

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
4-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ВА БОШ-БЎЙИН КАСАЛЛИКЛАРИ
ИЛМий – АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ЎТКИР СИНУСИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

«Тасдиклайман»

Республика ихтисослаштирилган
оториноларингология ва бош-буйин
касалликлари илмий-амалий марказ
директори, Хасанов У.С.

2025 йил



**«ЎТКИР СИНОСИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа:

1. «Ўткир синусит» нозологияси бўйича миллий клиник протокол 5
2. «Ўткир синусит» нозологияси бўйича тиббий аралашув миллий клиник протоколи 34
3. «Ўткир синусит» нозологияси бўйича тиббий профилактика ва реабилитация миллий клиник протоколи 41

**ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТАКОЛНИНГ СТАНДАРТ
ТУЗИЛИШИ**

Протокол номи:

1. Кириш қисми

1) Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 ва 11 шифри:

ХКК (МКБ)-10	
Коди	J-01 Ўтқир синусит
	https://www.rlsnet.ru/mkb/ostriy-sinusit-219
ХКК (МКБ)-11	
CA01	Ўтқир синусит
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#509821856

Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 й, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 й., ёки асосли далиллар пайдо бўлишига кўра. Такдим этилган тавсияларга барча тузатишлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот: Ўзбекистон оториноларингология ва Бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассосиасияси.

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:

Оториноларингология йўналиши, жараёни ташкиллаштириш бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Хасанов У.С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор;
2. Эргашев У.М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.,
3. Амонов Ш. ТошПТИ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д, профессор;
4. Арифов С.С. ТошИУВ Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д, профессор;
5. Ботиров А.Ж. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, т.ф.н;
6. Шаумаров А.З. т.ф.н, ТМА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси;
7. Жуманов Д.А. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, т.ф.н;
8. Жабборов Н.Н. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти;
9. Абдуллаев У.П. ТТА Оториноларингология кафедраси ассистенти.

Асосий ва кўшимча муаллифлар рўйхати (Исми-шарифи, иш жойи, унвони, мансаби);

1. Хасанов У.С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудир, т.ф.д., профессор;
2. Эргашев У.М. ТТА Оториноларингология кафедраси досенти, т.ф.н.;
3. Шаумаров А.З. т.ф.н, ТМА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси;
4. Шодмонов Ш.А., РИОваББКИАТМ, олий тоифали врач оториноларинголог;
5. Джангиров Т.Г., РИОваББКИАТМ, биринчи тоифали врач оториноларинголог;
6. Хуснутдинов Р.А., РИОваББКИАТМ, врач оториноларинголог;
7. Уринов Т.Ш., РИОваББКИАТМ, врач оториноларинголог.

Тақризчилар:

Ташқи: Қозоғистон Республикаси оториноларингологлар уюшмаси Бош котиби, Оториноларингология маркази раҳбари, Қозоғистон Республикаси бош мустақил оториноларингологи, МД, профессор Г. А. Мухамадиева.

Ички: Шамсиев Д.Ф. ТДСИ Оториноларингология кафедраси мудир, МД, профессор;

- Мултидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида Миллий клиник протоколларни лойиҳасини муҳокамаси баённомасидан кўчирманинг рақами ва санаси: Ўзбекистон оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси, баённома №2, _____ йил;

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

1. ЛОР мутахасислиги бўйича Ўз ССВ бош эксперти т.ф.д. Ашуров А.М.;

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош

мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Протоколда қўлланилган қисқартмалар

ЎС	Ўткир синусит
БЁБ	Бурун ёндош бўшлиқлари
ЎРИ	Ўткир респиратор инфекция
ЮНЙИ	Юқори нафас йўллари инфекцияси
УТТ	Ультратовуш текшируви
КТ	Компютер томографияси
АБП	Антибактериал препаратлар
ЕПОС	2012; 2020 – Риносинусит ва бурун полиплари бўйича Европа тавсия қилган ҳужжат 2012; 2020
FESS	Бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг функционал эндоскопик хирургияси.

7) **Мазкур нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларнинг фойдаланувчилари** – умумий амалиёт шифокорлари, оториноларингологлар;

8) **Мазкур нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга тўғри келадиган беморлар тоифаси** - катталар;

9) **Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи**

А	Юқори сифатли мета-таҳлил, Рестларни тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато эҳтимоли (++) жуда паст бўлган катта РКТ, натижалари тегишли аҳолига етказилиши мумкин.
Б	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли кўриб чиқиш ёки систематик хато хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки кейс-контрол тадқиқотлари ёки паст (+) тизимли хато хавфи бўлган РКТлар, натижалари қуйидагича кенгайтирилиши мумкин.
С	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқоти ёки тизимли хато хавфи паст бўлган рандомизациясиз бошқариладиган синов (+). Натижалари тегишли популяцияга ёки тизимли хато хавфи жуда паст ёки паст бўлган РКТларга (++) ёки (+) кенгайтирилиши мумкин, натижалари тўғридан-тўғри тегишли популяцияга етказилиши мумкин эмас.
Д	Бир қатор ишларнинг тавсифи ёки назоратсиз тадқиқот ёки эксперт хулосаси.

2. Асосий қисм.

1) **Кириш;**

2) **Таъриф;**

Ўткир синусит (ЎС) – икки ва ундан ортик симптомлар билан кечувчи, <12 ҳафтагача давом этиши мумкин бўлган, бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қаватини ўткир яллиғланиши. Жумладан:

- бурундан нафас олишни қийинлиги (бурун битиши);
- бурун ва бурун халқумда ажралма аниқланиши;
- юз соҳасида босим хисси; хид билишни пасайиши ёки йўқолиши;
- риноскопик / эндоскопик белгилар;
- бурун ёндош бўшлиқлари компьютер томограммасидаги ўзгаришлар;
- остиомеатал комплекс ва/ёки синус ичи шиллиқ қаватидаги ўзгаришлар;

Ўткир синуситни қайталанувчи шаклига алоҳида таъриф бериш керак. "Қайталанувчи ўткир синусит" ташхисининг асосий мезони ўтган йил давомида 4 ёки ундан ортик ЎС касаллик тарихининг мавжудлиги, касалланиш орасидаги даврлар (касаллик белгилари бўлмаса ва даволаш амалга оширилмаса) камида 8 ҳафта давом этган бўлиши керак [3]. ЎС юқумли этиологияга эга бўлиши мумкин: вирусли, бактерияли ёки замбруғли, шунингдек аллергенлар ва экологик омиллар ҳам сабаб бўлиши мумкин. ЎС 2-10% ҳолларда бактериал этиологияга эга, 90-98% ҳолларда эса вируслар сабаб бўлади. Юқори нафас йўллариининг вирусли инфекциясидан (ЮНЙВИ) кейин бурун ёндош бўшлиқларининг иккиламчи бактериал инфекцияси катталарнинг 0,5-2%и ва болаларнинг эса 5% да ривожланади. Кўпинча ЎС ўткир респираторли инфекция (ЎРИ) фонида ривожланади. Деярли ҳар қандай ЎРИ да бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати у ёки бу даражада иштирок этади. Ҳозирги вақтда дунё бўйлаб вирусли инфекциялар сонининг камайиши тенденцияси мавжуд эмас. Катталар ва болаларда ўткир синуситни келтириб чиқарадиган энг кенг тарқалган вируслардан: риновируслар, грипп ва парагрипп вируслари, респиратор синситиал, аденовируслар (кўпинча болаларда ЎС ва аденоидитни келтириб чиқаради), коронавируслар, бока вируслар, метапневмовируслар ва бошқалар. Бактериал ЎС патогенларининг спектри нисбатан доимий бўлиб қолади. Аксарият ҳолда БЁБ лари пункция қилиб олинган патологик намунада *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* аниқланади (70-75%). ЎС пайтида БЁБлари таркибидан А гуруҳи стрептококклари, *Moraxella satarrhalis*, шунингдек мажбурий анаэроб микроорганизмлар учраши мумкин. 15-20% ҳолларда *M.satarrhalis* болаларда ўткир бактериал риносинуситнинг қўзғатувчиси бўлиб, бунда ЎС энгилроқ баъзан эса ўз ўзидан яхши бўлади. Ҳозирги вақтда таъсирланган синусларнинг микробиал ландшафтининг тузилишида стафилококклар (хусусан, *S.aureus*) ролини ошириш тенденцияси мавжуд. Бундан ташқари, аллергик яллиғланиш жараёни фонида стафилококк инфекцияси шиллиқ қаватга маҳкам ўрнашиб олиб, унда узоқ вақт қолишга қодирдир. Ўткир синуситнинг патогенези секрецияларнинг турғунлиги ва БЁБ ларда ҳаво алмашинувининг бузилиши билан боғлиқдир, бунинг натижасида мукосилиер клиренс механизми келиб чиқади ва шиллиқ қаватнинг патоген бактериялар томонидан колонизацияси содир бўлади. Ўткир яллиғланиш

ҳолатида, БЁБ ларининг шиллик қавати 20-100 марта қалинлашиб, ёстиқсимон хосилага ўхшаш шаклда намоён бўлади. Микроорганизмларнинг патоген таъсир қилиши натижасида шишган шиллик қават БЙБ лари нормада 1-3 мм бўлган табиий йўллари бекитиб қўяди, шу билан бирга, синусларни ўз-ўзини тозалаш механизми бузилади, ҳамда газ алмашинуви (кислороднинг сўрилиши) ҳам бузилади, гипоксия ва тўқима ацидоз ривожланади. Кучли шиш, секрециянинг турғунлиги шароитида ўзига хос бўлмаган қаршилик омилларининг фаоллиги пасаяди, бўшлиқларда кислороднинг қисман босими пасаяди ва фаол бактериал инфекциянинг ривожланиши учун мақбул шароитлар хосил бўлади.

БЁБ лардаги кислороднинг парциал босимининг пасайиши яллиғланишнинг кучайиши хисобига юзага келиб, бу жараённинг генезисида доминант рол яъни, метаболизмнинг факултатив анаэроб тури (пневмококк, гемофил таёқчаси ва бошқалар) муҳим ўрин тутди. [30,32].

3) Классификация (этиология ва даражасига кўра).

I. Этиологик факторга кўра:

- Травматик;
- Вирусли;
- Бактерияли;
- Замбруғли (суперинфекция);
- Аралаш;
- Аллергик;
- Септик ва асептик.

Этиологиясида фақат бактериялар рол ўйнайдиган ЎС кам учрайди (иммунитет танқислиги бўлган беморларда, шунингдек, бурун шиллик қавати ва БЙБга физик ёки кимёвий агрессив таъсир кўрсатади). Одатда, жараён вирусли-вирусли ва вирусли-бактериал бирлашмалар турига қараб давом этади.

II. Жойлашувига кўра:

- Юқори жағ бўшлиғи (гайморит) – шиллик қаватини яллиғланиши;
- Пешона бўшлиғи (фронтит) – шиллик қаватини яллиғланиши;
- Этмоидал бўшлиқ (этмоидит) – шиллик қаватини яллиғланиши;
- Асосий бўшлиқ (сфеноидит) – шиллик қаватини яллиғланиши;

Яллиғланиш жараёни БЁБ ларининг тенг ярмида кузатиладиган бўлса **гемисинусит**, яллиғланиш жараёни БЁБ ларининг барчасида кузатиладиган бўлса **пансинусит** деб аталади.

III. Шаклига кўра:

1) Экссудатив шакли:

Сероз; Катарал; Йирингли.

2) Продуктив шакли:

Девор олди-гиперпластик; Полипозли.

IV. Синуситларнинг оғирлик даражасига кўра:

Енгил, ўрта ва оғир.

ЎС оғир кечишига кўра асосий мезони асоратларнинг мавжудлиги, ЎС бемор ҳаёт сифатига таъсири, шунингдек иситма ва бош оғриғини мавжудлигидир (1 жадвал).

1 Жадвал. Ўткир синуситнинг оғирлик даражаси

Оғирлик даражаси	Симптомлари:
Енгил	<p>Иситманинг йўқлиги.</p> <p>Беморнинг ҳаёт сифатига таъсир қилмайдиган (уйқу, кундузги фаоллик, кундалик фаолият) ёки беморнинг ҳаёт сифатига озгина таъсир қиладиган риносинуситнинг ўртача белгилари (бурун битиши, бурун оқиши, йўтал)</p> <p>Паранасал синусларнинг проэкциясида бош оғриғининг йўқлиги. Асоратлар йўқлиги.</p>
Ўрта	<p>38,0°C дан юқори бўлмаган иситма.</p> <p>Риносинуситнинг аниқ бўлган (бурун битиши, бурун оқиши, йўтал) белгилари ёки беморнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қиладиган (уйқу, кундузги фаоллик, кундалик фаолият) ўртача белгилари</p> <p>Бошни қимирлатганда ёки эгканда бурун атрофи бўшлиқларида оғирлик хисси.</p> <p>Ўрта қулоқдан асоратлар мавжудлиги (ўткир ўрта отит) мия ичи ёки орбитал асоратларнинг йўқлиги.</p>
Оғир	<p>38,0°C дан юқори иситма</p> <p>Риносинуситнинг аниқ бўлган оғир ёки оғриқли (бурун битиши, бурун оқиши, йўтал) белгилари ёки беморнинг ҳаёт сифатига сезиларли таъсир қиладиган (уйқу, кундузги фаоллик, кундалик фаолият) белгилари.</p> <p>Бурун атрофи бўшлиқларида даврий ёки доимий оғриқ ёки бошни қимирлатганда, эгканда ёки бурун атрофи бўшлиқлари перкуссиясида оғриқни кучайиши.</p> <p>Мия ичи ёки орбитал асоратларнинг мавжудлиги.</p>

3. Ўткир синусит диагностикаси

Ўткир синусит ташхиси анамнезни таҳлил қилиш, клиник симптомларнинг табиати ва беморни рентген текшируви натижалари асосида белгиланади.

Катталар учун ЎС холати ташхислаш мезонлари:

Касаллик ўткир бошланади, беморда касаллик 2 ёки ундан ортиқ аломатлар мавжудлиги билан бирга келади, улардан бири бурун битиши ёки бурун оқиши (шу жумладан постназал синдром) ва юздаги паранасал синусларнинг проекциясидаги 12 ҳафтадан кўп бўлмаган давомли оғриқ ёки босим бўлади.

3.1. Шикоят

- Бурун битиши
- Бурун оқиши(ажралма)
- юздаги бурун атрофи синусларнинг проекциясида босим ва оғриқ
- 12 ҳафтадан кўп бўлмаган ҳид сезишни йўқотилиши ёки камайиши.
- 12 ҳафтадан кўп бўлмаган йўтал

3.2. Анамнез

Касаллик ўткир бошланади, беморда касаллик 2 ёки ундан ортиқ аломатлар мавжудлиги билан бирга келади, улар орасида бурун битиши, бурун оқиши (шу жумладан постназал синдром) ва 12 ҳафтадан кўп давом этмайдиган йўтал.

3.3. Клиник симптомлар

- остеомаатал комплекс соҳаси шиллиқ қавати шиши
- остеомаатал комплекс соҳасида йирингли ажралма

3.4. Асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

3.4.1. Амбулатория даражаси

- умумий кўрик
- риноскопия,

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

- Умумий кенгайтирилган қон тахлили

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Лейкоцит миқдори патоген микрофлора даражасини баҳолашга ёрдам беради.

- риноэндоскопия

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Каттиқ ва мослашувчан эндоскопларнинг замонавий турлари бурун бўшлигини, синусларни ва назофаренксни батафсилроқ текширишга имкон беради. Аммо, аксарият ҳолларда, ЎС эндоскопик текшируви олдинги риноскопияга нисбатан юқори даражадаги маълумот таркибига эга эмас.

- радиологик текширувлар (рентгенография ёки 3Д рентгенография)

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Одатда, БҒБ ларининг қалинлашган шиллиқ қаватини аниқлаш, суюқликнинг горизонтал даражаси ёки синус пневматизациясининг умумий пасайиши синуситнинг белгиси ҳисобланади. Бироқ, баъзи ҳолларда, рентгенографияни талқин қилиш муайян қийинчиликларни келтириб чиқариши мумкин, масалан, атрофдаги суяк тузилмалари ёки бўшлиқлар гипоплазиясида. Беморни тўғри жойлаштириш ва оптимал текширув режимида риоя қилиш жуда муҳимдир. Сифатсиз рентгенография кўпинча диагностик хатоларга олиб келади. Рентгенография ва КТ маълумотлари фақат 34% ҳолларда тўғри келади, юқори жағ бўшлиғи учун бу кўрсаткич 77%.

3.4.2. Стационар даража

- Умумий кўрик

- риноскопия

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

- Умумий кенгайтирилган қон таҳлили

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Лейкоцитоз даражаси патоген бактериал микрофлорани жараёнга жалб қилиш эҳтимолини баҳолашга имконини беради.

- риноэндоскопия

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Қаттиқ ва мослашувчан эндоскопларнинг замонавий турлари бурун бўшлиғини, синусларни ва назофаренксни батафсилроқ текширишга имкон беради. Аммо, аксарият ҳолларда, ЎС эндоскопик текшируви олдинги риноскопияга нисбатан юқори даражадаги маълумот таркибига эга бўлмайди.

- МСКТ (бурун ёндош бўшлиқлари)

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: КТ энг информацион усул бўлиб, бурун атрофи бўшлиқлар тадқиқотининг "олтин стандарти" га айланмоқда. КТ нафақат патологик ўзгаришларнинг табиати ва тарқалишини аниқлашга имкон беради, балки бурун бўшлиғи ва бурун атрофи бўшлиқлари анатомик тузилишининг индивидуал хусусиятларини очиб беради. КТ анъанавий бурун атрофи бўшлиқлар рентгенографияси билан фарқланиб бўлмайдиган тузилмаларни тасаввур қилиш имконини беради.

- микробиологик тадқиқот ўтказиш

Самарали даво мақсадида ўрта ва оғир даражада кечувчи ЎС билан оғриган беморларда шунингдек антибактериал терапия самарасиз бўлган узок муддат давом этувчи ЎС ларда йирингли ажралмадан аэроб ва факультатив анаэроб микроорганизмларни аниқлашда фойдаланилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Материал йиғиш, ташиш ва инкубация қилишнинг барча шартларига риоя қилган ҳолда бактериологик тадқиқотнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги 100% га яқин деб тахмин қилинади.

Ўткир йирингли юқори жағ синусити билан оғриган беморларда синусдан патологик материални йиғиш смерил Куликовский игнаси билан тешиш орқали амалга оширилади.

Игнани ўрнатиш пайтида унинг ўткир учи бурун шиллиқ қаватининг бирон бир жойига тегмаслигига эътибор бериш керак. Пункциядан кейин бўшлиқдаги ажралма тортиб олинади. Патологик ажралма бўлмаса, стерил 0,9% натрий хлорид эритмаси юборилиб қайта ажралма тортиб олинади. Шундан сўнг асептика қоидаларига мувофиқ, ташувчи озуқа муҳити билан синов найчасига киритилади ва бактериологик лабораторияга етказилади. Ташувчи озуқа муҳити таркибидаги озуқа воситаларини этиологик аҳамиятга эга микроорганизмларнинг биологик хусусиятларига мос келиши керак. Бактериологик лабораторияга патологик материални етказиб бериш учун мақбул вақт 40 минут. Патологик материал кейинги молекуляр генетик тадқиқотлар, шунингдек, масс-спектрометрик тадқиқотлар учун махсус транспорт озуқа воситаларидан фойдаланишни ҳожати йўқ. Молекуляр генетик тадқиқотлар учун материал эпендорф типдаги пробиркаларда лабораторияга етказилади. Шу билан бир вақтда, ўзида протолитик фермент сақловчига алоҳида эътибор бериш таълаб этилади. Бактериологик текшириш учун бурун йўлидан (хусусан, буруннинг ўрта қисмидан) патологик материални олиш мақсадга мувофиқ эмас чунки бу вақтда текшириш учун олинаётган намунага қўшимча микрофлоралар тушиш эҳтимоли мавжуд.

Натижаларни талқин қилишда бир қатор муаммолар юзага келади, биринчи навбатда, асосан синуситларни аксарият ҳолда синуситларни дастлабки босқичига вируслар сабаб бўлади.

Шу муносабат билан, экиш пайтида патоген микрофлоранинг ўсмаслигини материални йиғиш, ташиш ва етиштиришдаги нуқсонлар билан ҳам, касалликнинг вирусли (ёки бошқа) этиологияси билан ҳам изоҳлаш мумкин.

Бактериологик текшириш баъзида нотўғри салбий натижа беради, бу бўшлиқларда патологик субстратнинг автостерилизасияси ҳодисаси билан изоҳланади.

3.5. Дифференциал диагностика

Болалардаги ЎС ларни сурункали риносинусит, аллергик ринит, аденоидит ва бурун бўшлиғидаги ёт жисмнинг мавжудлигидан фарқлаш талаб қилинади. (2 жадвал).

2 жадвал. Болаларда ЎС дифференциал диагностикаси

Нозология	Умумий белгилар	Фарқ / дифференциал диагностика мезонлари
Сурункали риносинусит	Сурункали риносинусит ва унинг ўткирлашуви клиник кўринишларда бир хил.	<p>Бурун белгилари 12 ҳафта ичида, ҳатто давом этаётган терапия фонида ҳам тўлиқ ёқолмайди: беморлар яхшиланишни қайд этадилар, аммо педиатрия амалиётида симптомларнинг тўлиқ йўқолмаслиги, ЎС жуда кам учрайди.</p> <p>Сурункали риносинуситнинг этиологиясида юқумли бўлмаган омиллар (генетик аномалиялар, аллергия, бурун бўшлиғи тузилишининг аномалиялари ва бошқалар) устунлик қилади.</p>
Аллергик ринит	<p>Ўхшаш бурун белгилари (бурун битиши, бурун оқиши, бурун битиши хисобига юзага келадиган йўтал).</p> <p>Аллергик ринит ЎС хавфни оширади.</p>	<p>Аллергик ринит клиник белгилар такрорланиш билан тавсифланади.</p> <p>ЎС га қараганда беморлар сезиларли даражада тез-тез бурун қичишига ва аллергик аксиришга (айниқса поллиноз билан) кўз симптоми (кўзларнинг қичиши, ёшланиши) билан тавсифланади.</p> <p>Аллергик ринитнинг патогенези Ig E- билан боғлиқ шиллик қаватнинг яллиғланишига асосланган.</p> <p>Аллергик ринит ташхиси аллергологик тестлар натижаларига кўра аллерголог</p>

		томонидан белгиланади.
Аденоидит	Ўхшаш бурун белгилари (бурун битиши, постназал бурун битиши хисобига юзага келадиган йўтал, аденоидитда бурун оқиши кам учрайди). 10-12 ёшгача бўлган болаларда бурун бўшлиғи ва БЁБ ларида яллиғланиш ўзгаришлари доимо фарингеал шунингдек, бурун халқум муртагини реактив яллиғланиши (аденоидит) билан бирга келади.	<p>Аденотомия қилинмаган 10-12 ёшдан кичик ёшдаги болалар шикоятда ўткир тумов ва аденоидит ўртасидаги чегара шартлидир.</p> <p>Баъзи ҳолларда дифференциал диагностика бурун бўшлиғи ва бурун халқумнинг эндоскопик текшируви асосида аниқланадиган бурун ўрта йўли ва бурун халқумда сезилмас даражадаги шиллик, назофаренкда унинг оз миқдори билан ўрта бурун йўлида секретсия тўпланишини бу кўпроқ ЎС учун хосдир. Мактабгача ёшдаги болаларда интракраниал ва орбитал асоратлар белгилари бўлмаса, шунингдек, ўткир бактериал синусит диагностикаси мезонлари бўлмаса, асосий ташхис сифатида "аденоидит" ёки "ўткир назофарингит" ни белгилаш мақсадга мувофиқдир.</p>
Бурун бўшлиғи ёт жисми	Ёт жисм (айниқса, органик моддалардан)	Дифференциал ташхис билан боғлиқ муаммо фақат бола ҳар қандай органик моддаларни бегона жисм

	<p>бўлса, боланинг ота-онаси ўткир • бурун битиши ва/ёки бурундан йирингли ажралмага шикоят қилиши мумкин •</p>	<p>сифатида бурнига солганда пайдо бўлади (озиқ-овқат бўлаклари, ўсимлик уруғлари, қоғоз бўлаклари ёки кўпикли каучук) ва бу ота-оналарга сезилмайди. ЎС нинг аксарият эпизодларидан фарқли ўлароқ, бурун бўшлиғида бегона жисм топилганда, яллиғланиш ўзгаришлари фақат бир томонда қайд этилади (буруннинг иккала ярмида бегона жисм камдан-кам учрайдиган ҳодиса), йирингли ажралма ўткир респираторли инфекцияларнинг олдинги эпизодисиз тўлиқ саломатлик фониде содир бўлади, олдинги риноскопия бўйича бегона жисм ташхис қилинади (анемизациядан кейин ва бурун бўшлиғининг аспирацион тозалашдан кейин), баъзи ҳолларда бурун бўшлиғи ва бурун халқумнинг эндоскопик текшируви ўтказилади (таъсирчан болаларда бурун бўшлиғи ва бурун халқумнинг орқа қисмларини тўлиқ текшириш учун кўпинча умумий беҳушлик (наркоз) остида ўтказилади).</p>
--	---	---

4. Амбулатор шароитда даволаш тактикаси:

4.1. Дорилар билан даволаш

Агар кўрсатма бўлса, ўткир синусит билан оғриган катталарга тизимли антибактериал терапияни буюриш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Изоҳ: Антибиотик терапияси ўткир синуситнинг ўрта, оғир шакли учун тавсия этилади. Енгил шаклда антибиотиклар фақат юқори нафас йўлларининг

такрорий инфекцияси ва $\geq 5-7$ кунлик клиник аломатлар бўлган ҳолатларида тавсия этилади. Шунингдек, антибиотик терапияси оғир коморбид соматик патологияси бўлган беморларда (диабет ва бошқалар) ва иммунитет бузилган беморларда тавсия этилади.

Оддий клиник амалиётда бактериал ЎС ташхисини 100% аниқлик билан қўйиш учун ҳеч қандай мезон йўқ. ЎС муаммоси бўйича сўнгги халқаро келишув ҳужжатларининг маълумотларини умумлаштириб, "ўткир бактериал синусит" ташхисининг асосий мезонлари сифатида ажратиш мумкин:

- беморларда бир нечта аломатлар (3 ёки ундан кўп) мавжудлиги, улар қуйидагиларни ўз ичига олади: бурундан йирингли ажралма ёки 3 кун ва ундан кўпроқ вақт давомида ҳар қандай характердаги буруннинг фақат бир томонидан ажралма келиши; юқори жағ ёки фронтал бўшлиқлар соҳасида бош оғриғи ёки юз соҳасидаги босим ҳисси; иситма $38,0^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори; иккинчи касаллик тўлқини (вақтинчалик яхшиланишдан кейин ЎС белгиларининг кучайиши) ва клиник қон анализида лейкоцитоз бўлиши ($15 \times 10^9/\text{л}$ дан ортиқ);

- касалликнинг бошланиш пайтида 3-4 кун давом этадиган ва йирингли-септик орбитал жараёнлар ёки мия ичи асоратларнинг ривожланиш хавфи ва клиник белгилари мавжуд бўлган оғир аломатлар (иситма фебрил даражасида ва ундан юқори; бурундан йирингли ажралма; умумий ҳолатнинг сезиларли даражада бузилиши).

Ўткир бактериал синуситни даволашнинг асосий мақсади патогенни йўқ қилишдир. Шу муносабат билан, антибактериал препаратни буюришда устунлик тез бактерицид таъсирга эга бўлган дорилар берилиши керак. Шу билан бирга, даволаш самарадорлиги мезонлари, биринчи навбатда, синуситнинг асосий белгиларининг динамикаси (яллиғланган синус соҳасида маҳаллий оғриқ ёки ноқулайлик, бурундан ажралма, тана ҳарорати кўтарилиши) ва беморнинг умумий ҳолатидир. Уч кун давомида сезиларли клиник ўзгариш бўлмаса, даволаш курсининг тугашини кутмасдан, дори воситасини ўзгартириш керак.

- пневмококкларнинг бета-лактамларга чидамлилиги учун хавф омиллари бўлмаган тақдирда (олдинги 3 ой ичида антибиотиклардан фойдаланиш, оилада мактабгача ёшдаги болалар борлиги, болалар муассасаларига ташриф буюриш, "ёпиқ" муассасаларда яшовчи катталар).

- пневмококкларнинг бета-лактамларга чидамлилиги учун хавф омиллари мавжуд бўлганда (олдинги 3 ой ичида антибиотиклардан фойдаланиш, оилада мактабгача ёшдаги болалар, болалар муассасаларига ташриф буюриш, "ёпиқ" муассасаларда яшовчи катталар).

- бета-лактамаза ишлаб чиқарувчи патоген штаммининг мавжудлиги учун хавф омиллари (Х. Инфлуензае, С. ауреус, М. сатаррҳалис), қўшимча касалликларнинг мавжудлиги (бронхиал астма, қандли диабет, сурункали бронхит), иммуносупрессив ҳолатлар, 65 ёшдан ошган; амоксициллин билан муваффақиятсиз олдин даволанган.

Бундан ташқари, замонавий макролидлардан фойдаланиш имконияти мавжуд. Шу билан бирга, макролидлар бета - лактам интолерансининг IgE воситачилигидаги реакцияларида, уларнинг етакчи патогенларга нисбатан паст микробиологик фаоллиги туфайли танлашнинг муқобил дориларидир: С. пневмонияе қаршилигининг юқори даражаси (30-40% дан юқори) ва Х. инфлуензае га нисбатан аниқ фаолликнинг йўқлиги. Шу билан бирга, С. пневмонияе учун 16 аъзоли макролидлар 14 ва 15 аъзоли дориларга (70% дан кам) нисбатан юқори сезувчанлик даражасини (тахминан 85%) кўрсатади.

Ўткир йирингли синуситда 2- ва 3-авлод цефалосфоринларини оғиз орқали буюриш мумкин.

Фторхинолонлар фақат катталарда бошқа терапевтик алтернативи бўлмаган тақдирда ишлатилиши мумкин, бу эса ушбу дорилар гуруҳининг ноқулай хавфсизлик профилига боғлиқ. Фторхинолонлар синуситнинг оғир кечиши ҳолатларида, бурун бўшлиғининг цитоархитек-тоникасида доимий ўзгаришлар мавжуд бўлганда, шунингдек полисинусит клиник шаклларида буюрилади.

III-IV авлод фторхинолонларининг муҳим ножўя таъсири уларнинг ўсаётган бириктирувчи ва тоғай тўқималарга салбий таъсиридир. Шунинг учун бу дориларни болалар ва ўсмирларда қўллаш мумкин эмас.

Ўткир риносинуситнинг оғир кечишида дори препаратларни мушак ичига ва томир ичига юбориш йўллари афзалроқдир, бунда 3-авлод цефалосфоринларни парентерал қўллаш тавсия этилади: Цефотаксим (АТХ коди: Ж01ДД01) ёки Цефтриаксон (АТХ коди: Ж01ДД04). Вена ичига юбориш учун Амоксициллин+ [клавулан кислотаси] (АТХ коди: Ж01СР02) ва 3-авлод цефалоспоринларидан (АТХ коди: Ж01ДД) фойдаланиш мумкин. Анаэроб инфекция хавфи мавжуд бўлса, Метронидазол (АТХ коди: Ж01ХД01) ёки Клиндамицин (АТХ коди: Ж01ФФ01) 3-авлод цефалоспоринлари (АТХ коди: Ж01ДД) билан биргаликда буюрилиши мумкин.

Тавсия этилган терапия давомийлиги катталарда - асоратланмаган ҳолатларда 5-7 кун, асоратланган ҳолатларда 10-14 кун.

Илгари антибактериал дориларни қабул қилган ёки патогеннинг чидамли шакллари мавжудлигини бўлган беморларда дозани 90 мг/кг гача ошириш керак.

Ўткир синусит билан оғриган болалар учун тизимли антибиотик терапиясини тайинлаш тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси– 5)

Организмда препаратнинг барқарор ва юқори терапевтик концентрациясини тезроқ яратиш ва сақлаш микроорганизмларнинг антибиотикларга чидамли штаммлари ривожланишининг олдини олишда муҳим. Юқори био-киришувчан антибиотиклардан фойдаланиш нафақат даволаш самарадорлигини оширади, балки антибиотикларга чидамлилик хавфини ва

ножўя таъсирларнинг учрашини камайтиради, бу айниқса болалар амалиётида жуда муҳимдир.

Бирламчи синуситни даволашни кенг ва таъсирли бўлган пенициллинларнинг (аминопенициллинлар) химояланмаган шакллари билан бошлаш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2)

Изоҳ: *кенг таъсирли пенициллинлар (аминопенициллинлар) отоларингологик органларнинг ўткир йирингли-яллиғланиш патологиясини даволаш учун стандарт даволаш дори воситаси ҳисобланади.*

Кўп ҳолларда асосий патогенларнинг маҳаллий қаршилигини ҳисобга олиш керак. Агар беморда антибиотикларга чидамлилиги ошган пневмококк штамми бўлса, болаларда кунига 80-90 мг/кг ва катталарда кунига 3 марта 1000 мг амоксициллиннинг юқори дозаларини (АТХ коди: Ж01СА04) қўллаш тавсия этилади. Шунингдек тутиш керакки, Х. инфлуензае, шунингдек М. сатаррҳалис ва С. ауреус б-лактамазаларнинг фаол ишлаб чиқарувчилари бўлиб, улар биргаликда касалликлар (бронхиал астма, қандли диабет, сурункали бронхит), иммуносупрессив ҳолатлар, беморнинг ёши 65 ёшдан ошган бўлса, шунингдек, амоксициллин билан муваффақиятсиз антибиотик терапия олган бўлса, химояланган аминопенициллинларни бошланғич терапия сифатида қўллаш керак.

Агар кўрсатмалар мавжуд бўлса ва қарши кўрсатмалар бўлмаса, ЎС билан оғриган беморларга маҳаллий антибиотик терапиясини буюриш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *маҳаллий фойдаланиш учун антибактериал препаратлар (шиллик қават учун) антибиотиклардан тизимли фойдаланиш билан биргаликда, шунингдек монотерапия сифатида ёки бактериал яллиғланиш, бурундан ажралма келиши белгилари бўлган енгил ЎС билан оғриган беморларни даволашда яллиғланишга қарши дорилар ва экспекторант муколитик дорилар билан биргаликда буюрилиши мумкин. Маҳаллий қўллаш учун антибактериал дориларни клиник таъсири шифокор томонидан терапия бошланганидан 3-4 кун ўтгач баҳоланиши керак, агар ижобий таъсир бўлмаса, тизимли антибактериал дориларни қўллаш зарурлиги масаласи кўриб чиқилади.*

Яллиғланиш сабабли бурун ёндош бўшлиқлари шиллик қаватидан дори-дармонларни қонга сўрилиши кескин камаяди ва маҳаллий қўллаш билан уларнинг яллиғланиш марказида концентрацияси 100-120 баравар юқори бўлади. Тизимли антибиотикларнинг ўпкадаги яллиғланиш белгиларига қараганда бурундаги яллиғланиш белгиларига таъсири сезиларли даражада паст. Кўпгина муаллифлар асоратланмаган ҳолда юқори нафас йўллари инфекциясига қарши курашиш учун тизимли антибиотикларни қўллашда баъзи чекловларни таъкидлайдилар.

Мушак ичига ёки томир ичига юбориш учун мўлжалланган антибиотик эритмаларини бурун бўшлиғига ва бурун ёндош бўшлиқларига юборишни амалиётдан чиқариб ташлаш керак. Фармакокинетикасига кўра, улар ушбу мақсадлар учун мослаштирилмаган ва юқори нафас йўлларининг шиллик қаватининг киприкли эпителийсига салбий таъсир кўрсатади. Бурун ёндош бўшлиғи ичига юбориш учун тиамфеникол глитсинат ацетилсистеинат препаратини қўлланилиши мумкин (АТХ коди: Ж01БА02). Ушбу дозалаш шакли риносинуситни тизимли антибактериал дорилар билан биргаликда ёки монотерапия сифатида, айниқса болаларда ингаляция терапиясида муваффақиятли қўлланилади. Бурун бўшлиғининг санациясини оптималлаштириш учун ЎС билан оғриган беморларга элиминация-ирригацион терапиясини буюриш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1)

Изоҳ: *бурун бўшлиғини изотоник стерил денгиз суви (АТХ коди: Р01АХ10) ва вируслар ва бактерияларни йўқ қилиш учун стерил изотоник туз эритмаларига асосланган гигиена воситалари билан ювиш катталар ва болаларда ўткир риносинуситларни даволашда ҳам маҳаллий, ҳам хорижий кўрсатмаларда тавсия этилган.*

Осмоз ҳодисалари туфайли бурун бўшлиғини гипертоник эритмалар билан ювишда бўшлиқларнинг табиий тешиқларидаги босимни қисман камайтириши мумкин. Ушбу мақсадлар учун денгиз сувининг паст концентрацияли гипертоник стерил эритмаларидан фойдаланиш мумкин (АТХ коди: Р01АХ10). Аммо шуни эсда тутиш керакки, ушбу дориларни фақат ўткир даврда қўллаш керак ва даволашнинг максимал давомийлиги фойдаланиш бўйича кўрсатмаларга мувофиқ 5-7 кун.

Бурун битишига қарши дориларнинг бурун учун маҳаллий шаклларини тайинлаш тавсия этилади - алфа адреномиметиклар (Р01А деконгестанлар ва бошқа маҳаллий таъсир қилувчи дорилар) ЎС билан оғриган беморларда касаллик кечишини енгиллаштиради.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1)

Изоҳ: *ушбу дорилар гуруҳини тайинлаш ўткир синусит учун зарурдир, чунки бу дорилар бурун шиллик қаватининг ишшишини энг қисқа вақт ичида йўқ қилади, уларнинг баъзилари янги тугилган чақалоқларда ҳам ишлатилиши мумкин.*

Таъсир механизмига кўра, барча томир торайтирувчи дори воситалари алфа-адреномиметик бўлиб, улар А1 ёки А2 рецепторларига селектив таъсир кўрсатиши ёки иккаласига ҳам таъсир кўрсатиши мумкин.

Назафолин (АТХ коди: Р01АА08) токсик таъсири аниқ ва оториноларингологик амалиётда қўллаш мумкин эмас. Назафолиндан

фойдаланиш болаларда томир торайтирувчи воситалардан заҳарланишининг асосий сабабидир. 0-6 ёшли болаларда фенилефрин (АТХ коди: P01AB01) 0,125%, оксиметазолин (АТХ коди: P01AB07) 0,01-0,025%, ксилометазолин (АТХ коди: P01AB06) 0,05% (2 ёшдан) қўлланилади.

Томир торайтирувчи воситалар бурун битиши бўлган беморларни даволашда қўлланилиши керак, аммо қатъий белгиланган тартибда ва шифокор назорати остида. Медикаментоз ринитни ривожланиш хавфи туфайли улардан фойдаланиш 5-7 кундан ошмаслиги керак. Фенилефринга асосланган препаратлар 10-14 кунгача ишлатилиши мумкин.

Маҳаллий яллиғланишга қарши таъсирга эришиш учун 12 ёшдан ошган ЎС билан оғриган беморларга маҳаллий глюкокортикостероид терапиясини буюриш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси Б (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1)

Изоҳ: *глюкокортикостероидлар 12 ёшдан ошган беморларда узоқ муддатли (вирусдан кейинги синусит) монотерапия сифатида ёки тизимли антибактериал дорилар билан биргаликда ишлатилиши мумкин. 12 ёшгача бўлган болаларда глюкокортикостероидлар маҳаллий ЎС монотерапияси сифатида фақат алергик ринит билан оғриган беморларга буюрилиши мумкин.*

Глюкокортикостероидлар шиллик қаватнинг шишишини ривожланишига тўсқинлик қилади, эозинофил яллиғланишни ва иммуноглобулинларнинг деградациясини сусайтиради, нейроген яллиғланишни камайтиради ва бўшлиқларнинг функционал қобилятини тиклайди. Шундай қилиб, маҳаллий глюкокортикостероид терапиясини ўткир синусит терапиясининг муҳим мултифакториал компоненти деб ҳисоблаш мумкин.

Мометазон хавфсизлигининг юқори даражаси унинг интраназал қўлланилишида минимал биокиришувчанлиги (1% дан кам) билан боғлиқ ва препаратнинг жуда муҳим хусусияти, айниқса, керак бўлганда уни ЎС ва унга ҳамроҳ бўлган алергик ринит билан оғриган болаларга узоқ муддат буюриш мумкин.

Мукосилиар эпителийнинг ишини нормаллаштириш, патологик шилликни суюлтириш ва эвакуатсия қилишни осонлаштириш учун ЎС билан оғриган беморларга мукоактив терапияни буюриш тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *бурун ва бурун ёндош бўшлиқларнинг физиологик жиҳатдан муҳим бўлган мукосилиар аппарати киприксимон эпителий киприкчаларининг етарли даражада ишлаши, уларнинг функциялари, миқдори, шунингдек шилликнинг ташилиши билан таъминланади. Ўткир синуситнинг оқибатида қадахсимон ҳужайраларида секрет ишлаб чиқариш, сероз-шиллик безлар ва кирпикли*

эпителия ҳужайралари томонидан секретни эвакуация қилиш ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши, мукосилиар аппаратнинг бузилишига олиб келади.

Шиллик ишлаб чиқаришга таъсир кўрсатадиган дозалаш шаклларида фойдаланиш, шилликнинг ёпишқоқлигини камайтириш ва киприкчалар функциясини яхшилаш бузилган дренаж функциясини тиклашга имкон беради. Шунга ўхшаш терапевтик таъсирга эга дорилар муколитик, секретомотор ва секретолитик таъсирга эга бўлган муколитик дорилар гуруҳларига бирлаштирилади.

Муколитик дориларни буюришдан олдин сиз фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва унда кўрсатилган кўрсатмалар билан танишиш керак, чунки уларнинг ҳаммаси ҳам оториноларингология патологиясида, шунингдек антибиотик терапияси билан биргаликда ишлатилиши мумкин эмас.

Эркин Ш-гуруҳларини ўз ичига олган моддалар, масалан, ацетилцистеин, ҳар қандай секрецияга тўғридан-тўғри ва тез муколитик таъсир кўрсатиши мумкин. Ацетилцистеин (АТХ коди: P05CB01) синуситни комплекс даволашда нафас орқали, синус катетер ёки пункция пайтида бўшлиқларга киритиш шаклида қўлланилади. Муколитик таъсир шунингдек, сирт таранглигини камайтирадиган, балғамни ҳам, назофаренгеал секрецияни ҳам суюлтирадиган хусусиятларга эга. Ушбу гуруҳга карбоцистеин киради (АТХ коди: P05CB03). Карбоцистеин бурун секрециясининг кислотали ва нейтрал циаломутсинларининг миқдорий нисбатини нормаллаштиради, шиллик қаватнинг ёпишқоқлиги ва эластиклигини тиклайди. Лизин моногидрат шаклида фаол моддага эга бўлган карбоцистеин препаратлари маълум фармакологик афзалликларга эга. Карбоцистеин молекуласига лизин қўшилиши тез ва тўлиқ сўрилишини таъминлайди ва препаратнинг толерантлигини яхшилади.

Касаллик аломатларини йўқотишни тезлаштириш учун қарши кўрсатмалар бўлмаган тақдирда, тасдиқланган яллиғланишга қарши ва муколитик таъсирга эга бўлган барча ЎС беморларига ўсимлик манбасидан тайёрланган дориларини буюриш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси (далилларнинг ишончлилиги даражаси – 3)

Изоҳ: ЎСни даволаш учун секретолитик, секретомотор ва яллиғланишга қарши таъсирга эга самарали дорилардан Синупрет (АТХ коди: P07AX), Миртол (АТХ коди: P05C) ва Умкалор (деист. пеларгониум сидоид илдизларининг экстракти) бўлиб, улар бир нечта доривор ўсимликларнинг таркибий қисмларини ўз ичига олади.

Иситма реакцияси ёки бош/юз оғриғи бўлса, ЎС билан оғриган беморларга ностероид яллиғланишга қарши дориларнинг тизимли шакллари буюриш тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: яллиғланишга қарши терапия ўткир синуситни комплекс даволашнинг бир қисмидир. Яллиғланишга қарши терапия, биринчи навбатда, яллиғланиш реакциясини кучайтирадиган реакцияларнинг блокланишига қаратилган. Бу ўткир синуситда оғриқ, ишиш, бурун ва бурун ёндош бўйлиқлари шиллиқ қаватининг вазодилатацияси, ҳаддан ташқари шиллиқ ажралишининг кучайиши каби яллиғланишининг асосий белгиларининг тўхташига олиб келади.

6 ёшгача бўлган болаларда оғриқ ва иситма реакциясини тўхтатиш учун фақат иккита препаратни қўллаш мумкин – парацетамол (АТХ коди: Н02БЕ01) кунига 60 мг/кг гача ёки ибупрофен (АТХ коди: М01АЕ01) кунига 30 мг/кг гача.

Вояга етган беморларда Кетопрофен препаратини қўллаш мумкин (АТХ коди: М01АЕ03).

Кетопрофен препаратлари маълум фармакологик афзалликларга эга, фаол моддаси кетопрофен лизин тузи шаклида, тез яллиғланишга қарши, оғриқ қолдирувчи ва антипиретик таъсирга эга.

Яллиғланиш ва оғриқни камайтириш учун ЦОГ-2 ни сусайтирмасдан яллиғланиш воситачиларига модуляцияон таъсир кўрсатадиган кўп компонентли гомеопатик препаратни қўллаш мумкин, бу эса самарадорликни сақлаб, дори препарат хавфсизлигини сезиларли даражада оширади.

12 ёшдан ошган беморларда ЎС ни симптоматик даволашда шамоллаш ва ўткир респиратор касалликлар аломатларини йўқ қилиш учун комбинацияланган дориларни (Паратцетамол, бошқа дорилар билан биргаликда (психотроп препаратлардан ташқари), АТС коди: Н02БЕ51) қўллаш тавсия этилади. [55,62].

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: 27 та нашрнинг тизимли таҳлили шуни кўрсатдики, деконгестан, тизимли антигистамин ва аналгетикни ўз ичига олган комбинацияланган дори катталар ва 12 ёшдан ошган болаларда ўткир вирусли риносинуситни (шамоллаш назал белгилар билан келганда) даволашда симптоматик терапия сифатида клиник жихатдан самарали бўлди.

ЎС ни даволашда тизимли антигистаминларни тайинлаш аллергик ринит билан оғриган беморларда оқланади. ЎС ни даволашда тизимли антигистаминларни буюриш тавсия этилади, аммо фақат вирусли инфекциянинг дастлабки босқичида, Н1 рецепторлари блокадаси турли вируслар таъсири остида

базофиллар томонидан чиқарилган гистаминнинг чиқарилишига тўсқинлик қилганда.

Вирусли ЎС ни комплекс даволашда антивирус препаратларни, шу жумладан антивирус фаолликка эга препаратларини қўллаш тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида тўловни қоплаш учун асос бўлмайди.

1-жадвал

Мухим дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли бор): далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Препаратнинг фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситасининг халқаро номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Антибиотиклар	Цефаперазон+сулбактам	1,5 г суткада 2маҳал	АТХ: Ж01ДД62
	Амоксициллин+Клавулановая кислота	875/125 мг суткада 2маҳал	АТХ:Ж01СР02
	Цефаперазон+сулбактам	1:1 г суткада 2маҳал	АТХ: Ж01ДД62
	Кларитромицин	500 мг суткада 2маҳал	Код АТХ: Ж01ФА09
	Азитромицин	500 мг суткада 1маҳал	Код АТХ: Ж01ФА10
Фторхиналонлар	Левифлоксацин	500 мг суткада 1маҳал	Код АТХ: Ж01МА12

Деконгестантлар	Фенилефрин	0.125% 0.25%; Суткада 2махал	Код АТХ: P01AB01
	Ксилометазолин	0.05% 0.1%; Суткада 2махал	код АТХ: P01AB06
	Оксиметазолин	0.01% 0.025%; 0.05%; Суткада 2махал	код АТХ: P01AB07
Муколитик, секретолитиклар	Синупрет	Суткада 3махал	код АТХ: P07AX
	Миртол	Суткада 3махал	код АТХ: P05C

2-жадвал

Қўшимча дори-дармонлар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):
далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Фармако- терапевтик группа	Дори воситасининг халқаро номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Яллиғланишга қарши дори воситалари	парацетамола	60 мг/кг/сутка да	код АТХ: N02BE01
	ибупрофен	30 мг/кг/сутка да	код АТХ: M01AE01
Антигистамин препаратлар	Дезлоратадин	суткада 1махал	Код АТХ: P06AX27

	левоцетиризин дигидрохлорид – 5 мг	суткада 1махал	Код АТХ: P06AE09
	монтелукаст – 10 мг;	суткада 1махал	Код АТХ:P03ДС53
	хлоропирамин	суткада 1махал	Код АТХ: P06AC03
Глюкокортикост ероидлар	беклометазон	суткада 2махал	код P01AD01 АТХ:
	будесонид	суткада 2махал	код P01AD05 АТХ:
	флутиказон	суткада 2махал	код P01AD08 АТХ:
	мометазон	суткада 2махал	код P01AD09 АТХ:
	флутиказона фураат	суткада 2махал	код P01AD12 АТХ:

3) жарроҳлик аралашуви;

ЎС билан оғриган беморларда кўрсатмалар мавжуд бўлса ва контрэндикациялар бўлмаса, понксиён даволашни ўтказиш тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *Максиллер синуснинг терапевтик понксиёнини амалга ошириш учун кўрсатмалар бўлиши керак: синусда патологик таркибнинг мавжудлигини рентгенологик тасдиқлаш; 5-6 кун давомида тизимли антибактериал терапияни ўз ичига олган даволаш самараси бўлмаганда оғир ЎС ёки ўртача ЎС учун клиник маълумотлар.*

ЎС билан оғриган беморларда параназал синусларни дренажлаш тавсия этилади кўрсатмалар мавжудлиги ва контрэндикациянинг йўқлиги.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *Бурун ёндош бўшлиқларининг фаол бўшаши ва уларга доридармонларни киритиш ҳам синус катетер ишлатиш ва Проетс усули орқали амалга оширилиши мумкин. ЎСнинг узайган экссудатив шаклларида синус*

катетерини қўллаш асосли бўлиши мумкин, бироқ синус йўли обструкцияси йўқлиги шарти билан, бу ЎС билан оғриган беморда кучли оғриқ мавжуд ёки мавжуд эмаслиги, ҳамда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма йўқлиги билан билвосита кўриниши мумкин.

Катетернинг мавжудлиги, табиий тешик блокланганда ёки клапан вазифасини бажарганда яллиғланган синусдан секрецияларни эвакуация қилиш учун қўшимча йўл яратади, ҳаво алмашинувини оширади, салбий босимни йўқ қилади. Бурун ёндош бўшлиқларининг узоқ муддатли дренажлаш усулига муносабат пункция билан бир хил бўлиши керак: синуситнинг бирламчи асоратланмаган шакллари учун кўрсатма бўлмайди.

Орбитал ёки интракраниал асоратлар ҳолатида ЎС учун жарроҳлик усулида даволашни амалга ошириш тавсия этилади.

Тавсияларининг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Бемор касалхонага ётқизилади, у эрда жарроҳлик аралашуви, бу асоратнинг сабаби бўлган тегшили синусни (синусларни) очиш, хўппозни дренажлаш ва ҳк.

3) Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар: биргаликда патология мавжуд бўлганда мутахассислар билан маслаҳатлашиш.

4) **Профилактика чоралари:** ЎСнинг олдини олиш уйқу ва дам олиш жадвалига ва мувозанатли диетага риоя қилишдан иборат. Сурункали инфекция ўчоқларини санитария қилиш, бурун обструкциясини (бурун септумининг оғиши, хоанал атрезия, бурун бўшлиғидаги синехия ва бошқалар) йўқ қилиш керак.

5) Протоколда тавсифланган даволаш самарадорлиги ва диагностика ва даволаш усуллари хавфсизлиги кўрсаткичлари (қорин парданинг яллиғланиш белгилари йўқлиги, операциядан кейинги асоратларнинг йўқлиги, даволаш чораларининг самарадорлигини назорат қилиш учун диагностика мезонларини кўрсатувчи).

5. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1) Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар;

- консерватив терапияни амбулатория шароитида ўтказиш учун шароитлар мавжуд бўлмаганда;

- консерватив даво самарасиз бўлса, жарроҳлик даволаш учун

2) Беморни шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар.

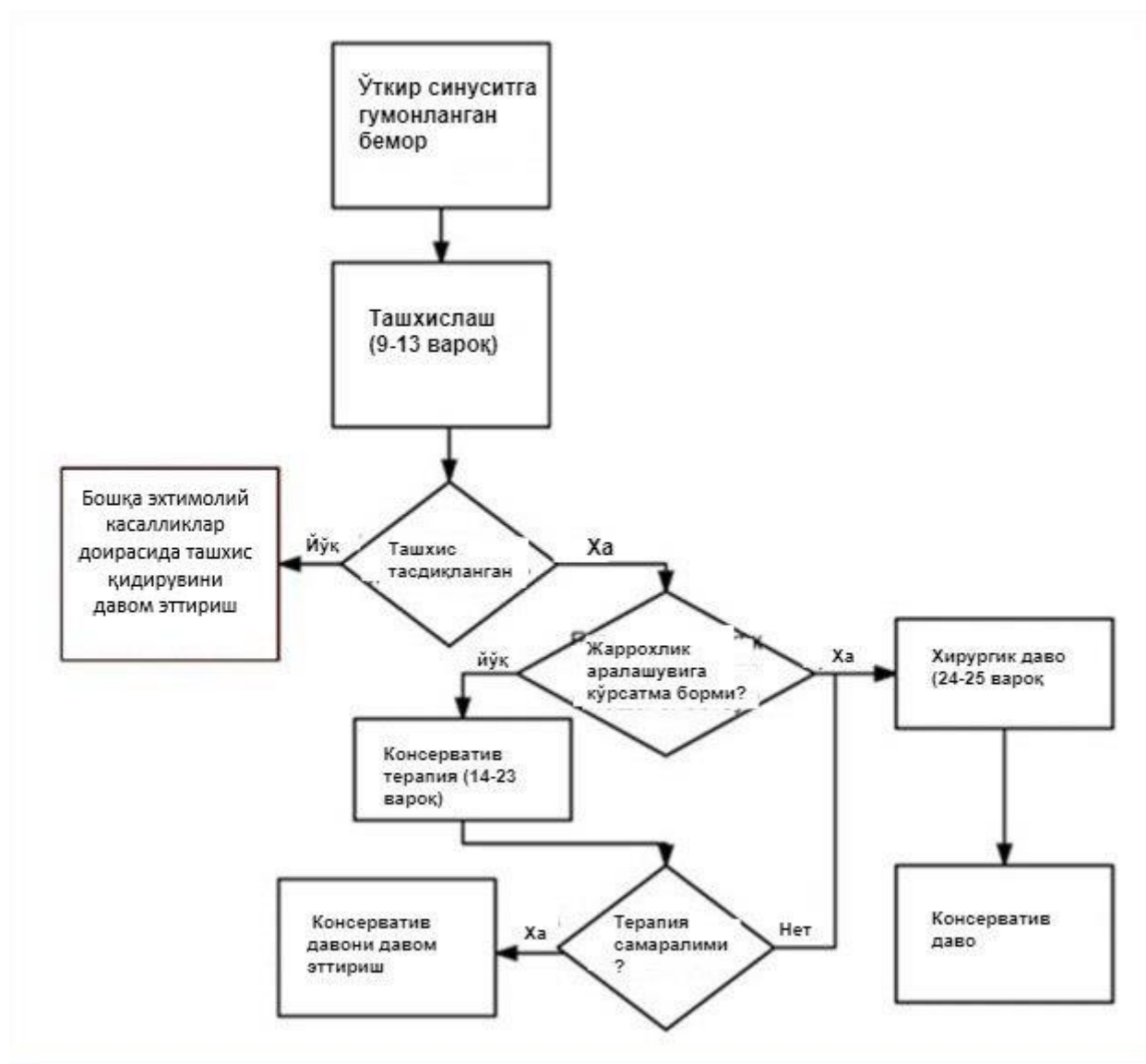
- интоксикациянинг оғир белгилари (юқори иситма, ҳолсизлик, бош оғриғи):

- асоратларни ривожланиш хавфи (интраорбитал, интракраниал) ёки интраорбитал ва интракраниал асоратлар белгилари мавжудлиги;

- 3-5 кун давомида тизимли антибактериал терапия билан адекват терапия фонида ижобий динамиканинг йўқлиги ёки ҳар қандай вақтда прогрессив ёмонлашув.

6. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:

1) Беморни кузатиш харитаси, беморнинг маршрути;



дори-дармонсиз даволаш (соғлом турмуш тарзи элементлари, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик, кунлик ва уйқу режими);

2) Дори-дармонлар билан даволаш.

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида тўловни қоплаш учун асос бўлмайди.

3-жадвал

Муҳим дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли бор):
далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаларининг халқаро номи	Қўллаш усули	Далил даражаси
Антибиотиклар	Цефаперазон+сулбактам	1,5 г суткада 2махал	АТХ: Ж01ДД62
	Амоксициллин+Клавулановая кислота	875/125 мг суткада 2махал	АТХ:Ж01СР02
	Цефаперазон+сулбактам	1:1 г суткада 2махал	АТХ: Ж01ДД62
	Кларитромицин	500 мг суткада 2махал	Код АТХ: Ж01ФА09
	Азитромицин	500 мг суткада 1махал	Код АТХ: Ж01ФА10
Фторхиналонлар	Левофлоксацин	500 мг суткада 1махал	Код АТХ: Ж01МА12
Деконгестантлар	Фенилефрин	0.125% 0.25%; суткада 2махал	Код АТХ: Р01АБ01
	Ксилометазолин	0.05% 0.1%; суткада 2махал	код АТХ: Р01АБ06
	Оксиметазолин	0.01% 0.025%; 0.05%; суткада 2махал	код АТХ: Р01АБ07
Муколитик, секретолитиклар	Синупрет	суткада 3махал	код АТХ: Р07АХ
	Ацетилцистеин	суткада 2махал	код АТХ: Р05СВ01

4-жадвал

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):
далиллар даражаси кўрсатилиши керак

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаларининг халқаро номи	Қўллаш усули	Далил даражаси
Яллиғланишга қарши дори воситалари	парацетамол	60 мг/кг/сутка да	код АТХ: Н02БЕ01
	ибупрофен	30 мг/кг/суткада	код АТХ: М01АЕ01
Антигистамис дори воситалари	Дезлоратадин	суткада 1махал	Код АТХ: Р06АХ27
	Левосетиризина дигидрохлорида – 5 мг	суткада 1махал	Код АТХ: Р06АЕ09
	Монтелукаст – 10 мг;	суткада 1махал	Код АТХ:Р03ДС53
	Хлоропирамин	суткада 1махал	Код АТХ: Р06АС03
Глюко-кортикостероидлар	беклометазон	суткада 2махал	код АТХ: Р01АД01
	будесонид	суткада 2махал	код АТХ: Р01АД05
	флутиказон	суткада 2махал	код АТХ: Р01АД08

	мометазон	суткада 2маҳал	код P01AD09	АТХ:
	флутиказона фураат	суткада 2маҳал	код P01AD12	АТХ:

3) жарроҳлик аралашуви (агар маълум бир патология учун жарроҳлик аралашуви кўрсатилган бўлса, унда унинг мантиқий асослари ва жарроҳлик кўрсатмаларининг тавсифи керак бўлади: масалан, агар дори билан даволаш маълум вақт давомида самарасиз бўлса, ижобий динамика бўлмаса даволаш самарадорлигининг асосий кўрсаткичлари);

Касалхонадан чиқариш учун кўрсатмалар: ЎС билан оғриган бемор камида охириги 3 кун ичида барқарор, қониқарли ҳолатга эришгандан сўнг шифохонанинг оториноларингология бўлиmidан чиқарилиши мумкин.

4) Кейинги бошқариш (оператсиядан кейинги, реабилитация, беморни амбулатория даражасида ҳамроҳлик қилиш. Кузатув муддатини аниқ кўрсатинг, ким амалга оширади, қандай тадбирларни амалга ошириш керак, қисқача ва аниқ тасвирланган бўлиши керак);

5) Протоколда тавсифланган диагностика ва даволаш усулларининг даволаш самарадорлиги ва хавфсизлиги кўрсаткичлари

- Шикоят йўқ;
- клиник белгиларнинг йўқолиши;
- лаборатория маълумотларини нормаллаштириш;

**«ЎТКИР СИНУСИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ АРАЛАШУВ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Юқори жағ бўшлиғини пункция қилиш.

Касалликнинг халқаро таснифи: МКБ-10 ва 11 шифр:

ХКК (МКБ)-10	
Коди	J-01 Ўткир синусит
	https://www.rlsnet.ru/mkb/ostriy-sinusit-219
ХКК (МКБ)-11	
CA01	Ўткир синусит
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#509821856

Протоколда қўлланилган қисқартмалар

ЧКЎС	Чўзилиб кетган ўрта синусит
КТ	Компьютер томограмма
НЯҚДВ	Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаси
ЎС	Ўткир синусит;
ЎРВИ	Ўткир респиратор вирусли инфекция
ЭЎС	Экссудативли Ўткир синусит

Асосий қисм. Кириш:

1) Ўткир синусит консерватив давога кўпинча мос келмайди, рентген тасвирларида суюқлик даражасининг мавжудлиги патологик таркибни олиб ташлашни талаб қилади. Юқори жағ бўшлиғидан патологик таркибни олиб ташлашда махсус воситалар ёрдамида пастки бурун йўли орқали амалга оширилади. Аввал юқори жағ бўшлиғини антисептик эритмалар билан ювиб олинади, ундан патологик ўчоқни олиб ташланади сўнгра антибактериал препаратни киритиш имкони яратилади.

2) Таърифи:

Йирингли синуситда экссудатни мунтазам равишда олиб ташлаш иммуноглобулинлар таркибини 2-3 мартагача оширади ва маҳаллий антибактериал ҳимоя механизмларини рағбатлантиради, деб ишонилади. Юқори жағ бўшлиғининг пункциясида нейроген асоратларни олдини олиш учун ушбу тиббий манипуляцияни малакали моторинголог шифокор томонидан амалга оширилиши керак.

3) Даволаш усуллари:

I. Даволашдан асосий мақсад:

- юқори жағ бўшлиғидан патологик ўчоқни олиб ташлаш
- асоратларни бартараф этиш.

II. Даволашга қатъий қарши кўрсатмалар:

- қон ивиш тизимини бузилганлиги ҳамда қон касалликларининг мавжудлиги.

III. Даволаш учун кўрсатма:

- Юқори жағ бўшлиғида суюқликнинг мавжудлиги;
- Гайморитда шошилинич медикаментоз даво чоралари қўлланилмайди;
- Такрорий гайморит.

4) Пункция ўтказишда мутахассис учун қўйиладиган талаблар – махсус билим ва кўникманинг мавжудлиги (мутахассислиги диплом – "оториноларингологист") муҳим аҳамият касб этади.

5) Процедурага тайёргарлик кўришда қўшимча диагностик чоралар:

Асосан (талаб қилинади):

- ЛОР аъзоларининг умумий текшируви;
 - Бурун бўшлиғини рентгенологик текшируви;
- Қўшимча тиббий текширув мақсадида (ихтиёрий):
- беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш мақсадида умумий қон ва сийдик таҳлиллари.

6) Махсус жиҳозланган офис (оториноларинголог хонаси), зарур стерил асбоблар (умумий ЛОР аъзоларини текширув асбоблари, Куликовский игнаси), материаллар (тиббий пахта) ва дори-дармонлар (бурун бўшлиғини кенгайтириш учун) мавжудлиги зарурдир.

№	Препарат номи	Кириш йўли	Суткалик доза	Далилла р даражаси
Бурун бўшлиғини кенгайтириш мақсадида дори воситалар:				
1.	Нафазолин 0,1%	Бурун орқали	Жараёндан олдин	С
2.	Ксилометазолин, 0,1%	Бурун бўшлиғи учун ўлчов дозали аэрозол	Жараёндан олдин	С
3.	Оксиметазолин, 0,05%	Бурун орқали	Жараёндан олдин	С
Бурун бўшлиғидаги шиллик қаватларни маҳаллий оғриқсизлантирувчи дори воситалар				
4.	Лидокаин 10%	Бурун бўшлиғини намлаш учун	Жараёндан олдин	В
Бурун бўшлиғини ювиш мақсадида:				

5.	Натрий хлор 0,9%	Пункция қилинадиган игна орқали ювилади	64 ЕД – кунига 1 махал, 6-7 мартагача	С
----	------------------	---	---------------------------------------	---

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар, шунингдек процедуранинг бевосита методологияси:

Манипуляцияни амалга оширишдан олдин шифокор риноскоп асбоб билан беморнинг бурун бўшлиғини текширади – бунда бурун хамда бурун тўсик йўлининг ҳолатини баҳолайди, бу эса ўз навбатида пункция учун кўрсатмалар мавжудлигини тасдиқлаш учун ўта муҳимдир.

Бурун йўллариининг ўтказувчанлигини ошириш ва шишни камайтириш учун бурунга вазоконструктив дорилардан томизилади, бурун йўллариини шилимшиқлардан тозалаш учун тозаловчи эритмалар билан яхшилаб ювилади. Сезувчанликни пасайтириш мақсадида бурун бўшлиғига анестетик восита сифатида 10% лидокаин эритмаси сепилади ва махсус ўрамга эга бўлган пахта ёрдамида пастки бурун йўлига киритиб қўйилади. Манипуляция пайтида травматик шикастланишнинг олдини олиш учун эса бемор бир жойда ўтириши керак, шундан сўнг шифокор қўйидаги ҳаракатларни амалга оширади:

1. Шифокор игнанинг ўтказувчанлигини билиш мақсадида дастлаб, суюқлик ўтказиб текширади.
2. Риноскопия назорати остида асбобни пастки бурун йўлига тумшуғи билан 1,5 см чуқурликда киритади.
3. Игнанинг тумшуғини юқорига қараб кўзнинг ташқи бурчагига буради.
4. Беморнинг бошини бошқа қўли билан ушлаб, игна бурун бўшлиғига аста-секинлик билан киритилади. Бундай ҳолда, шифокор ўз ҳолати ва кучини назоратида ушлаб туриши учун деворга нисбатан қарама-қарши ҳолда ўтириши лозим.
5. Шприцли игна билан бўшлиқ таркибини аспирация қилади. Таркибни олгандан сўнг, уни баҳолайди ва керак бўлса бактериологик текширувга юборади.
6. Шприцга суюқлик тортади ва бўшлиқ тўлиқ тозаланмагунга қадар бурун бўшлиғини ювади.
7. Манипуляция жараёнидан сўнг игна чиқарилади.
8. Жараён ёки аралашув самарадорлиги кўрсаткичлари:
 - Бурун бўшлиғидан таркибни олиш
 - Табиий ўтказувчанликни тиклаш
 - Беморнинг ҳолатини баҳолаш;

Жарроҳлик аралашуви эндоскопик эндоназал риносинус жарроҳлиги (FESS).

1. Жарроҳлик учун кўрсатмалар:

- Бурун бўшлиғининг такрорий ўткир яллиғланиш жараёнлари;
- Эмпиема бўшлиқ;
- Ўткир риносинуситнинг Orbital ёки интракраниал асоратлари;
- Комбинацияланган мажбурий жарроҳлик.

2. **Гайморотомия операцияси техникаси.** 0 градус ўлчамида эндоскоп аппарат назорати остида ўрта бурун чиғаноғи остига Адреналинни 1:10 000 нисбатда суюлтириб олинади, ўчоқли хосила олиб ташланади, олиб ташлагандан сўнг, илгак шаклидаги жараённи пальпация қилиб текширилади, ўрта қисми тескари тишлаш мосламаси билан кесилади. Шиллиқ қаватнинг қолдиқлари тўғри 45 градус даражали асбоб билан кесилади. Юқори жағ бўшлиғига кириш очилгандан сўнг, йирингли таркиб трубка ёрдамида бўшлиқдан олиб ташланади. Эндоскоп 70 даражага киритилади ва бўшлиқ текширувини қайта кўриб чиқиш амалга оширилади.

3. **Этмоидотомия операция техникаси.** Канса шаклидаги жараённинг адrenaлизацияси ва резекциясидан сўнг, унинг бирикмаси тугма проби ёрдамида топилади. Кейин табиий бирикма кенгайтирилади. Агар этмоид бўшлиқнинг орқа хужайраларини очиш зарур бўлса, вертикал равишда айланадиган жойда микродебридер ёки Блескеле форцепслари билан тешик очилади. Ушбу тешик горизонтал равишда юқори бурун йўли ва юқори бурун олд учи кўриш майдонида пайдо бўлгунча кенгайтирилади. Хужайралар кетма-кет очилади ва олиб ташланади, бир вақтнинг ўзида патологик тўқималар ва йирингли таркибни сфенно-этмоидал чўнтагига олиб ташланади ва пастки медиал қисмига йўналтирилади.

4. **Фронтотомия операцияси техникаси.** Этмоидотомиядан сўнг, *agger nasi* хужайрасини очиш, 70 градус даражадаги эндоскоп назорати остида амалга оширилади. Шиллиқ қават ва полипоз тўқималарининг қолдиқлари Болгернинг суяк қошиғи билан чиқарилади. Суяк қолдиқлари Гайек қисқичлари билан олиб ташлаш мумкин. Агар диаметри 4 мм бўлган кависли ассимиляция трубкаси қаршиликсиз кирса, Пешона бурун каналини қалин йирингли таркибни санация қилиш, шунингдек, полип ва кисталарни олиб ташлаш учун етарлича кенг деб ҳисоблаш мумкин.

5. **Сфеноидотомия жарроҳлиги техникаси.** Трансназал равишда сфеноид бўшлиқнинг очилиши эгри тугма шаклидаги зонд ёки ёпиқ тор шаклидаги махсус асбоб билан оғиз орқали кириш ва уни очик шаклда олиш орқали амалга

оширилади. Кейинчалик, бурун бўшлиғининг олд девори 45 ёки 90 даражага эгилган ўткир асбоб ёрдамида бутунлай олиб ташланади.

Жарроҳлик аралашувида самарадорлик кўрсаткичлари:

- Табiiй бўшлиқ бирикмасининг ўтказувчанлигини тиклаш;
- Беморнинг ҳис-туйғуларига кўра яхшиланиш белгилари;
- Патологик жараёни енгиллаштириш;
- Кўз косаси ёки калла ичи асоратларини ривожланишини тўхтатиш.

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) Манфаатлар тўқнашувининг йўқлиги белгиси; йўқ
- 2) Эксперт (республика мутахассиси) маълумотлари;
- 3) Протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш (протоколни ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса);
- 4) Янги дорилар ва даволаш усуллариининг пайдо бўлиши; Тавсия этилган муолажалар ва дори воситаларидан фойдаланишнинг самарасизлиги ёки контрэндиқациясини аниқлаш.

**«ЎТКИР СИНУСИТ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ**

ТОШКЕНТ – 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Оснинг олдини олиш уйқу ва дам олиш режимига риоя қилиш ва оқилона овқатланишдан иборат. Совуқни олдини олиш-гипотермия, ўткир респираторли инфекциялар ва юқоридаги патологиялар пайтида бурун бўшлиғининг функционал ҳолатини яхшилаш. Сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш, бурун обструкциясини бартараф этиш керак (бурун септумининг эгрилиги, ҳоан атрезияси ва бошқалар).

2.2. Ўткир синусит (ОС) - бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг ўткир яллиғланиши ва паранасал синуслар (ОМП) < 12 ҳафта давом этади, икки ёки ундан ортиқ аломатлар билан бирга келади.

Олдини олиш усуллари ва процедуралари: Бурун ва параназал дисфункциясини олдини олиш: Бирламчи профилактикада - параназал бўшлиғининг яллиғланиш жараёнларини олдини олиш учун зарарли омиллар таъсирини йўқ қилиш ёки уларни минимум даражада заифлаштириш керак:

- * ўткир респиратор вирусли ва бактериал касалликларнинг олдини олиш;
- * қизамиқ, скарлатина ва респиратор вирусли инфекцияларга қарши эмлаш;
- * бурун бўшлиғининг нафас олиш касалликлари пайтида бурун бўшлиғининг функционал ҳолатини яхшилаш;

- * соғлом турмуш тарзини олиб боринг, яъни, очик ҳавода ва қуёшда мунтазам сайр қилинг ва танага ўртача жисмоний куч сарфланг;

- * рационингизга витаминларга бой овқатларни киритинг, шунингдек, таркибида консервантлар ва синтетик қўшимчалар бўлган овқатларни истеъмол қилишни кескин чекланг;

- * бурун бўшлиғи дисфункциясининг объектив сабабларини ўз вақтида бартараф этиш лозим (бурун септумининг деформациялари, бурун тузилмалари ҳажмининг ошиши, бурун бўшлиғи, назофаренкс ва х.к.);

- * юқори нафас йўллариини ўз вақтида тозалигига хам эътибор қаратиш лозим.

Иккиламчи профилактика – йўқ.

Учламчи профилактика йўқ.

Профилактика ва реабилитация учун кўрсатмалар (профилга мувофиқ кўрсатилган).

Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартларга мувофиқ, далилларга асосланган тиббиёт институти маълумотлари);

Ўткир синуситнинг бирламчи профилактикаси мезонлари:

- * Ўткир респиратор вирусли ва бактериал касалликлар;
- * Бурун бўшлиғининг функцияларини бузадиган бурун бўшлиғининг яллиғланиш касалликлари (вирусли, бактериал ва аллергик бурун яллиғланиши);

* Бурун бўшлиғининг нафас олиш касалликлари пайтида бурун бўшлиғининг функционал ҳолатини бузулиши;

* Бурун бўшлиғининг дисфункциясининг объектив сабаблари мавжудлиги (бурун септумининг деформациялари, бурун ичи тузилиши ҳажмининг ошиши, бурун бўшлиғининг волуметрик шаклланиши);

2.3. Профилактика ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги кўрсаткичлари Синусит ва/ёки унинг асоратлари йўқлиги. 10. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари: 1) манфаатлар тўқнашувининг йўқлиги белгиси йўқ;

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви - йўқ;
2) экспертлар (республика ва хорижий давлатлар мутахассислари) маълумотлари;

3) баённомани кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш);

4) Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Мелтзер Э.О., Ҳамилос Д.Л., Ҳадлей Ж.А., Ж. Аллергй Слин Иммунол 2004; 114:155–212.

2. Беннингер М.С., Фергусон Б.Ж., Ҳадлей Ж.А. Ҳеад Неск Сург 2003; 129: С. 1–32.

3. Плеис Ж.Р., Лусас Ж.В., Вард Б.В. Суммарй ҳеалтх статистисс фор УС адултс: Национал Ҳеалтх Интервиев Сурвей, 2008. Витал Ҳеалтх Стат 10 2009: 1–157.

4. Фоккенс W., Лунд В., Муллол Ж. эуропеан поситион папер он рҳиносинуситис анд насал полйпс 2007. Рҳинол Суппл 2007: 1–136.

5. Росенфелд Р.М., Андес Д., Бҳаттачарйя Н. Слинисал прастисе гуиделине: адулт синуситис. Отоларйнгол Ҳеад Неск Сург 2007; 137: С. 1–31.

6. Валд э.Р., Гуерра Н., Бйерс С. Уппер респираторй траст инфестионс ин ёунг чилдрен: дуратион оф анд фрекуенсй оф сомплисатионс. Педиатрисс 1991; 87: 129–33.

7. Ананд В.К. эпидемиологй анд эсономис импаст оф рҳиносинуситис . Анн Отол Рҳинол Ларйнгол Суппл 2004; 193: 3–5.

8. Рай Н.Ф., Бараниук Ж.Н., Тҳамер М. Ҳеалтхсапе эхпендитурес фор синуситис ин 1996: сонтрибутионс оф астҳма, рҳинитис, анд отҳер айрвай дисордерс. Ж Аллергй Слин Иммунол 1999; 103: 408–414.

9. Гилл ЖМ, Флеисчут П., Ҳаас С., Пеллини Б., Срауфорд А., Наш ДБ. Усе оф антибиотисс фор адулт уппер респираторй инфестионс ин оутпатент сеттингс: а национал амбулаторй нетворк студй. Фам Мед 2006; 38: 349 - 54.

10. Ёунг Ж , Де Суттер А , Меренстеин Д , и др.. Антибиотисс фор адултс витх слинисаллй диагносед асуге рҳиносинуситис: а мета-аналйсис оф индивидуал пациент дата .Лансет 2008; 371: 908 - 14.

11. Snow В., Моттур-Пилсон С., Гонзалес Р. Принциплес оф аппроприате

антибиотис усе фор тратмент оф нонспесифис ушпер респираторй траст инфестионс ин адултс. Анн Интерн Мед 2001; 134: 487 - 9.

12. Америсан Асадемай оф Педиатрисс Субсоммитте он Манагемент оф Синуситис анд Соммитте он Куалитй Импроvement. Слинисал прастисе гуиделине: манагемент оф синуситис. Педиатрисс 2001; 108: 798 - 808.

13. Славин РГ, Спестор СЛ., Бернстеин ИЛ, и др. . Тхе диагносис анд манагемент оф синуситис: а прастисе параметер упдате. Ж Аллергй Слин Иммунол 2005; 116: С13 - 47 .

14. Ип С., Фу Л., Балк э. Упдате он асуге бастериал рхиносинуситис. эвид Реп Течнол Ассесс (Сумм) 2005: 1 - 3 .

15. Росенфелд РМ , Сингер М , Жонес С . Сйстематис ревиуе оф антимисробиал тхерапй ин пациентс витх асуге рхиносинуситис . Отоларйнол Хеад Неск Сург 2007 ; 137 : С32 -45 .

16. Институте фор Слинисал Сйстемс Импроvement . ИССИ хеалтхсаре гуиделинес: диагносис анд тратмент оф респираторй иллнесс ин чилдрен анд адултс . 2нд эд .Блоомингтон, МН : Институте фор Слинисал Сйстемс Импроvement ; 2008 . п. 1 - 72 .

17. эванс ФО Жр . ,Сйднор ЖБ , Мооре WE , и др. . Синуситис оф тхе махилларй антрум. Н энгл Ж Мед 1975 ; 293 : 735 - 9 .

18. Хаморй БХ , Санде МА , Сйднор А Жр . , Сеале ДЛ , Гвалтней ЖМ Жр . . этиологй анд антимисробиал тхерапй оф асуге махилларй синуситис . Ж Инфест Дис 1979 ; 139 : 197 -202 .

19. Валд эР , Милмое ГЖ , Bowen А , Ледесма-Медина Ж , Саламон Н , Блуестоне С. Асуге махилларй синуситис ин чилдрен . Н энгл Ж Мед 1981 ; 304 : 749 - 54 .

20. Антхонй W. Chow , Мичаел С. Беннингер ИДСА клинической практике остроого бактериалного риносинусита у детей и взрослых, Слин Инфест Дис.(2012)doi: 10.1093/сид/сир1043, 2012

21. Леунг, Р.С.; Катиал, Р. "Тхе Диагносис анд Манагемент оф Асуге анд Чронис Синуситис". Примарй Саре: Слинисс ин Оффисе Прастисе 2008. 35 (1): 11–24.

22. Олвоч ИП. Мисробиологй оф асуге сомпликатед бастериал синуситис ат тхе Университй оф тхе Уитватерсранд. С Афр Мед Ж. 2010 Жул 23; 100(8):529-33.

24. Some Common Treatments for Sinus Infection Но Беттер Тхан Пласебо. эдиториал референсе: ЖАМА. 2007; 298(21):2543-2544.

25. Лопатин А. С., Савватеева Д. М.Применение препарата синуфорте в отечественной и зарубежной практике. Вестн.оторинолар., 2010, №5, с.30.

26. Машкова Т. А., Матвеева, Панченко И. Г.Сравнительная характеристика различных методов консервативного лечения экссудативного риносинусита. Вестн.оторинолар., 2010, №5, с.20

27. Панякина М.А. Возможность и эффективность беспункционного лечения гнойных гайморитов // Дис. на соиск. уч. степени кан. мед. наук. М., 2005. 138 с.

28. Крюков А.И., Сединкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите // Рос. оторинолар. 2005. № 4. С. 15-17.

29. Лопатин А.С. Принципы лечения острых и хронических синуситов.

Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины. Лекционный образовательный курс. М., 2006. С. 15–23.

30. Руководство по ринологии / под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра, 2011. 960 с..