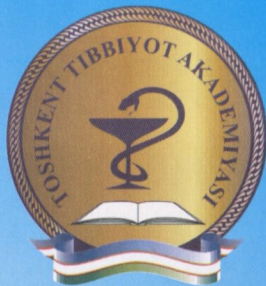


**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**



**БОЛАЛАРДА ЙЎТАЛНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ТАШҲИСИ ВА ДАВОСИ**

магистратура талабалари ва клиник ординаторлар учун
ўқув-услубий қўлланма

Тошкент – 2017

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

БОЛАЛАРДА ЙЎТАЛНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШҲИСИ
ВА ДАВОСИ

магистратура талабалари ва клиник ординаторлар учун
ўқув-услубий қўлланма

Тошкент – 2017

Тузувчилар:

- 1. Халматова Б.Т.** Тошкент тиббиёт академияси 1-сон Болалар касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д., профессор
- 2. Миррахимова М.Х.** Тошкент тиббиёт академияси 1-сон Болалар касалликлари кафедраси доценти, т.ф.н.

Тақризчилар:

- 1. Рахмонова Л.К.** Тошкент тиббиёт академияси 2-сон Болалар касалликлари кафедраси профессори, т.ф.д.
- 2. Шомансурова Э.А.** Тошкент Педиатрия тиббиёт институти Амбулатор тиббиёт кафедраси мудир, т.ф.д., профессор

Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 31 май 2017 йил
№10 мажлисида тасдиқланган.

**Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг 2017 йил 31 майдаги
10-сонли баённомасидан кўчирма**

Кенгаш раиси: т.ф.д., профессор Л.Н.Туйчиев
Илмий котиб: т.ф.д., Б.Б.Рахимов
Қатнашдилар: кенгаш аъзолари (73 киши)

Кун тартиби:

5.Ўқув ва илмий ҳужжатларни тасдиқлаш

ЭШИТИЛДИ:

Илмий котиб т.ф.д., Б.Б.Рахимов сўзга чиқиб, Тошкент тиббиёт академияси, Даволаш иши факультетининг 1-Болалар касалликлари кафедраси мудирини профессор Халматова Б.Т. ва доцент М.Х. Миррахимовалар томонидан магистрантлар ва клиник ординаторлар учун ўзбек ва рус тилида тайёрланган «Болаларда йўталнинг дифференциал ташхиси ва давоси» мавзусидаги ўқув-услубий қўлланмаси билан кенгаш аъзоларини таништирди ва тасдиқлаш учун овозга қўйди.

ҚАРОР ҚИЛИНДИ:

Тошкент тиббиёт академияси Даволаш иши факультетининг 1-Болалар касалликлари кафедраси мудирини профессор Халматова Б.Т. ва доцент М.Х. Миррахимовалар томонидан магистрантлар ва клиник ординаторлар учун ўзбек ва рус тилида тайёрланган «Болаларда йўталнинг дифференциал ташхиси ва давоси» мавзусидаги ўқув-услубий қўлланмаси тасдиқлансин.

Кенгаш раиси:

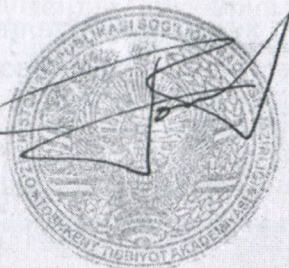
Л.Н.Туйчиев

**Олий таълим муассасаси
кенгаш котиби:**

Б.Б.Рахимов

**Аслига тўғри Олий таълим
муассасаси кенгаш котиби:**

Б.Б.Рахимов



КИРИШ

Йўтал бу болалардаги нафас аъзолари касалликларининг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири ҳисобланади. Кўпинча ота оналар шифокор маслаҳатисиз йўталга қарши препаратларни бемор болаларига бера бошлайдилар, бу эса ўз вақтида кеч ташхис қўйиш ва оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Педиатрияда бу муаммо долзарб масалалардан бири ҳисобланади, чунки бола организми ва болалик давридаги касалликлар ўз хусусиятларига эга. Бундан ташқари болаларда учровчи йўтал нафақат келиб чиқиш механизми, балки унга олиб келувчи сабаблар ҳам катталардаги йўталдан сезиларли даражада фарқ қилади. Шунинг учун ҳам катталар терапиясида ишлатиладиган йўталга қарши комбинацияли воситаларни болаларда учровчи йўтални даволашда қўллаш самара бермаслиги, ҳатто бу препаратлар бола ҳолатини оғир аҳволга тушишига сабаб бўлиши ҳам мумкин. Афсуски кўпгина педиатр – шифокорлар ва бошқа шифокор мутахассислар йўталга қарши воситаларнинг турларини ва уларнинг фармакологик таъсир механизми ҳақидаги мълумотларни етарли даражада билмайдилар.

Болалардаги йўталга олиб келувчи асосий сабабларни ва бу белгининг ўзига хос келиб чиқиш механизмини билиш шифокор-педиатрнинг кундалик фаолиятида керакли бўлган шарт-шароитлардан бири ҳисобланади.

1998 йил Америкали олим - торақал мутахассис йўталнинг ташхисот мезонларини ва даволаш принципларини ишлаб чиқди. Бу ҳужжатда йўталга олиб келувчи асосий сабаблар, ташхислаш усуллари ва даволаш режаси келтирилган. Кўпгина муаллифлар фикрича йўтал ҳимоя рефлекси бўлиб, ундан ташқари у ҳаво-томчи орқали юқувчи инфекцияга, юрак аритмияларига олиб келувчи, ҳамда беморни (ота-онасини) шифокорга мурожаат қилишига сабаб бўлувчи симптомлардан бири ҳисобланади.

Йўталнинг асосий вазифаси – нафас йўлларини шиллиқдан тозалаш орқали унинг ўтказувчанлигини яхшилаш ва мукоцилиар транспортни (мукоцилиар клиренсни) тиклаш. Болалардаги йўтални келиб чиқиш сабаблари турлича:

- ✓ юқори нафас йўлларида инфекция-яллиғланиш жараёни (ўткир респиратор вирусли инфекция, ангиналар, фарингитлар, синуситлар, ларингитлар).
- ✓ пастки нафас йўлларида инфекция-яллиғланиш жараёни (ларинготрахеитлар, трахеитлар, бронхитлар, пневмониялар).
- ✓ респиратор тракт шиллиқ қаватини ирритатив яллиғланиши.
- ✓ респиратор тракт шиллиқ қаватини аллергик яллиғланиши.
- ✓ бронхоспазм.
- ✓ нафас йўлларини ёпишқоқ бронхиал шиллиқ, ёт жисм тушиши, суюқликлар, эндоген ва экзоген ўсмалар натижасида обструкцияси ва бошқалар.
- ✓ ўпка паренхимасини шиши.
- ✓ бошқа факторлар.

Педиатрияда йўталга қарши терапияни рационал танлашда ва қабул қилишда камида уч асосий қонидани билиш муҳим:

1) йўтал характерини баҳолаш (продуктивлиги, интензивлиги, бемор аҳволига таъсир даражаси);

2) анамнестик, физикал ва керак бўлса қўшимча лаборатор ва/ёки инструментал текширувлар орқали йўтал сабабини ва бронхиал секрет характерини (шилликли ёки йирингли, ёпишқоқлик даражаси, миқдори ва бошқалар), бронхоспазм борлиги ёки йўқлигини аниқлаш.

3) йўталга қарши воситаларни фармакологик характеристикасини билиш.

Ташқи ва ички омиллар (температура ўзгарувчанлиги ва ҳавонинг намлиги, аэрополлютантлар, тамаки тутуни, назал

шиллиғи, балғам, нафас йўлларининг яллиғланиши ва бошқалар) уч турдаги йўтал рецепторларини қўзғатади 1) механик, термик, химик қўзғатувчиларни тез сезувчи ирритантлар ва 2) яллиғланиш медиаторларини стимулловчи С-рецепторлар (простагландинлар, брадикининлар, субстанцией Р ва бошқалар). Бош мия ўзагида жойлашган йўтал марказига импульслар афферент толалар орқали ўтади. Рефлектор йўл п. vagus диафрагмал ва орқа нервлари эфферент толалари билан учрашади ва натижада овоз оралиғи ёпилади сўнг очилади ва катта тезликда ҳавони итариб чиқариши орқали йўтал кузатилади.

Йўтал бир қанча касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин масалан: юқори нафас йўллари, қулоқ, ўпка, плевра ва қон айланиш тизими касалликлари. Академик А.Г.Чучалин ва ҳаммуаллифлар болаларда йўталнинг 53 дан ортиқ келиб чиқиш сабаблари борлигини таъкидлаб ўтганлар. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, респиратор ва бошқа касалликларда кузатилувчи йўтални ташхислашда йўтал хусусиятларини фарқлаш жуда муҳимдир. Тажрибали мутахассис кўпгина ҳолатларда йўтал характерига қараб маълум бир касалликка шубҳа қилиши ва тўғри ташхис қўйиши мумкин. Бу ўз навбатида ҳар хил характердаги йўтални даволашда турли терапевтик йўллارни танлаш кераклигини талаб этади.

ЙЎТАЛНИ ҚИЁСИЙ ТАШҲИСЛАШ

Давомийлигига қараб йўталнинг бир қанча категориялари бор: а) ўткир йўтал - давомийлиги 3 ҳафтагача, б) чўзилувчан (3 ҳафтадан ортиқ) ва в) сурункали йўтал— давомийлиги 3 ой ва ундан ортиқ.

Ўткир йўтал кўпинча ўткир респиратор касаллик сабабли, сурункали йўтал эса бир қанча касалликлар билан бирга келиши мумкин. 2000 йилларда Richard S. Irvin йўтал давомийлиги таснифини тўлдирди ва ним ўткир йўтал тушунчасини киритди.

Ўткир йўтал, асосан иккита сабаб – вирусли ёки бактериал табиатга эга ўткир респиратор касалликлари (ЎРК) ва ёт жисм ёки суюқликлар аспирацияси билан боғлиқ бўлади.

Чўзилувчан йўтал (2-3 ҳафтадан ортиқ) кўпинча ўткир респиратор касалликлардан (ЎРИ) сўнг (50% ортиқ болаларда аденовирусли инфекция) 20 кундан ортиқ йўтал кузатилади. Бундай йўталнинг тури яллиғланиш жараёнининг камайишига эмас, балки инфекциядан сўнг йўтал рецепторларининг юқори сезгирлигига боғлиқдир. Кўкрак ёшидаги болаларда обструктив бронхитлардан сўнг бронхларда шиллиқнинг кўп ажралишига нам йўтални 4 ҳафтадан узоқ муддатга чўзилиши сабаб бўлади. Педиатрнинг кундалик иш фаолиятида узоқ, чўзилувчан кечувчи йўтал оғир муаммолардан бири ҳисобланади. Агар болада узоқ вақт йўтал кузатилса беморни қайта қўшимча текширувларга жўнатиш керак, бундан ташқари беморга пульмонолог, оториноларинголог, фтизиатр маслаҳати керак бўлади. Бемор болада термометрия (камида 7 кун), қоннинг клиник таҳлили қайта текширилиши керак. Йўтал сабаби жуда ҳилма хил бўлиши мумкин. Масалан гижжа инвазиясида аскарида личинкаларини ўпкадан ўтиш натижасида узоқ муддат куз ва баҳорда кучли йўтал кузатилиши мумкин. Асосан аллергик конституцияли болаларда йўталнинг узоқ муддат сақланиши нафас йўллари шиллиқ қаватининг қоникарсиз ҳолатига боғлиқ бўлади. Натижада болада ҳар доим шиллиқ ҳосил бўлади (Drip-syndrom) ва бемор бола бу шиллиқни йўтал орқали чиқаришга

ҳаракат қилади. Ноаллергик ринит ҳолатларида даво антигистамин препаратларининг I авлоди ва шишга қарши препаратлардан ташкил топган бўлади. Антигистамин препаратларнинг I авлодига клемастин, хлоропирамин (супрастин), мебгидролин (диазолин), хифенадин (фенкарол) киради. Кўпгина болаларда бемор аҳволини тикланиши терапиядан сўнг 10 кунгача давом этади.

II- чи ва III- чи авлод антигистамин препаратлари (лоратадин, кестин, фексофенадин) респиратор касалликлар натижасида юзага келадиган бурундаги шишларни даволашда самара бермайди. Шишга қарши воситалардан ксилометазолин (галазолин), нафазолинларни (нафтизин, санорин) қўллаш самарали ҳисобланади. Аллергик ринит ҳолатларида назал кортикостероидларни ва/ёки кромонол препаратларини қўллаш асосий ҳисобланади. Назал кортикостероидлардан беклометазон (беконаз) ва триамцинолон (назакорт), кромоноллар қаторидан — кромоглицин кислотаси (кромосол, кромоглицин) қўлланилади. Антигистамин препаратларнинг янги авлоди аллергия ринитларни даволашда самарали ҳисобланади.

Сурункали йўтал кўпчилик ҳолларда бронхиал астма билан, тахминан чорак ҳолларда — сурункали ва рецидивланувчи синуситлар, аденоидит («шишиш» синдроми), шунингдек бу ёшда анча камдан-кам учрайдиган патологик ҳолатлар — сурункали бронхит, гастроэзофагал рефлюкс, трахеянинг сурункали ностабиллиги, психоген йўтал ва бошқаларга боғлиқ.

Йўтал турлари

Фарингеал йўтал. Ҳақиқатдоққа кириш жойида шиллиқнинг тўпланиши ёки ҳалқум шиллиқ қаватини қуриши натижасида қисқа, одатда такрорий йўтал турткилари кузатилади. Бундай йўтал вақти-вақти билан йўталиб қўйиш, деб аталади ва уларнинг енгил хусусиятлилигини таъкидлайди. Вақти-вақти билан йўталиб қўйишнинг сабаби сифатида ўткир ёки сурункали фарингит,

бронхитнинг енгил шакли, бронхит ва синусит вақтида ёки ундан кейин ўрнашиб қолган одат (тик касали сингари) бўлиши мумкин.

Оддий ҳўл йўтал – бронхитда бронхлар шиллиқ қаватининг қитиқланишида, синуситда, бронхоэктазларда (кўпинча кўкйўтални эслатувчи қаттиқ йўтал пайдо бўлади; эрталаб “тўлиқ оғиз” билан балғам тушади), димланиш билан кечувчи бронхитда (юрак етишмовчилиги), чақалоқлардаги қизилўнгач-трахея оқмасида пайдо бўлувчи ўрта баландликдаги йўтал. Қизилўнгач-трахея оқмаси мавжуд бўлганда бола овқатни биринчи ютишидаёқ йўта бошлайди ва ҳар бир овқатлантиришда йўтал кузатилади, цианоз ва оғир бўғилиш ривожланиши мумкин. Ҳўл йўталнинг фарқли хоссаси унинг даврийлиги, яъни йўтал хуружининг ўз-ўзидан тўхташидир.

Оддий қуруқ йўтал – қарийиб доимий оҳангли балғамсиз йўтал. Одатда бундай йўтал қўзғатувчи (қитиқловчи) деб аталади, сабаби у субъектив равишда хира ва ёқимсиз каби сезилади. Бронхитнинг бошланғич босқичида, ларингитда, ларинготрахеитда, спонтан пневмотораксда, ёт жисм аспирациясида (аспирациядан кейин дарров цианоз ва бўғилиш вужудга келади, кейин узоқ вақт давомида қаттиқ, баъзида хуружсимон, кўкйўтални эслатувчи йўтал сақланиб қолади), илдиз олди лимфа тугунларининг сил ёки ноходжкинли лимфома билан шикастланишида, қовурға плеврасининг яллиғланишида (йўтал ҳар қандай чуқур нафас олганда пайдо бўлади) кузатилади. Совуқдан иссиқ иморатга кирганда йўтал соғлом болаларда ҳам вужудга келиши мумкин.

Хусусиятига кўра йўталнинг ташхисий белгилари

<i>Бўғиқ</i>	<i>Спастик</i>	<i>Битонал</i>
Ларингит	Кўк йўтал	Сил бронхоаденити
Сохта круп	Ёт жисм	Кўкс оралиғи лимфосаркомаси
Круп ларинго-спазм	Муковисцидоз	Кўкс оралиғи лимфогра-нулемаси
Қизамиқ	пневмониялар	Кўкс оралиғининг лейкемик

Ҳиқилдоқ папилломаси Ҳалқум шиши	Пневмоцистоз Спастик бронхит Бронхоэктаз	Ўсмаси Кўкс оралиғининг бошқа ўсмалари Медиастинал плеврит Кардиомегалия
Оғриқли	Сўст	Паретик
Крупоз пневмония Бронхопневмония Плеврит Трахеит Қовурға синиши	Диффуз перитонит Қориндаги опера- циялар Туғма миотония Катта диафрагма чурраси Буллез кисталар	Полиомиелитдаги фалажлик Полирадикулит Дифтерияли полиневрит Ҳиқилдоқ фалажи Кўкс оралиғи ўсмалари

Ташқи эшитув йўлининг эшитув найи ёрдамида текшириш қисқа йўтал билан бирга кечади (адашган нерв қитиқланиши натижасидаги физиологик рефлекс), йўтал умумий ҳаяжонланиш ва у билан боғлиқ нафас олишнинг тезлашиши натижасида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Узилиб-узилиб чиқадиган, босилувчи (тўғриланувчи) йўтал ёшга оид нафас етишмовчилигида, қачонки кучли қўзғатувчига қарамасдан нафас олишнинг оптимал мароми сақланиши керак бўлганда, турли жойлашувга эга нафас олиш пайтидаги оғриқ сезгиларида, плевропневмонияда, қуруқ плевритда, қовурғалар синишида, умуртқа поғонасининг кўкрак бўлими умуртқалараро бирлашмалари соҳасидаги синишларда, қорин юқори бўлимидаги яллиғланиш касалликларида, келиб чиқиши турли бўлган оғир бош оғриқларида пайдо бўлади.

Крупдаги йўтал – ўзига хос оҳанг ва қўшимча оҳангли қаттиқ йўтал.

Ларингеал йўтал қўшимча хириллоқ оҳанги билан ажралиб туради, ҳиқилдоқ касалликларига хос. Ҳиқилдоқнинг бўғма касаллигида йўтал секин-аста деярли товушсиз бўлиб қолади. Вирусли крупда (грипп, қизамиқ, парагрипп ва бошқ.)

ёки бошқа касалликларда йўтал хирилдоқ, аккиловчи хусусиятга эга, бунда товуш функцияси сақланган бўлади.

Битонал йўтал – йўтал турткиси пайтидаги баланд ҳуштаксимон ва анча паст бўғиқ оҳангли икки товушга эга чуқур йўтал. Пастки нафас йўлларида ёт жисм мавжудлиги ёки катталашган паратрахеал лимфа тугунлари, буқоқ билан пастки нафас йўллари қисилиш ҳолатлари, шунингдек орқа кўкс оралиғида стенозловчи жараёнлар, ларингтрахеобронхит, бронхиолит учун хосдир.

Хуружсимон йўтал – тўсатдан пайдо бўлувчи қатор йўтал турткилари. Энг ифодали мисол кўкйўталдаги йўтал ҳисобланади. Касаллик 8-10 та қисқа йўтал турткилари билан бирга кечади, ушбу йўтал турткилари реприз – чуқур хуштаксимон нафас олиш (спазмга учраган товуш тирқиши орқали ҳаво ўтиши билан боғлиқ товуш феномени) дан кейин қайталади. Хуруж вақтида бош қон томирларида босим ошади, гипоксия ривожланади, юз қизил ёки кўкимтир бўлиб қолади, кўзлар ёшланади. Хуруж охирида ёпишқоқ шиллиқ чиқади, қусиш кузатилиши мумкин. Бундай хуружлар болани жуда ҳам ҳолдан тойдиради. Йўтал хуружи оғирлиги индивидуалдир. Йўтал тунда кундузгига қараганда кучлироқ ва кўпроқ кузатилади. Тил юганида ярача бўлиши мумкин (йўтал пайтида ҳосил бўлган жароҳатланиш). Қонда лимфоцитозли лейкоцитоз аниқланади. Рентгенограммадаги ўзгаришлар – паракардиал соҳадаги учоқли-тасмасимон соялар ушбу патологияга хосдир.

Кўкйўталсимон йўтал репризлар билан кечмайдиган шунчалик хирахандон ва ациклик йўталдир. У, одатда, ниҳоятда ёпишқоқ балғам борлигини тасдиқлайди. Худди шунақа йўтал муковисцидозда кузатилади; унинг ўпка кўринишлари – сурункали бронхит, перибронхит, баъзида мўл балғам чиқиши билан кечувчи бронхоэктазлар. Бемордан ажралиб чиқаётган тер текширилганда ундаги хлорид миқдори 70 ммоль/л дан кўпроқни ташкил этади. Оғир йирингли бронхитда балғам

ажралади, аммо репризлар бўлмайди. Шунингдек, кўкйўталга қарши улароқ сурункали бронхит, сурункали пневмония натижасидаги бронхоэктазда, кистозли ўпка ёки алоҳида ўпка кисталарида (муковисцидоз билан боғлиқ бўлмаган) ҳам репризлар бўлмайди. Кўкйўталли йўтал ҳўл йўталдан даврий бўлмаслиги билан ажралиб туради.

Чуқур нафас олгандаги йўтал одатда плевра қитиқланганида кузатилади ва оғриқ билан кечади; оғир ҳолатларда оғриқ қолдирувчи препаратлар тавсия қилинади. Бундай йўтал ўпка ригидлиги ортганда ҳам кузатилади (аллергик альвеолит), ҳамда бронхларнинг гиперреактивлиги (бронхиал астма ҳуружи). Бу ҳолат асосий жараённи даволашни талаб этади.

Овқат билан боғлиқ йўтал одатда дисфагияда кузатилади, ошқазон қизилунгач рефлюксида; кўпинча бундай йўтал кўпикли балғам билан бирга кечади, беморларга қизилўнгачнинг рентген контраст текшируви тавсия этилади.

Жисмоний зўриқишдан кейинги йўтал – бу бронхлар гиперреактивлиги белгиси, кўпинча бронхиал астамада кузатилади; бу ҳолат туғма юрак нуқсони бор болаларда ҳам учраб туради.

Синкопа ҳолатларида кузатиладиган йўтал – бемор бола веноз қон айланиши ва юракдан қон чиқариш тезлиги камайиши ҳисобига қисқа муддатга хушини йўқотади. Бу ҳолат йўталга қарши воситалардан бошқа давони қўллашни талаб этмайди.

Психоген йўтал. Боладаги бундай йўтал, асосан рецидивланувчи, типик генезга эга бўлиши мумкин. Онанинг ортиқча ташвишланиши, респиратор симптомларга бўлган концентрацияси ва диққати болада йўтал рефлeksi юзага келишига сабабчи бўлади. Бундай болаларда қуруқ, баланд йўтал турткилари уларнинг ўзига диққатни қаратиш ёки ўзларининг мақсадларига эришиши учун керак бўлган вазиятларда пайдо бўлади; шифокор кўригида улар кўрик

бошлангунча йўталиб бошлашади ва кўриққа боғлиқ бўлган ёқимсиз ҳиссиётлар эҳтимоли тинчланиш билан алмашганда бирдан йўталишдан тўхташади. Йўталнинг янги хуружини бола учун ёқимсиз мавзулар (кун тартибига риоя қилиш, инжиқликлар) ҳақида гапириб ёки ҳатто болага эътибор бермасдан мавҳум сўхбатни бошлаганда эришса бўлади.

Йўтал рефлекси пасайиши ҳам сенсор бузилишлар, ҳам йўтал турткисини амалга оширувчи мушаклар заифлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Биринчи вазиятда сўз йўтал рефлекси бўсағаси ошиши ҳақида боради, бунда йўтал балғамнинг анча кўп миқдори йиғилганидагина чақирилади, бу ҳақда нафас олиш пайтида, кўпинча масофада эшитиладиган ўзига хос “қулқуллаган” товуш орқали хулоса қилиш мумкин. Бу ҳодиса, чамаси, меъёр чегарасида ётади, чунки юқори нафас йўлларида балғам анча сийрак йўтал турткилари билан чиқарилади. Мотор бузилиш натижасидаги пасайган рефлекс нафас мускулатураси парези мавжуд болаларда ва миопатияларда кузатилади.

Йўтал билан кечадиган ўткир касалликда кўп сонли қўшимча текширувлар талаб қилинмайди, одатда қоннинг тўла таҳлили, кўкрак қафаси аъзолари ва бурун қўшимча бўшлиқлари рентгенографияси етарли бўлади. Аммо узоқ давом этувчи йўтал мавжуд касалликларда қатор текширувлар ўтказиш шарт, масалан, туберкулодиагностика, тер таркибидаги электролитлар концентрациясини аниқлаш, протеинограмма, бронхография, бронхоскопия, балғамни текшириш (тўғри микроскопия ва турли озуқа муҳитларига экиш). Каттароқ болалар балғамни ўзлари косачага йиғишади, кичик ва кўкрак ёшидаги болалардан микробиологик текширув учун балғамни тампон ёрдамида унинг товуш ёриғидан чиқиш пайтида олиш мумкин.

Қон туфлаш – тарам-тарам йўл ва ора-сира жойлашган нуқталар кўринишидаги қон билан балғамни йўталиб туфлаш, бу ҳодиса қон томирлар деворининг ўтказувчанлиги ошиб кетиши ёки капиллярлар ёрилиши натижасида содир бўлади. Ўпкадан

қон кетиши – тоза, қирмизи, кўпикли қонни 5-50 мл ва ундан кўпроқ миқдорда йўталиб туфлаш. Қонни ва қонли балғамни йўталиб туфлаш болаларда кам кузатилади. Балғамли йўталда ажралиб чиқадиган қон қирмизи ёки эритроцитларнинг парчаланиши ва гемосидерин ҳосил бўлиши содир бўлган бўлса ўзгарган рангда бўлади (крупоз пневмонияли беморлардаги “занг тусидаги балғам”). Ошқозондан қон кетишидан фарқли улароқ қон туплашда қон ҳаво билан аралашади. Қонли қусиш, одатда қора ёки қўнғир-қора рангда бўлади.

Қон туплаш бронхоэктатик касалликда, чақалоқлар геморрагик пневмониясида, крупоз пневмонияда, ўпканинг идиопатик гемосидерозидида, чап қоринча етишмовчилиги ҳолларидаги кичик қон айланиш доирасида қон димланишининг оғир турида, масалан, митрал ёки аортал нуқсонда, буйрак гипертензиясида, кўкйўталда, нафас йўлларидаги ёт жимслар билан жароҳатланишида, ўпка силида (каверналар ёки сил билан зарарланган кўкрак ичи лимфа тугунларининг бронх ичига ёриб ўтиши) кузатилади.

БОЛАЛАРДА ЙЎТАЛНИ ДАВОЛАШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ

Йўталга қарши терапия болалар респиратор тракти касалликларини даволашда катта ва муҳим ўринни эгаллайди ва ёрдамчи, симптоматик терапиянинг асосий йўналишларидан бири ҳисобланади. Йўтални даволаш зарурлиги, яъни йўталга қарши терапия тайинлаш фақат йўтал бемор аҳволини ва ҳолатини бузгандагина зарур, масалан, агар болада унумсиз, қуруқ, қийновчи, хирахандон йўтал пайдо бўлса. Бундай йўталда нафас йўлларида йиғилиб қолган секретнинг тўлақонли эвакуацияси ва респиратор тракт шиллиқ қавати рецепторларининг ирритатив, инфекцион ва аллергик яллиғланишнинг қўзғатувчи таъсиридан озод бўлиши рўй бермайди. Таъкидлаш жоизки, эрта ва мактабгача ёшдаги

болаларда, асосан ҳаётининг биринчи йилида йўталнинг унумсиз хусусияти кўпинча бронхиал секрет ёпишқоқлигининг ошганлиги, шиллиқнинг бронхиал дарахт бўйича “силжиши” бузилиши (бронхиал секрет адгезивлиги ошиши ҳисобига), бронхлар ҳилпилловчи эпителийсининг етарлича фаолмаслиги ва бронхиолалар қисқарувчи аппаратининг ночор бўлиши билан боғлиқ. Бу ёшда сурфактант синтези етишмовчилиги аҳамиятлидир, айниқса бундай ҳодиса чала туғилган болаларда ва бола ҳаётининг биринчи ойларида анча ифодаланган бўлади. 5–6 ёшдан бошлаб йўтал ҳосил бўлиш механизмида бронхоспазм ва бронхларнинг гиперреактивлиги катта аҳамиятга эга. Ҳар қандай шикастловчи омилнинг (ҳам инфекцион, ҳам ноинфекцион) нафас йўллари шиллиқ қаватига таъсири ўткир яллиғланиш реакциясини чақиради, бундай ҳолатга шиллиқ секрет ишлаб чиқарувчи қадаҳсимон ҳужайралар тарқалиши майдони ва сонининг кўпайиши ҳосилдир. Меъёردа қадаҳсимон ҳужайраларнинг энг кўп миқдори трахеянинг юқори (экстраторакал) бўлимида жойлашади ва бу соҳадан узоқлашган сари прогрессив камайиб боради. Чунончи, бронхиолаларнинг терминал бўлимларида улар амалда бўлмайди.

Йўтал турларининг патологик ҳолатларга ҳослиги

Йўтал тури	Патологик ҳолатлар
Бўғиқ	Ларингит Ёлғон круп Круп Ларингоспазм Қизамиқ Халқум папилломаси Халқум шиши
Спастик	Кўк йўтал Ёт жисм Муковисцидоз

	Вирусли пневмония Пневноцистоз Обструктив бронхит Бронхоэктаз
Битонал	Туберкулезли бронхаденит Кўкрак оралиғи лимфосаркомаси Кўкрак оралиғи лимфогранулемаси Кўкрак оралиғининг лейкемик ўсмаси Кўкрак оралиғининг бошқа ўсмалари Медиастинал плеврит Кардиомегалия
Оғриқли	Крупоз пневмония Ўчоқли пневмония Плеврит Трахеит Қовурғалар синиши
Кучсиз	Диффуз перитонит Қорин бўшлиғидаги жаррохлик операцияси миотония Диафрагманинг катта чурраси Буллез кисталар
Фалажли	Полиомиелитдаги фалаж Полирадикулоневрит Дифтерияли полиневрит Халқум фалажи Кўкрак оралиғи ўсмалари

Ўткир яллиғланишда қадаҳсимон ҳужайралар сони камида 2 баробар кўпаяди, шу жумладан Клар ҳужайраларининг (меъёрда фосфолипидлар ва бронхиал сурфактант синтезловчи терминал бронхиолалар ҳужайралари) трансформацияси ҳисоби натижасида ҳам. Бу юқори адгезивликга эга ва нейтрал муцинлар миқдори баланд бўлган ёпишқоқ шиллиқ ҳосил бўлиши сабабларидан бири ҳисобланади, у ўз навбатида шиллиқ ҳаракатчанлиги бузилишига олиб келади ҳамда бронхиал секрет

бўлақларининг ҳаво оқими билан ажралишини қийинлаштиради. Умуман олганда, нафас йўллари шиллиқ қавати томонидан ишлаб чиқариладиган шиллиқнинг ёпишқоқлиги ва адгезивлиги ошиши ҳимоя хусусиятига эга, сабаби бундай секрет нафас йўллари шиллиқ қаватини анча зич қоплаб, патоген омиллар таъсиридан ҳимоя қилади. Лекин яллиғланиш жараёнининг кучайишида ёпишқоқ шиллиқнинг керагидан ортиқ ҳосил бўлиши ва шиллиқ парда бутунлигининг бузилиши (бу ҳам ўз навбатида шиллиқ қаватга балғам адгезиясини кучайтиради) бронхларнинг дренаж функцияси, бронхиал ўтказувчанлик бузилишига ва микроорганизмларнинг шиллиқ қаватга фиксацияланишига ҳамда уларнинг шиллиқ қават ичига чуқурроқ киришига ва бактериал яллиғланиш жараёни шаклланишига олиб келади. Шу билан бирга шиллиқ ёпишқоқлигининг ошиши бронхлар шиллиқ қавати киприкчалари ҳаракатчанлигини сусайтиради, уларнинг тозаловчи дренажлаш функцияси бузилишига олиб келади. Секретнинг бронхиал дарахт бўйича ҳаракати секинлашади, баъзида эса умуман тўхтади. Бунинг устига шаклланган шиллиқ тиқинлари бронхларнинг дистал охирлари бўшлиғини беркитиб, обструктив синдром ривожланишини юзага чиқаради. Агар болада қўшимча бронхоспазм бор бўлса, унда обструкция осонроқ ва тез пайдо бўлади ҳамда анчагина оғирроқ кечади. Шиллиқ ёпишқоқлиги ошиши нафақат бронхлар дренаж функциясини бузади, балки нафас йўлларининг маҳаллий ҳимоясини ҳам пасайтиради. Секрет ёпишқоқлиги ошганда, меъёрада нафас йўллари шиллиқ қавати плазматик ҳужайралари томонидан ишлаб чиқариладиган секретор IgA ва бошқа иммуноглобулинлар миқдори секретда пасайиши кўрсатилган. Нафас йўллари шиллиқ қавати рецептор аппарати қитиқланиши ва меъёрий нафас олиш учун зарур бронхиал дарахт дренажи бузилиши йўтал пайдо бўлишига олиб келади, унинг физиологик аҳамияти нафас йўлларининг

ҳаво ўтказувчанлигини таъминлашдан иборат. Унумсиз йўтал пайдо бўлиш механизмларини ўрганиш йўталга қарши терапиянинг энг оптимал, яъни шиллиқни суюлтириш, бронхиал секретни чиқариб ташлашни стимуляциялаш ва шиллиқ қаватни регидратациялашга қаратилган вариантини танлаш имкониятини беради. Аксинча, кўп миқдордаги, суюқ балғамли унумли йўтални даволашда асосий масала секретнинг физик-кимёвий хоссаларини ўзгартириш (ёпишқоқлиги ва адгезивлигини ошириш), ҳужайра ичида ҳосил бўлишини камайтиришдан иборат. Бундай терапия, асосан йўтал интенсивлиги кучли бўлиб, қусиш билан кечганда ёки аспирация хавфи мавжуд бўлганда жуда ҳам зарур, масалан, МНТ патологияси, миопатия мавжуд болаларда, янги туғилганларда, чала туғилганларда.

Йўталга қарши терапияни тўғри танлаш учун қуйидагилар зарур:

- биринчидан – йўтал хоссасини баҳолаш (унумдорлиги, интенсивлиги, беморнинг аҳволига таъсир қилиш даражасини);
- иккинчидан – анамнестик, физикал ва, зарурият бўлганда, қўшимча лаборатор ва/ёки инструментал маълумотлар асосида йўтал сабабини ва бронхиал секрет хусусиятини (шиллиқ ёки йирингли, ёпишқоқлик даражаси, “ҳаракатчанлиги”, миқдори ва ҳоказо), бронхоспазм мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлаш;
- учинчидан – йўталга қарши дориларининг фармакологик хусусиятларини инобатга олиш.

Ҳозирги вақтда шифокорлар қўл остида кўп миқдордаги йўталга қарши дорилар бор. Улар ичидан хусусий йўталга қарши дори воситаларни, бавосита йўталга қарши самарага эга ва комбинирланган дориларини ажратиш мумкин. Хусусий йўталга қарши дорилар гуруҳини марказий ва периферик таъсирга эга дориларига ажратиш қабул қилинган.

Йўталга қарши дорилар

Марказий таъсирга эга бўлган дорилар	Периферик таъсирга эга бўлган дорилар	Аралаш таъсир қилувчи дорилар
Наркотик Нонаркотик	Ўраб олувчи Балғам кўчирувчи Маҳаллий оғриқни қолдирувчи Муколитиклар	
Билвосита йўталга қарши таъсирга эга препаратлар: Антигистамин дорилар Бронходилататорлар Шишга қарши дорилар Яллиғланишга қарши дорилар		
Комбинирланган препаратлар		

Марказий таъсирга эга йўталга қарши дори воситалари механизми узунчоқ мияда жойлашган йўтал маркази функционал фаоллигини пасайтиришдан иборат. Ушбу гуруҳга наркотик таъсирга эга дорилар (кодеин, дионин, морфин, декстрометорфан) ва наркотик таъсирга эга бўлмаган йўталга қарши, одатда оғриқсизлантирувчи, тинчлантирувчи ва, умумий қоида бўйича, спазмолитик самарали дорилар киради. Марказий таъсирга эга йўталга қарши дорилар кўп сонли ножўя таъсирларига эга, бу уларни эрта болалик даврида қўллашни чеклайди ёки тўғри дозалашни тақозо этади. Наркотик таъсирга эга дорилар (афюн дорилари, декстрометорфан) педиатрияда ғоят кам, кўпинча стационар шароитда ва алоҳида кўрсатмаларга биноан: асосан нафас олиш тракти онкологик касалликларида, бронхография, бронхоскопия ва нафас трактида бажариладиган бошқа хирургик аралашувларда йўтал рефлексини босиш учун қўлланилади. Болаларда бундай зарурат кўкйўталда, қуруқ плевритда, қовурғалар синишида, кўкрак қафаси шикастларида ва аниқ аспирация хавфи туғилганда пайдо бўлади.

Таъкидлаш жоизки, ушбу гуруҳ дориларини қўллаш, авваламбор эрта ёшдаги болаларда чегараланган, чунки уларда йўтал ва обструктив синдром бронхлар шиллиқ қавати инфекцион-яллиғланишли шиш ва гиперплазияси, бронхиолалар моторикаси бузилиши, секретнинг ёпишқоқлиги натижасида унинг ҳаракатчанлигининг пасайиши ва сурфактантнинг паст даражаси билан боғлиқ. Бундай вазиятларда марказий таъсирга эга йўталга қарши дорилар таъсир қилиш нуқтасига эга эмас. Бунинг устига улар, йўтал рефлексини босиб, нафас йўлларининг секретдан тозаланишини секинлаштиради, респиратор тракт аэродинамикаси ва ўпка оксигенацияси жараёнларини ёмонлаштиради. Марказий таъсирга эга наркотик бўлмаган йўталга қарши дори воситалари гуруҳи инфекцион ёки ирритатив яллиғланиш сабабли респиратор трактнинг юқори бўлимлари шиллиқ қавати қитиқланиши билан боғлиқ йўталда қўланилиши мумкин. Бундай вазиятларда уларни қопловчи нафи бор периферик таъсирга эга дорилар билан бирга тайинлаш терапия натижасини кучайтиради (бундай комбинирланган йўталга қарши дори мисолида бронхолитинни келтириш мумкин).

Периферик таъсирга эга йўталга қарши дори воситалари йўтал рефлексининг ё афферент, ё эфферент компонентиға таъсир этади, ёки бирлашган таъсир самарасига эга бўлади. Бундан ташқари, периферик таъсирга эга дорилар орасида ўсимлик ва синтетик келиб чиқиш хоссаси мавжуд дорилар фарқланади.

Афферент самарали дорилар нафас йўллари шиллиқ қавати рецептор аппаратиға энгил анальгетик ёки анестетик таъсир этади ва йўтал рефлекси стимуляциясини камайтиради. Бундан ташқари, улар секрет ҳосил бўлиши ва унинг ёпишқоқлигини ўзгартиради, бронхларнинг силлиқ мускулатурасини бўшаштиради.

Эфферент таъсирли дорилар секретнинг худди шиллиқ қават устида “сирпанишини” яхшилагандек унинг ҳаракатчан-

лигини оширади, шиллиқнинг ёпишқоқлигини пасайтиради ёки йўтал механизмининг самарадорлиги ва кучини оширади.

Периферик таъсирга эга афферент йўталга қарши дори самараси негизда шиллиқ қаватларни намлаш (регидратация) ётади.

Бу, авваламбор, аэрозол ва буғ ингаляцияларини қўллашдир, улар шиллиқ қават қўзғалишини камайтиради ва бронхиал секрет ёпишқоқлигини пасайтиради. Сув буғини фақат ўзини ёки дорилар (хлорид ёки бензоат натрий, натрий гидрокарбонати, аммоний хлориди, эвкалипт каби ўсимлик экстрактлари) қўшиб ингаляция қилиш – энг оддий, қўлланилиши осон ва шиллиқ қаватларни намловчи тарқалган услуб. Ҳаётининг биринчи йилидаги болаларда шиллиқ қаватлар намланишини даволаш ванналари ёки спейсер ёрдамида амалга оширилади. Шу билан бирга мўл ичиш буюриш (эфферент ва афферент механизмлар бирлашган даволаш чойлари) ва, оғир ҳолларда (стационар шароитда), – суюқликларни вена ичига юбориш. Шунингдек физиологик эритма ёки махсус тузли дорилар интраназал қабул қилинганда ҳам намланиш самарасини олиш мумкин. Ушбу дорилар эритмалари спейсер ёки нейбулайзер орқали эндобронхиал киритилиши мумкин.

Маҳаллий анестезияловчи дори воситалари (бензокаин, циклаин, тетракаин) афферент таъсир этувчи воситалар ҳисобланади, лекин фақат стационар шароитда ҳамда кўрсатмалар бўйича, жумладан, бронхоскопия ёки бронхография амалга оширилаётганда афферент йўтал рефлексини тўхтатиш учун қўлланилади.

Йўталга қарши қопловчи дори воситалари жуда ҳам тарқалган афферент таъсир қилувчи периферик йўталга қарши воситалар қаторига тегишли. Бу дорилар асосан респиратор тракт юқори бўлими шиллиқ қавати қитиқланишида ҳосил бўладиган йўталда қўлланилади. Уларнинг таъсир қилиши бурун- ва оғиз-ҳалқум шиллиқ қаватида йўтал рефлектор

стимуляциясини пасайтирувчи ҳимоя қобиғини ташкил этишга асосланган. Одатда улар ўсимликлар (эвкалипт, оқ акас, қизилмия, ёввойи олча ва бошқ.) экстрактларини, шунингдек глицерин, асал ва бошқа таркибий қисмларни тутувчи йиғмалар, шарбатлар, чойлар ва сўриш учун таблеткалар кўринишига эга. Уларни тез-тез, озгина миқдорда, иссиқ ҳолда ҳар 3-4 соатда қабул қилиш керак, акс ҳолда самара арзимас бўлади.

Балғам кўчирадиган йўталга қарши воситалар эфферент таъсир қилувчи воситаларга таалуқли. Улар ўтлар (гулхайри, арпабодиён, қора андиз, ледум, тоғрайхон, ипекакуана, оққалдирмоқ, зубтурум, росянка, қизилмия, қарағай куртаги, бинафша, тоғжамбил, афсонак ва бошқ.) экстрактларини, терпингидрат ва йодидларни ўз ичига олади. Балғам кўчирувчи воситаларнинг таъсир механизми секрет гидратацияси даражаси ва ҳажми катталашиши орқали унинг ёпишқоқлигини пасайтириш ҳисобига бронхиал секретни нафас йўлларида чикаришни кучайтиришга асосланган. Балғам кўчирувчи кўпгина дорилар бронхлар шиллиқ қавати безларини рефлектор қитиқлаши ҳисобига шиллиқ секрециясини кучайтиради. Баъзилари, масалан йодидлар ва қатор ўсимлик дорилари (тоғжамбил, росянка, афсонак, ипекакуана ва бошқ.) ҳам секретор бронхиал ҳужайраларга тўғридан-тўғри таъсир қилади ва бронхиал дарахт бўшлиғига ажралиб чиқиб шиллиқ секрециясини кучайтиради ва унинг ҳажмини оширади. Улар маълум даражада бронхиолалар мотор функциясини ва бронхлар шиллиқ пардаси киприксимон эпителийсини фаоллаштиради. Шу билан бирга афсонак, ипекакуана каби воситалар ҳам узунчоқ миянинг қайт қилиш ва нафас марказлари фаолиятини кучайтиради, натижада йўтал маркази фаоллиги пасаяди. Ўсимлик экстрактлари дамлама, йўталга қарши томчи ва таблеткалар таркибига киради, кўкрак тўпламлари таркибий қисми ҳисобланади, кўпинча қопловчи таъсирга эга дорилар билан биргаликда белгиланади. Балғам кўчирувчи воситалар ҳам етарлича тез-тез (қунига 4-6 марта)

иссиқ ҳолда қўлланилиши керак. Таъкидлаш жоизки, дори воситасининг ўсимлик табиати унинг тўлиқ бехатарлигидан далолат бермайди. Масалан, ипекакуана дорилари бронхиал секрет ҳажмининг аллақанча ошишини осонлаштиради, қайт қилиш рефлексини кучайтиради ёки чақиради. Қусиш ва йўтал рефлексини афсонак ўти ҳам кучайтиради. Шунинг учун ҳаётининг биринчи ойларидаги болаларда уларни қўллаш керак эмас: улар аспирация, асфиксия, ателектазлар ривожланиши сабабчиси бўлиши ёки йўтал билан боғлиқ қайт қилишни кучайтириши мумкин. Арпабодиён, қизилмия ва тоғрайхон етарлича сурги таъсирига эга ва бемор болада диарея бор бўлганда тавсия этилмайди. Ментол ўткир асфиксияга олиб келувчи товуш ёриғи спазмини чақиради. Юқорида кўрсатилган ножўя таъсирлари сабабли ушбу гуруҳ дориларининг ҳаммаси ҳам ҳаётнинг биринчи йилларида қўлланилиш учун кўрсатмага эга эмас. Улар қаторига ментол, афсонак тутувчи Бронхосан киради. Балғам ҳажмининг жуда кўп ортиши ҳам йодидлар (калий йодид, натрий йодид, йодланган глицерол) қўлланганда қайд этилади. Ушбу дориларнинг болаларда, айниқса эрта ёшдагиларда қўлланилмаганлиги маъқулроқ, сабаби йодидларнинг балғам кўчириш нафи уларни токсик дозаларга яқин дозаларда тайинлангандагина кузатилади, бу болалар амалиётида доимо хавфли. Бундан ташқари, улар ёқимсиз таъмга эга (йодланган глицерол бундан истеъсо, лекин унинг фойдаси ғоят арзимас). Умуман олганда, қопловчи ва балғам кўчирувчи йўталга қарши дорилар ўзларининг самараси бўйича плацебо самарасидан андак юқори. Шу сабабдан ҳозирги вақтда ёпишқоқ балғам ҳосил бўлиши билан боғлиқ йўтални даволашда асосий эътибор муколитик номини олган йўталга қарши дориларга қаратилган. Улар ўткир ва сурункали бронхитда, бронхообструктив бронхитда, бронхиолитда, пневмонияда, бронхоэктазда, муковисцидозда, бронхиал астмада, ателектазларда, шунингдек нафас аъзоларида

бажарилган операциялар асоратларининг олдини олиш учун ишлатилади.

Муколитиклар эфферент периферик таъсирга эга юқори самарали йўталга қарши дорилар ҳисобланади. Улар шиллиқ структурасини ўзгартириш ҳисобига бронхиал секретни яхшигина суюлтиради. Ушбу гуруҳга таалуқли биринчи дорилар ферментли дорилар, яъни трипсин, хемотрипсин, рибонуклеазалар бўлиб, улар жиддий ножўя таъсирларига (бронхоспазм, қон туплаш, β 1-антитрипсин етишмовчилигида альвеолалараро тўсиқларнинг деструкцияси) эга эди. Ҳозирда бу дорилар қўлланилмайди. Ҳозирги вақтда ферментли муколитиклар β -ДНКзаа дориси – Дорназе вакили кўринишида тақдим этилган, у муковосцидозда ишлатилади. Охириги йилларда педиатрияда кенг қўлланиладиган асосий муколитик дорилар цистеин ҳосилаларидир: ацетилцистеин, месна, бромгексин, амброксал, карбоцистеин. Ушбу дорилар таъсир механизми ўзига хос хусусияти шундан иборатки, улар балғамни суюлтириб унинг ҳажмини амалда оширмайди. Ацетилцистеин, месна, карбоцистеин, бромгексин ва амброксал балғам гели нордон мукополисахаридлар дисульфид боғларининг бутунлигини бузади, шу билан балғамни суюлтиради ва унинг адгезивлигини пасайтиради.

Мукоактив препаратларнинг таъсир механизми бўйича таснифи

Тўғри таъсирга эга		
Муколитиклар	Тиолитиклар – цистин сақловчи	Ацетилцистеин Цистеин Метилцистеин Этилцистеин Месна
	Протеолитик ферментлар (пептид боғлам-	Трипсин Химотрипсин

	лари ва оқсил молекуласини парчалайди)	Стрептокиназа Рибонуклеаза Дезоксирибонуклеаза А-амилаза
Шиллиқни гидролиз қилувчи препаратлар (мукогидрантлар)	Ноорганик	Ноорганик йод Гипертоник тузли эритмалар Сув Натрий ва калий тузлари
Нотўғри таъсирга эга		
Без хўжайралари орқали шиллиқ ишлаб чиқишни бошқарувчи препаратлар (мукорегуляторлар)	Цистеин гуруҳи (хўжайра ичи ферментларига таъсир этувчи, муциннинг физиологик ва шиллиқни биохимиявий таркибини нормаллаштирувчи)	Флуифорт Карбоцистеин Степронин Летостеин
Шиллиқ адгезиясини ўзгартирувчи препаратлар	Алколоидлар (шиллиқ адгезиясини стимуловчи, ҳамда муколитик таъсирга эга)	Бромгексин Амброксол
	Бошқа таъсирга эга (сувни тортиб олувчи (қават «гель»), юмшатувчи ва адгезияни пайсайтирувчи таъсирга эга)	Собрерол Натрия бикарбонат (маҳаллий)
Бронхорроиклар	Учувчи балзамлар (носпецифик қўзғатувчи таъсирга эга, ёки гиперосмоляр таъсирга эга, сувни трансэпителиал секрециясини оширувчи)	Пиненлар Терпенлар Метанлар
Гастропульмонал рефлексни	Ҳар хил (бронх ва бронхиолани	Термопсис препаратлари,

стимулловчи препаратлар (балғам ажратувчи, мукокинетикилар)	перисталтикасини фаъоллаштирувчи, балғамни ҳаракатланирувчи ва ажратувчи)	Солодка илдизи , алтейка ва бошқа дори воситалари Гвайфенезин Хлорид аммиак Натрия цитрат Натрия бензоат Терпингидрат
Бронхиал безнинг фаоллигини ўзгартирувчи препаратлар	Антигистамин препаратлар	H1-гистаминоблокаторлар
	Бронхларни кенгайтирувчи воситалар	B-2 –агонистлар Антихолинэргиклар
	Яллиғланишга қарши воситалар (умумий яллиғланишга қарши хусусияти туфайли бронхлар секреция-сини камайтиради)	Кортикостероидлар

Болаларда қўлланиладиган муколитиклар

Препаратлар	Дозаси
Ацетилцистеин	2 ёшгача бўлган болалар: 100 мг кунига 2 маҳал ичишга; 2 - 6 ёш: 100 мг кунига 3 маҳал ичишга; 6 ёшдан катта болалар: 200 мг кунига 3 маҳал ичишга; Ингаляцияда: 150-300 мг дан ишлатилади.
Амброксол гидрохлорид	2 ёшгача бўлган болалар: сироп кунига 7,5 мг 2 маҳал; 2 – 5 ёш: сироп 7,5 мг 2-3 маҳал кунига; 5 - 12 ёш: сироп 15 мг 2-3 маҳал кунига; 12 ёшдан катта болалар: 1 капсуладан (30 мг) 2-3 маҳал кунига Ингаляцияда: 2 мл дан ишлатилади.
Бромгексин	2 ёш: сироп 4мг/5 мл чой қошиқдан 3 маҳал 2 - 6 ёш: сироп 4 мг/5 мл мл чой қошиқдан

	3 маҳал 6 - 10 ёш: сироп 8 мг/5 мл мл чой қошиқдан 3 маҳал 10 ёшдан катта: таблетка 8 мг 3-4 маҳал
Карбоцистеин	2, 5 ёш: сироп 100 мг/5 мл мл чой қошиқдан 3 маҳал 2,5 - 5 ёш: сироп 100 мг/5 мл мл чой қошиқдан 3 маҳал. 5 ёшдан катта болалар: 2 мл чой қошиқдан 3 маҳал

Ҳозирги кунда бронх-ўпка касалликларида самарали ёрдам берувчи яллиғланишга қарши воситалардан бири **Инспирон** (фенспирид, Корпорация “Артериум”, Украина) ҳисобланади.

Инспирон янги яллиғланишга қарши восита бўлиб, бу восита асосан нафас йўлларида шиллиқ қаватига таъсир кўрсатади. Инспирон фармакодинамикаси бўйича яллиғланишга қарши ва кортикостероидлардан фарқли равишда ножўя таъсирга эга эмас.

Инспироннинг кўп режали таъсир механизми унинг Н1-гистамин ва α 1-адренергик рецепторларни блокировка қилишида, бундан ташқари препарат арахидон кислотаси метаболизмига таъсир этиб, касаллик этиологиясини келиб чиқишидан (вирусли ёки бактериал, ёки аллергик агент) қаттиқ назар яллиғланиш медиаторларини ҳосил бўлишини блоклайди: лейкотриенлар, простагландинлар ва цитокинлар.

Таъсир хусусиятлари 1) яллиғланиш медиаторларини парчалайди (простагландинлар и лейкотриенлар); 2) препарат – антагонист Н1-гистамин рецепторлари ва α 1-адренорецепторлар; 3) инспирон ўсманинг некроз синтезини парчалайди.

Инспирон (фенспирид) респиратор трактда қуйидаги хусусиятларини кўрсатади:

- этиологиясидан қатъий назар асосий звенога патогенетик таъсир,

- респиратор тракт қобиғидаги шишни ва балғам гиперсекрециясини камайтириш,
- бронхоконстрикцияга қарши таъсир
- балғам ажралишини яхшилаш,
- йўтални камайтириш,
- мукоцилиар клиренсни яхшилаш.

Препаратнинг яллиғланишга қарши механизми унинг бронхдаги экссудацияни, бронх шиллиқ қавати шишини ва балғам ёпишқоқлигини камайтиришга таъсир этишидадир.

Инспирон универсаллиги қуруқ ва нам балғамли йўталда ҳам ишлатилиши, шу сабабли касаллик давомийлигида йўтал характери ўзгарса ҳам препарат ўзгармаслигидир.

Инспироннинг сироп шакли таркибида бўёқ йўқ, шу сабабли аллергик реакция кузатилмайди ва бронхоспазм чақирмайди.

Дорини дозаси ва бериш усули: овқатдан олдин, восита идиши яхшилаб чайқатилади. Кундалик доза 2-3 маҳалга бўлиб берилади.

Янги туғилган чақалоқлар ва 14 ёшгача болаларга суткали дорини миқдори 4 мг/кг вазнига. Дори воситасини чақалоқ сутли аралашмаларига бутилкасига қўшса бўлади. 10 кг бўлган болаларга кундалик доза 10-20 мл сироп кўринишида (2-4 чой қошиқ); болалар вазни 10-45 кг – 30-90 мл сироп (2-6 ош қошиқ).

Катталар ва 14 ёшдан катта болаларга Инспирон дори воситасини таблетка шаклини берган мақсадга мувофиқ бўлади. Даволаш давомийлиги касалликнинг кечишига, дори воситасини кўрсатмасига кўра шифокор томонидан белгиланади. Касалликнинг ўткир даврида даволаш давомийлиги 7-10 кун, сурункали ҳолатларда 2-6 ойни ташкил қилади.

Бавосита йўталга қарши таъсири ифодаланган дорилар (антигистамин, шишга қарши, бронхолитиклар, яллиғланишга қарши дорилар) аслида йўтални даволаш учун жуда ҳам чегараланган кўрсатмаларга эга, лекин йўтални чақирувчи қатор сабабларни йўқотишда муҳимдир. Шунинг учун ушбу дориларни ишлатиш дифференциалланган бўлиши керак.

Масалан, антигистамин дорилар, асосан I авлоддаги, эрта ёшдаги болалардаги йўтални даволашда қўлланилмайди, сабаби уларнинг бронхлар шиллиқ қаватига нисбатан “қуритувчи” таъсири бусиз ҳам ёпишқоқ хусусиятли ажралма мавжуд унумсиз йўтални кучайтиради. Худди шу сабабларга кўра катталар ўткир ринити ва йўталида ишлатиладиган орал шишга қарши воситалар (деконгенсантлар) эрта ёшдаги болаларда қўлланилмайди. Бронхолитиклар (сальбутамол, беродуал, эуфиллин, теофиллин) йўтал бронхоспазм билан бирга қўшилиб келган ҳоллардагина қўлланилишга тавсия этилган. Атропиндан фойдаланиш ҳам болаларда, ҳам катталарда қўлланилмагани маъқул, сабаби у балғамни қуюқлаштиради, уни анча ёпишқоқ қилиб, чиқарилишини қийинлаштиради.

Турли таъсирга эга икки ва ундан кўп компонентларни тутувчи **комбинирланган дорилар гуруҳи** ҳақида алоҳида тўхташ керак. Қатор комбинирланган дорилар ўз ичига марказий таъсирга эга йўталга қарши дорини, антигистамин, балғам кўчирувчи воситаларни ва деконгенсантни олади (масалан, кенг оммага маълум бронхолитин ўз таркибида глауцин, гидрохлорид, эфедрин, маврак мойини ва лимон кислотасини тутуди). Шунингдек, улар таркибида кўпинча бронхолитик (солутан) ва ёки ҳарорат тушурувчи дори компоненти, антибактериал воситалар бор (масалан, гексапневмин ўз таркибида парацетамол, аскорбин кислота ва фолкодинга эга). Бундай дорилар вирусли ёки бактериал респиратор инфекция кўринишларини камайтиради, ирритатив ёки аллергик генезли йўтални осонлаштиради, аммо уларни ҳам мос кўрсатмалар бўйича тайинлаш керак, бу дори таркибини яхши билишни тақозо этади. Бу гуруҳ дориларини эрта ёшдаги болаларга тайинлашда катта эҳтиёткорлик зарур. Йўталга қарши дориларнинг кенг спектри, агар йўтал табиати ва дори фармокологик таъсири механизми ҳисобга олинмаса, кўпинча тўғри терапия танлаш учун қийинчиликлар туғдиради. Бу ҳолатларда йўтал давомийлигини баҳолаш муайян ёрдам беради,

сабаби бунда йўтал табиати қисман тахмин қилинади. Йўтал давомийлигига қараб йўтал синдроми ўткир (3 ҳафтагача), ўткир ости (3 ҳафтадан 6 ҳафтагача давомли) ва сурункали (6 ҳафтадан ортиқ давомийликга эга) бўлади. Давомийлиги бўйича турли хил бўлган йўтал сабаблари жиддий равишда фарқланади, ва бундай ажратиш шифокор учун йўтал пайдо бўлишининг энг аниқ эҳтимолини фараз қилишга ва йўталга қарши оптимал воситани танлашга, беморни текшириш тактикасини ва даволаш тадбирлари комплексини аниқлаш учун ёрдам беради.

Асосан юқори нафас йўллари зарарланиши билан кечадиган ЎРҚда терапиянинг оптимал воситалари – шиллиқ қаватларни намлаш, қопловчи ва яллиғланишга қарши терапиядир. Респиратор трактнинг пастки бўлимлари яллиғланиш жараёнига қўшилганда (трахеобронхит, бронхит, пневмония) шиллиқ қаватларни намлаш билан бирга муколитик ва балғам кўчирувчи дориларни тайинлаш кўрсатилган.

Нафас йўлларининг аспирацияси ва ёт жисмлари респиратор тракт ўтказувчанлигининг ревизиясини (эндоскопия, рентгенография) ва ундаги таркибни йўқотишни (сўриб олиш) талаб этади. Бундай ҳолатларда маҳаллий анестетик дориларни қўллаш мумкин.

Кўк йўталда танланган дорилар сифатида марказий таъсирга эга йўталга қарши дорилар ҳисобланади, уларни балғам кўчирувчи воситалар, гвайфенезин асосидаги комбинирланган дорилар билан (стоптуссин, туссин плюс) бирга ишлатиш мумкин.

Риносинуситлар, синуситлар, аденоидит асосан шилимшиқнинг ретроназал оқиб кириши («drip-синдром», «оқиб кириш» синдроми) ҳисобига йўтал чақиради. Бу ҳолатларда йўталнинг тунда, бола ухлашга ётганда ва эрталаб, турганида пайдо бўлиши хосдир. Кўрикда шилимшиқнинг ҳалқум орқа девори бўйлаб оқиши қайд этилади. Йўталга қарши терапиянинг танланган дорилари (асосий патологияни даволаш

билан бир қаторда) сифатида муколитик воситалар (ёпишқоқ йирингли шилимшиқда), карбоцистеинлар (мўл суюқ шиллиқли ажралмаларда) белгиланади.

Сурункали йўтал ҳолатларида йўталга қарши терапия қўлланилмасдан олдин болани астойдил синчиклаб текшириш керак. Даволаш негизи асосий касалликнинг специфик терапиясидан иборат, йўталга қарши дорилар эса иккиламчи, ёрдамчи аҳамиятга эга бўлади.

Охириги йилларда бутун дунёда болалардаги респиратор тракт касалликларида хўжайра-ичи патогенлари: хламидия ва микоплазма инфекциясининг роли ошмоқда. Болалардаги хламидияли ва микоплазмали инфекцияларнинг (бронхит ва пневмония) асосий ва фарқ қилувчи симптомларидан бири қийновчи, хуржсимон йўтал ҳисобланади. Эрта ёшдаги болаларда бу инфекциялардаги йўтал қусиш ва кўкариш билин кузатилади. Хактери бўйича кўкйўтал касаллигини эслатади, лекин хламидияли пневмонияда йўтал орасида танафусслар ва репризлар кузатилмайди, балки йўтал хуружларини ташкил қилади ва ҳар бир хуруж оралиғида қисқа нафас олишлар бўлиб ўтади. Катта ёшдаги болаларда катталар каби йўтал асосан кечқурун ва эрталабки соатларда беморни безовта қилади. Йўтал қуруқ ва нам бўлиши мумкин. Балҳам эса ёпишқоқ, қийин ажралувчи бўлади. Хламидияли пневмонияда ташхис қўйишда узоқ давом этувчи конъюнктивитлар (кўпинча традицион даво самарасиз) ёрдам беради. Хансираш аралаш характерда ва динамикада кўпинча кучайиб боради.

Микоплазмали инфекцияда йўтал характери динамиклиги билан фарқ қилади. Микоплазмали пневмонияда биринчи 10-12 кунда бемор болани қуруқ йўтал безовта қилади. Баъзи ҳолатларда касалликнинг 2-чи ҳафтасидан йўтални интенсивлиги ортада ва беморни қийновчи хуржсимон йўталга айланади. Микоплазмали пневмонияда (бронхитда) йўтал 30-60 кун ва ундан ортиқ давом этади. Интоксикация белгилари ва хансираш

(экспиратор ёки аралаш) кичик ёшдаги болаларга хос. Бу белгилар катта ёшдаги болаларда кузатилмайди.

Болалардаги хламидияли ва микоплазмали инфекцияни даволашда комплекс ва этиотроп препаратларни белгилаш аниқ бўлиши керак, чунки бу ўз навбатида полипрагмазияни олдини олади, даволаш нархи арзонлашади. Педиатрик амалиётда тетрациклинлар ва фторхинолонлар ишлатилмайди, сабаби бу каби воситаларнинг ножўя таъсири юқори. Хўжайра ичи инфекциясида антибактериал активликка эга бўлган макролидлар хозирги кунда кенг қўлланилади. Болалардаги хламидияли ва микоплазмали инфекцияни даволашда макролидларни қўллаш алгоритми қуйидагича:

– азитромицин – 1 кун 10 мг/кг, 2-5 кун – 5 мг/кг 1 маҳал. Препаратни овқатдан 1 соат олдин ёки 2 соатдан сўнг қабул қилиш асосий шароитлардан бири ҳисобланади. Даволаш курси – 5 – 7 кун;

– кларитромицин – 7,5-10 мг/кг суткада (максимал суткали дозаси 500 мг) 2 маҳал 10-14 кун;

– спирамицин – тана вазни 20 кг ортиқ болаларда – 1500000 ЕД ҳар қайси 10 кг вазнига 2-3 маҳал 10-14 кун;

– рокситромицин – 5-8 мг/кг суткада 2 маҳал (максимал суткали доза 300мг) 10-14 кун;

– джозамицин – 30-50 мг 1 кг тана вазнига суткада 3 маҳал. Курс давомийлиги 10-14 кун.

Шуни айтиб ўтиш керакки макролидларнинг кейинги антибактериал таъсири яхши ривожланган. Макролидларнинг бошқа антибиотиклардан фарқи яллиғланиш ўчоғида кўп миқдорда тўпланиб қолади ва ярим чиқиш вақти узок, бу эса ўз навбатида хламидия ва микоплазмаларни кўпайишини олдини олади. Макролидларнинг таъсир механизми иммуно-модулятирлар билан бирга қўлланилганда ортади (виферон, лейкинферон, амиксин, циклоферон, нуклеинат натрия, иммунал, тримунал ва бошқалар). Болалардаги респиратор

трактдаги хламидияли ва микоплазмали инфекцияни даволашда адекват этиотроп антибактериал давони белгилаш самарали даво гарови ҳисобланади ва юқорида келтирилган йўталга қарши препаратларни микоплазмали ва хламидияли инфекцияда макролидлар билан биргаликда қўллаш қийновчи йўтални камайтиришда ва бартараф этишда ёрдам беради.

**Ҳар хил клиник ҳолатларда терапияни танлаш
(Г.А.Самсыгина, 2004 й.)**

Йўтал характери	Асосий сабаблар	Терапия
Ўткир	Юқори нафас йўлларининг ўри	Шиллиқ қаватни намлаш (ингаляция, ванна, суюқлик ичиш) Йўталага қарши ўраб олувчи препаратлар Яллиғланишга қарши препаратлар
	Пастки нафас йўлларининг ўри	Шиллиқ қаватни намлаш (ингаляция, ванна, суюқлик ичиш) Муколитиклар, муколитиклар+балғам ажратувчи препаратлар Яллиғланишга қарши препаратлар. Асосий касалликни даволаш
	Аспирация, ёд жисм	Нафас йўлларини ревизия қилиш, тиқиндини, ёд жисмни олиш
Ним ўткир	Кўк йўтал	Йўталга қарши марказий таъсирга эга препаратлар (балғам ажратувчи воситалар билан бирга) Антибактериал терапия
	Риносинуситлар, синуситлар, Аденоид	Асосий касалликни даволаш, антибактериал терапию ва маҳсус ёрдам Муколитиклар (карбоцистеинлар) Шиллиқ қаватни намлаш (интраназал дори воситалари, ингаляция)

Сурункали	Бронхиал астма	Асосий касалликни даволаш – Базис яллиғланишга қарши даво, Бронхолитиклар; кўрсатма бўйича Бронхолитиклар, муколитиклар ёки балғам ажратувчи, шиллиқ қаватни намлаш – кўрсатма бўйича
	Бурунда шиш синдроми - postnasal drip syndrom (сурункали синусит ва аденоидлар)	Асосий касалликни даволаш Муколитиклар, шиллиқ қаватни намлаш (интраназал дори воситалари, ингаляция)
	Сурункали бронхит	Асосий касалликни даволаш (антибактериал, яллиғланишга қарши даво) Муколитиклар; шиллиқ қаватни намлаш
	Кекирдакни сурункали ностабиллиги. Психоген йўтал	Асосий касалликни даволаш

Шундай қилиб, йўтал нафас йўллари касалликларининг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири бўлиб, бемор болани яшаш турмуш тарзини ёмонлашувига олиб келувчи оғир асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Шу сабабли йўталувчи болалар йўтал сабабига аниқлик киритиш учун клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказилишлари керак.

АДАБИЁТЛАР

1. Белопольский Ю.А., Оленич В.Б. Педиатрия: Новейший справочник.- М., 2005.
2. Василевский И.В. Алгоритм диагностики кашля у детей // Медицинские знания, 2003.- № 5.- С. 4 – 7.
3. Волков И.К., Лукина О.Ф., Тыло О.В., Кушелевская О.В. Место муколитической терапии в лечении хронических заболеваний легких у детей //Consilium Medicum, 2005.- № 1.
4. Даниляк И.Г. Кашель: этиология, патофизиология, диагностика, лечение //Пульмонология, 2001.- № 3.- С. 33 – 37.
5. Даминов Т.О., Халматова Б.Т., Бобоева Ў.Р. Болалар касалликлари- дарслик, -Т, 2013
6. Зайцева О.В. Муколитическая терапия в комплексном лечении болезней органов дыхания у детей // Consilium Medicum, 2002.- № 10.
7. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Тактика выбора и особенности применения противокашлевых, отхаркивающих и муколитических лекарственных средств в педиатрической практике // Российский мед. журнал, 2004.- № 1.
8. Катосова Л.К., Спичак Т.В., Бобылев В.А. и др. Этиологическое значение *Chlamydia pneumoniae* у детей с рецидивирующими и хроническими болезнями легких // Вопросы современной педиатрии, 2003. - № 1.- С. 47 – 53.
9. Кузьменко Л.Г. Сухой непродуктивный кашель у детей // Лечащий врач, 2005.- № 8.

10. Савенкова М.С. Хламидийная и микоплазменная инфекция в практике педиатра // Consilium Medicum, 2005.- № 1.
11. Самсыгина Г.А. Лечение кашля у детей // Педиатрия, 2004.- № 3.- С. 84-92.
12. Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник. 5-е изд., пер. и доп. – СПб, 2004.
13. Халматова Б.Т., Бобомуротов Т.А. Педиатрическая синдромальная тахисистокардия – Т, 2010



ИНСПИРОН

СИЛА ЗДОРОВОГО ДЫХАНИЯ

Инспирон – противовоспалительный препарат для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей у взрослых и детей.



- комплексное противовоспалительное действие исключительно в отношении дыхательных путей
- уменьшение симптомов воспаления

Торговое название препарата: Инспирон. **Действующее вещество (МНН):**

Фенспирида гидрохлорид. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 80 мг № 10 в блистере, 3 блистера в пачке. **Состав:** 1 таблетка содержит: Активное вещество: 1 таблетка содержит фенспирида гидрохлорид, в пересчете на 100 % вещества, 80 мг. Сироп: по 150 мл во флажонх. **Состав:** 5 мл сиропа содержит: Активное вещество фенспирида гидрохлорид 10 мг. **Фармакотерапевтическая группа:** Средства, действующие на респираторную систему. Другие средства для системного применения при обструктивных заболеваниях дыхательных путей. Код АТС: R03D X03.

Фармакологические свойства. Инспирон обладает антибронхоконстрикторными и противовоспалительными свойствами, обусловленными взаимодействием нескольких взаимосвязанных механизмов: блокирует H₁-гистаминовые рецепторы и оказывает спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру бронхов и препятствует развитию отека, уменьшает выделение слизи из носа и количество бронхиального секрета, оказывает противовоспалительное действие, которое приводит к уменьшению продуцирования провоспалительных факторов (цитокинов, TNF α , производных арахидоновой кислоты, простагландинов, лейкотриенов, тромбксана, свободных радикалов), некоторые из которых также оказывают бронхоконстрикторное действие; ингибирует α 1-адренорецепторы, стимулирующие секрецию вязкой слизи.

Фармакокинетика: Таблетки: максимальная концентрация в плазме крови крови достигается в среднем через 6 часов после перорального приема. Период полувыведения 12 часов. Сироп: максимальная концентрация в плазме крови достигается, в среднем, через 2,3-2,5 часа. Период полувыведения - 12 часов. Фенспирида выводится из организма преимущественно с мочой.

Побочные действия (сироп). Как правило, Инспирон хорошо переносится. Возможны: аллергические реакции: очень редко – эритема, высыпания, крапивница, фиксированная пигментная эритема, отек Квинке; со стороны пищеварительного тракта: расстройства пищеварения, тошнота, рвота, боль в желудке; со стороны ССС: в единичных случаях – синусовая тахикардия, которая исчезает в случае снижения дозы; другие: сонливость. **Побочные действия (таблетки).** Со стороны ССС: редко – умеренная синусовая тахикардия, которая уменьшается после снижения дозы. Со стороны ЖКТ: часто – расстройства пищеварения, тошнота, боль в желудке, частота неизвестна – диарея, рвота. Со стороны нервной системы: редко – сонливость. Со стороны кожи и подкожной клетчатки: редко – эритема, фиксированная пигментная эритема, сыпь, крапивница, отек Квинке, частота неизвестна – зуд. Общие нарушения: астения (слабость), утомляемость. **Противопоказания:** Таблетки, сироп: Повышенная чувствительность к фенспириду или любому из компонентов препарата. Сироп: врожденная непереносимость фруктозы, синдром мальабсорбции глюкозы и галактозы, дефицит сахаразы. **Лекарственные взаимодействия:** Не выявлено. **Особые указания:** Лечение препаратом не заменяет антибиотикотерапию. Инспирон следует применять с осторожностью пациентам с наследственной непереносимостью галактозы, дефицитом лактозы или синдромом мальабсорбции глюкозы/галактозы. В состав сиропа входит сахар (3 г в одной чайной ложке), поэтому необходимо придерживаться осторожности при применении Инспирона у пациентов с сахарным диабетом. Применение в период беременности и лактации. Не рекомендуется применять препарат в период беременности или кормления грудью. **Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с другими механизмами.** Препарат не оказывает существенного влияния на способность управлять автотранспортом и работать с различными механизмами. **Передозировка.** Симптомы: сонливость или возбуждение, тошнота, рвота, синусовая тахикардия. Срок годности: 2 года. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. **Производитель:** ПАО "Галинфарм" и ПАО "Киевмедпрепарат"

Информация предназначена исключительно для медицинских и фармацевтических работников. Для использования в медицинских учреждениях, на специализированных конференциях, симпозиумах, выставках. Информация о лекарственном средстве приведена в сокращенном виде, полная информация изложена в Инструкции по применению препаратов

Инспирон, сироп; Инспирон, таблетки

Ближе к людям

ARTERIUM

