

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ПЕДИАТРИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРОНХИТ"
НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»

ЎЗР ССВ РИПИАТМ директори

А.А. Абдукаюмов

« _____ » _____ 2025 йил

**"БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРОНХИТ"
НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

МУНДАРИЖА

БОЛАЛАРДА СУРУНҚАЛИ БРОНХИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	5
БОЛАЛАРДА СУРУНҚАЛИ БРОНХИТНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	39

**БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРОНХИТНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ - 2025

1. КИРИШ ҚИСМ

Болалар пулмонологиясининг энг мураккаб ва долзарб муаммоси сурункали нонспесифик ўпка касалликларидир. Бугунги кунда сурункали бронхит (КБ) муаммоси болаларда катта кизиқиш уйғотмоқда. Кўпинча СБ бронхо-обструктив синдром билан бирга бўлиши мумкин. Сўнгги йилларда болаларда нафас олиш тизими касалликлари, шу жумладан бронхиал обструкция синдроми билан кечадиган бронхитлар сонининг кўпайиши кузатилаётганига қарамай, болаларда турли хил бронхопулмонер патологияларда обструктив синдромнинг тарқалиши ҳақида аниқ маълумотлар йўқ. Ҳақиқий амалиётда, айниқса амбулатория шароитида, болаларда СБ нинг ерта ташхиси ва рационал терапияси жиддий муаммолардир. Унинг чиқарилиши сурункали касаллик муаммосини ўрганиш билан шуғулланадиган иккала мутахассиснинг, шунингдек, ушбу аҳолининг касал болаларига амалий ёрдам кўрсатадиган педиатрлар, аллургистлар, пулмонологлар ва бошқа мутахассисларнинг кундалик фаолияти учун зарурдир. шунингдек, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари. Ушбу протокол Россия педиатрлари иттифоқининг клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган <https://www.pediatr-russia.ru/> Россия нафас олиш органлари минтақалараро болалар нафас олиш жамияти /<https://minzdrav.midural.ru/>

Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди:

J40	Ўткир ёки сурункали деб кўрсатилмаган бронхит
J41.0	Оддий сурункали бронхит
J41.1	Шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
J41.8	Аралаш, оддий ва шиллиқ-йирингли сурункали бронхит
J42	Сурункали бронхит, аниқланмаган
	https://mkb-10.com/index.php?pid=9001

Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-11 коди

SA20. 12 аралаш, оддий ва шиллиқ -йирингли сурункали бронхит

SA20. 11 шиллиқ -йирингли сурункали бронхит

SA20. 10 оддий сурункали бронхит

SA20. 13 чўзилувчан бактериал бронхит

SA20. 1Z аниқланмаган сурункали бронхит

SA20. 1Y бошқа аниқланган сурункали бронхит

SA20. 1 сурункали бронхит

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: Протокол 2025 йилда ишлаб чиқилган. Протокол ҳар 5 йилда ёки диагностика, даволаш, реабилитация ва олдини олиш учун далиллар даражаси ўзгарганда қайта кўриб чиқилади.

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛНИ ИШЛАБ ЧИҚИШГА ҲИССА ҚЎШГАН
ИШТИРОКЧИЛАР:**

Ишчи гуруҳи аъзолари:

1. Шамсиев Фурқат Мухитдинович - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими раҳбари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, бош болалар пулмонологи
2. Арипова Шахноза Хабибуллаевана - тиббиёт фанлари номзоди, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими пулмонология бўлими катта илмий ходими.

Муаллифлар рўйхати:

1. Шамсиев Фурқат Мухитдинович - тиббиёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими раҳбари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, бош болалар пулмонологи
2. Азизова Нигора Давлатовна - тиббиёт фанлари доктори, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими етакчи илмий ходим;
3. Каримова Мафтуна Худойбергановна – тиббиёт фанлари номзоди, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими катта илмий ходими.
4. Арипова Шахноза Хабибуллаевана – тиббиёт фанлари номзоди, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими катта илмий ходими.
5. Узакова Шохсанам Баҳрамовна – тиббиёт фанлари номзоди, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими пулмонология бўлими катта илмий ходими.
6. Абдуллаева Малика Қудратовна – тиббиёт фанлари номзоди, тиббиёт фанлари доктори, Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими мудири
7. Якубова Озода Шариповна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, пулмонология бўлими врач-ординатори

Такризчилар:

1. Сулайманов Ш.А.- проф. КР «Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш» Миллий маркази» директори, КР эркин бош педиатри.
2. Мавланова Ш.С. – т.ф.д., Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази, умумий педиатрия бўлими мудири

Миллий клиник протокол лойиҳасини муҳокама қилиш: Миллий клиник протокол Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази илмий кенгашининг 2024-йил 25-апрелдаги 3-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.
- Кўп тармоқли ишчи гуруҳи аъзолари йиғилиш баённомасидан Миллий клиник протокол лойиҳасини муҳокама қилиш бўйича кўчирма санаси ва рақами: № 3 2025 йил _____

Миллий клиник протоколлар ва стандартларни техник баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Шамансурова Элмира Амануллаевна - тиббиёт фанлари доктори, профессор, ТошПТИ №1 сонли Оила тиббиёти, жисмоний тарбия, фуқаролик муҳофаази кафедраси мудири;

2. Файзиев Обид Нишанович – тиббиёт фанлари номзоди, тиббиёт фанлари доктори, профессор, ТошПТИ №1 сонли Оила тиббиёти, жисмоний тарбия, фуқаролик муҳофаази кафедраси доценти;

Миллий клиник протоколни баҳолаш асосида Соғлиқни сақлаш вазирлиги эксперт гуруҳи мутахассисларининг эксперт хулосаси:

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

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Мувофиқлаштирувчи кенгаш мажлиси баённомасидан кўчирма санаси ва рақами: _____ № _____ 2024 йил

ҚИСТҚАРМАЛАР РҰЙХАТИ:

АБТ - антибактериал терапия
АБП-антибактериал препарат
БА - бронхиал астма
БГР - бронхиал гиперреактивлик;
БОС - бронхо-обструктив синдром
ООЕЕ-озиқланишнинг оқсил-энергетик етишмовчилиги
ГСС - глюкокортикостероидлар
ДИ - дозали ингаляторлар
НЙе - нафас олиш этишмовчилиги
ЎҲС - ўпканинг ҳаётий сиғими
ЎСВ - ўпканинг сунъий вентиляцияси
ГИ - глюкокортикостероидли ингаляторлар
ТМИ - тана массаси индекси
ПНЙИ - пастки нафас йўллариининг инфекциялари
КТ - клиник тавсиялар;
КТ - компьютер томографияси
ХКТ-10 - Халқаро Касалликларнинг таснифи, Ўнинчи қайта кўриб чиқиш
НЯҚД - ностероид яллиғланишга қарши дорилар
УҚТ- умумий қон тқҳлили
УПТ - умумий пешоб таҳлили
ЎБ - ўткир бронхит
ЎОБ - ўткир обструктив бронхит
ЎРВИ - ўткир респиратор вирусли инфекция;
ЎРК - ўткир респиратор касалликлар
ФЕВ1 - 1 сонияда мажбурий нафас чиқариш ҳажми
ПСТ - прокалситонин;
БТЁ- бирламчи тиббий ёрдам
ПЕФ - энг юқори экспиратуар оқим
ПЗР - полимераза занжири реакцияси;
ЭЧТ - эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
СРО - С-реактив оқсил.
УТ -ултратовуш текшируви
ФВС - форсирланган ҳаётий қобилият
НС - нафас олиш сони
ЭКГ - электрокардиограмма
ЭХОКГ - эокардиёграфия
РаО2 - кислороднинг парциал босими
РаСО2 - карбонат ангидриднинг парциал босими
СаО2 - қоннинг кислород билан тўйинганлиги, сатурация

Ушбу нозология бўйича протокол фойдаланувчилари:

- Педиатрлар,
- Умумий амалиёт шифокорлари;
- Пульмонологлар;
- Аллергологлар;
- Тез ва шошинч ёрдам шифокорлари;
- Тиббиёт олий ўқув юртлари ва коллежлари талабалари;
- Тиббиёт олий ўқув юртлари ва коллежлари ўқитувчилари;
- Ординаторлар;
- Магистратура резидентлари (аспирантурадан кейинги таълим).

Беморлар тоифаси:

Сурункали бронхитга шубҳа қилинган ва аниқланган ташхиси бўлган болалар.

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(ташхислаш аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно.
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган.

АСОСИЙ ҚИСМ

2.1. Кириш:

Нафас олиш органлари касалликлари болалик даврида кенг тарқалган патология бўлиб, эрта ташхис қўйиш, ўз вақтида олдини олиш ва тегишли терапевтик чораларни кўриш учун чуқур ва ҳар томонлама ўрганишни талаб қилади. Ўпка патологияси муаммоси педиатрияда етакчи бўлиб қолмоқда, чунки касалхоналардаги болаларнинг 30% дан ортиғи ва поликлиникаларда 50% га яқини нафас йўллари касалликларининг турли шаклларида азият чекадиганлар сифатида таснифланади https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25_2

Болаларда нафас олиш касалликларининг кенг тарқалган шаклларида бири сурункали бронхитдир. Болалардаги сурункали бронхит кўпинча турли юкумли, аллергик ва камрок жисмоний ёки кимёвий омиллар таъсирида юзага келади ва мактаб ёшидаги болаларда учрайди. Семptomлар одатда енгил ва бир неча кун давом этади, аммо баъзи ҳолларда сурункали бронхит бронхиал обструкция билан мураккаблашиши мумкин. Сўнгги ўн йилликларда <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie> янги жиддий далиллар базасига асосланган ушбу касалликни ташхислаш ва даволаш стратегиясини ишлаб чиқишда сезиларли ютуқларга эришилди. -рекомендации/пдф.

11.2. Умумий таъриф.

Сурункали бронхит - бронхларнинг сурункали кенг тарқалган яллиғланишли лезёни, такрорий кучайиши билан юзага келади. Касаллик 2 йил давомида ҳар йили 2-3 марта касалликнинг кучайиши бўлса, самарали нам йўтални, ўпкада (бир неча ой давомида) ҳар хил ўлчамдаги доимий нам тошқинларни аниқлаш орқали ташхис қилинади.. https://online.zakon.kz/document/?doc_id=31549157&pos=31;-36#pos=31;-36

1.3. Бронхитнинг клиник таснифи

Сурункали бронхит этиологиясига қараб:

Юкумли келиб чиқиши (вирусли, бактериал, вирусли-бактериал);

Кимёвий омилларнинг инҳалацияси таъсиридан келиб чиқади;

Аралаш келиб чиқиши (масалан, кимёвий омиллар ва инфекциянинг комбинацияси туфайли);

Сурункали бронхит патогенезига кўра бирламчи ва иккиламчи бўлинади:

Бирламчи сурункали бронхит, 2 йил давомида ҳар йили касалликнинг 2-3 марта кучайиши бўлса, самарали нам йўтал, ўпкада (бир неча ой давомида) ҳар хил ўлчамдаги доимий нам тошмалар аниқланганда ташхис қилинади.

Иккиламчи сурункали бронхит кўплаб сурункали ўпка касалликларига ҳамроҳ бўлади. У ўпка ва бронхларнинг кўплаб малформациялари, силийер дискинезия синдроми, сурункали озик-овқат аспирацияси синдроми, сурункали бронхиолит (облитерация билан) ажралмас қисми бўлиб, маҳаллий пневмосклерозда (сурункали пневмония), шунингдек, муковисцидозда ва иммунитет танқислиги ҳолатида аниқланади. .

Ўпка вентилляциясининг функционал бузилиши турига қараб:

Обструктив бўлмаган (ўпка вентилляциясининг бузилиши белгиларисиз);

Обструктив (обструктив турдаги ўпка етишмовчилиги билан);

Касаллик даврига кўра: кучайиши; ремиссия. <https://www.pediatr-russia.ru/>

Бронхиал обструкция синдромининг оғирлигига кўра:

- енгил даража- хуштаксимон хириллашнинг мавжудлиги, ФЕВ1 нормал қийматдан 50% дан кўпроқ пасаймайди;

- ўртача даража – тинч ҳолатда хансираш, акроцианоз, қовурғалараро бўшлиқларнинг тортилиши, ФЕВ1 нормадан 35-49% гача;

- оғир даража-беморнинг умумий ахволи бузилади, цианоз, шовқинли нафас, ФЕВ1 сезиларли даражада камаяди: норманинг 34% дан кам.

8. Нафас олиш етишмовчилиги белгиларининг оғирлигига кўра:

- нафас етишмовчилигининг I босқичи- тинч ҳолатда хансираш ёқ, аммо енгил жисмоний фаоллик билан ўртача нафас қисилиши (НС меъёрдан 25% дан ошади), периорал цианоз ва тахикардия пайдо бўлади; SpO₂ 90-94%, (pO₂ 80-90 мм), МОД кўтарилади ва МВЛ ва нафас олиш захираси базал метаболизм тезлиги ва нафас олиш эквивалентининг бироз ошиши билан камаяди.

- нафас етишмовчилиги II босқич-тинч ҳолатда ўртача хансираш (меъёрдан 25-50% юқори), тахикардия, терининг ранги оқарган ва периорал цианоз, пулснинг нафас олиш нисбати 2-2,5: 1, қон босимининг кўтарилиши, ацидоз (рН 7,3), МВЛ, МОД ва чегара нафас олиш 50% дан кўпроқ камаяди, SpO₂ 75-89% (pO₂ 70-80 мм). Кислород терапияси ёрдамида вазият яхшиланади.

- нафас етишмовчилиги III босқич-нафас олиш сони кескин ошади (50% дан ортиқ), тупроқ рангли цианоз, ёпишқоқ тер, саёз нафас олиш, қон босими пасаяди, нафас олиш захираси 0 га тушади, МОД камаяди, SpO₂ 75% дан кам (pO₂ 70 мм), метаболик ацидоз (рН 7,3 дан кам), гиперкапния мумкин (pCO₂ 70-80 мм).

- нафас етишмовчилигининг IV босқичи- гипоксемик кома; онгни йўқотиш, аритмик, даврий, юзаки нафас олиш, умумий цианоз ва акроцианоз, бўйин томирларининг шишиши, гипотензия, SpO₂ 50% дан кам (pO₂ 50 мм дан кам), гиперкапния (pCO₂ 100 мм дан ортиқ), рН 7,15 ва ундан паст. Кислород терапияси билан ҳеч қандай енгиллик кузарилмайди, ахволи ёмонлашиши мумкин

(https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)

)

3. Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари.

3.1. Ташхислаш мезонлари:

1. Болаларда сурункали бронхитнинг диагностик мезонлари.

1) Шикоятлар: йўтал, ринит, иситма, холсизлик, кучсизлик.

2) Анамнезда:

- мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда кўпроқ учрайди;

- тарих ўткир ва такрорий бронхитнинг тез-тез эпизодларини кўрсатади (йилига уч мартадан кўпроқ);

- субфебрил (баъзида фебрил) ҳарорат билан ўткир бошланиш;

- йўтал касалликнинг 2-3-кунидан бошлаб пайдо бўлади, одатда 5-7 кун давом этади (чақалоқларда у 2 ҳафтагача давом этиши мумкин).

- йўтал касалликнинг 2-3-кунидан бошлаб пайдо бўлади, одатда 5-7 кун давом этади (чақалоқларда у 2 ҳафтагача давом этиши мумкин).

Сурункали касалликнинг кучайиш босқичи қуйидагилар билан тавсифланади:

• интоксикация синдроми - умумий симптомлар: тана ҳароратининг кўтарилиши (одатда субфебрил даражага, камдан-кам ҳолларда 38 ° С дан юқори), терлаш, заифлик, бош оғриғи, ишлашнинг пасайиши.

• Юқори нафас йўллариининг шикоятлари ва ўзгаришлари (ринит, ютиш пайтида томоқ оғриғи ва бошқалар) вирусли инфекциянинг хусусиятлари (масалан, риновирус, аденовирус) ва назофаренкнинг сурункали касалликлари (яллиғланиши) билан белгиланади. паранасал синуслар, компенсацияланган тонзиллит ва бошқалар), бу даврда одатда ёмонлашади.

• Йўталнинг кучайиши, балғам миқдорининг 100-150 мл гача кўтарилиши ва унинг сифатининг ўзгариши (йиринглик ва ёпишқоқлик даражаси ошади).

Болада сурункали касалликнинг бошланиши аста-секин. Биринчидан, ерталаб йўтал пайдо бўлади, бу шиллиқ балғамнинг чиқиши билан бирга келади. Кейинчалик, йўтал ҳам кечаси ва кундузи содир бўлади. Совуқ ҳавода у кучлироқ бўлади. Йиллар давомида йўтал 24 соат давомида доимий, даврий бўлади. Балғам миқдори ортиб бормоқда. У шиллиқ йирингли ёки йирингли хусусиятга эга бўлади. Нафас қисилиши каби аломат пайдо бўлади. Йирингли бронхит билан вақти-вақти билан йирингли балғам чиқарилади, аммо бронхиал обструкция аниқ эмас.

3) Болаларда сурункали бронхит учун физик текширув натижалари

- аускултация: кучайиши пайтида қаттиқ нафас олиш характерлидир, одатда ўпканинг бутун юзаси бўйлаб ешитилади ва тарқоқ характердаги қуруқ паст товушли хириллашлар. бронхда суёқ секреция пайдо бўлганда, нам раллар, одатда майда пуфакчалар ҳам ешитилиши мумкин; уларнинг тембри ҳам бронхиал дарахтнинг шикастланиш даражасига боғлиқ. Баъзи беморларда хириллаш ремиссияда бўлиши мумкин, аммо унинг сони камаяди, бу фақат кузатув вақтида баҳоланиши мумкин.. (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>)

1B	<p>Сурункали бронхит - бу истисно ташхиси бўлиб, болага узок муддатли самарали йўтал ёки бошқа нафас олиш белгилари, бронхларнинг шикастланишини кўрсатадиган жисмоний белгилар билан бирга келадиган касалликлар бўлмаса, коллегиял тиббий комиссия томонидан берилиши мумкин.</p> <p>: бронхиал астма, кистик фиброз, бирламчи силийер дискинезия , бронхопулмонер тизимнинг малформацияси, қизилўнгач ва нафас олиш йўллариининг сиқилиши билан катта томирларнинг аномалиялари, иммунитет танқислиги ҳолатлари, аспирация синдроми, сил ва ўпка аспергиллози.</p> <p>Сурункали бронхит ташхиси беморни бошқа нозология фойдасига кузатиш жараёнида қайта кўриб чиқилиши мумкин.</p>
-----------	--

2. Болаларда сурункали обструктив бронхитнинг диагностик мезонлари.

1) Шикоятлар: нафас қисилиши, хириллаш, йўтал, ринит, летаргия, заифлик,

2) Тарих:

- катта ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди;

- тарих биофеедбаск билан тез-тез ўткир ва такрорий бронхит эпизодларини кўрсатади

- тарих АРИ билан касалланган беморлар билан алоқани кўрсатади;

- касалликнинг бошланиши ўткир, биринчи кундан бошлаб, бронхиал обструкция белгилари билан;

- паст даражадаги иситма (камроқ иситма);

- йўтал касалликнинг 2-3 кундан бошлаб пайдо бўлади, одатда 5-7 кун давом этади

3) Болаларда сурункали обструктив бронхит учун физик текширув натижалари:

- фаренкс гиперемияси, йўтал, бурун оқиши, конъюнктивит ва бошқалар (касаллик этиологиясига қараб: грипп вируслари, аденовируслар, микоплазма ва бошқалар).

- интоксикация белгилари узоқ давом этадиган ва оғир (иситма, кайфиятнинг кўтарилиши, эмоционал оҳангнинг пасайиши, иштаҳанинг пасайиши);

- обсессив, доимий прогрессив, пароксизмал, узоқ муддатли куруқ йўтал; биринчи ҳафтанинг охирида у нам бўлади.

- чўзилган ҳуштак билан екшалация - бемордан узоқроқда ешитиладиган "хириллаш".

- тахипнеа, экспиратуар ёки аралаш нафас қисилиши, хириллаш, хириллаш касалликнинг биринчи кунда ёки 2-3 кундан кейин бошланади, нафас олиш тезлиги (дақиқада 50-60 гача) ва нафас чиқариш давомийлиги кўтарилади. шовқинли бўлади, хириллаш, масофадан ешитилади;

- нафас олиш етишмовчилиги белгилари (терининг рангпарлиги ва ебруси, бурун-лаб учбурчагининг кўк рангга айланиши; нафас чиқаришда қийинчилик билан шовқинли, хириллашли нафас олиш; бўйин ва елка мушаклари иштирокида нафас олиш, нафас қисилиши, ёрдамчи мушакларнинг иштирок етиши. нафас олиш ҳаракати, кўкрак қафасининг антеропостериор ҳажмининг ошиши, нафас олаётганда унинг мос келадиган жойларининг орқага тортилиши, бурун қанотларининг ёниши, екшаласён қийин ва узоқ давом этади);

- самарасиз йўтал, кам балғамли, баъзида оғриқли, пароксизмал, енгил йўтал, ҳатто ҳўл йўталда ҳам балғамни тозалаш қийин;

- перкуссия пайтида - кўпинча қутичали перкуссия товуши;

- аускултацияда (тинглашда) қаттиқ нафас олиш, нафас чиқаришда узайган, тиришқоқлик, нафас чиқаришда куруқ хириллаш ва нафас олаётганда нам майда пуфакчали хириллашлар аниқланади; Йўталдан кейин хириллаш миқдори ёки оҳанги ўзгаради.

- аускултатив ва перкуссия маълумотларида ўзгаришларнинг локализацияси йўқ.

- бронхиал обструкция 3-7 кун давом этади, бронхлардаги яллиғланиш ўзгаришларининг сусайиши билан аста-секин йўқолади (<https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/acute-bronchitis-16689513.html>);

1B	Сурункали бронхит бўлса, боланинг умумий ҳолатини, йўталнинг табиатини баҳолаш ва кўкрак қафасини текшириш тавсия этилади (пайтида қовурғалараро бўшлиқлар ва бўйинбоғнинг орқага тортилишига еътибор беринг. нафас олиш ҳаракатида ёрдамчи мушаклар); ўпканинг перкуссияси ва аускултацияси, юқори нафас йўллариининг ҳолатини баҳолаш, нафас олиш тезлиги ва юрак уриш тезлигини ҳисоблаш. Бундан ташқари, болани умумий стандарт текширувдан ўтказиш тавсия этилади [1,2].
-----------	---

3.2. Лаборатори текширувлар

Асосий лаборатор текширувлар:

- умумий қон тахлили (вирусли жараёнда дастлаб енгил лейкоцитоз қайд этилади, кейин лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз, ЭЧТ одатда бироз тезлашади).

- умумий пешоб тахлили.

Қўшимча лаборатор текширувлари:

- кўрсатмалар бўйича биокимёвий қон тахлили (АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин, билирубин, глюкоза, умумий оксил, ревмо омил, ревмо синама)

- С-реактив оксил: С-реактив оксил концентрациясининг ортиши (0–49 мг/л ёки ≥ 50 мг/л);

- кислота-ишқорий мувозанати (кўрсатмалар бўйича);

- қон плазмасида прокальцитонин тахлили: прокальцитонин даражасининг ошиши (бактериал асоратлар бўлса);

(https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)

1С	Сурункали бронхит билан оғриган беморларда ташхисни яхшилаш ва микробларга қарши терапия масаласини ҳал қилиш учун қон зардобиди С-реактив оксил ва ПКТ даражасини ўрганиш тавсия этилади. Антибиотикларни буюриш қон зардобиди С-реактив оксил даражаси ≥ 20 мг/л дан ошганда ва ПСТ 1 нг/мл дан юқори бўлганда кўрсатилади.
-----------	--

1В	Болаларда сурункали бронхитнинг одатий ҳолатларида мунтазам лаборатория текширувлари тавсия этилмайди: умумий (клиник) қон тахлили, амбулатория шароитида ўткир вирусли бронхитнинг типик клиник кўриниши бўлган болаларда С-реактив оксил (СРО) ва прокальцитонин (ПКТ) даражасини ўрганиш, чунки кўп ҳолларда натижалар даволаш усулини танлашга таъсир қилмайди. [3,4,23,27].
-----------	--

Балғамни микробиологик текшириш (микробиал флора ассоциациялар билан ифодаланиши мумкин (*Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* ва бошқалар).

- Иммунологик тадқиқотлар (иммун ҳолати, IgA, IgG, IgM, IgE) (кўрсатмалар бўйича);

- Коагулограмма (ПТИ, фибриноген, ФА, ивиш вақти, МНО) (кўрсатмалар бўйича);

- Қонда электролитлар миқдори (кўрсатмалар бўйича);

- Стериликка қон текшириш (кўрсатмалар бўйича);

1С	СБда патоген(лар)ни аниқлаш ва ажратилган микрофлоранинг сезгирлигини аниқлаш учун балғам (индукция қилинган балғам ёки трахея аспири) ва/ёки бронхоалвеоляр ювиш суюқлигини микробиологик текшириш тавсия этилади.
-----------	---

3.3. Инструментал текширувлар

Асосий инструментал текширувлар:

- Кўкрак қафаси рентгенограммаси (хириллашнинг диффуз табиати, тана ҳароратини юқори бўлмаслиги, токсикознинг йўқлиги, перкуссиянинг ўзгариши ва лейкоцитоз пневмонияни истисно қилишга ва кўкрак қафаси рентгенограммасига мурожаат қилмасдан бронхит ташхисини қўйишга имкон беради).

(<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>).

1C	Сурункали бронхит белгилари бўлган болалар учун касалликка мос равишда инструментал тадқиқотлар тавсия этилади, унинг кўринишларидан бири сурункали бронхитдир [3,9].
-----------	---

1C	Сурункали обструктив бронхит бўлса, 5 ёшдан бошлаб болалар учун нафас йўлларининг обструктив касалликларини даволаш учун дорилар (бронходилататор таъсири бўлган дорилар) билан тест ёрдамида спирометрия ёрдамида ўпка функциясини (ПРФ) ўрганиш тавсия этилади. бронхиал астмани ўз вақтида ташхислаш мақсадида ўткир даврда ва/ёки ундан кейинги даврда нафас олиш маневрини амалга ошириш мумкин [40,41,42].
1C	Пневмонияга шубҳа қилинганида, тегишли белгилар мавжуд бўлса, уни истисно қилиш/тасдиқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммаси (ўпка рентгенограммаси) тавсия этилади [20].

Қўшимча инструментал тадқиқотлар:

- дифференциал диагностика бўйича кўрсатмаларга мувофиқ МРТ;

- МСКТ

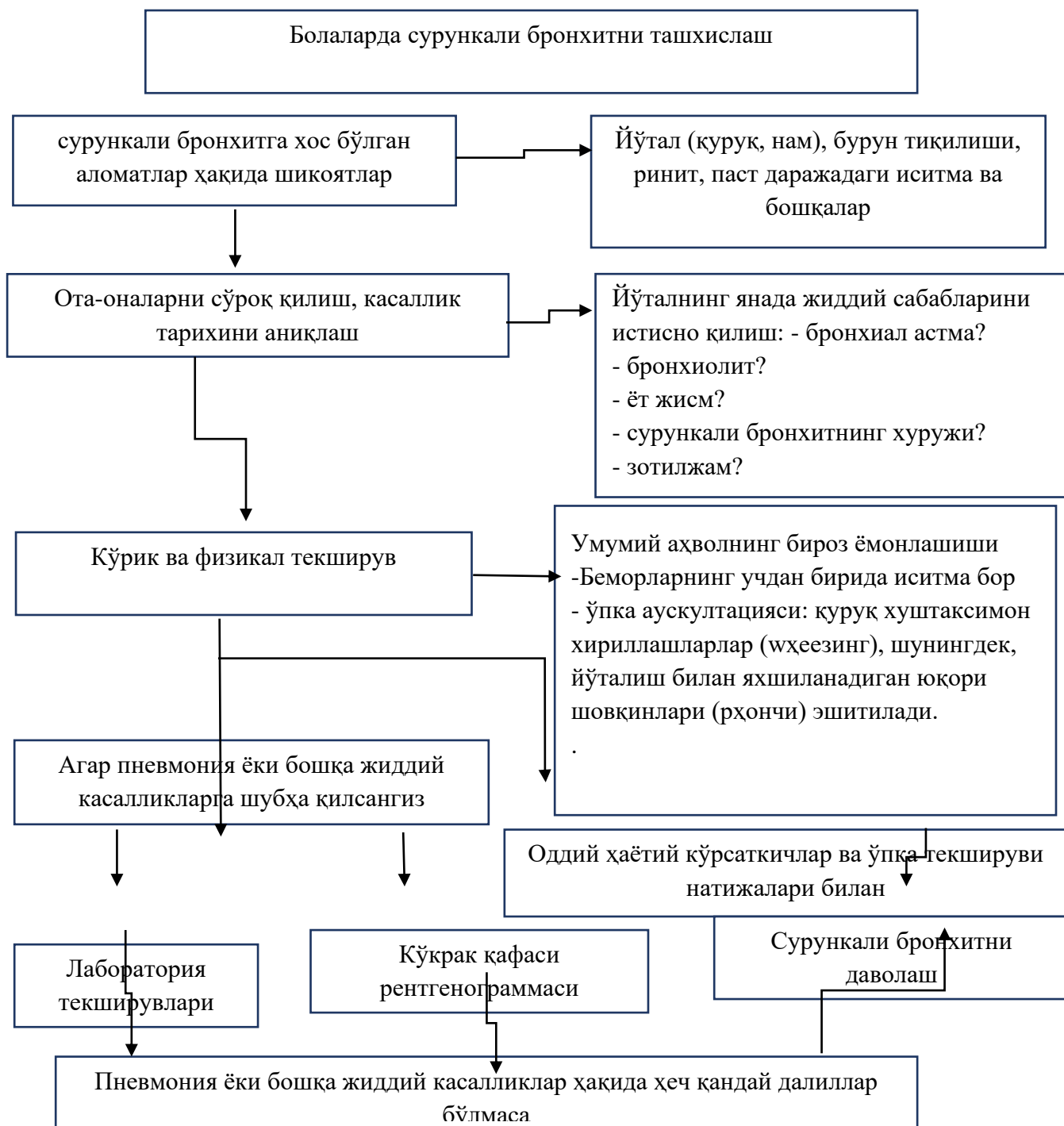
1B	Узоқ муддатли бактериал бронхитнинг такрорий эпизодлари ва/ёки <i>N. influenzae</i> (асосий патоген), <i>S. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> га қарши икки ҳафталик антибактериал терапия курси самарасиз бўлган тақдирда, қўшимча текширувдан ўтиш тавсия этилади: ўпкада таркибий ўзгаришлар мавжудлигини баҳолаш учун кўкрак қафаси органларининг компьютер томографияси [4]
-----------	---

- қайтарилиши ва ўзгарувчанлигини, шунингдек касалликнинг оғирлигини баҳолашга имкон беради);
- пикфлоуметрия;
- пульсоксиметрия;
- плевра ва плевра бўшлиғининг ултратовуш текшируви (кўрсатмаларга асосланиб);
- фибробронкоскопия (бронхоалвеоляр суюқликни текшириш, биопсия олиш);
- жарроҳлик ва биопсия материални гистологик текшириш.
- Эхокардиография (ЕхоКГ);
- бурун синусларнинг рентгенографияси
- бронхография, бронхоскопия.

1B	Сурункали касалликнинг такрорий эпизодлари ва / ёки <i>Haemophilus influenzae</i> (асосий патоген), <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i> га қарши антибактериал терапия самарасиз бўлса, 2-4 ҳафта ичида қўшимча текширув ўтказиш тавсия этилади: трахеобронкоскопия. ўпкада таркибий ўзгаришлар мавжудлигини баҳолаш учун [5].
-----------	---

1С	Нам йўталнинг бошқа сабабларини (ёши ва бошқа контрэндикациялар бўлмаганда) тасдиқлаш / истисно қилиш учун БОли СБ шубҳали болалар учун спирометрия ёрдамида ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш тавсия этилади ("қўзғатмаган нафас олиш ҳажмлари ва оқимларини ўрганиш").) [18].
2В	Агар гипоксияга шубҳа бўлса, ЎБ билан оғриган барча болаларда пулсоксиметрияни ўтказиш керак. Гипоксиянинг мавжудлиги тиббий ёрдам ва кейинги диагностика чоралари бўйича қарор қабул қилишда ёрдам бериши керак..

3.4. Болаларда сурункали бронхитни ташхислаш алгоритми



3.5. Сурункали бронхит қуйидаги касалликлар билан бирга бўлса, тор мутахассислар томонидан текширувдан ўтиш керак:

- касалликнинг асоратли кечишида пульмонолог билан маслаҳатлашиш;
- алергиолог текшируви - тез-тез қайталанишлар, оғирлашган алергоанамнез ва антибактериал терапия самарасиз бўлса;
- инфекционист текшируви - болаларда вирусли касалликларни дифференциал ташхислашда қийинчиликлар мавжуд бўлса;
- Генетик текшируви - тез-тез қайталанишлар, терапия самарасиз бўлса.

3.4. Дифференциал ташхислаш

(<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall>)

Болаларда сурункали бронхитнинг дифференциал ташхислаш

Симптомлар	Ўткир бронхит	Ўткир обструктив бронхит	Бронхиолит	Бронхопневмония
Тана ҳарорати	Кўпинча субфебрил, нормал бўлиши мумкин	Кўпинча субфебрил, нормал бўлиши мумкин; микоплазма ва аденовирус инфекцияларида фебрил		Фебрил, субфебрил, узоқ вақт давом этади
Интоксикация	Йўқ ёки кам миқдорда	Оддий бронхитга қараганда анча яққол, қисқа муддатли		Касалликнинг динамикаси сезиларли даражада кучаяди, асоратларда токсикоз ривожланиши мумкин.
Йўтал	Курук, кейин нам, шиллик балғам ажралиши билан	Йўтал курук, балғам ёмон ажралади, ёпишқоқ	Йўтал курук, доимий пароксизмал характерга эга, кўпинча спастик "обертон" га эга.	Динамикада курук йўталдан нам йўталгача, шиллик ёки шиллик-йирингли балғам билан чуқур йўтал импульслари билан
Хансираш	Йўқ	Экспиратор, ёрдамчи мушаклар иштирокида		Турли даражадаги аралаш турдаги нафас етишмовчилик
Кўкрак қафаси шакли	Ўзгамаган	Кўкрак қафасининг кенгайиши		Ўзгармаслиги мумкин
Перкуссия маълумотлари	Оддий перкутор товуш, камдан-кам ҳолларда кутисимон тусда	Турли даражада кутисимон перкутор товуш	Турли даражада кутисимон перкутор товуш	Перкуссия товушининг қисқариши ўчоққа тўғри келади, бошқа сохалар устида кутисимон перкутор товуш
Аускултация маълумотлари	Дағал нафас. Диффуз ўрта ва катта пуфакчали хириллаш,	Узоқ муддатли нафас чиқариш, дағал, курук хуштаксимон хириллашлар,	Узайган нафас чиқариш. Ўпканинг бутун юзасида майда	Суст, дағал бронхиал нафас. Кўпинча локал ўзгаришлар мавжуд! Чекланган ҳудудда майда пуфакчали

	қурук хириллаш. Йўталаётганд а, хириллаш ўзгаради. Тез ижобий динамика бор	камроқ тез-тез ҳар хил ўлчамдаги нам хириллашлар. Йўталаётганда хириллашнинг ўзгарувчанлиги. Тез ижобий динамика бор	пуфакчали ва крепитацияли хириллашларн инг кўплиги.	хириллашлар. Ўзгаришларни сақлаш муддати 5-6 кун.
Периферик қон параметрлари	Лейкопения, лимфоцитоз; нормал ёки бироз тезлаштирилг ан ЭЧТ	Лейкопения, лимфоцитоз; нормал ёки бироз тезлаштирилган ЭЧТ	Лейкопения, лимфоцитоз; нормал ёки бироз тезлаштирилга н ЭЧТ	Чапга силжиш билан нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши. Ўзгаришлар пневмониянинг этиологиясига боғлиқ
Рентген маълумотлари	Бронхиал расмининг кучайиши, ўпканинг илдизларини кенгайиши	Ўпканинг ҳаво билан шишиши, bronхиал расмининг кучайиши	Ўпканинг ҳаво билан шишиши, bronхиал ва ўпка расмининг кучайиши. Маида ателектаз, инфилтрациян инг маида соялари	Паренхиманинг локал, сегментар, локал-бирлашувчи, лобар характерли инфилтрациялари

**Сурункали бронхит белгилари билан кечадиган касалликларнинг дифференциал
ташхислаш**

Ташхис	Мантиқий асос	Анкеталар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Муковисцидоз	Сурункали йўтал	- Тер суюқлигидаги хлоридлар – Копрограмма – Генетик таҳлил	- Узоқ муддатли неонатал сариклик - Терининг шўр таъми - Жисмоний ривожланишнинг кечкикиши. - такрорий ёки сурункали респиратор белгилар - шакланмаган, кўп, ёғли ва ёмон ҳидли ахлат -Тер суюқлигидаги хлоридлар даражасининг ошиши.
Бирламчи цилиар дискинезия	Узоқ муддатли кўп миқдорли нам йўтал	-Цилиар биопсия (электрон микроскопия) - Генетик таҳлили	- Декстракардия - Отит - Доимий респиратор белгилари
Сил касаллиги	Сурункали йўтал (30 кундан ортик);	- Манту тести - Диаскинтест -МБТ учун	- ижобий Манту реакцияси; - Ижобий диаскинтест -Болаларда балғамни текширишда

	- Ривожланишда н ортта қолиш / вазн йўқотиш;	балғамнинг бактериоскопияси - Кўкрак қафаси органлари КТ	сил микобактериясининг мавжудлиги.
Бронхиал дарахтнинг туғма нуқсонлари	Сурункали йўтал	- Кўкрак қафаси органлари КТ - Бронхоскопия	- Трахея ёки бронхиал стеноз - Трахея ёки бронх деворининг мувофиқлиги - Қўшимча трахеал бронх
Нафас олиш йўлларида ёд жисм	узoқ давом этадиган йўтал; - Пастки нафас йўлларининг яллиғланиши ресидивлари	- бронхоскопия; - кўкрак қафасининг компьютер томографияси	бронхда ёд жисмнинг мавжудлиги; -ўпка тўқималарининг ателектази; - эндобронхит

4. БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРОНХИТНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ДАВОЛАШ

4.1. Болаларда сурункали бронхитни номедикаментоз даволаш даволаш тактикаси:

2А	Сурункали бронхит билан оғриган болаларни сурункали бронхитнинг сабаби бўлган нозологик шаклга мувофиқ даволаш тавсия этилади [9]. Сурункали бронхитни, биринчи навбатда, мустақил касаллик сифатида емас, балки бронхопулмонер патология билан боғлиқ синдром сифатида кўриб чиқиш мақсадга мувофиқдир.
-----------	--

- Тана ҳарорати кўтарилиши даврида - ётоқ режим;
- Интоксикация синдромини камайтириш ва балғам ишлаб чиқаришни осонлаштириш учун - етарли даражада адекват гидратацияни таъминлаш (кунига 2-3 литргача кўп миқдорда сув ичиш, мевали ичимликлар);

1С	СБ билан оғриган болалар учун умумий овқатланиш ва кўп миқдорда илик ичимликлар (кунига 100 мл/кг гача) тавсия этилади [3,23].
-----------	--

- ёшга қараб тўғри овқатланиш;
- санитария-гигиена режимига риоя қилиш (хоналарни вентиляция қилиш, юқумли беморлар билан алоқа қилишни чеклаш).
- беморнинг йўтални келтириб чиқарадиган атроф-муҳит омилларини (тутун, чанг, кучли ҳид, совуқ ҳаво) таъсирини бартараф этиш;
- сурункали обструктив бронхитни даволашда муҳим режими: ҳавони намлаш, мунтазам нам тозалаш ва хонани вентиляция қилишдир (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf>).

1С	Самарадорлигини тасдиқловчи далиллар йўқлиги сабабли электрофорез, ультра юқори частотали терапия, ултрабинафша нурланиш тавсия этилмайди [3,4,23,58].
-----------	--

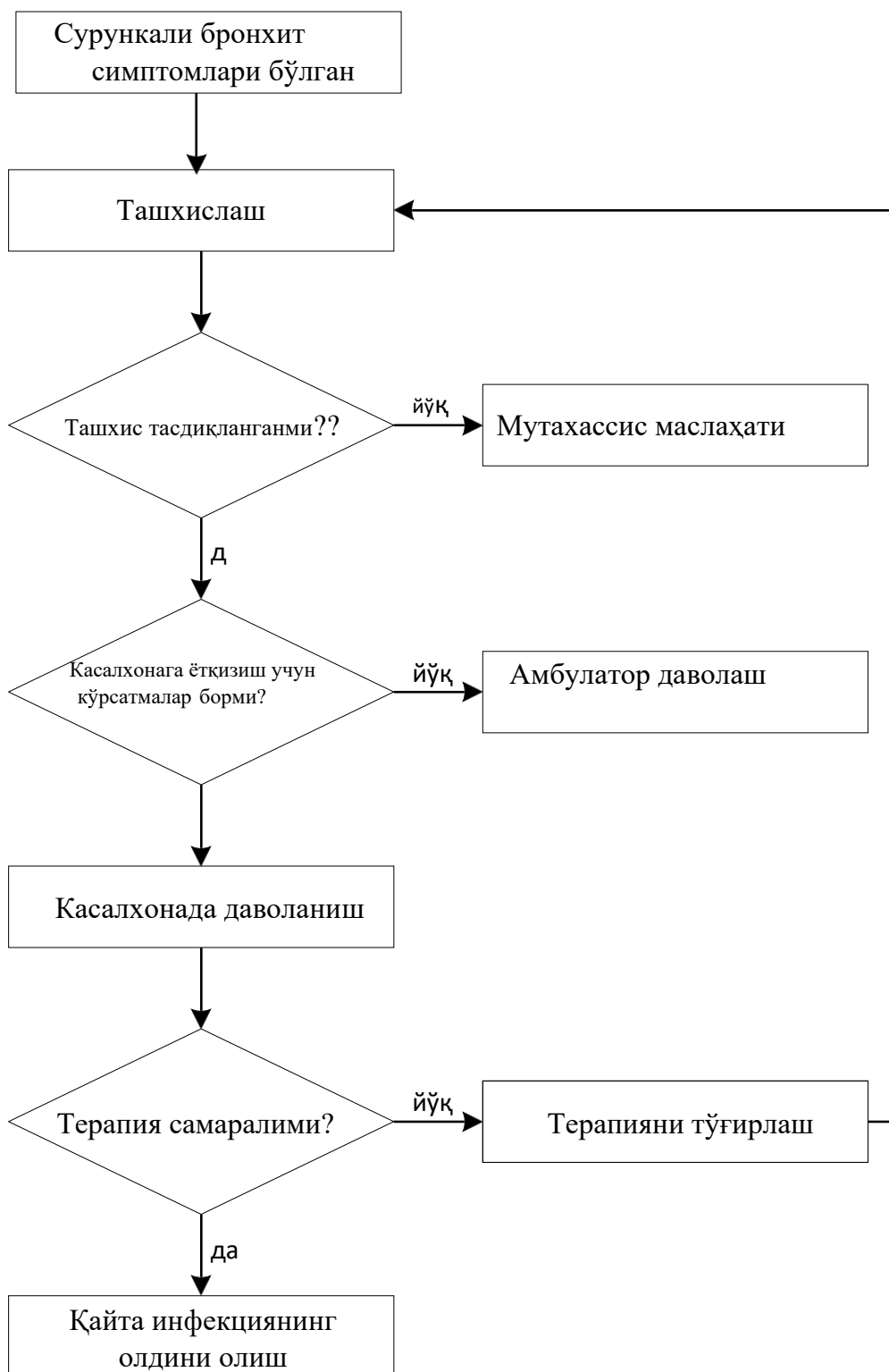
1С	Самарасизлиги ва куйиш хавфи юқори бўлгани учун буғли ингаляциялар тавсия этилмайди [39].
-----------	---

1С	Фойдасидан кўра зарари сезиларли даражада ошгани учун хантал пластерлари, қиздирадиган пластерлар, банкалардан фойдаланиш тавсия этилмайди [3,23].
-----------	--

1С

Реконвалесценция даврида кўкрак қафасини дренажлаш, йўтал рефлекси пасайганда уни рағбатлантириш ва тикланиш даврида нафас олиш машқлари тавсия этилади [3,23].

Сурункали бронхит билан оғриган беморни даволаш алгоритми



4.2. Болаларда сурункали бронхитни медикаментоз даволаш:
Мухим дорилар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

1-jadval

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антипиретик дори N02BE01	Парацетамол	3 ойгача бўлган болалар учун перорал буюрилади бир марталик дозада 10-15 мг/кг, 3 ойдан 1 ёшгача - 60-120 мг, 1-5 ёшда - 120-250 мг, 6-12 ёшли болалар учун - 250-500 мг. 6-12 ёшдаги болаларда ректал фойдаланиш учун бир марталик дозалар - 250-500 мг, 1-5 ёшда - 125-250 мг. Фойдаланиш частотаси кунига 4 марта, камида 4 соатлик интервал билан даволашнинг максимал давомийлиги 3 кун.	1A https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Антипиретик дори M01AE01	Ибупрофен	6 ёшгача бўлган болалар учун перорал буюрилади бир марталик дозада 5-10 мг/кг; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: 1 таблеткадан кунига 4 мартадан кўп бўлмаган; 12 ёшдан катта оғиз орқали, кунига 3-4 марта 200 мг таблеткаларда. Таблеткаларни қабул қилиш орасидаги интервал камида 6 соат (кунлик дозаси 30 мг/кг дан ошмаслиги керак)	1A https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Вирусга қарши дори	Осельтамивир	Фақат гриппда буюрилади. Перорал 1 ёшгача бўлган	1A

J05AH02		болалар учун - кунига 2 марта 3 мг/кг/доза, 1 ёшдан ошган болалар учун доз боланинг вазнига боғлиқ: 15 кг ва ундан кам - кунига 2 марта 30 мг, 15-23 кг - 45 мг дан кунига 2 марта, 23-40 кг - кунига 2 марта 60 мг, 40 кг дан ортик - кунига 2 марта 75 мг	https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Вирусга қарши дори L03AB05	Рекомбинантли 26 инсон алфа-интерферони	7 ёшдан ошган болалар учун ректал, -500 000 ХБ, 1 супп. 5 кун давомида ҳар куни 12 соатдан кейин кунига 2 марта. 7 ёшгача бўлган болалар, 150 000 ХБ, 1 супп. 5 кун давомида ҳар куни 12 соатдан кейин кунига 2 марта.	1А https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Вирусга қарши дори Л03АХ	Интерферон гамма, гистамин, СД4 га қарши антаначалар	6 ойликдан томчиларда, 3 ёшдан ошган болалар схема бўйича таблеткаларда: даволашнинг 1-кунида 8 таблетка олинади. қуйидаги схема бўйича: 1 жадвал. биринчи 2 соатда ҳар 30 дақиқада (2 соат ичида жами 5 таблетка), кейин ўша кун давомида яна 1 таблетка олинг. 3 марта тенг ораликда. 2-куни ва ундан кейин 1 таблетка олинг. Тўлиқ тикланишигача кунига 3 марта.	1В https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Вирусга қарши дори L03AB03	Инсон гамма интерферонига антитаначалар	1 ойлик ва ундан катта ёшдаги болалар учун перорал. Схема бўйича қабул қилинг (1-кун, 8 таблетка, биринчи 2 соатда ҳар 30 дақиқада 1 таблетка (2 соатда жами 5 таблетка), кейин 1 таблеткадан 3 марта тенг ораликда. 2 кундан бошлаб кунига 3 марта 1 таблеткадан. тўлиқ тикланишигача.	1А https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Вирусга қарши	Инозин пранобекс	Перорал, 3 ёш ва ундан	1С

дори J05AX05		катта болалар учун сироп ва таблеткалар. Сироп: 3 ёш ва ундан катта болалар учун (тана вазни 15-20 кг дан ортиқ) 3-4 дозада тана вазнига 50 мг/кг ни ташкил қилади. Таблеткаларда: 1/2 таблетка. 5 кг тана вазнига, 3-4 дозага бўлинган.	https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Вирусга қарши, яллиғланишга қарши дори ATXR05.	Пеларгониум сидоидес илдизи экстракти.	1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар учун оғиз орқали кунига 3 марта 10 томчи, 6 ёшдан 12 ёшгача: кунига 3 марта 20 томчи, 12 ёшдан катта, кунига 3 марта 25 томчи.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Марказий таъсирга эга йўталга қарши дори антибронхоконструктор таъсири билан R05DB21	Клоперастин	Перорал. Болалар: 2 ёшдан 4 ёшгача: кунига икки марта 2 мл; 4 ёшдан 7 ёшгача: кунига икки марта 3 мл; 7 ёшдан 15 ёшгача: кунига икки марта 5 мл; катталар: кунига 3 марта 5 мл	1A https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Йўталга қарши дорилар, балғам хайдовчи дорилар бундан мустасно R05D	Брадикининга антитаначалар, гистаминга антитаначалар, морфинга антитаначалар	2 ёшдан буюрилади. 1-2 таблеткадан. кунига 3 марта овқатдан кейин фойдаланинг. Дастлабки 3 кундаги ҳолатнинг оғирлигига қараб, қабул қилиш частотаси кунига 4-6 марта оширилиши мумкин.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Муколитик дори R05CB01	Ацетилцистеин	Перорал, кунига 2-3 марта 100 мг ёки кунига 2-3 марта 10 мл сироп (кунига 400-600 мг ацетилцистеин). 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар: 1 таблетка. 100 мг дан кунига 3 марта ёки 2 таблетка. кунига 2 марта, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар: 1 таблетка 100 мг ёки 5 мл сироп кунига 2-3 марта (кунига 200-300 мг ацетилцистеин).	1A https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v

			1.pdf
Муколитик дори R05CB03	Карбоцистеин	2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар - кунига 2 марта 5 мл. Кунига доза 200 мг дан ошмаслиги керак. 5 ёшдан ошган болалар - кунига 3 марта 5 мл. Кунига доза 300 мг дан ошмаслиги керак. 50 мг/мл сироп: 15 мл дан кунига 3 марта, яхшиси овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2 соат кейин.	1A <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-
rek/deystvuyushchie-
klinicheskie-
rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin- rek/deystvuyushchie- klinicheskie- rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v 1.pdf
Муколитик дори R05CB06	Амброксол	Перорал, 5 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: 2-3 бўлинган дозада кунига 30-45 мг. 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар: кунига 22,5 мг 3 дозага бўлинган. 2 ёшгача бўлган болалар: кунига 15 мг 2 дозага бўлинган.	1B <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-
rek/deystvuyushchie-
klinicheskie-
rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin- rek/deystvuyushchie- klinicheskie- rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v 1.pdf
Муколитик дори R05FB02	Бутамират + Гванфенесин	Перорал, 7 кг гача, кунига 3-4 марта 8 томчи, - 7-12 кг, кунига 3-4 марта 9 томчи, 12-20 кг, кунига 3 марта 14 томчи, 20-30 кг, кунига 3-4 марта 14 томчи, - 30-40 кг, кунига 3-4 марта 16 томчи, 40-50 кг, кунига 3 марта 25 томчи, - 50-70 кг, кунига 3 марта 30 томчи, 70 кг дан ортик, кунига 3 марта 40 томчи	1B https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Йўталга қарши дори восита R05DB27	Леводропропизин	Перорал, сироп, овқатланиш оралиғида. 2 ёшдан ошган болалар кунига 3 марта 1 мг / кг миқдориди буюрилади; тана вазни 10-20 кг - 18 мг, 20-30 кг - кунига 3 марта	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children

		30 мг. 12 ёшдан ошган болалар - кунига 2-3 марта 60 мг, камида 6 соатлик интервал билан даволаш давомийлиги - 7 кундан ортиқ эмас.	children/cough-in-children
Муколитик дори R05CB	Брадикининга, гистаминга, морфинга тозаланган антитаначалар.	3 ёшдан катта болалар учун кунига 3 марта 1-2 чой қошиқдан фойдаланинг. Овқатдан ташқари кунига 3 марта 1-2 таблеткадан олинг. (тўлик эригунча оғизда сақланг).	1B https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf
Балғам ҳайдовчи ва бронхоспазмолитик, яллиғланишга қарши таъсирга эга ўсимлик дори R05CA	Стандартлаштирилган курук печак барглари экстракти (5-7,5:1) ЕА 575	Перорал сироп 7 мг / мл: 0 ёшдан 1 ёшгача - кунига 2 марта 2,5 мл, 1 ёшдан 6 ёшгача - кунига 3 марта 2,5 мл, 6 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 5 мл. 20 мг/мл томчи: 1 ёшдан 4 ёшгача - кунига 3 марта 12 томчи, 4 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 16 томчи, 10 ва ундан катта ёшдагилар - кунига 3 марта 24 томчи. 65 мг таблеткалар: 6 ёшдан 12 ёшгача - ½ таблетка. Кунига 2 марта, 12 ёшдан ошган болалар - 1 таблетка. эрталаб ва ½ таб. Кечкурун. 35 мг пакетлардаги эритма: 12 ёшдан ошган болалар, 1 пакет. Кунига 3 марта, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 1 пакетдан. кунига 2 марта.	1C https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf
Балғам ҳайдовчи ва бронхоспазмолитик яллиғланишга қарши таъсирга эга	Кекик ўти (Thymiherba), печак барглари (Hederaefolium)	Перорал, 3-12 ойлик болалар - кунига 3 марта 1,1 мл; 1-2 ёшли болалар - кунига 3 марта 2,2 мл; 2-6	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-

Ўсимлик дори R05CA		ёшли болалар - кунига 3 марта 3,2 мл; 6-12 ёшдаги болалар - кунига 3 марта 4,3 мл; 12 ёшдан ошган ўсмирлар ва катталар - кунига 3 марта 5,4 мл.	treatment?form=fpf#showall
Натрий хлорид гипертоник эритмаси S01X	Фаол моддалар: 3% натрий хлорид +0,1% натрий гиалуронат	Нафас олиш учун эритма 1 мл учун 30 мг, 4 мл ли идишларда. Болалар: 2 мл дан кунига 2 марта, 5-7 кун;	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Иммуностимулятор L03	Натрий аминодихидрофта лазиндион	Ректал: 1 суп. ҳар куни 5 кун, кейин 1 ош қошиқ. 10 кун давомида ҳар икки кунда. Курс - 15 супп. Сублингуал таблеткалар. Ҳар бири 1 та стол кунига 4 мартагача ёки 2 таблетка. Кунига 2 марта 5 кун	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Иммуностимулятор L03	Азоксимер бромид	Интраназал ва сублингуал фойдаланиш учун эритма тайёрлаш: болалар учун 3 мг дозаси 1,0 мл (20 томчи), 6 мг дозаси 2,0 мл (40 томчи) (бир томчи (0,05 мл)) эритилади. тайёрланган эритмада 0,15 мг препарат мавжуд).	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall

1C	Болалар учун антипиретик препарат парацетамол (H02BE01) ёки ибупрофен (M01AE01) бўлиши керак. Иккала дорини бир вақтда қўллаш контрэндикедир [5,14].
-----------	--

II C	Оддий бактериал флора келтириб чиқарадиган бактериал инфекция белгилари билан кечадиган сурункали бронхитда, баъзи ҳолларда амоксициллинни кунига 70 мг / кг дозада 5-7 кун давомида қўллаш тавсия этилади [2].
-------------	---

2C	Ўпкада хириллашлар ва бронхо-обструкциянинг бошқа белгилари бўлмаса, қуруқ, оғриқли йўталда баъзи ҳолларда марказий таъсир кўрсатадиган йўталга қарши воситани қисқа курс буюришни кўриб чиқиш тавсия этилади [3,23,58].
-----------	--

1C	Муколитиклар гуруҳидан дори-дармонларни ёпишқоқ, қийин ажратилган балғам учун буюриш тавсия этилади [3,23,58,59].
-----------	---

1C	Болаларда ўткир бронхитни даволаш учун, самарадорлиги тўғрисида далиллар йўқлиги сабабли тизимли антигистаминлардан фойдаланиш тавсия этилмайди [3,4,23,58].
-----------	--

Болаларда СОБ да бронхообструктив синдромни даволаш учун зарур бўлган дорилар рўйхати

(100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

Жадвал 2

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Бронходилататор дори -селектив бета-2-адреномиметиклар R03AC02	Салбутамол	Ингаляция учун эритма, 1 мг/мл, кукун, аэрозол, небулалар (контейнерда) 2 мл. 18 ойлик болаларга буюрилади: бронхиал обструкция учун тавсия этилган доз 100-200 мкг (1 ёки 2 инҳалия). Кундалик доз 800 мкг дан ошмаслиги керак (8 инҳалия). 2,5-5 мг дан кунига 4 марта; юқори дозалар - кунига 40 мг гача (қаттиқ тиббий назорат остида!)	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Глюкокортикостероидлар (ингаляцион) R01AD08	Флутиказон	Ингаляция учун суспензия 1 мг/мл, небулалар (контейнерда) 2 мл. 4 ёшдан 16 ёшгача бўлган болалар: кунига икки марта 1 мг. 16 ёш ва ундан катта болалар: кунига икки марта 0,5-2 мг. Кўрсатилган максимал дозаларни 7 кун давомида	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children

		қўллаш тавсия этилади, шундан сўнг дозани камайтириш керак.	children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Бронходилататор дори -селектив бета-2-адреномиметиклар R03AC04	Фенотерол	6 ёшгача бўлган болалар (тана вазни 22 кг дан кам) 50 мкг / кг (5 - 20 томчи = 0,25 - 1 мг) кунига 3 марта; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар (тана вазни 22 - 36 кг) 0,5 - 1,5 мг (10 - 30 томчи) кунига 4 марта; 12 ёшдан ошган болалар ва катталар кунига 4 марта 1-2 мг (20-40 томчи)	1A https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Симпатомиметиклар бошқа дорилар билан биргаликда R03AL01	Фенотерол ва ипратропиум бромид	6 ёшгача бўлган болалар (тана вазни 22 кг дан кам): 25 мкг ипратропиум бромид ва 50 мкг фенотерол + 1 кг тана вазнига 0,1 мл (2 томчи), лекин 0,5 мл дан кўп бўлмаган 3 марта; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: 0,5 мл (10 томчи) дан 2 мл (40 томчи) 4 марта; 12 ёшдан ошган болалар: 1 мл (20 томчи) дан 2,5 мл (50 томчи), айниқса оғир ҳолатларда 4 гача). мл (80 томчи) 4 марта	1A https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Комбинацияда секретолитиклар ва нафас йўлларининг мотор функциясини стимуляторлар, балғам кўчирувчи препаратлар R05C	Салбутамол+ бромгексин+ гвайфенезин	Сироп: 6 ёшгача бўлган болалар 5 мл 3 марта; 6 ёшдан 12 ёшгача 5 - 10 мл 3 марта; 12 ёшдан ошган болалар ва катталар учун 10 мл 3 марта. Планшетлар: 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар 1/2 - 1 таблетка. 3 марта; 12 ёшдан ошган болалар ва катталар учун 1 стол. 3 марта	1A https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Лейкотриен рецепторлари антагонистлари R03DC03	Монтелукаст	2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар учун планшетлар 4 мг 1 марта; 6 ёшдан 14 ёшгача - кунига 1 марта 5 мг, 14 ёшдан катта ва катталар учун 10 мг; саше - 6 ойдан бошлаб, кунига бир марта 4 мг.	1A https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children

			children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Ксантинлар R03DA11	Доксофилин	<p>12 ёшдан ошган болалар: 1 таблеткадан (400 мг) кунига 2 марта. Шифокор тавсиясига кўра, қабул қилиш частотаси кунига 3 мартагача оширилиши мумкин. 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар - ½ таблеткадан кунига 2-3 марта (кунига 12-18 мг / кг).</p> <p>2% сироп 100 мл 12 ёшдан катта болалар: 10 мл (2 чой қошиқ) кунига 2 ёки 3 марта <12 ёш: 6-9 мг/кг тана вазнига кунига икки марта.</p>	<p>1A</p> <p>https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</p> <p>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</p>
Йўталга қарши дори восита R05DB27	Леводропропизин	<p>Перорал, сироп, овқатланиш оралиғида. 2 ёшдан ошган болалар кунига 3 марта 1 мг / кг миқдорида буюрилади; тана вазни 10-20 кг - 18 мг, 20-30 кг - кунига 3 марта 30 мг. 12 ёшдан ошган болалар - кунига 2-3 марта 60 мг, камида 6 соатлик интервал билан даволаш давомийлиги - 7 кундан ортик эмас.</p>	<p>1C</p> <p>https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</p> <p>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</p>
Тизимли глюкокортикостероидлар H02AB02	Дексаметазон	<p>Инъекция учун эритма (1 мл/4 мг). Болалар учун парентерал: 0,02776 - 0,16665 мг / кг 1 - 2 марта;</p>	<p>1A</p> <p>https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</p> <p>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</p>
Алфа-, бета-адреномиметиклар C01CA24	Эпинефрин	<p>Бронхоспазмда тери остига 0,01 мг/кг (максимал 0,3 мг гача) ҳар 15 дақиқада 3-4 марта ёки ҳар 4 соатда.</p>	<p>1A</p> <p>https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-</p>

			infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
--	--	--	---

Кўрсаткичлар бўйича болаларда сурункали бронхитни даволаш учун тавсия этилган асосий антибактериал дорилар рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам бўлса):
Жадвал 3

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Аминопенициллинлар	Бензилпенициллин J01CE01	в/и, м/и 100000-500000 Ед/кг, қунига 4-6 марта	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ампициллин J01CA04	в/и, м/и 100-200 мг/кг Перорал, таблетка, суспензия. Болалар учун препарат суткалик дозада 50-100 мг/кг, вазни 20 кг гача бўлган болалар учун 12,5-25 мг/кг, қунига 4-6 марта	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Оксациллин J01CF04	в/и, м/и 150-300 мг/кг	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Амоксициллин J01CA04	Перорал, таблетка, 250 мг ва 500 мг капсулалар, 10 ёшдан ошган болалар учун (тана вазни 40 кг дан ортиқ) суткалик доза 1,0-1,5 г. 5-10 ёшли	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

		болалар учун суткалик доза 0,75 г, 2-5 ёшда - 0,375 г, 2 ёшгача - 20 мг / кг тана вазнига тенг.	.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Амоксициллин / сульбактам J01CA04/J01CG01	в/и, м/и, перорал, 2 ёшгача - кунига 40-60 мг/кг, 2-6 ёш - 750 мг, 6-12 ёш - 1,5 г, 12 ёшдан кейин - 2-3 г	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ампициллин/ сульбактам J01CA04/01CG01	в/и, м/и, 150 мг/кг/кун	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Сультамициллин J01CA04	Перорал, таблетка, суспензия 25-50 мг / кг / кун	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Макролидлар	Азитромицин J01FA10	Перорал, таблетка, 12 ёшдан ошган ва вазни 45 кг дан ортиқ бўлган болалар3 кун давомида 1 дозада кунига 500 мг (курс дозаси - 1,5 г).Препарат оғиз орқали кунига 1 марта овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2 соат кейин, чайнамасдан олинади.	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Кларитромицин J01FA09	12 ёшдан ошган болалар учун перорал орқали қабул қилинганда, битта доз 0,25-1 г, қабул қилиш частотаси кунига 2 марта. 12 ёшгача бўлган болалар учун суткалик доза 2 дозага бўлинган ҳолда	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

		7,5-15 мг / кг / кунни ташкил қилади.	
Цефалоспоринлар-2	Цефуроксим J01DC02	Оғиз орқали, планшетлар, суспензия, кунига 2 марта 20-30 мг / кг (500 мг дан кўп бўлмаган) (3 ойгача бўлган болаларда мумкин эмас)	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Цефаклор J01DC04	Оғиз орқали, капсулалар, суспензия 20-40 мг / кг (1500 мг дан кўп бўлмаган) кунига 2-3 марта	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Цефалоспоринлар-3	ЛЦефиксим O1DD08	Оғиз орқали, дисперс таблеткалар, капсулалар, суспензия, 8 мг / кг, кунига 1-2 марта	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
ИЗЦС-3	Цефоперазон/ сульбактам	В/и, м/о 40-160 мг/кг/сут, 2-4 м/сут	С https://old.stgmu.ru/
	Цефотаксим/сульбактам	В/и, м/о 100-160 мг/кг/сут, 2-3 марта	С https://old.stgmu.ru/
ЦС-4	Цефепим	В/и, м/о 100-150 мг/кг/сут, 2-3 марта	С https://old.stgmu.ru/
ИЗЦС-4	Цефипим/ сульбактам	В/и, м/о 100-150 мг/кг (цефипимга) /сут, 2-3 марта	С https://old.stgmu.ru/
Карбапенем J01DH02	Импипенем	В/и, м/о В/и- 60 мг/кг, м/о – 1-1,5 г/сут, 2-3 март	Д https://old.stgmu.ru/
	Меропенем	В/и, 30-60 мг/кг/сут, 2-3 марта/сут, 2-3 марта	Д https://old.stgmu.ru/
	Эртапенем	В/и, м/о 30 мг/кг (1 г дан кўп)	Д https://old.stgmu.ru/
Бошқа антибиотик J01XX01	Фосфомициннео	В/и 100-200 мг/кг./сут, 1-2 март	В https://old.stgmu.ru/

Бошқа муолажалар

- кислородли терапия;
- Позцион дренаж, машқлар терапияси..

1А	Сурункали бронхитда маҳсулдор мавжудлиги сабабли Кўпгина беморларда трахео(бронхо)маласиянинг таркибий қисми ва белгилари бўлса, кинеситерапия масаласини алоҳида кўриб чиқиш тавсия этилади, шу жумладан.балғамни эвакуация қилишни яхшилаш учун дренаж чоралари [3].
-----------	--

Жарроҳлик аралашуви: йўқ

4.5. Амбулатор шароитида даволаш самарадорлигининг баҳолаш:

- йўталдан тузалиш;
- интоксикация белгиларини йўқ қилиш;
- тана ҳароратини нормаллаштириш;
- умумий ахволини яхшилаш.

5. Сурункали бронхит билан касалланган болаларни госпитализация қилиш учун кўрсатмалар

5.1. Режалаштирилган госпитализация учун кўрсатмалар:

- бронхообструкция билан тез-тез такрорланадиган ўткир респиратор касалликлар;
- амбулатор шароитида имкони бўлмаган кўшимча текширувларни ўтказиш зарурати;
- терапияни тўғри танлаш ва коррекциялаш;
- режалаштирилган ёки енгил асоратлар ривожланган тақдирда кундузги стационарда ёки уйда ўтказиш имкони бўлмаса вена ичига антибиотик терапиясини ўтказиш зарурати,

5.2. Шошилишч госпитализация:

- оғир преморбид фон (оқсил-энергетик етишмовчилиги, конституциявий аномалиялар, туғма ривожланиш нуқсонлари ва бошқалар);
- нафас олиш етишмовчилигининг оғир даражаси;
- дастлабки терапиядан 36-48 соат ўтгач таъсири йўқлиги;
- оиланинг паст ижтимоий ҳолати;
- уйда даволаниш учун шароит бўлмаслиги;
- ота-оналарнинг психологик хусусиятлари;
- умумий хавф белгиларининг мавжудлиги (IMCI бўйича);
- ёд жисмга шубҳа қилинган бўлса бронкоскопияни ўтказиш учун;
- кўкрак қафасининг пастки қисмини орқага тортилиши ва нафас етишмовчилигини кучайиши ва хансирашни кучайиши;
- кучли респиратор дистресс (нафас олишда аниқ дискомфорт, овқатланишда ва ичишда ёки гапиришда қийинчилик);

Ўткир обструктив бронхит билан касалланган болаларни госпитализация қилиш учун кўрсатмалар

- бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда IMCI стандартига мувофиқ 5 ёшгача бўлган болаларда умумий хавф белгиларининг мавжудлиги;
- нафас етишмовчилигининг кучайиши ва кўкрак қафасининг пастки қисмини орқага тортилиши;
- кучли респиратор дистресс (нафас олишда аниқ дискомфорт, овқатланишда ва ичишда ёки гапиришда қийинчилик);

- оғир хамкор патологиянинг мавжудлиги;
- оғирлашган преморбид фон (рахит, эрта туғилиш, перинатал энцефалопатия ва бошқ.);
- бронходилататорларнинг 3 кун давомида самарасизлиги;
- дам олишда стридор;
- астматик статус;
- асоциал оила.

5.4 Сурункали обструктив бронхит билан касалланган болаларни шошилиш госпитализация:

- нафас олиш тезлигини дақиқада 70 ва ундан юқори ошириши.
- боланинг безовталиги, қулай позицияни излаш, қовурғалар аро мушакларнинг тортилиши.
- кўкрак қафаси мушакларининг орқага тортилиши билан нафас чиқаришни қийинлашиши.
- марказий цианоз.
- PO_2 нинг пасайиши.
- PCO_2 нинг ортиши.

5.5. Ўпканинг сунъий вентилляциясига ўтказиш учун кўрсатмалар:

- Нафас олиш вақтида нафас товушларининг пасайиши;
- 40% кислородни нафас олганда циянознинг сақланиши;
- Кўзгатувчига оғриқ реакциясини пасайиши;
- PaO_2 нинг 60 мм дан паст бўлиши.;

55 мм дан юқори $PaCO_2$ ортиши (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>)

5. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

1C	<p>БОС билан кечувчи СБ да биринчи эпизод бўлганда, бронхиал обструкция даражасининг оғирлигига қараб, ингалацияланган б2-агонистлар ёки комбинирланган препаратга 0,9% натрий хлорид эритмаси қўшиб небулайзер орқали, ёки махсус маскали спейсер ёрдамида дозаланган аэрозол ингальторини (ДАИ) дори шаклида буюриш тавсия этилади, ўртача кунига 3 маҳал:</p> <ul style="list-style-type: none"> • салбутамол, бир марталик доза 0,15 мл/кг, максимал 2,5 мл <6 ёшгача: 6 йил давоёшдан катталарга 5 мл дан ёки 3-5 кунли қисқа курс давомида спасер орқали 1-2 ингальция • фенотерол + ипратропиум бромиди битта қабулга 2 томчи/кг, максимал 10 томчи, 6 ёшгача болалар учун 0,5 мл ва 6 ёшдан ошган болалар учун 1,0 мл ёки спасер орқали 1-2 марта ДАИ ингалацияси, 5 кундан ортиқ бўлмаган қисқа курс давомида [1,2].
1C	<p>БОС нинг ўткир ости ва прогрессив кечишида, гипоксемия кучайиши (CaO_2 95% дан кам) билан кечадиган кўринишларда, шунингдек симптомлар доимий сақланганда ёки қайта пайдо бўлганда, ёки б2-агонистларни тўхтатиш натижасидан кейин, небулайзер орқали ингальцион кортикостероидларни (ИСС) буюриш тавсия этилади - будесонид суспензияси, кунига 250-500 мкг, а 2 маҳал, 5 кунгача бўлган қисқа курсда</p>

6.1. Кўрсатмаларга асосланиб СБ билан касалланган болаларга йўталга қарши ва муколитик терапияни танлаш алгоритми

Оғриқ билан кечадиган куруқ хуружсимон йўтал
Марказий таъсир кўрсатадиган йўталга қарши препаратлар буюрилади
Бутамират (Синекод), бутамират цитрат (Пестолван Стоп), клоперастин (Привитусс), брадикинин, гистамин ва морфинга антитаначалар (Ренгалин) (қарши кўрсатмалар: балғмли йўтал, эрта ёш, марказий нерв тизими касалликлари бор болалар, ўпка шиши, ёт жисмлар, аспирация)
Болаларда бронхиал обструкция билан боғлиқ нафас олиш йўллари касалликларидаги йўтал
Балғам кўчирунчи дорилар буюрилади
Куруқ печак барглари экстракти (Проспан), Оддий печак барглари экстракти + Кекик ўти экстракти (Бронхипрет) (қарши кўрсатмалар: балғмли йўтал, боланинг эрта ёши, аспирациянинг юқори хавфи, ҳар қандай этиологиялиг бронхорея, ўпка шиши)
Қалин ва ёпишқоқ балғамни чиқаришда қийинчилик туғдирадиган йўтал
Муколитиклар буюрилади
Ацетилцистеин, карбоцистеин, бромгексин, амброксол, куруқ печак барглари экстракти ((Проспан), амброксол + карбосистеин (Пектолван С), ингаляцион эритма 3% натрий хлорида+0,1% натрий гиалуронат (Лорде гиал)
Йўтал билан кечадиган ўткир респираторл касалликлар ва бронхитлар
Яллиғланишга қарши дорилар буюрилади
Брадикинин, гистамин ва морфинга антитаначалар (Ренгалин), Натрий аминодихидрофталазиндион (Галавит) Комбинирланган препаратлар: Стоптусин, Синекод

4.5. СОБ олаларда бронхообструктив синдромда ҳаракатлар алгоритми

<p>Бронхообструктив синдромни терапияси қуйидагиларни ўз ичига олади:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бронхолитик терапия. 2. Бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш. 3. Десенсибилизация қилувчи терапия. 4. Яллиғланишга қарши терапия

1-даражали бронхообструктив синдромни даволаш:

- қисқа таъсир қилувчи β_2 -агонистлар билан ингаляция - небулайзер орқали небутамолни ҳар 6-8 соатда
- М-холинолитик - Атровент билан ингаляция;
- небулайзер орқали небуфлюзон билан ингаляция, кунига 1-2 марта қилиш;
- перорал доксофилин сиропи (6-9 мг / кг тана вазнига) кунига 1-2 марта;
- кўп миқдорда илиқ ишқори баланд ичимликлар ичилади.

2-даражали бронхообструктив синдромни даволаш:

- небулайзер орқали небутамолни ингаляция қилиш
- 20 дақиқадан сўнг таъсир бўлмаса, небулайзерда небуфлюзонни ингаляция қилиш;
- кислород сатурацияси 95% га етгунга қадар кислород билан ингаляцияси қилинади;
- перорал доксофилин сиропи (6-9 мг / кг тана вазнига) кунига 1-2 марта;
- муколитикларни ингаляция қилинмайди;
- кўп миқдорда илиқ ишқори баланд ичимликлар ичилади.

Ўтказилган терапияга яхши жавоб бўлганда:

- қисқа таъсир қилувчи β_2 -агонистлар билан ингаляция - небулайзер орқали небутамолни ҳар 6-8 соатда;
- небулайзер орқали небуфлюзон билан ингаляция, кунига 1-2 марта қилиш;
- перорал доксофилин сиропи (6-9 мг / кг тана вазнига) кунига 1-2 марта;
- кўп миқдорда илиқ ишқори баланд ичимликлар ичилади.

Ўтказилган терапияга жавоб қониқарсиз бўлса:

- қисқа таъсир қилувчи β_2 -агонистлар билан ингаляция - небулайзер орқали небутамолни ҳар 6-8 соатда;
- қисқа таъсир қилувчи теofilлинни вена ичига юбориш (еуфиллин 5-10 мг/кг дозада, уни 4 маҳалга бўлиб юворилади);
- вена ичига тизимли глюкокортикостероидлар;
- инфузион терапия (20-30 мл/кг);
- кислород билан ингаляция.

Қониқарсиз эффект кузатилганда – реанимация бўлимига ўтказиш**Яллиғланишга қарши терапия:**

- топик ИГКС – небуфлюзон, ИГКС ни бронходилататор ингаляциясидан 15-20 минутдан кейин буюриш тавсия этилади. ИГКС инҳалациясининг давомийлиги БОС нинг давомийлиги ва оғирлиги билан белгиланади, одатда 5-7 кунгача;
- тизимли глюкокортикостероидлар - 1-2 мг/кг преднизолон 3 кундан ортиқ бўлмаган;
- Галавит, Резистол

Дренаж функциясини яхшиланиши:

- Орал регидратация: илиқ ичимлик ичириш;
- муколитиклар: амброксол гурухидан дорилар (амброгексал, лазолван, амбробене, амброксол), проспан, пектолван С;
- ўз ичига цистеин олган препаратлар (АСС, флюдетек, флуимуцин)

Антигистамин препаратлар ёндош аллергия касалликлари бор болаларга тавсия қилинади. Шунда 2-авлод антигистамин препаратлар танланади: 6 ойликдан - Зиртек, 1 ёшдан - Зодак. 2 ёшдан ошган болалар учун - лоратодинлар (Кларитин, Эдем ва бошқалар). 5 ёшдан ката болаларга - Телфаст.

(<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf>)

6.3. Номедикаментоз даволаш:

- СБ да респиратор ёрдам;
- Хонада оптимал ҳаво режимини таъминлаш;
- Тана ҳарорати кўтарилиш даврида - ётоқда режим;
- Адекват гидратация (кўп миқдорда илиқ ичимликлар);
- Ёшига мос адекват овқатланиш.

6.4. Медикаментоз даволаш: Амбулатор босқичдаги даволашни қаранг.

6.5. Жарроҳлик аралашуви: йўқ

6.6. Даволаш самарадорлигининг баҳолаш:

- йўталдан тузалиш;
- интоксикация белгиларини йўқ қилиш;
- тана ҳароратини нормаллаштириш;
- умумий ахволини яхшилаш.

**БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРОНХИТНИ
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ - 2024

1. АСОСИЙ ҚИСМ

2. Кириш

Сурункали бронхит - бронхларнинг сурункали кенг тарқалган яллиғланишли лезёни, такрорий кучайиши билан юзага келади. Касаллик 2 йил давомида ҳар йили 2-3 марта касалликнинг кучайиши бўлса, самарали нам йўтални, ўпкада (бир неча ой давомида) ҳар хил ўлчамдаги доимий нам тошқинларни аниқлаш орқали ташхис қилинади..
https://online.zakon.kz/document/?doc_id=31549157&pos=31;-36#pos=31;-36

1.1.1.2. Профилактика ва реабилитация таърифиди:

Реабилитация (лотинчада *rehabilitatio*) – тиклаш деган маънони англатиб, тиббиётда-организмнинг бузилган функциясини ва беморлар ҳамда ногиронларнинг меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган тиббий, педагогик ва ижтимоий чора-тадбирлар мажмуидан иборат бўлади. Тиббий реабилитация касаллик туфайли функциясини йўқотган аъзо фаолиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш ёки касалланган соҳадаги авж олаётган жараённинг иложи борича олдини олишга қаратилади.

Профилактика (юнончада *πρόφύλακτικός*) – сақловчи, олдини олувчи деган маънони англатиб, одамларнинг узок умр кўриши, ишлаш қобилиятини сақлаб қолиши, аҳолининг жисмоний ривожланишини яхшилашга, касалликларнинг юзага келиши ва тарқалишини олдини олиш ҳамда саломатликни ҳимоя қилишга қаратилган иқтисодий, ижтимоий, гигиеник ва тиббий чора-тадбирлар мажмуидан иборат.

1.3. Профилактика турлари;

Тиббий профилактика бирламчи, иккиламчи ва учламчи бўлади.

Бирламчи тиббий профилактика – касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланишига қарши қаратилган ижтимоий, тиббий, гигиеник ва тарбиявий чоралар, организмнинг соғлом ҳолатини сақлаб қолиш, унга патологик таъсир курсатувчи омилларнинг олдини олиш.

Иккиламчи тиббий профилактика – касалликларни ерта аниқлаш, патологик жараённинг ривожланиши, унинг асоратлари ва рецидивларининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар.

Учламчи тиббий профилактика – мавжуд касалликларни даволаш, натижаларни яхшилаш учун беморни реабилитация қилиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш, ноиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш

СУРУНКАЛИ БРОНХИТНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ Касалликни профилактикаси
мақсад: хавф омилларидан эҳтиёт бўлиш ва боланинг иммунитетини мустаҳкамлашга қаратилган

Касалликни профилактикаси учун тафсиялар:

- болани касал одамлар ва вирус ташувчилари билан алоқасини чеклаш, совуқотишни олдини олиш;
- ЎРВИ билан касалланган оила аъзоларини ниқоб кийиш ва қўлларни ювиш;
- Хонада оптимал ҳаво режимини сақлаш, ҳаво ифлосланиши ва пассив чекиш билан курашиш;
- рационал ва тўйимли овқатланиш, шу жумладан рационда етарли миқдорда гўшт, балиқ, творог, пишлок, тухум, сабзавотлар, мевалар, сут маҳсулотлари ва суюқликлар болиши шарт, аллергия реакцияга олиб келадиган овқатлар бундан мустасно;
- сурункали юқумли ўчоқларни реабилитация қилиш;

- мунтазам равишда чиниқтириш, актив турмуш тарзини олиб бориш, боланинг ёшини ҳисобга олган ҳолда жисмоний ҳаракатларини таъминлаш (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>);

2.3. Махсус профилактик тавсиялар

* СБ билан оғриган беморларга педиатр ва болалар пулмонологи томонидан 2 йил давомида релапслар тўлиқ тўхтатилгунга қадар диспансер назорати, санаторийда даволаниш, куз-қиш даврида релапсга қарши даволаниш кўрсатилади.

* Болаларда СБнинг олдини олиш учун узоқ муддатли сурункали бурун оқиши ва нафас йўллариининг бошқа яллиғланишига йўл қўймаслик керак. Агар касаллик белгиларидан бири бўлса, болани дарҳол даволаш керак. Бактериал лизатлардан фойдаланиш болаларда бронхитнинг олдини олишда яхши натижалар беради.

Умумий тафсияларга қўшимча:

- Иммуниететни чидамлиликини қўллаб-қувватлаш ва тананинг ҳимоя кучларини ошириш учун йил давомида холекалциферол (Д витамини) ва цинкни (иммуноцинк) истеъмол қилиш тавсия этилади.

- Қайта инфекцияни олдини олиш учун беморни касалхонадан эрта чиқариш (ҳаёт учун хавфли симптомларни бартараф этилгандан сўнг) мақсадга мувофиқдир, шундан сўнг болалар 1-3 ой давомида диспансер кузатуvidан ўтказилади. Маҳаллий шифокор томонидан 2 кундан кейин ёки ундан олдин такрорий кўрикдан ўтиш, агар боланинг ахволи ёмонлашса ёки у ичолмаса, иситма, хансираш пайдо бўлса (онага қандай вазиятда яна шифокорга мурожаат қилиш кераклигини ўргатинг).

- ЎОБ рцидивлари бўлган болаларни диагностика ва даволаш тактикасини аниқлаштириш учун аллерголог-иммунолог ва пулмонолог билан маслаҳатлашиш учун юборилиши керак. <https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>).

3.1. BOLALARDA SURUNKALI BRONXITNI REABILITATSIYASI

СБ учун реабилитация нафас олиш тизимининг функцияларини тиклашга, шунингдек касалликнинг қайталаниш сонини камайтиришга қаратилган.

Даволанишдан кейин тикланиш бир нечта мақсадларни кўзлайдиган асосий йўналишларни ўз ичига олади:

Бронхиал дренаж функциясини тиклаш ва шиллиқ қаватни тозалаш. Патологиянинг такрорий шаклга ўтиши кўпинча эпителия силиясининг мотор фаоллигининг пасайиши билан боғлиқ. Натижада микроорганизмлар ва бегона зарраларнинг чиқарилиши секинлашади. Реабилитация тадбирлари жараёнида нам йўтални сақлаб турганда, муколитиклар, бронхиал Шилимшиқнинг чиқишини яхшилайдиган ўтлар ва инҳалиялар буюрилади. Махсус тебраниш массажи ва нафас олиш машқлари қўлланилади.

* Физиотерапия муолажалари орқали қон оқимини ва ўпканинг лимфа дренажини яхшилаш.

* Бронхиал деворларнинг силлиқ мушак тузилмалари оҳангини нормаллаштириш, бу махсус физиотерапия ва унинг навларини қўллаш орқали амалга оширилади (дренаж ҳолати ,кўкрак қафасининг тебраниш массажи (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall>)).

СБ билан касалланган болаларни диспансер назорати

СБ билан касалланган болаларни диспансер мониторинги алгоритми (ИИ Б гуруҳи-1-2 йил давомида бронхит эпизодлари):

1. . Туман педиатрининг текширув	3 ойда 1 марта;
2. Мутахассис шифокорлар томонидан кузатув муддатлари:	оториноларинголог-йилига 2 marta; - тиш шифокори-йилига 2 marta; - пульмонолог йилига 1-2 marta ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш билан; - иммунолог-кўрсатмаларга мувофиқ; - аллергист-йилига 1 marta; - физиотерапевт-йилига 2 marta; - жисмоний терапия шифокори-йилига 2 marta; - фтизиолог – йилига 1 marta.
3. Лаборатор-инстру-ментал текшириш даражаси::	УКТ,УСТ -йилига 2 marta, шунингдек, СҚД ва интеркуррент касалликларнинг кучайиши билан. Кўкрак рентгенограммаси, балғам маданияти, спирография, ЕФГДС – кўрсатмаларга мувофиқ; Мантоух реакцияси - йилига 1 marta.
4. Соғломлаштириш тадбирлари.	Рационал овқатланиш. Табиий фортификация. Режим юмшоқ. Маҳаллий санаторийлардан кенг фойдаланиш. Санаторийда ёзда алевленмасдан даволаш: " Оқтош", " Арчазор", " Зомин", " Қибрай", " Мираки", " Хумсан " 2 – 3 ой (иқлимий даволаш).
5. Кайталанишига қарши даволаш. Касалликдан кейин 2 ой давомида реабилитация болалар клиникаларида, болалар реабилитация марказларида ва маҳаллий санаторийларда амалга оширилади.	Кайталанишига қарши даволаш йилига 2 marta (баҳор, куз) куйидагиларни ўз ичига олади: 2-4 ҳафталик курсли vitamin ва mineral комплекслар, бактериал лизатлар ёки бошқа Иммуномодуляторлар, фитотерапия, туз-ишқорий инҳалиялар ва ўсимлик қайнатмалари, 10-сонли кўкрак массажи (йилига 2-4 marta), нафас олиш гимнастикаси элементлари билан физиотерапия.
6. Иш режими	Мактаб ўқувчилари учун бу нормалдир. Тўлиқ клиник, рентгенологик тикланишдан сўнг мактабгача таълим муассасасига ташриф. Қўшимча дам олиш куни ёки individual машғулотлар ҳақида гап йўқ.
7. Эмлаш режими	Профилактик емлашлар клиник тикланиш ва normal қон рўйхатидан 1 ой ўтгач.
8. Харакат режим.	Оғирлашгандан кейин 1 ой давомида жисмоний тарбиядан озод қилиш, кейин тайёргарлик гуруҳи.
9. Рўйхатдан ўчириш мезонлари	Бронхитнинг охириги эпизодидан кейин 2 йил давомида бронхитнинг қайталаниши ва тез-тез ўткир касалликларнинг йўқлиги.

2.Натижалар ва прогноз

СБ натижаси бронхиал девор склерози, перибронхиал склероз, безлар, мушаклар, эластик толалар, ҳафтага атрофияси, бронхиал луменнинг мумкин бўлган стенози ёки бронхоктаз шаклланиши билан кенгайиши.

СБ билан оғриган беморларга педиатр ва болалар пульмонологи томонидан диспансер назорати 2 йил давомида релапслар тўлиқ тўхтатилгунга қадар, санаторийда даволаниш, куз-қиш даврида релапсга қарши даволаниш кўрсатилади.

Болаларда СБнинг олдини олиш учун узок муддатли сурункали бурун оқиши ва нафас йўллариининг бошқа яллиғланишига йўл қўймаслик керак. Агар касаллик белгиларидан бири бўлса, болани дарҳол даволаш керак. Бактериал лизатлардан фойдаланиш болаларда бронхитнинг олдини олишда яхши натижалар беради.

СБ билан оғриган беморлар учун ўқув дастури:

1. Чекиш ва чекишдан сақланинг.
2. Жисмоний ва кимёвий омилларга таъсир қилиш билан боғлиқ машғулотлар ва сеvimли машғулотлардан сақланинг.
3. Профилактик текширувлар ва шифокорлар томонидан динамик кузатувдан ўтиш: педиатр, пулмонолог йилига 2 марта ёки кўрсатмаларга мувофиқ.
4. Кўкрак қафаси рентгенограммаси, спирометрия + бронходилататор тести-йилига 1 марта ёки кўрсатилгандек.
5. Октябр ойидан бошлаб шамоллаш даврида сиз ўткир респираторли инфекциялар ва гриппнинг кутилаётган эпидемиясига тайёргарлик кўришингиз керак-одамларнинг оммавий йиғилишларидан, ниқоб режимидан, гриппга қарши емлашдан сақланинг.
6. Кундалик нафас олиш машқлари ва терапевтик сузиш (хафтасига 1 марта) алоҳида танланади, кўкрак массажи – камида 3 ойда бир марта.
7. Қаттиқлашув-бу интенсивликнинг ошиши билан терининг мунтазам, вақти-вақти билан такрорланадиган тирнаш хусусияти орқали мослашишнинг физиологик механизмларини ўргатиш. Ҳарорати 23 дан паст бўлган сув, С тирнаш хусусияти берувчи таъсирга эга

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. National Institute for Health and Care Excellence (UK): Acute bronchitis Last published:2019
2. National Institute for Health and Care Excellence (UK): Cough (acute): antimicrobial prescribing NICE guideline [NG120] Published date: 07 February 2019
3. National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Respiratory tract infections \(self-limiting\): prescribing antibiotics](#) CG6923 July 200823 July 2008
4. National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Bronchiolitis in children: diagnosis and management](#) NG901 June 2015
5. National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management](#) NG11505 December 2018
6. National Institute for Health and Care Excellence (UK): [Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care](#) CG13928 March 2012
7. Ahmad Kantar, Anne B. Chang, Mike D. Shields ERS statement on protracted bacterial bronchitis in children Eur Respir J 2017; 50: 1602139
8. Barnett ML, Linder JA. Antibiotic prescribing for adults with acute bronchitis in the United States, 1996-2010. JAMA. 2014 May 21;311(19):2020-2.
9. Beggs S, Wong ZH, Kaul S, et al. High-flow nasalcannula therapy for infants with bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD009609.
10. Hersh A.L. et al. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. Pediatrics 2011 Dec;128(6):1053-61.
11. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 4:CD008965.

12. Kuehn BM. Excessive antibiotic prescribing for sore throat and acute bronchitis remains common. *JAMA*. 2013 Nov 27;310(20):2135-6.
13. Mayfield S, Jauncey-Cooke J, Hough JL, et al. High-flow nasal cannula therapy for respiratory support in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:CD009850.
14. Ott SR. Antibiotics for acute bronchitis without benefit. *MMW Fortschr Med*. 2013 May 16;155(9):32.
15. Panpanich R., Lertrakarnnon P., Laopaiboon M. Azithromycin for acute lower respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD001954.
16. Smith S.M., Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 1;3:CD000245.
17. Баранов А.А. и др. Острая вирусная инфекция (ОРВИ) у детей / Клинические рекомендации Союза педиатров России 11 А.А. Баранов, Ю.В. Лобзин, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточенко, А.Н. Усков, Т.В. Куличенко, М.Д. Бакрадзе, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова, А.С. Полякова, И.В. Артемова. -2018. – 33 с.
18. Баранов А.А. и др. Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит у детей / Клинические рекомендации Союза педиатров России //А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, Т.В. Куличенко, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова, А.С. Полякова, И.В. Артемова. - М. 2016.
19. Баранов А.А. и др. Острый бронхит у детей / Клинические рекомендации Союза педиатров России // А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, А.С. Полякова, Т.В. Куличенко, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова: М., 2016.- 26с.
20. Бронхиальная обструкция на фоне острой респираторной инфекции у детей дошкольного возраста: диагностика, дифференциальная диагностика, терапия и профилактика/Геппе Н.А. (и др.)-М: Медком- Про,2019-80 стр.
21. Вопросы практической педиатрии.2019;14(2):68-72. DOI:10.20953/1817-7646-2019-2-68-72.
22. Геппе Н.А. (и др.). Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика клиническое руководство/ М: Медком- Про, 2018-200 стр.
23. Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. Минск: ФУ Аинформ, 2013. 896 с.
24. Дронов И.А., Мещеряков В.В., Елкина Т.Н. и др. Результаты тестирования педиатров по вопросам антибактериальной терапии при инфекциях дыхательных путей / Вопросы практической педиатрии-2018-Т.13, N2-с/44-48.
25. Жерносек, В. Ф. Диагностика и лечение аллергических болезней у детей: справ. / В. Ф. Жерносек, Т. П. Дюбкова. Минск: РИВШ, 2013. 120 с.
26. Заплатников А.Л., Гирина А.А., Леписова И.В. и др. Пидотимод: неспецифическая иммунопрофилактика острых и рекуррентных респираторных инфекций и новые аспекты клинического применения у детей. //РМЖ. Медицинское обозрение.2019;3:51-56.
27. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009; 18с.
28. Клинические протоколы диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 08.08.2014. 39 с.
29. Лечение острых респираторных инфекций у детей Словении с применением сиропа с экстрактом листьев плюща (Проспан) //Словения-2011/А.В.Bedenetal./Острое заболевание дыхательных путей. 2-14 лет. 193 пациентов/ Проспективное, постмаркетинговое исследование.

- 30.** Лукина О.Ф. Особенности исследования функции внешнего дыхания у детей и подростков /Практическая пульмонология. -2017.-4:39-44.
- 31.** Мизерницкий Ю. Л., Цыпленкова С. Э. Современные функциональные методы исследования в детской пульмонологии (лекция для врачей). М.: МОО НТО им. акад. С. И. Вавилова, 2007. 28 с.
- 32.** Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России. Москва, 2017. 151 с.
- 33.** Педиатрическая фармакология. 2015. Т. 12, №4. С. 441-446.
- 34.** Переносимость и эффективность дополнительного лечения препаратами содержащие сухой экстракт листьев плюща на функцию легких у детей с бронхиальной астмой// Германия-2014. /S.Zeilaetal./Бронхиальная астма.6-11 лет.
- 35.** Плющ в ежедневной педиатрической практике: использование EA 575 для лечения острого бронхита у школьников//Германия-2016./Острый бронхит. 6-12 лет. 1088 пациентов/ Не интервенционное исследование.
- 36.** Пульмонология детского возраста: Проблемы и решения Выпуск 16: Москва, 2019.
- 37.** Рандомизированное, контролируемое, двойное слепое, многоцентровое исследование для оценки эффективности и безопасности жидкости, содержащей сухой экстракт листьев плюща (EA 575®) в сравнении с плацебо в лечении острого кашля у взрослых)// Германия-2016./ A/Schaeferetal. /Острый кашель.18-75 лет. 181 пациентов/ Многоцентровое, рандомизированное, плацебо контролируемое, двойное слепое исследование.
- 38.** Результаты многоцентрового исследования (родничок)по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России. Педиатрия. 2015; 94 (1) 62-67.
- 39.** Середа, Е. В. Этиология и инновационные подходы в лечении острых и хронических инфекционно-воспалительных бронхолегочных болезней у детей / Е. В. Середа, Л. К. Катосова // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 124–130.
- 40.** Союз педиатров России. Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка. Научно-практическая программа «Острые респираторные вирусные заболевания у детей. Лечение и профилактика: М., 2002.
- 41.** Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей / Практическое руководство.-ПедиатрЪ, 2012. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009. 18с.
- 42.** Фурман Е.Г., Яковлева Е.В., Малинин С.В., Фурман Г., Соколовский В. Компьютерный анализ респираторных шумов у детей. Современные технологии в медицине. Выпуск № 1. Том 6, 2014. С. 83-88.
- 43.** 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), стр.39
- 44.** 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.
- 45.** Шабалов Н.П. Неонатология. 6 издание ,2016 год. С.623
- 46.** Шавази Н.М., Лим М.В. Совершенствование диагностики бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста //Методические рекомендации.-Ташкент. -2017. - 28 с.

1-1-илова.

Болаларда нафас олиш йўллари касалликларининг асосий клиник синдромларининг этиологияси

Патоген	Асосий синдромлар	Эпидемиология
Грипп	трахеит, назофарингит, иситма билан круп, бронхит, пневмония, Рей синдроми (Б грипп билан)	эпидемиялар қишда (январ-март) бўлади
Парагрипп	ринофарингит, ларингит, трахеобронхит, бронхиолит, пневмония	эндемик, 2 йилда бир марта эпидемия (3 серотип)
РС - вируси	Иситма билан ринофарингит, катта ёшдаги болаларда - афебрил бронхиолит, пневмония; каттароқ болаларда - астманинг хуружи	хар йиллик эпидемиялар, кўпинча баҳорда, касалланиш ноябрдан апрелгача кўпаяди
Риновируслар	назофарингит, круп иситма билан ёки иситмасиз, чақалоқларда бронхиолит	куз ва баҳорда кўпаяди
Коронавируслар	назофарингит - кўпинча 1 ёшдан ошган болаларда, бронхит, пневмония (САРС, атипик пневмония)	эпидемиялар қишда ва эрта баҳорда
Метапневмовирус	ринит, бронхиолит, круп	эпидемиялар қиш ва баҳорда, кўпинча микст- инфекция кўринишида
ЕСНО вируслари	чақалоқларда назофарингит, ЭЧНО эксантемалари, менингит	эндемик, барча фаслларда кузатилади
Коксаски вируслари	фарингит, герпетик ангина, гемorraгик конъюнктивит, экзантема, қўл-оёқ-оғиз синдроми, марказий асаб тизимининг шикастланиши, миокардит, гепатит, лимфаденит, эпидемик миялгия	ёз ва эрта баҳорда эндемик кўпаяди
Аденовируслар	ринофарингит, фаринго-конъюнктивал иситма, иситма билан кечадиган фарингит, катта ёшдаги болаларда афебрил, бронхит, бронхиолит, пневмония, облитерловчи бронхиолит, гастроэнтерит	1,2,5,6 серотиплар - эндемик, барча фаслларда; 3,4,7,14 серотиплар - эпидемиялар, ҳар 4-5 йилда кўтарилади
Бокавирус	ринофарингит, иситма (38,5 С дан юқори, баъзида фебрил конвулсиялар), бронхиолит, обструктив бронхит, пневмония, гастроэнтерит	эндемик, қишда касалланиш кучаяди
Микоплазма	назофарингит, ринит, бляшка бўлмаган тонзиллит, бронхиолит, пневмония	эндемик, барча фасллар

Илова 2. 5 ёшгача бўлган болаларда тахипноенинг ёш мезонлари

Ёш	Оддий қийматлар (дақиқада НС)	Тахипноэ(НС минутага)
2 ойгача	30-50	≥ 60
2-12 ой	25-40	≥ 50
1-5 ёш	20-30	≥ 40
> 5 ёшдан	15-25	≥ 30

Илова 3. Бронхо-обструктив синдромнинг оғирлигини баҳолаш шкаласи

Баллар	Нафас олиш сони	Хуштаксимон хириллашлар	Емфиземанинг оғирлик даражаси	Цианоз	Ёрдамчиси мушакларни иштирок этиши
0	ёш нормасига мос келади	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
1	1-2 ой <50 2-12 ой <40 1-5 ёш <30 6-8 ёш <25	терминал, нафас чиқаришда (аускултацияда)	кўкрак қафаси катталашмаган, локал кутисимон перкутор товуш	йиғлаган да периорал цианоз	ўмров усти ва ости чуқурчалари
2	1-2 ой 50-60 2-12 ой. 40-50 1-5 ёш 30-40 6-8 ёш 25-30	нафас чиқаришда ва нафас олишда	кўкрак қафаси визуал равишда ўртача шишган, ўпканинг юзасида перкуссияда қути товуши	тинч холатда периорал цианоз	ўмров усти ва ости чуқурчалари қовурғалар аро бўшлиқлар
3	1-2 ой <60 3 1-2 ой <60 2-12 ой <60 1-5 ёш <40 6-8 ёш <30	масофадан эшитилади	кўкрак қафаси кескин шишган, ўпканинг юзасида перкуссияда аниқ қути товуши	тинч холатда хамма жойларда	ўмров усти ва ости чуқурчалари қовурғалар аро бўшлиқлар, қовурғалар ости (қорин мушаклари)

Эслатма: БОС йўқ - 0-1 балл; I-даражали БОС (йенгил) - 2-4 балл; III даражали БОС (ўртача) - 5-8 балл; IIII даражали БОС (оғир): 9-12 балл

Пова 4. BOS da nafas yetishmovchiligini og`rlik darajasini baholash Илова 4. БОС да нафас етишмовчилигини оғрлик даражасини баҳолаш

Белгилар	Балларда ҳисоблаш		
	0	1	2
Цианоз	Нафас олаётганда йўқ	Нафас олаётганда бор	ФиО ₂ > 0,4 да бор
Нафас олишда аускултатив хириллашлар	Нормал	Суст	Йўқ
Экспиратор стридор	"Товушсиз" хансираш	Ўртача	Кучли
Ёрдамчи мушакларнинг	Йўқ	ўмров усти ва ости чуқурчалари	Нафас олиш парадокси

иштироки			
Беморни аҳволи	Нормал	Депрессив ёки хаяжонда	Кома

5-илова. Қон газлари қийматларини нормал кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Норма чегаралари	Бирликлар
pH	7.35 - 7.4 - 7.45	
PaCO ₂	4,8 - 5,3 - 5,9 36 - 40 - 44	kPa mmHg Art.
PaO ₂	11,9 - 13,2 90 - 100	kPa mmHg Art.
AB (HCO ₃ -актуал бикарбонат)	22 - 24 - 26	mmol/l
SB (стандарт бикарбонат)	22 - 24 - 26	mmol/l
EE (буфер базаси концентрацияси)	40-60	mmol/l
BE (ишқорлар ортиқча ёки камчилик)	±1,2 - 2,5	mmol/l

6-илова. Асосий спирографик кўрсаткичларнинг нормал қийматлари чегаралари (хисобланган тўғри қийматга нисбатан %да)

Кўрсаткичлар	Норма	Шартли норма	Бузилишлар		
			Ўртача	Мухим	Ўткир
Ўпканинг ҳаётини сифими	>90	85-89	70-84	50-69	<50
FEV ₁	>85	75-84	55-74	35-54	<35
FEV ₁ /FVC	>70	65-69	55-64	40-54	<40
OOL	90-125	126-140 85-89	141-175 70-84	176-225 50-69	>225 <50
OEL	90-110	110-115 85-89	116-125 75-84	126-140 60-74	>140 <60
OOL/OEL	<105	105-108	109-115	116-125	>125

7-илова. Бронхо-обструктив синдромда спирографик параметрларнинг типик ўзгаришлари

Кўрсаткич	Бронхообструктив синдром
Ўпканинг умумий сифими	N, ↑
ҳаётини қобилият	N, ↓
Нафас олишнинг заҳиравий ҳажми	N
Экспиратуар заҳира ҳажми	↓
Мажбурий нафас чиқариш ҳажми 1 с (FEV ₁)	↓
FEV ₁ /VC (Тиффно индекси)	↓

Еслатма: N - нормал кўрсаткич, ↑ - кўтарилган кўрсаткич, ↓ - пасайган кўрсаткич.

8-8-илова. Болаларда СОБ диагностикаси бўйича асосий ҳаракатлар

Ҳаракат босқичлари	Ҳаракат воситалари (ориентир белгилар)	Ўз-ўзини назорат қилиш мезонлари (диагностик белгилар)
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯГА ЧА БОСҚИЧ		
Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш	<p>Визуал (текшириш)</p> <p>Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш;</p> <p>- унинг хулқ-атвори ва ҳолати;</p>	<p>Кўпинча болаларда, ҳатто сезиларли обструкция бўлса ҳам, умумий ҳолати кам ўзгаради, ҳолатининг оғирлиги одатда енгил интоксикация белгилари фонида нафас олиш бузилиши билан боғлиқдир;</p> <p>Кўпинча болаларда деярли нормал жисмоний фаоллик сақланади, иштаҳаси пасймайди, бола безовта бўлиши мумкин, онасини қўйиб юбормайди, унинг қўлида ўзига энг қулай ҳолатни излайди.</p>
Беморнинг шикоятлари ва анамнезини ўрганиш	Боланинг ёшини, беморнинг шикоятларини, касалликнинг сабабини аниқланг, генеалогик анамнезни баҳоланг;	У ҳар қандай ёшдаги болаларда, кўпинча ҳаётнинг дастлабки 3 йилида ривожланиши мумкин. БОС одатда ЎРВИ нинг 2-3 кунда, аста-секин пайдо бўлади. Шикоятлар қуруқ йўтал, субфебрил иситма (кўпинча нормал бўлиши мумкин), тез-тез нафас олиш ва хириллашлар, узоқдан эшитилади. Атопия белгилари йўқ.
Беморни кўриқдан ўтказиш	Терининг ҳолатини, катарал белгиларини мавжудлигини баҳоланг, нафас олиш тезлигини ҳисобланг, нафас олиш актида ёрдамчи мушакларнинг иштирокини аниқланг, юрак уриш тезлигини ҳисобланг, ўпка ва юрак аускултациясини ўтказинг;	Тери физиологик рангга эга, оғир нафас олиш бузилишларда периорал цианоз ривожланади, фебрил иситмада тери иссиқ бўлади. Юқори нафас йўллари томонидан кучли катарал аломатлар аниқланади, қуруқ йўтал, қийин ажраладиган бўлган бўлиши мумкин. Аускултацияда дақиқада 50 тагача нафас олиши, дағал нафас, узайган нафас чиқариш, кўп қуруқ, хуштаксимон

		хириллашлар эшитилади. Тахикардия бўлиши мумкин.	
СТАЦИОНАР БОСҚИЧ			СТАЦИОНАР БОСҚИЧ
Стационар босқичнинг муолажалари	Лаборатор усуллар. УҚТ ни ўтказинг; Инструментал текшириш усуллари. Кўкрак қафаси рентгенограммасини ўтказинг.	Лейкоцитлар сони нормал ёки камайган, лимфоцитоз, кўпинча эозинофилия, нормал ёки бироз тезлашган ЭЧТ (20 мм / соатгача). Рентгенограмма барча эрта ёш болалар учун ўтказилиш керак, чунки пневмония кўпинча обструктив синдром остида ўтиши мумкин. Обструктив бронхит ўпканинг шишиши белгилари билан тавсифланади - ўпка майдонларининг рангини очариши, бронховаскуляр расмнинг кучайиши.	
Клиник ташхисни шакллантириш	Клиник фикрлаш. Ташхисда асосий касаллик ва нафас олиш етишмовчилик даражасини кўрсатинг	ХКК-10 га мувофиқ болсин.	

9-илова. Иситмани тушуриш учун антипиретикларни тайинлаш мезонлари

Болалар гуруҳлари	Иситманинг қулай тури, "пушти иситма"	Иситманинг ноқулай тури, "оқ" иситма
2 ойдан ошган соғлом болалар.	39,0-39,5 оС дан юқори	38,0 оС дан юқори
Хавф гуруҳидаги болалар*	38,0-38,5 оС дан юқори	37,5 оС дан юқори

* Асоратлар ривожланиши бўйича хавф гуруҳига қуйидагилар киради: 2 ойгача бўлган болалар 38 °С дан юқори ҳарорати бўлганда, анамнезда фебрил тутқаноқлар, қон айланиш тизимининг сурункали патологияси, ирсий метаболик касалликлар.