

EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

VOLUME 1 / ISSUE 1 / 2022

ЕВРАЗИЙСКИЙ ЖУРНАЛ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ - ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ТОМ 1 • ВЫПУСК 1 • 2022

Медицинский рецензируемый журнал
Medical reviewed journal

Авторы подтверждают, что не имеют
конфликта интересов
The authors declare that they have no
competing interests

Публикуемые материалы соответствует
международно признанным этическим принципам
Published materials conforms to internationally accepted
ethical guidelines

Тематика журнала:
оториноларингология (ЛОР)
хирургия головы и шеи

Journal subject:
Otorhinolaryngology (ENT)
Head and Neck Surgery

Главный редактор: Вохидов Улугбек Нуридинович
Editor in chief: Vokhidov Ulugbek Nuridinovich

e-mail: ejohns@scinnovations.uz
<https://ejohns.scinnovations.uz>

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

The Journal is included in the List of Peer-reviewed Scientific Journals recommended for publication of principal scientific results of dissertations competing for scientific degree of Candidate of Science and scientific degree of Doctor of Science.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: <http://ejohns.scinnovations.uz>. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя — издательства «SCIENTIFIC INNOVATIONS».

The Editorial Board is not responsible for the content of advertising materials. Editorial opinion does not always coincide with the opinion of the authors. Only the articles prepared according to the authors' guidelines are accepted for publication. Submitting an article to the editorial board the authors accept the terms and conditions of the public offer agreement. Authors' guidelines and public offer agreement may be found on the web-site: <http://ejohns.scinnovations.uz>. Complete or partial reproduction of the materials is allowed only by written permission of the Publisher — «SCIENTIFIC INNOVATIONS» Publishing Group.

Журнал зарегистрирован Агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан. Свидетельство о регистрации №1594 от 25.04.2022 г.

The journal is registered by the Agency for Information and Mass Communications under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan. Registration certificate No. 1594 dated April 25, 2022



Учредитель и издатель:
000 «SCIENTIFIC INNOVATIONS»
Founder and Publisher:
«SCIENTIFIC INNOVATIONS» LLP
www.scinnovations.uz



СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

Амонов М.Х., Вохидов У.Н.

Ототомикоз билан касалланган болаларда касаллик клиникасининг ўзига хослиги

Amonov M.X., Vokhidov U.N.

Specificity of the clinic of the disease in children with otomycosis 6-11

Шерназаров О.Н., Вохидов У.Н.

Ҳикилдоқнинг сурункали паралитик торайиши бўлган беморларни турли жарроҳлик усулларини қиёсий баҳолаш

Shernazarov O.N., Vokhidov U.N.

Comparative evaluation of different surgical techniques in patients with chronic paralytic laryngeal stenosis 12-16

Камбарова Ш.А.

Важность критериев морфометрических параметров краниофасциальной области детей с врождёнными расщелинами губы и нёба.

Kambarova Sh.A.

The importance of criteria for morphometric parameters of the craniofacial region in children with congenital cleft lip and palate 17-21

Абдуллаев Ш.Ю., Ганиев А.А., Абдурахмонов С.З.

Опыт применения деносумаба у больных с амелобластомой нижней челюсти

Abdullaev Sh.Yu., Ganiev A.A., Abdurakhmonov S.Z.

Experience with denosumab in patients with ameloblastoma of the mandible 22-26

Каримов О.М., Шамсиев Д.Ф.

Особенности клинических проявлений заболеваний носа у больных хронической почечной недостаточностью

Karimov O.M., Shamsiev D.F.

Features of clinical manifestations of nasal diseases in patients with chronic renal failure 27-34

Бакиева Ш.Х., Курбонов Ш.Ж.

Оценка клинических изменений после различных хирургических вмешательств в верхнечелюстной пазухе у больных с хроническим синуситом.

Bakieva Sh.Kh., Kurbonov Sh.J.

Evaluation of clinical changes after various surgical interventions in the maxillary sinus in patients with chronic sinusitis 35-40

Хасанов У.С., Матмуродов З.С.

Сурункали фронтит бўлган беморларда озотонотерапия қўллашнинг самарадорлигини баҳолаш

Khasanov U.S., Matmurodov Z.S.

Evaluating the effectiveness of ozonotherapy in patients with chronic frontitis 41-48

Абдукаюмов А.А., Мухамедов Д.У.

Результаты применения опросника SF-36 жизни детей школьного возраста с нейросенсорной тугоухостью

Abdukayumov A.A., Mukhamedov D.U.

Results of the application of the SF-36 questionnaire on the life of school-age children with sensorineural hearing loss 49-54

Амонов Ш.Э., Назиров Ф.Н.

Тимпаносклероз у детей с хроническим гнойным средним отитом

Amonov Sh.E., Nazirov F.N.

Features of the development of tympanosclerosis in children with chronic suppurative otitis media 55-61

Шомуродов К.Э., Вохидов У.Н., Файзуллахужаев А.А.

Хейлоринопластика у больных с односторонними расщелинами верхней губы

Shomurodov K.E., Vokhidov U.N., Fayzullakhujaev A.A.

Topical issues of cheilorinoplasty in patients with unilateral cleft of the upper lip 62-70

СУРУНКАЛИ ФРОНТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ОЗОНОТЕРАПИЯ ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Хасанов У.С.¹, Матмуродов З.С.¹

¹Тошкент тиббиёт академияси.

Аннотация. Сурункали фронтит бўлган беморларни даволашда асосан консерватив усуллар қўлланилади. Ушбу шарҳнинг мақсади сурункали фронтитни даволаш усулларини таҳлилий-қиёсий баҳолаш ҳисобланади. Тадқиқот материали сифатида охириги 10 йил мобайнида халқаро PubMed, Scopus ва e-library базаларидаги журналларда нашр этилган, сурункали фронтитни даволашга бағишланган 25 та мақолалар таҳлили ўтказилди. Шарҳ шуни кўрсатдики, сурункали фронтитнинг даволашда пешона бўшлиғини табиий тешиги ёрдамида ювиш анатомик жиҳатдан хавфсиз ва самарали даво усули ҳисобланади.

Калит сўзлар: сурункали фронтит, даволаш, трепанопункция, пункция, зондлаш, физиотерапевтик даво.

Иқтибос келтириш учун:

Хасанов У.С., Матмуродов З.С. Сурункали фронтит бўлган беморларда озонотерапия қўллашнинг самарадорлигини баҳолаш. *Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи.* 2022;1(1):41–48. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2022.1.1.007>

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF OZONOTHERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC FRONTITIS

Khasanov U.S.¹, Matmurodov Z.S.¹

¹Tashkent Medical Academy.

Abstract. In the treatment of patients with chronic frontal sinusitis, conservative methods are mainly used. The purpose of this review is to give an analytical and comparative assessment of the methods of treatment of chronic frontal sinusitis. The material of the study was an analysis of 25 articles on the treatment of chronic frontal sinusitis published in the international databases PubMed, Scopus and e-library over the past 10 years. The review showed that, in the treatment of chronic frontal sinusitis, forehead flushing through natural foramens is an anatomically safe and effective treatment.

Keywords: chronic sinusitis, treatment, trepanopuncture, puncture, probing, physiotherapy.

For citation:

Khasanov U.S., Matmurodov Z.S. Evaluating the effectiveness of ozonotherapy in patients with chronic frontitis. *Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery.* 2022;1(1):41–48. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2022.1.1.007>

МУАММОНИНГ ДОЛЗАРБЛИГИ

Ҳозирги кунда сурункали фронтит касаллигини даволаш усулларида бири бу табиий тешик орқали зондлаш усули ҳисобланади. Бурун бўшлиғининг эндоскопияси пешона бўшлиғининг табиий тешиги орқали пешона бўшлиғини зондлаш имкон беради. Шуни ҳам билиш лозимки, анатомик ва топографик нуқтаи назардан, бу усул хавфли ва камдан-кам ҳолларда мумкин деб ҳисобланади. Бир неча олимлар, анатомик номувофиқлик ва пешона бўшлиғига киришга имкон бермайдиган пешона-бурун каналининг турли

хил топографик вариантлари туфайли кўпинча муваффақиятсиз бўлади ҳамда зонд олд калла чуқурчасига кириб бориш хавфи борлигини таъкидлаганлар.

Адабиётларни ўрганиш шуни кўрсатадики, 6% ҳолатларда пешона бўшлиғини зонлашда учраган муваффақиятсизлик, патологик жараён билан, камроқ синуснинг анатомик хусусиятлари билан изоҳланади, шунинг учун Бир неча олимлар пешона-бурун каналини зонлашда қуйидаги қоидаларга риоя қилишни тавсия қилади, яъни зўравонлик ишлатмаслик, барча зонд ҳаракатларини юмшоқ

усулда бажариш, зонд йўлида тўсқинлик бўлса, зонд эркин ҳаракатланадиган йўналишни топиш, қон кетиши кузатилганда пешона бўшлиғини зондлашни давом эттирмасликни таъкидлашган.

Зондлаш пайтида пешона бўшлиғидан йирингли ажралма чиқмаганда ва антибактериал терапия таъсири бўлмаганда, пешона бўшлиғидаги экстраназал дренажни ҳисобга олиш керак, пешона бўшлиғининг трепанопункцияси усулини ҳам қўлланилиши мумкин. Трепанопункция кўплаб клиницистлар томонидан пешона бўшлиғи яллиғланиш касалликларини ташхислаш ва даволаш учун ишончли ва самарали усул сифатида тан олинган.

Пешона бўшлиғининг трепанопункциясининг учта усули мавжуд: унинг олд, пастки деворлари ва эндоназал ёндошуви. Орбитал ва олд деворлардан пешона бўшлиғининг трепанопункцияси пешона бўшлиғининг пастки (орбитал) девори олд томондан анча юпқа эканлигини ҳисобга олинганда, қулай усул ҳисобланади. Бироқ, унинг пастки девори орқали бўшлиқ трепанациясини - суякнинг нотекис юзаси, юқори кўз қовоғининг юмшоқ тўқималарига шикаст етказиш ва осон инфекцияни пешона бўшлиғига кириши туфайли воз кечиши кераклиги ҳам таъкидланган. Бу бемор учун ноқулайликни кўрсатади, бу унинг пастки девори орқали пешона бўшлиғини тешиш пайтида доимий равишда канюла кийиш зарурати билан боғлиқ. Буни ҳисобга олган ҳолда пешона бўшлиғи пастки девори ва пешона бўшлиғининг олд деворларидан трепанопункция амалга оширилади. Трепанопункциядан фойдаланиб, муаллиф ушбу усулни ишлатишдан олдин радикал жарроҳлик амалиётидан ўтган беморларнинг катта қисмида (80-85% гача) тузалишга эришди. Шуни ҳам таъкидлаш керакки, баъзи олимлар пешона бўшлиғининг мия деворига шикаст етказмаслик учун трепанопункцияни тавсия этмайди.

Трепанопункция усулини янада такомиллаштириш пешона бўшлиғига кириш учун мақбул жойни танлаш, асбобларни соддалаштириш ва асоратларни олдини олиш билан боғлиқ. Бир неча олимлар юмшоқ тўқималарни олдиндан кесишдан кейин орбитанинг юқори ички бурчагида бор ёрдамида трепанопункция амалга оширган. Суяк тўғридан-тўғри лакримал бўшлиқ устки қисмида жойлашганида, пешона бўшлиғининг пастки деворида 0,5 см ҳажмдаги трепанат теши-

ги қилинган.

Кенг очилиш билан трепанопунктурани пешона бўшлиғининг парчаланиб кетган трепанацияси дейилади. Техниканинг моҳияти - диаметри 0,5-0,7 см, қош устидан 1,5 см баландликдаги тешик ҳосил қилиш, унга дренаж трубкаси ўрнатилган бўлиб, улар битта чок билан терига ўрнатилади. Синус бўшлиғини доимий дренажлашни таъминлаб, трепанация тешигига қўйилган қулоқ воронкаси ёрдамида тешик орқали текширилади.

Таърифланган техниканинг камчилиги бу дренажни маҳкамлаш билан боғлиқ жарроҳлик амали давомида қилинган манипуляцияларнинг мутлақ мураккаблиги ва ишончилиги, бўшлиқда ҳосил бўлган чандиқ олиб ташланганидан кейин, бўшлиқнинг патологик ажралмаси атрофдаги тўқималарга кириб бориши, уларнинг инфицирланиши, натижада йиринглаш ва шикастланиши, косметик нуқсон келиб чиқиши кузатилади. Буни ҳисобга олган ҳолда бир неча ўн йиллар давомида амалий соғлиқни сақлашда энг кўп қўлланилиб келинадиган дренаж канюлалар тўпламига эга бўлган пешона бўшлиғиларнинг трепанопункцияси учун асбобни яратилган. Сўнгра тиш бурмаси билан пешона бўшлиғининг олд деворини бурғулаш, дренаж канюласи шаклида ҳосил бўлган тешикка қисқа Дюфо игнасини киритиш усули таклиф қилинган. Кейинчалик яна қисқароқ Дюфо игнасида фойдаланилган, унга бурғу (сверло) ёрдамида канюла шаклида киритилган.

Трепанларнинг бошқа турларидан тубдан фарқи шундаки, бурғулаш пешона бўшлиғининг бўшлиғига кириб борганда автоматик равишда тўхтайдди. Маткапни тўхтатиш махсус автоматик ўчириш мосламаси томонидан амалга оширилади; Бурғулаш охирида бурғунинг инерциясини пасайтириш учун электр тормози билан таъминланади. Муаллифлар пешона бўшлиғиларнинг трепанопункциясини амалга оширишда ишлатилган асбобларни беш гуруҳга бўлишди: механик бурғулар, электр трепан, тиш бурмалари, троакар ва турли хил игналар. Кўпгина клиницистлар механик бурғулар, электр трепанлар ва тиш бурмалари билан ишлашни афзал кўришади.

Бошқа олимлар найчанинг ташқи томонида ип билан ва охирида тўхташ дискли мандрелли канюлани тавсия қилди. Ушбу олимлар ҳам трепанопунктурани пешона бўшлиғининг олд деворидан ўтказдилар. Биринчи марта, пешона бўшлиғи

тешигини қўллаш жойи сифатида олдинги ва пастки - иккита синус деворининг чегараси танланди. Пешона бўшлигининг олд девори орқали троакар канула ёрдамида трепанопункция усули ҳам қўлланилган.

Трепанопункция асбобларини ишлаб чиқиш билан бир қаторда дренаж найчалари ва канюллалар учун материалнинг табиати ўзгарган: каучук, синтетик материаллар, шу жумладан целофан, биопластик найчалар ҳам қўлланилган.

Кўпгина олимлар суяк учун механик бурғулардан фойдаланадилар. Тўпланган тажриба ушбу усулларнинг муҳим камчиликларини аниқлади, яъни кўп босқичли аралашув: 1-босқич - суякни бурғилаш, 2-босқич - суякни трепанатор каналдан маткапни олиб ташлаш, 3-босқич адаптерни ва у орқали дренажлаш мосламасини (канюлани) киритиш, бурғуни олиб ташлаш, адаптер ва дренаж мосламасини киритишда трепанат канали тўқималарининг пешона бўшлигининг патологик таркиби билан инфекция киргизиш эҳтимоли, трепанация каналига канюлани ишончли маҳкамлашнинг иложи йўқлиги сабабли, бўшлиқ ичи антисептик эритмалар билан ювилганда патологик ажралмани фронтал соҳаси юмшоқ тўқималарига кириши оқибатида яллиғланишни кучайиши ва бошқа асоратларга олиб келиши мумкин.

Берилган трепанопунктура усулларининг таъкидланган камчиликлари, ушбу жарроҳлик амалини бажариш билан боғлиқ бўлган асоратларнинг кўплиги сабабли бошқа изланишларни талаб қилди.

Кейинчалик хорижий олимлар томонидан орбитал девор орқали ингичка игна билан пунксиён қилиш техникасини ишлаб чиқиш ушбу йўналишдаги муҳим босқич бўлди. Пешона бўшлиғиларнинг анатомик ва топографик ва ёшга боғлиқ хусусиятларини инобатга олган ҳолда, пешонанинг ўрта чизиги билан инфраорбитал поғонаси орасидаги масофанинг ўртасида ва қошнинг энг кўп чиқадиган қисмидан 0,5 см пастда жойлашган пешона бўшлиғига игна кафолатли кириши учун жой ҳисобланади. Агар пешона бўшлиғи супраорбитал қисмга етиб бормаса, пункцияни медиал томон билан бажариш тавсия этилади. Бир неча тадқиқотларда ҳар хил ўлчамдаги пешона бўшлиғи тешилган, аммо кичик ўлчамдагилари, яъни фақат рудемента синуслар тешилмаган. Пункция қилиш учун "Рекорд" игнаси ёки диаме-

три 1,2 мм бўлган қон қуйиш игнаси ишлатилган. Кейин эса синтетик материаллардан ясалган катетер пешона бўшлиғини чайиш учун пункция игнасининг бўшлиғига киритилади, ташқи учи терига лейкопластер билан маҳкамланади. Ўз тажрибасига асосланиб хорижий олимлар беморларда пастки девори орқали пешона бўшлиғи пункция жойи жойлашини аниқлаш учун фазовий математик моделни ишлаб чиққан.

Шуни ҳам таъкидлаш керакки, пастки девор орқали пешона бўшлиғини тешиш усули ҳам маълум бир камчиликларга эга эканлиги бўлди, яъни дренаж кануласини озгина бўшатиш пешона бўшлиғидан экссудатнинг мустақил эвакуациясини олдини олади, пешона-бурун анастомозининг обструкцияси билан пешона бўшлиғини самарали ювиш учун қийинчилик туғдиради, патологик ажралманинг юмшоқ тўқимасига тарқалиш эҳтимоли юқори ҳисобланади.

Сурункали фронтитнинг ўткир ва кучайишида даволашнинг консерватив усуллари, жумладан, антибактериал дори воситалари, бурун томчилари сифатида вазоконстрикторларни тайинлаш, оғриқ қолдирувчи воситалар, носпецифик гипосенсибилизацияловчи терапия ва физиотерапевтик муолажалар қўлланилади. Ушбу терапиянинг асосий мақсади инфекцияга қарши курашиш ва пешона-бурун каналининг ўтказувчанлигини тиклашдир, бу эса пешона бўшлиғида яллиғланиш жараёнини бартараф этишга олиб келади.

Консерватив даво одатда антибиотик терапияси билан бошланади. Шу билан бирга, улар касалликнинг энг кўп учрайдиган қўзғатувчилари ва уларнинг антибиотикларга нисбатан сезгирлиги бўйича тўпланган тажрибага асосланадилар. Антибактериал терапия микробиологик тадқиқот натижаларини олгандан кейин тузатилиши мумкин.

Антибактериал дори-дармонларни парентерал юбориш пешона бўшлиғининг шиллик қава-тига яллиғланишга қарши таъсирга эга, аммо бу дорилар ва физиотерапевтик муолажаларнинг маҳаллий таъсири самарадорлигидан камдир.

Кўрсатилган таъсирлардан ташқари, мукоактив дорилар (химотрипсин, трипсин), янги микробларга қарши воситалар (октенисепт, биопарокс), иммуномодуляторлар (рибомунил, ИПС-19), ўсимликдан тайёрланган дорилар (синупрет) ишлатилади.

Бурун бўшлиғида ва бурун ёндош бўшлиқлари синусларда босимнинг пасайишига олиб келадиган терапевтик чоралар, яъни Проетц усулида бурун ёндош бўшлиқларини дори-дармонлар билан ювиш ва ЯМИК синус катетеридан фойдаланишдан огоҳлантиради, чунки бу бўшлиқ ичидаги босимни пасайтиради, бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг шишини кучайтиради, қон томирларини механик сиқилиши натижасида трофикасини бузади, бу эса олдинги бурун-пешона бўшлиғи каналининг ёпилишига олиб келиши мумкин.

Пешона бўшлиғини консерватив даволашда физиотерапия муҳим рол ўйнайди. Шундай қилиб, синусит билан оғриган беморларни озокеритли аппликация билан оғриган бўшлиқни даволашда яхши натижаларга эришишини таъкидланган. Бурун ёндош бўшлиқларининг кислород билан аэрацияси шифо жараёнини тезлаштиради, кўплаб беморларда жарроҳлик аралашувига эҳтиёж қолмайди. УВЧ фронтитни даволашда кенг қўлланилади. Баъзи олимлар пешона-бурун каналида паст частотали маҳаллий ва акупрессурли био-тебраниш массажини муваффақиятли қўллади.

Шуни ҳам таъкидлаш лозимки, электроаерозол терапияси билан антибиотикларнинг қонга сингиши янада кучаяди: қонда ингаляциядан сўнг антибиотикларнинг терапевтик концентрацияси узоқ вақт давомида аниқланади.

Лазер нурланиши эса фагоцитозни кучайтиради, яллиғланиш реакциясини камайтиради.

Пешона бўшлиғига кам энергияли лазер нурланишини муваффақиятли қўлланилган. Шунингдек, гелий-неон лазеридан (тўлқин узунлиги 0,63мкм) ва инфрақизил нурланишдан фойдаланиш тавсия этилади.

Шундай қилиб, сўнгги 3-4 ўн йилликларда пешона бўшлиғининг консерватив давоси доимий равишда яхшиланмоқда. Бунга фармакология, микробиология, клиник тиббиётнинг сўнгги ютуқларини амалиётга жорий этиш орқали эришилади. Аммо консерватив даво самарали бўлмаган беморларнинг сони муҳимлигича қолмоқда. Шу сабабли муаллифларнинг пешона бўшлиғини консерватив даволашни такомиллаштириш муҳим ва долзарб масалалардан бири бўлиб келмоқда.

УШБУ ШАРҲНИНГ МАҚСАДИ сурункали фронтитни даволаш усуллари таҳлилий-қиёсий баҳолаш ҳисобланади.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ сифатида охириги 10 йил мобайнида халқаро PubMed, Scopus ва e-library базаларидаги журналларда нашр этилган, сурункали фронтитни даволашга бағишланган 25 та мақолалар таҳлили ўтказилди.

НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ МУҲОКАМАСИ.

Бизнинг назоратимиз остида 2018-2020 йилларда изоляция қилинган фронтит билан 120 бемор бор эди. Эркаклар - 90 (75,0%), аёллар - 30 (25,0% о). Беморларнинг ёши 10 дан 70 ёшгача. Ёш (51,0%) ва ўрта ёшдаги одамлар (29,2%>) устунлик қилди. Кекса ва кекса ёшдаги фронтит камроқ учрайди (19,8%>). Кузатилаётган касалларда аёлларга нисбатан эркаклар 3 барабар кўп.

Изоляция қилинган фронтит ташхиси клиник ва рентгенологик маълумотларга асосланган эди. 32 беморда (26.0%>) ўнг пешона бўшлиғи шикастланган, чапда 55 (46.0%>), 33 беморда (28.0%>) яллиғланиш жараёни кузатилган.

Пешона бўшлиғининг ўткир яллиғланиши сурункали ҳолатларга қараганда деярли 3 барабар тез-тез учрайди: ўткир фронтит 89 (74,0%) беморда, сурункали - 31 (26,0%) беморда аниқланди. Ўткир фронтитда касалликнинг давомийлиги 2 кундан 1,5 ҳафтагача, сурункали фронтитда - 1,5 ойдан 10 йилгача.

Клиникага мурожат қилган беморларнинг энг кўп шикояти бош оғриғи эди (60 бемор - 50,0%), характерли хусусияти бор - бош олдинга ва пастга эгилганда. Бундан ташқари, тез-тез (37 бемор 30,8%) бурун битиши ва оқиши қайд этилди (13 бемор 10,8%), кўз ёшланиши (8.2-10.0%) ва умумий интоксикация (4.1-5, 0%).

Беморлар умумий клиник ва оториноларингологик текширувдан ўтди. Беморларнинг аксарияти соматик соғлом бўлишган, аммо 19 (15,8%) беморга ремиссияда кенг тарқалган касалликлар ташхиси қўйилган: 1-2 босқичда гипертензия - 5 (4.2%>) одам, сурункали бронхит - 4 (3.3) %, сурункали пиелонефрит - 3 (2,5%>), атеросклеротик кардиосклероз - 7 (5.8%>) киши.

Оториноларингологик текширувга қуйидагилар киради: анамнез, ташқи кўрик, пешона бўшлиғи палпация қилиш, пешона бўшлиғининг перкуссияси. Клиникага мурожат пайтида касалликнинг асосий белгиси 95 (79,1%) одамларда палпация ва перкуссия билан ифодаланадиган пешона бўшлиғи проекциясида объектив оғриқ

эканлиги аниқланди. Юзнинг ассиметрияси кам учрайдиган бўлса ҳам, пешона бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг жиддийлигини тавсифлади.

Маҳаллий оғриқ синдроми (МОС) интенсивлигини баҳолаш А. Волков таснифига мувофиқ амалга оширилди. (2000). Юқори даражадаги МОС ўткир фронтит учун хосдир. Сурункали фронтит хуруж пайтида юқори даражадаги МОС ва ремиссия пайтида маҳаллий оғриқ синдромининг паст даражалари билан ҳам намоён бўлади.

Фронтитда оғриқнинг табиати муҳим диагностик аҳамиятга эга. Кўпинча 59 (49,1%) беморда палпатсия ва перкуссия пайтида оғриқлар бўлган; ўз-ўзидан пайдо бўлган маҳаллий оғриқ 36 (30,0%) одамда бўлган; уч шоҳли нервнинг 1 тармоғи жараёнга жалб қилиш - 8 тасида (6,6%); аниқланмаган бош оғриғи - 5 (4,1%) одамда.

Олдинги риноскопияда аниқланган: ўрта бурун шиллиқ қаватининг шиши ва гиперемияси - 39 киши (32,0%), йирингли экссудат 54 кишида (45,0%), 27 кишида шиллиқ йирингли экссудат (22,5%). Шу билан бирга, 39 беморда (32,0%) ўрта бурун ёлида патологик оқинди йўқ эди. Пешона бўшлиғини ташхислашда ушбу ҳолатни ҳисобга олиш керак.

Остиомеатал комплекс тузилмаларини текшириш "Storz" Германия фирмасининг 0 ва 30 даража бурчакли қаттиқ эндоскоплари ёрдамида амалга оширилди. Остиомеатал комплекснинг видео эндоскопиясининг амалий аҳамияти яққол кўриниб турибди: пешона бўшлиғини ташхислаш сифатини яхшилаш, маълум бир беморда касалликнинг патогенетик жиҳатларини тушунтириш, терапевтик тадбирларни амалга ошириш. беморлар ва сурункали яллиғланишнинг олдини олиш.

Пешона бўшлиғининг рентгенологик диагностикаси бурун ёндош бўшлиқларининг панорамали рентгенографиясини, маълум бир кетма-кетликда кўрсатмалар бўйича ишлатилган компьютер томографиясини ва магнит-резонанс томографиясини ўз ичига олди.

Ярим яримаксил проексиядаги бурун ёндош бўшлиқларининг панорамали рентгенографияси пешона бўшлиғининг анатомик хусусиятларини, уларнинг сонини, ўлчамларини, пневматизациясини, этмоидал катакчалари билан алоқани ва фронтал суяк тузилишини баҳолаш учун муҳимдир.

Компютер томографияси (КТ) Сотатон Сенсион-16 "Simmens" аппаратида (Германия) стандарт дастурга мувофиқ ва 2 мм катталикларда панорамали рентгенография расмини батафсил аниқлаш мақсадида амалга оширилди: пешона бўшлиғида экссудатни аниқлаш, шиллиқ қаватдаги ўзгаришларни, пешона бўшлиғи суяк деворларида деструктив ўзгариш йўқлигини билиш. Бундан ташқари, КТ пайтида компютерни моделлаштириш орқали пешона-бурун каналининг визуализациясини олиш имконияти пайдо бўлди, бу пешона бўшлиғининг диагностик алгоритминини ишлаб чиқиш учун муҳимдир. Биз ушбу изланишларни давом эттирамиз.

Фронтитда диагностик пункциянинг ролини ортиқча баҳолаш қийин. Ҳозирги вақтда кам инвазив, юқори самарали усул пешона бурун канали орқали 0.6-1.0 ўлчамли полиетилен катетер билан зондлаш.

Пешона бўшлиғининг зондлаш 60 (50%) беморда (ўткир фронтал касалликларда 39 (32%) беморларда, сурункали фронтитда 21 (17,5%) беморда ўтказилган. Ўткир фронтитда 5 (14,2%) да асоратлар аниқланган. беморлар: ўрта чиганоқ қон кетиши - 2 (1,7%). Сурункали фронтитли беморларда қуйидаги асоратлар кузатилган: ўрта чиганоқдан қон кетиши -1 (0,8%).

Амалиётда кенг қўлланиладиган фронтитни ташхислашда қўлланиладиган иккита клиник қийматнинг қиёсий тавсифи уларнинг ҳар бирининг афзалликлари ва камчиликларини аниқлади. Трепанопункциянинг афзалликлари қуйидагилардан иборат: 1) Пешона бурун канал ўтказувчанлиги бузилган тақдирда; 2) пешона бўшлиғини қайта ювиш мумкинлиги.

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, пешона бўшлиғининг трепанопункцияси уни амалга ошириш учун зарур шарт-шароитларни ва ринологнинг тегишли малакасини талаб қиладиган жарроҳлик аралашувдир. Механик трепан билан пешона бўшлиғининг трепанопункцияси билан жиддий асоратлар юзага келиши мумкинлигини ҳеч қачон рад этиб бўлмайди.

Бундан ташқари, трепанопункция усулида бир қатор камчиликлар мавжуд: 1) агар суяк каналининг диаметри ва дренаж каналининг каналлари бир-бирига мос келмаса, канюланнинг фиксацияси қийинлашади, ёки бу унинг суяк каналига киритилишини қийинлаштиради; 2) пешона бўшлиғи-

нинг сагиттал ўлчамлари катта ўзгарувчанлиги сабабли, мос келадиган диаметри канюляни танлаш талаб этилади; 3) бурагич олиб ташлашда трепан тешигини йўқотиш эҳтимоли; 4) бурғилаш пайтида катта вибрацияли тебриши. Юқорида айтилганларга асосланиб, биз трепанопункцияни қўллаш клиник жиҳатдан мураккаб кузатишлар билан чекланган бўлиши керак, деб ҳисоблаймиз.

Пешона бурун каналини зондлашнинг асосий афзалликлари, полиетилен катетерни 10 кунгача сақлаб туриш - пешона бўшлиғидаги ўзгаришларнинг табиатини аниқлаш ва фронтал бурун каналининг ўтказувчанлигини аниқлаш афзалликларга эга:

1) мураккаб ускуналар ва амалга ошириш учун махсус шароитларни талаб қилмайди, 2) амалиётчи врачлар учун бажариш осон ; 3) олд-бурун каналини тўсиб қўйганда қаттиқ эндоскопдан фойдаланиш мумкин; 4) зондлаш пайтида тўқимага зарар бермайди; 5) амбулатория шароитида бажарилиши мумкин; 6) озон юбориш учун ишлатилади.

Бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатадики, оториноларингологнинг кундалик ишида пешона бўшлиғини бурун ичидан зондлаб қўйишни афзал кўриш керак. Пешона бўшлиғининг диагностик зондлаш микробил таркибини ўрганиш, танланган микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш ва пешона-бурун каналининг ўтказувчанлигини аниқлашга имкон беради. Келажакда бу усул пешона бўшлиғини консерватив даволашнинг энг муҳим элементига айланади.

Ўткир ва сурункали фронтитли беморларни анъанавий консерватив даволаш умумий яллиғланишга қарши ва детоксикация терапиясини ва маҳаллий даволанишни ўз ичига олади. Аммо, умуман олганда, фронтитни консерватив даволаш натижаларини қониқарли деб бўлмайди. Шу муносабат билан, тадқиқотчиларнинг фронтит билан оғриган беморларни консерватив даволашни оптималлаштириш истаги тиббиёт илм-фанининг сўнгги ютуқларидан, хусусан, озон яллиғланиш жараёнларини даволашда фойдаланишни тушунишга ёрдам беради.

Ринологияда озон терапия такрорий гайморит билан оғриган беморларни даволаш учун ишлатилади. Ушбу ишда озон терапия биринчи бўлиб ўткир ва сурункали пешона бўшлиғини даво-

лашда ишлатилган.

Консерватив даволаниш усулига кўра, кузатилаган беморлар 2 гуруҳга бўлинган: одатий даволанган беморлар (1-гуруҳ) ва пешона бўшлиғига озон тўйинтирилган антибиотик эритмаси ишлатилган беморлар (2-гуруҳ). Иккала гуруҳнинг беморлари ҳам бир хил даволанди. Фақатгина фарқ шундаки, 1-гуруҳ беморларига пешона бўшлиғини ювгандан кейин антибиотик юборилди, 2-гуруҳ беморларида эса антибиотиклар озон билан тоўинтирилган эритмаси юборилди.

Иккала гуруҳнинг беморларида ўткир ва сурункали пешона бўшлиғини даволаш натижаларини таққосланганда озон терапияси тезроқ даволанишни ва касалхонада қолишнинг қисқаришини таъминлайди ва натижада беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди.

Ўткир ва сурункали пешона бўшлиғини консерватив даволашнинг алгоритми қуйидагича келтирилган: 1) пешона-бурун каналининг ўтказувчанлигини ўрганиш учун пешона бўшлиғини 0.9% изотоник эритма билан ювиб ташланг. 2) синус бўшлиғига протеолитик ферментларни киритиш. 3) антибиотиклар (анъанавий даволаш) ёрдамида пешона бўшлиғини чайиш ёки озон тоўинтирилган эритмалар. 4) физиотерапия.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, фронтит билан оғриган беморларни даволашда кундалик ишимизда биз ушбу касалликни консерватив даволаш натижаларини оптималлаштирадиган умумий антибактериал терапия комплексида озон эритмасини маҳаллий ишлатилишини афзал кўраемиз.

Шундай қилиб, компьютер томографиясидаги пешона-бурун каналини визуализация қилиш орқали фронтит ташхисини такомиллаштириш ва пешона бўшлиғини зондлашни кенг қўллаш, шунингдек синусга озон терапия қайта-қайта юбориш орқали консерватив давони оптималлаштириш ушбу касалликнинг ташхисини ва даволаш натижаларини яхшилайдди.

Шундай қилиб, **ХУЛОСА** қилиб айтиш мумкинки, сурункали фронтитнинг даволашда пешона бўшлиғини табиий тешиги ёрдамида ювиш ҳамда қўшимча равишда физиотерапевтик даво қўллаш анатомик жиҳатдан хавфсиз ва самарали даво усули ҳисобланади.

МАНФААТЛАР ТЎҚНАШУВИ

Муаллифлар ушбу тадқиқот иши, унинг мавзу-си, предмети ва мазмуни рақобатдош манфаатларга таъсир қилмаслигини маълум қилади.

МОЛИЯЛАШТИРИШ МАНБАЛАРИ

Муаллифлар тадқиқот олиб бориш давомида молиялаштириш мавжуд бўлмаганлигини маълум қиладилар.

МАЪЛУМОТЛАР ВА МАТЕРИАЛЛАРНИНГ ОЧИҚЛИГИ

Ушбу тадқиқот давомида олинган ёки таҳлил қилинган барча маълумотлар ушбу нашр этилган мақолага киритилган.

МУАЛЛИФЛАРНИНГ ТАДҚИҚОТДАГИ ҲИССАЛАРИ

Барча муаллифлар тадқиқотни тайёрлаш ва унинг натижаларини шарҳлаш, шунингдек, нашрга тайёрлаш ҳисса қўшган. Барча муаллифлар қўл-лёманинг якуний версиясини ўқиб чиқишган ва тасдиқлашган.

ЭТИК ЖИХАТДАН МАЪҚУЛЛАШ ВА ИШТИРОК ЭТИШ УЧУН РОЗИЛИК

Ҳайвонларни парвариш қилиш ва улардан фойдаланиш бўйича барча халқаро, миллий ва/ёки институционал кўрсатмаларга риоя қилинган.

НАШР ҚИЛИШГА РОЗИЛИК

Қўлланилмайди.

НАШРИЁТНИНГ ЭСЛАТМАСИ

"Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи" журналы чоп этилган хариталар ва институционал мансублик кўрсаткичлари бўйича юрисдикция даъволарига нисбатан нейтрал бўлиб қолади.

Мақола келиб тушган сана: 10.10.2022 й.

Нашрга қабул қилинган сана: 15.11.2022 й.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding

for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of "Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery" remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 10.10.2022

Accepted for publication on 15.11.2022

АДАБИЁТЛАР / REFERENCES

1. Волков А. Г. Некоторые особенности лечения больных после трепанопункции //Актуальные вопросы оториноларингологии. – 2019. – С. 10-13.
2. Волков А. Г., Радина Т. Н. Новое в лечении рецидивов хронического фронтита //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2020. – Т. 26. – №. 1. – С. 23-27.
3. Ибрагимов А. А., Хушвакова Н. Ж., Нурмухаммедов Ф. А. Тактика лечения экссудативного фронтита методом эндоназального зондирования //Молодой ученый. – 2015. – №. 20. – С. 125-127.
4. Мезенцева О. Ю. Возможности консервативного лечения синусита //Региональный вестник. – 2019. – №. 14. – С. 14-15.
5. Мезенцева О. Ю., Пискунов В. С. Принципы лечения фронтитов //Региональный вестник. – 2019. – №. 8. – С. 6-7.
6. Хакимжанова А. С. Аспекты диагностики синуситов //Международный академический вестник. – 2020. – №. 3. – С. 36-40.
7. Хасанов У. С., Вохидов У. Н., Джураев Ж. А. Оптимизация диагностики хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у больных с миокардитом //LI international correspondence scientific and practical conference" international scientific review of the problems and prospects of modern science and education". – 2018. – С. 94-95.
8. Хасанов У. С., Вохидов У. Н., Джураев Ж. А. Состояние полости носа при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух у больных с миокардитом //European science. – 2018. – №. 9 (41). – С. 50-51.
9. Хасанов У., Вохидов У., Джураев Ж. Результаты эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (71). – С. 90-92.
10. Шамсидинов Б. Н. и др. К вопросу о лечении больных с неосложнённым и осложнённым фронтитом // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – 2018. – №. 4. – С. 97-100.
11. Шамсиев Д. Ф., Вохидов У. Н., Каримов О. М. Современный взгляд на диагностику и лечение хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух //Молодой ученый. – 2018. – №. 5. – С. 84-88.
12. Askar M. H. et al. Endoscopic management of chronic frontal sinusitis: prospective quality of life analysis //Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. – 2015. – Т. 124. – №. 8. – С. 638-648.
13. Loburets A. V., Neporada K. S., Bezshapochniy S. B. The use of drugs with sodium hyaluronate in complex treatment of patients with chronic frontal sinusitis //Проблемы экологии и медицины. – 2017. – Т. 21. – №. 1-2. – С. 9-13.
14. Mertz L. E., Divekar R., Rank M. A. Managing Frontal Sinusitis //Frontal Sinus Surgery: A Systematic Approach. – 2019. – С. 273.
15. Smith K. A., Alt J. A., Orlandi R. R. Optimal Strategies in Medical Management of Frontal Sinusitis //Frontal Sinus Surgery. – Springer, Cham, 2019. – С. 401-409.
16. Sohal M., Tessema B., Brown S. M. Medical management of frontal sinusitis //Otolaryngologic Clinics of North America. – 2016. – Т. 49. – №. 4. – С. 927-934.
17. Velasquez N. et al. Clinical and Radiologic Characterization of Frontal Sinusitis in the Pediatric Population //Annals of Otology, Rhinology & Laryngology. – 2021. – Т. 130. – №. 8. – С. 923-928.