

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

”BOLALARDA SURUNKALI BRONXIT”
NOZOLOGIYA BO’YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL

Toshkent – 2025 yil



«TASDIQLAYMAN»

O'ZBESSV RIPIATM direktori

_____ A.A. Abdukayumov

_____» _____ 2025 yil

**”BOLALARDA SURUNKALI BRONXIT”
NOZOLOGIYA BO’YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

Toshkent – 2025 yil

MUNDARIJA

BOLALARDA SURUNKALI BRONXITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	5
BOLALARDA SURUNKALI BRONXITNI OLDINI OLISH VA REABILITATSIYA BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	39

**”BOLALARDA SURUNKALI BRONXIT”
NOZOLOGIYA BO’YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

Toshkent – 2025

1. KIRISH QISMI.

1. KIRISH QISM

Bolalar pulmonologiyasining eng murakkab va dolzarb muammosi surunkali nospesifik o'pka kasalliklaridir. Bugungi kunda surunkali bronxit (SB) muammosi bolalarda katta qiziqish uyg'otmoqda. Ko'pincha CB bronxo-obstruktiv sindrom bilan birga bo'lishi mumkin. So'nggi yillarda bolalarda nafas olish tizimi kasalliklari, shu jumladan bronxial obstruksiya sindromi bilan kechadigan bronxitlar sonining ko'payishi kuzatilayotganiga qaramay, bolalarda turli xil bronxopulmoner patologiyalarda obstruktiv sindromning tarqalishi haqida aniq ma'lumotlar yo'q. Haqiqiy amaliyotda, ayniqsa ambulatoriya sharoitida, bolalarda SB ning erta tashxisi va ratsional terapiyasi jiddiy muammolardir. Uning chiqarilishi surunkali kasallik muammosini o'rganish bilan shug'ullanadigan ikkala mutaxassisning, shuningdek, ushbu aholining kasal bolalariga amaliy yordam ko'rsatadigan pediatriklar, allergistlar, pulmonologlar va boshqa mutaxassislarning kundalik faoliyati uchun zarurdir. shuningdek, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari. Ushbu protokol Rossiya pediatriklari ittifoqining klinik tavsiyalari asosida ishlab chiqilgan <https://www.pediatr-russia.ru/> Rossiya nafas olish organlari mintaqalararo bolalar nafas olish jamiyati <https://minzdrav.midural.ru/https://minzdrav.midural.ru/>

Xalqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-10 kodi:

J40	O'tkir yoki surunkali deb ko'rsatilmagan bronxit
J41.0	Oddiy surunkali bronxit
J41.1	Shilliq-yiringli surunkali bronxit
J41.8	Aralash, oddiy va shilliq-yiringli surunkali bronxit
J42	Surunkali bronxit, aniqlanmagan
	https://mkb-10.com/index.php?pid=9001

Xalqaro kasalliklar klassifikatori – HKK(MKB)-11 kodi:

- CA20. 12 aralash, oddiy va shilliq -yiringli surunkali bronxit
- CA20. 11 shilliq -yiringli surunkali bronxit
- CA20. 10 oddiy surunkali bronxit
- CA20. 13 cho'ziluvchan bakterial bronxit
- CA20. 1Z aniqlanmagan surunkali bronxit
- CA20. 1Y boshqa aniqlangan surunkali bronxit
- CA20. 1 surunkali bronxit

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: Protokol 2025 yilda ishlab chiqilgan. Protokol har 5 yilda yoki diagnostika, davolash, reabilitatsiya va oldini olish uchun dalillar darajasi o'zgarganda qayta ko'rib chiqiladi.

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

MILLIY KLINIK PROTOKOLNI ISHLAB CHIQISHGA HISSA QO'SHGAN ISHTIROKCHILAR:

Ishchi guruhi a'zolari:

1. Shamsiev Furqat Muxitdinovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi rahbari, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, bosh bolalar pulmonologiya
2. Aripova Shaxnoza Xabibullaevana - tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi pulmonologiya bo'limi katta ilmiy xodimi.

Mualliflar ro'yxati:

2. Shamsiev Furqat Muxitdinovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi rahbari, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, bosh bolalar pulmonologiya
3. Azizova Nigora Davlatovna - tibbiyot fanlari doktori, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi yetakchi ilmiy xodim;
4. Karimova Maftuna Xudoyberganovna – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi pulmonologiya bo'limi katta ilmiy xodimi.
5. Aripova Shaxnoza Xabibullaevana – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi pulmonologiya bo'limi katta ilmiy xodimi.
6. Uzakova Shoxsanam Bahramovna – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi pulmonologiya bo'limi katta ilmiy xodimi.
7. Abdullaeva Malika Qudratovna – tibbiyot fanlari nomzodi, tibbiyot fanlari doktori, Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi mudiri
8. Yakubova Ozoda Sharipovna - Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, pulmonologiya bo'limi vrach-ordinatori

Taqrizchilar:

1. Sulaymanov Sh.A.- prof. KR «Onalik va bolalikni muxofaza qilish» Milliy markazi» direktori, KR erkin bosh pediatri
2. Mavlanova Sh.S. – t.f.d., Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, umumiy pediatriya bo'limi mudiri

Milliy klinik protokol loyihasini muhokama qilish: Milliy klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy kengashining 2025-yil _____dagi 3-sonli yig'ilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi.

Milliy klinik protokollar va standartlarni texnik baholash va tahrirlash:

1. Shamansurova Elmira Amanullaevna - tibbiyot fanlari doktori, professor, ToshPTI №1 sonli Oila tibbiyoti, jismoniy tarbiya, fuqarolik mudofaasi kafedrasini mudiri;
2. Fayziev Obid Nishanovich – tibbiyot fanlari nomzodi, tibbiyot fanlari doktori, professor, ToshPTI №1 sonli Oila tibbiyoti, jismoniy tarbiya, fuqarolik mudofaasi kafedrasini dotsenti;

Milliy klinik protokolni baholash asosida Sog‘liqni saqlash vazirligi ekspert guruhi mutaxassislarining ekspert xulosasi:

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri 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.

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi Muvofiqlashtiruvchi kengash majlisi bayonnomasidan ko‘chirma sanasi va raqami:

_____ - № __ 2025 yil

QISTQARMALAR RO'YXATI:

ABT - antibakterial terapiya

ABP-antibakterial preparat

BA - bronxial astma

BGR - bronxial giperreaktivlik;

BOS - bronxo-obstruktiv sindrom

OEE-ozitlanishning oqsil-energetik yetishmovchiligi

GCS - glyukokortikosteroidlar

DI - dozali ingalyatorlar

NYe - nafas olish etishmovchiligi

O`HS - o'pkaning hayotiy sig'imi

O`SV - o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi

GI - glyukokortikosteroidli ingalyatorlar

TMI - tana massasi indeksi

PNYoI - pastki nafas yo'llarining infeksiyalari

KT - klinik tavsiyalar;

KT - kompyuter tomografiyasi

XKT-10 - Xalqaro Kasalliklarning tasnifi, O'ninchi qayta ko'rib chiqish

NYQD - nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar

UQT- umumiy qon tahlili

UPT - umumiy peshob tahlili

O`B - o'tkir bronxit

O`OB - o'tkir obstruktiv bronxit

O`RVI - o'tkir respirator virusli infeksiya;

O`RK - o'tkir respirator kasalliklar

FEV1 - 1 soniyada majburiy nafas chiqarish hajmi

PCT - prokalsitonin;

BTYo- birlamchi tibbiy yordam

PEF - eng yuqori ekspiratuar oqim

PZR - polimeraza zanjiri reaksiyasi;

EChT - eritrotsitlarning cho'kish tezligi

CRO - C-reaktiv oqsil.

UT -ultratovush tekshiruvi

FVC – forsirlangan hayotiy qobiliyat

NS - nafas olish soni

EKG - elektrokardiogramma

EchoCG - ekokardiyografiya

PaO2 - kislorodning partsial bosimi

PaCO2 - karbonat angidridning partsial bosimi

SaO2 - qonning kislorod bilan to'yinganligi, saturatsiya

Ushbu nozologiya bo`yicha protokol foydalanuvchilari:

- Pediatrlar,
- Umumiy amaliyot shifokorlari;
- Pulmonologlar;
- Allergologlar;
- Tez va shoshilinch yordam shifokorlari;
- Tibbiyot oliy o'quv yurtlari va kollejlari talabalari;
- Tibbiyot oliy o'quv yurtlari va kollejlari o'qituvchilari;
- Ordinadorlar;
- Magistratura rezidentlari (aspiranturadan keyingi ta'lim).

Bemorlar toifasi:

Surunkali bronxitga shubha qilingan va aniqlangan tashxisi bo'lgan bolalar.

**Dalillarga asoslangan tibbiyotning dalillari darajasi shkalasi.
Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(tashxislash aralashuvlari uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

**Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(profilaktika, davolash va reabilitatsion tadbirlar uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
V	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan, ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari, natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan

- nafas yetishmovchiligining I bosqichi- tinch xolatda xansirash yoq, ammo yengil jismoniy faollik bilan o'rtacha nafas qisilishi (NS me'yordan 25% dan oshadi), perioral tsiyanoz va taxikardiya paydo bo'ladi; SpO₂ 90-94%,(pO₂ 80-90 mm), MOD ko'tariladi va MVL va nafas olish zahirasi bazal metabolizm tezligi va nafas olish ekvivalentining biroz oshishi bilan kamayadi.

- nafas yetishmovchiligi II bosqich-tinch holatda o'rtacha xansirash (me'yordan 25-50% yuqori), taxikardiya, terining rangi oqargan va perioral tsiyanoz, pulsning nafas olish nisbati 2-2,5: 1, qon bosimining ko'tarilishi, atsidoz (pH 7,3), MVL, MOD va chegara nafas olish 50% dan ko'proq kamayadi,SpO₂ 75-89%(pO₂ 70-80 mm). Kislorod terapiyasi yordamida vaziyat yaxshilanadi.

- nafas yetishmovchiligi III bosqich-nafas olish soni keskin oshadi (50% dan ortiq), tuproq rangli tsiyanoz, yopishqoq ter, sayoz nafas olish, qon bosimi pasayadi, nafas olish zaxirasi 0 ga tushadi, MOD kamayadi,SpO₂ 75% dan kam (pO₂ 70 mm), metabolik atsidoz (pH 7,3 dan kam), giperkapniya mumkin (pCO₂ 70-80 mm).

- nafas yetishmovchiligining IV bosqichi- gipoksemik koma; ongni yo'qotish, aritmik, davriy, yuzaki nafas olish, umumiy tsiyanoz va akrotsianoz, bo'yin tomirlarining shishishi, gipotenziya, SpO₂ 50% dan kam (pO₂ 50 mm Hg dan kam), giperkapniya (pCO₂ 100 mm dan ortiq), pH 7,15 va undan past. Kislorod terapiyasi bilan hech qanday yengillik kuzarilmaydi, axvoli yomonlashishi mumkin.

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

)

3. USULLAR, YONDASHUVLAR VA DIAGNOSTIKA JARAYONLARI

3.1. Tashxislash mezonlari:

1.Bolalarda surunkali bronxitni diagnostik mezonlari.:

1. Bolalarda surunkali bronxitning diagnostik mezonlari:

1) **Shikoyatlar:** yo'tal, isitma, holsizlik, zaiflik, nafas qisilishi.

2) **Anamnez:**

- maktabgacha yoshidagi bolalarda ko'proq uchraydi;

- anamnezda o'tkir va takroriy bronxitning tez-tez epizodlarini ko'rsatadi (yiliga uch martadan ko'proq);

- tarix O'RI bilan og'rigan bemorlar bilan aloqa qilgandan keyin 2-3 kundan keyin kasallikning boshlanishini ko'rsatadi

- subfebril (kamroq febril) harorat bilan o'tkir boshlanish;

- yo'tal kasallikning 2-3-kunidan boshlab paydo bo'ladi, odatda 5-7 kun davom etadi (chaqaloqlarda u 2 haftagacha davom etishi mumkin).

Surunkali kasallikning kuchayish bosqichi quyidagilar bilan tavsiflanadi:

• intoksikatsiya sindromi - umumiy simptomlar: tana haroratining ko'tarilishi (odatda subfebril darajaga, kamdan-kam hollarda 38 ° C dan yuqori), terlash, zaiflik, bosh og'rig'i, ishlashning pasayishi.

•Yuqori nafas yo'llarining shikoyatlari va o'zgarishlari (rinit, yutish paytida tomoq og'rig'i va boshqalar) virusli infeksiyaning xususiyatlari (masalan, rinovirus, adenovirus) va nazofarenkning surunkali kasalliklari (yallig'lanishi) bilan belgilanadi. paranasal sinuslar, kompensatsiyalangan tonzillit va boshqalar), bu davrda odatda yomonlashadi.

•Yo'talning kuchayishi, balg'am miqdorining 100-150 ml gacha ko'tarilishi va uning sifatining o'zgarishi (yiringlilik va yopishqoqlik darajasi oshadi).

Bolada surunkali kasallikning boshlanishi asta-sekin. Birinchidan, ertalab yo'tal paydo bo'ladi, bu shilliq balg'amning chiqishi bilan birga keladi. Keyinchalik, yo'tal ham kechasi va kunduzi sodir bo'ladi. Sovuq havoda u kuchliroq bo'ladi. Yillar davomida yo'tal 24 soat davomida doimiy, davriy bo'ladi. Balg'am miqdori ortib bormoqda. U shilliq yiringli yoki yiringli xususiyatga ega bo'ladi. Nafas qisilishi kabi alomat paydo bo'ladi

3) Bolalarda surunkali bronxit uchun fizik tekshiruv natijalari:

- **auskultatsiya:** kuchayishi paytida qattiq nafas olish xarakterlidir, odatda o'pkaning butun yuzasi bo'ylab eshitiladi va tarqoq xarakterdagi quruq past tovushli xirillashlar. Bronxda suyuq sekretiya paydo bo'lganda, nam rallar, odatda mayda pufakchalar ham eshitilishi mumkin; ularning temбри ham bronxial daraxtning shikastlanish darajasiga bog'liq. Ba'zi bemorlarda xirillash remissiyada bo'lishi mumkin, ammo uning soni kamayadi, bu faqat kuzatuv vaqtida baholanishi mumkin. (<https://www.cincinnatichildren.org/health/a/acute-bronchitis>)

1B	<p>Surunkali bronxit - bu istisno tashxisi bo'lib, bolaga uzoq muddatli samarali yo'tal yoki boshqa nafas olish belgilari, bronxlarning shikastlanishini ko'rsatadigan jismoniy belgilar bilan birga keladigan kasalliklar bo'lmasa, kollegial tibbiy komissiya tomonidan berilishi mumkin. : bronxial astma, kistik fibroz, birlamchi siliyer diskineziya , bronxopulmoner tizimning malformatsiyasi, qizilo'ngach va nafas olish yo'llarining siqilishi bilan katta tomirlarning anomaliyalari, immunitet tanqisligi holatlari, aspiratsiya sindromi, sil va o'pka aspergillozi. Surunkali bronxit tashxisi bemorni boshqa nozologiya foydasiga kuzatish jarayonida qayta ko'rib chiqilishi mumkin.</p>
-----------	--

2. Bolalarda surunkali obstruktiv bronxitning diagnostik mezonlari.

1) **Shikoyatlar:** nafas qisilishi, xirillash, yo'tal, rinit, letargiya, zaiflik,

2) **Anamnez:**

- erta yosh bolalarda ko'proq uchraydi;

- anamnezida O`RI bilan og'rigan bemorlar bilan aloqada bo`lgani ko'rsatiladi,

-kasallikning boshlanishi o'tkir, birinchi kundan boshlab, bronxial obstruksiya belgilari bilan;

- harorat subfebril (ba`zida febril);

- yo'tal kasallikning 2-3-kunidan boshlab paydo bo'ladi, odatda 5-7 kun davom etadi (chaqaloqlarda u 2 haftagacha davom etishi mumkin).

- yo'tal kasallikning 2-3 kunidan boshlab paydo bo'ladi, odatda 5-7 kun davom etadi.

3) Bolalarda surunkali obstruktiv bronxitda fizikal tekshiruv natijalari:

- tomoq giperemiyasi, yo'tal, burun oqishi, kon'yunktivit va boshqalar (kasallik etiologiyasiga qarab: gripp viruslari, adenoviruslar, mikoplazma va boshqalar).

- intoksikatsiya belgilari uzoq davom etadigan va og'ir (isitma, kayfiyatning pasayishi, ishtahaning pasayishi);

- progressiv ravishda rivojlanadigan paroksizmal, cho`ziluvchan quruq yo'tal, birinchi haftaning oxirida u namga aylanadi.

- cho'zilgan hushtaksimon nafas chiqarish - «wheezing», bemordan uzoqroqda eshitiladigan xirillash.

- taxipnoe, ekspirator yoki aralash xansirash, hushtaksimon xirillash, hushtaksimon nafas olish birinchi kunida yoki 2-3 kundan so'ng boshlanadi, nafas olish tezligi oshadi (daqiqada 50-60 gacha) va nafas chiqarishning davomiyligi shovqinli, hushtaksimon va masofadan eshitiladi;

- nafas olish yetishmovchilik belgilari (terining oqarganligi, burun-lab uchburchagining ko'k rangga aylanishi; nafas chiqarishda qiyinchilik bilan shovqinli, xirillashli nafas olish; bo'yin va yelka mushaklari ishtirokida nafas olish, nafas qisilishi, yordamchi mushaklarning ishtirok etishi, nafas olish harakati, ko'krak qafasining hajmining oshishi, nafas olish paytida uning yumshoq joylarini orqaga tortilishi, burun qanotlarining kengayishi, nafas chiqarish qiyin va uzoq davom etadi);

- kam balg`amli yo'tal, ba'zida og'riqli, xurujsimon, yengillik keltirmay, nam yo'talda ham balg'amni ajralishi qiyin;

- erta yosh bolalarda tez-tez dispeptik alomatlar paydo bo'ladi;
 - perkussiyada - ko'pincha qutichasimon perkutor tovush;
 - auskultatsiyada dag'al nafas, nafas chiqarish uzaygan, nafas chiqarishda quruq hushtaksimon xirillash va nafas olayotganda nam mayda pufakchali xirillashlar aniqlanadi; Yo'taldan keyin xirillash miqdori yoki ohangi o'zgaradi.
 - auskultasiya va perkussiyada lokal o'zgarishlar yo'q.
 - bronxial obstruksiya 3-7 kun davom etadi, bronxlardagi yallig'lanish o'zgarishlarining susayishi bilan asta-sekin yo'qoladi
- (<https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/acute-bronchitis-16689513.html>);

1B	Surunkali bronxitda bolaning umumiy holatini, yo'talning tabiatini baholash va ko'krak qafasini tekshirish tavsiya etiladi (nafas olish vaqtida qovurg'alararo bo'shliqlar va o'mrov chuqurchasini orqaga tortilishiga e'tibor bering, nafas olish aktida yordamchi mushaklarning qatnashishi); o'pkaning perkussiyasi va auskultatsiyasi, yuqori nafas yo'llarining holatini baholash, nafas olish tezligi va yurak urish tezligini hisoblash. Bundan tashqari, bolani umumiy standart tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etiladi [1,2].
-----------	---

3.2. Laboratori tekshiruvlar

Asosiy laborator tekshiruvlar:

- umumiy qon taxlili (virusli jarayonda dastlab yengil leykotsitoz qayd etiladi, keyin leykopeniya, limfotsitoz, monotsitoz, EChT odatda biroz tezlashadi).
- umumiy peshob tahlili.

Qo'shimcha laborator tekshiruvlari:

- ko'rsatmalar bo'yicha biokimyoviy qon taxlili (ALT, AST, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza, umumiy oqsil, revmo omil, revmo sinama)
 - C-reaktiv oqsil: C-reaktiv oqsil kontsentratsiyasining ortishi (0–49 mg/l yoki ≥ 50 mg/l);
 - kislotasi-ishqoriy muvozanati (ko'rsatmalar bo'yicha);
 - qon plazmasida prokalsitonin taxlili: prokalsitonin darajasining oshishi (bakterial asoratlar bo'lsa);
- (https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)

1C	Surunkali bronxit bilan og'rigan bemorlarda tashxisni yaxshilash va mikroblarga qarshi terapiya masalasini hal qilish uchun qon zardobida C-reaktiv oqsil va PKT darajasini o'rganish tavsiya etiladi. Antibiotiklarni buyurish qon zardobida C-reaktiv oqsil darajasi ≥ 20 mg/l dan oshganda va PCT 1 ng/ml dan yuqori bo'lganda ko'rsatiladi.
-----------	--

1B	Bolalarda surunkali bronxitning odatiy holatlarida muntazam laboratoriya tekshiruvlari tavsiya etilmaydi: umumiy (klinik) qon taxlili, ambulatoriya sharoitida o'tkir virusli bronxitning tipik klinik ko'rinishi bo'lgan bolalarda C-reaktiv oqsil (CRO) va prokalsitonin (PKT) darajasini o'rganish, chunki ko'p hollarda natijalar davolash usulini tanlashga ta'sir qilmaydi. [3,4,23,27].
-----------	--

- Balg'amni mikrobiologik tekshirish (mikrobial flora assotsiatsiyalar bilan ifodalanishi mumkin (Streptococcus salivarius, Staphylococcus aureus, Klebsiella pnevmoniya, Chlamydomphila pnevmoniya, Mikoplazma pnevmoniya va boshqalar).
- Immunologik tadqiqotlar (immun holati, IgA, IgG, IgM, IgE) (ko'rsatmalar bo'yicha);
- Koagulogramma (PTI, fibrinogen, FA, ivish vaqti, MNO) (ko'rsatmalar bo'yicha);

- Qonda elektrolitlar miqdori (ko'rsatmalar bo'yicha);
- Sterillikka qon tekshirish (ko'rsatmalar bo'yicha);

1C	SBda patogen(lar)ni aniqlash va ajratilgan mikrofloraning sezgirligini aniqlash uchun balg'am (induksiya qilingan balg'am yoki traxeya aspirati) va/yoki bronxoalveolyar yuvish suyuqligini mikrobiologik tekshirish tavsiya etiladi.
-----------	---

3.3. Instrumental tekshiruvlar

Asosiy instrumental tekshiruvlar:

- Ko'krak qafasi rentgenogrammasi (xirillashning diffuz tabiati, tana haroratini yuqori bo'lmasligi, toksikozning yo'qligi, perkussiyaning o'zgarishi va leykotsitoz pnevmoniyani istisno qilishga va ko'krak qafasi rentgenogrammasiga murojaat qilmasdan bronxit tashxisini qo'yishga imkon beradi). (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>).

1C	Surunkali bronxit belgilari bo'lgan bolalar uchun kasallikka mos ravishda instrumental tadqiqotlar tavsiya etiladi, uning ko'rinishlaridan biri surunkali bronxitdir [3,9].
-----------	---

1C	Pnevmoniyaga shubha qilinganida, tegishli belgilar mavjud bo'lsa, uni istisno qilish/tasdiqlash uchun ko'krak qafasi rentgenogrammasi (o'pka rentgenogrammasi) tavsiya etiladi [20].
-----------	--

Qo'shimcha instrumental tekshiruvlar:

- differentsial diagnostikasini o'tkazish ko'rsatmalariga muvofiq MRT

- MSKT

1B	Uzoq muddatli bakterial bronxitning takroriy epizodlari va/yoki H. influenzae (asosiy patogen), S. pneumoniae, M. catarrhalis ga qarshi ikki haftalik antibakterial terapiya kursi samarasiz bo'lgan taqdirda, qo'shimcha tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi: o'pkada tarkibiy o'zgarishlar mavjudligini baholash uchun ko'krak qafasi organlarining kompyuter tomografiyasi [4]
-----------	---

- 5 yoshdan kata bolalarga kompyuter spirometriya (O`B dagi obstruksiya darajasini, uning qaytarilishi va o'zgaruvchanligini, shuningdek kasallikning og'irligini baholashga imkon beradi);
- pikfloumetriya;
- pulsoksimetriya;
- plevra va plevra bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi (ko'rsatmalarga asoslanib);
- fibrobronkoscopiya (bronxoalveolyar suyuqlikni tekshirish, biopsiya olish);
- jarrohlik va biopsiya materialini gistologik tekshirish.
- Exokardiografiya (ExoKG);
- burun sinuslarning rentgenografiyasi;
- bronkoscopiya, bronxografiya;

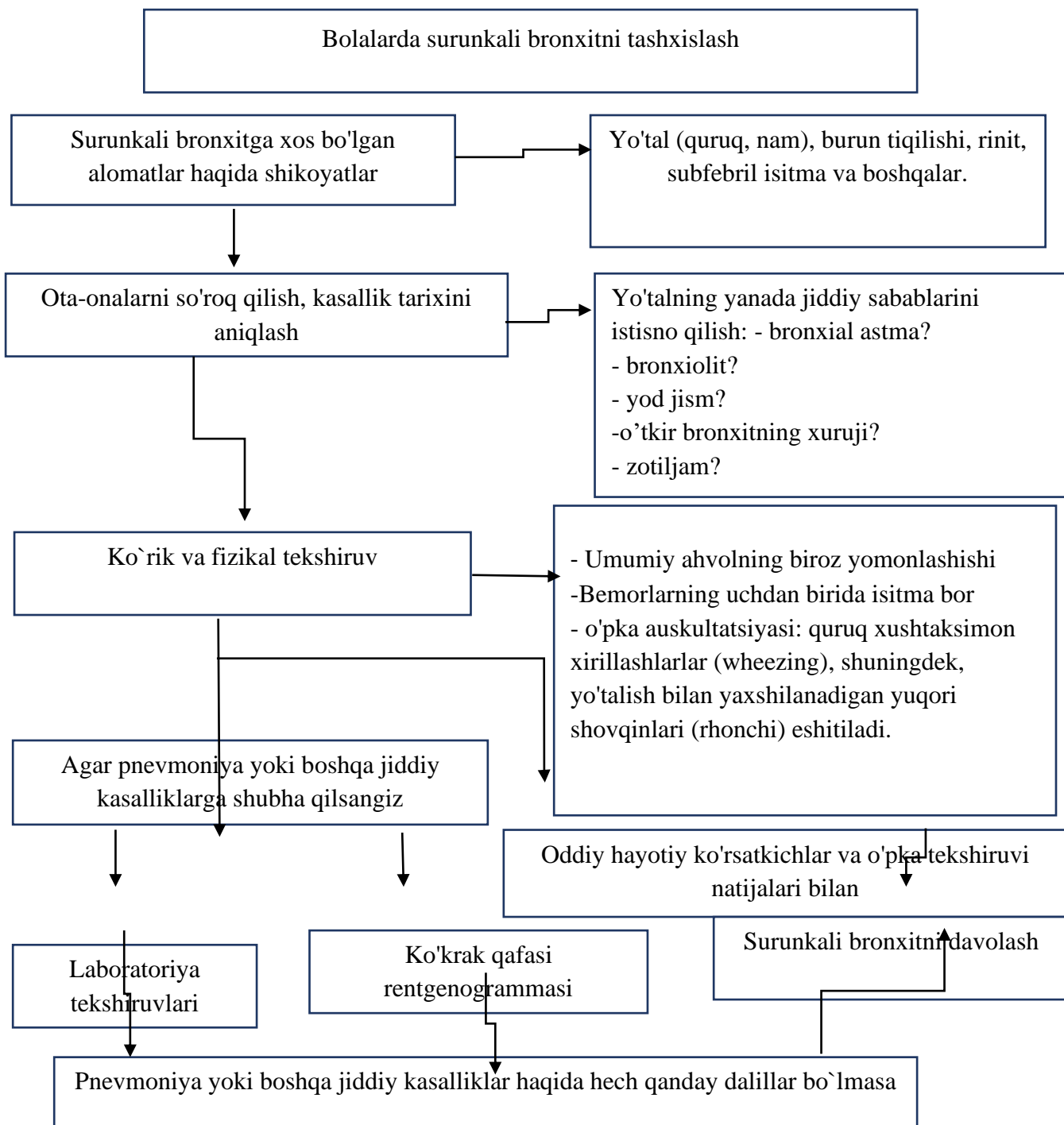
1B	Surunkali kasallikning takroriy epizodlari va / yoki Haemophilus influenzae (asosiy patogen), Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis ga qarshi antibakterial terapiya samarasiz bo'lsa, 2-4 hafta ichida qo'shimcha tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi: traxeobronkoscopiya. o'pkada tarkibiy o'zgarishlar mavjudligini baholash uchun [5].
-----------	---

Exokardiografiya (ExoCG);

- sinuslarning rentgenografiyasi;

1C	Nam yo'talning boshqa sabablarini (yoshi va boshqa kontrendikatsiyalar bo'lmaganda) tasdiqlash / istisno qilish uchun SB BO shubhali bolalar uchun spirometriya yordamida tashqi nafas olish funksiyasini o'rganish tavsiya etiladi ("qo'zg'atmagan nafas olish hajmlari va oqimlarini o'rganish"). [18].
1C	SB o'z vaqtida tashxislash maqsadida, nafas olish manevrini amalga oshirish mumkinligini inobatga olib 5 yoshdan boshlab o'tkir obstruktiv bronxit bilan kasallangan bolalarda, nafas yo'llarining obstruktiv kasalliklarini davolash uchun dorilar (bronxodilatator dorilar) bilan test yordamida spirometriya yordamida o'tkir davrda va/yoki undan keyin tashqi nafas funksiyasini (TNF) o'rganish tavsiya etiladi. [40,41,42].
2B	Agar gipoksiemiyaga shubha bo'lsa, SB bilan og'rigan barcha bolalarda pulsoksimetriyani o'tkazish kerak. Gipoksiemiyaning mavjudligi tibbiy yordam va keyingi diagnostika choralari bo'yicha qaror qabul qilishda yordam berishi kerak.

3.4. Bolalarda surunkali bronxitni tashxislash algoritmi



3.5. Surunkali bronxit quyidagi kasalliklar bilan birga bo'lsa, tor mutaxassislar tomonidan tekshiruvdan o'tish kerak:

- kasallikning asoratli kechishida pulmonolog bilan maslahatlashish;
- allergiolog tekshiruvi - tez-tez qaytalanishlar, og'irlashgan allergeanamnez va antibakterial terapiya samarasiz bo'lsa;
- infeksionist tekshiruvi - bolalarda virusli kasalliklarni differentsial tashxislashda qiyinchiliklar mavjud bo'lsa;
- Genetik tekshiruvi - tez-tez qaytalanishlar, terapiya samarasiz bo'lsa.

3.4. Differentsial tashxislash

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

Bolalarda surunkali bronxidlarning differentsial tashxislash

Simptomlar	O'tkir bronxit	O'tkir obstruktiv bronxit	Bronxiolit	Bronxopnevmoniya
Tana harorati	Ko'pincha subfebril, normal bo'lishi mumkin	Ko'pincha subfebril, normal bo'lishi mumkin; mikoplazma va adenovirus infeksiyalarida febril		Febril, subfebril, uzoq vaqt davom etadi
Intoksikatsiya	Yo'q yoki kam miqdorda	Oddiy bronxitga qaraganda ancha yaqqol, qisqa muddatli		Kasallikning dinamikasi sezilarli darajada kuchayadi, asoratlarda toksikoz rivojlanishi mumkin.
Yo'tal	Quruq, keyin nam, shilliq balg'am ajralishi bilan	Yo'tal quruq, balg'am yomon ajraladi, yopishqoq	Yo'tal quruq, doimiy paroksizmal xarakterga ega, ko'pincha spastik "oberton" ga ega.	Dinamikada quruq yo'taldan nam yo'talgacha, shilliq yoki shilliq-yiringli balg'am bilan chuqur yo'tal impulslari bilan
Xansirash	Yo'q	Ekspirator, yordamchi mushaklar ishtirokida		Turli darajadagi aralash turdagi nafas yetishmovchilik
Ko'krak qafasi shakli	O'zgamagan	Ko'krak qafasining kengayishi		O'zgarishligi mumkin
Perkussiya ma'lumotlari	Oddiy perkutor tovush, kamdan-kam hollarda qutisimon tusda	Turli darajada qutisimon perkutor tovush	Turli darajada qutisimon perkutor tovush	Perkussiya tovushining qisqarishi o'choqqa to'g'ri keladi, boshqa sohalar ustida qutisimon perkutor tovush
Auskultatsiya ma'lumotlari	Dag'al nafas. Diffuz o'rta va katta pufakchali xirillash, quruq xirillash. Yo'talayotganda, xirillash	Uzoq muddatli nafas chiqarish, dag'al, quruq xushtaksimon xirillashlar, kamroq tez-tez har xil o'lchamdagi nam xirillashlar.	Uzaygan nafas chiqarish. O'pkaning butun yuzasida mayda pufakchali va krepitatsiyali xirillashlarning	Sust, dag'al bronxial nafas. Ko'pincha lokal o'zgarishlar mavjud! Cheklangan hududda mayda pufakchali xirillashlar. O'zgarishlarni saqlash muddati 5-6 kun.

	o'zgaradi. Tez ijobiy dinamika bor	Yo'talayotganda xirillashning o'zgaruvchanligi. Tez ijobiy dinamika bor	ko'pligi.	
Periferik qon parametrlari	Leykopeniya, limfotsitoz; normal yoki biroz tezlashtirilgan EChT	Leykopeniya, limfotsitoz; normal yoki biroz tezlashtirilgan EChT	Leykopeniya, limfotsitoz; normal yoki biroz tezlashtirilgan EChT	Chapga siljish bilan neytrofil leykotsitoz, EChT ortishi. O'zgarishlar pnevmoniyaning etiologiyasiga bog'liq
Rentgen ma'lumotlari	Bronxial rasmining kuchayishi, o'pkaning ildizlarini kengayishi	O'pkaning havo bilan shishishi, bronxial rasmining kuchayishi	O'pkaning havo bilan shishishi, bronxial va o'pka rasmining kuchayishi. Mayda atelektaz, infiltratsiyaning mayda soyalari	Parenximaning lokal, segmentar, lokal-birlashuvchi, lobar xarakterli infiltratsiyalari

Surunkali bronxit belgilari bilan kechadigan kasalliklarning differentsial tashxislash

Tashxis	Mantiqiy asos	Anketalar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Mukovistsidoz	Surunkali yo'tal	- Ter suyuqligidagi xloridlar - Koprogramma - Genetik tahlil	- Uzoq muddatli neonatal sariqlik - Terining sho'r ta'mi - Jismoniy rivojlanishning kechikishi. - takroriy yoki surunkali respirator belgilar - shakllanmagan, ko'p, yog'li va yomon hidli axlat -Ter suyuqligidagi xloridlar darajasining oshishi.
Birlamchi tsiliar diskineziya	Uzoq muddatli ko'p miqdorli nam yo'tal	- Tsiliyar biopsiya (elektron mikroskopiya) - Genetik tahlili	- Dekstrakardiya - Otit - Doimiy respirator belgilari
Sil kasalligi	Surunkali yo'tal (30 kundan ortiq); - Rivojlanishdan ortta qolish / vazn yo'qotish;	- Mantu testi - Diaskintest -MBT uchun balg'amning bakterioskopiyasi - Ko'krak qafasi organlari KT	- ijobiy Mantu reaksiyasi; - Ijobiy diaskintest -Bolalarda balg'amni tekshirishda sil mikobakteriyasining mavjudligi.
Bronxial daraxtning tug'ma nuqsonlari	Surunkali yo'tal	- Ko'krak qafasi organlari KT - Bronxoskopiya	- Traxeya yoki bronxial stenoz - Traxeya yoki bronx devorining muvofiqligi - Qo'shimcha traxeal bronx
Nafas olish yo'llarida yod jism	- uzoq davom etadigan yo'tal; - Pastki nafas	- bronxoskopiya; - ko'krak qafasining kompyuter	- bronxda yod jismning mavjudligi; -o'pka to'qimalarining atelektazi; - endobronxit

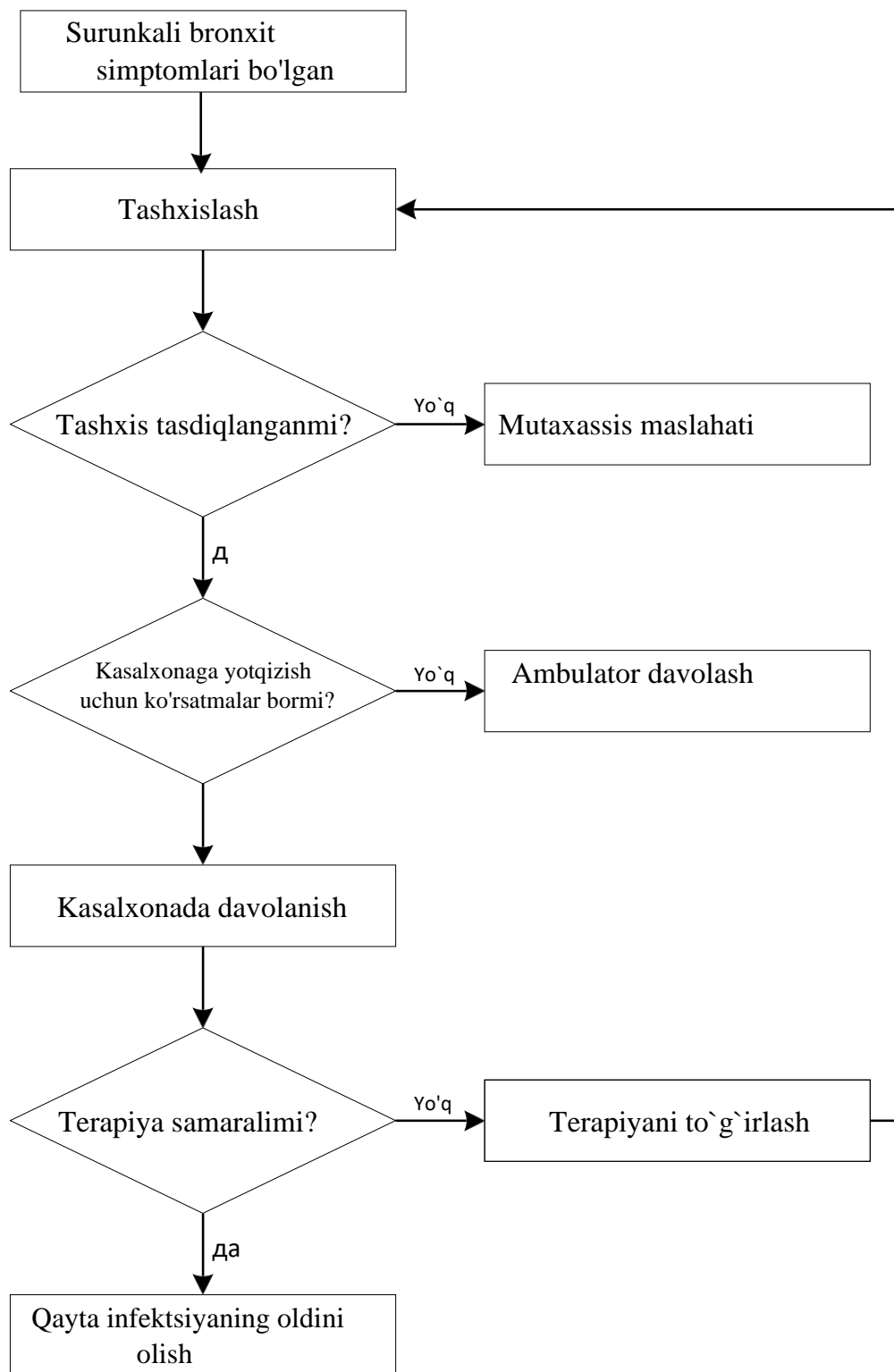
	yo'llarining yallig'lanishi residivlari	tomografiyasi	
--	---	---------------	--

4. BOLALARDA SURUNKALI BRONXITNI AMBULATOR SHAROITIDA DAVOLASH

4.1. Bolalarda surunkali bronxitni nomedikamentoz davolash taktikasi:

2A	Surunkali bronxit bilan og'rigan bolalarni surunkali bronxitning sababi bo'lgan nozologik shaklga muvofiq davolash tavsiya etiladi [9]. Surunkali bronxitni, birinchi navbatda, mustaqil kasallik sifatida emas, balki bronxopulmoner patologiya bilan bog'liq sindrom sifatida ko'rib chiqish maqsadga muvofiqdir.
	<ul style="list-style-type: none"> - Tana harorati ko'tarilishi davrida - yotoq rejim; - Intoksikatsiya sindromini kamaytirish va balg'am ishlab chiqarishni osonlashtirish uchun - yetarli darajada adekvat gidratsiyani ta'minlash (kuniga 2-3 litrgacha ko'p miqdorda suv ichish, mevali ichimliklar);
1C	SB bo'lgan bolalar uchun umumiy ovqatlanish va ko'p miqdorda iliq ichimliklar (kuniga 100 ml / kg gacha) tavsiya etiladi [3, 23].
	<p>-yoshga qarab to'g'ri ovqatlanish;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sanitariya-gigiyena rejimiga rioya qilish (binolarni ventilyatsiya qilish, yuqumli bemorlar bilan aloqa qilishni istisno qilish). - bemorning yo'talni keltirib chiqaradigan atrof-muhit omillariga (tutun, chang, kuchli hid, sovuq havo) ta'sirini bartaraf etish; <p>Surunkali obstruktiv bronxitni davolashda muhim rejim havoni namlash, muntazam nam tozalash va xonani ventilyatsiya qilishdir (https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf).</p>
1C	Elektroforez, ultra yuqori chastotali terapiya va ultrabinafsha nurlanish ularning samaradorligini tasdiqlovchi dalillar yo'qligi sababli tavsiya etilmaydi [3, 4, 23, 58].
1C	Bug 'ingaliyalari samarasizligi va kuyish xavfi tufayli tavsiya etilmaydi [39].
1C	Xantal plasterlari, qizdiradigan plasterlar va stakanlardan foydalanish tavsiya etilmaydi, chunki ulardan foydalanish mumkin bo'lgan zarar mumkin bo'lgan foydadan sezilarli darajada oshadi [3, 23].
1C	Ko'krakni drenajlash, yo'tal refleksini pasayganda rag'batlantirish va tiklanish davrida nafas olish mashqlari tavsiya etiladi [3, 23].

Surunkali bronxit bilan og'rigan bemorni olib borish algoritmi



1.2. Bolalarda surunkali bronxitni medikamentoz davolash:

Muhim dorilar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

1-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Preparatning xalqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Antipiretik dori N02BE01	Paratsetamol	3 oygacha bo'lgan bolalar uchun peroral buyuriladi bir martalik dozada 10-15 mg/kg, 3 oydan 1 yoshgacha - 60-120 mg, 1-5 yoshda - 120-250 mg, 6-12 yoshli bolalar uchun - 250-500 mg. 6-12 yoshdagi bolalarda rektal foydalanish uchun bir martalik dozalar - 250-500 mg, 1-5 yoshda - 125-250 mg. Foydalanish chastotasi kuniga 4 marta, kamida 4 soatlik interval bilan davolashning maksimal davomiyligi 3 kun.	1A https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Antipiretik dori M01AE01	Ibuprofen	6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun peroral buyuriladi bir martalik dozada 5-10 mg/kg; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: 1 tabletkadan kuniga 4 martadan ko'p bo'lmagan; 12 yoshdan katta og'iz orqali, kuniga 3-4 marta 200 mg tabletkalarda. Tabletkalarni qabul qilish orasidagi interval kamida 6 soat (kunlik dozasi 30 mg/kg dan oshmasligi kerak).	1A https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Virusga qarshi dori J05AH02	Oseltamivir	Faqat gripdda buyuriladi. Og'iz orqali 1 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - kuniga 2 marta 3 mg/kg/doza, 1 yoshdan oshgan bolalar uchun doz bolaning vazniga bog'liq: 15 kg va undan kam - kuniga 2 marta 30 mg, 15-23 kg - 45 mg dan kuniga 2 marta, 23-40 kg - kuniga 2 marta 60 mg, 40 kg dan ortiq - kuniga 2 marta 75 mg	1A https://www.rcpch.ac.uk/resources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections

Virusga qarshi dori L03AB05	Rekombinantli 2b inson alfa-interferoni	7 yoshdan oshgan bolalar uchun rektal, -500 000 XB, 1 supp. 5 kun davomida har kuni 12 soatdan keyin kuniga 2 marta. 7 yoshgacha bo'lgan bolalar, 150 000 XB, 1 supp. 5 kun davomida har kuni 12 soatdan keyin kuniga 2 marta.	1A https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Virusga qarshi dori L03AX	Interferon gamma, gistamin, CD4 ga qarshi antanachalar	6 oylikdan tomchilarda, 3 yoshdan oshgan bolalar sxema bo'yicha tabletkalarda: davolashning 1-kunida 8 tabletkalar olinadi. quyidagi sxema bo'yicha: 1 jadval. birinchi 2 soatda har 30 daqiqada (2 soat ichida jami 5 tabletkalar), keyin o'sha kun davomida yana 1 tabletkalar oling. 3 marta teng oraliqda. 2-kuni va undan keyin 1 tabletkalar oling. To'liq tiklanishigacha kuniga 3 marta.	1B https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Virusga qarshi dori L03AB03	Inson gammaga interferoniga antitanachalar	1 oylik va undan katta yoshdagi bolalar uchun peroral. Sxema bo'yicha qabul qiling (1-kun, 8 tabletkalar, birinchi 2 soatda har 30 daqiqada 1 tabletkalar (2 soatda jami 5 tabletkalar), keyin 1 tabletkadan 3 marta teng oraliqda. 2 kundan boshlab kuniga 3 marta 1 tabletkadan. to'liq tiklanishigacha.	1A https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections
Virusga qarshi dori J05AX05	Inozin pranobeks	Peroral, 3 yosh va undan katta bolalar uchun sirop va tabletkalar. Sirop: 3 yosh va undan katta bolalar uchun (tana vazni 15-20 kg dan ortiq) 3-4 dozada tana vazniga 50 mg/kg ni tashkil qiladi. Tabletkalarda: 1/2 tabletkalar. 5 kg tana vazniga, 3-4 dozaga bo'lingan.	1C https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections

Virusga qarshi, yallig'lanishga qarshi dori ATXR05.	Pelargonium sidoides ildizi ekstrakti.	1 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun og'iz orqali kuniga 3 marta 10 tomchi, 6 yoshdan 12 yoshgacha: kuniga 3 marta 20 tomchi, 12 yoshdan katta, kuniga 3 marta 25 tomchi.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Markaziy ta'sirga ega yo'talga qarshi dori antibrankonstriktor ta'siri bilan R05DB21	Kloperastin	Peroral. Bolalar: 2 yoshdan 4 yoshgacha: kuniga ikki marta 2 ml; 4 yoshdan 7 yoshgacha: kuniga ikki marta 3 ml; 7 yoshdan 15 yoshgacha: kuniga ikki marta 5 ml; kattalar: kuniga 3 marta 5 ml	1A https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Yo'talga qarshi dorilar, balg'am xaydovchi dorilar bundan mustasno R05D	Bradikininga antitanachalar, gistaminga antitanachalar, morfinga antitanachalar	2 yoshdan buyuriladi, 1-2 tabletkadan. kuniga 3 marta ovqatdan keyin foydalaning. Dastlabki 3 kundagi holatning og'irligiga qarab, qabul qilish chastotasi kuniga 4-6 marta oshirilishi mumkin.	1C https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Mukolitik dori R05CB01	Atsetilsistein	Peroral, 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 tabletk. 100 mg dan kuniga 3 marta yoki 2 tabletk. kuniga 2 marta, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar: 1 tabletk 100 mg yoki 5 ml sirop kuniga 2-3 marta (kuniga 200-300 mg atsetilsistein).	1A https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-tek/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
Mukolitik dori R05CB03	Karbotsistein	2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar - kuniga 2 marta 5 ml. Kuniga doza 200 mg dan oshmasligi kerak. 5 yoshdan oshgan bolalar - kuniga 3 marta 5 ml. Kuniga doza 300 mg dan oshmasligi	1A https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-tek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80

		kerak. 50 mg/ml sirop: 15 ml dan kuniga 3 marta, yaxshisi ovqatdan 1 soat oldin yoki ovqatdan 2 soat keyin.	%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
Mukolitik dori R05CB06	Ambroksol	Peroral, 5 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: 2-3 bo'lingan dozada kuniga 30-45 mg. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 22,5 mg 3 dozaga bo'lingan. 2 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga 15 mg 2 dozaga bo'lingan.	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
Mukolitik dorilar R05FB02	Butamirat + Gvanfenesin	Peroral, 7 kg gacha, kuniga 3-4 marta 8 tomchi, 7-12 kg, kuniga 3-4 marta 9 tomchi, - 12-20 kg, kuniga 3 marta 14 tomchi, 20-30 kg, kuniga 3-4 marta 14 tomchi, - 30-40 kg, kuniga 3-4 marta 16 tomchi, 40-50 kg, kuniga 3 marta 25 tomchi, - 50-70 kg, kuniga 3 marta 30 tomchi, 70 kg dan ortiq, kuniga 3 marta 40 tomchi	1B https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Yo`talga qarshi dori vosita R05DB27	Levodropropizin	Peroral, sirop, ovqatlanish oralig'ida. 2 yoshdan oshgan bolalar kuniga 3 marta 1 mg / kg miqdorida buyuriladi; tana vazni 10-20 kg - 18 mg, 20-30 kg - kuniga 3 marta 30 mg. 12 yoshdan oshgan bolalar - kuniga 2-3 marta 60 mg, kamida 6 soatlik interval bilan davolash davomiyligi - 7 kundan ortiq emas.	1C https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children
Mukolitik dori R05CB	Bradikininga, gistaminga, morfinga	3 yoshdan katta bolalar uchun kuniga 3 marta 1-2 choy qoshiqdan foydalaning.	1B https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-

	tozalangan antitanachalar.	Ovqatdan tashqari kuniga 3 marta 1-2 tabletkadan oling. (to'liq eriguncha og'izda saqlang).	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
Balg`am haydovchi va bronxospazmolitik, yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega o'simlik dori R05CA	Standartlashtirilgan quruq pechak barglari ekstrakti (5-7,5:1) EA 575	Peroral 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 tabletk. Kuniga 2 marta, 12 yoshdan oshgan bolalar - 1 tabletk. ertalab va ½ tab. Kechqurun. 35 mg paketlardagi eritma: 12 yoshdan oshgan bolalar, 1 paket. Kuniga 3 marta, 6 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolalar 1 paketdan. kuniga 2 marta.	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
Balg`am haydovchi va bronxospazmolitik yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega o'simlik dori R05CA	Kekik o'ti (Thymiherba), pechak barglari (Hederaefolium)	Peroral, 3-12 oylik bolalar - kuniga 3 marta 1,1 ml; 1-2 yoshli bolalar - kuniga 3 marta 2,2 ml; 2-6 yoshli bolalar - kuniga 3 marta 3,2 ml; 6-12 yoshdagi bolalar - kuniga 3 marta 4,3 ml; 12 yoshdan oshgan o'smirlar va kattalar - kuniga 3 marta 5,4 ml.	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Natriy xlorid eritmasi gipertonik S01X	Faol moddalar: 3% natriy xlorid +0,1% natriy	Nafas olish uchun eritma 1 ml uchun 30 mg, 4 ml li idishlarda. Bolalar: 2 ml dan	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall

	gialuronat	kuniga 2 marta, 5-7 kun;	32-treatment?form=fpf#showall
Immunostimulyatorlar L03	Natriy aminodihidroftalazindion	Rektal: 1 sup. har kuni 5 kun, keyin 1 osh qoshiq. 10 kun davomida har ikki kunda. Kurs - 15 supp. Sublingual tabletkalar. Har biri 1 ta stol kuniga 4 martagacha yoki 2 tabletk. Kuniga 2 marta 5 kun	1C https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall
Immunostimulyator L03	Azoksimer bromid	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).	1C https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children

1C Bolalar uchun antipiretik preparatlardan yoki parasetamol (N02BE01) yoki ibuprofen (M01AE01) tanlanish kerak. Ikkala dorini bir vaqtda qo'llash mumkin emas [5,14].

II C Surunkali bronxitda, tipik bakterial floradan kelib chiqqan bakterial infektsiya belgilari bilan birga, ba'zi hollarda amoksitsillinni kuniga 70 mg / kg dozada 5-7 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi. [1,2].

2C O'pkada xirillashlar va bronxo-obstruksiyaning boshqa belgilari bo'lmasa, quruq, og'riqli yo'talda ba'zi hollarda markaziy ta'sir ko'rsatadigan yo'talga qarshi vositani qisqa kurs buyurishni ko'rib chiqish tavsiya etiladi [3,23,58].

1C Mukolitiklar guruhidan dori-darmonlarni yopishqoq, qiyin ajratilgan balg'am uchun buyurish tavsiya etiladi [3,23,58,59].

1C Bolalarda surunkali bronxit uchun tizimli antigistaminlarni qo'llash ularning samaradorligini tasdiqlovchi dalillar yo'qligi sababli tavsiya etilmaydi [3, 4, 23, 58].

Bolalarda SOB da bronxoobstruktiv sindromni davolash uchun zarur bo'lgan dorilar ro'yxati
(100% foydalanish ehtimoli bilan):

Jadval 2

Farmakoterapevtik guruh	Preparatning xalqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Bronxodilatator dori -selektiv beta-2-adrenomimetiklar R03AC02	Salbutamol	Ingalyatsiya uchun eritma, 1 mg/ml, kukun, aerazol, nebulalar (konteynerda) 2 ml. 18 oylik bolalarga buyuriladi: bronxial obstruksiya uchun tavsiya etilgan doz 100-200 mkg (1 yoki 2 inhaliya). Kundalik doz 800 mkg dan oshmasligi kerak (8 inhaliya). 2,5-5 mg dan kuniga 4 marta; yuqori dozalar - kuniga 40 mg gacha (qattiq tibbiy nazorat ostida!)	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Glyukokortikosteroidlar (ingalyatsion) R01AD08	Flutikazon	Ingalyatsiya uchun suspenziya 1 mg/ml, nebulalar (konteynerda) 2 ml. 4 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan bolalar: kuniga ikki marta 1 mg. 16 yosh va undan katta bolalar: kuniga ikki marta 0,5-2 mg. Ko'rsatilgan maksimal dozalarni 7 kun davomida qo'llash tavsiya etiladi, shundan so'ng dozani kamaytirish kerak.	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Bronxodilatator dori -selektiv beta-2-adrenomimetiklar R03AC04	Fenoterol	6 yoshgacha bo'lgan bolalar (tana vazni 22 kg dan kam) 50 mkg / kg (5 - 20 tomchi = 0,25 - 1 mg) kuniga 3 marta; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar (tana vazni 22 - 36 kg) 0,5 - 1,5 mg (10 - 30 tomchi) kuniga 4 marta; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar kuniga 4 marta 1-2 mg (20-40 tomchi)	1A https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

			ape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Simpatomimetiklar boshqa dorilar bilan birgalikda R03AL01	Fenoterol va ipratropium bromid	6 yoshgacha bo'lgan bolalar (tana vazni 22 kg dan kam): 25 mkg ipratropium bromid va 50 mkg fenoterol + 1 kg tana vazniga 0,1 ml (2 tomchi), lekin 0,5 ml dan ko'p bo'lmagan 3 marta; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar: 0,5 ml (10 tomchi) dan 2 ml (40 tomchi 4 marta; 12 yoshdan oshgan bolalar: 1 ml (20 tomchi) dan 2,5 ml (50 tomchi), ayniqsa og'ir holatlarda 4 gacha). ml (80 tomchi) 4 marta	1A https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Kombinatsiyada sekretolitiklar va nafas yo'llarining motor funksiyasini stimulyatorlar, balg'am ko'chiruvchi preparatlar R05C	Salbutamol+bromgeksin+gvayfenezin	Sirop: 6 yoshgacha bo'lgan bolalar 5 ml 3 marta; 6 yoshdan 12 yoshgacha 5 - 10 ml 3 marta; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar uchun 10 ml 3 marta. Planshetlar: 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar 1/2 - 1 tabletka. 3 marta; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalar uchun 1 stol. 3 marta	1A https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Leykotrien retseptorlari antagonistlari R03DC03	Montelukast	2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun planshetlar 4 mg 1 marta; 6 yoshdan 14 yoshgacha - kuniga 1 marta 5 mg, 14 yoshdan katta va kattalar uchun 10 mg; sashe - 6 oydan boshlab, kuniga bir marta 4 mg.	1A https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Ksantinlar R03DA11	Doksofilin	12 yoshdan oshgan bolalar: 1 tabletkadan (400 mg) kuniga 2 marta. Shifokor tavsiyasiga ko'ra, qabul qilish chastotasi kuniga 3 martagacha oshirilishi mumkin. 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar - 1/2 tabletkadan kuniga 2-3 marta (kuniga 12-18 mg / kg).	1A https://www.msdmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children

		2% sirop 100 ml 12 yoshdan katta bolalar: 10 ml (2 choy qoshiq) kuniga 2 yoki 3 marta <12 yosh: 6-9 mg/kg tana vazniga kuniga ikki marta.	<u>children</u> <u>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</u>
Yoʻtalga qarshi dori vosita R05DB27	Levodropropizin	Peeroral, sirop, ovqatlanish oraligʻida. 2 yoshdan oshgan bolalar kuniga 3 marta 1 mg / kg miqdorida buyuriladi; tana vazni 10-20 kg - 18 mg, 20-30 kg - kuniga 3 marta 30 mg. 12 yoshdan oshgan bolalar - kuniga 2-3 marta 60 mg, kamida 6 soatlik interval bilan davolash davomiyligi - 7 kundan ortiq emas.	1C <u>https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</u> <u>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</u>
Tizimli glyukokortikosteroidlar H02AB02	Deksametazon	In'ektsiya uchun eritma (1 ml/4 mg). Bolalar uchun parenteral: 0,02776 - 0,16665 mg / kg 1 - 2 marta;	1A <u>https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</u> <u>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</u>
Alfa-, beta-adrenomimetiklar C01CA24	Epinefrin	Bronxospazmda teri ostiga 0,01 mg/kg (maksimal 0,3 mg gacha) har 15 daqiqada 3-4 marta yoki har 4 soatda.	1A <u>https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</u> <u>https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</u>

Ko'rsatkichlar bo'yicha bolalarda surunkali bronxitni davolash uchun tavsiya etilgan asosiy antibakterial dorilar ro'yxati (qo'llash ehtimoli 100% dan kam bo'lsa):

3-jadval

Farmakoterapevtik guruh	Preparatning xalqaro	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
-------------------------	----------------------	------------------	-------------------

	patentlangan nomi		
Aminopenitsillilar	Benzilpenitsillin J01CE01	v/i, m/i 100000-500000 Ed/kg, kuniga 4-6 marta	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ampitsillin J01CA04	v/i, m/i 100-200 mg/kg Peroral, tabletka, suspensiya. Bolalar uchun preparat sutkalik dozada 50-100 mg/kg, vazni 20 kg gacha bo'lgan bolalar uchun 12,5-25 mg/kg, kuniga 4-6 marta	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Oksatsillin J01CF04	v/i, m/i 150-300 mg / kg	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Amoksitsillin J01CA04	Peroral, tabletka, 250 mg va 500 mg kapsulalar, 10 yoshdan oshgan bolalar uchun (tana vazni 40 kg dan ortiq) sutkalik doza 1,0-1,5 g. 5-10 yoshli bolalar uchun sutkalik doza 0,75 g, 2-5 yoshda - 0,375 g, 2 yoshgacha - 20 mg / kg tana vazniga teng.	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Amoksitsillin / sulbaktam J01CA04/J01CG01	v/i, m/i, peroral, 2 yoshgacha - kuniga 40-60 mg/kg, 2-6 yosh - 750 mg, 6-12 yosh - 1,5 g, 12 yoshdan keyin - 2-3 g	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ampitsillin/sulbaktam	v/i, m/i, 150 mg/kg/kun	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis

	JJ01CA04/01CG01		rens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Sultamitsillin J01CA04	Peroral, tabletka, suspenziya 25-50 mg / kg / kun	<p>1C</p> https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Makrolidlar	Azitromitsin J01FA10	Peroral, tabletka, 12 yoshdan oshgan va vazni 45 kg dan ortiq bo'lgan bolalar 3 kun davomida 1 dozada kuniga 500 mg (kurs dozasi - 1,5 g). Preparat og'iz orqali kuniga 1 marta ovqatdan 1 soat oldin yoki ovqatdan 2 soat keyin, chaynamasdan olinadi.	<p>1C</p> https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Klaritromitsin J01FA09	12 yoshdan oshgan bolalar uchun peroral orqali qabul qilinganda, bitta doz 0,25-1 g, qabul qilish chastotasi kuniga 2 marta. 12 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun sutkalik doza 2 dozaga bo'lingan holda 7,5-15 mg / kg / kunni tashkil qiladi.	<p>1C</p> https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Sefalosporinlar-2	Sefuroksim J01DC02	Og'iz orqali, planshetlar, suspenziya, kuniga 2 marta 20-30 mg / kg (500 mg dan ko'p bo'lmagan) (3 oygacha bo'lgan bolalarda mumkin emas)	<p>1C</p> https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Sefaklor J01DC04	Og'iz orqali, kapsulalar, suspenziya 20-40 mg / kg (1500 mg dan ko'p bo'lmagan) kuniga 2-3	<p>1C</p> https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis

		marta	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Sefalosporinlar-3	Sefiksım J01DD08	Og'iz orqali, dispers tabletkalar, kapsulalar, suspenziya, 8 mg / kg, kuniga 1-2 marta	1C https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
IZTsS-3	sefoperazon/sulbaktam	V/i, m/o 40-160 mg/kg/sut, 2-4 m/sut	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	sefotaksim/sulbaktam	V/i, m/o 100-160 mg/kg/sut, 2-3 marta	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
TsS-4	sefepim	V/i, m/o 100-150 mg/kg/sut, 2-3marta	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
IZTsS -4	sefipim/ sulbaktam	V/i, m/o 100-150 mg/kg (sefipimga) /sut, 2-3 marta	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Karbape-nem J01DH02	Imipenem	V/i, m/o V/i- 60 mg/kg, m\o – 1-1,5 g/sut, 2-3 mart	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Meropenem	V/i, 30-60 mg/kg/sut, 2-3 marta/sut, 2-3 marta	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
	Ertapenem	V/i, m/o 30 mg/kg (1 g dan ko'p)	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf
Boshqa antibiotik J01XX01	Fosfomisin neo	V/i 100-200 mg/kg./sut, 1-2 mart	https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf

Boshqa muolajalar

- kislorodli terapiya;
- Pozitsion drenaj, mashqlar terapiyasi..

1A	Surunkali bronxitda mahsuldor mavjudligi sababliKo'pgina bemorlarda traxeo(bronxo)malasiyaning tarkibiy qismi va belgilari bo'lsa, kinesiterapiya masalasini alohida ko'rib chiqish tavsiya etiladi, shu jumladan. balg'amni evakuatsiya qilishni yaxshilash uchun drenaj choralari [3].
-----------	--

Jarrohlik aralashuvi: yo'q

4.5. Ambulator sharoitida davolash samaradorligining baxolash:

- yo'taldan tuzalish;
- intoksikatsiya belgilarini yo'q qilish;
- tana haroratini normallashtirish;
- umumiy axvolini yaxshilash.

5. Surunkali bronxit bilan kasallangan bolalarni gospitalizatsiya qilish uchun ko'rsatmalar

5.1. Rejalashtirilgan gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar:

- bronhoobstruksiya bilan tez-tez takrorlanadigan o'tkir respirator kasalliklar;
- ambulator sharoitida imkoni bo'lmagan qo'shimcha tekshiruvlarni o'tkazish zarurati;
- terapiyani to'g'ri tanlash va korrektsiyalash;
- rejalashtirilgan yoki yengil asoratlar rivojlangan taqdirda kunduzgi statsionarda yoki uyda o'tkazish imkoni bo'lmasa vena ichiga antibiotik terapiyasini o'tkazish zarurati,

5.2. Shoshilinch gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar:

- og'ir premorbid fon (oqsil-energetik yetishmovchiligi, konstitutsiyaviy anomaliyalar, tug'ma rivojlanish nuqsonlari va boshqalar);
- nafas olish yetishmovchiligining og'ir darajasi;
- dastlabki terapiyadan 36-48 soat o'tgach ta'siri yo'qligi;
- oilaning past ijtimoiy xolati;
- uyda davolanish uchun sharoit bo'lmasligi;
- ota-onalarning psixologik xususiyatlari;
- umumiy xavf belgilarining mavjudligi (IMCI bo'yicha);
- yod jismga shubha qilingan bo'lsa bronkoscopiya o'tkazish uchun;
- ko'krak qafasining pastki qismini orqaga tortilishi va nafas yetishmovchiligini kuchayishi va xansirashni kuchayishi;
- kuchli respirator distress (nafas olishda aniq diskomfort, ovqatlanishda va ichishda yoki gapirishda qiyinchilik);

5.3.Surunkali obstruktiv bronxit bilan kasallangan bolalarni gospitalizatsiya qilish uchun ko'rsatmalar

- birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishda IMCI standartiga muvofiq bolalarda umumiy xavf belgilarining mavjudligi;
- nafas yetishmovchiligining kuchayishi va ko'krak qafasining pastki qismini orqaga tortilishi;
- kuchli respirator distress (nafas olishda aniq diskomfort, ovqatlanishda va ichishda yoki gapirishda qiyinchilik);
- og'ir xamkor patologiyaning mavjudligi;
- og'irlashgan premorbid fon (raxit, erta tug'ilish, perinatal entsefalopatiya va boshq.);

- bronxodilatatorlarning 3 kun davomida samarasizligi;
- dam olishda stridor;
- astmatik status;
- asotsial oila.

5.4.Surunkali obstruktiv bronxit bilan kasallangan bolalarni shoshilinch gospitalizatsiya:

- nafas olish tezligini daqiqada 70 va undan yuqori oshirishi.
- bolaning bezovtaligi, qulay pozitsiyani izlash, qovurg`alar aro mushaklarning tortilishi.
- ko'krak qafasi mushaklarining orqaga tortilishi bilan nafas chiqarishni qiyinlashishi.
- markaziy tsianoz.
- PO₂ ning pasayishi.
- PCO₂ ning ortishi.

5.5.O`pkaning sun`iy ventillyatsiyasiga o`tkazish uchun ko'rsatmalar:

- Nafas olish vaqtida nafas tovushlarining pasayishi;
- 40% kislorodni nafas olganda tsiyanozning saqlanishi;
- Qo`zg`atuvchiga og'riq reaksiyasini pasayishi;
- PaO₂ ning 60 mm Hg dan past bo'lishi.;
- 55 mm Hg dan yuqori PaCO₂ ortishi.

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

6. STATSIONAR DARAJASIDA DAVOLASH TAKTIKASI:

1C	<p>BOS bilan kechuvchi SB da birinchi epizod bo'lganda, bronxial obstruksiya darajasining og'irligiga qarab, ingalatsiyalangan b2-agonistlar yoki kombinirlangan preparatga 0,9% natriy xlorid eritmasi qo'shib nebulayzer orqali, yoki maxsus maskali speyzer yordamida dozalangan aerosol ingalyatorini (DAI) dori shaklida buyurish tavsiya etiladi, o`rtacha kuniga 3 mahal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • salbutamol, (R03AL02) bir martalik doza 0,15 ml/kg, maksimal 2,5 ml <6 yoshgacha: 6 yil davoyoshdan kattalarga 5 ml dan yoki 3-5 kunli qisqa kurs davomida spaser orqali 1-2 ingalyatsiya <p>fenoterol + ipratropium bromidi (R03AK03) bitta qabulga 2 tomchi/kg, maksimal 10 tomchi, 6 yoshgacha bolalar uchun 0,5 ml va 6 yoshdan oshgan bolalar uchun 1,0 ml yoki spacer orqali 1-2 marta DAI ingalatsiyasi, 5 kundan ortiq bo'lmagan qisqa kurs davomida [1,2].</p>
-----------	---

1C	<p>BOS ning o`tkir osti va progressiv kechishida, gipoksemiya kuchayishi (SaO₂ 95% dan kam) bilan kechadigan ko'rinishlarda, shuningdek simptomlar doimiy saqlanganda yoki qayta paydo bo'lganda, yoki b2-agonistlarni to'xtatish natijasidan keyin, nebulayzer orqali ingalyatsion kortikosteroidlarni (ICS) buyurish tavsiya etiladi - budesonid suspenziyasi, kuniga 250-500 mkg, a 2 maxal, 5 kungacha bo'lgan qisqa kursda.</p>
-----------	---

6.1. Ko'rsatmalarga asoslanib S`B bilan kasallangan bolalarga yo`talga qarshi va mukolitik terapiyani tanlash algoritmi

Og'riq bilan kechadigan quruq xurujsimon yo'tal
Markaziy ta'sir ko'rsatadigan yo`talga qarshi preparatlar buyuriladi
Butamirat (Sinekod), butamirat tsitrat (Pectolvan Stop), kloperastin (Privituss), bradikinin, gistamin va morfinga antitanachalar (Rengalin)

Bolalarda bronxial obstruksiya bilan bog'liq nafas olish yo'llari kasalliklaridagi yo'tal
Balg'am ko`chirunchi dorilar buyuriladi
Quruq pechak barglari ekstrakti (Prospan), Oddiy pechak barglari ekstrakti + Kekik o'ti ekstrakti (Bronxipret) (qarshi ko`rsatmalar: balg`mli yo'tal, bolaning erta yoshi, aspiratsiyaning yuqori xavfi, har qanday etiologiyaliq bronxoreya, o'pka shishi)
Qalin va yopishqoq balg'amni chiqarishda qiyinchilik tug`diradigan yo'tal
Mukolitiklar buyuriladi
Atsetilsistein, karboksistein, bromgeksin, ambroksol, quruq pechak barglari ekstrakti ((Prospan), ambroksol + karboksistein (Pektolvan C), ingalyatsion eritma 3% natriy xlorida + 0,1% natriy gialuronat (Lorde gial)
Yo'tal bilan kechadigan o'tkir respiratorli kasalliklar va bronxitlar
Yallig'lanishga qarshi dorilar buyuriladi
Bradikinin, gistamin va morfinga antitanachalar (Rengalin), Natriy aminodihidroftalazindion (Galavit) Kombinirlangan preparatlar: Stoptusin, Sinekod

1.1. SOB bolalarda bronxoobstruktiv sindromida harakatlar algoritmi

Bronxoobstruktiv sindromni terapiyasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Bronxolitik terapiya.
2. Bronxlarning drenaj funksiyasini yaxshilash.
3. Desensibilizatsiya qiluvchi terapiya.
4. Yallig'lanishga qarshi terapiya

<p>1-darajali bronxoobstruktiv sindromni davolash:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qisqa ta'sir qiluvchi β2-agonistlar bilan ingaliyatsiya - nebulizer orqali nebutamolni har 6-8 soatda - M-xolinolitik - Atrovent bilan ingalyatsiya; - nebulayzer orqali nebulayzon bilan ingalyatsiya, kuniga 1-2 marta qilish; - peroral doksofilin siropi (6-9 mg / kg tana vazniga) kuniga 1-2 marta; - ko'p miqdorda iliq ishqori baland ichimliklar ichiladi.
<p>2-darajali bronxoobstruktiv sindromni davolash:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nebulayzer orqali nebutamolni ingalatsiya qilish - 20 daqiqadan so'ng ta'sir bo'lmasa, nebulayzerda nebulayzonni ingalatsiya qilish; - kislorod saturatsiyasi 95% ga yetgunga qadar kislorod bilan ingalatsiyasiya qilinadi; - peroral doksofilin siropi (6-9 mg / kg tana vazniga) kuniga 1-2 marta; - mukolitiklarni ingalyatsiya qilinmaydi; - ko'p miqdorda iliq ishqori baland ichimliklar ichiladi.
<p>O'tkazilgan terapiyaga yaxshi javob bo'lganda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qisqa ta'sir qiluvchi β2-agonistlar bilan ingaliyatsiya - nebulizer orqali nebutamolni har 6-8 soatda; - nebulayzer orqali nebulayzon bilan ingalyatsiya, kuniga 1-2 marta qilish; - peroral doksofilin siropi (6-9 mg / kg tana vazniga) kuniga 1-2 marta; - ko'p miqdorda iliq ishqori baland ichimliklar ichiladi.
<p>O'tkazilgan terapiyaga javob qoniqarsiz bo'lsa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qisqa ta'sir qiluvchi β2-agonistlar bilan ingaliyatsiya - nebulizer orqali nebutamolni har 6-8 soatda; - qisqa ta'sir qiluvchi teofillinni vena ichiga yuborish (eufillin 5-10 mg/kg dozada, uni 4 maxalga bo'lib yuvoriladi); - vena ichiga tizimli glyukokortikosteroidlar; - infuzion terapiya (20-30 ml/kg); - kislorod bilan ingalyatsiya.
<p>Qoniqarsiz effect kuzatilganda – reanimatsiya bo'limiga o'tkazish</p>
<p>Yallig'lanishga qarshi terapiya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - topik IGKS – nebulayzon, IGKS ni bronxodilyatator ingalatsiyasidan 15-20 minutdan keyin buyurish tavsiya etiladi. IGKS ingalatsiyasining davomiyligi BOS ning davomiyligi va og'irligi bilan belgilanadi, odatda 5-7 kungacha; - tizimli glyukokortikosteroidlar - 1-2 mg/kg prednizolon 3 kundan ortiq bo'lmagan; - Galavit, Rezistol
<p>Drenaj funksiyasini yaxshilanishi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oral regidratatsiya: iliq ichimlik ichirish; - mukolitiklar: ambroksol guruhidan dorilar (ambrogeksal, lazolvan, ambrobene, ambroksol), prospan, pektolvan C; - o'z ichiga tsistein olgan preparatlar (ACC, flyudetek, fluimutsin)
<p>Antigistamin preparatlar yondosh allergik kasalliklari bor bolalarga tavsiya qilinadi. Shunda 2-avlod antigistamin preparatlar tanlanadi: 6 oylikdan - Zirtek, 1 yoshdan - Zodak. 2 yoshdan oshgan bolalar uchun - loratodinlar (Klaritin, Edem va boshqalar). 5 yoshdan kata bolalarga - Telfast. (https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf)</p>

6.3. Nomedikamentoz davolash:

- SB da respirator yordam;
- Xonada optimal havo rejimini ta'minlash;
- Tana harorati ko'tarilish davrida - yotoqda rejim;
- Adekvat gidratatsiya (ko'p miqdorda iliq ichimliklar);
- Yoshiga mos adekvat ovqatlanish.

6.4. Medikamentoz davolash: Ambulator bosqichdagi davolashni qarang.

6.5. Jarrohlik aralashuvi: yo'q

6.6. Davolash samaradorligining baxolash:

- yo'taldan tuzalish;
- intoksikatsiya belgilarini yo'q qilish;
- tana haroratini normallashtirish;

umumiy axvolini yaxshilash

BOLALARDA SURUNKALI BRONXITNI PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA QILISH MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TASHKEHT - 2024

1. ASOSIY QISM

Kirish.

Surunkali bronxit - bronxlarning surunkali keng tarqalgan yallig'lanishli lezyoni, takroriy kuchayishi bilan yuzaga keladi. Kasallik 2 yil davomida har yili 2-3 marta kasallikning kuchayishi bo'lsa, samarali nam yo'talni, o'pkada (bir necha oy davomida) har xil o'lchamdagi doimiy nam toshqinlarni aniqlash orqali tashxis qilinadi.

https://online.zakon.kz/document/?doc_id=31549157&pos=31;-36#pos=31;-36

1.

1.1. 1.2. Profilaktika va rehabilitatsiya ta'rifi:

Reabilitatsiya (lotinchada rehabilitatio) – tiklash degan ma'noni anglatib, tibbiyotda-organizmning buzilgan funksiyasini va bemorlar hamda nogironlarning mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy, pedagogik va ijtimoiy chora-tadbirlar majmuidan iborat bo'ladi. Tibbiy reabilitatsiya kasallik tufayli funksiyasini yo'qotgan a'zo faoliyatini qisman yoki to'liq tiklash yoki kasallangan sohadagi avj olayotgan jarayonning iloji boricha oldini olishga qaratiladi.

Profilaktika (yunonchada πρόφύλακτικός) – saqlovchi, oldini oluvchi degan ma'noni anglatib, odamlarning uzoq umr ko'rishi, ishlash qobiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilashga, kasalliklarning yuzaga kelishi va tarqalishini oldini olish hamda salomatlikni himoya qilishga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigienik va tibbiy chora-tadbirlar majmuidan iborat.

1.3. Profilaktika turlari;

Tibbiy profilaktika birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi bo'ladi.

Birlamchi tibbiy profilaktika – kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigienik va tarbiyaviy choralar, organizmning sog'lom holatini saqlab qolish, unga patologik ta'sir kursatuvchi omillarning oldini olish.

Ikkilamchi tibbiy profilaktika – kasalliklarni erta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va retsidivlarining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar.

Uchlamchi tibbiy profilaktika – mavjud kasalliklarni davolash, natijalarni yaxshilash uchun bemorni reabilitatsiya qilish va hayot sifatini yaxshilash, noironlik va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirish

2. SURUNKALI BRONXITNI PROFILAKTIKASI.

2.1. Kasallik profilaktikasidan maqsad: xavf omillaridan extiyot bo'lish va bolaning immunitetini mustahkamlashga qaratilgan.

2.2. Kasallikni profilaktikasi uchun tafsiyalar:

- bolani kasal odamlar va virus tashuvchilari bilan aloqasini cheklash, sovuqotishni oldini olish;
- O`RVI bilan kasallangan oila a'zolarini niqob kiyish va qo'llarni yuvish;
- Xonada optimal havo rejimini saqlash, havo ifloslanishi va passiv chekish bilan kurashish;
- ratsional va to'yimli ovqatlanish, shu jumladan ratsionda yetarli miqdorda go'sht, baliq, tvorog, pishloq, tuxum, sabzavotlar, mevalar, sut mahsulotlari va suyuqliklar bolishi shart, allergik reaksiyaga olib keladigan ovqatlar bundan mustasno;
- surunkali yuqumli o'choqlarni reabilitatsiya qilish;
- muntazam ravishda chiniqtirish, aktiv turmush tarzini olib borish, bolaning yoshini hisobga olgan holda jismoniy xarakatlarini ta'minlash (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>);

2.3. Maxsus profilaktik tavsiyalar

* SB bilan ogʻrigan bemorlarga pediater va bolalar pulmonologi tomonidan 2 yil davomida relapslar toʻliq toʻxtatilgunga qadar dispanser nazorati, sanatoriyda davolanish, kuz-qish davrida relapsga qarshi davolanish koʻrsatiladi.

* Bolalarda SBning oldini olish uchun uzoq muddatli surunkali burun oqishi va nafas yoʻllarining boshqa yalligʻlanishiga yoʻl qoʻymaslik kerak. Agar kasallik belgilaridan biri boʻlsa, bolani darhol davolash kerak. Bakterial lizatlardan foydalanish bolalarda bronxitning oldini olishda yaxshi natijalar beradi.

Umumiy tafsiyalarga qoʻshimcha:

- Immunitetni chidamlilikni qoʻllab-quvvatlash va tananing himoya kuchlarini oshirish uchun yil davomida xolekaltsiferol (D vitamini) va sinkni (immunosink) isteʼmol qilish tavsiya etiladi.

- Qayta infeksiyani oldini olish uchun bemorni kasalxonadan erta chiqarish (hayot uchun xavfli simptomlarni bartaraf etilgandan soʻng) maqsadga muvofiqdir, shundan soʻng bolalar 1-3 oy davomida dispanser kuzatuidan oʻtkaziladi. Mahalliy shifokor tomonidan 2 kundan keyin yoki undan oldin takroriy koʻrikdan oʻtish, agar bolaning axvoli yomonlashsa yoki u icholmasa, isitma, xansirash paydo boʻlsa (onaga qanday vaziyatda yana shifokorga murojaat qilish kerakligini oʻrgating).

- OʻOB rtsidivlari boʻlgan bolalarni diagnostika va davolash taktikasini aniqlashtirish uchun allergolog-immunolog va pulmonolog bilan maslahatlashish uchun yuborilishi kerak.

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

3.1.BOLALARDA SURUNKALI BRONXITNI REABILITATSIYASI

SB uchun rehabilitatsiya nafas olish tizimining funksiyalarini tiklashga, shuningdek kasallikning qaytalanish sonini kamaytirishga qaratilgan.

Davolanishdan keyin tiklanish bir nechta maqsadlarni koʻzlaydigan asosiy yoʻnalishlarni oʻz ichiga oladi:

Bronxial drenaj funksiyasini tiklash va shilliq qavatni tozalash. Patologiyaning takroriy shaklga oʻtishi koʻpincha yepiteliya siliyasining motor faolligining pasayishi bilan bogʻliq. Natijada mikroorganizmlar va begona zarralarning chiqarilishi sekinlashadi. Rehabilitatsiya tadbirlari jarayonida nam yoʻtalni saqlab turganda, mukolitiklar, bronxial Shilimshiqning chiqishini yaxshilaydigan oʻtlar va inhaliyalar buyuriladi. Maxsus tebranish massaji va nafas olish mashqlari qoʻllaniladi.

* Fizioterapiya muolajalari orqali qon oqimini va oʻpkaning limfa drenajini yaxshilash.

* Bronxial devorlarning silliq mushak tuzilmalari ohangini normallashtirish, bu maxsus fizioterapiya va uning navlarini qoʻllash orqali amalga oshiriladi (drenaj holati ,koʻkrak qafasining tebranish massaji

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

SB bilan kasallangan bolalarni dispanser nazorati

SB bilan kasallangan bolalarni dispanser monitoringi algoritmi (II B guruhi-1-2 yil davomida bronxit epizodlari):

1. . Tuman pediaterining tekshiruv	3 oyda 1 marta;
------------------------------------	-----------------

<p>2. Mutaxassis tomonidan muddatlari:U</p> <p>shifokorlar kuzatuv</p>	<p>otorinolaringolog-yiliga 2 marta;</p> <p>- tish shifokori-yiliga 2 marta; -</p> <p>pulmonolog yiliga 1-2 marta tashqi nafas olish funksiyasini o'rganish bilan; - immunolog-ko'rsatmalarga muvofiq;</p> <p>- allergist-yiliga 1 marta;</p> <p>- fizioterapevt-yiliga 2 marta;</p> <p>- jismoniy terapiya shifokori-yiliga 2 marta;</p> <p>- ftiziolog – yiliga 1 marta.</p>
<p>3. Laborator-instrumental tekshirish darajasi:</p>	<p>UKT,UST -yiliga 2 marta, shuningdek, CKD va interkurrent kasalliklarning kuchayishi bilan. Ko'krak rentgenogrammasi, balg'am madaniyati, spirografiya, YEFGDS – ko'rsatmalarga muvofiq; Mantoux reaksiyasi - yiliga 1 marta.</p>
<p>4. Sog'lomlashtirish tadbirlari</p>	<p>Ratsional ovqatlanish. Tabiiy fortifikatsiya. Rejim yumshoq. Mahalliy sanatoriylardan keng foydalanish. Sanatoriyda yozda alevlenmasdan davolash:" Oqtosh"," Archazor"," Zomin"," Qibray"," Miraki"," Xumsan " 2 – 3 oy (iqlimiy davolash).</p>
<p>5. Kaytalanishiga qarshi davolash</p>	<p>Qaytalanishiga qarshi davolash yiliga 2 marta (bahor, kuz) quyidagilarni o'z ichiga oladi: 2-4 haftalik kursli vitamin va mineral komplekslar, bakterial lizatlar yoki boshqa Immunomodulyatorlar, fitoterapiya, tuz-ishqoriy inhaliyalar va o'simlik qaynatmalari, 10-sonli ko'krak massaji (yiliga 2-4 marta), nafas olish gimnastikasi elementlari bilan fizioterapiya.</p>
<p>6. Ish rejimi</p>	<p>Maktab o'quvchilari uchun bu normaldir. To'liq klinik, rentgenologik tiklanishdan so'ng maktabgacha ta'lim muassasasiga tashrif. Qo'shimcha dam olish kuni yoki individual mashg'ulotlar haqida gap yo'q.</p>
<p>7. Emlash rejimi</p>	<p>Profilaktik yemlashlar klinik tiklanish va normal qon ro'yxatidan 1 oy o'tgach.</p>
<p>8. Xarakat rejim.</p>	<p>Og'irlashgandan keyin 1 oy davomida jismoniy tarbiyadan ozod qilish, keyin tayyorgarlik guruhi.</p>
<p>9. Ro'yxatdan o'chirish mezonlari</p>	<p>Bronxitning oxirgi yepizodidan keyin 2 yil davomida bronxitning qaytalanishi va tez-tez o'tkir kasalliklarning yo'qligi.</p>

.2. Natijalar va prognoz

SB natijasi bronxial devor sklerozi, peribronxial skleroz, bezlar, mushaklar, yelastik tolalar, xaftaga atrofiyasi, bronxial lumenning mumkin bo'lgan stenoz yoki bronxoyektaz shakllanishi bilan kengayishi.

SB bilan og'rikan bemorlarga pediatr va bolalar pulmonologi tomonidan dispanser nazorati 2 yil davomida relapslar to'liq to'xtatilgunga qadar, sanatoriyda davolanish, kuz-qish davrida relapsga qarshi davolanish ko'rsatiladi.

Bolalarda SBning oldini olish uchun uzoq muddatli surunkali burun oqishi va nafas yo'llarining boshqa yallig'lanishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Agar kasallik belgilaridan biri bo'lsa, bolani darhol davolash kerak. Bakterial lizatlardan foydalanish bolalarda bronxitning oldini olishda yaxshi natijalar beradi.

SB bilan og'riغان bemorlar uchun o'quv dasturi:

1. Chekish va chekishdan saqlanish.
2. Jismoniy va kimyoviy omillarga ta'sir qilish bilan bog'liq mashg'ulotlar va sevimli mashg'ulotlardan saqlanish.
3. Profilaktik tekshiruvlar va shifokorlar tomonidan dinamik kuzatuvdan o'tish: pediatr, pulmonolog yiliga 2 marta yoki ko'rsatmalarga muvofiq.
4. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi, spirometriya + bronxodilatator testi-yiliga 1 marta yoki ko'rsatilgandek.
5. Oktyabr oyidan boshlab shamollash davrida siz o'tkir respiratorli infeksiyalar va grippning kutilayotgan yepidemiyaiga tayyorgarlik ko'rishingiz kerak-odamlarning ommaviy yig'ilishlaridan, niqob rejimidan, grippga qarshi yemlashdan saqlanish.
6. Kundalik nafas olish mashqlari va terapevtik suzish (haftasiga 1 marta) alohida tanlanadi, ko'krak massaji – kamida 3 oyda bir marta.
7. Qattiqlashuv-bu intensivlikning oshishi bilan terining muntazam, vaqti-vaqti bilan takrorlanadigan tirnash xususiyati orqali moslashishning fiziologik mexanizmlarini o'rgatish. Harorati 23 dan past bo'lgan suv, C tirnash xususiyati beruvchi ta'sirga yega

ADABIYOTLAR RO'YXATI

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., Lerttrakarnnon 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. 151с.
- 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.

иложение 1. 1-ilova.

Bolalarda nafas olish yo'llari kasalliklarining asosiy klinik sindromlarining etiologiyasi

Patogen	Asosiy sindromlar	Epidemiologiya
Gripp	traxeit, nazofaringit, isitma bilan krup, bronxit, pnevmoniya, Rey sindromi (B gripp bilan)	epidemiya qishda (yanvar-mart) bo`ladi
Paragripp	rinofaringit, laringit, traxeobronxit, bronxiolit, pnevmoniya	endemik, 2 yilda bir marta epidemiya (3 serotip)
RS - virusi	Isitma bilan rinofaringit, katta yoshdagi bolalarda - afebril bronxiolit, pnevmoniya; kattaroq bolalarda - astmaning xuruji	xar yillik epidemiya, ko'pincha bahorda, kasallanish noyabrdan aprelgacha ko'payadi
Rinoviruslar	nazofaringit, krup isitma bilan yoki isitmasiz, chaqaloqlarda bronxiolit	kuz va bahorda ko`payadi
Koronaviruslar	nazofaringit - ko'pincha 1 yoshdan oshgan bolalarda, bronxit, pnevmoniya (SARS, atipik pnevmoniya)	epidemiya qishda va erta bahorda
Metapnevmonovirus	rinit, bronxiolit, krup	epidemiya qish va bahorda, ko'pincha mikst- infeksiya ko`rinishida
ECNO viruslari	chaqaloqlarda nazofaringit, ECHNO eksantemalari, meningit	endemik, barcha fasllarda kuzatiladi
Koksacki viruslari	faringit, gerpetik angina, gemorragik kon'yunktivit, ekzantema, qo'l-oyoq-og'iz sindromi, markaziy asab tizimining shikastlanishi, miokardit, gepatit, limfadenit, epidemik miyalgiya	yoz va erta bahorda endemic ko`payadi
Adenoviruslar	rinofaringit, faringo-kon'yunktival isitma, isitma bilan kechadigan faringit, katta yoshdagi bolalarda afebril, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya, obliterlovchi bronxiolit, gastroenterit	1,2,5,6 serotiplar - endemik, barcha fasllarda; 3,4,7,14 serotiplar - epidemiya, har 4-5 yilda ko'tariladi
Bokavirus	rinofaringit, isitma (38,5 S dan yuqori, ba'zida febril konvulsiyalar), bronxiolit, obstruktiv bronxit, pnevmoniya, gastroenterit	endemik, qishda kasallanish kuchayadi
Mikoplazma	nazofaringit, rinit, blyashka bo'lmagan tonzillit, bronxiolit, pnevmoniya	endemik, barcha fasllar

Ilova 2. 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda taxipnoening yosh mezonlari

Yosh	Oddiy qiymatlar (daqiqada NS)	Taxipnoe (NS minutaga)
2 oygacha	30-50	≥ 60

2-12 oy	25-40	≥ 50
1-5 yosh	20-30	≥ 40
> 5 yoshdan	15-25	≥ 30

Ilova 3. Bronxo-obstruktiv sindromning og'irligini baholash shkalasi

Ball ar	Nafas olish soni	Xushtaksim on xirillashlar	Emfizemaning og'irlik darajasi	Tsianoz	Yordamchisi mushaklarni ishtirok etishi
0	yosh normasiga mos keladi	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q
1	1-2 oy <50 2-12 oy <40 1-5 yosh <30 6-8 yosh <25	terminal, nafas chiqarishda (auskultatsiyada)	ko'krak qafasi kattalashmagan, lokal qutisimon perkutor tovush	yig'laganda perioral tsianoz	o'mrov usti va osti chuqurchalari
2	1-2 oy 50-60 2-12 oy. 40-50 1-5 yosh 30-40 6-8 yosh 25-30	nafas chiqarishda va nafas olishda	ko'krak qafasi vizual ravishda o'rtacha shishgan, o'pkaning yuzasida perkussiyada quti tovushi	tinch xolatda perioral tsianoz	o'mrov usti va osti chuqurchalari qovurg'alar aro bo'shliqlar
3	1-2 oy <60 2-12 oy <60 1-5 yosh <40 6-8 yosh <30	masofadan eshitiladi	ko'krak qafasi keskin shishgan, o'pkaning yuzasida perkussiyada aniq quti tovushi	tinch xolatda xamma joylarda	o'mrov usti va osti chuqurchalari qovurg'alar aro bo'shliqlar, qovurg'alar osti (qorin mushaklari)

Eslatma: BOS yo'q - 0-1 ball; I-darajali BOS (yengil) - 2-4 ball; II darajali BOS (o'rtacha) - 5-8 ball; III darajali BOS (og'ir): 9-12 ball

Ilova 4. BOS da nafas yetishmovchiligini og'irlik darajasini baholash

Belgilar	Ballarda hisoblash		
	0	1	2
Tsianoz	Nafas olayotganda yo'q	Nafas olayotganda bor	FiO ₂ > 0,4 da bor
Nafas olishda auskultativ xirillashlar	Normal	Sust	Yo'q
Ekspirator stridor	"Tovushsiz" xansirash	O'rtacha	Kuchli
Yordamchi mushaklarning ishtiroki	Yo'q	o'mrov usti va osti chuqurchalari	Nafas olish paradoksi
Bemorni ahvoli	Normal	Depressiv yoki hayajonda	Koma

Ko'rsatkich	Norma chegaralari	Birliklar
pH	7,35 – 7,4 – 7,45	
PaCO ₂	4,8 - 5,3 - 5,9	kPa

	36 - 40 - 44	mm simob ustunida
PaO ₂	11,9 - 13,2 90 - 100	kPa mm simob ustunida
AB (HCO ₃ -aktual bikarbonat)	22 - 24 - 26	mmol/l
SB (standart bikarbonat)	22 - 24 - 26	mmol/l
EE (bufer bazasi kontsentratsiyasi)	40-60	mmol/l
BE (ishqorlar ortiqcha yoki kamchilik)	±1,2 - 2,5	mmol/l

6-ilova. Asosiy spirografik ko'rsatkichlarning normal qiymatlari chegaralari (hisoblangan to'g'ri qiymatga nisbatan %da)

Ko'rsatkichlar	Norma	Shartli norma	Buzilishlar		
			O'rtacha	Muhim	O'tkir
O'pkaning hayotiy sig'imi	>90	85-89	70-84	50-69	<50
FEV1	>85	75-84	55-74	35-54	<35
FEV1/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-ilova. Bronxo-obstruktiv sindromida spirografik parametrlarning tipik o'zgarishlari

Ko'rsatkich	Bronxoobstruktiv sindrom
O'pkaning umumiy sig'imi	N, ↑
hayotiy qobiliyat	N, ↓
Nafas olishning zahiraviy hajmi	N
Ekspiratuar zahira hajmi	↓
Majburiy nafas chiqarish hajmi 1 s (FEV1)	↓
FEV1/VC (Tiffno indeksi)	↓

Eslatma: N - normal ko'rsatkich, ↑ - ko'tarilgan ko'rsatkich, ↓ - pasaygan ko'rsatkich.

8-ilova. Bolalarda SOB diagnostikasi bo'yicha asosiy xarakteristikalar

Harakat bosqichlari	Harakat vositalari (orientir belgilar)	O'z-o'zini nazorat qilish mezonlari (diagnostik belgilar)
GOSPITALIZATSIYAGACHA OLDINGI BOSQICH		
Bemorning umumiy holatini baholash	Vizual (tekshirish) Bemorning umumiy holatini baholash; - uning xulq-atvori va xolati;	Ko'pincha bolalarda, hatto sezilarli obstruksiya bo'lsa ham, umumiy holati kam o'zgaradi, holatining og'irligi odatda yengil intoksikatsiya belgilari fonida nafas olish buzilishi bilan bog'liqdir; Ko'pincha bolalarda deyarli normal jismoniy

		faollik saqlanadi, ishtahasi pasymaydi, bola bezovta bo`lishi mumkin, onasini qo'yib yubormaydi, uning qo`lida o`ziga eng qulay xolatni izlaydi.
Bemorning shikoyatlari va anamnezini o'rganish	Bolaning yoshini, bemorning shikoyatlarini, kasallikning sababini aniqlang, genealogik anamnezni baholang;	U har qanday yoshdagi bolalarda, ko'pincha hayotning dastlabki 3 yilida rivojlanishi mumkin. BOS odatda O`RVI ning 2-3 kunida, asta-sekin paydo bo'ladi. Shikoyatlar quruq yo'tal, subfebril isitma (ko'pincha normal bo`lishi mumkin), tez-tez nafas olish va xirillashlar, uzoqdan eshitiladi. Atopiya belgilari yo'q.
Bemorni ko`rikdan o`tkazish	Terining holatini, kataral belgilarini mavjudligini baholang, nafas olish tezligini hisoblang, nafas olish aktida yordamchi mushaklarning ishtirokini aniqlang, yurak urish tezligini hisoblang, o'pka va yurak auskultatsiyasini o'tkazing;	Teri fiziologik rangga ega, og'ir nafas olish buzilishlarda perioral tsianoz rivojlanadi, febril isitmada teri issiq bo`ladi. Yuqori nafas yo'llari tomonidan kuchli kataral alomatlar aniqlanadi, quruq yo`tal, qiyin ajraladigan bo'lgan bo`lishi mumkin. Auskultatsiyada daqiqada 50 tagacha nafas olishi, dag`al nafas, uzaygan nafas chiqarish, ko`p quruq, xushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Taxikardiya bo`lishi mumkin.
STATSIONAR BOSQICH		
Stasionar bosqichning muolajalari	Laborator usullar. UQT ni o'tkazing; Instrumental tekshirish usullari. Ko'krak qafasi rentgenogrammasini o'tkazing.	Leykotsitlar soni normal yoki kamaygan, limfotsitoz, ko'pincha eozinofiliya, normal yoki biroz tezlashgan EChT (20 mm / soatgacha). Rentgenogramma barcha erta yosh bolalar uchun o`tkazilish kerak, chunki pnevmoniya ko'pincha obstruktiv sindrom ostida o`tishi mumkin. Obstruktiv bronxit o'pkaning shishishi belgilari bilan tavsiflanadi - o'pka maydonlarining rangini ocharishi, bronxovaskulyar rasmning kuchayishi.
Klinik tashxisni shakllantirish	Klinik fikrlash. Tashxisda asosiy kasallik va nafas olish yetishmovchilik darajasini ko'rsating	XKK-10 ga muvofiq bolsin.

9-ilova. Isitmani tushurish uchun antipiretiklarni tayinlash mezonlari

Bolalar guruhlari	Isitmaning qulay turi, "pushti isitma"	Isitmaning noqulay turi, "oq" isitma
2 oydan oshgan sog'lom bolalar.	39,0-39,5 °C dan yuqori	38,0 °C dan yuqori
Xavf guruhidagi bolalar*	38,0-38,5 °C dan yuqori	37,5 °C dan yuqori

** Asoratlarning rivojlanishi bo'yicha xavf guruhiga quyidagilar kiradi: 2 oygacha bo'lgan bolalar 38 °C dan yuqori harorati bo'lganda, anamnezda febril tutqanoqlar, qon aylanish tizimining surunkali patologiyasi, irsiy metabolik kasalliklar.*