

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЖУМАНОВ ДАУЛЕТ АЗАТБЕК ЎҒЛИ

**БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ
ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИГА АСОРАТЛАНИШЛАРИНИ ЭРТА
ТАШХИСЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ**

14.00.04 – Оториноларингология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Жуманов Даулет Азатбек ўғли

Бурун ва ёндош бўшлиқлари касалликларининг пастки нафас йўлларига асоратланишларини эрта ташхислаш ва профилактикаси..... 3

Жуманов Даулет Азатбек угли

Ранняя диагностика и профилактика осложнений нижних дыхательных путей при заболеваниях носа и околоносовых пазух 41

Jumanov Daulet Azatbek ugli

Early diagnosis and prevention of complications of the lower respiratory tract in diseases of the nose and paranasal sinuses 80

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 85

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ЖУМАНОВ ДАУЛЕТ АЗАТБЕК ЎҒЛИ

**БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ
ПАСТКИ НАФАС ЙЎЛЛАРИГА АСОРАТЛАНИШЛАРИНИ ЭРТА
ТАШХИСЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ**

14.00.04 – Оториноларингология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2019.2.PhD/Tib842 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент тиббиёт академиясида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифаси (www.tsdі.uz) ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим портали (www.ziyo.net) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Бакиева Шахло Хамидуллаевна тиббиёт фанлари доктори, доцент
Расмий оппонентлар:	Рязанцев Сергей Валентинович тиббиёт фанлари доктори, профессор (Санк-Петербург, Россия) Шамсиев Джахангир Фазлиддинович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	А.Алиев номидаги врачлар малакасини ошириш институти (Баку, Азарбайжон)

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «__» _____ соат ____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100016, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103-уй. Тел./Факс: +99871-230-20-65; факс: (+99871)230-47-99; e-mail: tsdi2016@mail.ru).

Диссертация билан Тошкент давлат стоматология институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100016, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103-уй. Тел./Факс: +99871-230-20-65; факс: (+99871)230-47-99.

Диссертация автореферати 2022 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2022 йил «__» _____ даги № ____ рақамли реестр баённомаси)

Н.К.Хайдаров,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори

Л.Э.Хасанова,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш котиби,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.А.Абдуқаюмов,
Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги
илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Мавзунинг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, «... йил давомида аллергик ринит билан оғриган беморларнинг 20-50%да бронхиал астма симптомлари мавжуд бўлади. Сурункали риносинусит билан касалланган беморларнинг 60% га яқинида ёндош бронх-ўпка патологияси кузатилади...»¹. Қатор хорижлик муаллифларнинг келтирган маълумотларда сурункали риносинуситлар билан оғриган беморлар сони ҳар йили 1,5%-2% га ошади ҳамда стационар даволанаётган беморларнинг 2/3 қисмини ташкил қилади. Замонавий даволаш усулларини қўлланилишига қарамай риносинуситларнинг узоқ чўзилувчи ва қайталанувчи шакллари, касалликни ноодатий кечиш ҳолатларининг кўпайиши кузатилмоқда. Европа ва Шимолий Америка мамлакатларида пневмония билан касалланиш ҳар 1000 кишига 5-10 тани ташкил қилади, бутун жаҳонда эса йилига 17 миллион киши пневмония билан касалланади. Пневмониянинг клиник оғир кечиш шаклларида 10% ҳолатларда ўлим ҳолатлари кузатилади. Айниқса ёш болалар, ёши катта беморлар ҳамда кўшма касалликлари мавжуд беморларда пневмония касаллигидан ўлим ҳолатлари кўплаб учрайди. Шу билан бир қаторда 3 ёшгача бўлган болаларда риносинуситлар 94,7% ҳолатларда асоратланишлар билан кечади ва деярли 50% ида пневмония билан бирга кузатилади.

Жаҳонда касалхонадан ташқари пневмония касаллигини ривожланиши ва клиник кечишига таъсир кўрсатувчи омилларнинг муҳим аҳамиятга эгаллигини тасдиқловчи қатор ишончли клиник ва эпидемиологик тадқиқотлар мавжуд бўлса ҳам, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари сурункали яллиғланиш касалликларининг аҳамияти етарли даражада ҳанузгача аниқланмасдан қолмоқда. Бу борада касалхонадан ташқари пневмония касаллигида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг тарқалганлигини аниқлаш, риносинуситларнинг турлари ва уларнинг бурун ёндош бўшлиқларида учраш нисбатларини ўрганиш, юқори ва пастки нафас йўллари тизимидаги қиёсий микробиологик тадқиқотларида мутаносибликларни исботлаш, сурункали риносинуситларнинг касалхонадан ташқари пневмония клиник кечимига таъсирини тасдиқлаш, касалхонадан ташқари пневмонияни даволаш ва қайталанишида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликлари аҳамияти – илмий тадқиқотларнинг устувор йўналиши бўлиб қолмоқда. Буларнинг барчаси касалхонадан ташқари пневмониянинг кенг тарқалганлиги ва касалланишнинг пасайишга тенденцияси йўқлиги сабабли муаммонинг долзарблигидан далолат беради.

Мамлакатимиз тиббиёт соҳасини ривожлантириш ва ислоҳ қилиш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, юқори ҳамда пастки нафас олиш тизими касалликларини тарқалишини олдини олиш ва уларда кузатилиши мумкин бўлган асоратларини камайтиришга йўналтирилган чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026

¹ЖССТнинг ташкилотининг йиллик ҳисоботлари

йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг еттига устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² каби вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга оширишда, жумладан, сурункали риносинуситни эрта ташхислашни мукамаллаштириш орқали касалликни эрта босқичда ташхислаш ва самарали даволашни амалга ошириш, шу билан пастки нафас йўлларига асоратланишларини олдини олиш, ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини камайтириш йўналишида илмий изланишлар олиб бориш мақсадга мувофиқ.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлари тўғрисида»ги фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида», 2018 йил 18 декабрдаги 4063-сон «Юқумли бўлмаган касалликларнинг профилактикасини, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолини жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари оториноларингологияда энг кўп учрайдиган патологиялар қаторига киради, бу замонавий экологик вазият, аллергия ва вирусли респиратор касалликларнинг кенг тарқалиши, маҳаллий ва умумий иммунитетнинг пасайиши билан боғлиқ. Барча тадқиқотчилар сўнгги йилларда дунёда сурункали риносинусит касаллигининг кўпайиб бораётганлигига қўшиладилар (D.D. de Loos, E.S. Laurijsen, D.J. Wolvers, W.J. Fokkens, 2020). Шунингдек, касалхонадан ташқари пневмония касаллиги типик кечиши билан бир қаторда, атипик пневмониялар кўпайиши, ушбу касалликнинг оғир кечиш ҳолатларининг кузатилиши, бу эса ўз навбатида ўлим кўрсаткичининг кескин тарзда кўпайишига сабаб бўлмоқда (N. Ishimaru, S. Suzuki, T. Shimokawa, Yu. Akashi, Yu. Takeuchi, 2021).

Юқори ва пастки нафас йўлларининг ўзаро боғлиқлигини инобатга олган ҳолда аллергия ринитлар, сурункали риносинуситлар ва бронхиал астма касалликлари бўйича бир қатор илмий-тадқиқот ишлари ўтказилган.

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони

Шунингдек сурункали риносинуситлар, сурункали обструктив бронхит (Г.Е.Дженжер, А.С.Лапатин, С.И.Овчаренко, 2010) ва касалхона ичи пневмонияси (И.С.Абдуллаев, А.И.Крюков, 2008) каби коморбид кечган патологиялар ўртасидаги боғлиқлик бўйича илмий ишлар олиб борилган. Бироқ, сурункали риносинуситлар касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда учраши, уларни ушбу касаллик клиник кечишига таъсири, комплекс ташхислаш ва даволаш усуллари ишлаб чиқилмаган. Жуда оз сонли хорижий нашрларда касалхонадан ташқари пневмония билан оғриган беморларнинг 40%-80%да бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари томонидан ҳам шикоятлар бўлиши аниқлангани тўғрисида маълумотлар кўрсатилган.

Ўзбекистонда 1965 йил (А.И.Мўминов) бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг ўпканинг сурункали йирингли носпецифик жараёнлари билан боғлиқлиги мавзусида илмий тадқиқот иши ўтказилган, натижада юқори ва пастки нафас йўллари патологиялари ўртасида ўзаро этиопатогенетик боғлиқлик мавжудлигини исботлаган. Бироқ, сўнги йилларда ушбу касалликларнинг миқдори ва асоратларининг кескин кўпайганлигига қарамадан ушбу йўналишда ўтказилган илмий тадқиқот ишлари етарли эмас.

Шундай қилиб, замонавий адабиётларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари ҳамда касалхонадан ташқари пневмония касаллиги ўртасидаги алоқалар бўйича илмий тадқиқотлар олиб борилмаган. Касалхонадан ташқари пневмониянинг ривожланиши ва уларни даволашдаги паст самарадорликнинг сабабларидан бири - бу юқори нафас йўллариининг ёндош патологиялари ва ушбу тоифа беморлардаги микробли манзаранинг ўзига хос хусусиятлари бўйича маълумотларнинг етишмаслигидир. Буларнинг барчаси ушбу йўналишда илмий тадқиқотни ўтказиш зарурлигини кўрсатади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент тиббиёт академияси илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ №01997390385 «Асосий оториноларингологик касалликларнинг ташхислаш, даволаш ва оқилона олдини олиш усуллариининг янги йўллариини излаш» (2017-2021йй.) мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта ташхислаш ва даволаш усуллариини оптималлаштириш бўйича таклиф ва тавсиялар ишлаб чиқаришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларининг тарқалганлигини таҳлил қилиш;

касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда 3D рентгенография ёрдамида бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларини аниқлаш;

касалхонадан ташқари пневмония кўшма сурункали риносинуситли беморларда юқори ва пастки нафас йўллариининг микробли манзараси табиатини солиштирма баҳолаш ўтказиш;

касалхонадан ташқари пневмония билан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш паталогиялари орасида касалликларнинг клиник кечиши бўйича ўзаро боғлиқликни баҳолаш;

касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларини комплекс ташхислаш ва даволаш алгоритмини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2018-2021 йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасида касалхонадан ташқари пневмония ташхиси билан даволанган 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган 102 нафар (61 аёл ва 41 эркак) беморлар ташкил этди.

Тадқиқотнинг предмети илмий тадқиқотлар асосида текширилган беморларнинг микробиологик ва ПЗР учун бурун ва бурун-ҳалқум шиллик қавати суртмалари, балғам, қоннинг умумий таҳлили учун периферик веноз қон.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, эндоскопик, радиологик-3D рентгенография, микробиологик, ПЗР текшируви ҳамда статистик таҳлил усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

илк бор касалхонадан ташқари пневмонияли беморларнинг аксариятида 3D рентгенография (КНКТ) текшируви натижасида бурун ёндош бўшлиқлари сурункали яллиғланиш касалликлари клиник симптомларининг кам ифодаланган ёки латент ҳолда биргаликда учраши аниқланган;

сурункали этмоидит ва сфеноидитларнинг пастки нафас йўлларига таъсири сабабли касалхонадан ташқари пневмониянинг сурункали шаклга ўтиши ва қайталанишида асосий этиологик омиллардан эканлиги тасдиқланган;

илк бор касалхонадан ташқари пневмониянинг сурункали риносинусит билан бирга кечган беморларда юқори ва пастки нафас йўллари ажралмалари қиёсий микробиологик текширувлари ўтказилиб, замонавий антибиотикларга сезгирлиги аниқланган;

илк бор касалхонадан ташқари пневмония ва сурункали риносинуситли беморларда ПЗР текшируви натижасига кўра *streptococcus pneumoniae* касаллик ривожланишининг асосий кўзғатувчиси эканлиги исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари:

касалхонадан ташқари пневмония билан оғриган беморларни кенг камровли текшириш натижасида бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиш паталогияси 60,8% ҳолларда кузатилган, яъни ушбу касаллик билан оғриган беморларни ташхислаш ва даволаш тадбирлари мажмуасида оториноларинголог маслаҳати зарурлиги аниқланган;

касалхонадан ташқари пневмониянинг ривожланиши, сурункали кечиши ва қайталанишини олдини олиш мақсадида бурун ёндош бўшлиқлари 3D рентгенографиясини ўтказиш мақсадга мувофиқлиги тасдиқланган;

касалхонадан ташқари пневмония билан оғриган беморлар бурун ва бурун-ҳалқум суртмаси ҳамда балғамида деярли бир хил микробли манзара

аниқланган. Шу билан бир қаторда асосий патоген микрофлораларнинг замонавий антибактериал препаратларга сезгирлиги аниқланган;

касалхонадан ташқари пневмониянинг эрта ташхислашда ва асосли даволаш ўтказишда бурун ва бурун-ҳалқум суртмасини микробиологик экмасига қўшимча тарзда ПЗР усулда текширув ўтказиш асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир–бирини тўлдирувчи клиник, эндоскопик, рентгенологик, микробиологик ҳамда статистик тадқиқот усулларида ташхислаш, даволаш ва профилактика чора-тадбирларининг самарасини оширишни асослаш натижасида халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти асосланган хулосалар ва таклифлар сурункали риносинусит билан касалланган беморларда пастки нафас йўлларида асоратланишини эрта ташхислашда касалликнинг клиник-функционал, эндоскопик, микробиологик, рентгенологик текширув усуллари, ўзига хос хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшиши илмий исботланган, шунингдек, ташхислаш ва даволашнинг самарали алгоритми ишлаб чиқилганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, ишлаб чиқилган ташхислаш ва даволаш алгоритми даволаш тактикасини татбиқ қилиш сифатини оширади ҳамда тааллуқли равишда беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш имкониятини ошириш билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Сурункали риносинуситларнинг пастки нафас йўлларида асоратланишини эрта ташхислашда клиник-лаборатор кўрсаткичларнинг аҳамияти ва даволаш самарадорлигини ошириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

пастки нафас йўллари касалликларида сурункали ринсинуситларнинг ташхислаш самарадорлигини ошириш бўйича тадқиқотнинг илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Касалхонадан ташқари пневмолияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта ташхислаш усуллари» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 12 апрелдаги 8н-р/307-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсияномада пастки нафас йўллари касалликлари бўлган беморларда сурункали риносинусит касалликни ташхислаш, беморларни кузатиш орқали беморларнинг хасталик туфайли асоратларини олдини олиш имконини берган;

пастки нафас йўллари касалликларида сурункали ринсинуситларнинг даволаш самарадорлигини ошириш бўйича тадқиқотнинг илмий натижалари асосида ишлаб чиқилган «Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларини даволаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш

вазирлигининг 2021 йил 12 апрелдаги 8н-р/306-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома пастки нафас йўллари касалликлари бўлган беморларда сурункали риносинусит касаллигини даволаш самарадорлигини ошириш, касалликни асоратланишини олдини олиш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини ошириш имконини берган;

пастки нафас йўллари касалликларида сурункали риносинуситларни ташхислаш, даволаш ва профилактикаси бўйича олинган илмий натижалар такомиллаштиришга қаратилган тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли шифохонаси оторинолорингология бўлими, EraMed шифохонаси, InViVo шифохоналари клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 07 августдаги 8н-д/271–сон маълумотномаси). Олинган тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши пастки нафас йўллари касалликларида сурункали риносинусит касаллиги бўлган беморларда даволаш самарадорлигини ошириш, беморларнинг умр кўриш даврийлигини узайтириш, даволаш профилактик ёрдам сифатини ошириш, беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш, ижобий даволаш самарадорлигини ошириш ва профилактикаси ҳамда шу орқали ушбу хасталиқни қайталанишини камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 илмий–амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий–амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 15 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулосалар, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 128 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

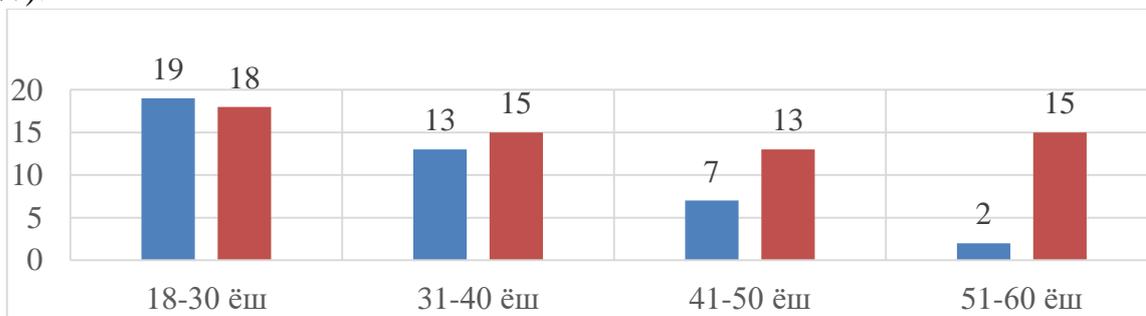
Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, унинг мақсад ва вазифалари баён этилган, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, диссертация ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «Адабиётлар шарҳи» деб номланган биринчи бобида мавзуга тегишли хорижий ва маҳаллий адабиётларнинг мушоҳадаси келтирилган. Пастки нафас йўллари касалликларида сурункали риносинусит (СРС) касаллигини муаммоларининг ҳозирги ҳолати тўғрисида маълумотлар,

касалликнинг этиологияси, патогенези, дифференциал ташхисоти, клиник белгиларининг тавсифини оториноларингологик амалиётдаги аҳамияти, ташхислаш, замонавий даволаш усуллари тўғрисидаги маълумотлар таҳлил қилиниб, шунингдек, мазкур муаммонинг илмий жиҳатдан ҳал этилишининг муаллифлик ёндашуви ишлаб чиқилган.

Диссертациянинг «**Беморларнинг умумий характеристикаси ва текширув усуллари**» деб номланган иккинчи бобида 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 касаллик тарихи ва текшириш натижалари ўрганилган. Тадқиқотга беморларни қамраб олиш мезонлари: тадқиқотда иштирок этиш учун ахборот-розилик варағини имзолаган 18 ёшдан 60 ёшгача, ҳар икки жинсдаги, клиник симптомлар ва кўкрак қафаси рентгенографияси ёки МСКТси маълумотлари асосида касалхонадан ташқари пневмония (КТП) ташхиси қўйилган шахслар. Тадқиқотга беморларни киритмаслик мезонлари: беморнинг тадқиқот процедураси бўйича кўрсатмаларини етарли даражада англай олмаслиги; хавфли, ўткир юқумли касалликлар, онкологик касалликлар, оғир қон касалликлари, бронхоэктаз, бронхиал астманинг инфекциян-аллергик шакли, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд бўлган беморлар. Беморни чиқариб ташлаш мезонлари: даволаш режимининг бузилиши ва келгусидаги тадқиқот муолажаларини рад этиш.

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



1-расм. КТП билан касалланган беморларни жинси ва ёшига қараб тақсимлаш (n=102)

Кузатувимиздаги беморлардан олинган маълумотларга кўра, КТП 1,5:1 нисбатда эркекларга қараганда аёлларда кўпроқ учрайди. Шунинг билан таъкидлаш керакки, БЖССТ нинг ёш бўйича таснифига асосан 18 ёшдан 45 ёшгача бўлган беморлар энг кўп сонли беморлар эканлиги аниқланди, аксарият, яъни 75 нафар бемор энг ишга лаёқатли ёшда, бу 73,5% ни ташкил қилади. Олинган демографик маълумотлар халқаро статистик маълумотларга мос келади.

КТП оғирлик даражаларига кўра беморлар “катта ёшли беморларда касалхонадан ташқари пневмониянинг диагностикаси, даволаши ва

профилактикаси” (2015) деб номланган амалий тавсияномасига асосан тақсимланди. Беморларнинг КТП клиник кечиши бўйича тақсимланиши 1-жадвалларда қайд қилинган.

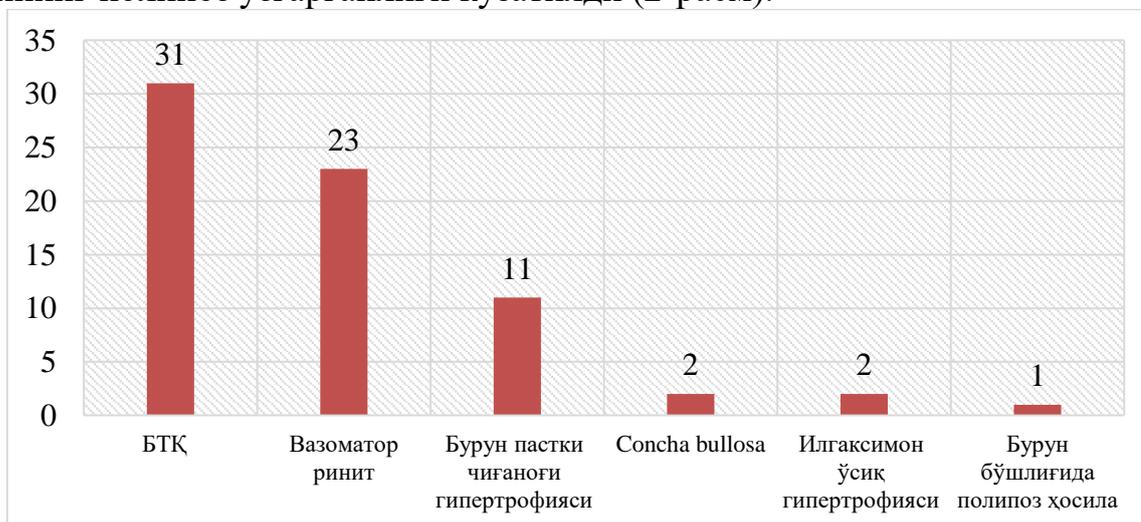
1-жадвал

КТП клиник кечиши бўйича тақсимланиши

Касаллик босқичи	Беморлар	%
I - ўртача	81	79,4
II - оғир	21	20,6
Жами	102	100

Беморларнинг барчаси стационар даво муолажаларини олганлиги ва амбулатор беморларнинг тадқиқотга киритилмаганлиги сабабли клиник енгил даражадаги КТП билан беморлар аниқланмади. Оғир клиник даражадаги аксарият беморлар нафас етишмовчилиги сабабли зудлик билан жонлантириш бўлимга қабул қилинган ва умумий аҳволи яхшилангач пульмонология бўлимига ўтказилган.

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 чиганоғи 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 (2-расм).



2-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 гайморэтомидит, 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.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот натижасида беморларнинг уч гуруҳи шаклланди:

1-гуруҳ. “Клиник ўртача-оғир/оғир даражали СРС” ташхиси қўйилган 32 нафар бемор. СРС нинг оғирлик даражасини аниқлаш учун асос – визуал аналог шкала (ВАШ) дан фойдаланган ҳолда беморлар ўз ҳолатларини мустақил баҳолаш, шунингдек БЁБлари 3D рентгенографияси (КНКТ) натижаларига асосланди.

2-гуруҳ. “Клиник енгил даражали СРС” ташхиси қўйилган 30 нафар бемор. СРС ташхиси клиник симптомларга асосланиб қўйилди. СРСнинг клиник оғирлик даражасини аниқлаш учун асос бўлиб, ВАШ ёрдамида беморлар ўз ҳолатини ўзи мустақил баҳолаши бўлди.

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

СРСнинг барча клиник оғирлик даражалари аксарият ҳолларда КТПнинг ўрта оғирликда кечишида кузатилди. Шу билан бир қаторда беморларда СРСнинг ўрта оғир ва оғир даражада кечиш ҳолатларида енгил даражали клиник шаклига қараганда КТП клиник симптомларининг чўзилувчан кечиши яъни касалликдан соғайиш муддати узайганлиги кузатилди.

СРС ва КТПнинг клиник оғирлик даражасига кўра беморларнинг тақсимланиши 2-жадвалда келтирилган.

2-жадвал

СРС ва КТП кечишининг клиник оғирлик даражалари асосида беморларнинг тақсимланиши

КТПнинг клиник оғирлик даражаси	СРСнинг клиник оғирлик даражаси		СРС аниқланмади
	Ўрта-оғир/оғир	Енгил	
Ўрта оғир	29	24	31
Оғир	3	6	9
Жами:	32	30	40

Барча гуруҳ беморларда касалликнинг ўткир ҳолатда (1-2 ҳафтада) бошланиши 90 нафар (88,2%) беморларда кузатилиб, аксарият ҳолатларда биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларда ўтказган шамоллашлари ва томоқ оғриқларидан сўнг бошланган бўлса, учинчи гуруҳ беморларда совуқ қотиш, совуқ сувда чўмилиш каби ҳолатлардан сўнг касаллик пайдо бўлган. Касалликнинг ўткир ости ҳолатда бошланиши 12 нафар (11,8%) беморда учради.

КТП касаллиги ривожланишида асосий хавф омили бўлиб 1- ва 2-гуруҳ беморларда ЎРК (75,8%) ҳисобланган бўлса, 3-гуруҳ беморларда совуқ қотиш

(55,0%) яъни совуқ сувда чўмилиш, совуқда ёки зах жойда ишлаш кабилар билан бир қаторда аксарият беморлар (30,0%) касаллигини ҳеч нарса билан этиологик боғламадилар. КТП асосан ЎРК касалликлардан сўнг ривожланишини инобатга олган ҳолда БЁБларида сурункали яллиғланиш касалликларини аниқлаш муҳим аҳамият касб этади.

КТП билан беморлар биринчи марта азият чекиши 97 нафар (95%) беморда аниқланди. Касалликнинг қайта учраши биринчи гуруҳда 4 нафар (12,5%) беморда, иккинчи гуруҳда 1 нафар беморда (3,3%) аниқланди. Учинчи гуруҳ беморларда эса касалликнинг қайта учраши аниқланмади. КТП нинг қайталаниши эҳтимол юқори нафас йўлларида сурункали яллиғланиш касалликларининг 1 ва 2-гуруҳларда кузатилганлиги ҳамда уларнинг тўлиқ тuzалмаганлиги билан боғлаш мумкин.

КТП нинг анамнези маълумотлари натижалари қуйидаги 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

КТП анамнези маълумотлар таҳлили

КТП анамнези		1-гуруҳ беморлар (n 32)	2-гуруҳ беморлар (n 30)	3-гуруҳ беморлар (n 40)	Жами (n 102)
Касаллик бошланиши	1 ҳафта	17	13	27	57
	2 ҳафта	10	13	10	33
	3-4 ҳафта	5	4	3	12
Этиологик омиллар	ЎРК	26	21	6	53
	Совуқ қотиш	5	5	22	32
	Йўқ	1	4	12	17
Касаллик учраши	Биринчи марта	28	29	40	97
	Қайталаниш	4	1	-	5

Кўкрак қафаси рентгенологик текширишлар натижасида 1 ва 2-гуруҳларда асосан ўнг томонлама пневмония ҳамда илдиз олди пневмония (бронхопневмония)нинг кўплаб учраши юқори нафас йўллари инфекцияларининг тўғридан тўғри ўнг бронх орқали ўпка алвеолаларига тушиши натижасида яллиғланиш келтириб чиқариши эҳтимолдан ҳоли эмас.

КТП билан оғриган беморларнинг кўкрак қафаси рентгенографиясини ўтказиш мажбурийдир (4-жадвал).

Кўкрак қафаси рентгенологик текшируви натижалари (n=102)

Белгилар	1-гурух беморлар (n 32)	2-гурух беморлар (n 30)	3-гурух беморлар (n 40)	Жами (n 102)
Икки томонлама пневмония	15	9	11	35
Ўнг томонлама пневмония	14	14	16	44
Чап томонлама пневмония	4	7	13	24
Икки томонлама илдиз олди пневмонияси	13	6	8	27
Ўнг томонлама илдиз олди пневмонияси	11	10	12	33
Чап томонлама илдиз олди пневмонияси	1	2	3	6
Икки томонлама пастки бўлак пневмонияси	2	3	3	8
Ўнг томонлама юқори бўлак пневмонияси	-	-	-	-
Ўнг томонлама ўрта бўлак пневмонияси	1	2	1	4
Ўнг томонлама пастки бўлак пневмонияси	2	2	3	7
Чап томонлама юқори бўлак пневмонияси	-	1	4	5
Чап томонлама пастки бўлак пневмонияси	3	4	6	13

Диссертациянинг «Юқори ва пастки нафас йўлларининг микробиологик текширув натижалари» деб номланган учинчи бобида ўтказилган микробиологик текширув натижалари таҳлил қилинган.

Юқори нафас йўллари (ЮНЙ)дан олинган суртмаларни текшириш натижасида 89 та (87,2%) беморда микрофлора ажратиб олинди, 13 та (12,7%) беморда ўсиш қайд этилмади. Ҳаммаси бўлиб 136 та микроорганизм аниқланди. Бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқумдан олинган суртмаларда аралаш флора 41 та (40,2%) беморда аниқланди, ассоциациядаги патогенларнинг максимал сони учтани ташкил этди. Граммусбат факултатив анаэроблар бактерияларнинг 95 та (69,8%) штамми аниқланди, уларнинг кўпчилиги Staphylococcus ва Streptococcus авлоди микроорганизмлари бўлди. 102 та бемордан пастки нафас йўлларида (ПНЙ) олинган балғам бактериологик текширилганда 103 микроорганизм аниқланди. Балғам экилмасидан микроорганизмларнинг ўсиши 77 та (75,5%) беморда кузатилди, 25 та (24,5%) беморда микроорганизмлар аниқланмади. Аралаш микрофлора 23 та (22,3%) беморда аниқланди, ассоциациядаги патогенларнинг максимал сони учтани ташкил этди. Граммусбат факултатив анаэроблардан 64 та (62,1%) бактериал штамм аниқланди, уларнинг кўпчилиги ЮНЙларидаги экилма натижалари сингари Staphylococcus ва Streptococcus авлодига мансуб микроорганизмлар

бўлди.

Бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқумдан ҳамда балғамдан олинган суртмаларни микробиологик текшириш натижалари 5-жадвалда келтирилган.

5-жадвал

**Беморлардан ажратиб олинган микроорганизм
штаммларининг сони (n = 102)**

Микроорганизмлар	Юқори нафас йўллари		Пастки нафас йўллари	
	Штаммлар сони	%	Штаммлар сони	%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	17	12,5	19	18,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	21	15,4	9	8,7
<i>Streptococcus viridans</i>	18	13,2	8	7,7
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	17	12,5	9	8,7
<i>Haemophilus influenzae</i>	14	10,3	9	9,7
<i>Streptococcus pyogenes</i>	5	3,6	11	9,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	2,9	7	6,7
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	5	3,6	3	2,9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	2,2	-	-
<i>Proteus mirabilis</i>	2	1,5	-	-
<i>Escherichia coli</i>	2	1,5	9	8,7
<i>Enterococcus faecalis</i>	3	2,2	4	3,8
<i>Neisseria spp.</i>	4	2,9	-	-
<i>Moraxella catarrhalis</i>	-	-	2	1,9
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	5	3,6	1	1,1
<i>Candida spp.</i>	16	11,7	12	0,9
Жами:	136	100	103	100

Олдиндан танланган жуфт микроорганизмлар ўртасида бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқумдан олинган суртмада ва балғамда учраш частотасида СРС ва КТП касалликларининг асосий кўзгатувчиси ҳисобланган *Str.pneumoniae*да сезиларли фарқлар бўлмади, статистик қайта ишлаш маълумотлари 6-

жадвалда келтирилган.

6-жадвал

**Беморларнинг ЮНЙ ва ПНЙлари микрофлораларининг қиёсий
натижалари (n = 102)**

Микроорганизмлар	Юқори нафас йўллари		Пастки нафас йўллари		P
	штаммлар сони	%	штаммлар сони	%	
Str. pneumoniae	17	12,5	19	18,4	>0,05
H.influenzae	14	8,8	9	9,7	>0,05
St. aureus	21	15,4	9	8,7	>0,05
Str.pyogenes	5	3,6	11	9,7	>0,05

Текширилган беморларнинг уч хил гуруҳида Str. pneumoniae нинг ажратиб олиш частотасини таҳлил қилишда муҳим бир жиҳат қайд этилди. Шуниси эътиборга лойиқки, ўртача оғирликдаги синусит билан оғриган беморлар гуруҳида, яъни биринчи гуруҳда Str. pneumoniae 9 та (17,3%) беморда, иккинчи гуруҳда 4 та (11,6%), учинчисида 2 та (7,3%) беморда ажратиб олинди. Биринчи ва учинчи гуруҳ ўртасида статистик жиҳатдан ишонарли фарқлар қайд этилди ($p < 0,05$).

Кўп микроорганизмлар чидамлилигининг юқори частотаси химояланмаган пенициллинларга, 1-авлод цефалоспоринларига ва 2-авлод фторхинолонларига нисбатан кузатилди, аммо 2-авлод фторхинолонлари бошқа фторхинолонлар каби полирезистент стафилококкларга нисбатан танланган препаратлар ҳисобланади.

Ажратиб олинган кўзғатувчиларга нисбатан олган маълумотларимиз КТП ва ёндош СРС бўлган беморларда эмпирик антибиотиклар спектрини аниқлаш имконини беради. Ушбу мақсад учун оптимал препаратлар: амоксициллин/клавуланат, цефалоспоринларнинг 3-4 авлоди (цефиксим, цефотаксим, цефепим), макролидлар (klarитромицин), фторхинолонлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) ҳисобланади.

Препаратни қабул қилиш усули ёки юбориш усули (оғиз орқали ёки парентерал) ва максимал даражада соддалаштирилган қабул схемасини ҳисобга олган ҳолда, бир марта қабул қилиш имкони бўлган перорал препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқдир, буларга klarитромицин, цефиксим, моксифлоксацин, левофлоксацин киради.

Кўп жиҳатдан, КТП ва СРС кечишини эмпирик даволаш учун антибиотикларни танлашимиз қулай дозалаш режими, қабул қилиш усули ва оптимал сезгирлик спектри билан боғлиқ бўлди.

Асосий кўзғатувчиларнинг антибиотикларга сезгирлиги 7-жадвалда келтирилган.

**Микроорганизмларнинг антибактериал препаратларга нисбатан
фоизда ифодаланган сезгирлиги**

	Streptococcus pneumoniae	Haemophilus influenza	Streptococcus pyogenes	Staphylococcus aureus	Streptococcus viridans
Ампициллин	66,6	57,8	64,2	69,4	69,2
Ампициллин/ сульбактам	77,8	78,9	85,7	80,5	84,6
Амоксициллина/ клавуланат	83,3	89,4	92,8	83,3	76,9
Цефазолин	55,5	63,1	57,1	61,1	65,3
Цефтриаксон	80,5	78,9	85,7	72,2	88,4
Цефоперазон	88,8	94,7	92,8	86,1	92,3
Цефотаксим	86,1	89,4	85,7	88,8	92,3
Амикацин	75,0	63,1	78,5	80,5	76,9
Тетрациклин	69,4	68,4	71,4	72,2	73,0
Азитромицин	77,8	73,3	64,2	80,5	80,7
Рокситромицин	83,3	78,9	85,7	77,8	80,7
Ципрофлоксацин	69,4	73,3	71,4	75,0	73,0
Левифлоксацин	91,6	94,7	100	91,6	100
Офлоксацин	94,4	100	100	94,4	96,1

КТП ва СРС касалликларининг асосий кўзгатувчиси Streptococcus pneumoniae бўлганлиги учун ушбу микроорганизмнинг бурун ва бурун-ҳалқумда қанчалик даражада учрашини аниқланиш мақсадиди ЮНИ дан олинган суртмалар ПЗР текширув усулида ҳам текширилди. 102 та бемордан Streptococcus pneumoniae бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқумдан олинган суртмада микробиологик усулда 17 нафар (16,7%) беморда учраган бўлса, ПЗР ташхислаш усули натижасида 31 та беморда (30,4%) аниқланди бу эса шартли-

патоген микрофлораларнинг юқори нафас йўлларида коллонизациясидан дарак беради (8-жадвал).

8-жадвал

Бурун ва бурун-ҳалқум суртмаларида *Streptococcus pneumoniae* ни микробиологик ва ПЗР усулда аниқлаш натижалари

Текширув усуллари	1-гурух беморлар	2-гурух беморлар	3-гурух беморлар
Микробиологик текширув усули	9 (28,1%)	5 (16,7%)	3 (7,5%)
ПЗР текширув усули	13 (40,6%)	9 (30,0%)	9 (22,5%)

КТП ва СРС касалликларининг ПЦР ташхислаш усулининг микробиологик экма усулига нисбатан мукамаллиги яъни ўлган микроорганизмларнинг генларини ҳам аниқлаш имкони мавжудлиги сабабли бурун бўшлиғи ва бурун-ҳалқум суртмасида жуда кўп ҳолларда *Streptococcus pneumoniae* аниқланди, шу сабабли ҳам КТПнинг ташхислаш ва даволаш алгоритмини яратишда ушбу усулни микробиологик экма усулига қўшимча равишда қўллаш КТПни эрта ташхислаш ва самарали даволашга имкон беради.

Шундай қилиб, микробиологик тадқиқотлар натижаларига кўра, одатда, КТП билан оғриган беморларда ЮНЙ ва ПНЙдаги флора деярли бир хил деган ҳулосага келиш мумкин, танланган энг эҳтимоли юқори бўлган қўзғатувчиларда статистик жиҳатдан ишонарли фарқлар аниқланмади. Микроорганизмларнинг антибиотикларга нисбатан сезгирлигига қараб, амалиётчи шифокорлар ҳали ҳам жуда катта таъсирга эга бўлган антибиотиклар жамланмасига эга, аммо ривожланиш жараёни натижасида аввалги дориларга нисбатан чидамлилиқнинг аниқланиши шифокорларни улардан оқилона фойдаланишга ундаши керак.

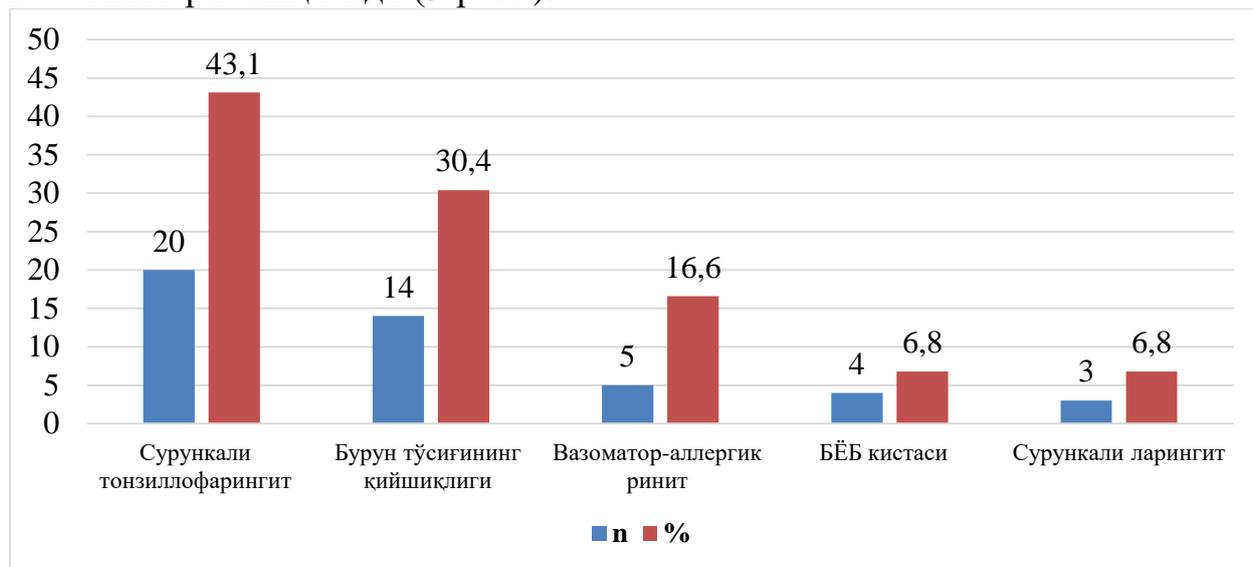
Ўтказилган микробиологик текширув натижалари шуни кўрсатдики, КТП билан оғриган беморларда бурун ва бурун-ҳалқум ҳамда балғамнинг микробли манзараси деярли бир хил. КТП билан оғриган беморларда (1-гурух, n=32) СРС кечишининг асосий қўзғатувчилари *Streptococcus pneumoniae* (28,1%), *H.influenzae* (18,7%) ҳисобланади. КТП билан оғриган беморларда ремиссия пайтида ёки СРСнинг яширин даврида (2 ва 3 гуруҳлар) бурун ва БЁБ лари ажралмасида *Streptococcus pneumoniae*, *H.influenzae* (24,2%) (n=70) аниқланди, бу эса юқори нафас йўлларида шартли-патоген микрофлоранинг коллонизациясидан далолат беради.

Диссертациянинг «Касалхонадан ташқари пневмония ва сурункали риносинуситли беморларни ташхислаш ва даволаш хусусиятларининг таҳлили» деб номланган тўртинчи бобида сурункали риносинусит касаллиги билан оғриган беморларни текширув ҳамда даволаш натижалари таҳлил қилинган.

Ўрта оғир ва оғир даражали сурункали риносинусит аниқланган касалхонадан ташқари пневмонияли беморларни текшириш ва даволаш натижалари.

Антибактериал терапия сифатида цефалоспоринлар (3-4-авлод) ва фторхинолонлар (2-3-авлод) гуруҳига мансуб бўлган препаратлар, интраназал маҳаллий глюкокортикостероидлар (мометазон фууроат 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. Кузатувимиздаги беморларни ташхислаш ва даволаш тадбирларини белгилашда III бобда батафсил қайд қилинган беморлардан олинган суртмаларни бактериалогик текшириб, микроблар тури аниқланиб, уларнинг антибиотикларга сезгирлик даража кўрсаткичларини инобатга олиб даволаш муолажасига ўзгартириш ёки қўшимчалар киритилди.

32 нафар беморнинг 30 нафариди (93,7%) ЛОР органларининг ёндош касалликлари аниқланди (3-расм).



3-расм. 1-гуруҳ беморларининг ЛОР аъзоларининг ёндош касалликлари.

Субъектив ва объектив (олдинги риноскопия) текшириш усуллари.

1-гуруҳдаги барча беморларда текширувда СРСга хос бўлган шикоятлар, масалан, бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши, бурундан ажралмалар ажралаши, бош оғриғи, гипосмия ёки аносмия (ҳид билишнинг зараланиши), шунингдек СРСнинг объектив клиник белгилари: бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг гиперемияси, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг шиши, бурун бўшлиғи йўлларида ажралмалар, БЕБ проекциясини палпация қилишда оғриқ аниқланди.

Комплекс даволаш натижасида барча беморларда субъектив шикоятларнинг намоён бўлиш даражаси пасайди, олинган маълумотлар 9-жадвалда ифодаланган.

1-гурух беморлар субъектив шикоятлари кўрсаткичларининг динамикаси(n=32), (M±n)

Кунлар	Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши	Бурундан ажралмалар ажралиши	Бош оғриғи	Гипосмия
1 кун	5,7±0,3	5,4±0,3	5,5±0,2	2,5±0,6
3 кун	4,6±0,2	4,5±0,2	3,9±0,2	2,5±0,5
10 кун	2,5±0,4	1,7±0,3	1,0±0,3	1,5±0,5
30 кун	1,6±0,3	1,2±0,2	0,6±0,2	1,1±0,4
90 кун	2,4±0,3	1,7±0,2	0,8±0,2	1,2±0,4

Ушбу гуруҳдаги барча беморларда бурун орқали нафас олиш (бурун битиши) ҳар хил даражадаги бузилишлар рўй берган.

Ўтказилган даволаш натижасида антибиотикли давонинг охириги (10-кун) кунда барча беморларда бурун орқали нафас олиш тикланиши, барча беморлар ушбу клиник симптомларнинг ортга қайтганини аниқланди. Субъектив баҳолашда 11 нафар (34,4%) беморда бурун орқали нафас олиш тўлиқ тикланди. Кейинчалик (30-кун), 16 нафар (50,0%) беморда бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиш шикояти қайд этилмади. Тадқиқотнинг 10-кунига келиб бурун бўшлиғидаги ажралма миқдорининг сезиларли даражада камайиши қайд этилди. Барча беморлар ажралма табиати шиллиқли-йиринглидан шиллиқлига ўзгарганлигини ёки бутунлай тўхтаганалиги кузатилди.

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 10-жадвалда ифодаланган.

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

Кунлар	Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати қизариши	Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати шиши	Бурун бўшлиғидаги ажралмалар	БЁБ проекцияси пальпациясида оғриқ
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

Объектив симптомларнинг динамикаси бурун шиллиқ қаватининг қизариши ва шиши, патологик ажралмаларнинг мавжудлиги ва БЁБ проекцияси палпациясида оғриқ бўлиши каби маҳаллий яллиғланиш

белгиларининг миқдори ва намоён бўлишининг камайиши билан тавсифланди.

Бурун бўшлиғи функционал текширув натижалари. 1-гурухдаги 32 нафар беморларда мукоцилиар транспортнинг функциясини стандарт сахаринли тест ёрдамида ўтказилди. Олинган кўрсаткичларни таққослаш учун амалий соғлом бўлган 40 нафар шахсларни текширувдан ўтказдик. Соғлом шахсларда сахарин қўйилганидан бошлаб оғизда ширин таъм пайдо бўлгунча кетган вақт 7 дақиқадан 12 дақиқачачани ташкил қилди. Олиб борилган текширувнинг натижалари 11-жадвалда кўрсатилган.

11-жадвал

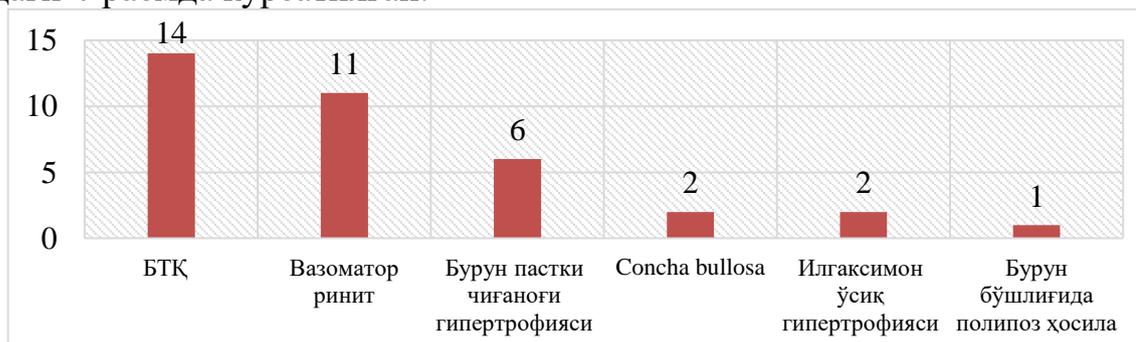
Текширувдан ўтказилган беморларда бурун бўшлиғининг функционал текширув натижалари

Текширув	1 гуруҳ беморлари, n=32	Назорат гуруҳи, n=40
Мукоцилиар клиренс, дак.	23,5±0,8	11,8±1,3
Қорачиқ реакцияси вақти, мин	71,23±5,4	43,4±0,5
Пахтали шарик массаси, мг	47,32±0,7	40,5±0,08

Қорачиқ реакцияси вақти 1 гуруҳда ўртача 71,23±5,4 дақиқани ташкил қилди. Олинган маълумотлардан СРС билан оғриган беморларда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг сўриш функцияси бузилганлиги аниқланди.

1-гурух беморларда шариклар массаси ўртача 47,32±0,7 мг ни ташкил қилган. Текширувлар шуни кўрсатдики, беморларда бурун бўшлиғининг шиллиқ қаватида транспорт функцияси бузилади, рН ўзгаради, сўриш функцияси узаяди, ажратиш функциясининг ошиши ҳисобига секретор фаоллик ошади. Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ажратиш функциясининг кўрсаткичи ёки секретор фаоллик СРС билан оғриган беморларда ошади. Бу шиллиқ ва қадахсимон безларининг гиперпродукциясидан дарак беради, бунда хилпилловчи эпителий ва лизоцим фаоллигининг функциясига таъсир кўрсатиб, бурун шиллиғининг ҳимоя воситаларини аҳамиятли даражада таъминлайди.

Бурун бўшлиғи эндоскопияси. Барча беморларга СРС келиб чиқишига сабаб бўлувчи бурун бўшлиғининг микроанатомик тузулмаларини аниқлаш мақсадида бурун бўшлиғи эндоскопик текшируви ўтказилди. Натижалар қўйидаги 4-расмда кўрсатилган.



4-расм. Бурун бўшлиғи эндоскопик текширув натижалари

БТҚ 1 гуруҳдаги барча беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг қизариши, шиши, патологик ажралмалар мавжудлиги кузатилди (5-расм). 14 (43,75%) нафар беморларда, вазомотор ринит 11 (34,4%) нафар беморларда, пастки бурун чиғаноғининг каталашиши 6 (18,75%) нафар беморларда аниқланди. Шунингдек, ўрта бурун чиғаноғининг буллез гипертрофияси 2 (6,25%) нафар беморларда, илгаксимон ўсиқ гипертрофияси 2 (6,25%) нафар беморда ва бурун бўшлиғидаги полипозли ўзгарганлиги 1 (3,1%) нафар беморда кузатилиб, улар олдинги гуруҳ БЎБ лари табиий тешикларини қисман ва тўлиқ тўсиб қўйганлиги аниқланди (6-расм). Бурун тўсиғининг қийшайишлари турли хил шаклларда учради.



5-расм. Бемор Ф. 39 ёш. Бурун бўшлиғининг эндоскопиядаги манзараси. Чап бурун умумий йўлида йирингли ажралмалар.

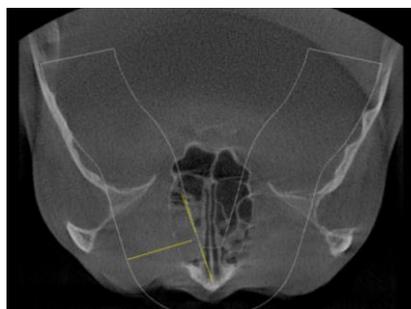


6-расм. Бемор И. 38 ёш. Бурун бўшлиғининг эндоскопиядаги манзараси. Чап бурун ўрта йўлида йирингли ажралма.

Бурун ёндош бўшлиқлари рентгенографияси. Ушбу гуруҳнинг барча беморларида (n=32) БЎБ 3D рентгенографияси (КНКТ) ўтказилди (7 ва 8-расм). Текширувлар натижасида 2 та беморда пансинусит, 3 та беморда - гемисинусит, 13 та беморда - гайморозтмоидит аниқланган бўлса, 5 та беморда этмоидосфеноидит, 5 та беморда этмоидит, 4 та беморда сфеноидит аниқланди. Рентгенологик текширишлар натижасида 91 та (100%) БЎБ ларида сояланишлар аниқланиши, улардан юқори жағ бўшлиғида 23 (25,3%), пешона бўшлиғида 7 (7,6%), ғалвирсимон катакларда 45 (45,0%), понасимон бўшлиқларда 20 (22,0%) ташкил қилди.



7-расм. Бемор Д. 31 ёш. Бурун ёндош бўшлиқлари 3D рентгенографияси. Чап юқори жағ ва этмоидал катакларда субтотал ва тотал сояланишлар аниқланади.



8-расм. Бемор Г. 27 ёш. Бурун ёндош бўшлиқлари 3D рентгенографияси. Олдинги ва ўрта гуруҳ этмоидал катакларда субтотал ва тотал сояланишлар аниқланади.

Тадқиқот натижаларига кўра антибиотикли даво, маҳаллий ГКС, секретолитик, антигистамин ва бурун бўшлиғини санацияси СРСнинг клиник кечимида самарали даво усулларидан бири эканлиги тасдиқланди. 7 (21,8%) нафар беморга ярим жарроҳлик усули яъни юқори жағ бўшлиғи пункцияси амалиётлари ўтказилди.

Тадқиқотнинг 30-кунда СРСга қарши комплекс даво-муолажаларининг клиник самарадорлиги 90,7%ни ташкил этди, даволаш самарасиз бўлганлиги сабабли учта (9,3%) беморда эндоскопик синус жарроҳлик амалиёти ўтказилди, операция жараёнида остеоэотал комплекс соҳасида БЁБлари табиий тешиклари бекилганлиги аниқланди. 8 (25%) нафар беморга режали равишда септопластика ва 9 (28,1%) нафар беморда вазотомия жарроҳлик амалиётлари ўтказилди (12-жадвал).

12-жадвал

1-гурух беморларда ўтказилган ярим жарроҳлик ва жарроҳлик муолажалари

Муолажалар номи	Ўтказилган амалиётлар сони (n)
Юқори жағ бўшлиғи пункцияси	7 (21,8%)
Функционал эндоскопик синус жарроҳлик	3 (9,3%)
Септопластика	8 (25%)
Вазотомия	9 (28,1%)

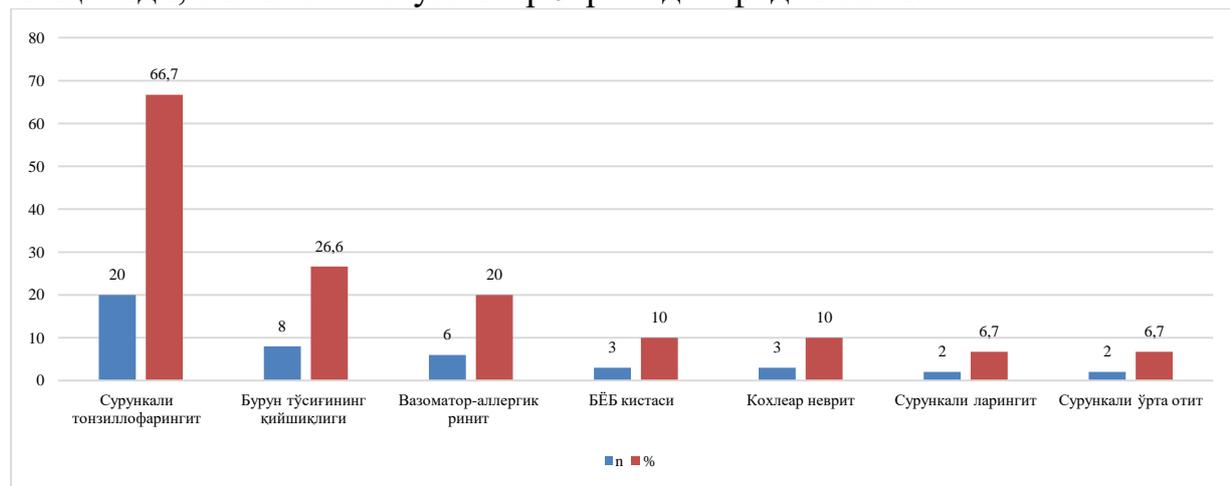
КТП антибиотикли давосининг клиник самарадорлиги 30-кунда 87%ни ташкил этди. 4 та (13%) беморга 2-қатор антибактериал дорилар буюриш талаб қилинди ва битта беморда ҳам СРСга ва ҳам КТПга нисбатан даволаш самарасизлиги қайд этилди.

30-кундан 90-кунгача КТП кечиши 3 та (9,68%) беморда қайд этилди. 30-кундан 90-кунгача бўлган кузатув даврида СРСни кечиши бўйича маълумотлар аниқланмади. Шундай қилиб, 1-кундан 90-кунгача кузатув даврида ҳам КТП ва ҳам СРСнинг кечиши 7 та (22,6%) беморда қайд этилди.

Енгил даражали сурункали риносинусит аниқланган касалхонадан ташқари пневмонияли беморларни текшириш ва даволаш натижалари.

2-гурухдаги 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.

30 нафар бемордан 24 тасида (80%) ЛОР аъзоларининг касалликлари аниқланди, олинган маълумотлар 9-расмда ифодаланган.



9-расм. 2-гурух беморларда ЛОР органларининг ёндош касалликлари

Беморларда бурун шиллиқ қаватининг яллиғланиш касалликларига хос бўлган турли хил шикоятлар мавжуд бўлиб, улар енгил даражада эканлиги кузатилди.

Субъектив ва объектив (риноэндоскопия) текшириш усуллари. 2-гурухдаги барча беморларда эндоскопик текширувда объектив клиник белгилари: бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг гиперемияси, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг шиши, бурун бўшлиғи йўлларида шиллиқ ажралмалар аниқланди.

Комплекс даволаш натижасида барча беморларда субъектив шикоятларнинг намоён бўлиш даражаси пасайди, олинган маълумотлар 13-жадвалда ифодаланган.

13-жадвал

2-гурух беморларнинг субъектив шикоятлари кўрсаткичларининг динамикаси (n=30), (M±n)

Кунлар	Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши	Бурун ажралмалар ажралиши	Бош оғриғи	Гипосмия
1 кун	5,7±0,3	5,4±0,3	5,5±0,2	2,5±0,6
3 кун	4,6±0,2	4,5±0,2	3,9±0,2	2,5±0,5
10 кун	2,5±0,4	1,7±0,3	1,0±0,3	1,5±0,5
30 кун	1,6±0,3	1,2±0,2	0,6±0,2	1,1±0,4
90 кун	2,4±0,3	1,7±0,2	0,8±0,2	1,2±0,4

Ушбу гуруҳдаги барча беморларда бурун орқали нафас олиш (бурун битиши) ҳар хил даражада бузилганлиги кузатилган.

Комбинацияланган даволаш натижасида антибиотикли давонинг охириги (10-кун) кунда барча беморларда бурун орқали нафас олиш тикланди, барча беморлар ушбу клиник симптомларнинг ортга қайтиши рўй берди. Субъектив

баҳолашда 21 нафар (70%) беморда бурун орқали нафас олиш тўлиқ тикланди.

Даволашнинг 10-кунига келиб ўтказилаётган даволаш натижасида СРС объектив симптомларининг ижобий динамикаси ҳам барча беморларда қайд этилди. Бурун бўшлиғи риноэндоскопиясидан сўнг, олинган маълумотлар 14-жадвалда ифодаланган.

14-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 оғриқ
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

Объектив симптомларнинг динамикаси бурун шиллик қаватининг қизариши ва шиши, патологик ажралмаларнинг мавжудлиги каби маҳаллий яллиғланиш белгиларининг миқдори ва намоён бўлишининг камайиши билан тавсифланди.

Бурун бўшлиғи функционал тепкшириш натижалари. 2-гурухдаги 30 нафар беморларда мукоцилиар транспортнинг функциясини стандарт сахаринли тест ёрдамида ўтказилди. Олинган кўрсаткичларни таққослаш учун амалий соғлом бўлган 40 нафар шахсларни текширувдан ўтказдик. Соғлом шахсларда сахарин қўйилганидан бошлаб оғизда ширин таъм пайдо бўлгунича кетган вақт 5 дақиқадан 12 дақиқагачани ташкил қилди. Олиб борилган текширувнинг натижалари 15-жадвалда ифодаланган.

15-жадвал

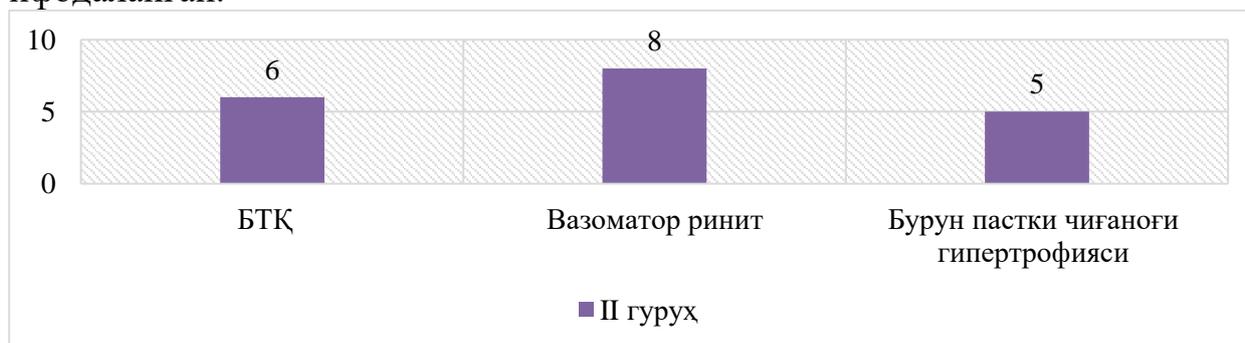
Текширувдан ўтказилган беморларда бурун бўшлиғининг функционал текширув натижалари

Текширув	2 гурух беморлари, n=30	Назорат гурухи, n=40
Мукоцилиар клиренс, дақ.	20,1±0,71	11,8±1,3
Қорачиқ реакцияси вақти, мин	60,4±4,3	66,3±0,5
Пахтали шарик массаси, мг	44,8±0,6	40,5±0,08

Қорачиқ реакцияси вақти 2-гурухда ўртача 76,2±4,3 дақиқани ташкил қилди. Бу маълумотлар сурункали синуситлар билан оғриган беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг сўриш функцияси бузилганлигини тасдиқлайди.

Ушбу гуруҳдаги беморларда шариклар массаси ўртача $44,8 \pm 0,6$ мг ни ташкил қилди. Олинган натижалар 1-гуруҳдаги натижалар билан солиштирилганда, бурун бўшлиғи функционал ҳолати кўрсаткичларида сезиларли даражада ўзгаришлар кузатилмади.

Бурун бўшлиғи эндоскопияси. СРС ни этиологик омилларига сабаб бўлувчи ҳолатларни аниқлаш мақсадида бурун бўшлиғи анатомик тузулмаларини ҳолатини ўрганиш мақсадида 2-гуруҳ беморларда бурун бўшлиғи эндоскопик текшируви ўтказилди. Натижалар қўйидаги 10-расмда ифодаланган.



10-расм. Бурун бўшлиғи эндоскопик текширув натижалари

БТҚ 2-гуруҳдаги барча беморларда бурун бўшлиғи шиллик қаватининг қизариши, шиши, патологик ажралмалар мавжудлиги кузатилди (11 ва 12-расм). 14 (43,75%) нафар беморларда, вазомотор ринит 11 (34,4%) нафар беморларда, пастки бурун чиғаноғи каталашиси 6 (18,75%) нафар беморларда аниқланди. Бурун тўсиғининг қийшайишлари турли хил шаклларда эканлиги аниқланди.



11-расм. Бемор Н. 39 ёш. Бурун бўшлиғининг эндоскопик картинаси. Ўнг бурун ўрта йўлида шиллик ажралмалар. Бурун тўсиғи қийшиқлиги.



12-расм. Бемор Ш. 34 ёш. Бурун бўшлиғининг эндоскопик картинаси. Умумий бурун йўлида шиллик ажралма. Бурун тўсиғи қийшиқлиги.

Даволаш жараёнида ушбу гуруҳдаги барча беморларда ВАШда ўлчанган субъектив шикоятларнинг ижобий динамикаси аниқланди, олинган маълумотлар 16-жадвалда ифодаланган.

16-жадвал

2-гурух беморларда субъектив шикоятлар кўрсаткичларининг динамикаси (n=30), (M±n)

Кунлар	Бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиши	Бурундан ажралма ажралиши	Бош оғриғи	Гипосмия
1 кун	3,6±0,3	3,0±0,1	1,5±0,3	1,1±0,4
3 кун	3,0±0,2	2,6±0,1	0,7±0,2	1,0±0,3
10 кун	2,3±0,3	1,4±0,2	0,2±0,1	0,7±0,2
30 кун	1,5±0,3	0,5±0,2	0,0±0,0	0,5±0,2
90 кун	1,9±0,3	1,0±0,2	0,2±0,1	0,7±0,3

Маҳаллий стероидлар билан симптоматик даволаш ва изотоник денгиз суви эритмаси билан бурун бўшлиғини санациялаш ва беморга КТП нинг кечиши муносабати билан ўтказиладиган индивидуал терапия биргаликда беморлар субъектив хиссиётларининг ижобий динамикаси кузатилди. Ушбу гуруҳдаги беморларда тадқиқотнинг 10-кунида бурун орқали нафас олишнинг сезиларли яхшиланиши кузатилмади, тадқиқотнинг 30-кунига келиб 15 нафар бемор бурун орқали нафас олиш тўлиқ тикланиши кузатилди. Тадқиқотнинг 10-кунигача бурун бўшлиғида ажралманинг тўлиқ йўқолиши ёки сезиларли даражада камайиши 10 та бемор томонидан қайд этилди. Тадқиқотнинг 30-кунига келиб, 23 та кишида бурун бўшлиғида ажралма борлиги ҳақида ҳеч қандай шикоят бўлмади. Бош оғриғига оид шикоятлар камайди, ушбу беморларда рўй берган ижобий ўзгаришлар бевосита қўшма даволаш тадбирларини самараси эканлиги амалий жиҳатдан тасдиқланди.

Бурун бўшлиғи риноэндоскопиясидан сўнг 17-жадвалда ифодаланган қуйидаги натижалар олинди.

17-жадвал

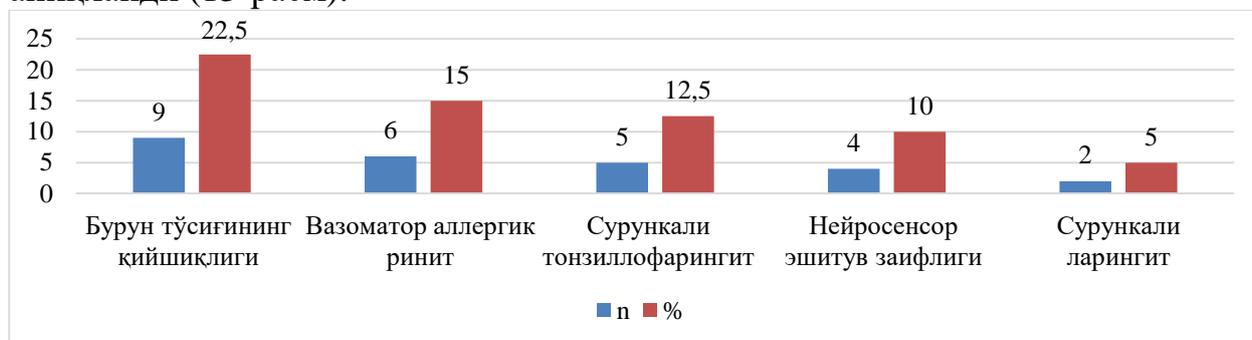
2-гурух беморларда СРСнинг объектив белгилари кўрсаткичларининг динамикаси (n=30), (M±n)

Кунлар	Бурун бўшлиғи шиллик қавати қизариши	Бурун бўшлиғи шиллик қавати шиши	Бурун бўшлиғи ажралмаси
1 кун	3,2±0,2	3,6±0,2	3,1±0,2
3 кун	2,7±0,1	3,0±0,2	2,8±0,1
10 кун	1,6±0,2	1,9±0,2	1,0±0,2
30 кун	0,6±0,2	1,0±0,2	0,4±0,1
90 кун	1,0±0,2	1,2±0,2	1,0±0,2

Беморларда ўтказилган 30 кун давомида маҳаллий стероидлар билан консерватив даволаш, шунингдек, денгиз сувининг изотоник эритмаси билан бурун бўшлиғини санациялаш энгил даражадаги СРСга хос симптомларни камайиши ёки бартараф бўлишга, бурун бўшлиғи шиллик қаватларини эндоскопия манзарасини тикланиши кузатилди.

Сурункали риносинусит аниқланмаган касалхонадан ташқари пневмонияли беморларни текшириш ва даволаш натижалари

Назорат гуруҳи сифатида кузатувимизда бўлган 40 нафар бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари томонидан клиник шикоятлари бўлмаган беморлар ташкил этди. 40 нафар беморларни чуқур эндоскопик текширув натижаларида 23 нафар (57,5%) беморда ЛОР аъзоларининг турли хилдаги касалликлари аниқланди (13-расм).



13-расм. 3-гуруҳ беморларда ЛОР органларининг ёндош касалликлари

Субъектив ва объектив (риноэндоскопия) текшириш усуллари.

Беморларда шикоятлари ўрганилганда бурун ва БЁБ сурункали яллиғланиш касалликлари клиник кечишларига хос бўлган субъектив белгилар кузатилмади. Текширув натижаларига кўра объектив клиник белгилари: бурун бўшлиғи шиллик қаватининг гиперемияси, бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шиши, бурун бўшлиғи йўлларида шиллик ажралмалар аниқланмади. Бурун бўшлиғи анатомик тузулмаларини ҳолатини баҳолаш мақсадида 3-гуруҳ беморларда бурун бўшлиғи эндоскопик текшируви ўтказилди. Текширув давомида 6 нафар беморда бурун бўшлиғи эндоскопиясида нафас олишга таъсири бўлмаган бурун тўсиғи қийшиқлиги аниқланди (14 ва 15-расмлар).

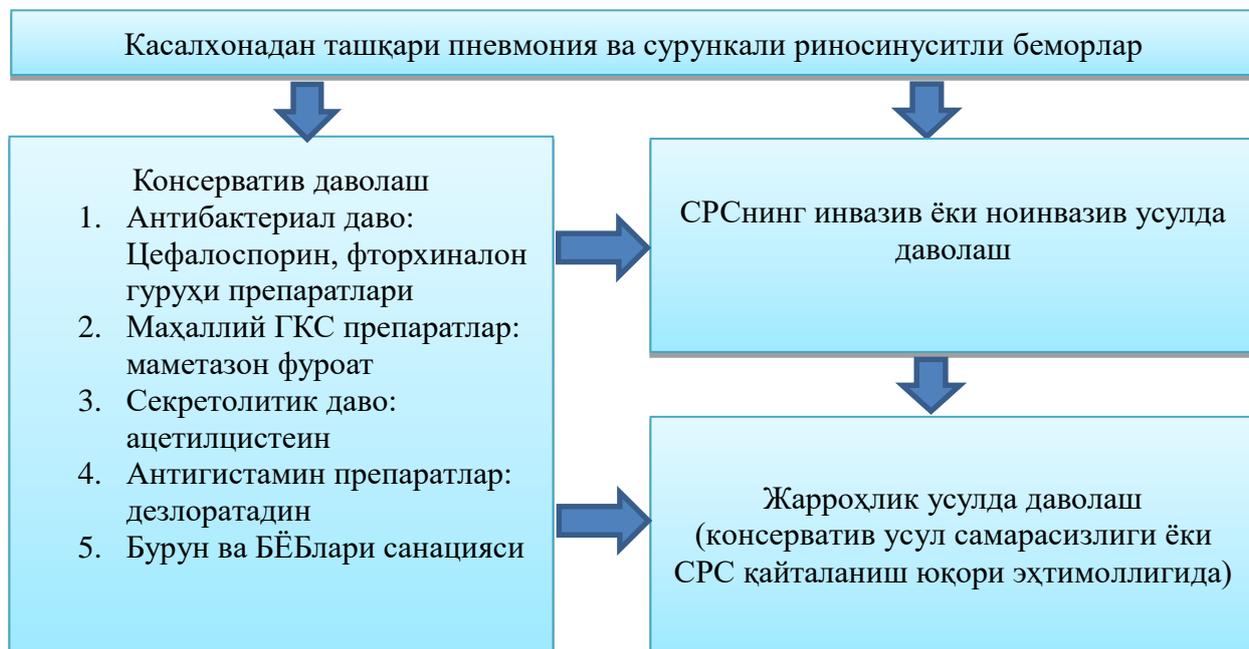


3-гуруҳдаги беморларга бурун ва БЁБ сурункали яллиғланиш касалликлари аниқланмаганлиги сабабли, ушбу гуруҳдаги беморларга пульмонолог томонидан КТПни даволаш муолажалари ўтказилди.

Тадқиқотимиз натижаларига асосан СРС ва КТП ли беморларни барвақт ташхислаш ва самарали даволаш имконини берадиган ташхислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди ва амалиётга таклиф қиламиз.



16-расм. КТП беморларда юқори нафас йўллари касалликларини ташхислаш алгоритми



17-расм. КТП беморларда юқори нафас йўллари касалликларини даволаш алгоритми

ХУЛОСА

«Бурун ва ёндош бўшлиқлари касалликларининг пастки нафас йўллариغا асоратланишларини эрта ташхислаш ва профилактикаси» мавзусидаги тиббиёт бўйича фалсафа доктори диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Касалхонадан ташқари пневмония(КТП)ли беморларнинг 60,8% ида бурун ва БЁБлари яллиғланиш касалликлари аниқланди. Сурункали риносинусит(СРС) аниқланган беморларнинг БЁБлари 3D рентгенография (КНКТ) текширувлари натижасида 51,6% ҳолатларда БЁБларида сояланишлар аниқланди. Жумладан, ғалвирсимон суяк катакчаларида - 45,0%, юқори жағ бўшлиқларида - 25,3%, понасимон суяк бўшлиқларида - 22,0% ҳолатларда кузатилди.

2. Бурун ва бурун-ҳалқум суртмалари ҳамда балғам экмаларини микробиологик текширувларида уларнинг таркибидаги микроблар бир хил турда эканлиги аниқланди. Юқори ва пастки нафас йўлларида аксарият патоген микрофлораларни *Str.pneumonia* (16,7% ва 18,6%), *H.influenzae* (13,4% ва 8,8%), *S.aureus* (20,5% ва 8,8%) ташкил этди.

3. СРС ва КТП касалликларининг асосий кўзгатувчиси ҳисобланган *Streptococcus pneumonia* ПЗР усулда бурун ва бурун-ҳалқум суртмаларида текширилганда 31 нафар (30,4%) беморда аниқланди ва бу эса шартли-патоген микрофлораларнинг юқори нафас йўлларида коллонизациясидан дарак беради.

4. Беморларнинг аксариятида КТП клиник кечими оғирлик даражаси СРСнинг оғирлик даражаси билан муттаносиб ҳолда боғлиқлиги тасдиқланди.

5. СРС аниқланган КТПли беморларни даволашда микробиологик текширувларда микроблар тури ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини инобатга олган ҳолда III-IV авлод цефалоспоринлари ва II-III авлод фторхиналонларини (цефоперазон, левофлоксацин) билан бир қаторда интраназал глюкокортикостероид (мометазон фуроат), антигистамин (дезлоратадин), секретолитикларни (ацетилцистеин) қўллаш ҳамда бурун ва БЁБлари санацияси самарали усул эканлиги аниқланди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ЖУМАНОВ ДАУЛЕТ АЗАТБЕК УГЛИ

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ
НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НОСА И
ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

14.00.04 – Оториноларингология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за B2019.2.PhD/Tib850

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета www.tsdі.uz и на Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» www.ziynet.uz.

Научный руководитель: **Бакиева Шахло Хамидуллаевна**
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Рязанцев Сергей Валентинович**
доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

Шамсиев Джахангир Фазлиддинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Институт усовершенствования врачей имени А.Алиева**
(Баку, Азербайджан)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 года в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 по присуждению ученых степеней при Ташкентском государственном стоматологическом институте (Адрес: 100016, город Ташкент, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, дом 103. Тел./Факс: +99871-230-20-65; факс: (+99871)230-47-99; e-mail: tsdi2016@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирована под номером___). Адрес: 100016, город Ташкент, Яшнабадский район, ул. Махтумкули, дом 103. Тел./Факс: +99871-230-20-65; (+99871)230-47-99.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2022 года)

Н.К.Хайдаров

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Л.Э.Хасанова

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

А.А.Абдукаюмов

Председатель научного семинара при Научном Совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «... у 20-50% больных с аллергическим ринитом продолжительностью более года отмечаются симптомы бронхиальной астмы. У 60% больных с хроническим риносинуситом наблюдается развитие бронхолегочной патологии....»¹. По данным зарубежных авторов, число больных хроническим риносинуситом ежегодно увеличивается на 1,5-2%, и на сегодняшний день более 2/3 стационарных больных приходится на данную патологию. Несмотря на применение современных методов лечения, при длительно протекающих и рецидивирующих формах риносинусита наблюдается рост частоты атипичного течения заболевания. В странах Европы и Северной Америки показатели заболеваемости пневмонией составляет 5-10 случаев на 1000 человек, а во всем мире ежегодно пневмонией заболевают около 17 миллионов человек. При клинически тяжелых формах пневмонии летальный исход наблюдается в 10% случаев. Смерть от пневмонии особенно распространена среди детей раннего возраста, пожилых пациентов и у пациентов с системными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. При этом риносинусит у детей до 3 лет протекает с осложнениями в 94,7% случаев соответственно и почти в 50% осложняется развитием пневмонией.

Несмотря на то, что в мире существует ряд достоверных клинических и эпидемиологических исследований, подтверждающих важность факторов, влияющих на развитие и клиническое течение внебольничной пневмонии, важность воспалительных заболеваний носа и прилегающих к нему околоносовых пазух еще предстоит адекватно определить. В связи с этим определение распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух при внебольничной пневмонии; определение видов риносинуситов и частоты их встречаемости в околоносовых пазухах; сравнительные микробиологические исследования верхних и нижних дыхательных путей; определение влияния хронического риносинусита на течение внебольничной пневмонии; важность воспалительных заболеваний носа и прилегающих к нему околоносовых пазух в лечении и рецидивировании внебольничной пневмонии - остаются приоритетными направлениями научных исследований. Все это свидетельствует об актуальности проблемы в связи с широкой распространенностью внебольничной пневмонии и отсутствием тенденции к снижению заболеваемости.

Реализуются меры, направленные на развитие и реформирование медицинской сферы нашей страны, адаптацию медицинской системы к требованиям мировых стандартов, предотвращение распространения заболеваний верхних и нижних дыхательных путей и снижение их осложнений. В связи с этим, в соответствии с семью приоритетными направлениями стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы, в

¹Ежегодный отчет Всемирной организации здравоохранения

поднятии уровня медицинских услуг населению на новый уровень решаются такие задачи, как «...повышение качества квалифицированных услуг населению в первичном медико-санитарном обслуживании...»². При выполнении этих задач целесообразно проведение научных исследований в области ранней диагностики и эффективного лечения хронического риносинусита, способствуя тем самым предотвращению развития осложнений в нижних дыхательных путях, а также для дальнейшего снижения показателей инвалидизации и смертности.

Данное диссертационное исследование в определенной степени соответствует задачам, определенных в Указах Президента Республики Узбекистан за ПФ-60 от 28 января 2022 года Президента Республики Узбекистан «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы», №-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», УП за № -4985 от 16 марта 2017 года «О мерах по совершенствованию экстренной медицинской помощи», УП №-5590 от 7 декабря 2018 г. «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», ПП № -3071 от 20 июня 2017 г. «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы», ПП №-2866 от 4 апреля 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы в Республике Узбекистан», а также в иных нормативно- правовых актах, связанных с данной деятельностью.

Учитывая все вышеперечисленное, можно сделать вывод о том, что решение данной проблемы будет способствовать решению и дальнейшему развитию тенденций современной медицины.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнена в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики Узбекистан: VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Заболевания носа и околоносовых пазух относятся к числу наиболее распространенных патологий в оториноларингологии, что связано с современной экологической обстановкой, преобладанием аллергических и вирусных респираторных заболеваний, снижением местного и общего иммунитета. Все исследователи сходятся во мнении, что в последние годы в мире отмечается рост хронического риносинусита (D.D. de Loos, E.S. Laurijsen, D.J. Wolvers, W.J. Fokkens, 2020). Помимо типичного течения внебольничной пневмонии отмечается нарастание атипичной пневмонии, в том числе и тяжелых форм пневмонии, что в свою очередь приводит к резкому увеличению летальности (N. Ishimaru, S. Suzuki, T. Shimokawa, Yu. Akashi, Yu. Takeuchi, 2021).

Учитывая взаимосвязь верхних и нижних дыхательных путей, был проведен ряд исследований течения аллергического ринита, хронического

² Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы»

синусита и бронхиальной астмы. Также были изучены такие коморбидные заболевания, как хронический риносинусит и хронический обструктивный бронхит (Г. Э. Дженгер, А. С. Лопатин, С. И. Овчаренко, 2010), а также нозокомиальный синусит и нозокомиальная пневмония (И. С. Абдуллаев, А.И. Крюков, 2008), на основе которых была изучена проблема взаимосвязи между данными видами патологий. Однако, вопросы встречаемости хронических риносинуситов у пациентов с внебольничной пневмонией, влияние их на клиническое течение заболевания, методы комплексной диагностики и лечения остаются неизученными. В очень немногих зарубежных публикациях сообщается о том, что у 40–80% больных с внебольничной пневмонией имеются также жалобы на имеющиеся патологические состояния в полости носа и околоносовых пазух.

В 1965 году в Узбекистане (А.И.Муминов) была проведена научно-исследовательская работа по связи заболеваний носа и околоносовых пазух с хроническими гнойными воспалительными процессами легких, в результате которой было доказано, что существует взаимная этиопатогенетическая связь между патологиями верхних и нижних дыхательных путей. Однако, несмотря на то, что в последние годы наблюдается резкое увеличение числа и осложнений этих заболеваний, научно-исследовательских работ, проводимых в этом направлении, недостаточно.

Таким образом, проблема взаимоотношений особенностей состояния полости носа и околоносовых пазух, влияния их на течение внебольничной пневмонии в современной литературе практически не изучена. Одной из причин развития внебольничных пневмоний и низкой эффективности их лечения является отсутствие данных об особенностях микрофлоры при смежной патологии верхних дыхательных путей и внебольничной пневмонии. Все это свидетельствует о необходимости проведения научных исследований в этой области.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационная работа выполнена в рамках проекта №01997390385 Ташкентской медицинской академии в соответствии с планом научно-исследовательской работы «Поиск новых способов диагностики, лечения и эффективной профилактики основных оториноларингологических заболеваний» (2017-2021 гг.).

Цель исследования заключается в разработке предложений и рекомендаций по оптимизации методов ранней диагностики и лечения заболеваний полости носа и околоносовых пазух у больных с внебольничной пневмонией.

Задачи исследования:

провести анализ распространенности воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у больных с внебольничной пневмонией;
определить воспалительные заболевания околоносовых пазух с помощью 3D рентгенографии у больных с внебольничной пневмонией;

провести сравнительную оценку характера микрофлоры верхних и нижних дыхательных путей у больных с внебольничной пневмонией с сопутствующим хроническим риносинуситом;

оценить взаимосвязь клинического течения внебольничной пневмонии и степень выраженности воспалительного процесса в носовой полости и околоносовых пазухах;

разработать алгоритм комплексной диагностики и лечения воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у больных с внебольничной пневмонией.

Объектом исследования явились 102 больных в возрасте 18 – 60 лет (61 женщин, 41 мужчин), получавших стационарное лечение в отделении пульмонологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с диагнозом внебольничной пневмонии в период в 2018-2021 гг.

Предметом исследования послужили мазок выделений слизистой оболочек носовой полости и носоглотки, мокроты для исследования микробиологии и ПЦР, периферическая венозная кровь, взятая для общего анализа крови.

Методы исследования. В диссертационной работе использовались клинические, эндоскопические, рентгенологические, микробиологические, ПЦР и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

впервые выявлены сопутствующие хронические заболевания околоносовых пазух у больных с внебольничной пневмонией с помощью 3D-рентгенографии (КЛКТ);

подтверждено, что хронический этмоидит и хронический сфеноидит являются основными этиологическими факторами хронического течения и рецидивов внебольничной пневмонии;

впервые у пациентов с внебольничной пневмонией с сопутствующим хроническим риносинуситом были проведены сравнительные микробиологические исследования мазков слизистых оболочек верхних и нижних дыхательных путей и определена чувствительность к современным антибиотикам;

впервые у больных с внебольничной пневмонией с сопутствующим хроническим риносинуситом в мазках, полученных из полости носа и слизистой носоглотки методом ПЦР было доказано что, основным возбудителем является *streptococcus pneumoniae*;

Практические результаты исследования:

проведенное комплексное обследование больных с внебольничной пневмонией показало, что в 60,8% случаев было выявлена воспалительная патология полости носа и околоносовых пазух, что свидетельствует о необходимости проведения консультации оториноларинголога при диагностике и выборе тактики лечения больных с данной патологией;

в целях дальнейшей профилактики хронического течения заболевания и развития рецидивов у больных с внебольничной пневмонией целесообразно проведение 3D-рентгенографии околоносовых пазух.

в мазках взятых из полости носа и носоглотки, а также мазках мокроты у больных с внебольничной пневмонией выявлялась практически одинаковая картина микрофлоры, что свидетельствует о корреляционной взаимозависимости воспалительных процессов верхних и нижних дыхательных путей. Помимо этого, была определена чувствительность основной патогенной микрофлоры к современным антибактериальным препаратам.

ПЦР-тестирование мазков из носа и носоглотки в дополнение к микробиологическому посеву является обоснованным для ранней диагностики и базисного лечения внебольничной пневмонии.

Достоверность результатов исследования подтверждается применением в научном исследовании теоретических подходов и методологически правильных практических исследований, достаточным количеством больных, обработкой полученных данных с использованием современных, взаимодополняющих клинических, эндоскопических, рентгенологических, микробиологических и статистических методов исследования, сравнены с результатами международных и местных исследователей, а также уполномоченными структурами.

Научная новизна и практическая значимость результатов исследования.

Научно доказано, что полученные выводы и рекомендации, основанные на научной значимости полученных результатов исследования, такие как клинико-функциональные, эндоскопические, микробиологические, рентгенологические, вносят значительный вклад в оптимизацию методов ранней диагностики, а также в разработку эффективных алгоритмов для диагностики и лечения заболеваний полости носа и околоносовых пазух у больных с внебольничной пневмонией.

Практическая значимость исследования заключается в том, что разработанный алгоритм лечения позволяет повысить качество реализации лечебной тактики и, в свою очередь, имеет возможность улучшить качество жизни пациентов.

Внедрение результатов исследования. На основании научных результатов о значении клинико-лабораторных показателей в ранней диагностике осложнений хронического риносинусита нижних дыхательных путей и повышении эффективности лечения:

утверждена методическая рекомендация «Методы ранней диагностики заболеваний полости носа и околоносовых пазух у больных внебольничной пневмонией», разработанная на основании научных результатов исследований по повышению эффективности диагностики хронических ринитов при заболеваниях нижних дыхательных путей (заключение № 8н-р/307 Министерства здравоохранения РУз от 12 апреля 2021г.). Данная методическая рекомендация позволяет диагностировать хронический риносинусит у пациентов с заболеваниями нижних дыхательных путей, профилактики осложнений, связанных с данным заболеванием, путем клинического наблюдения за пациентами в динамике;

утверждена методическая рекомендация «Способ лечения воспалительных заболеваний носовой полости и околоносовых пазух у больных внебольничной пневмонией» (заключение № 8н-р/306 Министерства здравоохранения РУз от 12 апреля 2021г.). Результаты исследований, отраженных в данной методической рекомендации позволили повысить эффективность лечения хронического риносинусита у больных с заболеваниями нижних дыхательных путей, улучшить качество жизни больных за счет проведения эффективной профилактики осложнений данного заболевания;

результаты исследований, направленных на совершенствование научных результатов в диагностике, лечении и профилактике хронического риносинусита при заболеваниях нижних дыхательных путей, внедрены в практику здравоохранения, в том числе в клиническую практику кафедры оториноларингологии Ташкентской медицинской академии, клиники EgaMed, клиники InViVo(заключение №8 н-д/271 Министерства здравоохранения РУз от 08 августа 2021г.). Внедрение результатов исследования позволяет повысить эффективность лечения больных хроническим риносинуситом при заболеваниях нижних дыхательных путей, повышает качество оказываемой лечебно-профилактической помощи, качество и продолжительность жизни и в совокупности отражается на снижении показателей развития осложнений данного заболевания.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были доложены на 4 научно-практических конференциях, в том числе 2 международных и 2 республиканской научно-практической конференциях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, из них 5 журнальных статей, в том числе 3 республиканских и 2 в зарубежных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 128 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуется объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям науки и технологий республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение в практику результатов исследования, сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В главе диссертации «**Обзор литературы**», диссертантом представлен

обзор зарубежной и отечественной литературы по данной тематике проведенного исследования. Представлена информация о современном состоянии проблем хронического риносинусита (ХРС) при заболеваниях нижних дыхательных путей, а также дан обзор по особенностям этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики данной патологии, представлены выводы о значении описания клинических симптомов в оториноларингологической практике, проблем современной диагностики, выбора имеющихся методов лечения, а также представлен авторский подход к научному решению проблемы.

Во второй главе диссертации «**Общая характеристика больных и методы исследования**» представлены результаты проведенного обследования 102 больных, получивших стационарное лечение в 2018-2021 гг. в отделении пульмонологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с диагнозом: “Внебольничная пневмония”. Были тщательно изучены истории болезни пациентов и результаты их обследования. Были отобраны следующие критерии включения пациентов в данное исследование: это лица обоих полов, подписавшие форму согласия на участие в данном исследовании в возрасте от 18 до 60 лет, с диагнозом внебольничная пневмония (ВБП), поставленным на основании имеющихся клинических симптомов, а также по данным рентгенографии грудной клетки или МСКТ. Критериями для невключения пациентов в исследования явились: неспособность пациента адекватно понять инструкции по процедуре исследования; больные с опасными, острыми инфекционными заболеваниями, онкологическими заболеваниями, заболеваниями крови, бронхоэктазами, инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезнью легких и хронической сердечной недостаточностью. Критерии исключения больного послужили случаи нарушения схемы лечения и отказ от дальнейших исследований.

Возраст больных в диапазоне от 18 до 60 лет (в среднем $39,1 \pm 1,14$ года), средний возраст мужчин составил $34,1 \pm 2,7$ года, женщин $40,1 \pm 2,9$ года соответственно (рисунок 1). Распределение по полу: женщины - 61 человек (59,8%), мужчины - 41 человек (40,2%).

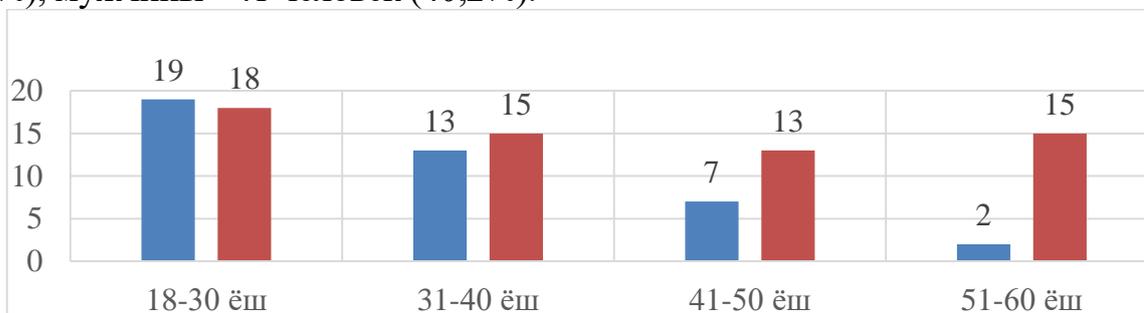


Рисунок 1. Распределение больных с ВБП по полу и возрасту (n=102)

По данным проведенного исследования, частота встречаемости ВБП больше у женщин, чем у мужчин, соотношение составляет 1,5:1. Следует отметить, что согласно классификации ВОЗ наибольшее количество больных

было выявлено в возрасте от 18 до 45 лет, т.е. 75 больных - это лица трудоспособного возраста, что в среднем составило 73,5% от всей выборки контингента больных. Полученные демографические данные согласуются с данными международной статистики.

В соответствии с практической рекомендацией «Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии у взрослых пациентов» (2015) больные в зависимости от степени тяжести ВБП были распределены на 2 группы. Распределение больных по клиническому течению ВБП показано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от клинического течения ВБП

Стадия течения	Количество больных	%
I - средняя	81	79,4
II - тяжелая	21	20,6
Всего	102	100

Больных с клиническим легким течением ВБП не было, так как все больные групп наблюдения находились на стационарном лечении в клинике ТМА, а также не включены амбулаторные больные в план исследования.

Большинство пациентов с тяжелой клинической степенью в связи с дыхательной недостаточностью госпитализированы сразу в отделение реанимации и после улучшения общего состояния переводились в пульмонологическое отделение клиники.

В результате проведенной назальной эндоскопии у 31 больных (30,4%) было выявлено искривление перегородки носа (ИНП); у 23 (22,5%) больных был выявлен вазомоторный ринит; в 10,8% случаях (11 больных) - гипертрофия нижней носовой раковины; у 2 больных выявлена (1,9% случаев) гипертрофия concha bullosa и крючковидного отростка; также полипоз слизистой оболочки носа наблюдался у 1 (0,9%) больного (рисунок 2).

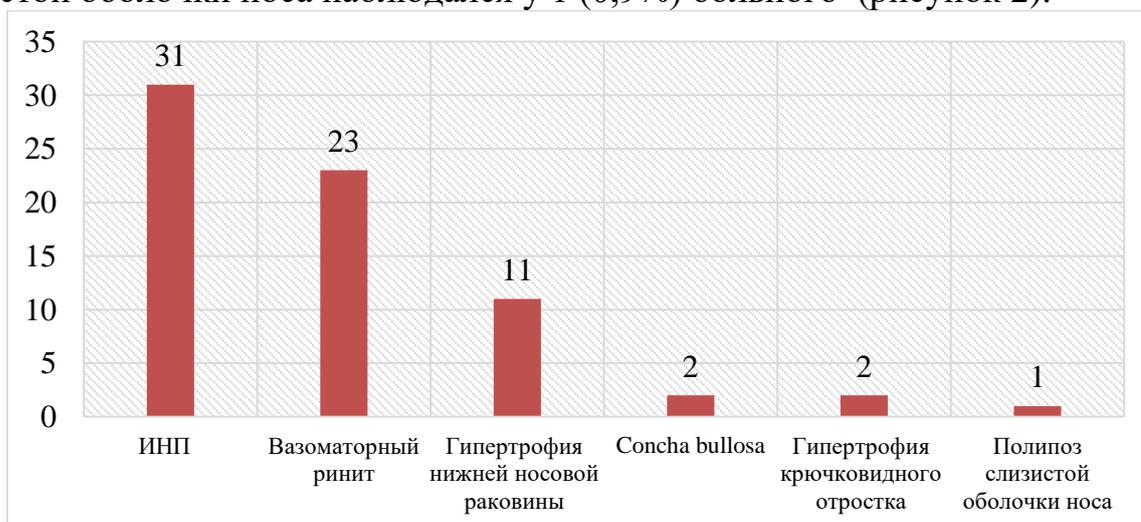


Рисунок 2. Результаты эндоскопии носовой полости

Из общего числа больных (102 пациента), 62 больным было проведена 3D-рентгенография (КЛКТ) околоносовых пазух.

Рентгенологические изменения околоносовых пазух показали наличие увеличения толщины слизистой оболочки более чем на 5 мм. Явные рентгенологические изменения выявлены у 32 (51,6%) больных.

У 2 больных наблюдалось субтотальное и тотальное снижение пневматизации всех параназальных пазух, т.е. явная картина пансинусита, у 3 больных - правосторонний и левосторонний гемисинусит, у 4 - правосторонний гайморозтмоидит, у 7 больных - левосторонний гайморозтмоидит, у 2х больных - двусторонний гаймарозтмоит, у 10 больных были выявлены признаки этмоидита и этмоидосфеноидита соответственно, у 4 больных - сфеноидит.

Таким образом, в результате исследования были сформированы три группы пациентов:

1-я группа - 32 пациента с диагнозом «клинически среднетяжелая/тяжелая форма ХРС». Основанием для определения степени тяжести ХРС послужила независимая оценка больными своего состояния с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), а также результаты проведенной 3D-рентгенографии (КЛКТ) околоносовых пазух.

Вторую группу составили 30 пациентов с диагнозом «клинически легкое течение ХРС». Диагноз ХРС ставился также на основании клинических симптомов, а также независимая самооценка состояния больных по ВАШ.

Третья группа – это 40 пациентов, без выявленных клинических признаков риносинусита .

В большинстве случаев среднетяжелого течения внебольничной пневмонии наблюдался хронический риносинусит различной степени тяжести клинического течения. Наряду с этим, при среднетяжелой и тяжелой степени течения хронического риносинусита у данных больных наблюдалось продолжительное проявление клинических симптомов и увеличение сроков выздоровления пациентов по сравнению с сопутствующей легкой степенью клинической формы риносинусита. Распределение больных по степени клинической тяжести ХРС и ВБП представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по степени клинической тяжести ХРС и ВБП

Степень тяжести клинического течения ВБП	Степень тяжести клинического течения ХРС		Нет признаков ХРС
	средне-тяжелое /очень тяжелое	легкая	
Очень тяжелое	29	24	31
Тяжелое	3	6	9
Всего:	32	30	40

Во всех группах больных острое начало заболевания (1-2 неделя) наблюдалось у 90 (88,2%) больных, если во второй и третьей группах заболевания началось на фоне простуды и болей в горле, в третьей группе пневмония прогрессировала после простуды, купания в холодной воде. Острое клиническое начало заболевания имело место у 12 (11,8%) больных.

Основным фактором риска развития ВБП у больных 1 и 2 групп наблюдения было ОРЗ (75,8%), в 3 группе у 55,0% больных начало заболевания связывают с купанием в холодной воде, работой на холоде или в сырых помещениях, около 30,0% больных не связывают начало заболевания ни с каким этиологическим фактором. Учитывая, что развитие ВБП преимущественно происходит после перенесенного ОРЗ, выявление хронических воспалительных процессов в околоносовых пазухах имеет большое практическое значение.

Установлено, что ВБП впервые была выявлена в 95% случаях (это 97 больных). Рецидив данного заболевания выявлен у 4 больных (12,5%) в первой группе и у 1 больного (3,3%) во второй группе соответственно. В третьей группе наблюдения больных с рецидивами заболевания не выявлено. Рецидив ВБП может быть связан с тем, что у обследованных пациентов 1-й и 2-й групп наблюдались хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, а также их неполное выздоровление. Результаты данных анамнеза ВБП представлены в таблице 3.

Таблица 3

Анализ данных анамнеза больных с ВБП

Анамнез ВБП		1-группа больных (n 32)	2-группа больных (n 30)	3- группа больных (n 40)	Всего (n 102)
Начало течения	1 неделя	17	13	27	57
	2 неделя	10	13	10	33
	3-4 неделя	5	4	3	12
Этиологические факторы	ОРЗ	26	21	6	53
	Озноб	5	5	22	32
	нет	1	4	12	17
Частота заболевания	В первый раз	28	29	40	97
	Рецидив	4	1	-	5

В результате проведенного рентгенологического исследования грудной клетки было выявлено, что в 1 и 2 группах наблюдения отмечается высокая частота преимущественно правосторонней пневмонии и корневой пневмонии (бронхопневмонии), вероятно обусловленной непосредственным распространением инфекционного процесса через правый бронх в легочные альвеолы.

Данные обязательной рентгенографии грудной клетки у больных с ВБП (таблица 4).

Таблица 4

**Данные проведенного рентгенологического исследования грудной
клетки (n=102)**

Признак	Больные 1-группы (n 32)	Больные 2-группы (n 30)	Больные 3-группы (n 40)	Всего (n 102)
Двухсторонняя пневмония	15	9	11	35
Правосторонняя пневмония	14	14	16	44
Левосторонняя пневмония	4	7	13	24
Двухсторонняя прикорневая пневмония	13	6	8	27
Правосторонняя прикорневая пневмония	11	10	12	33
Левосторонняя прикорневая пневмония	1	2	3	6
Двухсторонняя нижнедолевая пневмония	2	3	3	8
Правосторонняя верхнедолевая пневмония	-	-	-	-
Правосторонняя среднедолевая пневмония	1	2	1	4
Правосторонняя нижнедолевая пневмония	2	2	3	7
Левосторонняя верхнедолевая пневмония	-	1	4	5
Левосторонняя нижнедолевая пневмония	3	4	6	13

В третьей главе диссертации «**Результаты микробиологического исследования верхних и нижних дыхательных путей**» представлен анализ полученных результатов микробиологического исследования.

При исследовании мазков, взятых из верхних дыхательных путей (ВДП), выявлено, что у 89 (87,2%) больных была выделена микрофлора, тогда как у 13 (12,7%) больных роста микроорганизмов не наблюдалось. Всего выявлено 136 видов микроорганизмов. В мазках, взятых из полости носа и носоглотки,

смешанная флора выявлена у 41 (40,2%) больного, максимальное количество ассоциированных патогенов— три вида.

Выявлено 95 (69,8%) штаммов факультативных грамположительных анаэробов, большинство из которых относятся к роду *Staphylococcus* и *Streptococcus*. При бактериологическом исследовании мокроты 102 больных выявлено 103 патогенных микроорганизма. Рост микроорганизмов из посева мокроты отмечен у 77 (75,5%) больных, тогда как у 25 (24,5%) больных микроорганизмы не обнаружены. Смешанная микрофлора выявлена у 23 (22,3%) больных, максимальное количество ассоциированных патогенов— три вида. В результате посева грамположительных факультативных анаэробов, взятых из мокроты нижних дыхательных путей (НДП) выявлено 64 (62,1%) штамма бактерий, большинство из которых составляют микроорганизмы, относящиеся к родам *Staphylococcus* и *Streptococcus*.

Полные данные проведенного микробиологического исследования мазков, взятых из полости носа и носоглотки, а также содержимого мокроты представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Показатели штаммов микроорганизмов, взятых у больных
(n = 102)**

Микроорганизмы	Верхние дыхательные пути		Нижние дыхательные пути	
	Количество штаммов	%	Количество штаммов	%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	17	12,5	19	18,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	21	15,4	9	8,7
<i>Streptococcus viridans</i>	18	13,2	8	7,7
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	17	12,5	9	8,7
<i>Haemophilus influenzae</i>	14	10,3	9	9,7
<i>Streptococcus pyogenes</i>	5	3,6	11	9,7
<i>Klebsiella pneumonia</i>	4	2,9	7	6,7
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	5	3,6	3	2,9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	2,2	-	-
<i>Proteus mirabilis</i>	2	1,5	-	-
<i>Escherichia coli</i>	2	1,5	9	8,7
<i>Enterococcus faecalis</i>	3	2,2	4	3,8
<i>Neisseria spp.</i>	4	2,9	-	-
<i>Moraxella catarrhalis</i>	-	-	2	1,9

Staphylococcus saprophyticus	5	3,6	1	1,1
Candida spp.	16	11,7	12	0,9
Всего:	136	100	103	100

Достоверных различий по *Str.pneumoniae*, как основному возбудителю ХРС и ВБП, по частоте выявления в носоглоточных смывах и мокроте между заранее подобранной парой микроорганизмов не выявлено, данные статистической обработки представлены в таблице 6.

Таблица 6

Сравнительные результаты микрофлоры верхних и нижних дыхательных путей у больных с ВБП (n = 102)

Микроорганизмы	Верхние дыхательные пути		Нижние дыхательные пути		P
	Количество штаммов	%	Количество штаммов	%	
<i>Str. pneumoniae</i>	17	12,5	19	18,4	>0,05
<i>H.influenzae</i>	14	8,8	9	9,7	>0,05
<i>St. aureus</i>	21	15,4	9	8,7	>0,05
<i>Str.pyogenes</i>	5	3,6	11	9,7	>0,05

В трех разных группах обследованных больных при анализе частоты выделения *Str. pneumoniae* был отмечен важный момент, т.е. в группе больных со среднетяжелым синуситом, т.е. в первой группе, *Str. pneumoniae* был выделен у 9 (17,3%) больных, у 4 (11,6%) во второй группе и у 2 (7,3%) в третьей групп соответственно. Между первой и третьей группами имеются достоверно различимые статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Высокая частота резистентности многих микроорганизмов наблюдалась к незащищенной группе пенициллина, цефалоспорином 1-го поколения и фторхинолонам 2-го поколения, однако фторхинолоны 2-го поколения, как и другие фторхинолоны, являются препаратами выбора для полирезистентных стафилококков.

Наши данные по выделенным возбудителям позволяют определить эмпирический спектр антибиотикотерапии у пациентов с ВБП и сопутствующим ХРС. Для этой цели оптимальными препаратами выбора являются: амоксициллина/клавуланат, 3 и 4 поколение цефалоспоринов (цефиксим, цефотаксим, цефепим), макролиды (кларитромицин), фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин).

Учитывая максимально упрощенную схему применения или введения препаратов (перорально или парентерально), оптимальным является однократное применение пероральных препаратов, таких как кларитромицин,

цефиксим, моксифлоксацин, левофлоксацин.

Выбор наиболее подходящего режима дозирования антибиотиков для эмпирического лечения внебольничной пневмонии с сопутствующим хроническим риносинуситом во многом зависит от метода приема или введения препарата и от спектра оптимальной чувствительности. Чувствительность основных возбудителей к антибиотикам представлена в таблице 7.

Таблица 7

Чувствительность микроорганизмов по отношению к антибактериальным препаратам (выраженная в процентах)

	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Haemophilus influenza</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Streptococcus viridans</i>
Ампициллин	66,6	57,8	64,2	69,4	69,2
Ампициллин/ сульбактам	77,8	78,9	85,7	80,5	84,6
Амоксициллина/ клавуланат	83,3	89,4	92,8	83,3	76,9
Цефазолин	55,5	63,1	57,1	61,1	65,3
Цефтриаксон	80,5	78,9	85,7	72,2	88,4
Цефоперазон	88,8	94,7	92,8	86,1	92,3
Цефотаксим	86,1	89,4	85,7	88,8	92,3
Амикацин	75,0	63,1	78,5	80,5	76,9
Тетрациклин	69,4	68,4	71,4	72,2	73,0
Азитромицин	77,8	73,3	64,2	80,5	80,7
Рокситромицин	83,3	78,9	85,7	77,8	80,7
Ципрофлоксацин	69,4	73,3	71,4	75,0	73,0
Левофлоксацин	91,6	94,7	100	91,6	100
Офлоксацин	94,4	100	100	94,4	96,1

Принимая во внимание, что основным возбудителем ВБП и ХРС является *Streptococcus pneumoniae*, были исследованы мазки, взятые из верхних дыхательных путей, методом ПЦР для определения

распространенности этого микроорганизма в полости носа и носоглотке. Микробиологическое исследование взятых мазков из полости носа и глотки показало, что у 102 больных только у 17 (16,7%) больных был обнаружен *Streptococcus pneumoniae*, при этом ПЦР методом выявлена условно-патогенная микрофлора у 31 больного (30,4%) в верхних дыхательных путях, что свидетельствует о процессах колонизации в них (таблица 8).

Таблица 8

Результаты микробиологического и ПЦР анализов по выявлению *Streptococcus pneumoniae* в мазках из полости носа и носоглотки

Методы исследования	1-группа больных	2-группа больных	3-группа больных
Микробиологический метод исследования	9 (28,1%)	5 (16,7%)	3 (7,5%)
Метод исследования ПЦР	13 (40,6%)	9 (30,0%)	9 (22,5%)

По сравнению с микробиологическими методами исследования, метод ПЦР является более информативным, поскольку этим методом возможно определение участков генов умерших микроорганизмов, в доказательство этому *Streptococcus pneumoniae* был выявлен во многих мазках, взятых из полости носа и носоглотки у больных с ВБП и ХРС, следовательно, данный метод является дополняющим методом ранней диагностики и выбора тактики эффективного лечения.

Таким образом, по результатам микробиологических исследований можно сделать вывод, что микрофлора в целом ВДП и НДП практически одинакова у больных с ВБП, при этом статистически значимых различий по выделенным вероятным возбудителям не было выявлено. Принимая во внимание, что у практических врачей исходя из чувствительности микроорганизмов имеется определенный набор антибиотиков, обладающих определенным клиническим эффектом, исходя из этого, использование антибиотиков в процессе лечения должно иметь разумный смысл.

Результаты микробиологического исследования у больных ВБП из полости носа, носоглотки и мокроты также показали одинаковые результаты. Основными возбудителями развития ВБП в 1-ой группе наблюдения у 32 больных являются *Streptococcus pneumoniae*, что составляет 28,1% и *H.influenzae* (18,7%) соответственно. Во время ремиссии у больных с ВБП или во время латентного периода ХРС (2-я и 3-я группы) в выделениях секрета из полости носа и околоносовых пазух у 24,2% больных (n=70) были обнаружены *Streptococcus pneumoniae* и *H.influenzae*, что доказывает колонизацию условно-патогенной микрофлорой верхних дыхательных путей.

В четвертой главе диссертации «Анализ особенностей диагностики и лечения больных с внебольничной пневмонией с сопутствующим хроническим риносинуситом» диссертантом проведен тщательный анализ полученных результатов обследования и лечения больных с хроническим

риносинуситом.

Результаты обследования и лечения больных внебольничной пневмонией с диагнозом средне-тяжелой и тяжелой степени хронического риносинусита.

В группу наблюдения вошли 32 больных, с клинически средне- и тяжелой степенью течения ХРС на фоне протекающей ВБП, им было проведено комплексное лечение: в качестве антибактериальной терапии были назначены препараты, относящиеся к группе цефалоспоринов (3-4 поколения) и фторхинолонов (2-3 поколения), интраназально местные глюкокортикостероиды (ГКС), ацетилцистеин содержащий препарат АЦЦ 200мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней, антигистаминные препараты (эриус 5 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 10 дней), также была проведена санация полости носа стерильным изотоническим раствором морской воды.

При определении диагноза и выбора тактики лечения больных, было проведено бактериологическое исследование мазков, полученных от больных, вся методика исследования подробно описана в III главе, с учетом полученных результатов по определению чувствительности микроорганизмов тем или иным антибиотикам, вносили коррективы и дополнения в тактику лечения.

У 30 из 32 пациентов (93,7%) были выявлены сопутствующие заболевания ЛОР-органов (рисунок 3).

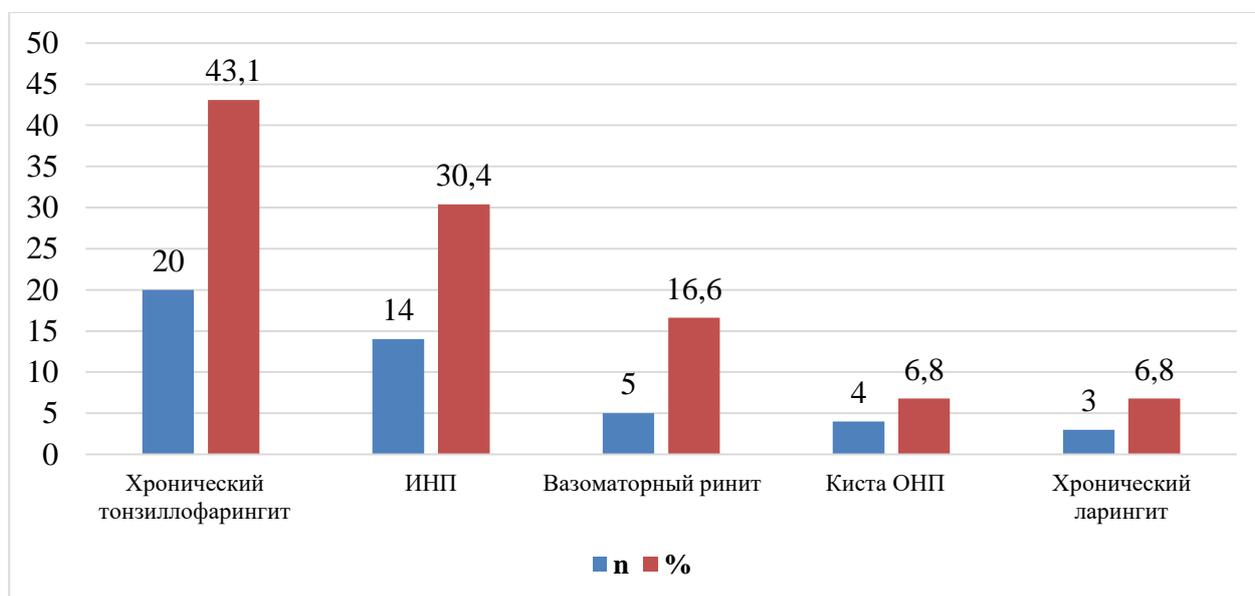


Рисунок 3. Сопутствующие заболевания ЛОР-органов у больных 1-ой группы

Методы субъективного и объективного (передняя риноскопия) обследования.

При осмотре все больные 1-ой группы предъявляли характерные для ХРС жалобы, такие как затрудненное дыхание через нос, выделения из носа, головная боль, гипосмия или anosmia (потерю обоняния), а также объективные клинические признаки ХРС: гиперемия слизистой оболочки

носовой полости, отечность слизистой оболочки полости носа, выделения из носовых ходов, болезненность при пальпации проекции околоносовых пазух.

В результате комплексного лечения частота субъективных жалоб уменьшилась у всех больных, полученные данные представлены в таблице 9.

Таблица 9

Динамика изменений показателей субъективных жалоб у больных 1-ой группы (n = 32), (M ± n)

Сутки	Затрудненность носового дыхания	Выделения из носа	Головная боль	Гипосмия
1 сутки	5,7±0,3	5,4±0,3	5,5±0,2	2,5±0,6
3 сутки	4,6±0,2	4,5±0,2	3,9±0,2	2,5±0,5
10 сутки	2,5±0,4	1,7±0,3	1,0±0,3	1,5±0,5
30 сутки	1,6±0,3	1,2±0,2	0,6±0,2	1,1±0,4
90 сутки	2,4±0,3	1,7±0,2	0,8±0,2	1,2±0,4

У всех пациентов этой группы была выявлена различная степень носового дыхания (заложенность носа).

В результате проведенного лечения носовое дыхание восстановилось у всех больных в последний день антибиотикотерапии, т.е. на 10 сутки, у всех больных выявлено отсутствие данного клинического симптома. Субъективная оценка показала полное восстановление носового дыхания у 11 (34,4%) больных. В последующие сроки наблюдения (30-е сутки) 16 пациентов (50,0%) не предъявляли жалоб на затруднение носового дыхания. К 10 дню исследования отмечено достоверное уменьшение количества отделяемого из полости носа. У всех больных наблюдалось изменение характера выделений со слизисто-гнойных на слизистые или их полное прекращение.

В результате проведенного лечения к 10-м суткам отмечена положительная динамика улучшения объективных симптомов ХРС. Данные, полученные после осмотра полости носа, т.е. после риноэндоскопии, представлены в таблице 10.

Таблица 10

Динамика объективных симптомов ХРС у больных 1-ой группы (n = 32), (M ± n)

Сутки	Гиперемия слизистой оболочки носовой полости	Отечность слизистой оболочки носовой полости	Выделения из полости носа	Болезненность при пальпации ПНП
1 сутки	6,2±0,4	6,1±0,4	5,4±0,4	2,3±0,6
3 сутки	4,8±0,3	4,8±0,3	4,5±0,3	1,5±0,4
10 сутки	1,8±0,3	1,7±0,3	1,4±0,2	0,1±0,1
30 сутки	1,2±0,3	1,1±0,2	0,9±0,2	0,0±0,0
90 сутки	1,9±0,2	1,7±0,2	1,3±0,2	0,0±0,0

Динамика изменений объективных симптомов характеризовалась уменьшением количества и выраженностью местных воспалительных симптомов, таких как гиперемия и отечность слизистой оболочки полости

носа, уменьшение болезненности при пальпации проекции параназальных пазух.

Результаты функционального исследования полости носа. У 32 пациентов 1-й группы была определена активность мукоцилиарно-транспортной функции с помощью стандартного сахаринового теста. Для сравнения полученных результатов были обследованы 40 практически здоровых лиц. У здоровых лиц время от введения сахараина до появления сладкого вкуса во рту колебалось от 7 до 12 минут. Результаты исследования представлены в таблице 11.

Таблица 11

Результаты функционального исследования полости носа у больных 1-ой группы

Метод исследования	1 группа больных, n=32	Группа контроля, n=40
Мукоцилиар клиренс, мин.	23,5±0,8	11,8±1,3
Время реакции зрачка, мин	71,23±5,4	43,4±0,5
Масса ватного шарика, мг	47,32±0,7	40,5±0,08

Среднее время реакции зрачка в 1-ой группе составило $71,23 \pm 5,4$ мин. Из полученных данных установлено, что у больных ХРС нарушена всасывающая функция слизистой оболочки носа.

У пациентов 1-ой группы масса ватных шариков в среднем составила $47,32 \pm 0,7$ мг. Исследования показали, что у больных в результате нарушения транспортной функции слизистой оболочки полости носа изменяется рН, удлиняется скорость всасывания, за счет усиления выделительной функции повышается секреторная активность. У больных с ХРС повышены показатели выделительной функции слизистой оболочки носа или секреторной активности. Это свидетельствует о гиперпродукции слизистых и бокаловидных желез, что существенно влияет на функцию эпителия и лизоцимную активность слизистой оболочки и обеспечивает защитные свойства слизистой оболочки носа.

Эндоскопия полости носа. Всем пациентам было проведено эндоскопическое исследование микроанатомических структур полости носа с целью определения причины, вызвавших развитие ХРС. Результаты исследований приведены ниже (рисунок 4).

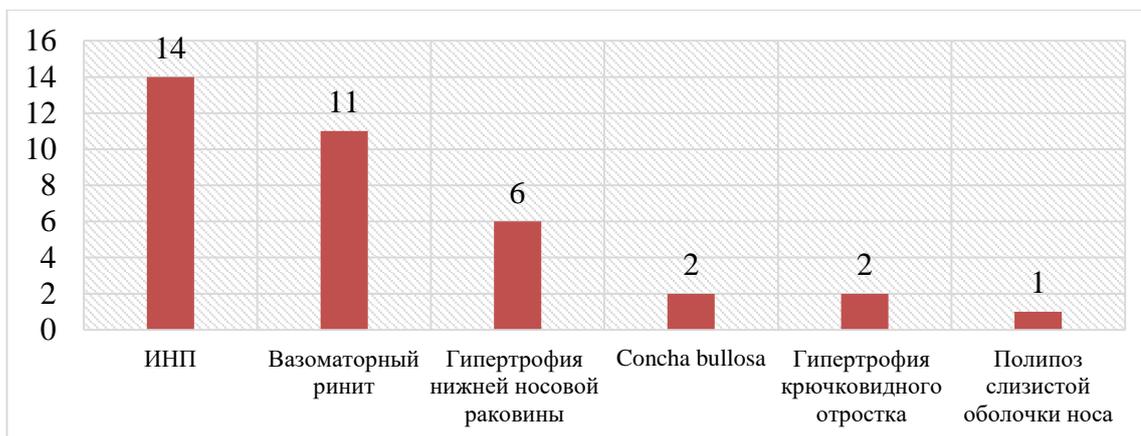


Рисунок 4. Результаты эндоскопического исследования полости носа

У всех пациентов 1-й группы наблюдались признаки воспаления в виде покраснения, отека и патологических изменений слизистой оболочки полости носа (рисунок 5). У 14 (43,75%) больных, у 11 (34,4%) больных выявлен вазомоторный ринит, увеличена нижней носовой раковины - у 6 (18,75%). Также у 2 (6,25%) больных наблюдалась буллезная гипертрофия средней носовой раковины, гипертрофия крючковидного отростка у 2 (6,25%), полипозные изменения носовой полости носа у 1 (3,1%) больного, в результате чего были частично или почти полностью перекрыты естественные отверстия околоносовых пазух (рисунок 6). Искривление носовой перегородки имело различные формы.



Рисунок 5. Больной Ф., 39 лет. Эндоскопическая картина носовой полости. Гнойные выделения в общем левом носовом ходу.

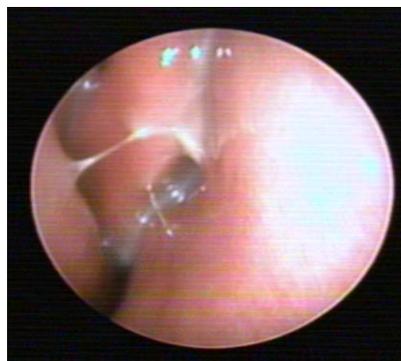


Рисунок 6. Больной И., 38 лет. Эндоскопическая картина носовой полости. Гнойные выделения в среднем левом носовом ходу.

Рентгенография околоносовых пазух. Всем пациентам данной группы (n = 32) была выполнена 3D-рентгенография (КЛКТ) околоносовых пазух (рисунок 7 и 8). В результате обследований у 2 больных диагностирован пансинусит, у 3 больных - гемисинусит, у 13 - гайморит, у 5 - этмоидосфеноидит, у 5 - этмоидит, у 4 - сфеноидит. В результате рентгенологических исследований затемнение околоносовых пазух выявлено у 32 (100%), из них у 23 (25,3%) верхнечелюстной пазухи, у 7 (7,6%) лобной пазухи, у 45 (45,0%) решетчатых ячеек, у 20 больных (22,0%) пазухи клиновидной кости.



Рисунок 7. Больной Д., 31 год. 3D рентгенография околоносовых пазух. Выявление субтотальных и тотальных участков затемнений в левой верхнечелюстной пазухе и этмоидальных ячейках

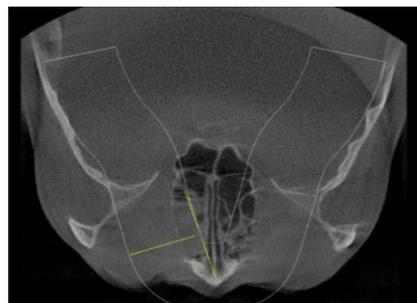


Рисунок 8. Больной Г., 27лет. 3D рентгенография околоносовых пазух субтотальные и тотальные участки затемнений передней и средней групп решетчатых ячеек.

Исследование подтвердило, что антибиотикотерапия, местные ГКС, секретолитики, антигистаминные препараты и санация полости носа являются одним из наиболее эффективных методов лечения в клиническом течении ХРС. У 7 (21,8%) больных выполнены полухирургические вмешательства - пункция верхней челюсти.

На 30-й день исследования клиническая эффективность проведенного комплексного лечения ХРС составила 90,7%, трем (9,3%) пациентам в связи с неэффективностью лечения выполнена эндоскопическая операция на пазухах, во время операции было выявлено что естественные отверстия в области остеомеотального комплекса закрыты. Восьми (25%) пациентам была выполнена планная септопластика, а 9 (28,1%) пациентам была выполнена вазотомия (таблица 12).

Таблица 12

Проведенные операционные и частично выполненные операционные мероприятия у больных 1-ой группы

Вид вмешательства	Количество проведенных операций (n)
Пункция верхнечелюстной пазухи	7 (21,8%)
Функциональная эндоскопическая синус-операция	3 (9,3%)
Септопластика	8 (25%)
Вазотомия	9 (28,1%)

Клиническая эффективность антибиотикотерапии при ВБП на 30 сутки составила 87%. Четирем (13%) пациентам потребовалось назначение антибактериальных препаратов 2-го поколения, и у одного больного была выявлена неэффективность лечения как при ХРС, так и ВБП.

У 3х (9,68%) больных было зафиксировано удлинение течения ВБП от 30 до 90 суток. Однако данных о затяжном течении ХРС в сроках от 30 до 90 дней наблюдения не получены. Таким образом, в сроки наблюдения от 1 до 90

дней было зарегистрировано затяжное течение ХРС и ВБН у 7 (22,6%) пациентов.

Результаты обследования и лечения больных с диагнозом хронического риносинусита легкой степени на фоне внебольничной пневмонии.

30 больным 2-ой группы было назначено комплексное лечение в виде антибактериальной терапии (препараты группы цефалоспоринов 3-4 поколения и группы фторхинолонов 2-3 поколения в течение 7 дней), интраназальные местные глюкокортикостероиды (препарат Форинекс, в составе которого мометазона фуруат, по 2 дозы в каждый носовой проход по 2 раза в сутки, в течении 20 дней), секретолитики (ацетилцистеинсодержащий препарат АЦЦ, в дозе 200мг, по 1 таблетке 3 раза в сутки, в течение 10 дней), также рекомендована санация полости носа стерильным изотоническим раствором морской воды.

Из 30 пациентов у 24 (80%) было диагностировано ЛОР-заболевание, данные показаны на рисунке 9.

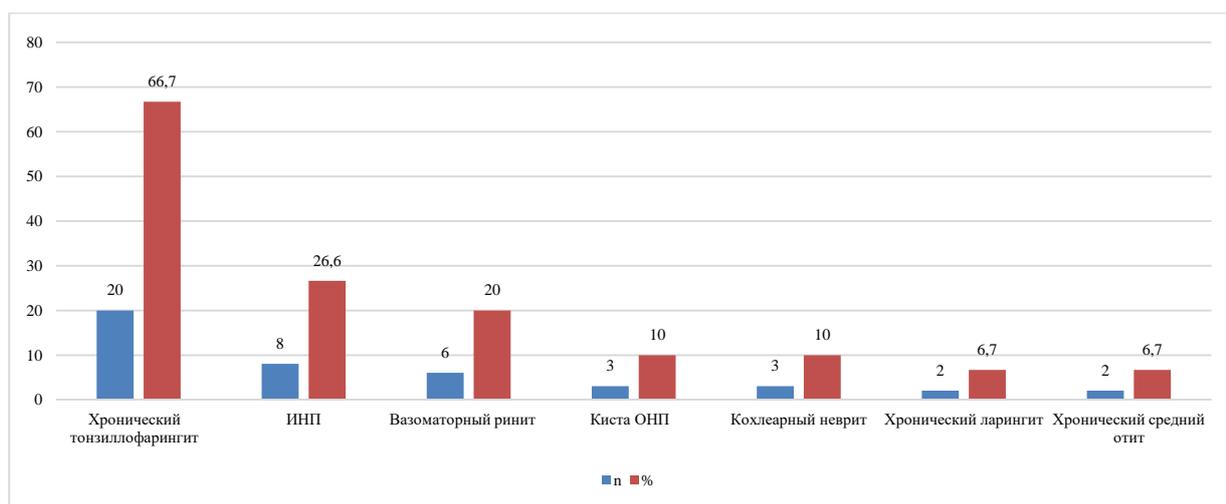


Рисунок 9. Сопутствующие ЛОР заболевания у больных с ВБП 2-ой группы

Больные предъявляют разнообразные жалобы характерные для воспалительных заболеваний слизистой оболочки носа, которые протекают в легкой форме.

Методы субъективного и объективного (риноэндоскопия) обследования. У всех больных 2-ой группы при эндоскопическом исследовании были выявлены объективные клинические признаки: гиперемия слизистой оболочки носовой полости, отек слизистой оболочки полости носа, слизистые выделения из носовых ходов.

В результате комплексного лечения частота субъективных жалоб уменьшилась у всех больных, полученные данные представлены в таблице 13.

Таблица 13

Динамика субъективных жалоб у больных 2-ой группы (n = 30), (M ± n)

Сутки	Затрудненное носовое дыхание	Носовые выделения	Головная боль	Гипосмия
1 сутки	5,7±0,3	5,4±0,3	5,5±0,2	2,5±0,6
3 сутки	4,6±0,2	4,5±0,2	3,9±0,2	2,5±0,5
10 сутки	2,5±0,4	1,7±0,3	1,0±0,3	1,5±0,5
30 сутки	1,6±0,3	1,2±0,2	0,6±0,2	1,1±0,4
90 сутки	2,4±0,3	1,7±0,2	0,8±0,2	1,2±0,4

Все больные этой группы имели в той или иной степени нарушение носового дыхания (заложенность носа).

В результате комбинированной терапии носовое дыхание восстановилось у всех больных на последний день (10 дней) антибиотикотерапии, у всех больных отмечался повтор этих клинических симптомов. По субъективной оценке носовое дыхание полностью восстановилось у 21 (70%) больных.

Положительная динамика объективных симптомов ХРС также отмечена у всех больных в результате лечения на 10-е сутки. Данные, полученные после риноэндоскопии полости носа, представлены в таблице 14.

Таблица 14

Динамика показателей объективных симптомов ХРС у больных 2-ой группы (n = 30), (M ± n)

Сутки	Гиперимия слизистой носовой полости	Отечность слизистой оболочки носовой полости	Носовые выделения	Болезненность в области проекции ПНП
1 сутки	6,2±0,4	6,1±0,4	5,4±0,4	2,3±0,6
3 сутки	4,8±0,3	4,8±0,3	4,5±0,3	1,5±0,4
10 сутки	1,8±0,3	1,7±0,3	1,4±0,2	0,1±0,1
30 сутки	1,2±0,3	1,1±0,2	0,9±0,2	0,0±0,0
90 сутки	1,9±0,2	1,7±0,2	1,3±0,2	0,0±0,0

Динамика объективных симптомов характеризовывалась уменьшением количества и выраженностью местных воспалительных явлений, таких как гиперемия и отек слизистой оболочки носа, наличие патологических выделений.

Результаты функционального исследования полости носа. У 30 пациентов 2-ой группы мукоцилиарно-транспортную функцию определяли с помощью стандартного сахаринового теста. Для сравнения полученных результатов обследовали 40 практически здоровых лиц. У здоровых лиц время от введения сахарина до появления сладкого вкуса во рту колебалось от 5 до 12 минут. Результаты исследования представлены в таблице 15.

Таблица 15

Результаты функционального исследования полости носа у обследованных больных 2-ой группы

Исследования	2 группа больных, n=30	Группа контроля, n=40
Мукоцилиарный клиренс, мин	20,1±0,71	11,8±1,3
Время реакции зрачка, мин	60,4±4,3	66,3±0,5
Масса ватного шарика, мг	44,8±0,6	40,5±0,08

Время реакции зрачков во 2-ой группе в среднем составило $76,2 \pm 4,3$ мин. Эти данные подтверждают нарушение всасывающей функции слизистой оболочки носа у больных хроническим синуситом.

В этой группе больных масса ватного шарика в среднем составила $44,8 \pm 0,6$ мг. При сравнении полученных результатов с результатами в 1-ой группе существенных изменений функционального состояния полости носа не наблюдалось.

Эндоскопия полости носа. С целью определения причинных факторов, вызывающих развитие ХРС, больным 2-ой группы было проведено эндоскопическое исследование анатомических структур полости носа. Результаты исследований представлены ниже на рисунке 10.

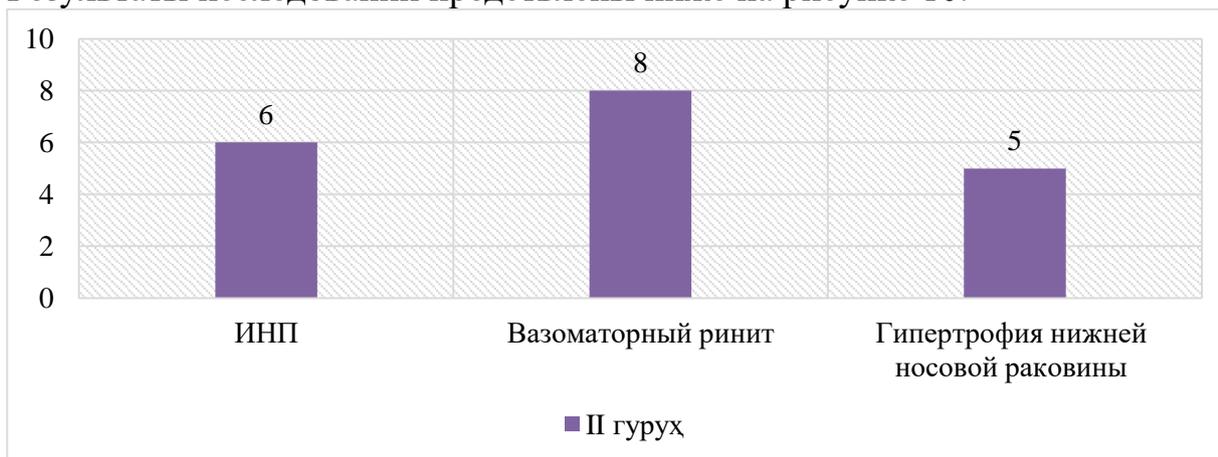


Рисунок 10. Результаты эндоскопического исследования носовой полости

Покраснение, отек и наличие патологических изменений слизистой оболочки носа наблюдались у всех пациентов 2-ой группы (рисунок 11 и 12). У 11(34,4%) больных выявлен вазомоторный ринит, у 6 (18,75%) больных увеличение нижней носовой раковины. Было обнаружено, что искривление носового перегородки принимает множество различных форм.

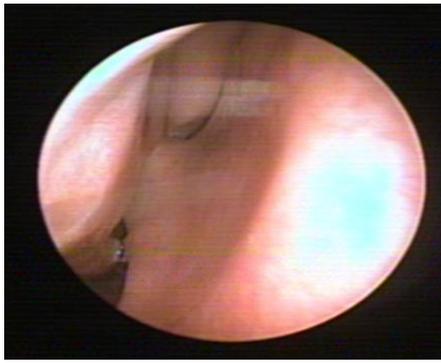


Рисунок 11. Больной Н., 39 лет. Эндоскопическая картина носовой полости. Слизистые выделения в правом среднем носовом ходу. Искривление носовой перегородки.

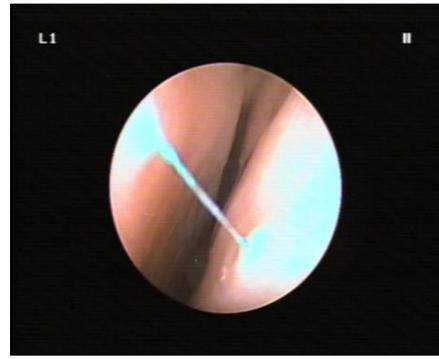


Рисунок 12. Больной Ш., 34 года. Эндоскопическая картина носовой полости. Слизистые выделения в общем носовом ходу. Искривление носовой перегородки.

В процессе лечения выявлена положительная динамика изменений субъективных жалоб по ВАШ у всех больных данной группы, полученные данные представлены в таблице 16.

Таблица 16

Динамика субъективных жалоб у больных 2-ой группы (n = 30), (M ± n)

Сутки	Затрудненное носовое дыхание	Носовые выделения	Головная боль	Гипосмия
1 сутки	3,6±0,3	3,0±0,1	1,5±0,3	1,1±0,4
3 сутки	3,0±0,2	2,6±0,1	0,7±0,2	1,0±0,3
10 сутки	2,3±0,3	1,4±0,2	0,2±0,1	0,7±0,2
30 сутки	1,5±0,3	0,5±0,2	0,0±0,0	0,5±0,2
90 сутки	1,9±0,3	1,0±0,2	0,2±0,1	0,7±0,3

Положительная динамика субъективных ощущений наблюдалась в результате проведения индивидуальной терапии ВБП в сочетании с симптоматическим лечением местными стероидами и санацией носовой полости изотоническим раствором морской воды. Достоверного улучшения носового дыхания у больных этой группы на 10-е сутки исследования не наблюдалось, тогда как полное восстановление носового дыхания наблюдалось у 15 больных к 30-м суткам исследования. У 10 больных на 10-е сутки исследования отмечается полное исчезновение или значительное уменьшение выделений из полости носа. К 30-му дню исследования у 23 человек отсутствовали жалобы на наличие выделений из носа. Жалобы на головную боль уменьшились, а положительные сдвиги, произошедшие у этих больных, практически являются прямым результатом совместных комплексных лечебных мероприятий.

После проведенной риноэндоскопии полости носа были получены следующие результаты, которые отражены в таблице 17.

Таблица 17

**Динамика показателей объективных симптомов ХРС
у больных 2-ой группы (n = 30), (M ± n)**

Сутки	Гиперемия слизистой оболочки носовой полости	Отечность слизистой носовой полости	Носовые выделения
1 сутки	3,2±0,2	3,6±0,2	3,1±0,2
3 сутки	2,7±0,1	3,0±0,2	2,8±0,1
10 сутки	1,6±0,2	1,9±0,2	1,0±0,2
30 сутки	0,6±0,2	1,0±0,2	0,4±0,1
90 сутки	1,0±0,2	1,2±0,2	1,0±0,2

Вследствие проведения в течении 30 дней у больных консервативного лечения топическими стероидами, а также санации полости носа изотоническим раствором морской воды наблюдалось снижение или полное устранение специфических симптомов, характерных для ХРС, а также восстановление эндоскопической картины слизистой оболочки полости носа.

Исходы обследования и лечения больных с внебольничной пневмонией без признаков хронического риносинусита.

Контрольную группу составили 40 больных без клинических жалоб со стороны полости носа и околоносовых пазух.

Углубленное эндоскопическое обследование 40 больных выявило у 23 (57,5%) больных различные заболевания ЛОР-органов (рисунок 13).

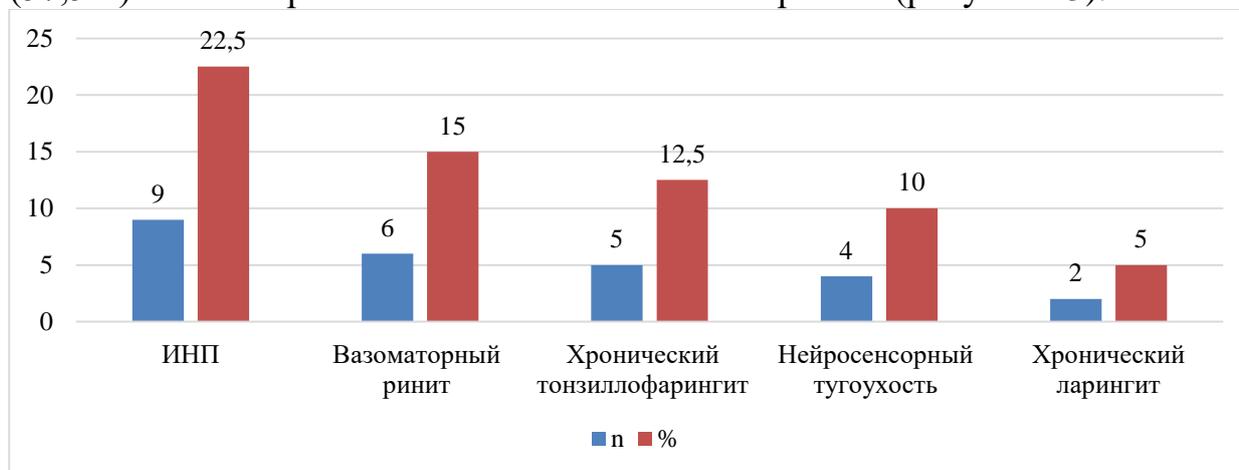


Рисунок 13. Сопутствующие заболевания ЛОР органов у больных с БВП 3-ей группы

Методы субъективного и объективного (риноэндоскопия) обследования.

При изучении жалоб больных субъективных признаков, характерных для клинического течения хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух не отмечено. По результатам обследования объективных клинических признаков, таких как гиперемия слизистой оболочки полости носа, отечность слизистой оболочки носовой полости, слизистых выделений в носовых ходах не выявлены. С целью оценки

состояния анатомических структур полости носа больным 3-ей группы была проведено эндоскопическое исследование полости носа. При проведении назальной эндоскопии выявлено искривление носовой обструкции у 6 пациентов без влияния на процесс дыхания (рисунок 14 и 15).



Поскольку у пациентов 3-ей группы не выявлены хронические воспалительные заболевания полости носа и параназальных пазух, больным данной группы проводилось только лечение ВБП, назначенное пульмонологом.

По результатам проведенного исследования нами был разработан и предложен для внедрения в практику алгоритм проведения диагностики и выбора тактики лечения, позволяющий провести раннюю диагностику и эффективное лечение больных с ХРС и ВБП (рисунок 16 и 17).



Рисунок 16. Алгоритм диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух у больных ВБП

Внебольничной пневмонией у больных с хроническим риносинуситом

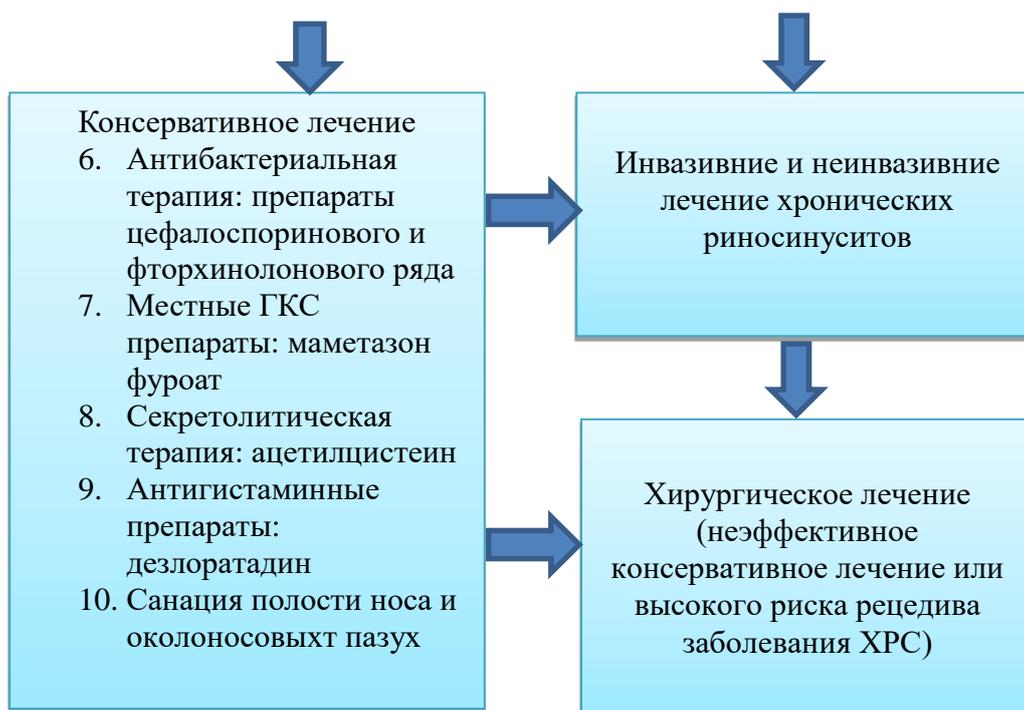


Рисунок 17. Алгоритм лечения заболеваний верхних дыхательных путей у больных ВБП
ВЫВОДЫ

В результате проведенных исследований по диссертационной работе доктора философских наук на тему «Ранняя диагностика и профилактика осложнений нижних дыхательных путей при заболеваниях носа и околоносовых пазух» сделаны следующие выводы:

1. У 60,8% больных с внебольничной пневмонией (ВБП) были выявлены воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух. При 3D-рентгенографии (КЛКТ) больных с хроническим риносинуситом (ХРС) в 51,6% случаев выявлены затемнения околоносовых пазух. В частности, в ячейках решетчатой кости - 45,0%, в верхнечелюстной пазухе - 25,3%, в клиновидной пазухе - 22,0%.

2. При микробиологическом исследовании мазков из полости носа и носоглотки, а также посевов мокроты выявлено, что представители патогенной микрофлоры относятся к одному и тому же виду. Большую часть патогенной микрофлоры верхних и нижних дыхательных путей составляют *Str.pneumonia* (16,7% и 18,6%), *H.influenzae* (13,4% и 8,8%), *S.aureus* (20,5% и 8,8% соответственно).

3. При проведении ПЦР исследования мазков из полости носа и носоглотки определено, что у 31 (30,4%) больного основным возбудителем ХРС и ВБП является *Streptococcus pneumoniae*, что свидетельствует о процессах колонизации условно-патогенной микрофлорой верхних дыхательных путей.

4. У большинства больных выявлена прямая корреляция между степенью тяжести клинического течения ВБП и выраженностью ХРС.

5. Комплексное использование в лечении ХРС у больных с ВБП на основе данных микробиологического исследования по определению вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам, препаратов

цефалоспоринового ряда III-IV поколения и фторхинолонов II-III поколения (цефоперазон, левофлоксацин), а также интраназальных глюкокортикостероидов (мометазон фураат), антигистаминных препаратов (дезлоратадин), секретолитиков (ацетилцистеин) на фоне санации полости носа и околоносовых пазух является наиболее эффективным методом, позволяющий значительно улучшить результаты лечения.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREES DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01
AT THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

JUMANOV DAULET AZATBEK UGLI

**EARLY DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF LOWER AIRWAY
COMPLICATIONS IN DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL
SINUSES**

14.00.04 – Otorhinolaryngology

**DISSERTATION ABSTRACT
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)**

TASHKENT – 2022

The theme of the doctor of philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2020.2. DSc/Tib408.

The dissertation (PhD) was carried out in Tashkent Medical Academy.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume) on the website of Scientific council www.tsd.uz and on the website «Ziyonet» information and education portal www.ziyonet.uz.

Scientific leader:

Bakieva Shaxlo Hamidullaevna

Doctor of medical sciences, associate professor

Official opponents:

Ryazantsev Sergey Valentinovich

doctor of medical sciences, professor (Sank-Peterburg, Russian)

Shamsiev Djakhongir Fazlitdinovich

doctor of medical sciences, professor

Leading organization:

**Institute for advanced training of doctors
named after A.Aliyev (Baku, Azerbaijan)**

Defense will take place «___» _____ 2022 at _____ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 at the Tashkent State Dental Institute: (Address: 100047, Tashkent, Yashnabad district, Makhtumkuli street, 103. (Tel./fax (99871)-230-20-65; e-mail: tdi2016@mail.ru)).

Dissertation is registered in Informational-resource centre of Tashkent State Dental Institute, registration number № _____, The text of the dissertation is available at the Information Research Center at the following address: (Address: 100047, Tashkent, Yashnabad district, Makhtumkuli street, 103. (Tel./fax (99871)-230-20-65).

Abstract of dissertation sent out on «___» _____ 2022 year.
(mailing report № _____ on «___» _____ 2022 year).

N.K.Khaydarov,

Chairman of the scientific Council for the award
of scientific degree, Doctor of Medical Sciences

L.E. Khasanova,

Scientific secretary of the scientific Council for
the award of scientific degree, Doctor of Medical
Sciences, Associate professor

A.A. Abdukayumov,

Chairman of the Scientific seminar at the
scientific Council for the award of scientific
degree, Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research: is to develop proposals and recommendations for optimizing the methods of early diagnosis and treatment of diseases of the nose and paranasal sinuses in patients with community-acquired pneumonia.

The object of the research: 102 patients aged 18-60 years (61 women, 41 men) who received inpatient treatment in the pulmonology department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy with a diagnosis of community-acquired pneumonia in the period in 2018-2021.

The scientific novelty of the research is as follows:

for the first time, concomitant chronic diseases of the paranasal sinuses were detected in patients with community-acquired pneumonia using 3D radiography (CBCT);

it was confirmed that chronic ethmoiditis and chronic sphenoiditis are the main etiological factors of the chronic course and relapses of community-acquired pneumonia;

for the first time in patients with community-acquired pneumonia with concomitant chronic rhinosinusitis, comparative microbiological studies of smears of the mucous membranes of the upper and lower respiratory tract were carried out and sensitivity to modern antibiotics was determined;

for the first time in patients with community-acquired pneumonia with concomitant chronic rhinosinusitis in smears obtained from the nasal cavity and nasopharyngeal mucosa by PCR, it was proved that the main causative agent is streptococcus pneumonia;

Implementation of the research results.

Based on scientific results on the importance of clinical and laboratory parameters in the early diagnosis of complications of chronic rhinosinusitis of the lower respiratory tract and increasing the effectiveness of treatment:

approved methodological recommendation "Methods for early diagnosis of diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses in patients with community-acquired pneumonia", developed on the basis of scientific results of research to improve the efficiency of diagnosis of chronic rhinitis in diseases of the lower respiratory tract (conclusion No. 8n-r / 307 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated April 12 2021). This methodological recommendation allows diagnosing chronic rhinosinusitis in patients with diseases of the lower respiratory tract, preventing complications associated with this disease by clinical monitoring of patients over time;

approved the methodological recommendation "Method of treating inflammatory diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses in patients with community-acquired pneumonia" (conclusion No. 8n-r / 306 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated April 12, 2021). The results of the studies reflected in this methodological recommendation made it possible to increase the

effectiveness of the treatment of chronic rhinosinusitis in patients with diseases of the lower respiratory tract, improve the quality of life of patients through effective prevention of complications of this disease;

the results of studies aimed at improving scientific results in the diagnosis, treatment and prevention of chronic rhinosinusitis in diseases of the lower respiratory tract have been introduced into healthcare practice, including the clinical practice of the Department of Otorhinolaryngology of the Tashkent Medical Academy, the EraMed clinic, the InViVo clinic (conclusion No. 8 n- d/271 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated August 08, 2021). Implementation of the results of the study allows to increase the effectiveness of treatment of patients with chronic rhinosinusitis in diseases of the lower respiratory tract, improves the quality of medical and preventive care provided, the quality and life expectancy, and in the aggregate is reflected in a decrease in the development of complications of this disease.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations, a list of references and appendices. The volume of the dissertation is 128 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А., Жабборов Н.Н. Особенности патологии носа околоносовых пазух у больных заболеваниями нижних дыхательных путей // Вестник ТМА №4, 2019, стр. 166-169 (14.00.04.)
2. Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Пулатова Д.Б., Жабборов Н.Н. Эпидемиология заболевания носа и околоносовых пазух при внебольничной пневмонии // Биомедицины и практики №4, 2020, стр. 101-106 (14.00.04.)
3. Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жабборов Н.Н. Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта ташхислаш // Стоматология журнали №3, 2021 (14.00.04.)
4. D.A. Jumanov, Sh.Kh. Bakieva, J.A. Djuraev, I.A.Kudiyarov, N.N. Djabbarov Clinical and microbiological peculiarities of nose pathology and paranasal sinuses in patients with non-hospital pneumonia // International Journal of Biological and Pharmaceutical Sciences Archive №1, 2020, p 11-15 (14.00.04.)
5. D.A. Jumanov, Sh.Kh. Bakieva, N.N. Djabbarov Early diagnosis of the nasal cavity diseases in patients with community-acquired pneumonia // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation №32, 2021, p 4082-4086 (14.00.04.)

II бўлим (II часть; II part)

1. Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жабборов Н.Н. Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларининг пастки нафас йўлларига асоратланишлари профилактикаси // Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш мавзусидаги республика илмий-амалий анжумани, Андижон-2020, 690-бет
2. Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х. Взаимосвязь воспалительных заболеваний верхних и нижних дыхательных путей // Международная научно-практическая конференция «Современные научные решения актуальных проблем», Ростов(Россия)-2020, стр. 37-38
3. D.A. Jumanov, Sh.Kh. Bakieva, N.N. Djabbarov Kasalxonadan tashqari pnevmoniyali bemorlarda burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklarini erta tashxislash // Material og the IVth congress of Otolaryngologists of Uzbekistan "Modern otolaryngology: problems and innovations" Tashkent-2021 y, p 140-141
4. D.A. Jumanov, Sh.Kh. Bakieva, N.N. Djabbarov Kasalxonadan tashqari pnevmoniyali bemorlarda burun va burun yondosh bo'shliqlari kasalliklarini samarali davolash // Material og the IVth congress of Otolaryngologists of Uzbekistan "Modern otolaryngology: problems and innovations" Tashkent-2021 y, p 140-141
5. D.A. Jumanov, Sh.Kh. Bakieva, N.N. Djabbarov Сравнительная микробиологическая характеристика верхних и нижних дыхательных путей у больных внебольничной пневмонии с хроническими риносинуситами //

International research and practice conference Engineering & Technology, Part 2, Egypt 2021 y. p 104-106

6. Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А. Определения диагностических маркеров для дифференциальной диагностики аллергического и неаллергического ринита // Научный медицинский журнал «Авиценна», выпуск №20, 2018 г, стр. 50-54

7. Zakirova U.I., Mirrakhimova M.X., Bobomurodova D.T., Abdullaev U.P., Jumanov D.A. Analysis of The Prevalence of Bronchial Asthma In Children In Outpatient Clinics. // International journal of pharmaceutical research, №4, 2020, p 759-765

8. Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А. Медико-социальная значимость симптомов аллергического ринита // Международный журнал «Оториноларингология – Хирургия Головы и Шеи» №1-2, 2018, стр 8-9

9. Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А. Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта ташхислаш усуллари // Услугий тавсиянома – Тошкент, 2021й. 16 б.

10. Бакиева Ш.Х., Жуманов Д.А. Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларини даволаш усули // Услугий тавсиянома – Тошкент, 2021й. 18 б.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.