобулинлар синфи ҳам ҳимоя механизмига тааллуқли. А иммуноглобулинлар иккита кичик гуруҳга бўлинади: секретдаги (шиллик ширадаги) ва зардобдаги иммуноглобулинлар.

Биринчи гуруҳга кирувчилар сўлакда, бурун ва бронх шиллик шираларида (секретида), ичак суюқликларида аниқланади. Секретор иммуноглобулинларнинг А синфи таркиби шиллик қаватларнинг антиген таъсирига маҳаллий ҳимоя ҳолатини акс эттиради. E иммуноглобулинлар реакинларнинг асосини ташкил қилиб, медиаторлар ажралиб чиқишига ва тўқималарнинг бузилишига сабаб бўлади. Қондаги (А, М, G) иммуноглобулинларнинг таркибини текшириш натижалари ҳимоя механизмларнинг ҳолати ҳақида фикр юритишга имкон беради ва организмда қанчалик

сезувчанлик ортганлик даражаси IgE миқдорига қараб аниқланади.

Турли тадқиқотчиларнинг текшириш натижаларидан алергик касалликлар билан касалланган беморларда ҳар хил синф иммуноглобулинларнинг миқдори беқарорлиги аниқланган. Поллиноз билан касалланган беморларда бурун шиллиқ ширасида (секретида) эрмонга (полын) нисбатан аллерген махсус E иммуноглобулиннинг сақланиши аниқланган. Махсус E иммуноглобулин билан теридаги синамалар орасида тўғридан-тўғри боғлиқлик борлиги аниқланган. Соғлом одам қонидаги умумий E иммуноглобулинлар миқдори билан алергик касалликнинг тинч даврида (ремиссия) бемор қонидаги умумий E иммуноглобулин миқдори солиштириб кўрилганда айтарли фарқ топилмаган.

Фагоцитоз — иммунитетининг бошланғич олдинги даври ҳисобланади. Бу вақт мобайнида фагоцитлар билан қуршаб олинган антигенлар иммунитетга лаёқатли аъзога тушади. Фагоцитоз пасайганда ўта сезувчанликнинг махсус реакцияси ривожланади. Алергик касалликлари бор беморларда махсус фагоцитлаш фаоллиги, фагоцитлар индекси, ҳазм қилиб юбориш индекси аниқланади. Реакция тирик стафилококк культураси билан қўйилади. Алергияси бор беморларда махсус фагоцитоз кўрсаткичи кўпинча пасайган бўлади. Организмнинг алергик реактивлигининг IV типини ўрганиш учун ҳужайрага оид синамалар қўлланилади.

Беморнинг алергик реактивлигини тавсифлаш учун қондаги эозинофиллар мутлақ (абсолют) миқдорининг лимфоцитлар ёки тромбоцитлар миқдорига нисбатини билдирувчи коэффициент — индекслар аниқланади. Алергик касалликларда беморда эозинофил-лимфоцитлар ва эозинофил-тромбоцит индекслар кўпинча юқори бўлади. Махсус антигенлар таъсири остида содир бўладиган нейтрофиллар альтерация (тузилишининг ўзгариши) реакцияси нейтрофиллар бузилиши реакциясида (РПН) ўз аксини топди.

Юқумли алергик касалликларда нейтрофилларнинг бузилиши юқорироқ даражада ва соғлом одамлардагига қараганда кўпроқ учрайди. Антиген-антитело бирикмаси таъсири остида тўйинган ҳужайраларнинг

бузилиши (дегрануляцияси) реакциясидан тез содир бўладиган ўта сезувчанлик турини ташҳислашда фойдаланиш мумкин. Бу усул қонда айланиб юрувчи реактин антителолар титрини кўрсатиб беради.

Поллиноз билан касалланган беморларда қонда айланиб юрувчи махсус антитело миқдори кўтарилган бўлади. Периферик қондаги лимфоцитлар бласттрансформацияси шаклининг ўзгариш реакцияси кичик лимфоцитларнинг махсус ва номахсус антигенлар таъсири остида иммун бластларга айланишига асосланган. Бу реакция ўта сезувчанликнинг тез содир бўладиган ва секин содир бўладиган турларини ҳам ташҳислашда қўлланилади. Аллергик касалликлари бўлган беморларда шакли ўзгарган лимфоцитлар миқдори сон жиҳатидан бошқа касалликларга қараганда антиген билан контактда (яқин алоқада) бўлган ҳолларда юқори бўлади. Ўтасезувчанликнинг аста-секин ривожланадиган турида периферик қондаги лейкоцитлар ҳаракатининг тўсиққа учраш реакцияси (РТМЛ) қўлланилади. Унинг асосида махсус антиген иштирокида сенсibiliзацияланган лимфоцитлар ажратиб чиқарадиган медиаторлар таъсири остида макрофаглар ва лейкоцитлар ҳаракатининг босилиши (енгилиши) ётади.

Миграция (кўчиш) индекси аниқланади. Агар кўчиш индекси пасайган бўлса, бу маълум антигенга юқори сезувчанлик борлигини кўрсатади. Демак, аллергологияда ташҳислашнинг бир неча босқичларини амалга ошириш мақсадга мувофиқ, чунки уларнинг ҳар қайсиси фойдали ва қандайдир жиҳатдан бир-бирини тўлдиради. Аллергиянинг тез содир бўладиган ва аста-секин содир бўладиган турларини ташҳислашда ҳар бир синаманинг ўзига яраша ўрни борлигига қарамай, уларнинг ҳар бири ёлгон мусбат ва ёлгон манфий синамаларни ҳисобга олган ҳолда таҳлил қилишни талаб қилади. Улардан энг муҳими анамнез ва касалликнинг клиник кўриниши ҳисобланади. Касалликнинг сабабларини юқорида кўрсатилган текшириш усуллари натижаларини биргаликда таҳлил қилиш орқали аниқлаш мумкин.

Махсус текширишнинг бешта босқичини чуқур таҳлил қилиш асосидагина аллергия касалликни тўғри ташхислаш ва даво муолажаларини тўғри белгилаш мумкин.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Аллергия касалликларнинг ривожланиш механизми асосида аллергия яллиғланиш етакчи ўрин эгаллайди. Бу касалликларни даволашда махсус гипосенсибилизация — иммунотерапия усули кўпроқ самарали бўлиб қолмоқда. Аммо касалликнинг хуруж даврида даволашнинг бу усули қўлланилмайди. Бундан ташқари гипосенсибилизацияни қўллашга қарши бўлган қатор монеликлар мавжуд. “Айбдор” аллергия топилмаган ҳолатларда ҳам бу усулдан фойдаланиш мумкин эмас.

Ниҳоят, қатор касалликлар асосида ҳақиқий бўлмаган (псевдоаллергия) реакциялар ётади. Бу ҳолларда ҳам иммунотерапия самарасиз бўлади. Шунинг учун аллергия касалликлар бошқа усуллар ёрдамида ҳам муваффақиятли даволанмоқда.

Кенг доирадаги фармакологик препаратлар аллергия реакцияларнинг патокинемий даврини тўхтатади ва аллергия реакцияларнинг патофизиологик даври натижаларини, яъни клиник кўринишини йўқ қилади. Аксарият фармакология препаратларининг клиник самараси ҳужайра ичидаги циклик нуклеотидлар: циклик аденозинмонофосфат (цАМФ) ва циклик гуанозинмонофосфатларга (цМФ) таъсир қилиш орқали амалга оширилади.

Ҳужайраларнинг аллергияга нисбатан мустақамлиги (барқарорлиги) кўпинча ҳужайралардаги цАМФ заҳираларини кўпайтириш ва цГМФни камайтириш йўли билан юзага чиқарилади.

Аллергия касалликларни даволаш усулларини шартли равишда иккита катта гуруҳга ажратиш мумкин: махсус ва номахсус усуллар.

Номахсус ёки симптоматик (касалликнинг белгилар бўйича) даволаш усуллари, асосан касаллик хуруж қилган даврларда қўлланилади. Беморлар, одатда даволанишни касалликни жойлашган ўрнига қараб терапевтда, оториноларингологда, дерматологда олиши

мумкин. Бу усуллар касалликнинг у ёки бу белгиларини даволашга қаратилган ва у кўпинча бемор аҳволини қисқа давом этадиган яхшиланишига олиб келадиган самара беради.

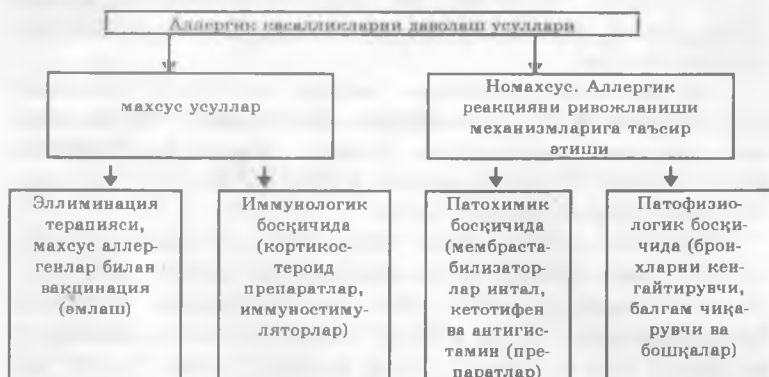
Бу даволаш усуллари ҳақида алоҳида касаллик бўйича ёзганда муфассал тўхталиб ўтамиз. Чунки улар касалликнинг жойлашган ўрнига қараб бир-биридан фарқ қилади. Улар аллергик яллиғланишнинг клиник кўринишларига таъсир этади.

Патогенетик даволаш усуллари — касалликнинг асосий ривожланиш механизмларидан бирига — аллергиянинг иммунологик ёки патохимёвий даврига йўналтирилган. Улар турли аллергик касалликларда ремиссия (тинч) даврида ҳам (олдини олиш учун) ва хуруж даврида ҳам (даволаш мақсадида) қўлланилади. Бу усуллар ниҳоятда самарали бўлиб, уларни махсус даволашга монеликлар бўлган ҳолатларда ҳам белгилаш мумкин. Бу гуруҳда марказий нерв тизими ҳолатини яхшилашни, ички секреция тизимини ҳамда организмнинг номахсус реактивлигини пасайишини амалга оширувчи препаратлар катта ўрин тутаяди. Уларни турли соҳа бўйича мутахассис шифокорлар қўллайдилар.

Махсус даволаш усуллари. Бу усуллар, асосан аллергик яллиғланишнинг биринчи (иммунологик) даврига қаратилган. Бу усуллар билан даволаш юқори даражада самарали бўлишига қарамай, шу билан бир вақтда касалликнинг хуружини ва турли асоратларни юзага чиқаради. Шунинг учун аллергенлар билан гипосенсибилизация қилиш ва иммунотерапиянинг бошқа усуллари аллергологик кабинетларда мутахассислар томонидан ўтказилиши тавсия қилинади.

ДОРИ МОДДАЛАР БИЛАН ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Илмий жиҳатдан асосланган патогенетик даволаш усулларини белгилаш учун шифокор касалликнинг жойлашган ўрнини ва клиник кўринишини яхши билиши муҳим аҳамиятга эга. Ҳозирги пайтда аллергик касалликларни турли соҳа мутахассислари, масалан, жарроҳлар, терапевтлар, физиотерапевтлар, окулистлар, пульмонологлар, дерматологлар, оториноларинго-



логлар, психотерапевтлар ҳам муваффақиятли даволашмоқда. Бунда бир-бирдан тубдан фарқ қиладиган турли усуллар қўлланилишига қарамай, шифокорлар юқори даражали клиник самараларга эришадилар. Бундай олиб қараганда тушунтириб бўлмайдигандек кўринган даволаш самарасини нима билан изоҳлаш мумкин? Асосий сабабларидан бири – бу аллергия касалликни келтириб чиқарувчи омилларнинг ҳамда ривожланиш механизмларининг хилма-хиллигидир. Улардан бирортасига таъсир кўрсатиб, ҳатто бу касалликнинг иккинчи даражали механизми бўлса ҳам, кўп ҳолларда шифокорлар касалликни вақтинчалик тинчлантиришга муваффақ бўладилар. Аммо касалликнинг асосий ривожланиш механизмига ёки асосий келтириб чиқарувчи омилга таъсир этиш йўли билан ҳам касалликни бутунлай тузатиш ёки узоқ вақт давомида тинчлантиришга эришиш мумкин. Бу ҳолларда касалликнинг клиник турини, касалликнинг кечиб даврини ва аллергия реакциянинг типини (тез содир бўладиган ёки секин содир бўладиган) ҳисобга олиш муҳим аҳамиятга эга. Шу мақсадда юқорида кўрсатиб ўтилган аллергия касалликларни ташҳислаш усуллари қўлланилади.

Юқорида санаб ўтилган омилларни назарда тутган ҳолда илмий асосланган даволаш усуллари қўллаган ҳолатлардагина яхши натижаларга эришиш мумкин.

Медиаторларга қарши таъсир кўрсатадиган препаратлар. Аллергия реакциялар биологик фаол моддалар-

медиаторлар ажралиб чиқиши билан биргаликда кузатилади. Ҳурғанилган медиаторлар сони жуда кўп, аммо энг асосийси гистамин ҳисобланади. Шунинг учун бу гуруҳга кирувчи дори моддалар антигистаминлар деб аталади. Аллергик касалликларда қондаги медиаторлар миқдори кўпаяди. Бу эса “шокли” аъзо тўқималарининг бузилишига олиб келади.

Ҳозирги вақтда турли мамлакатларда медиаторларга қарши таъсир қиладиган 150 га яқин препаратлар ишлаб чиқарилмоқда. Уларнинг таъсир қилиш механизми турли аъзолардаги ҳужайраларнинг гистамин рецепторларига дори модданинг киришиб, сингиб кетиши билан боғлиқ. Улар гистаминнинг антагонисти ҳисобланиб, асосан “шокли” аъзодаги гистаминнинг H_2 рецепторларини боғлаб олади. Ҳужайра рецепторлари аллергия яллиғланиш медиаторларига сезгир бўлмай қолади. Гистаминга қарши препаратлар аллергия реакциянинг аста-секин ривожланадиган таркибий қисмларига таъсир қилмайди ва “шокли” аъзодаги номахсус юқори реактивликни йўқ қила олмайди. Дори моддани киритиш усули касалликнинг қандай кечиши ва даврига боғлиқ. Дорилар, одатда оғиз орқали, тери остига, томирлар ичига, малҳам ва кукунлар кўринишида маҳаллий ишлатилади. Уларнинг ҳаммаси гемато-энцефалик тўсиқ орқали ўтади ва шунинг учун тинчлантирувчи самарани келтириб чиқаради. Улар бир кунда 2—3 маҳал белгиланади. Уларга ўрганиб қолмаслик (самара йўқлиги) ҳамда турли асоратлар келиб чиқмаслиги учун доимий, ўн беш кундан ортиқ фойдаланиб бўлмайди.

Ҳозирги пайтда ҳамдўстлик мамлакатларида димедрол, дипразин, фенкарол, бикарфен каби препаратлар ишлаб чиқарилмоқда. Вундан ташқари чет эл препаратлари: перитол, пипольфен, супрастин, тавегил (Венгрия), лоратиден (АҚШ), азеластин (Германия) ҳам қўлланилмоқда. Охири иккита препарат ва диазолин камроқ тинчлантирувчи таъсир кўрсатади. Фақат фенкаролгина гистаминазани кўпайишини таъминлайди ва гистаминни емиради.

Пипольфен жуда юқори тинчлантирувчи хусусиятга эга ҳамда у М-холинolitik самара беради (балғамни

қуюқлаштиради). Қатор препаратлар узоқ вақт давомида ишлатилганда гистаминолибератив хусусиятга эга бўлиб қолади. Бу уларнинг цитотоксик (ҳужайра учун заҳарли) таъсири билан боғлиқ. Бу хусусият пипольфенда, дипразинда ва тераленда яққолроқ кўринади.

Бир қанча препаратлар фақат гистаминга қарши таъсир кўрсатиб қолмай, кўпроқ сератонинга қарши таъсир ҳам кўрсатади (сандостен, перитол) ёки холинолитик фаолликка эга бўлади (ипратрониум бромид, азадин). Кейинги йилларда секин реакция берувчи субстанция антогонисти ҳисобланган препаратлар ҳам ишлаб чиқарилмоқда.

Медиаторларга қарши препаратлар билан даволашнинг самарадорлиги ҳар хил. Булар 30 фоиздан 70 фоизгача ижобий натижаларни беради. Улар, асосан касалликнинг хуружи даврида белгиланади. Одатда, улар даволаш бошлангандан 3—4 кун кейин ўз самарасини кўрсатади ва бемор 1 ой давомида қониқарли аҳволда бўлиши мумкин.

Аллергик касалликларни даволашда гистамин эритмаси ҳам қўлланилади. Гистаминнинг 10^{-7} эритмаси 0,1 миқдордан бошлаб тери орасига қилинади ва ҳар сафар 0,1 мл ошириб борилади. Бронхиал астма билан касалланган беморларга гистамин билан даволашнинг ингальяция усуллари таклиф этилган. Улар, одатда гистаминнинг 10^{-8} эритмаси билан қилина бошланиб, энг юқори эритма ҳисобланган 10^{-4} билан якунланади. Аллергик касалликларни даволашда гистамин ва гаммаглобулиндан таркиб топган гистоглобулин препаратидан кенг фойдаланилмоқда. У организмга киритилганда қонда эркин айланиб юривчи гистаминни боғлаб олувчи гистаминга қарши антитело вужудга келади. Гистоглобулин, асосан касалликнинг тинч даврида қўлланилади. Даволаш 2 мл дан тери остига қилинадиган 5 та инъекциядан иборат. У ҳар 3—4 кунда 1 марта қилинади. Болаларга 0,1 мл миқдорда тери ичига қилишдан бошланади, ҳар бир кейинги инъекция 0,1 мл миқдорга оширилиб борилади. Ҳаммаси бўлиб ҳар 2 кун оралигида 10 та инъекция қилинади. Охирги инъекция 1,0 мл миқдорда қилинади. Бу даво-

лаш усулида ижобий натижалар 6 ойдан 1 йилгача сақланиб қолади.

Медиаторларга қарши янги препарат — гистосера-тоглобулин тез содир бўладиган аллергик реакциянинг кўпчилик медиаторларига таъсир қилади. Уни 2 мл дан тери остига ҳар 4 кунда бир марта қилинади (8 инъекция). Серотининга қарши препаратлар мигренни, озиқ-овқат аллергиясини, серотонин типигаги бронхиал астмани даволашда кенг қўлланилмоқда. Уларга дезерил (бир кунда 15мг), периактин (бир кунда 20мг), стугерон (бир кунда 75мг), диэтиламид бромлизергин кислота (8мг) киради.

Брадикининга қарши моддалар кўпроқ сурункали, қайталанувчи қаварчиқларни даволашда қўлланилади. Уларга: пармидин, ангинин, продектин, гливанол киради. Даволаш узоқ вақт (1—2 ой) давом этади.

Кинин тизимининг ингибиторлари (тормозловчилар). Ферментга қарши препаратларга трасилол, кон-трикал, калликреин, плазмин киради. Уларга яна эп-сисилон-аминокапрон кислота (1% эритмаси—100 мл томчи усулида қилинади) ва гепарин (5000 бирлик қорин соҳасига), трасилол (10000 ТБ вена ичига) қаварчиқлар хуруж қилган даврда белгиланади. Улар кининогенни брадикининга ўтишига тўсқинлик (қаршилиқ) қилиб, калликреин тормозловчиларнинг ишини меъёрлаштиради. Калликреинкинин тизими ҳолатига таъсир кўрсатувчи препаратлар қонни ивитиш орқали плазминогенларни плазминга ўтиш даражасига таъсир кўрсатади, плазмин эса кининогенларни бради-кининга ўтишини тезлаштиради.

Мембранани стабиллаштирувчи дори-дармонлар (интал, задитен). Интал маҳаллий қўлланилади, у сув-да яхши эрийди, аммо ошқозон-ичак йўлида яхши сўрилмайди. Тўйинган ҳужайралардаги цАМФ миқдорини кўтаради ва шу билан уларни тузилишида-ги бузилишлардан сақлайди, спазмолитик хусусиятга эга эмас. Тезкор аллергик реакцияларда қўллаш тавсия этилади. Аллергик реакцияларни олдини олувчи (профилактик) таъсир кўрсатади. У тўйинган ҳужайралардан гистамин ва секин реакция берадиган

субстанция ажралиб чиқиши жараёнини олдини олади ва мембрананинг муқимлигини сақлайди.

Инталнинг тўйинган ҳужайраларга таъсири кальцийли найчалар рецепторлари орқали амалга оширилади. Интал нишон ҳужайраларнинг кальцийли найчаларини кенгайиб, уларга кальций тушишига ва унинг натижасида юзага келадиган силлиқ мушакларнинг қисилишига (спазмга) қаршилик кўрсатади. Шунинг учун интал яна кальцийнинг антогонисти ҳам ҳисобланади. Юқори даражадаги таъсири 20 дақиқадан кейин бошланади, ижобий самараси 6 соатгача давом этади. Интал (20 мг) капсулаларда чиқарилади.

Бурун бўшлиғига бурун ингальаторлари орқали, бронхларга эса “Спинхалер” типигаги турбоингальатор ёрдамида киритилади. Бундан ташқари инталнинг фақат маҳаллий ишлатилганда таъсир қилишини ҳисобга олиб, унинг бошқа дори шакллари ҳам чиқарилган: бронхлар учун — сувюк аэрозоль (интал-5), бурунга ишлатиш учун — ломузол, кўзга томизиш учун — оптикром, оғиз орқали қўллаш учун — налкрот. Инталнинг бу шакллари аллергия касалликларни бронхларни, бурунни, кўзларни ва ошқозон-ичак тизимини даволашда мувофиқ равишда ишлатилади. Интал узоқ вақт давомида қўлланиладиган препарат (ойлар ва ҳатто йиллар). Уни қўллаганда томоқ қуриши каби асоратлар кузатилади. Ундан яна махсус даволаш пайтида касаллик хуружини олдини олиш учун ҳам фойдаланилади. Кўпчилик мутахассисларнинг фикрича, интал аллергия касалликларнинг атопик турларида кўпроқ самара беради. Уни 2 ёшдан катта болаларда қўллаш мумкин.

Задитен (кетотифен) — гистаминга, серотонинга қарши ва ацетилхолинга қарши фаолликка эга бўлган препарат. У медиаторлар ажралиб чиқишига, шу жумладан, мастоцитлардан секин реакция берадиган субстанцияни чиқишига тўсқинлик қилиб, H_1 ҳужайрадаги гистамин рецепторларини боғлаб олади. Аллергия реакциянинг биринчи типига ва атопик турларида самарали ҳисобланади. Тўйинган ҳужайралар мембранасининг муқимлигини сақлайди. Қатор тадқиқотчиларнинг таъкидлашларича задитен лейкоцит-

риенлар ва хемотаксик омиллар ажралиб чиқишини пасайтиради, бронхларнинг бета-адренергик рецепторлари сезувчанлигини оширади, бронхларнинг юқори реактивлигини пасайтиради.

Задитеннинг ножўя таъсирларидан уйқучанлик ва оғиз қуриши кузатилади. Битта таблеткадан (1 мг) бир кунда икки маҳал белгиланади. Задитеннинг юқори самарадорлигини ҳисобга олиб, уни узоқ вақт давомида (1 йилгача ва ундан ортиқ вақт) қўллаш мумкин. Бу препаратни олти ёшдан катта болаларда қўллаш мумкин. Интал билан задитеннинг бир вақтда қўлланилишидан даволаш самарадорлиги ошганлиги кузатилган.

Кальций антогонистлари. Бронхлар силлиқ мушакларининг қисқариши ва бунга жавобан кимёвий медиаторларнинг ажралиб чиқиши кальций ионларининг ҳужайраларига кириши билан боғлиқ. Бунда ҳужайра ичида аллергик реакцияларда медиаторлар ажралиб чиқиш жараёнини ишга туширувчи оқсил — кальмодулин фаоллашади.

“Шокли” аъзо ҳужайраларида кальций миқдорининг кўпайиши шиллиқ ажралиб чиқишига имкон яратади, бронхларнинг реактивлиги ортади ва беморнинг жисмоний ишга қобилияти пасаяди. Ҳужайра ичига кальцийнинг кириши кальцийли найчалар орқали бошқарилади. Кальцийнинг ҳужайра ичига киришини тормозловчи (тўхтатувчи) препаратлар кальций найчаларининг кенгайишига тўсқинлик қилади, фибробластлардан кальций ажралиб чиқишини пасайтиради ва кальцийнинг антогонистлари ҳисобланади. Уларга қуйидаги препаратлар киради: нифедипин, коринфар, адалат ва верапамил. Булар битта таблеткадан бир кунда 3 марта белгиланади. Кальций антогонистлари қон босимини ҳам пасайтиради. Бу препаратларни тил остига қўйиш йўли билан ишлатиш мумкин. Ножўя таъсирларидан — бош оғриғи, юракнинг тез уриб кетиши кузатилган.

Витаминлар. Организм сенсibiliзацияланганда баъзи тўқималарда витаминларнинг тўпланиб қолиши юз беради. Бу эса гиповитаминозга олиб келади. Витаминлар алмашинувининг бузилиши айниқса гормонлар

билан даволанаётган беморларда кўпроқ кузатилади.

Витаминларнинг Е, РР, С гуруҳлари иммунитетнинг турли бўғинларига таъсир қилиши кузатилган.

Витаминлар алмашинувида иштирок этувчи баъзи фермент тизимлари зарарланиши аниқланган. Витаминларнинг В, РР ва С гуруҳлари глюкокортикоидлар биосинтезида иштирок этади. Аллергик касалликларни даволашда В₁, РР, В₆, С витаминларни белгилаш тавсия этилади.

Микроб ва вирусларга қарши препаратлар. Аллергик касалликлари бўлган беморлар замбуруғлар, вируслар ва бактериялар келтириб чиқарадиган ёндош яллигланиш жараёнлари ривожланишига ниҳоятда берилувчан бўладилар. Масалан, ўткир респиратор вирусли инфекция (ОРВИ) аллергик касалликни бошлашидан олдин келади ёки сурункали аллергик касалликни ривожланишида ишга туширувчи механизм бўлиб хизмат қилади. Гриппга қарши эмлаш ҳам юқори нафас йўллари аллергик касалликлари хуружини келтириб чиқариши мумкин. Вируслар ва бактериялар антиген функциясини бажарибгина қолмай, эндотоксинлари билан тўғридан-тўғри мастоцидлардан гистамин ажралиб чиқишига имкон яратади (псевдоаллергик реакция).

Ўткир респиратор вирусли инфекциядан кейин юқори нафас йўллари аллергик касалликлари ривожланган беморларни даволашда вирусга қарши препаратлардан интерферон ремантадинларни қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Кўпинча юқори нафас йўллари ва ошқозон-ичак тизими аллергик касалликларида уларни замбуруғлар билан зарарланиши кузатилади. Замбуруғли инфекциянинг биргаликда ривожланиши ҳам даволашни талаб қилади. Нистатин ва леворин таблетка ҳолида 2—4 млн ТБ миқдорда тавсия қилинади. Юқори нафас йўллари аллергик касалликларида бу препаратларнинг натрийли тузлари аэрозоль ҳолатида белгиланади. Бундан ташқари замбуруғларга қарши бошқа препаратлар амфотерицин — В, амфоглюкаминларни ҳам қўллаш таклиф қилинган. Аммо охириги препарат кўп ҳолларда ноҳўя таъсир кўрсатади ва буйрак учун заҳарли ҳисобланади. Болаларга карамель

шаклидаги декамин белгиланади. Маҳаллий ишлатиш учун генцианвиолет, метилвиолет, хинозолнинг 1:5000 нисбатда сувдаги ёки спиртдаги эритмалари тавсия қилинади.

Бактериал инфекциянинг қўшилиб, ривожланиш ҳолларида бактерияларга қарши даволаш олиб бориш талаб қилинади. Узоқ вақт таъсир кўрсатадиган бирикма ҳолидаги препаратлардан бисептол, потесептил, сульфадиметоксинни белгилаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Нитрофуран стафилококкларга қарши фаоллик кўрсатади. Фурациллиннинг 0,2 фоизли эритмаси, фуразолидон ва фурагинлар ингаляция йўли билан ишлатилганда ижобий натижа беради.

Аллергик касалликлари бўлган беморларда хуруж даврида яллигланиш ўчоғининг бўлиши антибиотиклар қўллашни талаб қилди. Бундан ташқари антибиотиклар умумий супрессив (иммунитетни пасайтирувчи) таъсир ҳам кўрсатади, лейкоцитларнинг фагоцитар фаоллигини камайтиради, лимфоцитларнинг ДНК ни қайта тикланишидаги имкониятини бузади. Шунинг учун уларни қатъий кўрсатма асосида касалликнинг юқумли аллергия турларида, хуруж даврида белгилаш лозим. Антибиотикларни белгилашни қўйидаги қонунқоидаларга асосланган ҳолда олиб бориш керак: сезувчанлиги бўйича кўпроқ самарали бўлган препаратни танлаб олиш, етарли даражада юқори бўлган миқдорда белгилаш, ўн кундан ортиқ вақт давомида қўлламаслик, бир-бирига қарши таъсир кўрсатиш эҳтимоли борлигини ҳисобга олиб, икки хил антибиотикни бир вақтда белгиламаслик, пенициллиннинг аллергиялик хусусияти юқорилигини ҳисобга олиб, уни умумий аллергия хасталикларни даволашда ишлатмаслик.

Табиий антибактериал препаратлар ҳам кенг қўлланилмоқда. Ингаляция усулида даволаш учун хлорфиллиптнинг 1 фоизлик спиртдаги эритмаси ишлатилади, у физиологик эритма билан 1:3 нисбатда аралаштирилади. Лизоцимнинг 0,05 фоизли эритмаси ҳам бактерияларга ва вирусларга қарши юқори фаолликка эга бўлиб, ингаляция қилинганда нафас йўллари шиллиқ қаватининг табиий чидамлилигини оширади.

Асаларилар томонидан ишлаб чиқариладиган

маҳсулот — прополис ҳам юқори даражада бактерияларга қарши курашиш хусусиятига эга. Унинг 18 фоизли спиртдаги экстракти 10 томчидан бир кундан 3 марта қабул қилинади. Ингаляция учун 1 фоизли эритмаси белгиланади. Юқори миқдорда фитонцид моддаларни ўзида сақловчи маҳсулотлар саримсоқ пиёз экстракти (аллилсат) ва пиёз экстракти (аллилчеп) ҳам бактерияларга қарши юқори фаолликка эга. Ингаляция учун уларни физиологик эритмада 1:6 нисбатда олинади. Маълумки, заҳарланиш ҳолати (интоксикация) инфекция хуруж қилганда иммуносупрессив (иммунитетни пасайтирувчи) таъсирга эга бўлади. Бу салбий оқибатни йўқ қилиш мақсадида томир ичига поливинилпириolidон препарати (гемодез, некомпесан) белгиланади. Улар қон-томир ичидаги заҳарли моддаларни боғлаб олиб, организмдан чиқариб ташлайди. Энг юқори миқдори 400 мл дан икки кун давомида қилинади.

Протозой инфекция билан қўшилиб келган ҳолларда (трихомонадоз, лейшманиоз, амебиоз) қўшимча равишда метронидазол, трихопол, нитазол ва бошқалар белгиланади. Даволаш 5 кунгача давом эттирилади. Бу препаратлар бактерияларни ўсишини тўхтатувчи таъсир кўрсатиш билан бир қаторда иммунитетни кучайтирувчи самара ҳам беради. Бу аллергия касалликлари бўлган беморларни даволашда муҳим аҳамиятга эга.

Иммуномодуляторлар. Кўпгина аллергия касалликларда иммунитетнинг пасайиб кетганлигини кўрсатувчи иккиламчи иммунодефицит (иммун танқислик) — иммун ҳолатидаги бузилишлари аниқланади. Шунинг учун кейинги йилларда аллергия касалликларни иммуномодуляторлар билан даволашга ҳаракат қилиняпти. Улар шартли равишда 3 гуруҳга бўлинади:

а) иммунореставраторлар. Улар ўрнини босувчи сифатида ишлатилади (иммуноглобулинлар, интерферон, тималин);

б) иммуностимуляторлар (иммунитетни кучайтиришга ёрдам берувчи левамизол, Т-активин, натрий нуклеинат);

в) иммуносупрессорлар (иммунитетни пасайтирувчи кортикостероидлар, цитостатик моддалар).

Йилдан-йилга янги препаратлар ишлаб чиқарилмоқда. Шунини таъкидлаш лозимки, бу гуруҳга кирувчи дориларнинг ҳаммаси фақат даволаш пайтидагина эмас, даволашга қадар ва даволашдан кейин иммунологик назоратни талаб қилади. Уларни иммун ҳолати қандай аҳволдалигини аниқ билмай туриб белгилаш — фойдадан кўра кўпроқ зарар келтиради.

Кўпгина иммуномодуляторлар ҳозирги пайтда клиник синов босқичида, чунки даволаш ишларини фақат яхши иммунология лабораториялари бўлган жойлардагина олиб бориш мумкин. Шунинг учун улар ҳали кенг тарқалгани йўқ. Айрим препаратлар тўғрисида муфассал тўхталиб ўтаемиз.

Юқори нафас йўллари аллергиясиз касалликларида баъзи иммуномодуляторларни маҳаллий қўллаш вилонен) яхши самара беради. Натрий нуклеинат 0,4 г дан бир кунда 3 марта ўн кун давомида белгиланади. Бу препарат (гипофиз) мия ортиги ички секреция беши, буйрак усти тизими фаоллашувига ёрдам беради. Иммуноцитетнинг 1-тизими ва фагоцитозни рағбатлантирувчи продигозан — бактериялар полисахарид ингаляция кўринишида 1,0 г дан 10 кун давомида қўлланилади. Кичик миқдордаги интерферон ҳам юқори даражада иммунитет кўтариш хусусиятига эга. Катта миқдорларда эса иммунитетни пасайтирувчи таъсир кўрсатади. Уни ингаляция кўринишида маҳаллий қўллаш мумкин. Шифокорлар анчадан бери сплениндан фойдаланишмоқда. У лимфа тўқимасининг иммун функциясини ва антитело ишлаб чиқишни яхшилайти.

Тимусдан айрисимон без функциясини ўрнини босувчи бир неча фаол аминокислоталар бирикмасидан ҳосил бўлган оқсилсимон органик бирикмалар олинган. Улар организмнинг вирусларга, замбуругларга ва бактерияларга нисбатан чидамлилигини оширади. Уларга: тимозин, тималин, Т-активин киради. Улар тимус орқали доимий равишда ишланиб чиқилади. Улар Т-лимфоцитларни рағбатлантирадилар. Иммун дефицитнинг организмда бўлиши уларни белгилаш учун кўрсатма ҳисобланади.

Даволаш турли хил тартибда олиб борилади. Т-активин кўпинча 1 мг дан ҳафтада бир марта қилинади. Бу препаратни болаларда ҳам қўллаш мумкин: ҳар 1 кг тана оғирлигига 1,5 мг миқдорда 1 ҳафтада 1 марта, ҳаммаси бўлиб 3—4 инъекция қилинади. Касалликнинг клиник кўриниши яхшилаши имун кўрсаткичлар меъёрлашиши билан бирга-ликда кечади.

Инсон организми иммуноглобулинларидан олинган турли препаратлар ҳам муваффақиятли қўлланилмоқда. Улардан кўпчилигини 1000 ва ундан ортиқ соғлом одамдан олинган иммуноглобулинлар йиғиндисининг эритмаси ташкил қилади. Улар энг кўп тарқалган микробларга қарши синфга кирувчи табиий антителоларнинг ҳаммасини ўзида сақлайди. Иммуноглобулинлар фақат антитело етишмаслиги ўрнини тўлдирибгина қолмай, иммунитетнинг турли бўгинларига ҳам таъсир кўрсатади, иммуноглобулинларнинг 4 та синфини ўзида сақлайди. Бунда IgG комплементга жойлашиб, IgG₂ ва IgG₄ юқори нафас йўлларида гуморал ҳимоя вазифасини бажаради. Уларни белгилаш учун асосий кўрсатма антителолар етишмовчилиги ҳисобланади. Францияда аллергик фаоллиги юқори бўлган аллергоглобулин ишлаб чиқарилмоқда.

Уфа вакцина-зардоб илмий тадқиқот институтида юқори даражада аллергияга қарши фаолликка эга бўлган препарат — иммуноглобулин яратилди.

Гормонлар. Аллергик касалликларни ривожланиши жараёнида эндокрин (ички секреция) тизимида ўзгаришлар муҳим ўрин тутди. Масалан, овариаль-менструаль циклидаги бузилишлар бронхиал астма кечишини оғирлаштиради. Аллергик касалликлари бўлган беморларда кўпинча қалқонсимон без функцияси кўтарилганлиги кузатилади. Бу ҳолларда гормонал препаратларни (прогестерон, метилтестостерон) қўллаш ижобий натижаларни берди. Гипофиз—бўйрак усти тизими функциясидаги бузилишлар глюкокортикоид етишмовчилик ривожланишига олиб келади. Бу ҳолларда аллергик касалликлари бўлган беморларни даволашда гормонал препаратлар қўллаш талаб қилинади. Аллергик касалликларда глюкокортикоид-

лар етишмовчилигининг ривожланиши буйрак усти безлари функциясининг пасайиши, жараённинг хуруж вақтида гормонал парчаланишнинг кучайиши, кортизол алмашинувининг секинлашиши билан боғлиқ. Кортикостероидлар алергик касалликларни даволашда 35 йилдан кўпроқ вақт мобайнида қўлланилмоқда. Кортикостероидларнинг яхши таъсири натижалари узоққа бормай, тезда беморларнинг ҳам, шифокорларнинг ҳам хавфсалалари пир бўлди. Чунки уларни қўллаш кўп ҳолларда гормонга боғлиқлик ва бошқа бир қатор асоратларга олиб келади. Маълумки, алергик ва тўқималарни шикастловчи аутоалергик касалликларда иккита механизм иштирок этади. Иммуни механизмда бузилиш тўғри йўл орқали гуморал ва ҳужайра цитотоксик механизмлари орқали ёки томир деворларига иммун бирикмаларнинг ўтириб қолиши орқали юз беради.

Тўқималар бузилиши оқибатида гиперэргик (реактивликнинг хаддан зиёд ортиб кетиши) яллигланиш вужудга келади. Бу эса касаллик келиб чиққан аъзонинг тузилиши ва функциясининг бузилишини кучайтиради. Глюкокортикостероидлар яққолроқ ифодаланган самарани лейкоцитлар орқали, чунончи уларни тақсимлаш орқали, ҳаракатга тушириш орқали амалга оширади. Шу билан бир вақтда глюкокортикоидлар таъсири остида лейкоцитларнинг функционал хусусиятлари ҳам ўзгаради. Шунинг учун касаллик клиникасида глюкокортикоидлар, асосан яллигланишга қарши самара кўрсатади, яъни микроциркулятор (капиллярлар, венулалар) ўзани ўтказувчанлигини пасайтириш, лейкоцитларнинг кўчиб юришини йўқ қилиш, ҳужайра мембраналарини муқим ҳолда сақлаш. Шу билан бир вақтда уларнинг иммунитетни пасайтирувчи хусусияти ниҳоятда кучсиз. Шунинг учун глюкокортикоидларни иммунитетни пасайтирувчилар (иммунодепрессантлар) гуруҳига киритиш мумкин эмас. Кортикостероидларнинг кўпгина антигенларга қарши антителилар пайдо бўлишига қаршилик кўрсатмаслиги исботланган ҳамда у кўчириб ўтказган тўқима ёки аъзони (трансплантант) ўз ҳужайинига қарши реакциясини ҳам тормозлайди. Шу сабабдан

глюкокортикоидлар фақат касалликнинг яллиғланиш белгилари яққол ифодаланган босқичларида юқори самара беради. Касаллик суст, сурункали кечган ҳолларда уларнинг самараси паст бўлади.

Бронхиал астманинг инфекцион-аллергик турлари узоқ вақт мобайнида кечишида у аутоаллергик касаллик хусусиятларига эга бўлиб қолади. Бу ҳолларда кортикостероидлар кам самарали бўлади. Кортикостероидлар аллергия реакцияларнинг III ва IV типларига ҳамда тез содир бўладиган реакцияларнинг кечки босқичларига кучлироқ таъсир кўрсатади. Беморлар организмига кортикостероидларнинг таъсир қилиш механизми кўп томонлама ҳисобланади. Улар антиген-антитело реакциясини босади, В-лимфоцитлардан антитело вужудга келишига қаршилик кўрсатади, сенсбилизацияланган лейкоцитлар орқали “шокли” аъзонинг бузилишини, шикастланишини тўхтатади.

Гормонларнинг бемор организмига таъсири — ҳужайра ядросидан махсус протеин-макрокортиннинг ишланиб чиқиши билан боғлиқ, бу аденилатциклаза ферментини фаоллаштирувчи нишон-ҳужайранинг цАФМга сезгирлигини қайта тикловчи, A_2 фосфолипаза ферментини пасайтирувчи арахидон кислотасининг алмашинувидан ҳосил бўлган моддалар (лейкотриенлар, F_2 простагландинлар) олиб ташловчи, анафилаксия медиаторларининг ишлаб чиқарилишини тўхтатувчи таъсир кўрсатади. Қонда глюкокортикоидлар қон оқсиллари транскортин ва альбумин билан боғланган ҳолда туради. Кортикостероидлар оғиз орқали қабул қилинганда парэнтерал киритилгандагига қараганда биотрансформацияга (шакл ўзгартириш) 2—3 марта секинроқ учрайди. Шунинг учун улар кичик миқдорларда бўлса ҳам, лекин секин таъсир кўрсатади.

Бўйрак усти безлари зарарланишини камайтириш мақсадида препаратнинг бир кеча-кундузлик миқдори эрталабки соатларда берилади. Бронхиал астманинг атопик тури билан касалланган беморларда кортикостероидларнинг қондаги умумий иммуноглобулин миқдорига таъсири бир хил аҳамиятга эга эмас. Дастлабки икки ҳафтада IgE кўтарилади, 3 ҳафтадан кейин охириги даражасига қайтади, 4 ҳафтадан кейин эса па-

саяди. Демак, глюкокортикостероидлар аллергия касаллигининг ривожланиш механизми ва клиникасининг барча бўгинларига таъсир қилиш йўли билан аллергия касалликлари бўлган беморлардаги юқори реактивлигининг пасайишига кўмаклашади.

Ҳозирги вақтда шифокорлар глюкокортикостероидларнинг синтетик йўл билан олинган катта гуруҳини қўлламоқдалар: преднизолон, дексаметазон, триамцинолон, кенакорт, кеналог-40. Охириги препарат узоқ вақт давомида таъсир қилиш хусусиятига эга, шунинг учун беморларга 3–4 ҳафтада 1 марта қилинади. Янги йиғма препарат дипроспан ҳам қатор афзалликларга эга бўлиб, уни 40 кунда 1 марта мушаклар орасига қилиш мумкин. У минерало кортикоидлардан тозаланган. Гормонларнинг миқдори, тартиби ва киритиш усули (ҳар куни, кун ора; мушаклар орасига, таблетка ҳолида) касаллигининг турига ва қандай огирликда кечишига боғлиқ. Энг юқори кеча-кундузлик миқдори 2000 мг. Кортикостероидларни юқори миқдорда узоқ вақт давомида қўллаш натижасида жуда кўп асоратлар келиб чиқиши мумкин. Булар ошқозон яраси, Кушингоид синдроми, остеопороз, қон айланишининг катта доирасида қон босимининг кўтарилиши, буйрак усти безлари атрофияси ва бошқалар. Кортикостероидларни гормонга боғлиқлик бўлган беморларга белгилаш ва тўхтатишда катта эътибор билан қараш лозим. Уларни болаларга белгилашда ҳам эҳтиёркорлик лозим. Сўнги йилларда гормонларни маҳаллий қўллаш, яъни “шокли” аъзога суртиш орқали (териға, юқори нафас йўллари шиллиқ қаватларига) фойдаланиш кенг тарқалган. Бунда қонда медиаторлар ва Е иммуноглобулинлар ишлаб чиқаришнинг пасайиши кузатилади. Аэрозол ҳолидаги маҳаллий кортикостероидлар (бекламетазон, бекотид) ўзларини ижобий томонларини кўрсатдилар. Улар препарат миқдорини бирмунча пасайтириб (10 мартага), анча кам асоратлар беради. Бронхиал астмани даволашда маҳаллий кортикостероидларни қўллаш натижасида юқори самарадорликка эришилди. Будисолид, флунизонид, пульмикорт, альдецин ва азмакорт шулар жумласидандир. Қуруқ аэрозол ҳолидаги кортикостероидлар янада самаралироқ ҳисобланади.

Адреномиметиклар. Бу моддалар нишон ҳужай ранинг бета-2 адренорецепторларини рағбатлантиради, АТФ дан цАМФ нуклеотидни синтез қилиш учун зарур бўлган аденилатциклаза ферментини фаоллаштиради. Адреналин ва эфедрин силлиқ мускуллар қисқаришини йўқ қилади ва мускуллар томирларини кенгайтиради ҳамда юрак қисқаришларининг сонини ва кучини кўпайтиради, шиллиқ қават ва терининг периферик томирларини торайтиради. Бу эса ўпкада газ алмаши- нуви ва қон алмашинувилари бузилишига олиб келади.

Шунинг учун бронхиал астмада адреналинни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Адреналиннинг, 1 фо- изли эритмасини 0,5 мл дан кўп бўлмаган миқдорда киритиш лозим. Кўпроқ уни томир торайтирувчи сифа- тида маҳаллий қўллайдилар. Эфедрин адреналинга қараганда “юмшоқроқ” таъсир кўрсатадиган препарат. Адреналиндан фарқли ўлароқ ундан парентерал ва ин- галация ҳолида ҳам фойдаланиш мумкин. Унинг 5 фо- изли эритмаси мускуллар орасига юборилади. Болалар- га бир кеча-кундузда 0,01—0,03 г берилади. Бу гуруҳ препаратлар қўзғалишни келтириб чиқаради, уйқу бу- зилиши ва бошқа ножўя таъсирлари ҳам бор.

Бета-рецепторларининг рағбатлантирувчилари. Бу препаратлар ҳам катта гуруҳни ташкил қилади. Уларга орциприналин сульфат, изадрин киради. Улар 4—5 ёш- дан бошлаб ингалация ҳолида қўлланилади. Энг сама- рали ҳисобланган бронхолитик — бу фенотеролгидроб- ромид — беротек ҳисобланади. Беротек аэрозоли бронх- лар сиқилишини 8 соат давомида юзага келтирмайди- ган таъсир кўрсатади. Сўнги йилларда “дитек” деб ном олган аэрозоль препарат яратилди. Унинг таркибини беротек ва интал ташкил қилади. Бундай бирикма бронхиал астманинг хуруж даврида интални қўллашга имкон беради.

Холинолитиклар. М-холинолитиклар (атропин, ип- ратропиум-бромид, беладонна препаратлари, теофедрин, антасман, солутан). Улар ҳужайра М-холинорецеп- торларини боғлаб олади ва цГМФ синтезини пасайтира- ди, туйинган ҳужайраларнинг тузилишидаги бузилиш- ларни пасайтиради. Ножўя таъсирлари: балгамни қуюқлаштириш, оғиз қуриши, ичаклар атонияси,

юракнинг тез уриши, кўз қорачиқларининг кенгайиши. Ипротропиум-бромид ингаляция кўринишида белгиланади. Беродуал ҳам юқори самарага эга, у бир вақтнинг ўзида М-холинолитик ва В-адреномиметик (беротек+ипротропиумбромид) ҳисобланади.

Пуринли бирикмалар. Теофиллин — бу диметилланган ксантин теоброминга ўхшаш. У нафақат спазмолитик, балки аллергияга қарши препарат ҳам ҳисобланиб, қон ҳужайраларида цАМФ йигилишини амалга оширади. У нишон-ҳужайраларни простагландинларга ПГГ₂ сезувчанлигини пасайтиради, бронхларни гистамин ва ацетилхолинга сезувчанлигини пасайтиради. Бу гуруҳ препаратларни 14 ёшгача бўлган болаларда қўллаш мумкин эмас.

Муколитик моддалар. Улар, айниқса нафас йўллари касалликларида ва қуюқ шиллиқларни ташқарига чиқаришда қўлланилади. N-ацетилцистеиннинг 10 фоизли эритмасини ингаляция қилиш ниҳоятда самарали ҳисобланади. Бундан ташқари тахоликвиннинг 1 фоизли эритмаси, ошқозон ости безининг протеиназалари (трипсин, химотрипсин) ҳам белгиланади. Альфа₁ — антитрипсин етишмовчилигида (танқислигида) ферментларни қўллаш, айниқса трипсинни қўллаш ман этилган. Чунки у брадикининни фаоллашишига ёрдам беради.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ БОШҚА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Кейинги йилларда экстракорпорал (организмдан ташқари) даволаш усуллари кенг тарқалди (гемосорбция, иммуносорбция, плазмофилтрация, плазмоферез, криофилтрация, цитоферез).

Гемосорбция. Гемосорбция усули аллергия касалликларнинг оғир турларини (полисенсбилизация билан бирга учрайдиган шаклларини) махсус даволаш усуллари билан даволашнинг иложи бўлмаган ҳолларда энг яхши даволаш усули ҳисобланади. Гемосорбциядан кейин иммунологик кўрсаткичлар ўзгаради, дори моддалар таъсирига “шокли” аъзонинг жавоб реакцияси тикланади, юқори сезувчанлик пасаяди. Бундан ҳужайра мембраналари, фермент тизимлари ва рецеп-

торлардаги қўзғалишлар ўтказилмаслик ҳолати йўқолади. Гемосорбция иммун гомеостазни (организмнинг ўз ички муҳити таркибини доимо бир хилда сақлаб туриш хусусиятини) тиклайди. Гемосорбциядан кейин биринчи 3 кун ичида беморларда қонда айланиб юрувчи иммун бирикмаларнинг камайиши кузатилган, фагоцитоз ва нейтрофилларни рецепторлик фаоллиги ортади. Гемосорбция беморлар қон-томир ўзанидан паст молекулали иммуносупрессор (иммунитетни пасайтирувчи) лимфопептидларни ДНК га қарши аутоантителони чиқариб юборишга кўмаклашади, лимфоцитларнинг кортизолга чидамли турига мансуб мажмуалари камаяди. Гемосорбцияни ўтказиш учун тирсак бўғимидан вена тешилади. Гепарин юборилгандан кейин (беморнинг 1 кг тана оғирлигига 300 бирликда) қон 1 дақиқада 50—60 мл тезликда махсус аппаратдаги сорбент (ўзига сингдирадиган модда) орқали ўтказилади. Гемосорбция учун “АК-10” апаратидан фойдаланиш мумкин.

Гемосорбция учун монеликлар: хомиладорлик, сурункали инфекция ўчоқлари хуруж даврида, ички аъзоларининг оғир касалликлари, улар функцияларининг бузилишлари билан, қон касалликлари тромб пайдо бўлишига мойиллик, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги хуруж даврида, қон босимининг кўтарилиши билан келадиган астма ҳолати.

Гемосорбциядаги асоратлар: маҳаллий реакциялар (инъекция қилинган жойда қон қўйилиши), “шокли” аъзодаги реакция (бўғилиш хуружи), умумий реакциялар (юрак соҳасида оғриқлар, кўнгил айнаши, ҳолсизлик, уйқучанлик), қон босимининг пасайиши, веналарда қон ивиб қолиши (тромбозлар).

Плазмоферез, лимфоцитоферез. Даво плазмоферези – қон олиб ва центрифугалаб, плазмани ажратиш ҳамда чўктирилган шаклли элементларни тегишли муҳитдаги суспензия ҳолида қайтадан организмга юбориш. Плазмоферез плазмани олдиндан тозалаш орқали, организмдан қоннинг суюқ қисмини баъзи таркибий бўлақлардан тозалаш: киллер ҳужайралар, антитело, айланиб юрувчи иммун бирикмалар, патологик оқсиллар ва бошқа элементларни чиқариб ташлашга

асосланган. Плазмоферезда асоратлар келиб чиқиши муолажани ўтказиш техникаси билан боғлиқ (тромбозлари) ва плазмани ўрнини босувчи суюқликлар киритилганда аллергия реакциялар юз бериши мумкин. Бу муолажада ўлим ҳолатлари 1 фоизни ташкил қилади. Бу кўпроқ ўткир кечадиган томир етишмовчилиги (коллагс), ўпка шиши, ўткир ўпка-юрак етишмовчилиги ва оғир инфекциялар билан боғлиқ.

Москвадаги гематология ва қон қўйиш илмий текшириш институти лимфоцитозферез йўли билан даволаш усулини таклиф қилган. Бронхиал астма билан касалланган беморларда қупинча кортизолга чидамли, антигенга сезувчанлиги ортган лимфоцитлар аниқланади. Шу мақсадда катта миқдордаги антиген маълумот олиб юривчи лимфоцитларни ҳужайра фракционаторлари (таркибий қисмларга ажратувчи) ёрдамида чиқариб ташлаш усули ишлаб чиқилган.

Экстракорпорал иммуносорбция. Экстракорпорал терапиянинг янги йўналишларидан бири — бу махсус иммуносорбция ҳисобланади. Плазмани патоген таркибий қисмлари билан ўзаро таъсирлашишга қобилиятли бўлган моддалар сорбентда тутилиб, маҳкамланади. Сорбентлар селективдир. Ноиммун кимёвий усул билан зарарли маҳсулотларни чиқариб ташлашга қобилиятли (гепарин-агароз сорбент) ва махсус сорбентларга антиген-антитело реакцияси типида таъсир кўрсатадиган сорбентларга бўлинади. Бунда антиген сорбентга жойлашади. Бу усул организмдан реактивли антителоларни чиқариб юборишга имкон беради. Бунда қондаги IgE 85 фоизгача чиқариб ташланади, бронхиал астмаси бўлган беморларда касалликнинг тинч даври 3 ойгача кузатилади.

Экстракорпорал иммунофармакотерапия. Цитоферез учун мўлжалланган препарат ёрдамида лейкоцитлар олиниб, мувофиқ келувчи фармакологик препарат билан "in vitro" ишлов берилади. Кейин айнан шу организмга иммуномодуляция мақсадида қайта қўйилади. Бу усулнинг афзаллиги шундаки, иммун тизимнинг медиаторлари чиқиши тўхтайдиган, бемор организмга эса дори киритилмайди. Гемотерциянинг квантлив усули қўйидаги тартибда бўлади: бемордан олинган қон экст-

ракорпорал рентген нурлари 200 дан 1000 Грейгача дозада нурлантирилади, кейин эса уни қайтатдан организмга қуйилади. Бунда ДНК фаоллашади, лимфокинлар ва монокинлар ажралиб чиқади, беморнинг аҳволи яхшиланади.

Аллергик касалликларни даволаш учун оз миқдорда бемордан олинган қонни (2 мл/кг оғирлигига) кенг спектрли ультрабинафша нурлари орқали нурлантириш ва уни организмга юбориш усули таклиф этилган. Бир ҳафтада 1 марта (ҳаммаси булиб 8 марта) МД-73 “Изоolda” аппаратида ўтказилади. Бу усул организмнинг оксидловчиларга қарши тизим имкониятини яхшилашга олиб келади.

Санатория-курорт шароитида даволаш. Аллергик касалликларни даволашнинг самарали усулларида бири — беморни соғлигини тиклаш учун шифохонадан санаторияга ўтказиш ҳисобланади. Шу мақсадда санаторияларда махсус бўлимлар очилган. Бунда беморларга Кисловодск, Ялта, “Оқтош”, “Зомин” каби курорт зоналарини тавсия қилиш мумкин. Ёз ойларида денгиз соҳилларида даволаниш кўпроқ бронхиал астманинг инфекцион-аллергик турларида, баланд тоғли курортлар эса атопик турида тавсия қилинади. Юқори нафас йўлларида аллергия касалликларида минерал сувларни ингаляция мақсадида қўллаш — бу курортда даволанишнинг муҳим омилларидан бири ҳисобланади. Улар муколитик ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Нафас йўлларида дренаж функцияси яхшиланади. Бронхларда ўткир яллиғланиш жараёни бўлганда ва ёндош касалликлар бўлганда баъзи физиотерапевтик даволаш усуллари УВЧ электр майдони, микротўлқинлар, электр уйқу қўлланилади. Бронхиал астма касаллиги бўлган беморларга саунанинг таъсири ҳам ўрганилган. Иссиқ ҳаво таъсири остида кислородга талаб ортади ва CO_2 чиқиши кўпаяди, нафас тезлиги, ўпканинг ҳаёт ҳажми 20 фоизга ортади. Иссиқ ҳаво нафас мускулларининг таранглашганлигини йўқотади, ўпканинг эластиклиги яхшиланади.

Сауна даволашнинг физиотерапевтик усулига ки-ради. Бронхиал астмали беморларга сауна 1 ҳафтада 1 марта белгиланади, бошида 3 марта 5 дақиқадан, кейин

3 марта 10 дақиқадан 100°C ва 20 фоиз намлик билан ўтказилади.

Психотерапия. Танага оид касалликларнинг ривожланишида психиканинг аҳамияти аввалдан урганилган. Бронхиал астма хуружлари кўпинча руҳий кечинмалар, хафагарчиликлар оқибатида юзага келади. Гипноз ва шартли рефлекслар усулларида иммун жавоб реакциясини, антитело маҳсулотларининг пасайишини ва ҳатто секин-аста ривожланадиган юқори сезувчанликни бостириш учун аввалдан муваффақиятли фойдаланилган.

Парҳез-тозалаш билан даволаш усуллари. Бу усулда бемор 2 ёки 3 ҳафта давомида фақат сув ичади, ҳеч қандай овқатни емайди, кейинчалик тиклантирувчи озиқланиш билан яқунланади. Парҳез-тозалаш усули бронхиал астманинг ўрта оғир ва оғир турларида дори моддалар ва озиқ-овқат аллергиялари билан биргаликда қўшилиб келганида қўлланиши мумкин. Қўллаш учун монеликлар: сил касалликлари, ҳомиладорлик, хавфли ўсмалар, жигар, буйрак касалликлари, 18 ёшдан кичик ва 70 ёшдан катта беморлар. Парҳез-тозалаш усули ўтказилаётган вақтда беморга бир кеча-кундузда 2–3 л сув, уқалаш, бир кеча-кундузда 2 марта тозалаш ҳуқнаси, сув муолажаси, ўртача ҳаракат режими белгиланади. Очликдан чиқиш 5–7 кун давом этади. Бу вақтда тузсиз, ўсимликлардан тайёрланган овқатлар белгиланади.

Иглорефлексотерапия (ИРТ) марказий нерв тизимига психотерапия ва аутотренингга ўхшаш таъсир кўрсатиш усули ҳисобланади. Бунда теридаги биологик фаол нуқталарни қўзғатиш натижасида мускуллар билан беркитилган спинал рефлекслар, гипоталамус ва буйрак усти безлари пўстлогидидаги қўзғалишлар юз беради. Бу усул асосида реффлектор ва нейрогуморал механизмлар ётади. ИРТ бронхлар ўтказувчанлигини, ўпка артериясидаги систолик босимни яхшилади. Бу даволаш усулида холинорецепторларнинг қўзғалувчанлиги пасаяди, бета-2 адренорецепторларни антигенга нисбатан сезгирлиги ва уларнинг симпатомиметикларга сезгирлиги кўтарилади.

Сплеотерапия — беморларни ишланиб бўлган туз конларининг микроиқлими таъсирида даволаш. Бу усул Австралия, Болгария, Венгрия, Германия, Польша, Чехия, Словакия ва бошқа ҳамдўстлик давлатларида узоқ вақтдан бери муваффақиятли равишда қўлланилмоқда. Натрий хлорнинг юқори дисперсли аэрозоли энг қулай, доимий ҳароратда, паст намликда юқори нафас йўллариининг шиллиқ ажратувчи безлари иш фаолиятини кучайтиради, балгамни юмпатади ва уларни бронхлардан чиқишини кучайтиради. Бу бронхлар ўтказувчанлигини яхшилайти ва шиллиқ қаватдаги заҳарли маҳсулотларни ва микробларни камайтиради. Буйрак усти безлари пўстлоги, баъзи ички секреция безларининг ва иммунологик реактивлик кўрсаткичлари функцияларининг меъёрлашиши кузатилади. Қон айланишининг кичик доирасида босимнинг ортиши камайти, қон айланиш яхшиланади. Массалан, Солотвино туз конларидаги микроиқлим қуйидаги қулай шароитлар билан характерланади: — 23 — 24°C, намлик 20—60%, ҳаво ҳаракати тезлиги — 0,2 м/сек. Ҳаводаги натрий хлори аэрозолларининг миқдори 0,5—5,0 мг/м³, атмосфера босими 760—770 мм симоб устуни. Аэрозолларнинг ўлчами 5 микронгача бўлган қисми 70 фоизни ташкил қилади. Даво курси конда 30 кун давомида 180—220 соат бўлишидан иборат. Туз конларининг сунъий иқлими яратилмоқда. Бу эса беморларни тиббий муассасаларда даволашга имкон беради.

Даволашнинг физиотерапевтик усуллари. Бу муолажаларни яхшиси хуруж тутмай турган вақтда ўтказиш лозим. Аллергик ринит билан касалланган беморларни кучи 10—25 мк А бўлган доимий электр токи бурун шиллиқ қавати рефлексоген нуқталарига 10—20 дақиқа давомида таъсир қилиш йўли билан ўтказилади. Муолажалар сони — 6—10 марта.

Бронхиал астманинг хуруж ҳолатларида қуйидаги муолажалар тавсия қилинади: УВЧ, СВЧ диаметрия диапазонда, кўкрак ораси соҳаларига 10—15 дақиқа давомида паст иссиқлик миқдорларида индуктотермия (юқори частотали магнит майдонининг организмга таъсир қилишига асосланган усул). Ультратовушнинг

кичик кучда тарқалиши режими таъсиридан ҳам яхши самара олинган. Бронхиал астмани даволашда паст кучли гелио-неон лазери муваффақиятли қўлланилмоқда. Буйрак усти безлари ва ўпка соҳаларига индуктотермия, дори моддалар билан электрофорез, УТП-І аппарати ёрдамида ультратовуш (паравертебраль ва ўмров ости соҳасига товуш беради). Муолажа 10 кун давом этади.

Жисмоний меҳнат ва спорт. Спорт билан шугулланиш 3 хил ижобий таъсир кўрсатади.

1. Жисмонан яхшиланиш. Бунда нафас кўрсаткичлари, юракнинг қонни ҳайдаш функцияси мускуллар кучи ва ортиқча жисмоний ишларга чидамлилиқ ортади.
2. Психологик самара. Беморда ўзига ишонч ва соғайишга умид пайдо бўлади.
3. Ижтимоий фойда. Бемор спортсменлар билан алоқада бўлганда, спорт унинг учун ҳаётининг бир бўлаги эканлигини тушуниб этади. Масалан, 1980 йилда олимпиада ўйинларида бронхиал астма билан касалланган иккита бемор олтин медални қўлга киритган (сузиш ва югуриш бўйича).

МАХСУС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Махсус даволаш усуллари 1911 йилдан бери қўлланилади. Россияда биринчи бўлиб А. М. Безредко гипосенсибилизация йўли билан даволаш ишларини олиб борган. А. Д. Адонинг фикр-мулоҳазаларига қараганда аллергик касалликларни даволашда бу усулнинг терапевтик самараси IgG ни боғлаб олувчи антителоларнинг IgG ишланиб чиқишининг иммунологик механизмига асосланган. Гипосенсибилизация механизми қуйидаги жараёнларга олиб келади: боғлаб олувчи антитело (IgG) вужудга келиши, реакинлар (IgE) синтезини пасайиши, қон нейтрофиллари орқали аллергенларни ва иммун бирикмалари фагоцитозининг кучайиши, нишон ҳужайраларнинг антигенга нисбатан жавоб реакциясини пасайиши, Т-супрессор фаоллик етишмовчилигининг меъёрлашишига. АҚШ да ҳар йили 8 млн киши аллергенлар билан даволанади. Фран-

цияда эса бу рақам 500000 дан кўпроқни ташкил қилади. Аллергологик хоналарни тўлиқ ишлаши учун ўртача 280 хил аллергенлар кераклиги аниқланган.

“Иммунотерапия” — даволашнинг шундай усулики, бунда бемор организмга, сезувчанлигини пасайтириш учун, аллергенлар юборилади. Бу усул ҳозирги даврда махсус аллергенлар билан вакцинация қилиш усули деб юритилмоқда. Бу усул касалликни келтириб чиқарган аллергенни ўсиб борувчи миқдорда организмга киритишдан иборат. Шифокор энг юқори толерантлик миқдорига эришиш учун ҳаракат қилади. Аллергенни элеминацияси (истисно қилиш) — махсус даволашнинг энг яхши самарали усулларидан бири, аммо ҳамма вақт ҳам уни ўтказишни иложи бўлавермайди. Масалан, беморга уй чанги билан контактдан, яъни яқин алоқада бўлишдан қочиб қутулиш қийин. Вакцинацияни фақат узоқ вақт давомида контактда бўлишдан истисно қилиш мумкин бўлмаган ҳолда ўтказиш лозим. Аллергенларни истисно қилишга беморлар учун тайёрланган махсус аллергенсиз хоналарда эришиш мумкин.

Бу усулнинг механизми бўйича бир неча назариялар мавжуд. Аллерген беморнинг териси остига киритилгандан кейин унинг оқсили макрофаглар томонидан ўзига тортилади (ютилади), улар эса уни Т-хелперларга “топширади”. Т-хелперлар оқсилнинг аллергик детерминатларини ажратади ва В-лимфоцитларга хабар беради. В-ҳужайралар ва оқсилнинг аллергенли детерминанти бир хил бўлган ҳолларда антители маҳсулотлари учун хабар берилади. В-лимфоцитлар вакцинация натижасида юзага келадиган синф антителоларни боғлаб олиш қобилиятига эга бўлган плазматик ҳужайраларда ажратилади. Юқорида айтиб ўтилган антители тўйинган ҳужайра мембранасига жойлашган реактивларга (IgE) аллергенни бирикишига тўсқинлик қилади. Боғлаб олувчи антителонинг етарли миқдорда бўлмаслиги сенсбилизацияланган тўйинган ҳужайраларни бузилишлардан (дегрануляциядан) ҳимоя қила олмайди. Бироқ қондаги боғлаб олувчи антителолар IgG титри билан даволашнинг клиник самараси орасида аниқ боғлиқликнинг йўқлиги бу гипосенсбилизация-

нинг бирдан-бир механизми эканлигини тахмин қилишга имкон беради. Аллерго-вакцинацияни яна А иммуноглобулинлар синфини вужудга келтирувчи плазмоцитларни рағбатлантириш, деб ҳам тушунтирилади ва улар аллергенларни боғлаб олади. Бундан ташқари махсус даволашдан кейин IgE антителолари учун рецепторлар миқдорини камайиши ҳисобига тўйинган ҳужайралар ва базофилларнинг реактивлиги пасаяди. Лимфоцитларнинг супрессорлик (пасайтирувчи) омиллари катта миқдорда ажралиб чиқади. Бу IgE ажралиб чиқишининг камайишига ва IgG ажралиб чиқишининг кўпайишига олиб келади. Буларнинг ҳаммаси антитело ажралиб чиқишининг пасайишига ва медиаторлар озод бўлиш жараёнининг бузилишига олиб келади.

Аллерго-вакцинациядан кейин ижобий самаранинг давомийлиги кўпгина омилларга: юқори сезувчанликнинг даражасига, иммун ҳолатга, даво пайтидаги хуруж ва асоратларга боғлиқ. Даволаш бошлангандан ўрта ҳисобда 15—20 ҳафталардан сўнг толерантлик юзага келади. Одатда, даво курси белгиланади. У энг кичик таъсир этиш бўсағасидаги миқдордан бошланади. Ҳар кейинги миқдор 0,2 мл га орттирилиб борилади. Мутахассислар томонидан даволашни турли тартибда ўтказиш усуллари таклиф қилинган. Бу усул бемор кўтара оладиган энг юқори миқдор билан (10^{-1} ва ундан юқори) яқунланади.

Кўпчилик мутахассислар энг кичик таъсир этувчи миқдордан бошлаб ва секин-аста уларни ошира бориб даво курсининг охирида аллергеннинг ўзини киритишга ҳаракат қилишмоқда. Қасалликнинг келиб чиқишига сабаб бўлган барча “айбдор” аллергенлар даво аралашмасига киритилиши керак. Махсус даво мақсадида ишлатиш учун терида синамалари мусбат бўлган ҳамда “шокли” аъзо реакцияси билан тасдиқланган ва анамнез орқали маълум бўлган аллергенлардан фойдаланилади. Аллергенларни тери ичига киритилганда даво самараси тери остига киритилгандаги қараганда юқори бўлади, деб ҳисобланади. Бунда ноҳўя таъсирлар ҳам кам ҳолларда кузатилади, боғлаб олувчи антителолар кўп ишланиб чиқилади. Даволаш

вақтида аллергия реакцияларнинг юз бериши мақсадга мувофиқ эмас. Оғир реакцияларда ҳатто иммунологик фалаж юзага келади. Бу организмнинг аллергияга нисбатан сезувчанлигини вақтинча пасайиши билан характерланади. Аллергияларни терида чизиш усули ҳам қўлланилмоқда. Ўсимлик чангидан тайёрланган аллергия билан терисига томизилади. Кейинчалик аллергияли томчи устидан эпидермис скарификация қилинади ва аллергия тери остига ўтади. Бу усул болаларда кўпроқ қўлланилади, у муаллифи бўйича Бламуатъе усули деб ном олган.

Ўсимлик чанглари билан даволашда аллергияни мавсум олдидан киритиш усули кўпроқ самарали. Уни “айбдор” ўсимлик гуллаши бошланиши мавсумига қадар бошлаш ва тугатиш лозим. Бундай даволашнинг самарадорлиги қатор омилларга боғлиқ. Улардан энг асосийлари: беморларни тўғри саралаш, даволаш учун кўрсатма, махсус ташҳислаш натижаларини тўғри баҳолаш, аллергиянинг энг қулай даволаш миқдорини ва даволашнинг энг қулай усули тартибини танлаб олиш, аллергияларни биология жихатдан юқори даражада фаоллиги ва махсуслиги ҳисобланади. Даволашнинг самарадорлигига полиаллергия, касаллик кечишининг давомлилиги, гормонга боғлиқлик ва касаллик кечишининг оғир турлари салбий таъсир кўрсатади.

Махсус даволашни бошқа даволаш усуллари билан биргаликда олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади. Яхши уларни бирин-кетин ўтказиш, яъни биринчи номахсус даволаш кейин эса гипосенсибилизацияни ўтказиш керак. Даволашнинг энг кўп маълумот бера оладиган ва самарадорлигининг доимий кўрсаткичи беморларни қайта кўриқдан ўтказиш, касаллик тарихи ҳақида маълумотлар, “шокли” аъзонинг сезувчанлигининг пасайиши ҳисобланади. Даволаш натижаларини баҳолаш учун 5 балли жадвал тавсия қилинган. Баҳо 5 балли натижага эга бўлганда — касалликнинг кўринадиган белгилари ва беморнинг шикоятлари бутунлай ёки деярли тўлиқ йўқолган, “шокли” аъзонинг шиллиқ қаватлари сезувчанлигининг бошланиш бўсағаси тўртдан кам бўлмаган рақамга ортади, қонда иммуноглобулинлар (IgG) миқдорининг ишончли да-

ражада кўтарилиши кузатилади. Бемор ҳеч қандай даволанишга ҳатто симптоматик давога ҳам талаб сезмайди. Баҳо 4 балли натижага эга бўлганда — касаллик белгиларининг яққоллик даражаси (50 фоиздан кўпроқ) камаяди, касаллик хуружи даври (50 фоиздан кўпроқ) қисқаради, объектив кўриқда яллигланиш кўриниши энгил, шикоятлар анча камайган, тери ва “шокли” аъзо шиллиқ қаватлари сезиш бўсагаси 2—3 рақамга ортади, қондаги иммуноглобулинлар миқдори ишончли даражада кўпаяди. Бемор камдан-кам ҳолларда бўладиган хуруж даврида шифокорга мурожаат қилмайди, меҳнатга яроқли, аммо симптоматик даво мақсадида дори моддалар қабул қилиб туради. Баҳо 3 балли натижага эга бўлганда — шикоятлар сони, кўринадиган белгиларнинг яққоллик даражаси ва касаллик хуружининг давомлилиги бир оз камаяди. Хуруж даврида бемор шифокорга мурожаат қилишга ва даво олишга мажбур бўлади, тери ва шиллиқ қаватларнинг аллергияга сезувчанлик бўсагаси кам ишонарли даражада узгаради, қоннинг иммунологик кўрсаткичларида яхшиланиш аниқланмайди. Баҳо 2 балли натижага эга бўлганда — субъектив баҳолашда (шикоятлари) ҳеч қандай ижобий силжишлар кўрилмайди, объектив белгиларнинг кўриниши яққоллик даражасида ҳам, сезувчанлик бўсагасида ҳам қоннинг иммунологик кўрсаткичларида ҳам ўзгаришлар бўлмайди. Бу ҳолатни “ўзгаришсиз” деб баҳолаш мумкин. Баҳо 1 балли натижага эга бўлганда — янги шикоятлар пайдо бўлади, касаллик белгилари кучаяди, хуруж даврининг давомлилиги чўзилади, бошқа аъзолар томонидан ўзгаришлар кузатилади, тери ва шиллиқ қаватларнинг аллергияга нисбатан сезувчанлиги ортади, қонда салбий иммунологик силжишлар кузатилади. Бундай баҳолаш жадвалини аллерголог хоналарида, шифохона шароитида ишлатишни йўлга қўйиш ва амалга ошириш мумкин. Маълумки, иммунотерапияда бир неча даво курслари ўтказилади. Биринчи курс 1,2 га ва баъзи ҳолларда 3 га баҳоланганда даво услубига ўзгартиришлар киритиш лозим. Даволаш учун кўрсатмалар, монеликларни ҳисобга олиб ўтказилган даволашда кўпчилик беморларда, одатда 4

ва 5 балга баҳоланиш кузатилади.

Ёмон натижаларнинг сабаби кўпинча “айбдор” аллергенни аниқлашда хатога йўл қўйиш ҳисобланади. Полисенсibiliзацияни кенг тарқалганлигини ҳисобга олганда бу масалани ҳамма вақт ҳам энгил ҳал қилиш осон эмас. Даво натижаларини у тугатилгандан кейин энг камида бир йил ўтгандан сўнг баҳолаш мумкин.

Бактериал аллергенлар билан даволашнинг самарадорлиги турли мутахассисларнинг маълумотларига кўра турлича бўлиб, у 40 фоиздан 70 фоизгача аъло ва яхши натижаларни ташкил этади. Болаларни даволашда аутовакциналарни қўллаш яна ҳам юқори самараларни берди. Нобактериал аллергенлар билан ўтказилган гипосенсибилизация кўпроқ самарали бўлиб чиқди. Ўрта ҳисобда 80 фоиз беморларда аъло ва яхши натижалар олинди. Даволашнинг тери остига ва тери ичига киритиш усулидаги камчиликларни ҳисобга олиб, қатор мутахассислар гипосенсибилизацияни аллергенли таблеткалар ёрдамида (ораль — огиз орқали) ўтказмоқдалар.

Чет давлатларда “Бронхо ваксон” бактериал вакцинаси огиз орқали ишлатиш учун таклиф этилган. У турли бактерияларнинг ёгсизлантирилган лизат, яъни эритиб юборувчи таркибий қисмларидан иборат. Даволаш 1 ой давом этади. Таблетка ҳолидаги аллергенлар, асосан болаларнинг ошқозон-ичак тизими аллергик касалликларини даволашда кенг қўлланилади. Таблетка ҳолидаги аллергенлар билан даволашнинг самараси тери остига ва тери ичига киритиш усуларидагига қараганда камроқ бўлиб чиқди. Аллергенни ютқин ҳалқасига суртиш усули ҳам таклиф қилинган. Аллерген қанд бўлагига томизилади ва секин сўрилади. Бунда аллерген ютқин атрофидаги лимфоид аппаратнинг катта тармоғига тўғридан-тўғри тегади. Аллергенларни ютқинга ва ичакларга киритилгандаги даволовчи механизмлари ўрганилмоқда.

Мавсумий ринит билан касалланган беморларда ўсимлик чангларига хаддан ташқари юқори сезувчанлик бўлган шароитларда аллергенларни инъекция қилиш — кўпинча аллергик реакцияларни келтириб чиқарган. Поллиноз билан касалланган беморларда

усимлик аллергияларини оғиз орқали қўллашда ҳам салбий натижалар олинган. Клиник самара ҳам олинмаган, махсус Е иммуноглобулинларнинг пасайиши ва теридаги синамалар, провокацион (қўзгатувчи) синамаларнинг ўзгариши кузатилмаган. Буларнинг ҳаммаси мутахассисларни аллергияларни киритишнинг янги аэрозолли усулини ишлаб чиқаришга ундади.

Нафас йўллари касалликларида дори аэрозоллардан фойдаланиш кўп асрлик тарихга эга, аммо даволаш муассасаларида ингаляция усули фақат 60-йиллардан бери, яъни замонавий аппаратлар ишлаб чиқилганидан кейингина қўлланила бошланган. Намланган аэрозолларни шиллиқ қаватларга сепиш учун РТЖ-4 М, АИ-1 (Россия), ТУРЮСИ-50 (Германия) типидagi аппаратлардан фойдаланилади. Қуруқ аэрозоллар нафас йўлларининг пастки қисмларига ингосуфляторлар (спинхалер) орқали киритилади, бурун бўшлиғига эса “Файшонс” (Англия) корхонасининг ингаляторлари ёрдамида киритилади. Қатор дори моддалар аэрозолли баллонлар ёрдамида сепилади (бекламетазон, беротек).

Аэрозольтерапия — нафас йўллари касалликларини даволашнинг оддий ва оғриқсиз даволаш усули бўлиб, бошқа даво усуллари (инъекция, таблетка) олдида қатор афзалликларга эга. Дори модда организмда йиғилади ва узоқ вақт давомида кичик қон айланиш ва лимфа айланиш доирасида айланиб юради. Дорининг сўрилиши ошқозон шиллиқ қавати орқали сўрилишга қараганда 20 марта тезроқ юз беради. Ҳатто препаратнинг жуда кичик миқдорида ҳам клиник самара юзага келади. Бу аэрозоль ҳолидаги дори модданинг таъсир қиладиган катта умумий юза (майдон) ҳосил қила олиши билан амалга ошади. Демак, патологик ўчоқ билан яқин алоқада бўлиш орқали юқори даражада физиологик ва терапевтик фаоллик кўрсатади. Аэрозоль ҳолидаги дори моддалар билан нафас олиш нафақат умумий, балки маҳаллий таъсир ҳам кўрсатади. Маҳаллий гипосенсибилизацияда ижобий самара нафас йўлларининг анатомик, физиологик хусусиятларига боглиқ бўлиб, бу нафас йўллари шиллиқ қаватининг баъзи жиҳатдан иммунологик автономлиги, яъни ўз-ўзини бошқариш хусусиятлари билан изоҳланади.

Бронхиал астма ва аллергик ринит билан касалланган беморларда маҳаллий иммунитетнинг бузилиши кузатилади. У қуйидаги белгилар билан характерланади: цилиндрсимон эпителий ҳужайраларининг юқори даражадаги бузилишлари, шиллиқ қаватдаги нейтрофиллар ва эозинофиллар функционал фаоллигининг пастлиги, секретор А иммуноглобулинлар ва лизоцимининг паст миқдорлилиги, бурун шиллиқ қаватига нейтрофилларнинг ҳаракатланиш тезлигининг пастлиги.

Маҳаллий иммунотерапия усули ҳозирги вақтда назарий жиҳатдан асосланган, клиник жиҳатдан синалган ва тажриба йўли билан тасдиқланган. Эмлашнинг аэрозолли усулини кўп йиллар давомида ўрганиш орқали антигенларни маҳаллий қўллаш, парэнтерал қўллашга қараганда қатор афзалликларга эга эканлигини кўрсатади: зарарсиз, юқори даражада самарадорлик, кам реактогенлиги, сенсibiliзация қилиш қобилиятининг пастлиги. Бу омиллар юқорида кўрсатиб ўтилганидек, нафас йўллари шиллиқ қаватларининг анатомио-физиологик ва иммунологик жиҳатдан ўзига хослигига асосланган ва антигеннинг организмга кириш хусусиятлари билан боглиқ. Аэрозолли даволаш усулида ингальяторлар қўлланилади. Аэрозол аппаратни танлаш аллергик яллиғланишнинг жойлашган ўрнига боглиқ. Аэрозолнинг майда заррачаларга бўлиниши йўриқномада кўрсатилган сочиб берувчи аппаратнинг тузилишига боглиқ. Бу шифокорга даволаш учун ишлатилаётган аллергенлар аэрозolini нафас йўлининг айнан патологик жиҳатдан ўзгарган соҳаларига етиб боришини бошқара олишга имкoн беради. Аэрозол аллергенлар қисмларининг ўлчамлари 30—50 мк бўлган ҳолларда, улар бурун шиллиқ қаватида тутилиб қолади, 5—15 мк бўлганда эса бронх шиллиқ қаватларида ушланиб қолади. Даво муолажалари, одатда, ҳар кунги ингальяциялардан иборат. Айрим ҳолларда ингальяция 1 кунда 2 марта ўтказилади. Аллергик ринитларда йирик заррачали РДЖ-4М типидagi дозаторлардан фойдаланиш мумкин. Аэрозолни хиқилдоққа, кекирдакка ва йирик бронхларга киритиш учун АИ-1, ПАИ-2 типидagi ингальяторлар қўлланилади. Улар 10 мк дан катта бўлган ўлчамдаги

аллерген заррачаларини беради. Майда бронхларга ва альвеолаларга киритиш учун яхшиси TUR-USI-50 типдаги ультратовушли ингаляторлардан фойдаланган маъқул. Улар 5 мк дан кичик бўлган заррачаларни олишга имкон беради ва аэрозол ҳолидаги аллергиялар ўлчамларини бир хил барқарор ҳолатда беради. Уларнинг ишлаш унумдорлиги 10 марта катта.

Тиббий ходим ва бемор атрофидаги кишилар хавфсизлигини таъминлаш мақсадида аэрозол ҳолидаги аллергиялар билан даволаш поликлиникаларда ва шифоналарда махсус зич ёпиладиган, ҳавони тортиб олувчи ёки шамоллатувчи аппаратга эга бўлган хоналарда ўтказилади.

Вакцинацияни яна қайтадан ўтказиш биринчи марта ўтказилганда ижобий натижалар бўлган беморларда орадан 1 йил ўтгандан сўнг амалга оширилади. Самара бўлмаган ҳолларда, унинг сабаблари синчиклаб аниқланади ва шундан кейингина даво белгиланади.

Қўпинча бу махсус ташҳислашда “айбдор” аллергияни аниқлашдаги хатоликлар натижаси ёки даволаш учун нисбий монеликларга эга бўлган ёндош келган касалликларнинг бўлиши ҳисобланади. Даво муолажалари, одатда 3 марта ўтказилади, ундан кейин 2—3 йилга тўхтатилади.

Аллергик ринитларда аллергия бурун бўшлиғига, ларингит ва трахеитда эса оғиз орқали ингаляция қилинади. Конъюнктивитларда аллергия кўз ичига сепади. Бронхиал астмада аллергия бронхларга киритилади. Аллергик яллиғланишнинг тарқалишига қараб шиллиқ қаватнинг барча зарарланган соҳаларига бўлинади. Агар беморда дерматит (тери яллиғланиши) холецистит (ўт пуфаги яллиғланиши) ва бошқа жойларида яллиғланишлар кузатилганда даволашнинг биргаликдаги усули: ингаляция + инъекция тавсия қилинади. Нафас йўллари аллергия касалликларида бу усул айниқса юқори самара беради. Сурункали аллергия отитларда аллергия аэрозоллари билан иммунотерапия маҳаллий, яъни эшитув йўли орқали ўтказилади. Аэрозолни қулоқ бўшлиғига киритиш учун РДЖ-4М типдаги йирик заррачали ўлчамда сепувчи аппаратлардан фойдаланилади.

Махсус иммунотерапияни иммунологик табиатга эга эканлиги исботланмаган касалликларда қўллаш мумкин эмас. Масалан, вазомотор ринитда, эндоген бронхиал астмада, сурункали, қайтланувчи қаварчиқларнинг ноаллергик турларида бу усулни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. Махсус даво усуллари ҳақиқий аллергик касалликларда: бронхиал астмада, юқори нафас йўллариининг аллергик касалликларида, қаварчиқларда ва Квинке шишида, аллергик дерматитларда ўтказилади.

“Аллергик фон” да кечадиган касалликларнинг катта гуруҳида махсус даво ўтказиш кўрсатилмаган. Аллерговакцинация “айбдор” аллергенни истисно қилиш мумкин бўлмаган ҳолларда (поллинозда бошқа ерга кўчишни иложи бўлмаганда, озиқ-овқат аллергиясида маълум маҳсулотни чиқариб ташлашнинг, касбга оид аллергияда ишини ўзгартиришнинг иложи бўлмаган ҳоллардагина) амалга оширилади. Организмга антиген тушишини иш пайтида ниқоб тутиш орқали, касбга оид аллергияда ҳавони тозалаш ва намлаш орқали йўқ қилиб бўлмайди.

Махсус даво ўтказишга мутлақо тўғри келмайдиган кўрсатмалар ишлаб чиқилган: психик касалликлар, жигар ва буйрак функцияларининг бузилиши билан келадиган касалликлар, сил жараёнининг ҳар қандай тури фаол даврида, тиреотоксикоз ва бошқа эндокрин касалликлар, коронарокардиосклероз, ўпка-юрак етишмовчилигининг II ва III босқичи, ўпка эмфиземасининг оғир кўринишлари бронхоэктатик касалликлар, онкологик касалликлар, қон касалликлари. Бундан ташқари ҳар бир бемор учун алоҳида ҳал қилиш лозим бўлган нисбий монеликлар ҳам мавжуд.

Махсус даво усулининг самарадорлигини бемордаги қўйидаги кўрсаткичлар пасайтиради: аллергологик анамнездаги ирсий аномалияларнинг яққол кўриниши, ўта сезувчанликнинг юқори босқичи, кўп турли сенсбилизация, касалликларнинг биргаликдаги шакллари, сурункали инфекция ўчоқлари, касалликнинг 10 йилдан кўп вақтдан бери бўлиши. Атопик бронхиал астманинг енгил кечишида ўтказилган иммунотерапия 80 фоиз беморларда, ўртача босқичда 53 фоиз, оғир кечиши-

да эса 33 фоиз беморларда самарали бўлади. Организмда сурункали инфекция ўчоқларининг бўлиши (сурункали тонзиллит, сурункали остеомиелит, бронхоэктазлар), хафақон касаллигига чалинган ҳамда катта ёшдаги (60 ёшдан катта) беморларда даволаш натижаларини пасайтиради. Аллергик касалликларнинг айрим турларида махсус даволаш усули камроқ самара беради. Уларга қуйидаги касалликлар киради: бронхиал астманинг ўрта ва айниқса оғир кечадиган шакллари, поллиноз билан асоратланган аллергик ринит ҳамда турли ёки биргаликдаги сенсibiliзациялар, астма учлиги бўлган, яъни ацетилсалицил кислотага сезувчанликнинг ортиши, аллергик полипли ринит, бронхиал астманинг инфекцион-аллергик турлари шулар жумласидандир. Узоқ вақт давомида гормонлар билан даволаш натижасида келиб чиққан буйрак усти безлари пўстлоғи функциясининг пасайиши ҳам даво самарасини пасайтиради. Аутоаллергик касалликларда ҳам кам самара олинади.

Аллергенлар билан даволашни белгилаш, оториноларингологияда, терапияда ва дерматологияда қўлланиладиган соғломлаштириш-тозалаш усуллари (операция, физиотерапия, дорилар) ҳам ўтказишни белгилашни истисно қилмайди.

Махсус усулларни умумий қабул қилинган (номахсус) даво усуллари самара бермаган ҳолларда ўтказиш тавсия этилади. Махсус ва номохсус даво усулларини биргаликда қўллаш, одатда кўпроқ юқори самара беради. Маълум аллерген билан махсус даво белгилаш учун аллергологик анамнез ва касаллик клиникаси шу аллергенни касалликнинг ривожланиш жараёнида иштирок этаётганлигини кўрсатиш керак; теридаги аллергик синамалар (+++) ёки (++++) мусбат бўлиши лозим, провокацион (эндоназал, конъюнктивал, ингаляция) синамалар мусбат бўлиши керак, баъзи иммунологик синамалар ҳам ташҳисни тасдиқлаши лозим. “Айбдор” деб ҳисобланаётган аллергенлардан бирортасининг “айбдорлигига” гумон бўлса, яхшиси уни даволашдан чиқариб ташлаш керак. Буларнинг ҳаммаси гипосенсибилизация ўрнига (касалликнинг яширин шаклларида) қўшимча юқори

сезувчанликни (гиперсенсibiliзация) келтириб чиқариш хавфини олдини олади. Махсус даволаш учун аллергеннинг бошлангич (бўсага) миқдорини аниқлаш керак. Шу мақсадда аллергометрик титрлаш ўтказилади. Титрлашда аллерген 0,02 мл миқдориди тери ичига киритилади. Шу билан бир вақтда назорат учун 2 эритма, яъни аллергенни суюлтиришда ишлатиладиган назорат эритма (назорат манфий реакция) ва гистаминнинг 0,1 фоизли эритмаси (назорат мусбат реакция) тери ичига киритилади. Кейин эса билакнинг ички юза соҳасига аллергеннинг юқори эритмалари билан бир неча синамалар қўйилади. Масалан, шувоқ ўсимлигига сенсibiliзация бўлган ҳолларда аллергеннинг 10^{-11} , 10^{-12} , 10^{-13} эритмалари киритилади. Аллергеннинг терида манфий реакция берган энг катта миқдори даво миқдори ҳисобланади. Аллергеннинг биринчи шундай миқдори (0,1) ўтказилган титрлашга мувофиқ равишда киритилади. Агар икки хил аллергеннинг бошлангич миқдори турлича бўлса (масалан, эрмон ўсимлиги 10^{-13} , тимофеевка эса 10^{-9}), юқори эритмали аллергендан бошланилади (эрмон ўсимлигидан) ва маълум вақтдан кейин иккинчи аллерген қўшилади. Даволаш учун ишлатилаётган аллерген ташхислашда қандай жадвал билан баҳоланган бўлса, даволашда ҳам худди шу жадвал ёрдамида организмга киритилади ва баҳоланади. Аллергенларнинг бошлангич даво миқдорларини аниқлаш анча қийин, шунинг учун нафас йўллари аллергик касалликлари билан клиникамизда кўп минг сонли беморлар билан ўтказилган теридаги синамалар натижаларига асосланиб, уларни мумкин бўлган бошлангич миқдорлари ишлаб чиқилган.

Юқорида айтиб ўтилган текширишларга асосан теридаги синамаларнинг қанчалик яққол кўринишига боғлиқ ҳолда қўйидаги эритмаларни қўллашни тавсия этамиз:

1. Уй-рўзгорга оид аллергенлар (+++)— 10^6 , (++++)— 10^6 ;
2. Эпидермал аллергенлар (+++)— 10^5 , (++++)— 10^7 ;
3. Бактерияларга оид аллергенлар (+++)— 10^5 , (++++)— 10^8 ;

4. Замбуруглар (+++)- 10^5 , (++++)- 10^7 ;

5. Ўсимлик чангларига оид аллергенлар; ўтлоқ ўтлари (+++)- 10^7 , (++++)- 10^9 , бегона ўтлар (+++)- 10^9 , (++++)- 10^{11} .

Демак, ҳар қайси аллерген тури учун теридаги синамаларга қараб миқдорини ошириш ёки камайтириш керак. Теридаги синамалар қанчалик юқори даражада яққолроқ кўринса, даволаш учун ишлатиладиган бошланғич (бўсага) миқдор шунча кичик бўлади. Бронх шиллиқ қаватларини даволаш учун ишлатиладиган аэрозол ҳолидаги аллергенларнинг ўртача бўсага миқдорини тавсия қиламиз: уй-рўзгорга оид ва эпидермал — 10^{12} , бактериялар — 10^{13} ; бурун шиллиқ қавати учун: уй-рўзгорга оид ва эпидермал — 10^5 ; ўсимлик чанглари — 10^8 , замбуруглар — 10^5 .

Шундай қилиб, бурун шиллиқ қаватининг сезувчанлиги терига нисбатан 1 тартиб рақамга (ундан кўп эмас) фарқ қилади. Бронхлар сезувчанлиги 3 тартиб рақамга кичик. Махсус даволаш баъзан аллергик реакциялар билан қўшилиб келади.

Антиген таъсирлаши билан юзага келадиган асоратлар орасидаги боглиқлик сабаблари аниқланган. Кўп ҳолларда организмнинг реакцияси бошланғич (бўсага) миқдорини юқорироқ бўлиб кетиши билан боглиқ. Бу титрлаш пайтида бошланғич миқдорини тўғри аниқлай олмаслик натижасида юзага келади. Шу билан бир вақтда даволаш пайтидаги реакциялар “шокли” аъзо сезувчанлигининг кам пасайганлигини кўрсатувчи ишончли омиллардан бири ҳисобланади.

Нобактериал аллергенлар билан даволашда маҳаллий аллергик реакциялар тезлиги турли муаллифларнинг маълумотларига қараганда 12 фоиздан 75 фоизгача, умумий реакциялар эса 9 фоиздан 50 фоизгача учрайди. Даволаш тартиби тўғри ташкил қилинганда аллергик реакциялар юзага келмайди. Аллергик реакциялар оқибатида келиб чиққан хаддан ташқари ҳолат (стресс) ҳимоя антитело маҳсулотларини тўхтатувчи адренокортикотроп гормон (АКТГ) ва кортикостероидлар кўп миқдорда ишланиб чиқиши билан қўшилиб келади. Бактерияларга оид аллергенлар билан даволашда касалликнинг хуружлари ва асоратлари 8-

20 фоиз ҳолларда кузатилади. Аллергенлар билан даволаш жараёнида гистаминга қарши препаратларни белгилаш тавсия қилинмайди, улар энгил кўринишдаги аллергия реакцияларни аниқлашни қийинлаштиради. Шу билан бир вақтда, бизни маълумотларга кўра, энгил аллергия реакцияларни олдини олиш мақсадида интални қўллаш мумкин.

Нобактериал аллергиялар билан даволашда юзага келадиган асоратлар:

1) Тез содир бўладиган маҳаллий реакция. Аллерген киритилган жой қизариш, қичишиш ва шишиш билан характерланади. Бу муолажадан 15–20 дақиқа ўтгач пайдо бўлади. Кучсиз реакцияларда гистаминга қарши дори моддалар таблеткасини ичиш билан кифояланади. Елкада катта шиш пайдо бўлган ҳолларда 2,5 фоизли — 1 мл пипольфен ёки 1 фоизли — 1,0 ди-медрол тери ичига юборилади. Аллергия реакциялар йўқ бўлгандан кейин аллергиянинг ўша миқдорини такроран юбориш ёки ундан олдинги миқдорига қайтариш керак. Даволашни тўхтатиш керак эмас.

2) “Шокли” аъзодаги реакциялар. Асосий касалликнинг хуружи билан характерланади. Махсус даво бутунлай соғайиб кетгунга қадар тўхтатилади ва гипосенсибилизация реакция берган миқдордан олдингиси билан бошланади. Кучли реакциялар бўлган ҳолатларда яхшиси даволашнинг бошқа тартибига ўтган маъқул.

3) Бошқа аъзолардаги реакциялар. Шикоятлар: оёқ-қўлларда, юрак соҳаларида оғриқлар, қон босимининг кўтарилиши ёки пасайиши, вегетатив нерв тизимида, периферик томирларда, нервларда ва ҳатто бош мия томирларида бузилишлар кузатилади. Баъзи ҳолларда аллергия дерматитлар, қўл-оёқларда шишлар ҳам бўлади. Бу вақтда махсус даволашни бутунлай соғайиб кетгунга қадар тўхтатилади. Давони қайтатдан бошлаш масаласини беморни синчиклаб клиник ва иммунологик текширишлардан ўтказишдан кейин ҳал қилиш ва эҳтиёткорлик билан энгилроқ тартибда ўтказиш лозим. Тизимли реакциялар яна қайталанганда махсус даво тўхтатилади.

4) Умумий реакциялар. Бу юз қизариш, бутун танининг қизиши, йўтал, кўкрак соҳаларида оғирлик, юрак тез уриб кетиши, қон босимининг пасайиши билан характерланади. Умумий реакция анафилактик шок билан яқунланиши мумкин.

Анафилактик шокни даволаш қўйидаги тартибда олиб борилади. Аллерген киритилган жойдан юқорисига боғлам қўйилади. Аллерген киритилган соҳа атрофига 0,1 фоизли адреналин эритмаси 0,5 мл киритилади ва шу вақтнинг ўзида 0,5 мл адреналин иккинчи қўлининг териси остига кириталади. Мускуллар ичига пипольфеннинг 2,5 фоизли эритмасидан 2 мл ёки 1 фоизли димедрол эритмасидан 2 мл юборилади. Агар 10 дақиқадан кейин беморни аҳволи яхшиланмаса, кўрсатилган тадбирлар яна қайтарилади ва бундан ташқари 30—60 мг преднизолон ёки 8—16 мг дексаметазон 10 мл 40 фоизли глюкоза билан биргаликда томир ичига юборилади. Кўрсатмаларга мувофиқ (агар қон босими тушиб кетган бўлса) тери остига 10 фоизли кофеин ёки кордиамин, томир ичига строфантин К 0,5 мл +20 мл 40 фоизли глюкоза билан қўшиб қилинади. Агар беморни аҳволи яна яхшиланмаса, 1 мл 0,2 фоизли норадреналин эритмасини 300 мл 5 фоизли глюкоза эритмасида вена ичига томчи усулида юборилади ва яна 60 мг преднизолон ҳам қилинади. Анафилактик шок бошланган даврида беморга дарҳол кислород берилади. Агар анафилактик шок бўгилиш белгилари билан бирга қўшилиб келса, вена ичига 10 мл 2,4 фоизли эуфиллин эритмаси глюкоза билан қўшиб қилинади, нафас олиш бузилганда 1 мл 1 фоизли лобелин (ёки цититон) юборилади. Бемор шифохонага ётқизилади, махсус даво тўхтатилади. Айрим ҳолларда, бошқа монеликлар бўлмаганда, 6 ойдан кам бўлмаган вақтдан кейин махсус давони қайта бошлаш мумкин. Бунда даво муолажалари реакция берган миқдордан 1—2 марта кам миқдорда ва оралиги узайтирилганроқ тартибда амалга оширилиши лозим.

БАКТЕРИАЛ АЛЛЕРГЕНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ ПАЙТИДАГИ АСОРАТЛАР

1) Маҳаллий реакциялар. Бу аллергия киритилган

соҳада қизариш ва инфилтрат ривожланиши билан характерланади. У аллерген киритилгандан 24—36 соат кейин пайдо бўлади. Кучли реакцияларда гидрокортизон малҳами билан боғлам қўйилади. Инфилтрат сўрилиб кетгандан кейин аллергеннинг ўша миқдорини қайтариш ёки ундан олдингисини қилиш керак.

2) “Шокли” аъзода хуруж келиб чиқиши (ринит, бронхит, зотилжам). Даволаш бутунлай согайгунга қадар тўхтатилади. Реакция қайталанганда секинлаштирилган тартибда ўтказилади.

3) Сурункали инфекция ўчоқларида хуружлар (ангина, аппендицит, холецистит, бавосил). Даволаш бутунлай согайгунга қадар тўхтатилади ва инфекция ўчоқларида тозалаш — даволаш ишлари ўтказилгандан кейин муолажа секинлаштирилган тартибда қайтатдан бошланади.

4) Умумий вакцинали реакция. Бунда тана ҳароратининг кўтарилиши, қувватсизлик, кўп терлаш, бўғимларда оғриқ, бош оғриши кузатилади. Терида қизил тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Реакциянинг энгил ва қисқа вақт давом этадиган турларида (24 соатгача) даволашни 1 ойга тўхтатилади, юборилаётган миқдор камайтирилади ва бошқа даво тартиби бўйича давом эттирилади. Кўпроқ узоқроқ чўзиладиган реакцияларда даволаш бутунлай согайиб кетгунга қадар тўхтатилади. Давони давом эттириш масаласи беморларни текширишдан ўтказилгандан кейин ҳар бир бемор учун алоҳида ҳал қилинади. Инфекцияга оид аллергенларни даволашда антибиотиклар, сульфаниламидлар ва қисқа вақт давомида гормонлар белгилаш талаб этилади. Хуруж жараёни “шокли” аъзода бўлган ҳолларда даволаш ишлари шифокор мутахассислар (лор, терапевт, дерматолог) томонидан ўтказилади, белгиларига қараб (томир торайтирувчи томчи ҳолидаги дорилар, бронхолитиклар) патогенетик (гистаминга қарши препаратлар, гормонлар) ва бошқа дори моддалар қўлланилади. Уларни маҳаллий қўллаш орқали яхши самарага эришиш мумкин.

Реакцияларни юзага келишида қўйидаги ҳаракат ҳолати кузатилган: агар шифокор маҳаллий реакцияга эътибор бермаса (энг кучсиз, энгил реакция) ва даво-

лашга ўзгартириш киритилмаса, кейинчалик бутун тизимда реакция юзага келиши ёки “шокли” аъзода хуруж бўлиши мумкин. Кейин умумий реакция ва ҳатто анафилактик шок вужудга келади. Махсус даволашдаги асоратлар, яъни эмлашдаги реакциялар беморнинг аҳволига таъсир қилибгина қолмай, махсус давонинг самарасини ҳам пасайтиради. Шунинг учун ўтказиладиган давонинг тўғрилиги ва касалликнинг охириги натижаси сифатида хуружлар сони ва даражасидан фойдаланиш мумкин.

Бу қисмни тугаллар эканмиз, қуйидагиларни алоҳида таъкидлаб ўтишни хоҳлар эдик:

Китобда аллергия касалликларнинг барча даволаш усулларини муфассал баён қилинган дея олмаймиз. Бу ерда Республика Аллергология Маркази маълумотларига асосан улардан энг самарали деб топилганларига кўпроқ эътибор берилган. Талаба ва шифокор бу ердан ҳар бир беморни даволаш учун кўрсатма топа олмайди, балки фикрлаш учун ахборот, маълумот олади, холос.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Аллергик касалликларда олдини олиш чора-тадбирларининг аҳамияти катта эканлигини ҳисобга олиб, бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти махсус соғломлаштириш-тикланиш комплексини ишлаб чиқишга алоҳида эътибор қаратди.

Нафас йўллари аллергия касалликларини олдини олиш усулларига касаллик олди даврида ишлаб чиқаришдаги зарарли омилларга қарши курашиш, профилактик кўриклар ўтказиш, касаллик хуружини олдини олиш ва даволашлар киради. Аллергик касалликларни олдини олиш чора-тадбирлари ҳар томонлама бўлиши керак, улар бирламчи ва иккиламчи тадбирларга бўлинади. Бирламчи чора-тадбирларга, асосан атроф-муҳитни яхшилашга қаратилган ижтимоий умумдават чора-тадбирларини ишлаб чиқиш, яшаш шароити ва меҳнат шароитини қулайлаштириш, ишлаб чиқаришдаги касбга оид зарарли омилларга қарши курашиш киради. Бунга яна тиббий (диспансер кўриги) ва алоҳида хусусий тадбирлар (чекишни ташлаш) ҳам

киради. Иккиламчи чора-тадбирларга беморларни шифоналарда, поликлиникаларда, тиббий санитар қисмларида, санаторияларда даволаш ва соғлигини тиклаш, аллергологик кузатиш усулларини ташкил қилиш киради.

Поллинозни олдини олиш учун шаҳарда бегона ўтларни йўқ қилиш катта аҳамиятга эга. Атопик касалликлари бор беморлар хонадонидан ортиқча юмшоқ жиҳозлар, гиламлар ва бошқа чанг йиғувчиларни чиқариб ташлаш лозим. Хоналарни фақат намланган усулда тозалаш ва рўзгорда ҳавони намлайдиган асбоблардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Аллергиянинг инфекцияга оид турларида инфекция ўчоқларини ўз вақтида даволаш — тозалаш (тонзиллит, синусит) керак. Озиқ-овқат маҳсулотларига аллергияси бўлган беморларнинг кундалик овқат маҳсулотларидан аллергенларни (шоколад, цитрус мевалар) истисно қилиш. Аллергик касалликлари бўлган барча беморларга уй-рўзгорда ишлатиладиган кимёвий моддалардан фойдаланиш ман этилади. Организмни чиниқтириш ва унчалик оғир бўлмаган жисмоний меҳнат билан шугулланиш ҳам аллергик касалликларни олдини олишда муҳим ўрин тутаяди. Аллергик касалликлари бўлган беморларга спортнинг айрим турлари — енгил атлетика, сузиш, теннис уйнаш машгулотлари билан шугулланиш тавсия этилади. Аллергик касалликларни олдини олишда касбни тўғри танлаш ҳам жиддий аҳамиятга эга. Каналарга сезувчанлик ортиши билан юзага келган бронхиал астма касаллигини олдини олиш учун кўрпа-тўшакларни қуёш нурларида нурлантириш тавсия қилинади. Кундузги вақтда 2 соат давомида нурлантириш каналарни бутунлай қирилиб, йўқ бўлишига олиб келади. Ўрин-кўрпаларга 5 фоизли борат кислотаси ёки 5 фоизли туз эритмаси билан ишлов беришда ҳам ижобий натижалар олинди. Бунда 80 фоиз каналар қирилиб, йўқ бўлади. Болаларда аллергик касалликларини олдини олиш чора-тадбирларига: туғиш ёшидаги аёлларнинг соғлиқларини яхшилаш, хомилдор аёлларда бола ривожланаётган ва туғилгандан кейинги даврларда антигендан эҳтиётлаш чораларини кўриш, овқатланиш режимига ва турларига эътибор

бериш киради. Янги туғилган болалардан аллергия касаллик хавфи бўлган гуруҳни ажратиб олиш. Бу мақсадда ота-онаси қонидаги Е иммуноглобулинлар миқдори аниқланади. Онанинг кундалик озиқ-овқат маҳсулотларидан шартсиз аллергияларни чиқариб ташлаш. Аллергия касалликлари бўлган болалар қўшимча овқатларига шарбатларни кечроқ киритиш тавсия қилинади. Бундан болаларни эмлаш ишлари алоҳида режим бўйича, гистаминга қарши препаратлар таъсири остида қилинади.

Аллергия касалликларини олдини олиш омилларидан бири — махсус гипосенсибилизация ҳисобланади. Ўз вақтида ўтказилган иммунотерапия касалликнинг хуружини олдини олади.

Беморларнинг соғлигини кузатиб бориш усули (диспансеризация) — санатор-курорт шароитида даволаш ҳам олдини олиш чора-тадбирларининг энг самарали усуллари ҳисобланади. Бунда курорт жойларнинг географик иқлим шароити: қулай ҳарорат, ўртача намлик, қуёш нурлари жуда ҳам юқори қиздирмайдиган шароитлари, атмосфера ҳавосида поллютантлар, муаллақ ҳолда турувчи бирикмалар бўлмаслиги етакчи ўрин тутади.

Бу бўлимда ҳозирги вақтда энг кўп тарқалган, келиб чиқиш сабаблари турлича бўлган аллергия касалликлар тўғрисида қисқача маълумотлар берилган. Юқорида айтиб ўтилганидек, уларга турли хил ташқи аллергиялар келтириб чиқарадиган, иммунологик ривожланиш босқичига эга бўлган касалликлар киради. Бу ерда тўқималарни шикастловчи, бузувчи омил анти-тело ҳисобланади. Улар “Умумий аллергия” бўлимида баён этилган усуллар ёрдамида ташҳисланади ва самарали даволанади.

ОЗИҚ-ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИ

Озиқ-овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик ҳолатларини шартли равишда 4 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Овқат ҳазм бўлиш йўлидаги касалликлар (яллигланиш, дистрофик, функциясига оид, дисбактериоз).

2. Овқат ҳазм қилиш йўли ферментларининг етишмовчилиги (тугма, орттирилган).

3. Психоген ва таъм сезиш омиллари, яъни ўзига хос хусусий одатлар асосида юзага келган омиллар.

4. Озиқ-овқат аллергияси (бирламчи ва иккиламчи).

Этиологияси. Озиқ-овқат аллергиясида аллергия вази-фасини озиқ-овқат маҳсулотлари ёки уларнинг пар-чаланиши натижасида юзага келадиган маҳсулотлар бажарадилар. Улар қонда айланиб юрувчи ёки тўқима-ларга ўрнашиб олган антителолар билан ўзаро таъсир-лашадилар. Сенсibiliзация кўпроқ ошқозон-ичак йўли

орқали келиб чиқади. Сезувчанликнинг ортиши озиқ-овқат қўшим-чаларига, консервантларга нисбатан бўлган ҳолларда озиқ-овқат маҳсулотларидан келиб чиққан аллергия дейиш кўпроқ тўғри келади. Озиқ-овқат аллергияси бизнинг мамлакатимизда ҳам, чет давлатларда ҳам кенг тарқалган. Кўп ҳолларда уни яна нутритив аллергия деб ҳам юритилади. Озиқ-овқат аллергияси кўпроқ болаларда учрайди. Бу патологиянинг ёш болалар орасида кенг тарқалиши сабабларидан бири — сунъий овқатлар билан боқиш ҳамда овқатни меъеридан ортиқ бериб юбориш ҳисобланади. Шунитаякидаб ўтиш лозимки, озиқ-овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик ҳолатлари ҳар доим ҳам антиген-антитело реакцияси билан боғлиқ бўлмайди. Унинг ривожланишига овқат ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари, ҳазм ферментлари етишмаслиги, ичаклардаги дисбактериоз ҳолатлари сабаб бўлиши мумкин. Фақат 25 фоиз ҳоллардагина озиқ-овқат маҳсулотларини кўтара олмаслик иммунологик механизмга боғлиқ булади. Ке-йинги йилларда фақат она сути билан тўлиқ боқиладиган болалар сони 10 фоизга камайди. Озиқ-овқат аллергияси бошқа ҳамма аллергик касалликлар орасида 5 фоиздан 30 фоизгача учрайди. Аллергик дерматит билан касалланган болаларда озиқ-овқат аллергияси 47 фоиз ҳолларда кузатилган. Нафас йўллариининг аллергик касалликларида озиқ-овқат аллергенлари касаллик сабабчиси сифатида 20 фоиз ҳолларда аниқланган. Овқат ҳазм қилиш аъзолари томонидан анатомик, физиологик ва иммунологик бузилишлар озиқ-овқат аллергияси ривожланишини амалга оширувчи омиллар (хавфли омиллар) ҳисобланади. Буларнинг ҳаммаси озиқ-овқат маҳсулотларини парчаланishi ва сўрилишини бузилишига олиб келади. Бундан ташқари оқсилли овқатларни ҳаддан зиёд истеъмол қилиш, озиқ-овқат ишлаб чиқаришда консервантлар ва озиқ-овқат бўёқларидан фойдаланиш, озиқ-овқат маҳсулотларида кимёвий заҳарли моддаларнинг тарқалиши, гижжалар ҳам таъсир кўрсатади. Озиқ-овқат аллергиясининг болалар орасида кўп тарқалиши, болаларда озиқ-овқат аллергенларига ичаклар ва жигар тўсиқларининг ўтказувчанлиги юқорилиги билан

боглиқдир. Катталарда озиқ-овқат аллергияси бирмунча бошқачароқ тусда, яъни ички аъзоларининг сурункали касалликлари кўринишида ўтиши мумкин. Озиқ-овқат аллергенлари ҳайвон ва ўсимлик оқсиллари (сут, гўшт, балиқ, бошоқли галла экинлари) бўлиб қолмоқда, аксарият ҳолларда эса цитрус мевалар, ёнғоқлар, асал, какао, шоколад бўлиши мумкин.

Ҳар бир озиқ-овқат маҳсулотидан мувофиқ ишлов бериш натижасида 4—6 хил антигенли таркибий қисмларни ажратиб олиш мумкин. Оддий оқсилларнинг кўп аминокислотали таркибий қисмлари кўпроқ аллергенлик хусусиятига эга. Ҳар қандай озиқ-овқат маҳсулоти аллерген бўлиши мумкин. Улардан баъзилари чин бўлмаган (псевдоаллергия) типдаги патологик реакцияни келтириб чиқариши мумкин. Бунда дарҳол реакциянинг иккинчи босқичи — гистаминолиберация юз беради. Болаларда сут аксарият ҳолларда аллергияни келтириб чиқаради. Катталарда сутга аллергия, одатда ичаклардаги касалликлар билан биргаликда кузатилади. Сигир сутининг таркибида 5 хил антигенли моддалар: альфа-лактоальбумин, бета-лактоглобулин, казеин, липопротеинлар ҳамда альбумозалар ва пептонлар аралашмаси бўлади.

Бета-лактоглобулин ҳаммасидан кўра кўпроқ аллергик хусусиятга эга. У сувда жуда яхши эрийди, сут қайнатилганда эса парчаланаяди. Сутнинг аллергенлик хусусиятини камайтириш мақсадида 100°С да 10 дақиқа давомида қайнатиш лозим. Шу билан бир вақтда болаларда она сутига нисбатан аллергия аниқланмаган, чунки унинг таркибида бета-лактоглобулин бўлмайди. Сутга нисбатан аллергияси бўлган беморларнинг 45 фоизида бета-лактоглобулинга нисбатан аллергия ривожланади. Аллергенлик хусусияти жиҳатидан казеин иккинчи ўринда туради. У юқори ҳароратга чидамли бўлиб, қайнатилганда ҳам емирилмайди. Беморларнинг 30 фоизида унга нисбатан сезувчанлик ортган бўлади. Сигир ва эчки сутининг таркибий қисмлари бир хил эмас. Шунинг учун сигир сутига аллергия бўлган ҳолларда уни эчки сути билан алмаштириш мумкин.

Тухум таркибига овальбумин, овомукоид антигенлар киради. Тухум антигенларининг турлари фақат ўзигагина хос эмас. Шунинг учун товуқ, ўрдак ва гоз тухумларига нисбатан кесишувчи реакциялар кузатилади. Тухум оқсиллари ҳароратга чидамли, бироқ қайнатилгандан кейин уларнинг аллергиялик хусусиятлари пасаяди. Тухум саригининг асосий антигени вителлин ҳисобланади. У юқори ҳароратга чидамли. Қайнатилгандан кейин тухум саригининг аллергиялик хусусияти пасаяди. Турли хил балиқларнинг антигенлари бир-биридан фарқ қилади. Куп ҳолларда балиқларнинг қуйидаги турлари аллергияга сабаб бўлади: судак, сазан, сайра, хек, треска. Юқори ҳароратда ишлов берилганда ҳам балиқларнинг антигенлик хусусиятлари ўзгармайди.

Ҳайвон гўшти бошқа гўштларга нисбатан камроқ ҳолларда аллергия реакцияларни келтириб чиқаради. Турли ҳайвон гўшtlарига кесишувчи аллергия реакциялар кузатилади. От гўштига аллергия бўлган ҳолларда, от зардобидан тайёрланган дори моддалар ҳам оғир аллергия реакцияларни келтириб чиқариши мумкин.

Болаларда бошоқли дон ўсимликларига (бугдой, ловия, ёрма) аллергия реакциялар кузатилади. Кўпроқ бугдойга нисбатан аллергия қайд этилган. Унинг таркибидаги глютеинли моддалар, ичакларда ферментлар етишмаслиги ривожланиши ҳисобига ингичка ичакларда яллиғланиш жараёнини келтириб чиқариши мумкин.

Мева ва сабзавотлар ҳам аллергия бўлиши мумкин. Ёш болаларда сенсibiliзация кўпроқ кундалик истеъмол қилинмайдиган озиқ-овқат маҳсулотларига нисбатан юзага келади. Шафтоли, цитрус мевалар, қаҳва, какао, асал, қулупнай, малина, тухум, балиқ, ёнгоқлар кучли аллергиялик хусусиятига эга бўлган озиқ-овқат маҳсулотлари ҳисобланади. Бу аллергиялардан ташқари болаларда бронхиал астма касаллигини сут, сабзи, картошка, гуруч, бугдой уни, қора ёрмаси ҳам келтириб чиқариши мумкин (12 фоиздан 70 фоизгача). Озиқ-овқат аллергияси бўлган болаларнинг катта гуруҳи текширилганда 40 фоизида сутга нисбатан аллергия, 33

фоизида тухумга, 12 фоизида балиққа нисбатан, 6 фоизида мева ва сабзавотларга, 3 фоизида эса бошоқлиларга нисбатан аллергия борлиги аниқланди.

Катталарда озиқ-овқат аллергияси кўпроқ сабзавотларга 80 фоиз, бошоқлиларга 40 фоиз ва меваларга 18 фоиз ҳолларда қайд этилган. Аллергиянинг бир вақтнинг ўзида бир неча озиқ-овқат маҳсулотларига нисбатан бўлиш ҳолатлари моноаллергенларга нисбатан икки марта кўпроқ учрайди. Ҳар бир минтақада овқатланишдаги ўзига хос урф-одатлар турли маҳсулотларга нисбатан сезувчанликнинг ортишида ўз таъсирини кўрсатади. Масалан, Астраханда балиққа нисбатан аллергия кўпроқ кузатилса, Грузияда цитрус меваларига нисбатан айниқса кўп аниқланади.

Патогенези. Озиқ-овқат аллергиясини келиб чиқишига таъсир кўрсатувчи омиллар ичида ирсий омиллар муҳим ўрин эгаллайди. Озиқ-овқат аллергиясининг насл орқали ўтиш механизми ҳужайралар ривожланиш жараёнларида мувофиқлик бузилган ҳолатлар билан боғлиқ. HLA (B-8 ва B-7) билан қондаги махсус иммуноглобулинлар орасида ўзаро боғлиқлик аниқланган. Ҳомиладорлик пайтида ҳомилада озиқ-овқат маҳсулотларига сезувчанлигининг ортиши ташқи аллергенлар таъсири натижасида юзага келади.

Аллергияга мойиллик дейилганда аллергик диатез назарда тутилади. Шу билан бир вақтда болаларда экзодатив — катарал диатез термини билан юритиладиган ноаллергик касалликларга кирувчи ҳолат ҳам худди шу гуруҳ белгилари ва кўринишларини ўз ичига олади. Бола организмига аллергенлар она сути орқали кирганда аллергик диатезнинг биринчи белгиларини келтириб чиқаради. Бундай болалар қонига антигенлар тушганда катта миқдорда антителио реакинларни ишлаб чиқаради. Болаларда сутга ва бошоқли дон маҳсулотларига нисбатан аллергиянинг бўлиши ошқозон-ичак йули фермент тизимининг етарли ривожланмаганлиги ва ичак-жигар тўсиқлари ўтказувчанлигининг ортиб кетганлиги билан боғлиқ бўлади. Катталарда озиқ-овқат аллергиясининг юзага келишига аллергенларни сўрилишини кучайтирувчи аччиқ таомлар ва спиртли ичимликлар истъмоли қилиш ҳамда ошқозон-ичак тизими йўлидаги касал-

ликлар туртки бўлади. Озиқ-овқат аллергиясида ичакда тўлиқ парчаланмаган антигенлик хусусиятини сақлаб қолган оқсил маҳсулотларининг қонга сўрилиши юз беради. Бунга ферментлар етишмаслиги, яъни энтерокиназалар, пептидаза каби ферментлар миқдорининг пасайиб кетиши ҳам аҳамиятга молик таъсир кўрсатади.

Маълумки, одам медасида бўшлиқли ва девор олди мембранали ҳазм қилиш системаси мавжуд. Бушлиқ ичидаги ҳазм қилиш организмга тушган маҳсулотни йирик молекулаларга парчалаб, мембранали ҳазм қилишга тайёрлаб беради. Ичакда майда оқсилли таркибий қисмлар парчаланишининг бузилиши озиқ-овқат аллергиясининг ривожланишига туртки бўлади, яъни касаллик ҳазм қилишнинг биринчи босқичида юзага келиши мумкин. Ҳазм қилишнинг иккинчи босқичи (девор олди) бузилиши ҳам озиқ-овқат аллергияси келиб чиқишини амалга оширади. Пептидаза каби ферментларнинг етишмаслиги антигенлик хусусиятларини сақлаб қолган оқсил молекулаларини сўрилишига олиб келади.

Озиқ-овқат аллергияси яна антигенлик хусусиятини йўқотмаган йирик оқсил молекулалари жигар тўсиқлари орқали ўтиб кетган ҳолатларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Озиқ-овқат аллергияси бўлган беморларнинг 40 фоизида ҳазм қилиш аъзоларининг касалликлари аниқланган.

Ирсий йул билан ўтган А иммуноглобулин ишлаб чиқаришдаги етишмовчилик ҳам озиқ-овқат аллергиясини келтириб чиқариши мумкин. Унинг етишмаслиги озиқ-овқат антигенларининг сўрилишига ёрдам беради. Икки ёшгача бўлган болалар ичакларида IgA ишлаб чиқарадиган ҳужайралар ҳали кам ривожланган бўлади. Ичак деворларига антигенлар катта миқдорда тушганда иммун бирикмалар — антиген-антитело пайдо бўлиши мумкин. Ҳомилага антитело онадан суут (пассив) ўтказиш йўлдош орқали киради. Ҳомилада сезувчанликнинг ортиши фаол ҳолда ҳам, яъни озиқ-овқат оқсилли — антигенни йўлдош орқали онадан ҳомилага тушиши ҳисобига ҳам юз бериши мумкин. Озиқ-овқат аллергияси алергик реакцияларнинг 3 хил

типи кўринишида ўтиши мумкин. IgE билан боглиқ тез содир бўладиган, IV тип бўйича — секин-аста ривожланадиган ҳамда III тип бўйича айланиб юрувчи иммун бирикма билан боглиқ бўлган реакциялар кўринишида содир бўлади. Тез содир бўладиган аллергик реакциялар 30 фоиз беморларда (30 дақиқа — 2 соат кейин) кузатилади. Кўпинча касалликнинг клиник кўринишлари 12—24 соатдан кейин юзага келади. Аллергик реакциянинг оғир кечишига қон зардобидоги комплемент миқдорининг пасайиши ва гистамин, серотонин каби аллергик реакция медиаторларининг ажралиб чиқиши таъсир кўрсатади. Серотонин иммунологик босқичсиз реакцияларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бу совуқ, ультрабинафша нурлар жисмоний ишлар таъсири остида, яъни ҳақиқий бўлмаган аллергиялар (псевдоаллергик) кўринишида содир бўлади.

Озиқ-овқат аллергияси кўпинча юқори сезувчанликнинг тез содир бўладиган, айланиб юрувчи антителолар амалга оширувчи типи бўйича ўтади. Реакциянинг давомлилиги антиген организмга тушгандан кейин 7—10 кунгача чўзилади.

Клиникаси. Озиқ-овқат аллергиясининг клиник белгилари жойлашган ўрнига кўра 3 гуруҳга ажратилади:

1. Гастро-интестиналь;
2. Тери касалликлари;
3. Нафас йўли касалликлари.

Катталарда уларнинг биргаликда учраши кузатилади. Озиқ-овқат аллергиясининг клиник кўринишлари турлича бўлади. Беморларда иситма, титраш, учуқ, қаварчиқ, Квинке шиши, бронхларнинг сиқилиши, бош оғриги, кўп бўгимларда бирданига оғриқлар кузатилиши мумкин. Мураккаб бўлмаган озиқ-овқат аллергиясида ичакларда зарарланиш белгилари бўлмайди. Ичакларда сурункали касалликлар бўлган ҳолларда озиқ-овқат аллергияси белгиларига ичаклардаги бузилишлар ҳам қўшилади. Озиқ-овқат аллергиясини клиник кечишининг иккита асосий шакли ажратилади: циклик ва доимий (сурункали).

Доимий шакли — қондаги антителонинг юқори миқдори билан боглиқ. Бунда аллергенни истеъмол қилиш ҳамма вақт касалликнинг клиник белгиларини

юзага келишига олиб келади. Ҳатто аллергенли маҳсулотларни узоқ вақт давомида истеъмол қилмай, кейинчалик қайта истеъмол қилган ҳолларда ҳам яна касалликнинг клиник кўринишлари намоён бўлади.

Озиқ-овқат аллергиясининг циклик шаклида бемор озиқ-овқат маҳсулотлари — аллергенларни вақти-вақти билан яхши қабул қилади, яъни бир овқатнинг ўзи баъзан касаллик белгиларини келтириб чиқарса, баъзан ҳеч қандай белгиларни чақирмайди. Бундай ҳолларда касалликни ташҳислаш анча қийин. Аллергик реакциялар 5—6 кунда 1 марта юзага келади.

Озиқ-овқат аллергиясида овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларининг клиник кўринишлари ҳам ҳар хил бўлади. Уларга сурункали гастрит, энтерит, панкреатит, ўт ҳайдаб чиқарувчи йўллар ва йўгон ичаклар касалликлари, ўт-тош касаллиги, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касалликлари киради. Патологик белгилар ошқозон-ичак йўлининг ҳамма бўлимларида вужудга келиши мумкин: огиз бўшлигида (гингивит, глоссит, стоматит, хейлит), ошқозонда (гастрит, ошқозон яраси касаллиги). Айрим муаллифлар ошқозон яраси касаллигига аллергик касаллик деб қарайдилар. Озиқ-овқат аллергияси учун қоринда бирданига пайдо бўладиган огриқ хос хусусиятлардан бири ҳисобланади. Бироқ озиқ-овқат аллергиясида кўпинча ингичка ва йўгон ичаклар зарарланади. Бунда беморлар огриқ, тез-тез ҳожатга югуриш, суюқ ахлат келишидан шикоят қиладилар. Шунингдек, “таъсирланган ичак” синдроми ҳам кузатилади. Шиллиқ қаватдан биопсия олинганда аллергик яллиғланиш учун хос бўлган эпителий ва субэпителий тузилишларда аниқ ўзгаришлар (эозинофилларнинг кўпайиб кетиши, тўйинган ҳужайраларда бузилишлар, қонда иммуноглобулинлар миқдорининг ортиши) аниқланади. Озиқ-овқат аллергиясида ичакдаги ўзгаришлар бошқа кўпгина қорин бўшлиги касалликларининг ёлгон кўринишини бериши мумкин: аппендицит “ўткир қорин”, ичакларнинг ўтказиш ишини бузилиши, мезентериал томирлар тромбози. Улар нотўғри жарроҳлик ишларини аралаштиришларига сабаб бўлади. Ўткир ривожланадиган озиқ-овқат аллергияларида кўпинча регионал энтерит (Крона

касаллиги), ярали колит, целиакия ривожланади. Болаларда гастроинтестинал аллергиянинг ривожланиши кўпроқ сунъий овқатлантиришни эрта бошлаб юбориш билан бошланади. Озиқ-овқат аллергиясида кўпинча ичакларда бузилишлар, циклик равишда пайдо бўлиб турувчи ич кетишлар, ўт пуфаги дискенезияси, ошқозон оғриқлари хуружлари билан кузатилади. Сут, гўшт ва бошқа маҳсулотларга аллергия бўлган ҳолларда, ҳатто холецистит, гепатит ва панкреатит ривожланиш ҳолатлари қайд этилган. Шунини таъкидлаш лозимки, озиқ-овқат аллергиясида ошқозон-ичак йўлида юзага келадиган алоҳида клиник кўринишлар учрамайди. Улар, одатда бошқа аъзо ёки тизимлардаги бузилишлар билан биргаликда қўшилиб келади. Ошқозон-ичак тизимидаги бузилишларда полиаллергия устунлик қилади. Бироқ айбдор аллергенлар келиб чиқиш жиҳатидан кўпинча ҳайвон маҳсулотлари ҳисобланади. Ўсимлик маҳсулотларига нисбатан аллергия эса кўпроқ ичакларнинг алоҳида касалликлари кўринишида содир бўлади. Озиқ-овқат аллергиясида бошқа аъзолардаги аллергик белгилар ўртача 20 фоиз беморларда аниқланади. Болаларда озиқ-овқат аллергиясининг энг кўп содир бўладиган шакллари бу қаварчиқлар ва Квинке шиши ҳисобланади. Озиқ-овқат аллергияси билан боғлиқ бўлган қаварчиқлар ва Квинке шишини юзага келиш тезлиги 13 фоиздан 45 фоизгача ҳолатларда учрайди. Улар, одатда анча қийин кечади. Кўпинча озиқ-овқат аллергияси билан боғлиқ бўлган теридаги ўзгаришлар эритемали везикуляр дерматитлар кўринишида намоён бўлади. Озиқ-овқат аллергияси бўлган 50 фоиз болалар ҳаётининг биринчи йилидаёқ экзема (гуш) билан азобланадилар. Касаллик болани сунъий овқатлантиришга утказишдан кейин пайдо бўлади. Сигир сути билан сунъий овқатлантирилаётган ёш болаларда озиқ-овқат аллергиясининг кўриниши, одатда экссудатив диатез деб ташҳисланувчи теридаги патологик ўзгаришлардан иборат бўлади. Уларга бошнинг сочли қисмларида ёгли қатламлар пайдо бўлиши, ёноқнинг қизариши ва кейинчалик чов соҳаларида бичилишлар юзага келиши киради. Агар болани сутли арадашмалар билан боқиш

давом этирилса, касаллик ривожланиши кучаяди, экс-судатив диатездан экзема вужудга келади. Болалардаги озиқ-овқат аллергиясининг теридаги кўринишлари орасида тугунчали тошмалар учрайди улар строфулус (қичима) деб ташхисланади. Улар кўпинча оёқ ва қўлларнинг букилувчи юзаларида, оёқ кафтларида, қўл кафтларида жойлашган бўлади. Озиқ-овқат аллергиясининг кўриниши ташқи ва ўрта қулоқнинг яллигланиши, ринит ва бошқа аъзолардаги шикастланиш белгилари билан ўтиши мумкин. Шунингдек, қулоқ олди безининг ўткир ва сурункали яллигланиши паротит ҳам қайд этилган. Паротит кўпинча тухумга, сутга, шоколадга аллергия бўлган ҳолларда учрайди. У, одатда катарал шиллиқ қаватининг яллигланиши кўринишида кечади. Касаллик тез бошланади ва бир неча соат ёки кундан кейин соғайиш билан яқунланади. Озиқ-овқат аллергиясининг ниҳоятда кўп учрайдиган клиник кўринишларидан бири — бронхиал астма ҳисобланади. Болаларда озиқ-овқат аллергиясининг ўзи бронхиал астма сабабчиси сифатида 16 фоиз ҳолларда. 45 фоиз ҳолларда эса бошқа аллергенлар билан биргаликда кузатилади. Сут, тухум ва балиққа нисбатан аллергия бошқа маҳсулотларга қараганда кўпроқ қайд этилади.

Катталарда озиқ-овқат аллергияси билан боғлиқ бўлган бронхлардаги ўзгаришлар кам ҳолларда учрайди. Озиқ-овқат аллергияси бронхиал астмани келтириб чиқарувчи биргина омил сифатида катталарда 5 фоиз беморларда, бошқа аллергенлар билан биргаликда эса 22 фоиз беморларда аниқланган. Бронхиал астманинг келиб чиқиш сабаблари ўрганилаётганда турли аллергенларга нисбатан кесишувчи реакциялар бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиш лозим. Масалан, амброзияга сезувчанлик ортиши билан боғлиқ бўлган пичан иситмасида беморда амброзия оиласига мансуб бўлган ўсимликларга кирувчи маҳсулотларни овқат билан бирга истеъмол қилиш натижасида ҳам бўғилиш ҳолати бўлиши мумкин. Поллинозда беморда қора бугдой (жавдар) чангига сенсibiliзациянинг бўлиши — қора бугдойдан тайёрланган нонни истеъмол қилганда ҳам белгиларнинг пайдо бўлиши кузатилади. Баъзи дарахт

чангларига сезувчанликнинг ортишида беморларда ёнгоқ, холва истеъмол қилгандан кейин ҳам аллергик реакциялар пайдо бўлади. Озиқ-овқат аллергияси болалар орасида, кўпроқ ўғил болаларда, катталарда эса аёлларда кўпроқ учрайди. Айниқса, бир ёшгача бўлган болалар орасига озиқ-овқат аллергияси натижасида юзага келган бронхиал астма кўп кузатилади. У, асосан тухумга, сутга ва бугдой унига нисбатан аллергия билан боғлиқ бўлади. Озиқ-овқат аллергиясини тахикардия, қон босимининг тушиб кетиши ва васкулит билан намоён бўлувчи юрак қон-томир тизими касалликлари кўринишида ҳам аниқлаш мумкин. Озиқ-овқат аллергиясининг энг оғир кўринишларидан бири — анафилактик реакция ҳисобланади.

Озиқ-овқат аллергияси периферик қондаги ўзгаришлар лейкопения, эозинофилия, лимфоцитоз реакцияларида намоён бўлиши мумкин. Болаларда кўпинча аллергик гранулоцитопения ва тромбоцитопения ривожланади. Озиқ-овқат аллергиясида асаб тизимидаги бузилишлар умумий астенизация (иш қобилиятининг пасайиши), асабийлашиш, уйқусизлик ҳам кузатилиши мумкин. Демак, озиқ-овқат аллергиясининг кўринишлари организмнинг деярли барча аъзоларида ва тизимларида кузатилиши мумкин.

Ташҳиси. Озиқ-овқат аллергиясининг жуда кўп турланишлари мавжуд, аммо у кўпроқ ошқозон-ичак йўли касалликлари кўринишида юзага чиқади. Озиқ-овқат аллергиясини ташҳислаш айрим ҳолларда шифокор учун қийинчиликларни тугдиради. Қатор касалликлар озиқ-овқат аллергияси белгиларига ўхшаш белгиларни келтириб чиқариши мумкин (дисбактериоз, ошқозон-ичак йўллариининг сурункали касалликлари, ферментлар етишмаслиги).

Озиқ-овқат аллергиясининг ташҳиси аллергологик анамнез йиғишдан бошланади. Бунда қариндош-уруғларнинг аллергик касалликларига, болаликда бошдан ўтказган аллергик касалликларга, касалликнинг кечишига озиқ-овқатларни сифати ва миқдорининг таъсирига, касбга оид зарарли омилларга эътибор берилади. Овқатланиш кундалигини ёзиб боришга айниқса катта эътибор қаратилади. Унда ҳар куни истеъмол

қилинган овқатлар миқдори ва сифати, қандай ишлов берилиши ҳақида қайд этиб борилади. Бу даврда бирор дори моддани белгилаш мақсадга мувофиқ эмас. Овқатланиш кундалигини энг камида бир ой давомида ёзиб бориш керак. Агар бирор маҳсулот аллергия реакцияга сабаб бўлса, у рациондан чиқариб ташланади. Озиқ-овқат аллергиясининг циклик равишда кечиши туфайли айрим ҳолларда касалликнинг турли босқичларида бир хил маҳсулотнинг ўзи баъзан аллергияга сабаб бўлса, баъзан ҳеч қандай аллергия реакция чақирмаслигига олиб келади. Озиқ-овқат аллергиясини ташҳислаш учун бўлиб-бўлиб ўтказиладиган парҳез таклиф этилган. Бунда гумон қилинган маҳсулот 4 кунда бир марта қабул қилинади. Бу вақт мобайнида қонда етарли миқдорда антитело йигилади. Ошқозоничак йўлининг сурункали касалликларида, аллергия билан боғлиқ бўлмаган ҳолда айрим озиқ-овқат маҳсулотларини ҳазм қила олмаслик кузатилади. Масалан, колитда беморлар қовунни, сутни ёмон ҳазм қилади. Холециститда эса тухум ва помидорни ёмон ўтказади.

Озиқ-овқат аллергиясини ташҳислаш учун истисно қилиш (элиминация) синамасининг 3 хил тури қўлланилади.

1. Гумон қилинаётган маҳсулот 7—10 кунга истеъмолдан чиқариб ташланади.

2. Асосий парҳездан энг кучли аллергиялик хусусиятига эга бўлган (облигат) аллергиялар (шоколад, ёнғоқ, тухум, сут) чиқариб ташланади.

3. 5 кунгача очлик белгиланади, кейин эса секин-аста кундалик овқатларга турли маҳсулотлар киритилади. Касаллик белгиларининг гумон қилинаётган озиқ-овқат маҳсулотларини чиқариб ташлагандан кейин йўқолиб, яна овқат билан қабул қилингандан кейин пайдо бўлиши касалликни аллергия табиятга эга эканлигидан далолат беради. Провокацион синамаларни ўтказишда гумон қилинаётган озиқ-овқат маҳсулоти 5 кун олдин истеъмолдан чиқариб ташланиши керак. Синама қорин очлигида, наҳорда ўтказилади. Турли мутахассисларнинг маълумотларига кўра провокацион

синама юқори аниқликда бўлиб чиқди. 70 фоиз беморларда натижалар мос келди.

1920 йилдаёқ Видаль аллергик реакцияларда қонда лейкоцитлар ва тромбоцитлар миқдори камайишини кўрсатиб берди. У ҳозирги пайтда озиқ-овқат аллергиясини ташҳислашда ишлатилади.

Лейкопения ва тромбопеник синамалар провокацион синамалар билан биргаликда ўтказилади. Аллерген деб ҳисобланган озиқ-овқат маҳсулоти чиқариб ташланиб, тозалаш ҳуқнаси ўтказилгандан кейин ва дори моддаларини (гистаминга қарши моддалар, гормонлар) қабул қилиш ҳам тўхтатилгандан кейин периферик қондаги лейкоцитлар ва тромбоцитлар текширилади. Бундан ташқари, қон босими, томир уриш тезлиги ҳам аниқланади. Бронхиал астмаси бўлган беморларда пневмотахометрия ўтказилади. Беморга эрталаб наҳорга 100 г текшириляётган маҳсулот берилади. Кейин юқорида кўрсатилган ҳамма текширишлар овқат қабул қилингандан 30, 60, 90 дақиқа ўтгач ўтказилади. Агар қон босими 10 мм симоб устунидан кўп миқдорга пасайиб, томир уриши 1 дақиқада 20 мартага тезлашган, лейкоцитлар миқдори 1 мм^3 да 1000 дан кўпроқ миқдорга пасайган, тромбоцитлар миқдори 25 фоизга камайган, ташқи нафас функцияси 14 фоизгача пасайган ҳолатларда синама ижобий ҳисобланади. Синамалардан кейин касалликнинг белгилари пайдо бўлса, синама янада маълумотлироқ ҳисобланади. Озиқ-овқат аллергенлари билан терида ўтказиладиган аллергик синамалар скарификация йўли билан ҳам, тери ичига киритиш йўли билан ҳам ўтказилиши мумкин. Аллергенни тери ичига киритишда кўпроқ маълумот олинса ҳам, у кўпинча касаллик хуружини ва умумий реакцияларни келтириб чиқариши мумкин. Улар, одатда тез содир бўладиган реакциялар типига ўтиши мумкин. Кўп сонли муаллифларнинг маълумотларига қараганда терида ўтказилган синамалар озиқ-овқат аллергияси бўлган беморларнинг 30 фоиздан кўпрогида мусбат бўлиб чиққан. Шуни ҳам ёдда тутиш лозимки, теридаги синамалар ёлгон мусбат ёки ёлгон манфий реакциялар ҳам бериши мумкин.

Синамадан олдин қўйиладиган аллергенларга мувофиқ келадиган озиқ-овқат маҳсулотлари истеъмолдан чиқариб ташланади. Синама ўтказиш учун бир хил маҳсулотдан тайёрланган ёки бир неча маҳсулотдан тайёрланган бирикма аллергенлар қўлланилади. Теридаги синамалар натижаси фақат бошқа текшириш усуллари билан биргаликда баҳоланади. Озиқ-овқат аллергенига нисбатан пайдо бўлган, қонда эркин ҳолда айланиб юрувчи, антителони аниқлаш учун бир неча усуллардан фойдаланилади. Масалан, Праустнитц-Кюстнер бўйича антитело (суст) ўтказиш усули, Шелли усули бўйича базофилларнинг шикастланиш реакцияси, Бойден бўйича билвосита гемагглютинация, тўйинган ҳужайралар тузилишининг бузилиш реакциялари, лейкоцитоллиз ва радиоаллергосорбент усуллари (РАСТ) шулар жумласига киради.

Озиқ-овқат аллергиясини аниқлаш учун ҳужайра реакцияларининг юқори сезувчанликнинг секин-аста содир бўладиган типлари, лимфоцитлар бласттрансформацияси (шаклини ўзгариши), лейкоцитлар ҳаракатланишининг тўхтатилиши каби реакциялардан фойдаланиш ҳам мумкин. Тухумга, сутга нисбатан озиқ-овқат аллергиясининг клиник кўриниши бўлган атопик дерматит билан касалланган болалар қонида тухум оқсилга қарши ва сутдаги бета-лактоглобулинга қарши махсус иммуноглобулинларнинг юқори миқдорда бўлиши аниқланган. Озиқ-овқат аллергиясини ташхислаш тиббий асбоб-ускуналардан фойдаланиш йўли билан ҳам амалга оширилади. Рентген нурлари ёрдамида текшириш бир неча босқичда ўтказилади. Аллерген маҳсулотни истеъмолдан чиқариб ташлагандан 5 кун ўтгач, беморга барий сульфат бўтқаси берилади. Рентген нурлари ёрдамида ошқозон ва ичакларнинг ҳаракат-кўчириш функциясч, яъни ошқозонга тушган маҳсулотнинг ошқозон-ичак йўлидаги ҳаракатланишини кузатиш орқали текширилади. Кейинги куни эрталабки нонуштадан кейин (сульфат барий + озиқ-овқат маҳсулоти) қайтатдан текшириш ўтказилади. Озиқ-овқат аллергияси бўлган беморларда ошқозон ичидаги нарсанинг ҳаракати кескин секинлашган ёки кескин тезлашган бўлиб қолади. Ингичка

ичак сиқилиши кузатилади. Бундан ташқари озиқ-овқат аллергияларини аниқлашда электрогастрография (электр асбоблари ёрдамида меъда биотокларини ва механик ҳаракатини ёзиб олиш) усули ҳам қўлланилади. Бу аппарат (асбоб) ошқозон-ичак тизимининг механик фаолияти ҳақида маълумот берувчи ошқозон биотокларини ёзиб олишга имкон беради. Электрогастрограмма доимий равишда қабул қилинадиган (стандарт) овқатларни истеъмол қилишдан олдин ва истеъмол қилиб бўлгандан кейин ҳамда “аллергик” овқатдан кейн ёзиб олинади. Озиқ-овқат аллергиясида ошқозонни таъсирланганлигини кўрсатувчи ўзгаришлар кузатилади.

Микроскопик текшириш мақсадида ошқозон шиллиқ қаватидан кесмалар олиш усули ҳам (биопсия) қўлланилади. Аллергияда ошқозон шиллиқ қавати қон томирларида қоннинг туриб қолиши (стаз), шиш, эозинофилли ва лимфоидли инфильтрациялар кузатилади. У ошқозон шиллиқ қаватидаги маҳаллий аллергик реакцияни аниқлашга имкон беради. Клиника шароитида элиминация (аллергенни истисно этиш) — провокацион (аллерген овқатларни оч қоринга бериб кўриш) синамалар энг кўп маълумот берувчи синама бўлиб қолмоқда. Юқорида кўрсатиб ўтилган синамаларнинг ҳеч қайсиси озиқ-овқат аллергиясини тасдиқлаш учун мутлоқ ишончли, деб ҳисобланмайди.

Қатор мутахисслар озиқ-овқат аллергиясидан ташқари алиментар (озиқ-овқат орқали) ва ҳазм қилишдаги аллергияни фарқлайдилар. Буни аниқлаш ташҳисда муҳим аҳамиятга эга бўлади. Алиментар аллергияда ҳазм қилиш йўлига тушувчи турли озиқ-овқат қўшимчалари, бўёқлар, консервантлар, дори моддалар антиген бўлиши мумкин. Айрим озиқ-овқат бўёқлари (масалан, тартразин) жуда кўп миқдорда простагландинлар ишланиб чиқиши ҳисобига чин бўлмаган (псевдоаллергик) реакцияни келтириб чиқариши мумкин. Антиген-антитело реакциялари натижасида юзага келувчи ошқозон-ичак йўлидаги аллергик ўзгаришлар антигенни қайси йўл орқали тушишидан қатъи назар ҳазм қилишдаги ёки дигестив аллергия деб айтилади. Бемор организмга антиген нафас йўли орқали ёки

муолажалар (инъекция) орқали ҳам тушиши мумкин. Баъзи мутахассислар озиқ-овқат аллергиясини бирламчи ва иккиламчи турларга ажратадилар. Бирламчи аллергия дейилганда иммунологик бузилишлар таъсири остида вужудга келадиган ўзгариш тушунилади, иккиламчи аллергияда эса овқат ҳазм қилиш аъзоларидаги сурункали касалликлар, ферментлар етишмаслиги, гижжалар таъсирида ўзгаришларнинг пайдо бўлиши тушунилади. Катталарда кўпроқ озиқ-овқат ва бошқа аллергияларга аллергия биргаликда кузатилади.

Қуйидаги жадвалда озиқ-овқат аллергиясининг чин ҳақиқий ва ёлгон шакллари ташҳислаш учун айрим курсаткичлар йигидиси берилган.

1-жадвал

Озиқ-овқат аллергиясининг чин ва ёлгон шакллари ташҳиси курсаткичлари

Касаллик белгилари	Касалликнинг ҳақиқий шакли	Касалликнинг ёлгон шакли
1	2	3
Ирсий аллергия касалликлар	50% дан кўпроқ	10% дан кўпроқ
Ёндош келган аллергия касалликлар	80% дан кўпроқ	10% дан кўпроқ
Ошқозон-ичак йули касалликлари	25% дан кўпроқ	80% дан кўпроқ
Гепатобилиар (жигар-ут йули) тизими касалликлари	40% дан кўпроқ	60% дан кўпроқ
Марказий асаб тизими касалликлари	30% дан кўпроқ	80% дан кўпроқ
Теридаги мусбат синамалар	60% дан кўпроқ	5% дан кўпроқ
Провокацион ва элиминация синамаларининг мусбат бўлиш ҳоллари	80% дан кўпроқ	30% дан кўпроқ
Қондаги умумий IgE микдорининг ортиши.	80% дан кўпроқ	10% дан кўпроқ
Қондаги махсус Ig 4 микдорининг ортиши.	80% дан кўпроқ	20% дан кўпроқ
Қонда айланаб юрвчи антителининг бўлиши.	80% дан кўпроқ	20% дан кўпроқ

Озиқ-овқат маҳсулотини кўтара олмаслик (ҳазм қила олмаслик) ошқозон-ичак йулидаги бирор фермент ишлаб чиқаришнинг ирсий бузилиши билан ёки ҳаёти давомида юзага келган орттирилган етишмовчилик,

озиқ-овқат маҳсулотларини ферментлар таъсирида парчаланиб, бошқа моддалар яратилишининг бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ошқозон-ичак йўлидаги ферментлар етишмаслиги билан боғлиқ бузилишлар, углеводлар, аминокислоталар, ёғ ва ёғ кислоталарини ҳазм қила олмаслик ҳолатлари билан бирга қўшилиб келади. Масалан, катталардаги сутни ҳазм қила олмаслик сут таркибидаги лактазани парчаловчи лактаза ферментининг етишмаслиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу ҳолатни даволаш учун сутни бутунлай истеъмолдан чиқариб ташлаш керак. Дифференциал ташҳис сутга ҳақиқатдан ҳам аллергия борми ёки ферментлар етишмаслиги (энзимопатия) туфайли аллергия реакция пайдо бўлаяптими шуни аниқлаш мақсадида беморга таркибида лактаза бўлмаган қатиқ ёки сузма бериб кўрилади. Агар сутга аллергия бўлса, бу маҳсулотлар ҳам ёмон ҳазм қилинади. Сутни яхши ҳазм қила олмаслик фермент етишмаслигини кўрсатади. Даволаш мақсадида беморларнинг кундалик овқати таркибига лактаза ферменти киритилади.

Дуккакли ўсимликлар маҳсулотини ҳазм қила олмаслик фавизм деб юритилади ва у гемолитик камқонлик кўринишида юзага чиқади. Ловия, нўхот истеъмол қилинганда эритроцитларнинг емирилиши (гемолиз) содир бўлади.

Кичик ёшдаги болаларда аминокислоталарни ҳазм қила олмаслик билан боғлиқ бўлган касаллик учраши мумкин. Уларнинг асосида кўпинча фенилакин, лейцин алмашинувининг бузилиши ётади. Бунда бемор организмга озиқ-овқат маҳсулотлари билан аминокислоталар киришини чегаралаш керак.

Глютеинли энтеропатия — оқсил алмашинуви маҳсулотларни ҳазм қилишни бузилишининг энг кўп учрайдиган ва ўрганилган шакли ҳисобланади. У целиакция (айрим дон маҳсулотларидаги клейковин оқсилени кўтара олмаслик натижасида ичакда сўрилиш жараёнининг бузилиши) шаклларида бирини ўзида намоён қилади. Касалликнинг ривожланиш механизмида бир неча ген орқали юзага келган ферментлар танқислиги, ичак шиллиқ қаватидаги инфекциялар ва заҳарли моддалар билан зарарланиш иштирок этади.

Касалликнинг клиник кўриниши бетўхтов ич кетиши билан юзага чиқади.

Даволаш усуллари. Даволаш учун истеъмол қилинаётган овқат таркибидан бугдой ва жавдар (қорабугдой) нон, бўтқалар, ундан тайёрланган маҳсулотлар чиқариб ташланади. Озиқ-овқат аллергиясининг ўткир кечаётган даврида гистаминга қарши моддалар кенг қўлланилади. Озиқ-овқат аллергияси умумий аллергия реакциялар билан бирга қўшилиб келган ҳолларда эса кортикостероид гормонлар ҳам киритилади. Гистоглобулин билан даволашда ҳам юқори самара олинган.

Симптоматик (бергиларга қараб) даволаш усулига ҳам катта эътибор берилади. Аллергенни чиқариб ташлаш мақсадида ошқозон ва ичакларни ювиш тавсия қилинади, юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар огриқ қолдирувчи, спазмолитик воситалар белгиланади. Касалликнинг ўткир даврида бутунлай овқат емаслик тавсия қилинади. Кейинчалик озиқ-овқат аллергиясининг турига боғлиқ ҳолда парҳезни кенгайтириш мумкин. Сурункали озиқ-овқат аллергиясини даволаш учун жуда кўп усуллар мавжуд. Улар орасида энг кўп тарқалгани — бу гипоаллергик парҳез усули бўлиб, у кучли аллергиялик хусусиятига эга бўлган (облигат) озиқ-овқат маҳсулотларини кундалик истеъмолдан чиқариб ташлашга асосланган. Ширинликларни, сигир сути, ундан тайёрланган маҳсулотлар ҳамда қизил рангдаги сабзавот ва меваларни тавсия қилинмайди. Бир қатор чет эл мутахассислари парҳезнинг 4 хил турини таклиф этишган. Уларнинг ҳар бирида истеъмолдан чиқариб ташланадиган маҳсулотлар сони секин-аста кўпайтирилиб борилади.

Енгиллаштирилган парҳез усули ҳам ишлаб чиқилган бўлиб, унинг асосида 12—15 кун давомидаги очликдан кейин қайтатдан тикланиш босқичини ўтказиш ётади. Бу усулларнинг механизми — биринчидан, аллергияни истисно қилишга, иккинчидан эса организмга номахсус таъсирга асосланган. Спиртли ичимликлар, гўштли шўрвалар истеъмол қилиш ман этилади. Ҳозирги пайтда гипоаллергик парҳез ишлаб чиқилган бўлиб, унда шоколад, цитрус мевалар, мали-

на, қулупнай, консерва маҳсулотлари ва бошқа маҳсулотлар истеъмолдан чиқариб ташланган. Ошқозон-ичак йўлида касалликлари бўлган беморларда парҳез терапиядан кейин озиқ-овқат аллергияларига толерантлик ортади. Гижжаларни йўқ қилиш, антипротозой воситалар билан даволашлар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Касалликнинг енгиллашган босқичларида санатор-курорт шароитида даволаш фойдали ҳисобланади. Беморларга минерал сувлар, ошқозон ва ичакларни ювиш, қорин соҳаларига балчиқлар қўйиш тавсия қилинади. H_2 рецепторларининг блокаторлари гуруҳига кирувчи (циметидин, тагамет) препаратларни ҳам яхши таъсир кўрсатиши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Улар ошқозоннинг кислота ишлаб чиқариш функциясини пасайтириб, ичак шиллиқ қавати ҳужайраларидан гистамин ажралиб чиқишини йўқ қилади (блоклайди). Кининларга қарши таъсир кўрсатувчи воситалар, протеиназага қарама-қарши препаратлар (трасилол, контрикал) ҳам белгиланади.

Ўткир аллергияк яллиғланишнинг оғир шаклларида глюкокортикоид гормонлар қўлланилади. Ошқозон яраси касалликларида уларни қўллаш мумкин эмас. озиқ-овқат аллергиясини интал билан даволаш ҳам ниҳоятда самарали восита ҳисобланади. Унинг қобиққа ўралган шакли — налкрот белгиланади. Уни овқатдан бир соат олдин 1 капсуладан қўллаш тавсия этилади. Узоқ вақт давомида қайнатиш (оқсилларни бузилишига олиб келиши туфайли) озиқ-овқат маҳсулотларининг аллергиялик хусусиятларини камайтиради.

Ниҳоят, махсус гипосенсибилизация ҳақида ҳам тўхталиб ўтиш лозим. У, асосан қайнатилган сувда эритилган табиий маҳсулотлар билан ўтказилади. Даволаш 1:100 ёки 1:1000 эритмадан бошланади. Дастлаб 1 чой қошиқдан берилади. Ҳар кунлик миқдорини 1 қошиққа ошира бориб, 10 қошиққа етказилади, кейин навбатдаги эритмага ўтилади. Даво муолажалари 2—3 ой давом эттирилади.

ОЗИҚ-ОВҚАТ АЛЛЕРГИЯСИНИ ТАШҚИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ НАМУНАСИ

1. Беморнинг умумий аҳволи ва аллергия кўринишларининг ҳолатига қараб 3—7 кун давомида очлик белгиланади. Бу кунларнинг ҳаммасида у ҳар куни 5—7 стакан сув ичиб туради. Тозалаш ҳуққаси 1 кунда 2 маҳал албатта ўтказилиши шарт. Чой ичиши мумкин, фақат шакарсиз, кечкурун гигиеник душ қабул қилади.

2. Очликдан кейин касалликнинг енгиллашган (ремиссия) даврида 2—3 кун ичида озиқ-овқат аллергиялари билан терида синамалар ўтказилади. Керак бўлса иммунологик текшириш ҳам ўтказилади.

3. Кейин лейкопеник ва провокацион синамалар ҳар куни: 1-куни сут, 2-куни қатиқ, 3-куни тухум, 4-куни нон, 5-куни гўшт, 6-куни картошка, 7-куни сузма ва бошқа гумон қилинаётган маҳсулотлар билан ўтказилади. Олдиндан бемор уйда кўпроқ қайси маҳсулотни истеъмол қилиши аниқлаб олинади.

4. Гижжа тухумларини аниқлаш учун аҳлат икки марта текширилади.

5. Агар беморда аллергиянинг клиник белгилари бўлса, катталарга 400 мл дан гемодез 2—3 кун қўйилади. Кечасига гистаминга қарши препаратлар инъекция кўринишида (тавегил) белгиланади.

6. Ошқозон-ичак йўлида касаллик аниқланган беморга касалликка боғлиқ равишда ферментлар (панзинорм, фестал, панкреатин, аллохол, ошқозон шираси) белгиланади.

7. Парҳезга ўтгандан кейин уч кун давомида қўйидагилар берилади: сув —1 л, магнезия сульфуриси — 25 гр 1 стакандан куннинг биринчи ярмида (5 кун).

8. Очликдан кейин беморнинг овқатланиши провокацион (оч қоринга гумон қилинаётган овқатни бериб кўриш) синамаларга боғлиқ. Агар юқорида кўрсатилган маҳсулотларга нисбатан аллергия аниқланмаса, бу ҳолда парҳез кенгайтирилади: 1-куни сут (3 стакан), 2-куни сут +қатиқ (ҳар биридан икки стакандан), 3-куни тухум+сут+қатиқ, 4-куни нон+сут+қатиқ+тухум, 5-куни гўшт+тухум+сут+қатиқ+нон, 6-куни картошка қўшилади, 7-куни сузма қўшилади ва бошқалар.

9. Озиқ-овқат аллергени аниқлангандан кейин уни бутунлай истеъмолдан чиқариб ташланади. Углеводлар ва туз қабул қилиш чегараланади.

10. Ошқозон-ичак йўлида касаллик бўлганда курорт зоналарида даволаш белгиланади.

11. Дастлаб диазолин, кейин гистоглобулин бир ойга белгиланади.

12. Фосфор тузлари, кальций таблеткалари 15 кунга белгиланади, цитралнинг спиртдаги эритмаси (2% – 20 томчидан 1 кунда 3 маҳал) бир ой давомида овқатдан кейин тавсия қилинади. Озиқ-овқат аллергиясида даво муолажалари уч ой давом эттиралади.

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИ

Тарқалиши ва таснифи

Аллергик касалликлар сони мамлакатнинг иқтисодий ривожланишига мутаносиб равишда ўсиб бормоқда, чунки илмий-техник ривожланиш билан аллергенлар миқдори ҳам кўпайиб боради. Улар орасида дори моддалар ҳам етакчи ўрин тутаяди. Тиббий амалиётда 25 мингга яқин дори моддаларидан фойдаланилади. Бунда деярли 90 фоиз дори моддалар сўнгги 30–40 йиллар ичида ишлаб чиқилган бўлиб, буни “фармацевтик портлаш” даври деб айтиш мумкин. Нафақат дори моддаларнинг сони, балки уларни организмга таъсир кучи ҳам ўсиб бормоқда. Янги, юқори самарали дори моддаларни жорий этиш даволаш ишларининг яхшиланишига имкон беради. Бироқ организмда дори моддаларга нисбатан ноўя реакцияларни ўсишига, мақсадга мувофиқ бўлмаган натижаларга олиб келишга ва ҳатто огир асоратларга сабаб бўлади. Турли мутахассисларнинг маълумотларига кўра дори моддалар қабул қилган кишиларнинг 10–20 фоизиди дори моддалар келтириб чиқарган асоратлар кузатилади. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда шифохонага қабул қилинган 1000 нафар бемордан 50 нафари дори моддалардан келиб чиққан асоратларни даволаш учун юборилади. Америка Қўшма Штатларида тахминан 30 фоиз беморларда ши-

фохонада даволаш мобайнида бирорта дори моддадан асоратланиш кузатилади, 4 та улим ҳолатидан биттаси дори моддаларнинг асоратлари билан боглиқ. Дори моддалардан келиб чиқадиган асоратларнинг ўсишига ўз-ўзини даволаш, фақат бир хил дори моддаларга ружу қўйиш, бир вақтнинг ўзида бир неча дори моддаларни қабул қилиш сабаб бўлади. Масалан, бир вақтнинг ўзида 8 хил дори қабул қилинганда 10 фоиз беморларда асоратлар кузатилган бўлса, 16 хил дори моддаларни қабул қилинганда эса бу рақам 40 фоизни ташкил қилади. Республикамизда катта ёшдагилар орасида дори моддалар туфайли келиб чиққан аллергия ўртача 1000 нафар аҳолидан 2 тасига тўғри келади. Дори моддаларнинг ноҳўя таъсирлари шифохонада даволанаётган беморларнинг 8 фоизида, амбулатор шароитида даволанаётганларнинг эса 1,5 фоизида қайд этилган.

Дори моддаларига аллергиялар шифохоналарнинг турли бўлимларида (ички касалликлар, жарроҳлик, гинекология) учрайди ва бу барча дори аллергияларининг 50 фоизини ташкил қилади. Терапия йўналишидаги 15 фоиз беморларда дори моддаларга нисбатан аллергия аниқланган. Профилактика мақсадида эмланганларнинг 13 фоизида зардоб касаллиги аниқланган. Анафилактик шок дори модда қабул қилаётган 50 минг бемордан биттасида учрайди. Тиббий ходимларда дори аллергиялари бошқа касбдагиларга қараганда 10 марта кўпроқ учрайди (деярли 26 фоиз тиббий ходимларда). Белоруссияда дори моддалардан аллергия 59 фоиз тиббий ходимларда, тиббий билим юрти талабаларининг 9,7 фоизида аниқланган. Сўнги 10 йил ичида Москвада пенициллинга нисбатан анафилактик шокдан 500 улим ҳолати қайд этилган. Семипалатинск шаҳрининг терапия йўналишидаги шифохоналарининг 4 фоиз беморларида дори моддалардан аллергия кузатилган бўлса, юқумли касалликлар шифохонасида эса 3 марта кўп учраган. Германияда дори аллергияси 5 фоиз беморларда, Англияда уларнинг сони 4 фоизгача булиб, буларнинг 3 фоизга яқини улим билан яқунланади. Винницада катта ёшдаги аҳолини куриқдан утказилганда 2,5 фоиз беморларда дори моддалардан аллергия аниқланди. Йил сайин касалликлар

сони ортиб бормоқда. Касаллик усиши сабабларининг асосийлари: аллергик анамнезни тўғри баҳоламаслик, дори моддаларни кўп миқдорда асоссиз равишда белгилаш (поллипрагмазия), бир-бирига яқин бўлган дори моддаларни белгилаш, жигар ва буйрак функцияларидаги бузилишларни шифокор томонидан ҳисобга олмаслик, дори моддалар билан қўйиладиган теридаги синамаларни нотўғри ўтказиш ҳисобланади. Москва шифохоналаридаги полипрагмазияни таҳлил қилиш натижаси шуни кўрсатдики, фақат 25 фоиз беморлар 5 тадан кам бўлмаган миқдорда, 27 фоиз беморлар эса 25 тадан кўпроқ дори препаратларини бир вақтда қабул қилишган. Дори моддалардан аллергияда турли аъзолар ва тизимлар бир хилда зарар кўрмайди. Ҳар бир дори модданинг аниқ бир аъзога таъсир қилиш хусусияти бўлишига қарамай дори модда аллергияларида кўпроқ алоҳида аъзолар ва тизимлар патологик жараёнга тортилади. Швед қўмитасининг маълумотларига қараганда дори моддаларининг таъсирлари туфайли юзага келадиган асоратлар орасида энг кўп ҳолатларда теридаги ўзгаришлар (25 фоиз), жигарда (13 фоиз), томирларда (10 фоиз) ва қонда (10 фоиз) ноҳўя ҳолатлар қайд этилади. Дори моддалар орасида кўпинча ичиш учун қўлланиладиган контрацептив воситалар (25 фоиз), оғриқ қолдирувчи моддалар (14 фоиз), психотроп моддалар (12 фоиз) ва юрак қон-томир тизимига таъсир қилувчи препаратлар (9 фоиз) турли асоратларни келтириб чиқарадилар. Дори модда аллергиясининг 32 фоиз ҳолати ўлим билан якунланди, шулардан 48 фоизи гемолитик асоратлар оқибатида, 13 фоизи тромбоемболия натижасида, 9 фоиз анафилактик шокдан, 7 фоиз ўлим эса жигардаги асоратлар оқибатида юз берди.

Фармацевтиканинг ҳаддан ташқари ривожланиши асосий аъзолар ва тизимлар функциясига муҳим таъсир кўрсатувчи янги дори моддаларни яратибгина қолмай, уларни ҳаддан ташқари сунистеъмол қилишни ҳам келтириб чиқарди. Шу билан бир қаторда бемор организмга кўп миқдорда дори моддаларни киритиш ҳар доим ҳам керакли натижани бермайди, аксинча касалликнинг кечилиши чуқурлаштиради, беморни шифохонада бўлиш муддатини узайтиради.

Турли гуруҳ препаратларнинг ноҳўя таъсирлари бир хил тезликда юзага келмайди. Бу фақат препаратнинг ўзини ноҳўя самарасигагина боғлиқ бўлмай, балки унинг клиникада қанчалик жадал суръатда ишлатилишига ҳам боғлиқ. Статистик маълумотларга қараганда шифохонада кўпроқ микробга қарши ва паразитларга қарши препаратлар таъсирида юзага келган асоратларга дуч келишга тўғри келади. Уларнинг кўпчилигини антибиотиклар келтириб чиқаради, чунки улар шифокорларнинг амалий иш фаолиятида кўпроқ қўлланилади.

Дори моддалардан келиб чиққан асоратларни ташҳислаш гоятда муҳим ва айна вақтда жуда қийин вазифа бўлиб ҳисобланади. Ўз вақтида аниқланмаган дори асоратлари патологик жараённинг ўсиши ва чуқурлашиши билан хавfli гипердиагностика (бир неча ташҳисни бир вақтда қўйиш) эса асосий касалликни нотўғри ёки тўлақонли даволамай касалликни сурункали формага ўтиб кетишига олиб келади. Дори модда асоратларининг клиник ташҳисини қийинлиги шу билан боғлиқки, кўпинча янги пайдо бўлаётган белгилар асосий касалликнинг ривожланиши туфайли юзага келаяптими ёки дори моддалар билан даволаш натижасида юзага келаятган асоратлар сифатида қўшилиб келаяптими аниқлаш қийин. Ҳатто дори модда асоратлари клиникаси ҳар доим ҳам қайси препарат асорат келтириб чиқарганини аниқлашга имкон бермайди, чунки бемор кўпинча бир вақтнинг ўзида бир неча дори моддани қабул қилади. Антибиотиклар билан узоқ вақт давомида даволанганда келиб чиққан асоратларни замбуругларнинг кандида тури келтириб чиқарган яллиғланишлардан (кандидамикозлар) фарқлаш ҳам жуда қийин бўлади.

Замонавий фикр ва мулоҳазалар ҳулосасини олган ҳолда дори-дармонлардан келиб чиқадиган асоратларни қўйидаги тасниф асосида ажратиш мумкин:

I. Токсик реакциялар:

1. Дори дозасини ошириб юбориш.
2. Дориларнинг метаболизмини сусайиши оқибатида келиб чиқадиган токсик реакциялар.

3. Лимф ва буйрак органларининг фаоллиги су-
сайиши оқибатида келиб чиқадиган реакциялар.

4. Кечикиб келадиган токсик реакциялар (терато-
ген ва канцероген эффе́ктлар).

II. Суперинфекция ва дисбактериозлар.

III. Дори таъсири остида бактериолиз ҳолатидан келиб
чиқувчи реакциялар (Яриш-Герсгеймер реакцияси).

IV. Алоҳида сезгирликка эга бўлган популяцияда пайдо
бўлувчи реакциялар:

1. Экземопатия ҳолатида пайдо бўлувчи ва псевдо-
аллергик реакциялар.

2. Аллергик реакциялар.

V. Психоген реакциялар.

Қуйидаги бўлимда фақат ҳақиқий аллергия реакция
ларга эга бўлган касалликлар ҳақида сўз боради.

“Дори аллергияси” дори-дармонлар қабул қилин-
гандан кейинги асорат ҳисобланиб, унинг ривожлани-
шида фақат иммунологик механизмлар ётади. Дори
асоратидан келиб чиқадиган аллергиялар бошқа аллер-
гик бўлмаган ҳолатлардан қуйидаги белгилари билан
фарқланади.

1. Дори аллергияси натижасида келиб чиқадиган
аллергик реакциялар шу дорини фармакологик таъсир
жараёнини кўрсатмайди.

2. Улар дорининг жуда оз миқдоридан ҳам юзага
келиши мумкин.

3. Кўп ҳолларда аллергия реакциялар дори билан
мулоқатда бўлганда 5—6 кун ичида пайдо бўлади.

4. Дори аллергияси албатта аллергия касалликлар-
нинг классик белгиларини ўзида мужассамлантиради.

5. Аллергик касалликларнинг клиник белгилари
шу аллерген дорини қайта юборилганда ўз аксини яна
намоён этади.

6. Баъзи бир дориларнинг антигенлик ва кимёвий
хоссалари умумий бўлиши сабабли аллергия реакция-
ларни турли гуруҳга мансуб бўлган дорилар келтириб
чиқаради.

Аллергик хусусияти бўлган дори моддалар қатор
гуруҳларга бўлинади.

Биринчи гуруҳга кирувчи дорилар — ҳақиқий ал-
лергенлар — IgE ишлаб чиқиш билан кечадиган аллер-

гик реакциялар. Ҳақиқий аллергияларга зардоблар, эндокрин препаратлари, ферментлар ва бошқа оқсил моддалар киради. Уларга яна гаптенлар, яъни қон оқсили билан қўшилгандан кейин аллергия бўлиб қоладиган моддалар (пенициллин, цефалоспоринлар, сульфаниламидлар) ҳам ёндош ҳисобланади. Ҳақиқий аллергиялар тез содир бўладиган аллергия реакцияларни келтириб чиқаради. Секин-аста бўладиган реакцияларни эса нитрофуран гуруҳига кирувчи препаратлар юзага келтиради. Дори моддаларнинг катта гуруҳи ҳақиқий бўлмаган (псевдоаллергик) реакцияларни, яъни биринчи (иммунологик) босқичи бўлмаган реакцияларни келтириб чиқаради (рентгеноконтраст препаратлар, оғриқ қолдирувчи, маҳаллий оғриқсизлан-тиришда ишлатиладиган дори моддалар).

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

Дори моддаларидан келиб чиққан асоратларнинг клиник белгиларини турли хилдаги кўриниши ҳозирги даврда уни амалиёт учун зарур бўлган классификациясини тузишда қийинчилик тугдирмоқда.

Айрим олимлар хасталикни патогенези асосида тузиш керак десалар, бошқа бир гуруҳ олимлар иммунологик жараён асосида тузиш керак дейдилар. Шунинг учун ҳозирги амалиётда шифокорларга А. Д. Адо (1963) таклиф этган классификациядан фойдаланиш маъқул кўрилади. Бу классификация асосида дори аллергияси келиб чиқиш даражасига қараб 3 гуруҳга бўлинади:

✓ I гуруҳ – касаллик клиник белгиларининг тез юзага чиқувчи (анафилактик шок, ўткир қаварчиқлар, Квинке шиши, ўткир гемолитик анемия) тури.

II гуруҳ – кечроқ бошланувчи, яъни 24 соатдан кейин клиник белгилари пайдо бўлувчи касалликлар (агранулоцитоз, тромбоцитопения, макула-папулез экзема, баъзан дори “иситмаси”) тури.

III гуруҳ – кеч ривожланувчи (48 соатдан сўнг, баъзида эса 1 ҳафтадан кейин) касаллик белгилари (зардоб касаллиги, артритлар, лимфаденитлар, гепатит ва нефритлар) пайдо бўлувчи тури.

Дори моддага сенсibiliзация пайдо булгандан кейин, бемор бу дорини қабул қилмаётган бўлса ҳам, ойлар ва ҳатто йиллар касаллик белгилари давом этиши мумкин.

Дори аллергиясининг клиник кўриниши айрим хусусиятларга эга:

1. Иситма кўтарилиши, бирга қўшилиб келувчи умумий касаллик белгилари билан бирданига бошланиш.

2. Бир вақтнинг ўзида бир неча аъзолар ёки тизимларнинг зарарланиши.

3. Белгиларни препарат турига боғлиқ бўлмаслиги.

Дори аллергиясида теридаги тошмалар турли хил кўринишда бўлиши билан тавсифланади. Улар догсимон, тугунчали, қавариқсимон, пуфакчали, қизил догли, қизамиқ тошмаларга ўхшаш, скарлатина (қизилча) тошмаларига ўхшаш, баъзан эса бир вақтнинг ўзида турли хил тошмалар кўринишида бўлиши мумкин. Баъзида касаллик жараёнида бир хил тошмадан бошқа хилга ўтиши кузатилади, тошмалар йиринглаш билан асоратланиши мумкин. Бугунги кунда дори моддалар билан даволаш асоратларининг нафақат муайян бир таснифи, балки уни қандай ном билан аташ масаласи ҳам ҳал қилинмаган. Шунинг учун шифокорлар бу муаммони ечишда қийинчиликларга дуч келадилар.

Дори аллергиясидан келиб чиқадиган клиник синдромлар ўзининг турли хил кўришлари билан фарқланади. Улар баъзи ҳолда тери қаватида пайдо бўлиши билан бир вақтда бошқа органларни (упка, жигар, буйрак ва бошқалар) ҳам шикастлаганини кўриш мумкин.

Адабиётларда ёзилган жуда кўп синдромлар ичида шифокор тажрибасида тез-тез учраб турадиган дори аллергиясидан келиб чиқадиган касалликлар устида фикир юритамиз.

Тери қаватида ривожланадиган дори аллергиясининг клиник кўринишлари. Ўткир эшакеми бирдан бемор терисига қаварчиқлар тошиши ва кучли қичишиши билан бошланади. Қаварчиқлар тери дамидан кўтарилиб туради ва пушти-қизил рангда, шакли

юмалоқ ёки чўзинчоқ бўлиши мумкин. Баъзан улар бир-бири билан қўшилиб ҳар хил шаклга киради. Бунда беморнинг умумий аҳволи ўзгаради, тана ҳарорати кўтарилади, дармонсизлик, меъда-ичак фаолиятининг бузилиши, “эшакемли лихорадка” кузатилади. Эшакем баданнинг турли қисмига тошиши мумкин. Тошмалар кўпинча ҳиқилдоқ, ҳалқум ва бошқа соҳа шиллиқ қаватларида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунда шу жойлар шишиб, нафас олиш ва ютиш қийинлашади. Бир неча соатдан кейин эшакем батамом йўқолади, баъзан қайталаниб туради.

Квинкнинг ўткир чекараланган шиши (ангионевротик шиш) — ўткир эшакемнинг бир тури бўлиб, терида (ёки шиллиқ қаватда), тери ости клетчаткасида ёки жинсий аъзоларда чегараланган шиш пайдо бўлиши билан ифодаланади. Тери дағал, оқиш ёки пушти рангда бўлади. Беморлар қичишишга шикоят қилмасликлари ҳам мумкин. Бу кўпинча оддий эшакем билан бирга кечади. Квинкнинг чегараланган шиши хавфлироқ бўлиб, унинг ҳиқилдоқдаги тошмалари стеноз ёки асфиксияга сабаб бўлиши мумкин.

Кўп шаклли экссудатив эритема. Касалликка хос тошмалар кўпинча сульфаниламид, амидонирин, барбитурат, тетрациклин ва бошқа дори-дармонларни қабул қилингандан сўнг тошади. Касалликнинг асосида токсикоаллергик реакция ётади.

Клиникаси. Кўп шаклли экссудатив эритема ўткир кечиши ва фаслга боғлиқлиги (асосан, баҳор ва кўзда учрайди), шунингдек полиморф тошмалари ҳамда тез-тез қайталаниб туриши билан ифодаланади.

Тошмалар дастлаб кўл ва оёқнинг ташқи юзасида пайдо бўлиб, аста-секин тананинг бошқа соҳаларига тарқалади. Кўпинча огиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қавати ҳам зарарланади. Бирламчи элементлардан эритематоз доғлар, “экссудатив” тугунча, пуфак, пуфакча ва қаварчиқлар кузатилиши мумкин. Аксарият ҳолларда касаллик гиперемияли шишган доғлар ёки тезда катталашиб кетадиган тугунчалар билан бошланади.

Элементлар периферия томон катталашиб бориши ва ўртасида чуқурча ҳосил бўлиши мумкин. Элемент-

ларнинг атрофи пушти-қизил, маркази эса кўкимтир бинафша рангда бўлади.

Пуфакли элементлар ичида сероз, баъзида эса геморрагик суюқлик тутади. Пуфакларнинг пўсти тез ёрилади ва безиллаб турадиган эрозиялар ҳосил бўлади, уларнинг усти геморрагик ва саргиш-кулранг пўст билан қопланади. Тошмаларнинг полиморфлиги касалликнинг асосий белгиси бўлиб, шунинг учун ҳам дерматоз кўп шаклли эритема деб юритилади. Баъзан тошмалар олдидан беморнинг иссиғи чиқади, дармони қуриydi, эти увушади, боши, томоғи ва бўғимлари огрийди. Бемор даволанмаса ёки даво чоралари етарли даражада бўлмаса, кўп шаклли экссудатив эритема Стивенс-Жонсон ёки Лайелл синдромига ўтиши мумкин.

Стивенс-Жонсон синдроми кўп шаклли экссудатив эритеманинг огир ва ўткир хили ҳисобланади. Касаллик бирдан ҳароратнинг кўтарилиши, бўғимлар ва бош огриғи, огиз, кўз, жинсий аъзолар шиллиқ қаватида пуфакли тошмалар тошиши билан бошланади; касаллик ички аъзоларнинг яллиғланиши (плевропневмония, эндомиокардит), артрит, менингит ва бошқа патологик жараёнлар билан бирга кечиши ҳам мумкин. Бунда беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, тери ва шиллиқ қаватлардаги эрозиялар бирлашиб, катта соҳаларни эгаллайди ва улардан қон оқиши кузатилади.

Лайелл синдроми дори-дармонлар таъсирида вужудга келадиган касалликнинг энг огир хили бўлиб, у Стивенс-Жонсон синдромидан терининг каттагина юзасидан эпидермиснинг кўчиши билан фарқланади ва ҳосил бўлган манзара бамисоли куйган каби, аҳволи жуда огир бўлади. Бунда баданнинг 80—90 фоиз териси зарарланади, Никольский феномени ва Асбо-Хансен симптомлари мусбат бўлади. Стивенс-Жонсон синдромида тошмалар, асосан шиллиқ қаватларда (табiiй тешиклар — огиз, бурун, орқа чиқариш канали, сийдик йўли атрофида) жойлашса, Лайелл синдромида (агар бу касаллик мустақил равишда бошланса) тошмалар шиллик қаватда деярли кам учрайди. Стивенс-Жонсон синдромида теридаги тошмалар дори таъсиридан 4—6 кун

ўтгандан сўнг пайдо бўлса, Лайелл синдромида эса 1—2 кундан кейин тошади.

Кўп шаклли экссудатив эритемани бошқа тери касалликларидан фарқлаш қийин эмас ва ташҳиси юқорида айтиб ўтилган клиник белгиларга асосланади.

Дори аллергиясиз васкулити. Антибиотиклар, сульфаниламидлар, пирамидон ва фенотиодин бирикмалари кўпроқ аллергиясиз васкулитларга сабаб бўлади.

Клиникаси. Касалликнинг тўсатдан бошлаши, тошмаларнинг оёқларда симметрик жойлашиши, полиморфологик ва улар геморрагик компонентларга эга эканлиги васкулитларга хос бўлган умумий белгилардир.

Ўткир тугунли эритема тез вақт оралигида тошмалар тошиши билан бошланади, ҳарорат кўтарилади (38°C), бугим ва мускуллар оғрийд. Шунингдек, бош оғриги ва дармонсизлик кузатилади.

Касаллик даво курси бошлангандан 1—2 ҳафта ўтгач пайдо бўлади. Болдир ва елка олди қисмларида симметрик жойлашган, чегараланган, оғриқли қизил тугунлар пайдо бўлади. Бу тугунлар секин-аста катталшиб, ёнғоқдек ва ундан ҳам каттароқ бўлиши мумкин. Сабабчи дори моддани тўхтатиб, аллергияни даволаш курси олингандан сўнг (4—5 кун ичида) тугунчалар камайиб, рангсизланади ва ўзидан кейин пигментли доғ қолдиради.

Анафилактик шок. Маълумки, шоклар уч гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳ — оғриқ туфайли келиб чиқадиган шоклар: экзоген (шикастланишларда, жароҳлик ишлари бажарилган ҳолларда), эндоген (инфарктда, буйрак касалликларида, қорин ичидаги аъзолар касалликларида). Иккинчи гуруҳ — психоген шоклар. Учинчи гуруҳ — гуморал шоклар: қон қуйишда, гемолитик, гормонга қид, захарланиш туфайли.

Бу бўлимда биз фақат анафилактик шок тўғрисида тўхталиб ўтамиз, чунки у дори аллергияси клиникасига тўғридан-тўғри боғлиқ бўлади. Анафилаксия грекча — ўз-ўзини ҳимоя қилиш деган сўздан келиб чиққан булиб, аллергиянинг тез содир бўладиган типига кирди ва кўпроқ аллергиясиз парентераль (тери остига, тери

ичига) юборилганда юзага келади. Биринчи бўлиб бу белгини Рише ва Портъе 1902 йилда таърифлаб берганлар ва улар бу ишлари учун Нобель мукофотига сазовор бўлганлар.

Анафилактик шокнинг клиник манзараси. Одатда, беморлар ҳолсизликдан, хансирашдан, қуруқ йўтал, бутун баданида қизиш ҳолатини сезиш, совуқ тер чиқиш, ўлиб қолишдан қўрқиш ҳисси ва тананинг турли қисмларидаги нохушликлардан шикоят қиладилар. Бемор ўзини қўйгани жой тополмайди, хонада у ёқдан бу ёққа юради. Бадан териси қизариб кетади, бўгилиб антикади, қоринда огриқ сезади. Томир уриши тезлашади, қон босими кескин пасайиб кетади, биринчи дақиқаларда эса қон босими кўтарилиб кетиши ҳам мумкин.

Клиникаси. Анафилактик шок бирданига юз бериши мумкин ва унинг белгилари дори модданинг турига боғлиқ бўлмайди. У дори киритилгандан кейин бир дақиқадан то бир соатга қадар вақт орасида ривожланиши мумкин. У қанчалик тез бошланса, клиникаси шунча огир кўринишда ўтади. Анафилактик шокнинг бир неча клиник турлари мавжуд.

Гемодинамик (қоннинг томирларда юриши) тури. Бунда юрак қон-томир тизимидаги бузилишлар бошқалардан устунлик қилади: юрак соҳасида огриқлар, қон босимининг пасайиши, терида микроциркуляциянинг (қон айланиши) бузилиши (ранглари оқариб ёки қизариб кетиш), томир уриш мақоми бузилиши кузатилади. Юрак қон-томир тизимидаги ўткир етишмовчилик етакчи белги бўлиб ҳисобланади, у кўпинча юракнинг ишемик касаллиги ёки миокард инфаркти билан қўшилиб келади.

Церебраль (бош мияга оид) тури. Бу ҳолларда марказий асаб тизимидаги бузилишлар билан боғлиқ бўлган ўзгаришлар кузатилади. Беморларда ўлимдан қўрқиш ҳисси яққол кўриниб туради, талваса, нафас олиш ва чиқаришдаги бузилишлар, мия шиши белгилари қайд этилади. Шокни кейинчалик ривожланиши оқибатида нафас ва юрак фаолиятини тўхтаб қолиши, менингиал белгилари ва хушини йўқотиш ҳолатлари юз бериши мумкин.

Асфиктик (бўгилиш) тури. Веморларда ҳиқилдоқ, ўпка шиши ва бронхоспазм (бронхлардаги сиқилишлар) пайдо бўлади.

Абдоминал (ошқозон-ичак йўли билан боғлиқ) тури. Бунда кўнгил айнаши, қайт қилиш, ошқозон соҳасида огриқлар бўлиб, кўпинча “ўткир қорин” белгиларини ёлгондан намойиш қилади. Ҳатто ичак тутилиши, ахлат билан қон келиши ҳам кузатилиши мумкин. Аёлларда қиндан қонга ўхшаш оқмалар, тухумдон ва бачадон йўллари соҳаларида огриқ қайд этилади. Шокларнинг алоҳида турлари жуда кам учрайди, кўпроқ улар биргаликда учрайди. Кечиш тезлигига қараб яшин тезлигида кечадиган, қайталанадиган ва абортив (ҳамма белгиларисиз тез тугайдиган) шоклар фарқланади. Яшин тезлигида кечадиган турларида, ҳаёт учун муҳим аъзоларнинг зарарланиши билан боғлиқ бўлган ўлим ҳоллари, одатда, шокнинг биринчи дақиқаларида ёки соатларида юз беради. Абортив шокнинг клиник белгиларида бирданига тузалиш бўлади ва клиник соғайиш юзага келади. Қайталанувчи кечишда эса клиник соғайишдан бир неча соат кейин шок янада огир кечишда қайталаниши мумкин. Анафилактик шокнинг кечиши огирлигига қараб уч босқичга бўлинади. Ёнгил босқич — икки дақиқадан икки соатгача давом этади. Бунда тери қизариши, томоқ қуриши, бурундан назла келиши, бош айланиши, бош огриғи, қон босими кўтарилиши, юракнинг тез-тез уриши, ҳолсизлик кузатилади. Шокнинг ўртача огирликда кечадиган босқичида токсикодермия, Квинке шиши, конъюнктивит, стоматит, юрак тез уриши, юрак соҳаларида огриқ, томир уриш мақомининг бузилиши, қон босимининг пасайиши, холсизлик ва бош айланиши, кўришнинг бузилиши, қўзғалиш ҳолати, ўлимдан қўрқиш хисси, тери рангининг оқариб кетиши, совуқ тер чиқиши, эшитишни пасайиши, қулоқ шанғиллаши, ошқозон-ичак йўли, бронхлар, буйраклар томонидан бузилишлар билан тавсифланади. Шокнинг огир босқичи — коллапс (ранг оқариб кетиши), цианоз, томирнинг ипсимон уриши, қон босимининг пасайиши, кома (чуқур уйқу) ҳолати, хушдан кетиш, кўз

қорачиқларининг кенгайиши, юрак ва нафас фаолиятларининг тўхташи билан тавсифланади.

Анафилактик шокнинг оқибати шифокорнинг қанчалик малакали мутахассис эканлигига, даволаш ишларини ўз вақтида бошлашига ва беморнинг ҳаёти учун муҳим ҳисобланган аъзоларнинг ҳолатига боғлиқ. Турли мутахассисларнинг кўрсатишича ўлим ҳоллари 15 фоиздан 40 фоизгача учрайди. Нотўғри даволашда эса бундан ҳам кўп бўлиши мумкин.

Шокнинг ривожланиш механизми асосида қонни қайта тақсимланишида ўзгариш ётади. Уни бир жойда тўпланиб қолиши, ички аъзолар шишиши, цирроз ва шиллиқ қаватларга қон қўйилиши, ўткир эмфизема юз беради. Бу ўзгаришларнинг ҳаммаси силлиқ мускуллар сиқилиши, томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши, шиллиқ пардаларнинг шишиши, томирлардаги эритроцитлар экссудацияси (атрофидаги тўқималарга чиқиш) ва агрегацияси билан бирга қўшилиб келади. Ёриб кўрилганда бундай беморларда ички аъзоларда, қорин бўшлигида қон тўлиб қолиши, бош мия ва узунчоқ мия пўстлоқ ости қисмлари нейронларида ўзгаришлар кузатилади. Плеврага, эндокард, буйрак усти безлари ошқозон ва ичак шиллиқ қаватларига қон қўйилиш ҳоллари аниқланади. Бу ўзгаришлар жигар яллиғланишининг морфологик манзараси (жигардаги чириган соҳалар билан) гломерулонефрит ва ўпка эмфиземаси билан бирга қўшилиб келади.

ТАШҲИСИ

Дори моддалардан келиб чиқадиган аллергияни аниқлаш усуллари орасида клиник маълумотлар ва анамнез катта аҳамиятга эга. Дори моддалари билан ўтказиладиган теридаги ва провокацион синамалар нафақат аллергияни келтириб чиқарган моддани аниқлашга, ҳатто организмда дори аллергияси борлигини тасдиқлашга ҳам имкон бермайди. Кўпчилик дори моддалар тўлиқ қимматга эга бўлмаган антиген ҳисобланганлиги туфайли текшириш усуллари кўп ҳолларда номахсус реакцияларни келтириб чиқаради.

Дори аллергиясини ташҳислаш бир неча босқичлардан иборат: аллергик анамнез йиғиш, тери синамалари, провокацион синамалар ва лаборатория усуллари.

Аллергологик анамнез: бемордан аввал бирор дори моддага аллергия бўлганми, бу дорини олдин ҳам қабул қилганми, йўқми агар аллергик реакция бўлган бўлса қандай ҳолатда ўтказган, бошқа аллергик касалликлар билан касаллинганми шулар тўғрисида синчиклаб сўраб, суриштирилади. Кейин беморни қандай дори модда билан даволаш лозимги тахмин қилинаётган бўлса, шу дори модда билан терида синамалар ўтказилади. Аввалдан аллергик касалликлари бўлмаган, ҳозирги пайтда доридан аллергияси бўлмаган ёки ҳаёт учун муҳим бўлмаган аъзоларнинг оғир, сурункали (жигар, буйрак, юрак) касалликлари бўлган беморларга теридаги синамалар қўйилмайди. Агар беморда касаллик хуружи ёки анамнезида дори моддаларга оғир реакциялар бўлса, унда ташҳис мақсадида фақат иммунологик синамалар қўйилади. Одатда, теридаги аллергик синамаларнинг қуйидаги турлари, ўтказилади: томчи, скарификация, аппликация, тери орасига, прик-тест. Терида ўтказиладиган синамалар аввал ҳам ҳозирги пайтда ҳам ташҳиснинг муҳим усулларидан бўлиб қолмоқда, ammo аллергеннинг миқдорини аниқлашда киритиш йўлини тўғри танлаш ва бажариш техникасида аниқлик талаб этилади. Шу талаблар тўғри бажарилмаган ҳолатларда улар хавфли ёки кам маълумотли ҳисобланади.

Таблетка шаклидаги дори моддалар учун тил остига қўйиш усули қўлланилади: 1/10 таблетка тил остига қўйилади ва уни тил тагида 15 дақиқа давомида ушлаб турилади. Реакция шиллиқ қаватнинг ўзгариши билан баҳоланади (шиш). Ташҳис пайтида кортикостероидлар, симпатомиметиклар ёки гистаминга қарши препаратларни қабул қилиш синамаларни ёлгон — манфий бўлишига олиб келади. Бу дори моддаларни ҳатто синамалар қўйишдан 2—3 кун олдин ҳам қабул қилиш мумкин эмас. Дори аллергиясини ташҳислашнинг лаборатория усуллари ҳамма вақт ҳам етарли маълумот бера олмайди, у жуда муракаб ҳисобланади ва кўпроқ

ташҳисни тасдиқлаш мақсадида қўлланилади. Аллергик реакциялар типига ва дори модда турига боғлиқ ҳолда турли хил лаборатория усуллари қўлланилади. Тез содир бўладиган В-лимфоцитларга боғлиқ аллергик реакцияларни ва дориларга нисбатан айланиб юрувчи антитело бўлган аллергик реакцияларни аниқлаш мақсадида Шелли реакцияси, тўйинган ҳужайралар бузилиш реакцияси (дегрануляция), лейкоцитлар тўпланиш (агломерация) реакцияси, лейкоцитлар альтерацияси, РАСТ ва ПРИСТ реакциялари қўлланилади.

Юқорида баён этилагн фикр-мулоҳазаларни ҳисобга олган ҳолда ҳар бир ҳолатларда бир вақтнинг ўзида бир неча усулларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Тўлиқ аллергологик текшириш тажрибалари шундан далолат берадики, ҳатто клиник кўриниши жиҳатидан дори аллергиясига жуда ўхшаш бўлганда ҳам, фақат 60 фоиз ҳолларда лаборатория усулида ташҳис тасдиқланади.

ДОРИ АЛЛЕРГИЯСИНИ ДАВОЛАШ ВА УНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Анафилактик шокни даволаш қатор тадбирларни ўз ичига олади: дори моддани қонга тушишини давом этишини тўхтатиш, қонга тушаётган биологик фаол моддаларни нейтраллаш, гипофиз — буйрак усти безлари етишмовчилигини тиклаш, беморни коллапс (юрак фаолиятининг кескин сусайиб кетиши ва томирлар тонусининг пасайиб кетишидан келиб чиққан ҳолат) ҳолатидан чиқариш, бронхлар сиқилиши ва бўғилишини йўқ қилиш, томирлар ўтказувчанлигини пасайтириш, ҳаёт учун муҳим аъзолардан юрак, буйрак, нерв тизимида юз бериши мўмкин бўлган кечки асоратларни психомотор марказларга таъсир қилиш йўли билан олдини олиш.

Анафилактик шокни даволаш фармакологик препаратларни тезлик билан қўлланишини талаб қилади. Яхшиси уларни томир ичига, мускуллар орасига ёки тери остига киритиш керак. Бу шокнинг қандай оғирликда кечишига ва периферик томирлар ҳолатига боғлиқ равишда амалга оширилади (қон босими кескин

пасайиб кетган ҳолатларда томирлар ичига киритиш қийинлашади).

Дори моддалар қўйидаги кетма-кетликда белгиланади. Дастлаб — адренергик препаратлар (адреналин, норадреналин) киритилади. Препаратларнинг миқдори — терапевтик миқдордан то энг юқори миқдоргача бўлиши мумкин. Кейин гистаминга қарши препаратлар (супрастин, тавегил, димедрол) қўлланилади. Ундан кейин эса буйрак усти безлари пўстлоқ қисми гормонлари — глюкортикоидлар (преднизолон ва унга ўхшаш препаратлар) киритилади. Кейин нафас ва юрак фаолиятини яхшилайдиган препаратлар (коргликон, строфантин, кофеин, кордиамин, лобелин) белгиланади. Беморга албатта кислород берилади. Шокнинг бўғилиш билан келадиган турларида қўшимча равишда эуфиллин қилинади. Пенициллиндан шок юзага келган ҳолларда пенициллиназа ферменти киритилади. Талваса, тиришиш ҳолатлари бўлганда аминазин қўлланилади.

Агар ўтказилган чора-тадбирлар ижобий натижа бермаса, юқорида кўрсатилган ҳамма тадбирлар 30—40 дақиқадан кейин қайтарилади. Анафилактик шокни бошдан ўтказган ҳамма беморлар ҳаёт учун муҳим аъзоларни текшириш ва даволаш мақсадида албатта шифохонага ётқизилади. Клиник ўлим ҳолати юз берганда бемор жонлантириш (реанимация) бўлимига ўтказилади. У ерда сунъий ўпка вентилляцияси, мияда ҳароратни пасайтириш (гипотермия), юракни бевосита ва билвосита уқалаш (массаж) ишлари ўтказилади. Юқорида кўрсатилган барча тадбирлар беморнинг аҳволи яхшилангунга қадар бажарилади.

Дори аллергиясининг бошқа клиник кўринишларини даволаш усуллари кўп томонлама олиб борилади. Дори аллергиясини даволаш ишлари ҳар бир бемор учун ўзига хос хусусиятга эга бўлиб, жараённинг жойлашган ўрни касалликнинг клиник манзараси ва бемор организмнинг реактив ҳолатларини ҳисобга олган ҳолда олиб борилади. Касалликнинг хуруж даврида бемор албатта шифохонанинг аллергология бўлимига ёки жадаллаштирилган терапия бўлимига ётқизилиши шарт. Ҳамма беморларга аллерген хусусиятларига эга

бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини истисно қиладиган парҳез белгиланади. Глюкокортикоидлар (яхшиси парентерал) миқдорини касалликнинг кечиш оғирлигига боғлиқ ҳолда бир кеча-кундузда 1500 мг гача белгилаш мумкин (преднизолон). Трансфузион терапия қатор мақсадларни кўзда тутади: дезинтоксикация (заҳарланишни йўқ қилиш учун гемодез), йўқотилган энергияни ўрнини тўлдириш (глюкоза), сув-туз мувозанатини (балансини) меъёрлаштириш мақсадида (реополиглюкин), ДВС синдромига қарши кураш, камқонликни даволаш шулар жумласидандир. Иккиламчи инфекция қўшилганда антибиотиклар белгиланади. Гистаминга қарши препаратлар (парентерал) белгиланади. Бундан ташқари касалликнинг белгиларига қараб симптоматик даволаш ишлари ҳам ўтказилади: юрак гликозидлари, сийдик ажралишини тезлаштирувчи препаратлар, овқат ҳазм қилишда иштирок этувчи ферментлар белгиланади. Даволаш ишлари албатта “айбдор” препаратни истисно қилишдан бошланади.

“Изоolda” аппарати ёрдамида ультрабинафша нурлари билан қонни нурлантириш ҳам муваффақиятли қўлланилмоқда (клиник белгилари йўқолгунга қадар 10 мартагача ўтказилади). Дори аллергиясини даволашда яна: Т-активин, кетотифен, задитен, кальцийга қарши препаратлар, серотонинга қарши препаратлар (перитол), Н₁ни боғлаб олувчилар (диазолин), аминокaproн кислота ва Н₂ни боғлаб олувчилар (циметидин) қўлланилади. Охирги препарат томирлар ичига ва таблетка ҳолида ичиш учун ҳам белгиланади. Оғир ҳолларда кортикостероидлар ҳам қўлланилади.

Беморнинг кун тартибини тўғри ташкил қилиш, таъсирлантirmайдиган овқатларни истеъмол қилиш, етарли миқдорда суюқлик қабул қилиш, аммо дори моддаларни шу жумладан кортикостероидларни ҳам чекланган миқдорда қабул қилиш керак. Катта миқдорлардаги қуёш нурлари, жисмоний ва руҳий чарчашлар ноқулай омиллардан ҳисобланади. Аллергенни бутунлай истисно этиш шарт, уни овқат ва сув орқали организмга тушишига йўл қўймаслик зарур.

Лайелла ёки Стивен-Джонсон белгилари ўзига хос даволаш ишларини олиб боришни талаб қилади, даво-

лаш жадаллаштирилган терапия бўлимларида ёки жонлантириш бўлимларида ўтказилади. Бу патологияларда улим ҳолати 70 фоизгача етади. Токсик эпидермал некроз жараёни бўлган беморларга йиринглашга қарши асептик парвариш лозим (зарарсизлантирилган кийимлар, чойшаб ва бошқалар).

Маҳаллий даволаш очиқ усулда ўтказилади. Терига ксероформ билан ишлов берилади. Бундан ташқари водород пероксиди, калий перманганат, яшил бриллиант эритмаси, солкосерил малҳами, наъматак ёғи ҳам маҳаллий қўлланилади, огиз бўшлиғига қўллаш учун чаканда (облепиха) ёки наъматак ёғи, ташқи жинсий аъзолар учун фурациллин эритмаси ишлатилади. Тери ни инфра қизил нурлари билан ҳам нурлантириш мумкин. Доимо туз-сув ва оқсил мувозанатини бир хилда сақлаш лозим. Шу мақсадда ўмров ости венасига катетер (махсус эластик найча) қўйилади. Дори моддалар билан даволаш қўйидаги препаратлар гуруҳларини ўз ичига олади: кортикостероидлар, гистаминга қарши моддалар, инфекция қўшилган ҳолларда — антибиотиклар.

Экстракорпорал даволаш усуллари ҳам кенг тарқалган. Гемосорбция — бемор қонидан дори гаптенларни самарали чиқариб ташлашга ёрдам беради. Бу 2 кунда бир марта (1—3 сеанс) ўтказилади. Плазмаферез ҳам муваффақиятли қўлланилмоқда.

Махсус гипосенсибилизация усули бу ерда етарли даражада самара бермаслиги ва юқори даражада сезувчанликка сабаб бўлиши туфайли кенг қўлланилишига имкон бермайди. Антибиотикларни гипосенсибилизация мақсадида қўллаш кўпинча асоратларга олиб келади. Махсус даволашда бемор эритроцитлари ва лимфоцитларининг хуруж пайтида олинган лизат таркибий қисмларини киритиш ҳам муваффақиятли равишда қўлланилмоқда. Эритроцитоллизат аутоиммунли ривожланишга эга бўлган сурункали касалликларни даволашда, лимфоцитоллизат секин-аста содир бўладиган аллергияни даволашда қўлланилади. Касалликнинг кечиши давомида тез содир бўладиган реакциялар устунлик қилса, беморни ўз зардобини қўллаш (аутозардоб)

ҳам юқори самара беради. Дори аллергиясини олдини олиш чора-тадбирлари қуйдагича олиб борилади:

Аллергия тўғрисида омма орасида тушунтириш ишларини олиб бориш, шу жумладан ўз-ўзини даволашнинг зарарлари ҳамда шифокорлар орасида полипрагмазияга (бир неча дори моддаларини бир вақтда белгилаш) йўл қўймаслик ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилади. Дори моддаларни оқсилли қисмлардан яхшироқ тозалашга эришиш, озиқ-овқат маҳсулотларидан антибиотиклар, бўёқлар, кимёвий консервантларни истисно қилиш ҳам яхши натижаларни беради. Аҳолининг тиббий варақасига дори аллергияси борлиги ҳақида маълумотларни ёзиб қўйиш зарур. Аҳоли орасида аллергологик хизматни ривожлантириш, тиббий кўриклар ўтказиб бориш ҳам шулар жумласига киради. Беморлар ҳам кўпчилик дори моддалар умумий антигенли детерминатга эга эканлиги ҳақида билишлари зарур. Масалан: амидопирин — реопирин, барбитал натрий — теофедрин, сульфидин — новокаин, тетрациклин — морфоциклин ва бошқалар.

Дори аллергиясининг кечиши ва оқибатлари ҳақида ҳам тўхталиб ўтиш лозим. Бутунлай соғайиб кетиш ҳолатлари дори аллергиясининг енгил, ўткир кечадиган шаклларида, аксарият ҳолларда бир мартаба ва қисқа вақт давомида қабул қилинганда ёки ўз вақтида қабул қилишни тўxtатилган ҳолатларда кузатилади. Бундай натижа қаварчиқларда, Квинке шишида, бронхлар сиқилишида (бронхоспазм) қайд этилади. Ўз вақтида ташҳислаш ва дори моддани қабул қилишни тўxtатиш муваффақиятли даволашнинг гарови ҳисобланади. Ҳатто касалликнинг оғир шаклларида ҳам (Лайелла синдроми, анафилактик шок) бутунлай соғайиб кетиш кузатилади. Тез-тез қайталаниш билан сурункали давом этиш тургун сенсibiliзацияда қуйидаги касалликларда: бронхиал астма, эритродермия, нефрит ва артритларда қайд этилади. Эритродермияда тарқоқ эритма доимий тери юза қаватининг кўчиши билан юзага келади. Дори аллергияси қанчалик оғир ва узоқ вақт давом этса, сурункали шаклга ўтиш хавфи шунчалик кўпроқ бўлади. Ҳатто аллергенни истисно қилиш ҳам касалликнинг

қайталанишини тўхтата олмайди. Уларнинг бирданига пайдо бўлиши дори аллергиясига тизимли касалликлар ёки аутоаллергия қўшилганидан далолат беради. Дори моддалар озиқ-овқат маҳсулотлари билан ҳам бемор организмга тушиши мумкинлигини эсда тутиш лозим.

ВАКЦИНА ВА ЗАРДОБЛАР ТАЪСИРИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН РЕАКЦИЯЛАР

Зардоб касаллиги биринчи бўлиб Пирке томонидан таърифланган бўлиб, у таркиби турли хил ёки бир хил бўлган зардоблар ёки уларнинг препаратларини организмга киритилиши натижасида келиб чиқади ва кўпроқ томирлар ва бириктирувчи тўқималарнинг яллиғланишли зарарланишлари билан тавсифланади. Ҳозирги пайтда зардоб касаллиги фақат зардоб киритилиши билан боғлиқ бўлган алоҳида касаллик тури деб ҳисобланмаяпти. Бу синдром иммун бирикмалар таъсири натижасида юзага келади. Зардоб касаллиги зардоб киритилиши натижасида (бунда кўпинча ўткир кечиши) ҳамда кимёвий препаратлар ва дори моддалар (бунда кўпроқ сурункали зардоб касаллиги) вужудга келади. Зардоб касаллигининг ўткир кечадиган турларида ўткир гломерулонефрит, геморрагик васкулит юзага келиши мумкин. Сурункали касалликларда аутоиммун касалликлар, зардоб коллагенози кузатилади. Зардоб касаллиги келиб чиқиш ҳолларининг миқдори, зардобнинг сифатига боғлиқ. Масалан, Францияда зардоб касаллиги сўнги 50 йил ичида эмланганлар орасида 7,4 фоиздан 2 фоизгача камайди.

Зардоб оқсил инсон қонида бир ой мобайнида аниқланиши мумкин. Касалликнинг ривожланиши зардобнинг таркибига боғлиқ. От қони зардобининг оқсил бирикмаси ва приципитинлар антиген бўлиб ҳисобланади. Улар зардоб касаллигидаги аллергияда шу иммун бирикмага жавобан пайдо бўлувчи иккиламчи антители бўлиб хизмат қилади. Қонда эрувчи иммун бирикмалар ҳосил бўлади. Шунинг учун реакция 10—15 кундан кейин ривожланади. Зардоб касаллиги ривожланишида иммуноглобулинларнинг М ва G синфига кирувчи антители ҳамда комплемент иштирок этади. Антители миқдори аллергия реакция ривож-

ланаши учун 8—10 кундан кейин етарли даражада бўлади. Эрувчан иммун бирикмалар ички аъзолар ва капиллярларнинг эндотелий (ички қатлам тўқимаси) мембранасига чўкиб (ўтириб) қолади. Улар шикастланганда (бузилганда) зардоб касаллигининг клиник белгилари юзага чиқади.

Касаллик қайталанишининг пайдо бўлиши IgC ни қайтадан йигилишига боғлиқ. У қон таркибида қолган зардоб оқсили билан ўзаро таъсирлашади. Бундай ҳолларда касаллик чўзилиши мумкин (бир неча ой давомида).

Ҳозирги пайтда эмлаш учун қўлланилаётган деярли барча вакциналар ва зардоблар сенсibiliзациялаш хусусиятига эга. Таркибида бир неча антиген сақловчи вакциналар — юқори даражали аллергенлар бўлиб ҳисобланади. Вакциналар киритилганда бир вақтнинг ўзида организмдаги бошқа ҳамма антигенларга (микробга оид, озиқ-овқатга оид) нисбатан ҳам антители пайдо бўлиши кучаяди. Организм тўқималари билан бир хил умумий антигенга эга бўлган вакциналарни киритиш кўпинча аутоиммун бузилишлар ривожланишига олиб келади. Иммунизация мақсадида вакцина киритилгандан кейин ҳам сенсibiliзацияга хос реакция ривожланиши мумкинлиги аниқланган. Қонда аллергик реакция медиаторларининг миқдори кўпаяди, гистамин, ацетилхолин миқдори ҳам ортади. Вакцина ва зардоб киритилишга қоннинг шаклий элементлари ҳам ўзларининг жавоб реакцияларини кўрсатишлари мумкин. Периферик қонда тромбоцитлар ва лейкоцитлар миқдорининг пасайиши, эозинофиллар ва лимфокинлар кўпайиши юз беради. Зардоб касаллигининг турли клиник кўринишлари, одатда 7-кун ривожланади ва у “зардоб касаллиги синдроми” деб юритилади.

Организмдаги аллергик ўзгаришлар биринчи навбатда организмнинг реактивлиги ўзгарган болаларда, яъни аллергияси бор бўлган болаларда юзага келади. Эмлаш натижасида аллергик реакция вужудга келган болаларда ирсий мойиллик, экссудатив диатезлар, бурун бўшлиғидаги инфекция ўчоқлари кузатиладган. Бу болаларнинг оналари анамнезида ҳомиладорлик тоғси

козлари ёки бола қони билан резус омилининг тўғри келмаслик ҳолати қайд этилади.

Организмга зардоб киритилгандан тахминан 7—20 кун ўтказ, тана терисида тошма пайдо, бўлади, иситма, лимфа безларининг катталашуви, бўғимларнинг зичлашиши юз беради. Нефрит, васкулит, коронарит ҳам вужудга келиши мумкин.

КДС ва АКДС вакциналарига аллергия реакциялар кўпинча улар организмга қайта киритилганда кузатилади. Реакциялар организмга вакциналар киритилгандан кейин дарҳол юз бериши ёки бир неча соатдан кейин пайдо бўлиши мумкин. Анафилактик шок, одатда вакцина киритилгандан 1—7 соат кейин юз беради. Вакцина киритилгандан кейин қаварқиқлар, Квинке шиши, экзема (гуш) ҳам ривожланиши мумкин. Бироқ, кўпчилик болаларда аллергия реакция эмлангандан 2—4 кун ўтказ ривожланади ва умумий реакция ҳарорат кўтарилиши, иштаҳа пасайиши билан бирга қўшилиб келиб, реакция 4—5 кун давом этади. Айрим ҳолларда реакция 8—16 кундан кейин ҳам юзага келиши мумкин. Қонда ёт зардобга нисбатан антители аниқланади, у кўп миқдорда антиген организмга тушганда эрувчан иммунитет бирикмалар ҳосил қилади. Аллергия реакцияларни Е иммуноглобулинларнинг Fc-таркибий қисми амалга оширади. Зардоб касаллигининг клиник манзараси кўп белгиллиги билан тавсифланади. 85 фоиз ҳолларда терида ўзгаришлар, 70 фоиз ҳолларда иситма, 5 фоиз ҳолларда лимфа безларидаги ўзгаришлар, 20 фоиз ҳолларда бўғимларда ўзгаришлар кузатилади. Бундан ташқари бошқа аъзолар ҳам зарарланиши мумкин.

Кўкйўталга (коклюш) қарши вакцинани киритиш бронхиал астма хуружини ривожланиши билан кузатилиши мумкин. Бунга организмнинг гистаминга нисбатан сезувчанлигини ортиши ва кўкйўтал антигенининг нафас йўли лимфа тугунларига жойлашиб олиши сабаб бўлади. Касаллик ҳатто биринчи марта эмлашдан кейин ҳам ривожланиши мумкин. Бундан ташқари болаларда сохта бўғилиш (нафас олишнинг қийинлашуви) ва спастик трахеит кузатилади. Зардоб реакцияси геморрагик васкулит кўринишида ҳам юзага келиши

эҳтимоли йуқ эмас. Нефропатия, нерв тизимидаги зарарланишлар (энцефалитлар, энцефаломиелитлар) кўринишидаги анча огир ва кам учрайдигани ҳам қайд этилган. Улим оқибатлари ҳам бўлиши мумкин. Энцефалитлар, одатда, секин-аста содир бўладиган аллергик реакциялар кўринишида кечади.

КДС вакцинасига аллергик реакциялар кўпроқ унинг кўкйўтал таркибий қисми таъсирида вужудга келади. Бироқ дифтерия (бўгма) ва столбняк (қоқшол) вакциналари кўкйўтал антигенидан ажратилган ҳолда алоҳида киритилганда ҳам тез содир бўладиган аллергик реакцияларни келтириб чиқаради. Улар кўкйўтал вакцинаси киритилганига қараганда анча кам ҳолларда кузатилади.

Зардоб касаллигининг кечиш огирлигига кўра уч шакли мавжуд. Огир шаклларида ҳарорат жуда юқори бўлади, баданнинг ҳамма соҳаларини қоплаб олувчи турли кўринишдаги тошмалар, тананинг айрим қисмларида шишлар, огиз бўшлигининг шиллиқ қаватида энантемалар юқори нафас йўлларида катарал ўзгаришлар кузатилади. Ошқозон-ичак йўлида энтерит кўринишидаги ўзгаришлар бўлади. Миокардит ва энцефаломенингит ҳам қайд этилади. Лимфатик безлари яллигланишининг ҳам эҳтимоли бор. Ўртача огирликдаги шаклларида юқоридаги барча белгилар камроқ ривожланади, теридаги ўзгаришлар устунроқ бўлади. Ҳамма белгилар тез орада камаяди. У икки ҳафтагача чўзилиши мумкин. Енгил шаклларида теридаги тошмалар қаварчиқлар кўринишида бўлиб, бу асосан препарат киритилган жойда кузатилади. Бунда лимфа безлари катталашиши мумкин. Шунини таъкидлаб утиш лозимки, кўп ҳолларда зардоб касаллиги тўғри ташҳисланмайди. Зардоб касаллигини даволаш мақсадида гистаминга қарши препаратлар, эфедрин, кортикостероидлар қўлланилади.

Зардоб касаллигини олдини олиш эмлашдаш кейин юзага келадиган ҳар қандай реакциялар, эмлашни давом эттириш масаласини ҳал қилиш учун аллерголог билан маслаҳатлашиш лозимлигини талаб қилади. Бирор қўшимча касалликлар бўлган ҳолларда эмлаш мақсадга мувофиқ эмас. Аллергик яллигланишни бош-

дан ўтказгандан кейин 1—2 йилгача эмлаш муолажалари тўхтатилади. Эмлашдан олдин инфекция учоқларини даволаш, тозалаш ишларини ўтказиш, бунда турли витамин бирикмаларини белгилаш муҳим аҳамиятга эга. Периферик қон таркибида ўзгаришлар бўлган болаларда (тромбоцитопения, лейкопения, диспротеинемия) эмлаш муолажалари ўтказилмайди. Эмлашдан олдин синама ўтказалади (тери ичига физиологик эритма билан 1:10 нисбатдаги 0,1 мл эритилган вакцина киритилади). Синама ўтказилгандан 5 кун кейин эмлаш учун лозим бўлган миқдордаги вакцинани киритиш мумкин. Ўзига хос, ўта сезувчанликни пасайтириш мақсадида эмлашдан олдин антигистамин препаратларни белгилаш мумкин. Болаларда эмлашдан олдинги даврда овқатланиш режими (аллерген маҳсулотларни истисно қилиш) тавсия қилинади. Турли вакциналар билан эмлаш орасидаги вақт 2 ойдан кам бўлмаслиги керак.

Зардоб касаллигини олдини олиш учун диққат билан анамнез йиғиш, Безредка усули ёрдамида ёки гистаминга қарши препаратлар таъсири остида эмлаш, зардобни глобулинлардан тозалашни яхшилаш тавсия қилинади. Зардоб касаллиги бўлган беморларда от зардобига нисбатан сенсibiliзация мавжудлигини эсда тутиш лозим.

Баъзи мутахассислар бир неча вакцинани бир вақтда киритиш, кетма-кет киритилишига қараганда хавфсизроқ деб ҳисоблайдилар. Аллергик реакциянинг ривожланиши вакцина ва зардобнинг турига ҳам боғлиқ бўлади.

Қоқшолга қарши зардоб бўғма (дифтерия) зардобига қараганда кўпроқ аллергия реакцияларга сабаб бўлади. Кўкйўталга қарши эмлаш муолажалари нафас йўллари аллергия касалликларини қўзғатиши мумкин. Чечакка (оспа) қарши эмлаш дерматозларни қўзғалишига сабаб бўлади. Энг яхшиси эмлаш муолажаларини икки босқичда: дастлаб ўлдирилган вакциналар билан, кейин эса тирик вакциналар билан ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Эмлашга мулоқ монеликлари бўлган болаларда юқумли касалликларни олдини олиш мақсадида инсон қонидан тайёр-

ланган юқори иммун хусусиятига эга бўлган гаммаглобулин киритиш мумкин.

БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма энг кўп тарқалган аллергиялик касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади. Кейинги йилларда бутун бунё бўйича, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам бронхиал астма билан касалланиш даражаси ва унинг огир кечиш ҳоллари кузатилмоқда. Шунинг учун ҳам бу касалликнинг профилактикаси, ташҳиси ва даволаш муаммолари биринчи даражали аҳамият касб этмоқда.

Ҳозирги вақтда бронхиал астманинг ривожланиш механизмини ўрганишда эришилган ютуқлар, унинг ривожланиш механизмининг янги концепциясини ишлаб чиқишга асос бўлди. Унга мувофиқ бронхиал астманинг касаллик сифатидаги асосини — нафас йўллариининг аллергиялик яллиғланиши ва шу билан боғлиқ ҳолда бронхлар сезгирлигининг ошиб кетиши ташкил қилади.

Бу концепция бронхиал астманинг яллиғланишга қарши даволашга асосланган муолажаларини ўтказишдаги янги йўналишларни белгилаб берди.

Бронхиал астманинг таърифи

Бронхиал астма тиббиёт соҳасидаги жиддий муаммолардан бири ҳисобланади. Бу касаллик болаларда бошланиб, кўпинча балогат ёшида ҳам давом этади ва ногиронликка, баъзан эса фожиавий оқибатларга сабаб бўлади. Буларнинг ҳаммаси бронхиал астма — бутун дунё миқёсидаги эътиборга молик жиддий муаммолардан бири эканлигини кўрсатади.

Бронхиал астма аллергиялик касалликлар орасида салмоқли ўрин тутаяди. Бу касаллик билан касалланиш даражаси ва ўлим ҳолатлари кундан-кунга ўсиб бормоқда. Ҳозирги кундаги вазиятни таҳлил қилиш асосида урбанизация (қишлоқ аҳолисининг шаҳарга бўлган оқимини ўсиб бориши) ва йирик шаҳарларнинг кўпайиши, саноат корхоналарининг кўпайиши билан

боглиқ ҳолда бронхиал астмани кейинчалик яна ҳам кенг тарқалиш эҳтимоли тахмин этилмоқда.

Бронхиал астма мустақил касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бироқ, у шу кунгача нафас йўллари ҳолатини кўрсатувчи касаллик эмас, балки ўзаро ўхшаш бўлмаган белгилардан иборат (синдром). Унга фақат белгиларни кўрсатиш орқалигина таъриф бериш мумкин, деб таъкидлайдилар. Шу каби ҳулосалар бронхиал астмани клиник жиҳатдан ноаниқ таърифлашга олиб келади. Бу эса бутун бир касалликни эътибордан четда қолишига ва шифокорни касалликни даволаш жараёнида йўлдан адашишига олиб келади.

Клиника амалиётида беморлардаги бронхиал астма кўп ҳолларда аниқ ташҳисланмайди, ташҳис “обструктив синдром”, “обструктив бронхит”, “нафас йўлларининг вирусли инфекцияларидаги астматик компонент” каби тушунчалар билан алмаштирилади. Шунинг учун ҳам бронхиал астма ташҳиси ва давоси бўйича ўтказилган халқаро келишувдаги ҳисоботда (Национальный институт Сердца, Легкие, Кровь. США, 1992, март) “бронхит хуштаксимон хириллашлар билан”, “хуштаксимон хириллашлар синдроми”, “қайталанувчи бронхиолит”, “қайталанувчи обструктив бронхит” ва бошқалар каби терминларни қўлламасликни, балки бронхиал астмага қарши даво усулларининг йўналишини тўғри ишлаб чиқиш мақсадида энг тўғри ҳисобланган бронхиал астма терминини қўллаш талаб қилинади.

Яна бир нуқтаи назар мавжудки, унга мувофиқ беморда бир йил ичида 3 мартадан кўп обструкция кўринишлари юзага келган ҳолларда ҳам бронхиал астма эҳтимоли тўғрисида ўйлаб кўриш лозим, дейилади.

1995 йили Москвада нафас аъзолари касалликлари бўйича ўтказилган 5-миллий конгрессда, 1998 йили Тошкентда ўтказилган Ўзбекистон аллергологларининг конференциясида бронхиал астма касаллиги кенг муҳокама қилиниб, консенсус қабул қилинди. Унда таъкидланишича, бронхиал астма мустақил бир касаллик деб ҳисобланиб, бронх тармоқлари обструкцияси функционал жиҳатдан қайтадиган ва бронхларнинг се-

зувчанлиги ортиб кетиши билан тавсифланувчи сурункали аллергик яллигланиш, деб баҳоланди. Бу консенсусда (келишув) бронхиал астманинг ривожланишида иммунологик механизм асосий рол ўйнаши таъкидланади. Тўғри, бронхиал астманинг ривожланиш механизми ноиммунологик реакциялар йўли билан бўлиши ҳам мумкин, деган қарашлар ҳам мавжуд. Унга кўра бронхиал астманинг белгилари турли шароитлар таъсири остида пайдо бўлиши мумкин.

Бронхиал астманинг ноиммунологик тури тўғрисидаги масалалар шу пайтгача илмий муҳокама ва мунозаралар мавзуси бўлиб ҳисобланади. Кўпчилик олимларнинг фикрига кўра бронхиал астманинг юзага келишини кучайтирувчи бошқа қўзғатувчи омиллар ҳар доим иккинчи ўринда туради. Бу шу маънодаки, сенсibiliзация (организмнинг турли омилларга нисбатан сезувчанлигини ортиши) ва бронхларнинг аллергик яллигланиши организмда улар таъсир қилмасдан аввалроқ пайдо бўлган бўлади.

Чуқур ўрганиб чиқилганда эса касалликнинг ҳамма ноиммунологик реакциялар вариантларида касаллик юзага келиши учун беморда албатта атопик ҳолатнинг мавжуд бўлиши сабаб бўлади.

1995 йилда Москвада ўтказилган пульмонологлар симпозиумида ўпка ва бронх касалликларининг клиник турлари таснифида ҳам астма касаллигининг асосини нафас йўллари аллергик яллигланиши ва бронхлар сезувчанлигининг ошиб кетиши, деб қабул қилинган. Маълумки, атопик бронхиал астма ривожланишида аллергик реакцияларнинг реакинга боглиқ бўлган тез содир бўладиган тури ҳал қилувчи ўрин тутаети. Бунда иммуноглобулинларнинг Е синфига мансуб бўлган махсус антитело нафас йўллари орқали организмга кирадиган ташқи муҳит ва уй-рўзгор аллергенлари таъсири остида пайдо бўлади.

Улар орасида уй чанги, ҳайвон ва қушларнинг эпидермал аллергенлари, моғор замбуруглари, ўсимлик чанглари ва бошқалар мавжуд.

Бронхиал астма экология билан узвий боглиқ. Бронхиал астма касаллигини юзага келтиришда муҳим

ўрин тутадиган сабабчи омиллар рўйхатида саноат корхоналарининг кимёвий бирикмалари ҳам мавжуд.

Касб касалликлари бўйича мутахассислар билан бирга ўтказилган изланишларда кўпчилик беморларда саноат аллергенларига сезувчанликнинг ортиши аниқланган (никель, хром, формальдегид ва бошқалар).

Бироқ, организмда атопия мавжудлиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади. Аллергик касалликларнинг асосида экзо аллергенлар таъсирига нисбатан жавоб сифатида юз берадиган иммунологик реакция орқали вужудга келадиган ҳолат ётади, деган фикр ҳозирги пайтда жорий этилган.

Реагин йиғилиши билан содир бўладиган реакциялар аллергик яллиғланишга сабаб бўлувчи ёғ табиатига эга бўлган — лейкотриенлар, тромбоцитлар фаоллигини оширувчи омил (ФАТ) ва бошқа медиаторларни ҳосил бўлишига олиб келади.

Бронхиал астма касаллигига чалинган беморларда бронхлар яллиғланишининг клиник ва эндоскопик белгилари яхши маълум. Кейинги пайтларда аниқланишича, уларда сурункали аллергик яллиғланиш натижасида ўпкада бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши (склероз) шаклланади.

Бронхиал астма касаллиги бўйича олинган морфологик маълумотлар ҳам бронх деворларида жиддий ўзгаришлар — эпителий (қопловчи тўқима) нинг шикастланиши, эозинофиллар, тўйинган ва қадахсимон ҳужайралар сонининг кўпайиши, мускул тўқимаси оралигида ва ҳатто шу тўқималар ўрнида бириктирувчи тўқимани ўсиши, базал мембранада коллаген (толали оқсил модда) йиғилиши ва бунинг ҳисобига мембрана қалинлашиб кетиши, бронх силлиқ мускулларининг қалинлашиб (гипертрофия) кетиши ва хаддан ташқари ўсиб кетиши, шиллиқ қаватларнинг кўпчиши, шиллиқ ости қавати, бронх олди тўқималарининг қалинлашиб кетишидан далолат беради.

Бронхиал астма — бронхларнинг сурункали ўсиб борувчи аллергик яллиғланиши, улар реактивлигининг ортиб кетиши асосида ривожланадиган касаллик бўлиб, бронхлар торайиши, кўп миқдорда шиллиқ ажралиши, бронхларнинг шишиши сабабли келиб чиққан обструк-

ция натижасида бўғилиш хуружлари юзага келиши билан тавсифланади.

Бу асосли фикрлар консенсус асосида қабул қилинган ўпка касалликлари таснифида қайд этилган бронхиал астманинг аллергик, инфекцион аллергик ва аралаш турларга ажратилишини бекор қилишга имкон беради.

Бронхиал астмага берилган замонавий таъриф шубҳасиз бронхиал астманинг ташҳисида, олдини олишда ривожланиш механизми бўйича даволашда ва бу билан касаллик оқибатини яхшилашга ёрдам беради.

БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Ўтказилаётган тадқиқотлар натижасида олинаётган аниқ эпидемиологик маълумотлар бронхиал астма билан касалланиш кенг тарқалиб бораётганини кўрсатмоқда. Сўнги 2—3 ўн йиллик ичида болаларда ва ёшлар орасида бу кўрсаткич ўсди. Болалар орасида бронхиал астма тарқалишининг жиддий суръатда ўсиши сабаблари аниқ эмас. Астманинг бронхлар сезувчанлигини ортиши ва атопия билан боғлиқлиги, уларнинг эса атроф-муҳитни ифлосланиши даражаси билан боғлиқлиги — бу урбанизация ва индустриализацияни таъсири эҳтимолини кўрсатади.

Бронхиал астма тарқалишини ирқий келиб чиқишга боғлиқлигини ўрганиш учун турли ирққа, миллатга мансуб бўлган аҳоли бирга яшайдиган мамлакатларда (АҚШ, Малайзия, Сингапур, Янги Зеландия) тадқиқотлар ўтказилган. Тадқиқотлар бу касаллик тарқалишида асосан шароит, аҳолининг билим даражаси ва даромаднинг аҳамияти борлигини кўрсатди.

Турли мамлакатларда ўтказилган тадқиқотлар бронхиал астмани иссиқ ва нам иқлимли минтақаларда кўп тарқалашини, тоғли районларда эса камроқ учрашини кўрсатди. Бу атмосфера ҳавосини аэроаллергенлар билан тўйиниш даражаси билан боғлиқ (уй чангидаги каналар, моғор замбуруғлари).

Бронхиал астманинг энг кўп тарқалиши йирик саноат корхоналари жойлашган районларда кузатилади.

Бронхиал астмани юзага келишига сабаб бўлувчи омиллар:

1. Атопия — организмнинг атроф-муҳит аллергенлари таъсирига жавобан кўп миқдорда IgE ишлаб чиқара олиш қобилияти. У 70 фоиз катта ёшдаги беморларда ва 80—90 фоиз болаларда аниқланади.

Атопия энг кўп тарқалган аллергенлар билан, тегида ўтказиладиган синамаларнинг мусбатлиги билан умумий ва махсус IgE даражасининг юқорилигини аниқлаш орқали тасдиқланади.

Ўтказилган тадқиқотларнинг кўпчилигида бронхиал астма IgE даражаси юқори бўлган кишилар орасида IgE даражаси паст бўлган кишиларга нисбатан кўп тарқалганлигини кўрсатади.

2. Бронх тармоқлари сезувчанлигининг (реактивлигининг) ошиб кетиши.

Кейинги йилларда бронхлар сезувчанлигига ҳам катта эътибор қаратилмоқда.

Бу ҳолат бронхларнинг турли таъсирларга нисбатан сезгирлигини ортиши, деб изоҳланади. Бундай ҳолатда худди шу таъсирлар туфайли соғлом кишиларда ривожланмайдиган обструкция ҳолати пайдо бўлади.

Бронхлар сезгирлигининг кучайиб кетиши бронхиал астманинг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Унинг даражаси эса касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда ўзгариб туради. Бироқ, унинг тарқалиш кўрсаткичи бронхиал астмага қараганда анча юқори. Бронхлар сезувчанлигининг ошиши ирсий тақомиллашиш билан боғлиқ, деган маълумотлар ҳам мавжуд.

3. Наслга (ирсиятга) боғлиқлик. IgE ни юқори миқдорда ишлаб чиқиш қобилияти қаттиқ ирсий назоратда бўлиши оилавий текширишларда ишончли далиллар билан кўрсатилган.

Атопия белгилари бўлган ота-оналардан туғилган болаларда бу белгилар бўлмаган ота-оналардан туғилган болаларга қараганда бронхиал астма ривожланиш ҳавфи кўпроқ бўлади. Атопияни наслдан-наслга қандай ўтиши ҳақида бир умумий фикр йўқ. Наслдан-наслга ўтишнинг турли вариантлари ҳақида ёзилган. Булар: аутосом доминант, аутосом рецессив, полиген. Бироқ, булардан ҳеч қайсисига ишонарли исбот топилмади.

Ҳозирги пайтда полиген йўл билан наслдан-наслга утиш устунроқ, ишончлироқ деб ҳисобланаёпти.

Бронхиал астманинг ирсий асоси касалликни ташкил қилувчи ирсий жиҳатдан боглиқ бўлмаган бирикмалар сифатида кўринади: атопия ривожланишига мойиллик, IgE антитело ишлаб чиқадиган маҳсулотларга бронхлар сезгирлигининг ортиб кетиши.

Мойилликнинг асосий генлари 5- ва 11-хромосомаларда сақланади. Бунда IL-4 алоҳида, махсус вазифани бажаради. Ирсий мойилликнинг ҳар бир омиллари касаллик пайдо бўлиш эҳтимолини оширади. Уларнинг биргаликда келиши эса атроф-муҳитдаги омилларнинг энг кам миқдордаги иштирокида ҳам касаллик ривожланиш хавфининг ортишига олиб келади.

БРОНХИАЛ АСТМА РИВОЖЛАНИШИГА САБАБЧИ ОМИЛЛАР

Бронхиал астманинг ривожланувига олиб келувчи хавфли омиллардан бири — аллергенлар ҳисобланади. У ёки бу аллергенни организмнинг иммун лаёқатли тизимига таъсири кейинчалик бронх тармоқларида (шоҳчаларида) аллергик яллигланишни келтириб чиқариш билан бронхиал астма хуружини юзага келишига олиб келувчи омил ҳисобланади. Ҳозирги пайтда ўзининг келиб чиқиши жиҳатидан маълум бўлган аллергенлар икки гуруҳга бўлинади: экзоген — ташқи аллергенлар (организмга атроф-муҳитдан киради), эндоген — ички аллергенлар (инсон организмнинг аъзоларида ва тўқималарида вужудга келувчи аллергенлар). А. Д. Адо ва А. А. Польшер таклиф этган (1963) таснифга мувофиқ экзоаллергенлар келиб чиқиши жиҳатидан яна катта икки гуруҳга ажратилади: инфекцияцион ва ноинфекцион экзоаллергенлар.

Атопик бронхиал астманинг шаклланишида бемор организмга турли йўллар орқали тушувчи ноинфекцион экзоаллергенларни етакчи ўрни борлиги исботланган.

Уй-рузгор аллергенлари. Ноинфекцион аллергик бронхиал астма ривожланишининг энг кўп сабаблари — бу уй чанглари аллергенларига сезувчанликнинг ортиб кетишидир (бизнинг маълумотлар бўйича 62 фоиз). Бунда уй-рузгор аллергияси 50 фоиздан кўпроқ

ҳолларда касалликнинг бирдан-бир сабабчиси булиб хизмат қилади. Улар орасида кўп таркибий қисмлардан ташкил топган уй чанги бош омил ҳисобланади. У ўз таркибида ҳайвон қазроғларини, ўсимлик чангларини, замбуруғларни, пахта толаси ва пахта момигини сақлаши мумкин. Сурункали астманинг ривожланишида уй чангини таъсири бундан 60 йил аввал кўрсатиб берилган.

Баъзи тадқиқотчилар уй чангининг антигенлик хусусиятини, улар таркибидаги бактериялар билан боғлашади. Аслини олганда супуриб-сидириш пайтида олинган уй чангида жуда катта миқдорда каналар яшайди (5 грамм чангда 2500та кана бўлиши мумкин). У (+25°C ҳароратда ва 80 фоиз намлик бўлганда) бир неча авлодлар давомида яшаши ва кўпайиши мумкин. Республикамизнинг турли минтақаларида ўтказилган акрологик текширишлар натижаси каналарнинг 27 турини аниқлашга имкон берди, улар ўз навбатида 2 оила ва гуруҳни ўз ичига олувчи 2 бўлимга тааллуқли (М. Ф. Назруллаева, 1990).

Республика бўйича уй чангидаги каналарнинг топиллиши 62,4 фоизни ташкил қилди. У республикамизнинг шимоли-шарқий қисмларида (Тошкент вилояти — 67,3 фоиз, Сирдарё вилояти—68,7 фоиз) энг юқори миқдорда, жануби-ғарбий қисмида эса энг кам (Бухоро вилояти—36,3 фоиз) миқдорда учрайди. Республика бўйича умумий акрафаунанинг 28,5 фоизини *Dermatophagoides pteronyssin* ва 57,8 фоизини *Clycyphagus cadoverium* ташкил қилади. Барча ўрганилган минтақаларда ўлчамлари бўйича *Clycyphagus cadoverium* устунлик қилади.

Ўзбекистонда ўтказилган текшириш ишлари минтақада миқдор кўрсаткичлари бўйича *Dermatophagoides pteronyssin* тури *Clycyphagus cadoverium* турига нисбатан 1,5—2,3 марта кўп учрашини кўрсатди. Бундай тафовутлар турли минтақалар фаунасининг кўп омиллигидан далолат беради.

Эпидермал аллергенлар ҳам атопик бронхиал астмага сабаб бўлиши мумкин. Булар орасида ит ва мушук жунлари кучсиз аллергенлар ҳисобланади, аммо кўчиб тушаётган эпителиал ҳужайралар ва сувда эрув-

чи оқсил антигенларидан ташкил топган ҳайвон қазгоғлари кучли таъсир кўрсатувчи аллергенлар ҳисобланади.

Купчилик аллергологларнинг фикрича, уй ҳайвонлари ичида мушук қазгоғи энг кучли аллерген ҳисобланади. У бир неча секунд ичидаёқ унга нисбатан сезгирлик бўлган беморда кўздан ёш оқиши, ёруғликка қарай олмаслик, бурун қичишиши, ҳуштаксимон нафас, қаварчиқлар ва кўз қовоқларнинг шишишини келтириб чиқариши мумкин. Ўрдак, гоз патлари билан тўлдирилган ёстиқлар ҳам аллергенлар манбаи бўлиши мумкин.

Ўсимлик чанглари аллергенлари. Чангларга оид бронхиал астма ривожланишига, асосан 3 гуруҳ ўсимликларнинг аллергенлари сабаб бўлиши мумкин. Булар дарахт ва буталар (қайин, ольха, зирк дарахти, мажнунтол, заранг, каштан, терак, қайрағоч), бошоқли ўсимликлар (тимофеевка, ялпиз, арпа, бугдой), ёввойи ўтлар (шўра, қоқиўт ва бошқалар). Озиқ-овқат аллергенларининг ноинфекцион бронхиал астма ривожланишига таъсири 3,8 фоиз ҳолларда тасдиқланади.

БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ РИВОЖЛАНИШ МЕХАНИЗМИ

Иммунологик механизм. Сезувчанлик ошиб кетишининг асосий иммун маркери бемор қонининг зардобида Е иммуноглобулиннинг умумий миқдорини кўтарилиб кетиши ва экзоген аллергенларга нисбатан махсус IgE антителони мавжудлиги ҳисобланади.

IgE миқдори соглом кишиларда тахминан 0,00005 г/л, яъни IgE ни меъёрдаги миқдоридан тахминан 100000—200000 марта кам.

Ўмумий IgE нинг асосий қисми тўйинган ҳужайрада ва базофилларда жойлашган бўлади. Тўйинган ҳужайралар аллергик реакцияларда марказий ўринлардан бирини эгаллайди. Унинг бошланғич ҳимоя вазифаси иммунологик реакциянинг эътиборини касаллик (патология) жойлашган ерга қаратиш ҳисобланади.

Тўйинган ҳужайралар турли медиаторлар ишлаб чиқиш орқали бронхиал астма белгиларига мос келувчи, хусусан нафас йўллари силлиқ мускулларини

қисқариши, шиллиқ ишлаб чиқаришнинг кўпайиши, вена қон-томирларини торайиши, томирлар ўтказувчанлигининг ортишини келтириб чиқаради.

Молекулаларнинг ёпишишини (адгезия) тезлаштирувчи (VCAM-1), фаоллаштирувчи ва хемотаксик омиллар бошқа ҳужайраларни (эозинофиллар, нейтрофиллар, эпителиал ҳужайралар, фибробластлар) шокли тўқимадаги жараёнда иштирок этишига жалб қилади.

Тўйинган ҳужайралар билан Т-ҳужайралардаги адгезия молекулаларининг бир хиллиги аниқланган. Бу уларнинг тўқималардаги ҳаракат йўли ва тўхташ жойларида ўхшашлик борлигига тахмин қилинади.

Тўйинган ҳужайралардан медиаторлар ажралиб чиқиш йўллари таҳлил қилиниши шуни кўрсатдики, антиген орқали IgE нинг 2 молекуласини ҳужайра юзасида ўзаро кесма ҳосил қилиб тортилиши, мембрана ферментларининг фаоллашишига олиб келади. Бу эса мембранадаги фосфолипидларнинг иш жараёнини тезлаштиради.

Реакция жараёнида ҳужайра мембранасида ёғ кислоталари ва фосфолипидларнинг қайта тақсимланиши юз беради ва бунинг ҳисобида маҳаллий ўзгаришлар бўлади. Бу эса ўз навбатида “кальций дарвозаси” шаклланишига имкон беради ҳамда кальций каналлари орқали кальций ионларининг ҳужайрага киришига ёрдам беради.

Кальцийнинг ҳужайра ичидаги миқдорини кўтарилиши шу каналлар орқали ҳужайрага катионлар кириши ҳисобига юз беради. Ҳужайра ичидаги захирадан кальцийни сафарбар қилиш муҳим аҳамият касб этади.

Кальций, кальцийга боглиқ бўлган бошқарувчи оқимларни фаоллаштиришга олиб келади. Улардан бири кальмодулин ҳисобланади. Кальций-кальмодулин бирикмаси мембрана проэстеразани (эфир бугларини гидролиз йўли билан парчаловчи фермент) хемотрипсинга (ошқозон ости беши ферменти) боглиқ эстераза ферментига айланишига ёрдам беради.

Аденилат циклазани Ca^{2+} ва Mg^{2+} – АТФ фаоллаштиради, улар эса ўз навбатида мембранадаги фосфолипидларни ёғ кислоталаргача ва лизофосфатидларгача

парчалайди. Бу жараёнлар натижасида ҳужайра мембранаси ва гранула атрофидаги мембраналар орасида каналлар шаклланиши юз беради ва грануладаги таркибий қисмлар ҳужайрадан ташқари бўшлиққа тўкилади.

Медиаторлар ажралиб чиқиши учун нафақат кальций кириши, балки уни ҳужайрадаги заҳирандан—митохондрий, эндоплазматик ретикулимдан сафарбар қилиш зарур бўлади. Кальций ионлари иштирокида лейкотриенлар (цитокин) пайдо бўлишида жиддий боғлиқлик мавжуд. Ҳужайралараро бўшлиқда Ca^{2+} нинг камайиши билан лейкотриенлар ҳосил бўлишининг пасайиши кузатилган. Шундай қилиб, иммунологик ва ноиммунологик омиллар таъсирида фаоллашган кальций ионлари тўйинган ҳужайралардан медиаторларни ажратувчи муҳим омил бўлибгина қолмай, балки у медиаторлар синтезида ҳам иштирок этади.

Т-лимфоцитлар ва уларнинг иммун реакциялардаги аҳамияти. Ҳозирги кунгача йигилган тушунчаларга қараганда ёрдамчи Т-лимфоцитлар (Th ёки CD_{4+} лимфоцитлар) иммун реакциядаги вазибаларига кўра камида уч синфга: Th_0 , Th_1 ва Th_2 ҳужайраларга бўлинади.

Т- helper лар махсус иммун реакцияга киришгунга қадар Th_0 деб юритилади, антиген билан таъсирлашгандан кейин эса 2 йўналишдан бирига ажралади. CD_{4+} 1-нинг (Th_1) Т- ҳужайралар интерферон (IFN) ва интерлейкин (IL_2) ишлаб чиқади ва ҳужайравий иммун реакцияларда марказий ўринни эгаллайди. Чунки IFN γ фагоцитозни энг кучли фаоллаштирувчи бўлиб ҳисобланади.

Th_2 ҳужайралар ишлаб чиқадиган цитокинлар алергия ва астмада кузатиладиган белгиларга тўғридан-тўғри алоқада (муносабатда) бўлади.

IL_4 ва IL_{13} биргаликда махсус гуморал иммун жавоб реакциясида В ҳужайранинг IgE синфига мансуб антителоларини синтез қилишга ўтказади.

IL_5 эса эозинофилларни фаоллаштирувчи асосий омил ҳисобланади.

Эозинофиллар ва уларнинг маҳсулотлари. Бронхиал астмада эозинофиллар кўпроқ бронхо-альвеоляр ла-

важ суюқлигида ҳамда биопсия ва аутопсия материалларида катта миқдорда топилади.

Улар нафақат касалликнинг хуруж пайтида, балки касалликнинг тинч пайтида ҳам аниқланади.

Касаллик хуружи пайтида эозинофилларнинг фаоллашиш белгилари ва улар орқали медиаторларнинг кўп миқдорда ажралиб чиқиши аниқланади. Улар орасидан кучли заҳарли ҳисобланган асосий оқсиллар — бош оқсил (major basic protein — MBP) ва эозинофилли, катионли оқсил (eosinophil cationic protein — ECP) ажратиш лозим.

Эозинофилли, катионли оқсилни организмнинг биологик муҳитидаги даражаси ҳозирги пайтда аллергик яллигланишнинг энг кўп маълумот берувчи маркерларидан ҳисобланади.

ТАШҲИСИ

Бронхиал астмани ташҳислашда бир қанча текшириш усуллари қўлланилади: анамнез, беморни кўриқдан ўтказиш, ташқи нафас олиш функцияларини текшириш, балғамни текшириш, бронхолитиклар билан синамалар ўтказиш ва бошқалар.

Бронхиал астманинг клиник ташҳиси шу касаллик учун ҳос бўлган вақти-вақти билан тутиб турувчи экспиратор ҳарсиллаш (нафас чиқаришнинг қийинлашуви), ҳуштаксимон хириллашлар, кўкрак соҳасида огирлик сезиш ва йўтал тутиш каби белгиларни аниқлашга асосланади.

Астмани ташҳислашдаги асосий клиник белгилар кўрсаткичлари.

■ Ҳуштаксимон нафас, ҳуштаксимон товушнинг нафас чиқариш пайтида кучайиши, айниқса болаларда (текшириляётганда кўкрак қафасининг нормал кўриниши астмани истисно қилмайди).

■ Анамнезда қуйидаги белгиларнинг мавжудлиги:

1. йўтал, айниқса тунда кучаювчи;
2. вақти-вақти билан пайдо бўлиб турадиган ҳуштаксимон хириллашлар;
3. вақти-вақти билан нафас сиқиши:

— бемор уйқусини бузадиган тунги хуружларнинг мавжудлиги;

— триггерлар — хуружни қўзғатувчи омиллар борлиги (машқлар, инфекция, уй ҳайвонларининг жунлари, уй чанги, тутун ва бошқалар).

■ Нафас чиқаришдаги ҳаво оқими чегарасининг беқарорлиги ва қайта жойига келиши пикфлоуметрия кўрсаткичларидан фойдаланиб, нафас чиқариш тезлигининг энг юқори ҳажми қуйидаги усуллар ёрдамида текширилади:

- 1) қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган B_2 —агонистлари билан ингаляция қилингандан 15—20 дақиқа ўтгандан кейин нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқимининг 15 фоиздан кўпроқ миқдорига ортиши ёки
- 2) нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими эрта-лабки ўлчанган миқдоридан 20 фоиздан кўпроқ миқдорига ўзгаради ва бронходиллятаторлардан фойдаланмайдиган беморларда 10 фоиздан кўпроқ миқдорда ёки
- 3) нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими 6 дақиқали югуриш ёки машқлардан кейин 15 фоиздан кўпроқ миқдорига камаяди.

1. Ташқи нафас функциясини баҳолаш. Бронхиал астма бронхларнинг ташқи ва ички омилларга нисбатан сезгирлиги ортиб кетиши билан тавсифланади. Бу реакция силлиқ мускуллар сиқилиши (қисқариши), шиллиқ қаватнинг кўпчиши ва кўп шиллиқ ажралиб чиқиши сабабли кўп жойларда нафас йўллариининг беркилиб, торайиб қолиши билан намоён бўлади.

Обструкция даражаси вақти-вақти билан қайталаниб турувчи хуруж пайтида яққол кўзга ташланади. Аммо у хуружнинг клиник белгилари ўтиб кетгандан кейин ҳам, хуруж оралиги даврида ҳам оз миқдорда бўлса ҳам сақланиб қолади, обструкция ҳолати бронхиал астманинг оғир кечадиган турларида айниқса кўпроқ сақланиб туради.

Бронхиал астмада обструкциянинг қайтарлиги ўпканинг бошқа сурункали касалликларидан уни фарқлашга имкон беради. Касалликнинг кечишида қатъий ўсиб бориш, кучайиб бориш мавжуд эмас. Балки, бир беморнинг ўзида касалликнинг турли даврларида ва ҳатто бир куннинг ўзида ҳам касаллик белги-

лари ўзгариб туриши характерлидир. Худди шундай ҳолат нафас аъзолари иш фаолиятини қай даражада бузилганлигини аниқланилаётган беморларда ҳам кузатилади, яъни бу кўрсаткичлар ҳам турлича бўлади.

Фақат шуни қайд этиш лозимки, бронхиал астманинг оғир турларида хуруж оралиги даврида ҳам нафас йўллариининг обструкцияси кўпинча сақланиб қолади. Шу билан бир вақтда узоқ вақт давом этган хуруж оралиги вақтида ўпка функцияси яхши бўлган ҳолларда ҳам бирданига тарқоқ обструкция ва ўткир нафас етишмовчилиги билан тўсатган оғир хуруж юзага келиши мумкин. Ўпканинг ташқи нафас функциясининг спирометрик кўрсаткичлари ўпканинг вентилицион қобилияти бузилиши даражасини ҳамда бронхларда обструкция мавжудлигини баҳолашга имкон беради. Бу мақсадда қуйидаги ўлчамлардан фойдаланилади: FEV_1/FVC .

Бу ўлчамлар икки усул билан ўлчаниши мумкин: спирометрик ва пневмотахометрик.

Замонавий асбобларда маълумот қоида бўйича нафақат кўрсаткичларнинг абсолют қийматида, балки бўлиши лозим бўлган катталикларга нисбатан фоиз ҳисобида ҳам берилади. Бўлиши керак бўлган катталик кўрсаткичлари ўлчов асбобларининг тури ва текширилаётган контингентга қараб фарқ қилиши мумкин.

FEV_1 кўрсаткичи меъёрда бўлиши керак бўлган катталиكنинг 80 фоизидан кам бўлмаган қисмини ташкил қилади. 79—60 фоизгача бироз пасайган, 60 фоиздан кам ҳолларда анча аҳамиятли даражада пасайган ҳисобланади. Ўпка функциясини пневмотахометр ёрдамида ўрганилганда бронхлар обструкцияси патологик шаклда “оқим-ҳажм” ва нафасда олинадиган ҳаво оқими тезлиги кўрсаткичларининг пасайишида ўз аксини топади.

Ташқи нафас функциясининг кўрсаткичлари бронхиал астманинг тинч даврида меъёрлашуви бронхларда ўта сезувчанлик йўқлигини кўрсатмайди, лекин касалликнинг тинч даврида бронхлар ўтказувчанлигининг қисман тикланиши ҳар доим бронхларда сезувчанликнинг юқорилиги билан биргаликда кузатилади. Бу маълумотлар бронхиал астма хуружидан кейин бронх

лар ўтказувчанлигини тўлиқ тикланиши устидан функционал назорат муҳимлигини тасдиқлайди.

Шифохонада даволаш жараёнида ва поликлиника шароитида кузатишда ташқи нафас функциясини текшириш бронхиал астма билан касалланган беморларнинг аҳволини баҳолашда энг муҳим ўрин тутати.

Бронхлар сиқилиши бор деб тахмин қилинаётган ҳар бир беморни имконияти бор бўлган ҳар қандай асбоб ёрдамида FVC ёзиб олиш ва FEV₁ ва FEV₁/FVC ҳисоблаб чиқиш керак.

Оқим-ҳажм чизмаларини рўйхатга олиш юқори маълумотли бўлиб, у периферик (энг четдаги) бронхларда обструкция бор-йўқлигини аниқлайди. Обструкциянинг мавжудлиги тўлиқсиз ремиссия ҳолатини ва янги хуружга ҳозирлик (тайёргарлик) борлигидан даллат беради.

2. Бронхоскопия. Бронхоскопия — бронхлар ўтказувчанлиги бузилиши билан кечадиган қатор касалликларни бронхиал астмада, айниқса уларнинг нотипик клиник кўринишларидан фарқ қилувчи ташҳис усули ҳисобланади. Улар: бронх-ўпка тизимининг тугма касалликлари (тугма нуқсонлар), бронхлар, кекирдакнинг ривожланишидаги аномалиялар, бронх шохчаларидаги ёт жисмлар, эндобронхиал ўсмалар, экстрабронхиал патология ҳамда ўпка-бронх йўлларидаги сабаби номаълум бўлган жараёнлар. Бронхоскопия юқорида қайд этилган касалликларни истисно қилиш мақсадида тавсия этилади. Бронхиал астма ташҳисида наркоз билан бронхоскопия қилиш мақсадга мувофиқ эмас.

Куз билан кўриш орқали аниқланадиган бронх шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар айнан шу касалликнинг белгиси бўлиб ҳисобланмайди, чунки бундай ўзгаришлар обструкция билан бирга келадиган ва обструкциясиз касалликларда ҳам кузатилади.

Бронхоскопия пайтида бронхлар ювилади ва йирик бронхлар (1—3 қатор) ичидаги бор нарсалар чиқариб олинади ҳамда бронхоальвеоляр лаваж энг четдаги бронх ва альвеолалардан аспират (сўриб олинган союқлик) олишга имкон беради.

Бронхиал лаваж инсон тирик пайтида бутун бронх шохларида ва ўпканинг респиратор бўлимларида ривожланаётган жараёнларни ўрганишда, табиий ҳимоя тузилишини баҳолашда иммунологик жараёнлар ҳаракатини тушунуш учун қимматли маълумотлар беради ҳамда ўтказилаётган даво муолажалари самарасини баҳолайди.

Кейинги йилларда бронхиал астма билан касалланган беморларда бронхоальвеоляр лаваж суюқлигини ўрганишга эътибор кучайди. Тўпланган клиник тажриба натижалари бу усулни ташҳис ва бронхиал астмани даволаш, назорат қилиш мақсадида қўллашни тавсия қилади.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ВОШҚА КАСАЛЛИКЛАРДАН ФАРҚЛАШ

Бронхиал астмани қўйидаги касалликлардан фарқлашга тўғри келади:

1. Сурункали обструктив бронхит. Бу касаллик мавжуд бўлган беморлар учун харсиллаш — нафас олишининг қийинлашиши ва нафас сиқиши хос белгилардан бўлиб ҳисобланади. Улар хуружсимон кўринишга эга бўлмай, доимий равишда сақланиб қолади. Балғам ажралиб чиқиши беморга енгиллик келтирмайди. Сурункали обструктив бронхитнинг асосий фарқ қилувчи белгиларидан бири — бронхлар обструкциясининг қайта ўрнига келиш ҳолатини ҳатто касалликнинг енгиллашган (ремиссия) даврида ҳам бўлмаслигидир.

2. Кекирдак ва йирик бронхларнинг дискенезияси. Бу ҳолат азоб берувчи, хуружсимон тутиб турувчи, битонал (бир хил тонда) йўтал ва нафас чиқаришнинг қийинлашуви билан қўшилиб келади. Бу ерда қаттиқ кулгу, жисмоний зўриқиш, респиратор инфекция қўзгатувчи омиллар бўлиши мумкин. Кекирдак ва йирик бронхлар шиллиқ қаватининг тез-тез қайталаниб турувчи микробли ёки вирусли инфекциялари, овоз бойламларидаги тўғма нуқсонлар касалликка сабаб бўлиши мумкин. Бу паталогия мавжуд бўлган беморларда бронхиал астмага хос бўлган бўгилиш хуружлари бўлмайди ва касалликнинг қўзиган даврида ўпка усти-

да қуруқ хириллаш эшитилмайди. Хулосавий ташҳис фибро-бронхоскопия маълумотларига асосан қўйилади.

3. Ўткир респиратор вирусли инфекциялар. Одатда, вирусли инфекцияда майда бронхларнинг тарқалган обструкцияси ҳарсиллаш билан қўшилиб келади ва аксарият ҳолларда бактериал ўпка яллигланиши билан ривожланади. Агар бронхиал обструкцияси бўлган беморларда, айниқса болаларда қисқа таъсир кўрсатувчи бронхо-дилататорлар (бронхларни кенгайтирувчи) қўллашдан кейин яхши самара кузатилса ва ўпка яллигланишининг бошқа белгилари бўлмаса, бу бронхиал астмадан далолат беради.

4. Ҳиқилдоқ, кекирдак ва йирик бронхларнинг бошилиши натижасида нафас йўллارининг бекилиб қолиши. Бу паталогия ўсмалар пайдо бўлиши, бегона моддалар, овоз бойламлари фалажи, полиплар, қалқонсимон безнинг ўсмаларидан юзага келиши мумкин. Тутиб турувчи хуружсимон йўтал, инспиратор нафас чиқаришининг қийинлашуви, ҳарсиллаш бунга хос белгилардан ҳисобланади.

5. Асабий (истерик) астма. Бу, кўпинча ёш аёлларда ҳаддан ташқари руҳий қўзғалишлар натижасида юзага келади. Нафас чиқаришнинг қийинлашуви, ҳарсиллаш хуружлари бир дақиқада 40—50 мартагача тез-тез юзаки нафас билан тавсифланади. Овоз йўлининг қисман беркилиб қолиши туфайли нафас чиқариш пайтида товуш пайдо бўлади, аускультацияда ўпкада хириллашлар бўлмайди.

6. Гипервентиляция синдроми. Бу астмафобик, невротик ҳолат. Беморлар ҳаво етишмасликдан, тўла нафас олмасликдан шикоят қиладилар. Аммо бронхлар ўта сезувчанлигидаги бузилиш белгилари бўлмайди. Аускультацияда ўпка устида везикуляр нафас эшитилади ва хириллашлар бўлмайди.

ТУРЛИ АЛЛЕРГЕНЛАРГА СЕЗУВЧАНЛИК ОРТГАН ҲОЛЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Атопик бронхиал астма — *Dermatophagides pteronyssinus*, *Dermatophagides farinae* уй чангига сезувчанлик ортиши натижасида юзага келадиган астма ҳисобланади. Нафас сиқилиши хуружлари кўпроқ уй

шароитида пайдо бўлади, уйдан бирор бошқа жойларга кетган ҳолларда, яшаш жойини ўзгартирганда хуружлар, одатда камаяди. Бундай беморлардаги хуружлар тезлигини камайтириш учун яшаш жойларини етарли даражасида тоза сақлаш, эски, ўзига чанг йигиладиган уй жиҳозларини, гиламларни чиқариб ташлаш, тозалаш ишларини намланган латта билан бажариш, чангларни чанг юткич ёрдамида тозалаб чиқиш лозим. Акс ҳолда бемор уй шароитига қайтиб келганда хуружлар яна қайталаниши мумкин.

Каналар таъсирида юзага келадиган бронхиал астмада нафас сиқиш хуружларининг тунги соатларда, яъни аллергенлар — ўрин-кўрпадаги майда каналар билан кўпроқ яқинликда бўладиган даврда пайдо бўлиши хос хусусият ҳисобланади. *Dermatophagides pteronyssinus*, *Dermatophagides farinae* ларга сезувчанлик ортиши туфайли вужудга келган бронхиал астмада хуружлар ривожланиши кўпинча аллергик ринит белгилари билан бирга қўшилиб келади.

Замбуруғлар таъсирида юзага келадиган бронхиал астма замбуруғларнинг йил давомида атроф-муҳитга тарқалиш миқдорига боғлиқ ҳолда кечади. Масалан, замбуруғларнинг *Cladosporium*, *Alternaria* турларига сезувчанлик ортиши туфайли келиб чиққан астмада нафас сиқиш хуружлари, одатда замбуруғларнинг спорали энг кўп пайдо бўладиган даврида, яъни март ойдан бошлаб то ерлар музлаб қолгунига қадар тез-тез кузатилади. Замбуруғларнинг заҳ хоналарда кўп турқаладиган ва йил давомида жуда кўп миқдорда споралар ҳосил қиладиган *penicillium*, *aspergillus*, *miscog* каби турларига сезувчанлик ортган ҳолларда эса нафас сиқиш хуружлари бутун йил давомида юз беради. Замбуруғларга оид бронхиал астма кўпроқ заҳ хоналарда яшаганда ҳамда пишлоқ, сут, ачитқили хамирдан тайёрланган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилганда, замбуруғлардан ишлаб чиқариладиган дори моддалар — пенициллин гуруҳига кирувчи антибиотиклар белгиланганда юзага келади.

Ўсимлик чангларидан юзага келадиган бронхиал астма, одатда баъзи ўсимликлар айни гуллаган пайтда пайдо бўлади. Бронхиал астма хуружлари кўпроқ

қуруқ, шамолли кунларда, яъни ҳаводаги чанглар миқдори энг юқори миқдорда бўлганда ва аксинча уларнинг камайиши нам ёмғирли кунларда (ҳаводаги ўсимлик чангларининг ювилиб кетиши натижасида) кузатилади. Ўсимлик чанглари таъсирида вужудга келган бронхиал астма олдиндан беморда мавжуд бўлган мавсумий аллергия ринит ва конъюнктивит асосида ривожланади. Бу беморларда касаллик хуружлари ўсимликларнинг гуллаш мавсуми тугагандан кейин ҳам шу дарахт чанглари (олма, қайин шарбати) ва бошоқли ўтлар (жавдар, бугдой уни, холва) билан умумий антиген детерминантга эга бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилганда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Фақат озиқ-овқат аллергиясининг кўриниши сифатида юзага келадиган бронхиал астма камдан-кам ҳолларда ташҳисланади. Бироқ, уй чанги аллергиялари билан *Dermatophagides pteronyssinus*, *Dermatophagides farinae* каби уй чанги каналарига сезувчанлик ортиши биргаликда қўшилиб келиш ҳоллари анча кўп учрайди. Одатда, озиқ-овқатга оид бронхиал астма хуружларининг ривожланиши балиқ, тухум, цитрус мевалар, сиргир сути оқсилларига сезувчанлик ортиши билан боғлиқ бўлади. Бундай беморларда нафас сиқиш хуружларининг ривожланиши, одатда олдиндан юзага келадиган қаварчиқлар, лаб шишиши, баъзан эса қориндаги оғриқлар, нохуш ҳолатлар билан бирга келади.

Бир қисм беморлар учун бронхиал астманинг атопик дерматит билан қўшилиб келиши ҳам хос хусусият ҳисобланади. Жуда кам ҳолларда бронхиал астма алоҳида, яъни фақат бир хил аллергияга сенсibiliзация натижаси кўринишида учрайди. Аксарият, ҳолларда эса полисенсibiliзация, яъни бир вақтнинг ўзида бир неча хил аллергияларга сезувчанлик ортиши натижаси сифатида учрайди.

Жисмоний зўриқишдан юзага келадиган астма. Сўнги йилларда жисмоний зўриқиш билан боғлиқ равишда юзага келадиган бронх сиқилиши реакцияларига алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бронхлар обструкциясининг бу тури алоҳида ҳолда, умуман учрамаслигини ҳисобга олиб, бу ерда уни ортиқча жисмоний иш,

ҳаракат туфайли юзага келадиган бронхоспазм (бронхлар сиқилиши) деб айтиш кўпроқ тўғрироқ бўлса керак. Аммо бу бутун дунё адабиётларида жисмоний зўриқишдан келиб чиқадиган астма деб юритилади, у кўпроқ болалар орасида учрайди.

Агар ўпка етишмовчилиги туфайли пайдо бўладиган бронх йўлларининг ўтказувчанлиги бузилиши билан боғлиқ бўлган нафас сиқиш жисмоний иш пайтида юзага келса, жисмоний зўриқишдан юзага келадиган астмадаги нафас сиқиш ҳолатлари жисмоний иш (ҳаракат) дан кейинги 10 дақиқа ичида юзага келади. Хуружлар камдан-кам ҳолларда огир кечади. 5—10 дақиқа давом этади, баъзан эса 1 соатгача чўзилиши мўмкин. Улар В₂-адреностимуляторлар ёрдамида тўхтатилади ёки бирданига ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетади.

Адашган нерв эффектор толалари охирининг таъсирланиши бронх сиқилиши юзага келишида етакчи ўрин тутади, деган фикр-мулоҳазалар ҳам мавжуд. Рефлекс кучайтирилган нафас олиш билан боғлиқ бўлган ўпка орқали қисман иссиқлик йўқотилиши билан ҳам юзага келиши мумкин. Совишнинг (совқотишнинг) медиаторлар механизми орқали таъсири кўпроқ аҳтимолга молик.

Жисмоний зўриқишдан юзага келадиган астмани ташҳислашни поликлиника шароитида ҳам ўтказиш мумкин бўлган қўйидаги оддий усул тавсия қилинади. Бу усул касалликнинг енгиллашган, тинч даврида юрак қон-томир тизимида монеликлар ва сурункали ўпка етишмовчилиги бўлмаган ҳоллардагина қўлланилади. Бемор текшириш ўтказилишида 12 соат давомида бронхолитиклар ва интал қабул қилмаслиги керак. Текширишлар ўтказишдан олдин дастлабки маълумотлар (ўпка аускультацияси, томир уриши тезлиги) ва пневмотахометрия кўрсаткичлари ёзиб олинади. Кейин жисмоний ҳаракат югуриш ёки ўтириб, туриш машқларини бажариш буюрилади. Бу машқлар томир уриш тезлиги 1 дақиқада 140—150 мартага етгунга қадар бажарилади. Машқлар тугатилишидан 5, 10, 15 ва 20 дақиқа ўтгач, яна беморни қайтатдан текшириб кўрилади (аускультация, томир уриш тезлиги, пневмотахометрия). Нафас чиқариш тезлигини 20 фоиз ва ун-

дан кўпроқ миқдорига пасайиб кетиши синамани мусбат эканлигини кўрсатади. Бу усул гумонли ҳолларда ташҳиснинг тўғрилигини тасдиқлаш учун қўлланилади. У бронхиал астма учун хос бўлган бронхлар юқори сезувчанлик реакциясини кўринарли белгиси ҳисобланади.

АСТМА УЧЛИГИ (“АСПИРИНЛИ” АСТМА)

Бу касаллик болаларда учраб турса ҳам, кўпроқ катта ёшдигилар бу касаллик билан касалланадилар. Касаллик, одатда йил бўйи давом этадиган полипоз, риносинусит белгилари билан бошланади. Беморларда бир неча марта полипларни жарроҳлик йўли билан олдириб ташланишига қарамай, у қайта ўсиб чиқишга мойил бўлади. Кейинчалик бевосита навбатдаги полипэктомиядан ёки аспирин, анальгин қабул қилингандан кейин бронхиал астма бошланади. Беморлар аспирин, амидопирин ва пиразолан унумларини қабул қилганда, улар бўгилиш хуружлари ва ринит хуружлари кўринишидаги огир реакциялар келиб чиқаётганлигини сезиб қоладилар. Реакция кўпинча препарат қабул қилингандан 15 дақиқа ўтгач, баъзан эса кечроқ (2 соатлардан кейин) ривожланади. Бу реакциялар кўпинча ўз таркибида амидопирин сақловчи теофедрин ёки антасман қабул қилгандан кейин пайдо бўлади. Кўпчилик клиницистлар астма учлиги бўлган беморларда касаллик огир кечишини қайд этадилар. Бу беморлар орасида атопиклар умуман бўлмайди. Амалиётдаги шифокор учун астманинг бундай тури борлигини билиш, уларни даволашда дори маддаларни тўғри белгилаш, парҳезга (сарик рангдаги маҳсулотларни истисно қилиш) эътибор бериш, иложи борича полиэктомиядан воз кечиш мақсадга мувофиқлигини билишлари керак бўлади. Бундан ташқари, одатдаги даволаш самарали бўлмаганда огир оқибатга олиб келиши мумкинлигини ҳисобга олиб, беморга кортикостероидлар белгиланади.

Аспиринли учлик бўлган беморларга қуйидаги дори моддаларни қўллаш ман этилади: амидопирин, анальгин, антасман, аскофен, аспирин, асфен, барал

гин, бутадион, вольтарен, диклофенак, диоксинбензоот кислота, ибупрофен, индометацин, мефенамин, пенталгин, пикрофен, седальгин, теофедрин, цитрамон.

Қуйидаги маҳсулотлар парҳездан истисно қилинади: олма, урик, шафтоли, гилос, малина, қовун, апельсин, олхури ва қора олхури, бодринг, гаримдори, помидор.

БРОНХИАЛ АСТМА ТАСНИФИ

Республикамызда узоқ вақт давомида А.Д.Адо ва П.К.Булатов (1969) таснифидан фойдаланилган. Унга мувофиқ бронхиал астманинг инфекцион-аллергик, атопик ва аралаш турлари фарқланади. Сўнги ўн йил ичида Г.Б.Федосеев томонидан тўлдирилган бронхиал астманинг таснифи қўлланила бошланди (1982). У таснифга мувофиқ бронхиал астманинг клиник-патогенетик турлари ажратилади.

Бронхиал астма касаллиги бўйича олиб борилган илмий изланишлар бу касаллик ҳақидаги фикр-мулоҳазаларни ўзгартиришга ва уни мустақил касаллик тури деб ҳисобланиб, сурункали аллергия касаллик деб тавсифлашга имкон беради. Шунга мувофиқ, амалиёт нуқтаи назаридан келиб чиққан ҳолда бронхиал астмани огирлик даражаси бўйича таснифи биринчи ўрнига ўтказилиши, бу касалликни ўз вақтида даволаш йўналишларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга бўлмоқда. Бронхиал астманинг огирлик даражаси қуйидаги кўрсаткичлар бўйича аниқланади:

1. Бир кунлик ва бир ҳафталик тунги белгилар сони.
2. Қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган B_2 — агонистларнинг неча марта қўлланиши.
3. Жисмоний иш қобилияти ва уйқу фаоллигидаги бузилишларнинг яққоллиги.
4. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқимининг миқдори ёки энг яхши кўрсаткичлари билан фоиздаги муносабати.
5. Нафас чиқаришдаги ҳавонинг энг катта оқими (FEV_1).

**БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ОГИРЛИК ДАРАЖАСИ
БЎЙИЧА ТАСНИФИ**

Огирлик даражаси	Даволанишдан олдинги клиник маънараси
Енгил	Белгилар ҳафтада бир марта ёки кўпроқ, кузатилади. Касаллик хуружи ҳаракат фаоллиги ва уйқу бузилишига сабаб бўлиши мумкин. <u>Тунги астма белгилари бир ойда 2 мартадан кўп юз беради.</u> Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими бўлиши керак бўлган ҳаво оқимидан <u>80 фоиз кўпроқ.</u>
Ўрта огир	Белгилар ҳар куни кузатилади. Астманинг <u>тунги белгилари бир ҳафтада бир мартадан кўпроқ юз беради.</u> Қисқа вақт давомида таъсир курсатадиган В ₂ агонистлар — ҳар куни қабул қилинади. Нафас чақаришдаги энг катта ҳаво оқими бўлиши керак бўлган ҳаво оқимидан <u>60 фоиздан 80 фоизгача</u> бўлади. Нафас чиқаришдаги ҳаво оқимидаги ўзгаришлар <u>30 фоиздан кўп.</u>
Огир	Белгилар доимий равишда сақланиб қолади. Хуружлар тез-тез қайталанadi. <u>Тунги белгилар тез-тез қайталанadi.</u> Жисмоний фаоллик бронхиал астма кураишлари билан чекланади. Нафас чиқаришдаги ҳаво оқими бўлиши керак бўлганидан <u>60 фоиз кам.</u> <u>Ўзгаришлар 30 фоиздан кўп.</u>

① **Енгил ўсиб борувчи астма.** Астманинг бу шаклида хуруж белгилари ҳафтада бир марта ёки кўпроқ юзага келиши билан тавсифланади. Уйқу ва жисмоний фаолликни салбий тарафга ўзгариши юз беради. Тунги астма белгилари бир ойда икки мартадан кўпроқ юз беради. Астманинг бу шакли билан касалланган баморларда нафас чиқаришдаги ҳавонинг энг катта оқими ёки чуқур нафас олишдан кейин 1 секунд давомида чиқарилган ҳаво сизими, даволанишга қадар меъёрдаги миқдорга нисбатан 80 фоизга тенг ёки каттарoқ бўлиши мумкин. Яъни бемор 1 секунд давомида ўпкани ҳаётий сизимининг 80 фоизини ёки кўпроқ қисмини чиқара олади. Курсаткичлар ўзгариши 20—30 фоиз атрофида сақланади. Бронхиал астманинг бу тури бронхолитикларни доимий равишда қабул қилиниши билан назорат қилиб борилади.

② Урта огирликдаги усиб борувчи астма. Астманинг бу шакли узоқ вақт давомида ҳар куни касаллик белгилари юзага келиши билан тавсифланади. Тунги астма белгилари бир ҳафтада бир мартадан кўпроқ пайдо бўлади. Бемор Вагонистларни ҳар куни қабул қилиши зарур бўлади. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими ёки 1 секунд давомида чиқарган ҳаво сизими даволанишга қадар меъёрда бўлиши керак бўлган миқдорнинг 60 фоиздан 80 фоизгача қисмини ташкил қилади. Бу кўрсаткичларнинг ўзгариши бир кеча-кундуз давомида 30 фоиздан кўпроқ бўлади.

③ Огир усиб борувчи астма. Беморда касаллик белгилари узоқ вақт давомида сақланиб қолади, тунги белгилар тез-тез содир бўлади, дори моддаларни қабул қилишига қарамай, жисмоний фаоллик чегараланади, огир бўғилиш хуружлари қайталанади. Нафас чиқаришдаги энг катта ҳаво оқими ёки бир секунд давомида чиқарилган ҳаво сизими даволашга қадар бўлиши керак бўлган миқдорнинг 60 фоиздан кам қисмини ташкил қилади, уларни бир кеча-кундуз давомида ўзгариши 30 фоиздан ортиқ бўлади.

Клиника амалиётида бронхиал астманинг ¹²жуда огир турларини ҳам ажратиш мақсадга мувофиқ. Бунда касалликнинг барча кўрсаткичлари жуда яққол юзага келади, беморларни глюкокортикоидлар билан даволашда ҳам сезиларли ўзгаришлар бўлмайди. Уларда астма фаолияти қайта пайдо бўлади. Беморлар кўпинча жадаллаштирилган терапия ва ҳатто жонлантириш (реанимация) бўлимларида даволашга муҳтож бўладилар. Беморларда турли асоратлар ривожланиши мумкин: ўпка-юрак етишмовчилиги (ўткир, ним ўткир ва сурункали), ўпка эмфиземаси, пневмосклероз (ўпкадаги бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши), ўпка ателактази (ўпканинг бирор қисмига ҳаво келмай қолиб, бужмайиши), интерстициал, медиастинал ва тери ости эмфиземаси, бирданига юзага келадиган пневмоторакс (плевра бўшлиғига ҳаво кириши), асаб тизими оид ва ички секреция безларига оид бузилишлар. Касалликнинг кечишида хуруж даври ва тинч (касалликнинг энгиллашиш даври) даврлар ажратилади.

Бронхиал астманинг келиб чиқиш сабаблари шу ернинг географик ўрни, иқлим шароитларининг ўзига хос хусусиятларига, беморнинг ёшига, касалликнинг қанча вақтдан бери давом этаётганлигига ва бошқа ташқи омилларга боғлиқ.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Даволашнинг номахсус усуллари, асосан хуружларни тухтатиш мақсадида, яъни хуруж даврида қўлланилади. Комплекс ҳолда олиб бориладиган даволаш ишлари касалликнинг турига, босқичига ва аллергия жараённинг оғирлигига, ривожланиш механизмига боғлиқ ҳолда белгиланади. Даволашнинг асосий негизи — бу ҳар бир беморни ўзига хос равишда даволаш ҳисобланади. Бронхиал астмани даволашнинг аҳамиятли томони — бу яллигланиш жараёнига таъсир кўрсатадиган устқурма (базис) терапиянинг ишлаб чиқилиши бўлди.

Бронхиал астманинг устқурма терапияси асосини яллигланишга қарши терапия ташкил қилади:

- кромгликат натрий;
- недокромил натрий;
- ингаляцион ва тизимли кортикостероидлар;
- махсус иммунотерапия.

Бронхиал астманинг енгил ва ўрта оғирликдаги шакллари даволашда яллигланишга қарши стероид бўлмаган Яллигланишга қарши моддалар гуруҳига кирадиган интал (кромгликат натрий) ёки тайлед (недокромил натрий) қўлланилади. Бронхиал астманинг оғир кечишида ингаляция қилиш учун мўлжалланган кортикостероидлардан фойдаланиш керак. Кромгликат натрий ва недокромил натрий бронхиал астманинг енгил ва ўрта оғирликдаги шакллари даволаш асосий ўрин тутади, оғир шаклларида эса унинг самараси камроқ бўлади. Бу синф препаратларининг кенг доирали таъсири, уларнинг аллергия жавобнинг эртанги босқичи ҳамда сурункали яллигланишда аллергия реакциясининг кечки босқичларини ҳам тухтата олиш хусусиятига эга эканлиги ва, шунингдек бронхлар юқори реактивлигини камайтира олиши билан аниқланади. Кромгликат натрий (интал, кромлин натрий) бронхиал

астмани даволашда кенг фойдаланиладиган фармокологик моддалардан ҳисобланади. Унинг терапевтик самараси фосфодиэстераза фаоллигини пасайтириш, цАМФ йиғилиши ва кальцийнинг ҳужайраларга киришини тўсиб қўйиш ҳисобига тўйинган ҳужайралар ва базофиллардан аллергиянинг медиаторларини ажралиб чиқиш жараёнини тўхтатиш орқали аллергик жавоб реакциясининг эртанги босқичи ривожланишини олдини олиш хусусияти билан боғлиқ. Кромогликат натрий яллигланиш реакцияларида иштирок этувчи (нейтрофиллар, эозинофиллар, моноцитлар) ҳужайралар фаоллигини пасайтиради, тормозлайди. Унинг таъсири остида эозинофиллар сонининг пасайиши ва нафас йўллари шиллиқ қаватларида аллергик реакция ривожланишининг бостирилиши, бронхлар юқори реактивлигининг пасайиши кузатилади. Недокромил натрий (тайлед) астмада бронхлардаги яллигланишни даволашда кўпроқ самарали восита ҳисобланиб, аллергик реакциянинг медиаторлари ажралиб чиқишини тормозлайди. У нафас йўллари шиллиқ қавати ҳужайраларидан LTC₄, PGD₂, PAF химотаксик омиллар ажралиб чиқишини тўхтатади.

Кортикостероидлар ҳозирги пайтда астмани даволашда энг кўп самара берувчи яллигланишга қарши восита ҳисобланади. Бронхиал астмадаги кортикостероидларнинг аниқ таъсир механизми ҳали охиригача ўрганилмаган. Уларнинг таъсир механизмлари тўғрисида бир қанча тахминий фикр-мулоҳазалар билдирилган бўлиб, кўпроқ аҳамиятга эга деб ҳисобланганлари қуйидагилар: арахидон кислоталар алмашинувига ва лейкотриенлар, простагландинлар синтезига таъсири, капилляр қон томирлар ўтказувчанлигининг пасайиши, цитокинларнинг маҳсулотлар ишлаб чиқишини тормозлаш, яллигланиш ҳужайраларининг фаоллашуви ва ҳаракатга йўналишини олдини олиш, нафас йўли силлиқ мускулларининг бета-рецепторлари реактивлигини ошириш.

Кортикостероидлар парентераль, перораль ёки аэрозоль ҳолида организмга киритилиши мумкин. Бронхиал астманинг оғир хуружларида кортикостероидларни перорал (оғиз орқали) қўллаш орқали астма хуру-

жининг кучайиб кетишини олдини олиш мумкин. Ингаляция йўли билан қўлланиладиган кортикостероидлар астмани даволашда хавфсиз ва самарали восита бўлиб, уларни узоқ вақт давомида кичик миқдорда ёки қисқа вақт давомида юқори миқдорда қўллаш мумкин. Бронхиал астманинг сурункали огир шаклларида эса кортикостероидлар узоқ вақт давомида катта миқдорда ингаляция йўли билан қўлланилади. Кортикостероидларни узоқ вақт давомида ингаляция йўли билан киритиш натижасида уларни доимий равишда огиз орқали қабул қилишга эҳтиёж камаяди. Бу эса кортикостероидлар келтириб чиқарадиган умумий тизимли асоратлар хавфини олдини олади. Ингаляция йўли билан қўлланиладиган кортикостероидлардан фойдаланилганда қуйидаги ножўя оқибатлар келиб чиқиш эҳтимоли бўлади: огиз бўшлиги ва ютқин кандидозлари, дисфония (овоз бўгилиб қолиши), юқори нафас йўллариининг таъсирланиши ҳисобига йутал тутиб қолиши, аммо буларни кўп ҳолларда спайсер (ингаляцияда фойдаланиладиган махсус мослама) дан фойдаланиш орқали олдини олиш мумкин. Ингаляциядан кейин огиз бўшлигини чайиш билан ҳам кандидоз ривожланишини олдини олиш мумкин. Кортикостероидларни узоқ вақт давомида огиз орқали қўллашни даволашнинг бошқа усуллари, шу жумладан, ингаляция йўли билан киритиладиган кортикостероидлар ёрдам бермаган ҳоллардагина белгилаш мумкин.

Бронхларнинг мускул қаватига спазмолитик таъсир кўрсатадиган дори моддалар. Бу гуруҳга вақтинча бронхларнинг сиқилишини камайтириш ёки бутунлай йўқ қила олиш хусусиятига эга бўлган ва шу билан бўгилиш хуружини тўхтата оладиган дори моддалар киради. Улар бронхиал астманинг ҳар кунлик давосида ишлатилади. Чунки улар тез таъсир кўрсатиб, беморнинг аҳволини яхшилайти, аммо бронхлардаги яллиғланиш жараёнига таъсир кўрсатмайди. Ҳозирги пайтда уларнинг фақат ўзларини қўллаш, яъни яллиғланишга қарши моддаларсиз қўллаш тавсия этилмайди. Улардан фақат зарур бўлган ҳолатлардагина фойдаланиш мумкин.

Ингаляция йўли билан ишлатиладиган кортикостероидларнинг таъсия этиладиган кеча-кундузлик миқдори

Препаратлар	Уртача миқдори		Юқори миқдори	
	болалар учун	катталар учун	болалар учун	катталар учун
Бекламетазон дипропионат (бекотид)	400 – 600 мкг	600 – 800 мкг	·600 мкг	·1500мкг
Флувизолид (ивгакорт)	750 мкг	1000 мкг	·1000мкг	·2000мкг
Триамцинялон ацетовид (азмакорт)	400 – 600 мкг	1000мкг	·800 мкг	·1600мкг
Будесонид	200 – 400 мкг	400 – 600 мкг	·400 мкг	·800 мкг

Ингаляция йўли билан қўлланиладиган симпатомиметиклар бронхларнинг B_2 —рецепторларини рағбатлантириш йўли билан бронхларнинг мускул қаватига бевосита спазмолитик таъсир кўрсатади ва у бўғилиш хуружини йўқ қилади.

Бу дори моддаларни жисмоний меҳнатдан олдин ёки аллергиялар билан алоқада бўлишдан олдин қўлланилганда, яъни юзага келиши мумкин бўлган бўғилиш хуружлари олдидан ишлатилганда хуружнинг олдини олиш мумкин. Аммо уларни узоқ вақт давомида яллиғланишга қарши моддаларсиз қўллаш салбий оқибатларга олиб келади. Узоқ вақт давомида таъсир кўрсатадиган янги B_2 —миметиклар (сальметерол ва формотерол) тунги бўғилиш хуружларини олдини олишда айниқса самарали бўлиши мумкин, бироқ астмани даволашдаги уларнинг ўрни ҳали аниқланмаган.

Оғиз орқали (перораль) қўлланиладиган метилксантинлар. Улар бронхларнинг силлиқ қаватларига спазмолитик таъсир кўрсатади, нафас йўли мускулларидаги толиқишни олдини олади. Ҳозирги вақда узоқ вақт давомида таъсир кўрсатувчи препаратлардан: аминафиллин ретард (300 мг), теоспек (300мг), эуфиллин ретард (350мг) қўлланилмоқда.

В₂—агонистлар гуруҳига кирувчи асосий дори моддалар

Халқаро номи	Савдодаги номи	Кеча-кундузлик миқдори
--------------	----------------	---------------------------

Қисқа вақт давомида таъсир курсатадиган В₂—агонистлар

Сальбутамол	вентолин сальбутамол	>400мкг
Тербутамин	бриканил	1000мкг
Фенотерол	беротек	400мкг

Узоқ вақт давомида таъсир курсатадиган В₂—агонистлар

Сальметерол	серевент сальметер	100мкг
Фермотерол	фородил	24мкг

БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ОГИР ХУРУЖЛАРИНИ ДАВОЛАШ

Астма натижасида ўлим оқибатига олиб келувчи хавф юқори бўлган беморлар доимий кузатувга ва айниқса ўз вақтида курсатиладиган ёрдамга муҳтож бўладилар. Бу гуруҳга анамнезида қуйидаги курсатмалар бўлган беморларни киритиш мумкин:

- ҳозирги пайтда кортикостероидларни қўллаётган ёки уларни қабул қилишни яқинда тўхтатган беморлар;
- астма касаллиги бўйича шу ўтаётган йилда шифохонада ётиб, даволанган беморлар (4-5 мартаба);
- шу йил давомида астма туфайли тез ёрдам бўлимига мурожаат қилган беморлар;
- астма касаллиги оқибатида интубация ўтказилган беморлар;
- руҳий касалликлар ёки ижтимоий муаммолар;
- астмани даволаш режаларини бажармаган беморлар.

Одатда, хуружни тезроқ бартараф қилиш мақсадида бир вақтнинг ўзида қуйидаги даво турлари қўлланилади:

- Артериал қонни кислородга тўйинтириш учун кислород (бурун орқали, ниқоб ёрдамида ёки кислородли хоналардан фойдаланиб) юборилади. Ингаляция

йўли билан қўлланиладиган В₂-агонистлар (сальбутамол, тербутамин, фенотерал) қўлланилади. Қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган теофиллинлар (теофиллин, эуфиллин, аминокардол) бронхиал астмани даволашда кенг қўлланилади. Шу жумладан, жуда оғир ва ҳаёт учун хавфли белгилари бўлган астмани даволашда (оғир бўғилиш хуружи, астматик ҳолатларда) ҳам ишлатилади.

Кортикостероид гормонлар оғир бронхиал астмани даволашда энг муҳим ўрин тутати. Уларнинг самараси нафас йўллари шиллиқ қаватидаги яллигланишни орқага қайтара олиш хусусиятига эга эканлиги ва адренергик рецепторларни кетахоламинга нисбатан сезгирилигини қайта тиклай олиши билан боглиқ. Тизимли кортикостероидларни белгилаш учун асосий кўрсатма бу беморларда нафас етишмаслик белгиларининг ривожланиши ва В₂-агонистлар ва бошқа бронхоспазмолитик моддаларнинг таъсир қилмай қўйиши ҳолатлари ҳисобланади. Тизимли кортикостероидлар ҳар 4—6 соатда парентерал (мускуллар орасига ёки томир ичига), астма хуружи ёки астматик ҳолатини бартараф этгунга қадар киритилади. Тизимли кортикостероидлар билан даволанишнинг яна бир йўли—огиз орқали (перораль) 5—7 кун давомида қабул қилиш ҳисобланади. Даво самарасини тезроқ юзага чиқариш учун ҳисоблаб чиқилган преднизолоннинг 1/4—1/5 миқдори дарҳол томир ичига қилинади, қолган қисми эса томчи ҳолида юборилиши лозим. Оғир хуружлар ва астма ҳолати преднизолонни юқори миқдорларда парентерал қўллаш билан олиб бориладиган жадаллаштирилган даволаш ишлари ёрдамида тўхтатиб бўлмаган ҳолларда (8-10 мг/кг биркеча кундузда), препаратни таблетка ҳолида ичиш учун белгилаш керак. Бир ёшгача бўлган болаларга — 1-2 мг/кг (биркеча-кундузда), 1-5 ёшгача бўлган болаларда — 20 мг/кг бир (кеча-кундузда), 5 ёшдан катта ёшдаги болаларда — 20-60 мг/кг бир (кеча-кундузда) миқдорларда қисқа муддатларга 3-10 кун давомида белгиланади. Тулиқ клиник энгиллашиш даражасига эришилгандан кейин преднизолонни кечки миқдорларидан бошлаб секин-аста камайтириб борилади ва ингальяция йўли билан

қўлланиладиган кортикостероидларни қўшиб борилади. Кеча-кундузлик миқдори 10-15 мг га етгач, кейинги камайтиришлар яна ҳам секинроқ ўтказилади. Беморнинг аҳволини ҳисобга олмай, кортикостероидларни тезлик билан камайтириш ёки бирданига тўхтатиш — бўгилиш белгиларини келтириб чиқарувчи асосий сабаблардан бири эканлигини ёдда тутиш лозим.

Бошқа дори моддалар билан даволаш. Задитен (кетотифен) аллергиянинг медиаторлари ишланиб чиқишини ва ажралиб чиқишини тормозлаш хусусиятига эга, нафас йўлларидаги, теридаги, ошқозон-ичак йўлидаги алергик яллигланиш ривожланишини тўхтатади, бронхларнинг юқори реактивлигини пасайтиради. Шу сабабли задитен бронхиал астманинг енгил ва ўрта оғир турларини даволашда, айниқса кичик ёшдаги болаларда бронхиал астма теридаги ёки ошқозон-ичак тизимидаги аллергиялар билан бирга қўшилиб келган ҳолларда самарали восита ҳисобланади.

Аллергияга қарши иммуноглобулин, гистаглобулин. Бу препаратларни қўллаш бронхиал астманинг хуружларини камайишига ва анча енгил кечишига, баъзи бир беморларда эса касалликнинг клиник енгиллашиш, соғайиш юзага келишига олиб келади. Бу препаратлар билан даволанган беморларда ўткир инфекциялар билан касалланиш тезлигининг камайиши қайд этилади.

Бактерияларга мансуб иммуностимуляторлар. Бактерияларга мансуб бўлган иммуностимуляторлар (бронхомунал, бронховаксон, рибомунил ва бошқалар) ўткир респиратор касалликларининг келиб чиқишини ва сурункали инфекция ўчоқларидаги хуружларни камайтиради ва шу билан бронхиал астма хуружларини камайишини амалга оширади.

Антибиотиклар хуружларни даволашнинг ажралмас қисми бўлиб ҳисобланмайди. Улар ҳарорат ва йирингли балгам бўлган беморларда (агар унда эозинофиллар эмас, балки лейкоцитлар топилган ҳолларда) қўлланилади. Бу бактерияга оид инфекция борлигини кўрсатади, айниқса у бактерияга оид синуситга гумон бўлганда белгиланади.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШГА БОСҚИЧМА-БОСҚИЧ ЭНДОШИП

Бронхиал астма касаллигининг қайталанишга қарши даволаш ишлари касаллик хуружларини енгиллаштириш ва соғайиш даражасига олиб бориш ва шу даражада сақлаб туришга қаратилган. Бунда даволаш усули касалликнинг огирлигига қараб аниқланади. Қайталанишга қарши даво асосини яллигланишга қарши муолажа ташкил қилади. Бронхиал астманинг енгил кечадиган шаклларида қайталанишга қарши терапия кромогликат натрий ёки недокромил натрий билан утказилади. Бронхиал астма хуружлари пайдо бўлган ҳолларда вақти-вақти билан ингаляция йули билан қўлланиладиган. В₂-агонистлар белгиланади. Аҳволи бир хилда турмайдиган беморларни даволашда биргаликда ишлатиладиган препаратларни (интал плюс, дитек) вақтинча қўллаш, кейинчалик аҳвол тургунлашгач, кромогликат натрий ёки недокромил натрийга ўтиш яхши натижа бериши мумкин.

Бронхиал астманинг ўртача огирликда кечишида кромогликат ёки недокромил натрий билан даволаш ишлари бошланади, хуруж пайдо бўлган ҳолларда эса В₂-агонистлар қўшилади. Бронхиал астманинг тунги хуружлари юзага келган ҳолларда ўтказилаётган даволаш ишлари қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган теофиллин препаратлари ёки симпатомиметиклар қўшилиб тўлдирилади. Агар бу усуллар ёрдамида ўтказилган терапия ҳам самара бермаса, ингаляция йули билан ишлатиладиган кортикостероидлар (бекламетазон ёки бошқа ингаляция қилинадиган кортикостероидлар бир кеча-кундузда 400-600 мкг миқдорида) қўшилади. Бронхиал астма огир кечадиган беморлар даво чора-тадбирларига ингаляция йули билан ишлатиладиган кортикостероидлар (бекламетазон бир кеча-кундузлик 600-800 мкг миқдорида ёки бошқа ингаляция қилинадиган кортикостероидлар) киритилади. Кўпинча муолажа узоқ вақт давомида таъсир кўрсатадиган В₂-агонистлар ёки теофиллин препаратлари билан биргаликда олиб борилади. Кортикостероидлар огиз орқали (перораль, фақат ингаляция йули билан ишлатиладиган кортикостероидлар самара бермага-

нида) ишлатилади 5-7 кун давомида 1 кг тана массасига 1-2 мг ҳисобидаги кеча-кундузлик миқдорда преднизолон ичиш учун белгиланади ва секин-аста камайтира бориб ингаляция усулига ўтилади.

Бемор аҳволи яхшиланиб, бир хил ҳолда тургунлик сақлангандан кейин ингаляция йўли билан ишлатиладиган кортикостероидларни ҳам секин-аста камайтирилиб, тўхтатиш мумкин (6-12 ойдан кейин). Бу ҳолларда беморни кромогликат натрий ёки недокромил натрий билан даволашга ўтказилади. Бронхиал астма ўртача оғирликда ва оғир кечаётган беморларда, аҳволи туругунлашмаган ҳолатларда, ингаляция учун ишлатиладиган кортикостероидлар узлуксиз давом эттирилади.

ШИФОХОНАДА ЁТИБ ДАВОЛАНИШГА ЮБОРИШ УЧУН КўРСАТМАЛАР

Шифохонада ётиб даволаниш қуйидаги ҳолларда тавсия этилади:

– даволаш бошлангандан 1-2 соат кейин ҳам самара бермаслиги;

– нафас йўллари торайишининг ўсиб бориши (жадвал нафас чиқаришдаги 1 сек. лик ҳаво оқимининг энг катта миқдори 40 фоиз);

– анамнезида оғир астма ҳолатининг булиши, айниқса бундан олдинги ҳолда шифохонага ётқизиш талаб этилган бўлса;

– юқори хавфли омилларнинг мавжудлиги;

– тезёрдамга мурожаат қилишдан олдин узоқ вақт давомида хуруж белгиларининг сақланиб туриши;

– уй шароитида тиббий ёрдам ва дори моддаларни организмга киритиш учун имконият йўқлиги;

– уй шароитининг яхши эмаслиги;

– беморнинг аҳволи оғирлашиб қолган ҳолларда касалхонага олиб келиш учун транспорт топишнинг қийинлиги.

ШИФОХОНАДАН ЧИҚАРИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

Беморни шифохонадан чиқариб юборишнинг мутлоқ ўлчов мезонлари бўлмайди. Аммо бемор шифохонада энг камида 12 соат давомида, яхшиси 24 соат давомида бўлиши керак. Шифохона шароитидан чиққанидан кейин зарур бўлган даво муолажаларини давом эттириши ва касаллик белгиларининг даво асосида қандай назоратланишини кузатиб бориши мақсадга мувофиқ. Одатда, бемор шифохонадан чиқарилаётган пайтда қабул қилаётган перораль ва ингаляция йўли билан қўлланиладиган препаратлар унга қўйидагиларни таъмин этиши керак:

– ингаляция йўли билан ишлатиладиган қисқа вақт давомида таъсир кўрсатилган В₂-агонистларни қўллаш ҳар 4 соат оралигидан кам бўлмаган вақтда қабул қилишга талаб бўлмаслиги;

– бемор бемалол юра олиши;

– беморнинг ярим тунда ёки эрта тонгда бронходиллятатор керак бўлганлиги туфайли уйқудан туришига тўғри келмаслиги;

– клиник текширишлар берган маълумотлар меъёردа ёки меъёрга яқин бўлиши;

– нафас чиқаришдаги ҳаво оқимининг энг катта миқдори қисқа вақт давомида таъсир кўрсатадиган В₂-агонистлар қўллагандан кейин шу бемор учун энг яхши бўлган миқдордан 70-80 фоизга ортадиган ҳолларда. Бунда нафас чиқаришдаги ҳаво оқимининг энг катта миқдори 20 фоизни ташкил этади;

– бемор ингалятордан тўғри фойдалана оладиган бўлиши лозим;

– беморни даволаш учун олдиндан тузилган режалар текширилиб чиқилади, керак бўлса ўзгартиришлар киритилади;

– беморга шифохонадан чиққанидан кейин қилиниши лозим бўлган ёзиб берилган даво режалари тушунтирилиши керак;

– беморга шифохонадан чиққанидан кейин ҳам таббий ёрдам билан таъминлашга имкон борлигини таъкидлаш.

БРОНХИАЛ АСТМА БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР, УЛАРНИНГ ЯҚИН КИШИЛАРИ ВА ОТА-ОНАЛАРИ УЧУН УЎУВ- ТАЪЛИМ ДАСТУРИ

Республикамизда бронхиал астма бўйича таълим дастурини яратиш бўйича дастлабки қадамлар қўйилди. Бу шифохона шароитида бронхиал астма билан касалланган беморлар учун “Аллергия ва астма” мактабларини ташкил қилишда ва ҳар бир бемор билан бевосита машгулотлар ўтказишда ўз самарасини бермоқда. Бронхиал астманинг ташҳиси ва давоси бўйича кўпчилик халқаро қўлланмаларда бронхиал астмаси бўлган беморларни бошқариш (олиб бориш) олти асосий модда (банд)га ажратилган. Биринчи бандда — бронхиал астмани даволашда биргаликда (яқиндан) иш олиб боришни ривожлантириш мақсадида беморларни ўқитиш, ўргатиш таъкидланган.

Бронхиал астма билан касалланган беморларни ўқитишни дастлаб беморга бу касаллик тўғрисида тушунча беришдан бошлаш лозим. Беморларни ўқитиш — бу анча давом этадиган жараён бўлиб, шифокор билан биргаликда ишлаб чиқилган даво режасига мувофиқ бемор даво муолажаларини ўзи назорат қила олиши учун беморни ва унинг оила аъзоларини керакли маълумотлар, ишланиб чиқилган янги кўрсатмалар билан таъминлашга қаратилган. Бронхиал астма касаллигига чалинган беморларни ўқитиш — уларнинг ҳаёт тарзини анча яхшиланишига, кўпчилик беморлар ҳаётини сақлаб қолишга олиб келади.

Ўқитишнинг асосий мақсади — беморга шифокор назорати остида “ўз-ўзини малакали даволаш” учун шароит яратиб бериш. Ўқитиш жараёни иштирокчилари, одатда шифокор ва бемор ҳамда беморнинг оила аъзолари ҳисобланади. Муваффақиятли ўқитиш, ўргатишнинг асосий мажбуриятлари — бу шифокор билан бемор орасидаги ўзаро ҳамкорлик. Бунда бемор ўзини қизиқтирган саволларни бемалол сўраши ва шифокор қабулига келганда ўз режалари билан ўртоқлашиши лозим. Яна муҳим масалалардан бири — бу ҳар бир беморга алоҳида ўргатиш, таълим бериш, яъни даволашдаги янги кўрсатмалар ва маълумотлар ҳар бир бемор учун ўзига хос бўлиши керак. Бемор то-

монидан маълумотлар ва янги кўрсатмаларни қанчалик ўзлаштирилганини вақти-вақти билан назорат қилиб бориш, керак бўлган ҳолларда ўқитишнинг баъзи босқичларини такрорлаш, қайта ўтказиш ҳам муҳим асос бўлиб ҳисобланади. Бронхиал астма билан касалланган беморларни даволаш самараси шифокор томонидан тавсия этилган кўрсатмаларни пухта бажариб боришга боғлиқ.

Бронхиал астма касаллиги ривожланиши асосида ётувчи сабабчи омиллар ҳамда даволашнинг замонавий усуллари мавжудлиги ҳақида беморнинг етарли маълумотга эга бўлмаслиги шифокор томондан белгиланган даво муолажаларига эътиборсизлик билан қараш ҳамда даволанишни ўзларича тўхтатишга ёки мутахассис бўлмаган кишилар хизматидан фойдаланишга олиб келади. Таълим дастурини яратиш — бронхиал астма бўйича яратилган миллий дастурнинг диққат марказида турган қисмларидан биридир.

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ БАНДЛАРИ

1. Бемор учун ўқув-таълим дастури.
2. Касалликнинг оғирлик даражасини баҳолаш ва компьютерда ҳисоблаш натижаларини кузатиб, қайд этиб бориш.
3. Касаллик хуружини қўзғатувчи омилларни истисно қилиш ёки улар устидан назорат олиб бориш.
4. Ҳар бир бемор учун алоҳида, ўзига хос бўлган дори моддалар билан даво режасини ишлаб чиқиш.
5. Касаллик хуружларини даволашни ишлаб чиқиш.
6. Даволашни тартибли ва мунтазам олиб борилишини таъминлаш (диспансер назорати).

БРОНХИАЛ АСТМАНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Профилактика чора-тадбирлари астма хуружини, унинг оғир ўтмаслигини (кечмаслигини), асоратларини ва ўлим ҳолларини олдини олиш мақсадида ўтказилади.

Бронхиал астма хуружини олдини олиш беморларда хуружни келтириб чиқарувчи сабабчи аллерген ва ноаллерген омиллар билан алоқани йўқ қилиш асосида утказилади. Вунинг иложи бўлмаган ҳолларда эса иложи борича уларни таъсир этиш вақтини камайтириш орқали амалга оширилади.

Бронхиал астма билан хасталанган беморлар истеъмол қиладиган озиқ-овқат маҳсулотларидан касаллик хуружига сабаб бўлувчи маҳсулотларни чиқариб ташлаш керак. Беморларда бўгилиш хуружига ёки аллергик реакцияларга сабаб бўлган дори моддаларни қўллашдан бутунлай воз кечиш зарур. Бемор қабул қила олмайдиган дори моддалар билан умумий антиген таркибий қисмга эга бўлган бошқа фармакологик препаратларни ҳам белгилаш мақсадга мувофиқ эмас. Бронхиал астма билан касалланган беморлар яшайдиган хонадонларда аквариум сақлаш мумкин эмас, чунки балиқнинг қуруқ озиги кучли аллергенлик хусусиятига эга.

Замбуруғли бронхиал астма кўпинча могор замбуругига нисбатан сезувчанлик ортиши туфайли пайдо бўлади.

Профилактика чора-тадбирлари ичида яшаш жойларидаги ортиқча намликни ва могор замбуруғлари купаядиган ўчоқларни йўқ қилиш энг муҳими ҳисобланади.

Уй чанги таркибидаги *Dermatophagoids farinae*, *Dermatophagoids pteronyssimus* аллергенларига сезувчанлик ортиши туфайли бемор яшайдиган хонани ҳар куни намланган латта билан тозалаб чиқиш ва уй чангини доимий равишда чанг юткич ёрдамида йўқ қилиш, ўзига чанг йигувчи омилларни (гилам, эскирган юмшоқ уй жиҳозларини) бемор хонасида сақламаслик, чойшабларни ювиш (+60°C) ёки қайнатиш, уларни очиқ ҳавода, қуёшли иссиқ кунда ёки қаттиқ совуқ об-ҳаво шароитида доимий равишда шамоллатиб туриш астма хуружини олдини олишда энг яхши самара беради. Бронхиал астма хуружларини камайтиришнинг яна бир самарали усули — бу номахсус омиллар (бемор яшайдиган хонада тамаки чекиш, кимёвий бирикмалар билан алоқа қилиш, рухий ҳаяжонланиш) таъсирини камайтириш бўлиши мумкин.

ҲАШОРАТЛАР ЧАҚИШИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АЛЛЕРГИЯ (ИНСЕКТ АЛЛЕРГИЯ)

“Инсект аллергия” номи инсект, яъни ҳашорат сўзидан келиб чиққан. Аллергик реакциялар кўпинча парда қанотли ҳашоратлар чақиши натижасида юзага келади. Ҳашоратлар чаққанда киши организмнинг сенсibiliзацияланишини қўйидаги йўллар билан фарқланади: инсон организмга аллергеннинг ҳашорат заҳри билан кириши; чаққан пайтда сўлаги тушиши; ҳашорат танаси юқори қавати парчаларининг нафас йўлларига тушиши (масалан, асалари боқувчилар астмаси). Ҳашорат чаққанда заҳарнинг аллергик ҳамда токсик, яъни заҳарли таъсир кўрсатиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик ва уларни ажрата билиш лозим.

Токсик реакция ҳашорат кўп мартаба чақишида юзага келади. Асалари заҳри организмга катта миқдорда тушганда геморрагик, гемолитик, нейротоксик ва гистаминга ўхшаш таъсир кўрсатиши мумкин. 1930 йилдаёқ Бенсон асаларичиларда асалари заҳрига ҳам, асалариларнинг ўзига ҳам (ҳаёт фаолияти маҳсулотларига) сезувчанлик ортишини аниқлаган. Агар бронхиал астма ва аллергик ринит билан касалланган беморларни оладиган бўлсак, уларнинг 0,38 фоизиди асалари заҳрига сенсibiliзация кузатилган. Бироқ, аллергияси бўлган беморлар учун асаларининг чақиши жуда хавфли ҳисобланади. Америка академиясининг маълумотларига қараганда 1970 йилла ҳашорат чақишидан 1000 та ўлим ҳолати қайд этилган. Сўнги 10 йилликнинг ўзида Америкада асалари чақишидан 400 ўлим ҳолати рўйхатга олинган. Ари ёки асалари чаққан ҳар 30 кишидан биттаси нобуд бўлади. Ўлим ҳолати кўпинча 1 соат ичида юз беради ва бу аллергик реакция билан боғлиқ бўлади. Аллергик реакциялар ҳашоратларнинг танаси устки қавати парчалари нафас йўли орқали организмга тушганда ёки бемор териси орқали ҳашорат билан яқин контактда бўлганда мувофиқ равишда ринит ёки дерматит кўринишида юзага келиши мумкин. Биргина ҳашорат чиққандан кейин юз берадиган оғир реакция кўпроқ аллергик реакцияга хос.

Дунё бўйича пардақанотлиларнинг ўртача 0,5 фоиз турига аллергия аниқланган. Швейцарияда ҳар йили пардақанотлилар чақишидан 4 киши нобуд бўлади. АҚШда ҳар йили ҳашоратлар чақиши натижасида 5 миллион реакция қайд этилади. Ҳашоратлар чақишидан келиб чиқадиган ўлим ҳолатлари заҳарли илонлар чақишидан келиб чиқадиган ўлим ҳолатларига нисбатан 3 марта кўп учрайди. Аллергик реакцияларга ҳашоратларнинг икки хил синфга мансуб турлари чаёнлар ва ҳашоратлар синфи (инсект) сабаб бўлади. Мутахассисларнинг маълумотларига кўра аллергия реакциялар кўпроқ ҳашоратлар чақишидан пайдо бўлади. Ўз навбатида ҳашоратлар синфи бир неча гуруҳга бўлинади: чивинлар, пашшалар, каналар, чақа оладиган капалак қуртлари, пардақанотлилар. Пардақанотлиларнинг чақиши айниқса оғир реакцияларга сабаб бўлади. Пардақанотлилар гуруҳига асалари, ари, қовоқари (қизилари), тукли ари (тупроқ ариси) ва чумолилар киради. Пардақанотлилар гуруҳи яна қатор оила ва турларга бўлинади. Асаларилар оиласига ургочи асаларилар (чақадиган), ишчи асаларилар ва танбал асаларилар киради. Уларга яна қовоқарилар ҳам киради. Қовоқарилар анча йирик ва очиқ рангли бўлади. Улар фақат ўсимликлар билан озиқланиб, найзаларидан ҳимоя воситаси сифатидагина фойдаланадилар.

Арилар оиласига мансуб ҳашоратлар тўғрисида алоҳида тўхталиб ўтиш лозим. Булар йиртқич ҳисобланиб, ҳашоратларга хужум қилишади, ўлик ҳашоратлар билан озиқланишади. Бундан ташқари одамни чаққан вақтида инфекция киритиши мумкин. Улардан энг йириги тукли аридир. Асалари найзасининг саккизта кертиги бўлади. Шунинг учун у чақишидан кейин одам танасида найзаси билан бирга заҳарли қопчаси, заҳарли безлар ва нерв тугуни ҳам қолади. Асалари чаққанидан кейин қопча мускуллари қисқаради ва заҳар организмга чуқурроқ кириб боради. Одамни чаққанидан кейин асалари ҳам нобуд бўлади.

Асалари заҳри таъсирининг клиник кўриниши: асаларилар, арилар ва тукли ариларнинг заҳри баъзи таркибий қисмлари билангина бир-биридан фарқ

қилади. Унинг таркибида гистамин, ацетилхблин, кинин А ва В фосфолипаза, гиалуронидаза каби ферментлар бўлади. У бир марта чаққанида 0,3 мг заҳар кирилади.

Асалари чаққанида икки хил, яъни заҳарланиш ва аллергия реакциялар юзага келади. Организмга тушган заҳарни миқдорига кўра заҳарланиш реакциялари ҳам гуруҳга бўлинади. Оддий (одатдаги) реакциялар шиш ва қизариш билан тавсифланади ва бу 24 соатгача давом этиши мумкин. Анча яққол кўринишга эга бўлган реакциялар 48 соатдан кўпроқ вақтгача чўзилади ва чаққан жойдан анча кенг тарқалган бўлади. Ва ниҳоят анча кенг, жуда яққол кўринишга эга бўлган заҳарланиш реакцияларининг асаб тизимига оид белгилари моносевритлар, энцефалитлар, менингитлар ва ҳатто хавфли миастения (мускулларнинг сохта фалажи) билан тавсифланади.

Битта асалари чаққанида кўпинча маҳаллий заҳарланиш реакцияси юзага келади. 10 та ёки ундан кўп асаларилар чаққанида ўртача оғирликдаги умумий реакция устунроқ бўлади, яъни қалтираш, кўнгил айнаши, қайт қилиш, бош оғриги кузатилади. 100та ва ундан кўп ари чаққанида умумий оғир реакция юз беради. Бунда кўпинча қондаги эритроцитларнинг парчаланиши (гемолизи), бутун танада геморагик тошмалар, асаб тизимининг зарарланиши (алахсираш, талваса, фалажлар) пайдо бўлади. Бир вақтнинг ўзиде 300 дан ортиқ асаларининг чақиши бир лаҳзада ўлимга олиб келиши мумкин. Пардақанотли ҳашоратлар заҳарларининг организмга таъсирида бир оз фарқ бўлади. Тукли ариларнинг заҳри кўп ҳолларда гемолизга (эритроцитларнинг парчаланиши) олиб келади. Бундан ташқари арилар чаққан пайтида организмга инфекция олиб кириши мумкин. Пардақанотлилар чақишидаги заҳарланишнинг клиник манзараси, асосан шулардан иборат.

Заҳарли таъсирдан фарқли ўлароқ, сенсibiliзацияда аллергия реакциялар битта-иккита асалари чақишидан ҳам ривожланиши мумкин. Пардақанотлиларга нисбатан сенсibiliзация 2 фоиз асаларичиларда кузатилади. У клиник кўриниши бўйича

ҳам, ривожланиш механизми бўйича ҳам фарқ қилади. Асалари заҳрининг оқсилли таркибий қисми аллергик реакцияни келтириб чиқаради. Заҳардаги антиген таркибий қисмлар миқдори иккитадан то 21 тагача бўлади. Оқсилнинг молекуляр огирлиги қанчалик катта бўлса, унинг гистаминга қарши хусусияти шунча яққол кўринади. А фосфолипаза ва гиалуронидаза ҳам кўпроқ антигенлик хусусиятига эга. Ҳар хил турлар орасидаги кесишувчи реакциялар жуда кам ҳолда учрайди. Масалан, асалари заҳрига сезувчанлик бўлганда, оддий ари заҳрига реакция кучсизроқ бўлади.

Асалари чақиши таъсиридаги реакция кўпинча I тип бўйича кечади, яъни E иммуноглобулинга боглиқ бўлади. Махсус IgE фақат асалари чақишидан аллергияси бўлган кишиларда аниқланган, у соғлом одамда бўлмайди. Шу билан бир вақтда IgE асалари чақишига чидамли бўлган асаларичиларда топилган. Асалари чақишида сенсibiliзацияси бўлган 300 бемор текширилганда, уларнинг 95 фоизини олдин ҳам ари чаққанлиги маълум бўлган. Янги тугилган чақалоқда ва кичик ёшдаги болаларда махсус E иммуноглобулин аниқланмаган. Бу эса реакциянинг тугма эмаслигидан далолат беради. Қолган 5 фоизи пардақанотлилар гуруҳига кирувчи чумоли чақиши ҳисобига ҳам, ёки ҳашоратлар тана қисмларини нафас йўли орқали организмга тушиши туфайли ҳам сенсibiliзацияланган бўлиши мумкин. Инсект аллергиянинг клиник кўриниши заҳарли таъсир реакциясидан фарқ қилади. Агар заҳар томирлар соҳасига тушса, одатда Квинке шиши ёки қаварчиқлар юзага келади. Эртанги реакциялар 97 фоиз ҳолларда пайдо бўлади ва у 1—30 дақиқа ичида ривожланади. Ҳашоратлар чақишида аллергик реакциялар турли клиник белгиларни келтириб чиқаради: теридаги (қичишиш, қизариш, қаварчиқ ва Квинке шиши), юрак қон томирларига оид (анафилактик шок), нафас тизимига оид (кўнгил айнаши, қайт қилиш, қоринда тутиб турадиган оғриқ, ич кетиши). Улим ҳолатлари кўпинча ҳиқилдоқ шиши ва анафилактик шокда, ёши катта одамларда кузатилади. Бўйин ёки бош қисмини чақишида бу ҳолатлар кўпроқ юз беради.

Клиник кечиш огирлигига кўра улар уч босқичга булинади. I даража енгил шакли: бунда қаварчиқлар, Квинке шиши ва заҳарланиш (қалтираш, ҳароратнинг кутарилиши) кузатилади. II даража ўрта огир шакли: беморда бронхлар, ичаклар, бачадон силлиқ мускулларининг торайиши, юрак уриш мақомининг бузилиши ҳамда шиллиқ қаватлар шиши кузатилади. III даражали реакциялар эса 20 фоиз беморларда қайд этилган. Хушини йўқотиш ҳоллари — 40 фоиз беморларда, талваса — 9 фоиз беморларда, қовуқ бушашиши — 28 фоиз беморларда кузатилади.

Инсект аллергияни ташҳислашда анамнезни тўғри йиғиш ва теридаги алергик синамаларни ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Асалари чақишидан юзага келадиган анафилактик реакциялар кўпроқ қонида асалари заҳрига нисбатан Е иммуноглобулин мавжуд бўлган кишиларда ривожланади. Бунда терида ўтказиладиган синамаларни ҳар бир чақишдан кейин ўтказиш керак бўлади, улар радиоаллергосорбент синамаларга қараганда анча кўп маълумот беради. Ёлгон, манфий синамалар бўлиш эҳтимоли ҳамда ҳар қайси пардақанотлилар гуруҳининг ўзига хос махсус антигенга эга бўлиши мумкинлигини ёдда тутиш лозим.

Инсект аллергияни даволаш қўйидагича олиб борилади. Ҳашорат чиқишидан кейин теридаги ҳашорат нишини олиб ташлаш ва совуқ қўйиш ва ҳатто чақилган жойдан юқори қисмни боғлаб қўйиш лозим. Даволаш ишлари касалликнинг кечиш огирлигига боғлиқ ҳолда ўтказилади. Гистаминга қарши препаратлар, кортикостероидлар, юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар белгиланади. Асалари заҳрига сезувчанлик ортган беморларда махсус гипосенсибилизация энг самарали даволаш усули ҳисобланади. Асалари заҳрининг 10^9 эритмасидан тайёрланган аллергенга юқори даражали сезувчанлик кузатилади. Шунинг учун аллерген инъекцияси 5 кунда бир марта қилинади.

Инсект аллергиянинг келиб чиқишини олдини олиш чора-тадбирлари қўйидагилардан иборат: Ҳашоратлар чақишидан сақланиш, айниқса шу антигенга нисбатан сезувчанлик ортган кишилар учун

муҳим шартлардан бири ҳисобланади. Шаҳардан ташқарига чиққан пайтларда очик рангли кийимлар киймаслик, ўткир хидли атир-упадан фойдаланмаслик лозим. Енглари узун кўйлак, ботинка кийиш ва рўмол ўраб олиш тавсия қилинади. Чақадиган ҳашоратлар яшайдиган, озиқланадиган жойларга бормаслик, одамлар яшайдиган уйлар атрофидаги ари инларини йўқ қилиш керак. Ҳашорат чақишидан кейин эса, найзани ўткир пичоқ ёки игна ёрдамида олиб ташлаш, ҳеч қачон сиқмаслик лозим. Тезлик билан адреналин инъекциясини қилиш ва гистаминга қарши препарат қабул қилиш лозим. Бу дори моддаларни бемор ўзи билан бирга олиб юриши лозим ва жуда тез қўллаши шарт.

Иммунотерапияда киритиладиган антигеннинг умумий миқдори, одатда 100 мкг асалари заҳри миқдорига тенг бўлади ва у бир вақтнинг ўзида 2 асалари чақишига мувофиқ келади. Агар бемор даволаниш чоғида уларни яхши қабул қила олса, шокнинг юзага келиш эҳтимоли жуда кам бўлади. Иммунотерапия бир неча ой давомида ўтказилади.

Асалари чақишидан юзага келадиган ўткир аллергик реакцияларни даволашни тери орасига адреналин киритиш йўли билан бошлаш керак, фақат шундан кейингина гистаминга қарши препаратлар киритилади.

Киши организмга сувараклар, гижжалар тушган ҳолларда ҳамда чумолилар чаққан пайтларда вужудга келадиган аллергик реакциялар тўғрисида ҳам қисқача тўхталиб ўтмоқчимиз.

Аллергик реакциялар кўпинча сариқ чумолилар чақишидан юзага келади: битта чумоли чаққан ҳолларда—маҳаллий реакция (қаварчиқлар ва ангионевротик шиш) пайдо бўлади. Улар тез содир бўладиган, секин-аста содир бўладиган ва кечки реакциялар типига ривожланиши мумкин. Бир неча чумолини бирданига чақиши бронхиал астма хуружини ва ҳатто анафилактик шокни келтириб чиқариши мумкин. Сариқ чумоли заҳари гистамин ажралиб чиқишини келтириб чиқаради ва комплиментни фаолсизлантирувчи омилга эга бўлади.

Қон сўрувчи ҳашоратлар (чивинлар, каналар, бургалар) чақишидаги аллергик реакциялар киши орга-

низмига ўзида заҳарли моддалар билан бир қаторда ал-
лергик реакцияларни ҳам келтириб чиқарувчи модда-
ларни сақлайдиган ҳашорат сўлаги тушиши билан
боғлиқ. Уларга юқори молекулали оқсиллар киради.
Чивин чақиши натижасида тез содир бўладиган ва се-
кин-аста содир бўладиган реакциялар юз бериши мум-
кин. Суваракларга нисбатан аллергик реакциялар
кўпинча аллергик дерматозлар, қаварчиқлар, ринит-
лар, бронхиал астма кўринишида юзага келади. Сува-
рак аллергенлари уй чангида бўлиши ва нафас
йўллариининг аллергик касалликлари ривожланиш ме-
ханизмида муҳим ўрин тутиши мумкин. Аллергенлар-
нинг манбаи — бу нобуд бўлган сувараклар тана
қисмлари, сўлаги, ахлати бўлиши мумкин.

Уй пашшалари ҳам Е иммуноглобулинга боғлиқ
аллергик реакцияларни келтириб чиқариши мумкин.

Одам организмида асосан 3 хил гуруҳ гижжалар
мавжуд бўлади: цестотозлар (лентасимон), трематоз-
лар (сўрувчилар), нематозлар (юмалоқ гижжалар).
Одам, одатда етилган гижжалар учун ягона хўжайин
ҳисобланади (эхинококкоздан ташқари). У ошқозон-
ичак йўллари орқали юқади. Гижжалар одам орга-
низмида текинхўрлик қилиб яшар экан, у ўзидан
организмнинг сезувчанлиги ошиб кетишига сабаб
бўлувчи модда ажратиб чиқаради. Гижжаларнинг
антигени иммуноглобулинларнинг Е синфи ишланиб
чиқишини рағбатлантирувчи кучли антиген
ҳисобланади. Бироқ, гельминтозларнинг аллергик
кўринишида тез содир бўладиган реакциялар ҳам ёки
бир вақтнинг ўзида ҳар икки шакли ҳам қайд этила-
ди. Гижжаларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари,
шилиқ ширалари ҳамда нобуд бўлган гижжалар им-
муноглобулин Е ишланиб чиқишини ривожлантира-
ди. Тез содир бўладиган реакциялар кўпроқ учрайди.
Иммун жавоб реакциясига Т—лимфоцитлар ҳам тор-
тилади. Т—супрессорлар бостирилади, Т—хелперлар
ва В—лимфоцитлар кўпаяди, тургун эозинофилия
пайдо бўлади. Эозинофиллар иммуноглобулинлар ва
комлемент омили (C₃) ҳамкорликда таъсирлашиши-
дан цитотоксик омилларни сақловчи (пероксидаза ва
фосфолипаза) эозинофил доначалари ажралиб

чиқади. Гижжалардан киши организмини халос қилишга олиб келувчи гижжаларнинг зарарланиши, бузилиши юз беради. Паразитларга қарши антитело гижжаларга қарши макрофаглар ва моноцитларнинг цитотоксик самарасини ҳам кучайтиради. Гижжалар аллергик реакциялардан ташқари ақлий ва жисмоний ривожланишга ҳам салбий таъсир кўрсатади. Айниқса болаларда касалликнинг клиник манзараси гижжанинг турига боғлиқ бўлади. Альвеококкозда, асосан жигар зарарланади. Анкилостомидозларда эса эозинофилларнинг жуда кўпайиб кетиши, бронхопневмония, астма белгилари, қаварчиқли тошмалар кузатилади. Организм оскарیداлар билан зарарланишида ўткир респиратор касалликларининг, бронхитнинг клиник манзараси, эозинофилия юзага келади. Огир ҳоларда ичак тутилиши ҳам ривожланиши мумкин. Турли гижжаларнинг ҳаракатланиш босқичида қуйидаги белгилар: иситма, миалгия, артралгия, дерматитлар, ўпка зарарланиши, Квинкешиши, эозинофилия, лейкоцитоз бўлиши мумкин.

Гельминтозларни ташҳислашда. асосан ахлатни бир неча марта текшириш усуллари ҳамда организмни гижжалардан тозалангандан олдин ва кейин умумий Е иммуноглобулинни текшириш қўлланилади. Гижжаларнинг стандарт (муқим) антигенларидан фойдаланиб ўтказиладиган айрим серологик реакциялар (РСК), (РПГА), радиоаллергосорбент усуллари ёрдамида ҳам анча маълумот олиш мумкин.

ЗАМБУРУҒЛАРГА ОИД АЛЛЕРГИЯ

Замбуруғлар таъсиридан келиб чиқадиган касалликлар кишилар орасида кенг тарқалган бўлиб, азалдан маълум. Турли аъзоларнинг эмбуруғларга оид яллиғланиши — микозлар яқингача фавқулодда ҳолат деб баҳоланиб, асосан иссиқ иқлимли мамлакатларда кузатилади эди. Сўнги ун йилларда эса тўқималарнинг замбуруғлар билан зарарланиши ҳар қандай иқлим шароитига эга бўлган мамлакатларда ҳам қайд этилмоқда. Буни замбуруққа оид зарарланиш ҳолатлари ташҳис усулларининг такомиллашганлиги билан боғлаш мумкин. Микозлар билан касалланиш кўрсаткичининг ўсиши қайд этиляпти. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда сўнги 15 йил ичида Америка Қўшма Штатларида турли замбуруғли касалликлардан келиб чиқадиган ўлим ҳолати 10 мартага ортди.

Микозлар билан касалланишга замонавий бактерияларга қарши препаратларни, биринчи навбатда антибиотикларни узоқ вақт давомида қўллаш сабаб бўлади. Улар бактерияларнинг патоген ва сапрофит флораларини ҳам камайишига олиб келади. Микозлар билан касалланишнинг кўпайиши кортикостероидлар, цитостатиклар, нур билан даволаш усулларини қўллашга ҳам боғлиқ бўлади. Буларнинг ҳаммаси организмнинг табиий чидамлилигини пасайтиради. Бу эса патоген замбуруғларнинг тўқималарга киришини ва кўпайишини осонлаштиради. Шунинг учун ҳам замбуруғлар келтириб чиқарадиган турли кўринишдаги, турли аъзолардаги касалликлар кўп соҳа мутахассислари диққат марказидаги касалликлардан ҳисобланади.

Замбуруғлар билан зарарланиш кўпинча ўткир жараёнларнинг сурункали кўринишга ўтиб кетишига, тез-тез қайталанишига ва кўп касалликларнинг огирроқ кечишига сабаб бўлади. Бу масалани жаҳон адабиётларида яхши ёритилмаганлиги замбуруғли инфекцияларнинг қатор касалликларни келтириб чиқаришидаги ўрнини етарлича баҳоламасликка олиб келади. Бу эса патологик жараённинг ўзига хос хусусиятлари тўғрисида нотўғри тасаввурга эга бўлишга ва даволаш

ишларини нотўғри олиб боришга сабаб бўлди. Замбуруғларга оид касалликларнинг ташҳиси ва давоси ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, бу патологик жараён жойлашган аъзодан текшириш учун материал олишнинг ўзига хослиги ва махсус даволаш усулларининг кераклиги билан боғлиқ. Замбуруғлар хлорофиллсиз, бир ҳужайрали ўсимликларнинг катта гуруҳини ташкил этади. Замбуруғларнинг 10000 дан кўп тури маълум, улар 3000 га яқин оилани ташкил қилади. Замбуруғларнинг ярмидан кўп тури сапрофит ҳолда яшайди, озроқ қисми эса ўсимлик ва ҳайвонлар организмларида улар ҳисобига яшайдилар. Ҳозирги пайтда инсон учун патоген касаллик қўзғатувчи ҳисобланган замбуруғларнинг 500 га яқин тури маълум. Уларга кўп ҳужайрали ва бир ҳужайрали микроорганизмлар киради. Касаллик қўзғатувчи замбуруғларнинг ҳужайралари ҳар хил шакл ва ўлчамларга эга. Улар бир неча микрондан (ачитқилар) то ўн ва юз микронгача бўлади.

Замбуруғлар — бу жуда майда организмлар бўлиб, улар узун ипсимон кўринишга эга бўлади. Улар ташқи муҳитда ҳам, организм ичида ҳам яшаш қобилиятига эга. Замбуруғлар спора ёки мицелийлар кўринишида ҳаво таркибида бўлади. Кўпчилик мутахассисларнинг фикрича замбуруғларнинг споралари айниқса кучли аллергенлар ҳисобланади.

Замбуруғларнинг жуда кўп турлари заҳарли моддаларни ишлаб чиқиши мумкин. Альтернария турининг аллергенлик ва заҳарлилик хусусияти айниқса кўпроқ. Улар, кўпинча ўсимликлардан озиқланадилар, ўзларидан заҳарли моддаларни ажратиб чиқарадилар. Замбуруғлар АҚШда бронхиал астманинг энг асосий сабабчиларидан бири ҳисобланади. Замбуруғларнинг аспергиллюс тури ҳам ниҳоятда кучли аллерген бўлиб, $+12^{\circ}\text{C}$ дан $+56^{\circ}\text{C}$ гача бўлган ҳароратда бемалол ўсади, ўзидан қатор заҳарли моддаларни ажратиб чиқаради. 186 та бемор текшириб кўрилганда уларнинг 21 фоизидан кандидоз, 25 фоизида кандидоз ташувчилик, могор замбуруғлари эса 10 фоиз беморларда аниқланган.

Замбуруглар таъсирида келиб чиқадиган аллергия реакциялар кўпроқ споралар орқали юзага келади. Енгил споралар шамолда учувчан бўлади ва у нафас йўлларига осонлик билан тушиши мумкин. Республикамизда замбуругларнинг кладоспориум, альтернария, аспергиллюс, мукор, пенициллиум каби турлари кенг тарқалган. Йилнинг турли фаслларида учрайдиган замбуругларни бир-биридан ажратиш қийин. Ҳаво ҳарорати $+25^{\circ}\text{C}$ бўлган ҳолларда замбуруглар энг кўп миқдорда бўлади. Замбуругларнинг хоналарда кўпайишига чанг, зах ва тигизлик (яъни, кўпчилик кишиларнинг бир хонада яшаши) ёрдам беради. Жундан тўқилган гиламлар, ҳайвон жунлари кўп миқдорда замбуругларни ўзида сақлайди. Замбуруглар инсонни ўраб турадиган муҳитда доимо бўлади. Одам организмида касаллик пайдо бўлишида кўпроқ ачитқилар оиласига мансуб бўлган кандида ва могор замбуругларига кирувчи пенициллиум ва аспергиллюс турлари сабаб бўлади. Улар шаҳар ҳавосида ва яшайдиган хонадонларда кенг тарқалган. Замбуруглар уй чанги, мева ва сабзавотлардан кўп миқдорда ажралиб чиқиши мумкин. Атроф-муҳитдаги замбуругларнинг миқдори иқлим ўзгаришига боғлиқ бўлади (асосан баҳор ва куз ойларида, нам об-ҳаво шароитида). Замбуругларнинг Кладоспориум тури барча мамлакатларда учрайди. Шу билан бир вақтда уларнинг тарқалишида муайян иқлим шароитига боғлиқлик ҳам кузатилади. Мексикада аспергиллюс тури кўпроқ учраса, Польшада пенициллиум тури устунлик қилади. Замбуруг споралари айниқса ёмгирдан олдин жуда кўп бўлади.

Тошкентда ва Вильнюсда аспергиллюс кўпроқ кузатилади, Олмаотада эса альтернария тури нисбатан кўп қайд этилади. Бундан ташқари мавсумга боғлиқлик ҳам кузатилади, яъни баҳорда кўпроқ аспергиллюс, кузда эса кладоспориум ва альтернария турлари кўпроқ учрайди. Ачитқи замбуруглари декабрь ойида кўпроқ аниқланади.

Замбуругларни узоқ вақт давомида тери ва шиллиқ қаватларда бўлиши айрим кишиларда организмнинг сенсibiliзацияланишига ва аллергия касалликлар юзага келишига сабаб бўлади. Нафас йўллари ва ичак-

нинг шиллиқ қаватлари, ноқулай шароитда ва иммунитет пасайганда, замбуругларни организмга кириши учун қулай йўл бўлиши мумкин. Тери ва шиллиқ қаватларнинг шикастланиши нафақат замбуруглар билан зарарланиш туфайли яллиғланиш ривожланишини, балки сенсibiliзацияни ҳам келтириб чиқариши мумкин. Бу икки касаллик жуда кам ҳолларда алоҳида-алоҳида кечиши мумкин.

Кўпчилик мутахассисларнинг мулоҳозаларига кўра нафас йўлларининг шиллиқ қаватларида кўпроқ алергик яллиғланиш юзага келади. Замбуругларга нисбатан сенсibiliзация кўпроқ кишилар яшамайдиган жойларда (ертўлаларда, омборларда) ривожланади. У замбуругларга оид инфекцияга қараганда анча кўп тарқалган. Замбуругларнинг айрим турлари инсон нафас йўллари шиллиқ қаватига тугилгандан кейиноқ жойлашиб олган бўлади (кандида) ва у сапрофит ҳолда қолади. Баъзи ҳолларда, масалан, бирор касаллик туфайли беморни узоқ вақт давомида кортикостероидлар, антибиотиклар билан даволаш пайтида улар патоген, яъни касаллик қўзгаткич хусусиятига эга бўлиб қолади. Чунки бу дори моддалар иммунитетни ва организмнинг реактивлигини пасайишига кўмаклашади. Нафас йўлларининг сурункали касалликларида бу замбуруглар бурун шиллиқларидан ва балгамлардан топилиши мумкин. Нафас йўлларида алергик касалликлари бўлган беморларда 15 фоиз ҳолларда замбуруглар аниқланган. Муайян замбуруг турига сенсibiliзация билан шу тур замбуругларнинг шиллиқ қаватдан топилиши орасида ўзаро боглиқлик кузатишган.

Турли замбуруглар организмга тушганда кейинчалик кўпаймай ва яллиғланишни юзага келтирмай, фақат сенсibiliзацияга сабаб бўлиши исботланган. Кишиларда замбуругларнинг ҳар хил турларига нисбатан юқори сезувчанлик 7 фоиздан 22 фоизгача учрайди. Сенсibiliзация кўпроқ замбуруглар нафас йўлларига тушган ҳолларда юз беради. Замбуруг споралари жуда ҳам юқори бўлмаган сенсibiliзациялаш хусусиятига эга бўлиб, алергик реакциялар

нинг тез содир бўладиган ва аста-секин ривожланадиган турлари кўринишида ҳам бўлиши мумкин. Терида ўтказилган синамалар бўйича ҳам, иммунологик текширишлар берган маълумотлар бўйича ҳам қон зардобда айланиб юрувчи замбуругли аллергенга нисбатан антителолар ва ҳужайра реакцияси аниқланганда, аллергик реакция секин-аста юзага келувчи реакциялар типига мансублиги аниқланди. Аксарият ҳолларда беморларда аралаш турдаги реакциялар, яъни тез ва секин-аста ривожланадиган реакциялар қайд этилган.

Ҳозирги пайтда Чехиянинг “Севак” корхонасида замбуругларга оид аллергенларнинг 35 хил турини ишлаб чиқарилмоқда, улар асосан ташҳислаш ва даво мақсадларида ишлатилмоқда.

Замбуруглар келтириб чиқарадиган аллергик ринит. У юқори нафас йўлларидаги анча оғир касалликларидан бири ҳисобланади. Сурункали аллергик ринит билан касалланган беморларнинг 12 фоизида замбуруглар сабабчи омил сифатида аниқланган. Аллергологик анамнез ўрганилганда замбуругларга оид аллергик ринит билан касалланган беморларда мавсумга боғлиқлик (баҳор ва кузда кўпроқ), озик-овқат маҳсулотларига нисбатан аллергиянинг бирга ёндош келиши (озик-овқат аллергияси), яшаш жойларида зах ва могор замбуругларининг бўлиши хос белгилардан эканлиги кузатилди. Беморлар номахсус таъсирловчиларга (совуқ, тутун, бўёқлар) жуда сезгир бўладилар.

Замбуругларга оид аллергик ринитда теридаги синамалар бўйича ҳам, қўзғатувчи синамалар бўйича ҳам аста-секин ривожланадиган аллергик реакциялар устунлик қилади. Бошқалардан кўра кўпроқ могор замбуругларига нисбатан сенсбилизация аниқланди. Касаллик хуружининг мавсумга боғлиқ эканлигига қарамай, касаллик енгиллашган, тинч даврида ҳам беморда шикоятлар сақланиб қолади (гарчи уларнинг учраш тезлиги ва даражаси пасайса ҳам). Шикоятлар бурунда кучли қичишиш, битиш ва кўп миқдорда рангсиз шиллиқ ажралиб чиқиши билан тавсифланади. Патологик жараён юқори жағ бўшлигига ҳам тарқалади, 50 фоиз беморларда гайморит ривожланади. Бурун шиллиқ қавати қизарган, шишган булади, қуюқ шиллиқ

ажралиб чиқади. 80 фоиз ҳолларда бурун бўшлигидан турли замбуруглар топилади. Бурун бўшлиги функциялари текширилганда шиллиқ ажратиш, нафас олиш ва нафас чиқариш функциялари бузилганлиги аниқланади.

Замбуруглар кўпинча бронхиал астмани келтириб чиқаради. Замбуругларга оид бронхиал астмада могор замбуругларига мансуб бўлган аспергиллюс, альтернария, кладоспориум, пенициллиум сабабчи омил ҳисобланади. Замбуруглар таъсирида юзага келадиган бронхиал астмада касалликнинг давомлилиги, одатда 5 йилдан ортиқ бўлмайди. Замбуруг аллергиялари билан терида синамалар ўтказилганда тез содир бўладиган ҳамда секин содир бўладиган аллергия реакциялар юзага келади. Бронхиал астма билан касалланган болаларда кўпроқ ризопус ва альтернария аллергияларига нисбатан сенсibiliзация аниқланади.

Замбуруглар билан ўтказилган теридаги синамалар 70 фоиз, провокацион синамалар эса 60 фоиз мусбат натижаларни беради. Улар орасида ўзаро боғлиқлик кузатишган. Баъзи иммунологик синамаларнинг самаралилиги ва кўп маълумот бера олиши (базофиллар дегрануляцияси) замбуругли аллергияга хос хусусият ҳисобланади. Аксарият ҳолларда замбуругларга нисбатан сенсibiliзация бактерияларга нисбатан сенсibiliзация билан бирга қўшилиб келади. Болаларда тез содир бўладиган аллергия реакциялар кўпроқ кузатилади.

Замбуругларга оид бронхиал астма учун касалликнинг бирданига бошланиши — бу зах бинолардаги нам ҳаво билан ҳамда баъзи бир озиқ-овқат маҳсулотларини (пишлоқ, қатиқ, пиво замбуруглари, шампан виноси) истеъмол қилиш билан боғлиқ. Заҳарланиш ҳолатларида (интоксикация) ҳарорат кўтарилмайди. Хуруж даври 5—7 кун давом этади, сабабчи омиллар бартараф этилиб, гистаминга қарши препаратлар белгилангандан кейин соғайиб кетади. Могор замбуругларига оид бронхиал астма икки хил шаклда ривожланиши мумкин:

1. Ўпкада замбуругнинг инфекция ўчоги аниқланмаган ҳолларда атопик тури бўйича кечади. Бунда тез содир бўладиган реакция типлари устунроқ бўлади. Қонда лейкоцитларнинг камайиши, эозинофилларнинг кўпайиши кузатилади. Т-лимфоцитлар миқдори пасаяди, табиий ва махсус алергенлик хусусиятига эга булган киллер ҳужайралар миқдори ҳамда гемаглютинация ва базофиллар дегрануляцияси реакцияларида аниқланадиган антителолар миқдори ҳам ортади. Хуружлар мавсумга боғлиқ ҳолда юзага келади ва ҳавода замбуруглар миқдорининг энг кўп даврига мувофиқ равишда кузатилади. Замбуругларнинг аспергиллюс турига сенсбилизация бўлганда астма хуружлари кўпроқ баҳорда, альтернария турида – ёзда, кладоспориум турида – кузда бўлади.

2. Ўпкада замбуругли инфекция ўчоги топилган бронхиал астмада бу касаллик шакли инфекцион алергик касаллик кўринишида юзага чиқади. Бунда кўпинча асептик яллиғланишни амалга оширувчи аутоиммун реакциялар кузатилади. Теридаги синамалар кўпроқ секин-аста содир бўладиган типда бўлади. В-лимфоцитлар миқдори, замбуругли антителолар миқдори ортади. Лейкоцитлар ҳаракатининг тормозланиш реакциялари кучаяди, қонда лимфоцитлар кўпайиши, ЭЧТ (СОЭ) ошиши аниқланади.

Замбуругларга оид алергик касалликларни даволаш усуллари икки катта гуруҳга бўлинади: номахсус даволаш усуллари ва иммунотерапия.

Даволашнинг номахсус усуллари қисқа муддат давомида ижобий самара беради. Кортикостероидлар, асосан маҳаллий ишлатилади (малҳамлар, томчи, ингальция, кукунлар кўринишида) ва қисқа вақт давомида қўлланилади, гистаминга қарши моддалар ҳам белгиланади. Сўнги йилларда замбуругларга қарши таклиф этилган “Вилозен” иммуномодулятори айниқса касалликнинг хуруж даврида юқори самара берди. Нафас йўллариининг алергик касалликларини даволашда йод препаратлари, сульфаниламидлар, Кастеллани суюқлиги, нистатин, леворин, микосептин, амфотерицин – В, декамин, хинозол, флавофунгин, гриземин, анкотил, низорал ва натрий тетробо́ротнинг глицерин-

даги эритмаларидан муваффақиятли фойдаланилмоқда. Нафас йўлларининг замбуруглар билан зарарланишида дорилар билан даволаш ниҳоятда самарали таъсир кўрсатади. Бироқ, дори моддалар инфекцияли жараённи йўқ қилиши билан бирга, баъзан сенсibiliзацияга олиб келади. Бурун шиллиқ қаватига замбуруглар яна қайта тушганда касаллик қўзиши юзага келиши мумкин.

Бугунги кунга келиб аллергенлар билан эмлаш энг самарали усул бўлиб қолмоқда. Махсус терапия аввал терининг замбуругли касалликларида қўлланилган. Дерматологларнинг кузатишларига қараганда теридаги яллиғланишнинг клиник манзарасида соғайиш, яхшиланиш бўлиши билан бирга ёндош келувчи аллергик ринит ва бронхиал астма белгиларининг ҳам йўқ бўлиши аниқланган. Замбуругли аллергенлар билан вакцинация ўтказиш масаласи ҳозирги пайтгача тиббий матбуотда муҳокама қилиняпти. Баъзи муаллифлар вакцинациянинг замбуругли касалликларни даволашда самарадорлигини таъкидласалар, бошқалари бу усул орқали ижобий натижаларга эриша олмаганликлари ҳақида ёзадилар.

Замбуругларга оид аллергик касалликларни махсус даволаш учун аллергенлар, одатда тери остига ёки тери ичига киритилади. Вакцина билан даволашнинг бу усулини кенг равишда қўллаш учун касалликнинг хуружи ва асоратланиши монелик кўрсатиши мумкин. Иммунотерапиядаги янги йўналиш — бу замбуругли аллергенларни аэрозоль йўли билан маҳаллий қўллаш ҳисобланади. Касалликнинг енгиллашган, тинч даврида аэрозол ҳолидаги махсус аллергенларни “шокли” аъзога (бурунга, бронхларга) маҳаллий қўллаш энг самарали усул бўлиб қолмоқда. Аллергик ринитда 65 фоиз беморларда яхши ва аъло натижалар олинган.

ЭКЗОГЕН АЛЛЕРГИК АЛЬВЕОЛИТ

Экзоген аллергик альвеолит алоҳида касаллик сифатида биринчи марта “фермерлар ўпкаси” кўринишида узоқ вақт давомида пичан, зигирпоя, дон

маҳсулотлари билан яқин алоқада бўлувчи қишлоқ хужалик ходимларида аниқланган. Бу аллергенларнинг аэрозоллари кичик ўлчамларга эга бўлиб, ўпканинг пастки қисмларигача етиб боради ва у ерда узоқ вақт мобайнида сақланиб қолиши натижасида иммун органларининг жавоб реакцияларини келтириб чиқаради. Кейинчалик эса экзоген аллергик альвеолитларни келтириб чиқарувчи аллергенларга турли паррандаларнинг (каптар, товуқ, ўрдак) оқсил зардоблари ҳам кириши мумкинлиги аниқланган. Шунинг учун экзоген аллергик альвеолит яна паррандачилар касаллиги деб ҳам юритилади. Бу касаллик кўпинча паррандачилик фабрикалари ишчиларида аниқланади.

Экзоген аллергик альвеолитни келтириб чиқарувчи омиллар турли-туман. Улар: могорлаган пичан ва ем-хашак, ифлосланган ун, парранда патлари ва уларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари, балиқ уни, ҳайвонлар жуни, дарахт қириндилари, могорлаган ем-хашаклар, пишлоқнинг могор забуруғлари бўлиши мумкин. Бу касалликни кўпинча ҳароратга чидамли актиномицитлар, замбуруғлар, бир ҳужайрали содда жониворлар ҳамда биологик фаол бўлган ўсимлик ва ҳайвон маҳсулотлари келтириб чиқариши мумкин. Ҳатто кичик молекулали бирикмалар (толуол, оғир металллар, дорилар) экзоген аллергик альвеолитга сабаб бўлиши мумкин. Шундай қилиб, экзоген аллергик альвеолитни полиэтиологик касалликларга киритиш мумкин.

Бемор қонида гуморал ҳамда ҳужайра иштирокида юзага келадиган аллергик реакциялар кузатилади. Аллергик реакциялар кўпроқ III тип бўйича — Артүс белгиси кўринишида ривожланади. Теридаги реакциялар 2—12 соат ичида юзага келади. IV тип бўйича ривожланадиган реакциялар ҳам қайд этилган. Кичик ва катта иммун бирикмалар пайдо бўлади. Катта иммун бирикмалар оқ қон таначалари томонидан ютилади (ҳазм қилинади) ва томирлар деворининг ички қатлам ҳужайраларида емирилади. Кичик иммун бирикмалар сақланишни, ўсишни давом эттира бориб, касалликни келтириб чиқаради. Қонда иммуноглобулинларнинг А ва М синфлари мавжудлиги бу фактни тасдиқлайди. Бундан ташқари қонда Е иммуноглобулинни ҳам

аниқлаш мумкин. Бу I тип аллергия реакцияларини ҳам ривожланиш эҳтимоли борлигидан далолат беради. Шундай қилиб, экзоген аллергия альвеолит полипато-генетик, яъни бир қатор ривожланиш механизмларига эга бўлган касаллик бўлиб, у органик чанглар узоқ вақт давомида нафас йўллари орқали таъсир қилиши оқибатида юзага келадиган ўпка тўқимасининг тарқоқ (диффуз) яллиғланиши кўринишидаги аллергия реакцияни кўрсатувчи бир гуруҳ касалликларни ўз ичига олади.

Экзоген аллергия альвеолитнинг клиник кечиши бўйича ҳар хил турлари мавжуд. У атмосфера ҳавосининг айрим микроблар билан мавсумий ифлосланишига ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Бунда некрозли ва геморрагик альвеолитлар кузатилади. Экзоген аллергия альвеолит катталар орасида ҳам болалар орасида ҳам кенг тарқалган. У, кўпинча ёмон оқибатларга, ҳатто ўлим ҳолларига олиб келиши мумкин.

Касалликнинг клиник манзараси бирданига юзага келадиган бўғилиш хуружлари, йўтал ва ҳароратнинг кўтарилиши билан тавсифланади. Бундан ташқари иситма, бўғимларда ва мускулларда оғрик, умумий аҳволнинг оғирлашиши аниқланади. Экзоген аллергия альвеолит антиген организмга қайта тушганда клиник белгилар яна кузатилади. Бунда ўпканинг маҳаллий реакцияси ва организмнинг умумий реакцияси бир хилда қайд этилади. Патологик жараён ўпканинг периферик (альвеолалар, интерстициал ўпка тўқимаси) қисмларига ҳам тарқалган. Ташқи нафас функциясининг бузилиши обструктив типда бўлиши мумкин, яъни ўпканинг тириклик сизими ва ўпканинг энг катта ҳаво алмашинуви курсаткичи анча пасаяди. Экзоген аллергия альвеолитнинг клиник кўриниши органик чанг билан қанчалик кўп ва узоқ вақт давомида алоқада бўлиш билан боғлиқ. Кўпинча альвеоляр тўсиқларнинг лимфоцитлар инфильтрацияси билан кўринувчи интерстициал пневмония кузатилади. Клиник белгилар, одатда чанг билан алоқада бўлгандан 4—10 соат ўтгач ривожланади. Иситманинг кўтарилиши, тутиб турувчи кўрүк йўтал, хансираш, ҳолсизлик, кўп терлаш, бош оғриши, мускулларда ва бўғимларда

огриқлар кузатилади. Беморни кўриқдан ўтказган пайтда: лаб шиллиқ қаватларининг кўкарганлиги, тахипноэ (тез-тез юза нафас олиш), тахикардия (юракнинг тез уриши) аниқланади. Аускультацияда кўпинча ўпканинг пастки қисмларида қуруқ ва нам майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Аллерген билан алоқада бўлишни тўхтатилиши билан касаллик белгилари секин-аста камайиб боради.

Узоқ вақт давомида унча кўп бўлмаган миқдордаги чанг билан алоқада бўлганда касалликнинг сурункали кечадиган шакллари юзага келади. Бошланишида, дастлаб озгина миқдорда ажралувчи шилимшиқ балгам билан қуруқ йўтал, ҳансираб қолиш, тез чарчаш, иш-таҳасизлик ва тана вазнининг камайиши кузатилади. Ўпка-юрак етишмовчилигини юзага келтиришга сабаб бўлувчи ўпка тўқималарининг зичлашиши (фиброз) ривожланади. Тинч турган ҳолатда ҳам ҳансираш, доимий йўтал пайдо бўлади.

Экзоген аллергияк альвеолитни ташҳислаш бир неча босқичдан иборат. Анамнез йиққанда касалликни аллергияк омиллар билан алоқада бўлишга ва аллергиякни истисно қилинишига боғлиқлигини аниқлаб олиш зарур. Рентгенограммада касалликнинг ўткир кечишида ўпка суратининг кучайиши, кўпроқ ўпканинг пастки қисмларида тарқоқ ўчоқли, баъзан қўшилиб кетувчи соялар аниқланади, ўпка тўқимасининг равшанлиги, тиниқлиги пасаяди. Бу ўзгаришлар беқарор бўлиб, тургун сақланиб қолмайди ва тез орада йўқ бўлиб кетиши мумкин.

Экзоген аллергияк альвеолитнинг сурункали шаклларида эса рентгенологияк текширишда ўпка фиброзига хос манзара қайд этилади. Ўпка илдизидан чиқиб, тарқалувчи тугунчали, галвирсимон зичлашишлар кўринади. Кечиккан босқичларида ўпка чўққиси ўлчамларининг кичрайиши кузатилади. Ўпканинг ташқи нафас функцияси текширилганда касалликнинг ўткир даврида бронхит ривожланиши натижасида юзага келувчи обструктив типдаги бузилишларни аниқлаш мумкин. Унчалик катта бўлмаган артериал гипоксемия аниқланади. Қонда кислород миқдорининг камайганлиги аниқланади. Касалликнинг ярим ўткир кечишида

эса рестриктив типдаги бузилишлар, яъни ўпка кенгайишининг чегараланиши ҳам қўшилади. Қон таркибидаги газларнинг тақсимланиши бузилади. Ўпкадаги ярим ўткир шаклдаги ўзгаришлар аллерген билан алоқа тўхтатилгандан кейин ҳам сақланиб қолади.

Сурункали босқичларида ўпка вентиляциясининг рестриктив типдаги бузилишлари кўпроқ кузатилади, ўпканинг тириклик сизими ва ўпканинг энг катта ҳаво алмашинувчи кўрсаткичи анча пасаяди. Аллергенлар бартараф этилганидан кейин ҳам бу ўзгаришлар меъёрлашмайди. Ўткир босқичида лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши қайд этилади.

Махсус ташҳислашда III—IV типдаги реакциялар кузатилади. Терида синамалар ўтказишда, корхоналарда тайёрланган аллергенлар бўлмаган тақдирда, фаолсизлантирадиган ва зарарсизлантирадиган парранда зардобидан фойдаланилади. Кўпроқ кечки, секин-аста ривожланадиган аллергик реакциялар 2—4 соатдан кейин кузатилган. Бундан ташқари аллергенлар билан қўзгатувчи синамаларни ҳам ўтказиш мумкин. Касалликнинг енгиллашган, тинч даврида беморни қисқа вақт давомида ишлаб чиқариш шароитида бўлиб, қайтиши ҳам қўзгатувчи синамаларга ўхшаш таъсир кўрсата олади. Радиоиммун ва ферментларни боғлаб олувчи иммунологик синамалар ҳам қўлланилади. Ҳужайравий сенсibiliзацияни аниқлаш мақсадида лейкоцитлар кўчиши ҳаракатининг тормозланиш реакцияси, махсус аллергенлар билан лимфоцитлар бласттрансформацияси реакцияларидан ҳам фойдаланилади.

Экзоген аллергик альвеолитни грипп, ўткир бронхит, милиар (тариқсимон) сил, бронхиал астма, идиопатик фиброзли альвеолит, ўпка саркоидози каби нафас йўллари касалликларидан фарқлай олиш лозим бўлади. Экзоген аллергик альвеолитга яқин бўлган пахта, каноп (зигир) аллергенлари билан боғлиқ равишда юзага келадиган биссенозга ҳам қисқача таъриф бериб ўтиш лозим. Биссеноз пахта билан ишлагандан сўнг орадан 4—5 йил ўтгач, кузатилади. Ўпкада кўп тамаки чекувчилар бронхитида кузатиладиганидаги каби тоғайсимон, силлиқ мускулли ва безсимон тўқималар миқдори кўпаяди. 87 фоиз беморларда бронхообструкция типи

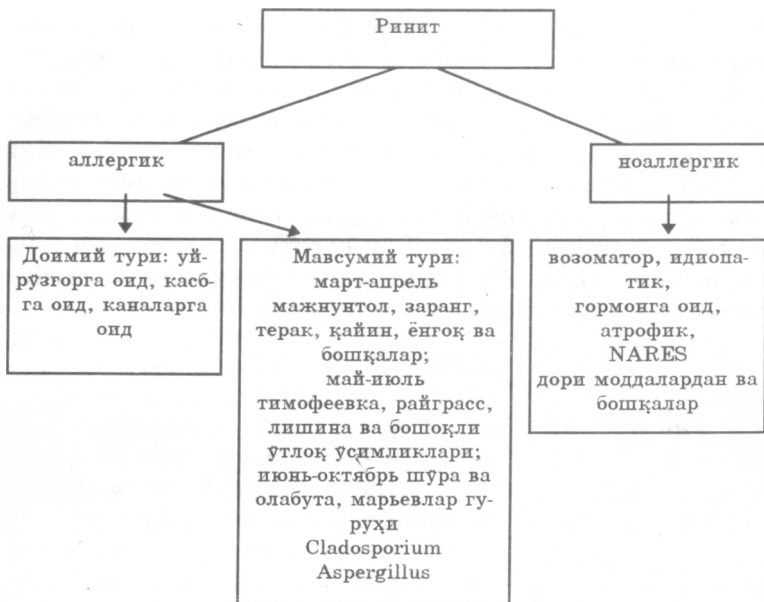
бўйича ташқи нафас фаолиятининг ўзгариши кузатилади.

Экзоген аллергик альвеолитни даволаш чоратадбирлари бир неча йўналишда олиб борилади. Бемор зарарли чанг билан алоқада бўлмаслиги учун аллергенлар бартараф этилади. Бемор, албатта бошқа ишга ўтказилиши шарт. Дори моддалардан кортикостероидлар қўлланилади. Қонда кислород миқдори камайиб кетганда кислород билан даволаш муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, симптоматик, яъни касалликнинг асосий белгиларини йўқотишга қаратилган даволаш ишлари ўтказилади. Узоқ вақт давомида санатория-курорт шароитида даволаниш тавсия этилади.

АЛЛЕРГИК РИНИТЛАР

Ринит — бу бурун бўшлиги шиллиқ қавати касаллиги бўлиб, бунда ҳар куни беморда бир соат ва ундан кўпроқ вақт давомида аксириш, бурун битиши, бурун оқиши ва бурун қичишиши каби ҳолатларнинг ҳеч бўлмаганда иккитаси кузатилади. Ҳозирги пайтда бу масала билан шугулланаётган ўнта мамлакат вакилларида тузилган 17 кишидан иборат еткази мутахассислар шу хулосага келдилар (Allergy. № 19, 49-том. 1994 й). Бу гуруҳ ринитнинг аллергик, инфекцион ва бошқа турлари таклиф қилинди (чизмага қаранг).

Аллергик ринит қуйидаги турларга бўлинади: мавсумий ва йил давомидаги; инфекцион — ўткир ва сурункали. Ринитнинг бошқа турлари гуруҳига: идиопатик, касбга оид, гормонал, дори моддаларга оид хиллари киради. “Возоматор ринит” номи кўпроқ ноаллергик, ноинфекцион, эозинофиллар кўпайишсиз ва гормонга боглиқ бўлмаган ринитни тавсифлашда ишлатилади. Бу эса муаммони аниқлашдан кўра кўпроқ чигаллаштиришга сабаб бўлди. Консенсус муаллифлари “возоматор” терминини тушириб қолдиришни таклиф қилишмоқда, чунки ринитнинг ҳар бир турида томирлар реакциясининг ўз ўрни бор. Қўлланмада ринитнинг барча турларини кўриб чиқишни режалаштирмаганмиз, фақат аллергик ринитнинг кенг тарқалган турларига тўхталиб ўтамыз, холос.



АЛЛЕРГИК РИНИТНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Бор маълумотларнинг кўпчилик қисми ринитнинг ривожланиши замирида аллергия механизм ётади, дейишга асосланилади. Ноаллергик ривожланиш йўналиши бўйича фақат бир-иккита тадқиқотлар мавжуд. Ута сезгирликнинг тез содир бўладиган турида реакциянинг кўриниши аксириш, бурун қичишиши ва бурундан сувга ўхшаш оқма оқишини ўз ичига олади. Бу, асосан бурун шиллиқ қаватидаги IgE га боғлиқ бўлган тўйинган ҳужайралар фаоллигининг ошиб кетиши натижасида ривожланади. Ажралиб чиққан медиаторлар донатор қаватда (масалан: гистамин, триптаза) ёки ҳужайра пўстлогиди (лейкотриенлар L₄, C₄ ва

простагландин D₂) сақланади. Медиаторлардан яна бири — тромбоцитлар фаоллигининг кучайиши ҳисобланади (ФАТ).

Медиаторлар қон-томирларга кенгайтирувчи таъсир кўрсатади ва қон-томирлар ўтказувчанлигини кучайтиради. Бу эса бурун орқали нафас олишнинг бутунлай йўқ бўлишига олиб келади. Секрециянинг кучайиши бурундан шиллиқ оқма оқиши билан кузатилади. Аfferент нерв толаларининг қитиқланиши қичишиш ва аксиришни келтириб чиқаради. Бундан ташқари аfferент толаларнинг қитиқланиши (асосан гистамин таъсири остида) нейропептидларни маҳаллий ажралиши билан (субстанция Р, тахикининлар) аксон рефлексини кучайтириши мумкин. Бу эса ўз навбатида тўйинган ҳужайраларнинг кейинги бузилишларини келтириб чиқаради. Аллергик ринитнинг характерли хусусияти — бу яллигланиш ҳужайраларининг маълум бир жойга тўпланишидир (шу жумладан CD₄, Т лимфоцитлар, эозинофиллар, базофиллар ва нейтрофилларни).

Эозинофиллар мусбат зарядланган оқсилларни ишлаб чиқаради. Улар нафас йўли эпителийларига заҳарли таъсир кўрсатиши мумкин. Галлоид бирикмаларнинг бўлиши эса тўйинган ҳужайраларнинг кейинги бузилишларини кучайтиради. Нейтрофиллардан фарқ қилиб, асосий лейкотриенни (ЛТ) эозинофиллар ажратиб чиқарадиган LTC₄ ҳисобланади. У бурун оқиши ва бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг шишини келтириб чиқаради. Тўқимада эозинофилларнинг кўпайиб кетиш механизми номаълум.

Сўнги вақтларда олинган маълумотларда турли пептид медиаторларнинг (citoкинларни) ҳам аҳамияти кўрсатилган. Аввал уларни Т-лимфоцитларнинг маҳсулоти деб ҳисоблаган эдилар. Аммо кейинчалик маълум бўлдики, citoкинларни бошқа ҳужайралар ҳам ажратиб чиқарар экан. Жумладан, тўйинган ҳужайралар - базофиллар, макрофаглар.

Интерлейкин-4 (IL-4) В-ҳужайраларнинг IqE билан узаро ҳаракатга ўтишга чақиради. Бундан ташқари IL-4 молекулаларни қон-томирлар деворининг ички қатламига ёпишиш тезлигини оширади. Бу эса эозино-

филларнинг бир жойга сараланиб, тўпланишини таъминлайди, II-4 тўйинган ҳужайраларнинг етилишини тезлаштиради, II-5 эса ўзининг суяк-кўмик ўтмишдошларидан эозинофилларнинг етилишига ва дифференциалланишига, улар орқали медиаторларнинг ажралишига ва эозинофилларни тўқималарда яшаш муддатини узайишига ўз таъсирини кўрсатади.

ТАРҚАЛИШИ

Аллергик ринитнинг тарқалиши шу ернинг географик ҳамда иқлим шароитига, ҳудуддаги ишлаб чиқариш корхоналарининг ривожланишига, атроф-муҳитнинг ифлосланишига боғлиқ.

Мавсумий аллергия ринит бўйича оилавий шифокорларга мурожаат қилишларида аниқланишича, Данияда ҳар 1000 кишига—11, Англия ва Уэльсда 1000 кишига—20, Австралияда 1000 кишига—86 бемор тўғри келади. Аммо бу маълумотлар фақат шифокорга мурожаат қилганлар асосида олинган. Кўпроқ аниқ маълумотларни оммавий утказилган тадқиқотлар беради. Улардан бирининг маълумотларига қараганда Лондонда 16 ёшдан 60 ёшгача бўлган кишилар орасида касаллик тарқалиши жиҳатидан камида 16 фоизни ташил қилди: 8 фоиз беморларда касаллик белгилари бутун йил давомида сақланиб қолди, 6 фоизда йил давомидаги ринит мавсумий авж олиш билан қўшилиб келди ва 2 фоизда фақат мавсумий авж олиш кузатилди (B.Rink, 1991).

Европа мамлакатларида мавсумий аллергия ринит мактаб ёшидаги болаларда АҚШ ёки Австралияга нисбатан камроқ. Бунга сабаб муайян ўсимликлар чанги ва ҳаводаги аллергенларнинг аллергенлик хусусиятларининг турличалиги бўлиши мумкин.

Мавсумий аллергия ринит шаҳарларда қишлоқ жойларга нисбатан кўпроқ учрайди. Данияда мавсумий аллергия ринит шифокорларга мурожаат қилувчилар орасида 19 фоизни, Копенгагенда қишлоқ жойларида яшовчиларнинг 6-11 фоизини ташкил қилади. Америка Қўшма Штатларида аллергия ринит билан касалланган беморларнинг 75 фоизи эса шаҳарда яшовчилар, фақат 25 фоизи шаҳар теварагидаги районларда истиқомат қилувчилардир (I.Broder et. al 1974).

Аллергик ринит тарқалиши ўсиб бормоқда. Швецияда ёшлар орасида 1971 йилдан 1981 йилгача бўлган текшириш маълумотларига қараганда аллергия ринит 44 фоиздан 8,4 фоизга ўсди, у асосан мамлакатнинг шимолий ҳудудларида кўпайди.

Аллергик ринит билан касалланиш кўрсаткичи Москвада — 2,7 (Мерков А.М), Самарқандда — 2,4 (Хақбердиев М.М), Саратовда — 2,8 фоизга (Горчаков Л.Г). Қозогистонда аллергия ринит юқори нафас йўллари касалликлари орасида 15 дан 55 фоизгача ва барча аллергия касалликлар умумий сонининг 40 фоизга яқинини ташкил қилади (Мошкевич В.С).

МАВСУМИЙ АЛЛЕРГИК РИНИТ

Асосий белгилари — бурун бўшлигининг қичишиш ва таъсирланиши, аксириш ва бурундан назла келиши, кўпинча бурун битиши билан бирга кузатилади.

Аллергик ринит томоқ қитиқланиши, кўзлар ва кўз шиллиқ пардасининг қичишиши, ёш оқиши ва кўз соҳасининг шишиши билан ҳам кузатилиши мумкин. Айрим ҳолатларда аллергия ринит бир оз ноқулайликлар туғдириши мумкин. Оғир ҳолатларда эса у меҳнат қобилиятини йўқотишга олиб келади. У бош оғриғи, ҳолсизлик (тез чарчаш) ва диққатни жамлашнинг бузилиши билан асоратланиши мумкин.

Мавсумий аллергия ринитнинг сабаби — ўсимлик чангчисиدير. Кишиларда аллергия ринит ривожланиши учун чангчи шамолда чангланадиган ўсимликка тегишли бўлиши ва у кўп миқдорда ҳосил бўлиши, енгил, учувчан ва ўлчами 35 ммк дан катта бўлмаслиғи ҳамда аллергиялик хусусиятига эга бўлиши керак.

Аллергик ринитнинг пайдо бўлиш сабаблари ва тезлиги шу жойнинг географик ҳамда иқдим шароитига боғлиқ.

Қозогистонда аллергия ринитни кўпроқ шувоқ (эрмон) чангчиси келтириб чиқаради. Бизнинг иқлим шароитимизда эса кўпроқ эрмон, бургон, шўра, ўтлар чанглари аллергия ринитнинг асосий сабабчиси бўлиб ҳисобланади.

Краснодар ўлкасида амброзия, Туркманистонда шўра, Киевда бошоқли ўтлар, тимофеевкалар сабаб

булиши мумкин. Аллергик ринитнинг тарқалишини урганишда аэрополлинологик текшириш ўтказиш муҳим аҳамиятга эга.

Йилнинг турли даврларида ҳар қайси ҳудуд учун чангнинг сифати ва миқдорий таркибини мутахассис ботаниклар аниқлаб берадилар. Қатор мамлакатларда ҳар куни ҳаводаги чангнинг миқдори ва таркиби кўрсатилган қисқача расмий маълумотлар varaқаси чиқарилади. Шифокор-аллергологлар аллерген ўсимликларнинг гуллаш ойлик календарига эга бўлишлари керак. Шу мақсадда турли географик иқлим доираларида турли хил ўсимликларнинг гуллаш муддатларини кўрсатадиган чанг тўлқинлари аниқланади. Бу шифокорларга ўз вақтида касалликни олдини олиш чора-тадбирларини ўтказишга, беморларни эса бу даврда мамлакатнинг бошқа ҳудудларига кўчиб ўтишига имкон беради.

Ўраб турувчи ҳаво таркибидаги замбуруғлар спораларининг миқдори йил фаслларида боғлиқ. Улар кўпинча қиш ойларида камайиб, ёз ва куз ойларида кўпаяди. Масалан, *Cladosporium*, *Alternaria*.

Замбуруғларда аллергиянинг бўлиши кўпинча бронхиал астманинг ривожланишига олиб келади. Замбуруғлар спораларининг сони билан бегона ўтларга аллергияси бўлган беморлардаги клиник белгиларнинг кўриниши орасида боғлиқлик борлиги аниқланган.

Бу далилни қисман замбуруғ спораларининг ўлчамлари кичиклиги билан тушунтириш мумкин. Гарчи уй чангидаги каналар йил давомидаги аллерген деб ҳисоблансада, уларнинг сони нам ҳаволи куз ойларида кўпайиши мумкин. Ҳар бир ҳудуднинг ўзига хос хусусиятлари сезувчанликнинг ошишига ва аллергик касалликларнинг мавсумий авж олишига шароит яратиши мумкин.

Суданнинг шимолий қисмларида астма ва ринитнинг авж олиши қуруқ қиш ойларида кузатилади. Бунга туруб қолган анҳор сувида кўпайган майда чивинлар (*Cladotanytus lewisi*. Kay A. at. el. 1983) сабаб бўлади. Кўрсатиб ўтилган омилларни билиш, мавсумий аллергик ринитнинг ташҳисида муҳим аҳамият касб этади.

Ўсимлик чангига нисбатан кесишувчи аллергик реакциялар. Ўсимликларнинг турли оила ва авлод вакиллари текшириб кўрилганда чанг ўз таркибида умумий ва умумий бўлмаган аллергенларни сақлаши маълум бўлади. Шунга боғлиқ ҳолда беморларда Ig E антитело билан кимёвий тузилиши жиҳатидан яқин бўлган аллергеннинг ўзаро таъсири натижасида юзага келувчи ўзаро кесишувчи аллергик реакциялар ҳолати кузатилиши мумкин.

Кесишувчи реакцияларни чанг ва озиқ-овқат аллергенлари келтириб чиқариши мумкин. Қайин чангчисига аллергия ҳолати кўпинча озиқ-овқат аллергияси билан боғланиб келади. Янги мевалар (олма, шафтоли, гилос) ёки сабзи, ёнгоқ истеъмол қилинганда Квинке шиши ва бадан қичишиши кузатилади. Кесишув реакцияларини ўтлоқ ўтлари билан қовун ва банан ҳам бериши мумкин.

Йил давомида кузатиладиган аллергик ринит. Уй рўзгор аллергенлари билан киши, одатда, йил бўйи яқинликда бўлади. Уларга уй чанги каналари ва уй ҳайвонлари қазгоғи киради. Баъзи ҳудудларда сува-раклар ва замбуругларнинг айрим турлари бевосита аҳамиятга эга.

Ринитнинг бошқа турлари. Ноаллергик, ноинфекцион ринит — бу бошқа гуруҳ касалликлардир. Бу турдаги ринит билан касалланган беморларда турли қитиқловчи триггерларга — ўткир ҳидларга (одеколон, оқартирувчи моддалар, эритувчиларга), тамака тутунига, чангларга, автомобиль газларига, атроф-муҳит ҳарорати ва намлиги ўзгаришларига сезувчанлик ортади, шунинг учун кўпроқ “вазомотор” эмас “идиопатик” ринит терминини ишлатиш ўринлироқдир.

Касалликнинг ривожланиш механизми номаълум. Ноаллергик ринит эозинофиллар кўпайиши белгиси билан (NARES) ўрта ёшдаги кишилар орасида учрайди. Ринит белгилари (аксириш, бурун бўшлиғида қичишиш, бурун оқиши) баъзан ҳид билишнинг пасайиши билан ва бурун шиллиқ қаватида эозинофилларнинг кўпайиб кетиши билан биргаликда келади.

Аллергия белгилари (мусбат тери синамалари, IgE нинг қонда ошиб кетиши) бўлмайди. Баъзи ҳолларда

аспиринни кўтара олмасликнинг бошлангич даврини аниқлаш мумкин.

Бу беморларни глюкокортикоид гормонлар билан маҳаллий даволаш кўп ҳолларда яхши натижаларни беради.

Бурун полипозиди 25 фоиз болаларда ва 45 фоиз катта ёшдагиларда шиллиқ ажралиши билан, 30 фоиз беморларда бронхиал астма билан кечади. Бу хасталикларда инфекция, яллигланишлар ва арахидон ёки бошқа моддалар алмашинуви жараёнининг бузилиши сабабчи омиллар деб ҳисобланади. Аллергия полипозга сабаб бўлса керак, аммо тўйинган ҳужайралар ва эозинофиллар фаоллашувининг яллигланиш билан давом этиши муайян аҳамият касб этади ва бу ерда глюкокортикоидларнинг самаралилигини тушунтиришга имкон беради.

Касбга оид ринит иш жойида аллергия билан яқин контактда бўлиш оқибатида ривожланади. Унинг сабаблари тажриба ҳайвонлари (каламushлар, сичқонлар, денгиз чўчқалари ва бошқалар), дон маҳсулотлари (нонвойлар, қишлоқ хўжалик ходимлари) ва ёғоч чанглари, айниқса қаттиқ дарахт навлари (қизил дарахт, кедр ва бошқалар), латекс ва кимёвий моддалар, шу жумладан кислота ангидридлари, платина тузлари, елим ва эритувчилар бўлиши мумкин.

Гормонга боғлиқ ринит ҳомиладорлик пайтида ва жинсий етилиш даврида ҳамда гипотиреозда ва акромегалияда ривожланиши мумкин. Аёлларда менопауза даврида гормон балансининг бузилиш бурунда атрофик ўзгаришлар пайдо бўлишига ҳам олиб келиши мумкин.

Дори моддалардан пайдо бўладиган ринит турли дори моддалар, жумладан резерпин, гуанитидин, фентоламин, метил-допа, ангиотензинга айланувчи ферментлар, алфа-адреноблокаторлардан (прозазин типидagi), бетта-адреноблокаторлардан кўзга томизиладиган томчилар кўринишидаги, хлорпромазиндан, аспириндан ва бошқа стероид бўлмаган яллигланишга қарши моддалардан ва ҳомиладорликдан сақланиш учун ичиладиган дорилардан бўлиши мумкин.

ТАШҲИСЛАШ УСУЛЛАРИ

Қуйида ринитни ташҳислашда фойдаланиш мумкин бўлган барча текириш усуллари санаб ўтилган, амалиётда уларнинг бир қисми қўлланилиши мумкин.

Биринчи навбатда беморда анамнез йиғилиб, лор органлар кўригидан сўнг қуйидаги ташҳислаш усуллари қўлланилалди:

Аллергологик синамалар:

- тери синамалари;
- зардобдаги умумий Ig E ни аниқлаш;
- зардобдаги махсус Ig E ни аниқлаш;
- дагал ва эгилувчан эндоскоп ёрдамида кўриш.

Бурун – ҳалқум бўшлиғидан суртмалар ва ювилган сувларни тайёрлаш:

- цитологик текширишлар учун;
- бактериологик текширишлар учун.

Рентгенологик усуллар:

– бурун ён бўшлиқларини рентген нурлари ёрдамида тасвирга тушириш;

– компьютерли томография (текширувчи аъзо қаватларига рентген нури боғламларини юбориб, сканирлаш йули билан текшириш ва уни ЭХМ орқали соғлом тўқимадан фарқини аниқлаш);

–магнитли – резонанс томография.

Қонни текшириш:

- қондаги шаклли элементлар сонини санаш;
- қалқонсимон без функциясини текшириш;
- антинејтрофил цитоплазматик антитело;
- иммуноглобулинлар ва IgG қуйи синфларини аниқлаш.

Анамнез ва кўрик. Синчиклаб йиғилган анамнез аллергик ринитни гумон қилишга имкон беради. Сўраб чиқиш пайтида беморнинг яшаётган шароити, шу жумладан, бажарадиган ишининг алоҳида хусусиятлари ва насл-насаби ҳақида маълумотлар олиш керак. Аллергик ринит ҳар қандай ёшдаги кишиларда, жумладан, чақалоқларда ҳам учраши мумкин. Шунинг учун шифокор белгилар пайдо бўлиши вақтини аниқлаши зарур.

Кўп ҳолларда аллергик ринит 20 ёшгача ривожланади, ёшлик пайтида унинг учраш тезлиги 15 фоизни

ташқил қилади. Белгилар пайдо бўлиш тезлигини (ҳар куни, эпизодик, йилнинг аниқ бир вақтида ёки доимий) ҳамда уларнинг чўзилишини, қандай кўринишда ифодаланишини ва касаллик кечиши жараёнининг ҳаракатдаги ҳолатини баҳолаш зарур.

Ринит билан касалланган беморларни икки гуруҳга — бурундан назла келиши ва аксириш устунроқ бўлган беморларга ва бурун битиши устунроқ турадиган беморларга бўлиш мумкин. Аллергик ринит билан касалланган беморлар кўпроқ биринчи гуруҳга киради.

Биринчи гуруҳ учун характерли хусусиятлар:

- аксириш (одатда хуруж билан);
- бурун-ҳалқум бўшлиғига оқишдан кўра бурундан оқиш кўпроқ характерли;
- бурун бўшлиғида қичишиш;
- бурун битиши (ҳар хил кўринишда);
- кеча-кундузлик мақоми (белгилари кечаси камайиб, кундуз пайтлари кучаяди);
- кўпинча конъюнктивит билан биргаликда ёндош келади.

Иккинчи гуруҳ учун характерли хусусиятлар:

- аксириш онда-сонда ёки умуман йўқ;
- қуюқ шиллиқ модда бурун бўшлиғидан кўпроқ бурун-ҳалумга оқади;
- қичишиш йўқ;
- бурун битиши (кўпинча анча яққолроқ кўринишда);
- кечаси ва кундузги пайтларда белгиларнинг доимийлиги (кечаси огирлашиш кузатилиши мумкин).

Буруннинг бир томонлама битиши полип борлигига, тузилиш аномалиялари ўсма борлигига шубҳа қилишга мажбур қилади.

Ҳид сезишнинг пасайиши ва йўқ бўлиши полипоз риносинуситда ёки ринитнинг огир кечадиган ҳолларида учрайди. Бурун битиши билан боғлиқ белгилар, огиз ва томоқ қуриши, овоз мингиллаб қолиши билан бирга кечадиган аллергияда бемор бурун учини кафти билан тез-тез артиб туради (“аллергик салют”) бунинг оқибатида бурун учининг сал юқори қисмида кўндаланг бурмалар ҳосил бўлади. Аксириш кўпроқ хуруж кўринишида пайдо бўлади.

Суров пайтида касаллик белгиларининг пайдо бўлишига ёки кучайишига сабаб бўлиши мумкин бўлган ирритантларни ва об-ҳаво шароитларини аниқлаш зарур. Агар аллерген сут эмизувчиларнинг қазгоги, уй чанги каналари ва могор замбуруглари кўринишида бўлса, касаллик белгилари, одатда ҳар доим сақланиб қолади. Намликнинг ортиши каналар ва могор замбуругларининг кўпайишига имкон беради. Каналарнинг яшаб, озиқланадиган жойлари кўпроқ тўшаклар, ёстиқлар, пардалар ва гиламлар бўлади. Могор замбуруглари уй ўсимликларида ва китобларда ўсади. Ҳаводаги чанг қисмлари сони билан клиник белгиларнинг кўриниши орасида тўғридан-тўғри боғлиқлик бор. Ўсимликлар гуллаш мавсумининг кириб кела бошлаши билан организмнинг аллерген чангига сезувчанлиги кучайиб бориши натижасида касаллик белгиларининг кўриниши кўпайиб боради. Айрим озиқ-овқат маҳсулотлари ҳам ринит белгиларини келтириб чиқариши мумкин. Бу провокацион синамалар ёрдамида тасдиқланган.

Юқори таъсир кўрсатувчи моддалар ва руҳиятга таъсир қилувчи омиллар ҳам ринитни кучайишига олиб келади. Аллергияга мойиллиги бор беморларда юқори нафас йўллари инфекциясининг клиник манзараси аллергик реакцияга ўхшаш бўлиши ёки турли аллергенларга сезувчанликнинг ортишига олиб келиши мумкин. Мерос қилиб олиш полиген типида, яъни генлар орқали юзага келишига қарамай, анамнездаги ирсий аномалия аллергик касалликнинг ривожланиш эҳтимолини кўпроқ қилиб қўяди.

Беморнинг қариндош-уруғида аллергик касалликларнинг йўқлиги зинҳор аллергик ринит ташҳисини йўққа чиқаришга имкон бермайди. Бурун бўшлигининг сурункали ринит ёки типик бўлмаган бир томонлама ринитларнинг ҳамма ҳолатларида эндоскопия қилиш зарур. Бунинг учун бурун кўзгуларидан, пешона рефлекторидан, отоскоп (қулоқ ойнаси), бурун адаптери билан Хопкинснинг дағал эндоскопидан ёки эгилувчан назофарингоскопдан фойдаланиш лозим.

Теридаги синамалар. Ўта сезувчанликнинг тез содир бўладиган тери реакцияларидан аллергиянинг IgE га

боғлиқ турини аниқлашда фойдаланилади. Бу синамалар аллергологияда асосий ташҳис усулларидан бири ҳисобланади.

Усуллар. Аллергиянинг тез содир бўладиган турини аниқлаш учун скарификация синамаларидан фойдаланиш афзалроқ. Гарчи, тери ичига қилинадиган синамалар сезгирроқ бўлсада, улар ёлгон мусбат натижалар бериши ва баъзан умумий реакциялар келтириб чиқариши мумкин. Шу муносабат билан улардан фақат скарификация синамалари манфий бўлган ҳолатларда фойдаланиш мумкин. Ҳозирги пайтда бундай синамалар сони жуда кўп. Уларни текширувчининг тажрибасига кўра ва синамаларнинг қайси бири афзалроқ, деб билишига қараб танланади.

Тери синамалари олдий, оғриқсиз ва арзон текшириш усули ҳисобланади. Агар улар ўз ишини яхши биладиган ходим томонидан юқори сифатли аллергенлар эритмаларидан фойдаланилган ҳолда қилинса, синамалар натижаси мутаносиб равишда бўлади. Теридаги синамаларни кўп миқдорда утказиш талай маблағ сарф-

5-жадвал

Тери синамаларининг натижаларига таъсир қиладиган омиллар

Дори моддалар:	2-4 кун давомида
Антигистамин дорилар:	
Гистаминга қарши моддалар	
– биринчи авлод (тинчлантирувчи таъсир курсатадиган).	
– иккинчи авлод (тинчлантирувчи таъсир курсатмайдиған).	
– астемизол	6-8 ҳафта
ва бошқалар	1 ҳафта
Кетотифен	1 ҳафта
Импипрамин	4 ҳафта
Фенотиазинлар	48 соат
Кортикостеронидлар, синама қўйиладиган соҳаларга маҳаллий қўлланилганда	2-3 ой
Махсус иммунотерапия	
Тери соҳаси	билакнинг букиладиган соҳаси (бармоқлардан ташқари)
Ёш	Болаларда ва қарияларда камроқ ифодланади.
Мавсумий ўзгаришлар	Реакциялар усимликлар гуллаш мавсумидан кейин кўпроқ, яққолроқ куришида ифодланади.

дашни ва вақтни талаб қилади. Бу, айниқса поликлин-ника амалиётида зарур эмас. Ўтказиладиган текширишлар ҳаводаги энг кўп тарқалган аллергенларга сезувчанликни текшириш билан чегараланиши керак (жунга, уй чанги канасига, могорга, уй ҳайвонларига ва бошқалар).

Е иммуноглобулини. Умумий зардобдаги IgE миқдори ҳар хил радиоиммун ва иммунофермент усуллар ёрдамида аниқланади. Меъёрда IgE тугилган вақтда 0-1 кЕд - л ни ташкил этади ва ўсмирлик ёшига етгунча аста-секин кўпаяди, кейин пасаяди на 20-30 ёшларда аниқ бир миқдорда қарор топади. Умумий IgE миқдорининг 100 — 150 кЕд/л дан кўп бўлиши кўтаришган ҳисобланади. Махсус IgE ни аниқлаш, айниқса теридаги синамалар учун аллергенлар экстрактиларини олишнинг иложи бўлмаган ҳолларда қўл келади. Бу мақсадда дастлаб радиоаллергосорбент тест (PAST) ҳамда радиоиммун ва иммунофермент усуллар қўлланилади.

Цитологик текширишлар учун бурун бўшлигидан суртмалар олиш. Бурун бўшлигидан олинган суртмаларни ва ювилган сувларни текшириш аллергик ва инфекция ринит орасида дифференциал ташҳис ўтказишга имкон беради. Аллергик ринит ва эозинофиллар кўпайиши билан кузатиладиган ноаллергик ринит учун эозинофиллар инфильтрацияси характерли, бактериал инфекцияда эса нейтрофиллар сонининг кўпайиши хос хусусият ҳисобланади.

Периферик қон ҳужайраларидан медиаторларнинг ажралиб чиқиши. Махсус аллергенлар таъсири остида қондаги базофилларнинг бузилиши яллигланиш медиаторлари ажралиб чиқиши билан (гистамин, лейкотриенлар) юз беради. Микроскоп ёрдамида бу медиаторларнинг базофиллардан ажралиб чиқишини баҳолаш мумкин, аммо бу усулдан фақат илмий мақсадларда фойдаланилади.

Аллергик реакциялар вақтида медиаторларнинг ажралиб чиқиши. Қондаги, бурун оқмаларидаги ёки сийдикдаги медиаторлар ва ферментлар миқдорини ўта махсус ва сезгир усуллар—гистамин, простагландин, лейкотриенлар С₄, I₄, E₄, триптазалар, кининлар, эози-

нофил катион оқсилларини титрлаш йўли билан текшириш мумкин. Бу моддаларни дастлабки асос қилиб олинган миқдорлари ҳамда аллерген таъсир қилгандан кейинги миқдорлари аниқланиши мумкин. Ҳозирги вақтда бу усул фақат тадқиқот мақсадларида қўлланилади.

Провокацион усуллар. Бурун ичига қўзғатувчи таъсир кўрсатувчи усул муайян аҳамиятга эга бўлиб, фақат клиник аллергологиядан махсус ихтисос олган мутахассис томонидан ўтказилиши мумкин.

Оториноларингологик текширишлар эндоскопия, шиллиқ ажратиб чиқариш ишини текшириш, бурун йўллариининг ўтказувчанлигини баҳолаш, ҳид сезишни текшириш ташҳис қўйиш имкониятларини анча кенгайтиради.

Бурун олди бўшлиқларини рентген нурлари ёрдамида тасвирга тушириш. Бурун олди бўшлиқларининг говаккланиш бўшлиқлари бўлишини анча пасайганини, шиллиқ қаватнинг қалинлашганини ва ҳатто юқори жағ, пешона ва понасимон бўшлиқлар деворидаги бузилишларни аниқлаш мумкин. Оддий рентгенографияда бурун бўшлигининг ён деворлари ва галвирсимон чиганоқ тузилишининг яхши кўринмаслиги ёлгон манфий ва мусбат натижаларга олиб келиши мумкин.

Компьютерли томография. КТ ҳозирги вақтда турли бурун ва бурун олди бўшлиқлари касалликларини ташҳислашда асосий рентгенологик усул бўлиб қолди. Гарчи бошқа касалликларнинг йўқлигини аниқлашга имкон берса ҳам, аллергия ташҳисидида эса у ҳал қилувчи аҳамиятга эга эмас. КТ ёрдамида юмшоқ тўқима ва суяк тузилиши ҳолатларини бирма-бир синчиклаб ўрганиш мумкин. Патологик жараённинг қанчалик тарқалганлигини аниқлаш ҳамда аниқ белгилари бўлган тақдирдагина ташҳис қўйиш мумкин. Суяк тузилиши ёки юмшоқ тўқима ҳолати ҳақида кўпроқ маълумотлар олишга имкон берувчи турли текшириш усуллари мавжуд.

АЛЛЕРГИК РИНИТНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Аллергенларни йўқ қилиш ва атроф-муҳит назорати буйича чора-тадбирлар. Ривожланган мамлакатларда кишилар куп вақтларини хоналарда, иш жойларида

утказадилар. Атрофни ўраб турган муҳит эса доим турли аллергияларни ўз ичига сақлайди, улар ўз навбатида ринит ривожланишига туртки бўлиши мумкин.

Сўнги 30 йиллар ичида кўпчилик мамлакатларда ташқи муҳитдаги, бинолардаги аллергия ва ноаллерген компонентлар таркиби анча ўзгарди, аллергия касалликлар билан касалланиш хавфи ортди.

Ўрта иқлимли мамлакатларда электр кучини тежашга интилиш, ҳавони янгилаш учун хонани шамоллатиш ноқулай бўлган уйларнинг қурилиши натижасида хоналарда уй каналари сони кўпайиб кетади. Ҳар қандай ҳолатларда ҳам (гарчи аллергияларни бутунлай йўқ қилишнинг имкони бўлмаган тақдирда ҳам) иложи борича хоналарда ўраб турувчи муҳит назорати бўйича чора-тадбирлар кўриш зарур.

Бу чора-тадбирлар бемор аҳволини анча яхшилаш ва дори моддалар қўллаш заруриятини камайтириши мумкин. Шунинг учун олиш лозимки, аллергия манбаи йўқотилгач (масалан, уй ҳайвонлари), бир неча ҳафта ёки ой ўтгандан кейингина бунинг самарасини кўриш мумкин.

Уй чангидаги каналарни йўқ қилиш учун хона ҳавосининг намлигини камайтириш, акарацидлар ҳамда ҳимоя қопламидан фойдаланиш мумкин.

Ўсимлик чанги ва хонада учрамайдиган бошқа аллергиялар таъсирини камайтириш анча қийинчилик тугдиради.

Ўсимлик чанги аллергиялари билан контактни йўқ қилиш чоралари. Ўсимликнинг гуллаш мавсуми ҳақидаги маълумотни олдиндан билиш, ҳавосида катта миқдорда аллергия бўлган ҳудудлардан узоқлашиш, дераза ва эшикларни зич ёпиш, автомобилларда ҳимоя филтритдан фойдаланиш, ташқарида кўзойнак тақиб юриш.

Уй каналари миқдорини камайтириш чора-тадбирлари. Ётоқхона:

– Тўшак, кўрпа ва ёстиқларнинг устини қоплаш учун аллергия кира олмайдиган матолардан фойдаланиш керак;

– Тўшак, ёстиқ, бош тараф оралиги атрофлари ва ётоқхона полларини ҳар ҳафта чангюткич ёрдамида (синчиклаб) тозалаш;

– Пар ёстиқ ва жун кўрпаларни (ёпинчиқларни) синтетик матолардан тайёрланганларига алмаштириш, уларни ҳар ҳафта + 60°C ҳароратли сув билан ювиб турилиши, иложи борича гиламларни олиб ташлаш;

– Ҳар ҳафта намланган латта билан хона жиҳозларининг юза қисмларини артиб чиқиш, шу жумладан дераза остларини ва шкафларнинг юқори қисмларини ҳам;

– Пахта толасидан тайёрланган пардалар осиш ва уларни тез-тез ювиб туриш;

– Бир марталик (фойдаланиладиган) қогоз халтали ва филтрли ёки сув манбаи билан бўлган чанг юткичлардан фойдаланиш. Иш вақтида ниқоб тутиш;

– Тозалаш ишларини бошқа киши қилгани маъқулроқ;

– Каналарни йўқотиш учун кимёвий моддаларни (акарицидлар) қўллаш;

– Мато қопланган юмшоқ мебелларни тозалашга алоҳида эътибор керак. Мебелни камида 1 ҳафтада 2 марта чанг юткич билан тозалаш керак, шу жумладан стулларнинг уланиш жойи, суянадиган ва бош тегиб турадиган қисмларини ҳам;

Болалар. Тозалаш пайтида бемор болалар хонадан ташқарида бўлишлари ва у ерга 2 соатлардан кейингина киришлари мумкин. Болалар пухли ўйинчоқлари билан кроватида ухлашлари мумкин эмас. Каналар миқдорини камайтириш учун ўйинчоқларни ҳам чанг юткич ёрдамида тозалаш, кимёвий тозалашга бериш ёки кечасига (2-20°C) музхонага қўйиш керак.

Уй ҳайвонлари. Иложи борича уй ҳайвонларини сақламаслик, янгиларини олиб келмаслик, уларни ётоқхонага киритмаслик зарур. Оилада аллергия касалликнинг пайдо бўлиши билан ҳайвонларни кўпайтириш тавсия этилмайди, чунки булардан сезувчанликнинг ортиб кетиши ва ривожланиши мумкин. Уй ҳайвонларини ҳар доим ювинтириб туриш лозим.

ДОРИ МОДДАЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ НЕГИЗЛАРИ

Дори моддаларини танлашда даволаш мақсадини аниқлаш касалликни келтириб чиқарувчи сабабларни ва ривожланишини ҳисобга олган ҳолда олиб борилади.

Агар белгилар пайдо бўлишини олдиндан билишнинг иложи бўлса (масалан, мавсумий ринитда), авж олишини кутмасдан даволашни бошлаб юбориш керак.

Препаратларни танлаш клиник белгиларга боғлиқ. Зарча ҳолатларда аллергенларни четлаштиришга ҳаракат қилиш керак.

Томир торайтирувчи моддаларни 7 кундан ортиқ қўллаш мумкин эмас.

6-жадвал

Аллергик ринитни даволашда турли препаратларнинг самараси

Дори моддалар	Қичишиш, аксириш	Бурун оқиши	Бурун битиши	Ҳил билишнинг бузилиши
Натрия кромогликат	+	+	+	-
Анти гистамин дорилари	+++	++	+	-
Ипратропиума бромид	+	+++	-	-
Маҳаллий томир торайтирувчи моддалар	-	-	+++	-
Маҳаллий глюкокортикоидлар	+++	+++	++	+
Глюкокортикоид ичилганда	+++	+++	+++	++

АНТИГИСТАМИН ДОРИ-ДАРМОНЛАР

Гистамин тўйинмаган ҳужайралар ва базофиллар ишлаб чиқарадиган асосий медиаторлардан бири ҳисобланади. Гистамин рецепторларининг 3 хил тури аниқланган — H_1 ; H_2 ; H_3 . Гистамин қон томирларини кенгайтиради ва уларнинг деворлари ўтказувчанлигини кучайтиради. Бурун бўшлигидаги сенсор нерв охиралигини қитиқлаш қичишиш, аксириш ва шиллиқ ажралиши билан биргаликда келади. Гистаминга қарши моддалар гистамин рецепторлари билан бирикади, ammo уларни қитиқламайди (қарама-қарши рақобат натижа-

сида). Шундай қилиб, гистаминга қарши моддалар симптоматик даволашда бурун бўшлиғида қичишиш, аксириниш ва оқма бўлганда самарали восита ҳисобланади.

Улар касалликни олдини олиш учун фойдаланилганда, айниқса самаралидир, аммо бурун йўллари ўтказувчанлигига таъсир қилмайди.

Гистаминга қарши дори-дармонларнинг биринчи авлоди этилендиаминлар алкиламинлар, пипиразинлар ва фенотизинларни аллергия ринит ва бошқа аллергия касалликларни даволашда самарадорлиги аввалдан маълум. Гарчи, бу ҳамма моддалар тез пайдо бўлувчи (одатда 15—30 дақиқа ичида) аллергия белгиларини камайтиради. Уларнинг кўпчилиги (димедрол, супрастин ва бошқалар) кучли ухлатувчи таъсир кўрсатади ва тавсия қилинган дозаларда ўринсиз реакцияларни келтириб чиқариши мумкин. Гистаминга қарши моддаларнинг биринчи авлодига мансуб дори моддаларни ухлатувчи таъсири уларни гематоэнцефалитик тўсиқ орқали ичкарига ўтиш хусусияти билан боғлиқ. Бу моддаларни қўллаш яна ошқозон-ичак тизимида ҳам ўзгаришларга, кўнгил айнаши, қусиниш, ич қотиш ва ич кетишига сабаб бўлиши мумкин. Гистаминга қарши препаратларнинг биринчи авлоди орасида задитен (кетотифен) муҳим ўрин тутаяди. Аллергия касалликлардан ринит билан касалланган беморларда дори қабул қилиш камайганда ҳам (ойлар давомида) у ҳимоя қилувчи, олдини олувчи таъсир кўрсатади.

Ухлатувчи таъсир кўрсатмайдиган гистаминга қарши препаратларнинг иккинчи авлодига мансуб моддаларга — гисталонг, кларитин, кестин ва терфенадин киради. Улар ҳам 1-авлод вакиллари каби бир кунда бир ёки икки марта қабул қилинганда гистамин келтириб чиқарган бузилишларни яхшилашга имкон беради. Бу бир кеча-кундузда 4 марта қабул қилишга қараганда анча қулай.

Кестин — терапевтик дозада бир кеча-кунда 10-20 мг дан қабул қилинганда аллергия ринит белгиларини ентеллатишда самарали ҳисобланади. У мавсумий аллергия ринит ва конъюнктивит белгиларини анча енгиллатишни таъминлайди. Гарчи, янги антигистамин дори-лар аввалгиларига қараганда қимматроқ бўлсада, кет-

ган харажатлар давомида ухлатувчи таъсирнинг йўқлиги билан компенсацияланади. Баъзи гистаминга қарши препаратлар юрак қон-томир тизимида жиддий қўшимча таъсирни келтириб чиқаради.

Барча препаратлар тавсия этилган дозаларда қабул қилиниши шарт. Терфенадин ва астемизолни макролид антибиотик билан бирга ишлатиб бўлмайди (масалан, эритромицин билан), бошқа (огиз орқали) ичиладиган замбуруғларга қарши моддалар билан (масалан, кетоконазол ва нитраконазол билан) ва огир жигар касалликларига чалинган беморларга тавсия қилинмайди. Терфенадин — самарали ва хавфсиз модда. Баъзи ҳолларда электрокардиограммада QT масофанинг узунлашиши ва қоринча аритмиясининг ривожланиш хавфи бундан мустасно. Ҳозирги пайтда маҳаллий ишлатиладиган гистаминга қарши моддалар ишлаб чиқариляпти, улардан ринитнинг ўткир кўринишларида ва уни олдини олишда фойдаланиш мумкин. Бу препаратлар тизими қўшимча таъсирлар бермайди.

Бурун ичига ишлатиладиган аллергодил ва унинг асосий қўшимчаси бўлган азеластин мавсумий ва доимий аллергик ринитларни даволаш учун қўлланилади. У маҳаллий қўлланиладиган глюкокортикоидлар каби самара беради.

Ринитда глюкокортикоидлар аллергик яллиғланишни камайтиради. Улар, айниқса бурун шиллиқ қавати юза қатламларидаги тўйинган ҳужайралар ва эозинофиллар миқдорини камайтириб, қон томирлар юқори реактивлиги ва ўтказувчанлигини пасайтиради ва ҳужайралардан медиаторлар ажралиб чиқишини камайтиради.

Глюкокортикоидлар маҳаллий ва ичиш учун ёки тери ва мускул орасига парентераль қўлланилади. Замонавий маҳаллий глюкокортикоидлар (альдецин, бекназа, назакорт) жуда юқори терапевтик фаолликка эга. Уларни қўллаш минимал тизим реакцияси хавфида юқори самарага эришишга имкон беради. Маҳаллий дори воситалар глюкокортикоидларнинг бетарафи ҳисобланади.

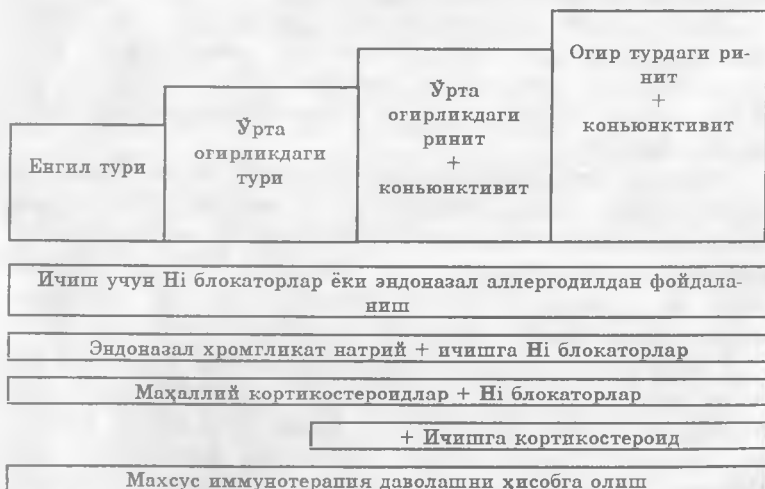
Айрим ҳолларда глюкокортикоидларни қисқа вақт давомида катта дозаларда қўллаш фойдали бўлади. Клиник белгилари камайгандан кейин кечки

миқдорини камайтириш мумкин. Натрия کروмаглицат (ломузол) маҳаллий қўлланиладиган препарат. Тўйинган ҳужайралардан гистамин ва бошқа медиаторлар ажралиб чиқишининг олдини олиш орқали IgE га боглиқ аллергик реакцияни камайтиради. Ломузол ҳар бир бурун йўлига 1 дозадан 1 кунда 4 марта фойдаланилади. Ўз амалий тажрибамиздан келиб чиқиб, аниқ айтишимиз мумкинки, ломузолдан фойдаланиш самарали восита ҳисобланиб, у ҳатто астмага чалинган бир қисм беморларни даволашда яхши натижа беради.

Махсус аллергенлар билан вакцинация қилиш усули. Махсус аллергенлар билан вакцинация қилиш усули бизнинг мамлакатимизда кўпинча махсус иммунотерапия номи билан юритилади. Махсус иммунотерапия қуйидаги ҳолларда ўтказилади:

Чизма

Мавсумий аллергик ринитни даволашда босқичма-босқич даволаш муолажалари тадбири



- фармокотерапия етарли самара бермаганда ёки ўринсиз қўшимча реакциялар билан кузатилганда;
- уйда (хонада) ўраб турган муҳитнинг назорати бўйича қилинаётган чора-тадбирлар самара бермаганда;
- анамнезида жуда бўлмаганда икки марта мавсумий ринитнинг авж олганлиги ёки ринит белгиларининг олти ой давомида ва ундан кўпроқ сақланиб қолиши.

Беморларни саралаш муҳим аҳамиятга эга. Бунда даволашга қадар иммунотерапиянинг мумкин бўлган фойдаси ва хавфини ўйлаб, чамалаб кўриш лозим.

ПОЛИНОЗ

! Поллиноз (pollen – инглизча сўздан келиб чиққан бўлиб, ўсимлик чангчиси деган маънони англатади) – ўсимлик чангчиси томонидан келиб чиқарадиган аллергия касалликларнинг атопик гуруҳига мансуб бўлган касаллик бўлиб, асосан нафас йўллари ва кўзнинг шиллиқ қаватининг ўткир яллигланишлари билан намоён бўлади. Касалликда аниқ мавсумга боғлиқлик мавжуд, яъни у баъзи ўсимликларнинг гуллаш даврига мувофиқ равишда қайтарилади. !

1694 йили Камерариус – ўсимлик чанглари таркибидаги эркак жинсий ҳужайраларига мансуб майда қисмлар бурун касалликларини келтириб чиқариши мумкин эканлигини исботлаган. Касаллик яна: пичан иситмаси, бахорги яллигланиш (катар), ўсимлик аллергияси, чангли ринопатия, чангли бронхиал астма деган номлар билан ҳам маълум. Россияда биринчи бўлиб шифокор Л.Силич (1989) поллинозни таърифлаб берган. Поллинозни юзага келтирувчи омилларни биринчи бўлиб инглиз шифокори Ч. Блэкли очиб берган.

! Поллинозни келиб чиқишига сабабчи омил – бу ўсимлик чангчисидир. Кишиларда аллергия ринит ривожланиши учун чангчи чангланадиган ўсимликка тегишли бўлиши ва кўп миқдорда ҳосил бўлиши, енгил учувчан бўлиши ва ўлчами 35 мк дан катта бўлмаслиги ҳамда аллергиялик хусусиятига эга бўлиши керак. !

Аллергия ринитнинг пайдо бўлиш сабаблари ва тезлиги шу жойнинг географик иқлим шароитига боғлиқ. Қозоғистонда аллергия ринитни кўпроқ шувоқ (эрмон) чангчиси келтириб чиқаради, Краснодар ўлкаларида – амброзия, Туркменистонда – шўра, олабута, Киевда – бошоқли ўтлар, тимофеевкалар сабаб бўлиши мумкин.

Аллергия ринитнинг тарқалишини ўрганишда аэрополлинологик текширишлар ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Йилнинг турли фаслларида ҳар қайси ҳудуд учун чангнинг сифати ва миқдорий таркибини мутахассис ботаниклар аниқлаб берадилар. Қатор мамлакатларда ҳар

куни ҳаводаги чангнинг миқдори ва таркиби кўрсатилган қисқача расмий маълумотлар варақаси чиқарилади. Шифокор алергологлар аллерген ўсимликларни гуллаш ойлик тақвимига (календарига) эга бўлишлари керак. Шу мақсадда турли географик зоналарда ҳар хил ўсимликларнинг гуллаш муддатларини кўрсатадиган чанг тўлқинлари аниқланади. Бу шифокорга ўз вақтида касалликнинг олдини олиш чора-тадбирларини ўтказишга, беморларга эса бу даврда мамлакатнинг бошқа ҳудудларига кўчиб ўтишига имкон беради.

Келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиш механизми. Поллинозни келтириб чиқарувчи омил юқорида кўрсатиб ўтилганидек, ўсимлик чанги ҳисобланади. Америка Қўшма Штатларида асосий алергенлар амброзия чангчиси, Европа мамлакатларида эса дарахтлар чанги (кўпроқ чинор ва бошқа ўтлар) ҳисобланади. Франция, Венгрия, Югославиянинг айрим районларида амброзия поллинознинг асосий сабабчиси ҳисобланади.

Биз, мамлакатимизда ҳаводаги чанг миқдори кўтарилишининг уч асосий даврини аниқлашга муваффақ бўлдик:

1) баҳорги энг қисқа давом этадиган даврда (март охири ва апрель бошлари) 1 см^2 ҳаводаги чанг миқдори 600-700 чанг заррачаларга етади. Бу даврда, асосан дарахтлар гуллайди. Чангнинг энг кўп миқдори теракка (348) мансуб, сўнгра оқ терак (220), заранг (190), мажнунтол (183) ва бошқалар;

2) баҳорги-ёзги давр, май ойининг иккинчи ярмидан бошлаб июннинг охиригача давом этади. Ҳаводаги чанг заррачаларининг энг кўп миқдори 1 см^2 да 287 доначага етади. Чангнинг асосий омиллари — бошоқли ўтлар ҳисобланади;

3) ёзги-кузги давр. Август ойининг бошларидан октябрь ойининг иккинчи ярмигача давом этади. Микроскоп остида қуйидаги чанг турларини аниқлаш мумкин: пахта чанги, маккажўхори, шувоқ, ола бута (шўра) ва бошқа еввойи ўтлар доначалари.

Ўзбекистон табиий флорасида учрайдиган аллергик жиҳатдан хавfli ҳисобланган ўсимликларнинг гуллаш тақвимини (календарини) келтирамиз. Бошоқли ўтларнинг гуллаш даври 10-20 кун ичида ўтиб кетади ва у

йилнинг об-ҳаво шароитига анча боғлиқ бўлади. Бошқоқли ўтларнинг ялпи гуллаши жуда қисқа вақтни (1-2 кун) ўз ичига олади. Ҳар йили гуллайдиган ўтларнинг миқдори ва улар гуллашининг давомийлиги кескин ўзгариб туради. Шўрадошлар оиласи вакиллари бошқа ўсимликлар орасида гуллашининг давомийлиги жиҳатидан олдинги ўринда туради (45-100 кун). Уларнинг гуллаши ҳам бошқа ўтсимон ўсимликларга қараганда кўпроқ давом этади (15 кун). Бунда турли йилларда айрим ўсимлик турларининг кенг тарқалишига эътибор бериш лозим. Ҳайвонларга ем сифатида ва бошқа мақсадларда ишлатиладиган ёйилиб ўсувчи изень, гулчамбар изень доимо кўп миқдорда учрайди. Туркистон шпинати ва елпигичсимон мевали шўра ҳам ялпи гуллаганда анча кун сақланади. Уларнинг ялпи гуллаши бир вақтга тўғри келади. Бунда жуда кўп миқдорда чанг ажралиб чиқади. Гуллаш даври энг узоқ давом этадиган ўт танга мевали шўра бўлиб, у 149 кунча давом этади. Аччиқ шувокнинг гуллаш даври энг узоқ (53 кунгача) давом этади. Ситвар шuvoғи, Фарғона шuvoғи ва бошқалар ҳам тахминан бир хил муддатда, кузнинг об-ҳаво шароитига боғлиқ ҳолда гуллайди. Уларнинг ёппасига гуллаши сентябрга тўғри келади.

Чанг эркак ҳужайранинг генетик материали ҳисобланади. Чанг доначаси иккита ёки учта ҳужайрани ўз ичига олувчи (биттаси вегетатив, бошқаси генератив) ва мураккаб қобиқдан ташкил топган плазматик таркибий қисмдан иборат. Қобиқ икки қаватдан — ташқи экзима, ички интинадан тузилган. Экзиманинг юза қисмида чанг доначаларини фарқлаш учун муҳим ва ўзига хос кўринишларни юзага келтирувчи турли хил ўсимталар, тишчалар бўлади. Поллинологияда турли чанг доначаларининг тавсифи мавжуд. Чангларнинг кимёвий таркиби мураккаб ва охиргача ўрганилмаган. У оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар, турли хил ферментлар, минералларни ўз ичига олади. Чангларнинг аллергенлик ёки антигенлик хусусиятларини, асосан улар таркибидаги оқсил деб ҳисобланади.

Поллинозни ҳар қандай чанг ҳам юзага келтира олмайди. Фақат ўзига ҳос хусусиятга эга бўлган чангларгина маълум шароитда уни келтириб чиқаради. Улар қуйидаги хусусиятлардир: (1) аллергенлик хусусиятига эга бўлган; (2) ўсимлик келиб чиқиши жиҳатидан шу ўлкада кенг тарқалган бўлиши, учувчан бўлиши, атмосфера ҳавосида анча миқдорда сақланиб туриши, масалан, амброзия келтириб чиқарадиган поллинозда касалликнинг кўпайиши 1 см^2 ҳаводаги чанг миқдори 25 дона бўлган ҳолларда; (3) чангнинг нафас йўллариغا қанча чуқур кириб бориши, яъни чангчи заррачасининг ўлчамига ҳам боғлиқ бўлиб, 25 мкм атрофида бўлган чанг нафас йўллариининг ички қисмларига кириб боради ва сезувчанлик сабаб бўлади. Ўлчами 30 мкм дан катта бўлган чанглар юқори нафас йўлларида ушланиб қолинади.

Поллинознинг клиник кўриниши касаллик жараёнининг жойлашган ўрни ва организмнинг сенсibiliзацияланиш даражаси билан аниқланади. Бурун ва кўз шиллиқ қаватларининг яллиғланиши билан кечадиган шакли (риноконъюнктивал синдром) поллинознинг энг кўп учрайдиган тури ҳисобланади. Бемор кўз қичишиши ва қовоқларни қизариб кетишидан, кўз ичига қум тўлиб қолгандек ҳис пайдо бўлганидан, ёруғликка қарай олмаслик, кўздан ёш оқиши, оғир ҳолларда блефароспазм ҳолатларидан шикоят қилади. Чангли аллергик конъюнктивит, поллиноз билан касалланган беморларнинг 95 фоизида қайд этилади. Шу билан бир вақтда қаттиқ танглай ҳалқум, бурун шиллиқ қавати, қулоқ ичларида қичишиш пайдо бўлади. Беморнинг бурнидан тинмай сув оқиши, тўхтамайдиган аксириш хуружи, бурнидан нафас олишнинг қийинлашуви ва ҳатто нафас ололмай қолишгача бориш ҳолатлари кузатилади. Бу белгилар, одатда “чангдан заҳарланиш” (интоксикация), тез чарчаб қолиш, ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, кўп терлаш асабийлашиш, салга йиғлаб юбориш, уйқунинг бузилиши билан бирга қўшилиб келади. Беморлар бу вақтда меҳнат қобилиятларини бутунлай йўқотадилар. Ўткир чангли аллергик ринитнинг морфологик кўриниши бурун шиллиқ қаватининг кўпчиб қолиши ва эозинофил-

ли инфильтрат вужудга келиши билан намоён бўлади. Риноскоп ёрдамида текширилганда: шиллиқ қават — оқиш кулранг, шишган, баъзан Воячек доғлари (қонсизланган қисмлар) кўзга ташланади. Бурундан ажралиб чиқаётган шиллиқ суюқлик таркибида кўп миқдорда эозинофиллар бўлади.

Поллинознинг энг кам учрайдиган кўринишларидан бири — ўпкадаги эозинофилли инфильтрат ҳисобланади. Одатда, ташҳис антибиотиклар билан даволаш яхши самар бермаганидан кейин ва ҳаводаги аллергенлар билан махсус даво ўтказишдан сўнг қўйилади. Поллинознинг яна бошқа кўринишларидан бири — бу тананинг очиқ қисмларида қаварчиқлар, Квинке шиши, контакт дерматит типидagi тери зарарланишларини қайд этиб ўтиш мумкин. Биз поллинознинг риноконъюнктивал шакли билан касалланган икки беморда ёмғир ёғаётган пайтда ўткир қаварчиқлар ҳолатини кузатдик. Афтидан, ёмғир сувида эриган чанглар терида маҳаллий реакцияларни келтириб чиқарган бўлса керак. Аллерген озиқ-овқат маҳсулотлари билан бирга тушган ҳолларда кунгил айниши, ич кетиши, қоринда тўсаттан оғриқ пайдо бўлиши каби ошқозон-ичак йўлининг зарарланганини кўрсатувчи белгилар, қаварчиқлар Квинке шиши билан бирга қўшилиб келади.

Шунинг учун поллиноз билан касалланган беморларга айрим озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмолдан чиқариб ташлаш тавсия этилади. Ўсимлик чангларига аллергияси бўлган беморлар олма, ёнгоқ, гилос, урик каби маҳсулотларни, бошоқли ўтларга аллергияси бўлган беморлар бугдойдан, қора жавдардан тайёрланган нонларни, бугдойдан тайёрланган ароқни, ёввойи бегона ўтларга аллергияси бўлган беморлар эса ҳолва, кунгабоқар ёғи, қовун, тарвузларни истеъмолдан чиқариб ташлашлари лозим. Поллиноз билан касалланган барча беморларга асал истеъмол қилиш таъқиқланади, чунки асал таркибининг 10 фоизгача бўлган қисмини ўсимлик чанглари ташкил қилади. Ўсимлик чангларига аллергияси бор беморларни доривор ўтлар билан даволашда ҳам эҳтиёт бўлиш керак.

Масалан, шувоққа аллергияси бор беморлар тирноқгул, мойчечакка нисбатан; дарахт чангларига аллергияси бор беморлар эса қайин пўстлогига нисбатан сезувчан бўлишлари мумкин.

ТАШҲИС

Поллинознинг риноконъюнктивал ва астматик шакллари ташҳислаш қийинчилик туғдирмайди. У мавсумга боғлиқ бир хил белгиларнинг шу мавсумда такрорланиши (ҳатто кунигача мос келиши), иқлимнинг ўзгариши билан белгиларнинг ўзгаришига асосланган. Дастлабки ташҳис қўйилгандан кейин шифокор беморни махсус текширишлар ўтказиш учун аллергологик хоналарга юборади. Бу нафақат ташҳисни аниқлаш учун, балки келтириб чиқарувчи омилни ҳам аниқлаш мақсадида қилинади.

Махсус аллергологик текширишлар аллергологик анамнез йиғиш, терида синамалар ўтказиш (гумонли ҳолатларда), уларни тасдиқлаш мақсадида қўзғаш (провокация) синамаларини ўтказишни уз ичига олади. Теридаги синамалар ва қўзғатувчи синамалар манфий бўлган ҳолларда, ҳатто бемор анамнезида касалликнинг аниқ мавсумга боғлиқлиги аниқланган бўлса ҳам, поллиноз ташҳиси гумонли бўлиб қолади. Бундай ҳолларда касалликни келтириб чиқарувчи омил ўсимлик чанги эмас, замбуруглар бўлиб ҳисобланади, чунки уларнинг кўпайиши ҳам мавсумга боғлиқлиги тасдиқланган. Бироқ, поллинознинг классик белгилари аниқ мавсумга боғлиқлик, иқлим шароити ўзгариши билан касаллик белгиларини йўқ бўлиши билан келиши ташҳисни тасдиқлашга имкон беради. Гумонли ҳолларда поллинознинг якуний ташҳиси шифокор аллерголог томонидан махсус текшириш усулларини қўллашдан кейингина тасдиқланади.

Поллинозни даволашнинг жуда кўп усуллари мавжуд. Ривожланиш механизмлари бўйича даволаш усуллари касалликнинг хуруж даврида ҳам тинч даврида ҳам қўлланилиши мумкин. Хуруж даврида, одатда гистаминга қарши турли препаратлар 10-15 кун давомида белгиланади. Интал билан даволаш ҳам жуда

яхши самара беради. Препарат касалликнинг тинч даврида олдини олиш мақсадида белгиланади. Патологик жараённинг жойлашган ўрнига мувофиқ инталнинг турли хил шакллари қўлланилади, улар маҳаллий таъсир кўрсатади. Кўзнинг аллергик яллигланишида — оптикром, бурун касалликларида — ломузол, бронхлар яллигланишида — интал, ошқозон-ичак йўлининг аллергик касалликларида — налкром белгиланади. Даволаш узоқ вақт давомида, бутун хуруж даври мобайнида ўтказилади.

Бундан ташқари кетотифен (задитен) ҳам жуда самарали ҳисобланади. У бир кунда икки маҳал битта таблеткадан ичиш учун белгиланади. Кетотифен, одатда касаллик хуружини олдини олиш мақсадида узоқ вақт давомида қўлланилади.

Турли аллергик касалликларни даволашда кортикостероидлар ҳам кенг қўлланилмоқда. Поллинозни даволашда кортикостероидлар бошқа дори моддалар ёрдам бермаган ҳолларда белгиланади. Уларни қисқа вақт давомида кичик миқдорларда қўллаш лозим. Кортикостероидларни маҳаллий қўллаш кўпроқ самарали ҳисобланади. Аллергик конъюнктивитда гидрокортизон эритмалари ёки гормонли малҳамлар қўлланилади. Аллергик ринитда полькортолон қуруқ ёки нам ҳолдаги аэрозоль кўринишида ишлатилади. Кортикостероидлар аэрозоль ҳолида баллонларда чиқарилади (бекламетазон ва бекотид).

Поллинозни даволашда, айниқса касалликнинг тинч даврида иммуноглобулинларнинг турли препаратлари самарали ҳисобланади. Аллергоглобулинлар билан даволашда ҳам яхши натижалар олинган. Ўз-ўзидан соғайиб кетиш ҳоллари жуда кам, аксинча поллинозда патологик жараён бошқа аъзоларга ҳам тарқалади ва ривожланади. Жараён ҳатто йил бўйи давом этиш хусусиятига ҳам эга бўлиб қолиши мумкин. Болаларда бу ҳолат 60 фоизни ташкил этади.

Ҳозирги пайтгача поллинозни даволаш усулларида энг самаралиси аллергенлар билан махсус даволаш бўлиб қолмоқда. Бу усул 70 йилдан ортиқ вақт мобайнида қўлланилмоқда ва у ўзининг фойдали томонларини кўрсатади. Махсус даволаш фақат аллерголог хона-

сида ва шифохоналарда ўтказилади. Уни мавсумдан олдин, яъни касалликнинг тинч даврида—қушда, кўрсатмалар ва монеликларни ҳисобга олган ҳолда, ўтказилади. Эрта бошланган махсус даволаш 75—80 фоиз ҳолларда самара беради. Пичан иситмасининг ривожланиши даволанмаган беморларнинг 70 фоизида, махсус даволаш ўтказилганларнинг эса 2 фоизида 5 йилдан кейин кузатилган.

Клиникамизда поллиноз, пичан иситмаси, аллергияк конъюнктивитни аэрозол ҳолидаги аллергиялар билан маҳаллий даволаш ишлаб чиқилган ва амалиётга татбиқ этилган. Бу усул билан даволаш жуда кам асоратлар берди ҳамда ҳозирги пайтда кенг тарқалган аллергияни тери остига киритиш усулига қараганда кўпроқ самарали эканлигини кўрсатади. Бундан ташқари аллергияларнинг янги шакллари ҳам қўлланилмоқда. Узоқ вақт давомида таъсир кўрсатувчи—аллпирал, жуда кам аллергиялик хусусиятига эга бўлган—аллергоид шулар жумласидандир.

Айрим ҳолларда фақат йилнинг аниқ бир даврида такрорланувчи поллиноз бошқа гуруҳ: уй-рўзгорга оид, замбуруғларга оид аллергиялар билан ҳам асоратланиши мумкин. Поллинознинг бир ўзи (алоҳида) учраган ҳолларда даволаш 90 фоиз беморларда самарали бўлади. Бошқа аллергиялар билан асоратланган шаклларда эса даво самараси камроқ бўлади. Биргаликда кечадиган шакллари даволаш ўзига хос йўл тутишни талаб этади. Дастлаб ўсимлик чангларининг аллергиялари билан, кейинчалик эса бошқа аллергиялар билан даволаш тавсия қилинади. Бу усул бизнинг маълумотлар бўйича энг юқори самара беради ва жуда кам асоратларга сабаб бўлади.

Поллиноз—мавсумий ринитни олдини олиш чоратadbирлари. Поллиноз билан касалланган беморларга ёзда боғларга, далаларга бориш, уйда гуллар ўстириш, доривор ўсимликлар билан даволаниш таъқиқланади ҳамда ўсимлик чанги билан кесишувчи аллергияк реакциялар бера олиши мумкин бўлган (арпа, бугдой, ҳолва, асал) маҳсулотларни истеъмолдан чиқариб таш-

лаш тавсия этилади. Касалликнинг хуруж даврида албатта парҳезга риоя қилиш, кучли алергенлик хусусиятига эга бўлган маҳсулотларни истеъмол қилмаслик зарур. Хона деразаларини зич ёпиш, ҳаво намлагичлардан, ниқоблардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

МУНДАРИЖА

Суз боши	3
УМУМИЙ ҚИСМ.	
Умумий аллергиялогия	5
Аллергия ҳақида тушунча	5
Аллергик касалликларнинг ривожланиш механизми	9
Аллергенлар	19
Аллергик касалликларнинг тарқалиши	25
Махсус ташҳис усуллари	31
Бронхларда утказиладиган провокацион синамалар	40
Аллергик касалликларни даволаш усуллари	48
Дори моддалар билан патогенетик даволаш усуллари	49
Аллергик касалликларни бошқа даволаш усуллари	65
Махсус даволаш усуллари	71
Бактериал аллергиялар билан даволаш пайтидаги асоратлар	85
Аллергик касалликларни олдини олиш чора-тадбирлари	87
ХУСУСИЙ ҚИСМ	
Озиқ-овқат аллергияси	90
Озиқ-овқат аллергиясини ташҳислаш ва даволаш усуллари намунаси	109
Дори аллергияси	110
Дори аллергиясининг клиник белгилари	115
Ташҳиси	122
Дори аллергиясини даволаш ва уни олдини олиш чора-тадбирлари ..	124
Вакцина ва зардоблар таъсирида юзага келадиган реакциялар	129
Бронхиал астма	134
Бронхиал астманинг тарқалиши	138
Бронхиал астма ривожланишига сабабчи омиллар	140
Бронхиал астманинг ривожланиш механизми	142
Ташҳиси	145
Бронхиал астмани бошқа касалликлардан фарқлаш	149
Турли аллергияларга сезувчанлик ортган ҳолларда бронхиал астманинг клиник хусусиятлари	150
Астма учлиги	154
Бронхиал астма таснифи	155
Бронхиал астмани даволаш усуллари	158

Бронхиал астманинг оғир хуружларини даволаш.....	162
Бронхиал астмани даволашга босқичма-босқич ёндашиш.....	165
Ҳашоратлар чақишидан келиб чиқадиған аллергия.....	171
Замбуругларга оид аллергия.....	179
Экалген аллергияк альвеолит.....	186
✓ Аллергияк ринитлар.....	191
• Аллергияк ринитнинг ривожланиши.....	192
Тарқалиши.....	194
Мавсумий аллергияк ринит.....	195
✓ Поллиноз.....	212
Ташҳис.....	216

Азидбек Ахмедович Назаров,
Фатима Утавбаевна Юлдашева

АЛЛЕРГОЛОГИЯ

На узбекском языке

Ташкент, "Фан"

Муҳаррир: *М. Содиқова*
Техмуҳаррир: *Л. Тюринна*

Теришга берилди 6.07.2001. Босишга рухсат этилди 10.08.2001.

Қоғоз бичими 84x108^{1/32}. Адабий гарнитура. Юқори босма.

Ёзув қоғози. Шартли босма т. 11,76.

Ҳисоб-нашриёт т. 11,8. 1000 нусха. 35-буйртма.

Келишилган нарҳда.

ЎзР ФА “Фан” нашриёти: 700047.
Тошкент, акад. Я. Ғуломов кучаси, 70.

ЎзР ФА “Фан” нашриётининг босмахонаси: 700170
Тошкент. акад. Ҳ. Абдуллаев кучаси, 79.

