

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятлов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Халлоков Ф.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

**БОЛАЛАРДА ДЕСТРУКТИВ ПНЕВМОНИЯНИ АНИҚЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ
ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАРИ****Кадиров К.З.**

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон ш., Ўзбекистон

Резюме. *Педиатрик пульмонология нафас олиш тизимининг юқумли касалликларини даволашда сезиларли ютуқларга эришган бўлса-да, пневмониянинг асоратли шаклларини аниқлаш ва даволашда доимий равишда янги қийинчиликларга дуч келмоқда. Замонавий педиатр-шифокор ҳар куни клиник баҳолаш ўтказиш, турли таъхис усулларини қўллаш, турли ёш гуруҳидаги беморлар ва иммунологик нуқсонлари бор болалар билан ишлаш заруриятига дуч келади. Бу эса деструктив асоратлар ривожланиши билан оғир ҳолатлар юзага келишига сабаб бўлади.*

Калит сўзлар: *деструктив пневмония, болалар, ўпка абсцесси, плевра эмпиемаси, видеоторакоскопия, антибактериал даволаш, дренаж қилиш, буллёз ўзгаришлар*

**CURRENT APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DESTRUCTIVE
PNEUMONIA IN CHILDREN****Kadirov K.Z.**

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

Resume. *Pediatric pulmonology, despite significant achievements in the treatment of respiratory infectious diseases, is constantly facing new challenges in diagnosing and treating complicated forms of pneumonia. The modern pediatrician daily faces the need to conduct a clinical assessment, apply various diagnostic methods, work with patients of different age groups and concomitant immunological defects, which creates prerequisites for the occurrence of critical situations with the development of destructive complications.*

Keywords: *destructive pneumonia, children, lung abscess, pleural empyema, videothoracoscopy, anti-bacterial therapy, drainage, bullous changes*

**АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНОЙ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ****Кадиров К.З.**

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Резюме. *Педиатрическая пульмонология, несмотря на значительные успехи в лечении инфекционных заболеваний дыхательной системы, постоянно сталкивается с новыми вызовами в диагностике и лечении осложнённых форм пневмонии. Современный врач-педиатр ежедневно сталкивается с необходимостью проведения клинической оценки, применения различных диагностических методов, работы с пациентами различных возрастных групп и сопутствующими иммунологическими дефектами, что создаёт предпосылки для возникновения критических ситуаций с развитием деструктивных осложнений.*

Ключевые слова: *деструктивная пневмония, дети, абсцесс легкого, эмпиема плевры, видеоторакоскопия, антибактериальная терапия, дренирование, буллезные изменения*

Долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, пневмония бутун дунёда 5 ёшгача бўлган болалар ўлимнинг етакчи сабаби бўлиб қолмоқда ва ҳар йили тахминан 800 000 боланинг ҳаётига зомин бўлмоқда. Ўпка тўқималарида некротик ўзгаришлар ва парчаланиш бўшлиқлари шаклланиши билан характерланадиган деструктив пневмония болалардаги барча пневмонияларнинг 10-15 фоизини ташкил этиб, юқори асорат хавфи туфайли касалликнинг ўта оғир шакли ҳисобланади [1]. Антибактериал терапиянинг ривожланишига қарамай, сўнгги ўн йилликда педиатрия амалиётида пневмониянинг деструктив шакллари, айниқса метитсиллинга чидамли олтин стафилококк (MRSA) ва пневмококкнинг юқори вирулентли штамлари келтириб чиқарадиган ҳолатлари кўпайиши кузатилмоқда [2]. Халқаро статистик маълумотларга кўра, болалардаги деструктив пневмония касалхонага ётқизилган барча пневмония ҳолатларининг 10 фоизидан 30 фоизгача, айрим ривожланаётган мамлакатларда эса 40-50 фоизгача етади. Энг кенг тарқалган асорат ўпка абсцеслари бўлиб, у барча деструктив асоратларнинг 60 фоизгача қисмини ташкил этади. Пневмоторакс

20-25 фоиз, плевра эмпиемаси 15-20 фоиз, пневмомедиастинум эса 5-10 фоиз ҳолларда кузатилади. Айниқса, 10-15 фоиз ҳолларда учрайдиган ва шошилич жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган комбинацияланган деструкциялар (пневмоторакс билан абсцесс, пневмомедиастинум билан эмпиема) алоҳида хавф туғдиради. Болалик даврининг ўзига хос хусусиятлари деструктив пневмония ривожланиши учун ноёб шароит яратади. Иммуниет тизимининг етилмаганлиги, органогенезнинг тугалланмаганлиги, ўпка тўқимасининг яллиғланишга юқори сезувчанлиги, нафас йўлларининг анатомик хусусиятлари - буларнинг барчаси инфекциянинг тез тарқалиши ва оғир асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Бирламчи тиббиёт ходими (педиатр, тез ёрдам шифокори) кўпинча деструктив асорат белгиларини биринчи бўлиб аниқлаши, шошилич ёрдам кўрсатиши ёки беморни ихтисослаштирилган даволанишга йўналтириши керак бўлган тиббиёт ходими ҳисобланади. Қарор қабул қилиш учун вақтнинг чекланганлиги (деструкция белгилари пайдо бўлгандан кейинги дастлабки 24-48 соатлик муҳим давр), турли хил тасвирлаш усулларини қўллаш зарурати, оптимал даволаш тактикасини танлаш - буларнинг барчаси шифокордан патофизиология, клиник ташхислаш ва замонавий даволаш усулларини чуқур билишни талаб қилади. Кўплаб мамлакатларнинг амалдаги қонунчилигига кўра, ҳар бир шифокор, мутахассислигидан қатъи назар, пневмониянинг деструктив асоратларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиши шарт. Ушбу мажбуриятни бажармаслик - ташхис қўйишда эътиборсизлик ёки беморни ихтисослаштирилган даволанишга юборишни кечиктириш - жиддий ҳуқуқий оқибатларга, жумладан жиноий жавобгарликка тортилишга сабаб бўлиши мумкин. Шу билан бирга, тўғри ва ўз вақтида қўйилган ташхис ҳамда шифокор ваколоти доирасида тайинланган тегишли даволаш қонуний асосланган ва ҳимояланган ҳисобланади.

Тиббий таълимнинг халқаро стандартлари педиатр-шифокорларни деструктив пневмонияни ташхислаш ва даволаш масалалари бўйича мажбурий тайёрлашни назарда тутди. Узлуксиз тиббий таълим дастурлари диагностика усуллари (рентгенография, КТ, плевра бўшлиғининг ультратовуш текшируви), дренажлаш кўрсатмалари, антибактериал терапия, жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар ҳақидаги билимларни мунтазам равишда янгилан боришни ўз ичига олади. Болаларда деструктив пневмония бир қатор хусусиятларга эга бўлиб, улар орасида касалликнинг тез ривожланиши, яққол нафас етишмовчилиги, плевра эмпиемаси ва бронхоплеврал оқмалар шаклланишининг юқори хавфи билан плеврал суюқликнинг ривожланиши мавжуд [3]. Ушбу патологияни ташхислаш, айниқса эрта босқичларда, деструкциянинг радиологик белгилари бўлмаслиги ёки минимал бўлиши мумкин бўлганда, алоҳида қийинчилик туғдиради. Анъанавий рентгенография эрта деструктив ўзгаришларни аниқлашда чекланган сезгирликка эга, ташхиснинг "олтин стандарти" ҳисобланган компьютер томографияси эса ҳар доим ҳам шошилич шароитларда мавжуд эмас ва нурланиш билан боғлиқ бўлиб, бу айниқса педиатрия амалиётида муҳимдир [4].

Болалардаги деструктив пневмонияларнинг этиологик тузилиши сўнгги йилларда сезиларли ўзгаришларга учради. Агар илгари *Staphylococcus aureus* асосий кўзгатувчи бўлган бўлса, ҳозирги вақтда *Streptococcus pneumoniae* (айниқса 1, 3, 19А серотиплари), антибиотикларга чидамли *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* штаммлари, шунингдек, хужайра ичидаги патогенлар, жумладан *Mycoplasma pneumoniae* тобора катта аҳамият касб этмоқда [5]. Кўзгатувчилар спектрининг ўзгариши ва уларнинг антибиотикларга чидамлилиги билан боғлиқ касаллик патоморфози анъанавий антибактериал даволаш усуллари кўпинча самарасиз бўлишига олиб келади, бу эса эмпирик антибиотик терапиясига янги ёндашувларни ишлаб чиқишни талаб қилади [6]. Деструктив пневмонияларни даволаш мураккаб вазифа бўлиб қолмоқда ва педиатрлар, болалар жарроҳлари, реаниматологлар, пульмонологлар ва антимиқроб терапия мутахассислари иштирокида кўп тармоқли ёндашувни талаб этади. Плевра бўшлиғини дренажлашнинг оптимал усулини танлаш, видеоторакоскопик аралашувларга кўрсатмалар ва муддатлар, антибактериал терапиянинг давомийлиги ва плевра эмпиемасида фибринолитикларни қўллашнинг мақсадга мувофиқлиги масалалари ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда [7]. Даволашнинг узоқ муддатли натижалари, жумладан сурункали бронх-ўпка касалликларининг шаклланиши ва болалик даврида деструктив пневмониядан кейин нафас олиш тизимининг функционал бузилишлари етарлича ўрганилмаган [8]. Шундай қилиб, болаларда деструктив пневмонияларнинг патогенезини тушуниш, ташхислаш ва даволашда сезиларли ютуқларга қарамай, ушбу муаммонинг кўп жиҳатлари ҳал этилмаган, бу эса даволаш натижаларини яхшилаш ва асоратлар частотасини камайтириш учун касалликнинг турли морфологик шакллари ташхислаш ва даволашга табақалаштирилган ёндашувни ишлаб чиқиш зарурлигини тақозо этади.

Тадқиқотнинг мақсади: болаларда деструктив пневмонияда касалликнинг этиологик, патогенетик ва клиник-морфологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини яхшилаш, асоратлар частотасини камайтириш ва касалхонада даволаниш муддати-

ни қисқартириш учун табақалаштирилган ёндашувни ишлаб чиқиш орқали ташхислаш ва даволаш тактикасини оптималлаштиришдан иборат.

Материаллар ва усуллар. 2018 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда стационар даволанган 6 ойликдан 17 ёшгача бўлган деструктив пневмония билан касалланган 126 нафар беморни текшириш ва даволаш натижаларини таҳлил қилишни ўз ичига олган ретроспектив-проспектив тадқиқот ўтказилди. Киритиш мезонлари: ўпка тўқимасида рентгенологик тасдиқланган деструктив ўзгаришлар ва/ёки плевра эмпиемаси ривожланиши билан пневмония мавжудлиги, 0 дан 17 ёшгача бўлган ёш, ота-оналар ёки қонуний вакилларнинг тадқиқотга киритишга хабардор қилинган розилиги.

Беморларнинг ёши бўйича тақсимланиши: 3 ёшгача бўлган болалар - 41 (32,5%), 3 ёшдан 7 ёшгача - 53 (42,1%), 7 ёшдан 12 ёшгача - 21 (16,7%), 12 ёшдан 17 ёшгача - 11 (8,7%). Текширилган болалар орасида ўғил болалар устунлик қилди - 74 (58,7%) бемор. Деструктив пневмониянинг морфологик шакллари бўйича беморлар куйидагича тақсимланди: ўпка-плевра шакли (плевра эмпиемаси билан кечувчи пневмония) - 78 (61,9%), буллёз-деструктив шакли - 29 (23,0%), абсцессли шакли - 19 (15,1%). Диагностик алгоритм клиник текширув, лаборатория текширувлари (умумий қон таҳлили, биокимёвий кўрсаткичлар, шу жумладан С-реактив оксил, прокалситонин, иммунологик кўрсаткичлар), плеврал суюқлик, балғам ва қонни бактериологик текшириш, атипик қўзғатувчиларни аниқлаш учун полимераза занжир реакцияси (ПЗР) ни ўз ичига олди. Инструментал диагностика 97 (77,0%) беморда кўкрак қафаси аъзоларининг икки проекциядаги рентгенографияси, плевра бўшлиқларининг ультратовуш текшируви, юқори аниқликдаги компьютер томографиясини (ЯКТК) ўз ичига олди. Плеврал суюқлик мавжуд бўлганда, унинг биокимёвий кўрсаткичлари, хужайра таркиби ва микробиологик текшируви аниқланган ҳолда таҳлил қилинди. Видеоторакоскопия даволаш мақсадидан ташқари, 28 (22,2%) ҳолатда гистологик ва микробиологик тадқиқотлар учун материал олиш билан диагностика усули сифатида қўлланилди.

Натижалар. Текширилган болаларда деструктив пневмониянинг клиник кўриниши 102 (81,0%) беморда тез ривожланиш билан ўткир бошланиши билан тавсифланган. Фебрил иситма 118 (93,7%) нафар болада қайд этилиб, 76 (60,3%) нафарида тана ҳарорати 39°C дан юқори бўлган. Турли даражадаги нафас етишмовчилиги 109 (86,5%) нафар беморда кузатилган: I даража - 47 (37,3%), II даража - 48 (38,1%), III даража - 14 (11,1%). Интоксикация синдроми 113 (89,7%) болада яққол намоён бўлди.

Лаборатор кўрсаткичларда аксарият беморларда лейкоцитоз (ўртача $18,6 \pm 5,3 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилез (нейтрофилларнинг нисбий миқдори $78,4 \pm 7,6\%$), ЭЧТнинг ошиши ($42,7 \pm 13,2$ мм/соат), С-реактив оксилнинг юқори кўрсаткичлари (ўртача $156,3 \pm 48,7$ мг/л) ва прокалситонин ($3,6 \pm 2,1$ нг/мл) қайд этилди. Микробиологик текширувда қўзғатувчи 94 (74,6%) беморда аниқланди.

97 нафар беморда ўтказилган компьютер томографияси куйидагиларни аниқлашга имкон берди: 19 (19,6%) нафар беморда ўпка тўқимасининг абсцесс билан консолидацияланган жойлари, 29 (29,9%) нафар беморда буллёз ўзгаришлар, 14 (14,4%) нафар беморда некротик пневмония, 78 (80,4%) нафар беморда плеврал асоратлар, шу жумладан эркин суюқлик ажралиши, халтачали суюқлик тўпланиши, плевра эмпиемаси ва пневмоторакс. Деструктив ўзгаришларни ташхислашда КТ сезгирлиги 97,6% ни ташкил этди, бу стандарт рентгенография кўрсаткичларидан (68,3%) сезиларли даражада юқори. Деструктив пневмония билан оғриган болаларни даволашда антибактериал терапия, дренажлаш аралашувлари, иммунокоррекция, респиратор қўллаб-қувватлаш, инфузион терапия ва эрта реабилитацияни ўз ичига олган комплекс ёндашув қўлланилган.

Антибактериал терапия микробиологик тадқиқотлар натижаларига кўра кейинчалик коррекция қилиш билан эмпирик равишда буюрилди. Бошланғич терапия III авлод сефалоспоринларини макролидлар билан комбинациясини 76 (60,3%) беморда, химояланган аминопенициллинларни макролидлар билан - 32 (25,4%), карбапенемларни гликопептидлар ёки линезолидлар билан комбинациясини касалликнинг оғир кечиши бўлган 18 (14,3%) беморда ўз ичига олди. Бошланғич антибактериал терапиянинг самарадорлиги 64,3% ни ташкил этди, қолган ҳолларда микробиологик маълумотлар асосида тузатиш талаб қилинди. Антибактериал терапиянинг ўртача давомийлиги $18,3 \pm 4,7$ кунни ташкил этди. 97 (77,0%) беморда турли хил дренажлаш аралашувлари ўтказилди: плевра бўшлиғини пункция қилиш - 23 (18,3%), плевра бўшлиғини дренажлаш - 46 (36,5%), видеоторакоскопик санация - 28 (22,2%). Видеоторакоскопияга кўрсатмалар куйидагилар эди: плевра бўшлиғини олдиндан дренажлашнинг самарасизлиги, плевра бўшлиғида қўллаб халталанган тўпланишларнинг мавжудлиги, фибриноторакс, бронхоплеврал оқмага шубҳа. Жарроҳлик амалиёти вақтида 12 (42,9%) беморда ўпка декорткацияси, 7 (25,0%) беморда - ўпка тўқимасининг некрозга учраган қисмларини олиб ташлаш, 3 (10,7%) беморда - бронхоплеврал оқмаларни тикиш амалга оширилди.

Даволаш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, плевра эмпиемасида видеоторакоскопияни эрта (касалликнинг дастлабки 3-5 кунда) қўллаш плевра бўшлиғини дренажлаш муддатини

фақат плевра бўшлиғини дренажлаш қўлланилган беморлар гуруҳига нисбатан $4,6 \pm 1,2$ кунга ($p < 0,05$), иситма давомийлигини $3,2 \pm 0,9$ кунга ($p < 0,05$) ва касалхонада ётиш муддатини $6,8 \pm 1,7$ кунга ($p < 0,05$) камайтиришга имкон берди. Даволаш самарадорлигини баҳолаш клиник-лаборатор кўрсаткичлар, рентгенологик манзара ва ультратовуш маълумотлари динамикаси бўйича амалга оширилди. Комплекс терапия фонида 118 (93,7%) беморда тўлиқ клиник соғайишга эришилди, сурункали бронх-ўпка касаллиги шаклланиши билан жараённинг сурункалашуви 7 (5,5%) болада содир бўлди, 1 (0,8%) ҳолатда септик шок ва полиорган етишмовчилиги ривожланиши туфайли ўлим ҳолати қайд этилди. Шифохонада даволанишнинг ўртача давомийлиги $24,6 \pm 8,3$ кунни ташкил этди.

Хулоса. Ўтказилган тадқиқот болаларда деструктив пневмонияни ташхислаш ва даволашга комплекс ёндашувнинг самарадорлигини кўрсатади. Деструкциянинг морфологик вариантини, этиологик омилни ва нафас етишмовчилиги даражасини синчковлик билан баҳолашга асосланган ишлаб чиқилган даволаш ва диагностика алгоритми терапевтик тактикани индивидуаллаштириш ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради. Компьютер томография ўпка тўқимасидаги деструктив ўзгаришларни ташхислашнинг энг маълумотли усули бўлиб, зарарланишнинг табиати ва ҳажминини аниқ тасдиқлаш учун деструктив пневмонияга шубҳа қилинган барча беморларда қўлланилиши керак. Антибактериал терапияни оптималлаштириш учун, айниқса антибиотикларга чидамлилиқнинг ўсиши шароитида, инфекция қўзғатувчисини ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Плевра эмпиемасида плевра бўшлиғини эрта видеоторакоскопик санация қилишнинг юқори самарадорлиги алоҳида эътиборга лойиқ бўлиб, бу даволаш муддатини сезиларли даражада қисқартириш ва жараённинг сурункали ривожланиш хавфини камайтириш имконини беради. Бизнинг тажрибамиз плевра бўшлиғида халтачали тўпланишлар мавжуд бўлганда ва консерватив терапия самарасиз бўлганда фаол жарроҳлик тактикаси зарурлигини тасдиқлайди.

Антибактериал терапия схемасини танлашда эҳтимолий қўзғатувчини, антибиотикларга чидамлилиқ ва бемор аҳволининг оғирлиги тўғрисидаги минтакавий маълумотларни ҳисобга олган ҳолда табақалаштирилган ёндашув кўп ҳолларда инфекция жараёни старли даражада назорат қилишга эришиш имконини беради. Метитсиллинга чидамли стафилококкли инфекцияларни этиотроп даволаш алоҳида аҳамиятга эга бўлиб, бунда захира препаратлар тавсия этилади. Олинган натижалар болаларда деструктив пневмонияни ташхислаш ва даволаш учун ишлаб чиқилган алгоритмни қўллашнинг мақсадга мувофиқлигини кўрсатади, шу жумладан эрта КТ диагностикаси, эҳтимолий қўзғатувчини ҳисобга олган ҳолда комплекс антибактериал терапия ва кўрсатмалар мавжуд бўлганда ўз вақтида жарроҳлик аралашуви даволаш натижаларини оптималлаштириш, асоратлар частотасини камайтириш ва касалхонага ётқизиш муддатини қисқартириш имконини беради.

Адабиётлар рўйхати:

1. Григорьев К.И., Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К. Пневмонии у детей: распространенность, диагностика, лечение и профилактика // Медицинская сестра. 2019; 21(7): 3-11.
2. Тимченко В.Н., Суховецкая В.Ф., Чернова Т.М. Особенности течения и лечения деструктивной пневмонии у детей на современном этапе // Педиатр. 2020; 11(4): 33-42.
3. Stockmann C., Ampofo K., Pavia A.T., et al. Pneumococcal and Staphylococcal Pneumonia in Children: Changing Epidemiology and Management Challenges // Pediatric Infectious Disease Journal. 2021; 40(6): 550-557.
4. Баиров Г.А., Караваева С.А., Немилова Т.К. Гнойная деструктивная пневмония у детей // Детская хирургия. 2018; 22(5): 221-226.
5. Разумовский А.Ю., Степаненко С.М., Ханин М.Ю. Торакоскопические операции при деструктивных пневмониях у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2019; 9(3): 38-45.
6. Левин Ю.М., Свиридов Н.К., Абрамов А.Ю. Современные особенности этиологии, патогенеза, клиники и лечения деструктивной пневмонии у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2021; 100(1): 116-122.
7. Walker C.L., Rudan I., Liu L., et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea // Lancet. 2019; 381(9875): 1405-1416.
8. Principi N., Esposito S. Management of severe community-acquired pneumonia of children in developing and developed countries // Thorax. 2021; 66(9): 815-822.

Иктибос учун: Кадиров К.З. Болаларда деструктив пневмонияни аниқлаш ва даволашнинг замонавий ёндашувлари // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – 2026. – № 2(22). – Б. 496–499. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18708168>