

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 ЎТКИР БРОНХИОЛИТ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

Тошкент – 2025



“ТАСДИҚЛАЙМАН”

ЎЗР ССВ ВИПИАТМ Директори

А.А. Абдукаюмов

» _____ 2025 йил

“БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ

Тошкент – 2025

**“БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТ”
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ - 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

10-Халқаро касалликлар таснифида (ХКТ-10) “Ўткир бронхиолит” J21-J21.9 бўлимига киритилган. 11-Халқаро касалликлар таснифида (ХКТ-11) “Ўткир бронхиолит” 12 боб “Нафас аъзолари касалликлари”, SA40-SA4Z “Ўпка инфекциялари” бўлими SA41 “Ўткир бронхиолит” категориясига киритилган. “Болаларда ўткир бронхиолитни ташхислаш ва даволаш “бўйича ушбу клиник протокол Ўзбекистон Республикасининг туман, вилоят ва республика соғлиқни сақлаш ташкилотларининг амбулатор ва стационар шароитида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатишга мўлжалланган.

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифри: Ўткир бронхиолит

МКБ-10	
Код	Номи
J21	Ўткир бронхиолит
J21.0	Респиратор синцитиал вирус кўзғатган ўткир бронхиолит
J21.8	Бошқа аниқ бўлган агентлар кўзғатган ўткир бронхиолит
J21.9	Аниқ бўлмаган ўткир бронхиолит
Гиперҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=903
МКБ-11	
Код	Номи
SA41.Z	Аниқ бўлмаган ўткир бронхиолит
SA41.Y	Бошқа аниқ бўлган ўткир бронхиолит
1E32	Грипп, вирус аниқланмаган Грипп касаллигида кузатиладиган бронхиолит
SA41.0	Респиратор синцитиал вирус кўзғатган сурункали бронхиолит
Гиперҳавола	https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release

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

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

КЛИНИК ПРОТОКОЛНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ҚУЙИДАГИ АЪЗОЛАР ЎЗ ХИССАЛАРИНИ ҚЎШДИЛАР:

Ишчи гуруҳи аъзолари:

1. Абдуқаюмов Абдуманнон Абдумаджидович – т.ф.д, ЎзР ССВ РИПИАТМ директори;
2. Мирсалихова Наргис Хайруллаевна – т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ, илмий ишлар бўйича директор ўринбосари;
3. Шамсиев Фуркат Мухитдинович – т.ф.д, профессор, ЎзР ССВ РИПИАТМ, пулмонология бўлими раҳбари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, бош болалар пулмонологи

Асосий муаллифлар рўйхати:

1. Шамсиев Фуркат Мухитдинович – т.ф.д, профессор, РИПИАТМ, пулмонология бўлими раҳбари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, бош болалар пулмонологи
2. Азизова Нигора Давлатовна - т.ф.д, РИПИАТМ, пулмонология бўлими етакчи илмий ходим;
3. Мусажанова Раъно Анварбековна – т.ф.д, РИПИАТМ, илмий котиби;
4. Каримова Нилуфар Иргашевна – т.ф.д, РИПИАТМ, пулмонология бўлими катта илмий ходими;
5. Узакова Шохсанам Баҳрамовна – т.ф.н., РИПИАТМ, пулмонология бўлими катта илмий ходими.
6. Абдуллаева Малика Қудратовна – т.ф.н., РИПИАТМ, пулмонология бўлими мудири
7. Якубова Озода Шариповна - РИПИАТМ, пулмонология бўлими врач-ординатори

Тақризчилар:

Агзамова Шоира Абдусаламовна т.ф.д., ТошПТИ “1-Оилавий тиббиёт, жисмоний тарбия, фуқаролар муҳофазаси” кафедраси профессори

Умарназарова Зулхумор т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ
Ерназаровна гастроэнтерология бўлимининг етакчи илмий ходими;

Миллий клиник протокол лойиҳасини муҳокама қилиш: Миллий клиник протокол Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгашининг 2025-йил 25-февралдаги 2-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди. Ишчи гуруҳ раҳбари- т.ф.д. ЎзР ССВ РИПИАТМ директори, т.ф.д. Абдуқаюмов Абдуманнон Абдумаджидович

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

1. Шамансурова Элмира Амануллаевна – т.ф.д., профессор, “1-Оилавий тиббиёт, жисмоний тарбия, фуқаролар муҳофазаси” кафедраси мудири;
2. Файзиев Обид Нишанович – т.ф.н., доцент, ТошПТИ “1-Оилавий тиббиёт, жисмоний тарбия, фуқаролар муҳофазаси” кафедраси доценти;

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 мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор ўқитувчилари, Ўзбекистон педиатрлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИПИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Миллий клиник протоколдан фойдаланувчилар:

- Педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари; пульмонологлар; аллергологлар; тез ва шошилиш ёрдам шифокорлари; тиббиёт олий ўқув юртлари ва коллежлари талабалари; тиббиёт олий ўқув юртлари ва коллежлари ўқитувчилари; ординаторлар; магистратура резидентлари (аспирантурадан кейинги таълим).

Беморлар тоифаси:

ўткир бронхиолитга шубҳа қилинган ва аниқланган ташхиси бўлган болалар.

ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Синф	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИНИ
I	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашув усуллари фойдали ва самарали эканлиги исботланган ёки умумий қабул қилинган ВА потенциал фойда потенциал хавфдан аниқ ва сезиларли даражада устундир.	Тавсия этилган
II	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашувнинг фойда / самарадорлигига зид маълумотлар ва/ёки фикрлаш тафовути ЁКИ фойда/хавф мувозанатига оид ноаниқлик.	Мақсадга мувофиқ
IIIa	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлигини кўрсатади.	

Шь	Маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлиги ҳақида унча аниқ ишонарли эмас.	Ўта эҳтиёткорлик билан
-----------	---	---------------------------------------

**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 чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз 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 чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар церийаси 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

Мундарижа

«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	4
«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	45

3. Қисқатмалар рўйхати

АБТ - антибактериал терапия
АБП-антибактериал препарат
БА - бронхиал астма
БГР - бронхиал гиперреактивлик;
БОС - бронхо-обструктив синдром
ООЕЕ-озикланишнинг оксил-енергетик етишмовчилиги
ГСС - глюкокортикостероидлар
ДИ - дозали ингаляторлар
НЙе - нафас олиш этишмовчилиги
ЎҲС - ўпканинг ҳаётгий сифими
ЎСВ - ўпканинг сунъий вентилицияси
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
ЎБЛ - ўткир бронхиолит
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 ҳаётгий қобилият
НС - нафас олиш сони
ЭКГ - электрокардиограмма
ЭХОКГ - эокардиёграфия
РаО2 - кислороднинг парциал босими
РаСО2 - карбонат ангидриднинг парциал босими
СаО2 - қоннинг кислород билан тўйинганлиги, сатурация

2. АСОСИЙ ҚИСМИ

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.

Ўткир бронхиолит кўпинча эпидемиялар пайтида ва асосан 24 ойгача бўлган болаларда ривожланади. Бронхиолитнинг сабаби вирусли инфекция бўлиб, бу касаллик мавсумий бўлиб, асосан қишда ривожланади.

Бронхиолитнинг энг кенг тарқалган сабаби респиратор синцитиал вируси (РСВ) бўлиб, бу касалликнинг 80% ҳолатларини келтириб чиқаради, аммо патологияга риновируслар, аденовируслар, энтеровируслар, грипп ва парагрипп вируслари каби нафас йўллари зарарлайдиган бошқа вирусли агентлар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Симптомлар одатда енгил ва бир неча кун давом этади, аммо баъзи ҳолларда бронхиолит жиддий касалликларга олиб келиши мумкин.

Сўнгги ўн йилликларда янги жиддий далиллар базаси асосида ушбу касалликни ташхислаш ва даволаш стратегиясини ишлаб чиқишда сезиларли ютуқларга эришилди. Ушбу протокол диагностика, даволаш схемалари, физиотерапия муолажалари, шунингдек, юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш бўйича тавсияларни ўз ичига олади.

Унинг чиқарилиши бронхиолит муаммосини ўрганиш билан шуғулланадиган мутахассислар, шунингдек, кенг кўламли педиатрлар, аллергологлар, генетиклар, пулмонологлар ва ушбу контингентли беморларга амалий ёрдам кўрсатадиган бошқа мутахассисларнинг кундалик фаолияти учун зарурдир.

Шундай қилиб, касаллик ташхисининг ягона ёндашувлари асосида терапия самарадорлигини сезиларли даражада ошириши ва беморларнинг ҳаёт давомийлиги ва сифатини ошириши мумкин. Клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалий қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти амалий соғлиқни сақлаш соҳаси вакиллари билан биргаликда ўтказилди.

2.2 Таърифи. Ўткир бронхиолит (J21) пастки нафас йўллари асосан кичик бронхлар ва бронхиолаларнинг яллиғланиш касаллигидир ва 2 ёшгача бўлган болаларда ривожланади (кўпинча 1 ёшгача бўлган болаларда) [2,3]. Ўткир бронхиолитнинг симптомкомплексига ўткир respirator вирусли инфекция фониди (ёки кўзғатувчи таъсир қилганда) юзага келадиган ва йўтал ва нафас етишмовчилиги белгилари билан бирга келадиган пастки нафас йўллари обструкцияси киради: қийинлашган хириллашли нафас, тахипноэ, қовурғалар оралиғини тортилиши ва / ёки қовурғалар ости, бурун қанотларининг катталаниши ва ўпкада икки томонлама хириллашлар.

2.3. Клиник таърифи

Этиологияси. Бронхиолит респиратор синцитиал (РС) вирусли инфекцияга (60-70%) жавобан ривожланади. Эрта туғилган чақалоқларда, айниқса бронх-ўпка дисплазияси (БЎД) билан ва сунъий озиклантиришда бўлган болаларда риновирус этиологик аҳамиятга эга бўлиши мумкин (40% ҳолларда). А ва Б грипп вируслари, парагрипп, аденовирус, коронавирус, метапневмовирус ва инсон бокавируси ҳам касалликнинг кўзгатувчи омиллари ҳисобланади [2,3,5]. Деярли барча болалар ҳаётнинг дастлабки 2 йилида РС вирусли инфекциясидан азият чекишади, аммо фақат 20% ҳолларда уларда бронхиолит ривожлантиради, бу эса касалликни келтириб чиқарувчи омиллар мавжудлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин [46].

https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf

Бронхиолитнинг кўшимча хавф омилларига қуйидагилар киради:

1. Оилада катта ёшдаги болаларнинг мавжудлиги.
2. 6 ойгача бўлган болалар.
3. РС мавсуми бошланишидан 6 ой олдин туғилган болалар.
4. Катта оилалар (4 киши).
5. 2 ойгача кўкрак билан эмизиш.
6. Болалар боғчасига ташрифи.
7. Кўп ҳомиладорликдан туғилган болалар.

Бронхиолитнинг оғир кечиши хавф омилларига қуйидагилар киради:

1. Эрта туғилиш (<35 ҳафталик ҳомиладорлик).
2. БЎД.
3. Нафас олиш йўлларининг бошқа сурункали касалликлари (масалан, туғма нуқсонлар).
4. Гемодинамик жиҳатдан муҳим юрак-қон томир касалликлари.
5. Иммунитет танқислиги.
6. Ёши 3 ойдан кам.
7. Эркак жинси.
8. Оиланинг паст ижтимоий-иқтисодий даражаси.
9. Ҳомиладорлик пайтида онанинг чекиши, пассив чекиш.
10. РС инфекцияси.
11. Нерв-мушак касалликлари.
12. Генетик хусусиятлар.

Патогенези. Патогенезида терминал ва респиратор бронхиолалари эпителиясининг некрози ва десквамацияси, лимфоцитар ва нейтрофил инфильтрацияси ва улардеворларининг шишиши катта рол ўйнайди. Балғамнинг гиперсекрецияси ҳам қайд этилган. Ўткир вирусли бронхиолитнинг морфологик хусусиятлари кўпчилик беморларда бронходилататорларнинг паст

самарадорлигини тушунтиради [4,5]. Бронхиолит билан нафас йўлларининг зарарланган худудлари бўшлиғининг тўлиқ обструкцияси ёки қисман обструкция билан "ҳаво тузоғи" аломатининг диффуз намоён бўлиши билан кичик ателектаз ривожланиши мумкин. Ўз навбатида, ателектаз ва "ҳаво тузоқлари" вентилиацион-перфузия муносабатларининг бузилиши туфайли гипоксемия ва гиперкапния ривожланишига сабаб бўлади. [4,6,7]. Нафас олиш мушакларининг зўриқиши билан характерланадиган нафас чиқариш, айниқса, эрта туғилган чақалоқларда, БЎД, туғма юрак нуқсонлари (ТЮН), нерв-мушак патологияси бўлган болаларда нафас етишмовчилиги белгиларининг ривожланишига олиб келади. Бронхиолит билан оғриган болаларда катарал отит ривожланиши мумкин, бу отоскопия билан тасдиқланади. Йирингли отит жуда кам ҳолларда бронхиолитга олиб келади. Сийдик йўли инфекцияси 3,3% да аниқланади. Бактеремия 0,3% ни ташкил қилади. Бактериал пневмония қўшилиши 1% дан кам ҳолларда кузатилади [49,50]. ОРВИ га ётқизилган болаларда, айниқса интубация пайтида иккиламчи бактериал зотилжам ривожланиш хавфи ортади.

https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf

Эпидемиологияси. Бронхиолит кўпинча 2 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Ҳар йили дунё бўйлаб 150 млн. бронхиолит ҳолати қайд этилади (11 чақалоққа 100 та ҳолат), уларнинг 7-13% стационар даволанишни талаб қилади ва 13% интенсив терапия бўлимида касалхонага ётқизишни талаб қилади.

Жаҳон статистик маълумотларига кўра, бронхиолитнинг этиологияси аксарият ҳолларда респиратор синцитиал (РС) вируси билан боғлиқ [1].

Ушбу вирус 3 ойдан 12 ойгача бўлган болаларнинг 80% фоизда аниқланади. Бошқа вируслар (риновируслар, энтеровируслар, А гриппи ва парагрипп типидagi вируслар, аденовируслар, коронавируслар) да камроқ аниқланади (2-15%). РС вируси инфекцияси йиллик эпидемия билан тавсифланади.

Онадан ўтган ортирилган иммунитетнинг етарли эмаслиги ва бу инфекцияга қарши туғма иммунитетнинг йўқлиги ёш болаларнинг 60-70% (аҳолининг 30%) РС вируси билан касалланишига олиб келади. Постинфекцион иммунитет барқарор эмаслиги исботланган ва бу тез-тез қайта инфекцияга олиб келади. Ҳаётнинг 2-йилида бронхиолит билан касалланиш камаяди ва касалликни келтириб чиқарадиган вируслар доираси ҳам ўзгаради. Энтеро - ва риновируслар ҳаётнинг 2-йилида (мос равишда 27 ва 25%), РС вируси фақат 3-ўринни эгаллайди (20%). 3 ёшдан ошган болаларда бу вируслар одатда пневмония ва бронхитнинг сабаби ҳисобланади [2].

https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Бронхиолитнинг ягона таснифи мавжуд эмас.

Бронхиолитнинг клиник таснифи этиологияга асосланади, шунингдек бронхиолит синдромлардан бири сифатида ривожланадиган тизимли касалликларни ўз ичига олади:

- Турли моддалар билан нафас олиш натижасида келиб чиққан бронхиолит:
- Тутундан келиб чиққан бронхиолит
- Бзовта қилувчи газлар ва минерал чанглар таъсиридан келиб чиққан бронхиолит
- Органик чангдан нафас олиш натижасида келиб чиққан бронхиолит

Инфекцион бронхиолит (вирусли)

Постинфекцион (облитерация қилувчи) бронхиолит

Дори моддалар билан боғлиқ бронхиолит

Коллагенозлар билан боғлиқ бронхиолит

Ичак касалликларининг яллиғланишли билан боғлиқ бронхиолит

Трансплантациядан кейинги бронхиолит

Паранеопластик пемфигус билан боғлиқ бронхиолит

Бронхиолар фиброз билан нейроэндокрин ҳужайра гиперплазияси

Диффуз панбронхиолит

криптоген бронхиолит

бошқалар:

- * Фолликуляр бронхиолитнинг оилавий шакллари
- * Иммуниетет танқислиги билан бронхиолит
- * Лизинурия билан бронхиолит
- * Атаксия-телангиектазиядаги бронхиолит (Луи-Бар синдроми)
- * IgA нефропатиясида бронхиолит

https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf

1-Жадвал

Нафас олиш етишмовчилигининг оғирлигига қараб белгилари

НЕ даражаси	Нафас етишмовчилиги белгилари
I	Муҳим жисмоний зўриқиш пайтида нафас қисилиши, тахикардия ва бурун қанотларининг шишиши. Одышка, тахикардия, раздувание крыльев носа при значимой физической нагрузке.

II	Нафас сиқиши, кам жисмоний фаолликда ҳам тахикардия. Лабларнинг энгил цианози, перорал акроцианоз. Бурун қанотларининг керикиши, қовурғалараро ва қовурға ости тортилиши.
III	Яққол нафас қисиши, тинч ҳолатда тахипноэ. Юзаки нафас олиш. Тери ва шиллиқ пардаларнинг диффуз цианози (шунинг эсада тутиш керакки, цианоз ҳар доим ҳам болада нафас етишмовчилиги даражасини акс эттирмайди). Нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштироки. Бола суст, адинамик ёки аксинча, жуда безовта. Гипоксик энцефалопатия (онгнинг бузилиши, талваса) ривожланиши мумкин.
IV	Гипоксемик кома. Онгнинг бузилиши, нафас олиш ритмининг бузилиши.

3. БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТНИ ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ, УСЛУБЛАРИ, ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР ЁНДОШУВЛАРИ ВА ТАШХИСЛАШ ЖАРАЁНЛАРИ

3.1. Ўткир бронхиолитнинг клиник кўринишлари

- Аралаш ва экспиратор хансираш,
- Периорал цианоз,
- Кам балғам ажралувчи йўтал, ўпкада кичик нам крепитацион хириллашлар.

Бронхиолитнинг оғирлигини баҳолаш учун нафас етишмовчилиги белгиларига ва нафас олишни нафас чиқариш давомийлигининг нисбатига эътибор қаратиш керак.

Касаллик одатда юқори нафас йўллариининг ўткир инфекциясининг 2-5 кунда ривожланади ва тез-тез субфебрил иситма билан кечади, йўтал, нафас қисилиши, экспиратор хансираш, тахипноэ (дақиқада 50-70), майда пуфакчали хириллаш ва/ёки ўпкада крепитация икки томонлама эшитилади. Айрим ҳолларда қуруқ хириллашлар ҳам аниқланади. Визуал кўкрак қафасининг шишиши ва қутчасимон товуш эшитилади [4,6,7].

Нафас олишнинг бузилиши нафас тезлашиши билан кузатилмаслиги мумкин, аммо нафас чиқаришининг кучайиши, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштироки, қовурғалараро тортилиши ва бурун қанотларининг керкиши билан намоён бўлиши мумкин. Бронхиолитда обструктив синдром 1-2 кун ичида максимал даражага етади, кейин хириллашнинг аста-секин камаяди, улар одатда 7-14 кунларда йўқолади. Чала туғилган чақалоқларда бронхиолитнинг биринчи клиник кўриниши апноэ бўлиши мумкин [8, 10].

Бронхиолит билан болада иситма ва тахипное сувсизланиш, нафас олиш етишмовчилиги ва/ёки қусиш, боланинг суюқлик истеъмолининг камайиши ҳисобига метаболик ацидоз ривожланиши мумкин.

Оғир респиратор-дистресс синдроми бўлган болаларда кўпинча гипонатриемия ва гиперводемией билан кечувчи антидиуретик гормон (SIADH) секрециясининг бузилиши кузатилади [9,11].

Шуни таъкидлаш керакки, болаларда бронхиолитнинг клиник кўринишлари динамик ва тез ўзгариши билан тавсифланади.

Нафас олиш етишмовчилигининг ошиши (одатда доимий фебрил иситма фониди) бирламчи аденовирус (3, 7 ва 21 серотиплари) ва бактериал суперинфекция чакирувчи постинфекцион облитирланган бронхиолит ривожланишини кўрсатади [11,12].

Постинфекцион облитирланган бронхиолит айрим ҳолларда рентген тасвирда "респиратор қопқон" ва "юқори шаффоф ўпка" белгилари билан кечувчи майда бронхларда сурункали фиброз ривожланиши билан характерланади. КТда "респиратор қопқон" ҳисобига мозайкали ўпка тасвири, "дарахт куртаклари" симптоми, айрим ҳолларда цилиндрсимон бронхоэктазлар аниқланади [15,18].

Баъзи болаларда респиратор инфекцияси фониди бронхиал обструкция синдромининг такрорий эпизодлари тез – тез кузатилади, бу уларда такрорий бронхиолитнинг ривожланишини кўрсатмайди ва беморда бронхиал обструкция синдроми билан боғлиқ бошқа касалликларни истисно қилишни талаб қилади. Астма белгилари одатда касалликнинг 1-2 куниди пайдо бўладиган хириллаш ва нафас чиқаришининг узайиши билан бирга келади. Нафас олиш тезлиги камдан-кам ҳолларда 1 минутда 60 дақиқадан ошади, диспноэ яққол бўлмаслиги мумкин, лекин баъзида унинг белгиси боланинг безовталигига, қулай ҳолат қидиришга олиб келади. Йўтал қуруқ, тана ҳарорати кўпинча нормал ёки субфебрил бўлади.

I.A	Болаларда ўткир бронхиолитнинг асоратлари нафас олиш касалликларининг ривожланиши билан кечиши мумкин. PaCO ₂ нинг ошиши, гиперкапниянинг ривожланиши умумий ҳолатнинг ёмонлашишини кўрсатади бу эса, апноэ ва асфиксияга олиб келиши мумкин. Бронхиолит клиникаси вирус турига боғлиқ эмас (респиратор синцитиал вирус чақирган бронхиолит болаларда оғир клиник кечишига сабаб бўлади.
-----	---

https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf

3.2. Ўткир бронхиолитнинг ташхислаш мезонлари

I.B	Бронхиолит клиник маълумотларига асосланиб ташхислаш тавсия этилади. [2,3,13,14].
-----	---

Умумий клиник қон текшируви етарли маълумотга эга эмас: лейкоцитоз $\geq 17 \cdot 10^9$ /л ва 2-3 ойлик болаларда бошқа кўрсаткичлар бўлмаган тақдирда $\geq 20 \cdot 10^9$ /л бронхиолит билан оғриган беморларда бактериал инфекцияни ҳар доим ҳам кўрсатмаслиги мумкин. С-реактив оқсил (СРО) ва прокалцитонин (ПКТ) даражалари кўпинча ошмайди [15,16,18].

II.B	Ўткир бронхиолитда вирусларни тез аниқлаш усулларидадан фойдаланишни кўриб чиқиш тавсия этилади [3,14].
------	---

РС-вируси учун Экспресс-тест ёки полимераза занжири реакцияли (ПЗР) тестининг ижобий натижаси кўп ҳолларда унинг бронхиолит ривожланишидаги этиологик ролини тасдиқлайди [2]. Аммо бронхиолитда вирусларни мунтазам равишда аниқлаш камдан-кам ҳолларда ушбу касалликка олиб келиши мумкин бўлган ушбу микроорганизмларнинг кенг доираси туфайли зарур. Бундан ташқари, баъзи вирусларни аниқлаш ҳар доим ҳам уларнинг этиологик ролини кўрсатмайди, масалан, риновирусни олдинги нафас йўллари инфекциясидан кейин узоқ вақт давомида аниқлаш мумкин.

3.2.1. Инструментальная диагностика:

II.B	Агар болада зотилжамга шубҳа қилинган аломатлар бўлмаса, бронхиолит учун мунтазам рентген текшируви тавсия этилмайди [2, 3, 13]. Зотилжамни $t^0 > 38^0$ нинг 3 кундан ортиқ ўсиши, токсикоз белгилари, перкуссия товушининг қисқариши ва хириллашнинг ассиметрияси бўлганда истисно қилиш зарур.
------	---

Бронхиолит билан оғриган беморларнинг кўкрак қафаси рентгенограммасида кўпинча ўпканинг шишиши, бронховаскуляр расмининг кучайиши, ўпка тўқималарининг шаффофлигини пасайган жойлари борлиги ва кичик ателектазни кўрсатади, буни баъзан зотилжам билан янглишади, ва бу фақат антибиотикларни асосиз буюришга олиб келади.

I.B	Бронхиолитда нафас етишмовчилигининг оғирлигини ва шунга мос равишда беморни даволаш тактикасини аниқлаш учун қоннинг кислород билан тўйинганлигини (шу жумладан бронходилататорларни ингаляциядан кейин) кузатиш тавсия этилади [2,3].
-----	---

Бронхиолитда нафас етишмовчилигининг оғирлигини ва шунга мос равишда беморни бошқариш тактикасини аниқлаш учун оксигенацияни кузатиш зарур (шу жумладан бронходилататорларни инхалациядан кейин): пулсоксиметриясидан фойдаланиш керак, қон газлари ва кислота-ишқорий ҳолатини аниқлаш эса фақат оғир нафас етишмовчиликда талаб қилинади [25, 26, 27]. Бронхиолит билан оғриган болаларда катарал отит ривожланиши мумкин (отоскопияда тасдиқланади). Йирингли отит бронхиолитда жуда кам учрайди. Сийдик йўли инфекцияси 3,3% да аниқланади. Бактеремия 0,3% ни ташкил қилади. Бактериал пневмония кўшилиши 1% дан кам ҳолларда кузатилади. Реанимация бўлимига ётқизилган болаларда, айниқса интубация пайтида иккиламчи бактериал пневмония хавфи ортади.

3.3. ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИСЛАШ

Болаларда ўткир бронхиолитлини дифференциал ташхислаш

Симптомлар	Ўткир бронхит	Ўткир обструктив бронхит	Ўткир бронхиолит	Бронхопневмония
Тана ҳарорати	Кўпинча субфебрил, нормал бўлиши мумкин	Кўпинча субфебрил, нормал бўлиши мумкин; микоплазма ва аденовирус инфекцияларида фебрил		Фебрил, субфебрил, узок вақт давом этади
Интоксикация	Йўқ ёки кам микдорда	Оддий бронхитга қараганда анча яққол, қисқа муддатли		Касалликнинг динамикаси сезиларли даражада кучаяди, асоратларда токсикоз ривожланиши мумкин.
Йўтал	Қурук, кейин нам, шиллик балғам ажралиши билан	Йўтал қурук, балғам ёмон ажралади, ёпишқоқ	Йўтал қурук, доимий пароксизмал характерга эга, кўпинча спастик "обертон" га эга.	Динамикада қурук 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 кенгайиши	қафасининг	Ўзгармаслиги мумкин
Перкуссия маълумотлари	Оддий перкутор товуш, камдан-кам ҳолларда қутисимон	Турли даражада қутисимон перкутор товуш	Турли даражада қутисимон перкутор товуш	Перкуссия товушининг қисқариши ўчоққа тўғри келади, бошқа соҳалар устида қутисимон

	тусда			перкутор товуш
Аускултация маълумотлари	Дағал нафас. Диффуз ўрта ва катта пуфакчали хириллаш, курук хириллаш. Йўталаётганда, хириллаш ўзгаради. Тез ижобий динамика бор	Узоқ муддатли нафас чиқариш, дағал, курук хуштаксимон хириллашлар, камроқ тез-тез ҳар хил ўлчамдаги нам хириллашлар. Йўталаётганда хириллашнинг ўзгарувчанлиги. Тез ижобий динамика бор	Узайган нафас чиқариш. Ўпканинг бутун юзасида майда пуфакчали ва крепитациялар и хириллашларнинг кўплиги.	Суст, дағал бронхиал нафас. Кўпинча локал ўзгаришлар мавжуд! Чекланган худудда майда пуфакчали хириллашлар. Ўзгаришларни сақлаш муддати 5-6 кун.
Периферик қон параметрлари	Лейкопения, лимфоцитоз; нормал ёки бироз тезлаштирилган ЭЧТ	Лейкопения, лимфоцитоз; нормал ёки бироз тезлаштирилган ЭЧТ	Лейкопения, лимфоцитоз; нормал ёки бироз тезлаштирилган ЭЧТ	Чапга силжиш билан нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ортиши. Ўзгаришлар пневмониянинг этиологиясига боғлиқ
Рентген маълумотлари	Бронхиал расмининг кучайиши, ўпканинг илдизларини кенгайтиши	Ўпканинг ҳаво билан шишиши, бронхиал расмининг кучайиши	Ўпканинг ҳаво билан шишиши, бронхиал ва ўпка расмининг кучайиши. Майда ателектаз, инфилтрациянинг майда соялари	Паренхиманинг локал, сегментар, локал-бирлашувчи, лобар характерли инфилтрациялари

Ўткир бронхиолит белгилари билан кечадиган касалликларнинг дифференциал ташхислаш

Ташхис	Мантиқий асос	Анкеталар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Муковисци	Сурункали	- Тер	- Узоқ муддатли неонатал

доз	йўтал	суюқлигидаги хлоридлар – Копрограмма – Генетик таҳлил	сариқлик - Терининг шўр таъми - Жисмоний ривожланишнинг кечикиши. - такрорий ёки сурункали респиратор белгилар - шакланмаган, кўп, ёғли ва ёмон ҳидли ахлат - Тер суюқлигидаги хлоридлар даражасининг ошиши.
Бирламчи цилиар дискинезия	Узоқ муддатли кўп микдорли нам йўтал	-Цилиар биопсия (электрон микроскопия) - Генетик таҳлили	- Декстракардия - Отит - Доимий респиратор белгилари
Сил касаллиги	Сурункали йўтал (30 кундан ортиқ); - Ривожланишдан орта қолиш / вазн йўқотиш;	- Манту тести - Диаскинтест -МБТ учун балғамнинг бактериоскопияси - Кўкрак қафаси органлари КТ	- ижобий Манту реакцияси; - Ижобий диаскинтест -Болаларда балғамни текширишда 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	узоқ давом этадиган йўтал; - Пастки нафас йўллариининг яллиғланиши и ресидивлари	- бронхоскопия; - кўкрак қафасининг компьютер томографияси	бронхта ёд жисмнинг мавжудлиги; -ўпка тўқималарининг ателектази; - эндобронхит

**Болаларда бронхиал обструкция синдроми билан кечадиган ўткир
бронхиолитга ўхшаш клиник кўриниши билан юзага келадиган
касалликларнинг дифференциал ташхислаш**

Белгилар	Бронхиал астма	Юрак туғма нуқсонлари	Бронх-ўпка дисплазияси	Гастро-эзофагал рефлюкс
Биринчи белгилар намоён бўлиш ёши	1 ёшдан катталар	хаётининг 1 ёшида	туғилгандан бошлаб	ГЕР ривожланиши билан
БОСнинг ривожланиш сабаблари	Аллерген ёки триггер таъсири билан боғлиқ	Ўпка гипертензияси, кичик қон айланиш доирасида димланиш (ЎРВИ да) фонида ривожланади.	бронхиал гиперреактивликнинг ривожланиши	Вагус фаоллашганда бронхоспазмнинг рефлекс ривожланиши, аспиратнинг бронх деворига бевосита таъсири.
Бронходилататор терапиясининг таъсири	Юқори	Ўртача	Ўртача	Таъсири йўқ
Атопия белгиларининг мавжудлиги	мавжуд	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Етакчи синдромлар	БОС, атопия	юрак-қон томир тизимининг органик патологияси синдроми	гипоксемия, НЙе, кислородга муҳтожлик	диспептик синдром
Ташхисни аниқлаштирувчи текшириш усуллари	пикфлоуметрия, спирометрия, аллергодиагностикаси	ЭХО-КГ	анамнестик маълумотлар (анамнезда сунъий ўпка вентилляци), ўпканинг рентгенограмм	кунлик рН-метрия

			аси	
--	--	--	-----	--

4. БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ДАВОЛАШ

4.1. Болаларда ўткир бронхиолитни номедикаментоз даволаш тактикаси:

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

1C	ЎБЛ билан оғриган болалар учун умумий овқатланиш ва кўп миқдорда илиқ 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 хид, совуқ ҳаво) таъсирини бартараф этиш;
- - Ўткир бронхиолитни даволашда муҳим режими: хавони намлаш, мунтазам нам тозалаш ва хонани вентиляция қилишдир (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf>).

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

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

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

1C	Реконвалесценция даврида кўкрак қафасини дренажлаш, йўтал рефлекси пасайганда уни рағбатлантириш ва тикланиш даврида нафас олиш машқлари тавсия этилади [3,23].
-----------	---

Ўткир бронхиолит билан оғриган беморни даволаш алгоритми



**4.2. Болаларда ўткир бронхиолитни медикаментоз даволаш:
Муҳим дорилар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):**

2-jadval

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антипиретик дори <u>N02BE01</u>	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 info@mediqlab.com
Антипиретик дори <u>M01AE01</u>	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 info@mediqlab.com
Вирусга қарши дори <u>L03AB05</u>	Рекомбинантли 2b инсон алфа-интерферони	7 ёшдан ошган болалар учун ректал, -500 000 ХБ, 1 супп. 5 кун давомида	1A info@mediqlab.com

		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.	
Вирусга қарши дори Л03АХ	Интерферон гамма, гистамин, СД4 га қарши антаначалар	6 ойликдан томчиларда, 3 ёшдан ошган болалар 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://clinicaltrials.gov/study/NCT03039621?intr=Ergoferon&rank=3&tab=results
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.	1В https://clinicaltrials.gov/search?intr=Anaferon%20for%20children
Вирусга қарши, яллиғланишга қарши дори АТХR05.	Пеларгонииум 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	1С https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.fi

		ёшдан катта, кунига 3 марта 25 томчи.	toterapia.net/archivos/202407/final-assessment-report-pelargonium-sidoides-dc-pelargonium-reniforme-curt-radix-revision-2_en.pdf%3F1&ved=2ahUKEwi3z9uc5L6NAxXtIhAIHUMEASoQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw23ItXcIPcdszmHMcTWGp7l https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5849386/
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 info@mediqlab.com
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	1A info@mediqlab.com

		овқатдан 2 соат кейин.	
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.	1А info@mediqlab.com
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	1А info@mediqlab.com
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	1С https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879#RZ0045-18 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879?utm_source=chatgpt.com#N11632

		пакетлардаги эритма: 12 ёшдан ошган болалар, 1 пакет. Кунига 3 марта, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 1 пакетдан. кунига 2 марта.	
--	--	--	--

1C	Болаларда антипиретик дори сифатида парацетамол (N02BE01) ёки ибупрофенни (M01AE01) танланг. Иккала дори воситасини бир вақтда қўллаш мумкин эмас. В качестве жаропонижающего препарата для детей необходимо выбирать либо парацетамол либо ибупрофен [5,14].
-----------	---

1A	Антибактериал терапия вирусли этиологияли ўткир бронхитда самарасизлиги сабабли тавсия этилмайди [3,23,24,48,49,50,51,52,53,54].
-----------	--

II C	Оддий бактериал флора келтириб чиқарадиган бактериал инфекция белгилари билан кечадиган ўткир 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, куруқ, 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].
-----------	--

4.5. Амбулатор шароитида даволаш самарадорлигининг баҳолаш:

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

5.ЎТКИР БРОНХИОЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ҚИЛИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

5.1. 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);
- 2 ойгача бўлган барча болалар.

5.2. Ўткир бронхиолит 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);
- 2 ойгача бўлган барча болалар.
- 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.

5.3. Ўткир бронхиолит билан касалланган болаларни шошилишч госпитализация:

- нафас олиш тезлигини дақиқада 70 ва ундан юқори ошириши.
- боланинг безовталиги, қулай позани излаш, қовурғалар аро мушакларнинг тортилиши.
- кўкрак қафаси мушакларининг орқага тортилиши билан нафас чиқаришни қийинлашиши.
- марказий цианоз.
- PaO_2 нинг пасайиши.
- PCO_2 нинг ортиши.

5.4. Ўпканинг сунъий вентиляциясига ўтказиш учун кўрсатмалар:

- Нафас олиш вақтида нафас товушларининг пасайиши;
- 40% кислородни нафас олганда циянознинг сақланиши;
- Қўзғатувчига оғриқ реакциясини пасайиши;
- РаО₂ нинг 60 мм дан паст бўлиши.;
- 55 мм дан юқори РаСО₂ ортиши.
- (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>)

6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

<p>1C</p>	<p>БОС билан кечувчи ЎБЛ 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 ингальяторини (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 ингальяция • 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].
<p>1C</p>	<p>БОС нинг ўткир ва прогрессив кечишида, гипоксемия кучайиши (РаО₂ 95% дан кам) билан кечадиган кўринишларда, шунингдек симптомлар доимий сақланганда ёки қайта пайдо бўлганда, ёки б2-агонистларни тўхтатиш натижасидан кейин, небулайзер орқали ингальяцион кортикостероидларни (ИСС) буюриш тавсия этилади - будесонид суспензияси, кунига 250-500 мкг, а 2 маҳал, 5 кунгача бўлган қисқа курсда.</p>

ЎБЛли болаларда бронхообструктив синдромида 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
<p>1-даражали бронхообструктив синдромни даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.
<p>2-даражали бронхообструктив синдромни даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.
<p>Ўтказилган терапияга яхши жавоб бўлганда:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.
<p>Ўтказилган терапияга жавоб қониқарсиз бўлса:</p> <ul style="list-style-type: none">- қисқа таъсир қилувчи β_2-агонистлар билан ингаляция - небулайзер орқали небутамолни ҳар 6-8 соатда;- қисқа таъсир қилувчи теофиллинни вена ичига юбориш (еуфиллин 5-10 мг/кг дозада, уни 4 маҳалга бўлиб юворади);- вена ичига тизимли глюкокортикостероидлар;- инфузион терапия (20-30 мл/кг);- кислород билан ингаляция.
<p>Қониқарсиз эффект кузатилганда – реанимация бўлимига ўтказиш</p>
<p>Яллиғланишга қарши терапия:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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
<p>Дренаж функциясини яхшиланиши:</p> <ul style="list-style-type: none">- Орал регидратация: илиқ ичимлик ичириш;- муколитиклар: амброксол гуруҳидан дорилар (амброгексал, лазолван, амробене, амброксол), проспан, пектолван С;- ўз ичига цистеин олган препаратлар (АСС, флюдетек, флуимуцин)
<p>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)</p>

6.1. Номедикаментоз даволаш:

- ЎБЛ 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. Болаларда ўткир бронхиолитни медикаментоз даволаш:

Мухим дорилар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

3-jadval

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антипиретик дори <u>N02BE01</u>	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.	1А info@mediqlab.com
Антипиретик дори <u>M01AE01</u>	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	1А info@mediqlab.com

		(кунлик дозаси 30 мг/кг дан ошмаслиги керак)	
Вирусга қарши дори J05AH02	Осельтамивир	Фақат гриппда буюрилади. Перорал 1 ёшгача бўлган 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 ортиқ - кунига 2 марта 75 мг	1A info@mediqlab.com
Вирусга қарши дори L03AB05	Рекомбинантли 2b 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.	1A info@mediqlab.com
Вирусга қарши дори L03AX	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. Тўлик тикланишигача кунига 3	1B https://clinicaltrials.gov/study/NCT03039621?intr=Ergoferon&rank=3&tab=results

		марта.	
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. тўлик тикланишигача.	1B https://clinicaltrials.gov/search?intr=Anaferon%20for%20children
Вирусга қарши, яллиғланишга қарши дори АТХR05.	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.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.fiototerapia.net/archivos/202407/final-assessment-report-pelargonium-sidooides-dc-pelargonium-reniforme-curt-radix-revision-2_en.pdf%3F1&ved=2ahUKEwi3z9uc5L6NAxXtIhAIHUMEASoQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw23ItXcIPcdszmHMcTWGp7l
Марказий таъсирга эга йўталга қарши дори антибронхоконстриктор 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	1B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32622786/ https://dx.doi.org/10.2165/00044011-200222040-00001
Муколитик	Ацетилцистеин	Перорал, кунига 2-3 марта	1A

дори R05CB01		100 мг ёки кунига 2-3 марта 10 мл сироп (кунига 400-600 мг ацетилстеин). 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 ацетилстеин).	info@mediqlab.com
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 info@mediqlab.com
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.	1A info@mediqlab.com
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	1B info@mediqlab.com

		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	
Йўталга қарши дори восита R05DB27	Леводропропизин	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.	1С info@mediqlab.com
Балғам ҳайдовчи ва бронхоспазмолитик, яллиғланишга қарши таъсирга эга ўсимлик дори R05CA	Стандартлаштирилган қуруқ 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.	1С https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879#RZ0045-18 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879?utm_source=chatgpt.com#N11632

Натрий хлорид гипертоник эритмаси S01X	Ингасалин форте: (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;	1A info@mediqlab.com
Иммуностимулятор L03	Натрий аминодигидрофталазиндион	Мушак орасига 50 мг/ 1 махал 5 кун 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33720607/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15573735/
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).	1B https://journal.niidi.ru/jofin/article/view/958 https://cyberleninka.ru/article/n/azoksimera-bromid-bezopasnyy-i-effektivnyy-preparat-pri-lechenii-ostryh-respiratornyh-infektsiy-verhniydyhatelnyh-putey-u-detey-obzor/viewer
II.B	Стационарда даволанаётган болаларга небулайзер орқали бронходилататорлар билан гипертоник (3%) натрий хлорид эритмаси ва натрий гиалуронат (1,0 мг) билан ингалацияси буюрилади (0,9% натрий хлорид эритмаси ўрнига).		

II.B	Трахеобронхиал дарахтнинг кўп балғам билан тиқилиб қолиши ва бўғилиш ривожланиши хавфи туфайли йўталга қарши, муколитик ва мукокинетик препаратларни ингаляция ва перорал йўли билан даволовчи шифокор назорати остида буюриш тавсия этилади.
------	---

Болаларда ЎБЛ да бронхообструктив синдромни даволаш учун зарур бўлган дорилар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

4-Жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Бронходилататор дори - селектив бета-2-адреномиметик-лар 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 info@mediqlab.com
Глюкокортикоидлар (ингаляция) <u>R01AD08</u>	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 қўллаш тавсия этилади, шундан сўнг дозани камайтириш керак.	1A info@mediqlab.com
Бронходилататор дори - селектив бета-	Фенотерол	6 ёшгача бўлган болалар (тана вазни 22 кг дан кам) 50 мкг / кг (5 - 20 томчи = 0,25 - 1 мг)	1A info@mediqlab.com

2-адреномимети к-лар R03AC04		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)	
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 info@mediqlab.com
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 info@mediqlab.com
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 info@mediqlab.com
Ксантинлар R03DA11	Доксофилин	12 ёшдан ошган болалар: 1 таблеткадан (400 мг) кунига 2 марта. Шифокор тавсиясига кўра, қабул қилиш частотаси	1A info@mediqlab.com

		кунига 3 мартагача оширилиши мумкин. 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар - ½ таблеткадан кунига 2-3 марта (кунига 12-18 мг / кг). 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.	
Тизимли глюкокортикостероидлар <u>H02AB02</u>	Дексаметазон	Инъекция учун эритма (1 мл/4 мг). Болалар учун парентерал: 0,02776 - 0,16665 мг / кг 1 - 2 марта;	1А info@mediqlab.com
Алфа-, бета-адреномиметиклар <u>C01CA24</u>	Эпинефрин	Бронхоспазмда тери остига 0,01 мг/кг (максимал 0,3 мг гача) ҳар 15 дақиқада 3-4 марта ёки ҳар 4 соатда.	1А info@mediqlab.com

Кўрсаткичлар бўйича болаларда ўткир бронхиолитни даволаш учун тавсия этилган асосий антибактериал дорилар рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам бўлса):

5-Жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Аминопенициллинлар	Бензилпенициллин <u>J01CE01</u>	в/и, м/и 100000-500000 Ед/кг, кунига 4-6 марта	1С info@mediqlab.com
	Ампициллин <u>J01CA04</u>	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, кунига 4-6 марта	1С info@mediqlab.com
	Оксациллин	в/и, м/и 150-300 мг/кг	1С

	<u>J01CF04</u>		info@mediqlab.com
	Амоксициллин <u>J01CA04</u>	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 болалар учун суткалик доза 0,75 г, 2-5 ёшда - 0,375 г, 2 ёшгача - 20 мг / кг тана вазнига тенг.	1С info@mediqlab.com
	Амоксициллин / сульбактам <u>J01CA04/J01CG01</u>	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	1С info@mediqlab.com
	Ампициллин/ сульбактам <u>J01CA04/01CG01</u>	в/и, м/и, 150 мг/кг/кун	1С info@mediqlab.com
	Сультамициллин <u>J01CA04</u>	Перорал, таблетка, суспензия 25-50 мг / кг / кун	1С info@mediqlab.com
Макролидлар	Азитромицин <u>J01FA10</u>	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.	1С info@mediqlab.com
	Кларитромицин <u>J01FA09</u>	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	1С info@mediqlab.com

		дозага бўлинган ҳолда 7,5-15 мг / кг / кунни ташкил қилади.	
Цефалоспоринлар-2	Цефуросим J01DC02	Оғиз орқали, планшетлар, суспензия, кунига 2 марта 20-30 мг / кг (500 мг дан кўп бўлмаган) (3 ойгача бўлган болаларда мумкин эмас)	1C info@mediqlab.com
	Цефаклор J01DC04	Оғиз орқали, капсулалар, суспензия 20-40 мг / кг (1500 мг дан кўп бўлмаган) кунига 2-3 марта	1C info@mediqlab.com
Цефалоспоринлар-3	Цефиксим J01DD08	Оғиз орқали, дисперс таблеткалар, капсулалар, суспензия, 8 мг / кг, кунига 1-2 марта	1C info@mediqlab.com
Микробларга ва замбуруларга қарши препарат	Декаметоксин	Ингаляция учун эритма 0,2 мг/мл 2мл (бир марталик контейнерлар) 2 мл дан суткага 2-3 маҳал	1B 1. https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01789939/full 2. https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01642603/full 3. https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01081414/full

6.5. Жарроҳлик аралашуви: йўқ

6.6. Даволаш самарадорлигининг баҳолаш:

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

**«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ,
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ - 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Кириш

Ўткир бронхиолит - пастки нафас йўллариининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, биринчи навбатда кичик бронхлар ва бронхиолаларнга таъсир қилади ва 2 ёшгача бўлган болаларда (кўпинча 1 ёшгача бўлган болаларда) ривожланади. Ўткир бронхиолитнинг симптомлари мажмуаси ўткир респиратор вирусли инфекция фониди (ёки кўзғатувчи таъсирида) юзага келадиган ва йўтал ва нафас олиш етишмовчилиги белгилари билан бирга келадиган пастки нафас йўллариининг обструкциясини ўз ичига олади: қийналган нафас олиш, бурун қанотларининг тортилиши ва ўпкада икки томонлама хириллашлар (<https://www.who.int>).

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 (يونونчада *πρόφύλακτικός*) – сақловчи, олдини олувчи деган маънони англатиб, одамларнинг узоқ 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

2. БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Касалликни профилактикасида мақсад: хавф омилларидан эҳтиёт бўлиш ва боланинг иммунитетини мустаҳкамлашга қаратилган.

2.1. Профилактика усуллари ва усуллари:

- 1-профилактика

- 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, пишлоқ, 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.cincinnatichildren.org/health/a/acute-bronchitis>);

- **2-профилактика:** эмлаш (вакцина билан олдини олиш мумкин бўлган вирусли инфекцияларга, шунингдек пневмококк ва гемофил инфекцияга қарши актив иммунизация).•Гриппга қарши эмлаш эпидемия мавсуми бошланишидан олдин тавсия этилади (6 ойлик болалар учун Гриппол, Гриппол плус, Флюарикс, Инфлувак, ёки парчаланган Ваксигрип инактив вакциналари билан. Гриппга қарши эмлаш қуйидаги болалар тоифалари учун тавсия этилади:

- мактабгача таълим муассасаларига қатнашадиган болалар;
- 1-синфдан 11-синфгача бўлга ўқувчилар;
- ўрта касб-ҳунар таълими муассасалари талабалари;
- олий ўқув юртлари талабалари.
- индивидуал кўрсатмаларга кўра, РС вирусли инфекциясига қарши пассив иммунопрофилактикаси иммунитет танқислиги, оғир нерв-мушак касалликлари, туғма нуқсонлари ва нафас олиш функциясига таъсир қилувчи генетик патологиялари бўлган болалар учун ўтказилиши мумкин.

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

- 3-профилактика:

- Иммунитетни чидамлилиқни 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 кузатувидан 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 муурожаат қилиш кераклигини ўргатинг).

- ЎОБ рецидивлари 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>).

2.2. БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИОЛИТНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

ЎБЛ учун реабилитация талаб этилмайди

3.3. Натижа ва прогноз

Ўткир бронхиолитни натижаси- 10-14 кун ичида тузалиш. Асоратлар камдан-кам ривожланади.

Прогноз яхши. Умумий симптомларни бартараф этгандан сўнг, бемор қўшимча кузатиш ва тиббий кўриқдан ўтказишга мухтож эмас.

Қайталанувчи бронхиолит билан оғриган болалар, шу жумладан бронхиал обструкция билан бирга кечадиган, аллерголог-иммунолог ва/ёки пулмонологга юборилиши керак.

Даволашни ўз вақтида бошлаш, дори-дармонларни ва ингаляцияларни қабул қилиш частотасига қатъий риоя қилиш, даволовчи шифокор томонидан болани мунтазам текшириш ва даволашни коррекция билан ЎБЛ натижаларининг прогнози кўпинча яхши. Акс ҳолда, обструктив бронхитнинг ўткир кечиши кўпинча қайталанувчи, камдан-кам ҳолларда - доимий равишда такрорланиши мумкин. ЎОБ билан оғриган болаларнинг тахминан 30-50% бронхиал обструкция эпизодлари бир йил ичида янги вирусли инфекция фонида такрорланади. Кўп ҳолларда обструктив компонент 3-4 ёшда йўқолади, 6-10 ёшда, кўпчилик болаларда рецидивлар тўхтайдди. Аллергияга мойилликнинг мавжудлиги сурункали обструктив бронхитларнинг эҳтимолини сезиларли даражада оширади, болаларнинг 15-30% касаллик натижасида бронхиал астма ривожланади. Касалликнинг такрорий эпизодларини олдини олиш учун бола бир йил давомида педиатр, болалар пулмонологи ёки аллерголог томонидан кузатув остида бўлиши керак. Уч ёшдан кейин ЎОБ нинг қайталаниши бўлган болалар энг кенг тарқалган аллергенлар билан тери текширувидан ўтишлари керак. Ижобий тест натижалари, обструкциянинг такрорий хуружлари, айниқса ЎРВИ дан кейин астма ривожланишини кўрсатади (https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood).

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. National Institute for Health and Care Excellence: Bronchiolitis in children. NG9. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015.
2. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014;134:e1474–502.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006, 91.
4. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, et al. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane database Syst Rev* 2013;7:CD006458. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23900970>
5. Everard ML, Hind D, Ugonna K, et al. SABRE: a multicentre randomised control trial of nebulised hypertonic saline in infants hospitalised with acute bronchiolitis. *Thorax* 2014;69:1105–12.
6. Everard M, Maguire C, Cantrill H, et al. Hypertonic saline (HS) for acute bronchiolitis: Systematic review and meta-analysis. *ERJ* 2014;44:(Suppl 58):P1226.
7. Cunningham S, Unger SA. Nebulised hypertonic saline in bronchiolitis: take it with a pinch of salt. *Thorax* 2014;69:1065–6.
8. Grewal S, Klassen TP. The tale of 2 trials: disentangling contradictory evidence on hypertonic saline for acute bronchiolitis. *JAMA Pediatr* 2014;168:607–9.
9. Archivist (no authors listed). When two trials conflict: bronchiolitis and hypertonic saline. *Arch Dis Child* 2014;99:1054.
10. Legg JP, Cunningham S. Hypertonic saline for bronchiolitis: a case of less is more. *Arch Dis Child* 2015;100:1104–5.
11. Cunningham S, Rodriguez A, Adams T, et al. Oxygen saturation targets in infants with bronchiolitis (BIDS): a double-blind, randomised, equivalence trial. *Lancet* 2015;386:1041–8.
12. 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.
13. Beggs S, Wong ZH, Kaul S, et al. High-flow nasal cannula therapy for infants with bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD009609.
14. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество. 2009; 18с.
15. Шавази Н.М. и др. Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей // *Вестник врача*, 2017. С. 35.
16. Шавази Н.М., Лим М.В., Тамбриазов М.Ф. Генеалогические аспекты острого обструктивного бронхита у детей // *Вестник врача*, 2017. С. 39.
17. Азизова Н.Д. Современный подход к лечению бронхиальной астмы у детей // *Проблемы биологии и медицины*, 2012. Т. 1. С. 17.
18. Фурман Е.Г., Яковлева Е.В., Малинин С.В., Фурман Г., Соколовский В. Компьютерный анализ респираторных шумов при бронхиальной астме у детей. *Современные технологии в медицине. Выпуск № 1. Том 6, 2014. С. 83-88.*

19. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Таточенко В. К., Давыдова И. В., Бакрадзе М. Д., Вишнёва Е. А., Селимзянова Л. Р., Полякова А. С. Острый бронхиолит у детей. Современные подходы к диагностике и терапии //2016.С52.
20. Педиатрическая фармакология. 2015. Т. 12, №4. С. 441-446.
21. Национальная программа Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика-Москва: Оригинал макет, 2017.-160 с.
22. Шавази Н.М., Лим М.В. Острый бронхиолит у детей. Современное представление (обзор литературы) //Проблемы биологии и медицины.- 2016.- № (87).-С. 173-176. (14.00.00 - №19).
23. 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.
24. Детские болезни : практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. Минск : ФУ Аинформ, 2013. 896 с.
25. Жерносек, В. Ф. Диагностика и лечение аллергических болезней у детей : справ. / В. Ф. Жерносек, Т. П. Дюбкова. Минск : РИВШ, 2013. 120 с.
26. Клинические протоколы диагностики и лечения аллергических заболеваний у детей : утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 08.08.2014. 39 с.
27. Шавази Н.М., Лим М.В. Совершенствование диагностики бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста //Методические рекомендации.-Ташкент. -2017. - 28 с.
28. Шавази Н.М., Лим М.В. Современный подход к терапии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста //Методические рекомендации. - Ташкент. - 2017.- 35 с.
29. Паливизумаб четыре сезона в России. Баранов А.А., Иванов Д.О., Алямовская Г.А., Янулевич Вестник Российской академии медицинских наук. 2014. 7-8:54-68.
30. Геппе Н. А. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей: Практическое руководство для врачей. М., 2008. 82 с.
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. 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.
33. 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.
34. 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.

35. 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/Перспективное, постмаркетинговое исследование.
36. Делягин В.М. Острый бронхит у детей Медицинский совет-2013-№1-с.64-68.
37. Острый бронхит у детей. Клинические рекомендации-2016-с.10-11.
38. 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.
39. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика клиническое руководство/Геппе Н.А.(и др.)М: Медком-Про,2018200 стр.
40. Результаты многоцентрового исследования (родничок) по изучению недостаточности витамина D у детей раннего возраста в России. Педиатрия.2015;94 (1) 62-67.
41. Шабалов Н.П. Неонатология 6 издание ,2016 год.С623
42. 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
43. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России. Москва, 2017.151с.
44. Национальная программа Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. 5-е изд. М.2018.-161с.
45. 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.
46. 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.
47. Лукина О.Ф. Особенности исследования функции внешнего дыхания у детей и подростков /Практическая пульмонология.-2017.-4:39-44.
48. Вопросы практической педиатрии.2019:14(2):68-72. DOI:10.20953/1817-76462019-2-68-72.
49. Пульмонология детского возраста: Проблемы и решения Выпуск 16:Москва,2019.