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

“BRONXOEKTAZ BILAN OG'RIGAN BOLALARNI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL”

Toshkent– 2025

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

"BRONXOEKTAZ BILAN OG'RIGAN BOLALARNI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI BO'YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMASI"

Toshkent – 2025

“BRONXOEKTAZ BILAN OG'RIGAN BOLALARNI TASHXISLASH VA OLIB BORISH TAKTIKASI BO'YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMASI”

KIRISH QISMI

Bolalardagi bronxoektatik kasallikni tashxislash va davolashning mazkur klinik bayonnomasi O'zbekiston Respublikasi tuman, viloyat va respublika sog'liqni saqlash tashkilotlari ambulatoriya va stasionar sharoitlarida axoliga tibbiy yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. Pastki nafas yo'llarining surunkali kasalliklari pediatriyadagi eng murakkab muammolardan birini tashkil etadi. Pastki nafas yo'llari surunkali kasalliklari tarkibida asosiy o'rin bronxoektatik kasalliklariga ta'luqli. Bolalardagi bronxoektatik kasallik – zamonaviy pediatriyaning dolzarb muammosi.

Bolalarda bronxoektatik kasallikni shakllanishi, o'pkalar tug'ma nuqsonlari rivojlanishining, oiladagi passiv chekish bilan bog'liq. Bazi xollarda kasallik o'pkaning yallig'lanish kasalliklarini mos bo'lmagan xolda davolash, o'tkir zotiljamni o'z vaqtida tashxislamaslik bilan bog'liq. Ko'pincha boshqa bronx-o'pka kasalliklari fonida (o'pka sili, o'pka abtsessi, surunkali bronxit, pnevmofibroz) rivojlantiruvchi ikkilamchi bronxoektazlar uchraydi. BE kechishini o'ziga xosliklarini o'rganish ushbu patologiyani hali shakllanayotgan jarayonida aniqlashga va davolash kursini erta boshlashga imkon beradi, bu kasallik bashorati va bolaning hayot sifatini sezilarli yaxshilashi mumkin. So'nggi o'n yillikda yangi jiddiy daliliy bazaga asoslangan tashxislash va davolash strategiyasini ishlab chiqishda sezilarli rivojlanish kuzatilmoqda. pnevmofibroz) rivojlantiruvchi ikkilamchi bronxoektazlar uchraydi.

Mazkur bayonnoma tashxislash, davolash tartibi, fizioterapevtik muolajalar, shuningdek yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olishga nisbatan tavsiyalarni qamrab oladi. Uni yaratilishi bolalardagi bronxoektatik kasalliklar muammosini o'rganuvchi mutaxassislarga ham, ushbu kontingent bemorlariga amaliy yordam ko'rsatuvchi pediatr allergolog, genetik, pulmonolog, va boshqa mutaxassislarning keng jamoasi e'tiboriga ham zarurdir. 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/

Kodlar XKT-10[1]:

10 - kasalliklarning xalqaro tasnifi (KXT-10) da bronxoektaz J40-J47 –pastki nafas yo'llarining surunkali kasalligiga kiritilgan.

KXT-10	
J47	Bronxoektaz

Q33.4	Tug'ma bronxoektaziya

KXT **-11**	
CA24	Bronxoektazlar

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.

3. Uzakova Shoxsanam Baxramovna – t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi k.i.x.
4. Karimova Maftuna Xudoyberganovna – t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi k.i.x.

Mas'ul ijrochilar:

1. Shamsiyev Furqat Muxitdinovich - t.f.d., professor, O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi rahbari, bolalar bosh pulmonologi
2. Azizova Nigora Davlatovna- t.f.d., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi y.i.x.
3. Abdullaeva Malika Qudratovna – t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi mudiri
4. Uzakova Shoxsanam Baxramovna – t.f.n., O’zR SSVRIPIATM pulmonologiya bo’limi k.i.x.
5. 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.

Mundarija:

1.	TA’RIF VA TASNIFI	10
2	BRONXOEKTAZ DIAGNOZI	17
3	QIYOSIY TASHHIS	22
4	BRONXOEKTAZNI DAVOLASH	25
5	BRONXOEKTAZ REABILITASIYASI VA DISPANSERIZASIYASI	48
6	**ADABIYOTLAR RO'YXATI**	53
7	ILOVALAR	55

ABT– antibakterial terapiya
ABP– antibakterial preparate
Bek– bronxoektaz
Be– bronxoektazlar
Di – dozalangan ingalyatorlar
Ne–nafas etishmovchiligi
O'TS-o'pkaning tiriklik sig'imi
O'SV – o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi
IGKS - ingalyasionnie glyukokortikosteroidlar
Toi – tananing og'irlik indeksi
KNYI – quyi nafas yo'llar infektsiyasi
KT – klinik tavsiyalar;
KT – kompyuter tomografiya
MKB–10 – xalqaro kasalliklarning tasnifi-10
YAKNV–yallig'lanishga qarshi nosteroid vositalar
Ukt – umumiy qonning tahlili
UPT– umumiy peshobning tahlili;
O'RVI - o'tkir respirator virusli infektsiya;
O'RK –o'tkir respirator kasallik
OFV1 - 1 soniyada forsirlangan nafas chiqarish xajmi
PKT – prokaltsitonin;
BTSYo – birlamchi tibbiy-sanitar yordam
PSV – nafas chiqarishning eng yuqori tezligi
PZR – polimeraz-zanjir reaktsiya;
ECHT–eritrositlarni cho'kish tezligi
SRO - S-reaktiv oqsil.
UTT – Ultra tovushli tekshirish
FJEL –o'pkalarni forsirlangan hayot sig'imi
NT –nafas tezligi
EKG – elektrokardiogramma
ExoKG – exokardiografiya
RaO2 - kislorodni parsial kuchlanishi
Raso2 - is gazini parsial kuchlanishi
Sao2 - saturasiya, qonni kislorod bilan to'yinishi

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:

1. Pediatr - shifokorlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pulmonolog - shifokorlar;
4. Allergolog - shifokorlar;
5. Tez tibbiy yordam va shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari;
6. Tibbiyot OO'YU va kollej talabalari va o'qituvchilari;
7. Ordinatorlar, magistrlarva aspirantlar (diplomdan keyingi ta'lim).

Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi:

Ushbu qo'llanmadagi barcha asosiy tavsiyalar lotin harflarida A dan C 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. ASOSIY QISM
KIRISH

Bolalardagi bronxoektaz (beb) bolalar pulmonologiyasida jiddiy muammo hisoblanadi. Bu qaytarilmas bronxial kengayish bilan tavsiflangan surunkali kasallik bo'lib, nafas yo'llarining takroriy infektsiyalari va o'pka funktsiyasining tobora yomonlashishiga olib keladi. Beb ni erta tashxislash va etarli darajada davolash o'pkaning qaytarilmas shikastlanishining oldini olish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun juda muhimdir. Shuni ta'kidlash kerakki, bolalarda beb ta'rifi bolalikdagi nafas olish tizimining o'sishi va rivojlanishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda kattalardan farq qilishi mumkin. Bundan tashqari, bolalarga o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolash yaxshi prognozga olib keladi.

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

Bronxoektaz – bronx daraxtida surunkali yiringli yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishi va funktsional etishmovchilik bilan kuzatiladigan bronxlardagi qaytmas o'zgarishlar (kengayish, deformasiya) bilan tavsiflanuvchi kasallik. Shakli o'zgargan bronxlar bronxektazlar (be) (yoki bronxoektaziya) deb ataladi.

Bronxoektazlar –atrofni o'rab turgan parenximada fibrozni rivojlanishi va bronxial devorda yallig'lanish o'zgarishlari bilan kuzatiladigan, bronxlarni mahalliy qaytmas kengayishidan tashkil topadi

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

Populyasiyada be ni tarqalishi aniq ma'lum emas. Turli mamlakatlarda Beni aniqlash turli sabablarga, jumladan yaxshi sifatli vizualizasiya bilan tibbiy jihozlarni hammabopligiga bog'liq bo'lishi mumkin. Finlyandiyada Beni tarqalishi 100 000 axoliga 2,7%, Germaniyada 100 000 axoliga 67 ni tashkil etadi.Yosh kattalashib borgan sari Beni uchrash sonini ortishi to'g'risida ma'lumotlar mavjud, demak AQSh da 18-34 yoshli axoli o'rtasida tarqalish 100 000 odamga 4,2 ni tashkil etsa, 75 yoshdan kattalarda esa 100 000 axoliga 271,8 ni tashkil etadi. Buyuk Britaniyada 18 yoshdan katta populyasiyada be ayollar o'rtasida 2004 yilda 100 000 axoliga 350,5, 2013 yilda 100 000 566,1 gacha va xuddi shu vaqt oralig'ida erkaklar orasida 2004 yilda 100 000 axoliga 301,2 dan 2013 yilda 100 000 axoliga 485,5 gacha tarqalishini o'sishi qayd etiladi.

Yangi Zelandiyada o'tkazilgan bolalar populyasiyasida Beni tarqalishini tadqiq qilish yanada yuqori sonlardan guvohlik beradi: na 100 000 axoliga 3,7 ko'rsatkichlar etnik ta'luqlilikka bog'liq xolda farq qiladi. (ropa axolisining 100

000 ga 1,5 dan tinch okean aborignenlarida 100 000ga 17,8 gacha) XKT -10 dagi J44 (boshqa surunkali obstruktiv o'pka kasalligi) va J47 (bronxoektaz) kodlari bo'yicha mos bo'lgan 0 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda nozologik shakllarning tarqalishi to'g'risidagi statistik ma'lumotlarni yig'indisi quyidagicha: 2010 yilda 100 000 axoliga 98,3 va 2011 yilda 100 000 axoliga 89,3.

1.3. Etiologiya va patogenez

Etiologiya. Be ni rivojlanishiga ko'p sonli patologik omillar sabab bo'lishi mumkin: ularga – bronx daraxti devorining tug'ma tuzilmaviy nuqsonlari, turli sabablar oqibatida (masalan kattalashgan limfa tugunlari yoki yot tanalar) bronxlarni ezilishi, yallig'lanish, uning natijasida bronx tog'ayi va to'qimalar elastikligi shikastlanadi. Bronx devorining yallig'lanishi nafas yo'llari infektsiyasi, shikastlantiruvchi zaharli moddalar ta'siri yoki bironta autoimmun kasallik sababli yuzaga kelishi mumkin. Me'yoriy holatda o'pkalar birlamchi va ikkilamchi himoya tizimiga ega, bu sterillikni saqlashga imkon beradi, shunimng uchun be odatda turli tug'ma va ortirilgan holatlar bilan bog'liq, garchi hozirgi vaqtgacha "ideopatik bronxoektazlar" tushunchasidan foydalaniladi.

Yallig'lanish natijasida bronxial devor destruktsiyasini natijasi sifatida bronxoektazlar, bronx epiteliylarini bakteriya zaharlari bilan so'ngra yallig'lanish mediatorlari bilan shikastlanishiga bog'liq, ular ineytrofillardan ajralib chiqadi, bu esa fiziologik himoya mexanizmlari shilliqni ajralib chiqish oqimini buzilishiga olib keladi. Natijada bronxlarda bakteriyalari o'sishi uchun qulay sharoit yaratiladi va noto'g'ri halqa: yallig'lanish – epiteliyni shikastlanishi - shilliq oqimi chiqishini buzilishi – yuqtirish – yallig'lanish yuzaga keladi.

Bronxoektaz omillari:

1. Bronxlarga bakteriyalar yuqqanida ularning devorini mexanik xususiyatlarini buzilishiga olib keluvchi bronxial devorni to'laqonli bo'lmasligini irsiy sabablari (tug'ma "bronxial devor kuchsizligi" bronxlarning shilliq mushaklarini elastik va Tog'ay to'qimasini rivojlanmasligi, bronx-o'pka himoya tizimini etarli bo'lmasligi va h.k.)
2. Erta bolalik davrida boshidan o'tkazgan bronxopulmonal tizimning infektsion yallig'lanish kasalliklari (ayniqsa ko'p xollarda rekurent kechishi) qo'zg'atuvchilar orasida stafilo - va streptokokklar, gemofil tanachasi, anaerob infektsiya va boshqalar eng katta ahamiyatga ega.
3. Tug'ma bronxoektazlarni shakllanishi (Kartagener sindromi uchun xos: organlarni teskari joylashishi, bronxoektazlar, sinusitlar, hilpirovchi epiteliy kiprikchalarining harakatsizligi) bilan bronxlarni rivojlanishi va ularni tarmoqlanishini tug'ma buzilishi.

   Shuningdek bronxektazlarni rivojlanishiga quyidagilar moyillik yaratadi:

   a) tug'ma immun tanqislik;

   b)traxeobronxial daraxtning tug'ma anatomik nuqsonlari (traxeobronxomegaliya, traxeoqizilo'ngach oqma yaralari);

   v) o'pka arteriyasining anevrizmasi;

   g) mukovissidoz;

D) onani homiladorlik vaqtida virusli infektsiyalar bilan og'rishi, homilani ko'tarish vaqtida bo'lajak onani tamaki chekishi va spirtli ichimliklar iste'moli;
e) yuqori nafas yo'llarini surunkali kasalliklari (sinusitlar, yiringli surunkali tonzillitlar, adenoidlar).

Bolalardagi BEda Pseudomonas aeruginosa kolonizasiyasi kattalarga nisbatan kam uchraydi, u ko'proq mukovissidozli bemorlarda aniqlanadi va qoidaga ko'ra kasallikni yanada og'ir kechishi bilan assosiasiyalanadi. Qator BE li bemorlarda bronxial obstruktsiya rivojlanishi mumkin, uning genezi murakkab va ko'p komponentlidir: bronxial obstruktsiyani shakllanishida bronx daraxtidagi qaytmas o'zgarishlar ham, yallig'lanish mediatorlarininpg ta'siri ham rol o'ynaydi. Be li 40% bemorlarda bronxlarning giper faolligi, bronxolitikli musbat sinama 20-46% bolalarda tashqi nafas funktsiyasi tekshirilganda aniqlanadi.

Bronxoektaz patogenezi quyidagi omillarni qamrab oladi: a) be rivojlanishiga olib keluvchi: 1) bronxial obstruktsiya (ildiz oldi zotiljam va tuberkulyoz bronxoadenit holatida giperplaziyalangan ildiz oldi limfa bezlarning siqilishi; o'tkir respiratorli infektsiyalarda bronxlarning uzoq vaqt shilliq tiqin bilan bloklanishi) bronxial sekresiyalarning kechikishi bilan distal siqilish joyi, obturasiya atelektazining shakllanishi va bronxial devorda qaytmas o'zgarishlar rivojlanishiga olib keladi; 2) bronx devorlarini bronxdilyatasion kuchlar ta'siriga turg'unligini pasayishi (yo'talganda bronx ichi bosimini ortishi, yig'ilgan balg'am tufayli bronxni cho'zilishi, o'pkalarning atelektazlanuvchi qismi xajmini kamayishi natijasida plevra ichi manfiy bosimni ortishi); 3) bronxlarda yallig'lanish jarayonini rivojlanishi va Tog'ay plastiklari silliq mushak to'qimalarini degenerasiyasi bilan ularni jadallashishi hamda ularni fibroz to'qima bilan almashinuvi. b) bronxoektaziyalarni infektsiyalanishiga olib kelishi:

1) yo'talishni buzilishi, kengaygan bronxlarda infektsiyalar bilan zararlangan balg'amni tutilib qolishi;

2) mahalliy bronxopulmonal himoya va immun tizim funktsiyasini buzilishi.

Bronxoektaz jadallashganda o'pka arteriyalari bo'ylab qon oqimi sekinlashadi, bronxial arteriya tarmog'i gipertrofiyalanadi, keng anastomozlar orqali qonni bronxial arteriyadan o'pka arteriyasi tizimiga chiqishi yuzaga keladi, bu esa o'pka gipertenziyasini rivojlanishiga olib keladi.

1.4 Tasnif

Qabul qilingan tasnifga ko'ra bolalarda bronx-o'pka kasalliklarning klinik shakllari orasida (2010) bronxektatik kasallik va bronxoektaz ajralib turadi, ular boshqa patologiyaning namoyon bo'lishi hisoblanadi:

Bronxoektatik kasallik (J47) –bronx o'pka tizimining ortirilgan surunkali yallig'lanishi bo'lib, bronx oldi bo'shlig'idagi infiltrativ va sklerotik o'zgarishlar bilan kengaygan deformasiyalangan bronxlardagi yiringli-yallig'lanish jarayoni bilan tavsiflanadi.

Bronxektaz (be) odatda bo'linadi:

1. Tsilindrsimon;
2. Qopchali;
3. Aralash.

Shuningdek kistasimon, spiralsimon va varikoz turlari ham tasvirlangan. Bir bemorda turli xil be turlari paydo bo'lishi mumkinligi sababli, aniq bronx-o'pka segmentlari chegarasida o'zgarishlarning tarqalishi va lokalizasiyasi muhim ahamiyatga ega.

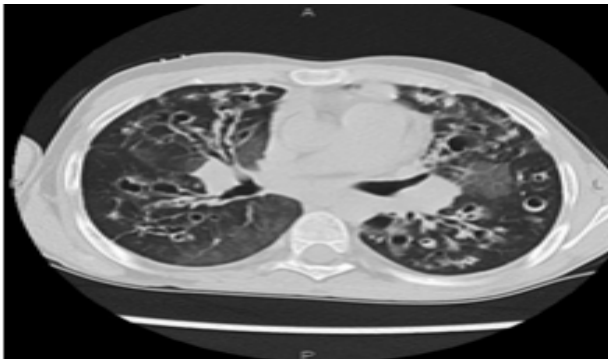
Tsilindrsimon BE ular asosan bronxial devorlarning sklerozi bilan yuzaga keladi. Bunday holda, bronx yorig'i etarlicha katta uzunlikda teng ravishda kengayadi. Ko'pincha bu boshqa o'pka kasalliklari (ikkilamchi bronxektazlar) fonida yuzaga keladi. Tsilindr shakli katta hajmdagi yiringni to'plashga to'sqinlik qiladi, shuning uchun bemorlarning umumiy holati, odatda, juda og'ir deb baxolanmaydi.



Tsilindrik BE va pnevmoskleroz

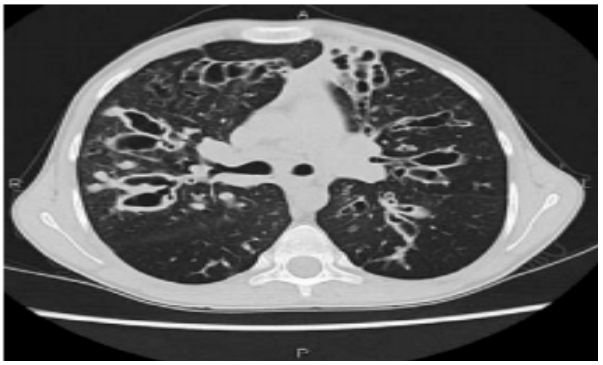
Qopchasimon BE - bronxning bir tomonida aloxida sharsimon yoki oval shaklidagi kengaytmalar. Ko'pincha bu shakl o'pka to'qimasining rivojlanishidagi tug'ma nuqsonlar bilan yuzaga keladi. Xaltachalar - bu bronx devorining katta o'lchamlardagi bo'rtmalari. Bu erda balg'am va yiringning katta miqdori to'planadi. Kasallikning kechishi odatda og'ir kechadi. BE rivojlanishining eng keng tarqalgan turi yirik bronxlarni havfli o'sma, yot tana, chandiq yoki tashqaridan kattalashgan limfa tugunlari bilan ezilishidan qisman obturasiya bo'lishi hisoblanadi. Bunday BE qisman yoki to'liq atelektaz sohasida paydo bo'ladi va atelektatik sifatida belgilanadi. BE ni rivojlanish mexanizmida asosiy rolni bronx devorlarida tashqaridagi o'zgargan fibroz to'qimasi tolalarining tortilishi o'ynaydi, bu esa ilmiy terminologiyada traktsion BE tushunchasini beradi.

Mukovissidozda qopchasimon BE



Mukovissidozda aralash BE

Tarqalishi bo'yicha:
o'pka segmentlaridagi o'zgarishlarning aniq lokalizasiyasini ko'rsatuvchi yagona va ikki tomonlama joylashishi.
Og'irlik darajasi bo'yicha:
– engil;
– o'rta-og'irlikda;
– kasallikning og'ir shakli.
Kasallikning bosqichi bo'yicha:
– kuchayish;
– remissiya.



O'tkir bosqich - yiring to'planishi bilan faol yallig'lanish jarayoni. Ushbu davrda kasallik belgilari aniq namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda, etarli davolanish bo'lmasa, bemorning ahvolining tez yomonlashishi mumkin: yallig'lanish jarayoni kengaygan bronxdan tashqariga chiqadi va pnevmoniya rivojla-nadi. Kuchayishlar soni turlicha – yilda bir necha martadan, oyda bir necha martagacha bo'lishi mumkin.

Remissiya bosqichi bu o'tkir belgilari yo'qligi bilan xarakterlanadi. BE lar hamon saqlanib qoladi. Remissiya bosqichida bronxlarning ko'p sonli kengayishi va pnevmoskleroz mavjud bo'lganda quruq yoki nam yo'tal, nafas etishmovchiligi belgilari paydo bo'lishi mumkin.https://www.pediatr-russia.ru/

1.5. Klinik belgilari. Bronxektazning mustaqil kasallik sifatida ham, boshqa patologiyaning namoyon bo'lishi tufayli ham uchrashi mumkinligi bilan bog'liq xolda, uni diagnostikasi yondashuvi ko'p tarmoqli bo'lishi kerak.
Quyidagi klinik belgilar mavjud bo'lganda bolada be mavjudligini taxmin qilish mumkin:
• 8 haftadan ortiq surunkali yo'tal (balg'amlili yoki balg'amsiz);
• boshqa sabablar bilan tushuntirilmaydigan o'pkada doimiy xirillashlar;
• etarli terapiyadan keyin pnevmoniyaning to'liq davolanmagan yoki bir xil lokalizasiyadagi takroriy pnevmoniyalar;
• "astma", torpid etarli darajada buyurilgan va boshqariladigan terapiya;
• oshqozon-ichak trakti va yuqori nafas yo'llarining tarkibiy va/yoki funktsional buzilishlari bo'lgan bolalarda respirator simptomlarning mavjudligi;
• qon tuflash.
Bir necha yil davomida **uzoq muddat davom etuvchi yo'tal, ayniqsa ertalab** uyg'onganidan so'ng yoqimsiz yiringli hid bilan balg'am ajraladi. Balg'amning

eng katta miqdori tongda uyqudan turganida ajraladi. Balg'am osonlik bilan, odatda **"og'zning to'la bo'lishi bilan"** ajraladi. Balg'am eng yaxshi ajralish vaqti **tananing o'ziga xos holatida ("pozision drenaj")** qarab jarayonning lokalizasiyasiga **bog'liq xolda kuniga 50-250 ml** balg'am ajraladi. Tsilindrsimon bronxektazda balg'am yanada oson va ko'p miqdorda ajraladi. Avj olish davrida balg'am chirigan yiring hidli bo'lib, bu balg'amni uzoq vaqt turib qolganligini bildiradi. Remissiya vaqtida chiqarilgan balg'am miqdori avj olish davriga nisbatan ancha past bo'ladi. Ba'zi bemorlarda remissiya paytida balg'am ajralmasligi mumkin. **Qon tuflash** 50-70% hollarda yallig'langan bronxlar shilliq qavatning qon ketishi natijasida kuzatiladi. Odatda, qon tuflash kasallikning kuchayishi davrida va kuchli jismoniy zo'riqish paytida paydo bo'ladi. **Xansirash** bronxektazning o'ziga xos belgilaridan biri bo'lib hisoblanadi. 30-35% bemorlarda asosan jismoniy zo'riqish davrida kuzatilib, surunkali obstruktiv bronxit va emfizema rivojlanishi bilan bog'liq bo'ladi.

Xansirash kasallikning boshida bemorlarni bezovta qilmaydi, lekin kasallikning avj olish davrida kuchayadi. Kuchli xansirash kasallikning noqulay belgisidir, bu esa kasallikni chuqur tarqalganligini ko'rsatuvchi jarayon hisoblanadi. Astmatik komponentli bronxit kabi astmatik holat rivojlanishi mumkin, bu nafas qisilishi bilan qiyinchilik bilan nafas olish ko'rinishida tavsiflanadi. Bronxektazdagi bu komponenti 25% bemorlarda aniqlanadi, ammo haqiqiy allergik bronxial astma kamdan-kam hollarda bronxektaz bilan birga keladi. **Isitma** – uncha baland bo'lmaydi va kasallikning bosqich va turiga qarab yuzaga keladi. **Holsizlik** – ish qobiliyatini pasayishi, ruhiy tushkunlik, bosh og'rig'i bilan kechadi.

Shikoyatlari va anamnez bronx-o'pka infektsiya simptomlariga mos keladi. Aksariyat bolalarda bronxit belgilari bilan tez-tez qaytalanuvchi respirator infektsiyalar qayd etiladi. Juda erta, yiringli balg'am chiqishi bilan yo'tal paydo bo'ladi. Bundan tashqari, xirillashlar, masofadan eshitilishi va/yoki"og'iz krepitasiyasi"bo'lishi mumkin. Varikoz va/yoki qopchali be bilan umumiy jarayon bilan nafas qisilishi mumkin.

Anamnezida jiddiy pastki nafas yo'llari kasalligi (pnevmoniya, sil, ko'k yo'tal va boshqalar) mavjudligiga e'tibor berish tavsiya etiladi.

IB	Ba'zi cheklovlar yoki boshqa keskin sabablar bilan bajarilgan randomizirlangan (RNS) nazorat sinov natijalariga asoslangan dalillar, (qarama-qarshi natijalar, uslubiy xatolar, bilvosita yoki tasodifiy, va boshqalar). Keyingi tadqiqotlar (agar o'tkazilgan bo'lsa) foyda-xavf nisbatini baholashga bo'lgan ishonchimizga ta'sir qilishi va uni o'zgartirishi mumkin.

Bundan tashqari, anamnezda yot jism aspirasiyasi yoki mumkin bo'lgan aspirasiya jarayoni mavjudligini aniqlash tavsiya etiladi. Anamnezida romatoidli artrit yoki

yallig'lanishli ichak kasalliklari mavjudligini aniqlash tavsiya etiladi. Be bilan og'rigan barcha bemorlarda erta neonatal davr, ayniqsa respirator distress sindromi, zotiljamning qanday kechganligi haqida batafsil ma'lumot olish tavsiya etiladi. O'pkaning qator tug'ma kasalliklarini birinchi belgilari erta neonatal davrda, masalan, bolalar birlamchi tsilier diskineziyalar davrida yuzaga keladi. Anamnezda surunkali yoki takroriy sinusit, otit va burun poliplari mavjudligini aniqlash tavsiya etiladi. Sanab o'tilgan simptomlar tsilliar diskineziya va mukovissidoz bilan og'rigan bemorlarda xam kuzatilishi mumkin.

1C	Ma'lum kamchiliklar bilan bajarilgan observasion tadqiqotlarga asoslangan dalillar, belgilarsiz klinik tajribalar, RNS natijalari. Samaraning har qanday bahosi noaniq hisoblanadi.

Fizik tekshir usullari.
Minoraning aylanma deformatsiyasi deformatsiyalanishi mumkin. Bundan tashqari, u belgilar bevosita kanggalgan singan ko'prik protez hipoksyaning oydinlik mumkin: barmoclaring phalangalaring "tikchalari drum" va/ yoki tyrannoclaring "oyna soat".
U Qorabog'ga zarar etkazish, perkussiya qilish uchun ishlatilishi mumkintushning kutichasiman va/yoki tamtaklashi, susayishi, Kuruk nafasini auskultatsiya qilish va mahalliy darajada yoki kanggalgan ushlagichida kalibrli minora (asosan balon). Aylanish tezligi past bo'lgan past kalibrli minoraga (nam) doimiy yondashish bilan qo'pol nafas olish paytida auskultatsiya. Remissiya davri bo'lishi mumkin. Bronxoobstruktiv sindrom (ikkilamchi obstruktiv bronxit) - nafas qisilishi, past tana harorati va xirillashning rivojlanishi - "shovkini pulemyoti". Agar kerakli ma'lumotlarni topa olmasangiz, iltimos biz bilan bog'laning. Ushbu alomatlar xonsirashni kypayishi, zirikishda ga pasayishi bilan bir gismony tolerantligi sezilarli.

2 BRONXOEKTAZNI TASHXISLASH

Bronxoektazni tashxislash bemorlarni ko'rikdan o'tkazish, laboratoriya va instrumental bilan tashxislashga asoslanadi, lekin hali ham ma'lum qiyinchiliklarni yuzaga keltiradi.
Bronxektazlarning erta diagnostik belgilariga quyidagilar kiradi:
• O'tkir respirator kasallikdan so'ng subfebril haroratni saqlanib turishi.
• Lokalizasiyasi o'zgarmagan qaytalanuvchi quruq plevrit.
• Nam yoki quruq xirillashning qat'iy lokalizasiyasi.
• Xirillash kalibri va bronxning anatomik joylashuvi o'rtasidagi nomuvofiqlik.
Bronxektazga shubha qilingan bolalar tekshirish vaqtida bir qator intrumental tadqiqotlar o'tkazish uchun kasalxonaga yotqizilishi kerak.

2.1. Laboratoriya diagnostikasi:

• Umumiy qon taxlilini o'tkazish tavsiya etiladi: leykositoz, neytrofiloz, bakterial infektsiya qo'shilishi bilan ECHT ni tezlashishi, gemoglobinning pasayishi;
• Qon zardobidagi immunoglobulinlar (A, M, G, E) darajasini o'rganish tavsiya etiladi.

1A	yaxshi bajarilgan Rktlar yoki rad etib bo'lmaydigan isbotlarga asoslangan bir birini rad etmaydigan ishonchlshi dalillar, qandaydir boshqa shaklda taqdim etilgan

• Balg'amni mikrobiologik tekshirish (induktsiyalangan balg'am, traxeal aspirat) patogen (lar) ni va ajratib olingan mikroflora sezgirligini aniqlash tavsiya etiladi.

• Mukovissidozni tasdiqlash uchun laboratoriya testlari tavsiya etiladi (ter testi, Koprologiya (najasda neytral yog'ni aniqlash, fekal elastaza). Beli barcha bemorlarda terni aniqlash testini o'tkazish, shuningdek shubhali hollarda uning takroran amalga oshirish kerak. Agar kerak bo'lsa (klinik ma'lumotlarga ko'ra mukovissidoz yuqori ehtimoli bo'lgan bolalarda ijobiy ter testi yoki salbiy ter testida) mukovissidoz genini molekulyar genetik o'rganish amalga oshiriladi (CFTR), malabsorbtsiya yoki yog'li axlat epizodlari va ba'zida balg'amda S. aureus va / yoki P. Aeruginosa mavjud bo'lganida aniqlanadi.
• Allergik bronx-o'pka aspergillyozini o'tkazish to'g'risidagi masalalarni ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Umumiy immunoglobulin E (IgE), maxsus IgE va IgG, Aspergillus fumigatus, Aspergillus fumigates antigen bilan teri testini o'tkazish mumkin.
• Kislota-asos holatini o'rganish (KTSHS)

1B	Ba'zi cheklovlar yoki boshqa keskin sabablar bilan bajarilgan randomizirlangan (RNS) nazorat sinov natijalariga asoslangan dalillar, (qarama-qarshi natijalar, uslubiy xatolar, bilvosita yoki tasodifiy, va boshqalar). Keyingi tadqiqotlar (agar o'tkazilgan bo'lsa) foyda-xavf nisbatini baholashga bo'lgan ishonchimizga ta'sir qilishi va uni o'zgartirishi mumkin.

Bazal emfizemaning KT belgilari mavjud bo'lmaganda α1 –antitripsin tanqisligini aniqlashga qaratilgan muntazam tadqiqotlar o'tkazish tavsiya etilmaydi.

2C	Ma'lum kamchiliklar bilan bajarilgan observasion tadqiqotlarga asoslangan dalillar, belgilarsiz klinik tajribalar, RNS natijalari. Samaraning har qanday bahosi noaniq hisoblanadi.

2.2 Instrumental tekshirish:
• Ko'krak qafasi rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi. Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi obstruktiv o'pka sindromi bilvosita belgilarini, o'pka tasvirini deformasiyasi va kuchayishini aniqlab berishi mumkin, biroq BE da bu usullar etarli darajadagi ma'lumotlarni bermaydi.

2C	Ma'lum kamchiliklar bilan bajarilgan observasion tadqiqotlarga asoslangan dalillar, belgilarsiz klinik tajribalar, RNS natijalari. Samaraning har qanday bahosi noaniq hisoblanadi.

Ko'krak qafasi kompyuter tomografiyasi (KT) tavsiya etiladi. Hozirgi kunda be uchun KT asosiy diagnostik usul hisoblanadi. Bu usul o'pka parenximasidagi barcha strukturaviy o'zgarishlarni, tomir-bronxial tuzilishini va o'zgargan bronxlar atrofidagi o'pka to'qimasi holatini baholaydi. BE da chap o'pka o'ng tomonga nisbatan 1,5-2 marta ko'proq zararlanadi: bemorlarning deyarli uchdan bir qismida patologik jarayon ikki tomonlama yuzaga keladi. Odatda o'pkaning bir yoki ikki bo'lagi shikastlanadi. O'zgarishlarning eng ko'p lokalizasiyasi pastki bo'laklarning bazal segmentlarida ayniqsa, chapda, o'rta qism va tilsimon segmentlarida o'zgarishlar aniqlanadi. Bronx o'pka allergik aspirgelliziyada BE odatda o'pka ildizi sohasida, masalan sil kasalligida esa yuqori sigmentlarda joylashadi. BE ning bevosita va bilvosita belgilarini ajratish qabul qilingan. Bevosita belgilariga kiradi: bronxlar yorig'ini kengayishi, Periferiya yo'nalishi bo'ylab bronx diametrini me'yoriy kichrayishi, o'pkaning kortikal qismlarida bronx yoriqlarini ko'rinmasligi (me'yorda mayda bronxlar plevradan 1-2 sm masofada ko'rinmaydi). Agar bronx ichki yorig'i uning yonida bir xil darajada joylashgan o'pka arteriyasining tarmog'i diametridan sezilarli darajada oshsa, kengaygan deb hisoblanadi ("uzuk" yoki "toshli uzuk" simptomi). Bilvosita belgilar quyidagilarni o'z ichiga oladi: bronx devorini qalinlashishi yoki bir xil bo'lmasligi, mukoselening mavjudligi, o'zgargan bronxlar joylashgan zonada o'pka to'qimasidagi havoni bir xilda taqsimlanmasligi.

Aksial kesmalarda BE odatda o'pka maydonining markazida joylashadi, atelektatik BE bundan mustasno bo'lib, unda havosiz qismi siljigan bo'lib, ko'ks oralig'ida joylashadi. Ko'ndalang kesmadagi bronx tasviri ikkita parallel chiziqdan tashkil topgan bo'lib, ular orasida havoli yo'l joylashadi, ko'ndalang kesmada bunday bronx halqasimon shaklga ega bo'ladi. Qopchali be yupqa devorli bo'shliq ko'rinishiga ega. O'zgargan bronxlar havo bilan to'lgan bo'lishi yoki suyuq shilliq saqlashi mumkin. Bunday xollarda kengaygan bronxlarning aksial kesmalarida bronxlar proektsiyasida yumshoq to'qimali yoki suyuqlik zichligidagi aniq bo'rtiqli konturga ega bo'lgan trubasimon yoki vertensimon tuzilmalar tasvirlanadi. KT yordamida be etiologiyasini o'rnatish yoki tahlil qilish mumkin. Masalan, bronxlarning tug'ma nuqsonlarini tashxislash. Hozirgi kunda KTdan tashqari Beni tashxislashda o'zini yuqori darajada ma'lumot berishi bilan magnit rezonans tomografiyasi mavjud.

• Be bo'lgan barcha bolalarda tashqi nafas olish funktsiyasini o'rganish tavsiya etiladi. Agar 4-5 yoshdagi bola forsirlangan nafas chiqarish manyovrini bajara olsa, tashqi nafas olish (spirometriya) funktsiyasini o'tkazish mumkin. Spirometrik tekshiruv bronxodilatator dori vositasi bilan amalga oshirilishi kerak, chunki astma bo'lgan bir qator bolalarda bronxial obstruktsiyaning patogenezining tarkibiy qismlaridan biri bronxospazmdir. 6 yoshdan katta bolalarda bodipletizmografiya o'tkazish mumkin. O'pka ventilyasiyasining obstruktiv yoki kombinirlashgan buzilishlari ko'pincha ba bo'lgan bolalarda (bronxial daraxt zararlanishining hajmi va xususiyatiga qarab)

kuzatiladi. Asosiy spirografik ko'rsatkichlarning standartlari 1 jadvalda ko'rsatilgan. 1-jadval.

Asosiy spirografik ko'rsatkichlarning me'yoriy qiymatlari chegaralari (hisoblangan mos qiymatga nisbatan % da)

ko'rsatkichlar	me'yor	shartli me'yor	siljishlar		
			O'rtacha	sezilarli	keskin
ŬTC	>90	85-89	70-84	50-69	<50
THҲ1	>85	75-84	55-74	35-54	<35
THҲ1/ФŬTC	>70	65-69	55-64	40-54	<40
ŬҚX	90-125	126-140 85-89	141-175 70-84	176-225 50-69	>225 <50
ŬUX	90-110	110-115 85-89	116-125 75-84	126-140 60-74	>140 <60
ŬҚX / ŬUX	<105	105-108	109-115	116-125	>125

Gipoksemiyani tasdiqlash/bekor qilish uchun qon gazini va / yoki to'yinganlik testini o'tkazish tavsiya etiladi. • Bolalarda ko'krak qafasi KT natijalarida bronx-o'pka kasalligining og'ir kechishida torpid davoni tasdiqlash uchun bronxoalveolyar lavajda qo'zg'atuvchi mikobakteriozga shubxa bo'lganda va balg'amni mikrobiologik ma'lumotlari manfiy bo'lganda, yot jismdan aspirasiya bo'lishni tasdiqlash/inkor qilish yoki olib tashlash tavsiya etilganda traxeobronxoskopiya o'tkazish maqsadga muvofiq. • Birlamchi tsilliar diskineziyani inkor etish maqsadida fazokontrast va elektron mikroskopiya tadqiqotini o'tkazish uchun ko'rsatmalarga muvofiq bronxdan biopsiya olib tekshiriladi. Surunkali aspirasiyasi extimoli bo'lgan bemorlarda tashxisni tasdiqlash / istisno qilish uchun tadqiqot o'tkaziladi (shu jumladan bronxoalveolyar lavajning tsitologik tekshiruvi).

• BE bilan og'rigan bemorlarda muntazam exokardiografiya (ExoKG) Dopler tahlillari bilan (o'pka arteriyasidagi bosim gradientini o'lchash) birgalikda tavsiya etiladi, chunki bu patologiya, ayniqsa keng tarqalgan shikastlanishlarda o'pka gipertenziyasini rivojlanishiga va o'pkali yurakning shakllanishiga olib kelishi mumkin.

Silga qarshi infektsiyani istisno qilish / tasdiqlash uchun Mantu testini o'tkazish tavsiya etiladi (agar u belgilangan muddatda bajarilmagan bo'lsa, agar zarurat bo'lsa-standar neytrallangan rekombinantli silga qarshi allergen bilan test, qvantiferon testi, T-spot o'tkaziladi).

1C	Ba'zi cheklovlar yoki boshqa keskin sabablar bilan bajarilgan randomizirlangan (RNS) nazorat sinov natijalariga asoslangan dalillar, (qarama-qarshi natijalar, uslubiy xatolar, bilvosita yoki tasodifiy, va boshqalar). Keyingi tadqiqotlar (agar o'tkazilgan bo'lsa) foyda-xavf nisbatini baholashga bo'lgan ishonchimizga ta'sir qilishi va uni o'zgartirishi mumkin.

• Pikfloumetriya – nafas chiqarish tezligini yuqori cho'qqisini (NCHTYUCH) o'lchashni o'tkazish tavsiya etiladi. Bronxodillatasion sinama qiyosiy tashxislash uchun amalga oshiriladi. 30 daqiqadan so'ng boshlang'ich darajasiga nisbatan salbutamolning 2-4 ingalasiyasidan keyin (qisqa ta'sir qiluvchi β2-agonist terapiya) NCHTYUCH ning 20% dan ortiq bo'lishi (60 l/min) salbiy bronxodilatasiya testi deb hisoblanadi va bronxial obstruktsiya qaytmas deb baxolanadi. Hisoblash formulasi: (ingalyasiyadan keyingi NCHTYUCH - ingalyasiyadan oldingi NCHTYUCH) / ingalyasiyadan oldingi NCHTYUCH x 100%.

2.3 Tashxislash mezonlari

Bronxektazni tashxisini qo'yishda quyidagi belgilar muhim ahamiyatga ega:

- anamnezida (odatda erta bolalikdan) doimiy ertalabki yo'tal, ko'p miqdorda yiringli balg'am ajratish bilan, "to'liq og'iz"; balg'am asosan tanani faqat ma'lum bir holatida ajraladi. Qon tuflashi mumkin; umumiy holsizlik; anoreksiya; isitma;

- o'tkazgan zotiljam yoki o'tkir respirator infektsiya bilan kasallikning boshlanishining bog'liqligi; o'pkaning faqat bitta joyida joylashuvchi yallig'lanish jarayoni (zotiljam) ni tez tez kuzatilishi; bolani jismoniy va jinsiy rivojlanishida ortda qolishi, gipotrofiya, qo'l barmoqlari uchini "baraban tayog'i" va Tirnoqlarni "soat oynasi" ko'rinishida bo'lishi;

- zararlangan tomonda o'pka harakatchanligining kechlanishi; auskultasiyada dag'al nafas va perkutor tovushning to'mtoqlashishi, zararlanish joyida yirik va o'rta pufakchali xirillashlar;

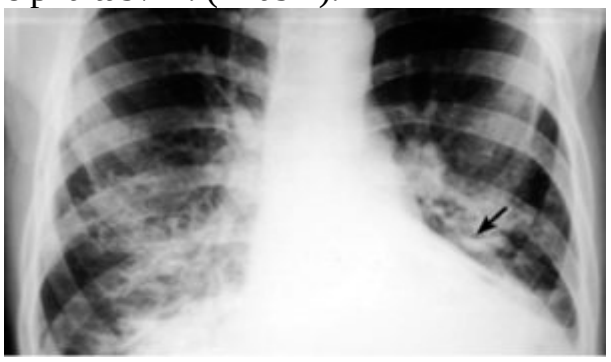
- kasallikning remissiyasi davrida nam xirillashlar (yoki bir necha o'choqlar) ning saqlanib turishi;

- leykositoz, leykosit formulasining chap tomonga siljishi va ECHT ni oshishi (o'tkir davrda), anemiya belgilari;

- balg'amda ko'p miqdorda neytrofillar, elastik tolalar, eritrositlar bo'lishi mumkin.

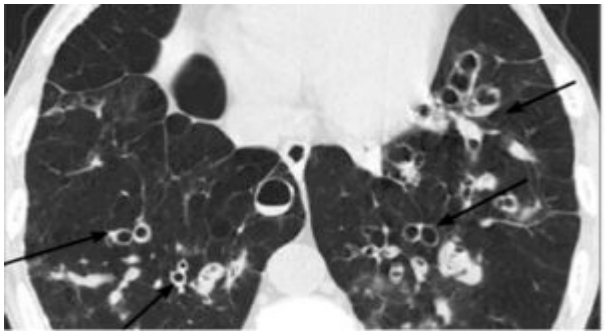
Be ning rentgen tasvirini tahlil qilib, quyidagi xususiyatlarga e'tibor qaratishingiz mumkin::

1. Periobronxial fibroz va yallig'lanish o'choqlari hisobiga o'pka tasviri deformasiyasi va kuchayishi; o'pkaning bazal segmentlari sohasida halqali o'pka tasviri. (1 rasm).



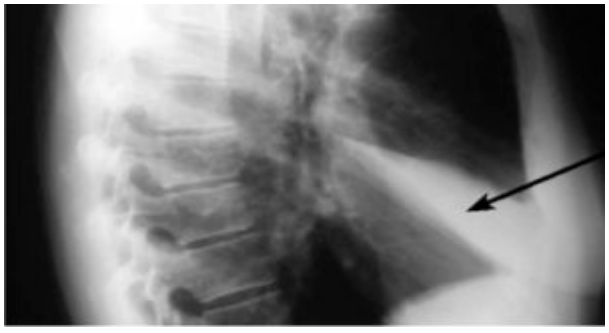
1-rasm. Surunkali bronxit va be bo'lgan bemorlarda KQA (ko'krak qafasi a'zolari) rentgenografiyasi. O'pka tasvirining kuchayishi va deformasiyasi, kengaygan bronxlar devorlarining zichlashishi belgilari aniqlanadi (tasvirda ko'rsatilgan).

2. Yupqa devorli halqa shaklidagi soyalar (bo'shliqlar), ba'zan suyuqlik satxining bo'lishi. Bu alomat ko'pincha qopchasimon (kistasimon) beda bo'lishi mumkin (2 rasm).



2-rasm. OGS KT: o'pkada turli shakllarda (tsilindrsimon va qopchali) be larni bo'lishi, ma'lum bir be larda suyuqlikning gorizontal satxi ko'rinadi (tasvirda ko'rsatilgan).

3. Atellektazlangan (tsirrozlangan) yon tomonlama rentgenografiyada o'pkaning o'rta bo'lagi ildizdan oldingi qovurg'a-diafragma sinusi tomon yo'nalgan 2-3 sm kenglikdagi qoraygan tasmasiga o'xshash bo'lib ko'rinadi (3 rasm).



3. Atelektazlar (strelkalar) SNG o'pkaning rta bo'lagi: on tomonlama proektsiyami

Be ko'pincha o'pkaning pastki bo'lagida, ayniqsa chapda joylashadi; be ni o'pkaning yuqori bo'lagida bo'lishi odatda o'tkazilgan o'pka silining natijasidir.

Tashxis qo'yishda bir qator qoidalarni bilish kerak:
1) me'yorda bronx plevra yuzasidan 1 sm chegarada ko'rinadi. Bu toraygan va parenteral plevra bilan deyarli tutashgan bronxlarning normal gradasiyasi uchun to'g'ri keladi. Tsilindrik be ning erta hosil bo'lishida eng ishonchli belgi bu bronx torayishi yo'qligidir.
2) bronxiol-arterial nisbatning oshishi: odatda, bronxlar diametri o'pka arteriyasi tutashgan shoxining diametri bilan mos keladi - 0.65-1.0; nisbatning 1-1,5 ga oshishi sog'lom odamlarda, ayniqsa yuqori balandlikda yashovchilarda kuzatiladi; 1.5 yoki undan oshishi be ni ko'rsatadi.

3. QIYOSIY TASHXIS

Bronxektaziya eng keng tashxisi bilan taqqoslaganda nosolog:
- GISM (KT, traxeobronxoskopiya);
- bronxial eshitish halokati anomaliyasi (KT, traxeobronxoskopiya);
- kistik fibroz (ter sinamasi, bosim elastazasi, molekulyar genetik texirrish, antibakterial preparat sesuvchanliktochlash bilan balg'am mikrobiologi texirrish);
- sil infektsiyasi (ftiziologik koriander ,Mantuan bo'shlig'i, agar kerak bo'lsa, allergenni standart diaskintetik rekombinant test, miqdoriy test, T-nuqta testi bilan zararsizlantirish mumkin);
- immunoterapiya (immunolog (allergist-immunolog), immunoglobulinning asosia sinflari (G, M, A, E) darazhasin aniq, shuningdek, immunoglobulinning Tsui sinflari, huzhairalari darazhasi va vazifalari, huzhairalari, fagotsitoz, komplementar komponent, tabiiy qotil, ICU testlari);
- birlamchi tsiliar diskineziya (BTSD) - xarakterli klinik belgilar (BTSD bemorlarining yarmida Kartagener triadasi: surunkali bronxit, surunkali sinusit, ichki organlarning teskari joylashuvi) bronx va/yoki burun shilliq qavati bioptatini nurli va elektron mikroskopiyasi, burun havosida nitrat oksidi darajasini o'rganish uchun skrining usuli sifatida ishlatilishi mumkin (birlamchi tsilliar diskineziyali aksariyat bemorlarda u pasaygan).;
- aspirasiya jarayonlari (ovqatlanishdan oldin va keyin auskultasiya o'tkazish; gastroenterolog ko'rigi, shuningdek traxeobronxoskopiya va bo'yoq bilan ezofagogastroduodenoskopiya). Allergik bronx-o'pka aspergillyozi (umumiy immunoglobulin E (IgE)darajasining yuqori bo'lishi, shuningdek Aspergillus fumigatus ga nisbatan maxsus IgE va IgG sezilarli (2 marta) ortishi, Aspergillus fumigatus antigeni bilan ter sinamasini o'tkazish mumkin.
Bronxoektazning qiyosiy tashxisi

Nozologik shakllar	Klinik belgilar	Rentgenologik belgilar
Surunkali bronxit	Jarayonni tarqalishi, o'pkaning barcha sigmentlari shikastlanadi, havo aylanishining o'ziga	Ikkilamchi keskin namoyon bo'lmagan tsilindrik bronxoektazlar, ammo bronxoektazni odatiy rentgenolo-gik va

	xos bo'lgan obstruktiv buzilishlari, xansirash bilan cho'ziluvchi balg'am ajralmaydigan yo'tal va uncha ko'p miqdorda bo'lmagan yopishqoq shilliqli balg'am.	bronxografik belgilari qayd etilmaydi.
O'pkaning tug'ma kasalliklari	O'pka bronx tuzilmasini yaxshi rivojlanmasligi bilan bog'liq bo'lgan (oddiy gipoplaziya, kistoz gipoplaziya, o'pka bo'lagini aplaziyasi), yiringlanish fazasida be bilan juda katta o'xshashlikka ega bo'ladi. Shuningdek ular juda sekin rivojlanadi. Auskultasiyada nam xirillash kam eshitiladi. Bemorning umumiy holati uzoq vaqt qoniqarli bo'lib turadi. Bronxoektaz uchun xos bo'lgan gipoksiya kuzatilmaydi.	Shikastlanish odatda mahalliy tavsifga ega bo'ladi, bronxoektaz bilan o'xshash rentgenologik belgilar qayd etiladi. Rivojlanishdagi nuqsonlarga xos bo'lgan morfologik substratlar mavjud bo'lganda aniq farq qiluvchi belgilar rentgenologik tadqiqotlarda aniqlanadi. Jumladan kistoz gipoplaziyasida ko'pincha yupqa devorli ko'p sondagi bo'shliqlar aniqlanadi. Agar kasallikning morfologik substrati rentgenogrammalarda aks etmasa, u xolda ko'pincha qiyosiy tashxis o'tkazish qiyinchilik tug'diradi.
Sil	surunkali yo'tal (> 30kun); Rivojlanishning ortda qolishi/ vazn yo'qolishi	Silli yallig'lanish turli xil rentgenologik ko'rinishlarga ega: bitta yoki bir nechta drenaj o'choqlaridan to yumaloq infilt-ratlardan bo'lakli sil zotiljamga qadar. Biroq, ko'pincha o'pkaning zararlanish lokalizasiyasi 1-2 va 6 segmentlarida bo'ladi.

- Be qiyoslash ikki xususiyatdan iborat: jarayonning lokalizasiyasi va uning turi. Lokalizasiya quyidagicha bo'lishi mumkin: Markaziy, yuqorigi bo'lak, o'rta bo'lak va quyi bo'lak.
- Bening quyidagi asoratlari bo'lishi mumkin:
- • Qon tuflash va o'pkadan qon ketishi;

- • Astmatik komponent;
- • O'choqli zotiljam;
- • o'pka abssessi;
- • plevrit (plevra empiemasi);
- • buyrak amiloidozi, kamroq-taloq va jigarda bo'lishi mumkin (asosiy kasallikning samarali davolash olib borilayotganligi sababli, amiloidoz hozir kunda juda kamdan-kam hollarda uchramoqda, asosan be qopchasimon turida kasallikning kechgi bosqichlarida kuzatilishi mumkin);

• bronxial obstruktsiyali ikkilamchi surunkali bronxit - odatda eng keng tarqalgan va progressiv asoratdir. Bu surunkali o'pka yurak xastaligi rivojlanishi bilan nafas etishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi va ko'pincha bevosita o'limga sabab bo'ladi. Surunkali buyrak etishmovchiligi xam buyraklarning ikkilamchi amiloidozi natijasi bo'lishi mumkin va o'pkadan qon ketish, shu jumladan asfiksiya bilan sodir bo'ladi.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

I A	**Shoshilinch yotqizish uchun ko'rsatmalar:** - Yot jismlarga shubha bo'lganida; - Ko'krak qafasini quyi qismini tortilishi va nafasni tezlashishi bilan nafas etishmasligini kupayib borishi; - Og'ir respirator distress (nafas olganda yoki ko'krak suti bilan oziqlantirilganda yaqqol namoyon bo'lgan diskomfort, ovqat iste'mol qilish yoki suyuqlik ichishdagi qiyinchiliklar yoki nutqni qiyinlashishi); - Yaqqol namoyon bo'lgan toksikoz (ovqat va suvni rad etish, ko'krakni emmaslik, ongni buzilishi, 5 kundan ortiq isitma); - Talvasalar;(Sudorogi) - Markaziy tsianoz; - Tinch holatda stridor (II-IV stenoz); - Pulsoksimetriya usuli bilan aniqlanadigan arterial qonni kislorod bilan to'yinishi, saturasiya (SpO2); - 2 yoshdan kichik bo'lgan barcha bolalar.Режали холда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: • o'tkir bronx-o'pka jarayonlarining qo'zg'alishi; • ambulatoriya bosqichida olib borilgan davolash yordam bermagan holatlarda; • o'pka yuragining rivojlanish dekompensasiyasida.

4.BOLALARDA BRONXEKTAZLARNI DAVOLASH

4.1 AMBULATOR SHAROITDA DAVOLASH TAKTIKASI

BE terapiyasining asosiy maqsadlari quyidagilardan iborat:

• o'pka o'sishini optimallashtirish (bolalarda);
• o'pka funktsiyasini yaxshilash;
• yallig'lanish jarayonlarini minimallashtirish;
• optimal hayot sifatini saqlash;
• asoratlarni davolash [10, 23].

Be uchun davolash maqsadi bemorning holatini yaxshilash va kasallik jadallashishini oldini olish yoki kasallikning kuchayishini sekinlashtirishdan iborat. Hozirgi vaqtda turli mamlakatlarda be li bemorlarni yuritish to'g'risida yagona fikr mavjud emas. Kasallikning belgilangan etiologiyasiga muvofiq be ni davolash tavsiya etiladi.

1C	Ba'zi cheklovlar yoki boshqa keskin sabablar bilan bajarilgan randomizirlangan (RNS) nazorat sinov natijalariga asoslangan dalillar, (qarama-qarshi natijalar, uslubiy xatolar, bilvosita yoki tasodifiy, va boshqalar). Keyingi tadqiqotlar (agar o'tkazilgan bo'lsa) foyda-xavf nisbatini baholashga bo'lgan ishonchimizga ta'sir qilishi va uni o'zgartirishi mumkin.

Be davolashda hozirda konservativ davolash usullari afzal hisoblanadi, u infektsiyani kamaytirish, bronxial o'tkazuvchanlikni yaxshilash, tana reaktivligini va o'pka qarshiligini tiklashga qaratilgan. Davolash strategiyasi kasallikning klinik ko'rinishlarining og'irligiga, kuchayishlar soniga, shuningdek, o'pkada morfologik o'zgarishlarning lokalizasiyasi va tarqalishiga bog'liq.

Kasallikning engil darajasida, intoksikasiya, asoratlar, ne va qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda ambulator sharoitida, o'rtacha va og'ir darajada stasionar sharoitda davolanadi. Tana harorati normallashganda, intoksikasiya va nafas etishmovchiligi xolatlari kamayganda yotoq yoki yarim yotoqli dam olish rejimi belgilanadi. Parxez qilish bolaning xamrox kasalliklariga bog'liq. Bemorlarda oqsil (go'sht, tvorog), vitaminlar (ayniqsa C va A) va yog'lar (sariyog', baliq yog'i) ga boy parhez bo'lishi kerak. Uglevodlarni, osh tuzini yoshga bo'lgan talabning yarmigacha cheklash, ekstraktiv moddalarni istisno qilish talab etiladi.

4.1.1 Nomedikamentoz davo.

Parxez (parhez stoli № 0.2. 2C, 2A, 4 B C 15). Intoksikasiya sindromini kamaytirish va balg'am ishlab chiqarishni osonlashtirish uchun - etarli darajada gidratasiya, 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 etishmovchiligi davrida yotoqda dam olish. Ko'krakni drenajlash, yo'tal refleksini kamaytirganda stimulyasiya qilish, tiklanish davrida nafas olish mashqlari. Kineziterapiya kompleks davolashning muhim tarkibiy qismlaridan biridir.

Kineziterapiyaning asosiy maqsadi bronxial daraxtni bronxlarni to'sib qo'yadigan va bronx-o'pka tizimning yuqumli kasalliklarining rivojlanishiga moyil bo'lgan yopishqoq balg'am to'planishidan tozalashdir.

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

4.1.2 Medikamentoz davolash.

- **Antibakterial terapiya.** Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari bo'lmaganda be bilan kasallangan barcha bolalarda, shuningdek, o'rtacha og'irlikdagi be bilan kasalxonaga yotqizilgan bolalarda og'iz orqali ABT ni qo'llash tavsiya etiladi. Og'ir be uchun ABT odatda parenteral tarzda buyuriladi [1].
- **Virusga qarshi preparatlar:** 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.
- **Xaroratni tushiruvchi preparatlar:** asoratlanmagan va asoratlangan be uchun og'iz orqali gidrasiya o'tkazish lozim. Antidiuretik gormonning ajralib chiqishi suyuqlikni ushlab turish xavfi bo'lganligi sababli, eksikoz, kollaps, mikrosirkulyasiya buzilishi holatlarida infuziyalar sutkada 20-30 ml/kg hajmda amalga oshiriladi, kun davomida bir xil xajmda taqsimlanadi, kolloid eritmalar 1/3 qismini tashkil qilishi kerak. Kislota-ishqor muvozanatini aniqlamasdan ishqoriy eritmalarni yuborish faqat DVS sindromi va mikrosirkulyasiya buzilishi uchun favqulodda chora sifatida ruxsat etiladi. Og'ir be bilan og'rigan bemorlar uchun infuzion terapiya sutkalik umumiy hajmning yarmi miqdorida ko'rsatiladi, uning hajmining 1/3 qismidan ko'p bo'lmagan miqdori vena ichiga yuboriladi.

- **Mukoliticheskaya terapiya:** bemorning ahvolini yomonlashtiradigan kuchli, samarasiz yo'tal paydo bo'lganda 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** xamrox kasallik sifatida bronxial astma bo'lgan bemorda bronxo-obstruktiv sindrom mavjud bo'lganda qo'llaniladi. Qisqa ta'sir qiluvchi β2-agonistlarni ingalasiya qilish monoterapiya sifatida yoki m-xolinolitik preparat bilan birgalikda (nebulizer orqali) qo'llaniladi [1].

-**Enterosorbent terapiyasi.** Enterosorbtsiyalar endotoksikoz bilan kechadigan turli patologik sharoitlarni detoksifikasiya qilish va patogenetik davolashning asosiy tarkibiy qismlaridan biri. Ulardan eng muhimi gepatoprotektiv, antixolesterinemik, antiallergik va ayniqsa, dezintoksikasion va immunomodullovchi ta'sirlardir. Enterosorbentlar organizmdan toksinlarni, allergenlarni, patogen bakteriyalar va viruslarni, og'ir metallarni va boshqa zararli moddalarni bog'laydi va chiqaradi. Bu keyinchalik vitaminlar va mikroelementlarni saqlab qoladi va foydali mikroflorani tiklashga yordam beradi. Tananing ichki muhitini tozalaydi.

- **Probiotiklar** ichak mikroflorasining muvozanati va funktsiyalarini tiklash va saqlash, virusli va bakterial oshqozon-ichak infektsiyalarida diareya, meteorizm va boshqa ovqat hazm qilish kasalliklarining oldini olish va antibiotiklar bilan davolashda ishlatiladi.

- **Boshqa dorilar.** Epidemiologik ma'lumotlar D vitamini etishmovchiligi va infektsiyalarning rivojlanishi va ayniqsa virusli etiologiya o'rtasidagi bog'liqlikni tasdiqlaydi. Shuningdek, D vitamini etishmovchiligi va etishmovchiligining autoimmun disfunktsiyalar, bronxial astma, qandli diabed bilan og'rigan bolalarda zaiflik va og'ir sharoitlarni kuchaytirishi mumkin bo'lgan boshqa patologik holatlarning rivojlanishidagi ahamiyati katta.
- Tsink pastki nafas yo'llarining o'tkir infektsiyalariga moyillikni pasaytiradi, chunki u immunitet tizimining turli funktsiyalarini tartibga soladi, shu jumladan o'pkaning yallig'lanish jarayonlarida nafas olish yo'llari hujayralarining yaxlitligini himoya qiladi. Haftada 15 mg dan 140 mg gacha bo'lgan dozalar ham baholandi, yuqori chegara bolalar uchun tavsiya etilgan sutkalik dozadan (MKD) oshadi - 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun kuniga 2 mg va kuniga 7 mg 1 yoshdan 3 yoshgacha tavsiya etiladi. Optimal dozani aniqlash juda muhim, chunki tsinkning yuqori dozalari va uzoq muddatli foydalanish mis va temir kabi boshqa oziq moddalarning so'rilishiga to'sqinlik kilishi aniqlangan.

Muhim dorilar ro'yxati

Farmakoterapevtik gruppa	Dori vositalarining XPN (xalqaro patentlanmagan nomi)	Preparat shakllari	Dalillar darajasi
Aminopenisillinlar J01CA04 J01CA02	Amoksisillin	Ichishga, 45-90 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Amoksisillin/ klavulanat	Ichishga, 45-90 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Amoksisillin/ sulbaktam	Ichishga, 45-90 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Sultamisillin	Ichishga, 25-50 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	B

			https://old.stgmu.ru/
Tsefalosporinlar-2 J01DC02 J01DC04	Tsefuroksim	Ichishga, 20-30 mg/kg (500 mg/sut, 2 marta /sutko'rsatmaga ko'ra	B https://old.stgmu.ru/
	Tsefaklor	Ichishga, 20-40 mg/kg (1500 mg/sutki p bo'lmagan, 2-3 marta /sutko'rsatmaga kira	C https://old.stgmu.ru/
Makrolidlar J01FA10 J01FA09 J01FA06	Azitromisin	Ichishga, 10 mg/kg/sut, sutkada 1 marta	A https://old.stgmu.ru/
	Klaritromisin (Klasid)	Ichishga, 15 mg/kg/sut (500 mg dan kam emas), 1-2 marta/sud	C https://old.stgmu.ru/
	Roksitromisin	Ichishga, 5-8 mg/kg/sut (300 mg kap emas), 2 marta/sud	C https://old.stgmu.ru/
Virusga qarshi preparat L03AB05	Rekombinantnaya gan 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 me 1 supp. Dan. 2 marta sutkada 12soatda 5 kun xar kuni.	C https://old.stgmu.ru/
Virusga qarshi preparat	interferon gamma antitela, CD 4ga	1 oylik va undan katta	C https://old.stg

L03AB05	antitela, gistamina antitela	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 tuzalgunga qadar kuniga 3 marta 1таблеткадан олинг.	mu.ru/
Virusga qarshi preparat J05AB11	Valasiklovir	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 infektsiya-lari (1 va 2 turdagi) - tsitomegalovirus (SMV)infektsiyasining ko'payishini kamaytirish uchun.	C https://old.stgmu.ru/
Virusga qarshi preparat L03	aminodigidroftalazindion natriya	Rektal: 1 yosh va undan katta bolalar uchun, 1 tashamchadan har kuni 5 kun, keyin 1 ta shamchadan har kuni 10	C https://old.stgmu.ru/

		kun davomida. Kurs - 15 ta shamcha. Til ostiga tabletkalar. 1 tabletkadansutkasiga 4 mahalgacha yoki 2 ta tabletkadan sutkasiga 2 mahal 5 kun.	
Virusga qarshi preparat L03	Azoksimera bromid	Parenteral yuborish uchun eritmalar 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 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 eritmasida eritiladi. 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	C https://old.stgmu.ru/

		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	Atsetilsistein (ASS)	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 eruvchan tabletka. 100 mg dan kuniga 3 marta yoki 2 eruvchan tabletkakuniga 2 marta, 2 yoshdan bolalar.	B https://old.stgmu.ru/
	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 https://old.stgmu.ru/
	Butamirat+ Gvayfenezin	Ichkarida, 7 kg gacha, kuniga 3-4 marta 8 tomchi, - 7-12 kg, kuniga 3-4 marta 9 tomchi,	B https://old.stgmu.ru/

		- 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	
Mukolitik preparatlar R05CB	bradikininga, gistaminga, morfinga affinno tozalangan antitelalar	3 yoshdan katta bolalar kuniga 3 marta 1-2 choy qoshiqdanfoydalanadilar. Ovqatdan tashqari kuniga 3 marta 1-2 tabletkadan oling. (to'liqeriguncha og'izda saqlang).	B https://old.stgmu.ru/
balg'am ko'chiruvchi va bronxospazmolitik tasirga ega fitopreparatlar 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 -	C https://old.stgmu.ru/

		1 tabletka. ertalab va ½ Tab. Kechqurun. 35 mg paketlardagi eritma: 12 yoshdan oshgan bolalar, 1 sashe-paket. Kuniga 3 marta, 6 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolalar 1 sashe-paketdan. kuniga 2 marta.	
	Timyan o'ti (Thymiherba), pechak barglari (Hederaefolium)	Ichishga 3 oydan 12 oygacha bo'lgan bolalar - kuniga 1,1 ml 3 maxal; 1 yoshdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalar - kuniga 2,2 ml 3 maxal; 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar - kuniga 3,2 ml 3 maxal; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar - kuniga 4,3 ml 3 maxal; o'smirlar uchun 12 yoshdan va kattalar- kuniga 5,4 ml 3 maxal.	C https://old.stgmu.ru/
Vitamin D3 A11CC05	Kolekaltsiferol(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]
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 let – 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
Enterosorbent terapiyaA07BC	Dioksid kremniy yuqori disperli+ laktuloza	3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 1 marta 1 sashe-paket; 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 2 marta 1 sashe-paket; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar: kuniga 3 marta 1 sashe-paket. Mahsulotning tayyorlangan suvli	C [https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/%D0%A6%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B0%

		suspenziyasi ovqatdan yoki dori-darmonlardan 1 soat oldin og'iz orqali olinadi.	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 https://old.stgmu.ru/
Eslatma: *1. Foyda/xavf nisbati nuqtai nazaridan, sutkalik dozani bir martalik yuborish afzal.* *2. Agar MKI (maksimal kislorod iste'moli) 1,5 yoki 2 mkg/ml bo'lsa, sutkalik dozani 3-4,5 g gacha oshirish mumkin (yuklash dozasi 25-30 mg/kg).* *3. Har 12 soatda v/i 1 g dori vositasini yuborish rasman tasdiqlanmagan, ammo farmakodinamik/farmakokinetika tadqiqotlari nuqtai nazaridan og'ir be bo'lgan bemorlarda afzalroq bo'lishi mumkin.*			

Klinik protokollargao'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. Stasionar sharoitida davolash taktikasi

TIBBIY YORDAM TURLARINI HISOBGA OLGAN XOLDA GOSPITALIZASIYA UCHUN KO'RSATMALAR

Bemorlarning quyidagi toifalari majburiy kasalxonaga yotqizilishi kerak:
- hayotning birinchi oylari va birinchi yilidagi bemorlar;
- Erta tug'ilgan chaqaloqlar;
- bronx-o'pka displaziyasi bo'lgan bolalar;
- respirator distress sindromi bilan kasallanganlar;
-postventilyasion traxeobronxitdan keyingi bilan o'pkaning sun'iy ventilyasiyasida bo'lganlar;
xomila ichi va perinatal respirator infektsiya o'tkazganlar;
- xomila ichi rivojlanishining orqada qolishi sindromi, anemiya, raxit va surunkali oziqlanish buzilishi bo'lgan bolalar;
-takroriy nazofaringit, obstruktiv bo'lmagan va obstruktiv bronxit bilan og'rigan tez-tez kasallanuvchi bolalar.
- Ushbu bemor bolalar asoratlangan zotiljam xavfi guruxi hisoblanadi.

Shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

I A	**Shoshilinch yotqizish uchun ko'rsatmalar:** - Yot jismlarga shubha bo'lganida; - Ko'krak qafasini quyi qismini tortilishi va nafasni tezlashishi bilan nafas etishmasligini kupayib borishi; - Og'ir respirator distress (nafas olganda yoki ko'krak suti bilan oziqlantirilganda yaqqol namoyon bo'lgan diskomfort, ovqat iste'mol qilish yoki suyuqlik ichishdagi qiyinchiliklar yoki nutqni qiyinlashishi); - Yaqqol namoyon bo'lgan toksikoz (ovqat va suvni rad etish, ko'krakni emmaslik, ongni buzilishi, 5 kundan ortiq isitma); - Talvasalar;(Sudorogi) - Markaziy tsianoz; - Tinch holatda stridor (II-IV stenoz); - Pulsoksimetriya usuli bilan aniqlanadigan arterial qonni kislorod bilan to'yinishi, saturasiya (SpO2); - 2 yoshdan kichik bo'lgan barcha bolalar. **Rejali xolda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:** • o'tkir bronx-o'pka jarayonlarining qo'zg'alishi; • ambulatoriya bosqichida olib borilgan davolash yordam bermagan holatlarda; • o'pka yuragining rivojlanish dekompensasiyasida.

2.4.5 Nemedikamentoz davo

Parxez (stol № 0,2. 2TS, 2A, 4 B TS 15)

Fizioterapiya davo muolajasining asosiy qismi. Ko'rsatmalarga muvofiq tavsiya etiladi: yuqori chastotali elektroterapiya (UVCH-, DMV-, SMV-terapiya) №5-7; lazeroterapiya №5-7; ko'rsatmalarga muvofiq ko'krak qafasining to'qima ichi elektroforezi – Longidaza № 7-10; ko'krak qafasiga impuls elektroterapiya (DDT, SMT va dr.) № 5-8; ko'krak qafasiga parafino-ozokerit applikasiya № 5-7.

Davo mashqlarini, ko'krak qafasi massaji (vakumli,vibrasion), pozision drenaj, **kinezoterapiya** olib borish juda muxim xisoblanadi.

• Faol nafas olish texnikasi ketma-ket kombinasiyalar bilan belgilanadi:

• Engillik va nafasni nazorat qilish.
• Ko'kragiga 3-4 ta'sir (perkussiya, tebranish).
• Engillik va nafasni nazorat qilish.
• Ko'kragiga 3-4 ta'sir (perkussiya, tebranish).
• Engillik va nafasni nazorat qilish.
• 1-2 manevr bilan tezlashgan nafas chiqarish (xaffing)
• Engillik va nafasni nazorat qilish.

Postural drenaj. Balg'am miqdori kuniga 30 ml dan ortiq bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi. Bronxodilatatorlar va balg'am ko'chiruvchilarni 30 daqiqa oldin qabul qilish kerak. Pozision drenaj be lokalizasiyasiga muvofiq amalga oshiriladi. Bemor drenaj holatini qabul qilishi lozim, unda ko'krak qafasi gorizontal darajadan taxminan 20-30 daraja burchak ostida tushadi. Bazal be da bronxdan sekresiyani olib tashlash uchun to'shakning oyoq uchini sezilarli darajada ko'tarish kerak. Be IV va V segmentlarda joylashgan taqdirda, bemor yotoqning bosh qismi tushirilgan holda orqa tomoniga yotqiziladi va bemorning zararlangan o'pka tomoniga yostiq qo'yiladi. Postural drenaj kuniga kamida 2 Marat (ertalab uyqudan keyin va kechqurun yotishdan oldin) amalga oshiriladi. Bemor turli pozisiyalarni egallaydi va empirik ravishda balg'am sekresiyasi uchun eng maqbulini tanlaydi. Bemor har bir holatda 5-15 daqiqa turadi. Drenajni kuniga 2 Marat, kuchaygan taqdirda esa kuniga 4 martagacha bajarish kerak.

Manual perkussiya va vibrasiya. Bu balg'amni bronxlar devorlaridan ajratishni yaxshilash va uni katta bronxlarga o'tkazib berishdan iborat. Vibrasiyani silkitgandan keyin va faqat nafas chiqarishda amalga oshirish kerak. Vibrasiyaning davomiyligi taxminan 1 min. Urish kaftni buklangan "qayiq"Simon xolatida umurtqa pog'onasi, to'sh suyagi va yumshoq to'qimalarda emas, balki faqat qovurg'alar soxasida amalga oshiriladi. 45 daraja burchak ostida o'tiriladi. Davomiyligi-taxminan 1 min.

4.2.2 Medikamentoz davo:

- Antibakterial terapiya. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari bo'lmaganda be bilan kasallangan barcha bolalarda, shuningdek, o'rtacha og'irlikdagi be bilan kasalxonaga yotqizilgan bolalarda og'iz orqali ABT ni qo'llash tavsiya etiladi. Og'ir be uchun ABT odatda parenteral tarzda buyuriladi [1].

Klinik protokollargao'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

Muhim dorilar ro'yxati

Farmakoterapevtik gruppa	Dori vositalarining XPN (xalqaro patentlanmagan nomi)	Preparat shakllari	Dalillar darajasi
Aminopenisillinlar J01CA04 J01CA02	Benzilpenisillin	V/i, m/o, 100000-500000 Ed/kg/sut, 4-6 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Ampisillin	V/i, m/o, 100-200 mg/kg/sut, 4 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Oksasillin	V/i, m/o, 150-300 mg/kg/sut, 4-6 marta /sut	B https://old.stgmu.ru/
	Amoksisillin/ klavulanat	V/i, m/o, 3 oylikgacha - 60 mg/kg (ves <4 kg) yoki 90 mg/kg (ves > 4 kg), 3 oylikdan so'ng, 3-4 Marat/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Amoksisillin/ 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 so'ng – 2-3 g, 2-3 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Amoksisillin/ sulbaktam	V/i, m/o, 150 mg/kg/sut, 3-4 marta/sut	A https://old.stgmu.ru/
	Sultamisillin	Ichishga, 25-50 mg/kg/sut, 2 marta/sut	B https://old.stgmu.ru/
Tsefalosporinlar-2 J01DC02 J01DC04	Tsefuroksim	V/i, m/o, 30-100 mg/kg/sut, 3 marta/sut	B https://old.stgmu.ru/
J01DC04	Tsefaklor	Ichishga, 20-40 mg/kg (1500 mg/sutki p bo'lmagan, 2-3 marta	C https://old.stgmu.ru/

		/sutko'rsatmaga kira	
Tsefalosporinlar-3 J01DD08	Tsefotaksim	V/i, m/o, 50-100 mg/kg/sut, 3-4 marta/sut	B https://old.stgmu.ru/
	Tseftriakson	V/i, m/o, 20-80 mg/kg /sut, 1-2 marta/sut	B https://old.stgmu.ru/
	Tseftazidim	V/i, m/o, 30-150 mg/kg (6 g dan ortiq bo'lmagan), 2 oylikgacha - 25-60 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
	Tsefoperazon	V/i, m/o, 50-200 mg/kg/sut, 2-4 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
ИЗЦС-3	Tsefoperazon/ sulbaktam	V/i, m/o, 40-160 mg/kg/sut, 2-4 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
	Tsefotaksim/sulbaktam	V/i, m/o, 100-160 mg/kg/sut, 2-3 marta	C https://old.stgmu.ru/
ЦС-4	Tsefepim	V/i, m/o, 100-150 mg/kg/sut, 2-3 marta	C https://old.stgmu.ru/
ИЗЦС-4	Tsefepim/ sulbaktam	V/i, m/o, 100-150 mg/kg /sut, 2-3 marta	C https://old.stgmu.ru/
Karbapenemlar J01DH02	Imipenem	V/i, m/o, V/i - 60 mg/kg, m/o – 1-1,5 g/sut, 2-3 marta	D https://old.stgmu.ru/
	Meropenem	V/i, 30-60 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut, 2-3 marta	D https://old.stgmu.ru/
	Ertapenem	V/i, m/o, 30 mg/kg (ne bolee 1 g)	D https://old.stgmu.ru/
Aminoglikozidlar D06AX12 D06AX07 J016B04	Amikasin	V/i, m/o, 10-20 mg/kg/sut, 1-2 marta	A https://old.stgmu.ru/
	Gentamisin V/i, m/o, 3-5 mg/kg/sut, 1-2 marta	Gentamisin V/i, m/o, 3-5 mg/kg/sut, 1-2 marta	B https://old.stgmu.ru/
	Netilmisin	V/i, m/o, 4-6,5	B

		mg/kg/sut, 1-2 marta	https://old.stgmu.ru/
	Tobramisin	V/i, m/o, 3-5 mg/kg/sut, 1-2 marta	B https://old.stgmu.ru/
Makrolidlar J01FA10	Azitromisin	V/i 10 mg/kg (ne bolee 500 mg)* /sut, 1 marta	B https://old.stgmu.r
J01FA07	Djozamisin	Ichishga, 40-50 mg/kg/sut, 2-3 marta /sut	B https://old.stgmu.ru/
J01FA09	Klaritromisin	ichishga, 15 mg/kg/sut (500 mg gacha), 1-2 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
J01FA03	Midekamisin	Ichishga, 20-50 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
J01FA06	Roksitromisin	ichishga, 5-8 mg/kg/sut (ne bolee 300 mg), 2 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
J01FA02	Spiramisin	ichishga,, 150000-300000 me/kg/sut, 2-3 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
D10AF01	Klindamisin	ichishga,, 8-25 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut	C https://old.stgmu.ru/
LinkozamidlarJ01FF02	Linkomitsin	B/i, m/o, 10-20 mg/kg / kun, 3 mart	C https://old.stgmu.ru/
	Klindamisin	V/i, m/o,20-40 mg/kg/sut,3-4 marta	C https://old.stgmu.ru/
Boshqa antibiotiklar J01XX01	Fosfomisinneo	V/i 100-200 mg/kg./sut, 1-2 marta	B https://old.stgmu.r/
	Kolistin	2.000.000 ED ingalyasiya uchun	B https://old.stgmu.ru/
	Fluimusil	100mg/ml dlya ingalyasii 1-2 marta v den 5-10 dney	B https://old.stgmu.ru/
Glikopeptidlar A07AA09	Vankomisin	V/i, 40 mg/kg/sut, 4 marta	C https://old.stgmu.ru/

OksazolidinonlarJ 01XX08	Linezolid	V/i, 20 mg/kg/sut, 2 - marta	C https://old.stgmu.ru/
β2-agonistlar G02CA03 R03AC02	Fenoterol	Fenoterol 0,5–0,75 mg (10-15 tomchi)	A https://old.stgmu.ru/
	Salbutamol (Nebutamol)	1-2,5 mg (1-2,5 ml)	A https://old.stgmu.ru/
Antixolinergik preparatlar R01AX03	Ipratropium bromid (atrovent)	0,25 mg (1 ml)	A https://old.stgmu.ru/
Steroidlar A07EA06	Beklometazondi-propionat (beklazon)	kuniga 400-800 mkg	A https://old.stgmu.ru/
	Budesonid (o'q-mikort, benakort)	Kuniga 400-800 mkg	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
	flutikazona propionat(nebuflyuzon)	1 mg v/sut	B https://old.stgmu.ru/
Virusga qarshi preparat J05AB11	Valasiklovir	Bolalarga ½ tabletkadan kuniga 2 mahal. - Varicella Zoster virusi	C https://old.stgmu.ru/

		keltirib chiqaradigan zoster uchug'i va suvchechak; - Herpes Simplex virusi keltirib chiqaradigan teri va shilliq pardalarning infektsiya-lari (1 va 2 turdagi) - tsitomegalovirus (SMV)infektsiyasining ko'payishini kamaytirish uchun.	
Virusga qarshi preparat L03	aminodigidroftalazi ndion natriya	Rektal: 1 yosh va undan katta bolalar uchun, 1 tashamchadan har kuni 5 kun, keyin 1 ta shamchadan har kuni 10 kun davomida. Kurs - 15 ta shamcha. Til ostiga tabletkalar. 1 tabletkadansutkasiga 4 mahalgacha yoki 2 ta tabletkadan sutkasiga 2 mahal 5 kun.	C https://old.stgmu.ru/
Virusga qarshi preparat L03	Azoksimera bromid	Parenteral yuborish uchun eritmalar 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 eritmasida eritiladi. Solventni qo'shgandan so'ng, preparat shishishi uchun	C https://old.stgmu.ru/

		2-3 daqiqaga qoldiriladi, keyin silkitmasdan aylanish harakatlari bilan aralashtiriladi. Vena ichiga tomchilab yuborish uchun preparat 2 ml steril 0,9% natriy xlorid eritmasida eritiladi. 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).	
Immunomodulyatorlar	Polioksidoniy 6mg	6 oy. 100-150mkg/kg xar kuni, kun ora yoki xaftasiga 2 marta kurs 10 -15 sut.	B https://old.stgmu.ru/
	Galavit	rektal: 1C upp. dan har kuni 5 kun, MDH 1C upp.72 yuzlik interval	B https://old.stgmu.ru/

		bilan berilgan. 15 kunlik kurs	
Kombinirlangan preparatlar	Berodual (berotek / atrovent	1 ml = 20 tomchi	B https://old.stgmu.ru/
Qon va qon o'rnini bosuvchilar	Albumin, Plazma	Zarurat bo'lganda	
Sekretolitiklar	0,9% NaCl eritmasi	2 ml 2 marta kuniga	C https://old.stgmu.ru/
	3% gipertonik eritmasi va gialuronat natriya - 1,0 mg (Lorde® Gial)	2 ml 2 marta kniga	C https://old.stgmu.ru/
	Gianeb 7% (gialuronat natriya 1 mg+natriy xlorid 70 mg)	Kuniga 1 marta	C https://old.stgmu.ru/
Mukolitik preparatlar R05CB01 R05CB06 R05FB02	Asetilsistein	Inhalatsiyasi 2-3 ml 2 mart kuni kuniga	C https://old.stgmu.ru/
	Ambroksol 1-2 ml 2 marta kuniga	Ambroksol 1-2 ml 2 marta kuniga	C https://old.stgmu.ru/
	Standartlangan quruq pechak ekstrakti (5-7,5:1) EA 575	1-2 marta kuniga xar kuni ingalyasiya uchun 1 yoshdan 4 yoshgacha - 12 kapeltomchidan kuniga 3 marta, 4 yoshdan 10 letyoshgacha – 16 tomchidan kuniga 3 mahal, 10 yosh va kattalarga 24 tomchidan kuniga 3 mahal.	C https://old.stgmu.ru/
R05CB	bradikininga, gistamga morfinga	3yoshdan 1-2 choy qoshiqdan kuniga 3 mahal buyuriladi..	B https://old.stgmu.r

	affin tozalangan antitelalar	1-2 tabletkadan 3 maxal sutkasiga (og'izda to'liq eriguncha ushlab turiladi)	u/
D3 Vitamini A11CC05	Kolekalsiferol (Akvadetrim)	ichishga, 0 – 1 yoshgacha– 1500ME, 1 – 5 yoshda -2500ME, 6 – 18 yoshda 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
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 let – 32 mg.	C https://old.stgmu.ru/
Enterosorbent terapiyaA07BC	Dioksid kremniy yuqori disperli+ laktuloza	3 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 1 marta 1 sashe-paket; 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 2 marta 1 sashe-paket; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar: kuniga 3 marta 1 sashe-paket. Mahsulotning tayyorlangan suvli suspenziyasi ovqatdan yoki dori-darmonlardan	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

		1 soat oldin og'iz orqali olinadi.	%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 https://www.ncbi.nlm.nih.gov /pmc/articles/PMC8912170
Zamburug'ga karshi preparatlar	Flukonazol	50-150 mg. 3mg/kg/sut 1 mahal kuniga	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov /pmc/articles/PMC8912170

Jarrohlik davolash. Bronxoektazni jarrohlik yo'li bilan davolash (o'pkaning bir qismi rezektsiyasi) amalga oshirish uchun tavsiya etiladi:
- mahalliy joylashgan be (o'pkaning bir qismidan ko'p bo'lmagan bo'lagi zararlangan xolda - cheklangan jarayon), pastki nafas yo'llari infektsiyalari tez-tez qaytalanishi, bemorning xayot tarzini yomonlashishi; maxalliy zararlangan soxadan qon ketishi (kuniga 200mldan ortiq) yoki qon tuflash (nazorat qilinmagan konservativ davolash). Keyingi xollarda muqobil rezektsiya bo'lib bronxial arteriyaning embolizasiyasi hisoblanadi. Jarrohlik davolash juda kamdan-kam hollarda, mahalliy bronxektazli bemorlarda, bir xil lokalizasiyadagi doimiy qaytalanuvchi zotiljamda, tez-tez qon ketishi, infektsiya yoki o'pkaning uzoq vaqt segmentar kollapsi, odatda konservativ davo imkoniyatlari tugagan hollarda amalga oshiriladi. Jarrohlik o'tkazish bo'yicha qaror bir qator omillarga bog'liq: qon tuflashning chastotasi va kuchayishi, qon ketish lokalizasiyasi (be joylashgan joyidan), mahalliy yoki diffuz be mavjudligi. Ularning qaytalanishi operasiyadan keyin bemorlarning 20% kuzatiladi.

	Ba'zi cheklovlar yoki boshqa keskin sabablar bilan bajarilgan randomizirlangan (RNS) nazorat sinov natijalariga asoslangan dalillar, (qarama-qarshi natijalar,

1C	uslubiy xatolar, bilvosita yoki tasodifiy, va boshqalar). Keyingi tadqiqotlar (agar o'tkazilgan bo'lsa) foyda-xavf nisbatini baholashga bo'lgan ishonchimizga ta'sir qilishi va uni o'zgartirishi mumkin.

Boshqa davolash. Kineziterapiya tavsiya etiladi. Kineziterapiya – Bening majmuaviy davolashning eng muxim komponentlaridan biridir. Kineziterapiyaning asosiy maqsadi bronx-o'pka tizimning yuqumli kasalliklarini rivojlanishiga sababchi bo'ladigan balg'amlarni bronxial daraxtidan tozalashdir.

1A	Yaxshi bajarilgan Rktlar yoki rad etib bo'lmaydigan isbotlarga asoslangan bir birini rad etmaydigan ishonchlshi dalillar, qandaydir boshqa shaklda taqdim etilgan. Keyingi tadqiqotlar foyda-xavf nisbatini baholashga bo'lgan ishonchimizni o'zgartirishi dargumon.

Quyidagi kineziterapiyaning eng keng tarqalgan usullari ishlatiladi:
- postural drenaj;
- ko'krak qafasining perkussion uqalashi;
- faol nafas olish tsikli;
- nazoratli yo'tal

Erta bolalikdan bemorlarning uzoq muddatli o'rtacha intensivlikdagi yuklar bilan bog'liq har qanday dinamik sport bilan shug'ullanish istagini rag'batlantirish kerak, ayniqsa ochiq havodagi mashg'ulotlar bilan bog'liq. Jismoniy mashqlar bronxlarni yopishqoq balg'amdan tozalashni osonlashtiradi va nafas olish mushaklarini rivojlantiradi.
Ba'zi mashqlar ko'krak qafasini mustahkamlaydi va qomatini yaxshilaydi. Muntazam jismoniy faoliyat kasal bolalarning umumiy xolatini yaxshilaydi va tengdoshlar bilan muloqotni osonlashtiradi. Kamdan kam hollarda bemorning ahvolining og'irligi jismoniy mashqlar qilish imkoniyatini cheklaydi.
Be bilan og'rigan bemorlarda gipotrofiyaning rivojlanishi tufayli oziqlanish holatini baholash asosida individual parhez tavsiya etiladi.
Oziq-ovqat mahsuloti etarli miqdorda energiya va ozuqaviy tarkibiy qismlarni ta'minlashi kerak.
Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:
• yo'talni kamayishi;
• intoksikasiya belgilari bartaraf etilishi;
• tana haroratini normallashishi;
• bemorni o'zini his qilishi

5. BRONXOEKTAZ REABILITASIYASI VA DISPANSERIZASIYASI

Birlamchi tashxis va terapiyani tanlash maxsus pulmonologik shifoxonada yoki bo'limda amalga oshiriladi (engil kechuvchi, ayniqsa, kuzatuv vaqtida, kunduzgi shifoxonaga yotqizilishi mumkin). davolanish muddati - 14-21 kun.
Ambulatoriya sharoitida bronx-o'pka kasalliklar aniqlansa yoki unga shubha tug'ilsa, uchastka pediatrlari bemorlarni pulmonolog maslahatiga yuborishlari kerak.
BE bilan og'rigan bolalarni murojaat qilish soni kasallikning og'irligiga va etiologiyasiga qarab alohida belgilanadi. O'rtacha bemorlarning nazorat tekshiruvlari yiliga kamida bir marta (agar ko'rsatma bo'lsa - tez-tez), TNF, saturasiya, Exo-kg, KT Doppler tahlillari va ko'krak qafasining KT monitoringi (o'rtacha 2 yil ichida 1 marta) o'tkazilishi kerak.

KTBTMda mutaxassisga murojaat qilish mezonlari

• Bronxektaz tashxisi aniqlanmagan yoki shubhali bo'lganda (o'tkir respirator kasallikdan keyin subfebril haroratni saqlab turishi; nam yoki quruq xirillashlarning aniq lokalizasiyasi; xirillash kalibrlari va bronxlarning anatomik joylashuvi o'rtasidagi tafovut bo'lishi, qon tuflash epizodlari).
• Davom etayotgan davo muolajalari fonida 2 xaftadan ortiq vaqt davomida be ning kuchayishi.
• Har qanday darajadagi be, kasallikning og'ir va o'ta og'ir shakllari va asoratli kechishi.
• BE bilan og'rigan bemorda oddiy jismoniy faoliyat natijasida xansirash yoki astmatik komponent, yohud 50% xolatda NCHYUT (nafas chiqarishning yuqori tezligi), og'ir anemiya belgilari yoki doimiy proteinuriya.
• BE ni har qanday bosqichida tana vazni indeksi 19 kg/m2 dan kam va tana vazni tanqislining15% dan ortiq bo'lishi.
• Qo'shimcha diagnostik testlar va ixtisoslashgan mutaxassislar maslahati talab qilinadi (ko'krak rentgenografiyasi, kompyuter tomografiyasi, fibrobronxoskopiya, tashqi nafas olish funktsiyasini batafsil o'rganish, pulsoksimetri, 6 daqiqali yuklama sinovlari).
• Grippga qarshi emlash masalalarini hal qilish.
• Nogironlikni kamaytirish darajasini aniqlash, %.

KTBTMda tashxislash tadbirlari (tekshirish, laborator va instrumental tekshirish yordamida baholash)

• Umumiy qon tahlili.
• Umumiy balg'am tahlili.
• Gramm bo'yicha balg'am surtmasini bo'yalishi.
• Balg'am bakterioskopiyasi BK (Kox basillalari) (uch karra).
• Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
• Bronxodilatasiya testlari (spirografiya) bilan tashqi nafas olish funktsiyasini batafsil o'rganish.
• Pulsoksimetriyasi: NCHYUT si 50% dan kam bo'lgan bemorlar, tinch xolatda xam xansirashi bo'lgan bemorlar, shuningdek kasallikning avj olish davrida.
• Nchyutsi 50% dan kam bo'lgan bemorlarga elektrokardiografiya, shuningdek, ko'rsatmalar asosida o'pka yurak va ritm buzilishining klinik ko'rinishlarida.

• Maxsus tekshirish usullariga ko'rsatmalarni aniqlash (fibrobronxoskopiya, ko'krak qafasining kompyuter tomografiyasi, pulsoksimetriya, spirografiyada bronxodilatatorlar bilan sinamalar o'tkazish, 6 daqiqali yuklama sinovlari).
• Nogironlikni kamaytirish darajasini aniqlash, %.

TTBda tashxislash tadbirlari (tekshirish, laborator va instrumental tekshirish yordamida baholash)
• 2 proektsiyada (bevosita va lateral) ko'krak qafasi a'zolarining rentgenogrammasi.
• Barcha bemorlar uchun pulsoksimetriya va qondagi gaz miqdorini aniqlash (mavjudligi bo'yicha).
• Elektrokardiografiya.
• Tashqi nafas olish funktsiyasini batafsil o'rganish (ko'rsatmalarga muvofiq).
• Umumiy qon tahlili.
• Umumiy balg'am tahlili.
• Umumiy siydik tahlili.
• Zimniskiy va Nicheporenko uchun sinama (ko'rsatmalarga muvofiq).
• Balg'amni gramm bo'yicha bo'yash (ko'rsatmalarga muvofiq).
• Balg'am kulturasi va antibiotiklarga sezuvchanlik (agar empirik antibiotik terapiyasiga ta'sir bo'lmasa).
Qonni biokimyoviy usulda tekshirish: umumiy oqsil, oqsil fraksiyalari, seromukoid, sial kislotalar, fibrin, gaptoglobin, karbamid, kreatinin.

Bronxoektazli bolalarni kasalxonaga yotqizish mezonlari:

• Yot jismga shubha bo'lganida bronkoskopiyani o'tkazish uchun;
• nafas etishmovchiligining bilan ko'krak qafasining pastki qismining tortilishi va nafas olishning kuchayishi;
• nafas olish qiyinlashuvi (nafas olishda aniq noqulaylik, ovqatlanish va ichish qiyinligi yoki gapirishda qiyinchilik);
• 2 oylik yoshdagi barcha bolalar.

Reabilitasiya. Bemorlarga o'pka funktsiyasini saqlashga qaratilgan reabilitasiya tadbirlarini o'tkazish tavsiya etiladi.

5.1 Profilaktika

Profilaktika bolalarda bronxit va pnevmoniyaning og'ir infektsiyalarining oldini olish va davolashdan iborat. Belgilangan muddatda ko'kyo'tal va qizamiqqa qarshi emlash, o'pka bakterial infektsiyalari uchun antibakterial preparatlardan oqilona foydalanish BE tarqalishini kamaytirishga yordam beradi. Bemorning umumiy ahvolini yaxshilash uchun alahsirashning oldini olish choralarini ko'rish, davolash tadbirlari har tomonlama va to'liq amalga oshirilishi lozim.
BE bilan kasallangan bemorlarga pnevmokokk va gemofil infektsiyalarga qarshi emlash va grippga qarshi xar yili emlash tavsiya etiladi. Immunitet tanqisligi sharoitidagi bolalarda emlash profilaktikasining o'ziga xos xususiyatlarini yodda tutish lozim.

Bemorlar qat'iy rejimga rioya qilishlari, postural drenaj, nafas olish gimnastikasi bilan shug'ullanishlari va jismoniy Mashilarni amalga oshirishlari kerak. Bemorlarga "bronxlarni tozalash" bronxial gigiena elementlari, faol nafas olish texnikasi, postural (pozision) drenaj va qo'lda perkussiya va tebranish usullari o'qitish kerak.
Grippga qarshi emlash epidemiya mavsumi boshlanishidan oldin 6 oylikdan boshlab (Grippol, Grippolplus, Fluarix, Influvak) yoki (Vaksigrip) inaktivasiyalangan vaktsinalar bolalar uchun tavsiya etiladi. Grippga qarshi emlash quyidagi toifadagi bolalar uchun ko'rsatiladi:

Grippga qarshi emlash quyidagi bolalar toifalari uchun ko'rsatiladi:
• maktabgacha yoshdagi bolalar (maktabgacha ta'lim muassasalariga qatnaydigan);
• 1-sinfdan 11-sinfgacha bo'lgan o'quvchilar;
• o'rta maxsus kasb-hunar muassasalari o'quvchilari;
• oliy o'quv yurtlari talabalari.
• Respirator infektsiyalarning oldini olish (emlash nazoratidagi virusli infektsiyalarga (grippga) qarshi faol emlash) tavsiya etiladi.
Bronxit rivojlanishining oldini olish uchun bolalarga havo ifloslangan joylarda bo'lmaslik tavsiya etiladi.
BEe ning oldini olish va ushbu ta'sirning boshqa patologik ta'sirini oldini olish uchun bolaning tamaki tutuni (shu jumladan, passiv chekuvchi) bilan aloqasini istisno qilish tavsiya etiladi.
Shaxsiy ko'rsatmalarga ko'ra, immunitet tanqisligi, og'ir nerv-mushak kasalliklari, rivojlanishning tug'ma nuqsonlari va nafas olish funktsiyasiga aloqador bo'lgan irsiy patologiyasi bo'lgan bolalar uchun RS-virusli infektsiyasining passiv immunoprofilaktikasi amalga oshirilishi mumkin.
Immun tolerantlikni qo'llab-quvvatlash va organizmning himoyasini oshirish uchun xolekaltsiferol (D vitamini) va tsinkni yil davomida iste'mol qilish tavsiya etiladi.
Natijalar va prognoz. Bronxial daraxtning cheklangan shikastlanishlari mavjud bo'lganda erta tashxis qo'yish va o'z vaqtida davolanish odatda yaxshi natijalarni beradi. Simptomlar va qon tuflash kuchaygan bemorlarda prognoz yomonlashishi boshqa fon kasalliklarining mavjudligi yoki yo'qligi, zararlanish darajasi va be ning tarqalishiga bog'liq. Bolalikda be bilan kasallangan bemorlarda o'pka gipertenziya belgilari erta rivojlanishi mumkin. Mukovissidoz yoki og'ir immunitet tanqisligi xolatlarida kasallikning natijasi nafaqat bronxlardagi morfologik o'zgarishlarga, balki asosiy patologiyaning kechishiga ham bog'liq.

5.2 Tibbiy yordam ko'rsatish sifatini baholash mezonlari

Tibbiy yordam ko'rsatishning tashkiliy texnik shartlari

Tibbiy yordam turi	Ixtisoslashttirilgan tibbiy yordam
Yosh guruhi	Bolalar
Tibbiy yordam ko'rsatish sharoitlari	stasionarda / kunduzgi stasionarda
Tibbiy yordam ko'rsatish shakli	Rejali
Kasallik bosqichi, boshqa tavsiflar (mavjud	

bo'lganda)	

Tibbiy yordam ko'rsatishning sifat mezonlari

№ п/п	**Sifat mezonlari**	Dalillarning aniqlik darajasi	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
1.	Shifokor –pulmonolog maslahati bajarildi	C	1
2.	Ko'krak qafasi a'zolarining kompyuter tomografiyasi bajarildi(tashxis qo'yishda)	C	1
3.	Qo'zg'atuvchini antibiotik va boshqa dori preparatlariga Sezirligini aniqlash bilan (agarda o'tgan yil davomida o'tkazilmagan bo'lsa) balg'amni bakteriologik tekshiruvi bajarildi (indusirlangan balg'am, traxeal aspirat)	C	1
4.	Bronxoektaz etiologiyasini aniqlashtirish uchun qo'shimcha tadqiqotlar bajarildi (ko'rsatmalar bo'yicha)	C	1
5	Tashqi nafas funktsiyasini tekshirish bajarildi (qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmaganda)	C	1
6	Qon gazlarini tekshirish va/yoki pulsoksimetriya bajarildi	C	1
7	Traxeobronxoskopiya bajarildi (bronxoalveolyar lavajni tekshirish zaruriyatida va/yoki bronxning shilliq qavatidan bioptat olishda yoki bronxdan yot jismni olib tashlash va tashxislashda)	C	1
8	Doppler tahlili bilan exokardiografiya bajarildi (o'pka arteriyasmida bosim gradientini o'lchash) (agarda oxirgi 1 yil davomida o'lchanmagan bo'lsa)	C	1
9	Antibakterial dori vositalari bilan davolash o'tkazildi (tibbiy qarshiliklar mavjud bo'lmaganda va aniqlangan qo'zg'atuvchi va uning sezgirligi to'g'risidagi anamnestik ma'lumotlarga mos xolda surunkali yallig'lanishlar zo'rayganda)	C	2
10	Bronxospazmolitik davolash bajarildi (quyi nafas yo'llarining qaytuvchi obstruktsiyasi mavjudligida)	C	1
11	Kineziterapiya o'tkazildi (qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmaganida va ko'rsatmalar bo'lganida)	A	1

6. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Болезни органов дыхания у детей. Под общей редакцией В.К. Таточенко. М., Педиатр, 2018.- 480 с.
2. Геппе Н.А., Розинова Н.Н., Волков И.К., и др. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей//Практическая медицина.- 2019; 6(45): 93–97.
3. Клинические рекомендации. Бронхоэктазы у детей. Союз педиатров России 2022. http://kokb45.ru/wp-content/uploads/2018/06/ Bronhoektazy-u-detej.pdf
4. Лукина О.Ф. Особенности исследования функции внешнего дыхания у детей и подростков//Практическая пульмонология.-2021.-4:39-44.
5. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России. Москва, 2019.-151с.
6. Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Под ред. Ю.Л. Мизерницкого.-Выпуск 16. –М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2016, 264с.
7. Разумовский А.Ю., Шарипов А.М., Алхасов А.М., и др. Хирургическое лечение детей с бронхоэктатической болезнью//Рос. вестн. реаним.-2015;1: 61-68.
8. Рандомизированное, контролируемое, двойное слепое, многоцентровое исследование для оценки эффективность и безопасность жидкости, содержащей сухой экстракт листьев плюща (EA 575®) в сравнении с плацебо в лечении острого кашля у взрослых)//Германия-2022./A/Schaeferetal. /18-75 лет.
9. Результаты многоцентрового исследования (родничок) по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России //Педиатрия.-2015;94 (1) 62-67.
10. Розинова Н.Н., Мизерницкий Ю.Л. Орфанные заболевания легких у детей. «МЕДПРАКТИКА-М» 2015; 240с.
11. Союз педиатров России. Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные вирусные заболевания у детей. Лечение и профилактика: М., 2002.
12. Степанов А.А., Бадалян А.Р., Мельникова А.О. Бронхоэктатическая болезнь у детей//Рос. Вестн. Перинатол. и педиатр.- 2018; 63:(5): 29–35.
13. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство. Под ред. М., «Педиатр», 2019, 300с.
14. Фурман Е.Г., Яковлева Е.В., Малинин С.В., и др. Компьютерный анализ респираторных шумов у детей//Современные технологии в медицине.- 2014.-Выпуск №1.-Том 6, С. 83-88.
15. Фызылов В.Х., Ситников И.Г., Малышев Н.А. и др. Влияние противовирусной терапии на частоту развития бактериальных осложнений и назначения антибактериальных препаратов для системного использования у пациентов с гриппом и ОРВИ//Тер. архив -2016:61(11-12).-С.39

16. Хронические заболевания легких у детей. Под ред. Розиновой Н.Н. и Мизерницкого Ю.Л.- М., Практика, 2011.-224 с.

17. Шабалов Н.П. Неонтология. 6 издание, 2016.-623с.

18. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учеб. для ВУЗов: в 2 т. / Н. П. Шабалов. 7-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2012. Т. 2. 872 с.

19. Шавази Н.М., Лим М.В. Совершенствование диагностики бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста//Методические рекомендации.- Ташкент. -2017. - 28 с.

20. Abu Hassan J, Saadiah S, Roslan H, et al. Bronchodilator response to inhaled beta-2 agonist and anticholinergic drugs in patients with bronchiectasis. Respirology 1999; 4: 423-6.

21. Bergin D.A., Hurley K., Mehta A., et al. Airway inflammatory markers in individuals with cystic fibrosis and non-cystic fibrosis bronchiectasis. J Inflamm Res 2013; 6: 1–11. DOI: 10.2147/JIR.S40081.

22. Bronchiectasis Edited by R.A. Floto and C.S. Haworth. European Respiratory Society Monograph, 2011.-Vol. 52. - 261p.

23. Chalmers J., Polverino E., De Soyza A., et al. Heterogeneity in bronchiectasis service provision in Europe: Baseline data from the European bronchiectasis registry (EMBARC) European Respiratory Journal 2015 46: PA374.

24. Chang AB, Masel JP, Boyce NC, et al. Non-CF bronchiectasis: clinical and HRCT evaluation. Pediatr Pulmonol 2003; 35: 477-83.

25. Gould C.M., Freeman A.F., Olivier K.N. Genetic causes of bronchiectasis. Clin Chest Med 2012; 33: 249–263. DOI:10.1016/j.ccm.

26. Goyal V., Grimwood K., Marchant J., et al. Pediatric bronchiectasis: No longer an orphan disease. Pediatr Pulmonol 2016; 51(5): 450–469. DOI: 10.1002/ppul.23380.

27. Gupta A.K., Lodha R., Kabra S.K. Non Cystic Fibrosis Bronchiectasis. Indian J Pediatr 2015; 82(10): 938–44. DOI: 10.1007/s12098-015-1866-4.

28. Horani A., Brody S.L., Ferkol T.W. Picking up speed: advances in the genetics of primary ciliary dyskinesia. Pediatr Res 2014; 75: 158–164. DOI: 10.1038/pr.2013.200 11.

29. Paediatric Respiratory Medicine ERS Handbook 1st Edition Editors Ernst Eber. Fabio Midulla 2013 European Respiratory Society 719 p.

30. Pasteur MC, Bilton D, Hill AT; British Thoracic Society Bronchiectasis non-CF Guideline Group. Thorax. 2010 Jul;65 Suppl 1:i1-5.

31. Pizzutto S.J., Grimwood K., Bauert P., et al. Bronchoscopy contributes to the clinical management of indigenous children newly diagnosed with bronchiectasis. Pediatr Pulmonol 2013; 48: 67–73. DOI: 10.1002/ppul.22544.

32. Quint J.K., Millett E.R.C., Joshi M., et al. Brown Changes in the incidence, prevalence and mortality of bronchiectasis in the UK from 2004 to 2013: a population-based cohort study. European Respiratory Journal. 2016:47:186-193.

33. Remy Jardin M, Amara A, Campistron P, et al. Diagnosis of bronchiectasis with multislice spiral CT: accuracy of 3-mm-thick structured sections. Eur Radiol 2003;13:1165-71.

34. Ringshausen F., Roux A. de, Diel R., et al. Bronchiectasis in Germany: a population-based estimation of disease prevalence ERJ; 2015;46:1805-1807.

35. Weycker D, Edelsberg J, Oster G, et al. Prevalence and economic burden of bronchiectasis. Clin Pulm Med 2005; 12: 205-209.

7. ILOVALAR

1Ilova

Kb ishlab chiqilganida yuqori sifatli va ishonchli klinik tavsiyalarning garovi bo'lib hisoblangan tamoyillarga rioya qilindi.

Tashxislash usullari (tashxisiy aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajasini (did) baholash shkalasi

Did	Kengaytirib tushuntirilishi
1	Referens nazorati usullari bilan yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik sinovlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Referens nazorati usullari bilan yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik sinovlarni aloxida ko'rib chiqish va meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik sinovlar bundan mustasno bo'lgan har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli obzori
3	Referens nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan ma'lumotnoma usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat ta'sir mexanizmini asoslanishi yoki ekspertlar fikri mavjudligi

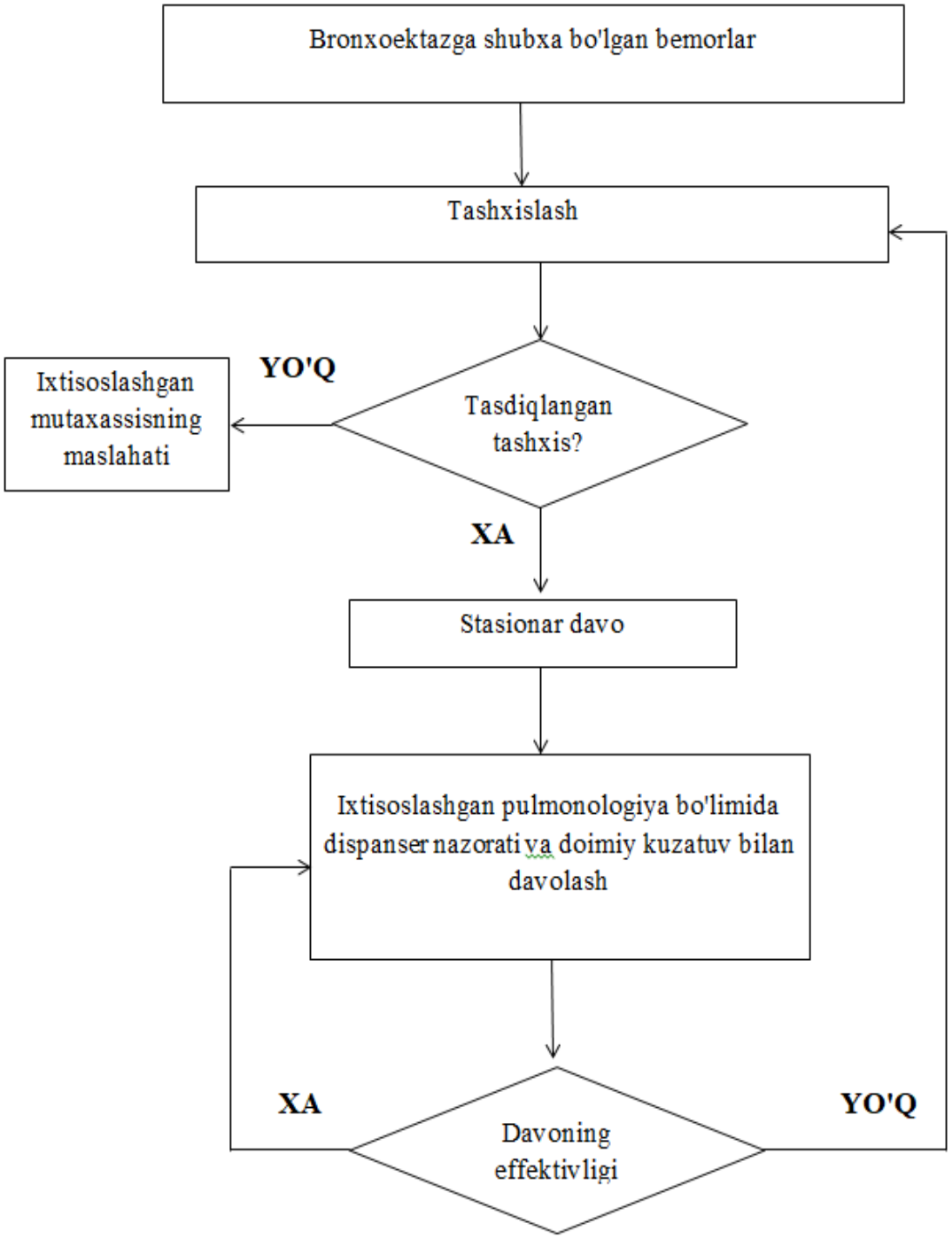
Oldini olish, tashxislash, davolash va reabilitasiya (oldini olish, tashxislash, davolash, reabilitasiya aralashuvlari) usullari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini (tid) baholash shkalasi

Did	Kengaytirib tushuntirilishi
A	Kuchli tavsiyalar (barcha ko'rib chiqilgan effektivlik mezonlari (natijalari) muhimdir, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, ularning xulosalari natijalari bo'yicha kelishilgan bo'lib hisoblanadi).
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilgan barcha effektivlik mezonlari (natijalari) ham muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va (yoki) ularning natijalari bo'yicha o'z xulosalari kelishilgan bo'lib hisoblanmaydi).

C	Zaif tavsiyalar (tegishli sifat dalillarining etishmasligi (barcha ko'rib chiqilgan effektivlik mezonlari (natijalari) ahamitsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari kelishilmagan)

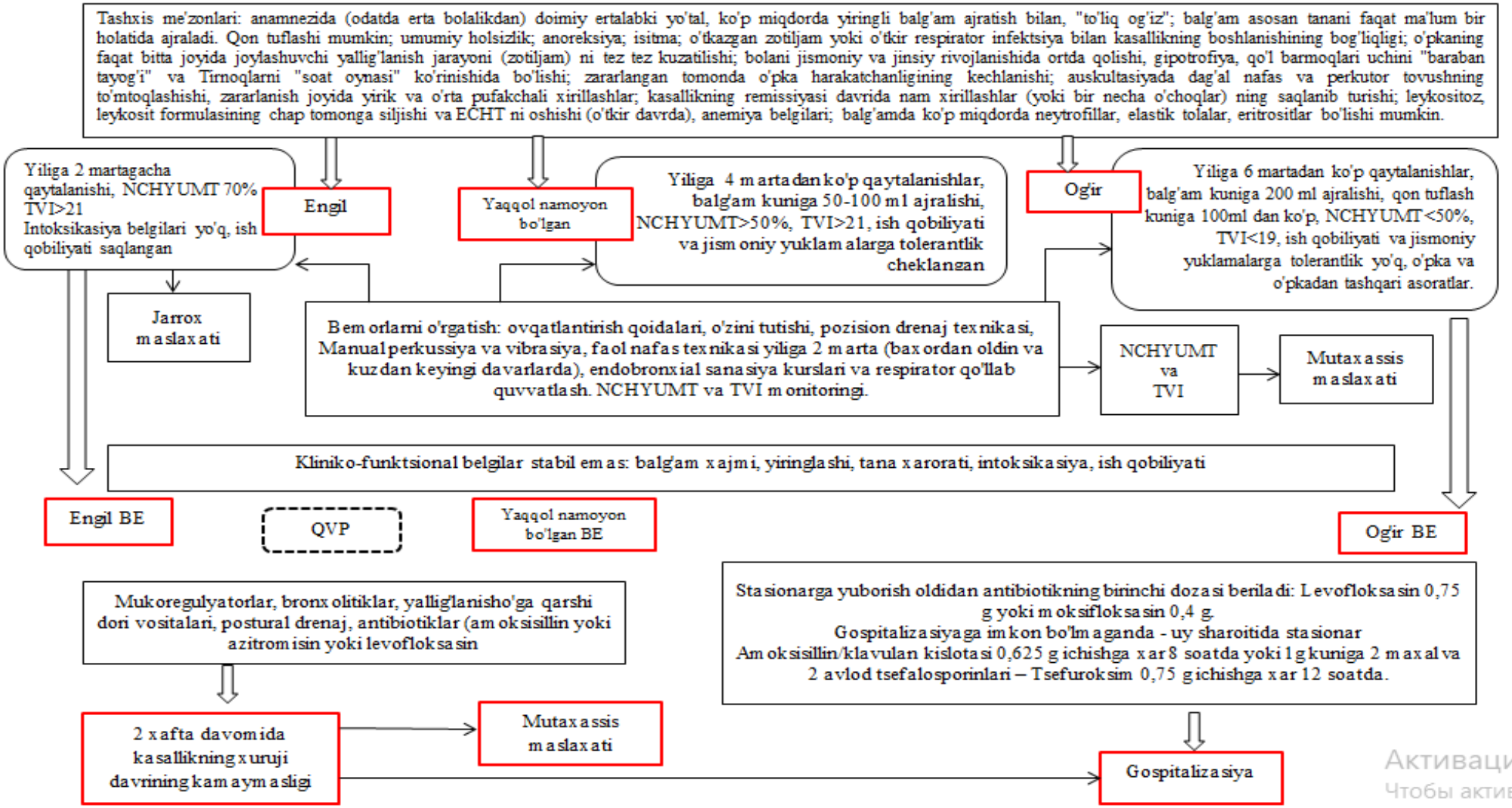
2 ilova

Bronxoektaz bilan og'rigan bolalarni yuritish sxemasi


Bronxoektazga shubxa bo'lgan bemorlar
Tashxislash
YO'Q
Ixtisoslashgan mutaxassisning maslahati
Tasdiqlangan tashxis?
XA
Stasionar davo
Ixtisoslashgan pulmonologiya bo'limida dispanser nazorati va doimiy kuzatuv bilan davolash
XA
YO'Q
Davoning effektivligi

Ilova 3

Bronxoektaz bilan kasallangan bolalarni olib borish algoritmi



Активация
Чтобы активи
"Параметры"

BRONXOEKTAZNI TASHXISLASH VA DAVOLASH

Kasallikni nozologik shakl nomi (KXT-10 bo'yicha shifri)	Тиббий ёрдам кўрсатиш хажми					kasallik yakuni
	Tashxislash			Davolash		
	majburiy	martaligi	qo'shimcha (ko'rsatmalar bo'yicha	zaruriy	o'rtacha davomiyligi	
1	2	3	4	5	6	7
Ambulatoriya sharoitida tibbiy yordam ko'rsatishda tashxislash va davolash						
Bronxoektaz J47, remissiya bosqichi	Bronxoektaz J Bronxoektaz J47, remissiya bosqichi	Davolash boshida bir marta; ko'rsatmalar bo'yicha nazoratli tekshirish	Jarrohlik usuli bilan davolash zarur bo'lganida bronxo-grafiya. Aerob va fakultativ anaerob mikroorganizmlar mavjudligiga balg'amni mikroskopik va bakteriologik tekshirish.	Nafas yo'llari sanasiyasi, postural drenaj. Mukolitik vositalar: atsetilsistein ichga 400-600 mg /sut. 2 marta; aerozol davolash uchun UTT apparatida 10% li Atsetilsisteindan 3-9 ml purkaladi, taqsimlovchi klapanli qurilma yordamida 10% li 6 ml; ingalyasiya davomiyligi 15-20 daqiqa, sutkada 2-4 marta. Ambroksol ichishga 0,03 g 3 mart/sut. yoki 2ml nebulayzer orqali yoki bromgeksin	7-10 kun	Remisiya

				sutkada 3 marta 8-16 ml dan. Bronxoobstruktiv sindrom mavjud bo'lganida - aminofillin 0,15 g sutkada 2-3 marta ichga yoki Salbutomol v (Dai) 100 mkg 2 ta nafas (bosim) kunda 3 martadan ko'p emas (talabga ko'ra) yoki ipratropiya bromid /fenoterol DAIda yoki nebulayzer orqali.		
Yaqqol intoksikasiya jarayonlarisiz og'ir bo'lmagan bronxoektaz	Qonning umumiy tahlili. Peshobning umumiy tahlili. Qonning biokimyoviy tekshirishlari: mochevina, umumiy oqsil, va oqsil fraktsiyalari, S-reaktiv oqsil, aspartata-Mino transferaz (Asat); alaninamino transferaz (Alat)	1-2 marta davolash davomida. ko'rsatmalar bo'yicha nazoratli tekshirish	Ko'kraq qafasi KT si	Mukoregulyator va bronxolitiklar: Ambroksol 30 mg ichishga sutkada 2-3 marta yoki nebulayzer orqali 2 ml, atsetilsistein ichishga 400-600 mg sutkada davomida 2-3 marta, aerozol terapiya uchun ingalyator apparatida 10% 3-9 ml atsetilsisteinni sepish, taqsimlovchi qurilmalar bilan 10% li eritma 6 ml; ingalyasiya davomiyligi - 15-20 min; sutkada - 2-4 marta; bronxoobstruktiv	10-14 kun	Remisiya

	faolligini aniqlash. antibiotiklarga sezgirligini aniqlash bilan aerob va fakultativ anaerob mikroorganizmlar mavjudligiga balg'amni mikroskopik va bakteriologik tekshirish (etiologiyasi aniqlash). Spirogramma to'g'ri va yonbosh proektsiyalarda ko'krak qafasini rentgenogra-fiyasi, EKG			sindromda Salbutomol (Dai) 100 mkg sutkada 3 martadan ko'p emas yoki ipratropiya bromid/fenoterol nebulayzer orqali yoki ipratropiya bromid (Dai) 2 ingalyasiya sutkada 3-4 marta, va/yoki Metilksantini: aminofillin sutkada 3 marta 0,15 gyoki prolongirlangan teofillin sutkada 2 marta 350 mg, eki sutkada 1 marta 500 mg. Antibakterial terapiya: amoksisillin sutkada 3 marta 0,5 g va/yoki Azitromisin sud kogda 1 marta 0,5 g iki sutkada 1 marta Levofloksasin 0,5 g ichishga iki vena Ichigo buyuriladi. Postupal drenaj		

Ilova 5.

BE li bolalarda qo'shimcha ravishda og'iz orqali qo'llaniladigan antibakterial preparatlarni dozasi va rejimi

Gruppa	MNN	Sotuvdagi asosiy nomi	dorivor shakli	sutkalik dozasi	sutkada qabul qilish soni	Izoh
1	2	3	4	5	6	7
Aminopenisillinlar	Amoksisillin	Flemoksin Solyutab, Amoksisillin Baktoks	Dispergirlangan tabletkalar, tabletkalar, kapsullar, suspenziya	45-90 mg/kg	2-3 marta	Dispergirlangan tabletkalar eng yaxshi biologik moslashuvchanlikka ega. PRSP uchun eng yuqori doza (60-90 mg/kg/sut). Sutka davomida dozani 3 marta bo'lish yanada samaraliroq ҳисобланади.
	Amoksisillin/ klavulanat	Klamoksil Amoksiklav, Flemoklav Solyutab	Dispergirlangan tabletkalar, tabletkalar, kapsullar, suspenziya	45-90 mg/kg (Amoksisillin xisobida)		
	Amoksisillin/ sulbaktam	Aprid Augmentin	tabletkalar, suspenziya			
	Sultamisillin	Aprid	tabletkalar, suspenziya	25-50 mg/kg	2 marta	Organizmda ampisillin va sulbaktga aylanadi.
ЦС-2	Tsefuroksim	Megasef Prefiks	tabletkalar, suspenziya	20-30 mg/kg (500 mg dan kap emas)	2 marta	3 oygacha bo'lgan bolalar uchun man etiladi.
	Tsefaklor	Tsefaklor Shtada, Tseklor	kapsullar, suspenziya	20-40 mg/kg (1500 mg dunkap emas)	2-3 marta	
ЦС-3	Tsefiksim	SUPRAKS, SUPRAKS	Tabletka dispergirlangan,	8 mg/kg	1-2 marta	Dispergirlangan tabletkalar eng yaxshi biologik

		Solyutab	kapsula, suspenziya			moslashuvchanlikka ega.
Makrolidlar	Azitromisin	Zitmak Sumamed	kapsulalar, tabletka, suspenziya	10 mg/kg	1 марта	6 oygacha bo'lgan bolalar uchun man etiladi.
	Djozamisin	Вильпрафен, Вильпрафен Солютаб	Диспергирланган таблеткалар, суспензия, таблеткалар	40-50 mg/kg	2-3 marta	Tana vazni 10 kg gacha bo'lgan bolalar uchun.
	Klaritromisin	Klabel Klasid	Tabletka, suspenziya	15 mg/kg (500 мгдан кўп эмас)	1-2 marta	Sutkada 1 marta, faqat prolongirlangan tabletkalaridan foydalaniladi.
	Midekamisin	Makropen	Tabletka, suspenziya	20-50 mg/kg	2-3 marta	
	Roksitromisin	Roksibel	Tabletklar dispergirlangan, tabletkalar, kapsullalar	5-8 mg/kg (300 mg dankap emas)	2 marta	
	Spiramisin	Rovamisin, Spiramisin - Vero	Tabletklar	150000-300000 me/kg	2-3 marta	3 oygacha bo'lgan bolalar uchun man etiladi (tabletkalar ko'rinishida).
	Klindamisin	Dalasin	Kapsullalar	8-25 mg/kg	3-4 marta	
Tetrasiklin-lar	Doksisiklin	Yunidoks Solyutab, Doksisiklin	Tabletklar dispergirlangan, tabletkalar, kapsullar	4 mg/kg 1 kun 4 mg/kg, so'ngra 2 mg/kg	1-2 marta	8 yoshli bolalar uchun man etiladi. Dispergirlangan tabletkalar eng yaxshi biologik moslashuvchanlikka ega.
Oksazolidinonlar	Linezolid	Zivoks	Tabletka, suspenziya	30 mg/kg	3 marta	

Ilova 6.

BE li bolalarda qo'shimcha ravishda og'iz orqali qo'llaniladigan antibakterial preparatlarni dozasi va rejimi

Gruppa	preparat	Sotuvdagi asosiy nomi	kiritish turi	Sutkaklik dozasi	Sutka davomida necha marta yuborilishi	Izoh
1	2	3	4	5	6	7
Aminopenisillinlar	Benzilpenisillin	Benzilpenisillin,	v/i, m/o	100000-500000 Ed/kg	4-6 marta	
	Ampisillin	Ampisillin	v/i, m/o	100-200 mg/kg	4 marta	
	Oksasillin	Oksasillin	v/i, m/o	150-300 mg/kg	4-6 marta	
	Amoksisillin/ klavulanat	Klamoksil		3 oygacha - 60 mg/kg (tana vazni<4 kg) yoki 90 mg/kg (tana vazni> 4 kg), 3 oydan keyin -	3-4 marta (3 oygacha – 2-3 marta)	
	Amoksisillin/ sulbaktam	Amoksiklav,	v/i, m/o	2 yilgacha – 40-60 mg/kg,2-6 yoshda – 750 mg,6-12 yosh – 1,5 g,12 yoshdan keyin – 2-3 g	2-3 marta	
	Ampisillin/ sultaktam	Trifamoks IBL	v/i, m/o	150 mg/kg	3-4 marta	
	Sultamisillin	Aprid	Tabletkalar, suspenziya	25-50 mg/kg	2 marta	Organizmda ampisillin va sulbaktga aylanadi.
ЦС-2	Tsefuroksim	Megasef	v/i, m/o	30-100 mg/kg	3 marta	
ЦС-3	Tsefotaksim	Klaforan,	v/i, m/o	50-100 mg/kg	3-4 marta	
	Tseftriakson	Sefotaksim	v/i, m/o	20-80 mg/kg	1-2 marta	

	Tseftazidim	Rosefin,	v/i, m/o	30-150 mg/kg (6 g ko'p emas), 2 oygacha - 25-60 mg/kg	2-3 marta	
	Tsefoperazon	Seftriakson	v/i, m/o	50-200 mg/kg	2-3 marta	
ИЗЦС-3	Tsefoperazon/ sulbaktam	Sulperazon	V/i, m/o	40-160 mg/kg	2-4 marta	
	Tsefotaksim/sulbaktam	Klaruktam	v/i, m/o	100-160 mg/kg	2-4 marta	
1	2	3	4	5	6	7
ЦС-4	Tsefepim	Maksim, sefipim	v/ i, m / o	100-150 mg/kg	2-3 marta	2 oygacha bo'lgan bolalarga man etiladi.
ИЗЦС-4	Tsefipim/ sulbaktam	Maxitamname	v/ i, m / o	100-150 mg/kg (tsefipim bo'yicha)	2-3 marta	2 oygacha bo'lgan bolalarga man etiladi.
Karbapenemlar	Imipenem	Tienamname	v/ i, m / o	V/v - 60 mg/kg, t/i – 1-1,5 g	T/i - 4 marta, t/i – 2 marta	3 oygacha bo'lgan bolalarga man etiladi, 12 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun t/i ga
	Meropenem	Biz kelamiz	v / va	30-60 mg/kg	3 marta	3 oygacha bo'lgan bolalarga man etiladi
	Ertapenem	Invanz	v/i, m / o	30 mg/kg (1 g dan ko'p emas)	2 marta (13 yoshdan 1 marta)	3 oygacha bo'lgan bolalarga man etiladi
Aminoglikozidlar	Amikasin	Amikasin	в/и, м/о	10-20 mg/kg	1-2 marta	
	Gentamisin	Gentamisin	в/и, м/о	3-5 mg/kg	1-2 marta	

	Netilmisin	Netromisin	в/и, м/о	4-6,5 mg/kg	1-2 marta	
	Tobramisin	Brulamisin	в/и, м/о	3-5 mg/kg	1-2 marta	
Makrolidlar	Azitromisin	Tobramisin	в/и	10 mg/kg (500 mg ko'p emas)*	1 marta	16 yoshgacha bo'lgan bolalarga man etiladi
Linkozamidlar	Linkomisin	Linkomisin	v/i, m/o	10-20 мг/кг	3 marta	
	Klindamisin	Dalasin Ts	v/i, m/o	20-40 мг/кг	3-4 marta	3 yoshgacha bo'lgan bolalarga man etiladi
Boshqa antibiotiki	Fosfomisin	Fosfosineo	v/i	100-200 мг/кг.	1-2 marta	
Ftorxinolonlar		Tsipro	v/i	20-30 мг/кг (1200 мг кўп эмас)	2 marta	
	Tsiprofloksasin	Tsiprolet	v/i	5 ёшгача- 16-20 мг/кг, 5 ёшдан кейин - 8-10 мг/кг*	1-2 marta	18 yoshgacha bo'lgan bolalarga man etiladi
	Levofloksasin	Lavomaks	v/i	40 мг/кг	4 marta	
Glikopeptidlar	Vankomisin	Edisin	v/i	20 мг/кг	2 marta	

* Yoshga bog'liq cheklovlar bo'lgan xolda dozalash xorijiy manbalar bo'yicha o'tkaziladi [16].

Ilova 7.

D vitamin va rux elementi guruhi preparatlari

Preparat	Farmakologik ta'siri	Tarkibi	Chiqarilish shakli	Kiritilish	Dozalar	Yoshi
Kolekaltsiferol (Akvadetrim)	Vitamin D3	xolekalsiferol (vit. D3)	1 ml (30 tomchi)	Ichga	0 – 1 yoshgacha – 1500ME 1 – 5 yoshgacha - 2500ME 6 – 18 yoshgacha 3000ME	Hayotining 4 haftasidan
Rux preparatlari (Immunosink)	Adsorblovchi, burishtiruvchi, mikroblarga qarshi, yallig'lanishga qarshi	Ruh sulfat	tabletkalar	ichga	1 yoshdan – 10 mkg; 1-6 yosh – 22 mkg; 6-10 yosh – 25 mkg; 10-16 Lyosh – 28 mkg; 16-18 yosh– 32 mkg.	Hayotining 1 yilidan

Ilova8.

O'pka bronx kasalliklari bilan og'rigan bolalarda qo'llaniladigan yo'talga qarshi preparatlar

Preparat	Farmakologik ta'siri	Tarkibi	Chiqarilish shakli	Kiritilish	Dozalar	Yoshi
Kloperastin (Privituss)	Antibronxokonstriktor tasirga ega, Markaziy nerv tizimiga tasir etuvchi yo'talga qarshi dori vositasi	Faol modda: Kloperastin	Og'iz orqali qabul qilinadigan suspenziya 708 mg/100 ml, 200 ml	Ichga	Bolalarda: 2 yoshdan 4 yoshgacha: kuniga 2 marta 2 ml dan; 4 yoshdan 7 yoshgacha: kuniga ikki marta 3 ml dan; 7 yoshdan 15 yoshgacha kuniga ikki marta 5 ml dan; kattalarda:kuniga uch marta 5 ml	2 yoshdan
Bradikini,	Antibronxokonstri	Faol	Shimish uchun	Ichga	1-2 tabletkadan qabul qilinadi. Ovqatdan oldin	3

gistamin, morfinga qarshi antitelolar (Rengalin)	ktor tasirga ega, Markaziy nerv tizimiga tasir etuvchi yo'talga qarshi dori vositasi	modda: Bradikini, gistamin, morfinga qarshi antitelolar	tabletkalar		kuniga 3 marta. Axvolini og'irligiga bog'liq xolda dastlabki 3 kunda qabul qilish soni sutkada 4-6 martagacha oshirish mumkin.	yoshdan
Atsetilsistein (ass)	Mukolitik	Faol modda: atsetilsistein	Suvda eruvchi tabletkalar, 100 mg: Ichga qabul qilish uchun eritma tayyorlanadigan granulalar 1 paket. 100мг Сироп.1 мл 20 мг	Ichga	Kattalar va 14 yoshdan katta bo'lgan bolalar: 100 mg li 2 eruvchi tabletka 2-3 marta yoki ass® ning 2 paketchasi kuniga 2-3 marta, 100 mgli eritma tayyorlash uchuni granulalar yoki kuniga 2-3 marta 10 ml li sirop (kuniga 400-600 mg atsetilsistein). 6 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalardada: kuniga 3 mart 100 mgli eruvchi tabletkasi 1tadan, yoki kuniga 2 mart 2 tabletkadan, yoki kuniga 3 mart ACC® granullaridan eritmai yoki kuniga 2 mart 2 paketdan eritmai yoki kuniga 3-4 mart 5 ml li siropi, yoki kuniga 2 mart 10 ml li siropi (kuniga 300-400 mg asetilsistein). 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalargaga: kitob 1 mart 100 mg eruvchi tabletkasi iki 1 paket ha . ACC® granulla eritmasi kuniga 2-3 mart 100 mg eritma tayerlash esa kuniga 2-3 mart 5 ml sirop (kuniga 200-300 mg asetilsistein).	2 yoshdan
Ambroksola gidroxlorid (ambroksol)	Balg'am ko'chiruvchi, sekretolitik, sekretomotor Balg'am	Faol modda: ambroksola gidroxlorid	30 mg li tabletkalar, Ichga qabul qilish uchun eritma va	Ichga, tomir ichiga yuborish	Ichga qabul qilish uchun Etarli miqdordagi suyuqlik bilan ovqatdan keyin ichga qabul qilinadi. Kattalar va 12 yoshdan katta bo'lgan bolalar uchun: dastlabki 2-3 kun lavomida kuniga 2-3 marta 30 mg,	Tug'ilishi bilan

	ko'chiruvchi, sekretolitik, sekretomotor		ingalyasiya 7,5 mg/1 ml: fl.40 eki 100 ml li o'lchov stakanida in'ektsiya uchun eritma 15 mg/2 ml, 2 ml		so'ngra kuniga 2 marta 30 mgdan. 5 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun: 30-45 mg/sut 2-3 marta. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun: 22,5 mg/sut , 3 marta. 2 yoshdan kichik bolalar uchun: 15 mg/sut 2 marta. Dori vositasi faqat shifokor nazorati ostida buyuriladi. Tomir ichiga yuborish uchun. Tomir ichiga sekin oqim bilan yoki tomchilatib yuboriladi. Bolalar uchun sutkalik doza odatda tana og'irligiga nisbatan 1,2-1,6 mg/kg tashkil etadi. 6 yoshdan katta bo'lgan bolalar uchun: kuniga 2-3 marta 30-45 mg/sut. 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun: kuniga 3 marta 22,5 mg/sut. 2 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun: kuniga 2 marta 15 mg/sut.	
Карбоцистеин	Mukolitik, balg'am ko'chiruvchi.	Faol modda: karbosistein	20 mg/ml sirop, 50 mg/ml sirop: 7 mg / ml sirop, 20 mg /ml pomidor, 65 mg planshetlar, 35 mg sumkalardagi eritma.	Ichga	Bolalar uchun sirop 20 mg/ml: 1 choy qoshiq (5 ml) 100 mg karbosistein saqlaydi.. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun — kuniga 2 marta 5 ml dan. Dozasi kuniga 200 mg/sut dan oshmasligi kerak. 5 yoshdan katta bolalar uchun — kuniga 3 marta 5 ml dan. Dozasi 300 mg/sut. dan oshmasligi kerak. 50 mg/ml sirop: kuniga 3 marta 15 mldan, imkon qadar ovqatdan 1 soat oldin yoki 2 soat keyin buyuriladi.	2 yoshdan

Печак баргларининг стандартлаштирилган қуруқ экстракти (5-7,5:1) (Проспан)	Balg'am ko'chiruvchi, bronxospazmolitik, yallig'lanishga qarshi ta'siri bilan fitoprepara	Faol modda:pechak barglarining standartlashtirilgan quruq ekstrakti (5-7,5:1) EA 575	20 mg/ml sirop, 50 mg/ml sirop: 7 mg / ml sirop, 20 mg /ml pomidor, 65 mg planshetlar, 35 mg sumkalardagi eritma.	Ichga	7mg/ml sirop: 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 5ml. 20mg/ml tomchilar: 1 yoshdan 4 yoshgacha –kuniga 3 marta 12 tomchidan, 4 yoshdan 10 yoshgacha – kuniga 3 marta 16 tomchi, 10 yosh va undan kattalarga kuniga 3 marta 24 tomchidan. 65mg tabletkalar: 6 yoshdan 12 yoshgacha –kuniga 2 marta tabletkaning ½ qismi 12 yoshdan katta bolalarda– ertalab 1ta tabletka va kechqurun ½ tabletka. Paketchalardagi 35 grammli eritmalar: 12 yoshdan kuniga 3 marta 1 paketchadan, 6-11 yoshli bolalar uchun kuniga 2 marta 1 paketchadan.	Tug'ilishi bilan
3% натрия хлорид + 0,1% гиалуронат натрий (Лорде гиаль)	Tozalovchi, namlovchi vosita, shilliq qavat sekretiini yumshatadi, nafas olishni yaxshilab balg'am ajralishini osonlashtiradi.	Faol moda: 3% natriy xlorid + 0,1% gialuronat natriya	Idishlarda 4 ml eritmalar, har biri 1 ml 30 mg.	Nebul ayzer orqali ingalyasiya	Bolalarga: 5-7 kun, kunda 2 marta 2 ml dan; Kattalarga: 5-7 kun, kuniga 2 marta 4 ml dan.	