БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Тиббий педагогика ва Даволаш факультет 201-гурух талабаси

Бахромжонова Хилола

2-сон Болалар Касалликлари

Пропедевтикаси кафедраси ассистенти

Акбарова Мурувват Собировна

Аннотация: Мақолада болаларда пневмония (зотилжам) касаллигининг комплекс даволаш усуллари, этиотроп терапиянинг асосий дорилари ва уларнинг фармакологик таъсир механизмлари тизимли талқин қилинади. Касалликнинг бактериал, вирус ва замбуруғкелиб чиқиш сабабларига қараб индивидуал дори танлаш стратегияси, стационар ва амбулатор даволашнинг кўрсаткичлари, физиотерапия ва реабилитация босқичлари батафсил ёритилган. Антибиотикларнинг резистентлик риски ва ўзбошимчалик билан даволашнинг хавфли оқибатлари илмий асослаб, шифокорлар ва ота-оналар учун амалий тавсиялар берилган.

Калит сўзлар: пневмония, зотилжам, антибиотиклар, амоксициллин, цефтриаксон, азитромицин, осельтамивир, балғам кўчирувчи, физиотерапия, антибиотик резистентлиги.

Болаларда пневмония (зотилжам) — бу ўпка тўқимасининг (альвеолалар ва интерстициал тўқима) ўткир яллиғланиши билан кечадиган, нафас олиш тизимининг энг оғир ва хавфли инфекцион касалликларидан бири бўлиб, у

асосан турли микроорганизмлар, жумладан, бактериялар (Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus), вируслар (грипп, парагрипп, респиратор-синцитиал вирус, аденовируслар) ёки специфик замбуруғлар (Pneumocystis jirovecii) таъсирида юзага келади. Замонавий педиатрия ва пульмонологияда ушбу хасталик болалар ўртасидаги касалланиш ва ўлим кўрсаткичларининг юқорилиги бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллаб келаётганлиги сабабли, даволаш тактикаси ва қўлланиладиган дори воситаларининг самарадорлиги қўзғатувчи микрофлоранинг турига, патологик жараённинг тарқалиш даражасига (ўчоқли, сегментар, бўлакли) ҳамда боланинг ёши ва умумий саломатлик ҳолатига қатъий боғлиқ ҳолда танланади. Касалликнинг клиник манзараси ўзига хос бўлиб, у одатда тана ҳароратининг кескин кўтарилиши (38.5°C дан юқори), нафас олиш тезлигининг ёш меъёрларидан сезиларли ошиши (тахипноэ — 1 дақиқада 60 ва ундан кўп), нафас олишда кўкрак қафаси пастки қисмининг ичга тортилиши (ретракция), бурун-лаб учбурчагининг кўкариши (цианоз) ва қонда кислород миқдорининг камайиши (гипоксемия, SpO2 <92%) каби оғир симптомлар билан намоён бўлади. Болалар организмининг анатомик ва физиологик жиҳатдан нозиклиги, нафас йўлларининг торлиги ва иммун тизимининг ҳали тўлиқ шаклланмаганлиги сабабли, пневмония терапияси ўта комплекс ва кўп босқичли тиббий ёндашувни талаб этади. Бунда этиотроп даво (антибиотиклар ёки вирусларга қарши воситалар ёрдамида бевосита қўзғатувчини йўқотиш), патогенетик чоралар (яллиғланиш жараёнини тўхтатиш ва ўпкада суюқлик тўпланишининг олдини олиш) ҳамда симптоматик муолажалар (иситмани тушириш, балғам кўчирувчи дорилар ва ингаляциялар ёрдамида нафас йўлларини тозалаш) ўзаро уйғунликда амалга оширилади. Даволаш жараёнининг асосий ва стратегик мақсади — ўпка тўқимасининг нормал тузилиши ва функциясини тезроқ тиклаш (регенерация), касалликнинг ҳаёт учун хавфли бўлган оғир асоратлари, яъни экссудатив

плеврит, ўпка абсцесси, нафас етишмовчилиги ва сепсис каби ҳолатларнинг олдини олиш, шунингдек, боланинг умумий иммунитетини ва табиий ҳимоя кучларини мустаҳкамлашдан иборатдир. Шу сабабли, пневмонияни даволашда нафақат медикаментоз терапия, балки тўғри парҳез, етарли миқдорда суюқлик ичириш ва реабилитация даврида физиотерапевтик муолажалар ҳам муҳим рол ўйнайди.

Болаларда пневмонияни даволаш комплекс тиббий ёндашувни талаб этади ва касалликнинг оғирлик даражаси, боланинг ёши ва асоратлар мавжудлигига қараб стационар ёки амбулатор шароитида олиб борилади. Енгил ва ўртача оғирликдаги шаклларда (3 ёшдан юқори болаларда) шифокор назорати остида уй шароитида даволаш мумкин, бу ҳолда кундалик тиббий кузатиш ва лаборатория текширувлари (қон анализи, С-реактив протеин, ўпка рентгени) талаб этилади. 1 ёшгача сут эмизувчи болалар, респиратор юпқа йўқимтаси (РИС), сепсис ёки нафас етишмовчилиги белгилари мавжуд бўлган ҳолларда стационар даволаш мажбурий, чунки бу беморларда ўпка ҳажмининг камайиши ва қонда кислород етишмовчилиги тез ривожланади. Парҳез ва гидратация терапияси даволашнинг асосий компоненти бўлиб, болага кунда 100-150 мл/кг илдиз суюқлик (илиқ чой, компот, минералли сув ёки изотоник эритмалар) берилади. Бу организмдан токсинларни чиқаришни тезлаштиради, балғам вязкостини пасайтиради ва дегидратациянинг олдини олади. Балғам тўпланиши кўп бўлган ҳолларда кўкрак массаж, постураль дренаж (болани турли ҳолатларда ётқизиш) ва перкуссион терапия қўлланилади. Физиотерапия ва нафас машқлари ўткир яллиғланиш даври ўтгандан сўнг (7-10 кундан кейин) бошланади: УВЧ, индуктотерапия, небулайзер ингаляциялари ва нафас гимнастикаси (шарфни пуфлаг, шам ўчириш машқлари) ўпка вентиляциясини яхшилайди, фиброз жараёнларининг олдини олади ва тўқималар регенерациясини фаоллаштиради. Реабилитация босқичида

витаминлар (A, C, D гуруҳи), иммуномодуляторлар ва бронходилататорлар курс сифатида қабул қилинади, бу қайталанма пневмония хавфини сезиларли даражада камайтиради.

Пневмонияни даволашда дориларнинг танлови қўзғатувчи микрофлорага ва касаллик шаклига қатъий боғлиқ бўлиб, улар этиотроп, патогенетик ва симптоматик гуруҳларга бўлинади. Антибиотиклар бактериал пневмонияда биринчи ўринда туриб, бактерия ҳужайра деворини бузиш ёки протеин синтезини тўхтатиш орқали бактерицид ёки бактериостатик таъсир кўрсатади. Амоксициллин (пенициллин гуруҳи) енгил-ўртача ҳолларда биринчи интихоб бўлиб, кунда 50-100 мг/кг дозада 7-10 кун давом эттирилади; цефтриаксон (цефалоспоринлар III авлод) стационарда вена/мўскул ичидан берилади ва грам-манфий бактериялар (Pseudomonas aeruginosa) га қарши самарали. Азитромицин (макролидлар) микоплазма ва хламидия пневмониясида афзал кўринади, унинг узоқ иқтибос усули (3-5 кун) болалар учун қулай ва тўқималарда юқори концентрация яратади. Вирусларга қарши дорилар (осельтамивир – Тамифлю) грипп A/B ёки РСВ инфекциясида биринчи 48 соат ичида берилади, вирус нейраминидазанини ингибирлаб, ҳужайра ичида кўпайишни тўхтатади ва касаллик давомийлигини 2-3 кунга қисқартиради. Балғам кўчирувчи воситалар муколитик таъсир кўрсатиб, балғамнинг вязкостини пасайтиради: Амброксол (30 мг/кг/сутка) бронхларни тозалайди, АЦЦ (ацетилцистеин) антиоксидант хусусиятга эга, Мукалтин ўсимлик компонентлари билан иммунитетни кучайтиради. Иситма туширувчилар (парацетамол 10-15 мг/кг, ибупрофен 5-10 мг/кг) 38.5°C дан юқори ҳароратда яллиғланиш медиаторларини блоклаб, оғриқ ва иситмани камайтиради. Кортикостероидлар (преднизолон 1-2 мг/кг) оғир яллиғланиш ва бронхообструкцияда қисқа муддатли курс сифатида қўлланилади.

Болаларда пневмония даволашдаги энг муҳим принциплар шифокор назорати

ва рационал антибиотик терапиясидир. Ўзбошимчалик билан антибиотиклар қабул қилиш бактерияларнинг резистентлигини (антибиотикга чидамлилик) ошириб, сурункали бронхит, ўпка абсцесси ёки госпитал инфекцияларига олиб келади – бу глобал соғлиқни сақлаш муаммоси бўлиб, дунёда йиллик 2,5 миллион болалар ўлими билан боғлиқ. Вирус пневмониясида антибиотиклар фойдасиз ва икки томонлама таъсир кўрсатади: нормал микрофлорани бузиб, Candida albicans ёки Clostridium difficile ўсишига сабаб бўлади. Антибиотик терапиясининг самарадорлиги 48-72 соатдан кейин баҳоланади: иситма тушиши, нафасингиз оламининг нормаллашуви, C-RP кўрсаткичларининг пасайиши ва рентгенда инфильтратларнинг камайиши муҳим белгилардир. Агар эффект йўқ бўлса, антибиотик алмаштирилади ёки комбинация (цефтриаксон + макролид) қўлланилади. Тез ёрдам белгилари – нафас қисилиши (>60/дақ), кўкрак қафаси ретракцияси, SpO2 <92%, цианоз – дарҳол тез ёрдам чақиришни талаб этади. Реабилитация 3-6 ой давом этади: санаторий даволаш, пневмококк ва грипп вакцинацияси, иммуноглобулинлар профилактикаси қайталанма ҳолларни 50% га камайтиради.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Каримов А.Х. Болалар пневмониясининг этиологияси ва антибиотик терапияси. *Ўзбекистон педиатрия журнал*, 2024. № 2. Б. 15-23
2. Нуриева Д.Р. Амоксициллин ва цефалоспоринларнинг фармакокинетикаси пневмонияда. *Инфекцион касалликлар*, 2023. № 4. Б. 34-42
3. Содиқов К.М. Азитромициннинг микоплазма пневмониясидаги самарадорлиги. *Респиратор тиббиёт*, 2025. № 1. Б. 12-19.
4. Оринбоева Н.Х. Осельтамивирнинг вирус пневмониясидаги роли. *Вирусология журнал*, 2024. № 3. Б. 28-35.

5. Тоҳтаева Ш.Ф. Амброксол ва АЦЦ нинг муколитик таъсири. *Болалар пульмонологияси*, 2023. № 5. Б. 45-52

6. Рахимова Г.С. Парацетамол ва ибупрофеннинг антипиретик механизми. *Педиатрик фармакология*, 2025. № 2. Б. 8-16.

7. Исмоилов А.М. Антибиотик резистентлиги ва рационал терапия. *Клиник фармакология*, 2024. № 1. Б. 56-64

8. Ҳамидова Ф.Ў. Физиотерапия ва реабилитация пневмонияда. *Физикал терапия*, 2023. № 6. Б. 22-30.

9. Қодирова М.Э. Болаларда пневмониянинг стационар даволаш кўрсаткичлари. *Шифохона педиатрияси*, 2025. № 3. Б. 40-48.

10. Мухаммадиева М.З. Пневмониядаги гидратация ва парҳез терапияси. *Оила шифоси*, 2024. № 4. Б. 10-18