

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 O‘TKIR BRONXIOLIT” NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**Toshkent – 2025**



**“TASDIQLAYMAN”**

**O'ZR'SSV RIPIATM Direktori**

**A.A. Abdukayumov**

**2025-yil**

**“BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLIT” NOZOLOGIYASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT – 2025**

**“BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLIT”  
NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH  
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT - 2025**

## 1. KIRISH QISMI

10-Xalqaro kasalliklar tasnifida (XKT-10) “O‘tkir bronxiolit” J21-J21.9 bo‘limiga kiritilgan. 11-Xalqaro kasalliklar tasnifida (XKT-11) “O‘tkir bronxiolit” 12 bob “Nafas a‘zolari kasalliklari”, CA40-CA4Z “O‘pka infeksiyalari” bo‘limi CA41 “O‘tkir bronxiolit” kategoriyasiga kiritilgan.

“Bolalarda o‘tkir bronxiolitni tashxislash va davolash “bo‘yicha ushbu klinik protokol O‘zbekiston Respublikasining tuman, viloyat va respublika sog‘liqni saqlash tashkilotlarining ambulator va statsionar sharoitida aholiga tibbiy yordam ko‘rsatishga mo‘ljallangan.

### Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifri: O‘tkir bronxiolit

| MKB-10      |   |
|-------------|---|
| Kod         | Nomi  |
| J21         | O‘tkir bronxiolit   |
| J21.0       | Respirator sinsitial virus qo‘zg‘atgan o‘tkir bronxiolit  |
| J21.8       | Boshqa aniq bo‘lgan agentlar qo‘zg‘atgan o‘tkir bronxiolit  |
| J21.9       | Aniq bo‘lmagan o‘tkir bronxiolit  |
| Giperhavola | <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=903">https://mkb-10.com/index.php?pid=903</a>               |
| MKB-11      |   |
| Kod         | Nomi  |
| CA41.Z      | Aniq bo‘lmagan o‘tkir bronxiolit  |
| CA41.Y      | Boshqa aniq bo‘lgan o‘tkir bronxiolit   |
| 1E32        | Gripp, virus aniqlanmagan<br>Gripp kasalligida kuzatiladigan bronxiolit                               |
| CA41.0      | Respirator sinsitial virus qo‘zg‘atgan surunkali bronxiolit   |
| Giperhavola | <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release</a> |

- Ishlab chiqish sanasi va protokolni qayta ko‘rib chiqish sanasi: Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025-yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.
- Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa: Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

## **KLINIK PROTOKOLNI ISHLAB CHIQUISHDA QUYIDAGI A'ZOLAR O'Z HISSALARINI QO'SHDILAR:**

### **Ishchi guruhi a'zolari:**

1. Abduqayumov Abdumannon Abdumadjidovich – t.f.d, O'zR SSV RIPIATM direktori;
2. Mirsalixova Nargis Xayrullayevna – t.f.d., O'zR SSV RIPIATM, ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari;
3. Shamsiyev Furqat Muxitdinovich – t.f.d, professor, O'zR SSV RIPIATM, pulmonologiya bo'limi rahbari, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, bosh bolalar pulmonologi

### **Asosiy mualliflar ro'yxati:**

1. Shamsiyev Furqat Muxitdinovich – t.f.d, professor, RIPIATM, pulmonologiya bo'limi rahbari, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, bosh bolalar pulmonologi
2. Azizova Nigora Davlatovna - t.f.d, RIPIATM, pulmonologiya bo'limi yetakchi ilmiy xodim;
3. Musajanova Ra'no Anvarbekovna – t.f.d, RIPIATM, ilmiy kotibi;
4. Karimova Nilufar Irgashevna – t.f.d, RIPIATM, pulmonologiya bo'limi katta ilmiy xodimi
5. Uzakova Shoxsanam Bahramovna – t.f.n., RIPIATM, pulmonologiya bo'limi katta ilmiy xodimi.
6. Abdullayeva Malika Qudratovna – t.f.n., RIPIATM, pulmonologiya bo'limi mudiri
7. Yakubova Ozoda Sharipovna - RIPIATM, pulmonologiya bo'limi vrach-ordinatori

### **Taqrizchilar:**

Agzamova Shoirab Abdusalamovna t.f.d., ToshPTI “1-Oilaviy tibbiyot, jismoniy tarbiya, fuqarolar muxofazasi” kafedrasida professori

Umarnazarova Zulxumor t.f.d., O'zR SSV RIPIATM gastroenterologiya  
Ernazarovna bo'limining yetakchi ilmiy xodimi;

**Milliy klinik protokol loyihasini muhokama qilish:** Milliy klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Ilmiy kengashining 2025-yil 25-fevraldagi 2-sonli yig'ilishida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. Ishchi gurux raxbari- t.f.d. O'zR SSV RIPIATM direktori, t.f.d. Abdukayumov Abdumannon Abdumadjidovich

## Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo'yicha ekspert xulosasi va tahrirlash:

1. Shamansurova Elmira Amanullayevna – t.f.d., professor, “1-Oilaviy tibbiyot, jismoniy tarbiya, fuqarolar muxofazasi” kafedrasini mudiri;
2. Fayziyev Obid Nishanovich – t.f.n., dotsent, ToshPTI “1-Oilaviy tibbiyot, jismoniy tarbiya, fuqarolar muxofazasi” kafedrasini dotsenti;

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.

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor o'qituvchilari, O'zbekiston pediatrik assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIPIATM filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

### Milliy klinik protokoldan foydalanuvchilar:

- Pediatrik, 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; ordinatorlar; magistratura rezidentlari (aspiranturadan keyingi ta'lim).

### Bemorlar toifasi:

o'tkir bronxiolitga shubha qilingan va aniqlangan tashxisi bo'lgan bolalar.

## TAVSIYALAR SINFLARINI BAHOLASH SHKALASI

| Sinf | TA'RIFI  | TALQINI          |
|------|--|------------------|
| I    | Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuv usullari foydali va samarali ekanligi isbotlangan yoki umumiy qabul qilingan VA potensial foyda potensial xavfdan aniq va sezilarli darajada ustundir. | Tavsiya etilgan  |
| II   | Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuvning foyda / samaradorligiga zid ma'lumotlar va/yoki fikrlash tafovuti YOKI foyda/xavf muvozanatiga oid noaniqlik.                                      | Maqsadga muvofiq |
| IIa  | Aksariyat ma'lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligini ko'rsatadi.  |                  |

|             |   |                          |
|-------------|---|--------------------------|
| <b>IIIb</b> | Ma'lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligi haqida uncha aniq ishonarli emas. | O'ta ehtiyotkorlik bilan |
|-------------|---|--------------------------|

**Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi  
(tashxislash aralashuvlari uchun)**

| <b>Dalillarning isbotlanganlik darajasi</b> |   |
|---|---|
| 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)**

| <b>Dalillarning isbotlanganlik darajasi</b> |   |
|---|---|
| 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**

| <b>Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi</b> |   |
|---|---|
| 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 |
|   |   |

## **Mundarija**

|  |           |
|--|-----------|
| “BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLIT” NOZOLOGIYASINING<br>TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK<br>PROTOKOLLARI .....                             | <b>4</b>  |
| “BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLIT” NOZOLOGIYASINING<br>PROFILAKTIKA, DISPANSERIZATSIYA VA REABILITATSIYASI<br>BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI ..... | <b>43</b> |

### 3. Qisqatmalar ro'yxati

ABT - antibakterial terapiya  
ABP-antibakterial preparat  
BA - bronxial astma  
BGR - bronxial giperreaktivlik;  
BOS - bronxo-obstruktiv sindrom  
OOEE-oziqlanishning oqsil-yenergetik 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  
PNYI - pastki nafas yo'llarining infeksiyalari  
KT - klinik tavsiyalar;  
KT - kompyuter tomografiyasi  
XKT-10 - Xalqaro Kasalliklarning tasnifi, O'ninchi qayta ko'rib chiqish  
NYAQD - nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar  
UQT- umumiy qon tahlili  
UPT - umumiy peshob tahlili  
O'BL - o'tkir bronxiolit  
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 ekspiratuvar 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  
EXOKG - ekokardiyografiya  
RaO2 - kislorodning parsial bosimi  
RaCO2 - karbonat angidridning parsial bosimi  
SaO2 - qonning kislorod bilan to'yinganligi, saturatsiya

## 2. ASOSIY QISMI

### 2.1 Kirish

Nafas olish organlari kasalliklari bolalik davrida keng tarqalgan patologiya bo'lib, erta tashxis qo'yish, o'z vaqtida oldini olish va tegishli terapevtik choralarni ko'rish uchun chuqur va har tomonlama o'rganishni talab qiladi. O'pka patologiyasi muammosi pediatriyada etakchi bo'lib qolmoqda, chunki kasalxonalaridagi bolalarning 30% dan ortig'i va poliklinikalarda 50% ga yaqini nafas yo'llari kasalliklarining turli shakllaridan aziyat chekadiganlar sifatida tasniflanadi [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25_2).

O'tkir bronxiolit ko'pincha epidemiyalar paytida va asosan 24 oygacha bo'lgan bolalarda rivojlanadi. Bronxiolitning sababi virusli infeksiya bo'lib, bu kasallik mavsumiy bo'lib, asosan qishda rivojlanadi.

Bronxiolitning eng keng tarqalgan sababi respirator-sinsitial virusi (RSV) bo'lib, bu kasallikning 80% holatlarini keltirib chiqaradi, ammo patologiyaga rinoviruslar, adenoviruslar, enteroviruslar, gripp va paragripp viruslari kabi nafas yo'llarini zararlaydigan boshqa virusli agentlar ham sabab bo'lishi mumkin. Simptomlar odatda yengil va bir necha kun davom etadi, ammo ba'zi hollarda bronxiolit jiddiy kasalliklarga olib kelishi mumkin.

So'nggi o'n yilliklarda yangi jiddiy dalillar bazasi asosida ushbu kasallikni tashxislash va davolash strategiyasini ishlab chiqishda sezilarli yutuqlarga erishildi. Ushbu protokol diagnostika, davolash sxemalari, fizioterapiya muolajalari, shuningdek, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish bo'yicha tavsiyalarni o'z ichiga oladi.

Uning chiqarilishi bronxiolit muammosini o'rganish bilan shug'ullanadigan mutaxassislar, shuningdek, keng ko'lamlı pediatrlar, allergologlar, genetiklar, pulmonologlar va ushbu kontingentli bemorlarga amaliy yordam ko'rsatadigan boshqa mutaxassislarning kundalik faoliyati uchun zarurdir.

Shunday qilib, kasallik tashxisining yagona yondashuvlari asosida terapiya samaradorligini sezilarli darajada oshirishi va bemorlarning hayot davomiyligi va sifatini oshirishi mumkin. Klinik protokollarning maqbulligi va amaliy qo'llanilishini baholash Toshkent shahri va Toshkent viloyati amaliy sog'liqni saqlash sohasi vakillari bilan birgalikda o'tkazildi.

**2.2 Ta'rifi. O'tkir bronxiolit (J21)** pastki nafas yo'llarining asosan kichik bronxlar va bronxiolalarning yallig'lanish kasalligidir va 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda rivojlanadi (ko'pincha 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda) [2,3]. O'tkir bronxiolitning simptomokompleksiga o'tkir respirator virusli infeksiya fonida (yoki qo'zg'atuvchi ta'sir qilganda) yuzaga keladigan va yo'tal va nafas yetishmovchiligi belgilari bilan birga keladigan pastki nafas yo'llarining obstruksiyasi kiradi: qiyinlashgan xirillashli nafas, taxipnoe, qovurg'alar oralg'ini tortilishi va / yoki qovurg'alar osti, burun qanotlarining kattalashishi va o'pkada ikki tomonlama xirillashlar.

### 2.3. Klinik ta'rifi

**Etiologiyasi.** Bronxiolit respirator-sinsitial (RS) virusli infeksiyaga (60-70%) javoban rivojlanadi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda, ayniqsa bronx-o'pka displaziyasi (BO'D) bilan va sun'iy oziqlantirishda bo'lgan bolalarda rinovirus etiologik ahamiyatga ega bo'lishi mumkin (40% hollarda). A va B gripp viruslari, paragripp, adenovirus, koronavirus, metapnevmonovirus va inson bokavirusi ham kasallikning qo'zg'atuvchi omillari hisoblanadi [2,3,5]. Deyarli barcha bolalar hayotning dastlabki 2 yilida RS virusi infeksiyasidan aziyat chekishadi, ammo faqat 20% hollarda ularda bronxiolit rivojlantiradi, bu esa kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [46].

[https://dep\\_pediater.pnzgu.ru/files/dep\\_pediater.pnzgu.ru/ostry\\_bronkhiolit\\_u\\_detey.pdf](https://dep_pediater.pnzgu.ru/files/dep_pediater.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf)

#### **Bronxiolitning qo'shimcha xavf omillariga quyidagilar kiradi:**

1. Oilada katta yoshdagi bolalarning mavjudligi.
2. 6 oygacha bo'lgan bolalar.
3. RS mavsumi boshlanishidan 6 oy oldin tug'ilgan bolalar.
4. Katta oilalar (4 kishi).
5. 2 oygacha ko'krak bilan emizish.
6. Bolalar bog'chasiga tashrifi.
7. Ko'p homiladorlikdan tug'ilgan bolalar.

#### **Bronxiolitning og'ir kechishi xavf omillariga quyidagilar kiradi:**

1. Erta tug'ilish (<35 haftalik homiladorlik).
2. BO'D.
3. Nafas olish yo'llarining boshqa surunkali kaslliklari (masalan, tug'ma nuqsonlar).
4. Gemodinamik jihatdan muhim yurak-qon tomir kasalliklari.
5. Immunitet tanqisligi.
6. Yoshi 3 oydan kam.
7. Erkak jinsi.
8. Oilaning past ijtimoiy-iqtisodiy darajasi.
9. Homiladorlik paytida onaning chekishi, passiv chekish.
10. RS infeksiyasi.
11. Nerv-mushak kasalliklari.
12. Genetik xususiyatlar.

**Patogenezi.** Patogenezida terminal va respirator bronxiolalari epiteliyasining nekrozi va deskvamatsiyasi, limfotsitar va neytrofil infiltratsiyasi va ulardevorlarining shishishi katta rol o'ynaydi. Balg'amning gipersekretsiyasi ham qayd etilgan. O'tkir virusli bronxiolitning morfologik xususiyatlari ko'pchilik bemorlarda bronxodilatatorlarning past samaradorligini tushuntiradi [4,5]. Bronxiolit bilan nafas yo'llarining zararlangan hududlari bo'shlig'ining to'liq obstruksiyasi yoki qisman obstruksiya bilan "havo tuzog'i"

alomatining diffuz namoyon bo'lishi bilan kichik atelektaz rivojlanishi mumkin. O'z navbatida, atelektaz va "havo tuzoqlari" ventilyatsion-perfuziya munosabatlarining buzilishi tufayli gipoksemiya va giperkapniya rivojlanishiga sabab bo'ladi. [4,6,7]. Nafas olish mushaklarining zo'riqishi bilan xarakterlanadigan nafas chiqarish, ayniqsa, erta tug'ilgan chaqaloqlarda, BO'D, tug'ma yurak nuqsonlari (TYUN), nerv-mushak patologiyasi bo'lgan bolalarda nafas yetishmovchiligi belgilarining rivojlanishiga olib keladi. Bronxiolit bilan og'rigan bolalarda kataral otit rivojlanishi mumkin, bu otoskopiya bilan tasdiqlanadi. Yiringli otit juda kam xollarda bronxiolitga olib keladi. Siydik yo'li infeksiyasi 3,3% da aniqlanadi. Bakteremiya 0,3% ni tashkil qiladi. Bakterial pnevmoniya qo'shilishi 1% dan kam hollarda kuzatiladi [49,50]. ORIT ga yotqizilgan bolalarda, ayniqsa intubatsiya paytida ikkilamchi bakterial zotiljam rivojlanish xavfi ortadi.

[https://dep\\_pediater.pnzgu.ru/files/dep\\_pediater.pnzgu.ru/ostry\\_bronkhiolit\\_u\\_detey.pdf](https://dep_pediater.pnzgu.ru/files/dep_pediater.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf)

**Epidemiologiyasi.** Bronxiolit ko'pincha 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Har yili dunyo bo'ylab 150 mln. bronxiolit holati qayd etiladi (11 chaqaloqqa 100 ta holat), ularning 7-13% statsionar davolanishni talab qiladi va 13% intensiv terapiya bo'limida kasalxonaga yotqizishni talab qiladi.

Jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra, bronxiolitning etiologiyasi aksariyat hollarda respirator sinsial (RS) virusi bilan bog'liq [1].

Ushbu virus 3 oydan 12 oygacha bo'lgan bolalarning 80% foizida aniqlanadi. Boshqa viruslar (rinoviruslar, enteroviruslar, A grippi va paragripp tipidagi viruslar, adenoviruslar, koronaviruslar) da kamroq aniqlanadi (2-15%). RS virusi infeksiyasi yillik epidemiya bilan tavsiflanadi.

Onadan o'tgan ortirilgan immunitetning yetarli emasligi va bu infeksiyaga qarshi tug'ma immunitetning yo'qligi yosh bolalarning 60-70% (aholining 30%) RS virusi bilan kasallanishiga olib keladi. Postinfeksion immunitet barqaror emasligi isbotlangan va bu tez-tez qayta infeksiyaga olib keladi. Hayotning 2-yilida bronxiolit bilan kasallanish kamayadi va kasallikni keltirib chiqaradigan viruslar doirasi ham o'zgaradi. Entero - va rinoviruslar xayotning 2-yilida (mos ravishda 27 va 25%), RS virusi faqat 3-o'rinni egallaydi (20%). 3 yoshdan oshgan bolalarda bu viruslar odatda pnevmoniya va bronxitning sababi hisoblanadi [2].

[https://dep\\_pediater.pnzgu.ru/files/dep\\_pediater.pnzgu.ru/ostry\\_bronkhiolit\\_u\\_detey.pdf](https://dep_pediater.pnzgu.ru/files/dep_pediater.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf)

## **KLASSIFIKATSIYA.**

Bronxiolitning yagona tasnifi mavjud emas.

Bronxiolitning klinik tasnifi etiologiyaga asoslanadi, shuningdek bronxiolit sindromlardan biri sifatida rivojlanadigan tizimli kasalliklarni o'z ichiga oladi:

- Turli moddalar bilan nafas olish natijasida kelib chiqqan bronxiolit:
- Tutundan kelib chiqqan bronxiolit
- Bezovta qiluvchi gazlar va mineral changlar ta'siridan kelib chiqqan bronxiolit
- Organik changdan nafas olish natijasida kelib chiqqan bronxiolit

## Infektsion bronxiolit (virusli)

Postinfektsion (obliteratsiya qiluvchi) bronxiolit

Dori moddalar bilan bogʻliq bronxiolit

Kollagenozlar bilan bogʻliq bronxiolit

Ichak kasalliklarining yalligʻlanishli bilan bogʻliq bronxiolit

Transplantatsiyadan keyingi bronxiolit

Paraneoplastik pemfigus bilan bogʻliq bronxiolit

Bronxiolyar fibroz bilan neyroendokrin hujayra giperplaziyasi

Diffuz panbronxiolit

kriptogen bronxiolit

boshqalar:

\* Follikulyar bronxiolitning oilaviy shakllari

\* Immunitet tanqisligi bilan bronxiolit

\* Lizinuriya bilan bronxiolit

\* Ataksiya-telangiyektaziya dagi bronxiolit (Lui-Bar sindromi)

\* IgA nefropatiyasida bronxiolit

[https://dep\\_pediater.pnzgu.ru/files/dep\\_pediater.pnzgu.ru/ostry\\_bronkhiolit\\_u\\_detey.pdf](https://dep_pediater.pnzgu.ru/files/dep_pediater.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf)

## 1-jadval

### Nafas olish yetishmovchiligining ogʻirligiga qarab belgilari

| NE darajasi | Nafas yetishmovchiligi belgilari   |
|-------------|--|
| I           | Muhim jismoniy zoʻriqish paytida nafas qisilishi, taxikardiya va burun qanotlarining shishishi.<br>Одышка, тахикардия, раздувание крыльев носа при значимой физической нагрузке.   |
| II          | Nafas siqishi, kam jismoniy faollikda xam taxikardiya. Lablarning yengil sianozi, peroral akrotsianoz. Burun qanotlarining kerikishi, kovurgʻalararo va qovurgʻa osti tortilishi.  |
| III         | Yaqqol nafas qisishi, tinch xolatda taxipnoe. Yuzaki nafas olish. Teri va shilliq pardalarning diffuz sianozi (shuni esda tutish kerakki, sianoz har doim ham bolada nafas yetishmovchiligi darajasini aks ettirmaydi). Nafas olishda yordamchi mushaklarning ishtiroki. Bola sust, adinamik yoki aksincha, juda bezovta. Gipoksik ensyefalopatiya (ongning buzilishi, talvasa) rivojlanishi mumkin. |
| IV          | Gipoksemik koma. Ongning buzilishi, nafas olish ritmining buzilishi.   |

### **3. BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOELITNI TEKSHIRUV USULLARI, USHLUBLARI, TIBBIY MUOLAJALAR YONDOSHUVLARI VA TASHXISLASH JARAYONLARI**

#### **3.1. O‘tkir bronxiolitning klinik ko‘rinishlari**

- Aralash va ekspirator xansirash,
- Perioral sianoz,
- Kam balg‘am ajraluvchi yo‘tal, o‘pkada kichik nam krepatatsion xirillashlar.

Bronxiolitning og‘irligini baholash uchun nafas yetishmovchiligi belgilariga va nafas olishni nafas chiqarish davomiyligining nisbatiga e‘tibor qaratish kerak.

Kasallik odatda yuqori nafas yo‘llarining o‘tkir infeksiyasining 2-5 kunda rivojlanadi va tez-tez subfebril isitma bilan kechadi, yo‘tal, nafas qisilishi, ekspirator xansirash, taxipnoe (daqiqada 50-70), mayda pufakchali xirillash va/yoki o‘pkada krepatatsiya ikki tomonlama eshitiladi. Ayrim xollarda quruq xirillashlar ham aniqlanadi. Vizual ko‘krak qafasining shishishi va qutichasimon tovush eshitiladi [4,6,7].

Nafas olishning buzilishi nafas tezlashishi bilan kuzatilmasligi mumkin, ammo nafas chiqarishining kuchayishi, nafas olishda yordamchi mushaklarning ishtiroki, qovurg‘alararo tortilishi va burun qanotlarining kerkishi bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Bronxiolitda obstruktiv sindrom 1-2 kun ichida maksimal darajaga yetadi, keyin xirillashning asta-sekin kamayadi, ular odatda 7-14 kunlarda yo‘qoladi. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarda bronxiolitning birinchi klinik ko‘rinishi apnoe bo‘lishi mumkin [8, 10].

Bronxiolit bilan bolada isitma va taxipnoye suvsizlanish, nafas olish yetishmovchiligi va/yoki qusish, bolaning suyuqlik iste‘molining kamayishi hisobiga metabolik atsidoz rivojlanishi mumkin.

Og‘ir respirator-distress sindromi bo‘lgan bolalarda ko‘pincha giponatremiya va gipervolemia bilan kechuvchi antidiuretik gormon (SIADH) sekretsiasining buzilishi kuzatiladi [9,11].

Shuni ta‘kidlash kerakki, bolalarda bronxiolitning klinik ko‘rinishlari dinamik va tez o‘zgarishi bilan tavsiflanadi.

Nafas olish yetishmovchiligining oshishi (odatda doimiy febril isitma fonida) birlamchi adenovirus (3, 7 va 21 serotiplari) va bakterial superinfeksiya chaqiruvchi postinfeksion oblitirlangan bronxiolit rivojlanishini ko‘rsatadi [11,12].

Postinfeksion oblitirlangan bronxiolit ayrim hollarda rentgen tasvirda "respirator qopqon" va "yuqori shaffof o‘pka" belgilari bilan kechuvchi mayda bronxlarda surunkali fibroz rivojlanishi bilan xarakterlanadi. KTda "respirator qopqon" hisobiga mozaykali o‘pka tasviri, "daraxt kurtaklari" simptomi, ayrim hollarda silindrsimon bronxoyektazlar aniqlanadi [15,18].

Ba‘zi bolalarda respirator infeksiyasi fonida bronxial obstruksiya sindromining takroriy epizodlari tez – tez kuzatiladi, bu ularda takroriy bronxiolitning rivojlanishini ko‘rsatmaydi va bemorda bronxial obstruksiya sindromi bilan bog‘liq boshqa kasalliklarni istisno qilishni talab qiladi. Astma belgilari odatda kasallikning 1-2 kunda

paydo boʻladigan xirillash va nafas chiqarishining uzayishi bilan birga keladi. Nafas olish tezligi kamdan-kam hollarda 1 minutda 60 daqiqadan oshadi, dispnoe yaqqol boʻlmasligi mumkin, lekin baʼzida uning belgisi bolaning bezovtaligiga, qulay holat qidirishga olib keladi. Yoʻtal quruq, tana harorati koʻpincha normal yoki subfebril boʻladi.

|     |   |
|-----|---|
| I.A | Bolalarda oʻtkir bronxiolitning asoratlari nafas olish kasalliklarining rivojlanishi bilan kechishi mumkin. PaCO <sub>2</sub> ning oshishi, giperkapniyaning rivojlanishi umumiy xolatning yomonlashishini koʻrsatadi bu esa, apnoe va asfiksiyaga olib kelishi mumkin. Bronxiolit klinikasi virus turiga bogʻliq emas (respirator sinsitial virus chaqirgan bronxiolit bolalarda ogʻir klinik kechishiga sabab boʻladi). |
|-----|---|

[https://dep\\_pediatr.pnzgu.ru/files/dep\\_pediatr.pnzgu.ru/ostry\\_bronkhiolit\\_u\\_detey.pdf](https://dep_pediatr.pnzgu.ru/files/dep_pediatr.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf)

### 3.2. Oʻtkir bronxiolitning tashxislash mezonlari

|     |  |
|-----|--|
| I.V | Bronxiolit klinik maʼlumotlariga asoslanib tashxislash tavsiya etiladi. [2,3,13,14]. |
|-----|--|

Umumiy klinik qon tekshiruvi yetarli maʼlumotga ega emas: leykotsitoz  $\geq 17 \cdot 10^9/l$  va 2-3 oylik bolalarda boshqa koʻrsatkichlar boʻlmagan taqdirda  $\geq 20 \cdot 10^9 /l$  bronxiolit bilan ogʻrigan bemorlarda bakterial infeksiyani har doim ham koʻrsatmasligi mumkin. C-reaktiv oqsil (CRO) va prokalsitonin (PKT) darajalari koʻpincha oshmaydi [15,16,18].

|      |  |
|------|--|
| II.V | Oʻtkir bronxiolitda viruslarni tez aniqlash usullaridan foydalanishni koʻrib chiqish tavsiya etiladi [3,14]. |
|------|--|

RS-virusi uchun Ekspresstest yoki polimeraza zanjiri reaksiyasi (PZR) testining ijobiy natijasi koʻp hollarda uning bronxiolit rivojlanishidagi etiologik rolini tasdiqlaydi [2]. Ammo bronxiolitda viruslarni muntazam ravishda aniqlash kamdan-kam hollarda ushbu kasallikka olib kelishi mumkin boʻlgan ushbu mikroorganizmlarning keng doirasi tufayli zarur. Bundan tashqari, baʼzi viruslarni aniqlash har doim ham ularning etiologik rolini koʻrsatmaydi, masalan, rinovirusni oldingi nafas yoʻllari infeksiyasidan keyin uzoq vaqt davomida aniqlash mumkin.

#### 3.2.1. Instrumentalnaya diagnostika:

|      |   |
|------|---|
| II.V | Agar bolada zotiljamga shubha qilingan alomatlar boʻlmasa, bronxiolit uchun muntazam rentgen tekshiruvi tavsiya etilmaydi.[2, 3, 13]. Zotiljamni $t^0 > 38^0$ ning 3 kundan ortiq oʻsishi, toksikoz belgilari, perkussiya tovushining qisqarishi va xirillashning assimetriyasi boʻlganda istisno qilish zarur. |
|------|---|

Bronxiolit bilan ogʻrigan bemorlarning koʻkrak qafasi rentgenogrammasida koʻpincha oʻpkaning shishishi, bronxovaskulyar rasmining kuchayishi, oʻpka toʻqimalarining shaffofligini pasaygan joylari borligi va kichik atelektazni koʻrsatadi, buni baʼzan zotiljam bilan yanglishadi, va bu faqat antibiotiklarni asossiz buyurishga olib keladi.

|     |  |
|-----|--|
| I.V | Bronxiolitda nafas yetishmovchiligining ogʻirligini va shunga mos ravishda bemorni davolash taktikasini aniqlash uchun qonning kislorod bilan toʻyinganligini (shu jumladan bronxodilatatorlarni ingalatsiyadan keyin) kuzatish tavsiya etiladi [2,3]. |
|-----|--|

Bronxiolitda nafas yetishmovchiligining ogʻirligini va shunga mos ravishda bemorni boshqarish taktikasini aniqlash uchun oksigenatsiyani kuzatish zarur (shu jumladan bronxodilatatorlarni inihalatsiyadan keyin): pulsoksimetriyasidan foydalanish kerak, qon gazlari va kislota-ishqoriy holatini aniqlash esa faqat ogʻir nafas yetishmovchilikda talab qilinadi [25, 26, 27]. Bronxiolit bilan ogʻrigan bolalarda kataral otit rivojlanishi mumkin (otoskopiya tasdiqlanadi). Yiringli otit bronxiolitda juda kam uchraydi. Siydik yoʻli infeksiyasi 3,3% da aniqlanadi. Bakteremiya 0,3% ni tashkil qiladi. Bakterial pnevmoniya qoʻshilishi 1% dan kam hollarda kuzatiladi. Reanimatsiya boʻlimiga yotqizilgan bolalarda, ayniqsa intubatsiya paytida ikkilamchi bakterial pnevmoniya xavfi ortadi.

[https://dep\\_pediater.pnzgu.ru/files/dep\\_pediater.pnzgu.ru/ostry\\_bronkhiolit\\_u\\_detey.pdf](https://dep_pediater.pnzgu.ru/files/dep_pediater.pnzgu.ru/ostry_bronkhiolit_u_detey.pdf)

### 3.3. DIFFERENSIAL TASHXISLASH

#### Bolalarda oʻtkir bronxiolitni differensial tashxislash

| Simptomlar     | Oʻtkir bronxit                              | Oʻtkir obstruktiv bronxit  | Oʻtkir bronxiolit                                | Bronxopnevmoniya  |
|----------------|---|--|--|---|
| Tana harorati  | Koʻpincha subfebril, normal boʻlishi mumkin | Koʻpincha subfebril, normal boʻlishi mumkin; mikoplazma va adenovirus infeksiyalarida febril |  | Febril, subfebril, uzoq vaqt davom etadi  |
| Intoksikatsiya | Yoʻq yoki kam miqdorda                      | Oddiy bronxitga qaraganda ancha yaqqol, qisqa muddatli                                       |  | Kasallikning dinamikasi sezilarli darajada kuchayadi, asoratlarda toksikoz rivojlanishi mumkin. |
| Yoʻtal         | Quruq, keyin nam, shilliq balgʻam ajralishi | Yoʻtal quruq, balgʻam yomon ajraladi, yopishqoq  | Yoʻtal quruq, doimiy paroksizmal xarakterga ega, | Dinamikada quruq yoʻtaldan nam yoʻtalgacha, shilliq yoki shilliq-yiringli balgʻam bilan chuqur  |

|                            |  |  |   |   |
|----------------------------|--|--|---|---|
|                            | bilan  |  | ko'pincha spastik "oberton" ga ega.   | 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 o'zgaradi. Tez ijobiy dinamika bor | Uzoq muddatli nafas chiqarish, dag'al, quruq xushtaksimon xirillashlar, kamroq tez-tez har xil o'lchamdagi nam xirillashlar. Yo'talayotganda xirillashning o'zgaruvchanligi. Tez ijobiy dinamika bor | Uzaygan nafas chiqarish. O'pkaning butun yuzasida mayda pufakchali va krepitatsiyali xirillashlarning ko'pligi. | Sust, dag'al bronxial nafas. Ko'pincha lokal o'zgarishlar mavjud! Cheklangan hududda mayda pufakchali xirillashlar. O'zgarishlarni saqlash muddati 5-6 kun. |
| 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 havo bilan shishishi, bronxial   | O'pkaning havo bilan shishishi,   | Parenximaning lokal, segmentar, lokal-birlashuvchi,   |

|  |                                  |                      |  |                                    |
|--|----------------------------------|----------------------|--|------------------------------------|
|  | o'pkaning ildizlarini kengayishi | rasmining kuchayishi | bronxial va o'pka rasmining kuchayishi. Mayda atelektaz, infiltratsiyani ng mayda soyalari | lobar xarakterli infiltratsiyalari |
|--|----------------------------------|----------------------|--|------------------------------------|

### O'tkir bronxiolit belgilari bilan kechadigan kasalliklarning differensial tashxislash

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

|  |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
|  | - Pastki nafas yoʻllarining yalligʻlanishi residivlari | kompyuter tomografiyasi |  |
|--|--|-------------------------|--|

**Bolalarda bronxial obstruksiya sindromi bilan kechadigan oʻtkir bronxiolitga oʻxshash klinik koʻrinishi bilan yuzaga keladigan kasalliklarning differensial tashxislash**

| <b>Belgilar</b>                                | <b>Bronxial astma</b>                               | <b>Yurak tugʻma nuqsonlari</b>   | <b>Bronx-oʻpka displaziyasi</b>                              | <b>Gastro-ezofagal reflyuks</b>  |
|--|---|--|--|--|
| Birinchi belgilar namoyon boʻlish yoshi        | 1 yoshdan kattalar                                  | hayotining 1 yoshida   | tugʻilgandan boshlab   | GER rivojlanishi bilan   |
| BOS ning rivojlanish sabablari                 | Allergen yoki trigger taʼsiri bilan bogʻliq         | Oʻpka gipertenziyasi, kichik qon aylanish doirasida dimlanish (OʻRVI da) fonida rivojlanadi. | bronxial giperreaktivlikning rivojlanishi                    | Vagus faollashganda bronxospazmning refleks rivojlanishi, aspiratning bronx devoriga bevosita taʼsiri. |
| Bronxodilatator terapiyasining taʼsiri         | Yuqori  | Oʻrtacha   | Oʻrtacha   | Taʼsiri yoʻq   |
| Atopiya belgilarining mavjudligi               | mavjud  | Yoʻq   | Yoʻq   | Yoʻq   |
| Yetakchi sindromlar                            | BOS, atopiya  | yurak-qon tomir tizimining organik patologiyasi sindromi                                     | gipoksemiya, NYe, kislorodga muhtojlik                       | dispeptik sindrom  |
| Tashxisni aniqlashtiruvchi tekshirish usullari | pikflowmetriya, spirometriya, allergeo diagnostikas | EXO-KG   | anamnestik maʼlumotlar (anamnezda sunʼiy oʻpka ventilyatsi), | kunlik pH-metriya  |

|  |   |  |                                   |  |
|--|---|--|-----------------------------------|--|
|  | i |  | o'pkaning<br>rentgenogramm<br>asi |  |
|--|---|--|-----------------------------------|--|

#### 4. BOLALARDA O'TKIR BRONXIOELITNI AMBULATOR SHAROITIDA DAVOLASH

##### 4.1. Bolalarda o'tkir bronxiolitni nomedikamentoz davolash taktikasi:

- 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 | O'BL bilan og'riغان bolalar uchun umumiy ovqatlanish va ko'p miqdorda iliq ichimliklar (kuniga 100 ml/kg gacha) tavsiya etiladi [3,23]. |
|----|---|

- yoshga qarab to'g'ri ovqatlanish;
- sanitariya-gigiyena rejimiga rioya qilish (xonalarni ventilyatsiya qilish, yuqumli bemorlar bilan aloqa qilishni cheklash).
- bemorning yo'talni keltirib chiqaradigan atrof-muhit omillarini (tutun, chang, kuchli hid, sovuq havo) ta'sirini bartaraf etish;
- - O'tkir bronxiolitni davolashda muhim rejimi: havoni namlash, muntazam nam tozalash va xonani ventilyatsiya qilishdir (<https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf>).

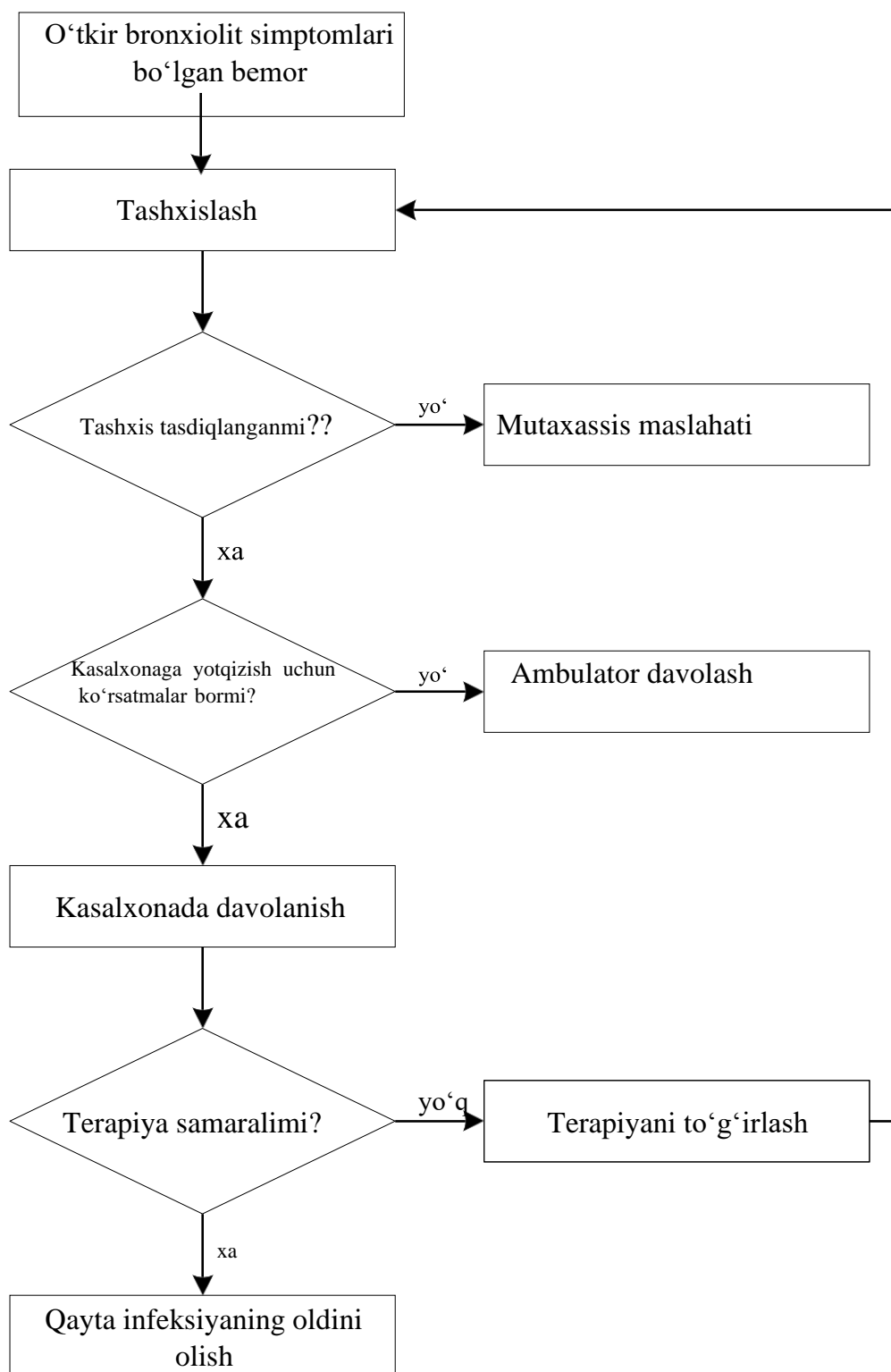
|    |   |
|----|---|
| 1C | Samaradorligini tasdiqlovchi dalillar yo'qligi sababli elektroforez, ultra yuqori chastotali terapiya, ultrabinafsha nurlanish tavsiya etilmaydi [3,4,23,58]. |
|----|---|

|    |  |
|----|--|
| 1C | Samarasizligi va kuyish xavfi yuqori bo'lgani uchun bug'li ingalyatsiyalar tavsiya etilmaydi [39]. |
|----|--|

|    |   |
|----|---|
| 1C | Foydasidan ko'ra zarari sezilarli darajada oshgani uchun xantal plasterlari, qizdiradigan plasterlar, bankalardan foydalanish tavsiya etilmaydi [3,23]. |
|----|---|

|    |   |
|----|---|
| 1C | Rekonvalessensiya davrida ko'krak qafasini drenajlash, yo'tal refleksi pasayganda uni rag'batlantirish va tiklanish davrida nafas olish mashqlari tavsiya etiladi [3,23]. |
|----|---|

## O'tkir bronxiolit bilan og'riqan bemorni davolash algoritmi



**4.2. Bolalarda o‘tkir bronxiolitni myedikamentoz davolash:**  
**Muhim dorilar ro‘yxati** (100% foydalanish ehtimoli bilan):

2-jadval

| Farmakoterapevtik guruh            | Preparatning xalqaro patentlangan nomi | Qo‘llash tartibi   | Dalillar darajasi  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Antipiretik dori<br><u>N02BE01</u> | Parasetamol                            | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Antipiretik dori<br><u>M01AE01</u> | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Virusga qarshi                     | Rekombinantli 2b                       | 7 yoshdan oshgan bolalar   | 1A   |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| dori<br>L03AB05                             | inson alfa-<br>interferoni                             | 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.  | <a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>  |
| Virusga qarshi dori<br>L03AX                | Interferon gamma, gistamin, CD4 ga qarshi antanachalar | 6 oylikdan tomchilarda, 3 yoshdan oshgan bolalar sxema bo'yicha tabletkalarda: davolashning 1-kunida 8 tabletka olinadi. quyidagi sxema bo'yicha: 1 jadval. birinchi 2 soatda har 30 daqiqada (2 soat ichida jami 5 tabletka), keyin o'sha kun davomida yana 1 tabletka oling. 3-marta teng oraliqda. 2-kuni va undan keyin 1 tabletka oling. To'liq tiklanishigacha kuniga 3-marta. | 1B<br><a href="https://clinicaltrials.gov/study/NCT03039621?intr=Ergoferon&amp;rank=3&amp;tab=results">https://clinicaltrials.gov/study/NCT03039621?intr=Ergoferon&amp;rank=3&amp;tab=results</a> |
| Virusga qarshi dori<br>L03AB03              | Inson gamma interferoniga antitanachalar               | 1 oylik va undan katta yoshdagi bolalar uchun peroral. Sxema bo'yicha qabul qiling (1-kun, 8 tabletka, birinchi 2 soatda har 30 daqiqada 1 tabletka (2 soatda jami 5 tabletka), keyin 1 tabletkadan 3-marta teng oraliqda. 2 kundan boshlab kuniga 3-marta 1 tabletkadan. to'liq tiklanishigacha.  | 1B<br><a href="https://clinicaltrials.gov/search?intr=Anaferon%20for%20children">https://clinicaltrials.gov/search?intr=Anaferon%20for%20children</a>   |
| Virusga qarshi, yallig'lanishga qarshi dori | Pelargonium sidoides ildizi ekstrakti.                 | 1 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun og'iz orqali kuniga 3-   | 1C<br><a href="https://www.google.com/url?sa=t&amp;source=w">https://www.google.com/url?sa=t&amp;source=w</a>   |

|                        |               |   |  |
|------------------------|---------------|---|--|
| ATXR05.                |               | marta 10 tomchi, 6 yoshdan 12 yoshgacha: kuniga 3-marta 20 tomchi, 12 yoshdan katta, kuniga 3-marta 25 tomchi.  | <a href="https://www.fiototerapia.net/archivos/202407/final-assessment-report-pelargonium-sidoides-dc-pelargonium-reniforme-curt-radix-revision-2_en.pdf%3F1&amp;ved=2ahUKEwi3z9uc5L6NAxXtIhAIHUMEASoQFnoECCAQAQ&amp;usg=AOvVaw23ItXcIPcdszmHMcTWGp7l">eb&amp;rct=j&amp;opi=89978449&amp;url=https://www.fiototerapia.net/archivos/202407/final-assessment-report-pelargonium-sidoides-dc-pelargonium-reniforme-curt-radix-revision-2_en.pdf%3F1&amp;ved=2ahUKEwi3z9uc5L6NAxXtIhAIHUMEASoQFnoECCAQAQ&amp;usg=AOvVaw23ItXcIPcdszmHMcTWGp7l</a><br><br><a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5849386/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5849386/</a> |
| Mukolitik dori R05CB01 | Asetilsistein | 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 tabletka. 100 mg dan kuniga 3-marta yoki 2 tabletka. kuniga 2-marta, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar: 1 tabletka 100 mg yoki 5 ml sirop kuniga 2-3-marta (kuniga 200-300 mg atsetilsistein). | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |
| 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 kerak. 50 mg/ml sirop: 15 ml dan  | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  |   | kuniga 3-marta, yaxshisi ovqatdan 1 soat oldin yoki ovqatdan 2 soat keyin.   |  |
| Mukolitik dori<br>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.   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |
| Mukolitik dori<br>R05FB02  | Butamirat +<br>Gvanfenesin  | Peroral, 7 kg gacha, kuniga 3-4-marta 8 tomchi,<br>- 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,<br>- 30-40 kg, kuniga 3-4-marta 16 tomchi, 40-50 kg, kuniga 3-marta 25 tomchi,<br>- 50-70 kg, kuniga 3-marta 30 tomchi, 70 kg dan ortiq, kuniga 3-marta 40 tomchi   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |
| Balg'am haydovchi va bronxospazmolitik, yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega o'simlik dori<br>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 | 1C<br><a href="https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879#RZ0045-18">https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879#RZ0045-18</a><br><a href="https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879?utm_source=chatgpt.com#N11632">https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879?utm_source=chatgpt.com#N11632</a> |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>yoshgacha - ½ tabletka.<br/>         Kuniga 2-marta, 12<br/>         yoshdan oshgan bolalar - 1<br/>         tabletka. ertalab va ½ tab.<br/>         Kechqurun. 35 mg<br/>         pakatlardagi eritma: 12<br/>         yoshdan oshgan bolalar, 1<br/>         paket. Kuniga 3-marta, 6<br/>         yoshdan 11 yoshgacha<br/>         boʻlgan bolalar 1<br/>         paketdan. kuniga 2-marta.</p> |  |
|--|--|---|--|

|           |  |
|-----------|--|
| <b>1C</b> | <p>Bolalarda antipiretik dori sifatida paratsetamol (N02BE01) yoki ibuprofenni (M01AE01) tanlang. Ikkala dori vositasini bir vaqtda qoʻllash mumkin emas. V kachestve jaroponijayushchego preparata dlya detey neobxodimo vybirat libo paratsetamol libo ibuprofen [5,14].</p> |
|-----------|--|

|           |   |
|-----------|---|
| <b>1A</b> | <p>Antibakterial terapiya virusli etiologiyali oʻtkir bronxitda samarasizligi sababli tavsiya etilmaydi [3,23,24,48,49,50,51,52,53,54].</p> |
|-----------|---|

|             |  |
|-------------|--|
| <b>II C</b> | <p>Oddiy bakterial flora keltirib chiqaradigan bakterial infeksiya belgilari bilan kechadigan oʻtkir bronxitda, baʼzi hollarda amoksitsillinni kuniga 70 mg / kg dozada 5-7 kun davomida qoʻllash tavsiya etiladi [2].</p> |
|-------------|--|

|           |   |
|-----------|---|
| <b>2C</b> | <p>Oʻpkada xirillashlar va bronxo-obstruksiyaning boshqa belgilari boʻlmasa, quruq, ogʻriqli yoʻtalda baʼzi hollarda markaziy taʼsir koʻrsatadigan yoʻtalga qarshi vositani qisqa kurs buyurishni koʻrib chiqish tavsiya etiladi [3,23,58].</p> |
|-----------|---|

|           |   |
|-----------|---|
| <b>1C</b> | <p>Mukolitiklar guruhidan dori-darmonlarni yopishqoq, qiyin ajratilgan balgʻam uchun buyurish tavsiya etiladi [3,23,58,59].</p> |
|-----------|---|

|           |   |
|-----------|---|
| <b>1C</b> | <p>Bolalarda oʻtkir bronxitni davolash uchun, samaradorligi toʻgʻrisida dalillar yoʻqligi sababli tizimli antigistaminlardan foydalanish tavsiya etilmaydi [3,4,23,58].</p> |
|-----------|---|

#### 4.5. Ambulator sharoitida davolash samaradorligining baxolash:

- yoʻtaldan tuzalish;
- xansirashni yoʻq qilish
- intoksikatsiya belgilarini yoʻq qilish;

- tana haroratini normallashtirish;
- umumiy axvolini yaxshilash.

## **5.0‘TKIR BRONXIOLIT BILAN KASALLANGAN BOLALARNI GOSPITALIZATSIYA QILISH UCHUN KO‘RSATMALAR**

### **5.1. Shoshilinch gospitalizatsiya:**

- og‘ir premorbid fon (oqsil-yenergetik 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 bronkoskopiyani 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);
- 2 oygacha bo‘lgan barcha bolalar.

### **5.2. O‘tkir bronxiolit bilan kasallangan bolalarni gospitalizatsiya qilish uchun ko‘rsatmalar**

- birlamchi tibbiy yordam ko‘rsatishda IMCI standartiga muvofiq 5 yoshgacha bo‘lgan 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);
- 2 oygacha bo‘lgan barcha bolalar.
- og‘ir xamkor patologiyaning mavjudligi;
- og‘irlashgan premorbid fon (raxit, erta tug‘ilish, perinatal ensefalopatiya va boshq.);
- bronxodilatatorlarning 3 kun davomida samarasizligi;
- dam olishda stridor;
- astmatik status;
- asotsial oila.

### **5.3. O‘tkir bronxiolit bilan kasallangan bolalarni shoshilinch gospitalizatsiya:**

- nafas olish tezligini daqiqada 70 va undan yuqori oshirishi.
- bolaning bezovtaligi, qulay poziani izlash, qovurg‘alar aro mushaklarning tortilishi.
- ko‘krak qafasi mushaklarining orqaga tortilishi bilan nafas chiqarishni qiyinlashishi.
- markaziy sianoz.
- PaO<sub>2</sub> ning pasayishi.
- PCO<sub>2</sub> ning ortishi.

### **5.4. O‘pkaning sun‘iy ventillyatsiyasiga o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar:**

- Nafas olish vaqtida nafas tovushlarining pasayishi;
- 40% kislorodni nafas olganda siyanozning saqlanishi;
- Qo‘zg‘atuvchiga og‘riq reaksiyasini pasayishi;
- PaO<sub>2</sub> ning 60 mm dan past bo‘lishi.;
- 55 mm dan yuqori PaCO<sub>2</sub> ortishi.
- (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>)

## 6. STATIONAR DARAJASIDA DAVOLASH TAKTIKASI:

|                  |  |
|------------------|--|
| <p><b>1C</b></p> | <p>BOS bilan kechuvchi O‘BL 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 ayerozol ingalyatorini (DAI) dori shaklida buyurish tavsiya etiladi, o‘rtacha kuniga 3 mahal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• salbutamol, bir martalik doza 0,15 ml/kg, maksimal 2,5 ml &lt;6 yoshgacha: 6 yil davoyoshdan kattalarga 5 ml dan yoki 3-5 kunli qisqa kurs davomida spaser orqali 1-2 ingalyatsiya</li> <li>• fenoterol + ipratropium bromidi 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].</li> </ul> |
| <p><b>1C</b></p> | <p>BOS ning o‘tkir va progressiv kechishida, gipoksemiya kuchayishi (PaO<sub>2</sub> 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>   |

## O'BLli bolalarda bronxoobstruktiv sindromida harakatlar algoritmi

|   |
|---|
| <p>Bronxoobstruktiv sindromni terapiyasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bronxolitik terapiya.</li><li>2. Bronxlarning drenaj funksiyasini yaxshilash.</li><li>3. Desensibilizatsiya qiluvchi terapiya.</li><li>4. Yallig'lanishga qarshi terapiya</li></ol>   |
| <p><b>1-darajali bronxoobstruktiv sindromni davolash:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- qisqa ta'sir qiluvchi <math>\beta</math>2-agonistlar bilan ingaliyatsiya - nebulizer orqali nebutamolni har 6-8 soatda</li><li>- M-xolinolitik - Atrovent bilan ingalyatsiya;</li><li>- nebulayzer orqali nebulayzer bilan ingalyatsiya, kuniga 1-2-marta qilish;</li><li>- peroral doksofilin siropi (6-9 mg / kg tana vazniga) kuniga 1-2-marta;</li><li>- ko'p miqdorda iliq ishqori baland ichimliklar ichiladi.</li></ul>                                  |
| <p><b>2-darajali bronxoobstruktiv sindromni davolash:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nebulayzer orqali nebutamolni ingalatsiya qilish</li><li>- 20 daqiqadan so'ng ta'sir bo'lmasa, nebulayzerda nebulayzer bilan ingalatsiya qilish;</li><li>- kislorod saturatsiyasi 95% ga yetgunga qadar kislorod bilan ingalatsiyasiya qilinadi;</li><li>- peroral doksofilin siropi (6-9 mg / kg tana vazniga) kuniga 1-2-marta;</li><li>- mukolitiklarni ingalyatsiya qilinmaydi;</li><li>- ko'p miqdorda iliq ishqori baland ichimliklar ichiladi.</li></ul> |
| <p><b>O'tkazilgan terapiyaga yaxshi javob bo'lganda:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- qisqa ta'sir qiluvchi <math>\beta</math>2-agonistlar bilan ingaliyatsiya - nebulayzer orqali nebutamolni har 6-8 soatda;</li><li>- nebulayzer orqali nebulayzer bilan ingalyatsiya, kuniga 1-2-marta qilish;</li><li>- peroral doksofilin siropi (6-9 mg / kg tana vazniga) kuniga 1-2-marta;</li><li>- ko'p miqdorda iliq ishqori baland ichimliklar ichiladi.</li></ul>  |
| <p><b>O'tkazilgan terapiyaga javob qoniqarsiz bo'lsa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- qisqa ta'sir qiluvchi <math>\beta</math>2-agonistlar bilan ingaliyatsiya - nebulizer orqali nebutamolni har 6-8 soatda;</li><li>- qisqa ta'sir qiluvchi teofillinni vena ichiga yuborish (yeufillin 5-10 mg/kg dozada, uni 4 maxalga bo'lib yuvoriladi);</li><li>- vena ichiga tizimli glyukokortikosteroidlar;</li><li>- infuzion terapiya (20-30 ml/kg);</li><li>- kislorod bilan ingalatsiya.</li></ul>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Qoniqarsiz effekt kuzatilganda – reanimatsiya bo'limiga o'tkazish</b></p>   |
| <p><b>Yallig'lanishga qarshi terapiya:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-topik IGKS – nebulayzer, IGKS ni bronxodilyatator ingalatsiyasidan 15-20 minutdan keyin buyurish tavsiya etiladi. IGKS inhalatsiyasining davomiyligi BOS ning davomiyligi va og'irligi bilan belgilanadi, odatda 5-7 kungacha;</li><li>-tizimli glyukokortikosteroidlar - 1-2 mg/kg prednizolon 3 kundan ortiq bo'lmagan;</li><li>- Galavit, Rezistol</li></ul>   |
| <p><b>Drenaj funksiyasini yaxshilanishi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Oral rehidratatsiya: iliq ichimlik ichirish;</li><li>- mukolitiklar: ambroksol guruhidan dorilar (ambrogeksal, lazolvan, ambrobene, ambroksol), prospan, pektolvan C;</li><li>- o'z ichiga sistein olgan preparatlar (ACC, flyudetek, fluimutsin)</li></ul>  |
| <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.</p> <p>(<a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a> )</p>   |

### 6.1. Nomedikamentoz davolash:

- O‘BL 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. Bolalarda o‘tkir bronxiolitni myedikamentoz davolash:

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

3-jadval

| Farmakoterapevtik guruh            | Preparatning xalqaro patentlangan nomi | Qo‘llash tartibi   | Dalillar darajasi  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Antipiretik dori<br><u>N02BE01</u> | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Antipiretik dori<br><u>M01AE01</u> | 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  | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   | kerak)   |   |
| Virusga qarshi dori<br><a href="#">J05AH02</a> | Oseltamivir   | Faqat grippda buyuriladi. Peroral 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>  |
| Virusga qarshi dori<br>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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>  |
| Virusga qarshi dori<br>L03AX                   | Interferon gamma, gistamin, CD4 ga qarshi antianachalar | 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<br><a href="https://clinicaltrials.gov/study/NCT03039621?intr=Ergoferon&amp;rank=3&amp;tab=results">https://clinicaltrials.gov/study/NCT03039621?intr=Ergoferon&amp;rank=3&amp;tab=results</a> |
| Virusga qarshi dori<br>L03AB03                 | Inson gamma interferoniga antitanachalar                | 1 oylik va undan katta yoshdagi bolalar uchun peroral. Sxema bo‘yicha qabul qiling (1-kun, 8 tabletkalar, birinchi 2 soatda har  | 1B<br><a href="https://clinicaltrials.gov/search?intr=Anaferon%20for%20children">https://clinicaltrials.gov/search?intr=Anaferon%20for%20children</a>   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | 30 daqiqada 1 tabletka (2 soatda jami 5 tabletka), keyin 1 tabletkadan 3-marta teng oraliqda. 2 kundan boshlab kuniga 3-marta 1 tabletkadan. to'liq tiklanishigacha.  |   |
| 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<br><a href="https://www.google.com/url?sa=t&amp;source=web&amp;rct=j&amp;opi=89978449&amp;url=https://www.fiototerapia.net/archivos/202407/final-assessment-report-pelargonium-sidoides-dc-pelargonium-reniforme-curt-radix-revision-2_en.pdf%3F1&amp;ved=2ahUKEwi3z9uc5L6NAxXtlhAIHUMEASoQFnoECCAQAQ&amp;usg=AOvVaw23ItXcIPcdszmHMcTWGp7l">https://www.google.com/url?sa=t&amp;source=web&amp;rct=j&amp;opi=89978449&amp;url=https://www.fiototerapia.net/archivos/202407/final-assessment-report-pelargonium-sidoides-dc-pelargonium-reniforme-curt-radix-revision-2_en.pdf%3F1&amp;ved=2ahUKEwi3z9uc5L6NAxXtlhAIHUMEASoQFnoECCAQAQ&amp;usg=AOvVaw23ItXcIPcdszmHMcTWGp7l</a> |
| Markaziy ta'sirga ega yo'talga qarshi dori antibronkokonstriktor 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                   | 1B<br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32622786/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32622786/</a><br><a href="https://dx.doi.org/10.2165/00044011-200222040-00001">https://dx.doi.org/10.2165/00044011-200222040-00001</a>  |
| Mukolitik dori R05CB01   | Asetilsistein                          | 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 tabletka. 100 mg dan kuniga 3-marta yoki 2 tabletka. kuniga 2- | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>  |

|  |                          |  |  |
|--|--------------------------|--|--|
|  |                          | marta, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar: 1 tabletka 100 mg yoki 5 ml sirop kuniga 2-3-marta (kuniga 200-300 mg atsetilsistein).   |  |
| Mukolitik dori<br>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 kerak. 50 mg/ml sirop: 15 ml dan kuniga 3-marta, yaxshisi ovqatdan 1 soat oldin yoki ovqatdan 2 soat keyin.                                    | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Mukolitik dori<br>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.   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Mukolitik dori<br>R05FB02              | Butamirat<br>Gvanfenesin | + Peroral, 7 kg gacha, kuniga 3-4-marta 8 tomchi,<br>- 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,<br>- 30-40 kg, kuniga 3-4-marta 16 tomchi, 40-50 kg, kuniga 3-marta 25 tomchi,<br>- 50-70 kg, kuniga 3-marta 30 tomchi, 70 kg dan ortiq, kuniga 3-marta 40 tomchi | 1V<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Yo'talga qarshi dori vosita<br>R05DB27 | Levodropropizin          | Peroral, sirop, ovqatlanish oralig'ida. 2 yoshdan oshgan bolalar kuniga 3-marta 1 mg / kg miqdorida buyuriladi; tana   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   | 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.  |  |
| Balg'am haydovchi va bronxospazmolitik, yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega o'simlik dori<br>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 tabletkalar. Kuniga 2-marta, 12 yoshdan oshgan bolalar - 1 tabletkalar. 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<br><a href="https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879#RZ0045-18">https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879#RZ0045-18</a><br><a href="https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879?utm_source=chatgpt.com#N11632">https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1545879?utm_source=chatgpt.com#N11632</a> |
| Natriy xlorid gipertonik eritmasi<br><a href="#">S01X</a>  | Ingasalin forte: (3% natriy xlorid +0,1% natriy gialuronat)           | Nafas olish uchun eritma 1 ml uchun 30 mg, 4 ml li idishlarda. Bolalar: 2 ml dan kuniga 2-marta, 5-7 kun;   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |
| Immunostimulyator<br>L03   | Natriy aminodigidroftalazindion                                       | Mushak orasiga 50 mg/ 1 maxal 5 kun<br>Rektal: 1 sup. har kuni 5 kun, keyin 1 osh qoshiq. 10 kun davomida har ikki kunda.   | 1C<br><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33720607/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33720607/</a>  |

|                          |                  |  |  |
|--------------------------|------------------|--|--|
|                          |                  | Kurs - 15 supp.<br>Sublingual tabletkalar. Har biri 1 ta stol kuniga 4-martagacha yoki 2 tabletkalar.<br>Kuniga 2-marta 5 kun  | <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15573735/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15573735/</a>  |
| Immunostimulyator<br>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). | 1B<br><a href="https://journal.niidi.ru/jofin/article/view/958">https://journal.niidi.ru/jofin/article/view/958</a><br><a href="https://cyberleninka.ru/article/n/azoksimerabromidbezopasnyy-i-effektivnyy-preparat-pri-lechenii-ostryh-respiratornyh-infektsiy-verhnyh-dyhatelnyh-putey-u-detey-obzor/viewer">https://cyberleninka.ru/article/n/azoksimerabromidbezopasnyy-i-effektivnyy-preparat-pri-lechenii-ostryh-respiratornyh-infektsiy-verhnyh-dyhatelnyh-putey-u-detey-obzor/viewer</a> |

**II.V** Statsionarda davolanayotgan bolalarga nebulayzer orqali bronxodilatatorlar bilan gipertonik (3%) natriy xlorid eritmasi va natriy gialuronat (1,0 mg) bilan ingalatsiyasi buyuriladi (0,9% natriy xlorid eritmasi oʻrniga).

**II.V** Traxeobronxial daraxtning koʻp balgʻam bilan tiqilib qolishi va boʻgʻilish rivojlanishi xavfi tufayli yoʻtalga qarshi, mukolitik va mukokinetik preparatlarni ingalyatsiya va peroral yoʻli bilan davolovchi shifokor nazorati ostida buyurish tavsiya etiladi.

**Bolalarda O‘BL da bronxoobstruktiv sindromni davolash uchun zarur bo‘lgan dorilar ro‘yxati** (100% foydalanish ehtimoli bilan):

4-Jadval

| Farmakoterapevtik guruh   | Preparatning xalqaro patentlangan nomi | Qo‘llash tartibi   | Dalillar darajasi  |
|---|--|--|--|
| Bronxodilatator dori -selektiv beta-2-adrenomimetiklar<br>R03AC02 | Salbutamol                             | Ingalyatsiya uchun eritma, 1 mg/ml, kukun, ayerozol, 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Glyukokortikosteroidlar (ingalyatsion)<br>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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Bronxodilatator dori -selektiv beta-2-adrenomimetiklar<br>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   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

|   |                                   | tomchi)   |  |
|---|-----------------------------------|---|--|
| Simpatomimetiklar boshqadorilar bilan birgalikda<br><u>R03AL01</u>  | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Kombinatsiyada sekretolitiklar va nafas yo'llarining motor funksiyasini stimulyatorlar, balg'am ko'chiruvchi preparatlar<br><u>R05C</u> | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Leykotriyen retseptorlari antagonistlari<br><u>R03DC03</u>  | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Ksantinlar<br><u>R03DA11</u>  | 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  | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

|  |              |  |  |
|--|--------------|--|--|
|  |              | tabletkadan kuniga 2-3-marta (kuniga 12-18 mg / kg).<br>2% sirop 100 ml12 yoshdan katta bolalar:10 ml (2 choy qoshiq) kuniga 2 yoki 3-marta<br><12 yosh: 6-9 mg/kg tana vazniga kuniga ikki marta. |  |
| Tizimli glyukokortikost eroidlar<br><u>H02AB02</u> | Deksametazon | Inyeksiya uchun eritma (1 ml/4 mg). Bolalar uchun parenteral: 0,02776 - 0,16665 mg / kg 1 - 2-marta;   | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Alfa-, beta-adrenomimetiklar<br><u>C01CA24</u>     | Epinefrin    | Bronxospazmda teri ostiga 0,01 mg/kg (maksimal 0,3 mg gacha) har 15 daqiqada 3-4-marta yoki har 4 soatda.  | 1A<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

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

5-Jadval

| Farmakoterapevtik guruh | Preparatning xalqaro patentlangan nomi | Qo'llash tartibi  | Dalillar darajasi  |
|-------------------------|--|---|--|
| Aminopenitsillinlar     | Benzilpenitsillin<br><u>J01CE01</u>    | v/i, m/i<br>100000-500000 Ed/kg,<br>kuniga 4-6-marta  | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
|                         | Ampitsillin<br><u>J01CA04</u>          | v/i, m/i 100-200 mg/kg<br>Peroral, tabletka, suspenziya. 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
|                         | Oksatsillin<br><u>J01CF04</u>          | v/i, m/i 150-300 mg/kg  | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
|                         | Amoksitsillin<br><u>J01CA04</u>        | Peroral, tabletka, 250 mg va 500 mg kapsulalar, 10 yoshdan oshgan bolalar   | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

|                    |   |   |  |
|--------------------|---|---|--|
|                    |   | 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.   |  |
|                    | Amoksitsillin / sulbaktam<br><u>J01CA04/J01CG01</u> | 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<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
|                    | Ampitsillin/ sulbaktam<br><u>JJ01CA04/01CG01</u>    | v/i, m/i, 150 mg/kg/kun   | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
|                    | Sultamitsillin<br><u>J01CA04</u>                    | Peroral, tabletka, suspenziya 25-50 mg / kg / kun   | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Makrolidlar        | Azitromitsin<br><u>J01FA10</u>                      | 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. | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
|                    | Klaritromitsin<br><u>J01FA09</u>                    | 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.           | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |
| Syefalosporinlar-2 | Syefuroksim<br><u>J01DC02</u>                       | Og'iz orqali, planshetlar, suspenziya, kuniga 2-marta 20-30 mg / kg (500 mg dan   | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a> |

|  |                     |  |  |
|--|---------------------|--|--|
|  |                     | ko'p bo'lmagan) (3 oygacha bo'lgan bolalarda mumkin emas)  |  |
|  | Sefaklor<br>J01DC04 | Og'iz orqali, kapsulalar, suspenziya 20-40 mg / kg (1500 mg dan ko'p bo'lmagan) kuniga 2-3-marta | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |
| Syefalosporinlar-3                         | Sefiksim<br>J01DD08 | Og'iz orqali, dispers tabletkalar, kapsulalar, suspenziya, 8 mg / kg, kuniga 1-2-marta           | 1C<br><a href="mailto:info@mediqlab.com">info@mediqlab.com</a>   |
| Mikroblarga va zamburlarga qarshi preparat | Dekametoksin        | Ingalyatsiya uchun eritma 0,2 mg/ml 2ml (bir martalik konteynerlar) 2 ml dan sutkaga 2-3 maxal   | 1B<br>1. <a href="https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01789939/full">https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01789939/full</a><br>2. <a href="https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01642603/full">https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01642603/full</a><br>3. <a href="https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01081414/full">https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01081414/full</a> |

### 6.5. Jarrohlik aralashuvi: yo'q

### 6.6. Davolash samaradorligining baxolash:

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

**«BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLIT»  
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKASI,  
DISPANSERIZATSIYASI VA REABILITATSIYASI  
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT - 2025**

## 1. ASOSIY QISM

### 1.1. Kirish

O'tkir bronxiolit - pastki nafas yo'llarining yallig'lanish kasalligi bo'lib, birinchi navbatda kichik bronxlar va bronxiolalar ta'sir qiladi va 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda (ko'pincha 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda) rivojlanadi. O'tkir bronxiolitning simptomlari majmuasi o'tkir respirator virusli infeksiya fonida (yoki qo'zg'atuvchi ta'sirida) yuzaga keladigan va yo'tal va nafas olish yetishmovchiligi belgilari bilan birga keladigan pastki nafas yo'llarining obstruksiyasini o'z ichiga oladi: qiynalغان nafas olish, burun qanotlarining tortilishi va o'pkada ikki tomonlama xirillashlar (<https://www.who.int>).

### 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, gigiyenik 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, gigiyenik va tarbiyaviy choralar, organizmning sog'lom holatini saqlab qolish, unga patologik ta'sir kursatuvchi omillarning oldini olish.

Ikkilamchi tibbiy profilaktika – kasalliklarni yerta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va retsidiylarining 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. BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLITNI PROFILAKTIKASI

**Kasallikni profilaktikadan maqsad:** xavf omillaridan extiyot bo‘lish va bolaning immunitetini mustahkamlashga qaratilgan.

### 2.1. Profilaktika usullari va usullari:

#### - 1-profilaktika

- 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 rehabilitatsiya 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-profilaktika:** emlash (vaksina bilan oldini olish mumkin bo‘lgan virusli infeksiyalarga, shuningdek pnevmokokk va gemofil infeksiyaga qarshi aktiv immunizatsiya).•Grippga qarshi emlash epidemiya mavsumi boshlanishidan oldin tavsiya etiladi (6 oylik bolalar uchun Grippol, Grippol plus, Flyuariks, Influvak, yoki parchalangan Vaksigrip inaktiv vaksinalari bilan. Grippga qarshi emlash quyidagi bolalar toifalari uchun tavsiya etiladi:

- maktabgacha ta‘lim muassasalariga qatnashadigan bolalar;
- 1-sinf dan 11-sinf gacha bo‘lga o‘quvchilar;
- o‘rta kasb-hunar ta‘limi muassasalari talabalari;
- oliy o‘quv yurtlari talabalari.
- individual ko‘rsatmalarga ko‘ra, RS virusli infeksiyasiga qarshi passiv immunoprofilaktikasi immunitet tanqisligi, og‘ir nerv-mushak kasalliklari, tug‘ma nuqsonlari va nafas olish funksiyasiga ta‘sir qiluvchi genetik patologiyalari bo‘lgan bolalar uchun o‘tkazilishi mumkin.

([https://www.researchgate.net/publication/377320100\\_Acute\\_Bronchitis\\_in\\_Childhood](https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)).

#### - 3-profilaktika:

- Immunitetni chidamlilikni qo‘llab-quvvatlash va tananing himoya kuchlarini oshirish uchun yil davomida xolekalsiferol (D vitamini) va sinkni (immunotsink) iste‘mol qilish tavsiya etiladi.
- Qayta infeksiyani oldini olish uchun bemorni kasalxonadan erta chiqarish (hayot uchun xavfli simptomlarni bartaraf etilgandan so‘ng) maqsadga muvofiqdir, shundan so‘ng bolalar 1-3 oy davomida dispanser kuzatuvidan o‘tkaziladi. Mahalliy shifokor tomonidan 2 kundan keyin yoki undan oldin takroriy ko‘rikdan o‘tish, agar bolaning axvoli yomonlashsa yoki u icholmasa, isitma, xansirash paydo bo‘lsa (onaga qanday vaziyatda yana shifokorga murojaat qilish kerakligini o‘rgating).

- O‘OB rsidivlari bo‘lgan bolalarni diagnostika va davolash taktikasini aniqlashtirish uchun allergolog-immunolog va pulmonolog bilan maslahatlashish uchun yuborilishi kerak. (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis> ).

## 2.2. BOLALARDA O‘TKIR BRONXIOLITNI REABILITATSIYASI

O‘BL uchun rehabilitatsiya talab etilmaydi

### 3.3. Natija va prognoz

**O‘tkir bronxiolitni natijasi-** 10-14 kun ichida tuzalish. Asoratlari kamdan-kam rivojlanadi.

**Prognoz yaxshi.** Umumiy simptomlarni bartaraf etgandan so‘ng, bemor qo‘shimcha kuzatish va tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishga muhtoj emas.

Qaytalanuvchi bronxiolit bilan og‘rigan bolalar, shu jumladan bronxial obstruksiya bilan birga kechadigan, allergolog-immunolog va/yoki pulmonologga yuborilishi kerak.

Davolashni o‘z vaqtida boshlash, dori-darmonlarni va ingaliyatsiyalarni qabul qilish chastotasiga qat‘iy rioya qilish, davolovchi shifokor tomonidan bolani muntazam tekshirish va davolashni korreksiya bilan O‘BL natijalarining prognozi ko‘pincha yaxshi. Aks holda, obstruktiv bronxitning o‘tkir kechishi ko‘pincha qaytalanuvchi, kamdan-kam hollarda - doimiy ravishda takrorlanishi mumkin. O‘OB bilan og‘rigan bolalarning taxminan 30-50% bronxial obstruksiya epizodlari bir yil ichida yangi virusli infeksiya fonida takrorlanadi. Ko‘p hollarda obstruktiv komponent 3-4 yoshda yo‘qoladi, 6-10 yoshda, ko‘pchilik bolalarda retsidivlar to‘xtaydi. Allergiyaga moyillikning mavjudligi surunkali obstruktiv bronxidlarning ehtimolini sezilarli darajada oshiradi, bolalarning 15-30% kasallik natijasida bronxial astma rivojlanadi. Kasallikning takroriy epizodlarini oldini olish uchun bola bir yil davomida pediatr, bolalar pulmonologi yoki allergolog tomonidan kuzatuv ostida bo‘lishi kerak. Uch yoshdan keyin O‘OB ning qaytalanishi bo‘lgan bolalar eng keng tarqalgan allergenlar bilan teri tekshiruvidan o‘tishlari kerak. Ijobiy test natijalari, obstruksiyaning takroriy hurujlari, ayniqsa O‘RVI dan keyin astma rivojlanishini ko‘rsatadi ([https://www.researchgate.net/publication/377320100\\_Acute\\_Bronchitis\\_in\\_Childhood](https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood) ).

## ADABIYOTLAR RO'YXATI

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.