Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

BRONXİAL ASTMA ÜZRƏ KLİNİK TÖVSİYƏLƏR

Bakı
2008

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHİYYƏ NAZİRLİYİ

«BƏYƏNİLMİŞDİR»	«TƏSDİQ EDİRƏM»
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tibbi Şurası tərəfindən Elmi-Tibbi Şuranın sədri	Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirinin müavini
Prof. _____ **S.K.Musayev**	_____ **A.Ş.Vəlibəyov**
«17» may 2007-ci il	
Protokol № 126	

BRONXİAL ASTMA ÜZRƏ KLİNİK TÖVSİYƏLƏR

Bakı - 2008

54.12
B 85

B 85 Bronxial astma üzrə klinik tövsiyələr. – 32 səh.
Klinik tövsiyələr Amerika Beynəlxalq Səhiyyə Birliyi (AIHA) və ABŞ Beynəlxalq İnkişaf Agentliyinin (USAID) dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

Klinik tövsiyələrin tərtibçilər heyəti:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru
K.Hacıyev – ATU-nun II Uşaq xəstəlikləri kafedrasının professoru, t.e.d.
R.Ağayev – ATU-nun II Cərrahi xəstəlikləri kafedrasının professoru, t.e.d.
T.Tağı-zadə – ATU-nun I Uşaq xəstəlikləri kafedrasının assistenti, t.e.n.
A.Əhmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin həkimi
S.Nəsibova – Bakı şəhəri 4 saylı poliklinikasının sahə həkimi

Rəyçilər:

F.Ağayev – ET Ağ Ciyər Xəstəlikləri İnstitutunun direktoru, t.e.d.
F.Quliyev – Ə.Əliyev ad. Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun I Daxili xəstəliklər kafedrasının müdiri, t.e.d.
S.Axundov – ATU-nun Ailə təbabəti kafedrasının dosenti, t.e.n.

İxtisarların siyahısı:

BA – bronxial astma
NMS – nəfəsvermənin maksimal sürəti (zirvə axını)
GNH_1 – 1 saniyə ərzində güclü nəfəsvermənin həcmi
AcHT – ağ ciyərlərin həyat tutumu (güclü nəfəsvermənin tam həcmi)
İQK – inhalyasion qlükokortikosteroidlər
DAİ – dozalaşdırılmış aerozol inhalyatoru
DTİ – dozalaşdırılmış toz inhalyatoru
DV – dərman vasitələri

Bronxial astma – tənəffüs yollarının xronik və residiv verən xəstəliyidir. Son illər ərzində demək olar ki, bütün ölkələrdə bu patologiyanın artmasına meyl qeyd edilir. Dünya əhalisinin orta hesabla 8%-nin bu xəstəlikdən əziyyət çəkdiyi göstərilir. Uşaqlar arasında xəstələnmə səviyyəsi müxtəlif ölkələr üzrə 0-dan 30%-ə qədər dəyişir. Eyni zamanda xəstəliyin ağır və orta-ağır formaları üstünlük təşkil edir. Sübut edilmişdir ki, xəstəliyin ən qeyri-qənaətbəxş gedişinə sosial statusu aşağı səviyyədə olan şəxslər arasında – işsizlər, qaçqınlar, məcburi köçkünlər və digərləri – rast gəlinir.

Müasir yanaşmaya görə, ağırlıq dərəcəsindən asılı olmayaraq BA – bronxların hiperreaktivliyi və hiperhəssaslığı ilə müşayiət olunan **xronik iltihabi xəstəlikdir**. BA klinik cəhətdən özünü vaxtaşırı meydana çıxan ekspirator və ya qarışıq təngnəfəslik (boğulma) tutmaları ilə büruzə verir. Bu tutmalara isə öz növbəsində bronxokonstriksiya, seliyin hipersekresiyası və bronxların selikli qişasının şişkinliyi nəticəsində əmələ gələn diffuz obstruksiya səbəb olur.

BA-nın inkişafının ən əhəmiyyətli **risk faktorları**: ailə anamnezində allerqoloji hallar, ekzema, həmçinin ev tozu gənələri, ev heyvanları (xəzli), tarakan və göbələklərin *(Alternaria, Aspergillus, Candida, Penicillinum)* inhalyasion allergenlərinə, qida əlavələri, dərman vasitələri və peşə allergenlərinə qarşı sensibilizasiya, keçirilmiş respirator virus infeksiyaları (sinsitial, rinovirus, erkən körpə yaşlarında bronxiolit və s.), siqaret çəkmə, sənaye tullantıları, immunoloji reaktivliyin aşağı düşməsi, əlverişsiz iqlim şərtləri və digərləri.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

J45	Astma
J45.0	Allergik komponentin üstünlüyü ilə gedən astma
J45.1	Qeyri-allergik astma
J45.8	Qarışıq astma
J45.9	Dəqiqləşdirilməmiş astma
J46	Astmatik status *(status asthmaticus)*

ASTMANIN NƏZARƏT SƏVİYYƏSİNƏ GÖRƏ TƏSNİFATI

Ənənəvi olaraq astmanın təsnifatını xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinə görə aparırdılar – yüngül fasiləli (epizodik), yüngül davamlı, orta davamlı, ağır davamlı.

Ancaq ÜST-nin son tövsiyələrinə əsasən, **astmanın nəzarət səviyyəsinə görə təsnifatı** *(Cədvəl №1)* daha məqsədəuyğundur və pasiyentlərə yardım göstərilməsi zamanı istifadəsi daha rahatdır.

Cədvəl №1

ASTMAYA NƏZARƏTİN SƏVİYYƏSİ			
Xüsusiyyətləri	**Yaxşı nəzarət** *(Aşağıdakıların hamısı)*	**Hissəvi nəzarət** *(Aşağıdakıların hər hansı biri istənilən həftə ərzində müşahidə olunur)*	**Nəzarət edilmir**
Gündüz simptomları	Yoxdur (həftədə iki dəfə və ya daha az)	Həftədə iki dəfədən çox	**Hissəvi nəzarət edilən astmanın xüsusiyyətlərindən üçü və ya daha çoxu istənilən həftə ərzində müşahidə olunur**
Fəallığın məhdudlaşması	Yoxdur	Hər hansı	
Gecə simptomları/ oyanma	Yoxdur	Hər hansı	
BA tutmalarının qarşısını alan preparatlara olan ehtiyac	Yoxdur (həftədə iki dəfə və ya daha az)	Həftədə iki dəfədən çox	
Ağ ciyərlərin funksiyası (NMS və ya GNH_1)[3]	Normaldır	Əvvəlcədən hesablanmış ən yaxşı fərdi göstəricinin (əgər məlumdursa) 80%-dən aşağı	

Kəskinləşmələr (tutmalar)	Yoxdur	İldə bir dəfə və ya daha çox[1]	Həftədə bir dəfə[2]

[1] *İstənilən kəskinləşmə zamanı yardımçı müalicəni təcili şəkildə yenidən nəzərdən keçirmək və onun kifayət etdiyinə əmin olmaq lazımdır.*

[2] *Belə qəbul olunmuşdur ki, əgər hər hansı həftə astmanın kəskinləşməsi baş veribsə, deməli həmin həftə ərzində astmaya nəzarət edilməmişdir.*

[3] *Ağ ciyərlərin funksiyasının müəyyən olunması beş və ya daha kiçik yaşlı uşaqlarda etibarlı göstəricilər vermir.*

ASTMANIN DİAQNOSTİKASI

ANAMNEZ VƏ FİZİKAL MÜAYİNƏ

Əgər anamnezdə aşağıdakı hallar qeyd edilirsə, o zaman BA-nın olması ehtimalı artır: atopik dermatit, allergik rinokonyuktivit, yaxud ailə anamnezində BA və ya digər atopik xəstəliklərin mövcudluğu.

Cədvəl №2-də təsvir edilən simptomlardan hər hansı biri müşahidə olunursa, pasiyentdə BA xəstəliyinin olduğunu güman etmək mümkündür.

Cədvəl №2

- ► **Fışıltılı xırıltılar** – nəfəsvermə zamanı fışıltılı yüksək səslər – xüsusilə uşaqlarda. (Döş qəfəsinin müayinəsi zamanı normal göstəricilərin olması astmanın mövcudluğunu istisna etmir).
- ► **Anamnezdə aşağıdakı simptomların olması:**
  - ✓ *Əsasən gecə vaxtı güclənən öskürək*
  - ✓ *Fışıltılı xırıltıların təkrarlanması*
  - ✓ *Tənəffüsün çətinləşməsinin (boğulmanın) təkrar epizodları*
  - ✓ *Döş qəfəsində sıxılma hissinin təkrarlanması*
- ► **Simptomların əmələ gəlməsi və ya güclənməsi:**
  - ✓ *Gecə vaxtı*
  - ✓ *Ətraf mühitin temperaturu kəskin dəyişdikdə*
  - ✓ *Xəz dərili heyvanlar, kimyəvi aerozollar, tütün tüstüsü ilə kontakt zamanı*
  - ✓ *Ev tozu gənələri ilə kontakt yarandıqda*
  - ✓ *Bəzi DV-dən istifadə zamanı (β-adrenoblokatorlar, aspirin)*
  - ✓ *Fiziki gərginlik zamanı*
  - ✓ *Bitki tozcuqları ilə kontakt yarandıqda*
  - ✓ *Tənəffüs yollarının kəskin infeksion xəstəlikləri zamanı*
  - ✓ *Güclü emosional gərginlik hallarında*
- ► **Quru öskürək.**
- ► **Astmaya qarşı müalicə simptomlara müsbət təsir edir.**
- ► **Pasiyentlərdə soyuqdəymələr aşağı tənəffüs yollarına keçir və ya tam müalicə üçün 10 gündən artıq vaxt tələb edir.**

Nəzərə almaq lazımdır ki, remissiya dövründə patoloji simptomatika olmaya bilər (fizikal müayinənin normal göstəriciləri BA-nı istisna etmir).

Beş yaşına qədər olan uşaqlarda BA diaqnozu əsasən klinik müayinələrin nəticələrinə görə qoyulur. Südəmər körpələrdə triggerlərin təsiri ilə meydana çıxan fışıltılı xırıltı epizodu üç dəfə və ya daha artıq müşahidə olunarsa, o zaman BA haqqında fikirləşmək, müayinələr və differensial diaqnostika aparmaq lazımdır.

Uşaqlarda fizikal müayinə zamanı BA üçün səciyyəvi olan aşağıdakı əlamətlərə diqqət yetirilməlidir:

- ► Döş qəfəsinin qabarması (hiperekspansiya)
- ► Nəfəsvermənin uzanması və auskultasiya zamanı fışıltılı xırıltıların eşidilməsi
- ► Rinit

AĞ CİYƏR FUNKSİYASININ İNSTRUMENTAL MÜAYİNƏSİ

Pikfloumetriya (nəfəsvermənin maksimal sürətinin ölçülməsi) – BA-nın diaqnostikası və müalicəyə sonrakı nəzarət üçün vacib metoddur. Əgər bronxodilyatorların inhalyasiyasından sonra NMS 60 l/dəq (və ya $\geq$ 20%) artırsa, yaxud gün ərzində NMS-ni ölçdükdə göstəricilər arasındakı fərq 20%-dən çoxdursa (iki dəfə ölçüldükdə 10%-dən artıqdırsa), o zaman pikfloumetriyanın nəticələri BA diaqnozu haqqında düşünməyə əsas verir. Astmanın monitorinqi prosesində pasiyentə məxsus pikfloumetr vasitəsilə NMS göstəricilərinin müəyyən edilməsi, bu göstəriciləri pasiyentin daha əvvəlki ən yaxşı fərdi pikfloumetriya göstəriciləri ilə müqayisə etmək üçün gözəl imkan yaradır.

Pediatrik praktikada pikfloumetriya 5 yaşdan yuxarı uşaqlarda istifadə olunur. Nəticələrin qiymətləndirilməsi üçün xüsusi normoqramlardan istifadə edirlər, ancaq daha dəqiq informasiya əldə etməkdən ötrü 2-3 həftə ərzində NMS-nin gündəlik monitorinqini aparmaq lazımdır. NMS-ni səhər (adətən ən aşağı göstərici) və axşam yatmazdan əvvəl (adətən ən yuxarı göstərici) ölçürlər. Gün ərzində NMS göstəriciləri arasındakı fərqin 20%-dən çox olması BA-nın diaqnostik əlaməti sayılır, bu zaman fərqin böyüklüyü xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi ilə düz mütənasibdir. Bronxolitikin inhalyasiyasından və ya İQK-nin sınaq təyinatından sonra NMS azı 15% artırsa, o zaman pikfloumetriyanın nəticələri BA diaqnozu haqqında düşünməyə əsas verir.

Bəzi hallarda uşaqlarda BA simptomları yalnız fiziki gərginlikdən sonra meydana çıxır. Bu qrupa daxil olan uşaqlarda fiziki gərginlik testinin (6 dəqiqəlik qaçış protokolu) yerinə yetirilməsi faydalıdır. Bu metoddan istifadə olunması və eyni zamanda GNH_1 və ya NMS-nin müəyyən edilməsi BA-nın dəqiq diaqnozunun qoyulmasında yardımçı ola bilər.

Spirometriya – tənəffüs yollarından havanın keçməsinə yaranan məhdudiyyətin (tənəffüs yollarının obstruksiyasının) səviyyəsini, geriyə dönmə dərəcəsini, dəyişkənliyini ölçmək, həmçinin xəstəliyin gedişinin ağırlığını qiymətləndirmək üçün istifadə edilən metoddur. Əgər bronxodilyatorların təyinindən sonra GNH_1 12% və ya daha çox (yaxud $\geq$ 200 ml) artırsa, bu, bronxial obstruksiyanın geriyə dönməsinin göstəricisidir və BA diaqnozunun təsdiq edilməsində yardımçı ola bilər. Lakin astmalı pasiyentlərin əksəriyyətində hər ölçmə zamanı bronxial obstruksiyanın geriyə dönməsi aşkar edilmir, ona görə də təkrar müayinələrin aparılması tövsiyə olunur. GNH_1 uşaqlarda beş yaşından sonra təyin olunur və GNH_1-nin AcHT-ə nisbəti 80%-dən artıq olmalıdır (90%-dən artıq olması da mümkündür). Bu səviyyədən aşağı olan qiymətlər bronxial obstruksiyanın göstəricisi hesab edilə bilər.

ƏLAVƏ DİAQNOSTİK TESTLƏR
(Həkim allerqoloq-immunoloq tərəfindən yerinə yetirilir)

Tənəffüs yollarının hiperreaktivliyinin aşkar edilməsi. Əgər pasiyentlərdə BA üçün xarakterik olan əlamətlər varsa, lakin ağ ciyər funksiyasının göstəriciləri norma daxilindədirsə, o zaman tənəffüs yollarının metaxolin, histamin və ya fiziki gərginliyin təsirinə göstərdiyi reaksiyanın tədqiq edilməsi BA diaqnozunun qoyulmasında yardımçı ola bilər.

Allergenlərlə dəri testləri və ya qan zərdabında spesifik IgE-lərin təyin edilməsi BA-nın diaqnostikası üçün nisbətən az əhəmiyyət daşıyır, ancaq bu tədqiqatlar hər bir pasiyent üçün fərdi şəkildə risk faktorlarının – triggerlərin müəyyən olunmasında köməklik göstərir. Əldə edilmiş məlumatlara uyğun olaraq ətraf mühitin risk faktorlarına nəzarət edilməsi ilə bağlı pasiyentə tövsiyələr verilir.

ASTMANIN MÜALİCƏSİNİN DÖRD KOMPONENTİ

Astmanın müalicəsinin məqsədləri:

- ► Xəstəliyin simptomları üzərində nəzarətin əldə edilməsi və saxlanması
- ► Kəskinləşmələrin qarşısının alınması və müalicəsi
- ► Aktivliyin, o cümlədən fiziki fəallığın normal səviyyəyə çatdırılması
- ► Müalicənin əlavə təsirlərinin aradan qaldırılması
- ► Xəstəliyin ağırlaşmasının profilaktikası
- ► Astmadan ölümün qarşısının alınması

I komponent: Həkimlə pasiyent arasında əməkdaşlıq əlaqələrinin yaradılması

Astma üzərində nəzarətin saxlanması, müalicəni həyata keçirən tibb işçiləri ilə pasiyent arasında əməkdaşlıq əlaqələrinin yaradılmasını tələb edir. Pasiyentlər (pasiyentlərin valideynləri) ilə **maarifləndirici məşğələlər** aparmaq, onlara aşağıdakıları öyrətmək lazımdır:

- ► Risk faktorlarının təsirinə məruz qalmaqdan çəkinmək
- ► Dərmanları düzgün qəbul etmək
- ► Xəstəliyin gedişinə nəzarət üçün istifadə olunan dərmanlarla, təxirəsalınmaz yardım zamanı tətbiq edilən dərmanlar arasındakı fərqləri başa düşmək
- ► Simptomların qeyd edilməsi və pikfloumetrlə NMS-nin ölçülməsi vasitəsilə öz vəziyyətinə nəzarət etmək
- ► Astmanın ağırlaşması əlamətlərini müəyyən etmək və lazımi tədbirləri yerinə yetirmək
- ► Ehtiyac yarandıqda tibbi yardım üçün müraciət etmək

Astmaya uzunmüddətli nəzarət üçün müalicənin **fərdi yazılı planının** tərtib edilməsi tələb olunur. Bu planda simptomların və tutmaların profilaktikası üçün lazım gələn, həmçinin tutmalar zamanı yerinə yetirilməli olan tədbirlər öz əksini tapmalıdır. Planın praktik cəhətdən tətbiqinin rahat olması üçün, onu pasiyentlə birlikdə tərtib etmək lazımdır. *Cədvəl №3-də* astma üzərində nəzarətin saxlanması üçün istifadə olunan yazılı fəaliyyət planının nümunəsi verilmişdir.

Cədvəl №3.

Sizin müntəzəm müalicəniz:

1. Hər gün qəbul edirsiniz _____
2. Fiziki hərəkətlərdən əvvəl qəbul edirsiniz _____

DƏRMANLARIN QƏBULUNU NƏ ZAMAN ARTIRMAQ LAZIMDIR?

Astma üzərində nəzarətinizin səviyyəsini qiymətləndirin

Keçən həftə sizdə bunlar olmuşdurmu:

► Iki dəfədən artıq astmanın gündüz simptomları	**Yox**	**Hə**
► Fəaliyyətin və ya fiziki hərəkətlərin məhdudlaşması	**Yox**	**Hə**
► Astma ilə bağlı gecə oyanması	**Yox**	**Hə**
► Təxirəsalınmaz terapiya dərmanlarından istifadəyə		
► iki dəfədən artıq ehtiyac yaranması	**Yox**	**Hə**
► Əgər NMS-ni ölçürsünüzsə, NMS _____-dən aşağı olmuşdur	**Yox**	**Hə**

Əgər siz yuxarıda sadalanan suallardan üç və ya daha artığına HƏ cavabı vermisinizsə, deməli sizin astmanıza nəzarət olunmur və müalicədə bir pillə yuxarı qalxmaq lazımdır.

DƏRMANLARIN QƏBULUNU NECƏ ARTIRMAQ LAZIMDIR?

Aşağıda göstərildiyi qaydada dərmanların qəbulunu artırın və hər gün vəziyyətinizin yaxşılaşmasını qiymətləndirin:

_____ (Bura müalicənin növbəti pilləsini qeyd edin)

Bu müalicəni _____ gün (sayını göstərin) qəbul edin

NƏ ZAMAN HƏKİMƏ/ KLİNİKAYA ZƏNG ETMƏK LAZIMDIR?

Həkimə/klinikaya zəng edin: _____ (telefon nömrəsini qeyd edin).

Əgər _____ gün (sayını göstərin) ərzində müsbət dəyişikliklər baş vermirsə _____ (mümkün əlavə təlimatlar).

FÖVQƏLADƏ VƏZİYYƏT / NƏZARƏTİN CİDDİ ŞƏKİLDƏ İTİRİLMƏSİ

► Əgər sizdə güclü təngnəfəslik varsa və yalnız qısa ifadələrlə danışa bilirsinizsə
► Əgər sizdə ağır astma tutması baş veribsə və siz qorxmusunuzsa
► Əgər siz təxirəsalınmaz terapiya üçün preparatlardan hər 4 saatdan daha tez istifadə edirsinizsə və yaxşılaşma baş vermirsə, o zaman –

1. 2-4 dəfə inhalyasiya edin _____ (təxirəsalınmaz terapiya üçün DV).
2. ___ mq _____ (peroral lükokortikosteroid) qəbul edin.
3. Tibbi yardım üçün _____ müraciət edin.
   Ünvan: _____ Telefon: _____
4. Tibbi yardım alana qədər _____ (təxirəsalınmaz terapiya üçün DV) istifadə etməkdə davam edin.

II komponent: Risk faktorlarının aşkar edilməsi və onların təsirinin azaldılması

Triggerlərin – astmanın kəskinləşməsinə səbəb olan faktorların – aşkar edilməsi və onlara nəzarət edilməsi astmanın müvəffəqiyyətli müalicəsi üçün çox vacibdir. Xəstəni əhatə edən mühitdə triggerlərin olmaması BA simptomlarının profilaktikasına kömək edir, dərmanlara olan ehtiyacı azaldır. BA-nın kəskinləşməsinə səbəb olan allergen və çirkləndirici maddələrdən ən çox yayılanları bunlar hesab olunur: yataq gənəsi, heyvanların xəzi və s. allergenləri, tarakanlar, bitki tozcuqları, kif, məişət sobalarının tüstüsü. Virus infeksiyası, fiziki gərginlik, qida allergenləri, aspirin və digər qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar, β-blokatorlar və s. də BA-nın triggerlərinə aid edilir.

Yataq gənəsi – ev tozunun ən əhəmiyyətli komponentini təşkil edir. Gənələr mikroskopik ölçülərə malikdirlər. Onlar heç bir xəstəlik törətmir və yoluxdurmurlar. Insan dərisinin ifrazatları ilə qidalanır və döşəklərdə, yorğanlarda, xalçalarda, yumşaq mebeldə, pərdələrdə və toz kollektorları adlandırılan digər yerlərdə külli miqdarda aşkar edilirlər. Rütubətli və isti mühitdə onlar xüsusilə sürətlə çoxalırlar. Erkən uşaqlıq dövründə ev tozu allergenlərinin təsirinə məruz qalmaq BA-nın inkişafına imkan yaradır.

Profilaktika: Hər 7-10 gündən bir yataq ağlarını temperaturu 60ºC-dən yüksək olan qaynar suda yumaq lazımdır. Döşəkləri, yorğanları və balışları vaxtaşırı günə vermək lazımdır. Yataq dəstləri qalın, kraxmallanmış parçadan olmalıdır. Ən yaxşısı xüsusi allergiya əleyhinə yataq dəstlərindən istifadə etməkdir. Xalçaları, palazları, yumşaq oyuncaqları, müqəvvaları, parçadan üz çəkilmiş mebelləri evdən (heç olmasa yataq otağından) kənarlaşdırmaq, müntəzəm olaraq mənzildə quru və yaş təmizləmə aparmaq, otaqların havasını tez-tez dəyişmək lazımdır.

Heyvanların allergenləri (pişiklər, itlər, ev dovşanları, dağsiçanları və s.) çox zaman BA üçün risk faktorları təşkil edir.

Profilaktika: Heyvanları evdən və ya heç olmasa yataq otağından kənarlaşdırmaq, mənzildə yaş təmizləmə aparmaq və hava təmizləyicisindən istifadə etmək lazımdır.

Tütün tüstüsü risk faktorudur – həm xəstə siqareti özü çəkdikdə, həm də ətrafdakıların çəkdiyi siqaretin tüstüsünü udduqda. Tütün tüstüsü uşaqlarda sensibilizasiya riskini artırır, xəstələrdə isə simptomların ağırlaşmasına gətirib çıxara bilir.

Profilaktika: Siqaret çəkmək olmaz. Xəstənin ətrafındakı şəxslər də siqaret çəkməməlidirlər (heç olmasa otaqda). Siqaret çəkilən ictimai yerlərə getməyin.

Tarakan allergeni çox zaman BA üçün trigger rolunu oynayır. ***Profilaktika:*** Mənzili müntəzəm olaraq əsaslı surətdə təmizləmək, xəstə evdə olmadığı zaman insektisidlərdən istifadə etmək. İnsektisidlərdən istifadə olunduqdan sonra xəstə evə gələnə qədər mənzilin havasını dəyişmək və hava təmizləyicisini işə salmaq lazımdır.

Kif, digər göbələk sporları və bitki tozcuqları əksər xəstələrdə BA-nın kəskinləşməsinə gətirib çıxarır və ya xəstəliyin yeganə səbəbini təşkil edir.

Profilaktika: Havada bitki tozcuqlarının və sporların yüksək konsentrasiyası zamanı pəncərələri bağlamaq və qapalı məkandan çıxmamaq. Hava təmizləyicisindən istifadə olunduqda bu tədbirlər daha çox kömək edir.

Odunların yandırılmasından əmələ gələn tüstüdə və digər ev mənşəli çirkləndirici maddələrdə qiciqlandırıcı hissəciklər mövcuddur.

Profilaktika: Bütün tüstü bacalarını çölə çıxarmaq, otaqların havasını tez-tez dəyişmək, məişət aerozollarından istifadə etməmək (o cümlədən mebelin pardaxlanması üçün), hava təmizləyicisindən istifadə etmək.

Soyuqdəymələr və respirator virus infeksiyaları BA-nın kəskinləşməsinə (xüsusilə uşaqlarda) səbəb ola bilər.

Profilaktika: Kəskin respirator virus infeksiyalarının profilaktikası üçün ümumi qəbul olunmuş tədbirlər, bədənin möhkəmləndirilməsi, orta və ağır dərəcəli astmalı xəstələrdə hər il qrip əleyhinə vaksinasiya aparmaq. Soyuqdəymənin ilk əlamətləri meydana çıxdıqda inhalyasion β_2-aqonistlərdən istifadə etmək, peroral qlükokortikosteroidlərlə müalicəyə daha erkən başlamaq. BA-nın simptomlarına tam nəzarəti təmin etmək üçün iltihab əleyhinə müalicəni bir neçə həftə ərzində davam etdirmək. Keçirilmiş infeksiyadan sonra bir neçə həftə ərzində BA-nın simptomlarının güclənməsi müşahidə oluna bilər.

Fiziki hərəkətlər BA-lı xəstələrin əksəriyyətində trigger rolunu oynayır.

Profilaktika: Düzgün seçilmiş müalicə zamanı BA-lı xəstələrin əksəriyyəti fiziki hərəkətlərlə (o cümlədən qaçış və digər idman yarışları) tam şəkildə məşğul ola bilər. Hərəkətlərə başlamazdan əvvəl qısa və ya uzunmüddətli təsirə malik β_2-aqonistlərin, yaxud natrium-kromoqlikatın qəbulu (İQK-dən müntəzəm istifadə edilməsi fonunda)

astma simptomlarının profilaktikası üçün ən effektiv vasitə hesab olunur. Digər triggerlərdən fərqli olaraq fiziki hərəkətlərdən imtina etmək lazım deyil.

β-adrenoblokatorlar və qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar (aspirin) BA-nın kəskinləşməsinə səbəb ola bilər, ona görə də bu preparatlardan istifadəni istisna etmək lazımdır.

Qida allergenləri və konservantlar (asetilsalisil turşusunun törəmələri) çox zaman BA-nın əmələ gəlməsinin və ya kəskinləşməsinin səbəbi kimi çıxış edir. Qida gündəliyinin aparılması bu risk faktorlarının aşkar edilməsinə və sonradan "günahkar" qida məhsulu və ya DV-nin eliminasiyasına kömək edir.

Triggerlərlə kontaktın azaldılması həyat tərzinin dəyişdirilməsi ilə bağlıdır, bu isə bəzi xəstələr və ya onların ailələri üçün çətinlik törədə bilər. Astma triggerləri ilə kontaktın azaldılmasının ən əlverişli üsullarını tapmaq üçün pasiyentlə fərdi iş aparmaq lazımdır. Sevimli ev heyvanından ayrılmaq bütün ailə üçün problem yarada bilər, ancaq heyvanı, heç olmasa həyətə köçürmək və ya yataq otağından kənarlaşdırmaq mümkündür. Yenidoğulan uşağın gənə ilə kontaktı astmanın inkişafına gətirib çıxara bilər. Nəzərə almaq lazımdır ki, uşağın doğulması onsuz da yaşayış tərzinin dəyişməsinə səbəb olur, ona görə də bu dövrdə lazımi qoruyucu tədbirlərin görülməsi daha asan başa gəlir. Heyvanların kənarlaşdırılması, hava təmizləyicisindən və allergiya əleyhinə yataq dəstlərindən istifadə edilməsi, yataq ağlarının tez-tez qaynar suda yuyulması bəzən çətinlik törədə bilər, buna baxmayaraq ailələr bu cür həyat tərzinə əməl etməlidirlər.

III komponent: Astmanın qiymətləndirilməsi, müalicəsi və müşahidə olunması

ASTMAYA HANSI SƏVİYYƏDƏ NƏZARƏT EDİLDİYİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Cari müalicə planının tərtib olunması, müalicə rejiminə nə dərəcədə əməl edildiyinin qiymətləndirilməsi, həmçinin astmaya nəzarətin səviyyəsinin müəyyən edilməsi üçün hər bir pasiyent müşahidə altında saxlanmalıdır. Yaxşı nəzarət edilən, hissəvi nəzarət edilən və nəzarət edilməyən astmanı ayırd etmək üçün astmanın təsnifatı bölməsində sadə sxem verilmişdir.

YAXŞI NƏZARƏT SƏVİYYƏSİNƏ NAİL OLMAQ ÜÇÜN MÜALİCƏ

Hər bir pasiyentə, *Cədvəl №4-də* göstərilmiş beş müalicə "pilləsindən" birinə uyğun gələn müalicə təyin edilməlidir. Pasiyentin vəziyyəti nə qədər ağırdırsa, müalicə pilləsi də bir o qədər yüksək olmalıdır. Astmaya yaxşı nəzarətin əldə edildiyi ən aşağı müalicə pilləsini seçmək lazımdır. Əgər seçilmiş müalicə pilləsində astmaya pis nəzarət olunursa, o zaman bir pillə yuxarı qalxmaq lazımdır. Astma tutmalarının müalicəsi ayrıca işıqlandırılacaqdır.

Ehtiyac yarandığı zaman hər bir müalicə pilləsində **təxirəsalınmaz terapiya vasitələri** təyin olunur. Bu vasitələr qısa zamanda tənəffüs yollarının sərbəstliyini təmin edir və astmanın simptomlarını yüngülləşdirir (pasiyentin bu qrupdan olan preparatlardan nə qədər istifadə etdiyinə diqqət yetirmək lazımdır, onların müntəzəm və ya tez-tez qəbul olunması astmaya pis nəzarət edildiyinin göstəricisidir).

Pasiyent, 2-dən 5-ə qədər olan müalicə pillələrində, həmçinin **xəstəliyin gedişinə nəzarət edən** dərmanlar qəbul edir. Bu dərmanlar iltihabi prosesi zəiflədir, simptomların əmələ gəlməsinin və tutmaların yaranmasının qarşısını alır. Hal-hazırda inhalyasion qlükokortiko-steroidlər bu qrupdan olan ən effektiv dərmanlar hesab edilir.

İlk dəfə astma diaqnozu qoyulmuş və o vaxta qədər dərman qəbul etməmiş pasiyentlərdə müalicəni 2-ci pillədən başlamaq lazımdır (əgər simptomlar güclüdürsə, 3-cü pillədən).

İnhalyasion dərmanlara daha çox üstünlük verilir, çünki belə yeridilmə üsulunda dərman maddələri birbaşa tənəffüs yollarına çatdırılır. Nəticədə sürətli və daha güclü terapevtik effekt əldə edilir, həmçinin digər orqan və sistemlərə əlavə təsir göstərilməsi azalır. Hal-hazırda dozalaşdırılmış aerozol inhalyatorları (DAİ), dozalaşdırılmış toz inhalyatorları (DTİ) və nebulayzerlər daha çox yayılmışdır. Speyserlərdən istifadə olunması inhalyatorların işlədilməsini asanlaşdırır, DV-lərin ağ ciyərlərə çatdırılmasını yaxşılaşdırır, ağız və udlaq boşluğuna təsiri azaldır, yerli və ümumi əlavə təsirlərin səviyyəsini aşağı salır (xüsusilə İQK-lərin tətbiqi zamanı).

Müxtəlif inhalyatorların tətbiq edilməsi zamanı fərqli texnikalardan istifadə olunur. Pasiyentlərə və ya onların valideynlərinə (əgər pasiyentlər uşaqdırsa) inhalyasiya üçün vasitələrdən istifadə etməyi öyrətmək, həmçinin hər bir həkim qəbulu zamanı onlardan öz vərdişlərini nümayiş etdirməyi xahiş etmək lazımdır.

Cədvəl №4. ASTMANIN MÜALİCƏ PİLLƏLƏRİ

<table>
<tr><th>1-ci pillə</th><th>2-ci pillə</th><th>3-cü pillə</th><th>4-cü pillə</th><th>5-ci pillə</th></tr>
<tr><td colspan="5">Pasiyentin maarifləndirilməsi
Ətraf mühitin təsirlərinə nəzarət</td></tr>
<tr><td>Ehtiyac yarandıqda, sürətli təsirə malik β_2-aqonist</td><td colspan="4">Ehtiyac yarandıqda, sürətli təsirə malik β_2-aqonist</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Xəstəliyin gedişinə nəzarət edən dərmanların seçilməsi</td><td>Birini seçin</td><td>Birini seçin</td><td>Birini və ya daha çoxunu əlavə edin</td><td>Birini və ya hər ikisini əlavə edin</td></tr>
<tr><td>Aşağı dozalı İQK</td><td>Aşağı dozalı İQK + uzunmüddətli təsirə malik β_2-aqonist</td><td>Orta və ya yüksək dozalı İQK + uzunmüddətli təsirə malik β_2-aqonist</td><td>Peroral QK-lər (ən aşağı dozalarda)</td></tr>
<tr><td>Antileykotriyen preparatı (reseptorların antaqonisti və ya sintetik inhibitor)</td><td>Orta və ya yüksək dozalı İQK</td><td>Antileykotriyen preparatı</td><td>Anti-IgE müalicəsi</td></tr>
<tr><td></td><td>Aşağı dozalı İQK + antileykotriyen preparatı</td><td>Yavaş xaric olunan teofillin</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>Aşağı dozalı İQK + yavaş xaric olunan teofillin</td><td></td><td></td></tr>
</table>

Tez bir zamanda tənəffüs yollarının sərbəstliyini təmin edən və astmanın simptomlarını yüngülləşdirən alternativ dərman preparatlarına inhalyasion antixolinergiklər, qısamüddətli təsirə malik peroral β_2-aqonistlər, uzunmüddətli təsirə malik bəzi peroral β_2-aqonistlər və qısamüddətli təsirə malik teofillin daxildir. Əgər müntəzəm İQK qəbulu ilə müşayiət olunmursa, qısa və ya uzunmüddətli təsirə malik β_2-aqonistlərin müntəzəm şəkildə təyini tövsiyə edilmir.

NƏZARƏT SƏVİYYƏSİNİN MÜŞAHİDƏ ALTINDA SAXLANMASI

Daimi müşahidə astmanın nəzarətdə saxlanmasının əsasını təşkil edir, ən aşağı müalicə pilləsini seçməyə və dərmanların minimal dozalarından istifadə etməyə imkan verir.

Adətən pasiyent ilkin müraciətdən sonrakı 1-3 ay ərzində, bundan sonra isə hər növbəti 3 aydan bir müayinə olunur. Astma tutmasından sonra pasiyent 2 həftədən 1 aya qədər olan müddət ərzində müşahidə altında saxlanmalıdır.

Hər həkim qəbulu zamanı pasiyentə aşağıdakı sualları *(Cədvəl №5)* vermək lazımdır:

Cədvəl №5

ASTMA ÜZƏRİNDƏ NƏZARƏT PLANI GÖZLƏNİLƏN MƏQSƏDLƏRƏ CAVAB VERİRMİ?	
Pasiyentdən soruşun: *Astma sizi gecə oyanmağa məcbur edirmi?* *Təxirəsalınmaz terapiya vasitələrindən həmişəkindən daha çox istifadə etməyinizə ehtiyac yaranıbmı?* *Hər hansı təcili tibbi yardım göstərilməsinə ehtiyacınız olubmu?* *Nəfəsvermənin maksimal sürəti sizə məxsus ən yaxşı səviyyədən aşağı olubmu?* *Siz özünüzün adi fiziki hərəkətlərinizi yerinə yetirirdinizmi?*	**Bu tədbirləri nəzərdən keçirin:** Zərurət yarandıqda dərmanların təyini və astmaya nəzarət planını tənzimləyin (bir pillə yuxarı və ya aşağı). İlk növbədə onların pasiyentin vəziyyətinə uyğun gəlib-gəlmədiyinə diqqət yetirin.

PASİYENT İNHALYATOR, SPEYSER VƏ YA PİKFLOUMETRLƏRDƏN DÜZGÜN İSTİFADƏ EDİRMİ?	
Pasiyentdən xahiş edin: *Zəhmət olmasa, dərmanlarınızı necə qəbul etdiyinizi nümayiş etdirin.*	**Bu tədbirləri nəzərdən keçirin:** Düzgün texnikanı nümayiş etdirin. Pasiyentdən dərman qəbulunu yenidən göstərməyi xahiş edin.
PASİYENT, ASTMAYA NƏZARƏT PLANINA UYĞUN ŞƏKİLDƏ DƏRMANLARINI QƏBUL EDİR VƏ RİSK FAKTORLARININ TƏSİRİNDƏN KƏNARLAŞMAĞA ÇALIŞIRMI?	
Pasiyentdən soruşun (misal üçün): *Müalicə planını tərtib edə bilməyimiz üçün, zəhmət olmasa, söyləyin, faktiki olaraq siz dərmanları nə qədər tez-tez qəbul edirsiniz?* *Astma üzərində nəzarət planını yerinə yetirərkən və dərmanları qəbul edərkən hansı problemlərlə üzləşirsiniz?* *Son bir ay ərzində özünüzü yaxşı hiss etməyinizlə əlaqədar dərmanların qəbulunu dayandırmısınızmı?*	**Bu tədbirləri nəzərdən keçirin:** Planı elə tənzimləyin ki, praktik istifadə üçün daha rahat olsun. Planın yerinə yetirilməsi qarşısındakı maneələri aradan qaldırmaq üçün problemləri pasiyentlə birlikdə həll edin.
PASİYENTDƏ HƏR HANSI NARAHATLIQ HİSSİ VARMI?	
Pasiyentdən soruşun: *Sizdə xəstəliyinizlə, dərmanlarla və ya astmaya nəzarət planı ilə bağlı hər hansı narahatlıq hissi varmı?*	**Bu tədbirləri nəzərdən keçirin:** Narahatlıq hissini azaltmaq üçün əlavə izahat aparın və maneələri dəf etməyin yollarını müzakirə edin.

Müalicənin dəyişdirilməsi:

- Əgər cari müalicə ilə astmaya **nəzarət edilmirsə**, o zaman **müalicədə bir pillə yuxarı** qalxmaq lazımdır. Adətən bir ay ərzində yaxşılaşma baş verir. Ancaq ilk növbədə dərmanların qəbuluna – texnikanın düzgünlüyü və təyinata uyğunluğu, həmçinin risk faktorlarının təsirindən kənar olmağa diqqət yetirmək lazımdır.
- Əgər astmaya **hissəvi nəzarət edilirsə**, o zaman **müalicədə bir pillə yuxarı** qalxmaq imkanını gözdən keçirmək lazımdır. Bu zaman daha effektiv müalicə vasitələrinin seçilməsinin mümkünlüyü, onların təhlükəsizliyi və qiyməti, o cümlədən pasiyentin əldə edilmiş nəzarət səviyyəsindən razı olub-olmaması nəzərə alınmalıdır.
- Əgər minimum 3 ay ərzində astmaya **yaxşı nəzarət olunursa**, o zaman **müalicədə bir pillə aşağı** keçmək və dərmanların qəbulunu tədricən, mərhələli şəkildə azaltmaq lazımdır. Məqsəd – dərmanların qəbulunu astma üzərində nəzarəti saxlamaq üçün zəruri olan minimal aşağı səviyyəyə qədər azaltmaqdan ibarətdir.

IV komponent: Kəskinləşmələrin (tutmaların) müalicəsi

Astmanın kəskinləşməsi (tutma) vəziyyətində tədricən təngnəfəslik, öskürək, xırıltılar, yaxud döş qəfəsinin sıxılması hissi güclənir və ya bu simptomların kombinasiyası müşahidə olunur.

Tutmanın ciddiliyinə **qiymət verməmək** düzgün deyil, ağır astma tutması həyat üçün təhlükə təşkil edə bilər. Tutmanın müalicəsi diqqətli müşahidə altında həyata keçirilir.

Ağır astma tutmasının aşağıdakı əlamətləri müşahidə edilərsə, **hospitalizasiya** tələb olunur:

- Sakit vəziyyətdə pasiyentdə zəifləmiş və ya çətinləşmiş tənəffüs qeyd edilir, o qabağa əyilərək oturmuşdur (məcburi vəziyyət), danışarkən cümlə qurmaqdan çox qısa ifadələrdən istifadə edir (körpələr yeməkdən imtina edir). Pasiyent həyəcanlı, yuxulu və ya qorxmuş ola bilər. Onda bradikardiya və ya tənəffüsün tezləşməsi (dəqiqədə 30 dəfədən çox) müşahidə edilir.
- Fışıltılı güclü xırıltılar var və ya xırıltı yoxdur.

- ► Nəbz dəqiqədə 120 döyüntüdən çoxdur (körpələrdə dəqiqədə 160 döyüntüdən artıqdır)
- ► Başlanğıc müalicədən sonra belə NMS ən yaxşı fərdi göstəricinin, yaxud proqnozlaşdırılan göstəricinin 60%-dən azını təşkil edir.
- ► Pasiyent çox yorğun və halsızdır.
- ► Bronxodilyatorun təyin edilməsindən sonra sürətli, ən azı 3 saat davam edən, aşkar reaksiya yoxdur.
- ► Peroral qlükokortikosteroidlərlə müalicənin başlamasından sonrakı 2-6 saat ərzində yaxşılaşma baş vermir.
- ► Pasiyentin vəziyyəti get-gedə pisləşir.

Yüngül tutmalar NMS-nin 20%-dən az aşağı düşməsi, gecə oyanmaları və sürətli təsirə malik β_2-aqonistlərdən istifadənin artması ilə müəyyən olunur. Əgər pasiyentdə astmaya nəzarət etmək üçün fərdi fəaliyyət planı varsa və orada pillələr üzrə müalicə təsvir olunmuşdursa, o zaman yüngül tutmalar adətən ev şəraitində müalicə edilir.

Orta ağırlıqlı tutmalar stasionar şəraitində müalicə aparılmasını tələb edə bilər. Ağır tutmalar isə, demək olar ki, həmişə stasionarda müalicə olunur.

Astma tutmaları **təxirəsalınmaz müalicə** tələb edir:

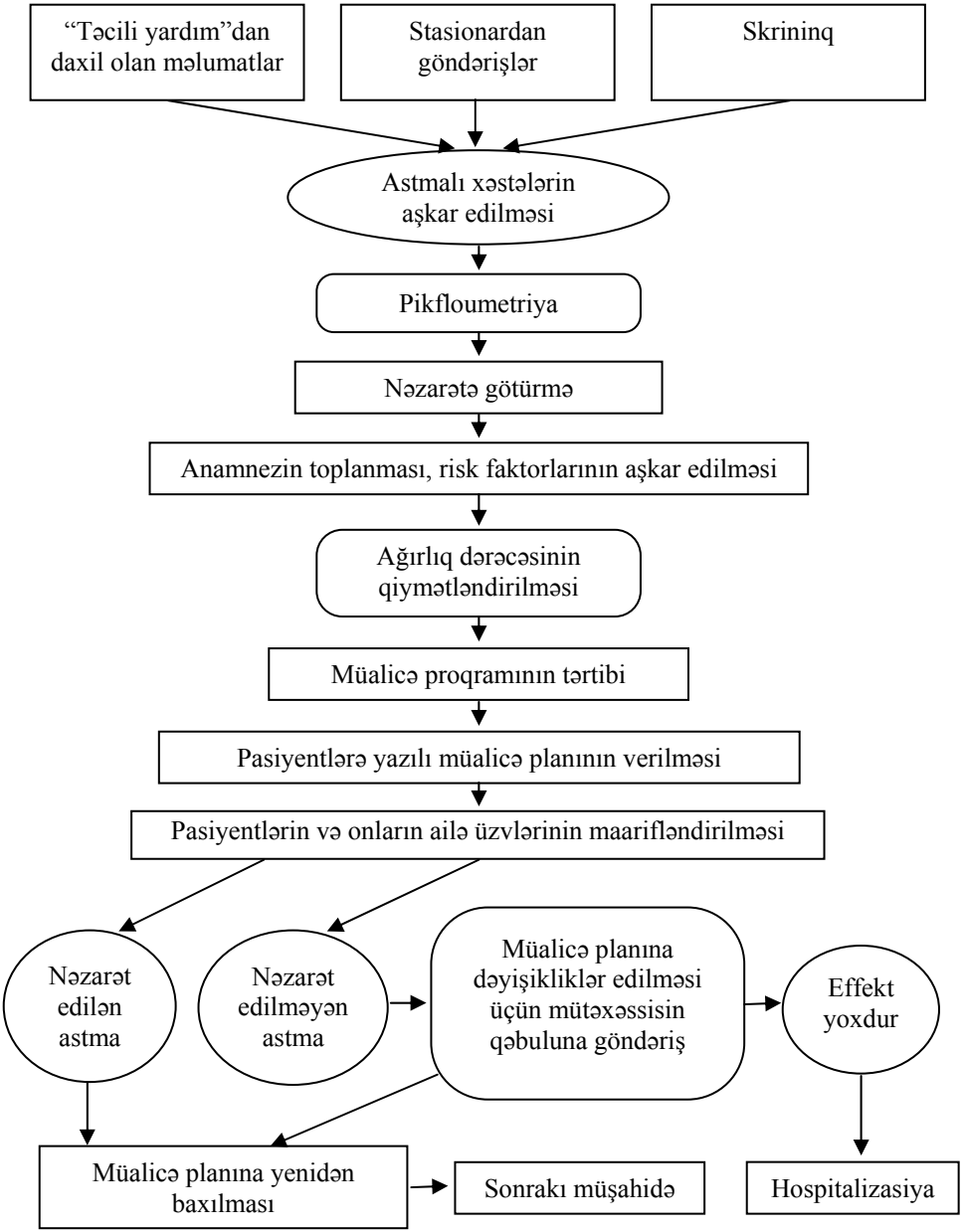
- ► Adekvat dozalarda sürətli təsirə malik inhalyasion β_2-aqonistlər təyin etmək lazımdır. (Müalicəyə ilk saat ərzində hər 20 dəqiqədən bir 2-4 inhalyasiya etməklə başlayın; bundan sonra yüngül kəskinləşmələr hər 3-4 saatdan bir 2-4 inhalyasiya, orta dərəcəli kəskinləşmələr isə hər 1-2 saatdan bir 6-10 inhalyasiya tələb edir).
- ► Orta dərəcəli və ağır astma tutmaları zamanı peroral qlükokortikosteroidlərin (24 saat ərzində 0,5-1 mq/kq prednizolon və ya onun ekvivalenti) erkən tətbiq edilməsi iltihabı azaldır və bərpa prosesini sürətləndirir.
- ► Əgər pasiyentdə hipoksiya varsa, o zaman tibb mərkəzlərində və ya xəstəxanalarda ona oksigen vermək lazımdır (95%-li O_2-dən istifadə edin).
- ► Hospitalizasiyaya daha az ehtiyac olduqda və NMS ilə GNH_1 göstəricilərinin yaxşılaşması müşahidə edildikdə, β_2-aqonist və antixolinergikin kombinasiyasından istifadə olunur.

- Əgər metilksantinlər yüksək dozalı inhalyasion β_2-aqonistlərə əlavə olaraq təyin edilirsə, onların istifadə olunması tövsiyə edilmir. Ancaq inhalyasion β_2-aqonistlərin olmadığı şəraitdə teofillindən istifadə edilə bilər.

Astma tutmaları zamanı aşağıdakı müalicə növlərinin tətbiq edilməsi **tövsiyə olunmur**:

- Sedativ preparatlar (qəti şəkildə çəkinmək lazımdır)
- Mukolitiklər (bronxoobstruksiyanı gücləndirə bilərlər)
- Döş qəfəsinə fiziki təsir/ fizioterapiya (pasiyentdə diskomfortu artıra bilər)
- Yaşlılarda və böyük yaşlı uşaqlarda çoxlu maye qəbulu (kiçik yaşlı uşaqlar və körpələr üçün lazım gələ bilər)
- Antibiotiklər (tutmaların müalicəsi üçün tətbiq olunmur, ancaq pasiyentdə eyni zamanda pnevmoniya və ya bakterial infeksiya, məs. sinusit, varsa, təyin edilə bilər)
- Epinefrin/adrenalin – anafilaksiya və ödemlərin (Kvinke ödemi) təcili müalicəsi üçün təyin edilə bilər, ancaq astma tutmalarının müalicəsində istifadə olunmur.
- Ağır astma tutmaları zamanı uzunmüddətli təsirə malik (yavaş xaric olunan) preparatların istifadəsi tövsiyə olunmur.

BRONXİAL ASTMALI PASİYENTLƏRƏ GÖSTƏRİLƏN YARDIMIN ÜMUMİ ALQORİTMİ



ƏLAVƏ

Astmanın müalicəsində istifadə olunan dərman preparatları

Cədvəl №6

1. XƏSTƏLİYİN GEDİŞİNƏ NƏZARƏT ÜÇÜN DƏRMANLAR			
Preparat	**Dozası**	**Əlavə təsirləri**	**Şərhlər**
İnhalyasion qlükokortikosteroidlər *Beklometazon* *Budesonid* *Flutikazon*	**İQK:** Başlanğıc doza astmaya nəzarətin səviyyəsindən asılıdır. Tədricən, 2-3 aydan sonra, astmaya yaxşı nəzarətin əldə edildiyi minimal dozaya qədər azaldılır. ***(İQK-ların dozaları ayrıca cədvəldə verilmişdir).***	**İQK:** Yüksək gündəlik dozalar dərinin nazikləşməsinə və qançırların əmələ gəlməsinə, nadir hallarda isə böyrəküstü vəzlərin fəaliyyətinin zəifləməsinə gətirib çıxarır. Yerli əlavə təsirlər – səsin tutulması, ağız və udlaq boşluğunun kandidozu. Orta və aşağı dozalar uşaqlarda boy artımının əhəmiyyətsiz dərəcədə ləngiməsinə səbəb ola bilər. Ancaq böyük yaşda gözlənilən boy ölçüsünə çatmalarına təsiri müşahidə olunmamışdır.	**İQK:** Əlavə təsirlər yaranmasının potensial, ancaq kiçik riski effektiv olmaları ilə tarazlaşdırırlır. DAİ-lər üçün klapanları olan dəstəkli kameralar və DTİ-lərin istifadəsindən sonra ağzın yaxalanması oral kandidozların əmələ gəlmə riskini aşağı salır.
Sistem qlükokortikosteroidləri Tabletlər və ya siroplar: *Hidrokortizon* *Metilprednizolon* *Prednizolon* *Prednizon*	**Tabletlər və ya siroplar:** Gündəlik nəzarət üçün istifadə edildikdə, minimal effektiv doza 5-40 mq prednizon ekvivalentinin səhərlər və ya günaşırı təyin edilməsidir. Tutmalar zamanı gündə 40-60 mq, bir və ya iki dəfəyə (yaşlılarda) və gündə 1-2 mq/kq (uşaqlarda).	**Tabletlər və ya siroplar:** Uzunmüddətli istifadə osteoporoz, hipertoniya, diabet, katarakta, piylənmə, dərinin nazikləşməsi və əzələ zəifliyi, böyrəküstü vəzlərin fəaliyyətinin zəifləməsi və boy artımının ləngiməsinə gətirib çıxara bilər. Peroral qlükokortikosteroidlərin qəbulu zamanı gedişi pisləşən xəstəliklərin – məs: herpes, virus infeksiyaları, suçiçəyi, vərəm, hipertoniya, diabet və osteoporoz – olmasına diqqət yetirin.	**Tabletlər və ya siroplar:** Uzunmüddətli istifadə zamanı – günaşırı səhər təyin edilməsi toksikliyin azalmasına gətirib çıxarır. "Zərbə" dozalarından 3-10 gün ərzində qısamüddətli istifadə astmaya nəzarətin tez bir zamanda əldə edilməsinə gətirib çıxarır.

Kromonlar İnhalyasion: *Natrium kromolin* *Nedokromil*	**Natrium kromolin:** DAİ – 2 və ya 5 mq, 2-4 inhalyasiya gündə 3-4 dəfə. Nebulayzer – 20 mq gündə 3-4 dəfə. **Nedokromil:** DAİ – 2 mq/inhalyasiya, 2-4 inhalyasiya gündə 2-4 dəfə.	Minimal əlavə təsirlər. İnhalyasiyadan sonra öskürək yarana bilər.	Maksimal effekt əldə etmək üçün 4-6 həftə lazım gələ bilər. Hər gün və tez-tez istifadə etmək tələb olunur. Bəzi pasiyentlər preparatın dadının xoşagəlməz olduğunu qeyd edirlər.
Uzunmüddətli təsirə malik β_2-aqonistlər İnhalyasion: *Formoterol (F) Salmeterol (Sm)* Yavaş xaric olan tabletlər: *Salbutamol (S)* *Terbutalin (T)*	**İnhalyasiya:** DTİ-F: 1 inhalyasiya (12 mkq) gündə 2 dəfə. DAİ-F: 2 inhalyasiya gündə 2 dəfə. DTİ-Sm: 1 inhalyasiya (50 mkq) gündə 2 dəfə. DAİ-Sm: 2 inhalyasiya gündə 2 dəfə. **Tabletlər:** S: 4 mq/hər 12 saat T: 10 mq/hər 12 saat	**İnhalyasiya:** Tabletlərin təyin olunmasına nisbətən daha az və əhəmiyyətsiz əlavə təsirlər. Müntəzəm terapiya üçün istifadə edildikdə bu təsirlər ağır astma tutmaları və ölüm halları riskinin artması ilə əlaqədardır. **Tabletlər:** Taxikardiya, narahatlıq, skelet əzələlərinin tremoru, baş ağrısı, hipokaliemiyaya səbəb ola bilər.	**İnhalyasiya:** Kəskin tutmaların müalicəsi zamanı Salmeterol-dan istifadə etmək OLMAZ. Nəzarətedici müalicədə onu monoterapiya şəklində deyil, İQK-lərlə müalicəyə əlavə olaraq təyin etmək lazımdır. Formoterol da oxşar təsirə malikdir, ancaq ehtiyac yarandıqda ondan kəskin simptomların müalicəsində istifadə etmək olar. **Tabletlər:** Yavaş xaric olan teofillin qədər effektivdirlər. Onların İQK-lərlə müalicəyə əlavə olaraq təyin edilməsi haqqında məlumatlar yoxdur.

Kombinasiya olunmuş preparatlar İnhalyasion: QK + uzunmüddətli təsirə malik β_2-aqonistlər *Flutikazon + Salmeterol (F/S)* *Budesonid + Formoterol(B/F)*	DTİ-F/S: 100, 250 və ya 500 mkq + 50 mkq - 1 inhalyasiya gündə 2 dəfə. DAİ-F/S: 50, 125 və ya 250 mkq + 25 mkq - 2 inhalyasiya gündə 2 dəfə. DTİ-B/F: 100 və ya 200 mkq + 6 mkq - 1 inhalyasiya gündə 2 dəfə. DAİ-B/F: 80 və ya 160 mkq + 4,5 mkq - 2 inhalyasiya gündə 2 dəfə.	Kombinasiya olunmuş preparatların ayrı-ayrı komponentləri üçün təsvir edilmişlərlə eynidir.	Orta və ağır davamlı astma zamanı İQK-lərin dozasını iki dəfə artırmağa nisbətən preparatların kombinasiya edilməsi daha effektivdir. Kombinasiya olunmuş preparatların dozası astmaya nəzarətin səviyyəsindən asılıdır.
Metilksantinlər Yavaş xaric olan: *Teofillin*	Başlanğıc doza gündə 10 mq/kq, müntəzəm maksimal doza gündə 800 mq – bir və ya iki dəfəyə.	Tez-tez mədə bulanması və qusma müşahidə olunur. Daha yüksək seroloji konsentrasiyalarda ürəkkeçmə, taxikardiya və aritmiya kimi ciddi əlavə təsirlər meydana çıxır.	Teofillin-in səviyyəsini tez-tez nəzarətdə saxlamaq tələb olunur. Preparatın sorulması və metabolizminə bir çox faktorlar, o cümlədən yüksək qızdırma təsir göstərə bilər.
Antileykotriyen preparatları *Montelukast (M)* *Pranlukast (P)* *Zafirlukast (Z)*	**Yaşlılar:** M – 10 mq yatmazdan əvvəl. P – 450 mq gündə 2 dəfə. Z – 20 mq gündə 2 dəfə. **Uşaqlar:** M – 5 mq yatmazdan əvvəl (6-14 yaş). M – 4 mq yatmazdan əvvəl (2-5 yaş). Z – 10 mq gündə 2 dəfə (7-11yaş).	Preparatların tövsiyə edilən dozalarda təyin edilməsi zamanı müəyyən mənfi təsirlərin yaranması haqqında məlumatlar yoxdur. Qara ciyər funksiyasına təsiri ilə bağlı bir neçə məlumat var.	Bu preparatlar yüngül davamlı astması olan pasiyentlərdə daha effektivdir. Onlar İQK-lərə əlavə edildikdə müsbət təsir göstərirlər, ancaq uzunmüddətli təsirə malik inhalyasion β_2-aqonistlər kimi effektiv deyillər.

İmmunomodulyatorlar *Omalizumab* *Anti-IgE*	**Yaşlılar:** Preparat 2 və ya 4 həftədən bir dəri altına yeridilir. Doza çəkidən və IgE-nin konsentrasiyasından asılı olur.	Daxil edilmə yerində ağrı və qançır (5-20 %), çox nadir hallarda anafilaksiya (0,1 %).	2-8ºC temperaturda saxlanmalıdırlar. Bir nöqtəyə yeritmək üçün preparatdan maksimum 150 mq təyin edilir.

Cədvəl №7

2. ASTMA SİMPTOMLARINI QISA MÜDDƏTDƏ YÜNGÜLLƏŞDİRƏN TƏXİRƏSALINMAZ TERAPİYA DƏRMANLARI			
Preparat	**Dozası**	**Əlavə təsirləri**	**Şərhlər**
Qısamüddətli təsirə malik β_2-aqonistlər *Salbutamol* *Fenoterol* *Levalbuterol* *Metaproterenol* *Terbutalin*	Təsir gücündə fərqlər mövcuddur, ancaq bütün preparatların bir inhalyasiyasının effekti əsasən yaxın səviyyədədir. Ehtiyac yarandıqda simptomatik istifadə üçün və ya fiziki hərəkətlərdən əvvəl tətbiq etmək üçün – DAİ-nin 2 inhalyasiyası və ya DTİ-nin 1 inhalyasiyası. Astma tutmaları zamanı hər 2-4 saatdan bir 4-8 inhalyasiya, tibbi müşahidə altında 3 dəfə 20 dəqiqədən bir təyin edilə bilər.	**İnhalyasiya:** Taxikardiya, skelet əzələlərinin tremoru, baş ağrısı və əsəbilik. Çox yüksək dozada hiperqlikemiya, hipokaliemiya. **Tabletlər və ya siroplar** şəklində daxilə tayin edilmə bu əlavə təsirlərin yaranması riskini artırır.	Kəskin bronxospazm üçün seçim preparatıdır. Tablet və ya siroplara nisbətən inhalyasiya üsulu ilə daxil edildikdə daha tez təsir edir və daha effektivdir. Preparatdan istifadənin artması, əldə edilən effektin kifayət dərəcədə olmaması və ya bir ay ərzində bir qabdan artıq dərmanın sərf olunması astmaya pis nəzarət edildiyinin göstəricisidir. Buna uyğun olaraq astmanın uzunmüddətli müalicəsini tənzimləyin. Bir ay ərzində dərmandan ≥ 2 qab istifadə edilməsi, ağır və həyat üçün təhlükəli astma tutmaları riskinin artması ilə bağlıdır.
Antixolinergik preparatlar *İpratropium bromid (İB)* *Oksitropium bromid*	DAİ-İB: hər 6 saatdan bir 4-6 inhalyasiya, kritik vəziyyətlərdə hər 20 dəqiqədən bir. Nebulayzer – 3 dəfə 20 dəqiqədən bir, sonra isə hər 2-4 saatdan bir. Yaşlılar üçün 500 mkq və uşaqlar üçün 250-500 mkq.	Ağızda yüngül quruluq hissi və ya xoşagəlməz dad.	β_2-aqonistlərin təsirinə əlavə effekt təmin edə bilər, ancaq təsiri gec başlayır. β_2-aqonistlərə dözümsüzlük nümayiş etdirən pasiyentlər üçün alternativ vasitədir.

Qısamüddətli təsirə malik teofillinlər *Aminofillin*	7 mq/kq zərbə dozası 20 dəqiqədən artıq müddət ərzində yeridilir, sonra isə 0,1 mq/kq/saat olmaqla fasiləsiz infuziya davam etdirilir.	Mədə bulanması, qusma, baş ağrısı. Daha yüksək seroloji konsentrasiyalarda ürəkkeçmə, taxikardiya və aritmiya müşahidə olunur.	Teofillin-in səviyyəsi üzərində nəzarət tələb olunur. İnfuziya zamanı 12 və 24 saatdan sonra seroloji səviyyəni yoxlayın, 10-15 mkq/ml səviyyəsini saxlamağa çalışın.
Epinefrin/adrenalin inyeksiya	1:1000 məhlul – (1 mq/ml). 0,1 mq/kq-dan 0,3-0,5 mq/kq-ya qədər. 20 dəqiqədən bir 3 dəfə təyin edilə bilər.	Selektiv β_2-aqonistlərin tətbiqi zamanı yarananlara bənzər, ancaq daha güclü əlamətlər. Bundan başqa: hipertoniya, qızdırma, uşaqlarda qusma və hallüsinasiyalar.	Əgər selektiv β_2-aqonistlərdən istifadə mümkündürsə, adətən astma tutmalarının müalicəsi üçün tövsiyə olunmur.

Cədvəl №8

İQK-lərin dozaları						
Preparat	**Yaşlılar Gündəlik doza (mkq)**			**Uşaqlar Gündəlik doza (mkq)**		
	Aşağı	**Orta**	**Yüksək**	**Aşağı**	**Orta**	**Yüksək**
Beklometazon	200-500	>500-1000	>1000-2000	100-200	>200-400	>400
Budesonid	200-400	>400-800	>800-1600	100-200	>200-400	>400
Flutikazon	100-250	>250-500	>500-1000	100-200	>200-500	>500

Cədvəl №9

Uşaqlarda inhalyasiya üçün vasitələrin seçilməsi		
Yaş qrupu	**Üstünlük verilən vasitə**	**Alternativ vasitə**
4 yaşdan aşağı	DAİ və uyğun gələn speyser (üz maskası ilə)	Üz maskası ilə nebulayzer
4-6 yaş	DAİ və uyğun gələn speyser (müştüklə)	Üz maskası ilə nebulayzer
6 yaşdan yuxarı (DAİ – 5 yaşdan yuxarı)	Nəfəslə aktivləşdirilən DTİ və ya DAİ, yaxud speyserli DAİ	Müştüklü nebulayzer

Ədəbiyyat:

1. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Revised December 2006. Quick-reference guidelines of the Global Initiative for Asthma (GINA).
2. van der Molen T, Ostrem A, Stallberg B, Ostergaard MS, Singh R. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: management of asthma. Primary Care Respiratory Journal. 2006 Feb;15(1):35-47.
3. Баранов А. А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. 2007, с304-320.
4. Bronchial Asthma. AIHA Clinical Practice Guideline for General Practitioners. 2002, Washington, DC.
5. Бронхиальная астма. "Клинические рекомендации. Педиатрия" 2005-2006, Москва
6. The National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) Expert Panel Report. Quick-reference Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma – Update on Selected Topics 2002. http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthsumm.htm
7. Genevieve W. Ressel. NAEPP Updates Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. American Family Physician Journal. Vol. 68/No. 1 (July 1, 2003)
8. Oregon Population Based Guidelines for Asthma. Portland, May, 7 – 2001.
9. Национальная программа “Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики.” Москва, 2006
10. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы. Под редакцией ак. А.Г.Чучалина. Москва, 2005

11. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы. Под ред. акад. РАМН Р.М.Хаитова. Москва, 2001

Klinik protokolla bağlı təklif və iradlarınızı Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinə göndərə bilərsiniz.

Ünvan: Bakı, H.Zərdabi küç., 96
Tel: 431-60-88
Faks: 430-52-85
Email: office@isim.az

İCTİMAİ SƏHİYYƏ VƏ İSLAHATLAR MƏRKƏZİ