

Холов Хусен Негмуродович  
Бухоро Давлат тиббиёт институти  
[xolov.husen@bsmi.uz](mailto:xolov.husen@bsmi.uz)

## Аннотация

Сурункали йирингли синусит — бу юз соҳаси ҳаво ўтказувчи ёрқин бўшлиқларининг узок муддатли яллиғланиш жараёни бўлиб, унинг асосий белгиси йирингли экссудатнинг ҳосил бўлиши ва давомий яллиғланиш реакцияси ҳисобланади. Касаллик кўп ҳолларда ўткир синуситнинг нотўлиқ даволанишидан кейин ёки юқори нафас йўллари инфекциялари, септик ҳолатлар ва анатомик мос келмасликлар натижасида ривожланади. Клиник кўриниши нос нафас олишнинг қийинлашиши, бош оғриғи, юзда оғриқ ва оғирлик ҳисси, юқори жоғ лабининг шишиши, йирингли ажралишлар ва нафасда нохуш ҳид пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

**Калит сўзлар:** Сурункали йирингли синусит, яллиғланиш, клиника

**Долзарблиги.** Сурункали йирингли синуситлар нафас олиш тизимининг энг кенг тарқалган яллиғланиш касалликларидан бири бўлиб, аҳоли орасида катталар ва болаларда бирдек учрайди. Ушбу патология нафақат тиббий, балки ижтимоий аҳамиятга ҳам эга, чунки узок муддатли оғриқ, меъёрий нафас олишнинг бузилиши, иш қобилиятининг пасайиши ва инфекциянинг мия ёки орбита каби кўшни структураларга тарқалиш хавфи билан кечади[2,4,6].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, сурункали синуситлар нафас олиш касалликлари орасида катта улушни эгаллайди ва кўпинча антибиотикларга чидамли микрофлора билан боғлиқ бўлади. Шу сабабли, касалликнинг клиник тавсифини, микробиологик хусусиятларини ва самарали терапевтик йўлларини ўрганиш бугунги кунда оториноларингологиянинг энг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади[1,3,5].

**Тадқиқот мақсади** сурункали йирингли синусит касаллигининг клиник хусусиятларини ўрганиш.

**Тадқиқот материали ва услуби.** Клиник тадқиқотлар натижаларини баҳолаш учун Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази ЛОР бўлимида сурункали синусит ташҳиси билан оғриган 84 нафар бемор текширилди, улардан 40 нафари эркаклар ва 44 нафари эса 20 ёшдан 70 ёшгача бўлган аёллардир.

**Натижалар.** Ушбу гуруҳимизда анамнез бўйича касалликнинг давомийлиги 6 ойдан 1 йилгача 5 нафар беморда, 1 йилдан 3 йилгача 28 нафар беморда, 3 йилдан 5 йилгача - 32 нафар беморда, 5 йилдан 10 йилгача – 11 нафар беморда қайд этилган. 8 нафар бемор касалликнинг бошланишини эслай олмади. Моносинуит 25 нафар беморда (29,76%), полисинуит 59 нафар беморда (70,24%) кузатилган.

I гуруҳ беморларида бурун ён бушликларида яллиғланиш жараёнининг локализацияси тўғрисидаги маълумотлар келтирилган бўлиб, ундан кўриш мумкинки, ўнг томонлама жараён -38,10%, чап томонлама жараён -32,14% ва 25 нафар бемор (29,76%) икки томонлама синусит билан касалланган.

Назорат остига олинган беморларда пешонада оғриқ 5 нафар беморда, бошнинг тепа қисмида оғриқ – 2 нафар беморда, юқори жағ соҳасидаги оғриқ – 11 нафар беморда ва диффуз бош оғриғи – 18 нафар беморда кузатилган. Эрталабги бош оғриғи – 14 нафар беморда, кун орасида – 5 нафар беморда, кечқурунги бош оғриқлар – 7 нафар беморда ва кун давомидаги оғриқлар – 12 нафар беморда кузатилган.

Умумий ҳолсизлик ҳақида шикоятлар 31 нафар бемор (36,9%), безовталиқ - 12 нафар беморда (14,29%), тез чарчаш - 8 нафар беморда (9,5%), доимий бурун орқали нафас олишнинг қийинлашуви – 46 нафар беморда (54,76%), даврий бурун орқали нафас олишнинг бузилиши -18 нафар беморда (21,43%) кузатилди. Шу билан бирга, 48 нафар беморда (57,14%) куннинг биринчи ярмида бурундан ажралма оқиши ҳақида шикоят қилдилар. 8 нафар беморда (9,52%) гипосмия ва 2 нафар беморда (2,38%) аносмия қайд этилган.

Олд риноскопияда қуйидагилар аниқланди: бурун шиллик қавати оч пушти рангда- 41 нафар беморда (48,8%) да, 12 нафар беморда шиллик қават (14,3%) да цианотик, 19 нафар бемор(22,6%) да бурун шиллик қавати гиперемиялашган ва шишган, 12 нафар беморда (14,3%) бурун шиллик қаватида куруқлик ва атрофия аниқланган.

Нафас олишнинг қийинлашуви бемор томонида бурун тўсиғи эгрилиги натижасида келиб чиқиши 9 нафар беморда (10,7%), нафас олиш бузилишисиз эса – 8 нафар беморда (9,5%), пастки бурун чиғаноғи гипертрофияси 13 нафар беморда (15,5%), ўрта бурун чиғаноғи гипертрофияси -5 нафар беморда (5,9%), бурун йўллариининг полипозиди 17 нафар беморда (20,2%) аниқланган.

Ўрта бурун йўлида йирингли ажралманинг бўлиши 23 нафар беморда (27,4%), юқори бурун йўлида - 9 нафар беморда (10,7%) кузатилган. 15 нафар (17,6%) беморларда йирингли ажралма пастки бурун йўлига оқиши кузатилган. 10

нафар беморда (11,9%) йирингли ажралманинг ҳалқум орқа деворидан оқиши кузатилган.

Рентген текширувида 6 нафар беморда юқори жағ бўшлиғида бир томонлама горизонтал суюқлик сатҳи даражаси аниқланган, икки томонлама - 5 нафар беморда, пешона бўшлиғида - 3 нафар беморда, юқори жағ бўшлиғининг бир томонлама гомоген пневматизациянинг пасайиши- 3 нафар беморда, пешона бўшлиғида - 1 нафар беморда, этмоидал бўшлиққа - 12 нафар беморда, икки томонлама юқори жағ бўшлиғининг гомоген пневматизациянинг пасайиши - 2 нафар беморда, этмоидал бўшлиққа - 7 нафар беморда, бир томонлама юқори жағ ва этмоидал бўшлиқларининг гомоген пневматизациянинг пасайиши – 15 нафар беморда, икки томонлама – 7 нафар беморда, бир томонлама интенсив барча бўшлиқлари пневматизациясининг пасайиши - 19 нафар беморда ва иккала томонда интенсив барча бўшлиқлари пневматизациясининг пасайиши - 4 нафар беморда кузатилди.

Бурун ёндош бўшлиқларида полиплар мавжудлигини истисно қилиш учун йодолипол ёки урографин билан контрастли рентгенография ўтказилди. Бурун ёндош бўшлиқларининг рентгенконтрасли тасвири нафақат шиллик қаватдаги патологик жараёнларни балки шиллик қаватдаги продуктив яллиғланишли ўзгаришлар, аммо унинг самарали яллиғланиши, полип шаклланиши билан бирга, унинг шакли, ҳажми ва миқдори тўғрисида маълумотлар берди.

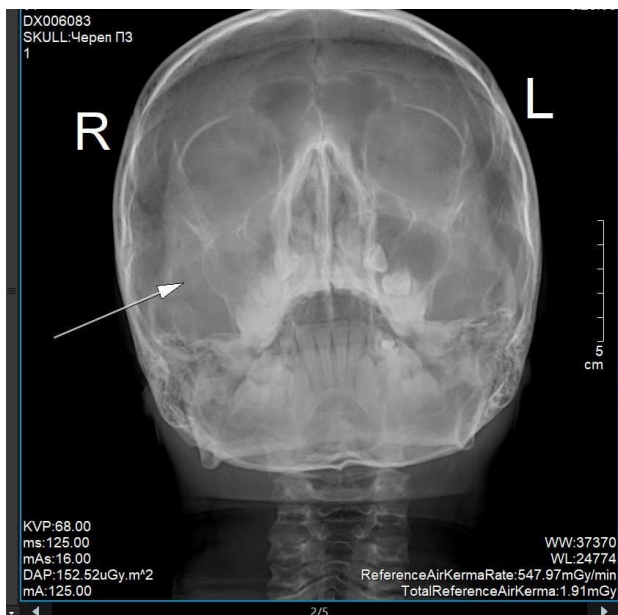
Шуни ҳисобга олган ҳолда полипларни ҳамли ҳосила тоифасига кирганлиги сабабли, уларнинг мавжудлигини кўрсатадиган ўзгаришлар патологиянинг ушбу шакли учун энг характерли бўлиб чиқди.

Бундан ташқари, рентгенконтрастланган бўшлиққа ярим шарсимон, овал шаклдаги тўлишиш нуқсонлари топилган. Ҳажмли ҳосиланинг бўлиши ёки мавжудлиги, шунингдек, бир нечта "бармоқсимон ботиклик" шаклидаги чуқурликлар билан аниқланди (1-расм), рентгенконтрасли препаратининг соясида чекка бўлмаган тўлиқ ёритгичлар билан, полипларнинг контурларини такрорлайдиган кесилган соялар кўриниши билан тасвирланди (2-расм).



**1-расм. Бемор М.В.34 ёш. Бурун ёндош бўшликлари рентгенографияси. Икки томонлама сурункали йирингли гайморит.**

Икки томонда, ён деворда жойлашган соянинг икки томонлама ёритилиши кўринади; бири синуснинг ён деворида, иккинчиси алвеоляр кўрфазнинг бутун ён деворида.



**1-расм. Бемор Ю.С. 37 ёшда. Бурун ёндош бўшликлари рентгенографияси. Ўнг томонлама сурункали йирингли юкори жағ бўшлиғи синусити**

Ўнг томонда, рентген контрастли препаратининг соясида, юмалоқ шаклдаги нуқсонлари "бармоқ чуқурликлари" шаклида контурланади.

**Хулоса.** Беморларнинг анамнези маълумотларини батафсил таҳлил қилиш натижасида 17 нафар беморда сурункали йирингли риносинуит аниқлангандан сўнг 1 мартадан 3 мартагача консерватив даво муваффақиятсиз амалга оширилганлиги аниқланди. Улардан 4 нафар беморда консерватив терапия (бурун ёндош бўшлиқлари пункцияси), эҳтимол, уларнинг асосизлиги ва тўлиқ етарлилиги туфайли прогрессияга олиб келган, яъни сурункали йирингли риносинуитларнинг кучайишига олиб келган. Қолган 67 нафар бемор (79,76%) илгари шу касаллик бўйича даволанмаган. Компютер томографиясидан фойдаланиш бурун ёндош бўшлиқларининг йирингли-яллиғланиш касалликларини нурли диагностикаси имкониятларини сезиларли даражада кенгайтди.

Компютер томографияси бурун ёндош бўшлиқларининг, шу жумладан рентгенконтрастли текшириш усулининг барча маълум тадқиқотларига қараганда кўпроқ маълумотга эга.

### **Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Абдуллаев Х.Н. Диагностика и повышение эффективности лечения орбитальных риносинусогенных осложнений у детей : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.04 // ; МЗ РУз, Таш. педиатрический мед. ин-т. - Т, 2008. – С.114.
2. Абдукадыров М. А., Эшбадалов Х. Ю. Использование суперсорбцид содержащей в комплексном лечении одноклеточных гайморитов // Инфекция, иммунитет и фармакология : научно-практический журнал / Государственный акционерный концерн "Узфармсанокат", Ташкентский научно-исследовательский институт вакцин и сывороток. - Ташкент : ООО "SIGMA PRINT". - 2020. - № 5. - С. 11-14 .
3. Абдукаюмов А. А. Основные аспекты взаимосвязи клинических данных и структурных изменений у больных при риносинуситах, сочетанных с хроническими гломерулонефритами / А. А. Абдукаюмов // Педиатрия. - Ташкент, 2016. - №4. - С. 9-13.
4. Абдукаюмов А. А., Усенов С. Н. Особенности иммунореактивности у больных риносинуситом, проживающих в зоне Приаралья // Педиатрия : научно-практический журнал / Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентский педиатрический медицинский институт. - Ташкент, 2020. - № 4 . - С. 4-9 .
5. Абдукаюмов А. А., Амонов Ш. Э. Роль мультиспиральной компьютерной томографии в оценке результатов хирургического лечения больных хроническим

риносинуситом : научное издание / А. А. Абдукаюмов, Ш. Э. Амонов // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2013. - №3. - С. 50-52.

6. Абдукаюмов А. А. Оценка клинического состояния в диагностике степени тяжести больных хроническими риносинуситами, сочетанными с хроническим гломерулонефритом : научное издание / А. А. Абдукаюмов // Медицинский журнал Узбекистана. - Тошкент, 2016. - №1. - С. 43-45.