

# ATIPIK PNEVMONIYALAR

Davolash fakulteti pediatriya  
kafedrası

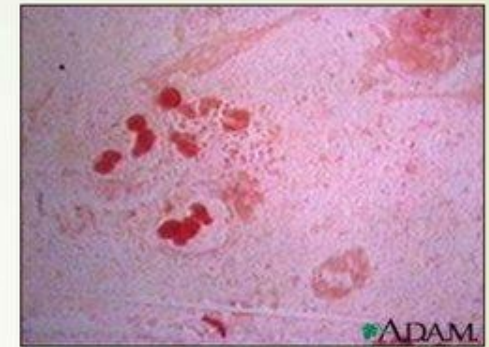
# ЭТИОЛОГИЯ



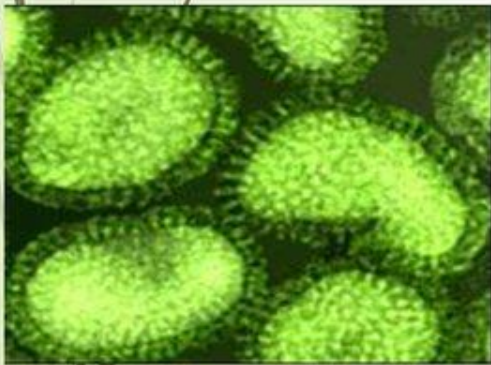
**Mycoplasma pneumoniae**



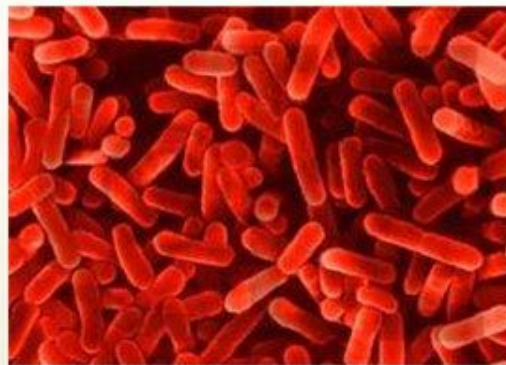
**Streptococcus pneumoniae**



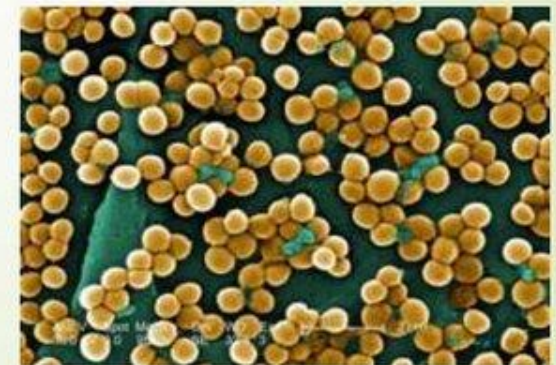
**Haemophilus influenzae**



**Chlamydia pneumoniae**



**Legionella pneumoniae**



**Staphylococcus aureus**

# ***Mikoplazmali pnevmoniya***

- Mycoplasma pneumoniae mikroorganizmlarning alohida turiga mansub, kichik o'lchamli (150-200nm), RNK va DNKdan tuzilgan. Qo'zg'atuvchi hujayrasiz muhitda ko'payishi mumkin, b-gemolizin toksin ajratadi.
- Miko'plazmalar, viruslar, bakteriyalar o'rtasida oraliq holatni egallaydi. 70°S temperaturada lipofil holda yillar davomida saqlanadi.

*Epidemiologiyasi.* Kasallik manbai respirator mikoplazma bilan kasallangan odam va tashuvchi hisoblanadi. O'tish yo'li - havo tomchi, transplamentar.

*Patogenezi.* Miko'plazma havo-tomchi yo'li orqali tushganda tomoq orqa devori shilliqini, traxeya, bronxlarni zararlaydi. Asosiy o'zgarishlar alveolyar epiteliyda bo'ladi, u yerda chaqiruvchi ko'payadi, hujayra giperplaziyasi va o'zgarishini chaqiradi. Alveolyar makrofaglar va neytrofillar fagositozni chaqiradi va bu jarayon alveolyar hujayralarning o'zgarishiga, hujayra ichi suyuqligi ekssudasiyasiga olib keladi.

## МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ



### Рентгенологические признаки:

• по интерстициальному типу – усиление легочного рисунка, нечеткость и деформация бронхосудистых пучков.

- *Klinik xususiyati:* Klinik manzarasi chaqiruvchining virulentligi, uning ko'payish tezligi, bemorning yoshi, organizmning reaktivligi, yo'ldosh virusli yoki bakterial infeksiyalarning bor yogligiga bog'liq. Inkubasion davri 1 haftadan 3 haftagacha davom etadi (ko'pincha 12-14 kun). Kasallikning ilk ko'rinishi uchun kam ifodalangan umumiy intoksikasiya belgilari xos (bosh og'rishi, quvvatsizik, tana qaroratining bir oz ko'tarilishi). Keyinchalik tomoqdagi va qorindagi ogriq qosqiladi. Kasallik uchun qiynoqli quruq yo'tal, faringit belgilari xarakterlidir. Intoksikasiya belgilari birinchi haftaning oxiri, ikkinchi haftaning boshlarida namoyon bo'ladi. hansirash kam hollarda kuzatiladi. Terisida 50% qo'llarda qizil yoki binafsha rangli dog'li, kam hollarda vezikulali, papulali toshmalar paydo bo'ladi. Shunga o'xshash toshmalar shilliq qavatlarda ham paydo bo'ladi. Birinchi haftaning oxirida va ikkinchi haftaning boshida intoksikasiya belgilari kuchayadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda kasallik simptomsiz kechishi mumkin.
- Perkussiyada mozaiklik aniqlanadi. Fizikal ma'lumotlar kam ifodalangan: dagal yoki sustlashgan nafas fonida nam xirillashlar; ko'krak yoshidagi bolalarda bronxiolit klinikasi kuzatilishi mumkin.

- *Rentgenografiyada:* O'pkaning aniq chegarasiz nogomogen infiltrasiyasi. Ko'pincha "bulut"simon, "tutun" simon infiltrasiyalar paydo bo'ladi. O'pka surati kuchaygan, ko'p hollarda jarayon bir tomonlama va o'pkaning pastki qismida kuzatiladi. Bronx-tomir suratining kuchayganligi bemor tuzalgandan keyin ham uzoq vaqt saqlanib qoladi.

*Paraklinik belgilari:* Deyarli o'zgarishlar bo'lmaydi. Ba'zan EChT ortishi, monositoz bo'lishiga mumkin. Chaqaloqlarda mikoplazmali infeksiya generallashtirilgan xarakterga ega, o'pka parenximasini zararlaydi. Yuqori nafas yo'llari va bronxlar zararsiz bo'lib qoladi, qozgatuvchi gematogen yo'l bilan kiradi va o'pka to'qimasida joylashadi. Bunday chaqaloqlarning onasida akusherlik anamnezida urogenital miko'plazma bilan kasallanganlik aniqlanadi. Bolalar kam vazn bilan tuqiladi, terisi oqimtir, sariq tusda bo'ladi. Pnevmoniya hayotining birinchi soatlaridan boshlanadi. Haftaning oxirida - meningoensefalit rivojlanadi. Statistika ma'lumotlariga kora, bunday bolalar olgan chaqaloqlarning 10 - 30 %ni tashkil etadi.

- *Diagnostikasi.* Burun shilliq qavatidan olingan flyuoresensiyali zardobda qo'zgatuvchini topishga asoslangan. serologik reaksiyalar (RSK - complement bog'lovchi antitelalar titrining o'shishiga). Balhamdagi miko'plazmani aniqlash maxsus usuli ham qo'llaniladi.

*Davolash prinsiplari:* Etiotrop davosi makrolidlar guruhiga mansub antibakterial preparatlarni buyurish: eritromisin sutkasiga 30-50 mg/kg; linkomisin sutkasiga 10-20 mg/kg; oleandomisin: 3 yoshgacha bolalarga -0,02 g/kg, 3-6 yoshdagilarga -0,25-0,5 g/kg, 6-14 yoshdagilarga - 0,5-1,0 g/kg, 14 yoshdan kattalarga -1,0-1,5 g/kg sutkasiga, sutkalik dozasini 4-5 qabulga bo'linadi. Davo kursi 7-10 kun. 8 yoshdan katta bolalarga oksitetrasiklin buyuriladi, vibramisin, doksisillin. 8-12 yoshda birinchi kuni sutkada 4 mg/kg, keyinchalik 2mg/kg. 12 yoshdan kattalarga 0,2 g birinchi kuni va keyinchalik 0,1 g beriladi. Davo kursi 7-10 kun.

# Xlamidiyali pnevmoniya

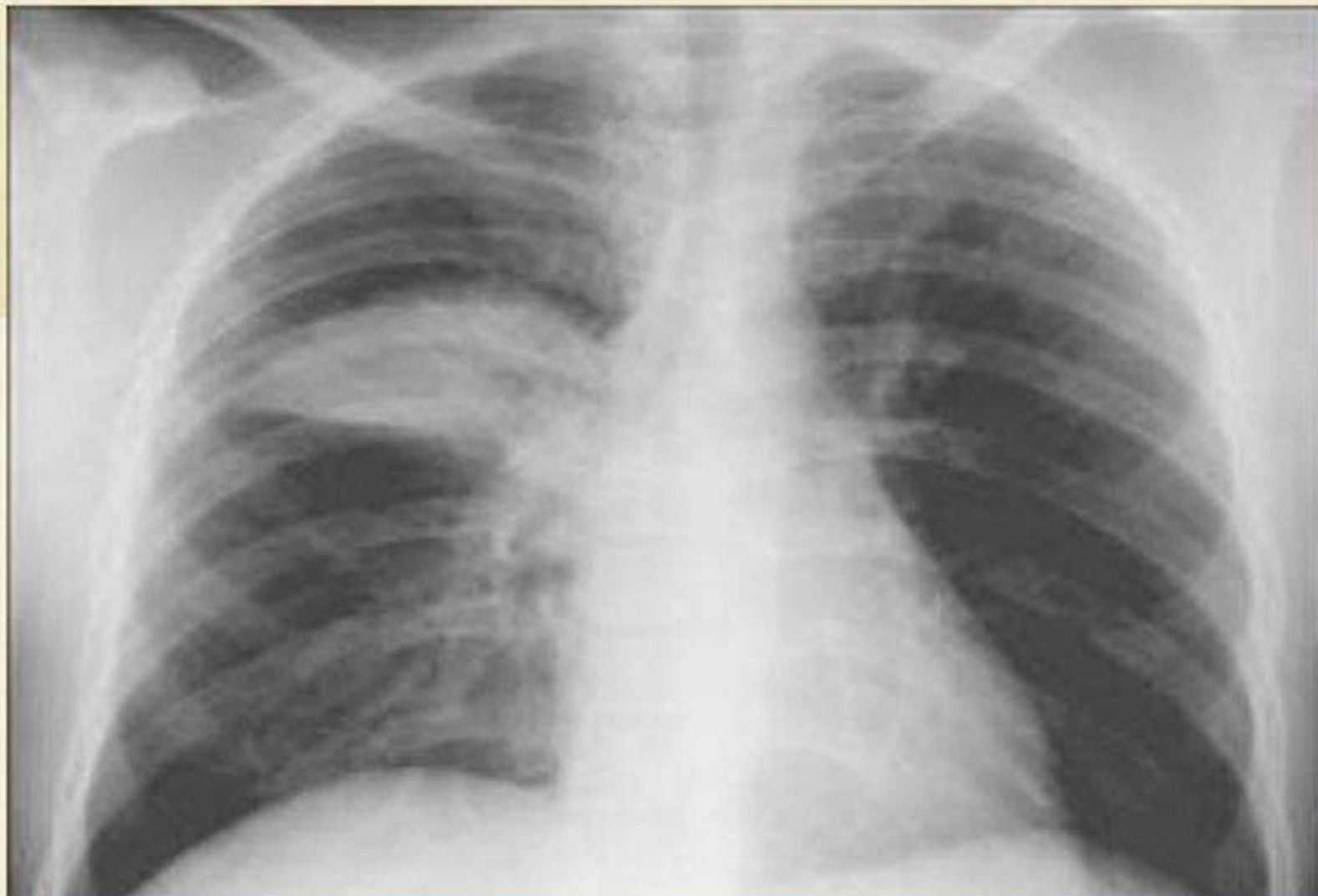
- Chaqiruvchisi Chlamydia trachomatis - hujayra ichi paraziti ko'pincha bakteriyalarga yaqin. Tarkibida RNK va DNK saqlaydi, ular ikkiga bo'linib ko'payadi, antibiotiklarga sezuvchan. Ularning ikkita turi bor:
- Chlamydia psitacii
- Chlamydia trachomatis.
- 

Ko'pincha o'pkaning o'rta va pastki qismlari zararlanadi. Chaqiruvchi alveolalarda seroz shish chaqiradi va boshqa bo'limlarga o'tadi.

*Epidemiologiyasi.* Kasallikning kechishida aniq mavsumiylik yo'q. Ornitoz pnevmoniya chaqiruvchisi - Chlamydia psitacci, kasallik manbai qushlar (kaptar, popugay, o'rdak, tovuqlar).



# Хламидийная пневмония



- *Xlamidioz* - asosan chaqaloqlarning patologiyasi bo'lib, unga intranatal zararlanish xos, bola asosan onaning tuqruq yo'li orqali zararlanadi. Kattalarda jinsiy yol bilan otadigan infeksiya turiga kiradi. Chaqiruvchisi *Chlamydia trachomatis*.  
Chaqaloqlarda o'tish yoli havo-tomchi, aspirasion yol hisoblanadi. O'pkaning pastki va o'rta qismlari zararlanadi. qo'zgatuvchi himoya bar`eridan alveolagacha yetib boradi, sirroz shishni chaqiradi, o'pkaning boshqa sohalariga tarqaladi.

- *Klinikasi.* Inkubasion davri - 10 kun. Kasallik boshida umum intoksikasion sindrom belgilari kuzatiladi: lanjlik, bezgak (tana xarorati  $39^{\circ}\text{S}$  dan ortiq), qattiq bosh Oqrishi, bradikardiya, yurak tonlarining bo'g'iqlashishi, mushaklardagi og'riq va angina. Oradan 1-3 kun otgach nafas a'zolari shikastlanishi belgilari paydo bo'ladi: quruq yotal, biqindagi va ko'krak qafasidagi ogriq. O'pka tovushining lokal to'mtoqlashishi, mayda pufakchali nam xirillashlar. Lekin bu belgilar intoksikasiyaning kuchayishiga olib kelmaydi. Kasallik klinikasi grippga oxshaydi. Uzoq vaqt davom etadi. Yuqori tana qarorati 2 haftagacha kuzatiladi, astenizasiya belgilari 2-3 oygacha saqlanadi.

- *Oqibati* yaxshi tugaydi. Chaqaloqlar xlamidioz bilan zararlanganda 1-2 hafta oxirida bir tomonlama kon'yunktivit paydo bo'ladi. Jarayon sekin kechadi va 1-2 haftadan song ko'zdan shilliq-yiring ajraladi. Shu davrda pnevmoniya ham boshlanishi mumkin. Pnevmoniya hansirash va ko'kyo'talsimon yotal bilan kechadi, ammo tana xarorati ko'tarilmaydi va intoksikasiya belgilari kuzatilmaydi. Diagnostikasi balham va ko'zdagi ajralmani mikrosko'piyasiga, shuningdek 2-3-haftada maxsus antitanalar titrining ortishiga asoslangan. Patologik anatomiyasi. Tomirlar ishemiyasi, seroz shish, fibroz ekssudasiya aniqlanadi. Bu o'zgarish butun o'pkani [egallaydi](#), o'pka olchami kattalashgan jigar qattiqligidek bo'ladi. Rentgenogrammada: Ikki tomonlama mayda ochoqlar. Ornitoz uchun o'pka suratining kuchayganligi va deformatsiyasi xarakterlidir. Paraklinik belgilar: Umumiy qon tahlilida: EChT ortishi, leyko'peniya, limfositoz, ba'zan eozinofiliya. Immunogrammasida immunoglobulin G oshadi.

## *Davosi:*

- Asosan antibakterial dorilar buyurtiriladi Biseptol - 8-10 mg/kg sutkada 2 marta. Kursi 10-20 kun. Eritromisin - 30-50 mg/kg sutkada. Chaqoloqlarga kuniga 2 marta. Kursi 15-20 kun. Klaforan - 50-100 mg/kg sutkada. Chaqaloqlarga sutkasiga 2 marta, tana vazni 50 kg bo'lganlarga sutkasiga 3-4 marta, parenteral. Kursi 10-15 kun. Fortum - 2-oygacha 25-60 mg/kg sutkada 2 marta. Kursi 7-10 kun. Seftriakson (longasef) 20-80 mg/kg sutkada parenteral 10-15 kun. Roksitromisin (rumid) kattalar uchun 0,15 g sutkada 2 mahal 10-15 kun. Tarivid - kattalar uchun 0,2-0,8 g sutkada 2 marta. Davo kursi 7-14 kun.

# Legionellezli pnevmoniya

- Legionellez - bu o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, legionellalar chaqiradi.
- Qo'zgatuvchisi. Legionell turiga mansub, 9 ta turi mavjud: *L. pneumophilla*, *L. bozemanii*, *L. miedadei*, *L. dumoffii*, *L. longbeache*, *L. gonmanii* va boshqalar. Bu gramm manfiy tayoqcha, o'tkir uchli, kengligi 0,3-0,4 mkm va uzunligi 2-4 mkm, xipchini bor. Tashqi muhitda uzoq saqlanadi (1 yilgacha), sun'iy oziqaviy muhitda
- yaxshi osadi. Mikrob antigen va toksik komponentlar toplamidan iborat.

- *Epidemiologiyasi.* qo'zgatuvchini tabiiy rezervi tuproq hisoblanadi. Legionellez hamma joyda tarqalgan kuz-yoz mavsumida epidemik holat, mavsumga bog'liq bo'lmagan holda sporadik holatda uchraydi. Qurilish ishlarida ishlash, immunodepressant dorilardan foydalanish chaqiruvchi omil hisoblanadi. Zararlanish aerogen yo'l bilan o'tadi. Zararlangan suvdan o'tish holatlari ham qayd qilingan. Odamdan odamga o'tmaydi.

- 

*Patogenezi.* Qo'zgatuvchi yuqori nafas yollari orqali ichkariga tushadi, alveola, bronxiolalarni zararlaydi, o'pka parenximasi infiltrasiyasiga olib keladi. Makrofaglar, neytrofilli leykositlar bakteriyalarni parchalaydi va endotoksin ajratadi. Buning natijasida parenxima nekrozi, alveolyar fibroz, atelektaz, o'pka emfizemasi rivojlanadi. Bakteriya disseminasiyasi, uning endotoksini, yurak qon tomiri, [oshqozon ichak traktida](#), buyrakda, MNSda o'zgarishlarga olib keladi, DVS- sindrom rivojlanishi mumkin.

- *Klinikasi.* Legionellezning 3 turi ajratiladi: o'tkir pnevmoniya, o'tkir alveolit, o'tkir bronxit. O'tkir pnevmoniya o'tkir boshlanishi, bezgak 39-40°Sgacha, qusish, ichi suyuq kelishi; qaltirash, mialgiya, kuchli bosh og'rishi - umuminfeksion sindrom bilan xarakterlanadi. O'pkaning yalliglanishi azobli yo'tal, ko'krak qafasidagi og'riq bilan xarakterlanadi. Yo'tal keyinchalik nam bo'ladi, shilliq "guruchli" balham. MNSning zararlanishi (deliriya, alahsirash, bosh aylanishi) kuzatiladi..O'tkir alveolit o'tkir pnevmoniya kabi boshlanadi, grippni eslatadi. Ammo keyinchalik hansirash rivojlanadi, o'pka ustida krepitasiyalovchi xirillashlar eshutiladi. Choziluvchan Xammen-Rich turida fibroz alveolit kuzatiladi. O'tkir bronxit kam uchraydi.R-gramma. Massiv infiltrativ soyalar yuqori intensivlikda kuzatiladi.

*Paraklinikasi.* Umumiy qon tahlilida - neytrofilli leykositoz (10-15\*10<sup>9</sup>/l), limfopeniya, EChT 60 mm/soatgacha ortadi. Peshob umumiy tahlilida - proteinuriya, eritrosituriya, sillindruriya. Giponatriemiya - 130 mmol/l dan kam. Gepatit belgilari yog, lekin jigar funksiyasi buzilishi kuzatiladi (bilirubin miqdori va transaminaza aktivligi normaga nisbatan 2 marotaba ko'p bo'ladi, gipoalbuminemiya).



- *Diagnostikasi* bemor qon zardobida maxsus antitelalarni aniqlashga asoslangan, bronxial yuvindilari, balhamda, plevral suyuqlikda bakteriyalarning topilishi, olganlarning a'zolaridan olingan materiallarda bakteriyalarning topilishiga asoslangan. Antitanachalar titrining 4 marta oshishi tashqis qoyishga asos bo'лади.

*Davosi.* Eritromisinni yoshga oid dozada buyurish samaralidir. Shuningdek, tetrasiklin va levomisetin. Dezintoksikasion, simptomatik terapiya, immunokorreksiyalovchi terapiya buyuriladi.

# Pnevmosistli pnevmoniya

- (PKP)qo'zgatuvchisi. Pneumocystis carinii, soddalilarga oxshash, lekin ularni zamburuglar guruhiga kiritadilar.P. [carinii - pulmonotrop mikrob](#), odam o'pkasi va turli xil hayvonlar alveolalarida ko'payadi. Mikrobnig hayot sikli quyidagi bosqichlardan iborat: sistalar - aylana yoki oval diametri 5-8 mkm uch qavatli qobiq bilan oralgan, unda 8 ta sporozoidlar bor; sistaning yorilishi - va sporozoidlarni chiqishi; sporozoidlarni trofozoidlarga va sista oldiga aylanishi, keyinchalik yetuk sistaga aylanadi. hayot sikli alveolalarning ichida yuz beradi trofozoidlar ko'p sonli osimtaga ega, alveolyar hujayralarning yuzaki membranasiga o'xshaydi.

*Epidemiologiyasi.* Ko'pgina odamlar P. carinii bilan erta bolalikda infisirlanadilar, P. carinii antigeni qar qaysi odamda bo'ladi. Immunodeprecsiya fonida (medikamentoz, ximioterapiya, organlarni ko'chirib otkazilganda, stresslarda). P. carinii infeksiyasi interstisial pnevmoniyaning og'ir shaklida namoyon bo'ladi.

- *Klinikasi.* Pnevmosistli pnevmoniyaning eng ko'p uchraydigan belgilari quyidagilar: quruq yo'tal (80%), hansirash (70%), bezgak (38%dan yuqori).Auskultasiyada xirillashlar kam; ko'krak qafasida og'riq, balham ajralishi kuzatiladi. Klinik belgilari fizikal ma'lumotlar bilan nomutanosibdir.
- R-grammasi. Birinchi belgisi - bronxlar suratining kuchayishi. Keyinchalik o'pkaning ikki tomonida o'choqli va qo'shilgan soyalar aniqlanadi.Paraklinik ma'lumotlari. Umumiy qon tahlilida - neytrofilli leykositoz, eozinofiliya, anemiya, EChT ortishi kuzatiladi. P. Carinii ko'pikli balhamda aniqlanishi diagnostik ahamiyatga ega.

*Davosi.* Pnevmosistli pnevmoniyaning quyidagi davo kurs sxemasi mavjud: trimetoprim - sulfametoksazol (TMP-SMZ) va pentamidin, bir necha alternativ sxema (dapson, diftormetilornitin, trimeksat/leykovorin). Birgalikdagi terapiya pentamidin va TMP-SMZ ahamiyatli emas. Ikkala asosiy dorilarning nojoya ta'siri ko'p emas. TMP-SMZning antibakterial faolligi, xamrox bakterial infeksiyalarda ta'siri yuqori bo'ladi. Pentamidin - tanlov dori vositasi. Davosi qancha erta boshlansa, oqibati yaxshi tugaydi

- **Yangi koronavirusli pnevmoniya – bu o'pkaning virusli yallig'lanishining bir turi. Virusli pnevmoniyalar bizga allaqachon ma'lum, ammo biz bunday miqdorda u bilan ishlashga odatlanmaganmiz. Bu davolash ishlarini juda murakkablashtiradi. Koronavirusli pnevmoniya keltirib chiqaradigan o'zgarishlar, masalan, grippda O`RVI, ammo COVID-19 da ular ko'proq va boshqacharoq rivojlanadi.**

- Ko`p hollarda infeksiyon yoki bakterial pnevmoniya bilan ishlashimizga to'g'ri keladi. Uning rivojlanishiga alveolalarning ichida yallig'lanishni keltirib chiqaradigan bakteriyalar sababchi bo'ladi. Nafas olish qopchalari ichidagi zararlangan qismlarning havosi yallig'lanish suyuqligiga almashadi. Karkas – intyerstisiya – bunda deyarli shikastlanmaydi, tomirlarning devorlari zich bo'lib qoladi.

- Bunday pnevmoniyaning alomatlaridan biri – haroratning ko‘tarilishi va balg‘amli yo‘tal. Yo‘talning paydo bo‘lishi yallig‘lanish suyuqligi alveolalar ichida ekani va u bronxlar orqali tashqariga chiqishi bilan izohlanadi. Yo‘talni engillashtirish uchun mukolitiklar (balg‘am hajmini oshirmasdan, uni suyultiradigan va balg‘amning o‘pkadan chiqishini engillashtiradigan dori vositalari – muallif izohi) tayinlanadi. Haroratning ko‘tarilishi aynan baktyerial yallig‘lanish bilan bog‘liq. Shu tarzda organizmimiz kasallik qo‘zg‘atuvchilarini – baktyeriyalarni yo‘q qiladi. “Dushman” yo‘q qilinishi bilan, ahvol yaxshilanadi, odam sog‘ayadi.

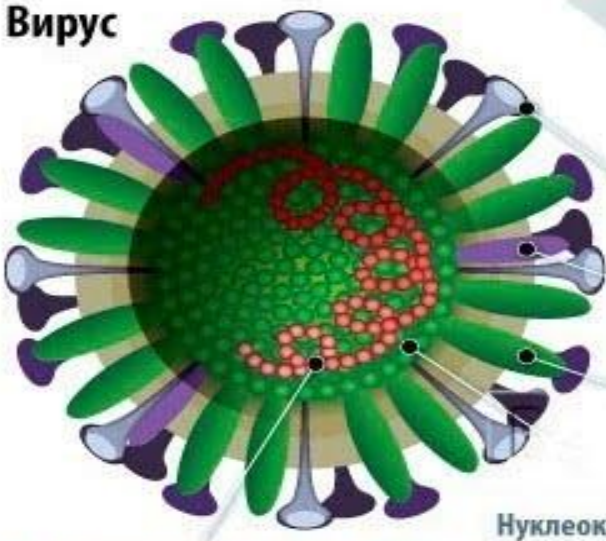
Koronavirusli pnevmoniyada immunitetning virus ta'siriga noadekvat kuchli reaksiyasi yuqori harorat va yallig'lanish sababchisi bo'ladi. Yo'tal quruq bo'ladi, chunki suyuqlik bronxga chiqish joyi bo'lmagan intyerstisiyada joylashadi. Bu holda balg'amni suyultiruvchi preparatlar kamdan-kam hollarda samarali hisoblanadi, u faqat baktyerial infeksiya qo'shilganida yoki yo'ldosh surunkali bronxit kuchayganida samara byerishi mumkin.

# Атипичная пневмония: симптомы и вирусы-возбудители

Опасный вирус появился в начале XXI века и в 2002 – 2003 годах вызвал эпидемию в Юго-Восточной Азии

**Атипичная пневмония** – острое заболевание дыхательных путей, одновременно похожее на грипп, корь, свинку, собачью чумку и бронхопневмонию цыплят

## Вирус



### Обозначения

- «тяжелый острый респираторный синдром» (ТОРС)
- «Severe Acute Respiratory Syndrome» (SARS)

**Передается воздушно-капельным и воздушно-пылевым путем**

Гликопротеиновый шип

Малая оболочка гликопротеина

Гликопротеиновая мембрана

Нуклеокапсид фосфопротеина

Рибонуклеиновая кислота (РНК)

## Симптомы



головные боли

сухой кашель

затрудненное или учащенное дыхание

сухость кожи

диарея

недомогание и боли в мышцах

высокая температура

озноб

потеря аппетита

### Особенности

- преобладание симптомов общей интоксикации, которые отодвигают на второй план легочные проявления
- флюорографическое обследование грудной клетки показывает картину воспаления легких
- трудно диагностировать на ранних сроках

## Наибольшее число жертв



Кроме того, летальные исходы были отмечены в Сингапуре, Канаде, Тайване, Вьетнаме, Малайзии, Таиланде и на Филиппинах.

В России – один случай в Амурской области

За время эпидемии в 30 странах мира было зарегистрировано 8436 случаев заболевания SARS



**Найден во многих органах и секретах людей, погибших от SARS: легких, почках, мокроте, мазках из верхних дыхательных путей. Является мутантом из второй группы коронавирусов**

## Принципы профилактики

- **запрещение для посещения** регионов, неблагоприятных в отношении данной инфекции
- строгий противоэпидемический **контроль лиц**, возвращающихся из этих регионов
- использование **индивидуальных масок** однократного применения в случае необходимости контакта с лицами, которые являются возможными носителями вируса



- Juda kamdan-kam hollarda kasallikning birinchi haftasida ogʻir namoyon boʻlishlar kuzatiladi. Bunday holatlarda odam birinchi “qoʻngʻiroq”ni sezmagan boʻlishi mumkin. Koronavirus infeksiyasiga chalangan bemorlarni davolash tajribasidan shuni aytishim mumkinki, eng yomon kun – bu oʻninchi kun. Odatda, ahvolning yomonlashishi ana shu kunga toʻgʻri keladi.

- Bemor holatining kundalik monitoringini olib borish, ya'ni harorat, puls, nafas olish chastotasini, iloji boricha qonning kislorod bilan to'yinishini (saturasiyani) qayd etish juda muhim.
- Bemor holatining kundalik monitoringini olib borish, ya'ni harorat, puls, nafas olish chastotasini, iloji boricha qonning kislorod bilan to'yinishini (saturasiyani) qayd etish juda muhim.

# ДАВОЛАШ

Davolash joyi: 1. Vaziyatga qarab, COVID-19 gumon qilingan bemorlar uyda izolyatsiya qilinadi yoki o'z-o'zidan izolyatsiya qilinadi 2. Tasdiqlangan statsionar holatlar o'sha bo'limda qolishi mumkin 3. Og'ir bemorlarni zudlik bilan ICUga o'tkazish kerak Davolashning umumiy tamoyillari Yotoqda dam olish, etarli kaloriya iste'moli va etarli darajada namlantirish, elektrolitlar balansi va gomeostazni nazorat qilish, hayotiy funktsiyalar va kislorodning to'yinganligini nazorat qilish. nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligini nazorat qilish va kislorodli terapiya ko'rsatkichlari bo'yicha qon va siydik sinovlarini nazorat qilish (CRP, elektrolitlar, jigar va miokard fermentlari, buyrak parametrlari, koagulogram). Ko'rsatmalar bo'yicha qonning gaz tarkibini va o'pkaning takroriy rentgen nurlarini tahlil qilish. Semptomatik terapiya Isitmasi 38,5 dan yuqori bo'lgan, noqulaylik tug'diradigan bemorlar - jismoniy sovutish usullari, paratsetamol yoshga bog'liq dozalarda. Konvulsiyalar uchun - antikonvulsan. Kislorodli terapiya Gipoksiya belgilari aniqlanganda, darhol burun naychasi yoki niqob orqali kislorod terapiyasini boshlang. Yuqori oqimli kislorodli terapiya, invaziv bo'lmagan yoki invaziv mexanik ventilyatsiya - agar ko'rsatilsa.

- Antivirusli terapiya Interferon-alfa Interferon-alfa kasallikning dastlabki bosqichida virus yukini kamaytiradi, simptomlarni yengillashtiradi va kasallikning davomiyligini qisqartiradi. Xitoylik hamkasblar ilgari bronxiolit, virusli pnevmoniya, enteroviral pufakchali stomatit, O`RVI, SARS va boshqa virusli infeksiyalarni davolashda interferon-alfadan foydalanish tajribasiga ega edilar (ammo, dalillar bazasi yo'q). Rossiya Federatsiyasida nebulizer uchun interferon-alfa shakllari ro'yxatga olinmagan. Lopinavir / ritonavir COVID-19 bilan kasallangan katta yoshli bemorlarda qo'llanilgan (18). Bolalar xavfsizligi va samaradorligi to'g'risida dalillar yo'q. Bolaning ahvolini kuzatish kerak, bakterial yoki qo'ziqorin infeksiyasining belgilari, agar patogen tasdiqlansa, antibakterial yoki antifungal terapiya buyuriladi. Arbidol, Oseltamivir va boshqa grippga qarshi dorilar Arbidol COVID-19 bilan og'rikan bemorlarda ishlatilgan, ammo uning samaradorligi va xavfsizligi to'g'risida dalillar yo'q. Oseltamivir va boshqa grippga qarshi preparatlar faqat gripp virusi bilan kasallangan bemorlarda qo'llanilishi kerak.

## ТЕРАПИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 у ДЕТЕЙ

В связи с отсутствием доказательной базы по эффективности каких-либо противовирусных препаратов для этиотропного лечения COVID-19 у детей,

- **назначение противовирусных препаратов может основываться на имеющихся данных об их эффективности при лечении сезонных острых респираторных вирусных инфекций, вызванных коронавирусами;**

С целью профилактики инфекции и при легких формах заболевания возможно применение препаратов рекомбинантного интерферона альфа;

Назначение других противовирусных средств в каждом случае должно быть обосновано врачом-инфекционистом и врачом-педиатром медицинской организации;

- **Антибактериальная терапия** назначается при развитии бактериальных осложнений;
- **Патогенетическое и симптоматическое** лечение проводится по показаниям;

*Назначение лечения должно обязательно сопровождаться получением добровольного информированного согласия пациента (или его законного представителя).*

# ADABIYOTLAR

Beloborodova N.V., Proshin V.A., Kulikova P.A. Bosqichli terapiya: pediatriyada istiqbolli antibakterial rejim. // Davolovchi shifokor. - 2001, № 10. - S.12-16.

Klinik diagnostika. Oilaviy shifokor uchun qo'llanma. / Ed.

G. P. Matveykova, N.S. Soroka. - Minsk: Belarusiya, 1999 yil.Yu.K. Novikov Jamiyat tomonidan olingan pnevmoniya uchun antibiotik terapiyasini tanlash algoritmlari. // Rossiya tibbiy jurnali. - 2000 yil, № 4. - S. 174-178.Amaliy bolalik pulmonologiyasi (ma'lumotnoma) / Ed.

V.K. Tatochenko. - M., 2000 yil.Bolalik kasalliklarini davolash bo'yicha qo'llanma /

Ed. M.V. Chichko. - Minsk: Belarusiya, 1998 yil.Oila shifokori uchun qo'llanma. Pediatriya / Ed.

G.P. Matveykov, S.I. Tena.: - 2 -nashr, Qayta ko'rib chiqilgan. va qo'shing. - Minsk: Belarusiya, 1998 yil.

Tatochenko V.K. Bolalardagi nafas olish kasalliklari. M.: Tibbiyot, 1987.

Tatochenko V.K. Bolalardagi pnevmoniyani etiotropik davolash. // Rossiya tibbiy jurnali. - 1999 yil, № 4. - 200 -bet.

Tatochenko V.K., Katosova L.K. O'tkir pnevmoniya uchun antibiotik terapiyasi. // Rossiya perinatologiya va pediatriya byulleteni. - 1997 yil, № 5. - S.49-54.

Tatochenko V.K., Katosova L.K. Bolalardagi pnevmoniyaning etiologiyasi va davolash // Antibiotiklar va kimyoterapiya. - 1999 yil, № 1. - 14-19-betlar.

Tatochenko V.K., Fedorov A.N. Bolalardagi pnevmoniya va ularni davolash algoritmi. - 1999, № 5-6. - S.304-308.