O’zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug’iga
ilova

O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG’LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN PEDIATRIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

NOZOLOGIYA BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

“BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI ZOTILJAMNI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI”

Toshkent– 2025

«TASDIQLAYMAN»
O'zR SSV RIPIATM direktori
_____ A.A. Abdukayumov
«__» _____ 2025 yil

NOZOLOGIYA BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

"BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI ZOTILJAMNI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI"

Toshkent – 2025

“BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI ZOTILJAMNI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI” NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK

BAYONNOMA

1.KIRISH QISMI Shifoxonadan tashqari zotiljam (ShTZ) pediatriya amaliyoti uchun dolzarb muammo hisoblanadi. So'nggi yillarda bolalarda ShTZ kasalligi ko'paymoqda, ushbu kasallikdan o'lim nisbatan yuqori bo'lib qolmoqda. Amaliyotda esa, ayniqsa ambulatoriya sharoitida, bolalarda zotiljamni erta tashxislash va ratsional terapiyasi jiddiy muammo hisoblanadi. Uning chiqarilishi zotiljam muammosini o'rganishda ishtirok etayotgan mutaxassislarning va ushbu kontingentning kasal bolalariga amaliy yordam ko'rsatadigan ko'plab pediatrlar, allergologlar, pulmonologlar va boshqa mutaxassislarning, shuningdek tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilarining kundalik faoliyati uchun zarurdir. Ushbu hujjat yangi tug'ilgan chaqaloqlarda zotiljamni hisobga olmaydi, chunki ushbu toifadagi bemorlarda kasallikning muhim xususiyatlari mavjud.Ushbu protokol Rossiya pediatrlari ittifoqining klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan https://www.pediatr-russia.ru/ Rossiya nafas olish organlari mintaqalararo bolalar nafas olish jamiyati https://minzdrav.midural.ru/

1) Kodlar XKT-10[1]:

XKT-10	
J13	Streptococcus pneumoniae qo'zg'atgan zotiljam
J14	Haemophilus influenzae qo'zg'atgan zotiljam
J15	Boshqa turkumlarda tasniflanmagan bakterial zotiljam
J15.0	Klebsiella pneumoniae qo'zg'atgan zotiljam
J15.1	Pseudomonas qo'zg'atgan zotiljam
J15.2	Stafilokokkqo'zg'atgan zotiljam
J15.3	B guruhi streptokokki qo'zg'atgan zotiljam
J15.4	Boshqa streptokokklar qo'zg'atgan zotiljam
J15.5	Escherichia coli qo'zg'atgan zotiljam
J15.6	Boshqa aerob grammanfiy bakteriyalar qo'zg'atgan zotiljam
J15.7	Mycoplasma pneumoniae qo'zg'atgan zotiljam
J15.8	Boshqa bakterial zotiljamlar
J15.9	Aniqlanmagan bakterial zotiljam
J16	Boshqa turkumlarda tasniflanmagan boshqa yuqumli omillardan kelib chiqqan zotiljam
J16.0	Xlamidiyalar qo'zg'atgan zotiljam
J16.8	Boshqa aniqlangan yuqumli omillar qo'zg'atgan zotiljam
J17	Boshqa turkumlarda tasniflangan kasalliklardagi zotiljam
J17.0	Boshqa turkumlarda tasniflangan bakterial kasalliklarda zotiljam
J17.1	Boshqa turkumlarda tasniflangan virusli kasalliklarda zotiljam

J17.2	Mikozlarda zotiljam
J17.3	Parazitar kasalliklarda zotiljam
J17.8	Boshqa turkumlarda tasniflangan boshqa kasalliklarda zotiljam
J18	Qo’zg’atuvchisi aniqlanmagan zotiljam
J18.0	Aniqlanmagan bronxozotiljam
J18.1	Aniqlanmagan lobar zotiljam
J18.2	Aniqlanmagan gipostatik zotiljam
J18.8	Qo’zg’atuvchisi aniqlanmagan boshqa zotiljam
J18.9	Aniqlanmagan zotiljam
	https://mkb-10.com/index.php?pid=9032

XKT -11 kod ko'rsatkichi

CA40. 05 Pseudomonas aeruginosa sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40-CA4Z o'pka infektsiyalari
CA40. 04 Mycoplasma pneumoniae sabab bo'lgan pnevmoniyasi
CA40.1Y boshqa belgilangan virus sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40.1Z aniqlanmagan virusli pnevmoniya
CA40. 1 virusli pnevmoniya
CA40. 08 Beta-gemolitik streptokokk sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 2 Y boshqa belgilangan zamburug'li pnevmoniya
CA40. 2 zamburug'li pnevmoniya
CA0. 2Z aniqlanmagan zamburug'li pnevmoniya
CA40. 20 pnevmosista sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40.03 Klebsiella pneumoniae sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 00 Chlamydophila pneumoniae sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 0 bakterial pnevmoniya
CA40. 0Y boshqa belgilangan bakteriya sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 0Z aniqlanmagan bakterial pnevmoniya
CA40. 01 Escherichia coli sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 02 Haemophilus influenzae sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 07 Streptococcus pneumoniae sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 06 Staphylococcus aureus sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 13 inson metapnevmovirusidan
CA 40.12 paragripp virusi sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40. 10 adenovirus sabab bo'lgan pnevmoniya
Ca40. 11 respirator sintsitial virusi sabab bo'lgan pnevmoniya
CA40.Y boshqa aniqlangan pnevmoniya
CA40. Z mikroorganizm aniqlanmagan pnevmoniya

2)Ishlab chiqish sanasi va protokolni qayta ko’rib chiqish sanasi

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

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas’ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda hissa qo'shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo'yicha bolalar pulmonologiya yo'nalishi bo'yicha ishchi guruh a'zolari:

1.Shamsiyev Furkat Muxitdinovich - t.f.d., professor, O‘zR SSV RIPIATM pulmonologiya bo‘limi rahbari, bolalar bosh pulmonologi

2. Azizova Nigora Davlatovna – t.f.d., O‘zR SSV RIPIATM pulmonologiya bo‘limi y.i.x.

1. 3. Karimova Maftuna Xudoyberganovna t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi k.i.x.

Mas'ul ijrochilar:

2. Shamsiyev Furqat Muxitdinovich - t.f.d., professor, O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi rahbari, bolalar bosh pulmonologi
3. Azizova Nigora Davlatovna- t.f.d., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi y.i.x.
4. Abdullaeva Malika Qudratovna – t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi mudiri
5. Uzaqova Shoxsanam Baxramovna – t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi k.i.x.
6. Karimova Nilufar Irgashevna –t.f.d., O’zR SSV RIPIATM pulmonoligiya bo’limi
7. Karimova Maftuna Xudoyberganovna - t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi k.i.x.

Ishchi guruh rahbariyati:

Shamsiyev Furqat Muxitdinovich - t.f.d., professor, O’zR SSV RIPIATM pulmonologiya bo’limi rahbari, bolalar bosh pulmonologi

Klinik protokol 2023 yil 27 oktyabrda Respublika ixtisoslashtirilgan Pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi.

Ilmiy Kengash raisi- RIPIATM direktori, tibbiyot fanlari doktori A.A. Abdukayumov

Sharhlovchilar:

1.Movlonova Sh.S.- t.f.d., O’zR SSV RIPIATM umumiy pediatriya bo’limi boshlig’i.

2.Axmedova I.M. - t.f.d.,. TXKMRM pediatriya va oziqlanishi kafedrasi bo’limi mudiri

3. L.A. Jelenina - professor I.M. Voronsova nomli bolalar kasalliklari kafedrasi Oliy o‘quv yurtidan keyingi va qo‘shimcha kasbiy ta’lim fakulteti, Rossiya Federatsiyasi SSVning Sankt-Peterburg davlat pediatriya tibbiyot universtiteti federal davlat budjeti oliy ta’lim muassasasi t.f.d., professori.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. Shomansurova Elmira Amanullayevna – t.f.d., professor, ToshPTI Ambulator tibbiyot, jismoniy tarbiya kafedrasi mudiri.
2. Fayziyev Obid Nishanovich t.f.n., dotsent, ToshPTI Ambulator tibbiyot, jismoniy tarbiya kafedrasi dotsenti.

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

Toshkent shahri va Toshkent viloyati amaliy sog’liqni saqlash sektori vakillari bilan

Mundarija:

1.	TA’RIF VA TASNIFI	11
2	SHIFOXONAGA BOG’LIQ BO’LMAGAN ZOTIJAM DIAGNOZI	13
3	DIFFERENTSIAL TASHHIS	27
4	SHIFOXONAGA BOG’LIQ BO’LMAGAN ZOTIJAM DAVOLASH	28
5	REABILITASIYA VA DISPANSERIZASIYA	51
6	**ADABIYOTLAR RO'YXATI**	51
7	ILOVALAR	52

Bayonnomada foydalanilgan qisqartmalar:

ABP - antibakterialbpreparatlar
ABT - antibakterialbterapiya
AG - antigen
BA – bronxialastma
BAL–bronxoa lveolyar lavaj
KSBL – kengspektrdagiβ-laktamlar
OITV –odam immune tanqisligi virusi
JSST– jaxon sog’liqni saqlash tashkiloti
SHBLZ–shifoxonaga bog’liq bo’lmagan zotiljam
TYuN–tug’ma yurak nuqsonlari
BTsF–bolalar tserebal falaji
IDH – immunodefitsit holat
XAI – ximoyalangan aminopenitsillin ingibitori
IL - interleykin
XKK – xalqaro kasalliklar klassifikatsiyasi
XPBN – xalqaro patent bo’lmagan nomlanishi
O’BSh50ABPMBK – o’rganilayotgan bakteriya shtammlarining 50% antibakterial preparatning minimal bosuvchi kontsentratsiyasi
O’BSh90ABPMBK - o’rganilayotgan bakteriya shtammlarining 90% antibakterial preparatning minimal bosuvchi kontsentratsiyasi
O’RVI- o’tkir respirator virus infektsiyasi
O’RDS o’tkir respirator distress-sindromi
RVITB – reanimatsiya va intensiv terapiya bo’limi
PKV – pnevmokokk konyugat vaktsinasi
PKT - prokaltsitonin
PPSV – pnevmokokk polisaxarid vaktsinasi

RRJ – Rossiya respirator jamiyati
RF - Rossiya Federatsiyasi
QD - qandli diabet
SRO - S-reaktiv oqsil
TYaRS – tizimli yallig'lanish reaktsiya sindromi
SS-2 - sefalosporin 2-avlod
SS-3 - sefalosporin 3-avlod
SS-4 - sefalosporin 4-avlod
XTsS-3I – ximoyalangan sefalosporin 3-avlod ingibitori
XTsS-4I – ximoyalangan sefalosporin 4-avlod ingibitori
ATJ–Amerika torakal jamiyati
B.pertussis – Bordetellapertussis
C.pneumoniae – Chlamydophilapneumoniae
C.psittaci – Clamydophilapsittaci
SAR – shifoxonaga bog'liq bo'lmagan zotiljam
YeRS – Yevro respirator jamiyat
FiO_2-nafas chiqarishdagi gazdagi kislorod fraktsionnaya kontsentratsiyasi
H.influenzae – Haemophilusinfluenzae
K.pneumoniae – Klebsiellapneumoniae
L.pneumophila – Legionellapneumophila
M.catarrhalis – Moraxellacatarrhalis
M.pneumoniae – Mycoplasmapneumonia
MRSA - methicillin-resistant (metitsillin-rezistent) *Staphylococcus aureus*
MSSA - methicillin-sensitive(metitsillin-sezuvchan) *Staphylococcus aureus*
P.aeruginosa - Pseudomonas aeruginosa
P.jiroveci–Pneumocystisjiroveci
PaO_2 –qondagi kislorodning partsial bosimi
PRSP - penicillin-resistant (penitsillin-rezistent) *Streptococcus pneumoniae*
PSSP - penicillin- sensitive (penitsillin-sezuvchan) *Streptococcus pneumoniae*
S.agalactiae - Streptococcus agalactiae
S.aureus - Staphylococcus aureus
S.pneumoniae - Streptococcus pneumoniae
SpO_2pulsoksimetr yordamida o'lchanadigan arterial qonning kislorod bilan to'yinganligi

Ushbu nozologiya uchun protokol foydalanuvchilari:

pediatrlar
umumiy amaliyot shifokori
pulmonologlar
allergologlar
tez yordam va tez yordam shifokorlari
tibbiyot universitetlari va kollejlari talabalari,
tibbiyot universitetlari va kollejlari o'qituvchilari,
ordinatorlar, magistratura rezidentlari (aspiranturadan keyingi ta'lim).

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: zotiljamga shubha qilingan va shifoxonadan tashqari zotiljam tashxisi bo‘lgan bemorlar.

Bemor toifalari:

shifoxonaga bog’liq bo’lmagan zotiljam gumon qilinayotgan va tashhisi tasdiqlangan bemorlar

Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi:

Ushbu qo’llanmadagi barcha asosiy tavsiyalar lotin harflarida A dan D gacha bo’lgan o’z gradatsiyasiga ega. Bundan tashqari, har bir gradatsiya ma’lumotlarning ma’lum darajasiga mos keladi. Bu shuni anglatadiki, tavsiyalar turli darajadagi aniqlikka ega bo’lgan tadqiqot ma’lumotlariga asoslangan. Tavsiyaning bahosi qanchalik yuqori bo’lsa, u asoslangan tadqiqotlarning ishonchliligi shunchalik yuqori bo’ladi. Quyida ushbu qo’llanmaga kiritilgan tavsiyalar darajasining turli darajalarini tavsiflovchi shkala mavjud.

Tavsiyalarning ishonchliligi toifasi	***Tavsifi***
A (ishonchlilik darajasi I)	Dalillar Koxran markazining tizimli sharhlarida yoki tizimli ko’rib chiqishlarda va meta-tahlillarda bildirilgan yirik, randomizatsiyalangan klinik sinovlardan (RKS) olingan.
B (ishonchlilik darajasi II)	Dalillar randomizatsiyasiz kamida bitta nazorat ostidagi sinovdan olingan.
C (ishonchlilik darajasi III)	Dalillar qiyosiy tadqiqotlar, korrelyatsion tadqiqotlar, vaziyatni nazorat qilish tadqiqotlari kabi tavsifiy tadqiqotlardan kelib chiqadi.
D (ishonchlilik darajasi IV)	Dalillar ekspert komissiyalarining hisobotlaridan olinadi, shuningdek: • Xodisa seriyasining tavsifi yoki • Nazoratsiz tadqiqot • Nufuzli ekspertlarning fikrlari va/yoki klinik tajribasi.

1.TA'RIF VA TASNIFLASH

KIRISH

Rasmiy statistik ma'lumotlarga ko'ra, erishilgan yutuqlarga qaramay, nafas olish tizimi kasalliklari bolalar kasalliklari tarkibida etakchi o'rinni egallaydi. Nafas olish tizimining anatomik va fiziologik xususiyatlari va erta va maktabgacha yoshdagi bolalarda immunologik xotiraning etishmasligi nafas yo'llari infektsiyalari, shu jumladan pnevmoniya bilan kasallanishning yuqori darajasini belgilaydi. 2018–2019-yillarda barcha hududlarda, asosan, maktabgacha yoshdagi bolalarda jamiyat tomonidan yuqtirilgan pnevmoniya (YAP) holatlari ko‘paymoqda. Biroq, haqiqiy ambulatoriya amaliyotida pnevmoniya tashxisini o'z vaqtida (kasallikning dastlabki 3 kunida) tekshirish chastotasi etarli emas va kasallikning barcha holatlarining 50% dan

kamini tashkil qiladi. Shu bois kasalliklarga erta tashxis qo‘yish, xavf omillarini tenglashtirish, diagnostika va davolash algoritmlarini yaratishga yordam beradigan yangi tibbiy texnologiyalar va yondashuvlarni izlash va takomillashtirish birlamchi tibbiy yordam shifokorlari va ilmiy tibbiyot hamjamiyati oldida turgan muhim vazifalar bo‘lib qolmoqda.

1.1Ta’rifi

Zotiljam - o’pkaning turli etiologiyali o’tkir o’choqli infektsion-yallig’lanishi bo’lib, yallig’lanish jarayoni respirator qismlarga tarqaluvchi va alveolalar ichida ekssudat, ko’krak qafas rentgenogrammasida infiltrativ soyalar bilan namoyon bo’ladi. [1].].] https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/714_1

1.2.Tasnifi (etiologiya, bosqichlari bo‘yicha).

“Bolalarda bronx va o’pka kasalliklarining klinik shakllari tasnifi" ga muvofiq zotiljamning quyidagi shakllari farqlanadi:

Shifoxonadan tashqari zotiljam - shifoxonadan tashqari sharoitda yuzaga keladigan o’tkir kasallik bo’lib, ya’ni shifoxonadan tashqarida yoki undan chiqqanidan keyin 4 xaftadan ko’proq vaqt o’tgach, yoki shifoxonaga yotqizilganidan keyin dastlabki 48 soat ichida tashxis qo’yilgan, yoki 14 kundan ko’p bo’lmagan muddat ichida tibbiy yordam bo’limlarida bo’lmagan bemorda, pastki nafas yo’llarining infektsiyasi belgilari bilan birga (isitma, yo’tal, balg’am paydo bo’lishi, ko’krak qafasidagi og’riq, nafas qisilishi) va aniq diagnostik alternativa bo’lmagan holda o’pkada "yangi" o’choqli-infiltrativ o’zgarishlarning rentgenologik belgilari bilan birga kechadi.

Shifoxona ichi zotiljami (gospital) - bolaning shifoxonada qolishidan 72 soat yoki shifoxonadan chiqqandan 72 soat keyin rivojlanadigan zotiljam. Chaqaloq hayotining dastlabki 72 soatida rivojlanadigan xomila ichi zotiljami ham mavjud.

Klinik ma’lumotlarga ko’ra, ko’p hollarda zotiljamni quyidagi turlarga bo’lish mumkin:

I. "*tipik (odatiy)"*kokk florasi yoki gemofilyus tufayli kelib chiqqan va"atipik" – mikoplazma, xlamidiya sabab bo’lgan; bu boshlang’ich terapiyani maqsadli tayinlash imkonini beradi.

II. Immun tizimining og’ir buzilishi bo’lgan bemorlarda:

a) Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS)
b) Boshqa kasalliklar/ patologik holatlar.

III. Aspiratsion zotiljam/ o’pka absessi.

IV. Ventilyator assotsirlangan zotiljam.

1. Etiologiyasiga ko’ra:

- bakterial (shu jumladan atipik bakteriyalar);
- virusli;
- zamburug’li;
- parazitar;
- aralash.

Etiologiyasi bo’yicha tasniflash XKT 10-taxrirning asosi hisoblanadi. Biroq, zotiljamning etiologik tasnifidan keng foydalanish mumkin emas, chunki ShTZ

etiologiyasini tekshirish ko'pchilik bemorlarda yo'q va klinik belgilar etiologik tashxis uchun yetarli emas.

2. *Morfologiya bo'yichaa:*

- O'choqli – 1-2 sm kattalikdagi pnevmonik infiltratsiyaning bir yoki bir necha o'chog'i;
- O'choqli qo'shilgan (psevdolobar infiltrat) — bir necha o'choqdan iborat geterogen massali pnevmonik infiltrat. Destruktiv jarayonlar va ekssudativ plevrit bilan murakkablashishi mumkin;
- Segmentar – chegaralar bitta segmentning anatomik chegaralarini takrorlaydi;
- Polisegmentar – infiltratsiya chegaralari bir necha segmentlarning anatomik chegaralarini takrorlaydi. Ko'pincha o'pkaning zararlangan sohasi (atelektatik komponent) hajmining kamayishi bilan sodir bo'ladi);
- Lobar (bo'lak) — infiltratsiya o'pkaning bo'lagini qoplaydi. Lobar zotiljamning kechish varianti krupoz zotiljamday bo'ladi;
- Interstisial – o'pka parenximasining gomogen bo'lmagan infiltratlari bilan birga, o'pka interstitsiyasida yaqqol, ba'zan ustunlik qiluvchi o'zgarishlar kuzatiladi. Zotiljamning kam uchraydigan shakli bo'lib, ITS bo'lgan bemorlarda rivojlanadi.

3. *Kechishi bo'yicha:*

- O'tkir – davomiyligi 6 haftagacha;
- Uzoq muddatga cho'ziladigan – 6 haftadan ortiq.

4. *Og'irligi bo'yicha:*

- O'rta og'ir;
- Og'ir.

5. *Rivojlanadigan asoratlari bo'yicha:*

- Plevral asoratlar – plevrit (sinpnevmonik va metapnevmonik);
- O'pka asoratlari – o'pka destruktsiyasi – bo'shliqlar, absess;
- O'pka-plevra asoratlari — pnevmotoraks, piopnevmotoraks;
- Yuqumli va toksik asoratlar – bakterial shok, tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi (TYRS), tizimli yallig'lanish reaksiyasi poliorgan (bir necha organ) yetishmovchiligi sindromi (TPES) bilan va/yoki septik shok, o'pka yurak yetishmovchiligi.

Zotiljamni davolash joyini hisobga olib, 3 guruhga bo'lish oqilona:

- shifoxonaga yotqizishni talab qilmaydigan zotiljam;
- shifoxonaga yotqizishni talab qiluvchi zotiljam;
- jonlantrish va intensiv terapiya bo'limiga (JITB) qabul qilishni talab qiluvchi zotiljam.https://www.pediatr-russia.ru/

2.SHIFOXONAGA BOG'LIQ BO'LMAGAN ZOTILJAM DIAGNOSTIK METODLAR, YONDASHUVLAR VA TARTIBLARI

2.1.SHIFOXONAGA BOG'LIQ BO'LMAGAN ZOTILJAM NING KLINIK BELGILLARI

Klinik belgilarga asoslangan ShBBZ diagnostikasi sezilarli qiyinchiliklar bilan bog'liq, klinik ko'rinishlarning kombinatsiyasi diagnostikada muhim ahamiyatga ega. Shunday qilib, isitma, taxipnoe, nafas olishning mahalliy zaiflashuvi va maxalliy susaygan nafas va mayda pufakchali nam xirillashlar kombinatsiyasining sezgirligi taxminan 94% ni tashkil qiladi.

IB	Tashxis shikoyatlar, anamnez va klinik ko'rinish asosida amalga oshirilishi mumkin. Iloji bo'lsa, tashxisni tasdiqlash uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasini o'tkazish kerak.

Anamnez:

Shikoyatlar:

- Yo'tal (quruq yoki nam; ba'zan katta yoshdagi bolalarda qon tupurish)
- Nafas qisilishi
- Harorat ko'tarilishi
- Nafas olish harakati bilan bog'liq ko'krak qafasidagi og'riq
- Intoksikatsiya belgilari [14].

Zotiljamning klinik ko'rinishlari [1, 3, 6, 10, 13]

Zotiljamning tez-tez uchraydigan simptomlari	Titroq bilan isitma, ishtaha yo'qolishi, yo'tal, taxipnoe va/yoki dispnoe.
Zotiljamning kam uchraydigan simptomlari	Ko'krakqafasivaqorindaog'riq, qusish, yoshbolalarda – ongningbuzilishi, tirishish.
O'pka perkussiyasi	Perkussiya tovushining lokal qisqarishi.
O'pka auskultatsiyasi	Sustlashgan yoki bronxial nafas, krepitatsiya yoki mayda pufakchali nam xirillashlar, bronxofoniya.

Obyektiv ravishda:

☐ Isitma

☐ Zararlangan tomonidan:

✓ O'pka pastki qirralari ekskursiyasining cheklanishi

✓ Ovoz titrashining kuchayishi

Perkutor tovushning qisqarishi

IA	Auskultatsiyada: sustlashgan vezikulyar yoki bronxial nafas, krepitatsiya, jarangdor mayda pufakchali nam xirillashlar

Zotiljam o’tkir boshlanishi bilan xarakterlanadi. 6 oydan kattaroq bolada isitmaning yo’qligi bakterial zotiljamni istisno qiladi. C.trachomatis oqibatida ShTZ bilan hayotning birinchi oy bolalarda, tana harorati, odatda, bir oz ko’tarilgan yoki normal bo’ladi [1, 10, 14].

Zotiljamning asosiy belgilaridan biri taxipnoe va/ yoki dispnoe hisoblanadi. 5 yoshgacha bo’lgan bolalarda taxipnoening yosh mezonlari 1-jadvalda ko’rsatilgan.https://cyberleninka.ru/article/n/vnebolnichnaya-pnevmoniya-u-detey-algoritmy-diagnostiki-i-antibakterialnoy-terapii

Jadval1

2.1.1. Taxipnoening yosh mezonlari [9]

Yosh	Me’yoriy ko’rsatkichlar (1 minutdagi nafas)	Taxipnoe (1 minutdagi nafas)
2 oygacha	30-50	≥ 60
2 – 12 oy	25-40	≥ 50
1 – 5 yosh	20-30	≥ 40
>5 yosh	15-25	≥ 30

II B	Xarakterli fizikal simptomlar zotiljam bilan og’rigan bolalarning 50-70% da kuzatiladi, ularning yo’qligi zotiljamni istisno qilmaydi [1,13].

https://www.pediatr-russia.ru/

Mikolazma etiologiyali ShBBZ bilan keng tarqalgan bronxit ko’pincha bir vaqtning o’zida kuzatiladi, bu ko’pincha odatda assimetrik nam xirillashlar bilan namoyon bo’ladi. Xlamidiya etiologiyali ShBBZ uchun asta-sekin boshlanish xarakterlidir, ko’pincha bir vaqtning o’zida yuqori nafas yo’llarining yallig’lanish belgilari mavjud bo’ladi.

Shifoxonaga rejalashtirib yotqizilishidan oldin o’tkaziladigan zarur tekshiruvlar doirasi:

IA	- Rentgen tekshiruvi kamdan-kam hollarda davolanish taktikasini o’zgartirishi mumkin bo’lgan ma’lumotlarni beradi. Agar asoratlarga plevral nazla, empiema, pnevmotoraks, pnevmatosele, interstisial zotiljam, perikardial nazla) shubha tug’ilsa, rentgenografiyani albatta o’tkazish kerak; - umumiy qon tahlili (6ta parametr); - peshobning umumiy tahlili

Ko’krak qafasining rentgenografiyasi: ambulator

IA	Bemorlarda ShTZ gumon qilinishini tasdiqlash uchun oddiy ko’krak qafasi rentgenografiyasi zarur emas, ambulatoriya sharoitida davolanish uchun yetarli (klinikada yoki shoshilinch tibbiy yordam bo’limida tekshirilgandan keyin).

IB	Gipoksemiya gumon qilingan yoki hujjatlashtirilgan yoki sezilarli darajada nafas olish qiyinlishuvi bo’lgan bemorlarda va samarasiz boshlang’ich antibiotik terapiyasi olgan bemorlarda zotiljam asoratlari, shu jumladan parapnevmonik nazlalar, nekrozli zotiljam va pnevmotoraksning mavjudligini yoki yo’qligini tekshirish uchun ko’krak qafasi orqa-oldi va yon tomon rentgenogrammasini olish kerak.

Dastlabki ko’krak rentgenogrammalari: shifoxonada

IB	Parenximal infiltratlarning mavjudligini, hajmini va xususiyatini hujjatlashtirish va antimikrob preparatlar va yordam beruvchi dori-darmonlardan tashqari aralashuvlarga olib kelishi mumkin bo’lgan zotiljamning asoratlarini aniqlash uchun ShBBZ bilan shifoxonaga yotqizilgan barcha bemorlardan ko’krak qafasi (orqa-oldi va yoni) rentgenogrammalarini olish kerak.

Ko’krak qafasining rentgenogrammasi

IB	Odatda asoratlanmagan ShBBZ bolalarga takroriy ko’krak qafasining rentgenogrammasi talab qilinmaydi.
	Ko’krak qafasi rentgenogrammasini takrorlash klinik yaxshilanmagan bolalarda va progressiv simptomlari bo’lgan yoki antibiotik terapiyasini boshlaganidan keyin 48-72 soat ichida klinik yomonlashuvi bo’lgan bolalarda talab qilinadi.

IC	Parapnevmonik nazla bilan asoratlangan zotiljam bilan og’rigan bolalarga ko’krak qafasi naychasini qo’ygandan keyin yoki video (VATS) yordamidagi torakoskopik operatsiyasidan keyin agar ular klinik jihatdan stabil

	bo’lsa muntazam ravishda ko’krak qafasi rentgenografisi tavsiya etilmaydi.
	Nafas yetishmovchiligi rivojlanayotgan yoki klinik stabillikga ega bo’lmagan asoratli zotiljam bilan og’rigan bemorlarda yoki 48-72 soat ichida terapiyaga javob bermaydigan doimiy isitmasi bo’lgan bemorlarda ko’krak qafasining rentgenogrammasi zarur.

IB	ShBBZ tashxisi qo’yilganidan keyin 4-6 hafta o’tgach, takroriy o’sha lobar zotiljam bilan og’rigan va dastlabki rentgenografiyada lobar kollapsli anatomik anomalik, ko’krak massasi yoki yod jismning aspiratsiyasi gumon qilingan bemorlarda ko’krak qafasi rentgenografiyasi takroriy o’tkaziladi.

https://cyberleninka.ru/article/n/vnebolnichnaya-pnevmoniya-u-detey-algoritmy-diagnostiki-i-antibakterialnoy-terapii

Asosiy tashhislash tadbirlari ro’yxati:

IA	- To’liq qon tahlili (batafsil); - Siydikni umumiy tahlili - buyrak shikastlanishini istisno qilish uchun; - Bilirubin, ALT, AST ni aniqlash - og’ir zotiljam paytida jigar faoliyatini baholash uchun;; - Ko’krak qafasi rentgenogrammasi (bitta proektsiyada) - o’pkada yallig’lanish hajmi va xarakterini, lobar, polisegmentar shikastlanishlar, o’pka atelektazini davolashdan 2 hafta o’tgach, dinamikada aniqlash; - EKG – yurakdagi o’zgarishlarni istisno qilish uchun; - Balg’amning umumiy tahlili – yallig’lanish darajasini aniqlash; - Flora va antibiotiklarga mikroblar sezgirligi uchun balg’amni bakteriologik ekish; - Tashqi nafas olish funktsiyalarini tekshirish, pulsoksimetriya – taxipnoe yoki klinik gipoksiya bilan bo’lgan barcha bolalarga; - Ichki a’zolarning ultratovush tekshiruvi – parenximal organlarning shikastlanishini istisno qilish uchun; - Koprogramma va najas gijja tuxumlariga – fermentativ jarayonlarni baholash.

Qon hujayralarining umumiy soni

IIIC	Ambulator sharoitda ShTZ gumon qilingan barcha bolalar uchun qon hujayralarini muntazam ravishda hisoblash talab

	qilinmaydi, ammo og’irroq kasalliklarga chalingan bolalarda klinik tekshiruv va boshqa laboratoriya va tasviriy tadqiqotlar sharoitida klinik boshqaruv uchun foydali ma’lumotlar berilishi mumkin.
	Og’ir zotiljam bilan og’rigan bemorlar uchun klinik tekshiruv va boshqa laboratoriya va tasviriy tadqiqotlar sharoitida izohlash uchun qon hujayralarining to’liq sonini olish kerak.

Plevrit jarayonini nazorat qilish uchun rentgenografiya o’rniga UTT dan foydalanish tavsiya etiladi, bu nurlanish ta’sirini kamaytirishga imkon beradi [13]. So’nggi tadqiqotlar zotiljamni aniqlash uchun UTT dan foydalanish imkoniyatini ko’rsatadi [16-17].

IB	Pulsoksimetriyani zotiljami bor va gipoksemiyaga shubha qilingan barcha bolalarda o’tkazish kerak. Gipoksemiya mavjudligi tibbiy yordam ko’rsatish joyi va keyingi tashhislash choralari to’g’risida qaror qabul qilishni aniqlashi kerak.

Bronxoobstruktiv sindrom belgilari bo’lgan ShBBZ da tashqi nafas olishni baholash uchun funktsional usullardan foydalanish tavsiya etiladi: *spirografiya* (5 yoshdan) va/yoki bronxolitik testli *bronxofonografiya* [1].

MIKROBIOLOGIK TADQIQOTLAR

Qon tahlili: ambulator

IB	Ambulatoriya sharoitida toksik bo’lmagan, to’liq immunizatsiya qilingan, ShBBZ bilan kasallangan bolalarda qonni ekish muntazam ravishda amalga oshirilmasligi kerak.
	Qonni tekshirishni klinik yaxshilanish kuzatilmayotgan bolalarda va antibiotik terapiyani boshlagandan keyin simptomlari kuchaygan yoki klinik yomonlashuvi bo’lgan bolalarda o’tkazish kerak.

Gemokultura: shifoxonada

IC	Shifoxonaga yotqizilishi kerak bo’lgan o’rtacha va og’ir, ayniqsa murakkab zotiljamli bolalarda bakterial ShBBZ ga gumon qilinganda, qonni ekish uchun topshirish kerak.

	Chiqish mezonlariga javob beradigan bemorlar ahvoli yaxshilansa, kutilgan identifikatsiya yoki sezuvchanlik natijalari bilan ijobiy gemokultura odatda ushbu bemorni tegishli og'iz yoki tomir ichiga yuboriladigan antimikrob terapiyasi bilan chiqarilishiga to'sqinlik qilmasligi kerak. Yaxshi kuzatuv ta'minlansa, bemorni chiqarish mumkin.

Qonning keyingi tahlillari

IIIC	Klinik yaxshilanishi aniq bo'lgan bolalarda qonni takroriy takrorlash pnevmokokk bakteriemiyasining aniqlanishini hujjatlashtirish uchun zarur emas.

IC	*S.aureus*chaqirgan bakteremiya bilan og'rigan bolalarda klinik holatidan qat'i nazar, bakteriemiyani yo'q qilishni hujjatlashtirishda qon ekish uchun takroriy olinishi kerak.

Balg'amni ekish va Gram bo'yicha bo'yash

IIIC	Ekish va Gram bo'yicha bo'yash uchun balg'am namunalari balg'am bilan shifoxonaga yotqizilgan bolalarda tekshirilishi lozim.

Bakterioskopiya tez tashxisning muhim usuli hisoblanadi. Balg'amning yiringli xarakteri bilan Gram bo'yalishi 80% hollarda dastlabki etiologik tashxis qo'yish imkonini beradi. Axborotsiz namunalar (≥10 yassi epitelial hujayralar va ≤ 25 segmentli neytrofillar×100) tekshirilmaydi [18]. Balg'amni bakteriologik tahlil qilish tashxisning asosiy usuli hisoblanadi. Bu usulning muhim kamchiligi shundan iboratki, natijalar faqat 3-4 kundan so'ng olinadi [1].

Bakteriologik qon analizi (gemokultura) og'ir ShBBZ bo'lgan shifoxonaga yotqizilgan bolalarda va samarasiz ABT holatida amalga oshiriladi [9-10]. Pnevmokokkli bakteriemiyada ABT fonida holat yaxshilansa, takroriy gemokultura tekshiruvi maqsadga muvofiq emas; Agar *S.aureus* qonda aniqlansa, davolash natijalaridan qat'iy nazar takroriy tahlil qilish tavsiya etiladi [9].

ShBBZ etiologik tashxisi uchun *burun va og'iz-xalumdan olinadigan surtmalar bakteriologik tahlil natijalari* soxta - ijobiy va soxta-salbiy bo'lganligi tufayli muhim axborot emas [1].

Plevra ekssudatining har bir olingan namunasi uchun *bakteriologik tahlil* tavsiya etiladi va plevra suyuqligida PZR tashhislash va pnevmokokk antigenlarini aniqlash ham tavsiya etiladi [9-10].

BALda balg’amda 10\6/ml yoki 10\4/ml miqdorda pnevmotrop bakteriyalarni aniqlash diagnostik ahamiyatga ega. Odatda steril bo’lgan qon va plevra ekssudatidan patogenni ekish ishonchli hisoblanadi. ABTni boshlashdan oldin bakteriologik tadqiqotlar o’tkazilishi kerak. Patogenni aniqlashda tadqiqot uchun material olish, saqlash va laboratoriyaga yetkazib berish qoidalariga rioya qilish asosiy ahamiyatga ega[1]. https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-mikrobiologicheskoy-diagnostiki-pri-vnebolnichnoy-pnevmonii-u-vzroslyh?ysclid=lu53i1ii6t382908772

IA	Plevra suyuqligining Gram bo’yicha bo’yalishi va bakterial ekish har gal plevra suyuqligi namunasi olinganda bajarilishi kerak.
IB	Polimeraz-zanjirli reaktsiya (PZR) bilan antigenni sinash yoki nuklein kislota amplifikatsiyasi plevral suyuqlikdagi patogenlarni aniqlashni kuchaytiradi va davolashda foydali bo’lishi mumkin.
IIIC	pH va glyukoza, oqsil va laktat degidrogenaza darajalari kabi plevral suyuqlik parametrlarini tahlil qilish kamdan-kam hollarda bemorni davolash boshqaruvini o’zgartiradi va tavsiya etilmaydi.
IIIB	Plevra suyuqligidagi leykotsitlar sonini (WBC) differentsial hujayralar tahlili yordamida tahlil qilish, avvalambor, bakteriyalarni mikobakterial va xavfli etiologiyadan farqlash uchun tavsiya etiladi.

Qo’shimcha tahliliy tekshiruvlar (ko’rsatmalar bo’yicha):

IIB	- atipik flora, Candida zamburug’lari avlodining morfologiyasini o’rganish bo’yicha tadqiqotlar;; - qonning umumiy oqsil va oqsil fraktsiyalarini aniqlash; - kapillyar qonning ivish vaqtini aniqlash - DVS- sindromini tashxislash; - qon guruhi va rezus omilini aniqlash - 20% qon va uning o’rnini bosuvchi moddalarni kiritish uchun (ko’rsatmalarga muvofiq); - kompyuter tomografiyasi (ko’rsatmalar bo’yicha; -bronxoskopiya (bronxdagi yod jism, atelektaz).

Atipik florani tadqiq qilish

IIIB	*Mycoplasma pneumoniae*ga shubha qilingan bolalar antibiotik terapiyasini tanlash uchun tekshirilishi kerak.
IA	*Chlamydophila pneumoniae* ga diagnostik tekshiruvini o’tkazish tavsiya etilmaydi, chunki hozirda ishonchli va osonlikcha mavjud bo’lgan tashhislash testlari mavjud emas.

II B	Qonda prokaltsitonin (PKT) va C-reaktiv oqsil miqdorini aniqlash zotiljam bilan shifoxonaga yotqizilgan bemorlarda katta amaliy ahamiyatga ega.

SRO va yallig'lanishning o'tkir bosqichining boshqa oqsillari, shuningdek sitokinlar (IL-1 va IL-6) ning qondagi darajasining sezilarli darajada oshishi og'ir bakterial zotiljamga xosdir [7, 9-10, 13].

- bakterial zotiljam uchun 1 ng/ml dan oshishi xarakterlidir (pnevmokokk uchun - 2 ng/ml dan ortiq), virusli zotiljam bilan ko'rsatkich odatda 1 ng/ml dan past bo'ladi;
- ko'rsatkich odatda kasallikning og'irligi bilan o'zaro bog'liq va bemorni JITB ga o'tkazish mezonlaridan biri sifatida foydalanish mumkin;
- ko'rsatkich yetarli ABT fonida tezda normallashadi va uni bekor qilish uchun ob'ektiv ko'rsatkich sifatida ishlatilishi mumkin [7].

Qaytalangan ShTZ bilan kasallangan bemorlarda, odatdagidan og'ir va/ yoki uzoq muddatli kechganda, notipik saqiruvchilar aniqlanganda, OIV infektsiyasini istisno qilish va immunitet holatini aniqlash kerak [1].

Laboratoriya ko'rsatkichlari

IA	Kasallikning boshlanishidagi laboratoriya ko'rsatkichlari, masalan, eritrotsitlar cho'kish tezligi (EChT), C-reaktiv oqsil (CRO) kontsentratsiyasi yoki zardobdagi prokaltsitonin kontsentratsiyasi, ShTZ virusli va bakterial sabablarini ajratish uchun yagona determinant sifatida ishlatilishi mumkin emas.
IC	Ambulatoriya sharoitida davolanadigan, ShTZ bilan kasallangan to'liq immunizatsiya qilingan bolalarda o'tkir reaktivlarni muntazam ravishda o'lchab turmaslik kerak, ammo og'irroq sharoitlarda o'tkir reaktivlar klinik davolanish uchun foydali ma'lumotlarni berishi mumkin.
IIIC	Shifoxonaga yotqizishni talab qiladigan yoki zotiljam bilan bog'liq bo'lgan asoratlar kabi yanada jiddiy tibbiy sabablarga ega bemorlarda, kasallikning boshida laborator ko'rsatkichlari terapiyaga javobni baholash uchun klinik belgilar bilan birgalikda ishlatilishi mumkin.

https://www.skib-krasnodar.ru/spetsialistam/resursnyj-tsentr/nozologii/item/klinicheskie-rekomendatsii-protokol-lecheniya-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-detyam-bolnym-pnevmokokkovoj-infektsiej-s-preimushchestvennym-porazheniem-dykhatelnykh-putej

Zotiljamning etiologik tashhislashning mavjud imkoniyatlari va cheklovlari 2-jadvalda

keltirilgan.

2-jadval

Zotiljamni etiologik tashhislashning mavjud imkoniyatlari va cheklovlari [18-19]

Tadqiqot usuli	O'tkazish muddati	Cheklovlar	Sezgirligi %	Xususiyati %
Gram bo'yicha bo'yalgan balg'am surtmasining bakterioskopiyasi (sitologik mezonlarni hisobga olgan holda)	Ambulatoriya sharoitida har qanday muddatda, shifoxonaga yotqizilganda birinchi 3 kun	Yo'q	50-60	80
Gram bo'yicha bo'yalgan plevra suyuqligi surtmasining bakterioskopiyasi	Plevral punktsiyada	Yo'q	50-60	80
Gemokultura	Kasallikning birinchi 3 kuni	ABT	2-18	> 95
Balg'amni ekish			29-94	50
БАЛekish			90	97
Plevral ekssudatni ekish	Plevral punktsiyada	ABT	40-70	100
Qon PZR	Ambulatoriya sharoitida har qanday muddatda, shifoxonaga yotqizilganda birinchi 3 kun	Yo'q	100	95-99
Balg'am PZR		Sifatsiz yig'ilgan namuna	80-90	> 85
BAL PZR			86-100	90-100
Burun yoki og'iz-xalqum suyuqligi PZR			56-73	99
Plevral suyuqlik PZR	Plevral punktsiyada	Yo'q	68-100	92-100
Serotashxislash	7 kundan keyin (birinchi zardob) va 10-14 kundan keyin (ikkinchi zardob).	Juft zardoblar yo'qligi	80	92
Plevra ekssudatida AGni aniqlash	Plevral punktsiyada	ABT	< 70	>90
Peshobda pnevmokokk AG ni aniqlash	Istalgan	17 yoshgacha*, ABT > 24 soat	50-80	>90
Peshobda legionella AG ni aniqlash	Kasallikning 3-kunidan boshlab	Yo'q	> 90	> 90

*bolalarda yallig'lanish belgilarini aniqlash bilan birgalikda diagnostik qiymati ko'rsatiladi

Immunologik tashhislash usullari qo'zg'atuvchining bakterial antigen va/yoki

antitanachalarini aniqlashga qaratilgan. Lateks agglyutinasiya usuli (sezgirligi 70% gacha, o'ziga xosligi — 90% dan ortiq.) plevra suyuqligida pnevmokokk antigenini aniqlash, shuningdek biomaterialdan ajratib olingan mikroorganizmlar shtammlarini serologik aniqlashtirish uchun ishlatiladi. Fermentlar bilan bog'liq immunoferment tahlili (IFT) asosan viruslarga qarshi AT titrining ko'payishini baholashda va atipik qo'zg'atuvchilarga nisbatan o'tkir fazaga xos AT ni aniqlashda ishlatiladi. Bemorlarning erta (10-14 kungacha) shifoxonadan chiqarilishi sababli, tadqiqot zotiljamda o'ziga xos immunitet reaktsiyasini aniqlash uchun klinik amaliyotda keng qo'llanilishi maqsadga muvofiq emas. Immunoxromatografik tahlil (IXT) gemolitik streptokokk A va B guruhlari, MRSA, viruslarning AG ni aniqlash uchun ishlatiladi.

PZR *usullari* toza kulturalarni ajratmasdan bakteriyalarni aniqlashi mumkin, yuqori diagnostik aniqlik bilan tavsiflanadi va atipik bakteriyalar va viruslarni aniqlash uchun ayniqsa muhimdir. Traxeal aspirat, balg'am va qon tahlili uchun ishlatiladi [9-10, 14]. Balg'am yoki traxeal aspirat olishning iloji bo'lmasa, burun va og'iz-xalqumdan surtma olib tekshirib joiz, lekin ijobiy natija zotiljamning faqat taxminiy etiologiyasini aniqlash imkonini beradi.

PZR ning kamchiligi tirik qo'zg'atuvchini o'likdan ajrata olmasligidir, bu esa bemorni davolash samaradorligini kuzatishda PZR natijalarini talqin qilishda xatolarga olib kelishi mumkin. IgM (IFT usuli) antitanachalarni aniqlash asosida mikoplazma va xlamidial infektsiyalarni bir vaqtning o'zida aniqlash va ijobiy PZR natijasi tashxislashning ishonchliligini oshiradi [20].

Siydik antigenini aniqlash uchun testlar

IA	Bolalar siydigida pnevmokokk antigenlarini tekshirish, odatda *S.pneumoniae* burun-xalqumda tashish darajasi yuqori bo'lgani uchun soxta-ijobiy darajasi yuqori bo'lganligi sababli zotiljam tashxisi uchun tavsiya etilmaydi.

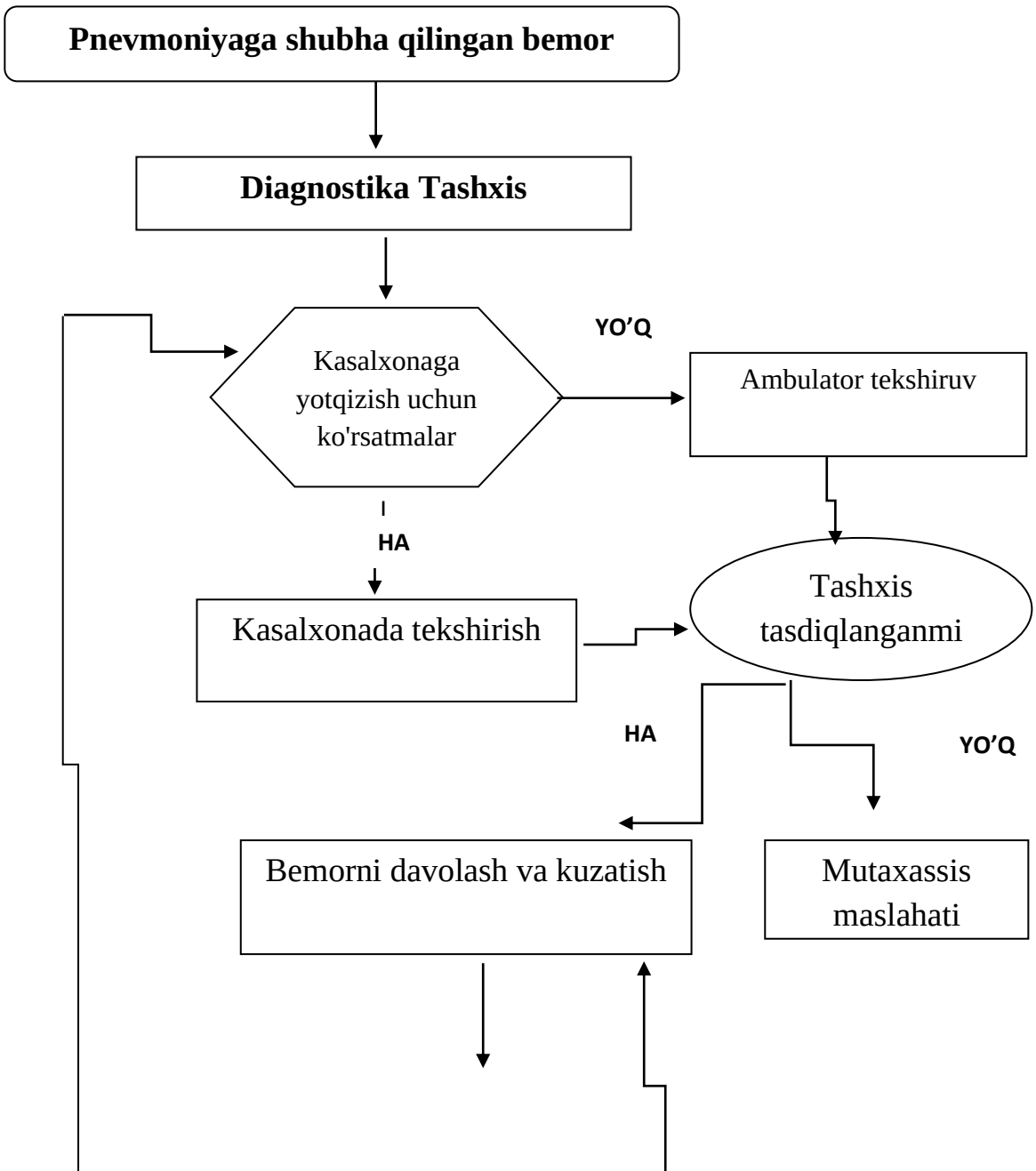
Og'ir ShBBZbilan og'rigan bemorda ABTga kutilgan javob bo'lmasa, etiologik tashhislashning barcha mavjud usullaridan foydalanish zarur.

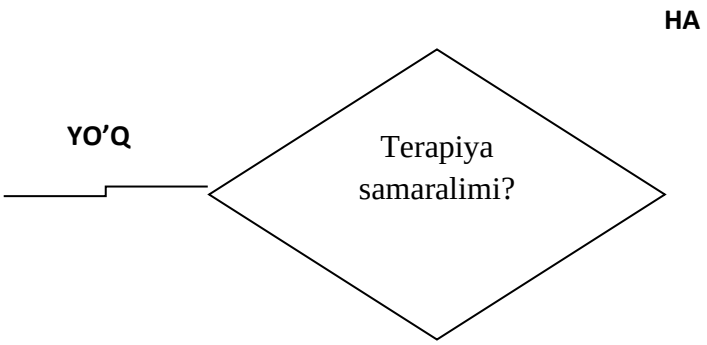
Virusli patogenni tekshirish uchun sinov

IA	ShBBZ bilan kasallangan bolalarni baholashda gripp va boshqa respirator viruslarni tezkor tashxislash uchun sezgir va o'ziga xos testlardan foydalanish kerak. Virusga qarshi preparatlarning ambulatoriya sharoitida ham, shifoxona sharoitida ham to'g'ri ishlatilishini aniqlash bilan birga, grippga qarshi ijobiy test qo'shimcha tashhislash tekshiruvlariga bo'lgan ehtiyojni ham, antibiotiklardan ham foydalanishni kamaytirishi mumkin.

IA	Bakterial ko-infektsiyani nazarda tutadigan klinik, laboratoriya yoki radiologik ma’lumotlar yo’qligida, gripp virusi uchun ijobiy sinov bilan ambulatoriya va shifoxona sharoitda ham, bolalar uchun antibakterial davolash talab qilinmaydi.
IIIC	Gripp virusidan tashqari nafas olish yo’llari viruslarini tekshirishda zotiljamga shubha qilingan bolalarda klinik qaror qabul qilish o’zgarishi mumkin, chunki bakterial koinfektsiyani nazarda tutadigan klinik, laboratoriya yoki rentgenografiya topilmasa, antibiotik terapiyasi odatda bu bolalar uchun talab qilinmaydi.

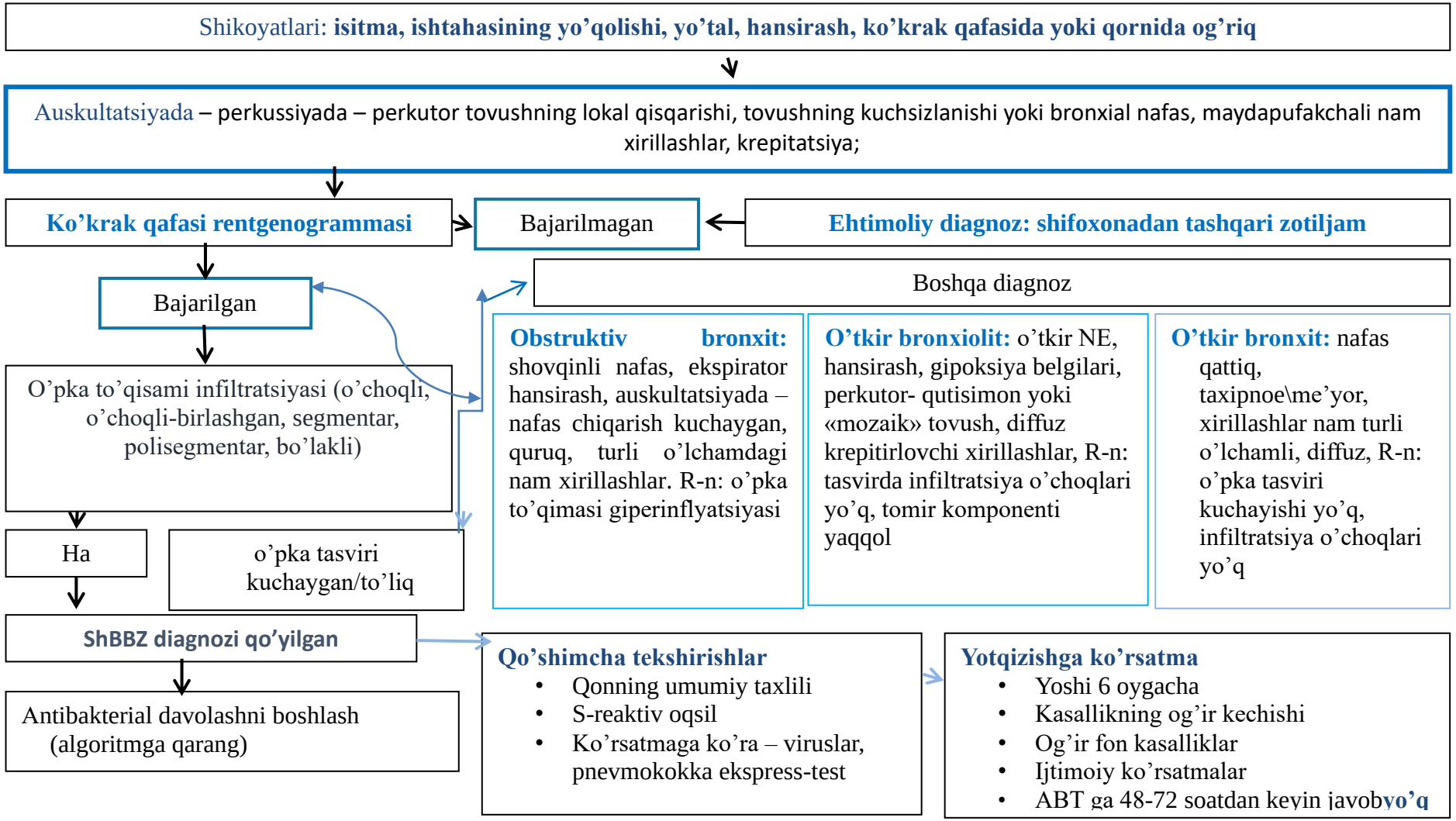
Rasm.3. Bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyani tashxislash va davolash algoritmi




HA
YO’Q
Terapiya
samaralimi?

Bolalarda jamiyat tomonidan orttirilgan pnevmoniyani tashxislash algoritmi.

Shifoxonaga bog'liq bo'lmagan zotiljam –bu shifoxonadan tashqarida (ambulator, uyda) yoki statsionarga yotqizilganidan keyin dastlabki 72 soatda rivojlangan zotiljam



3. DIFFERENSIAL DIAGNOZ

Tashxis yoki kasallikning sababi	Differensial tashxisni asoslash	Tekshiruv	Tashxisni istesno qilish
Bronxiolit	Bolada astmasimon nafas olishning birinchi xolati < 2 yosh - Bronxiolit kasalligining mavsumiy oshishi davrida astmoid nafas olish -ko'krak qafasining kengayishi -uzoq vaqt nafas chiqarish	Ko'krak qafasi rentgenografiyasi	-Auskultatsiya-zaiflashgan nafas olish (agar juda kuchli ifodalangan bo'lsa-havo yo'li tutilishini istisno qilish) - Bronxolitik vositalarga kuchsiz reaksiya yoki hech qanday reaksiya yo'q
Sil (tuberkulez)	Surunkali yo'tal (> 30 kun); - Yomon rivojlanish/ vaznda ortda qolish yoki vazn yo'qotish;	Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, Mantu sinamasi, Balg'am mikrobiolog taxlili	ijobiy Mantu reaktsiyasi; - anamnezda sil kasalligi bo'lgan bemor bilan aloqa; -rentgenologik belgilar: birlamchi murakkab yoki miliar sil - Katta yoshdagi bolalarda balg'amni tekshirishda sil mikobakteriyalarini aniqlash
Ko'kyo'tal	Paroksizmal yo'tal, xarakterli konvulьsiv xirillash nafasi bilan, qusish, sianoz yoki apnoe bilan birga; - Yo'tal xurujlari orasida ahvoli yaxshi;	Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, Qizamiq bo'lgan bemor bilan kontaktda bo'lganligi	- isitma yo'qligi; - Anamnezda AKDK emlanmagan
Yod jism	Mexanik havo yo'li tutilishi	Ko'krak qafasi rentgenografiyasi	-Nafas yo'llarida perkutor tovushining ortishi va

	to’satdan rivojlanishi (bola "bo’g’iladi") yoki stridor - ba’zan astoid nafas yoki bir tomondan ko’krak g’ayritabiiy kengaytirish;		ko’ks oralig’i(sredostenie)ning siljishi bilan havo tutilishi -o’pka kollapsining belgilari: zaiflashgan nafas olish va perkustor tovushning bo’g’ilishi -bronxolitiklarga reaktsiya yo’q
Nazla/ plevra empiemasi	Perkussiya tovushining"tosh" do’ngligi;	Ko’krak qafasi rentgenografiyasi	- nafas shovqinining yo’qligi
Pnevmotoraks	To’satdan boshlanlishi; -Perkussiyada ko’krak qafasining bir tomonida timpanik tovush;	Ko’krak qafasi rentgenografiyasi	-Ko’ks oralig’ining surilishi
Pnevmotsistli pnevmoniya	- markaziy sianoz; - ko’krak qafasining kengayishi; - tez-tez nafas olish; - "baraban tayoqchalari" shaklidagi barmoqlar	Ko’krak qafasi rentgenografiyasi	auskultatsiya o’zgarishlari bo’lmaganida rentgenogrammadagi o’zgarishlar; - jigar, taloq, limfa tugunlari kattalashgan; -Onada yoki bolada OIV-test ijobiy

4. SHIFOXONAGA BOG’LIQ BO’LMAGAN ZOTILJAM DAVOLASH

4.1 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

4.1.1 Nomedikamentoz davolash.

Dietoterapiya (Parhez stoli № 0.2. 2C, 2A, 4 B C 15). Intoksikatsiya sindromini kamaytirish va balg’am ishlab chiqarishni osonlashtirish uchun - yetarli darajada gidratatsiya, kuniga 100 ml / kg gacha ko’p miqdorda suyuqlik (iliq ichimliklar); Balg’amni olib tashlashning jismoniy usullarini o’z ichiga olgan holda, o’tkir davrda pnevmoniya muhim rol o’ynamaydi. Elektr proseduralari keraksiz, ular kasalxonada qolishni uzaytiradi va klinikada superinfektsiya xavfini tug’diradi. Plevral o’zgarishlarning rezorbsiyasini tezlashtirish uchun mashqlar terapiyasi va nafas

olish mashqlari (ambulatoriya) ko’rsatiladi. Emizishni rag’batlantirish va yoshga mos ovqatlanishni ta’minlash. Isitma va nafas olish yetishmovchiligi davrida yotoqda dam olish. Ko’krakni drenajlash, yo’tal refleksini kamaytirganda stimulyatsiya qilish, tiklanish davrida nafas olish mashqlari. Kineziterapiya kompleks davolashning muhim tarkibiy qismlaridan biridir. Kinesiterapiyaning asosiy maqsadi bronxial daraxtni bronxlarni to’sib qo’yadigan va bronxopulmoner tizimning yuqumli kasalliklarining rivojlanishiga moyil bo’lgan viskoz balg’am to’planishidan tozalashdir.

Oksigenoterapiya SpO_2 92% dan kam bo’lgan bemorlarga ko’rsatiladi. Kislorod intranazal yoki yuz niqobi bilan ta’minlanadi [1].

4.1.2.Medikamentoz davolash.

-**Antibakterialterapiya**. Kasalxonaga yotqizish uchun ko’rsatmalari bo’lmagan ShBBZ bilan kasallangan barcha bolalarda, shuningdek, o’rtacha ShBBZ bilan kasalxonaga yotqizilgan bolalarda og’iz orqali ABTni qo’llash tavsiya etiladi. ShBBZ og’ir pnevmoniya uchun ABT odatda parenteral tarzda buyuriladi[1].

PKTdarajasinazoratiostidaABTbo’yichatavsiyalar [29]

Qonda PKT miqdori	<0,25 ng/ml	≥ 0,25 ng/ml
ABT bo’yicha tavsiyalar	Tayinlamaslik/to’xtatish	Tayinlash/davom ettirish
Izohlar	Agar ABT tayinlanmagan yoki bekor qilingan bo’lsa, 6-24 soatda PKT darajasini aniqlash kerak. Quyidagi hollarda ABTni tayinlash/ davom ettirishni ko’rib chiqish kerak: - respirator yoki gemodinamik nomutanosiblik - og’ir yondosh kasalliklar, - JITB ga yotqizish.	PKT darajasining dinamikasini hisobga olish muhimdir. Tahlilni har 48 soatda takrorlash tavsiya etiladi. Agar eng yuqori ko’rsatkich juda yuqori bo’lsa, PKT darajasi eng yuqori ko’rsatkichning 80-90% ga tushganda ABT ni to’xtatish tavsiya etiladi. Agar PKT darajasi pasaymasa, terapiyani qayta ko’rib chiqish tavsiya etiladi.

- **Virusga qarshi preparatlar:**O’RVIning immunoterapiyasi uchun interferonlar, interferon induktorlari, boshqa ta’sir mexanizmiga ega immunomodulyator preparatlar qo’llaniladi. Interferon induktorlari va immunomodulyator preparatlar to’g’ridan-to’g’ri ta’sir qiluvchi antivirus preparatlari o’rnini bosa olmaydi, ular faqat kompleks terapiyaning bir qismi sifatida ishlatilishi kerak.
- **Haroratni tushuruvchi preparatlar:**Asoratlanmagan va eng murakkab

pnevmoniya uchun og’iz orqali gidratsiya yetarli. Antidiuretik gormonning ajralib chiqishi tufayli suyuqlikni ushlab turish xavfi tufayli, eksikoz, kollaps, mikrosirkulyatsiya buzilishi holatlarida infuziyalar sutkada 20-30 ml / kg hajmda amalga oshiriladi, kun davomida bir tekis taqsimlanadi, kolloid eritmalar 1/3 qismiga hosil bo’lishi kerak. Kislota-ishqor muvozanatini aniqlamasdan gidroksidi eritmalarni yuborish faqat DVC sindromi va mikrotsirkulyatsiya buzilishi uchun favqulodda chora sifatida ruxsat yetiladi. Og’ir ShBBZ bilan og’rigan bemorlar uchun infuzion terapiya sutkalik umumiy hajmning yarmi miqdorida ko’rsatiladi, uning hajmining 1/3 qismidan ko’p bo’lmagan vena ichiga yuboriladi.

- **Mukolitik terapiya:**Bemorning ahvolini yomonlashtiradigan kuchli, samarasiz yo’tal paydo bo’lganda mukolitik terapiya buyuriladi. Koxreynning tizimli tekshiruvi shuni ko’rsatdiki, mukolitik preparatlarni qo’llash ijobiy ta’sir ko’rsatishi mumkin [42]. Bu preparatlar balg’amning yopishqoqligini pasaytiradi va yo’talni yaxshilaydi.
- **Bronxospazmolitik terapiya** bir vaqtning o’zida bronxo-obstruktiv sindrom mavjud bo’lganda (mikoplazma, xlamidiya yoki virusli yetiologiyaning ShBBZ bilan yuzaga kelishi mumkin) yoki bronxial astma bilan og’rigan bemorda pnevmoniya paydo bo’lganda ko’rsatiladi. Qisqa ta’sir qiluvchi b2-agonistlarni ingalatsiyalash monoterapiya sifatida yoki m-antikolinergik preparat bilan birgalikda (afzalroq nebulizer orqali) ko’rsatiladi [1].

-Enterosorbent terapiyasi. Endotoksikoz bilan kechadigan turli patologik sharoitlarni detoksifikatsiya qilish va patogenetik davolashning asosiy tarkibiy qismlaridan biri. Ulardan eng muhimi gepatoprotektiv, antikolesterolemik, antiallergik va ayniqsa, detoksifikatsiya va immunomodifikatsiya qiluvchi ta’sirlardir. Enterosorbentlar organizmdan toksinlarni, allergenlarni, patogen bakteriyalar va viruslarni, og’ir metallarni va boshqa zararli moddalarni bog’laydi va olib tashlaydi. Bu keyinchalik vitaminlar va mikroelementlarni saqlab qoladi va foydali mikroflorani tiklashga yordam beradi. Tananing ichki muhitini tozalaydi.

- **Probiotiklar.**Bolalar uchun ichak mikroflorasining muvozanati va funktsiyalarini tiklash va saqlash, diareya, meteorizm va boshqa ovqat hazm qilish kasalliklari, virusli va bakterial oshqozon-ichak infektsiyalarining oldini olish va davolash uchun, antibiotiklar bilan davolash paytida.
- **Boshqadorilar**. Epidemiologik ma’lumotlar D vitaminining yetishmasligi va infektsiyalarning rivojlanishi, ayniqsa virusli etiologiya o’rtasidagi bog’liqlikni, shuningdek D vitamini yetishmovchiligi va yetishmovchiligining autoimmun disfunktsiyalar, bronxial astma, qandli diabet va boshqa patologik sharoitlar rivojlanishidagi katta ahamiyatini tasdiqlaydi. bolalardagi zaiflik va jiddiy kasalliklar, pnevmoniya bilan og’rigan holatlar.

- Epidemiologik ma’lumotlar D vitaminining yetishmasligi va infektsiyalarning rivojlanishi, ayniqsa virusli etiologiya o’rtasidagi bog’liqlikni, shuningdek D vitamini yetishmovchiligi va yetishmovchiligining autoimmun disfunksiyalar, bronxial astma, qandli diabet va boshqa patologik sharoitlar rivojlanishidagi katta ahamiyatini tasdiqlaydi. bolalardagi zaiflik va jiddiy kasalliklar, pnevmoniya bilan og’rigan holatlar.

  - Haftada 15 mg dan 140 mg gacha bo’lgan dozalar ham baholandi, yuqori chegara bolalar uchun tavsiya etilgan sutkalik dozadan (MKD) oshadi - bir yoshgacha bo’lgan bolalar uchun kuniga 2 mg va bolalar uchun kuniga 7 mg gacha. 1 yoshdan 3 yoshgacha. Optimal dozani aniqlash juda muhim, chunki sinkning yuqori dozalari va uzoq muddatli foydalanish mis va temir kabi boshqa oziq moddalarning so’rilishini buzishi aniqlangan.

Muhim dorilar ro’yxati

Farmakoterapevtiv gruppa	XDN	Preparat shakllari	Dalillar darajasi
Aminopenitsillinlar J01CA04 J01CA02	Amoksitsillin	ichishga, 45-90 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	A
	Amoksitsillin/ klavulanat	ichishga, 45-90 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	A
	Amoksitsillin/ sulbaktam	ichishga, 45-90 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	A
	Sultamitsillin	ichishga, 25-50 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	B
Sefalosporinlar -2 J01DC02 J01DC04	Sefuroksim	ichishga, 20-30 mg/kg (500 mg/sut, 2 marta /sut ko’rsatmaga ko’ra	B
	Sefaklor	ichishga, 20-40 mg/kg (1500 mg/sutkup bo’lmagan, 2-3 marta /sut ko’rsatmaga ko’ra	C
Makrolidlar J01FA10 J01FA09 J01FA06	Azitromitsin	ichishga, 10 mg/kg/sut, sutkada 1 marta	A
	Klaritromitsin (Klatsid)	ichishga, 15 mg/kg/sut (500 mg dan kam emas) , 1-2 marta/sut	C
	Roksitromitsin	ichishga, 5-8 mg/kg/sut (300 mg ko’p emas), 2 marta/sut	C
Virusga qarshi preparat L03AB05	rekombinantlangan odam interferon alfa-2b	Rektal 7 yoshdan katta bolalarga, —500000 ME 1 supp. Dan. 2 marta sutkada 12soatda 5 kun xar kuni. 7 yoshgacha bolalarga, 150000	C

		ME 1 supp. Dan. 2 marta sutkada 12soatda 5 kun xar kuni.	
Virusga qarshi preparat L03AB05	interferon gammaga antitela, CD 4 ga antitela, gistaminga antitela	1 oylik va undan katta yoshdagi bolalar. Davolashning 1-kunida quyidagi sxema bo'yicha 8 tabletkadan oling: Birinchi 2 soatda har 30 daqiqada 1 tabletkadan (2 soat ichida jami 5 tabletka), so'ngra o'sha kun davomida yana 1 tabletkadan 3 marta teng vaqt oralig'ida oling. 2-kuni va undan keyin to'liq tiklanishigacha kuniga 3 marta 1 tabletkadan oling.	C
Virusga qarshi preparat J05AB11	Valatsiklovir	Bolalarga ½ tabletkadan kuniga 2 mahal. - Varicella Zoster virusi keltirib chiqaradigan Zoster uchug'i va suvchechak; - Herpes Simplex virusi keltirib chiqaradigan teri va shilliq pardalarning infektsiyalari (1 va 2 turdagi) - sitomegalovirus (TsMV) infektsiyasining ko'payishini kamaytirish uchun.	C
Virusga qarshi preparat L03	aminodigidroftalazind ion natriy	Rektal: 1 yosh va undan katta bolalar uchun, 1 ta shamchadan har kuni 5 kun, keyin 1 ta shamchadan har kuni 10 kun davomida. Kurs - 15 ta shamcha. Til ostiga tabletkalar. 1 tabletkadan sutkasiga 4 mahalgacha yoki 2 ta tabletkadan sutkasiga 2 mahal 5 kun.	C
Virusga qarshi preparat	Azoksimerbromid	Parenteral yuborish uchun yeritmalar tayyorlash (mushak ichiga va tomir ichiga): Mushak ichiga yuborish uchun 3 mg preparat 1 ml (2 ml ga 6 mg doza) in'ektsiya uchun suvda yoki 0,9% natriy xlorid	C

		eritmasida eritiladi. Solventni qo’shgandan so’ng, preparat shishishi uchun 2-3 daqiqaga qoldiriladi, keyin silkitmasdan aylanish harakatlari bilan aralashtiriladi. Vena ichiga tomchilab yuborish uchun preparat 2 ml steril 0,9% natriy xlorid yeritmasida yeritiladi. Solventni qo’shgandan so’ng, preparat shishishi uchun 2-3 daqiqaga qoldiriladi, keyin aylanish harakatlari bilan aralashtiriladi. Bemor uchun hisoblangan doza steril tarzda 0,9% natriy xlorid eritmasi bo’lgan shisha / sumkaga o’tkaziladi. Intranazal va sublingual foydalanish uchun eritma tayyorlash: bolalar uchun 3 mg dozasi 1,0 ml (20 tomchi), 6 mg dozasi 2,0 ml (40 tomchi) (bir tomchi (0,05 ml)) eritiladi. tayyorlangan eritmada 0,15 mg preparat mavjud).	
Mukolitik preparatlar R05CB01 R05CB06 R05FB02	Atsetiltsistein (ATsTs)	Og’iz orqali kuniga 2-3 marta 100 mg yoki kuniga 2-3 marta 10 ml sirop (kuniga 400-600 mg atsetilsistein). 6 yoshdan 14 yoshgacha bo’lgan bolalar: 1 tabletka. 100 mg dan kuniga 3 marta yoki 2 tabletka. kuniga 2 marta, 2 yoshdan bolalar.	B
	Ambroksol	Og’iz orqali, 5 yoshdan 12 yoshgacha bo’lgan bolalar: 2-3 bo’lingan dozada kuniga 30-45 mg. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo’lgan bolalar: 3 bo’lingan dozada kuniga 22,5 mg. 2 yoshgacha bo’lgan bolalar: kuniga 15 mg 2 dozaga bo’lingan.	B

	Butamirat+ Gvanfenezin	Ichkarida, 7 kg gacha, kuniga 3-4 marta 8 tomchi, - 7-12 kg, kuniga 3-4 marta 9 tomchi, - 12-20 kg, kuniga 3 marta 14 tomchi, - 20-30 kg, kuniga 3-4 marta 14 tomchi, - 30-40 kg, kuniga 3-4 marta 16 tomchi, - 40-50 kg, kuniga 3 marta 25 tomchi, - 50-70 kg, kuniga 3 marta 30 tomchi, - 70 kg dan ortiq, kuniga 3 marta 40 tomchi	B
Mukolitik preparatlar R05CB	bradikininga, gistaminga, morfinga antitelal, tozalangan	3 yoshdan katta bolalar kuniga 3 marta 1-2 choy qoshiqdan foydalanadilar. Ovqatdan tashqari kuniga 3 marta 1-2 tabletkadan oling. (to'liq eriguncha og'izda saqlang).	B
Fitopreparatbal g'amko'chiruv chivabronxosp azmolitiktasirg aega R05CA	Standartlangan quruq pechak ekstrakti (5-7,5:1) EA 575	Og'iz orqali sirop 7 mg / ml: 0 yoshdan 1 yoshgacha - kuniga 2 marta 2,5 ml, 1 yoshdan 6 yoshgacha - kuniga 3 marta 2,5 ml, 6 yoshdan 10 yoshgacha - kuniga 3 marta 5 ml. 20 mg/ml tomchi: 1 yoshdan 4 yoshgacha - kuniga 3 marta 12 tomchi, 4 yoshdan 10 yoshgacha - kuniga 3 marta 16 tomchi, 10 va undan katta yoshdagilar - kuniga 3 marta 24 tomchi. 65 mg tabletkalar: 6 yoshdan 12 yoshgacha - ½ tabletka. Kuniga 2 marta, 12 yoshdan oshgan bolalar - 1 tabletka. yertalab va ½ tab. Kechqurun. 35 mg paketlardagi yeritma: 12 yoshdan oshgan bolalar, 1 paket. Kuniga 3 marta, 6 yoshdan 11 yoshgacha	C

		bo’lgan bolalar 1 paketdan. kuniga 2 marta.	
	Timyan o’ti (Thymiherba), pechak barglari (Hederaefolium)	Og’iz orqali sirop 7 mg / ml: 0 yoshdan 1 yoshgacha - kuniga 2 marta 2,5 ml, 1 yoshdan 6 yoshgacha - kuniga 3 marta 2,5 ml, 6 yoshdan 10 yoshgacha - kuniga 3 marta 5 ml. 20 mg/ml tomchi: 1 yoshdan 4 yoshgacha - kuniga 3 marta 12 tomchi, 4 yoshdan 10 yoshgacha - kuniga 3 marta 16 tomchi, 10 va undan katta yoshdagilar - kuniga 3 marta 24 tomchi. 65 mg tabletkalar: 6 yoshdan 12 yoshgacha - ½ tabletka. Kuniga 2 marta, 12 yoshdan oshgan bolalar - 1 tabletka. yertalab va ½ tab. Kechqurun. 35 mg paketlardagi yeritma: 12 yoshdan oshgan bolalar, 1 paket. Kuniga 3 marta, 6 yoshdan 11 yoshgacha bo’lgan bolalar 1 paketdan. kuniga 2 marta.	C
Vitamin D_3 A11CC05	Xolekaltsiferol (Akvadetrim)	Ichishga , 0 – 1 yosh – 1500ME, 1 – 5 yosh -2500ME, ot 6 – 18 yosh 3000ME	C[https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B

			9%D1%82_22.07.2021.pdf]
Tsink preparati A12CB	Immunosink	Ichishga , 1 yoshgacha – 10 mg; 1-6 yosh – 22 mg; 6-10 yosh – 25 mg; 10-16 yosh – 28 mg; 16-18 yosh – 32 mg.	C[https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf]
Enterosor bent terapiya A07BC	Dioksid kremniy yuqori disperli+ Laktuloza	3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 1 marta 1 paket paketi; 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 2 marta 1 paket paketi; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar: kuniga 3 marta 1 paket paketi. Mahsulotning tayyorlangan suvli suspenziyasi ovqatdan yoki dori-darmonlardan 1 soat oldin og'iz orqali olinadi.	C [https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1

			%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf]
Probiotik	Probulard	4 yoshdan 6 yoshgacha - kuniga 1 marta 1 kapsuladan; - 6 yoshdan va kattalar - kuniga 2 marta 1 kapsuladan. Qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar: 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun kapsulaning tarkibini bir stakan suyuqlikka (xona haroratiga qadar sovutilgan qaynatilgan suv, bolalar ovqati) bir martalik dozada quying.	C

Eslatma:
1. Foyda/xavf nisbati nuqtai nazaridan, butun sutkalik dozani bir martalik yuborish afzal.
2. Agar MIK 1,5 yoki 2 mkg/ml bo'lsa, sutkalik dozani 3-4,5 g gacha oshirish oqlanadi (yuklash dozasi 25-30 mg/kg).
3. PRP sabab bo'lgan ShBBZ ni davolashda kuniga kamida 6 g dozada buyurish tavsiya yetiladi.
4. MRSA sabab bo'lgan ShBBZ uchun dozani kuniga 3 marta 600 mg ga oshirish samaraliroq bo'lishi mumkin.
5. PRP sabab bo'lgan ShBBZni davolashda kuniga kamida 4 g dozada buyurish tavsiya yetiladi.
6. Har 12 soatda 1 g IV dozalash tartibi rasman tasdiqlanmagan, ammo farmakodinamik/farmakokinetika tadqiqotlari nuqtai nazaridan ShBBZ og'ir bo'lgan bemorlarda afzalroq bo'lishi mumkin.

TIBBIY YORDAM TURLARINI HISOBGA BO'LGAN GOSPITALIZATSIYA UCHUN KO'RSATMALAR

Shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

I A	**Rejali gospitalizatsiya:** **- BTSYo darajasida BKIOB standarti bo'yicha XUM (xavfning umumiy belgilari) mavjud bo'lganda 5 yoshgacha bo'lgan bolalar;** **- Ambulatoriya terapiyasidan samara yo'qligi;** **- Asoratlar mavjudligi;** **- Zotiljamning og'ir va uzoq davom etadigan shakllari (10-12 haftadan ortiq).** **Shoshilinch shifoxonaga yotqizish:** **- Begona jismga gumon;** **- Ko'krak qafasining pastki qismi tortilishi bilan nafas yetishmovchiligining va nafas olishning ortishi;** **- Nafas olish (og'ir) qiyinlashuvi (nafas olish noqulayligi aniq yoki emizish qiyinligi, ovqatlanish yoki ichish qiyin, yoki gapirish qiyin);** **- Og'ir toksikoz (ovqatlanish yoki ichish, emishdan voz kechish,**

	ongning buzilishi, isitma 5 kundan ortiq); **- Tirishishlar;** **- Markaziy sianoz;** **- Tinch holatda stridor (II-IV stenoz);** - - 2 oylikdan kichik bo'lgan barcha bolalar..

Bemorlarning quyidagi toifalari majburiy kasalxonaga yotqizilishi kerak:

- hayotning birinchi oylari va birinchi yilidagi bemorlar;
- Erta tug'ilgan chaqaloqlar;
- bronxopulmoner displaziyasi bo'lgan bolalar;
- respirator distress sindromi bilan kasallanganlar;
- ventilyatsiyadan keyingi traxeobronxit bilan mexanik ventilyatsiyada bo'lganlar;
- intrauterin respiratorli infektsiya va perinatal davr infektsiyasidan omon qolganlar;
- intrauterin rivojlanish sekinlashuvi sindromi, anemiya, raxit va surunkali ovqatlanish buzilishi bo'lgan bolalar;
- takroriy nazofaringit va takroriy obstruktiv bo'lmagan va obstruktiv bronxit bilan og'rigan tez-tez kasal bo'lgan bolalar.
- bu bemorlar asoratlangan pnevmoniya xavfi ostida.

JITBga shoshilinch quyidagi bolalar yotqiziladi:

IA	Agar bola doimiy bo'lmagan sun'iy havo yo'li (masalan, endotraxeal naycha) orqali IVL talab qilsa, uni intensiv terapiya bo'limiga yotqizish kerak.
IC	Agar bola shoshilinch ravishda invaziv bo'lmagan ijobiy bosimli ventilyatsiyani talab qilsa (masalan, doimiy havo yo'li bosimi yoki ikki darajali ijobiy havo bosimi), bolani intensiv terapiya bo'limiga yoki doimiy kardiorespirator kuzatuv qobiliyatiga ega bo'lgan bo'limga yotqizish kerak.
IB	Agar bolada kuchayayotgan nafas yetishmovchiligi bo'lsa, uni intensiv terapiya bo'limiga yoki doimiy kardiorespirator kuzatuv qobiliyatiga ega bo'limga joylashtirish kerak.
IB	Agar bolada taxikardiya, past qon bosimi bo'lsa yoki qon bosimi farmakologik yoki perfuziyani qo'llab-quvvatlashni talab qilsa, bola intensiv terapiya bo'limiga yoki doimiy kardiorespirator kuzatuv qobiliyatiga ega bo'limga yotqizilishi kerak.
IC	Agar nafas olayotgan kislorod ≥0,50 da pulьsoksimetriya ko'rsatkichi <92% bo'lsa, bolani intensiv terapiya bo'limiga yotqizish kerak.
IC	Agar zotiljam natijasida giperkapniya yoki gipoksemiya tufayli bolaning ruhiy holati o'zgarsa, bola reanimatsiya bo'limiga yoki doimiy kardiorespirator kuzatuv qobiliyatiga ega bo'lgan bo'limga yotqizilishi kerak.
IC	Kasallikning og'irligi ko'rsatkichlari ITBga qabul qilishning yagona mezonlari sifatida ishlatilmasligi kerak, boshqa klinik, laboratoriya va rentgenografiya natijalari kontekstida qo'llanilishi kerak.

4.2 STATSIONAR DARAJADA DAVOLASh TAKTIKASI:

4.2.1. ShBBZ bilan kasallangan bemorlarda statsionar sharoitda diagnostik tekshiruv algoritmi.

Statsionar davolash
• Anamnez • Shikoyat • Fizikal tekshiruvlar • Umumiy qon taxlili • Qon bioximik taxlili (SRO, PKT) • KK* rentgenografiyasi • Pulsoksimetriya • EKG • UZI plevra bo'shlig'i (ekssudativ plevritga taxmin bo'lganda) • UZI o'pka • Zotiljam og'irligini prognostik baxolash va davolash uchun joy tanlash • Tabiiy va rangli balg'am preparatlarini mikroskopik tekshirish, balg'amni aerob va fakultativ anaerob mikroorganizmlarga mikrobiologik (kultural) tekshirish. • Antigenuriyaga tezkor testlar (siydikda patogen (Streptococcus pneumoniae) va legionellyoz qo'zg'atuvchisi (legionella/pneumophila) antigenlarini aniqlash) • Koagulogramma (sistemы gemostaza tizimga etibor berish) •Qondagi kislota ishqor muvozanatini tekshirish (NE SpO2 < 90%)

4.2.2.Nomedikamentoz davolash

o Dietoterapiya (jadval № 0.2. 2C, 2A, 4 B C 15)

o Intoksikatsiya sindromini kamaytirish va balg'am ishlab chiqarishni osonlashtirish uchun - yetarli darajada hidratsiya, kuniga 100 ml / kg gacha ko'p miqdorda suyuqlik (iliq ichimliklar);

o Kineziterapiya kompleks davolashning muhim tarkibiy qismlaridan biridir. Kinesiterapiyaning asosiy maqsadi bronxial daraxtni bronxlarni to'sib qo'yadigan va bronxopulmoner tizimning yuqumli kasalliklarining rivojlanishiga moyil bo'lgan viskoz balg'am to'planishidan tozalashdir.

o Emizishni rag'batlantirish va yoshga qarab yetarli ovqatlanishni ta'minlash.

o Isitma va nafas olish yetishmovchiligi davrida yotoqda dam olish.

o Ko'krakni drenajlash, yo'tal refleksini pasayganda rag'batlantirish, tiklanish davrida nafas olish mashqlari.

- SpO2 92% dan kam bo'lgan bemorlarga kislorodli terapiya ko'rsatiladi. Kislorod intranazal yoki yuz niqobi bilan ta'minlanadi [1].

4.2.3. Medikamentozterapiya

- **Antibakterialterapiya**. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari bo'lmagan ShBBZ bilan kasallangan barcha bolalarda, shuningdek, o'rtacha ShBBZ bilan kasalxonaga yotqizilgan bolalarda og'iz orqali ABT ni qo'llash tavsiya yetiladi. Jamiyat tomonidan orttirilgan og'ir pnevmoniya uchun ABT odatda parenteral tarzda buyuriladi[1].

PKT darajasi nazorati ostida ABT bo'yicha tavsiyalar [29]

Qonda PKT miqdori	<0,25 ng/ml	≥ 0,25 ng/ml
ABT bo'yicha tavsiyalar	Tayinlamaslik/to'xtatish	Tayinlash/davom ettirish
Izohlar	Agar ABT tayinlanmagan yoki bekor qilingan bo'lsa, 6-24 soatda PKT darajasini aniqlash kerak. Quyidagi hollarda ABTni tayinlash/ davom ettirishni ko'rib chiqish kerak: - respirator yoki gemodinamik nomutanosiblik - og'ir yondosh kasalliklar, - JITB ga yotqizish.	PKT darajasining dinamikasini hisobga olish muhimdir. Tahlilni har 48 soatda takrorlash tavsiya etiladi. Agar eng yuqori ko'rsatkich juda yuqori bo'lsa, PKT darajasi eng yuqori ko'rsatkichning 80-90% ga tushganda ABT ni to'xtatish tavsiya etiladi. Agar PKT darajasi pasaymasa, terapiyani qayta ko'rib chiqish tavsiya etiladi. https://www.skib-krasnodar.ru/spetsialistam/resursnyj-tsentr/nozologii/item/klinicheskie-rekomendatsii-protokol-lecheniya-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-detyam-bolnym-pnevmokokkovoj-infektsiej-s-preimushchestvennym-porazheniem-dykhatelnykh-putej

- **Virusga qarshi preparatlar:** O'RVIning immunoterapiyasi uchun interferonlar, interferon induktorlari, boshqa ta'sir mexanizmiga ega immunomodulyator preparatlar qo'llaniladi. Interferon induktorlari va immunomodulyator preparatlar to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiluvchi antivirus preparatlari o'rnini bosa olmaydi, ular faqat kompleks terapiyaning bir qismi sifatida ishlatilishi kerak.
- **Haroratni tushiruvchi preparatlar:**Asoratlanmagan va eng murakkab pnevmoniya uchun og'iz orqali gidratsiya yetarli. Antidiuretik gormonning ajralib chiqishi tufayli suyuqlikni ushlab turish xavfi tufayli, eksikoz, kollaps, mikrosirkulyasiya buzilishi holatlarida infuziyalar sutkada 20-30 ml / kg hajmda amalga oshiriladi, kun davomida bir tekis taqsimlanadi, kolloid eritmalar 1/3 qismiga hosil bo'lishi kerak. Kislota-ishqor muvozanatini aniqlamasdan gidroksidi eritmalarni yuborish faqat DVC sindromi va mikrotsirkulyatsiya buzilishi uchun favqulodda chora sifatida ruxsat yetiladi. Og'ir ShBBZ bilan og'rigan bemorlar

uchun infuzion terapiya sutkalik umumiy hajmning yarmi miqdorida ko'rsatiladi, uning hajmining 1/3 qismidan ko'p bo'lmagan vena ichiga yuboriladi.

- **Mukolitik terapiya:**Bemorning ahvolini yomonlashtiradigan kuchli, samarasiz yo'tal paydo bo'lganda mukolitik terapiya buyuriladi. Koxreynning tizimli tekshiruvi shuni ko'rsatdiki, mukolitik preparatlarni qo'llash ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkin [42]. Bu preparatlar balg'amning yopishqoqligini pasaytiradi va yo'talni yaxshilaydi.
- **Bronxospazmolitik terapiya**bir vaqtning o'zida bronxo-obstruktiv sindrom mavjud bo'lganda (mikoplazma, xlamidiya yoki virusli yetiologiyaning ShBBZ bilan yuzaga kelishi mumkin) yoki bronxial astma bilan og'rigan bemorda pnevmoniya paydo bo'lganda ko'rsatiladi. Qisqa ta'sir qiluvchi b2-agonistlarni ingalatsiyalash monoterapiya sifatida yoki m-antikolinergik preparat bilan birgalikda (afzalroq nebulizer orqali) ko'rsatiladi [1].

-Enterosorbent terapiyasi. Endotoksikoz bilan kechadigan turli patologik sharoitlarni detoksifikatsiya qilish va patogenetik davolashning asosiy tarkibiy qismlaridan biri. Ulardan eng muhimi gepatoprotektiv, antikolesterolemik, antiallergik va ayniqsa, detoksifikatsiya va immunomodifikatsiya qiluvchi ta'sirlardir. Enterosorbentlar organizmdan toksinlarni, allergenlarni, patogen bakteriyalar va viruslarni, og'ir metallarni va boshqa zararli moddalarni bog'laydi va olib tashlaydi. Bu keyinchalik vitaminlar va mikroelementlarni saqlab qoladi va foydali mikroflorani tiklashga yordam beradi. Tananing ichki muhitini tozalaydi.

- **Probiotiklar.**Bolalar uchun ichak mikroflorasining muvozanati va funktsiyalarini tiklash va saqlash, diareya, meteorizm va boshqa ovqat hazm qilish kasalliklari, virusli va bakterial oshqozon-ichak infektsiyalarining oldini olish va davolash uchun, antibiotiklar bilan davolash paytida.
- **Boshqadorilar**. Epidemiologik ma'lumotlar D vitaminining yetishmasligi va infektsiyalarning rivojlanishi, ayniqsa virusli etiologiya o'rtasidagi bog'liqlikni, shuningdek D vitamini yetishmovchiligi va yetishmovchiligining autoimmun disfunksiyalar, bronxial astma, qandli diabet va boshqa patologik sharoitlar rivojlanishidagi katta ahamiyatini tasdiqlaydi. bolalardagi zaiflik va jiddiy kasalliklar, pnevmoniya bilan og'rigan holatlar.
- sink pastki nafas yo'llarining o'tkir infektsiyalariga moyillikni pasaytiradi, chunki u immunitet tizimining turli funktsiyalarini tartibga soladi, shu jumladan yallig'lanish yoki o'pka shikastlanishi paytida havo yo'llari hujayralarining yaxlitligini himoya qilish va saqlash. Sink qo'shimchalarini (Immunosink) buyurish pnevmoniya bilan kasallanishning kamayishi bilan sezilarli darajada bog'liq bo'lib, rux tanqisligi bo'lgan populyatsiyalarda rux qo'shish bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqilgan.
- Haftada 15 mg dan 140 mg gacha bo'lgan dozalar ham baholandi, yuqori chegara

bolalar uchun tavsiya etilgan sutkalik dozadan (MKD) oshadi - bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun kuniga 2 mg va bolalar uchun kuniga 7 mg gacha. 1 yoshdan 3 yoshgacha. Optimal dozani aniqlash juda muhim, chunki sinkning yuqori dozalari va uzoq muddatli foydalanish mis va temir kabi boshqa oziq moddalarning so'rilishini buzishi aniqlangan.

Asosiydorivositalariro'yxati (qo'llashehtimoli 100 %)

Farmakoterapevtik gruppa	XDN	Qo'llash yo'li	Dalillik darajasi
Aminopenitsillinlar J01CA04 J01CA02	Benzil-penitsillin	V/i, m/o, 100000-500000 Ed/kg/sut, 4-6 mar/sut	A
	Ampitsillin	V/i, m/o, 100-200 mg/kg/st, 4 mar/sut	A
	Oksatsillin	V/i, m/o 150-300 mg/kg/st, 4-6 mar/sut	B
	Amoksitsillin/ klavulanat	V/i, m/o, 3 oylikdan - 60 mg/kg (kg <4 kg) yoki 90 mg/kg (vazn> 4 kg), keyin 3 oy , 3-4 mar/sut -	A
	Amoksitsillin/ sulbaktam	V/i, m/o, 2 yoshgacha – 40-60 mg/kg/sut,2-6 yosh – 750 mg,6-12 yosh – 1,5 g, 12 yoshdan keyin – 2-3 g, , 2-3 mar/sut	A
	Ampitsillin/ sultaktam	V/i, m/o 150 mg/kg/sut, 3-4 mar/sut	A
	Sultamitsillin	ichishga 25-50 mg/kg/sut, 2 mar/sut	B
Sefalosporin-2 J01DC02	sefuroksim	V/i, m/o 30-100 mg/kg/sut, 3 mar/sut	B
J01DC04	sefaklor	ichishga, 20-40 mg/kg (1500 mg/sut ko'p emas , 2-3 raza /sut ko'rsatmaga	C
Sefalosporin-3 J01DD08	sefotaksim	V/i, m/o 50-100 mg/kg/sut, 3-4 mar/sut	B
	seftriakson	V/i, m/o 20-80 mg/kg /sut, 1-2 mar/sut	B
	seftazidim	V/i, m/o 30-150 mg/kg (6 g ko'p emas), 2 oylikgacha - 25-60 mg/kg/sut, 2-3 m/sut	C
	sefoperazon	V/i, m/o 50-200 mg/kg/sut, 2-4 m/sut	C

IZTsS-3	sefoperazon/ sulbaktam	V/i, m/o 40-160 mg/kg/sut, 2-4 m/sut	C
	sefotaksim/sulbaktam	V/i, m/o 100-160 mg/kg/sut, 2-3 marta	C
TsS-4	sefepim	V/i, m/o 100-150 mg/kg/sut, 2-3marta	C
IZTsS -4	sefipim/ sulbaktam	V/i, m/o 100-150 mg/kg (sefipimga) /sut, 2-3 marta	C
Karbape-nem J01DH02	Imipenem	V/i, m/o V/i- 60 mg/kg, m\o – 1-1,5 g/sut, 2-3 mart	D
	Meropenem	V/i, 30-60 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut, 2-3 marta	D
	Ertapenem	V/i, m/o 30 mg/kg (1 g dan ko'p)	D
Aminoglikozid D06AX12 D06AX07 J016B04	Amikasin	V/i, m/o 10-20 mg/kg/sut, 1-2 marta	A
	Gentamisin	V/i, m/o 3-5 mg/kg/sut, 1-2 raza	B
	Netilmisin	V/i, m/o 4-6,5 mg/kg/sut, 1-2 raza	B
	Tobramisin	V/i, m/o 3-5 mg/kg/sut, 1-2 raza	B
Markolid J01FA10	Azitramisin	V/i, 10 mg/kg (500 mgdan ko'p emas)* /sut, 1 marta	B
J01FA07	Djozamisin	ichishga, 40-50 mg/kg/sut, 2-3 mart /sut	B
J01FA09	Klaritromisin (Klasid)	ichishga, 15 mg/kg/sut (500 mg ko'p emas) , 1-2 m/sut	C
J01FA03	Midekamisin	ichishga, 20-50 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	C
J01FA06	Roksitromisin	ichishga, 5-8 mg/kg/sut (300 mg ko'p emas), 2 marta/sut	C
J01FA02	Spiramisin	ichishga, 150000-300000 ME/kg/sut, 2-3 mar /sut	C
D10AF01	Klindamisin	ichishga, 8-25 mg/kg/sut, 2-3 mart /sut	C
vLinkozamid J01FF02	Linkamisin	V/i, m/o 10-20 mg/kg/sut, 3 mart	C
	Klindamisin	V/i, m/o 20-40 mg/kg/sut,3-4 mart	C
Boshqa antibiotik J01XX01	Fosfomisin neo	V/i 100-200 mg/kg./sut, 1-2 mart	B
Glikopeptid A07AA09	Vankomisin	V/i, 40 mg/kg/sut, 4 mart	C
Oksazolidinon J01XX08	Linezolid	V/i, 20 mg/kg/sut, 2-mart	C

β2-Agonist G02CA03 R03AC02	Fenoterol	0,5–0,75 mg (10–15 tomchi)	A
	Salbutamol (Nebutamol)	1–2,5 mg (1–2,5 ml)	A
Оксазолидинон R01AX03	Ipratropiumbro-mid (atrovent)	0,25 mg (1 ml)	A
Steroid A07EA06	Beklometazondi - propionat (beklazon)	400–800 mkg/sut	A
	Budesonid (pulmikort, benakort)	400–800 mkg/sut	Bhttps://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf
	flutikazonapropionat(nebuflyuzon)	1 mgv/sut	B
Virusga qarshi preparat J05AB11	Valatsiklovir	Bolalarga ½ tabletkadan kuniga 2 mahal. - Varicella Zoster virusi keltirib chiqaradigan Zoster uchug'i va suvchechak; - Herpes Simplex virusi keltirib chiqaradigan teri va shilliq pardalarning infektsiyalari (1 va 2 turdagi) - sitomegalovirus (TsMV) infektsiyasining ko'payishini kamaytirish uchun.	C
Virusga qarshi preparat L03	aminodigidroftalazindion natriy	Rektal: 1 yosh va undan katta bolalar uchun, 1 ta shamchadan har kuni 5 kun, keyin 1 ta shamchadan har kuni 10 kun	C

		davomida. Kurs - 15 ta shamcha. Til ostiga tabletkalar. 1 tabletkadan sutkasiga 4 mahalgacha yoki 2 ta tabletkadan sutkasiga 2 mahal 5 kun.	
Virusga qarshi preparat	Azoksimerbromid	Parenteral yuborish uchun yeritmalar tayyorlash (mushak ichiga va tomir ichiga): Mushak ichiga yuborish uchun 3 mg preparat 1 ml (2 ml ga 6 mg doza) in'ektsiya uchun suvda yoki 0,9% natriy xlorid yeritmasida yeritiladi. Solventni qo'shgandan so'ng, preparat shishishi uchun 2-3 daqiqaga qoldiriladi, keyin silkitmasdan aylanish harakatlari bilan aralashtiriladi. Vena ichiga tomchilab yuborish uchun preparat 2 ml steril 0,9% natriy xlorid yeritmasida yeritiladi. Solventni qo'shgandan so'ng, preparat shishishi uchun 2-3 daqiqaga qoldiriladi, keyin aylanish harakatlari bilan aralashtiriladi. Bemor uchun hisoblangan doza steril tarzda 0,9% natriy xlorid yeritmasi bo'lgan shisha / sumkaga o'tkaziladi. Intranazal va sublingual foydalanish uchun yeritma tayyorlash: bolalar uchun 3 mg dozasi 1,0 ml (20 tomchi), 6 mg dozasi 2,0 ml (40 tomchi) (bir tomchi (0,05 ml)) yeritiladi. tayyorlangan yeritmada 0,15 mg preparat mavjud).	C
Odam IgG	Pentaglobin (og'ir xollarda)	Kam vazndagi tug'ilganda bolalar nizkoy massoy tela pri rojenii - 0.5-1 g/kg interval bilan 1-2 xaf.	B
Kombinirlangan preparat	Berodual (berotek/atrovent)	1 ml = 20 tomchi	B

Sekretolitik	0,9% eritma NaCl	2 ml 2 marta kunda	C
	3%gipertonik eritma va gialuronat natriya - 1,0 mg (Lorde® Gial)	2 ml 2 marta kunda	C
	Gianeb 7% (gialuronat natriya 1mg+natriy xlorid 70 mg)	1 marta kunda	C
Mukolitik R05CB01 R05CB06 R05FB02	Asetilsistein	Ingalyatsiya 2–3 ml 2 marta kunda	C
	Ambroksol	1–2 ml 2 marta kunda	C
	Standartlangan quruq pechak ekstrakti (5-7,5:1) EA 575	Og'iz orqali sirop 7 mg / ml: 0 yoshdan 1 yoshgacha - kuniga 2 marta 2,5 ml, 1 yoshdan 6 yoshgacha - kuniga 3 marta 2,5 ml, 6 yoshdan 10 yoshgacha - kuniga 3 marta 5 ml. 20 mg/ml tomchi: 1 yoshdan 4 yoshgacha - kuniga 3 marta 12 tomchi, 4 yoshdan 10 yoshgacha - kuniga 3 marta 16 tomchi, 10 va undan katta yoshdagilar - kuniga 3 marta 24 tomchi. 65 mg tabletkalar: 6 yoshdan 12 yoshgacha - ½ tabletka. Kuniga 2 marta, 12 yoshdan oshgan bolalar - 1 tabletka. yertalab va ½ tab. Kechqurun. 35 mg paketlardagi yeritma: 12 yoshdan oshgan bolalar, 1 paket. Kuniga 3 marta, 6 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolalar 1 paketdan. kuniga 2 marta.	C
R05CB	bradikininga, gistaminga, morfinga antitelal, tozalangan	3 yoshdan katta bolalar kuniga 3 marta 1-2 choy qoshiqdan foydalanadilar. Ovqatdan tashqari kuniga 3 marta 1-2 tabletkadan oling. (to'liq yeriguncha og'izda saqlang).	B

Vitamin D_3 A11CC05	Xolekaltsiferol (Akvadetrim)	Ichishga , 0 – 1 yosh – 1500ME, 1 – 5 yosh -2500ME, ot 6 – 18 yosh 3000ME	C https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf
Preparatы tsinka A12CB	Immunosink	Ichishga , 1 yoshgacha – 10 mg; 1-6 yosh – 22 mg; 6-10 yosh – 25 mg; 10-16 yosh – 28 mg; 16-18 let – 32 mg.	C
Enterosorbentterapiya A07BC	Kremniy dioksidi visokodispers+ Laktulozaniy	3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 1 marta 1 paket paketi; 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 2 marta 1 paket paketi; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar: kuniga 3 marta 1 paket paketi. Mahsulotning tayyorlangan suvli suspenziyasi ovqatdan yoki dori-darmonlardan 1 soat oldin og'iz orqali olinadi.	C https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D0%BA%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D0%A0_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf
Probiotik	Probulard	- 4 yoshdan 6 yoshgacha - kuniga 1 marta 1 kapsuladan; - 6 yoshdan va kattalar - kuniga 2 marta 1 kapsuladan. Qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar: 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun kapsulaning tarkibini bir stakan suyuqlikka (xona haroratiga qadar	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170/

		sovutilgan qaynatilgan suv, bolalar ovqati) bir martalik dozada quying.	

Klinik protokollarga O’zbekiston Respublikasida ro’yxatdan o’tmagan dori vositalarini kiritish kafolatlangan bepul tibbiy yordam ko’rsatish doirasida va majburiy tibbiy sug’urta tizimida qoplab berish uchun asos bo’lmaydi.

4.2.5. Shifoxonaga bog’liq bo’lmagan zotiljamn jarrohlik yo’li bilan davolash

Plevrit bilan asoratlangan pnevmoniya bilan og’rigan bolalarni ko’rib chiqish tavsiya etiladi. plevra bo’shlig’ining diagnostikasi va drenajini aniqlashtirish uchun plevra nazla hajmiga va nafas olish buzilishining og’irligiga qarab plevra bo’shlig’ini punktsiya qilish (UUD-C; UDD-5) (10-jadval) [2].

Izoh: kichik yoki o’rtacha nazla (10 mm dan kam), shuningdek, davolanishning ijobiy ta’siri bilan punktsiya ko’rsatilmaydi. Massiv nazla bo’lsa, suyuqlikni olib tashlash bilan plevra punktsiya uning sifatini baholashga imkon beradi (plevral suyuqlikning sitologik tekshiruvi) va bakteriologik tekshiruv o’tkazish (aniqlik bilan sterillik uchun mikrobiologik (kultural) qon testi) patogenning antibiotiklarga va boshqa preparatlarga sezgirligi, plevra suyuqligining mahalliy va bo’yalgan preparatlarini mikroskopik tekshirish), shuningdek, plevra suyuqligining PCR tekshiruvi. Agar 1-2 ponksiyondan so’ng tez to’plangan yiringli yekssudat bilan o’pkaning siqilish belgilari takrorlansa, drenaj ko’rsatiladi [11, 37, 117]. Plevral suyuqlikdagi shakar, oqsil va laktat dehidrogenazning pH va tarkibini tahlil qilish tavsiya etilmaydi, chunki bu ko’rsatkichlar odatda terapevtik taktikaga ta’sir qilmaydi.

Klinik tavsiya – Zotiljam (ShBBZ) – 2022-2023-2024 (18.01.2022) – RF.SSV tomonidan tasdiqlangan Yangilash uchun http://disuria.ru tarqatuvchi dorixona "Семейная" https://аптека-омск.РФ.

10-jadval. Plevritda plevra bo’shlig’ini punktsiyasi va drenajlash uchun ko’rsatma [2]

Namlik o’lchami	Bakteriologiya	Noxush oqibat	Drenaj yoki torakoskopik sanatsiya
biroz, < 10 mm lateralь sinusda<a> yoki to’qlashishi < 1/4 gemitoraks <b>	Plevra suyuqligining mikrobiologik tekshiruvchi natijalari noma’lum yoki manfiy	Past	Ko’rsatma yo’q
o’rtacha, > 10 mm lateralь sinusda <a>, to’qlashishi > 1/4, ammo < 1/2 gemitoraks <b>	Plevra suyuqligining mikrobiologik tekshiruvchi natijalari manfiy yoki musbat	O’rtacha	Agarda bemorda nafas yetishmovchiligi bo’lmasa va plevra suyuqligi yiringli bo’lmasa, plevra suyuqligini torakotsentez yordamida olish yiring mavjudligini aniqlashda hamda plevra bo’shlig’ini drenaj qilish uchun ko’rsatmani aniqlashga yordam berishi mumkin, plevra suyuqligini drenaj kateter yordamida olishda diagnostik va davolash maqsadiga erishiladi. Bemorda nafas yetishmovchiligi yoki plevra suyuqligi yiringli bo’lsa ko’rsatma bo’ladi.
katta, gamotoraksning yarmining to’qlashishi <b>	Plevra suyuqligining mikrobiologik tekshiruvchi natijalari yoki musbat	Yuqori	Ha-aksariyat hollarda

---

<a>to’g’ridan rentgenogrammada zararlangan tomonga yonboshlab yotganida.
<b> vertikal to’g’ri tasvirda.
Klinik tavsiyalar - Pnevmoniya (jamiyat sotib olingan) - 2022-2023-2024 (01/18/2022) - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan.

5 Reabilitatsiya

Asoratlanmagan SHTZni o'z vaqtida va etarli darajada davolash bilan reabilitatsiya talab etilmaydi. Qattiqlashuv 2 haftadan so'ng tiklanadi, sport mashg'ulotlari - 6 haftadan so'ng (asoratlangan pnevmoniyadan keyin - 12 haftadan keyin).

- Murakkab SHTZ bilan og'rigan bolalarni 4-6 oy davomida kuzatish tavsiya etiladi; plevrit bilan og'rigan, ayniqsa fibrin cho'kmasi bilan og'rigan bolalarga fizioterapiya va nafas olish mashqlarini o'tkazish tavsiya etiladi (UUR - C; UDD - 5) [118]. https://old.stgmu.ru/

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

1. Российское респираторное общество; Межрегиональное педиатрическое респираторное общество; Федерация педиатров стран СНГ; Московское общество детскихврачей. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. М.: Оригинал макет; 2015. 64 с.
2. ВОЗ. Информационный бюллетень № 331 (ноябрь 2014г.). URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/.
3. И.В. Давыдова, Д.Ю. Овсянников, И.В. Кршеминская, А.В. Рудакова. Новые подходы к иммунопрофилактике тяжелого течения респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей. Педиатрия. 2019; 98 (5): 110-113.
4. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Галустян А.Н. Жидкая лекарственная форма Эргоферона — эффективное и безопасное средство лечения острых респираторных инфекций у детей//Антибиотики и химиотерапия – 2014 – N 5-6 – с. 6-14.
5. Государственный доклад "О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в городе Москве в 2018 году" - http://77.rospotrebnadzor.ru.
6. Елисеева М. Ю., Царев В. Н., Масихи К. Н. и соав. Эффективность вспомогательной иммунотерапии у пациентов с иммунодефицитом и часто болеющих детей: систематический обзор и мета-анализ применения инозина пранобекса при ОРВИ // РМЖ. — 2010; 18 (5:369): 313-320.
7. Курбанова С.Х., Кантемирова М.Г., Новикова Ю.Ю., Глазырина А.А.,. Коровина О.А, А.А. Лапшин, Д.А. и соавт.Клинико- морфологические сопоставления при болезни Кавасаки / Педиатрия, М.2020; 99 (2): 270-278.
8. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным пневмококковой инфекцией с преимущественным поражением дыхательных путей. ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015 – 31 с.
9. Малахов А.Б., Дронов И.А. Иммунопрофилактика гриппа в свете нового российского национального календаря профилактических прививок //Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение - 2014 - N 31 - с. 2207-2209.
10. Малахов А.Б., Снегоцкая М.Н., Дронов И.А. Совершенствование программ вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний в России//Эффективная фармакотерапия. Педиатрия – 2011 – N 2 - с. 7–14.
11. Манеров Ф. К. Диагностика и терапия острой пневмонии у детей при

разных вариантах течения. Дис. … д. м. н. Новокузнецк, 1990.
12. Протасова И.Н., Перьянова О.В., Ильенкова Н.А.. Этиологическая диагностика внебольничной пневмонии у детей (обзор литературы)//Пульмонология – 2014;(50): с. 78-82.
13.Малявин А.Г., Епифанов В.А., Глазкова И.И. Реабилитация при заболеванияхорганов дыхания. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. – 352 с. – (Библиотека врача специалиста).

2-ilova. Bemorlar uchun ma’lumot

Zotiljam – infeksiya keltirib chiqaruvchsi o‘pkaning yallig‘lanishli kasalligi. Zotiljamda alьveolalar (o‘pka tashkil topgan mayda havoli qopchalar) suyuqlik va yiring bilan to‘ladi, va nafas olishda kislorodning qonga o‘tishi qiyinlashadi. Bolalarda shifoxonadan tashqari zotiljamda isitma (tana haroratining ko‘tarilishi), yo‘tal, nafas olishning qiyinlashishi bo‘lishi mumkin.

13. Klinik tavsiyalar – Zotiljam (shifoxonadan tashqari) – 2022-2023-2024 (18.01.2022) – RF SSV tasdiqlangan.//Uluchshennuyu vyorstku ot http://disuria.ru predstavlyaet apteka "Semeynaya" https://apteka-omsk.R.F.

Zotiljamning simptomlari bemorning yoshi, uni keltirib chiqargan infeksiyaga bog‘liq. Zotiljam simptomlarig quyidagilar kiradi: - nafas tezlashishi (ba’zan yagona simptom); - “ingillash”, ba’zan “xushtaksimon” nafas (“xushtaksimon” nafas, zotiljamdan ko‘ra ko‘proq bronxitda uchraydi); - zo‘raygan nafas (bunda burun kataklarining kerilishi, qorin bilan nafas olish, qovurg‘alararo mushaklar ishining kuchayishi kuzatilishi mumkin); - yo‘tal; - qorinda og‘riq (yo‘tal va zo‘riqib nafas olishda kelib chiqadi); - tana harorati ko‘tarilishi, ko‘proq – qaltirash (bola qaynoq va sovuqdan qaltiraydi); - qayt qilish; - ko‘krak qafasida og‘riq; - holsizlik; - ishtahasining yo‘qolishi va chanqash (kattaroq bolalarda), emishning sustlashishi (go‘daklarda), suvsizlanishga olib kelishi mumkin; - og‘ir holatlarda – lablarning va tirnoqlarning ko‘karishi yoki kulrang bo‘lishi. Agarda zotiljam o‘pkaning pastki bo‘laklarida rivojlansa (qoringa yaqin), u holda, qorinda og‘riq yoki qayt qilish nafas buzilmasdan o‘tib ketishi mumkin.

Zotiljamni turli mikroblar, shu jumladan viruslar, bakteriyalar, zamburug‘lar va parazitlar keltirib chiqaradi. Aksariyat hollarda bakterial zotiljam bo‘ladi. Ba’zi simptomlar aynan qaysi infeksiya zotiljamni keltirib chiqarganligini ko‘rsatadi. Masalan, maktab yoshidagi bolalarda zotiljam mikoplazma infeksiyai bilan bog‘liq, bunda oddiy zotiljam blegilaridan tashqari tomoqda og‘riq, bosh og‘rishi va toshmalar qayd etiladi. Bir yoshgacha bolalarda xlamidiyali zotiljam uchraydi, u isitmasiz, ahvoli yaxshi, ko‘z qizarishi bilan kechadi. Agarda zotiljam ko‘kyo‘tal bilan bog‘liq bo‘lsa, bolada yo‘talning davomli hurujlari bo‘lishi mumkin, unda kislorod yetishmasligi hisobiga yuzi ko‘karib ketadi va bola nafas olganida o‘ziga xos tovush eshitiladi. Organzimga mikro tushishi va kasallikknig birinchi belgilar yuzaga kelish orasidagi inkubasion dav turlicha bo‘lishi mumkin va mikrobga bog‘lim (masalan, respiratornosinsitialь virusda 4-6 kun, gripp virusida – 18 soatdan 72 sotagachani tashkil qiladi).