



## SURUNKALI YIRINGLI SFENOIDIT DAVOLASH SAMADORLIGINI OSHIRISH

Allaberganov Muzaffar Raximovich

Toshkent tibbiyot akademiyasi otorinolaringologiya va stamotologiya  
kafedrasida mustakil izlanuvchi

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8288285>

### ARTICLE INFO

Received: 21<sup>th</sup> August 2023

Accepted: 27<sup>th</sup> August 2023

Online: 28<sup>th</sup> August 2023

### KEY WORDS

Otorinolaringolog, loyqa klinik belgilar, sfenoidit, sinusdagi yallig'lanish jarayoni, paranasal sinuslar, patogenlar, opportunistik mikroorganizmlar, qo'ziqorinlar, viruslar va anaeroblar patogen.

### ABSTRACT

*Ushbu maqolada surunkali yiringli sfenoidit haqida umumiy tushuncha, Surunkali sfenoiditning rivojlanishining sabablari va uni davolash samadorligini oshirish haqida bayon qilingan.*

Surunkali sfenoidit (sfenoid sinusning surunkali yallig'lanishi, asosiy sinusning surunkali yallig'lanishi, surunkali sfenoidal sinusit (sinusit sfenoidit surunkali).

"Sfenoid sinusning surunkali yallig'lanishi - sfenoidit - tashxisi ko'pincha jiddiy qiyinchiliklarga olib keladigan kasalliklarni anglatadi. Sinusning bosh suyagi asosining chuqur qismlarida joylashganligi, funktsional jihatdan muhim bo'lganligi, shuningdek, qo'shni paranasal sinuslarning yallig'lanish jarayonida ishtirok etishi tashxisni qiyinlashtiradigan noaniq, loyqa klinik belgilarning paydo bo'lishiga yordam beradi. Mashhur otorinolaringolog S.A.Proskuryakovning (1939) pozitsiyasi bizning davrimizda ham o'z ahamiyatini yo'qotmagan, unga ko'ra "sfenoidit" tashxisi shifokorning o'zida yetuk bo'lishi kerak.

Surunkali sfenoidit - 2-3 oylik muddatga hisoblangan o'tkir sfenoiditni samarasiz davolash natijasida kelib chiqqan sfenoid sinusning shilliq qavatining surunkali yallig'lanishidir. Sfenoid sinusdagi yallig'lanish jarayonining ushbu davrida shilliq qavatda chuqur, tez-tez qaytarilmas patomorfologik o'zgarishlar yuzaga keladi, ko'pincha sfenoid suyakning periosteum va suyak to'qimalariga tarqaladi. Ko'pincha surunkali yallig'lanish jarayoni ikkala sfenoid sinusda paydo bo'ladi; VF Melnik (1994) ma'lumotlariga ko'ra, ikki tomonlama lezyonlar 65% hollarda kuzatiladi, surunkali sfenoiditning 70% hollarda boshqa paranasal sinuslarning yallig'lanishi bilan birlashtiriladi. 30% hollarda kuzatilgan sfenoid sinusning izolyatsiyalangan shikastlanishi, ehtimol, ularning nazofarenkning limfadenoid shakllanishida lokalizatsiya qilingan infeksiya o'choqlaridan, masalan, surunkali adenoiditdan birlamchi infeksiyasi tufayli yuzaga keladi.



Surunkali sfenoiditning rivojlanishining sababi boshqa boshqa paranasal sinuslarda surunkali yallig'lanish jarayonlarida bo'lgani kabi kechadi.

Kasallikning qo'zg'atuvchisi ko'pincha kokkal mikrofloraning vakillari hisoblanadi. So'nggi yillarda patogenlar sifatida uchta opportunistik mikroorganizmlar - Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae va Moraxella catharrhalis izolyatsiya qilinganligi haqida xabarlar bor. Virulentlikning kuchayishi bilan ajralib turadigan har xil turdagi tajovuzkor birlashmalarning shakllanishi qayd etilgan. Ko'pincha qo'ziqorinlar, viruslar va anaeroblar patogen sifatida ajratila boshlandi.

Ko'pincha surunkali sfenoiditning patogenezida asosiy rol ni undan oldingi boshqa paranasal sinuslarning surunkali yallig'lanish kasalliklari va asosan etmoid labirintning orqa hujayralarining surunkali sust yallig'lanishi o'ynaydi. Surunkali sfenoiditning patogenezida sfenoid sinusning anatomik joylashuvi va uning nazofarengal limfadenoid shakllanishlari bilan yaqin aloqasi muhim rol o'ynaydi. Ularda surunkali infektsiya o'chog'ining lokalizatsiyasi sfenoid sinusning shilliq qavatining birlamchi surunkali yallig'lanishining paydo bo'lishida muhim omil hisoblanadi. Mashhur frantsuz otorinolog G. Portman surunkali sfenoiditni yomon simptomlar, o'chirilgan klinik ko'rinish, ko'pincha boshqa paranasal sinuslar kasalliklari bilan niqoblangan kasallik sifatida ta'riflab, ko'pincha surunkali sfenoidit bilvosita u keltirib chiqaradigan asoratlar (optik nevrit, bazal) orqali namoyon bo'lishini ta'kidlaydi. paximeningit, opto-xiazmatik araxnoidit va boshqalar).

Tabiiy chiqarish teshigining torligi tufayli u shishning tarqalishi va burun bo'shlig'ining yallig'langan shilliq qavatining infiltratsiyasi bilan yopiladi. Bunday holatda, ikkinchisi kislorodni tezda o'zlashtira boshlaydi va karbonat angidridni chiqaradi va sinus lümeninde yiringli eksudat paydo bo'lganda kislorod miqdori keskin kamayadi. Kasallik to'g'ridan-to'g'ri sinus shilliq qavatiga salbiy omillar ta'sirida ham paydo bo'ladi.

Paranasal sinuslarning florografiyasi yoki KT odamlarning katta kontingentini ommaviy tekshirish usuliga aylanishi mumkin.

Anamnezni yig'ish bosqichida kasallikning davomiyligi, birinchi qarashda hatto sinusitning bu turi bilan bog'liq bo'lmagan klinik belgilarning xususiyatlari haqida ma'lumot olish kerak. Bu, birinchi navbatda, doimiy uzoq davom etadigan bosh og'rig'i va nazofarenksga oqishi fonida paydo bo'ladigan nevrologik ko'rish buzilishiga tegishli.

Asorat bo'lmasa, sinusitning boshqa turlarida bo'lgani kabi, umumiy qon va siydik sinovlari ham ma'lumotga ega emas. Majburiy - qondagi glyukoza darajasining kuzatilishi va dinamikasi.

Orqa rinoskopiya bilan nazofarengal yoyning shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi, uning yuzasida qobiqlar va yon devoridan pastga oqadigan "yiring chizig'i" aniqlanadi. Surunkali sfenoiditda vomerning orqa chetining shilliq qavatining giperplaziyasi, xoanalarning yuqori qirrasini, yuqori va o'rta turbinatlarning orqa uchlarini tez-tez uchraydi. "Yiring chizig'i" ning ko'rinishini takroriy orqa rinoskopiya paytida, xushbo'y yoriqning shilliq qavatini ehtiyotkorlik bilan bajarilgan anemiyadan keyin aniqlash mumkin. Ko'pgina bemorlarda doimiy shish va o'rta turbinatlarning giperemiyasi mavjud bo'lib, bu burunning orqa-yuqori qismlari infektsiyasining illyuziyasini yaratadi.

Orofaringoskopiya bilan granuloza faringitining hodisalarini aniqlash mumkin.



Instrumental diagnostikaning asosiy usuli rentgenografiya hisoblanadi. Eksenel proektsiyada amalga oshiriladi, bu sinuslarni pnevmatizatsiya qilish xususiyatlarini, kameralarning mavjudligi va sonini, intersinus septumning joylashishini, sinuslarning shaffofligining pasayishi xarakterini aniqlashga imkon beradi. Sfenoid sinusni diagnostik tekshirish paytida kiritilgan kateter orqali sinusga suvda eruvchan kontrast moddani kiritish yallig'lanish jarayonidan kelib chiqqan o'zgarishlarni aniqroq lokalizatsiya qilishga imkon beradi.

Eksenel va koronal proektsiyalarda suratga olishda KT va MRI, shubhasiz, yallig'lanish jarayonida boshqa paranasal sinuslar va yuz skeletining yaqin tuzilmalarining ishtirokini aniqlaydigan juda ko'p ma'lumot beradi.

Surunkali sfenoiditni davolashning maqsadlari ta'sirlangan sinusning drenajini va aeratsiyasini tiklash, bunga to'sqinlik qiladigan shakllanishlarni yo'q qilish, patologik oqimni olib tashlash, reparativ jarayonlarni rag'batlantirish,

### **Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar**

Sfenoidal og'riq sindromining mavjudligi, nazofarenksiga oqindi, xarakterli rentgen belgilari, shuningdek, 1-2 kun davomida konservativ davo ta'sirining yo'qligi va asoratlarning klinik belgilarining paydo bo'lishi kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Surunkali sfenoidit bilan og'riq bemorlar uchun bunday asoratlar ilgari o'rnatilgan tashxis yoki uzoq muddatli muvaffaqiyatsiz davolanish bilan kasallikning kuchayishi, burun patologiyasi bilan bog'liq bo'lgan turli va noaniq belgilar.

### **Surunkali sfenoiditni dori-darmonsiz davolash**

Fizioterapiya davolash: penitsillin antibiotiklari bilan endonazal elektroforez, geliy-neon lazer nurlari bilan intrasinus nurlanishi.

### **Surunkali sfenoiditni dori bilan davolash**

Chiqindilarni mikrobiologik tekshirish natijalari olinmaguncha, keng spektrli antibiotiklardan foydalanish mumkin - amoksitsillin, shu jumladan klavulan kislotasi, sefaloridin, sefotaksim, sefazolin, roksitromitsin va boshqalar bilan birgalikda. Ekish natijalariga ko'ra, yo'naltirilgan antibiotiklar. harakat belgilanishi kerak; agar oqindi bo'lmasa yoki olish imkoni bo'lmasa, boshlangan davolanishni davom ettiring. Yallig'lanishga qarshi terapiya majmuasida siz fenspirid preparatidan foydalanishingiz mumkin. Shu bilan birga, hiposensibilizatsiya qiluvchi terapiya mebidrolin, xloropiramin, ebastin va boshqalar bilan amalga oshiriladi. Vazokonstriktor burun tomchilari (dekonjestanlar), engil davolashning boshida (efedrin eritmasi, dimetinden fenilsfrip bilan birgalikda va tomchilar o'rniga yoki kechasi buzadigan amallar, jeldan foydalanish mumkin); ta'siri bo'lmasa, 6-7 kun ichida davolash imidazol preparatlari (nafazol, ksilometazolin, oksimetazolin va boshqalar) bilan amalga oshiriladi. Immunomodulyatorlarni (U avlodlarining timik guruhi preparatlari, azoksimer) qo'llash majburiydir.

Xushbo'y yoriqning shilliq qavatining anemiyasi turli xil dekongeneratorlar yordamida amalga oshiriladi.

### **Surunkali sfenoiditni jarrohlik davolash**

O'tkir sfenoiditni davolash kateter ignalari bilan sfenoid sinusni tekshirishni o'z ichiga oladi. Burun bo'shlig'i tuzilmalarini (burun septumining deformatsiyasi, o'rta turbinatning orqa uchining gipertrofiyasi, sinexiya, adenoidlar) birinchi navbatda rayonlashtirishga



to'sqinlik qiladigan jarrohlik tuzatish kerak. To'liq bosqichma-bosqich yuzaki behushlik va o'rta burun yo'lining shilliq qavatining anemiyasini o'tkazing. Anatomik belgilar - piriform teshikning pastki qirrasini, choananing yuqori qirrasini, o'rta burun konkasi va burun septumidir. Zondlash Tsukerkandl chizig'i bo'ylab amalga oshiriladi, u burun umurtqasining oldingi qismidan boshlanadi, Yuqori burun chig'onog'ining o'rtasidan sfenoid sinus old devorining o'rtasiga o'tadi. Shuni esda tutish kerakki, sinus chiqishi burun septumidan 2-4 mm lateralda va choananing chetidan 10-15 mm yuqorida joylashgan. Tabiiy chiqarish teshigi orqali sinus lümenine kirishning belgisi bu "tushish" hissi va kateterning vertikal siljishining mumkin emasligi. Tarkibi aspiratsiya qilingandan so'ng, bo'shliq antiseptik eritmalar yoki iliq 0,4% natriy xlorid eritmasi bilan yuviladi. Keyin bemorni boshi bir oz orqaga tashlab, orqa tomoniga yotqiziladi, preparat sfenoid sinusning lümenine AOK qilinadi va preparatning maksimal so'rilishi uchun 20 daqiqaga qoldiriladi.

Surunkali sfenoiditni davolash taktikasi kasallikning klinik shakli bilan belgilanadi. Eksudativ shakllar (kataral, seroz, yiringli) zondlash va uzoq muddat drenajlash, sfenoid sinuslarga doimiy ravishda dori-darmonlarni kiritish bilan konservativ tarzda boshqariladi. Produktiv shakllar (polipli va polipli-yiringli) jarrohlik davolashga duchor bo'ladi.

Sfenoid sinusni ochishning eng tejamkor tipik usuli transseptaldir. Mukoperixondriyadagi odatiy kesmadan so'ng, to'rtburchakli xaftaga tushadi. Suyak qismiga nisbatan faqat uning o'zgartirilgan qismlari olib tashlanadi, bunda minbarga chiqish yo'lidagi joylar rezektsiya qilinadi, sfenoid sinus old devorining shilliq qavati va periost pardasi chiqariladi, u Gayek puncherlari bilan ochiladi. Shilliq qavatning patologik o'zgargan joylari, poliplar va boshqa shakllanishlar olib tashlanadi. Operatsiya burun bo'shlig'ini keng oqma va tamponada qo'yish bilan sinusni yuvish bilan yakunlanadi.

Bockstein modifikatsiyasida Gayek usuli yordamida sfenoid sinusning endonazal ochilishida o'rta turbinatning oldingi qismining katta qismi rezektsiya qilinadi, so'ngra etmoid sinusning orqa hujayralari ochiladi. Suyak qismlarini olib tashlangandan so'ng, sfenoid sinusning old devori ingl. Uning tabiiy chiqarish teshigiga ilgak solingan holda, old devor sindirilgan va teshik Gayek qisqichlari bilan kengaytirilgan.

Endoskoplar yordamida yoki mikroskop nazorati ostida sfenoid sinusni endonazal ochishda mikrodebriderdan foydalanish yumshoqroq hisoblanadi.

Surunkali sfenoiditni jarrohlik yo'li bilan davolash birinchi navbatda sfenoid sinus uchun keng drenaj teshigini yaratishga qaratilgan bo'lib, bu o'z-o'zidan yallig'lanish jarayonini bartaraf etishga olib kelishi mumkin. Agar sinusda patologik to'qimalar (poliplar, granulyatsiyalar, nekrotik suyak joylari, detritlar, xolesteatoma massalari) mavjud bo'lsa, ular reparativ jarayonlarga qodir bo'lgan shilliq qavat maydonlarini saqlash printsipligiga rioya qilgan holda olib tashlanishi kerak.

Surunkali sfenoiditni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar kasallikning davomiyligi, uning boshqa paranasal sinuslardagi yallig'lanish jarayonlari bilan kombinatsiyasi, jarrohlik bo'lmagan va yarim jarrohlik davolashning samarasizligi, og'ir sub'ektiv va ob'ektiv simptomlarning mavjudligi, shu jumladan burun burunlari bilan belgilanadi. polipoz, ko'rish funksiyasining buzilishi belgilari, orbital va intrakranial asoratlarning paydo bo'lishiga shubha. Jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashda, shuningdek, eski mualliflarning har qanday surunkali sfenoidit "chang bochkasi" bo'lib, miya



"o'tiradi", "sigaret chekadi", bu kasallikka etarlicha e'tibor bermaydi degan pozitsiyasiga amal qilish kerak. ham bemor, ham davolovchi shifokorlar. .

Jarrohlik davolash usullari juda ko'p, ularning barchasi sfenoid sinusga kirish tabiati bilan ajralib turadi va quyidagi usullarga bo'linadi:

- to'g'ridan-to'g'ri endonazal etmoidosfenoidektomiya;
- trans-sinus-maksiller etmoidosfenoidektomiya;
- transorbital etmoidosfenoidektomiya;
- transseptal sfenoidektomiya.

Surunkali sfenoiditning izolyatsiyalangan shakli juda kam uchraydi va ko'pincha boshqa paranasal sinuslarning kasalligi bilan birga bo'lganligi sababli, Pietrantonid Lima usuli ko'pincha va eng samarali qo'llaniladi, bu esa maxillarar sinus orqali bir tomondan barcha sinuslarni qayta ko'rib chiqishga imkon beradi, Shu jumladan asosiysi, ta'sir qilmasa ham va ichki burunning anatomik shakllanishi yo'q qilinmaydi, masalan, endonazal va transseptal usullar bilan. Mustaqil operatsiya sifatida sfenoid sinusning ochilishi kamdan-kam hollarda amalga oshiriladi; ko'pincha sfenoid sinus etmoid labirint bilan birga ochiladi.

Xulosa qilib aytganda kasallikni davolagandan uni oldini olgan avzaldir. Shuningdek, o'tkir rinosinusit xavfini kamaytirish uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

- yuqori nafas yo'llarining yuqumli kasalliklaridan saqlanish, kasal odamlar bilan aloqa qilmang, qo'llaringizni sovun va suv bilan muntazam yuving (ayniqsa ovqatdan oldin va ko'chadan kelgandan keyin);
- mumkin bo'lgan allergenlarni kuzatib boring, allergiyaning birinchi belgilari aniqlanganda o'z vaqtida choralar ko'ring, shifokorga tashrif buyuring;
- ifloslangan, changli havosi bo'lgan xonalardan va joylardan saqlanish;
- isitish mavsumida namlagichlardan foydalanish;
- xonada mog'or paydo bo'lishining oldini olish;
- tish shifokoriga o'z vaqtida tashrif buyuring va tish va tish go'shtining mavjud kasalliklarini davolang, tishlaringizni muntazam ravishda yuving;
- to'liq va samarali ovqatlanish, shirinliklar va tez ovqatlanish o'rniga sabzavot, o'tlar, meva va rezavorlarga ustunlik bering;
- immunitet tizimining faoliyatini qo'llab-quvvatlash, toza havoda ko'p yurish, har qanday ob-havoda jismoniy faol bo'lish;
- kun davomida etarli miqdorda suv ichish;
- ob-havoga qarab kiyinish, hipotermiyadan qoching;
- har yili grippga qarshi emlash;

chekmaslik, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilmaslik, passiv chekishdan saqlanish.

## References:

1. Abraham, W.R., 2006. Controlling biofilms of gram-positive pathogenic bacteria. *Curr. Med. Chem.* 13, 15091524.
2. Adappa, N.D., Farquhar, D., Palmer, J.N., Kennedy, D.W., Doghramji, L., Morris, S.A., et al., 2016. TAS2R38 genotype predicts surgical outcome in nonpolypoid chronic rhinosinusitis. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 6 (1), 2533.



3. Adappa, N.D., Howland, T.J., Palmer, J.N., Kennedy, D.W., Doghramji, L., Lysenko, A., et al., 2013. Genetics of the taste receptor T2R38 correlates with chronic rhinosinusitis necessitating surgical intervention. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 3, 184187.
4. Akbar, N.A., Zacharek, M.A., 2011. Vitamin D: immunomodulation of asthma, allergic rhinitis, and chronic rhinosinusitis. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.* 19, 224228.
5. Epithelium, cilia, and mucus: their importance in chronic rhinosinusitis. *Immunol. Allergy. Clin. North. Am.* 29, 631643.
6. Babu, D., Roy, S., 2013. Left-right asymmetry: cilia stir up new surprises in the nose. *Open Biol.* 3, 130052.
7. Bacchetta, J., Salusky, I.B., Hewison, M., 2013. Beyond mineral metabolism, is there an interplay between FGF23 and vitamin D in innate immunity? *Pediatr. Nephrol.* 28, 577582.
8. Bedford, F.L., 2011. The missing sense modality: the immune system. *Perception.* 40, 12651267.
9. Reddy, M., 2000. Bacteria-mucin interaction in the upper aerodigestive tract shows striking heterogeneity: implications in otitis media, rhinosinusitis, and pneumonia. *Otolaryngo. Head Neck Surg.* 122, 514520.
10. Kepnes, L.J., 2008. Assessment of trends in antimicrobial resistance in chronic rhinosinusitis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 117, 448452.
11. Grebner, J., Martinson, M., 2011. Cost burden of chronic rhinosinusitis: a claims-based study. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 144, 440445
12. J., Stoop, A.E., van der Heijden, H.A., van der Baan, S., van Kamp, G.J., 1995. Albumin and immunoglobulin levels in nasal secretions of patients with nasal polyps treated with endoscopic sinus surgery and topical corticosteroids. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 96, 334340.