Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ПЕДИАТРИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

“БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ”

НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ

Тошкент – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

ЎзР ССВ РИПИАТМ директори

_____А.А. Абдукаюмов

«_____» _____ 2025 йил

“БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ” НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ

Тошкент – 2025

“БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ”

НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ

КИРИШ ҚИСМИ

Шифохонадан ташқари зотилжам (ШТЗ) педиатрия амалиёти учун долзарб муаммо ҳисобланади.Сўнгги йилларда болаларда ШТЗ касаллиги кўпаймоқда, ушбу касалликдан ўлим нисбатан юқори бўлиб қолмоқда. Амалиётда эса, айниқса амбулатория шароитида, болаларда зотилжамни эрта ташхислаш ва рационал терапияси жиддий муаммо ҳисобланади.Унинг чиқарилиши зотилжам муаммосини ўрганишда иштирок этаётган мутахассисларнинг ва ушбу контингентнинг касал болаларига амалий ёрдам кўрсатадиган кўплаб педиатрлар, аллергологлар, пульмонологлар ва бошқа мутахассисларнинг, шунингдек тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчиларининг кундалик фаолияти учун зарурдир.Ушбу ҳужжат янги туғилган чақалоқларда зотилжамни ҳисобга олмайди, чунки ушбу тоифадаги беморларда касалликнинг муҳим хусусиятлари мавжуд.Ушбу протокол Россия педиатрлари иттифоқининг клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган https://www.pediatr-russia.ru/ Россия нафас олиш органлари минтақалараро болалар нафас олиш жамияти https://minzdrav.midural.ru/

Кодлар ХКТ-10[1]:

ХКТ-10	
J13	Streptococcus pneumoniae қўзғатган зотилжам
J14	Haemophilus influenzae қўзғатган зотилжам
J15	Бошқа туркумларда таснифланмаган бактериал зотилжам
J15.0	Klebsiella pneumoniae қўзғатган зотилжам
J15.1	Pseudomonas қўзғатган зотилжам
J15.2	Стафилококк қўзғатган зотилжам
J15.3	В гуруҳи стрептококки қўзғатган зотилжам
J15.4	Бошқа стрептококклар қўзғатган зотилжам
J15.5	Escherichia coli қўзғатган зотилжам
J15.6	Бошқа аэроб грамманфий бактериялар қўзғатган зотилжам
J15.7	Mycoplasma pneumoniae қўзғатган зотилжам
J15.8	Бошқа бактериал зотилжамлар
J15.9	Аниқланмаган бактериал зотилжам
J16	Бошқа туркумларда таснифланмаган бошқа юқумли омиллардан келиб чиққан зотилжам
J16.0	Хламидиялар қўзғатган зотилжам
J16.8	Бошқа аниқланган юқумли омиллар қўзғатган зотилжам
J17	Бошқа туркумларда таснифланган касалликлардаги зотилжам

J17.0	Бошқа туркумларда таснифланган бактериал касалликларда зотилжам
J17.1	Бошқа туркумларда таснифланган вирусли касалликларда зотилжам
J17.2	Микозларда зотилжам
J17.3	Паразитар касалликларда зотилжам
J17.8	Бошқа туркумларда таснифланган бошқа касалликларда зотилжам
J18	Қўзғатувчиси аниқланмаган зотилжам
J18.0	Аниқланмаган бронхозотилжам
J18.1	Аниқланмаган лобар зотилжам
J18.2	Аниқланмаган гипостатик зотилжам
J18.8	Қўзғатувчиси аниқланмаган бошқа зотилжам
J18.9	Аниқланмаган зотилжам
	https://mkb-10.com/index.php?pid=9032

ХКТ -11 код кўрсаткичи
Ca40. 05 Pseudomonas aeruginosa сабаб бўлган пневмония
CA40-CA4Z ўпка инфекциялари
CA40. 04 Mycoplasma pneumoniae сабаб бўлган пневмонияси
CA40.1Y бошқа белгиланган virus сабаб бўлган пневмония
CA40.1Z аниқланмаган вирусли пневмония
CA40. 1 вирусли пневмония
CA40. 08 Бета-гемолитик стрептококк сабаб бўлган пневмония
CA40. 2 Y бошқа белгиланган замбуруғли пневмония
CA40. 2 замбуруғли пневмония
CA0. 2Z аниқланмаган замбуруғли пневмония,
CA40. 20 пневмоциста сабаб бўлган пневмония
CA40.03 Klebsiella pneumoniae сабаб бўлган пневмония
CA40. 00 Chlamydophila pneumoniae сабаб бўлган пневмония
CA40. 0 бактериал пневмония
CA40. 0Y бошқа белгиланган бактерия сабаб бўлган пневмония
CA40. 0Z аниқланмаган бактериал пневмония
CA40. 01 Escherichia coli сабаб бўлган пневмония
CA40. 02 Haemophilus influenzae сабаб бўлган пневмония
CA40. 07 Streptococcus pneumoniae сабаб бўлган пневмония
CA40. 06 Staphylococcus aureus сабаб бўлган пневмония
CA40. 13 инсон метапневмовирусидан келиб чиққан пневмония
CA40 пневмония

CA 40.12 Парагрипп вируси сабаб бўлган пневмония
CA40. 10 Аденовирус сабаб бўлган пневмония
CA40. 11 Респиратор синцитиал вируси сабаб бўлган пневмония
CA40.Y бошқа аниқланган пневмония
CA40. Z микроорганизм аниқланмаган пневмония

1) Ишлаб чиқиш санаси ва протоколни қайта кўриб чиқиш санаси:

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш бўйича болалар пульмонология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1.Шамсиев Фуркат Мухитдинович - т.ф.д., профессор, ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими раҳбари, болалар бош пульмонологи

2. Азизова Нигора Давлятовна– т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими е.и.х.

3. Каримова Мафтуна Худойберrановна–ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими т.ф.н.

Масъул ижрочилар:

1. Шамсиев Фуркат Мухитдинович - т.ф.д., профессор, ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими раҳбари, болалар бош пульмонологи.
2. Азизова Нигора Давлятовна– т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими е.и.х.
3. Абдуллаева Малика Кудратовна– т.ф.н., ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими мудири.
4. Узакова Шохсанам Бахрамовна–т.ф.н., ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими к.и.х.
5. Каримова Нилуфар Иргашевна–т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонолигия бўлими
6. Каримова Мафтуна Худойберrановна– т.ф.н., ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими к.и.х.

7. **Ишчи гуруҳ раҳбарияти:**

Шамсиев Фуркат Мухитдинович - т.ф.д., профессор, ЎзР ССВ РИПИАТМ пульмонология бўлими раҳбари, болалар бош пульмонологи

Клиник протокол 2023 йил 27октябрда Республика ихтисослаштирилган

Педиатрия илмий-амалий тиббиет маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди

Илмий Кенгаш раиси- РИПИАТМ директори, тиббиёт фанлари доктори А.А. Абдукаюмов

Шарҳловчилар:

1. Мовлонова Ш.С.- т.ф.д.,ЎзР ССВ РИПИАТМ умумий педиатрия бўлими мудири
2. Ахмедова И.М. - т.ф.д.,ТХКМРМ педиатрия ва озиқланиш кафедраси мудири
3. Л.А. Желенина- Профессор И.М. Воронцова номли болалар касалликлари кафедрасиОлий ўқув юртидан кейинги ва қўшимча касбий таълим факултети,Россия Федерацияси ССВнинг Санкт-Петербург давлат педиатрия тиббиёт универститети федерал давлат бюджети олий таълим муассасаси т.ф.д., профессори

Техник экспертиза ватаҳрирлаш:

1. Шомансурова Эльмира Амануллаевна – т.ф.д., профессор, ТошПТИ Амбулатор тиббиёт, жисмоний тарбия кафедраси мудири.
2. Файзиев Обид Нишанович т.ф.н., доцент, ТошПТИ Амбулатор тиббиёт, жисмоний тарбия кафедраси доценти.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги

Мухокама қилиш вақти: __-протокол 2025 йил _____

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Мундарижа:

1.	ТАЬРИФ ВА ТАСНИФИ	12
2	ШИФОХОНАГА БОГЛИК БУЛМАГАН ЗОТИЛЖАМНИ ДИАГНОСТИКАСИ	14
3	ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ	29
4	ШИФОХОНАГА БОГЛИК БУЛМАГАН ЗОТИЛЖАМНИ ДАВОЛАШ	30
5	РЕАБИЛИТАЦИЯ	53
6	**АДАБИЕТЛАР РУЙХАТИ**	53
7	ИЛОВА	54

Баённомада фойдаланилган қисқартмалар:

АБП - антибактериал препаратлар
АБТ - антибактериал терапия
АГ - антиген
БА – бронхиал астма
БАЛ - бронхоальвеоляр лаваж
КСБЛ – кенг спектрдаги β-лактамлар
ОИТВ –одам иммун танқислигивируси
ЖССТ–жахон соҳлиқни сақлаш ташкилоти
ШБЛЗ–шифохонага боғлиқ бўлмаган зотилжам
ТЮН–туғма юрак нуқсонлари
БЦФ–болалар церебрал фалажи
ИДХ – иммунодефицит холат
ХАИ –химояланган аминопенициллин ингибитори
ИЛ - интерлейкин
ХКК–халқаро касалликлар классификацияси
ХПБН–халқаро патент бўлмаган номланиши
ЎБШ50АБПМБК–ўрганилаётган бактерия штаммларининг 50%антибактериал препаратнинг минималбосувчи концентрацияси
ЎБШ90АБПМБК - ўрганилаётган бактерия штаммларининг 90% антибактериал препаратнинг минимал босувчи концентрацияси
ЎРВИ- ўткир респиратор вирусинфекцияси
ЎРДС-ўткир респиратор дистресс-синдроми
РВИТБ–реанимация ва интенсив терапия бўлими
ПКВ – пневмококконъюгат вакцинаси
ПКТ - прокальцитонин
ППСВ – пневмококкполисахарид вакцинаси
РРЖ – Россия респиратор жамияти
РФ - Россия Федерацияси
ҚД - қандли диабет
СРО - С-реактив оқсил
ТЯРС – тизимли яллиғланиш реакциясиндроми
ЦС-2 - цефалоспорин 2-авлод
ЦС-3 - цефалоспорин 3-авлод
ЦС-4 - цефалоспорин 4-авлод
ХЦС-3И–химояланган цефалоспорин 3-авлод ингибитори
ХЦС-4И –химояланган цефалоспорин 4-авлод ингибитори
ATS - Америкаторакалжамияти
B.pertussis – Bordetella pertussis
C.pneumoniae – Chlamydophila pneumoniae
C.psittaci – Clamydophilapsittaci
CAP – шифохонагабоғлиқбўлмаганзотилжам
ERS – Европареспиратор жамияти
FiO_2 - нафас чиқаришдаги хаводагикислород фракцияси концентрацияси

H.influenzae – Haemophilus influenzae
K.pneumoniae – Klebsiella pneumoniae
L.pneumophila – Legionella pneumophila
M.catarrhalis – Moraxella catarrhalis
M.pneumoniae – Mycoplasma pneumonia
MRSA - methicillin-resistant (метициллин-резистент) *Staphylococcus aureus*
MSSA - methicillin-sensitive(метициллин-сезувчан) *Staphylococcus aureus*
P.aeruginosa - Pseudomonas aeruginosa
P.jiroveci–Pneumocystisjiroveci
PaO_2 –қондаги кислороднингпарциал босими
PRSP - penicillin-resistant (пенициллин-резистент) *Streptococcus pneumoniae*
PSSP - penicillin- sensitive (пенициллин-сезувчан) *Streptococcus pneumoniae*
S.agalactiae - Streptococcus agalactiae
S.aureus - Staphylococcus aureus
S.pneumoniae - Streptococcus pneumoniae
SpO_2пульсоксиметр ёрдамида ўлчанадиган артериал қоннинг кислород билан тўйинганлиги

Ушбу нозология учун протокол фойдаланувчилари:
педиатрлар
умумий амалиёт шифокорлари
пульмонологлар
аллергологлар
шошилинч тез тиббий ёрдам шифокорлари
тиббиёт университетлари ва коллежлари талабалари,
тиббиёт университетлари ва коллежлари ўқитувчилари,
ординаторлар, магистратура резидентлари (аспирантурадан кейинги таълим).

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси: зотилжамга шубҳа қилинган ва шифохонадан ташқари зотилжам ташхиси бўлган беморлар.

Тиббиётга асосланган далиллар даражаси шкаласи:
Ушбу қўлланмадаги барча асосий тавсиялар лотин ҳарфларида А дан Dгача бўлган ўз градациясига эга. Бундан ташқари, ҳар бир градация маълумотларнинг маълум даражасига мос келади. Бу шуни англатадики, тавсиялар турли даражадаги аниқликка эга бўлган тадқиқот маълумотларига асосланган. Тавсиянинг баҳоси қанчалик юқори бўлса, у асосланган тадқиқотларнинг ишончлилиги шунчалик юқори бўлади. Қуйида ушбу қўлланмага киритилган тавсиялар даражасининг турли даражаларини тавсифловчи шкала мавжуд.

Тавсияларнинг ишончлилиги тоифаси	***Тавсифи***

A (ишончлилик даражаси I)	Далиллар Кохран марказининг тизимли шарҳларида ёки тизимли кўриб чиқишларда ва мета-таҳлилларда билдирилган йирик, рандомизацияланган клиник синовлардан (РКС) олинган.
B (ишончлилик даражаси II)	Далиллар рандомизациясиз камида битта назорат остидаги синовдан олинган.
C (ишончлилик даражаси III)	Далиллар қиёсий тадқиқотлар, корреляцион тадқиқотлар, вазиятни назорат қилиш тадқиқотлари каби тавсифий тадқиқотлардан келиб чиқади.
D (ишончлилик даражаси IV)	Далиллар эксперт комиссияларининг ҳисоботларидан олинади, шунингдек: • Ходиса сериясининг тавсифи ёки • Назоратсиз тадқиқот • Нуфузли экспертларнинг фикрлари ва/ёки клиник тажрибаси.

ТАЪРИФ ВА ТАСНИФЛАШ

1.1 КИРИШ.

Расмий статистик маълумотларга кўра, эришилган ютуқларга қарамай, нафас олиш тизими касалликлари болалар касалликлари таркибида этакчи ўринни эгаллайди. Нафас олиш тизимининг анатомик ва физиологик хусусиятлари ва эрта ва мактабгача ёшдаги болаларда иммунологик хотиранинг этишмаслиги нафас йўллари инфекциялари, шу жумладан пневмония билан касалланишнинг юқори даражасини белгилайди. 2018–2019-йилларда барча ҳудудларда, асосан, мактабгача ёшдаги болаларда жамият томонидан юқтирилган пневмония (ЯП) ҳолатлари кўпаймоқда. Бироқ, ҳақиқий амбулатория амалиётида пневмония ташхисини ўз вақтида (касалликнинг дастлабки 3 кунида) текшириш частотаси этарли эмас ва касалликнинг барча ҳолатларининг 50% дан камини ташкил қилади. Шу боис касалликларга эрта ташхис қўйиш, хавф омилларини тенглаштириш, диагностика ва даволаш алгоритмларини яратишга ёрдам берадиган янги тиббий технологиялар ва ёндашувларни излаш ва такомиллаштириш бирламчи тиббий ёрдам шифокорлари ва илмий тиббиёт ҳамжамияти олдида турган муҳим вазифалар бўлиб қолмоқда.

1.2 Таърифи

Зотилжам - ўпканинг турли этиологияли ўткир ўчоқли инфекцион-яллиғланиши бўлиб, яллиғланиш жараёни респиратор қисмларга тарқалувчи ва альвеолалар ичида экссудат, кўкрак қафас рентгенограммасида инфилтратив соялар билан намоён бўлади [1].]https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/714_1

1.2 Классификация.

"Болаларда бронх ва ўпка касалликларининг клиник шакллари таснифи" га мувофиқ зотилжамнинг қуйидаги шакллари фарқланади:

Шифохонадан ташқари зотилжам - шифохонадан ташқари шароитда юзага келадиган ўткир касаллик бўлиб, яъни шифохонадан ташқарида ёки ундан чиққанидан кейин 4 хафтадан кўпроқ вақт ўтгач, ёки шифохонага ётқизилганидан кейин дастлабки 48 соат ичида ташхис қўйилган, ёки 14 кундан кўп бўлмаган муддат ичида тиббий ёрдам бўлимларида бўлмаган беморда, пастки нафас йўлларининг инфекцияси белгилари билан бирга (иситма, йўтал, балғам пайдо бўлиши, кўкрак қафасидаги оғриқ, нафас қисилиши) ва аниқ диагностик альтернатива бўлмаган ҳолда ўпкада "янги" ўчоқли-инфильтратив ўзгаришларнинг рентгенологик белгилари билан бирга кечади.

Шифохона ичи зотилжами (госпитал) - боланинг шифохонада қолишидан 72 соат ёки шифохонадан чиққандан 72 соат кейин ривожланадиган зотилжам. Чақалоқ ҳаётининг дастлабки 72 соатида ривожланадиган хомила ичи зотилжами ҳам мавжуд.

Клиник маълумотларга кўра, кўп ҳолларда зотилжамни қуйидаги турларга бўлиш мумкин:

I. "*типик (одатий)"* (кокк флораси ёки гемофилюс туфайли келиб чиққан) ва "*атипик"* – микоплазма,хламидия сабаб бўлган; бу бошланғич терапияни мақсадли тайинлаш имконини беради.

II. Иммун тизимининг оғир бузилиши бўлган беморларда:

а. Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС)

б. Бошқа касалликлар/ патологик ҳолатлар.

III. Аспирацион зотилжам/ ўпка абсцесси.

IV. Вентиляторассоциирланган зотилжам.

1. Этиологиясига кўра:

- бактериал (шу жумладан атипик бактериялар);
- вирусли;
- замбуруғли;
- паразитал;
- аралаш.

Этиологияси бўйича таснифлаш ХКТ 10-тахрирнинг асоси ҳисобланади. Бироқ, зотилжамнинг этиологик таснифидан кенг фойдаланиш мумкин эмас, чунки ШТЗ этиологиясини текшириш кўпчилик беморларда йўқ ва клиник белгилар этиологик ташхис учун етарли эмас.

2. *Морфология бўйича:*

- Ўчоқли – 1-2см катталикдаги пневмоник инфильтрациянинг бир ёки бир неча ўчоғи;
- Ўчоқли қўшилган (псевдолобар инфильтрат) — бир неча ўчоқдан иборат гетероген массали пневмоник инфильтрат. Деструктив жараёнлар ва экссудатив плеврит билан мураккаблашиши мумкин;
- Сегментар–чегаралар битасегментнинг анатомик чегараларини такрорлайди;

• Полисегментар–инфильтрациячегаралари бир неча сегментларнинг анатомик чегараларини такрорлайди. Кўпинча ўпканинг зарарланган соҳаси (ателектатик компонент) ҳажмининг камайиши билан содир бўлади);
• Лобар (бўлак) — инфильтрация ўпканинг бўлагини қоплайди. Лобар зотилжамнинг кечиш варианти крупоз зотилжамдай бўлади;
• Интерстициал – ўпка паренхимасининг гомоген бўлмаган инфильтратлари билан бирга, ўпка интерстициясида яққол, баъзан устунлик қилувчи ўзгаришлар кузатилади. Зотилжамнинг кам учрайдиган шакли бўлиб, ИТС бўлган беморларда ривожланади.
3. *Кечиши бўйича:*
• Ўткир – давомийлиги6 ҳафтагача;
• Узоқ муддатга чўзиладиган– 6ҳафтадан ортиқ.
4. *Оғирлиги бўйича:*
• Ўрта оғир;
• Оғир.
5. *Ривожланадиган асоратлари бўйича:*
• Плеврал асоратлар – плеврит (синпневмоник ва и метапневмоник);
• Ўпка асоратлари–*ўпкадеструкцияси*–бўшлиқлар, абсцесс;
• Ўпка-плевра асоратлари —пневмоторакс, пиопневмоторакс;
• Юқумли ва токсик асоратлар–бактериал шок, тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми (ТЯРС), тизимли яллиғланиш реакцияси полиорган (бир неча орган) етишмовчилиги синдроми (ТПЕС) билан ва/ёки септик шок, ўпка юрак етишмовчилиги.
Зотилжамни даволаш жойини ҳисобга олиб, 3 гуруҳга бўлиш оқилона:
 шифохонага ётқизишни талаб қилмайдиган зотилжам;
 шифохонага ётқизишни талаб қилувчи зотилжам;
 жонлантириш ва интенсив терапия бўлимига (ЖИТБ) қабул қилишни талаб қилувчи зотилжам.https://www.pediatr-russia.ru/

2. ШИФОХОНАГА БОҒЛИҚ БЎЛМАГАН ЗОТИЛЖАМ ДИАГНОСТИКА
2.1.КЛИНИК БЕЛГИЛАР
Клиник белгиларга асосланган ШТЗ диагностикаси сезиларли қийинчиликлар билан боғлиқ, клиник кўринишларнинг комбинацияси диагностикада муҳим аҳамиятга ега. Шундай қилиб, иситма, тахипноэ, нафас олишнинг маҳаллий заифлашуви ва махаллий сусайган нафас ва майда пуфакчали нам хириллашлар комбинациясининг сезгирлиги тахминан 94% ни ташкил қилади.

IB	Ташхис шикоятлар, анамнез ва клиник кўриниш асосида амалга оширилиши мумкин. Иложи бўлса, ташхисни тасдиқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммасини ўтказиш керак.

Анамнез:

Шикоятлар:

• Йўтал (қуруқ ёки нам; баъзан катта ёшдаги болаларда қон тупуриш)
• Нафас қисилиши
• Ҳарорат кўтарилиши
• Нафас олиш ҳаракати билан боғлиқ кўкрак қафасидаги оғриқ
• Интоксикация белгилари [14].

2.1.1.Зотилжамнинг клиник кўринишлари[1, 3, 6, 10, 13]

Зотилжамнинг тез-тез учрайдиган симптомлари	Титроқ билан иситма, иштаҳа йўқолиши, йўтал, тахипноэ ва/ёки диспноэ.
Зотилжамнинг кам учрайдиган симптомлари	Кўкрак қафаси ва қоринда оғриқ, қусиш, ёш болаларда–онгнингбузилиши, тиришиш.
Ўпка перкуссияси	Перкуссия товушининг локал қисқариши.
Ўпка аускультацияси	Сустлашган ёки бронхиал нафас, крепитация ёкимайда пуфакчали нам хириллашлар, бронхофония.

Объектив равишда:

Иситма

Зарарланган томонида:

✓ Ўпка пастки қирралари экскурсиясининг чекланиши
✓ Овоз титрашининг кучайиши

Перкутор товушнинг қисқариши

IA	Аускультацияда: сустлашган везикуляр ёки бронхиал нафас, крепитация, жарангдор майда пуфакчали нам хириллашлар

Зотилжам ўткир бошланиши билан характерланади. 6 ойдан каттароқ болада иситманинг йўқлиги бактериал зотилжамни истисно қилади. *C.trachomatis* оқибатида ШТЗ билан ҳаётнинг биринчи ой болаларда, тана ҳарорати, одатда, бир оз кўтарилган ёки нормал бўлади [1, 10, 14].

Зотилжамнинг асосий белгиларидан бири тахипноэ ва/ ёки диспноэ ҳисобланади. 5 ёшгача бўлган болаларда тахипноэнинг ёш мезонлари 1-жадвалда кўрсатилган.https://cyberleninka.ru/article/n/vnebolnichnaya-pnevmoniya-u-detey-algoritmy-diagnostiki-i-antibakterialnoy-terapii

Жадвал 1

Тахипноэнинг ёш мезонлари[9]

Ёш	Меъёрий кўрсаткичлар (1 минутдаги нафас)	Тахипное (1 минутдаги нафас)
2 ойгача	30-50	≥ 60
2 – 12 ой	25-40	≥ 50
1 – 5 ёш	20-30	≥ 40
>5 ёш	15-25	≥ 30

II B	Характерли физикал симптомлар зотилжам билан оғриган болаларнинг 50-70% да кузатилади, уларнинг йўқлиги зотилжамни истисно қилмайди [1,13].

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

Миколазма этиологияли ШББЗ билан кенг тарқалган бронхит кўпинча бир вақтнинг ўзида кузатилади, бу кўпинча одатда ассиметрик нам хириллашлар билан намоён бўлади. Хламидия этиологияли ШББЗ учун аста-секин бошланиш характерлидир, кўпинча бир вақтнинг ўзида юқори нафас йўлларининг яллиғланиш белгилари мавжуд бўлади.

Шифохонага режалаштириб ётқизилишидан олдин ўтказиладиган зарур текширувлар доираси:

IA	- Рентген текшируви камдан-кам ҳолларда даволаниш тактикасини ўзгартириши мумкин бўлган маълумотларни беради. Агар асоратларга плеврал назла, эмпиема, пневмоторакс, пневматоцеле, интерстициал зотилжам, перикардиал назла) шубҳа туғилса, рентгенографияни албатта ўтказиш керак; - умумий қон таҳлили (6та параметр); - пешобнинг умумий таҳлили

2.1.2. Кўкрак қафасининг рентгенографияси: амбулатор

IA	Беморларда ШТЗ гумон қилинишини тасдиқлаш учун оддий кўкрак қафаси рентгенографияси зарур эмас, амбулатория шароитида даволаниш учун етарли (клиникада ёки шошилинч тиббий ёрдам бўлимида текширилгандан кейин).

IB	Гипоксемия гумон қилинган ёки ҳужжатлаштирилган ёки сезиларли даражада нафас олиш қийинлишуви бўлган беморларда ва самарасиз бошланғич антибиотик терапияси олган беморларда зотилжам асоратлари, шу жумладан парапневмоник назлалар, некрозлизотилжам ва пневмотораснинг мавжудлигини ёки йўқлигини текшириш учун кўкрак қафаси орқа-олди ва ён томон рентгенограммасини олиш керак.

Дастлабки кўкрак рентгенограммалари: шифохонада

IB	Паренхимал инфильтратларнинг мавжудлигини, ҳажмини ва хусусиятини ҳужжатлаштириш ва антимикроб препаратлар ва ёрдам берувчи дори-дармонлардан ташқари аралашувларга олиб келиши мумкин бўлган зотилжамнинг асоратларини аниқлаш учун ШББЗ билан шифохонага ётқизилган барча беморлардан кўкрак қафаси (орқа-олди ва ёни) рентгенограммаларини олиш керак.

Кўкрак қафасининг рентгенограммаси

IB	Одатдаасоратланмаган ШББЗ болаларга такрорий кўкракқафасининг рентгенограммаситалаб қилинмайди.
	Кўкрак қафаси рентгенограммасини такрорлаш клиник яхшиланмаган болаларда ва прогрессив симптомлари бўлган ёки антибиотик терапиясини бошлаганидан кейин 48-72 соат ичида клиник ёмонлашуви бўлган болаларда талаб қилинади.

IC	Парапневмоник назла билан асоратланган зотилжам билан оғриган болаларга кўкрак қафаси найчасини қўйгандан кейин ёки видео (VATS) ёрдамидаги торакоскопик операциясидан кейин агар улар клиник жиҳатдан стабил бўлса мунтазам равишда кўкрак қафаси рентгенографиси тавсия этилмайди.
	Нафас етишмовчилиги ривожланаётган ёки клиник стабилликга эга бўлмаганасоратли зотилжам билан оғриган беморларда ёки 48-72 соат ичида терапияга жавоб бермайдиган доимий иситмаси бўлган беморларда кўкрак қафасининг рентгенограммаси зарур.

IB	ШББЗ ташхиси қўйилганидан кейин 4-6 ҳафта ўтгач, такрорий ўша лобар зотилжам билан оғриган ва дастлабки рентгенографияда лобар коллапсли анатомик аномалик, кўкрак массаси ёки ёд жисмнинг аспирацияси гумон қилинган беморларда кўкрак қафаси рентгенографияси такрорий ўтказилади.

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

Асосий ташҳислаш тадбирлари рўйхати:

IA	- Тўлиқ қон таҳлили (батафсил); - Сийдикни умумий таҳлили - буйрак шикастланишини истисно қилиш учун; - Билирубин, АЛТ, АСТ ни аниқлаш - оғир зотилжам пайтида жигар фаолиятини баҳолаш учун; - Кўкрак қафаси рентгенограммаси (битта проекцияда) - ўпкада яллиғланиш ҳажми ва характерини, лобар, полисегментар шикастланишлар, ўпка ателектазини даволашдан 2 ҳафта ўтгач, динамикада аниқлаш; - ЭКГ – юракдаги ўзгаришларни истисно қилиш учун; - Балғамнинг умумий таҳлили – яллиғланиш даражасини аниқлаш; - Флора ва антибиотикларга микроблар сезгирлиги учун балғамни бактериологик экиш; - Ташқи нафас олиш функцияларини текшириш, пульсоксиметрия – тахипноэ ёки клиник гипоксия билан бўлган барча болаларга; - Ички аъзоларнинг ультратовуш текшируви – паренхимал органларнинг шикастланишини истисно қилиш учун; -Копрограммава нажас гижжа тухумларига – ферментатив жараёнларни баҳолаш.

Қон ҳужайраларининг умумий сони

IIIC	Амбулатор шароитда ШТЗ гумон қилинган барча болалар учун қон ҳужайраларини мунтазам равишда ҳисоблаш талаб қилинмайди, аммо оғирроқ касалликларга чалинган болаларда клиник текширув ва бошқа лаборатория ва тасвирий тадқиқотлар шароитида клиник бошқарув учун фойдали маълумотлар берилиши мумкин.
	Оғир зотилжам билан оғриган беморлар учун клиник текширув ва бошқа лаборатория ва тасвирий тадқиқотлар шароитида изоҳлаш учун қон ҳужайраларининг тўлиқ сонини олиш керак.

Плеврит жараёнини назорат қилиш учун *рентгенография ўрнигаУТТ* дан фойдаланиш тавсия этилади, бу нурланиш таъсирини камайтиришга имкон беради [13]. Сўнгги тадқиқотлар зотилжамни аниқлаш учун УТТ дан фойдаланиш имкониятини кўрсатади [16-17].

IB	Пульсоксиметрияни зотилжами бор ва гипоксемияга шубҳа қилинган барча болаларда ўтказиш керак.

	Гипоксемия мавжудлиги тиббий ёрдам кўрсатиш жойи ва кейинги ташҳислаш чоралари тўғрисида қарор қабул қилишни аниқлаши керак.

Бронхообструктив синдром белгилари бўлган ШББЗ да ташқи нафас олишни баҳолаш учун функционал усуллардан фойдаланиш тавсия этилади: *спирография* (5 ёшдан) ва/ёки бронхолитик тестли*бронхофонография* [1].

2.1.3. МИКРОБИОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАР

Қон таҳлили: амбулатор

IB	Амбулатория шароитида токсик бўлмаган, тўлиқ иммунизация қилинган, ШББЗ билан касалланган болаларда қонни экиш мунтазам равишда амалга оширилмаслиги керак.
	Қонни текширишни клиник яхшиланиш кузатилмаётган болаларда ва антибиотик терапияни бошлагандан кейин симптомлари кучайган ёки клиник ёмонлашуви бўлган болаларда ўтказиш керак.

Гемокультура: шифохонада

IC	Шифохонага ётқизилиши керак бўлган ўртача ва оғир, айниқса мураккаб зотилжамли болаларда бактериал га гумон қилинганда, қонни экиш учун тошириш керак.
	Чиқиш мезонларига жавоб берадиган беморлар аҳволи яхшиланса, кутилган идентификация ёки сезувчанлик натижалари билан ижобий гемокультура одатда ушбу беморни тегишли оғиз ёки томир ичига юбориладиган антимикроб терапияси билан чиқарилишига тўсқинлик қилмаслиги керак. Яхши кузатув таъминланса, беморни чиқариш мумкин.

Қоннинг кейинги таҳлиллари

IIIC	Клиник яхшиланиши аниқ бўлган болаларда қонни такрорий такрорлаш пневмококк бактерие-миясининг аниқланишини ҳужжатлаштириш учун зарур эмас.

IC	*S.aureus* чақирган бактериемия билан оғриган болаларда клиник ҳолатидан қатъи назар,

	бактериемияни йўқ қилишни ҳужжатлаштиришда қон экиш учун такрорий олиниши керак.

Балғамни экиш ва Грам бўйича бўяш

IIIC	Экишва Грам бўйича бўяш учун балғам намуналари балғам билан шифохонага ётқизилган болаларда текширилиши лозим.

Бактериоскопия тез ташхиснинг муҳим усули ҳисобланади. Балғамнинг йирингли характери билан Грам бўялиши 80% ҳолларда дастлабки этиологик ташхис қўйиш имконини беради. Ахборотсиз намуналар (≥10 ясси эпителиал ҳужайралар ва ≤ 25 сегментли нейтрофиллар×100) текширилмайди [18]. Балғамни бактериологик таҳлил қилиш ташхиснинг асосий усули ҳисобланади. Бу усулнинг муҳим камчилиги шундан иборатки, натижалар фақат 3-4 кундан сўнг олинади [1].

Бактериологик қон анализи (гемокультура) оғир ШББЗ бўлган шифохонага ётқизилган болаларда ва самарасиз АБТ ҳолатида амалга оширилади [9-10]. Пневмококкли бактериемияда АБТ фонида ҳолат яхшиланса, такрорий гемокультура текшируви мақсадга мувофиқ эмас; Агар *S.aureus*қонда аниқланса, даволаш натижаларидан қатъий назар такрорий таҳлил қилиш тавсия этилади [9]. ШТЗ этиологик ташхиси учун *бурун ва оғиз-халумдан олинадигансуртмалар бактериологик таҳлил*натижалари сохта - ижобий ва сохта-салбий бўлганлиги туфайли муҳим ахборот эмас [1].

*Плевра экссудати*нинг ҳар бир олинган намунаси учун *бактериологик таҳлил* тавсия этилади ва плевра суюқлигида *ПЗР ташҳислаш* ва *пневмококк антигенларини аниқлаш* ҳам тавсия этилади [9-10].

БАЛдабалғамда 10^6/мл ёки 10^4/мл миқдорда пневмотроп бактерияларни аниқлаш диагностик аҳамиятга эга. Одатда стерил бўлган қон ва плевра экссудатидан патогенни экиш ишончли ҳисобланади. АБТни бошлашдан олдин бактериологик тадқиқотлар ўтказилиши керак. Патогенни аниқлашда тадқиқот учун материал олиш, сақлаш ва лабораторияга етказиб бериш қоидаларига риоя қилиш асосий аҳамиятга эга [1].https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-mikrobiologicheskoy-diagnostiki-pri-vnebolnichnoy-pnevmonii-vzroslyh?ysclid=lu53i1ii6t382908772

IA	Плевра суюқлигининг Грам бўйича бўялиши ва бактериал экиш ҳар гал плевра суюқлиги намунаси олинганда бажарилиши керак.
IB	Полимераз-занжирли реакция (ПЗР) билан антигенни синаш ёки нуклеин кислота амплификацияси плеврал суюқликдаги патогенларни аниқлашни кучайтиради ва даволашда фойдали бўлиши мумкин.
IIIC	pH ва глюкоза, оқсил ва лактат дегидрогеназа даражалари

	каби плеврал суюқлик параметрларини таҳлил қилиш камдан-кам ҳолларда беморни даволаш бошқарувини ўзгартиради ва тавсия этилмайди.
IIIB	Плевра суюқлигидаги лейкоцитлар сонини (WBC) дифференциал ҳужайралар таҳлили ёрдамида таҳлил қилиш, аввалambор, бактерияларни микобактериал ва хавфли этиологиядан фарқлаш учун тавсия этилади.

2.1.4. ***Қўшимча тахлилий текширувлар (кўрсатмалар бўйича):***

IIB	- атипик флора, Candida замбуруғлари авлодининг морфологиясини ўрганиш бўйича тадқиқотлар; - қоннинг умумий оқсил ва оқсил фракцияларини аниқлаш; - капилляр қоннинг ивиш вақтини аниқлаш –ДВС- синдромини ташҳислаш; - қон гуруҳи ва резус омилини аниқлаш –20% қон ва унинг ўрнини босувчи моддаларни киритиш учун (кўрсатмаларга мувофиқ); - компьютер томографияси (кўрсатмалар бўйича); -бронхоскопия (бронхдагиёд жисм, ателектаз).

Атипик флорани тадқиқ қилиш

IIIB	*Mycoplasma pneumoniae*га шубҳа қилинган болалар антибиотик терапиясини танлаш учун текширилиши керак.
IA	*Chlamydophilapneumoniae* га диагностик текширувини ўтказиш тавсия этилмайди, чунки ҳозирда ишончли ва осонликча мавжуд бўлган ташҳислаш тестлари мавжуд эмас.

II B	Қонда прокальцитонин (ПКТ) ва С-реактив оқсил миқдорини аниқлаш зотилжам билан шифохонага ётқизилган беморларда катта амалий аҳамиятга эга.

СРО ва яллиғланишнинг ўткир босқичининг бошқа оқсиллари, шунингдек цитокинлар (ИЛ-1 ва ИЛ-6) нинг қондаги даражасининг сезиларли даражада ошиши оғир бактериал зотилжамга хосдир [7, 9-10, 13].

- бактериал зотилжам учун 1 нг/мл дан ошиши характерлидир (пневмококк учун – 2 нг/мл дан ортиқ), вирусли зотилжам билан кўрсаткич одатда 1 нг/мл дан паст бўлади;

- кўрсаткич одатда касалликнинг оғирлиги билан ўзаро боғлиқ ва беморни ЖИТБ га ўтказиш мезонларидан бири сифатида фойдаланиш мумкин;

- кўрсаткич етарли АБТ фонида тезда нормаллашади ва уни бекор қилиш учун объектив кўрсаткич сифатида ишлатилиши мумкин [7].

Қайталанган ШТЗ билан касалланган беморларда, одатдагидан оғир ва/ёки узоқ муддатли кечганда, нотипик чақирувчилар аниқланганда, ОИВ инфекциясини истисно қилиш ва иммунитет ҳолатини аниқлаш керак [1].

Лаборатория кўрсаткичлари

IA	Касалликнинг бошланишидаги лаборатория кўрсаткичлари, масалан, эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ), С-реактив оқсил (СРО) концентрацияси ёки зардобдаги прокальцитонин концентрацияси, ШТЗ вирусли ва бактериал сабабларини ажратиш учун ягона детерминант сифатида ишлатилиши мумкин эмас.
IC	Амбулатория шароитида даволанадиган, ШТЗ билан касалланган тўлиқ иммунизация қилинган болаларда ўткир реактивларни мунтазам равишда ўлчаб турмаслик керак, аммо оғирроқ шароитларда ўткир реактивлар клиник даволаниш учун фойдали маълумотларни бериши мумкин.
IIIC	Шифохонага ётқизишни талаб қиладиган ёки зотилжам билан боғлиқ бўлган асоратлар каби янада жиддий тиббий сабабларга эга беморларда, касалликнинг бошида лаборатор кўрсаткичлари терапияга жавобни баҳолаш учун клиник белгилар билан биргаликда ишлатилиши мумкин.

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

*Зотилжамнинг этиологик ташҳислаш*нинг мавжуд имкониятлари ва чекловлари 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

Зотилжамни этиологик ташҳислашнинг мавжуд имкониятлари ва чекловлари [18-19]

Тадқиқот усули	Ўтказиш муддати	Чекловлар	Сезгирлиги %	Хусусияти %
Грам бўйича бўялган балғам суртмасининг бактериоскопияси (цитологик мезонларни ҳисобга олган ҳолда)	Амбулатория шароитида ҳар қандай муддатда, шифохонага ётқизилганда биринчи 3 кун	Йўқ	50-60	80
Грам бўйича бўялган плевра суюқлиги	Плеврал пункцияда	Йўқ	50-60	80

суртмасининг бактериоскопияси				
Гемокультура	Касалликнинг биринчи 3 куни	АБТ	2-18	> 95
Балғамни экиш			29-94	50
БАЛ экиш			90	97
Плевралэкссудатни экиш	Плеврал пункцияда	АБТ	40-70	100
Қон ПЗР	Амбулатория шароитида ҳар қандай муддатда, шифохонага ётқизилганда биринчи 3 кун	Йўқ	100	95-99
Балғам ПЗР		Сифатсиз йиғилган намуна	80-90	> 85
БАЛ ПЗР			86-100	90-100
Бурун ёки оғиз-халқум суюқлиги ПЗР			56-73	99
Плеврал суюқлик ПЗР	Плеврал пункцияда	Йўқ	68-100	92-100
Сероташҳислаш	7 кундан кейин (биринчи зардоб) ва 10-14 кундан кейин (иккинчи зардоб).	Жуфт зардоблар йўқлиги	80	92
Плевра экссудатида Агни аниқлаш	Плеврал пункцияда	АБТ	< 70	>90
Пешобда пневмококк АГ ни аниқлаш	Исталган	17 ёшгача*, АБТ > 24 соат	50-80	>90
Пешобда легионелла АГ ни аниқлаш	Касалликнинг 3-кунидан бошлаб	Йўқ	> 90	> 90

*болаларда яллиғланиш белгиларини аниқлаш билан биргаликда диагностик қиймати кўрсатилади

Иммунологик ташҳислаш усуллари қўзғатувчининг бактериал антиген ва/ёки антитаначаларини аниқлашга қаратилган. Латекс аглютинация усули (сезгирлиги 70% гача, ўзига хослиги — 90% дан ортиқ.) плевра суюқлигида пневмококк антигенини аниқлаш, шунингдек биоматериалдан ажратиб олинган микроорганизмлар штаммларини серологик аниқлаштириш учун ишлатилади. Ферментлар билан боғлиқ иммунофермент таҳлили (ИФТ) асосан вирусларга қарши АТ титрининг кўпайишини баҳолашда ва атипик қўзғатувчиларга нисбатан ўткир фазага хос АТ ни аниқлашда ишлатилади. Беморларнинг эрта (10-14 кунгача) шифохонадан чиқарилиши сабабли, тадқиқот зотилжамда ўзига хос иммунитет реакциясини аниқлаш учун клиник амалиётда кенг қўлланилиши мақсадга мувофиқ эмас. Иммунохроматографик таҳлил (ИХТ) гемолитик стрептококк А ва Б гуруҳлари, MRSA, вирусларнинг АГ ни аниқлаш учун ишлатилади.

ПЗР усуллари тоза культураларни ажратмасдан бактерияларни аниқлаши мумкин, юқори диагностик аниқлик билан тавсифланади ва атипик бактериялар ва вирусларни аниқлаш учун айниқса муҳимдир. Трахеал

аспират, балғам ва қон таҳлили учун ишлатилади [9-10, 14]. Балғам ёки трахеал аспират олишнинг иложи бўлмаса, бурун ва оғиз-халқумдан суртма олиб текшириб жоиз, лекин ижобий натижа зотилжамнинг фақат тахминий этиологиясини аниқлаш имконини беради.

ПЗР нинг камчилиги тирик қўзғатувчини ўликдан ажрата олмаслигидир, бу эса беморни даволаш самарадорлигини кузатишда ПЗР натижаларини талқин қилишда хатоларга олиб келиши мумкин. IgM (ИФТ усули) антитаначаларни аниқлаш асосида микоплазма ва хламидиал инфекцияларни бир вақтнинг ўзида аниқлаш ва ижобий ПЗР натижаси ташхислашнинг ишончлилигини оширади [20].

2.1.5. Сийдик антигенини аниқлаш учун тестлар

IA	Болалар сийдигида пневмококк антигенларини текшириш, одатда *S.pneumoniae*бурун-халқумда ташиш даражаси юқори бўлгани учунсохта-ижобий даражаси юқори бўлганлиги сабабли зотилжам ташхиси учун тавсия этилмайди.

Оғир ШТЗбилан оғриган беморда АБТга кутилган жавоб бўлмаса, этиологик ташҳислашнинг барча мавжуд усулларидан фойдаланиш зарур.

2.1.6. Вирусли патогенни текшириш учун синов

IA	ШББЗ билан касалланган болаларни баҳолашда грипп ва бошқа респиратор вирусларни тезкор ташхислаш учун сезгир ва ўзига хос тестлардан фойдаланиш керак. Вирусга қарши препаратларнинг амбулатория шароитида ҳам, шифохона шароитида ҳам тўғри ишлатилишини аниқлаш билан бирга, гриппга қарши ижобий тест қўшимча ташҳислаш текширувларига бўлган эҳтиёжни ҳам, антибиотиклардан ҳам фойдаланишни камайтириши мумкин.
IA	Бактериал ко-инфекцияни назарда тутадиган клиник, лаборатория ёки радиологик маълумотлар йўқлигида, грипп вируси учун ижобий синов билан амбулатория ва шифохона шароитда ҳам, болалар учун антибактериал даволаш талаб қилинмайди.
IIIC	Грипп вирусидан ташқари нафас олиш йўллари вирусларини текширишда зотилжамга шубҳа қилинган болаларда клиник қарор қабул қилиш ўзгариши мумкин, чунки бактериал коинфекцияни назарда тутадиган клиник, лаборатория ёки рентгенография топилмаса, антибиотик терапияси одатда бу болалар учун талаб қилинмайди.

3-расм.Болаларда шифохонадан ташқари зотилжамни ташхислаш ва даволаш алгоритми



1) Болаларда шифохонадан ташқари зотилжамни ташхислаш ва даволаш алгоритми

Шифохонадан ташқари зотилжам–бу шифохонадан ташқарида (амбулатор, уйда) ёки стационарга ётқизилганидан кейин дастлабки 72 соатда ривожланган зотилжам



3. Дифференциал ташхис ва қўшимча тадқиқотларни асослаш:

Ташҳис ёки касалликнинг сабаби	Дифференциал ташхисни асослаш	Текширув	Ташхисни истесно қилиш
Бронхиолит	Болада астмасимон нафас олишнинг биринчи холати < 2 ёш - Бронхиолит касаллигининг мавсумий ошиши даврида астмоид нафас олиш -кўкрак қафасининг кенгайиши -узоқ вақт нафас чиқариш	Кўкрак қафаси рентгенографияси	-Аускультация-заифлашган нафас олиш (агар жуда кучли ифодаланган бўлса-ҳаво йўли тутилишини истисно қилиш) - Бронхолитик воситаларга кучсиз реакция ёки ҳеч қандай реакция йўқ
Сил (туберкулез)	Сурункали йўтал (> 30 кун); - Яхши ривожланмаган/ вазнда ортда қолиш ёки вазн йўқотиш;	Кўкрак қафаси рентгенографияси, Манту синамаси, Балғам микробиологик тахлили	ижобий Манту реакцияси; - анамнезда сил касаллиги бўлган бемор билан алоқа; -рентгенологик белгилар: бирламчи мураккаб ёки милиар сил - Катта ёшдаги болаларда балғамни текширишда сил микобактерияларини аниқлаш
Кўкйўтал	Пароксизмал йўтал, характерли конвульсив хириллаш нафаси билан, қусиш, цианоз ёки апноэ билан бирга; - Йўтал хуружлари орасида аҳволи яхши;	Кукрак қафаси рентгенографияси, Қизамиқ бўлган бемор билан контактда бўлганлиги	- иситма йўқлиги; - Анамнезда АКДК эмланмаган
Ёд жисм	Механик ҳаво йўли тутилиши	Кўкрак қафаси рентгенографияси.	-Нафас йўлларида перкутор

	тўсатдан ривожланиши (бола "қалқиши") ёки стридор - баъзан астмоид нафас ёки бир томондан кўкрак кафасини патологик кенгайиши;		товушининг ортиши ва кўкс оралиғининг силжиши билан ҳаво тутилиши -ўпка коллапсининг белгилари: суст нафас олиш ва перкутор товушнинг бўғилиши -бронхолитикларга реакция йўқ
Назла (выпот)/ плевра эмпиемаси	Перкуссия товушининг"тош" дўнглиги;	Кўкрак қафаси рентгенографияси	- нафас шовқинининг йўқлиги
Пневмоторакс	Тўсатдан бошланлиши; -Перкуссияда кўкрак қафасининг бир томонида тимпаник товуш;	Кўкрак қафаси рентгенографияси	-Кўкс оралиғининг сурилиши
Пневмоцистли пневмония	- марказий цианоз; - кўкрак қафасининг кенгайиши; - тез-тез нафас олиш; - "барабан таёқчалари" шаклидаги бармоқлар	Рентгенография кўкрак қафаси	аускультация ўзгаришлари бўлмаганида рентгенограммадаги ўзгаришлар; - жигар, талоқ, лимфа тугунлари катталашган; -Онада ёки болада ОИВ-тест ижобий

4. ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМ ДАВОЛАШ
4.1АМБУЛАТОР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

4.1.1 Номедикаментоз даволаш.

Диетотерапия (Парҳез столи № 0.2. 2С, 2А, 4 Б С 15). Интоксикация синдромини камайтириш ва балғам ишлаб чиқаришни осонлаштириш учун - етарли даражада гидратация, кунига 100 мл / кг гача кўп миқдорда суюқлик (илиқ ичимликлар); Балғамни олиб ташлашнинг жисмоний усулларини ўз ичига олган ҳолда, ўткир даврда пневмония муҳим рол ўйнамайди. Электр

процедуралари кераксиз, улар касалхонада қолишни узайтиради ва клиникада суперинфекция хавфини туғдиради. Плеврал ўзгаришларнинг резорбсиясини тезлаштириш учун машқлар терапияси ва нафас олиш машқлари (амбулатория) кўрсатилади. Эмизишни рағбатлантириш ва ёшга мос овқатланишни таъминлаш. Иситма ва нафас олиш етишмовчилиги даврида ётоқда дам олиш. Кўкракни дренажлаш, йўтал рефлексини камайтирганда стимуляция қилиш, тикланиш даврида нафас олиш машқлари. Кинезитерапия комплекс даволашнинг муҳим таркибий қисмларидан биридир. Кинезитерапиянинг асосий мақсади бронхиал дарахтни бронхларни тўсиб қўядиган ва бронхопулмонер тизимнинг юқумли касалликларининг ривожланишига мойил бўлган ёпишқоқ балғам тўпланишидан тозалашдир.

Оксигенотерапия$SpO_2$92% дан кам бўлган беморларга кўрсатилади. Кислород интраназал ёки юз ниқоби билан таъминланади [1].

4.1.2 Медикаментоз даволаш.

- **Антибактериал терапия**. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалари бўлмаган ШТЗ билан касалланган барча болаларда, шунингдек, ўртача ШТЗ билан касалхонага ётқизилган болаларда оғиз орқали АБТни қўллаш тавсия этилади. ШТЗ оғир пневмония учун АБТ одатда парентерал тарзда буюрилади[1].

ПКТ даражаси назорати остида АБТ бўйича тавсиялар [29]

Қонда ПКТ миқдори	<0,25 нг/мл	≥ 0,25нг/мл
АБТ бўйича тавсиялар	Тайинламаслик/тўхтатиш	Тайинлаш/давом эттириш
Изоҳлар	Агар АБТ тайинланмаган ёки бекор қилинган бўлса, 6-24 соатда ПКТ даражасини аниқлаш керак. Қуйидаги ҳолларда АБТни тайинлаш/ давом эттиришни кўриб чиқиш керак: - респиратор ёки гемодинамик номутаносиблик - оғир ёндош касалликлар, - ЖИТБ га ётқизиш.	ПКТ даражасининг динамикасини ҳисобга олиш муҳимдир. Таҳлилни ҳар 48 соатда такрорлаш тавсия этилади. Агар энг юқори кўрсаткич жуда юқори бўлса, ПКТ даражаси энг юқори кўрсаткичнинг 80-90% га тушганда АБТ ни тўхтатиш тавсия этилади. Агар ПКТ даражаси пасаймаса, терапияни қайта кўриб чиқиш тавсия этилади.

- **Вирусга қаршипрепаратлар:**ЎРВИнинг иммунотерапияси учун интерферонлар, интерферон индукторлари, бошқа таъсир механизмига эга иммуномодулятор препаратлар қўлланилади. Интерферон индукторлари ва

иммуномодулятор препаратлар тўғридан-тўғри таъсир қилувчи антивирус препаратлари ўрнини боса олмайди, улар фақат комплекс терапиянинг бир қисми сифатида ишлатилиши керак.

- **Хароратни туширувчипрепаратлар:**Асоратланмаган ва энг мураккаб пневмония учун оғиз орқали гидрация етарли. Антидиуретик гормоннинг ажралиб чиқиши туфайли суюқликни ушлаб туриш хавфи туфайли, эксикоз, коллапс, микроциркуляция бузилиши ҳолатларида инфузиялар суткада 20-30 мл/кг ҳажмда амалга оширилади, кун давомида бир текис тақсимланади, коллоид эритмалар 1/3 қисмига ҳосил бўлиши керак. Кислота-ишқор мувозанатини аниқламасдан гидроксиди эритмаларни юбориш фақат ДВС синдроми ва микроциркуляция бузилиши учун фавқулодда чора сифатида рухсат этилади. Оғир ШББЗ билан оғриган беморлар учун инфузион терапия суткалик умумий ҳажмнинг ярми миқдорида кўрсатилади, унинг ҳажмининг 1/3 қисмидан кўп бўлмаган вена ичига юборилади.
- **Муколитическая терапия:**Беморнинг аҳволини ёмонлаштирадиган кучли, самарасиз йўтал пайдо бўлганда *муколитик терапия*буюрилади. Кохрейннинг тизимли текшируви шуни кўрсатдики, муколитик препаратларни қўллаш ижобий таъсир кўрсатиши мумкин [42]. Бу препаратлар балғамнинг ёпишқоқлигини пасайтиради ва йўтални яхшилайди.
- **Бронхоспазмолитик терапия** бир вақтнинг ўзида бронхо-обструктив синдром мавжуд бўлганда (микоплазма, хламидия ёки вирусли этиологиянинг ШББЗ билан юзага келиши мумкин) ёки бронхиал астма билан оғриган беморда пневмония пайдо бўлганда кўрсатилади. Қисқа таъсир қилувчи б2-агонистларни ингалациялаш монотерапия сифатида ёки м-антиколинергик препарат билан биргаликда (афзалроқ небулизер орқали) кўрсатилади [1].
-**Энтеросорбент терапияси.** Эндотоксикоз билан кечадиган турли патологик шароитларни детоксификация қилиш ва патогенетик даволашнинг асосий таркибий қисмларидан бири. Улардан энг муҳими гепатопротектив, антиколестеролемик, антиаллергик ва айниқса, детоксификация ва иммуномодификация қилувчи таъсирлардир. Энтеросорбентлар организмдан токсинларни, аллергенларни, патоген бактериялар ва вирусларни, оғир металларни ва бошқа зарарли моддаларни боғлайди ва олиб ташлайди. Бу кейинчалик витаминлар ва микроелементларни сақлаб қолади ва фойдали микрофлорани тиклашга ёрдам беради. Тананинг ички муҳитини тозалайди.
- **Пробиотиклар.** Болалар учун ичак микрофлорасининг мувозанати ва функцияларини тиклаш ва сақлаш, диарея, метеоризм ва бошқа овқат ҳазм қилиш касалликлари, вирусли ва бактериал ошқозон-ичак инфекцияларининг олдини олиш ва даволаш учун, антибиотиклар билан даволаш пайтида.
- **Бошқа дорилар**. Эпидемиологик маълумотлар Д витаминининг етишмаслиги

ва инфекцияларнинг ривожланиши, айниқса вирусли этиология ўртасидаги боғлиқликни, шунингдек Д витамини етишмовчилиги ва етишмовчилигининг аутоиммун дисфункциялар, бронхиал астма, қандли диабет ва бошқа патологик шароитлар ривожланишидаги катта аҳамиятини тасдиқлайди. болалардаги заифлик ва жиддий касалликлар, пневмония билан оғриган ҳолатлар.

- Цинк пастки нафас йўлларининг ўткир инфекцияларига мойилликни пасайтиради, чунки у иммунитет тизимининг турли функцияларини тартибга солади, шу жумладан яллиғланиш ёки ўпка шикастланиши пайтида ҳаво йўллари ҳужайраларининг яхлитлигини ҳимоя қилиш ва сақлаш. Цинк қўшимчаларини (Иммуноцинк) рецептлаш пневмония билан касалланишнинг камайиши билан сезиларли даражада боғлиқ бўлиб, рух танқислиги бўлган популяцияларда рух қўшиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилган.
- Ҳафтада 15 мг дан 140 мг гача бўлган дозалар ҳам баҳоланди, юқори чегара болалар учун тавсия этилган суткалик дозадан (МКД) ошади - 1 ёшгача бўлган болалар учун кунига 2 мг ва болалар учун кунига 7 мг гача. 1 ёшдан 3 ёшгача. Оптимал дозани аниқлаш жуда муҳим, чунки цинкнинг юқори дозалари ва узоқ муддатли фойдаланиш мис ва темир каби бошқа озиқ моддаларнинг сўрилишини бузиши аниқланган.

- Муҳим дорилар рўйхати

Фармакотерапев-тив группа	МНН	Препарат шакллари	Далиллар даражаси
Аминопеници-ллинлар J01CA04 J01CA02	Амоксициллин	ичишга, 45-90 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут	A https://old.stgmu.ru/
	Амоксициллин/ клавуланат	ичишга, 45-90 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут	A https://old.stgmu.ru/
	Амоксициллин/ сульбактам	ичишга, 45-90 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут	A https://old.stgmu.ru/
	Сультамициллин	ичишга, 25-50 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут	B https://old.stgmu.ru/
Цефалоспоринлар-2 J01DC02 J01DC04	Цефуроксим	ичишга, 20-30 мг/кг (500 мг/сут, 2 марта /суткўрсатмага кўра	B https://old.stgmu.ru/
	Цефаклор	ичишга, 20-40 мг/кг	C

		(1500 мг/суткуп бўлмаган, 2-3 марта /суткўрсатмага кўра	https://old.stgmu.ru/
Макролидлар J01FA10 J01FA09 J01FA06	Азитромицин	ичишга, 10 мг/кг/сут, суткада 1 марта	A https://old.stgmu.ru/
	Кларитромицин (Клацид)	ичишга, 15 мг/кг/сут (500 мг дан кам эмас), 1-2 марта/сут	C https://old.stgmu.ru/
	Рокситромицин	ичишга, 5-8 мг/кг/сут (300 мг кўп эмас), 2 марта/сут	C https://old.stgmu.ru/
Вирус қарши препарат L03AB05	Рекомбинантлан ганинтерферон альфа-2b	Ректал 7 ёшдан катта болаларга, —500000 МЕ 1 супп. Дан. 2 марта суткада 12соатда 5 кун хар куни. 7 ёшгача болаларга, 150000 МЕ 1 супп. Дан. 2 марта суткада 12соатда 5 кун хар куни.	C https://old.stgmu.ru/
Вирус қарши препарат L03AB05	интерферон гаммага антитела, CD 4га антитела, гистаминга антитела	1 ойлик ва ундан катта ёшдаги болалар. Даволашнинг 1-кунида қуйидаги схема бўйича 8 таблеткадан олинг: Биринчи 2 соатда ҳар 30 дақиқада 1 таблеткадан (2 соат ичида жами 5 таблетка), сўнгра ўша кун давомида яна 1 таблеткадан 3 марта тенг вақт оралиғида олинг. 2-куни ва ундан кейин тўлиқ тикланишигача кунига 3 марта 1 таблеткадан олинг.	C https://old.stgmu.ru/
Вирус қарши препарат J05AB11	Валацикловир	Болаларга ½ таблеткадан кунига 2 маҳал. - Varicella Zoster вируси	C https://old.stgmu.ru/

		келтириб чиқарадиган Зостер учуғи ва сувчечак; - Herpes Simplex вируси келтириб чиқарадиган тери ва шиллиқ пардаларнинг инфекция-лари (1 ва 2 турдаги) - цитомегаловирус (ЦМВ)инфекциясининг кўпайишини камайтириш учун.	
Вирус қарши препарат L03	аминодигидрофталазиндион натрия	Ректал: 1 ёш ва ундан катта болалар учун, 1 ташамчадан ҳар куни 5 кун, кейин 1 та шамчадан ҳар куни 10 кун давомида. Курс - 15 та шамча. Тил остига таблеткалар. 1 таблеткадансуткасига 4 маҳалгача ёки 2 та таблеткадан суткасига 2 маҳал 5 кун.	С https://old.stgmu.ru/
Вирус қарши препарат L03	Азоксимера бромид	Парентерал юбориш учун еритмалар тайёрлаш (мушак ичига ва томир ичига): Мушак ичига юбориш учун 3 мг препарат 1 мл (2 мл га 6 мг доза) инъекция учун сувда ёки 0,9% натрий хлорид эритмасида эритилади. Солвентни қўшгандан сўнг, препарат шишиши учун 2-3 дақиқага қолдирилади, кейин силкитмасдан айланиш ҳаракатлари билан аралаштирилади. Вена ичига томчилаб юбориш учун препарат 2 мл стерил 0,9% натрий	С https://old.stgmu.ru/

		хлорид эритмасида эритилади. Солвентни қўшгандан сўнг, препарат шишиши учун 2-3 дақиқага қолдирилади, кейин айланиш ҳаракатлари билан аралаштирилади. Бемор учун ҳисобланган доза стерил тарзда 0,9% натрий хлорид эритмаси бўлган шиша / сумкага ўтказилади. Интраназал ва сублингуал фойдаланиш учун эритма тайёрлаш: болалар учун 3 мг дозаси 1,0 мл (20 томчи), 6 мг дозаси 2,0 мл (40 томчи) (бир томчи (0,05 мл)) эритилади. тайёрланган эритмада 0,15 мг препарат мавжуд).	
Муколитик препаратлар R05CB01 R05CB06 R05FB02	Ацетилцистеин (АЦЦ)	Оғиз орқали кунига 2-3 марта 100 мг ёки кунига 2-3 марта 10 мл сироп (кунига 400-600 мг ацетилсистеин). 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар: 1 эрувчан таблетка. 100 мг дан кунига 3 марта ёки 2 эрувчан таблеткакунига 2 марта, 2 ёшдан болалар.	B https://old.stgmu.ru/
	Амброксол	Оғиз орқали, 5 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: 2-3 бўлинган дозада кунига 30-45 мг. 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар: 3 бўлинган дозада кунига 22,5 мг. 2 ёшгача бўлган болалар:	B https://old.stgmu.ru/

		кунига 15 мг 2 дозага бўлинган.	
	Бутамират+ Гванфенезин	Ичкарида, 7 кг гача, кунига 3-4 марта 8 томчи, - 7-12 кг, кунига 3-4 марта 9 томчи, - 12-20 кг, кунига 3 марта 14 томчи, - 20-30 кг, кунига 3-4 марта 14 томчи, - 30-40 кг, кунига 3-4 марта 16 томчи, - 40-50 кг, кунига 3 марта 25 томчи, - 50-70 кг, кунига 3 марта 30 томчи, - 70 кг дан ортиқ, кунига 3 марта 40 томчи	B https://old.stgmu.ru/
Муколитик препаратлар R05CB	брадикининга, гистаминга, морфинга антителал, тозаланган	3 ёшдан катта болалар кунига 3 марта 1-2 чой қошиқданфойдаланадилар.Овқатдан ташқари кунига 3 марта 1-2 таблеткадан олинг. (тўлиқэригунча оғизда сақланг).	B https://old.stgmu.ru/
Фитопрепарат балғам кўчирувчи ва бронхоспазмолитик таьсирга эга R05CA	Стандартланган қуруқ печак экстракти (5-7,5:1) ЕА 575	Оғиз орқали сироп 7 мг / мл: 0 ёшдан 1 ёшгача - кунига 2 марта 2,5 мл, 1 ёшдан 6 ёшгача - кунига 3 марта 2,5 мл, 6 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 5 мл. 20 мг/мл томчи: 1 ёшдан 4 ёшгача - кунига 3 марта 12 томчи, 4 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 16 томчи, 10 ва ундан катта ёшдагилар - кунига 3 марта 24 томчи. 65 мг таблеткалар: 6 ёшдан 12 ёшгача - ½ таблетка. Кунига 2	C https://old.stgmu.ru/

		марта, 12 ёшдан ошган болалар - 1 таблетка. эрталаб ва ½ таб. Кечқурун. 35 мг пакетлардаги эритма: 12 ёшдан ошган болалар, 1 саше-пакет. Кунига 3 марта, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 1 саше-пакетдан. кунига 2 марта.	
	Тимьян ўти (Thymiherba), печак барглари (Hedera efolium)	Оғиз орқали сироп 7 мг / мл: 0 ёшдан 1 ёшгача - кунига 2 марта 2,5 мл, 1 ёшдан 6 ёшгача - кунига 3 марта 2,5 мл, 6 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 5 мл. 20 мг/мл томчи: 1 ёшдан 4 ёшгача - кунига 3 марта 12 томчи, 4 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 16 томчи, 10 ва ундан катта ёшдагилар - кунига 3 марта 24 томчи. 65 мг таблеткалар: 6 ёшдан 12 ёшгача - ½ таблетка. Кунига 2 марта, 12 ёшдан ошган болалар - 1 таблетка. эрталаб ва ½ таб. Кечқурун. 35 мг пакетлардаги эритма: 12 ёшдан ошган болалар, 1 саше-пакет. Кунига 3 марта, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 1 саше-пакетдан кунига 2 марта	С https://old.stgmu.ru/
Витамин D_3 A11CC05	Холекальциферол(Аквадетрим)	Ичишга, 0 – 1 ёш – 1500МЕ, 1 – 5 ёш - 2500МЕ, от 6 – 18 ёш 3000МЕ	С [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]
Цинк препарати A12CB	Иммуноцинк	Ичишга, 1 ёшгача – 10 мг; 1-6 ёш – 22 мг; 6-10 ёш – 25 мг; 10-16 ёш – 28 мг; 16-18 лет – 32 мг.	С[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
Энтеросорбент терапия A07BC	Диоксид кремний юқори дисперли+ Лактулоза	3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар: кунига 1 марта 1 саше-пакет; 7 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: кунига 2 марта 1 саше-пакет; 12 ёшдан ошган болалар ва катталар: кунига 3 марта 1 саше-пакет. Маҳсулотнинг тайёрланган сувли суспензияси овқатдан ёки дори-дармонлардан	С [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_%

		1 соат олдин оғиз орқали олинади.	D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82_22.07.2021.pdf]
Пробиотик	Пробулард	4 ёшдан 6 ёшгача - кунига 1 марта 1 капсуладан; - 6 ёшдан ва катталар - кунига 2 марта 1 капсуладан. Қўллаш бўйича кўрсатмалар: 6 ёшгача бўлган болалар учун капсуланинг таркибини бир стакан суюқликка (хона ҳароратига қадар совутилган қайнатилган сув, болалар овқати) бир марталик дозада қуйинг.	С https://old.stgmu.ru/

Эслатма:
1. Фойда/хавф нисбати нуқтаи назаридан, бутун суткалик дозани бир марталик юборишафзал.
2. Агар МИК 1,5 ёки 2 мкг/мл бўлса, суткалик дозани 3-4,5 г гача ошириш оқланади (юклаш дозаси 25-30 мг/кг).
3. ПРП сабаб бўлган ШТЗ ни даволашда кунига камида 6 г дозада буюриш тавсия этилади.
4. MPCA сабаб бўлган ШББЗ учун дозани кунига 3 марта 600 мг га ошириш самаралироқ бўлиши мумкин.
5. ПРП сабаб бўлган ШТЗни даволашда кунига камида 4 г дозада буюриш тавсия этилади.
6. Ҳар 12 соатда 1 г ИВ дозалаш тартиби расман тасдиқланмаган, аммо фармакодинамик/фармакокинетика тадқиқотлари нуқтаи назаридан ШТЗ оғир бўлган беморларда афзалроқ бўлиши мумкин.

ТИББИЙ ЁРДАМ ТУРЛАРИНИ ҲИСОБГА БЎЛГАН ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар

I A	**Режали госпитализация:** - БТСЁ даражасида БКИОБстандарти бўйича ХУМ (хавфнинг умумий белгилари) мавжуд бўлганда 5 ёшгача бўлган болалар; - Амбулатория терапиясидан самара йўқлиги; - Асоратлар мавжудлиги; - Зотилжамнинг оғир ва узоқ давом этадиган шакллари (10-12 ҳафтадан ортиқ). **Шошилинч шифохонага ётқизиш:** - Бегона жисмга гумон; -Кўкрак қафасининг пастки қисми тортилиши билан нафас етишмовчилигининг ва нафас олишнинг ортиши;

	- Нафас олиш (оғир) қийинлашуви (нафас олиш ноқулайлиги аниқ ёки эмизиш қийинлиги, овқатланиш ёки ичиш қийин, ёки гапириш қийин); - Оғир токсикоз (овқатланиш ёки ичиш, эмишдан воз кечиш, онгнинг бузилиши, иситма 5 кундан ортиқ); - Тиришишлар; - Марказий цианоз; - Тинч ҳолатда стридор (II-IV стеноз); - 2 ойликдан кичик бўлган барча болалар.

Беморларнинг қуйидаги тоифалари мажбурий касалхонага ётқизилиши керак:

- ҳаётнинг биринчи ойлари ва биринчи йилидаги беморлар;
- Эрта туғилган чақалоқлар;
- бронхопулмонер дисплази бўлган болалар;
- респиратор дистресс синдроми билан касалланганлар;
-вентиляциядан кейинги трахеобронхит билан механик вентиляцияда бўлганлар;
- интраутерин респираторли инфекция ва перинатал давр инфекциясидан омон қолганлар;
- интраутерин ривожланиш секинлашуви синдроми, анемия, рахит ва сурункали овқатланиш бузилиши бўлган болалар;
-такрорий назофарингит ва такрорий обструктив бўлмаган ва обструктив бронхит билан оғриган тез-тез касал бўлган болалар.
- Бу беморлар асоратланган пневмония хавфи остида.

ЖИТБга шошилинч қуйидаги болалар ётқизилади:

IA	Агар бола доимий бўлмаган сунъий ҳаво йўли (масалан, эндотрахеал найча) орқали ИВЛ талаб қилса, уни интенсив терапия бўлимига ётқизиш керак.
IC	Агар бола шошилинч равишда инвазив бўлмаган ижобий босимли вентиляцияни талаб қилса (масалан, доимий ҳаво йўли босими ёки икки даражали ижобий ҳаво босими), болани интенсив терапия бўлимига ёки доимий кардиореспиратор кузатув қобилиятига эга бўлган бўлимга ётқизиш керак.
IB	Агар болада кўчаяётган нафасетишмовчилиги бўлса, уни интенсив терапия бўлимига ёки доимий кардиореспиратор кузатув қобилиятига эга бўлимга жойлаштириш керак.
IB	Агар болада тахикардия, паст қон босими бўлса ёки қон босими фармакологик ёки перфузияни қўллаб-қувватлашни талаб қилса, бола интенсив терапия бўлимига ёки доимий кардиореспиратор кузатув қобилиятига эга бўлимга ётқизилиши керак.
IC	Агар нафас олаётган кислород ≥0,50 да пульсоксиметрия кўрсаткичи <92% бўлса, болани интенсив терапия бўлимига ётқизиш керак.
IC	Агар зотилжам натижасида гиперкапния ёки гипоксемия туфайли боланинг руҳий ҳолати ўзгарса, бола реанимация бўлимига ёки доимий кардиореспиратор кузатув қобилиятига эга бўлган

	бўлимга ётқизилиши керак.
IC	Касалликнинг оғирлиги кўрсаткичлари ИТБга қабул қилишнинг ягона мезонлари сифатида ишлатилмаслиги керак, бошқа клиник, лаборатория ва рентгенография натижалари контекстида қўлланилиши керак.

4.2 СТАЦИОНАР ШАРОИТДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

4.2.1 ШББЗ билан касалланган беморларда стационар шароитда диагностик текширув алгоритми.

Стационар даволаш
• Анамнез • Шикоят • Физикал текширувлар • Умумий қон тахлили • Қон биохимик тахлили (СРО, ПКТ) • КК* рентгенографияси • Пульсоксиметрия • ЭКГ • УЗИ плевра бўшлиғи (экссудативплевритга тахмин бўлганда) • УЗИ ўпка • Зотилжам оғирлигини прогностик бахолаш ва даволаш учун жой танлаш •Табиий ва рангли балғам препаратларини микроскопик текшириш, балғамни аэроб ва факултатив анаэроб микроорганизмларга микробиологик (культурал) текшириш. • Антигенурияга тезкор тестлар (сийдикда патоген (Streptococcus pneumoniae) ва легионеллёз қўзғатувчиси (legionella/pneumophila) антигенларини аниқлаш) • Коагулограмма (системыгемостаза тизимга эътибор бериш) •Қондаги кислота ишқор мувозанатини текшириш(НЕ SpO2 < 90%)

4.2.2 Номедикаментоз даволаш

- Диетотерапия (жадвал № 0.2. 2С, 2А, 4 Б С 15)

-Интоксикация синдромини камайтириш ва балғам ишлаб чиқаришни осонлаштириш учун - етарли даражада ҳидрация, кунига 100 мл / кг гача кўп миқдорда суюқлик (илиқ ичимликлар);

- Кинезитерапия комплекс даволашнинг муҳим таркибий қисмларидан биридир. Кинеситерапиянинг асосий мақсади бронхиал дарахтни бронхларни тўсиб қўядиган ва бронхопулмонер тизимнинг юқумли касалликларининг ривожланишига мойил бўлган вискоз балғам тўпланишидан тозалашдир.

- Эмизишни рағбатлантириш ва ёшга қараб етарли овқатланишни таъминлаш.

-Иситма ва нафас олиш етишмовчилиги даврида ётоқда дам олиш.
-Кўкракни дренажлаш, йўтал рефлексини пасайганда рағбатлантириш, тикланиш даврида нафас олиш машқлари.
- SpO_2 92% дан кам бўлган беморларга кислородли терапия кўрсатилади. Кислород интраназал ёки юз ниқоби билан таъминланади [1].

4.2.3Дори-дармонлар билан даволаш:

- **Антибактериал терапия**. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалари бўлмаган ШББЗ билан касалланган барча болаларда, шунингдек, ўртача ШББЗ билан касалхонага ётқизилган болаларда оғиз орқали АБТни қўллаш тавсия этилади. Жамият томонидан орттирилган оғир пневмония учун АБТ одатда парентерал тарзда буюрилади[1].

ПКТ даражаси назорати остида АБТ бўйича тавсиялар [29]

Қонда ПКТ миқдори	<0,25 нг/мл	≥ 0,25нг/мл
АБТ бўйича тавсиялар	Тайинламаслик/тўхтатиш	Тайинлаш/давом эттириш
Изоҳлар	Агар АБТ тайинланмаган ёки бекор қилинган бўлса, 6-24 соатда ПКТ даражасини аниқлаш керак. Қуйидаги ҳолларда АБТни тайинлаш/ давом эттиришни кўриб чиқиш керак: - респиратор ёки гемодинамик номутаносиблик - оғир ёндош касалликлар, - ЖИТБ га ётқизиш.	ПКТ даражасининг динамикасини ҳисобга олиш муҳимдир. Таҳлилни ҳар 48 соатда такрорлаш тавсия этилади. Агар энг юқори кўрсаткич жуда юқори бўлса, ПКТ даражаси энг юқори кўрсаткичнинг 80-90% га тушганда АБТ ни тўхтатиш тавсия этилади. Агар ПКТ даражаси пасаймаса, терапияни қайта кўриб чиқиш тавсия этилади. 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

- **Вирусга қаршипрепаратлар:** ЎРВИнинг иммунотерапияси учун интерферонлар, интерферон индукторлари, бошқа таъсир механизмига эга иммуномодулятор препаратлар қўлланилади. Интерферон индукторлари ва иммуномодулятор препаратлар тўғридан-тўғри таъсир қилувчи антивирус препаратлари ўрнини боса олмайди, улар фақат комплекс терапиянинг бир қисми сифатида ишлатилиши керак.
- **Хароратни туширувчипрепаратлар:**Асоратланмаган ва энг мураккаб

пневмония учун оғиз орқали гидрация етарли. Антидиуретик гормоннинг ажралиб чиқиши туфайли суюқликни ушлаб туриш хавфи туфайли, эксикоз, коллапс, микроциркуляция бузилиши ҳолатларида инфузиялар суткада 20-30 мл / кг ҳажмда амалга оширилади, кун давомида бир текис тақсимланади, коллоид эритмалар 1/3 қисмига ҳосил бўлиши керак. Кислота-ишқор мувозанатини аниқламасдан гидроксиди эритмаларни юбориш фақат ДВС синдроми ва микроциркуляция бузилиши учун фавқулодда чора сифатида рухсат етилади. Оғир ШББЗ билан оғриган беморлар учун инфузион терапия суткалик умумий ҳажмнинг ярми миқдорида кўрсатилади, унинг ҳажмининг 1/3 қисмидан кўп бўлмаган вена ичига юборилади.

- **Муколитик терапия:**Беморнинг аҳволини ёмонлаштирадиган кучли, самарасиз йўтал пайдо бўлганда *муколитик терапия*буюрилади. Кохрейннинг тизимли текшируви шуни кўрсатдики, муколитик препаратларни қўллаш ижобий таъсир кўрсатиши мумкин [42]. Бу препаратлар балғамнинг ёпишқоқлигини пасайтиради ва йўтални яхшилайди.

- **Бронхоспазмолитик терапия** бир вақтнинг ўзида бронхо-обструктив синдром мавжуд бўлганда (микоплазма, хламидия ёки вирусли етиологиянинг ШББЗ билан юзага келиши мумкин) ёки бронхиал астма билан оғриган беморда пневмония пайдо бўлганда кўрсатилади. Қисқа таъсир қилувчи б2-агонистларни ингалациялаш монотерапия сифатида ёки м-антиколинергик препарат билан биргаликда (афзалроқ небулизер орқали) кўрсатилади [1].

- **Энтеросорбент терапияси.** Эндотоксикоз билан кечадиган турли патологик шароитларни детоксификация қилиш ва патогенетик даволашнинг асосий таркибий қисмларидан бири. Улардан энг муҳими гепатопротектив, антиколестеролемик, антиаллергик ва айниқса, детоксификация ва иммуномодификация қилувчи таъсирлардир. Энтеросорбентлар организмдан токсинларни, аллергенларни, патоген бактериялар ва вирусларни, оғир металларни ва бошқа зарарли моддаларни боғлайди ва олиб ташлайди. Бу кейинчалик витаминлар ва микроэлементларни сақлаб қолади ва фойдали микрофлорани тиклашга ёрдам беради. Тананинг ички муҳитини тозалайди.

- **Пробиотиклар.** Болалар учун ичак микрофлорасининг мувозанати ва функцияларини тиклаш ва сақлаш, диарея, метеоризм ва бошқа овқат ҳазм қилиш касалликлари, вирусли ва бактериал ошқозон-ичак инфекцияларининг олдини олиш ва даволаш учун, антибиотиклар билан даволаш пайтида.

- **Бошқа дорилар**. Эпидемиологик маълумотлар Д витаминининг етишмаслиги ва инфекцияларнинг ривожланиши, айниқса вирусли этиология ўртасидаги боғлиқликни, шунингдек Д витамини етишмовчилиги ва етишмовчилигининг аутоиммун дисфункциялар, бронхиал астма, қандли диабет ва бошқа патологик шароитлар ривожланишидаги катта аҳамиятини тасдиқлайди. болалардаги заифлик ва жиддий касалликлар, пневмония билан оғриган ҳолатлар.

- Цинк пастки нафас йўлларининг ўткир инфекцияларига мойилликни пасайтиради, чунки у иммунитет тизимининг турли функцияларини тартибга солади, шу жумладан яллиғланиш ёки ўпка шикастланиши пайтида ҳаво

йўллари ҳужайраларининг яхлитлигини ҳимоя қилиш ва сақлаш. Цинк қўшимчаларини (Иммунозинк) рецептлаш пневмония билан касалланишнинг камайиши билан сезиларли даражада боғлиқ бўлиб, рух танқислиги бўлган популяцияларда рух қўшиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилган.

-Ҳафтада 15 мг дан 140 мг гача бўлган дозалар ҳам баҳоланди, юқори чегара болалар учун тавсия этилган суткалик дозадан (МКД) ошади - бир ёшгача бўлган болалар учун кунига 2 мг ва болалар учун кунига 7 мг гача. 1 ёшдан 3 ёшгача. Оптимал дозани аниқлаш жуда муҳим, чунки синкнинг юқори дозалари ва узоқ муддатли фойдаланиш мис ва темир каби бошқа озиқ моддаларнинг сўрилишини бузиши аниқланган.

1-жадвал

Муҳим дорилар рўйхати

Фармакотерапевтик группа	МНН	Қўллаш йўли	Далиллик даражаси
Аминопенициллинлар J01CA04 J01CA02	Бензил-пенициллин	В/и, м/о, 100000-500000 Ед/кг/сут, 4-6 мар/сут	А https://old.stgmu.ru/
	Ампициллин	В/и, м/о, 100-200 мг/кг/сут, 4 мар/сут	А https://old.stgmu.ru/
	Оксациллин	В/и, м/о 150-300 мг/кг/сут, 4-6 мар/сут	В https://old.stgmu.ru/
	Амоксициллин/ клавуланат	В/и, м/о, 3 ойликдан - 60 мг/кг (кг<4 кг) ёки 90 мг/кг (вазн> 4 кг), кейин 3 ой , 3-4 мар/сут -	А https://old.stgmu.ru/
	Амоксициллин/ сульбактам	В/и, м/о, 2 ёшгача – 40-60 мг/кг/сут,2-6 ёш – 750 мг,6-12 ёш – 1,5 г, 12 ёшдан кейин – 2-3 г, , 2-3 мар/сут	А https://old.stgmu.ru/
	Ампициллин/ сультактам	В/и, м/о 150 мг/кг/сут, 3-4 мар/сут	А https://old.stgmu.ru/
	Сультамициллин	ичишга 25-50 мг/кг/сут, 2 мар/сут	В https://old.stgmu.ru/
Цефалоспорин -2 J01DC02	Цефуроксим	В/и, м/о 30-100 мг/кг/сут, 3 мар/сут	В https://old.stgmu.ru/

J01DC04	Цефаклор	ичишга, 20-40 мг/кг (1500 мг/сут кўп эмас , 2-3 раза /сут кўрсатмага	C https://old.stgmu.ru/
Цефалоспо-рин -3 J01DD08	Цефотаксим	В/и, м/о 50-100 мг/кг/сут, 3-4 мар/сут	B https://old.stgmu.ru/
	Цефтриаксон	В/и, м/о 20-80 мг/кг /сут, 1-2 мар/сут	B https://old.stgmu.ru/
	Цефтазидим	В/и, м/о30-150 мг/кг (6 г кўп эмас), 2 ойликгача - 25-60 мг/кг/сут, 2-3 м/сут	C https://old.stgmu.ru/
	Цефоперазон	В/и, м/о50-200 мг/кг/сут, 2-4 м/сут	C https://old.stgmu.ru/
ИЗЦС-3	Цефоперазон/ сульбактам	В/и, м/о40-160 мг/кг/сут, 2-4 м/сут	C https://old.stgmu.ru/
	Цефотаксим/сульбактам	В/и, м/о100-160 мг/кг/сут, 2-3 марта	C https://old.stgmu.ru/
ЦС-4	Цефепим	В/и, м/о100-150 мг/кг/сут, 2-3марта	C https://old.stgmu.ru/
ИЗЦС-4	Цефипим/ сульбактам	В/и, м/о100-150 мг/кг (цефипимга) /сут, 2-3 марта	C https://old.stgmu.ru/
Карбапенем J01DH02	Имипенем	В/и, м/оВ/и- 60 мг/кг, м\о – 1-1,5 г/сут, 2-3 март	D https://old.stgmu.ru/
	Меропенем	В/и, 30-60 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут, 2-3 марта	D https://old.stgmu.ru/
	Эртапенем	В/и, м/о30 мг/кг (1 г дан кўп)	D https://old.stgmu.ru/
Аминоглико-зид D06AX12 D06AX07 J016B04	Амикацин	В/и, м/о10-20 мг/кг/сут, 1-2 марта	A https://old.stgmu.ru/
	Гентамицин	В/и, м/о3-5 мг/кг/сут, 1-2 раза	B https://old.stgmu.ru/
	Нетилмицин	В/и, м/о4-6,5 мг/кг/сут, 1-2	B

		раза	https://old.stgmu.ru/
	Тобрамицин	В/и, м/о3-5 мг/кг/сут, 1-2 раза	B https://old.stgmu.ru/
Макролид J01FA10	Азитрамицин	В/и, 10 мг/кг (500 мгдан кўп эмас)* /сут, 1 марта	B https://old.stgmu.ru/
J01FA07	Джозамицин	ичишга, 40-50 мг/кг/сут, 2-3 март /сут	B https://old.stgmu.ru/
J01FA09	Кларитромицин (Клацид)	ичишга, 15 мг/кг/сут (500 мг кўп эмас) , 1-2 раз/сут	C https://old.stgmu.ru
J01FA03	Мидекамицин	ичишга, 20-50 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут	C https://old.stgmu.ru/
J01FA06	Рокситромицин	ичишга, 5-8 мг/кг/сут (300 мг кўп эмас), 2 марта/сут	C https://old.stgmu.ru/
J01FA02	Спирамицин	ичишга, 150000-300000 МЕ/кг/сут, 2-3 мар /сут	C https://old.stgmu.ru/
D10AF01	Клиндамицин	ичишга, 8-25 мг/кг/сут, 2-3 март /сут	C https://old.stgmu.ru/
Линкозамид J01FF02	Линкамицин	В/и, м/о10-20 мг/кг/сут, 3 март	C https://old.stgmu.ru/
	Клиндамицин	В/и, м/о20-40 мг/кг/сут,3-4 март	C https://old.stgmu.ru/
Бошқа антибиотик J01XX01	Фосфомициннео	В/и 100-200 мг/кг./сут, 1-2 март	B https://old.stgmu.ru/
Гликопептид A07AA09	Ванкомицин	В/и, 40 мг/кг/сут, 4 март	C https://old.stgmu.ru/
Оксазолидинон J01XX08	Линезолид	В/и, 20 мг/кг/сут, 2-март	C https://old.stgmu.ru/
β2-Агонист G02CA03	Фенотерол	0,5–0,75 мг (10–15 капель)	A https://old

R03AC02			.stgmu.ru/
	Сальбутамол (Небутамол)	1–2,5 мг (1–2,5 мл)	A https://old .stgmu.ru/
Антихолинергик R01AX03	Ипратропиумбромид (атровент)	0,25 мг (1 мл)	A https://old .stgmu.ru/
Стероид A07EA06	Беклометазонди-пропионат (беклазон)	400–800 мкг/сут	A https://old .stgmu.ru/
	Будесонид (пульмикорт, бенакорт)	400–800 мкг/сут	B 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
	флутиказонапропионат(небуфлюзон)	1 мг в/сут	B https://old .stgmu.ru/
Вирусга қарши препарат J05AB11	Валацикловир	Болаларга ½ таблеткадан кунига 2 маҳал. - Varicella Zoster вируси келтириб чиқарадиган Зостер учуғи ва сувчечак; - Herpes Simplex вируси келтириб чиқарадиган тери ва шиллиқ пардаларнинг	Chttps://old.stgmu.ru/

		инфекциялари (1 ва 2 турдаги) - цитомегаловирус (ЦМВ)инфекциясининг кўпайишини камайтириш учун.	
Вирус қарши препарат L03	аминодигидрофталазиндион натрия	Ректал: 1 ёш ва ундан катта болалар учун, 1 ташамчадан ҳар куни 5 кун, кейин 1 та шамчадан ҳар куни 10 кун давомида. Курс - 15 та шамча. Тил остига таблеткалар. 1 таблеткадансуткасига 4 маҳалгача ёки 2 та таблеткадан суткасига 2 маҳал 5 кун.	С https://old.stgmu.ru/
Вирус қарши препарат L03	Азоксимера бромид	Парентерал юбориш учун эритмалар тайёрлаш (мушак ичига ва томир ичига): Мушак ичига юбориш учун 3 мг препарат 1 мл (2 мл га 6 мг доза) инъекция учун сувда ёки 0,9% натрий хлорид эритмасида эритилади. Солвентни қўшгандан сўнг, препарат шишиши учун 2-3 дақиқага қолдирилади, кейин силкитмасдан айланиш ҳаракатлари билан аралаштирилади. Вена ичига томчилаб юбориш учун препарат 2 мл стерил 0,9% натрий хлорид еритмасида еритилади. Солвентни қўшгандан сўнг, препарат шишиши учун 2-3 дақиқага қолдирилади, кейин айланиш ҳаракатлари билан аралаштирилади. Бемор учун ҳисобланган доза стерил тарзда 0,9% натрий хлорид эритмаси бўлган шиша / сумкага ўтказилади. Интраназал ва сублингуал	С https://old.stgmu.ru/

		фойдаланиш учун еритма тайёрлаш: болалар учун 3 мг дозаси 1,0 мл (20 томчи), 6 мг дозаси 2,0 мл (40 томчи) (бир томчи (0,05 мл)) эритилади. тайёрланган эритмада 0,15 мг препарат мавжуд).	
Одам IgG	Пентаглобин **(оғир холларда)**	Кам вазндаги туғилганда болалар низкой массой тела при рожении - 0.5-1 г/кг интервал билан 1-2 хаф.	B https://old.stgmu.ru/
Комбинирланган препарат	Беродуал (беротек/атро-вент	1 мл = 20 капель	B https://old.stgmu.ru/
Секретолитик	0,9% раствор NaCl	2 мл 2 марта кунда	C https://old.stgmu.ru/
	3% гипертоник эритма ва гиалуронат натрий - 1,0 мг (Лорде® Гиаль)	2 мл 2 марта кунда	C https://old.stgmu.ru/
	Гианеб 7% (гиалуронат натрия 1мг+натрий хлорид 70 мг)	1 марта кунда	C https://old.stgmu.ru/
Муколитик R05CB01 R05CB06 R05FB02	Ацетилцистеин	Ингаляция 2–3 мл 2 марта кунда	C https://old.stgmu.ru/
	Амброксол	1–2 мл 2 марта кунда	C https://old.stgmu.ru/
	Стандартланган қуруқ печак экстракти (5-7,5:1) ЕА 575	Оғиз орқали сироп 7 мг / мл: 0 ёшдан 1 ёшгача - кунига 2 марта 2,5 мл, 1 ёшдан 6 ёшгача - кунига 3 марта 2,5 мл, 6 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 5 мл. 20 мг/мл томчи: 1 ёшдан 4 ёшгача - кунига 3 марта 12 томчи, 4 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 16 томчи, 10 ва ундан катта ёшдагилар - кунига 3	C https://old.stgmu.ru/

		марта 24 томчи. 65 мг таблеткалар: 6 ёшдан 12 ёшгача - ½ таблетка. Кунига 2 марта, 12 ёшдан ошган болалар - 1 таблетка. эрталаб ва ½ таб. Кечқурун. 35 мг пакетлардаги эритма: 12 ёшдан ошган болалар, 1 пакет. Кунига 3 марта, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 1 пакетдан кунига 2 марта.	
R05CB	брадикининга, гистаминга, морфинга антителал, тозаланган	3 ёшдан катта болалар кунига 3 марта 1-2 чой қошиқдан фойдаланадилар. Овқатдан ташқари кунига 3 марта 1-2 таблеткадан олинг. (тўлиқ эригунча оғизда сақланг).	B https://old.stgmu.ru/
Витамин D_3 A11CC05	Холекальциферол (Аквадетрим)	Ичишга , 0 – 1 ёш – 1500МЕ, 1 – 5 ёш -2500МЕ, от 6 – 18 ёш 3000МЕ	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
Рух	Иммуноцинк	Ичишга , 1 ёшгача – 10 мг; 1-	C

препаратлари A12CB		6 ёш – 22 мг; 6-10 ёш – 25 мг; 10-16 ёш – 28 мг; 16-18 лет – 32 мг.	https://old.stgmu.ru/
Энтеросорбент терапия A07BC	Кремнийдиоксидиюқоридисперс + Лактулоза	3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар: кунига 1 марта 1 пакет; 7 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: кунига 2 марта 1 пакет; 12 ёшдан ошган болалар ва катталар: кунига 3 марта 1 пакет. Маҳсулотнинг тайёрланган сувли суспензияси овқатдан ёки дори-дармонлардан 1 соат олдин оғиз орқали олинади.	С 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
Пробиотик	Пробулард	- 4 ёшдан 6 ёшгача - кунига 1 марта 1 капсуладан; - 6 ёшдан ва катталар - кунига 2 марта 1 капсуладан. Қўллаш бўйича кўрсатмалар: 6 ёшгача бўлган болалар учун капсуланинг таркибини бир стакан суюқликка (хона ҳароратига қадар совутилган қайнатилган сув, болалар овқати) бир марталик дозада қуйинг.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8912170

Клиник протоколларгаЎзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларини киритиш кафолатланган бепул тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида ва мажбурий тиббий суғурта тизимида қоплаб бериш учун асос бўлмайди

4.2.5 Шифохонага боғлиқ бўлмаган зотилжамн жарроҳлик йўли билан даволаш

Плеврит билан асоратланган зотилжам билан оғриган болаларни кўриб чиқиш тавсия этилади.

Диагностика ва дренажни аниқлаштириш учун плевра бўшлиғининг ҳажмига ва нафас олиш касалликларининг оғирлигига қараб пункцияни амалга ошириш (УУД-С;УДД-5) (10-жадвал) [2].

Изоҳ: кичик ёки ўртача суюқлик учун (10 мм дан кам), шунингдек, агар даволаниш ижобий таъсир кўрсатса, пункция қилинмайди. Массив плеврал суюқликни олиб ташлаш билан пункция сифатини баҳолашга имкон беради (Цитологик плевра суюқлигини текшириш) ва бактериологик текширув ўтказиш (аниқлик билан бепуштлик учун микробиологик (културал) қон тести патогеннинг антибиотикларга ва бошқа дориларга сезгирлиги, маҳаллий ва бўялган плевра намунасини микроскопик текшириш суюқлик), шунингдек, плевра суюқлигининг ПЗР текшируви. Агар 1-2 пункциядан сўнг тез тўпланган йирингли экссудат билан ўпканинг сиқилиш белгилари такрорланса, дренаж кўрсатилади [11, 37, 117]. Плеврал суюқликдаги шакар, оқсил ва лактат дегидрогеназнинг пҲ ва таркибини таҳлил қилиш тавсия этилмайди, чунки бу кўрсаткичлар одатда терапевтик тактикага таъсир қилмайди.

Клиник кўрсатмалар - зотилжам (шифохонадан ташқари зотилжам) - 2022-2023-2024 (01.18.2022) - Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган.

10-жадвал. Плевритда плевра бўшлиғини пункцияси ва дренажлаш учун кўрсатма[2]

Намлик ўлчами	Бактериология	Нохуш оқибат	Дренаж ёки торакоскопик санация
бироз, < 10 мм латерал синусда<a>ёки тўқлашиши< 1/4 гемиторакс <b>	Плевра суюқлигининг микробиологик текширувчи натижалари номаълум ёки манфий	Паст	Кўрсатма йўқ
ўртача, > 10 мм латераль синусда<a>, тўқлашиши> 1/4, аммо< 1/2 гемиторакс <b>	Плевра суюқлигининг микробиологик текширувчи натижалари манфий ёки мусбат	Ўртача	Агарда беморда нафас етишмовчилиги бўлмаса ва плевра суюқлиги йирингли бўлмаса, плевра суюқлигини торакоцентез ёрдамида олиш йиринг мавжудлигини аниқлашда ҳамда плевра бўшлиғини дренаж қилиш учун кўрсатмани аниқлашга ёрдам бериши мумкин, плевра суюқлигини дренаж катетер ёрдамида олишда диагностик ва даволаш мақсадига эришилади. Беморда нафас етишмовчилиги ёки плевра суюқлиги йирингли бўлса кўрсатма бўлади.
катта, гамотораксниng ярминиng тўқлашиши<b>	Плевра суюқлигининг микробиологик текширувчи натижалари ёки мусбат	Юқори	ҳа – аксарият ҳолларда

<a>тўғридан рентгенограммада зарарланган томонга ёнбошлаб ётганида.
<b> вертикал тўғри тасвирда.
Клиник тавсия – Зотилжам (ШТЗ) – 2022-2023-2024 (18.01.2022) – РФ. ССВ томонидан тасдиқланган

5.Реабилитация

Асоратланмаган ШТЗни ўз вақтида даволанганда реабилитация талаб этилмайди. Чиниқтиришни 2 ҳафтадан, спорт билан шуғулланишни – 6 ҳафтадан (асоратланган зотилжамда – 12 ҳафтадан) кейин бошланади.

Асоратланган зотилжамни ўтказган болаларни 4-6 ой, плеврит, асосан, фибрин ҳосил бўлганида, даволаш жисмоний тарбияси, нафас гимнастикаси (УУР – С; УДД – 5) тавсия этилади[118]. https://old.stgmu.ru/

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

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 – №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.

2-илова. Беморлар учун маълумот

Зотилжам – инфекция келтириб чиқарувчи ўпканинг яллиғланиш касаллиги. Зотилжамда альвеолалар(ўпка ташкил топган майда ҳаволи қопчалар) суюқлик ва йиринг билан тўлади, ва нафас олишда кислороднинг қонга ўтиши қийинлашади. Болаларда шифохонадан ташқари зотилжамда иситма (тана ҳароратининг кўтарилиши), йўтал, нафас олишнинг қийинлашиши бўлиши мумкин.

Зотилжамнинг симптомлари беморнинг ёши, уни келтириб чиқарган инфекцияга боғлиқ. зотилжам симптомлариг қуйидагилар киради:

- нафас тезлашиши (баъзан ягона симптом);
- “ингиллаш”, баъзан “хуштаксимон” нафас (“хуштаксимон” нафас, зотилжамдан кўракўпроқ бронхитда учрайди);
- зўрайган нафас (бунда бурун катакларининг керилиши, қорин билан нафас олиш, қовурғалараро мушаклар ишининг кучайиши кузатилиши мумкин);
- йўтал;
- қоринда оғриқ (йўтал ва зўриқиб нафас олишда келиб чиқади);
- тана ҳарорати кўтарилиши, кўпроқ – қалтираш (бола қайноқ ва совуқдан қалтирайди);
- қайт қилиш;
- кўкрак қафасида оғриқ;
- ҳолсизлик;
- иштаҳасининг йўқолиши ва чанқаш (каттароқ болаларда), эмишнинг сустлашиши (гўдакларда), сувсизланишга олиб келиши мумкин;
- оғир ҳолатларда – лабларнинг ва тирноқларнинг кўкариши ёки кулранг бўлиши.

Агарда зотилжам ўпканинг пастки бўлакларида ривожланса (қорингa яқин), у ҳолда, қоринда оғриқ ёки қайт қилиш нафас бузилмасдан ўтиб кетиши мумкин.

Зотилжамни турли микроблар, шу жумладан вируслар, бактериялар, замбуруғлар ва паразитлар келтириб чиқаради. Аксарият ҳолларда бактериал зотилжам бўлади, баъзи симптомлар айнан қайси инфекция зотилжамни келтириб чиқарганлигини кўрсатади. Масалан, мактаб ёшидаги болаларда зотилжам микоплазма инфекцияи билан боғлиқ, бунда оддий зотилжам блегиларидан ташқари томоқда оғриқ, бош оғриши ва тошмалар қайд этилади. Бир ёшгача болаларда хламидияли зотилжам учрайди, у иситмасиз, аҳволи яхши, кўз қизариши билан кечади. Агарда зотилжам кўкйўтал билан боғлиқ бўлса, болада йўталнинг давомли ҳуружлари бўлиши мумкин, унда кислород етишмаслиги ҳисобига юзи кўкариб кетади ва бола нафас олганида ўзига хос товуш эшитилади. Организмга микроб тушиши ва касалликнниг биринчи белгилар юзага келиш орасидаги инкубацион дав турлича бўлиши мумкин ва микробга боғлиқ(масалан, респираторносинцитиаль вирусда4-6 кун, грипп вирусида – 18 соатдан 72 сотагачани ташкил қилади).

Клиник тавсиялар – Зотилжам (шифохонадан ташқари) – 2022-2023-2024 (18.01.2022) – РФ ССВ томонидан тасдиқланган.