

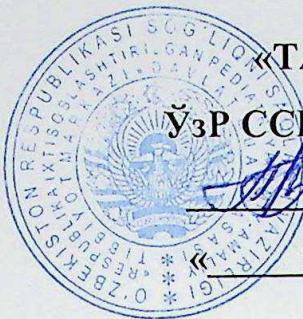
Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

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

**"БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**Тошкент – 2025**



**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**

**ЎзР ССВ РИПИАТМ директори**

**А.А. Абдукаюмов**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 йил**

**"БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ"  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**МУНДАРИЖА:**

<b>«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ .....</b>	<b>5</b>
<b>«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....</b>	<b>39</b>

**«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ - 2025**

## 1. КИРИШ ҚИСМИ:

### ХКТ -11 бўйича кодлари:

CA20.0	Ўткир инфекцион бронхит
CA42.0	Стрептококк сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.1	Риновирин сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.2	Респиратор синцитиал вирус сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.3	Парагрипп вирусин сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.4	<i>Haemophilus influenzae</i> сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.5	Коксаки вирусин сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.Y&XN4	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.Y&XN513	Метапневмовирус сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.0&XN3P W	Пневмококк сабаб бўлган ўткир ёки ўткир остин бронхит
CA42.Y&XN2T	Эховирус сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.Y	Бошқа аниқланган агентлардан сабаб бўлган ўткир бронхит
CA42.Z	Сабабини аниқланмаган ўткир бронхит
CA81.0	Кимёвий моддалар, газлар, тутунлар, парлар сабаб бўлган бронхит ёки пневмонит
	<a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release</a>

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

**Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:**

**Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази**

**Клиник протоколни ишлаб чиқишда қўйидаги аъзолари ўз ҳиссаларини 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.н, РИПИАТМ, пулмонология бўлими докторанти
5. Каримова Мафтуна Худойбергановна – РИПИАТМ пулмонология бўлими таянч докторанти
6. Арипова Шахноза Хабибуллаевна – РИПИАТМ, пулмонология бўлими таянч докторанти

7. Узакова Шохсанам Баҳрамовна – т.ф.н., РИПИАТМ, пулмонология бўлими катта илмий ходими.
8. Абдуллаева Малика Қудратовна – т.ф.н., РИПИАТМ, пулмонология бўлими мудир
9. Якубова Озода Шариповна - РИПИАТМ, пулмонология бўлими врач-ординатори

#### **Қўшимча ҳаммуаллифлар рўйхати:**

1. Шамансурова Элмира Амануллаевна – т.ф.д, профессор, ТошПТИ №1 сонли Оила тиббиёти, жисмоний тарбия, фуқаролик мудофааси кафедраси мудир;
2. Бобомуратов Турдикул Акрамович – т.ф.д, профессор, ТМА Умумий амалиёт педиатрияси кафедраси профессори
3. Муҳаммадийева ЛолаАтамуратовна – т.ф.д, СамДТИ 3-сон педиатрия ва тиббий генетика кафедраси мудир
4. Алийев Аҳмаджон Лутфуллаевич - т.ф.д, ТошПТИ Факултет Педиатрия кафедраси доценти
5. Агзамова Шоира Абдусаломовна - т.ф.д, ТошПТИ №1 сонли Оила тиббиёти, жисмоний тарбия, фуқаролик мудофааси кафедраси профессори;
6. Наврузова Ширин Истамовна- т.ф.д, профессор, Бухоро давлат ТИ педиатрия кафедраси мудир

#### **Такризчилар:**

Абдрахманова Сагира Таксанбаевна т.ф.д., Қозоғистон Республикаси "Остона тиббиёт университети" Миллий Фанлар Академиясининг Кардиоревматология ва гастроэнтерология курслари билан болалар касалликлари кафедраси мудир, "Остона педиатрлар уюшмаси" президенти, "Евросиё педиатрлар ва неонатологлар ассоциацияси" вице-Президенти, Россия Респиратор жамиятининг респиратор тиббиёти бўйича таълим мутахассиси, минтақалараро болалар респиратор жамияти ва МДХ мамлакатлари педиатрлари Федерациясининг эксперти;

Умарназарова Зулхумор Ерназаровна т.ф.д., ЎзР ССВ РИПИАТМ 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 \_\_\_\_\_даги 4-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди. Ишчи гуруҳ раҳбари- т.ф.д. ЎзР ССВ РИПИАТМ директори, т.ф.д. Абдуқаюмов Абдуманнон Абдумаджидович

#### **Миллий клиник протоколлар ва стандартларни техник баҳолаш ва таҳрирлаш:**

1. Шамансурова Элмира Амануллаевна – т.ф.д., профессор, ТошПТИ №1 сонли Оила тиббиёти, жисмоний тарбия, фуқаролик мудофааси кафедраси мудир;
2. Файзиев Обид Нишанович – т.ф.н., доцент, ТошПТИ №1 сонли Оила тиббиёти, жисмоний тарбия, фуқаролик мудофааси 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 мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

### **Қистқармалар рўйхати:**

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

**Протоколдан фойдаланувчилар:**

- Педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари; пулмонологлар; алергологлар; тез ва шошилич 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 бронхитга шубҳа қилинган ва аниқланган ташхиси бўлган болалар.

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

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

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

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

**Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
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.

## 2. АСОСИЙ ҚИСМ

### 2.1. Кириш:

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

Ўткир бронхит – болаларда энг коп учрайдиган респиратор касалликлардан бири. Кўпинча болаларда ўткир бронхит турли юкумли, аллергик, камроқ тез-тез жисмоний ёки кимёвий омиллар туфайли келиб чиққан, шунинг учун у асосан эпидемиялар пайтида ривожланади куз-баҳор даврида ва асосан мактабгача ёшдаги болаларда учрайди. Ўткир бронхитга респиратор синцитиал вирус (РСВ), риновируслар, аденовируслар, энтеровируслар, грипп ва параинфлуенза вируслари сабаб бўлиши мумкин <https://cyberleninka.ru/article/n/bronhity-u-detey-i-vybor-protivokashlevoy-terapii/viewer>.

Симптомлар одатда энгил ва бир неча кун давом этади, аммо баъзи ҳолларда ўткир бронхит бронхиал обструкция билан мураккаблашиши мумкин. Сўнгги ўн йилликларда янги жиддий далиллар базасига асосланган ушбу касалликни ташхислаш ва даволаш стратегияларини ишлаб чиқишда сезиларли ютуқларга эришилди <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/pdf>.

Сўнгги йилларда болаларда ўткир бронхит билан касалланиш ҳар 1000 болага 75-300 тани ташкил этади, бу пневмония билан касалланиш даражасидан юқори. Ўткир бронхит кўпинча 1-3 ёшдаги болаларда учрайди. Ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) туфайли бронхит, шу жумладан, такрорланади, айниқса тез-тез 6 ёшгача бўлган болаларда саноат ва маиший (пассив чекиш, печка) ҳавонинг ифлосланган жойларида кузатилади, бу бронхиал гиперреактивлик (БГР) билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ўткир бронхит билан касалланиш даражаси куз-қиш ва эрта баҳорда, шунингдек, грипп ва ўткир респиратор вирусли касалликларнинг эпидемияси даврида энг юқори даражага етади. Болалардаги барча нафас олиш касалликлари орасида ўткир бронхит тахминан 20% ни ташкил қилади. Бундан ташқари, эрта ва бошланғич мактабгача ёшдаги болаларда бу кўрсаткич янада юқори ва 30-40% га этади <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/pdf>.

### 2.2. Умумий таърифи.

Ўткир (оддий) бронхит(ЎБ)(J20)—Бу бронхларнинг ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўпка тўқималарининг шикастланиши ва обструкция белгиларисиз юзага келади., қоида тариқасида, ўткир респиратор вирусли инфекциянинг нафас йўллариининг эпителийсига зарар этказиши ва бронхиал деворнинг тўсиқ хусусиятларининг ўзгариши билан намоён бўлишидир. У асосан ҳаётнинг биринчи 4 йилидаги болаларда учрайди. Ўткир бронхитнинг ўзига хос хусусияти ўпка паренхимасида инфилтратив ўзгаришларнинг йўқлиги (радиографияда инфилтратив ёки фокал соялар) ва 3 ҳафтадан кўп бўлмаган давом этадиган йўтал (куруқ ёки самарали) билан намоён бўлади [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/25_2).

Ўткир обструктив бронхит бронхиал (ЎОБ) - ўткир бронхитнинг клиник варианты, бронхиал дарахтнинг яллиғланиши билан, бронхиал обструкция синдроми билан бирга, асосан, кичик ва ўрта калибрли, шиллиқ қаватнинг шишиши, бронхиал секреция тўпланиши ва бронхиал гиперреактивлик туфайли келиб чиқади. Ўткир обструктив бронхитнинг асосий белгиси ҳисобланади экспиратор нафас қисилиши, йўтал, астма хуружлари, иситма, хуштаксимон хириллашлар ёки нам хириллашлар фонида пайдо бўлади [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/360\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/360_2).

## **2.2. Бронхитнинг клиник таснифи**

Клиник шаклларга кўра болаларда бронхит куйидагиларга бўлинади:

1. Ўткир (оддий) бронхит
2. Ўткир обструктив бронхит
3. Бронхиолит
4. Қайталанувчи бронхит
5. Сурункали бронхит
6. Бронхиал обструкцияли сурункали бронхит

Касалликнинг кечишига кўра:

1. Ўткир (тўрт ҳафтагача);
2. Узоқ муддатли (тўрт ҳафтадан ортиқ);
3. Қайталанувчи (бир йилда 3 мартадан ортиқ ўткир бронхитнинг такрорий эпизодлари);
4. Сурункали (икки ёки ундан ортиқ йил давомида йилига учтадан ортиқ хуруж);

Оғирлиги бўйича:

- енгил;
- ўртача оғир;
- оғир;

## **Ўткир бронхитнинг клиник таснифи**

1. Ўткир бронхит этиологиясига қараб:

- инфекцион келиб чиқиши (вирусли, бактериал, вирусли-бактериал);
- кимёвий омилларнинг ингаляциявий таъсиридан келиб чиққан;
- аралаш келиб чиқиши (масалан, кимёвий омиллар ва инфекциянинг комбинацияси туфайли);

2. Патогенезга кўра ўткир бронхит куйидагиларга бўлинади:

- бирламчи бронхит - мустақил касаллик;
- иккиламчи бронхит - бошқа патологик жараёнларни асорати;

3. Трахеобронхиал дарахтнинг шикастланиш даражасига қараб куйидагилар мавжуд:

- трахеобронхит;
- ўрта калибрли бронхларга катта зарар етказадиган бронхит;
- бронхиолит;

4. Яллиғланиш жараёнининг таснифи бўйича:

- катарал;
- йирингли;
- катарал-йирингли;
- атрофик;

5. Ўпка вентиляциясининг функционал бузилиши турига қараб:

- обструкция бўлмаган, нисбатан қулай кечиши билан (ўпка вентиляциясининг бузилиш белгиларисиз);
- обструктив (обструктив турдаги ўпка этишмовчилиги билан), жараёнда майда бронхиал найчалар ва бронхиолаларнинг иштироки билан бирга, асосан узоқ ва қайталанувчи кечишига эга;

6. Йўталнинг давомийлиги бўйича:

- ўткир йўтал - 3 ҳафтадан кам давом этадиган;

- чўзилувчан йўтал - 3-8 ҳафта давом этади;
- сурункали йўтал - 8 ҳафтадан ортиқ давом этади.

#### 7. Бронхиал обструкция синдромининг оғирлигига кўра:

- енгил даража- хуштаксимон хириллашнинг мавжудлиги, ФЕВ1 нормал қийматдан 50% дан кўпроқ пасаймайди;
- ўртача даража – тинч ҳолатда хансираш, акроцианоз, ковурағаларо бўшлиқларнинг тортилиши, ФЕВ1 нормадан 35-49% гача;
- оғир даража-беморнинг умумий ахволи бузилади, цианоз, шовқинли нафас, ФЕВ1 сезиларли даражада камаяди: норманинг 34% дан кам.

#### 8. Нафас олиш етишмовчилиги белгиларининг оғирлигига кўра:

- нафас етишмовчилигининг I босқичи- тинч ҳолатда хансираш ёқ, аммо енгил жисмоний фаоллик билан ўртача нафас қисилиши (НС меъёрдан 25% дан ошади), периорал цианоз ва тахикардия пайдо бўлади; SpO<sub>2</sub> 90-94%, (pO<sub>2</sub> 80-90 мм), МОД кўтарилади ва МВЛ ва нафас олиш захираси базал метаболизм тезлиги ва нафас олиш эквивалентининг биров ошиши билан камаяди.
- нафас етишмовчилиги II босқич-тинч ҳолатда ўртача хансираш (меъёрдан 25-50% юкори), тахикардия, терининг ранги оқарган ва периорал цианоз, пулсинг нафас олиш нисбати 2-2,5: 1, қон босимининг кўтарилиши, ацидоз (pH 7,3), МВЛ, МОД ва чегара нафас олиш 50% дан кўпроқ камаяди, SpO<sub>2</sub> 75-89% (pO<sub>2</sub> 70-80 мм ). Кислород терапияси ёрдамида вазият яхшиланади.
- нафас етишмовчилиги III босқич-нафас олиш сони кескин ошади (50% дан ортиқ), тупроқ рангли цианоз, ёпишқоқ тер, саёз нафас олиш, қон босими пасаяди, нафас олиш захираси 0 га тушади, МОД камаяди, SpO<sub>2</sub> 75% дан кам (pO<sub>2</sub> 70 мм), метаболик ацидоз (pH 7,3 дан кам), гиперкапния мумкин (pCO<sub>2</sub> 70-80 мм).
- нафас етишмовчилигининг IV босқичи- гипоксемик кома; онгни йўқотиш, аритмик, даврий, юзаки нафас олиш, умумий цианоз ва акроцианоз, бўйин томирларининг шишиши, гипотензия, SpO<sub>2</sub> 50% дан кам (pO<sub>2</sub> 50 мм дан кам), гиперкапния (pCO<sub>2</sub> 100 мм дан ортиқ), pH 7,15 ва ундан паст. Кислород терапияси билан ҳеч қандай енгиллик кузарилмайди, ахволи ёмонлашиши мумкин ([https://www.researchgate.net/publication/377320100\\_Acute\\_Bronchitis\\_in\\_Childhood](https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood) ).

### 3. *Усуллар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари.*

#### 3.1. **Ташхислаш мезонлари:**

##### 1. **Болаларда ўткир бронхитнинг диагностик мезонлари.**

- 1) Шикоятлар: йўтал, ринит, иситма, баъзида холсизлик, кучсизлик.
- 2) Анамнезда:

- мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда кўпроқ учрайди;
- анамнезида ЎРИ билан оғриган беморлар билан алоқада бўлгани, касаллик 2-3 кунда сўнг бошланишини кўрсатади.
- субфебрил (баъзида фебрил) ҳарорат билан ўткир бошланиш;
- йўтал касалликнинг 2-3-кундан бошлаб пайдо бўлади, одатда 5-7 кун давом этади (чақалоқларда у 2 ҳафтагача давом этиши мумкин).

##### 3) **Болаларда ўткир бронхитда физикал текширув натижалари:**

- томоқ гиперемияси, йўтал, бурун оқиши, конъюнктивит ва бошқалар (касаллик этиологиясига қараб: грип вируслари, аденовируслар, микоплазма ва бошқалар).
- касалликнинг бошида сероз-шиллик балғам чиқиши билан юмшоқ нам йўталга (2-ҳафтада) айланиб кетадиган қуруқ йўтал;
- интоксикация белгилари қисқа муддатли ва енгил (2-3 кун давомида иситма кўтарилиши, кайфиятнинг пасайиши, терининг биров рангпарлиги, иштаҳанинг пасайиши);

- бронхиал обструкциянинг клиник белгилари йўқ (экспиратор хансираш, хуштаксимон хириллаш);
- нафас олиш етишмовчилиги белгилари йўқ;
- перкуссияда - кўпинча нормал перкутор товуш,
- аускултацияда - қаттиқ нафас, ҳар хил ўлчамдаги (ўрта ва катта пуфакчали) тарқоқ нам ва қуруқ хириллашлар. Йўтал вақтида хириллаш миқдори ўзгаради - аускультатия ва перкуссияда локал ўзгаришлар йўқ (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis>).

## 2. Болаларда ўткир обструктив бронхитнинг диагностик мезонлари.

1) **Шикоятлар:** хансираш, хуштаксимон хириллаш, йўтал, ринит, тана ҳароратининг кўтарилиши, холсизлик, кучсизлик.

### 2) Анамнез:

- эрта ёш болаларда кўпроқ учрайди;
- анамнезида ЎРИ билан оғриган беморлар билан алоқада бўлгани кўрсатилади,
- касалликнинг бошланиши ўткир, биринчи кундан бошлаб, бронхиал обструкция белгилари билан;
- ҳарорат субфебрил (баъзида фебрил);
- йўтал касалликнинг 2-3-кундан бошлаб пайдо бўлади, одатда 5-7 кун давом этади (чақалоқларда у 2 ҳафтагача давом этиши мумкин).

3) Болаларда ўткир обструктив бронхитда физикал текширув натижалари:

- томоқ гиперемияси, йўтал, бурун оқиши, конъюнктивит ва бошқалар (касаллик этиологиясига қараб: грипп вируслари, аденовируслар, микоплазма ва бошқалар).
- интоксикация белгилари узоқ давом этадиган ва оғир (иситма, кайфиятнинг пасайиши, иштаҳанинг пасайиши);
- прогрессив равишда ривожланадиган пароксизмал, чўзилувчан қуруқ йўтал, биринчи ҳафтанинг охирида у намга айланади.
- чўзилган хуштаксимон нафас чиқариш - «wheezing», бемордан узоқдан эшитиладиган хириллаш.
- тахипное, экспиратор ёки аралаш хансираш, хуштаксимон хириллаш, хуштаксимон нафас олиш биринчи кунда ёки 2-3 кундан сўнг бошланади, нафас олиш тезлиги ошади (дақиқада 50-60 гача) ва нафас чиқаришнинг давомийлиги шовқинли, хуштаксимон ва масофадан эшитилади;
- нафас олиш етишмовчилик белгилари (терининг оқарганлиги, бурун-лаб учбурчагининг кўк рангга айланиши; нафас чиқаришда қийинчилик билан шовқинли, хириллашли нафас олиш; бўйин ва елка мушаклари иштирокида нафас олиш, нафас қисилиши, ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши, нафас олиш ҳаракати, кўкрак қафасининг ҳажмининг ошиши, нафас олиш пайтида унинг юмшоқ жойларини орқага тортилиши, бурун қанотларининг кенгайиши, нафас чиқариш қийин ва узоқ давом этади);
- кам балғамли йўтал, баъзида оғриқли, хуружсимон, енгиллик келтирмайи, нам йўталда ҳам балғамни ажралиши қийин;
- эрта ёш болаларда тез-тез диспептик аломатлар пайдо бўлади;
- перкуссияда - кўпинча қутичасимон перкутор товуш;
- аускултацияда дағал нафас, нафас чиқариш узайган, нафас чиқаришда қуруқ хуштаксимон хириллаш ва нафас олаётганда нам майда пуфакчали хириллашлар аниқланади; Йўталдан кейин хириллаш миқдори ёки оҳанги ўзгаради.
- аускультатия ва перкуссияда локал ўзгаришлар йўқ.
- бронхиал обструкция 3-7 кун давом этади, бронхлардаги яллиғланиш ўзгаришларининг сусайиши билан аста-секин йўқолади (<https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/CG/english/acute-bronchitis-16689513.html>);

;

**1B**

Ўткир бронхитда боланинг умумий ҳолатини, йўталнинг табиатини баҳолаш ва

	кўкрак қафасини текшириш тавсия этилади (нафас олиш вақтида қовурғалараро бўшлиқлар ва ўмров чуқурчасини орқага тортилишига эътибор беринг, нафас олиш актида ёрдамчи мушакларнинг қатнашиши); ўпканинг перкуссияси ва аускултацияси, юқори нафас йўлларининг ҳолатини баҳолаш, нафас олиш тезлиги ва юрак уриш тезлигини ҳисоблаш. Бундан ташқари, болани умумий стандарт текширувдан ўтказиш тавсия этилади [1,2].
--	--

## Лаборатор текширувлар

### Асосий лаборатор текширувлар:

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

### Қўшимча лаборатор текширувля:

- кўрсатмалар бўйича биокимёвий қон тахлили (АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин, билирубин, глюкоза, умумий оқсил)
- С-реактив оқсил: С-реактив оқсил концентрациясининг ортиши (0–49 мг/л ёки  $\geq 50$  мг/л);
- кислота-ишқорий мувозанати (кўрсатмаларга бўйича);
- қон плазмасида прокальцитонин тахлили: прокальцитонин даражасининг ошиши (бактериал асоратлар бўлса);

<b>1С</b>	Ўткир бронхит билан оғриган беморларда ташхисни яхшилаш ва микробларга қарши терапия масаласини ҳал қилиш учун қон зардобиди С-реактив оқсил ва ПКТ даражасини ўрганиш тавсия этилади. Антибиотикларни буюриш қон зардобиди С-реактив оқсил даражаси $\geq 20$ мг/л дан ошганда ва ПСТ 1 нг/мл дан юқори бўлганда кўрсатилади.
-----------	--

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

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

- Иммунологик тадқиқотлар (иммун ҳолати, IgA, IgG, IgM, IgE) (кўрсатмалар бўйича);
- Коагулограмма (ПТИ, фибриноген, ФА, ивиш вақти, МНО) (кўрсатмалар бўйича);
- Қонда электролитлар миқдори (кўрсатмалар бўйича);
- Стерилликка қон текшириш (кўрсатмалар бўйича);

<b>1С</b>	Амбулатория амалиётида ЎБнинг мунтазам этиологик диагностикаси тавсия этилмайди.
-----------	--

<b>1В</b>	Томоқ ва бурундан олинган суртма асосан юқори нафас йўлларининг микрофлорасини ўз ичига олади ва бронхиал микрофлоранинг спектрини акс эттирмайди. Шунинг учун балғамни текшириш керак.
-----------	---

<b>1С</b>	<i>M. pneumoniae</i> келтириб чиқарадиган ўткир бронхит учун вирусологик ва бактериологик текширувдан мунтазам фойдаланиш тавсия этилмайди, чунки кўп
-----------	---

	холларда натижалар терапияни танлашга таъсир қилмайди. Махсус IgM фақат касалликнинг иккинчи ҳафтасининг охирида пайдо бўлади, полимераза занжири реакцияси (ПЗР) ташишни аниқлаши мумкин ва IgG кўпайиши олдин инфекцияни ўтказганини кўрсатади [1,2].
--	---

### **Инструментал текширувлар**

Асосий инструментал текширувлар:

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

Instrumental tadqiqotlar

<b>1D</b>	Болаларда ўткир бронхитнинг одатий ҳолатларида кўкрак қафаси рентгенограммасини ўтказиш тавсия этилмайди [1,2,4].
-----------	---

<b>1C</b>	Агар тегишли белгилар мавжуд бўлса, пневмонияни истисно қилиш/тасдиқлаш учун кўкрак қафаси рентгенограммаси (ўпка рентгенограммаси) тавсия этилади [20].
-----------	--

### Қўшимча инструментал текширувлар:

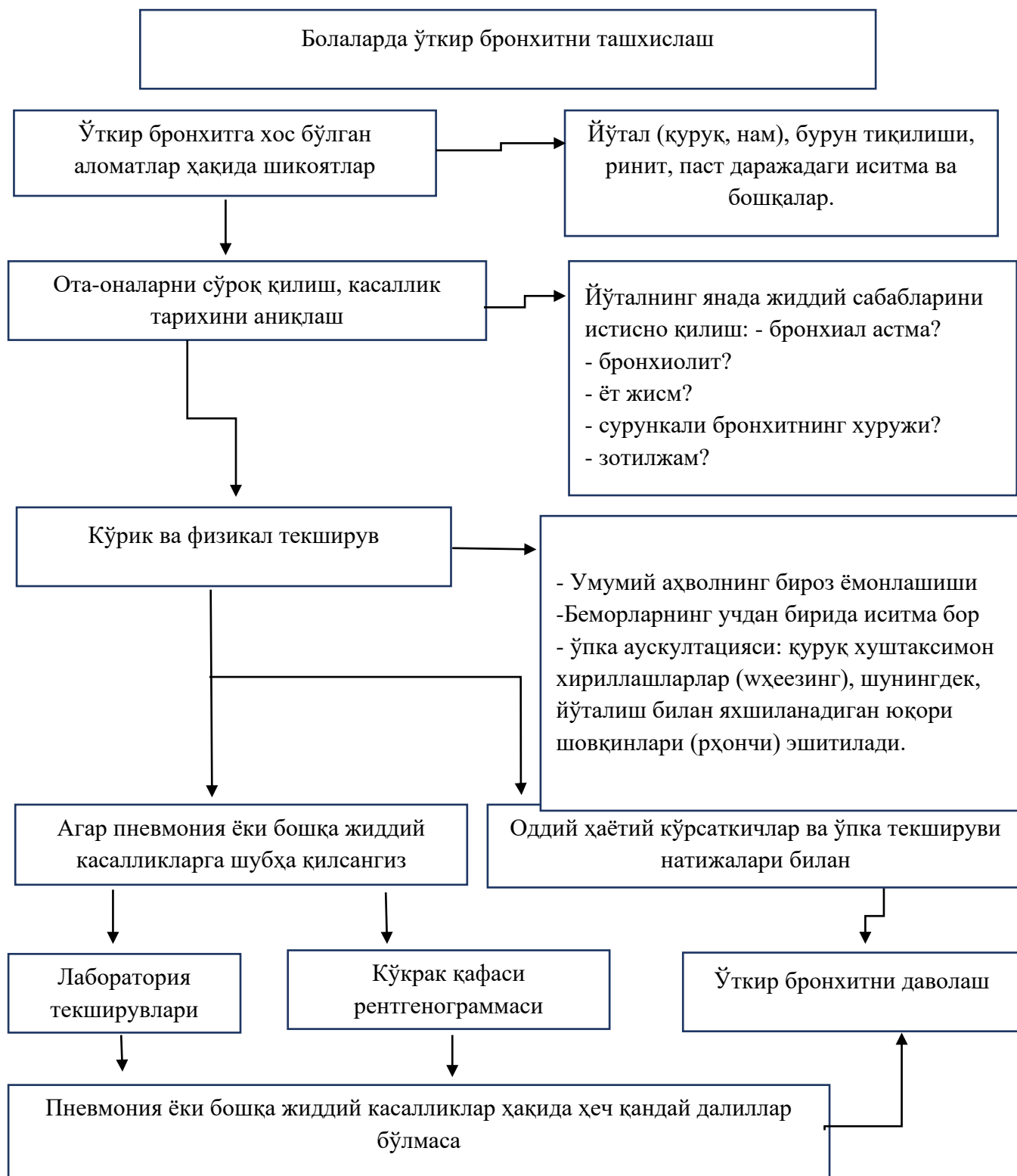
- дифференциал диагностикасини ўтказиш кўрсатмаларига мувофиқ МРТ;
- 5 ёшдан катта болаларга компьютер спирометрия (ЎБ даги обструкция даражасини, унинг қайтарилиши ва ўзгарувчанлигини, шунингдек касалликнинг оғирлигини баҳолашга имкон беради);
- пикфлоуметрия;
- пульсоксиметрия;
- плевра ва плевра бўшлиғининг ултратовуш текшируви (кўрсатмаларга асосланиб);
- фибробронкоскопия (бронхоалвеоляр суюқликни текшириш, биопсия олиш);
- жарроҳлик ва биопсия материални гистологик текшириш.
- Эхокардиография (ЕхоКГ);
- бурун синусларнинг рентгенографияси

<b>1C</b>	Нам йўталнинг бошқа сабабларини тасдиқлаш / истисно қилиш учун (ёш ва бошқа қарси кўрсатмалар бўлмаганда) бронхиал обструкцияли ЎБга шубҳа қилинган болалар учун спирометриядан фойдаланган ҳолда ташқи нафас олиш функциясини текшириш тавсия этилади [18].
-----------	--

<b>1C</b>	Бронхиал астмани ўз вақтида ташхислаш мақсадида, нафас олиш маневрини амалга ошириш мумкинлигини инобатга олиб 5 ёшдан бошлаб ўткир обструктив бронхит билан касалланган болаларда, нафас йўллариининг обструктив касалликларини даволаш учун дорилар (бронходилататор дорилар) билан тест ёрдамида спирометрия ёрдамида ўткир даврда ва/ёки ундан кейин ташқи нафас функциясини (ТНФ) ўрганиш тавсия этилади. [40,41,42].
-----------	--

<b>2B</b>	Агар гипоксияга шубҳа бўлса, ЎБ билан оғриган барча болаларда пулсоксиметрияни ўтказиш керак. Гипоксиянинг мавжудлиги тиббий ёрдам ва кейинги диагностика чоралари бўйича қарор қабул қилишда ёрдам бериши керак.
-----------	---

### 3.4. Болаларда ўткир бронхитни ташхислаш алгоритми



### 3.5. Ўткир бронхит қуйидаги касалликлар билан бирга бўлса, топ мутахассислар томонидан текширувдан ўтиш керак:

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

### 3.3. Дифференциал ташхислаш

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

#### Болаларда бронхитларнинг дифференциал ташхислаш

Симптомлар	Ўткир бронхит	Ўткир обструктив бронхит	Бронхиолит	Бронхопневмония
Тана ҳарорати	Кўпинча субфебрил, нормал бўлиши мумкин	Кўпинча субфебрил, нормал бўлиши мумкин; микоплазма ва аденовирус инфекцияларида фебрил		Фебрил, субфебрил, узоқ вақт давом этади
Интоксикация	Йўқ ёки кам миқдорда	Оддий бронхитга қараганда анча яққол, қисқа муддатли		Касалликнинг динамикаси сезиларли даражада кучаяди, асоратларда токсикоз ривожланиши мумкин.
Йўтал	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 қафасининг кенгайиши		Ўзгармаслиги мумкин
Перкуссия маълумотлари	Оддий перкутор товуш, камдан-кам ҳолларда қутисимон тусда	Турли даражада қутисимон перкутор товуш	Турли даражада қутисимон перкутор товуш	Перкуссия товушининг қисқариши ўчоққа тўғри келади, бошқа соҳалар устида қутисимон перкутор товуш
Аускултация маълумотлари	Дағал нафас. Диффуз ўрта ва катта пуфакчали хириллаш, қурук хириллаш. Йўталаётганд а, хириллаш ўзгаради. Тез ижобий динамика бор	Узоқ муддатли нафас чиқариш, дағал, қурук хуштаксимон хириллашлар, камроқ тез-тез ҳар хил ўлчамдаги нам хириллашлар. Йўталаётганда хириллашнинг ўзгарувчанлиги. Тез ижобий	Узайган нафас чиқариш. Ўпканинг бутун юзасида майда пуфакчали ва крепитацияли хириллашларнинг кўплиги.	Суст, дағал бронхиал нафас. Кўпинча локал ўзгаришлар мавжуд! Чекланган ҳудудда майда пуфакчали хириллашлар. Ўзгаришларни сақлаш муддати 5-6 кун.

		динамика бор		
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 кенгайиши	Ўпканинг ҳаво билан шишиши, бронхиал расмининг кучайиши	Ўпканинг ҳаво билан шишиши, бронхиал ва ўпка расмининг кучайиши. Майда ателектаз, инфильтрациянинг майда соялари	Паренхиманинг локал, сегментар, локал-бирлашувчи, лобар характерли инфильтрациялари

### Ўткир бронхит белгилари билан кечадиган касалликларнинг дифференциал ташхислаш

Ташхис	Мантиқий асос	Анкеталар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Муковисцидоз	Сурункали йўтал	- Тер суюқлигидаги хлоридлар – Копрограмма – Генетик таҳлил	- Узоқ муддатли неонатал 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 миқдорли нам йўтал	-Цилиар биопсия (электрон микроскопия) - Генетик таҳлили	- Декстракардия - Отит - Доимий респиратор белгилари
Сил касаллиги	Сурункали йўтал (30 кундан ортик); - Ривожланишда н ортта 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	узоқ давом	- бронхоскопия;	бронхта ёд жисмнинг мавжудлиги;

йўлларида ёд жисм	этадиган йўтал; - Пастки нафас йўлларининг яллиғланиши ресидивлари	- кўкрак қафасининг компьютер томографияси	-ўпка тўқималарининг ателектази; - эндобронхит
-------------------	---	--	---

**Болаларда бронхиал обструкция синдромли ўткир бронхитнига 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
БОС нинг ривожланиш сабаблари	Аллерген ёки триггер таъсири билан боғлиқ	Ўпка гипертензияс и, кичик қон айланиш доирасида димланиш (ЎРВИ да) фонида ривожланади.	бронхиал гиперреактивлик нинг 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, аллерго диагностикаси	ЭХО-КГ	анамнестик маълумотлар (анамнезда сунъий ўпка вентилаци), ўпканинг рентгенограммаси	кунлик рН-метрия

#### **4. БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТНИ АМБУЛАТОР ШАРОИТИДА ДАВОЛАШ**

##### **4.1. Болаларда ўткир бронхитни номедикаментоз даволаш 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	ЎБ билан оғриган болалар учун умумий овқатланиш ва кўп миқдорда илиқ ичимликлар (қунига 100 мл/кг гача) тавсия этилади [3,23].
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ёшга қараб тўғри овқатланиш;</li> <li>- санитария-гигиена режимига риоя қилиш (хоналарни вентиляция қилиш, юқумли беморлар билан алоқа қилишни чеклаш).</li> <li>- беморнинг йўтални келтириб чиқарадиган атроф-муҳит омилларини (тутун, чанг, кучли ҳид, совуқ ҳаво) таъсирини бартараф этиш;</li> <li>- - Ўткир обструктив бронхитни даволашда муҳим режими: ҳавони намлаш, мунтазам нам тозалаш ва хонани вентиляция қилишдир (<a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>).</li> </ul>	
1C	Самарадорлигини тасдиқловчи далиллар йўқлиги сабабли электрофорез, ультра юқори частотали терапия, ултрабинафша нурланиш тавсия этилмайди [3,4,23,58].
1C	Самарасизлиги ва қуйиш 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 рефлeksi пасайганда уни рағбатлантириш ва тикланиш даврида нафас олиш машқлари тавсия этилади [3,23].

## Ўткир бронхит билан оғриган беморни даволаш алгоритми



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

*1-jadval*

Фармакотерапевт ик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антипиретик дори N02BE01	Парацетамол	3 ойгача бўлган болалар учун перорал буюрилади бир марталик дозада 10-15 мг/кг, 3 ойдан 1 ёшгача - 60-120 мг, 1-5 ёшда - 120-250 мг, 6-12 ёшли болалар учун - 250-500 мг. 6-12 ёшдаги болаларда ректал фойдаланиш учун бир марталик дозалар - 250-500 мг, 1-5 ёшда - 125-250 мг. Фойдаланиш частотаси кунига 4 марта, камида 4 соатлик интервал билан даволашнинг максимал давомийлиги 3 кун.	1A <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Антипиретик дори M01AE01	Ибупрофен	6 ёшгача бўлган болалар учун перорал буюрилади бир марталик дозада 5-10 мг/кг; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: 1 таблеткадан кунига 4 мартадан кўп бўлмаган; 12 ёшдан катта оғиз орқали, кунига 3-4 марта 200 мг таблеткаларда. Таблеткаларни қабул қилиш орасидаги интервал камида 6 соат (кунлик дозаси 30 мг/кг дан ошмаслиги керак)	1A <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
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 <a href="https://www.rcpch.ac.uk/resources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections">https://www.rcpch.ac.uk/resources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections</a>

Вирусга қарши дори L03AB05	Рекомбинантли 26 инсон алфа-интерферони	7 ёшдан ошган болалар учун ректал, -500 000 ХБ, 1 супп. 5 кун давомида ҳар куни 12 соатдан кейин кунига 2 марта. 7 ёшгача бўлган болалар, 150 000 ХБ, 1 супп. 5 кун давомида ҳар куни 12 соатдан кейин кунига 2 марта.	1A <a href="https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections">https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections</a>
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 марта.	1B <a href="https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections">https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections</a>
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.	1A <a href="https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections">https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections</a>
Вирусга қарши дори J05AX05	Инозин пранобекс	Перорал, 3 ёш ва ундан катта болалар учун сироп ва таблеткалар. Сироп: 3 ёш ва ундан катта болалар учун (тана вазни 15-20 кг дан ортик) 3-4 дозада тана вазнига 50 мг/кг ни ташкил қилади. Таблеткаларда: 1/2 таблетка. 5 кг тана вазнига, 3-4 дозага бўлинган.	1C <a href="https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections">https://www.rcpch.ac.uk/re-sources/guidance-management-children-viral-respiratory-tract-infections</a>
Вирусга қарши,	Пеларгониум	1 ёшдан 6 ёшгача бўлган	1C

яллиғланишга қарши дори АТХR05.	сидоидес илдизи экстракти.	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.	<a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>
Марказий таъсирга эга йўталга қарши дори антибронхоконструктор таъсири билан R05DB21	Клоперастин	Перорал. Болалар: 2 ёшдан 4 ёшгача: кунига икки марта 2 мл; 4 ёшдан 7 ёшгача: кунига икки марта 3 мл; 7 ёшдан 15 ёшгача: кунига икки марта 5 мл; катталар: кунига 3 марта 5 мл	1A <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>
Йўталга қарши дорилар, балғам хайдовчи дорилар бундан мустасно R05D	Брадикининга антитаначалар, гистаминга антитаначалар, морфинга антитаначалар	2 ёшдан буюрилади. 1-2 таблеткадан. кунига 3 марта овқатдан кейин фойдаланинг. Дастлабки 3 кундаги ҳолатнинг оғирлигига қараб, қабул қилиш частотаси кунига 4-6 марта оширилиши мумкин.	1C <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>
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 <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-tek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-tek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf</a>
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,	1A <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-tek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-tek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf</a>

		яхшиси овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2 соат кейин.	<a href="#">BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf</a>
Муколитик дори R05CB06	Амброксол	Перорал, 5 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар: 2-3 бўлинган дозада кунига 30-45 мг. 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар: кунига 22,5 мг 3 дозага бўлинган. 2 ёшгача бўлган болалар: кунига 15 мг 2 дозага бўлинган.	1B <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf</a>
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 ортиқ, кунига 3 марта 40 томчи	1B <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>
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 ортиқ эмас.	1C <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>
Муколитик дори R05CB	Брадикининга, гистаминга, морфинга тозаланган	3 ёшдан катта болалар учун кунига 3 марта 1-2 чой қошиқдан фойдаланинг. Овқатдан	1B <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-</a>

	антитаначалар.	ташқари кунига 3 марта 1-2 таблеткадан олинг. (тўлик эригунча оғизда сақланг).	<a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf">klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf</a>
Балғам ҳайдовчи ва бронхоспазмолитик, яллиғланишга қарши таъсирга эга ўсимлик дори R05CA	Стандартлаштирилган курук печак барглари экстракти (5-7,5:1) EA 575	Перорал сироп 7 мг / мл: 0 ёшдан 1 ёшгача - кунига 2 марта 2,5 мл, 1 ёшдан 6 ёшгача - кунига 3 марта 2,5 мл, 6 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 5 мл. 20 мг/мл томчи: 1 ёшдан 4 ёшгача - кунига 3 марта 12 томчи, 4 ёшдан 10 ёшгача - кунига 3 марта 16 томчи, 10 ва ундан катта ёшдагилар - кунига 3 марта 24 томчи. 65 мг таблеткалар: 6 ёшдан 12 ёшгача - ½ таблетка. Кунига 2 марта, 12 ёшдан ошган болалар - 1 таблетка. эрталаб ва ½ таб. Кечкурун. 35 мг пакетлардаги эритма: 12 ёшдан ошган болалар, 1 пакет. Кунига 3 марта, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 1 пакетдан. кунига 2 марта.	1C <a href="https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf">https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9%20%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0.v1.pdf</a>
Балғам ҳайдовчи ва бронхоспазмолитик яллиғланишга қарши таъсирга эга ўсимлик дори R05CA	Кекик ўти (Thymiherba), печак барглари (Hederaefolium)	Перорал, 3-12 ойлик болалар - кунига 3 марта 1,1 мл; 1-2 ёшли болалар - кунига 3 марта 2,2 мл; 2-6 ёшли болалар - кунига 3 марта 3,2 мл; 6-12 ёшдаги болалар - кунига 3 марта 4,3 мл; 12 ёшдан ошган ўсмирлар ва катталар - кунига 3 марта 5,4 мл.	1C <a href="https://medicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall">https://medicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall</a>
Натрий хлорид гипертоник эритмаси S01X	Фаол моддалар: 3% натрий хлорид +0,1% натрий	Нафас олиш учун эритма 1 мл учун 30 мг, 4 мл ли идишларда. Болалар: 2 мл дан кунига 2 марта, 5-7	1C <a href="https://medicine.medscape.com/article/1001332-">https://medicine.medscape.com/article/1001332-</a>

	гиалуронат	кун;	<a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall">treatment?form=fpf#showall</a>
Иммуностимулятор L03	Натрий аминодихидрофтал азиндион	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 <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall</a>
Иммуностимулятор L03	Азоксимер бромид	Интраназал ва сублингуал фойдаланиш учун эритма тайёрлаш: болалар учун 3 мг дозаси 1,0 мл (20 томчи), 6 мг дозаси 2,0 мл (40 томчи) (бир томчи (0,05 мл)) эритилади. тайёрланган эритмада 0,15 мг препарат мавжуд).	1C <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-treatment?form=fpf#showall</a>

**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, курук, оғриқли йўталда баъзи ҳолларда марказий таъсир кўрсатадиган йўталга қарши воситани қисқа курс буюришни кўриб чиқиш тавсия этилади [3,23,58].

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

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

## Болаларда ЎОБ да бронхообструктив синдромни даволаш учун зарур бўлган дорилар рўйхати

(100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

Жадвал 2

Фармакотерапевт ик 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  <a href="https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Глюкокортикостероидлар (ингаляцион) R01AD08	Флутиказон	Ингаляция учун суспензия 1 мг/мл, небулалар (контейнерда) 2 мл. 4 ёшдан 16 ёшгача бўлган болалар: кунига икки марта 1 мг. 16 ёш ва ундан катта болалар: кунига икки марта 0,5-2 мг. Кўрсатилган максимал дозаларни 7 кун давомида қўллаш тавсия этилади, шундан сўнг дозани камайтириш керак.	1A  <a href="https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Бронходилататор дори -селектив бета-2- адреномиметик- лар R03AC04	Фенотерол	6 ёшгача бўлган болалар (тана вазни 22 кг дан кам) 50 мкг / кг (5 - 20 томчи = 0,25 - 1 мг) кунига 3 марта; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар (тана вазни 22 - 36 кг) 0,5 - 1,5 мг (10 - 30 томчи) кунига 4 марта; 12 ёшдан ошган болалар ва катталар кунига 4 марта 1-2 мг (20-40 томчи)	1A  <a href="https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
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	1A  <a href="https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msmanual.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a>

		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	<a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
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 <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
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 <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Ксантинлар R03DA11	Доксофилин	12 ёшдан ошган болалар: 1 таблеткадан (400 мг) кунига 2 марта. Шифокор тавсиясига кўра, қабул қилиш частотаси кунига 3 мартагача оширилиши мумкин. 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар - ½ таблеткадан кунига 2-3 марта (кунига 12-18 мг / кг). 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.	1A <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>

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 ортиқ эмас.	1C <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Тизимли глюкокортикостероидлар H02AB02	Дексаметазон	Инъекция учун эритма (1 мл/4 мг). Болалар учун парентерал: 0,02776 - 0,16665 мг / кг 1 - 2 марта;	1A <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Алфа-, бета-адреномиметиклар C01CA24	Эпинефрин	Бронхоспазмда тери остига 0,01 мг/кг (максимал 0,3 мг гача) ҳар 15 дақиқада 3-4 марта ёки ҳар 4 соатда.	1A <a href="https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children">https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/symptoms-in-infants-and-children/cough-in-children</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>

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

*Жадвал 3*

Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Аминопенициллинлар	Бензилпенициллин J01CE01	в/и, м/и 100000-500000 Ед/кг, кунига 4-6 марта	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a>

			<a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Ампициллин J01CA04	в/и, м/и 100-200 мг/кг Перорал, таблетка, суспензия. Болалар учун препарат суткалик дозада 50-100 мг/кг, вазни 20 кг гача бўлган болалар учун 12,5-25 мг/кг, кунига 4-6 марта	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Оксациллин J01CF04	в/и, м/и 150-300 мг/кг	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Амоксициллин J01CA04	Перорал, таблетка, 250 мг ва 500 мг капсулалар, 10 ёшдан ошган болалар учун (тана вазни 40 кг дан ортик) 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.	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Амоксициллин / сульбактам J01CA04/J01CG01	в/и, м/и, перорал, 2 ёшгача - кунига 40-60 мг/кг, 2-6 ёш - 750 мг, 6-12 ёш - 1,5 г, 12 ёшдан кейин - 2-3 г	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Ампициллин/ сульбактам J01CA04/01CG01	в/и, м/и, 150 мг/кг/кун	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>

	Сультамициллин J01CA04	Перорал, таблетка, суспензия 25-50 мг / кг / кун	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Макролидлар	Азитромицин J01FA10	Перорал, таблетка, 12 ёшдан ошган ва вазни 45 кг дан ортиқ бўлган болалар3 кун давомида 1 дозада кунига 500 мг (курс дозаси - 1,5 г).Препарат оғиз орқали кунига 1 марта овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2 соат кейин, чайнамасдан олинади.	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Кларитромицин J01FA09	12 ёшдан ошган болалар учун перорал орқали қабул қилинганда, битта доз 0,25-1 г, қабул қилиш частотаси кунига 2 марта. 12 ёшгача бўлган болалар учун суткалик доза 2 дозага бўлинган ҳолда 7,5-15 мг / кг / кунни ташқил қилади.	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Цефалоспорин лар-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 <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
	Цефаклор J01DC04	Оғиз орқали, капсулалар, суспензия 20-40 мг / кг (1500 мг дан кўп бўлмаган) кунига 2-3 марта	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a> <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
Цефалоспорин лар-3	Цефиксим J01DD08	Оғиз орқали, дисперс таблеткалар, капсулалар,	1C <a href="https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis">https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis</a>

		суспензия, 8 мг / кг, кунига 1-2 марта	<a href="https://www.medscape.com/health/a/acute-bronchitis">rens.org/health/a/acute-bronchitis</a>  <a href="https://www.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf">https://www.medscape.com/article/1001332-overview?form=fpf</a>
--	--	---	--

#### 4.5. Амбулатор шароитида даволаш самарадорлигининг баҳолаш:

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

### 5.Ўткир бронхит билан касалланган болаларни госпитализация қилиш учун кўрсатмалар

#### 5.1. Режалаштирилган госпитализация учун кўрсатмалар:

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

#### 5.2. Шошилишч госпитализация:

- оғир преморбид фон (оксил-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.

#### 5.3. Ўткир обструктив бронхит билан касалланган болаларни госпитализация қилиш учун кўрсатмалар

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

#### 5.4. Ўткир обструктив бронхит билан касалланган болаларни шошилишч госпитализация:

- нафас олиш тезлигини дақиқада 70 ва ундан юқори ошириши.
- боланинг безовталиги, қулай позицияни излаш, қовурғалар аро мушакларнинг тортилиши.
- кўкрак қафаси мушакларининг орқага тортилиши билан нафас чиқаришни қийинлашиши.
- марказий цианоз.
- PO<sub>2</sub> нинг пасайиши.
- PCO<sub>2</sub> нинг ортиши.

#### 5.5. Ўпканинг сунъий вентилляциясига ўтказиш учун кўрсатмалар:

- Нафас олиш вақтида нафас товушларининг пасайиши;
- 40% кислородни нафас олганда цианознинг сақланиши;
- Қўзғатувчига оғриқ реакциясини пасайиши;
- PaO<sub>2</sub> нинг 60 мм дан паст бўлиши.;
- 55 мм дан юқори PaCO<sub>2</sub> ортиши.

### 6. СТАЦИОНАР ДАРАЖАСИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

<b>1C</b>	<p>БОС билан кечувчи ЎБ да биринчи эпизод бўлганда, бронхиал обструкция даражасининг оғирлигига қараб, ингалацияланган б2-агонистлар ёки комбинирланган препаратга 0,9% натрий хлорид эритмаси кўшиб небулайзер орқали, ёки махсус маскали спейсер ёрдамида дозаланган аэрозол ингальторини (ДАИ) дори шаклида буюриш тавсия этилади, ўртача кунига 3 маҳал:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• салбутамол, бир марталик доза 0,15 мл/кг, максимал 2,5 мл &lt;6 ёшгача: 6 йил давоёшдан катталарга 5 мл дан ёки 3-5 кунли қисқа курс давомида спасер орқали 1-2 ингальция</li> <li>• 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].</li> </ul>
-----------	--

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

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

Оғриқ билан кечадиган қуруқ хуружсимон йўтал
Марказий таъсир кўрсатадиган йўталга қарши препаратлар буюрилади
<p>Бутамират (Синекод), бутамират цитрат (Пестолван Стоп), клоперастин (Привитусс), брадикинин, гистамин ва морфинга антитаначалар (Ренгалин) (қарши кўрсатмалар: балғмли йўтал, эрта ёш, марказий нерв тизими касалликлари бор)</p>

болалар, ўпка шиши, ёт жисмлар, аспирация)
Болаларда бронхиал обструкция билан боғлиқ нафас олиш йўллари касалликларидаги йўтал
Балғам кўчирунчи дорилар буюрилади
Қуруқ печак барглари экстракти (Проспан), Оддий печак барглари экстракти + Кекик ўти экстракти (Бронхипрет) (қарши кўрсатмалар: балғмли йўтал, боланинг эрта ёши, аспирациянинг юқори хавфи, ҳар қандай этиологиялиг бронхорея, ўпка шиши)
Қалин ва ёпишқоқ балғамни чиқаришда қийинчилик туғдирадиган йўтал
Муколитиклар буюрилади
Ацетилцистеин, карбоцистеин, бромгексин, амброксол, қуруқ печак барглари экстракти ((Проспан), амброксол + карбосистеин (Пектолван С), ингаляцион эритма 3% натрий хлорида + 0,1% натрий гиалуронат (Лорде гиал)
Йўтал билан кечадиган ўткир респираторл касалликлар ва бронхитлар
Яллиғланишга қарши дорилар буюрилади
Брадикинин, гистамин ва морфинга антитаначалар (Ренгалин), Натрий аминодихидрофталазиндион (Галавит) Комбинирланган препаратлар: Стоптусин, Синекод

#### **4.5. ЎОБ оаларда бронхообструктив синдромида ҳаракатлар алгоритми**

Бронхообструктив синдромни терапияси қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Бронхолитик терапия.
2. Бронхларнинг дренаж функциясини яхшилаш.
3. Десенсибилизация қилувчи терапия.
4. Яллиғланишга қарши терапия

**1-даражали бронхообструктив синдромни даволаш:**

- қисқа таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар билан ингаляция - небулайзер орқали небутамолни ҳар 6-8 соатда
- М-холинолитик - Атровент билан ингаляция;
- небулайзер орқали небуфлюзон билан ингаляция, кунига 1-2 марта қилиш;
- перорал доксофилин сиропи (6-9 мг / кг тана вазнига) кунига 1-2 марта;
- кўп миқдорда илиқ ишқори баланд ичимликлар ичилади.

**2-даражали бронхообструктив синдромни даволаш:**

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

**Ўтказилган терапияга яхши жавоб бўлганда:**

- қисқа таъсир қилувчи  $\beta_2$ -агонистлар билан ингаляция - небулайзер орқали небутамолни ҳар 6-8 соатда;
- небулайзер орқали небуфлюзон билан ингаляция, кунига 1-2 марта қилиш;
- перорал доксофилин сиропи (6-9 мг / кг тана вазнига) кунига 1-2 марта;
- кўп миқдорда илиқ ишқори баланд ичимликлар ичилади.

**Ўтказилган терапияга жавоб қониқарсиз бўлса:**

- қисқа таъсир қилувчи  $\beta_2$ -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 юворилади);
- вена ичига тизимли глюкокортикостероидлар;
- инфузион терапия (20-30 мл/кг);
- кислород билан ингаляция.

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

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

**Дренаж функциясини яхшиланиши:**

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

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

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

### **6.3. Номедикаментоз даволаш:**

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

**6.4. Медикаментоз даволаш:** Амбулатор босқичдаги даволашни қаранг.

**6.5. Жарроҳлик аралашуви:** йўқ

**6.6. Даволаш самарадорлигининг баҳолаш:**

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

**«БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТ»  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА  
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ**

**ТОШКЕНТ - 2024**

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ

### 1.1. Кириш

Ўткир (оддий) бронхит— бу бронхларнинг ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, ўпка тўқималарининг шикастланиши ва обструкция белгиларисиз юзага келади., қоида тариқасида, ўткир респиратор вирусли инфекциянинг нафас йўллариининг эпителийсига зарар этказиши ва бронхиал деворнинг тўсиқ хусусиятларининг ўзгариши билан намоён бўлишидир. У асосан ҳаётнинг биринчи 4 йилидаги болаларда учрайди. Ўткир бронхитнинг ўзига хос хусусиятиўпка паренхимасида инфилтратив ўзгаришларнинг йўқлиги (радиографияда инфилтратив ёки фокал соялар) ва 3 ҳафтадан кўп бўлмаган давом этадиган йўтал (куруқ ёки самарали) билан намоён бўлади (<https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/J00-J99/J20-J22/J20-/J20.9>).

### 1.2.Профилактика ва реабилитация таърифи:

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

**Профилактика** (юнончада *πρόφύλακτικός*) – сақловчи, олдини олувчи деган маънони англатиб, одамларнинг 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. ЎТКИР БРОНХИТНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

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

### 2.2. Касалликни профилактикаси учун тафсиялар:

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

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

**1.3. Касалликни олидини олиш учун махсус тафсиялар:** 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](https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)).

1.3.1. Умумий тафсияларга қўшимча:

- Иммунитетни чидамлиликини қўллаб-қувватлаш ва тананинг ҳимоя кучларини ошириш учун йил давомида холекалциферол (Д витамини) ва цинкни (иммуноцинк) истеъмол қилиш тавсия этилади.
- Қайта инфекцияни олдини олиш учун беморни касалхонадан эрта чиқариш (хаёт учун хавфли симптомларни бартараф этилгандан сўнг) мақсадга мувофиқдир, шундан сўнг болалар 1-3 ой давомида диспансер кузатуvidан ўтказилади. Маҳаллий шифокор томонидан 2 кундан кейин ёки ундан олдин такрорий кўриқдан ўтиш, агар боланинг ахvoli ёмонлашса ёки у ичолмаса, иситма, хансираш пайдо бўлса (онага қандай вазиятда яна шифокорга мурожаат қилиш кераклигини ўргатинг).
- ЎОБ рцидивлари бўлган болаларни диагностика ва даволаш тактикасини аниқлаштириш учун аллерголог-иммунолог ва пулмонолог билан маслаҳатлашиш учун юборилиши керак. (<https://www.cincinnatichildrens.org/health/a/acute-bronchitis> ).

## 2. БОЛАЛАРДА ЎТКИР БРОНХИТНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

**3.1 ЎБ учун реабилитация шарт эмас**

**3.2. ЎОБ учун реабилитация:** амбулатор босқичида қуйидагилар киради:

1. Енгил машқ режими.
2. Диета №15;
3. Уйнинг микроэкологиясини яхшилаш - тоза ҳавони етарли даражада таъминлаш, фаол ва пассив чекишни тақиқлаш, ҳавони намлаш.
4. Чиниқтирувчи муолажалар.
5. Ерталабки гимнастика.
6. Ўйин усулида даволовчи жисмоний тарбия.
7. Респиратор терапия (нафас олиш машқлари) - "нафас олиш орқали нафас олиш" усулида даволаш. Мақсад - гипоксияга чидамлиликни ошириш ва турли хил нафас олиш усулларидан фойдаланган ҳолда тананинг мослашувчан хусусиятларини оширишдир.
8. Фитотерапия (№ 1, 2, 3 индивидуал кўкрак термалар) хар куни, № 10-15.
9. Кўкрак қафаси массажи № 8-10.
10. Физиотерапевтик даволаш: микротўлқинли терапия СМВ ёки ДМВ, магнит терапия (кўрсатмалар бўйича). Обструктив жараёнда - кўкрак қафасига магний, папаверин-электрофорез № 6-8.
11. Термо даволаш: кўкрак қафасидаги №8 парафин ёки озокерит аппликациялар.

12. Поливитаминлар 10-14 кун.

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

### 3.3. Натижа ва прогноз

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

**Прогноз яхши.** Умумий симптомларни бартараф этгандан сўнг, бемор кўшимча кузатиш ва тиббий кўриқдан ўтказишга муҳтож эмас.

Қайталанувчи бронхит 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 даволшни коррекция билан ЎОБ 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 бронхит 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 ҳужурали, айникса

ЎРВИ дан кейин астма ривожланишини кўрсатади ([https://www.researchgate.net/publication/377320100\\_Acute\\_Bronchitis\\_in\\_Childhood](https://www.researchgate.net/publication/377320100_Acute_Bronchitis_in_Childhood)).

## АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Milliy sog'liqni saqlash va parvarishlash mukammalligi instituti(Buyuk Britaniya):O'tkir bronxit Oxirgi nashr: 2023
2. Milliy sog'liqni saqlash va parvarishlash mukammalligi instituti(Buyuk Britaniya):Yo'tal (o'tkir): antimikrobiyal retsept bo'yicha NICE yo'riqnomasi [NG120] Nashr qilingan sana: 07 fevral 2023 yil
3. Milliy sog'liqni saqlash va parvarishlash mukammalligi instituti(Buyuk Britaniya):[Nafas olish yo'llari infeksiyalari \(o'z-o'zini cheklash\): antibiotiklarni buyurish](#)CG6923 iyul 200823 iyul 2023 yil
4. Milliy sog'liqni saqlash va parvarishlash mukammalligi instituti(Buyuk Britaniya): [Bolalarda bronxiolit: tashxis va davolash](#)NG901, 2023 yil iyun
5. Milliy sog'liqni saqlash va parvarishlash mukammalligi instituti(Buyuk Britaniya): [16 yoshdan oshgan surunkali obstruktiv o'pka kasalligi: tashxis va davolash](#)NG11505, 2023 yil dekabr
6. Milliy sog'liqni saqlash va parvarishlash mukammalligi instituti(Buyuk Britaniya): [Sog'liqni saqlash bilan bog'liq infeksiyalar: birlamchi va jamoat yordamida oldini olish va nazorat qilish](#)CG13928 2023 yil mart
7. Ahmad Kantar, Anne B. Chang, Mayk D. Shilds bolalarda cho'zilgan bakterial bronxit bo'yicha ERS bayonoti Eur Respir J 2017; 50: 1602139
8. Barnett ML, Linder JA. Qo'shma Shtatlarda o'tkir bronxit bilan og'rikan kattalar uchun antibiotiklarni buyurish, 1996-2010. JAMA. 2023 yil 21-may;311(19):2020-2.
9. Beggs S, Vong ZH, Kaul S va boshqalar. Bronxiolit bilan og'rikan chaqaloqlar uchun yuqori oqimli nazalkanul terapiyasi. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev 2023;1: CD009609.
10. Hersh AL va boshqalar. Amerika Qo'shma Shtatlarida ambulator pediatriyada antibiotiklarni buyurish. Pediatriya 2021 yil dekabr;128(6):1053-61.
11. Jefferson T, Jones MA, Doshi P va boshqalar. Sog'lom kattalar va bolalarda grippning oldini olish va davolash uchun neyraminidaza inhibitörleri. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2023; 4: CD008965.
12. Kuehn B.M. Tomoq og'rig'i va o'tkir bronxit uchun ortiqcha antibiotiklarni buyurish odatiy hol bo'lib qolmoqda. JAMA. 2023 yil 27 noyabr;310(20):2135-6.
13. Mayfield S, Jauncey-Cooke J, Hough JL va boshqalar. Bolalarda nafas olishni qo'llab-quvvatlash uchun yuqori oqimli burun kanul terapiyasi. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev 2014;3: CD009850.
14. Ott S.R. O'tkir bronxit uchun antibiotiklar foydasiz. MMW Fortschr Med. 2021 yil 16-may;155(9):32.
15. Panpanich R., Lerttrakarnnon P., Laopaiboon M. Azitromitsin o'tkir pastki nafas yo'llarining infeksiyalari uchun. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2018 yil 23 yanvar;(1): CD001954.
16. Smit SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. O'tkir bronxit uchun antibiotiklar. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2019 yil 1 mart;3: CD000245.
17. Baranov A.A. va boshqalar bolalarda o'tkir virusli infeksiya (ARVI) / Rossiya pediatrlari ittifoqining klinik tavsiyalari 11 A.A. Baranov, Yu.V.Lobzin, L.S. Namozova-Baranova, V.K. Tatochenko, A.N. Uskov, T.V.Kulichenko, M.D. Bakradze, E.A. Vishneva, L.R. Selimzyanova, A.S. Polyakova, I.V. Artemova. -2018 yil. – ZZ s.
18. Baranov A.A. va boshqalar. Bolalarda o'tkir obstruktiv laringit (krup) va epiglottit / Rossiya pediatrlari ittifoqining klinik tavsiyalari // A.A. Baranov, L.S. Namozova-Baranova, V.K. Tatochenko, M.D. Bakradze, T.V. Kulichenko, E.A. Vishneva, L.R. Selimzyanova, A.S. Polyakova, I.V. Artemova. - M. 2019 yil.
19. Baranov A.A. va boshqalar. Bolalardagi o'tkir bronxit / Rossiya pediatrlari ittifoqining klinik tavsiyalari // A.A. Baranov, L.S. Namozova-Baranova, V.K. Tatochenko, M.D. Bakradze, A.S. Polyakova, T.V. Kulichenko, E.A. Vishneva, L.R. Selimzyanova: M., 2020.- 26 b.

- 20.** Maktabgacha yoshdagi bolalarda o'tkir respiratorli infeksiya tufayli bronxial obstruksiya: diagnostika, differentsial tashxis, terapiya va oldini olish / Geppe N.A. (va boshqalar) -M: Medkom-Pro, 2019-80 pp.
- 21.** Amaliy pediatriya savollari.2019;14(2):68-72. DOI: 10.20953/1817-7646-2019-2-68-72.
- 22.** Geppe N.A. (va boshq.). Bolalarda o'tkir nafas yo'llarining infeksiyalari. Diagnostika, davolash, oldini olish klinik ko'rsatmalar / M: Medkom-Pro, 2018-200 pp.
- 23.** Bolalar kasalliklari: amaliy ish. qo'llanma / ed. A. M. Chichko, M. V. Chichko. Minsk: FU Ainform, 2018. 896 p.
- 24.** Dronov I.A., Meshcheryakov V.V., Elkina T.N. va boshqalar nafas olish yo'llari infeksiyalari uchun antibakterial terapiya masalalari bo'yicha pediatrlarni tekshirish natijalari / Amaliy pediatriya masalalari-2018-T.13, N2-c/44-48.
- 25.** Zhernosek, V.F. Bolalardagi allergik kasalliklarni tashxislash va davolash: ma'lumotnoma. / V. F. Zhernosek, T. P. Dyubkova. Minsk: RIVSH, 2018. 120 b.
- 26.** Zaplatnikov A.L., Girina A.A., Lepisova I.V. va boshqalar: o'tkir va takroriy respirator infeksiyalarning o'ziga xos bo'lmagan immunoprofilaktikasi va bolalarda klinik foydalanishning yangi jihatlari. //RMJ. Tibbiy sharh.2019;3:51-56.
- 27.** Bolalarda bronxopulmoner kasalliklarning klinik shakllari tasnifi. M.: Rossiya nafas olish jamiyati. 2019; 18s.
- 28.** Bolalardagi allergik kasalliklarni tashxislash va davolash uchun klinik protokollar: tasdiqlangan. Belarus Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi 08.08.2018 yil. 39 b.
- 29.** Sloveniyalik bolalarda pechak barglari ekstrakti (Prospan) bilan sirop yordamida o'tkir respiratorli infeksiyalarni davolash //Sloveniya-2018/ABBedenetal./O'tkir nafas yo'llari kasalligi. 2-14 yosh. 193 bemor / istiqbolli, marketingdan keyingi tadqiqot.
- 30.** Lukina O.F. Tashqi nafas olish funksiyasini o'rganish xususiyatlaribolalar va o'smirlar / Amaliy pulmonologiya. -2017.-4:39-44.
- 31.** Mizernitskiy Yu., Tsyplenkova S.E.. Bolalar pulmonologiyasida zamonaviy funksional tadqiqot usullari (shifokorlar uchun ma'ruza). M.: MOO NTO im. akad. S. I. Vavilova, 2019. 28 b.
- 32.** Rossiyada bolalarni vitaminlar va minerallar bilan ta'minlashni optimallashtirish bo'yicha milliy dastur, 2017.151 p.
- 33.** Bolalar farmakologiyasi. 2018. T. 12, № 4. 441-446-betlar.
- 34.** Bronxial astma bilan og'rigan bolalarda o'pka faoliyatiga pechak barglarining quruq ekstraktini o'z ichiga olgan preparatlar bilan qo'shimcha davolashning bardoshlilik va samaradorligi // Germaniya-2019. /S.Zeylaetal./Bronxial astma.6-11 yosh.
- 35.** Kundalik pediatriya amaliyotida pechak: maktab o'quvchilarida o'tkir bronxitni davolash uchun EA 575 dan foydalanish//Germaniya-2016./O'tkir bronxit. 6-12 yosh. 1088 bemor / Interventsiyasiz tadqiqot.
- 36.** Bolalar pulmonologiyasi: muammolar va echimlar 16-son: Moskva, 2019 yil.
- 37.** Kattalardagi o'tkir yo'talni davolashda platsebo bilan solishtirganda quruq pechak barglari ekstrakti (EA 575®) o'z ichiga olgan suyuqlikning samaradorligi va xavfsizligini baholash uchun tasodifiy, boshqariladigan, ikki tomonlama ko'r, ko'p markazli tadqiqot) // Germaniya-2016./ A/ Schaeferetal. /O'tkir yo'tal.18-75 yosh. 181 bemor / Ko'p markazli, randomizatsiyalangan, platsebo-nazorat qilingan, ikki marta ko'r-ko'rona tadqiqot.
- 38.** Rossiyadagi yosh bolalarda D vitamini etishmovchiligini o'rganish uchun ko'p markazli tadqiqot (fontanel) natijalari. Pediatriya. 2019; 94 (1) 62-67.
- 39.** Rossiya pediatrlari uyushmasi. Ona va bola salomatligi xalqaro jamg'armasi. Ilmiy-amaliy dastur "Bolalarda o'tkir respirator virusli kasalliklar. Davolash va oldini olish: M., 2022.
- 40.** Tatochenko V.K. Bolalarda nafas olish kasalliklari / Amaliy qo'llanma - Pediatr, 2012. Bolalarda bronxopulmoner kasalliklarning klinik shakllarining tasnifi. M.: Rossiya nafas olish jamiyati. 2019. 18 b.

- 41.** Furman E.G., Yakovleva E.V., Malinin CB, Furman G., Sokolovskiy V. Bolalardagi nafas olish tovushlarini kompyuter tahlili. Tibbiyotda zamonaviy texnologiyalar. 1-son. 6-jild, 2019-yil. 83-88-betlar.
- 42.** Fyzylov V.X., Sitnikov I.G., Malyshev N.A. va boshqalar gripp va ARVI bilan og'rigan bemorlarda antiviral terapiyaning bakterial asoratlar va tizimli foydalanish uchun antibakterial preparatlarni buyurishga ta'siri. Ter. arxiv -2021:61(11-12), 39-bet
- 43.** Shabalov, N.P. Bolalik kasalliklari: darslik. universitetlar uchun: 2 jildda / N. P. Shabalov. 7-nashr. Sankt-Peterburg: Pyotr, 2022. T. 2. 872 b.
- 44.** Shabalov N.P. Neontologiya. 6-nashr, 2016 yil. P.623
- 45.** Shavazi N.M., Lim M.V. Yosh bolalarda bronxo-obstruktiv sindrom diagnostikasini takomillashtirish // Uslubiy tavsiyalar - Toshkent. -2017 yil. - 28 s.

**1-илова.**

**Болаларда нафас олиш йўллари касалликларининг асосий клиник синдромларининг этиологияси**

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

**Илова 2. 5 ёшгача бўлган болаларда тахипноенинг ёш мезонлари**

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

### Илова 3. Бронхо-обструктив синдромнинг оғирлигини баҳолаш шкаласи

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

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

### Илова 4. БОС да нафас етишмовчилигини оғрлик даражасини баҳолаш

Белгилар	Балларда ҳисоблаш		
	0	1	2
Цианоз	Нафас олаётганда йўқ	Нафас олаётганда бор	ФиО <sub>2</sub> > 0,4 да бор
Нафас олишда аускултатив хириллашлар	Нормал	Суст	Йўқ
Экспиратор стридор	"Товушсиз" хансираш	Ўртача	Кучли
Ёрдамчи мушакларнинг иштироки	Йўқ	ўмров усти ва ости чуқурчалари	Нафас олиш парадокси
Беморни аҳволи	Нормал	Депрессив ёки ҳаяжонда	Кома

### 5-илова. Қон газлари қийматларини нормал кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Норма чегаралари	Бирликлар
pH	7.35 - 7.4 - 7.45	
PaCO <sub>2</sub>	4,8 - 5,3 - 5,9	kPa

	36 - 40 - 44	mmHg Art.
PaO <sub>2</sub>	11,9 - 13,2 90 - 100	kPa mmHg Art.
AB (HCO <sub>3</sub> -актуал бикарбонат)	22 - 24 - 26	mmol/l
SB (стандарт бикарбонат)	22 - 24 - 26	mmol/l
BE (буфер базаси концентрацияси)	40-60	mmol/l
BE (ишқорлар ортиқча ёки камчилик)	±1,2 - 2,5	mmol/l

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

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

**7-илова. Бронхо-обструктив синдромида спирографик параметрларнинг типик ўзгаришлари**

Кўрсаткич	Бронхообструктив синдром
Ўпканинг умумий сифими	N, ↑
ҳаётий қобилят	N, ↓
Нафас олишнинг захиравий ҳажми	N
Экспиратуар захира ҳажми	↓
Мажбурий нафас чиқариш ҳажми 1 с (FEV <sub>1</sub> )	↓
FEV <sub>1</sub> /VC (Тиффно индекси)	↓

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

**8-илова. Болаларда ЎОБ диагностикаси бўйича асосий ҳаракатлар**

Ҳаракат босқичлари	Ҳаракат воситалари (ориентир белгилар)	Ўз-ўзини назорат қилиш мезонлари (диагностик белгилар)
<b>ГОСПИТАЛИЗАЦИЯГАЧА БОСҚИЧ</b>		
Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш	Визуал (текшириш) Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш;	Кўпинча болаларда, ҳатто сезиларли обструкция бўлса ҳам, умумий ҳолати кам ўзгаради, ҳолатининг оғирлиги

	- унинг хулқ-атвори ва холати;	одатда енгил интоксикация белгилари фонида нафас олиш бузилиши билан боғлиқдир;  Кўпинча болаларда деярли нормал жисмоний фаоллик сақланади, иштаҳаси пасймайди, бола безовта бўлиши мумкин, онасини қўйиб юбормайди, унинг қўлида ўзига энг қулай холатни излайди.	
Беморнинг шикоятлари ва анамнезини ўрганиш	Боланинг ёшини, беморнинг шикоятларини, касалликнинг сабабини аниқланг, генеалогик анамнезни баҳоланг;	У ҳар қандай ёшдаги болаларда, кўпинча ҳаётнинг дастлабки 3 йилида ривожланиши мумкин. БОС одатда ЎРВИ нинг 2-3 кунда, аста-секин пайдо бўлади. Шикоятлар қуруқ йўтал, субфебрил иситма (кўпинча нормал бўлиши мумкин), тез-тез нафас олиш ва хириллашлар, узокдан эшитилади. Атопия белгилари йўқ.	
Беморни кўриқдан ўтказиш	Терининг ҳолатини, катарал белгиларини мавжудлигини баҳоланг, нафас олиш тезлигини ҳисобланг, нафас олиш актида ёрдамчи мушакларнинг иштирокини аниқланг, юрак уриш тезлигини ҳисобланг, ўпка ва юрак аускултациясини ўтказинг;	Тери физиологик ранга эга, оғир нафас олиш бузилишларда периорал цианоз ривожланади, фебрил иситмада тери иссиқ бўлади. Юқори нафас йўллари томонидан кучли катарал аломатлар аниқланади, қуруқ йўтал, қийин ажраладиган бўлган бўлиши мумкин. Аускултацияда дақиқада 50 тагача нафас олиши, дағал нафас, узайган нафас чиқариш, кўп қуруқ, хуштаксимон хириллашлар эшитилади. Тахикардия бўлиши мумкин.	
<b>СТАЦИОНАР БОСҚИЧ</b>			<b>СТАЦИОНАР БОСҚИЧ</b>
Стационар босқичнинг муолажалари	Лаборатор усуллар. УҚТ ни ўтказинг;  Инструментал	Лейкоцитлар сони нормал ёки камайган, лимфоцитоз, кўпинча эозинофилия, нормал ёки бироз тезлашган ЭЧТ (20 мм / соатгача).  Рентгенограмма барча эрта ёш	

	текшириш усуллари. Кўкрак қафаси рентгенограммасини ўтказинг.	болалар учун ўтказилиш керак, чунки пневмония кўпинча обструктив синдром остида ўтиши мумкин. Обструктив бронхит ўпканинг шишиши белгилари билан тавсифланади - ўпка майдонларининг рангини очариши, бронховаскуляр расмнинг кучайиши.
Клиник ташхисни шакллантириш	Клиник фикрлаш. Ташхисда асосий касаллик ва нафас олиш етишмовчилик даражасини кўрсатинг	ХКК-10 га мувофиқ болсин.

**9-илова. Иситмани тушуриш учун антипиретикларни тайинлаш мезонлари**

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

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