

ORTTIRILGAN PNEVMONIYANING ERTA DIAGNOSTIKASI, XAVF OMILLARI VA DAVOLASH TAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISH

Beknazarova Kamola

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti, Tibbiyot fakulteti,

Davolash ishi talabasi

Nurboyeva Farangiz

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti, Tibbiyot fakulteti,

Davolash ishi talabasi

Ilmiy rahbar: Kattaboyeva Muhayyo Nurmuhammad qizi

Termiz Iqtisodiyot va Servis Universiteti, Tibbiyot fakulteti,

Terapevtik fanlar kafedrası o'qituvchisi

ORCID: 0009-0005-7146-1255; e-mail: muhayyo_kattaboyeva@tues.uz

ANNOTATSIYA: Ushbu maqolada jamiyatda orttirilgan pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezini, klinik ko'rinishlari, erta diagnostika mezonlari, xavf omillari va davolash taktikasini takomillashtirish masalalari tahlil qilindi. Pnevmoniya bir yoki ikkala o'pka parenximasining infeksiya-yallig'lanish jarayoni bo'lib, alveolalar ekssudat bilan to'lishi, gaz almashinuvi pasayishi va nafas yetishmovchiligi xavfi bilan kechadi. Kasallik turli yosh guruhlarida uchraydi, ammo keksalar, bolalar, surunkali yurak-o'pka kasalliklari bor bemorlar, qandli diabet, immunitet yetishmovchiligi, chekish va noto'g'ri turmush tarzi kabi omillar mavjud shaxslarda og'ir kechishi mumkin. Tadqiqot narrativ adabiyotlar tahlili usulida olib borildi; unda xalqaro klinik tavsiyalar, O'zbekiston tibbiyot adabiyotlari va ichki kasalliklar bo'yicha darsliklarda berilgan ma'lumotlar taqqoslandi. Natijalar shuni ko'rsatadiki, pnevmoniyada erta tashxis, kasallik og'irligini baholash, antibiotiklarni oqilona tanlash, kislorod terapiyasi, suyuqlik balansini nazorat qilish va profilaktik emlash tadbirlarini kuchaytirish davolash samaradorligini oshiradi. Maqola tibbiyot yo'nalishi talabalari va birlamchi tibbiy yordam amaliyotida faoliyat yurituvchi mutaxassislar uchun amaliy ahamiyatga ega.

Kalit soʻzlar: pnevmoniya, jamiyatda orttirilgan pnevmoniya, nafas yetishmovchiligi, antibiotikoterapiya, auskultatsiya, rentgenografiya, xavf stratifikatsiyasi, profilaktika.

KIRISH

Pnevmoniya hozirgi klinik tibbiyotda eng koʻp uchraydigan respirator infeksiyalardan biri boʻlib qolmoqda. U faqat oʻpka toʻqimasi yalligʻlanishi bilan cheklanmaydi, balki organizmning umumiy javob reaksiyasi, mikrosirkulyatsiya buzilishi, kislorod yetkazib berilishining kamayishi va ayrim bemorlarda koʻp aʼzoli asoratlarni rivojlanishi bilan ham xavfli hisoblanadi. Amaliyotda pnevmoniya koʻpincha yoʻtal, isitma, hansirash, koʻkrak qafasida ogʻriq, balgʻam ajralishi, holsizlik va auskultativ oʻzgarishlar orqali namoyon boʻladi. Biroq bemorning yoshi, immun holati, antibiotiklarni oldindan qabul qilgani yoki hamroh kasalliklar mavjudligi klinik manzarani oʻzgartirib yuborishi mumkin. Shu sababli shifokor pnevmoniyani faqat bitta belgi asosida emas, balki klinik, laborator va instrumental koʻrsatkichlar majmuasi asosida baholashi zarur.

Jamiyatda orttirilgan pnevmoniya kasalxonaga yotqizilmagan yoki tibbiy muassasaga murojaat qilgunga qadar 48 soat ichida rivojlangan oʻpka infeksiyasi sifatida koʻriladi. Bu taʼrif oddiy koʻrinsa ham, amaliy qaror qabul qilishda muhim ahamiyatga ega, chunki hospital pnevmoniya, ventilator bilan bogʻliq pnevmoniya va immuniteti pasaygan bemorlardagi pnevmoniya etiologiyasi hamda davolash taktikasida farq qiladi. Jamiyatda orttirilgan pnevmoniyada eng koʻp uchraydigan bakterial qoʻzgʻatuvchilar qatoriga *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, ayrim holatlarda *Staphylococcus aureus* va grammanfiy bakteriyalar kiradi. Virusli pnevmoniya esa gripp, respirator-sinsitial virus, SARS-CoV-2 va boshqa respirator viruslar bilan bogʻliq boʻlishi mumkin.

Tashxis qoʻyishda asosiy muammo shundaki, pnevmoniyaning dastlabki belgilari oddiy oʻtkir respirator infeksiya, bronxit, yurak yetishmovchiligi, oʻpka arteriyasi tromboemboliyasi, bronxial astma xuruji yoki surunkali obstruktiv oʻpka kasalligi zoʻrayishi bilan oʻxshash boʻlishi mumkin. Bu oʻxshashlik notoʻgʻri antibiotik buyurish, kasalxonaga kech yuborish yoki aksincha, yengil holatdagi bemorni ortiqcha stasionarga yoʻnaltirishga olib keladi. Klinik tafakkurdagi eng katta xato — pnevmoniyani faqat rentgen tasviri bilan kutib turish yoki faqat “balgʻamli yoʻtal” bilan chegaralashdir. Amaliyotda bemorning umumiy ahvoli, nafas soni,

arterial bosimi, tana harorati, kislorod saturatsiyasi va ong holati birinchi daqiqalardan oq baholanishi kerak.

Pnevmoniya bilan bog'liq global yuk ham muhim. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti va xalqaro bolalar salomatligi ma'lumotlarida pnevmoniya bolalar o'limining muhim infeksiyon sabablaridan biri sifatida ko'rsatiladi. Kattalarda esa kasallik keksalik, yurak-qon tomir kasalliklari, diabet, buyrak yetishmovchiligi, immunosupressiv holatlar va chekish bilan birga og'ir kechadi. O'zbekiston sharoitida respirator kasalliklar bo'yicha birlamchi bo'g'in imkoniyatlarini kuchaytirish, aholida emlash madaniyatini oshirish, antibiotiklardan noto'g'ri foydalanishni kamaytirish va tibbiyot talabalari orasida klinik algoritmlarni puxta o'rgatish dolzarb vazifadir.

Ushbu maqolaning maqsadi jamiyatda orttirilgan pnevmoniyaning klinik-dagnostik mezonlarini tahlil qilish, xavf guruhlarini ajratish, davolash taktikasini ilmiy manbalar asosida izohlash va O'zbekiston tibbiy ta'limi sharoitida amaliy qo'llash mumkin bo'lgan xulosalarni shakllantirishdan iborat. Maqolada pnevmoniyaning etiologik omillari, patogenez bosqichlari, klinik namoyon bo'lishi, laborator-instrumental diagnostikasi, davolash yondashuvlari, profilaktikasi va asoratlarning oldini olish masalalari tizimli ko'rib chiqiladi.

MATERIAL VA METODLAR

Maqola narrativ tahliliy tadqiqot shaklida tayyorlandi. Material sifatida jamiyatda orttirilgan pnevmoniyaga oid xalqaro klinik tavsiyalar, kasallikning etiologiyasi va davolashiga bag'ishlangan ilmiy maqolalar, CDC va WHO kabi sog'liqni saqlash tashkilotlari ma'lumotlari, shuningdek, O'zbekiston mualliflari tomonidan yaratilgan ichki kasalliklar va propedevtika bo'yicha darsliklar o'rganildi. Manbalar tanlanishida ularning klinik amaliyotga yaqinligi, dalillarga asoslangan tavsiyalar berishi, tibbiyot talabalari uchun tushunarli bo'lishi va O'zbekiston sharoitida qo'llash imkoniyati e'tiborga olindi.

Tahlil quyidagi yo'nalishlar bo'yicha olib borildi: birinchisi — pnevmoniyaning etiologik tuzilishi va xavf omillarini aniqlash; ikkinchisi — klinik belgilarning diagnostik qiymatini baholash; uchinchisi — laborator va instrumental tekshiruvlarning amaliy ahamiyatini ko'rsatish; to'rtinchisi — davolash taktikasida antibiotikoterapiya, kislorod bilan davolash va kuzatuv mezonlarini izohlash; beshinchisi — profilaktika va sog'lom turmush tarzi tadbirlarini umumlashtirish. Tadqiqotda bevosita klinik bemorlar guruhi kuzatilmagan, shuning uchun maqola amaliy kuzatuv emas, balki ilmiy-adabiy tahlil sifatida baholanishi kerak.

Klinik qaror qabul qilish jarayonini tushuntirish uchun bemorni ambulator, shoshilinch yoki statsionar bosqichda baholashga mos yondashuv tanlandi. Og'irlik darajasini baholashda nafas soni, arterial bosim, ong holati, yosh, hamroh kasalliklar, kislorod saturatsiyasi va rentgenologik o'zgarishlar kabi mezonlarga urg'u berildi. Bunday usul tibbiyot fakulteti talabalariga pnevmoniyani faqat nazariy ta'rif sifatida emas, balki real klinik vaziyatda baholanadigan sindrom sifatida tushunishga yordam beradi.

NATIJALAR

Tahlil natijalari pnevmoniyaning klinik ahamiyati uch asosiy omil bilan belgilanadi, degan xulosani beradi. Birinchi omil — qo'zg'atuvchining turi va virulentligi. Bakterial pnevmoniyada yallig'lanish ko'pincha alveolalarga ekssudat to'planishi, balg'am ajralishi va yuqori isitma bilan kechsa, virusli pnevmoniyada umumiy intoksikatsiya, quruq yo'tal, diffuz interstitsial shikastlanish, ba'zan bakterial superinfeksiya qo'shilishi kuzatiladi. Ikkinchi omil — bemorning organizm holati. Keksalarda yoki immuniteti pasaygan shaxslarda pnevmoniya tana harorati baland bo'lmasdan ham, faqat hansirash, lohaslik, ishtaha pasayishi yoki ong chalkashishi bilan namoyon bo'lishi mumkin. Uchinchi omil — tibbiy yordamning o'z vaqtida ko'rsatilishi. Dastlabki 24-48 soatda to'g'ri baholash va davolashni boshlash asoratlari xavfini kamaytiradi.

Pnevmoniyaning patogenezi nafas yo'llarining himoya mexanizmlari buzilishi bilan boshlanadi. Normal sharoitda burun-halqum filtri, mukotsiliar klirens, yo'tal refleksi, alveolyar makrofaglar va mahalliy immun javob patogenlarning pastki nafas yo'llariga tushishiga to'sqinlik qiladi. Sovqotish, chekish, virusli infeksiya, surunkali kasalliklar, yoshi katta bo'lish yoki yotoq rejimida uzoq qolish ushbu himoya mexanizmlarini zaiflashtiradi. Natijada mikroorganizmlar bronxiolalar va alveolalarga yetib boradi, yallig'lanish mediatorlari ajraladi, kapillyar o'tkazuvchanlik ortadi, alveolyar bo'shliq suyuqlik va hujayraviy elementlar bilan to'ladi. Bu jarayon ventilyatsiya-perfuziya nisbatini buzadi va gipoksemiya rivojlanishiga olib keladi.

Klinik diagnostikada yo'talning xarakteri, isitma, nafas qisishi, ko'krak qafasida og'riq, balg'am rangi, auskultatsiyada krepitatsiya yoki mayda pufakchali xirillashlar, perkussiyada tovush qisqarishi kabi belgilar muhim. Biroq ayrim belgilar har doim ham ishonchli emas. Masalan, antibiotik qabul qilgan bemorda isitma pasaygan bo'lishi, keksalarda esa yuqori isitma umuman kuzatilmasligi mumkin. Shuningdek, rentgenologik infiltrat kasallik boshlangan dastlabki soatlarda aniq ko'rinmasligi

ehtimoli bor. Shu bois klinik shubha kuchli bo'lsa, bemor qayta ko'rilishi, laborator ko'rsatkichlar va kislorod saturatsiyasi dinamikada baholanishi lozim.

Laborator tekshiruvlarda umumiy qon tahlilidagi leykotsitoz, neytrofil siljish, ECHT yoki C-reaktiv oqsil oshishi bakterial yallig'lanish ehtimolini kuchaytiradi, lekin ularning hech biri alohida holda pnevmoniyani to'liq tasdiqlamaydi. Og'ir holatlarda prokaltsitonin, arterial qon gazlari, qon madaniyati, balg'am bakteriologik tekshiruvi va virusologik testlar qo'llanishi mumkin. Ambulator amaliyotda esa eng muhim yondashuv — simptomlar, fizik ko'rik, saturatsiya va rentgenologik tekshiruvni birlashtirib baholashdir. Rentgenografiya infiltratsiya, o'choqli yoki bo'lakli shikastlanish, plevral suyuqlik va asoratlarni ko'rishga yordam beradi. Kompyuter tomografiya oddiy rentgen yetarli bo'lmaganda, asorat yoki differensial tashxis zarur bo'lganda qo'llanadi.

Davolash taktikasida birinchi qaror bemorni qayerda davolash kerakligini aniqlashdir. Yengil pnevmoniya, saturatsiyasi me'yorida, arterial bosimi barqaror, ong holati saqlangan va og'ir hamroh kasalliklari bo'lmagan bemorlar ambulator kuzatuvda davolanishi mumkin. Nafas soni yuqori, SpO2 pasaygan, arterial bosim tushgan, ong chalkashgan, ko'p bo'lakli infiltratsiya yoki plevral asoratlar bor bemorlar statsionar davolanishga muhtoj. Og'ir nafas yetishmovchiligi, sepsis, septik shok yoki invaziv nafas yordami zarur bo'lgan holatlar reanimatsion yondashuvni talab qiladi.

Antibiotikoterapiya pnevmoniyada muhim o'rin tutadi, ammo uni ko'r-ko'rona va nazoratsiz qo'llash xato hisoblanadi. Empirik davolash bemorning yoshi, hamroh kasalliklari, avvalgi antibiotik qabul qilishi, mahalliy rezistentlik holati va pnevmoniya og'irligiga qarab tanlanadi. Bakterial pnevmoniya gumon qilinganda beta-laktam antibiotiklar, makrolidlar yoki respirator ftorxinolonlar kabi dori guruhlari klinik tavsiyalar doirasida ko'rib chiqiladi. Virusli etiologiyada esa antibiotik faqat bakterial qo'shilish ehtimoli mavjud bo'lsa asosli bo'ladi. Davolash davomiyligi bemorning klinik barqarorlashuvi, isitmaning pasayishi, nafas sonining normallasuvi va umumiy ahvoli yaxshilanishiga qarab belgilanadi.

Qo'shimcha davolash choralariga suyuqlik balansini nazorat qilish, antipiretiklar, bronxial obstruksiya bo'lsa bronxodilatatorlar, kislorod terapiyasi, tromboembolik asoratlar profilaktikasi va erta mobilizatsiya kiradi. Balg'am ko'chirishni yaxshilash uchun bemorga yetarli suyuqlik, nafas mashqlari va shifokor ko'rsatmasiga muvofiq fizioterapevtik tavsiyalar berilishi mumkin. Ammo har qanday qo'shimcha dori asosiy davolashning o'rnini bosa olmaydi. Tibbiyot talabalari uchun

muhim xulosa shuki, pnevmoniyani davolash faqat “antibiotik yozish” emas; bu bemorning nafas funksiyasi, gemodinamikasi, infeksiya manbai va asoratlari xavfini birgalikda boshqarishdir.

1-jadval. Jamiyatda orttirilgan pnevmoniyada klinik baholashning asosiy yo‘nalishlari

Baholash yo‘nalishi	Amaliy ko‘rsatkichlar	Klinik ahamiyati
Nafas holati	Nafas soni, SpO ₂ , hansirash, yordamchi mushaklar ishtiroki	Gipoksemiya va nafas yetishmovchiligi xavfini ko‘rsatadi
Gemodinamika	Arterial bosim, puls, kapillyar to‘lish va umumiy holat	Sepsis yoki og‘ir intoksikatsiyani erta aniqlashga yordam beradi
Laborator belgilar	Leykotsitoz, CRP, ECHT, prokaltsitonin, qon gazlari	Yallig‘lanish faolligi va etiologik ehtimolni baholaydi
Instrumental tekshiruv	Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi, zaruratda KT	Infiltrat, plevral suyuqlik va asoratlarni tasdiqlaydi
Xavf guruhi	Keksalik, diabet, yurak-o‘pka kasalligi, immunosupressiya	Ambulator yoki statsionar davolash qarorini aniqlaydi

MUHOKAMA

Pnevmoniya bo‘yicha zamonaviy yondashuvlar kasallikni erta tanish, asoratlarni oldindan baholash va antibiotiklardan oqilona foydalanishga tayanadi. Amaliyotda eng ko‘p uchraydigan xatolardan biri har qanday yo‘talni antibiotik bilan davolash yoki aksincha, og‘ir pnevmoniyani oddiy shamollash sifatida baholashdir. Bunday qarama-qarshi yondashuvlar bemor xavfsizligiga zarar yetkazadi. Antibiotiklarni asossiz qo‘llash mikroblarning rezistentligini kuchaytiradi, ichak disbiozi, allergik reaksiyalar va nojo‘ya ta’sirlar xavfini oshiradi. Kechiktirilgan davolash esa plevrit, o‘pka absessi, sepsis, o‘tkir respirator distress sindromi va o‘lim xavfini ko‘paytiradi.

Jamiyatda orttirilgan pnevmoniyada birlamchi bo'g'in shifokorining vazifasi bemorni xavf bo'yicha tez ajratishdir. Bemor yosh, umumiy ahvoli qoniqarli, nafas soni me'yorida, kislorod saturatsiyasi saqlangan va og'ir hamroh kasalliksiz bo'lsa, ambulator davo tanlanishi mumkin. Aksincha, bemorda saturatsiya pasayishi, arterial bosim tushishi, ong buzilishi, nafas sonining keskin ortishi, ko'p o'choqli infiltratsiya, suvsizlanish yoki uy sharoitida kuzatish imkoniyati yo'qligi aniqlansa, statsionar davolash ustuvor bo'ladi. Bu mezonlarni tibbiyot talabalariga bosqichma-bosqich o'rgatish klinik xatolarni kamaytiradi.

Differensial tashxis ham alohida ahamiyatga ega. O'pka arteriyasi tromboemboliyasi to'satdan hansirash va ko'krak og'rig'i bilan, yurak yetishmovchiligi o'pka dimlanishi va shishlar bilan, bronxial astma esa ekspirator hansirash va hushtaksimon xirillashlar bilan kechishi mumkin. Sil kasalligi uzoq davom etuvchi yo'tal, kechki terlash, vazn yo'qotish va rentgenologik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. COVID-19 yoki gripp kabi virusli kasalliklarda epidemiologik anamnez, umumiy intoksikatsiya va laborator testlar muhim. Shifokorning vazifasi ushbu kasalliklarni ajratib, bemor uchun eng xavfsiz yo'lni tanlashdir.

O'zbekiston sharoitida pnevmoniya profilaktikasida bir nechta yo'nalish muhim. Birinchisi — emlash. Pnevmonokokk, gripp va boshqa respirator infeksiyalarga qarshi emlash xavf guruhlarida kasallik og'irligini kamaytirishi mumkin. Ikkinchisi — chekishni kamaytirish va yopiq xonalarda havo sifatini yaxshilash. Uchinchi yo'nalish — antibiotiklarni faqat shifokor ko'rsatmasi bilan qabul qilish madaniyatini shakllantirish. To'rtinchisi — surunkali kasalliklarni nazorat qilish. Diabet, yurak yetishmovchiligi, surunkali bronxit yoki bronxial astma nazoratsiz bo'lsa, pnevmoniya og'ir kechish ehtimoli ortadi.

Tibbiy ta'lim nuqtayi nazaridan pnevmoniya mavzusi propedevtik ko'nikmalarni real klinik qaror bilan bog'laydi. Talaba auskultatsiyada krepatatsiyani eshitish, perkussiyada tovush qisqarishini aniqlash, rentgen tasvirini klinik belgilar bilan solishtirish, bemorning nafas soni va saturatsiyasini baholashni o'rganishi kerak. Faqat nazariy qo'zg'atuvchilar ro'yxatini yodlash yetarli emas. Amaliy ko'nikma shundan iboratki, talaba qaysi bemorni uyda davolash mumkin, qaysi bemorni tezda statsionarga yuborish kerak, qaysi holatda qo'shimcha tekshiruv shart ekanini tushunishi zarur.

Pnevmoniyaning davolashda individual yondashuv ham muhim. Bir xil tashxis qo'yilgan ikki bemorda davolash rejasi farq qilishi mumkin. Masalan, yosh va hamroh

kasalliksiz bemorda yengil kechayotgan pnevmoniya qisqa muddatli ambulator antibiotikoterapiya va nazorat bilan davolanishi mumkin. Keksalik, diabet yoki surunkali yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorda esa xuddi shu infiltrat og'ir asoratlarga olib kelishi ehtimoli yuqori. Shuning uchun klinik algoritmlar shifokor fikrini almashtirmaydi, balki qarorni mantiqiy va xavfsiz qilishga xizmat qiladi.

Bakterial va virusli pnevmoniyani farqlashda laborator markerlar yordam beradi, ammo mutlaq mezon emas. Yuqori CRP yoki prokaltsitonin bakterial etiologiya ehtimolini oshiradi, lekin bemorning umumiy holati va tasviriy tekshiruv natijalari bilan birgalikda baholanishi kerak. Virusli pnevmoniyada antibiotiklarni ortiqcha ishlatmaslik zarur, ammo bakterial superinfeksiya qo'shilgan holatda davolash taktikasini o'zgartirish kerak bo'ladi. Bu masalada dinamik kuzatuv hal qiluvchi ahamiyatga ega: isitma davom etishi, hansirash kuchayishi, saturatsiya pasayishi yoki rentgenologik infiltrat kengayishi davolash rejasi qayta ko'rib chiqilishini talab qiladi.

Kasallikdan keyingi tiklanish davri ham e'tibordan chetda qolmasligi kerak. Pnevmoniyadan so'ng bemorda bir necha hafta davomida holsizlik, yo'tal yoki jismoniy yuklamaga chidamlilik pasayishi kuzatilishi mumkin. Ammo isitmaning qaytishi, nafas qisishining kuchayishi, qonli balg'am, ko'krak og'rig'i yoki saturatsiya pasayishi asorat belgisi sifatida baholanadi. Shifokor bemorga davolash tugagandan keyin ham nazorat ko'rigiga kelish zarurligini tushuntirishi kerak. Ayniqsa, chekuvchi, keksalar yoki rentgenologik infiltrati uzoq saqlangan bemorlarda qo'shimcha nazorat muhimdir.

XULOSA

Jamiyatda orttirilgan pnevmoniya keng tarqalgan, ammo vaqtida aniqlanmasa og'ir asoratlarda va nafas yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin bo'lgan infeksiyali kasallikdir. Kasallikni samarali boshqarish uchun etiologik omilni taxmin qilish, bemorning xavf guruhiga mansubligini aniqlash, klinik belgilarni laborator va instrumental tekshiruvlar bilan bog'lash hamda davolash joyini to'g'ri tanlash zarur. Pnevmoniyada muvaffaqiyatli natija faqat antibiotik tanlash bilan emas, balki bemorning umumiy holatini to'liq baholash, nafas funksiyasini nazorat qilish, asoratlarni erta aniqlash va profilaktika choralarini kuchaytirish bilan belgilanadi.

Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, tibbiyot ta'limida pnevmoniya mavzusini klinik algoritmlar, auskultatsiya va rentgenologik belgilar, xavf stratifikatsiyasi hamda antibiotiklardan oqilona foydalanish tamoyillari bilan birga o'qitish kerak. O'zbekiston sharoitida birlamchi tibbiy yordam bo'g'inida pnevmoniyani erta aniqlash, emlashni

targʻib qilish, chekishga qarshi profilaktika, surunkali kasalliklarni nazorat qilish va aholining tibbiy savodxonligini oshirish kasallik yukini kamaytiradi. Shu jihatdan pnevmoniya boʻyicha bilimlar davolash ishi talabalarining amaliy klinik fikrlashini shakllantirishda muhim oʻrin tutadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Gadayev A. Ichki kasalliklar. Qayta ishlangan va toʻldirilgan ikkinchi nashr. Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2021. 812 b.
2. Gadayev A.G., Karimov M.Sh., Axmedov X.S. Ichki kasalliklar propedevtikasi. Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2018.
3. Arslonov Y., Nazarov T. Ichki kasalliklar. Oliy va oʻrta maxsus tibbiy taʼlim muassasalari uchun oʻquv adabiyoti. Toshkent.
4. Ziyayeva M.F. Terapiya (Ichki kasalliklar). Tibbiyot kollejlari va talabalar uchun oʻquv qoʻllanma. Toshkent.
5. Metlay J.P., Waterer G.W., Long A.C. et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2019;200(7):e45-e67.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumonia: About, Risk Factors, Prevention and Health Care Provider Guidelines. CDC, 2026.
7. World Health Organization. Pneumonia. Health topics. WHO.
8. UNICEF DATA. Pneumonia in Children Statistics. Last update: November 2025.
9. Grief S.N., Loza J.K. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Pneumonia. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2018;45(3):485-503.
10. Mandell L.A., Niederman M.S. Aspiration Pneumonia. New England Journal of Medicine. 2019;380:651-663.