

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№2 (Том 7)

2026

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

TOM 7, HOMEP 2

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 7, ISSUE 2





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавазид.м.н., проф.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., проф.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина д.м.н., проф.

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова, д.м.н., проф.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
А.Н. Арипов (Ташкент)
М.Ш. Ахророва (Самарканд)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н.Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
М.М. Матлюбов (Самарканд)
Э.И. Мусабаев (Ташкент)
А.Г. Румянцев (Москва)
Н.А. Тураева (Самарканд)
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)
А. Фейзиоглу (Стамбул)
Ш.М. Уралов (Самарканд)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

1. Axmatov Abloqul Axmatovich, Axmatova Yulduz Ablakulovna BOLALARDA SURUNKALI TUBULOINTERSTITIAL NEFRIT TASHXISIGA ZAMONAVIY YONDASHUV.....	5
2. Ibragimova Yulduz Botirovna BOLALARDA PNEVMONIYANING KECHISH XUSUSIYATLARI.....	10
3. Ишкабулова Гулчехра Джанкуразовна ЗНАЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИСАДАПТАЦИОННЫМИ СИНДРОМАМИ.....	14
4. Мадумарова Алмаза Анваровна, Хамрабаева Феруза Ибрагимовна НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НПВП-ГАСТРОПАТИЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....	18
5. Тураева Дилафруз Холмуродовна КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ И ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ.....	23
6. Turayeva Dilafruz Xolmurodovna SEMIZLIGI BO‘LGAN BOLALARDA METABOLIK ASSOTSIIRLANGAN JIGAR YOG‘ KASALLIGINI DAVOLASHDA FOSFOGLIV URSO PREPARATINING KLINIK VA BIOKIMYOVIY SAMARADORLIGI.....	29
7. Хайдарова Хатича Рамизовна СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ГЕПАТОГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.....	34
8. Холмуродова Зилола Эргашевна ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР (ЭХОКАРДИОГРАФИЯ) У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.....	37
9. Xolmuradova Zilola Ergashevna BOLALAR VA O‘SMIRLARDA SEMIZLIK FONIDA YURAK-QON TOMIR TIZIMIDA RIVOJLANUVCHI O‘ZGARISHLAR.....	41

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ibragimova Yulduz Botirovna

Davolash fakulteti pediatriya kafedrası assistenti
Samarkand davlat tibbiyot universiteti
Samarkand, Uzbekistan

BOLALARDA PNEVMONIYANING Kechish xususiyatlari



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.00000000>

ANNOTATSIIYA

Pnevmoniya o'pka parenximasining o'tkir yuqumli kasalligi bo'lib, uni viruslar, bakteriyalar va zamburug'lar keltirib chiqaradi. Kasallikning oldini olishda immunizatsiya (emlash), yetarli va muvozanatli ovqatlanish hamda salbiy ekologik omillarni kamaytirish muhim ahamiyatga ega. Bakterial pnevmoniyalar antibiotiklar bilan samarali davolanishiga qaramay, pnevmoniya bilan kasallangan bolalarning atigi 30 foizi zarur bo'lgan antibiotik terapiyasini oladi. Nafas olish tizimi kasalliklari orasida pnevmoniya butun dunyo bo'yicha besh yoshgacha bo'lgan bolalar o'limining yetakchi sabablaridan biri hisoblanadi. Har yili ushbu kasallik tufayli taxminan 1,1 million nafar bola hayotdan ko'z yumadi. Pnevmoniya global miqyosda keng tarqalgan bo'lib, uni oddiy profilaktik choralar orqali oldini olish mumkin. Kasallik erta aniqlanib, bemor bolalar o'z vaqtida shifoxonaga yotqizilib, to'g'ri parvarish qilinsa, oddiy va nisbatan arzon dori vositalari yordamida muvaffaqiyatli davolanadi.

Kalit so'zlar: pnevmoniya, atipik pnevmoniya, bolalar, diagnostika, antibiotiklar.

For citation: Ibragimova Yu. B.// Clinical Features of the Course of Pneumonia in Children

Ибрагимова Юлдуз Ботировна

Ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Пневмония представляет собой острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, вызываемое вирусами, бактериями и грибами. В профилактике заболевания важную роль играют иммунизация (вакцинация), полноценное и рациональное питание, а также устранение неблагоприятных экологических факторов. Несмотря на то, что бактериальная пневмония эффективно лечится антибиотиками, лишь около 30% детей, страдающих пневмонией, получают необходимую антибактериальную терапию. Среди заболеваний органов дыхания пневмония является одной из ведущих причин смертности детей в возрасте до пяти лет во всем мире. Ежегодно она уносит жизни примерно 1,1 миллиона детей. Пневмония широко распространена во всех регионах мира и может быть предотвращена с помощью простых профилактических мер. При ранней диагностике, своевременной госпитализации и надлежащем уходе заболевание успешно лечится с применением простых и относительно недорогих лекарственных средств.

Ключевые слова: пневмония, атипичная пневмония, дети, диагностика, антибиотики.

Ibragimova Yulduz Botirovna

Assistant Professor of Pediatrics at the Faculty of Medicine
Samarkand State Medical University
Samarkand, Uzbekistan

CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF PNEUMONIA IN CHILDREN

ABSTRACT

Pneumonia is an acute infectious disease of the lung parenchyma caused by viruses, bacteria, and fungi. Immunization (vaccination), adequate and balanced nutrition, and reduction of adverse environmental factors play a crucial role in the prevention of this disease. Although bacterial pneumonia can be effectively treated with antibiotics, only about 30% of children with pneumonia receive the necessary antibiotic therapy. Among respiratory diseases, pneumonia remains one of the leading causes of mortality in children under five years of age worldwide. Each year, approximately 1.1 million children die due to this condition. Pneumonia is widespread globally but can be prevented through simple preventive measures. When diagnosed early and managed with timely hospitalization and proper care, pneumonia can be successfully treated using simple and relatively inexpensive medications.

Keywords: pneumonia, atypical pneumonia, children, diagnostics, antibiotics.

Pnevmoniya — bu o'pka parenximasining o'tkir yuqumli kasalligi bo'lib, u nafas olish buzilishlari sindromi yoki fizik ko'rik ma'lumotlari asosida, rentgenogrammada o'choqli yoki infiltrativ o'zgarishlar aniqlanganda tashxis qilinadi. Aynan shu rentgenologik belgilar JSST (VOZ) fikriga ko'ra "oltin standart" hisoblanadi va yuqori ehtimollik

bilan jarayonning bakterial etiologiyaga ega ekanligini ko'rsatadi. Bu esa pnevmoniya sifatida baholanadigan kasalliklar doirasidan pastki nafas yo'llarining aksariyat zararlanishlarini, ya'ni respirator viruslar chaqiradigan va antibakterial davolashni talab qilmaydigan bronxitlarni, jumladan obstruktiv bronxitlarni, chiqarib tashlash imkonini beradi.

O'tkir pnevmoniyalarning keng tarqalishi bolalar uchun katta xavf tug'diradi. Pnevmoniya butun dunyo bo'yicha bolalar o'limining eng muhim alohida sabablaridan biridir. Har yili u besh yoshgacha bo'lgan taxminan 1,1 million bolaning hayotiga zomin bo'ladi. Pnevmoniya besh yoshgacha bo'lgan bolalar o'limining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi[2,3]. Bolalarda o'tkir pnevmoniyani o'z vaqtida va to'g'ri tashxislash, kasallikning og'irlik darajasini hamroh kasalliklarni hisobga olgan holda baholash, antibakterial terapiyani to'g'ri tanlash bolalarning pnevmoniyadan to'liq sog'ayishiga, asoratlari va o'lim ko'rsatkichlarining kamayishiga imkon beradi[1]. Pnevmoniyalar shifoxonadan tashqari va shifoxona ichki turlarga bo'linadi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniyalar bola oddiy sharoitda kasallanganda yuzaga keladi, shifoxona ichki pnevmoniyalar esa statsionarda 72 soat bo'lganidan keyin yoki u yerdan chiqarilgandan so'ng 72 soat ichida paydo bo'ladi. Shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydigan pnevmoniyalar ham alohida ajratiladi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniya keng tarqalganligi va yuqori o'lim ko'rsatkichiga ega ekanligi sababli muhim tibbiy muammo bo'lib qolmoqda. Streptococcus pneumoniae shifoxonadan tashqari pnevmoniyani eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchisi hisoblanadi. Bundan tashqari, pnevmoniyani atipik qo'zg'atuvchilari — Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae va Legionella pneumophila — shifoxonadan tashqari pnevmoniyani etiologik tuzilmasida muhim ahamiyatga ega[8,9,10]. Ko'plab epidemiologik va klinik tadqiqotlar natijalariga ko'ra, ushbu mikroorganizmlar bolalar va o'smirlarda uchraydigan shifoxonadan tashqari pnevmoniya holatlarining 30–40% gacha qismini tashkil etadi hamda ko'pincha asosiy yoki hamroh patogen sifatida aniqlanadi. Mycoplasma pneumoniae bilan bog'liq pnevmoniyalar ko'proq maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, kasallikning asta-sekin boshlanishi, subfebril isitma, quruq yo'tal va umumiy holsizlik bilan kechishi bilan xarakterlanadi. Chlamydia pneumoniae esa uzoq davom etuvchi yo'tal va yuqori nafas yo'llari infeksiyalari bilan birga kechadigan pnevmoniyalarga sabab bo'lishi mumkin. Ushbu qo'zg'atuvchilarning hujayra devoriga ega emasligi yoki hujayra ichida parazitlik qilishi beta-laktam antibiotiklarning samarasiz bo'lishiga olib keladi[12]. Ayniqsa, Legionella pneumophila sababli rivojlangan pnevmoniyalar og'ir klinik kechishi, yuqori isitma, intoksikatsiya sindromi, og'ir nafas yetishmovchiligi hamda ko'p a'zoli yetishmovchilik bilan namoyon bo'lishi bilan ajralib turadi. Ilmiy manbalarda legionellyoz pnevmoniyasi bilan kasallangan bemorlarda asoratlari rivojlanish xavfi yuqori ekanligi, o'z vaqtida tashxis va maqsadli davolash amalga oshirilmaganda esa o'lim ko'rsatkichi 20–25% gacha yetishi mumkinligi qayd etilgan[14,15]. Atipik pnevmoniyalar klinik jihatdan noaniq kechishi, laborator va rentgenologik belgilarining klassik bakterial pnevmoniyaga xos bo'lmashligi sababli ko'pincha kech tashxislanadi. Shu bois, bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyani empirik davolashda atipik qo'zg'atuvchilarni ham hisobga olgan holda makrolid antibiotiklar yoki respirator florinolonlarni qo'llash muhim ahamiyat kasb etadi. Ushbu yondashuv davolash samaradorligini oshirish, asoratlari va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirishga xizmat qiladi.

Atipik mikroflorani aniqlashning laborator usullarini kundalik amaliyotda keng qo'llash qiyin: bu qo'zg'atuvchilarni Gram bo'yicha bo'yalganda aniqlanmaydi, ularni oddiy mikrobiologik usullar bilan yetishtirish mushkul. Tipik va atipik mikroflora chaqirgan infeksiyalarning klinik hamda rentgenologik belgilarida ishonchli farqlar mavjud emas. Shu sababli shifoxonadan tashqari pnevmoniyani empirik davolashda ham tipik, ham atipik mikroflorani bostirish zaruriyati hisobga olinishi lozim. Rentgenogrammada aniq, bir xil (gomogen) ko'rinishga ega bo'lgan o'choq yoki infiltrat bilan namoyon bo'ladigan "tipik" shakllarni va chegaralari aniq bo'lmagan, notekis (nogomogen) o'zgarishlar bilan kechadigan "atipik" shakllarni farqlash muhimdir.[11,13]

Pnevmoniyani og'irlik o'pka-yurak yetishmovchiligi, toksikoz hamda asoratlari (plevrit, o'pkaning destruksiyasi va boshqalar) mavjudligi bilan belgilanadi. (infektsion-toksik shok). To'g'ri va yetarli davolash olib borilganda, asoratsiz pnevmoniyalarning aksariyati 2–4 hafta ichida so'riladi, asoratli shakllari esa 1–2 oy davomida tuzaladi. Agar 1,5 oydan 6 oygacha bo'lgan muddatda ijobiy dinamikaga

erishilmasa, kasallikning cho'zilgan kechishi deb baholanadi[14,15]. Pnevmoniyani asosiy belgilari: isitma, nafas qisishi, yo'tal, o'pkada xirillashlar. Muhim diagnostik mezonlar: Tana haroratining 38,0°C dan yuqori bo'lib, 3 kundan ortiq saqlanishi; bronxial obstruksiya belgilarisiz nafas qisishi: 2 oygacha bo'lgan bolalarda > 60 marta/min, 2–12 oyliklarda > 50 marta/min, 1–5 yoshdagi bolalarda > 40 marta/min; nam xirillashlarning assimetrik bo'lishi. Gemogramma pnevmoniyani tashxislashda odatda o'ylanganchalik katta ahamiyatga ega emas, klinik belgilar ko'proq diagnostik ahamiyatga ega. Leykotsitoz $15 \times 10^9/l$ dan past bo'lishi kasallikning dastlabki kunlarida: kokkli pnevmoniyali bemorlarning 40% da, atipik pnevmoniyali bemorlarning 96% da uchraydi, ya'ni bronxitlarda ham xuddi shunday tez-tez kuzatiladi. Faqatgina leykotsitlar miqdori $15 \times 10^9/l$ dan yuqori bo'lganda, pastki nafas yo'llari zararlanishining virusli etiologiyasini ma'lum darajada istisno qilish mumkin. Biroq bronxitlarda ham (masalan, 2–3 oylik bolalarda RS-virusli infeksiyada) bunday ko'rsatkichlar bo'lishi mumkin. SRB (C-reaktiv oqsil) > 30 mg/l va prokalsitonin (PKT) > 2 ng/ml darajalari pnevmoniyani tashxislashda yanada ishonchli hisoblanadi. Leykotsitoz $15 \times 10^9/l$ dan yuqori va PKT 2 ng/ml dan yuqori bo'lsa, atipik pnevmoniya ehtimoli deyarli istisno qilinadi. Ammo bu ko'rsatkichlar past bo'lganda tipik va atipik pnevmoniyalar o'rtasidagi farqlar deyarli yo'qoladi.[18,19,20]

Atipik pnevmoniya markerlar darajasi bo'yicha O'RVI va bronxitdan kam farqlanadi. Hayotining birinchi yarmi davomida bo'lgan bolalarda, ayniqsa C. trachomatis sababli pnevmoniyada, ko'pincha juda yuqori leykotsitoz ($30\text{--}40 \times 10^9/l$) va 5% dan ortiq eozinofiliya kuzatiladi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniyalar: 1–6 oylik bolalarda Chlamydia trachomatis chaqiradigan atipik shakllar ko'p uchraydi. Bemorlarning yarmidan ko'pida tipik pnevmoniyalar: ovqat aspiratsiyasi, mukovistsidoz, birlamchi immunodefitsit bilan bog'liq bo'ladi. Bunday hollarda qo'zg'atuvchilarni ko'pincha: grammanfiy ichak florasi, stafilokokklar hisoblanadi. Aniqlangan qo'zg'atuvchi bilan atipik pnevmoniya shifoxonadan tashqari pnevmoniyalarning 7–20% ini tashkil etadi.[10,11,12]. Agar aniq klinik simptomlar bo'lmagan va qo'zg'atuvchi aniqlanmagan bemorlar ham hisobga olinsa, bu ko'rsatkich yanada yuqori bo'lishi mumkin. Atipik pnevmoniyalar orasida eng ko'p uchraydigan — mikoplazmali pnevmoniyadir. Bolalardagi pnevmoniyalar turli qo'zg'atuvchilar tomonidan chaqiriladi. Nafas yo'llarida odatda doimiy aylanib yuradigan qo'zg'atuvchilarning balg'amda aniqlanishi ularning aynan kasallikning etiologik sababi ekanligini bildirmaydi. Har qanday usul bilan viruslar, mikoplazmalar, xlamidiyalar, zamburug'lar yoki pnevmosistalar aniqlangan bo'lsa ham, agar ular mos keluvchi pnevmoniyani klinik manzarasi bo'lmasa, bu ularning etiologik rolini ham, hatto pnevmoniyani o'zi mavjudligini ham isbotlamaydi. Xlamidiya va mikoplazmaga qarshi IgM antitanelarini aniqlash diagnostik ahamiyatga ega, ammo mikoplazma chaqirgan pnevmoniyani birinchi haftasida ular ko'pincha aniqlanmaydi. Mikoplazma infeksiyasi ko'pincha simptomsiz kechadi va faqat serokonversiya aniqlanganda ma'lum bo'ladi.[20,22]

Nafas yo'llari zararlanganda bemorning subyektiv shikoyatlari ko'pincha klinik ko'rikda aniqlanadigan obyektiv belgilar bilan to'liq mos kelmaydi. Kasallik, aksariyat hollarda, sekin va asta-sekin rivojlanib, dastlab umumiy holsizlik, tez charchash, bosh og'rig'i hamda subfebril darajadagi tana harorati ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi. Isitma ko'pincha qisqa muddatli bo'lib, yuqori raqamlarga yetmaydi va bolalarning umumiy ahvoriga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Nafas yo'llari shilliq qavatining yallig'lanishi natijasida quruq yoki kam miqdorda balg'am ajralishi bilan kechuvchi yo'tal, tomoqda qichishish va achishish hissi, burun bitishi yoki yengil rinoreya kuzatiladi. Ba'zi holatlarda nafas olishda noqulaylik, yengil hansirash va ko'krak qafasida siqilish hissi paydo bo'lishi mumkin. Auskultativ tekshiruvda nafas tovushlarining qattiqlashuvi, ayrim joylarda quruq xirillashlarning eshitilishi aniqlanadi, biroq o'pka to'qimasida aniq o'choqli o'zgarishlar kech aniqlanishi mumkin. Umuman olganda, intoksikatsiya belgilarining kam ifodalanganligi va klinik simptomlarning o'chik kechishi kasallikning erta bosqichida tashxis qo'yishni murakkablashtiradi. Yo'tal: quruq, zo'riqib chiqadigan yo'taldan tortib, och rangli balg'am ajralishi bilan kechadigan samarali yo'talgacha.

Yo'tal respirator yo'llar zararlanishida eng ko'p uchraydigan belgidir. Mikoplazma infeksiyasida yo'tal deyarli doimo bo'ladi, ammo yo'tal bilan murojaat qilganlarning atigi 3–10% ida pnevmoniya aniqlanadi[18].Nafas qisishi: kam uchraydigan bo'lsa ham yengil darajada bo'ladi. Isitma: mikoplazma infeksiyasiga xos belgi bo'lsa-da, odatda yuqori darajaga yetmaydi. Ko'pincha isitma bilan rentgenologik ko'rinish va qon tahlillari o'rtasida moslik bo'lmaydi. Faringit belgilari 6–59% hollarda uchraydi. Rinoreya 2–35%. Quloq og'rig'i (miringit) 5%. Simptomsiz sinusit ham uchrashi mumkin. Fizik ko'rikda ko'pincha kuchsiz ifodalangan xirillashlar (quruq yoki mayda pufakchali nam) aniqlanadi, perkussiyada esa ko'pincha o'zgarishlar topilmaydi. Mikoplazma infeksiyasining o'pkadan tashqari namoyon bo'lishlari: Sovuq aglyutininlar titrining oshishi bilan kechuvchi gemoliz, kataral pankreatit, kataral meningit, meningoensefalit, neyropatiya, miya ataksiyasi, terida makulo-papulyoz toshmalar (Stivens–Jonson sindromi bilan bog'liqligi tasvirlangan), miokardit (kam hollarda), glomerulonefrit (kam hollarda), mialgiyalar, artralgiyalar (haqiqiyartritbelgilarisiz).

Rentgenologik tekshiruvda ko'pincha peribronxial infiltratsiyaga xos bo'lgan o'pka rasmining kuchayishi aniqlanadi. Bundan tashqari, o'choqli infiltratlar, disk shaklidagi atelektazlar, o'pka ildizi limfa tugunlarining kattalashuvi, plevrit aniqlanishi mumkin[16,17].

Laborator ma'lumotlar: Sovuq aglyutininlar titrining oshishi va retikulotsitoz bilan kechuvchi gemolitik anemiya, leykotsitoz kuzatilmaydi, trombotsitoz anemiyaga javob reaksiyasi sifatida bo'lishi mumkin.

Immunologik diagnostika: Mikoplazmaga qarshi antitanalar (IgM, IgG) titrini aniqlash. Ijوبيy natija:antitana titrining dastlabki darajasi $\geq 1:32$ bo'lishi yoki dinamikada 4 martadan ko'p oshishi. Antitanalar kasallikning 7–9 kunida paydo bo'la boshlaydi, maksimal darajaga esa 3–4 haftada yetadi. Antigenlarni aniqlash eng ishonchli natijalarni kasallik boshlanganidan keyingi bir hafta ichida beradi[9].

Polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR, PCR): Mikoplazma pnevmoniyasiga xos DNKni aniqlashga asoslangan. Usulning sezgirligi – 92%, spetsifikligi – 97%. Pnevmoniya pnevmokokklar va *Haemophilus influenzae* b tip tomonidan chaqirilgan hollarda bolalarning taxminan 10% ida uchraydi. Odatda bular O'RZ bilan og'rikan bemor bilan aloqada bo'lgandan keyin kasallangan bolalardir. 6 oylikdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalarda pnevmoniyaning eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchisi pnevmokokk hisoblanadi. 7–15 yoshda ham tipik pnevmoniyalarning asosiy bakterial qo'zg'atuvchisi pnevmokokkdir.[6,7,8].

Pnevmoniyaning davolash uchun antibiotiklarni tanlash kasallikning etiologiyasi aniqlanganda eng maqbul bo'ladi, biroq tezkor diagnostika usullari har doim ham ishonchli va mavjud emas. Shuning uchun maqbul muqobil yo'l sifatida eng ehtimoliy qo'zg'atuvchini klinik belgilar, bolaning yoshi, kasallikning qachon va qayerda boshlanganini hisobga olib aniqlash qabul qilinadi. Pnevmoniyada antibakterial dori tanlash empirik tarzda, turli yosh davrlarida uchraydigan qo'zg'atuvchilarni, jarayonning og'irligini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Qo'zg'atuvchining dori vositalariga chidamliligi (rezistentligi) ehtimoli ham hisobga olinadi. Agar etiologiya aniq bo'lmasa, keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan bitta preparat yoki ikki preparat kombinatsiyasidan foydalanish mumkin.

Preparatni almashtirish uchun asos bo'ladigan holatlar:

yengil pnevmoniyada 36–48 soat ichida,
og'ir pnevmoniyada 72 soat ichida klinik samaraning bo'lmashligi,
yoki nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishi.

Asoratli pnevmoniyada davolash parenteral (inyeksiya orqali) preparatlar bilan boshlanadi, klinik samaraga erishilgach, ularni og'ir orqali qabul qilinadigan (peroral) dorilarga almashtiriladi (bosqichma-bosqich, "step-terapiya" usuli). Yengil pnevmoniyalarda ham statsionarda, ham poliklinikada peroral preparatlar afzal hisoblanadi. Agar davolash parenteral boshlangan bo'lsa, samaraga erishilgach (harorat tushgach) peroral preparatlarga o'tiladi:

amoksitsillin,
amoksitsillin + klavulanat (augmentin),
sefuroksim-aksetil (zinnat).

Bu dorilar pnevmokokklar va gemofil tayoqchasiga qarshi samaralidir. Fenoksimetilpenitsillin-benzatin (Ospen siropi) va I-avlod

sefalosporinlari faqat kokk florasiga ta'sir qiladi, shuning uchun ularni asosan katta yoshdagi bolalarda qo'llash maqsadga muvofiq. Atipik qo'zg'atuvchilar (mikoplazma, xlamidiya, legionella) chaqirgan pnevmoniyalar barcha shifoxonadan tashqari pnevmoniyalarning 20% va undan ko'prog'ini tashkil etadi. Shu sababli qo'zg'atuvchi noma'lum bo'lganda empirik davolash uchun: beta-laktam antibiotiklari + makrolidlar kombinatsiyasi, yoki yangi ftorxinolonlar bilan monoterapiya (sparflokssatsin va boshqalar) tavsiya etiladi.

Bu preparatlar keng ta'sir doirasiga ega bo'lib, kokk florasiga, grammanfiy va atipik qo'zg'atuvchilarga qarshi samaralidir. Atipik pnevmoniyalarda tanlov preparatlari tashqari makrolidlar va ayniqsa azitromitsin qo'llaniladi. Ular kokk florasiga ham ta'sir qilgani uchun beta-laktamlarga allergiyasi bo'lgan bemorlarda ham ishlatilishi mumkin. Biroq ularning keng va nazoratsiz qo'llanishi mikroblarda dori vositalariga chidamlilikni kuchaytirishi mumkinligi sababli tavsiya etilmaydi.[4,5].

Davolash samaradorligi 24, 36 va 48 soat o'tgach baholanadi.

To'liq samara: tana haroratining 38,0°C dan pastga tushishi (isitma tushiruvchi vositalarsiz), umumiy ahvolning yaxshilanishi, ishtahaning paydo bo'lishi. Bu paytda rentgenologik manzara yaxshilanishi ham, o'zgarmasligi ham mumkin. Bu qo'zg'atuvchining tanlangan preparatga sezgir ekanini bildiradi va davolashni shu dori bilan davom ettirish lozim.

Qisman samara: umumiy ahvol va ishtahaning yaxshilanishi, o'pka o'chog'ida salbiy dinamikani bo'lmashligi, ammo yuqori isitmaning saqlanib qolishi[18,21]. Bu ko'pincha yiringli o'choq (destruksiya) yoki immunopatologik jarayon (metapnevmonik plevrit) bilan bog'liq bo'ladi. Bunday hollarda antibiotikni almashtirmaydilar, to'liq samara keyinroq – yiringli o'choq bo'shagach yoki yallig'lanishga qarshi vositalar qo'llangach yuzaga chiqadi. Agar bemorda: yuqori isitma saqlanib qolsa, o'pkadagi infiltratsiya kuchaysa, umumiy holati yomonlashsa, bu samaraning yo'qligidan dalolat beradi va bunday vaziyatda antibiotikni darhol almashtirish talab etiladi. Yengil pnevmoniyalarda davolash muddati 5–7 kun, asoratli shakllarda esa 10–14 kun (harorat tushgandan keyin yana 2–3 kun) davom etadi. Shifoxona ichki pnevmoniyalarda preparatni almashtirish bakteriologik tekshiruv natijalariga ko'ra yoki empirik ravishda, samarasizlikning dastlabki belgilari paydo bo'lishi bilan 24–36 soat ichida amalga oshiriladi[8,12].

12 yoshdan katta bolalarda va juda og'ir holatlarda kichik yoshdagi bolalarda, enterobakteriyalar, ko'k yiring tayoqchasi (*Pseudomonas*) va atipik flora rezistent bo'lsa, ftorxinolonlar qo'llaniladi. Anaerob jarayonlarda metronidazol, zamburug' etiologiyali jarayonlarda esa flukonazol yoki ketokonazol ishlatiladi. Yengil pnevmoniyalarni yaxshi sharoitda uyda davolash mumkin. Agar antibiotiklar tez samara bersa, boshqa turdagi terapiya talab etilmaydi. Pnevmoniyada isitma tushiruvchi dorilar odatda buyurilmaydi, chunki ular davolash samaradorligini baholashni qiyinlashtiradi. Xonani muntazam shamollatish majburiy hisoblanadi. Samaraga erishilgunga qadar qat'iy yotoq rejimi tavsiya etiladi. Agar kasallik tez orada ijobiy tomonga o'zgarsa, bola yarim yotoq rejimiga o'tkaziladi, 6–10-kunlardan boshlab esa umumiy rejimga ruxsat beriladi. Chiniqtirish muolajalarini 10–14 kundan keyin qayta boshlash mumkin, biroq katta jismoniy yuklamalar (sport bilan shug'ullanish) yengil pnevmoniyadan so'ng 6 haftadan, asoratli pnevmoniyadan keyin esa 12 haftadan keyin tavsiya etiladi. Shu vaqt davomida o'pkada qon aylanishi to'liq tiklanadi. Kasallikning dastlabki kunlarida pasaygan ishtaha odatda tezda tiklanadi, shuning uchun vitaminlar buyurish ko'pincha zarur bo'lmaydi. Ko'krak qafasiga qaratilgan fizioterapevtik muolajalar (ionoforez, SVCh va boshqalar), jumladan tiklanish davrida ham, samarali hisoblanmaydi[21,22].

Xulosa: Bolalarda o'tkir pnevmoniya kasallanish yuqori bo'lib va o'lim ko'rsatkichlari bilan tavsiflanadi. Kasallikning erta bosqichlarida klinik belgilarni to'g'ri baholash, xavf guruhidagi bolalarni o'z vaqtida aniqlash hamda zarurat bo'lganda ularni statsionar sharoitda davolash bolalar hayotini saqlab qolishda muhim ahamiyat kasb etadi. O'tkir pnevmoniyaning erta tashxislash va davolash choralarini kechiktirmasdan boshlash kasallikning og'irlashishi, asoratlar rivojlanishi hamda o'lim holatlari xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Pediatrlar tomonidan zamonaviy klinik protokollarga asoslangan, individual yondashuvni

hisobga olgan holda to'g'ri va yetarli antibakterial hamda simptomatik tanlov qilish bolalarda pnevmoniya kechishining ijobiy prognozini terapiya tayinlanishi davolash samaradorligini oshiradi. Shuningdek, ta'minlaydi. ambulator va statsionar davolash o'rtasida aniq ko'rsatmalar asosida

Список литературы/ Iqtiboslar / References

- 1.Таточенко В. К., Катосова Л. К., Федоров А. М. Этиологический спектр пневмоний у детей // Пульмонология. - 1997. – 2. – С. 29-35.
- 2.Gendrel D. Pneumonies communautaires de l'enfant: etiologie et traitement // Arch. Pediatr. – 2002. - 9 (3). – С. 278 - 288.
- 3.Hendricson K. J. Viral pneumonia in children: Seminar in Pediatric infectious Diseases. - 1998. – 9. - С. 217 - 233.
- 4.Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Вестник перинатол. и педиатрии. - 1996. -41. – 6. – С. 52 - 55.
- 5.Nix DE. Intrapulmonary concentrations of antimicrobial agents. Infect Dis Clin North Am.1998;12:631-646.
- 6.Carbon C. Pharmacodynamics of macrolides, azalides, and streptogramins: effect on extracellular pathogens. Clin Infect Dis. 1998;27:28- 32.
- 7.Nelson S, Summer WR. Innate immunity, cytokines, and pulmonary host defense. Infect Dis Clin North Am. 1998;12:555-567.
- 8.Baldwin DR, Honeybourne D, Wise R. Pulmonary disposition of antimicrobial agents: in vivo observations and clinical relevance. Antimicrob Agents Chemother. 1992;36:1176-1180.
- 9.Craig WA. Postantibiotic effects and the dosing of macrolides, azalides and streptogramins. In: Zinner SH, Young LS, Acar JF, Neu HC, eds. Expanding Indications for the New Macrolides, Azalides and Streptogramins. New York: Marcel Dekker Inc; 1997:27-38.
- 10.Forgie S, Marrie TJ. Healthcare-associated atypical pneumonia. Semin Respir Crit Care a. Med. Feb 2009;30(1):67-85.
- 11.Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. Mar 1 2007;44 Suppl 2:S27-72.
- 12.Honeybourne D, Baldwin DR. The site concentrations of antimicrobial agents in the lung, J Antimicrob Chemother. 1992;30:249-260.
- 13.Baldwin DR, Honeybourne D, Wise R. Pulmonary disposition of antimicrobial agents: methodological considerations. Antimicrob Agents Chemother. 1992;36:1171 -1175
- 14.Пульмонология. Современный справочник для педиатров. – 2004. – С. 24-67.
- 13.World Health Organization (WHO).Revised WHO classification and treatment of pneumonia in children. Geneva, 2014. С 121-122.
- 14.Bradley J.S., Byington C.L., Shah S.S. et al.The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age.Clinical Infectious Diseases, 2011; 53(7): e25–e76.
- 15.Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clinical Infectious Diseases, 2007; 44(Suppl 2): S27–S72.
- 16.Principi N., Esposito S. Management of severe community-acquired pneumonia of children in developing and developed countries. Thorax, 2011; 66: 815–822.
- 17.Miyashita N., Matsushima T., Oka M. The role of atypical pathogens in community-acquired pneumonia. Journal of Infection and Chemotherapy, 2006; 12(3): 125–130.
- 18.Pneumonia in children: epidemiology, diagnosis and management. World Health Organization, Geneva. 2022. 142-145.
- 19.Nelson Textbook of Pediatrics Kliegman R.M. et al., 21-nashr. 48-49 Elsevier, 2020.
- 20.Harrison's Principles of Internal Medicine. 20-nashr. McGraw-Hill Education, 2018.
- 21.Российское общество педиатров. Клинические рекомендации по диагностике и лечению пневмонии у детей, 2021.22.Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. Long S.S., Prober C.G., Fischer M. Elsevier, 2018.122-123
22. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у детей Российское общество педиатров, 2021.С 48-49

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000