

**СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТЛАРНИ ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ
ПНЕВМОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИ
ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

Жуманов Даулет Азатбек угли

*Ўзбекистон Республикаси, Тошкент Давлат Тиббиёт Университети,
Оториноларингология кафедраси*

АННОТАЦИЯ: *Шифохонадан ташқари пневмонияли беморларда кўп ҳолатларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликлари кузатилади. Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда сурункали риносинуситлар қайси усуллар билан даволаш зарур, қайси патологияни дастлаб даволаш зарур, ушбу касалликларнинг чўзилиши ёки қайталанишини олдини олиш самарали даволаш усулларини ишлаб чиқиш учун замонавий амалий тиббиёт эҳтиёжмандир. Маълумки, юқори нафас йўлларидаги патоген микрофлораларнинг микроаспирацияси натижасида пастки нафас йўлларида асоратланишлари юзага келади. Юқори ва пастки нафас йўлларидаги ўзаро чамбарчас боғлиқлигини инобатга олган касалхонадан ташқари пневмония ва риносинуситларнинг оғирлик даражаларига кўра беморларни самарали даволаш тадбирлари ишлаб чиқилди.*

Калит сўзлар: *бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, шифохонадан ташқари пневмония, патоген микрофлоралар, самарали даволаш*

ANNOTATION: *Community-acquired pneumonia patients often have inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses. What methods should be used to treat chronic rhinosinusitis in community-acquired pneumonia patients, which pathology should be treated first, and to develop effective treatment methods to prevent prolongation or recurrence of these diseases, modern practical medicine is needed. It is known that as a result of microaspiration of pathogenic microflora in the upper respiratory tract, complications in the lower respiratory tract occur. Taking into account the interrelationship of the upper and lower respiratory tract, effective measures for the treatment of patients were developed according to the severity levels of pneumonia and rhinosinusitis outside the hospital.*

Keywords: *diseases of the nose and paranasal sinuses, pathogenic microflora, community-acquired pneumonia, effective treatment.*

Кириш

Ҳозирги вақтда синуситларни даволаш бўйича турли хил қарашлар мавжуд. Бу эса муаммонинг ечимдан йироқдалигини билдиради. Даволаш бошиданок кенг қамровли бўлиши керак, агар керак бўлса давомли ва оқилона кетма-кетликда ишлатиладиган турли хил усул ва воситаларни ўз ичига олиши керак. Организмга умумий таъсир чоралари маҳаллий даво билан бирлаштирилади, касалликнинг шаклига қараб ҳар бир ҳолатда даво индивидуал олиб борилади. РС ва КТП касалликлари сезиларли фоизида бурун-ҳалқум соҳасида коллонизацияланадиган шартли патоген микроблар флораларининг фаоллашиши натижасида юзага келади, бу эса, аслида, антибактериал дориларни тайинлаш учун асосдир. Бироқ, РС ва КТПнинг кечишида антибиотиклардан фойдаланишнинг рационалиги баҳсли мавзу бўлиб қолмоқда [3, 4, 10]. Респиратор инфекциялар, хусусан, РС ва КТПни даволаш муаммоси, биринчи навбатда, анъанавий қўлланиладиган антибиотикларга нисбатан асосий қўзғатувчилар чидамлилигининг барқарор ўсиши билан боғлиқ. Пневмококк штамmlарининг пенициллинга чидамлилиги муаммоси тобора долзарб бўлиб бормоқда [2, 7]. Сўнгги ўн йилликда КТПнинг кечишида тизимли глюкокортикостероидлардан (ГКС) фойдаланиш самарадорлигини ўрганиш учун бир қатор тадқиқотлар ўтказилди [5, 6]. Мукоактив дори воситаларидан ҳам юқори ҳам пастки нафас йўллари яллиғланиш касалликларига бир вақтда таъсир кўрсатадиган муколитикларни қўллаш муҳим амалий аҳамиятга эгадир [8, 11]. Ацетилцистеин дори воситалари худди шундай таъсир хусусиятига эга бўлиб, нафақат пастки нафас йўллари шиллик ажралмаларининг реологик хусусиятига таъсир қилиши, балки, бурун ёндош бўшлиқлари(БЁБ)лари ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларида шиллик ва йирингли ажралмаларнинг суюлтиришга ҳамда ушбу патологик ажралмаларнинг бўшлиқлардан элиминация бўлишини таъминлашга ёрдам беради [1, 9].

Материал ва текшириш усуллари.

Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг пульмонология бўлимида 2018-2021 йилларда касалхонадан ташқари пневмония ташхиси билан стационар даволанган 102 нафар бемор текшируви натижалари келтирилган.

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 60 ёшгача (ўртача $39,1 \pm 1,14$ ёш) бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши - $34,1 \pm 2,7$ ёшни, аёллар - $40,1 \pm 2,9$ ёшни ташкил этди. Жинс бўйича тақсимот: эркаклар - 41 нафар (40,2%), аёллар – 61 нафар (59,8%).

Ўтказилган тадқиқот натижасида беморларнинг уч гуруҳи шаклланди:

1-гуруҳ. “Клиник ўртача-оғир/оғир даражали СРС” ташхиси қўйилган 32 нафар бемор.

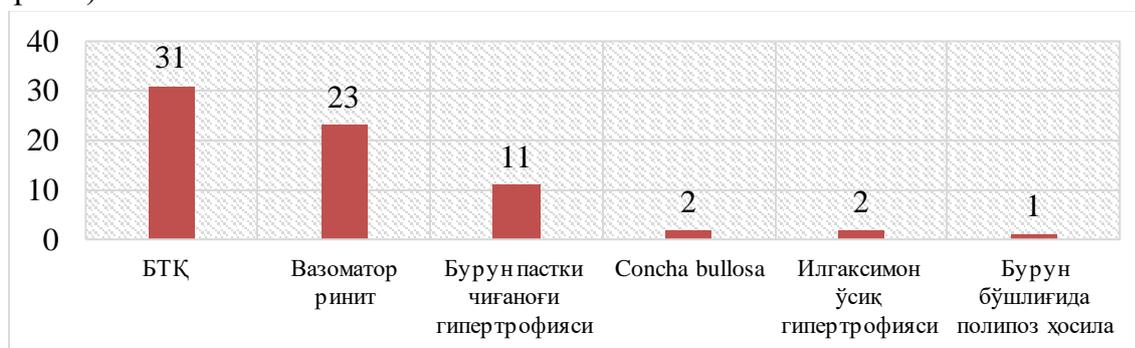
2-гуруҳ. “Клиник енгил даражали СРС” ташхиси қўйилган 30 нафар бемор.

3-гурух. 40 нафар беморда СРСнинг клиник белгилари аниқланмади.

Тадқиқот мақсади: касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини ташхислаш ва даволаш усулларини оптималлаштиришдан иборат.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили.

Барча беморларнинг бурун бўшлиғи эндоскопияси натижасида 31 нафар (30,4%) беморда бурун тўсиғининг қийшайиши (БТҚ), 23 нафар (22,5%) беморда вазоматор ринит, 11 нафар (10,8%) беморда пастки бурун чиғаноғи гипертрофияси, 2 нафар (1,9%) беморда concha bullosa ва илгаксимон ўсиқ гипертрофияси, шунингдек 1 нафар (0,9%) беморда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг полипоз ўзгарганлиги кузатилди (1-расм).



1-расм. Бурун бўшлиғи эндоскопияси натижалари

102 та беморнинг 62 тасида БЁБлари 3D рентгенографияси – конус-нурли компьютер томография (КНКТ) ўтказилди. БЁБдаги рентгенологик ўзгаришлар: шиллик қават 5 мм дан ортиқ қалинлашганда белгиланди. 32 та (51,6%) беморда рентгенологик ўзгаришлар аниқланди. 2 нафар беморда барча БЁБ пневматизациясининг субтотал ва тотал пасайиши яъни пансинусит, 3 нафар беморда ўнг ва чап томонлама гемисинусит, 4 нафар беморда - ўнг томонлама гайморозтмоидит, 7 нафар беморда - чап томонлама гайморозтмоидит аниқланди, 2 нафар беморда икки томонлама гаймарозтмоидит кузатилган бўлса, 10 нафар беморда беморда мос равишда этмоидит ва этмоидосфеноидит, 4 нафар беморда сфеноидит учради.

Ўрта оғир ва оғир даражали сурункали риносинусит аниқланган касалхонадан ташқари пневмонияли беморларни даволаш натижалари. Антибактериал терапия сифатида цефалоспоринлар (3-4-авлод) ва фторхинолонлар (2-3-авлод) гуруҳига мансуб бўлган препаратлар, интраназал маҳаллий глюкокортикостероидлар (мометазон фураат таркиби бўлган форинекс дори воситаси 2та дозадан хар бир бурун катагига 2маҳал 20 кун давомида), секретолитиклар (ацетилцистеин таркибли

АЦЦ 200мг 1 таблеткадан 3 маҳал 10 кун давомида), антигистамин препаратлар (эриус 5 мг 1 таблеткадан 1 маҳал 10 кун), стерил изотоник денгиз суви эритмаси билан бурунни санациялашдан иборат бўлган комбинацияланган даво олган, клиник ўрта ва оғир даражадаги СРС ва КТП билан оғриган беморлар гуруҳи 32 нафардан иборат бўлди.

Даволашнинг 10-кунига келиб ўтказилаётган даволаш натижасида СРС объектив симптомларининг ижобий динамикаси ҳам барча беморларда қайд этилди. Бурун бўшлиғи текширувидан, яъни риноэндоскопиядан сўнг, олинган маълумотлар 2-жадвалда ифодаланган.

1-жадвал

1-гуруҳ беморларда СРСнинг объектив симптомлари кўрсаткичлари динамикаси(n=32), (M±n)

Кунлар	Бурун бўшлиғи шиллик қавати қизариши	Бурун бўшлиғи шиллик қавати шиши	Бурун бўшлиғидаги ажралмалар	БЎБ проекцияси пальпациясида оғрик
1 кун	6,2±0,4	6,1±0,4	5,4±0,4	2,3±0,6
3 кун	4,8±0,3	4,8±0,3	4,5±0,3	1,5±0,4
10 кун	1,8±0,3	1,7±0,3	1,4±0,2	0,1±0,1
30 кун	1,2±0,3	1,1±0,2	0,9±0,2	0,0±0,0
90 кун	1,9±0,2	1,7±0,2	1,3±0,2	0,0±0,0

2-гуруҳдаги 30 нафар беморларга антибактериал терапия (цефалоспорин гуруҳига мансуб бўлган, 3-4 авлод гуруҳ ҳамда фторхинолон 2-3 авлод дори воситалари 7 кун мобайнида), интраназал маҳаллий глюкокортикостероидлар (мометазон фураат таркиби бўлган форинекс дори воситаси 2та дозадан хар бир бурун катагига 2 маҳал 20 кун давомида), секретолитиклар (ацетилцистеин таркибли АЦЦ 200мг дори воситаси 1таблеткадан 3 маҳал 10 кун давомида), бурунни стерил изотоник денгиз суви эритмаси билан санациялашлар биргаликда тавсия қилинди.

Даволашнинг 10-кунига келиб ўтказилаётган даволаш натижасида СРС объектив симптомларининг ижобий динамикаси ҳам барча беморларда қайд этилди. Бурун бўшлиғи риноэндоскопиясидан сўнг, олинган маълумотлар 2-жадвалда ифодаланган.

2-жадвал

2-гурух беморларда СРСнинг объектив симптомлари кўрсаткичлари динамикаси (n=30), (M±n)

Кунлар	Бурун бўшлиғи шиллик қавати қизариши	Бурун бўшлиғи шиллик қавати шиши	Бурун бўшлиғидаги ажралмалар	БЁБ проекцияси палпациясида оғрик
1 кун	6,2±0,4	6,1±0,4	5,4±0,4	2,3±0,6
3 кун	4,8±0,3	4,8±0,3	4,5±0,3	1,5±0,4
10 кун	1,8±0,3	1,7±0,3	1,4±0,2	0,1±0,1
30 кун	1,2±0,3	1,1±0,2	0,9±0,2	0,0±0,0
90 кун	1,9±0,2	1,7±0,2	1,3±0,2	0,0±0,0

3-гурухдаги беморларга бурун ва БЁБ сурункали яллиғланиш касалликлари аниқланмаганлиги сабабли, ушбу гуруҳдаги беморларга пульмонолог томонидан КТПни даволаш муолажалари ўтказилди.

Шундай қилиб, ушбу беморларнинг бурун бўшлиғи эндоскопияси текширувларида 62 нафар (60,8%) беморда риносинусит белгилари, 31 нафар (30,4%) беморда бурун тўсиғининг қийшайиши кузатилди. Риносинуситлар аниқланган 62 нафар беморнинг бурун ёндош бўшлиқлари 3 D рентгенографияси текширувига кўра 32 нафари (51,6%) да бурун ёндош бўшлиқларида сояланишлар аниқланди. СРС аниқланган КТПли беморларни даволашда микробиологик текширувларда микроблар тури ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини инобатга олган ҳолда III-IV авлод цефалоспоринлари ва II-III авлод фторхинолонларини (цефоперазон, левофлоксацин) билан бир қаторда интраназал глюкокортикостероид (мометазон фураат), антигистамин (дезлоратадин), секретолитикларни (ацетилцистеин) қўллаш ҳамда бурун ва БЁБлари санацияси самарали усул эканлиги аниқланди.

Адабиётлар рўйхати:

1. Рязанцев С. В., Коноплев О. И., Сапова К. И. Муколитическая терапия синуситов // Вестник оториноларингологии. – 2014. – Т. 6. – С. 61-63.
2. Калиногорская О. С. и др. Антибиотикорезистентность и серотиповый состав *Streptococcus pneumoniae*, выделенных у детей в Санкт-Петербурге в 2010-2013 гг // Антибиотики и химиотерапия. – 2015. – Т. 60. – №. 1-2.

3. Козлов Р. С. Резистентность к антимикробным препаратам как реальная угроза национальной безопасности //РМЖ. – 2014. – Т. 4. – С. 321.
4. Лещенко И. В. Внебольничная пневмония у взрослых: возможности лечения в амбулаторных условиях //Медицинский совет. – 2017. – №. 18.
5. Рачина С. А., Синопальников А. И. Клинические рекомендации по внебольничной пневмонии у взрослых: что нас ждет в 2019 г //Практическая пульмонология. – 2018. – №. 3.
6. Рязанцев С. В. и др. Современные аспекты системной кортикостероидной терапии у больных хроническим полипозным риносинуситом (обзор литературы) //Российская оториноларингология. – 2013. – №. 2 (63). – С. 114-121.
7. Таточенко В. К. и др. Выбор антибактериального препарата при острых респираторных инфекциях //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2017. – №. 3.
8. Княжеская Н. П., Бобков Е. В. Современная муколитическая терапия заболеваний дыхательных путей //РМЖ. – 2018. – Т. 26. – №. 3-1. – С. 30-35.
9. Шостак Н. А. и др. Муколитическая фитотерапия при заболеваниях дыхательных путей: исследования продолжаются //Медицинский совет. – 2013. – №. 11.
10. Юдина Л. В. Современный взгляд на клиническое применение цефалоспоринов II поколения при острых инфекциях дыхательных путей //Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №. 1. – С. 43-48.
11. Zarogoulidis P. et al. Macrolides: from in vitro anti-inflammatory and immunomodulatory properties to clinical practice in respiratory diseases //European journal of clinical pharmacology. – 2012. – Т. 68. – №. 5. – С. 479-503.