

Здоровая улыбка,
Лучший выбор.



STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ISSN 2091-5845

№ 2-3(87-88) 2022



21

ДЕНТОМ-ГЕЛЬ – НОВОЕ СЛОВО В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЛОСТИ РТА

42

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА МАТЕРИАЛЫ
БАЗИСА ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

89

КЛИНИКО НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С
ВРОЖДЕННОЙ И ПРОБРОТЕННОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУДОСЛЫШАЕМОСТЬЮ

рентгенографии в диагностике функциональных нарушений позвоночника у детей с зубочелюстными аномалиями.....54

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Шомуродов К.Э., Сохибов О.М., Реймназарова Г.Д. Цитологическая характеристика эффективности местного лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области у детей при использовании нанопокровов.....58

Рихсиева Д.У., Нигматова Н.Р. Влияние грудного вскармливания на развитие кариеса молочных зубов.....61

Камалова Ф.Р., Сафарова М.С. Изучение основных стоматологических заболеваний у детей, находившихся на искусственном вскармливании.....63

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М. Этиология, диагностика, распространенность и ортодонтическое лечение детей с перекрестной окклюзией в период сменного прикуса.....66

Камилов Х.П., Рахимова М.А. SARS-CoV-2 ўтқизган беморларда махаллий ОБШҚ микроциркуляциясининг бузилиши ва уни даволаш.....74

Гаффоров С.А., Хамроев Ф.Ш., Мадаминава Н.С. Туғма рухий касаллиги мавжуд болаларда стоматологик касалликларнинг этиопатогенези, клиникасидаги ўзига хослик ва даволаш усуллари.....78

Хабибова Н.Н., Саидова Л.А., Ахмедов А.Б. Этиопатогенез, симптомы, признаки, диагностика и прогноз лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита.....83

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Шамансуров Ш.Ш., Махкамova Д.К., Абдукадырова И.К. Клинико-неврологические особенности детей с врожденной и приобретенной нейросенсорной тугоухостью....88

Арифов С.С., Курбонов Ж.А. Ўтқир риносинусит микробиоценозининг қиёсий характеристикаси.....91

Рахманов Т.О., Мирзарахимова К.Р. Разработка методических рекомендации по изучению и оценке физического развития организованных детей дошкольного возраста....96

КОНФЕРЕНЦИИ

Информация о международной научно-практической конференции «ортодонтия и общее здоровья населения» и вступление в члены международной стоматологической академии ученых узбекистана.....106

ЮБИЛЕИ

АБДУЛЛАЕВ ШАРИФ ЮЛДАШЕВИЧ 70 ЁШДА.....117

НЕКРОЛОГ

Проф. Суннат Нигматович МАХСУДОВ...119

the diagnosis of functional disorders of the spine in children with dentoalveolar anomalies.....54

PEDIATRIC DENTISTRY

Shomurodov K.E., Soxibov O.M., Reymnazarova G.D. Cytological characteristics of the effectiveness of local treatment of odontogenic phlegmon of the maxillofacial region in children using nanocoating.....58

Rikhsieva D.U., Nigmatova N.R. The effect of breastfeeding on the development of caries in primary teeth.....61

Kamalova F.R., Safarova M.S. The study of the main dental diseases in children who were bottle-fed.....63

REVIEWS

Nigmatov R.N., Akbarov K.S., Nigmatova I.M. Etiology, diagnosis, prevalence and orthodontic treatment of children with cross occlusion in mixed dentition.....66

Kamilov Kh.P., Rakhimova M.A. Disturbance of local OSHC microcirculation in patients infected with SARS-CoV-2 and its treatment.....74

Gafforov S.A., Khamroev F.Sh., Madaminova N.S. Etiopathogenesis, clinical characteristics and treatment methods of dental diseases in children with congenital mental illness.....78

Khabibova N.N., Saidova L.A., Akhmedov A.B. Etiopathogenesis, symptoms, signs, diagnosis and prognosis treatment of chronic recurrent aphthosis stomatitis.....83

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

Shamansurov Sh.Sh., Makhkamova D.K., Abdukadyrova I.K. Clinical and neurological features of children with congenital and acquired sensorior hearing loss.....88

Arifov S.S., Kurbonov Zh.A. Comparative characteristics of the microbiocenosis of acute rhinosinusitis.....91

Rakhmanov T.O., Mirzarakhimova K.R. How the methodological recommendations for studying and assessing the physical development of organized preschool children were developed.....96

CONFERENCES

Information about the international scientific-practical conference "orthodontics and general health of the population" and joining the members of the international dental academy of scientists from Uzbekistan.....106

ANNIVERSARY

ABDULLAEV SHARIF YULDASHEVICH - 70 years' old.....117

OBITUARY

Prof. Sunnat Nigmatovich MAKHSUDOV..119

ЎТКИР РИНОСИНУСИТ МИКРОБИОЦЕНОЗИНИНГ ҚИЁСИЙ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ



Арифов С.С., Қурбонов Ж.А.

Тиббий ходимлар касбий малакасини ошириш маркази

EPOS 2020 да келтирилган риносинуситлар (РС) таснифида ўткир риносинусит (ЎРС) ўткир вирусли риносинусит, вирусдан кейинги риносинусит ва ўткир бактериал риносинуситга бўлинади. Ушбу нозологик шакллар патогенетик жиҳатдан бир-бирига боғлиқ, клиник белгилари ўхшаш, бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг (БЁБ)г ўткир яллиғланиш босқичлари ҳисобланиб, кетма-кет ривожланади. Респиратор вирусларнинг цитопатик таъсири - юқори нафас йўллари шиллиқ қаватида ўз-ўзини тозалаш жараёнлари бузилишига олиб келади ва БЁБда бактериал суперинфекция ривожланиши учун зарур шароитни яратади [1,4,7,10,15,24].

EPOS 2012 ва EPOS 2020 маълумотларига кўра [10,15,24], БЁБ бактериал яллиғланишининг сурункали шаклга ўтишига мукоцилар транспорт бузилишлари, бактериал инфекция, аллергия, бурун бўшлиғи ва БЁБ ўсмалари, аспиринга сезгирлик, генетик мойиллик, ҳомиладорлик ва эндокрин касалликлар, биопленкалар, чекиш, ятроген омиллар (тешик стенози, рециркуляция синдроми), *Helicobacter pylori* ва гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, бурун ёндош бўшлиқлари суяк деворларининг остеомиелити, Вегенер гранулематози, ороантрал тешилиш сабаб бўлади. Бундан ташқари, СРС шаклланишига қуйидаги иммунтанқислик ҳолатлари: Х-боғланган агаммаглобулинемия, умумий ўзгарувчан иммунтанқислик, IgG синфларининг етишмовчилиги, IgAнинг селектив етишмовчилиги, гипер IgM-синдром, ОИТС сабаб бўлади. Омилларнинг яна бир гуруҳи - бу бурун ичи тузилишидаги анатомик ўзгаришлар: бурун тўсиғининг деформациялари (С шакли, 8-симон, тикан, қирра, орқа-юқори қисмларнинг пневматизацияси, остиомеатал комплексдаги *concha septalis, tuberculum septi*), бурун пастки

чиғаноғи гипертрофияси (шу жумладан, буллезли), бурун ўрта чиғаноғи тузилишидаги аномалиялар (буллезли гипертрофия, суяк гипертрофияси, гипогенезия, парадоксал букилма, икки баравар кўпайиш, асосий пластинканинг пневматизацияси), илмоқсимон ўсимтада тузилишидаги аномалиялар, *aggr nasi* гуруҳи хужайраларининг гипертрофияси, галвирсимон булланинг аномалиялари, Халлернинг этмомаксиллар хужайралари (*aggr nasi*), кўшимча тешик, Оноди хужайралари, аденоидли вегетациялар.

Бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликлари ташхисоти ва давосининг янги усуллари амалиётга киритилганига, тиббиётнинг профилактика йўналиши яхшиланганганига қарамай, бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланиш касалликлари даражаси юқори ва сезиларли даражада ошиб бормоқда. Бу аҳоли орасидаги умумий ЛОР касалликлари таркибида ушбу патологиянинг мутлақ сонларда ҳам, солиштирма оғирлигида ҳам акс этади [2,3,6,8,11,16]. Риносинуситлар уларга ташхис қўйилганидан кўра кўп учрайди, чунки баъзи ҳолларда ўткир синуситнинг клиник манзараси ўткир вирусли инфекциялар белгилари билан яширинган бўлади. Бироқ, синуситни грипп ва ЎРВИда нафақат уларнинг асоратлари, балки уларнинг намоён бўлиши деб ҳисоблаш керак [4,9,13,17,22]. Синусит туфайли юзага келадиган бузилишлар нафақат беморларнинг азоб чекишига, иш қобилияти йўқолишига, давлат миқёсида иқтисодий харажатларнинг кўпайишига, балки баъзида оғир асоратларга олиб келади [12,14,18,20,25]. Шунга асосан, синуситнинг ташхислаш ва даволаш оториноларингологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда [4,11,21,26].

Шиллиққаватҳимоясинингасосийтўсиқларидан

бири бу мукоцилиар клиренс ва иммун ҳимоянинг мавжудлиги ҳисобланади [1,6,11,17,19]. Биринчи ҳимоя чизигига кирадиган бурун шиллик қаватининг асосий таркибий қисмларидан бири бу доимий тозаланиш - клиренсни амалга оширувчи мукоцилиар транспорт тизими ҳисобланади [2,5,18,25]. У юқори нафас йўллари ва нафас олиш органларининг гомеостазини сақлашда етакчи рол ўйнайди [6,15]. Бурун бўшлиғидаги шилликни ташиш икки омилга – киприкли эпителийнинг киприклари фаоллиги ва бурун секретини ишлаб чиқаришга боғлиқ. Бурун ёндош бўшлиқлари патологиясининг ривожланишида киприкли эпителийнинг дисфункцияси катта аҳамиятга эга, бу киприклар ҳаракатининг қатъий ритми туфайли бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларидан шиллик қават секретини ва бегона зарраларнинг ташилишини таъминлайди. Турли хиломилларнинг таъсири (механик, кимёвий, биологик ва бошқалар) шиллик қаватнинг юпкалашишига, эпителиал қопламнинг десквамациясига, цилиндрсимон киприкли эпителийнинг кўп қатламли ясси эпителийга айланишига, шунингдек шиллик безлар сонининг камайишига, улар каналларининг облитерациясига олиб келади. Мерцател фаоллик сусайган жойларда, айниқса метаплазияда, шиллик қават бегона зарраларни ва секреция маҳсулотларини чиқариб ташиш қобилятини йўқотади, унинг инфекцияга чидамлилиги пасаяди, кўпинча ёпишқоқ консистенцияли ва яллиғланиш марказида узок вақт бўладиган шилликнинг димланиши юзага келади, патологик жараённинг ривожланиши учун қулай шароитлар яратилади, бу эса ўз навбатида организм иммун реактивлигининг пасайишига олиб келади [5,8,10,20]. Антибиотиклар, антисептиклар, антигистаминлар, маҳаллий анестетиклар ва деконгестанлар каби дориларни нотўғри дозалаш мукоцилиар клиренсни сусайтиради [7,9]. Бу билан синусит патогенезидаги мукоцилиар транспорт тизими дисфункцияларининг аҳамияти тушунтирилади.

БЁБ ва ўрта қулоқ яллиғланиш касалликларини даволашнинг муваффақияти, авваламбор, патологик секретни эвакуация қилишнинг етарлилигига боғлиқ. Экссудатни бир маротаба олиб ташлаш синус шиллик қаватининг нормаллашишига ёрдам беради [8,16]. Бунда шиллик қават шишини синусларнинг табиий тешиги соҳасида баргараф қилиш, секретни суюлтириш муҳим омил ҳисобланади [11,23].

Аммо кўпинча механик усул етарли бўлмайди, шунинг учун ёпишқоқ, қуюқ секретни суюлтириш синусит, секретор ва йирингли отитларни даволашда катта аҳамиятга эга [16,25].

Синуситни даволаш учун тавсия этилган воситалар ва усулларнинг катта арсеналига эга бўла туриб, улар орасидан энг самарали воситани танлаб олиш ҳам муҳимдир. Ушбу патология учун кўпинча нотўғри танланган, самарасиз терапия даволаниш муддатининг узайишига, асоратларнинг шаклланишига ва одатда, жараённинг сурункали шаклга ўтишига олиб келади [18,24].

Тадқиқотнинг мақсади

Ўткир риносинусит бўлган беморлар бурун бўшлиғининг микробиологик текширув натижаларини қиёсий баҳолаш ҳисобланади.

Материал ва усуллар

Тадқиқот доирасида 20 ёшдан 60 ёшгача бўлган ЎРС билан касалланган 150 нафар (уларнинг 72 таси аёл ва 78 таси эркак) беморлар комплекс клиник-микробиологик текширувдан ўтказилди. ЎРС бўлган беморларнинг ўртача ёши $33,45 \pm 9,75$ ёшни ташкил этди. Назорат гуруҳига 20 ёшдан 55 ёшгача (ўртача ёши $33,5 \pm 7,2$ ёш) бўлган, ЎРС билан касалланганлар гуруҳи билан таққосласа бўладиган 25 нафар (12 та аёл ва 13 та эркак) соғлом одам киритилди.

ЎРС ташхиси риносуинусит ва бурун полипозини бўйича Европа келишувининг 2020 йилдаги наشريда белгиланган мезонларга мувофиқ қўйилди [10,15,24]. Ушбу келишув ҳужжатида кўра, ўткир риносинусит қуйидаги симптомлардан камида 3 таси бўлиши билан тавсифланади: бурун бўшлиғида рангсиз ва йирингли ажралма, асосан бир томонлама бўлиши; қаттиқ маҳаллий оғриқ, асосан бир томонлама; иситма $>38^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори бўлиши; ЭЧТ ва С-реактив оксилнинг кўпайиши; клиник яхшиланишдан сўнг “касалликнинг иккинчи тўлқини” бўлиши. Текширилган беморларни даволаш 2018-2020 йилларда Тошкент шаҳар эшитиш ва нутқни тиклаш ҳамда овоз реабилитация марказида амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокамаси

Ўрганилган беморларда, бир қатор ҳолларда, ЛОР-аъзоларининг ёндош касалликлари қайд этилди. Кўпинча бурун тўсиғи қийшайиши 38 нафар (25,3%), ўрта қулоқнинг яллиғланиши 14 нафар (9,3%), ўткир фарингит 8 нафар (5,3%), ўткир тубоотит 8 нафар (5,3%), сурункали фарингитнинг кўзиши 3 нафар (2,0%), ўткир

ларингит 3 нафар (2,0%) беморда кузатилди.

ЎРСнинг энг кенг тарқалган эндоскопик белгиси ўрта бурун йўли шиллиқ қаватининг шишиши бўлиб, иккала гуруҳ беморларнинг барчасида кузатиш мумкин бўлди. ЎРС билан касалланган беморларда ўрта бурун йўлида йирингли ажралма фақат беморларнинг 52,5%ида, сфеноэтомойдал чўнтак соҳасидаги йирингли ажралма эса беморларнинг 12,5%ида аниқланди.

Бурун бўшлиғи анатомик тузилишининг ЎРС ривожланишига ва сурункали шаклга ўтишига мойил бўлган турли хил вариантлари орасида бурун тўсиғининг қийшиқлиги устунлик қилди, яъни беморларнинг 27,5%ида аниқланди.

ЎРС билан касалланган беморлар рентгенологик текширилганда бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланишининг тарқалган шакли изоляцияланган (тарқалмаган) гайморитга нисбатан устунлик қилди. Юқори жағ бўшлиқларидан биттасининг зарарланиши 44 нафарида (29,3%) қайд этилди. Шундан 24 нафарида (16,0%) бир томонлама экссудатив гайморит, 18 нафарида (12,0%) юқори жағ бўшлиғининг биттасида тотал қорайиш кузатилди. Рентгенологик маълумотларга кўра, 106 та беморида (70,7%) яллиғланиш жараёни бир нечта синусларда: икки томонлама гайморит - 49 та беморида (32,7%), гемисинусит - 11 та беморида (7,3%), полисинусит - 46 та беморида (30,7%) аниқланди.

ЎРС билан касалланган барча беморларни микробиологик текшириш Тошкент тиббиёт академиясининг бактериологик лабораториясида ўтказилди. ЎРС билан касалланган барча беморлар ўрта бурун йўлидан олинган суртма озиқ муҳитларга экиш орқали бактериологик текширилди. Материал олдинги риноскопия назорати остида ўрта бурун йўлидан стерил пахтали тампон билан олинди. Тампонни бурун бўшлиғига киритиш ва чиқариб олишда тери ва бурундаги тукларга тегиб кетишини истисно қилиш учун материални олаётганда бурун ойнаси жағлари каноти колумелладан иложи борица узоқлаштирилди. Шу билан биз, бурун дахлизи терисидан ва тукларидан экиш учун олинган материалга микрофлора тушиш эҳтимолини камайтиришга ҳаракат қилдик. Олинган материал стерил пробиркага солинди. Сўнгра бактериологик лабораторияда ўрта бурун йўлидан олинган ажралма озиқ муҳитига экилди ва амоксициллин клавуланат, амикацин, ампициллин, ванкомицин, гентамицин, имипенем, левофлоксацин, линкомицин,

цефепим, цефиксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефуоксим, ципрофлоксацин, эритромицин каби антибактериал дори воситалар тўпламига сезгирлик аниқланди. Озиқ муҳитда ўсган култураларни таҳлил қилишда, микроорганизмлар турини сифат жиҳатдан аниқлаш билан бир қаторда, бир миллилитр экссудат таркибидаги колония ҳосил қилувчи бирликлар (КХҚБ) сони кетма-кет суюлтириш усули билан ҳисоблаб чиқилди. Материалда 10^4 КХҚБ/мл ва ундан кўп миқдорда топилган микроорганизмлар ҳисобга олинди, чунки материалда бактерияларнинг кам бўлиши “йўловчи” (транзит) микрофлоранинг контаминацияси билан боғлиқ бўлиши мумкин. 10^4 КХҚБ/мл дан ортиқ миқдорда ажратилган микроорганизмлар орасида граммусбат кокклар – *Staphylococcus epidermidis* ва *Staphylococcus aureus* монокултура сифатида ҳам, бактериялар ассоциацияси таркибида ҳам устунлик қилди. Материал текширилганда ЎРС билан касалланган беморларнинг 60,0%и *Staphylococcus epidermidis* ажратиб олинди. У монокултура шаклида беморларнинг 43,7%ида, бактериялар ассоциацияси шаклида беморларнинг 16,2%ида аниқланди. Беморларнинг 28,7%ида *Staphylococcus aureus* ажратиб олинди, жумладан монокултура шаклида - беморларнинг 12,5%ида, ассоциация шаклида – беморларнинг 16,2%ида аниқланди.

Ушбу бактериялар беморларнинг 23,7%ида барча микроблар ассоциацияларида топилди: *Staphylococcus epidermidis* + *Staphylococcus aureus*; *Staphylococcus aureus* + *Klebsiella pneumoniae*; *Staphylococcus aureus* + *Streptococcus pneumoniae*; *Staphylococcus epidermidis* + γ -ногемолитик стрептококк; *Staphylococcus epidermidis* + *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis* + *Citrobacter amalonatificus*, *Staphylococcus epidermidis* + *Enterobacter aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis* + *Streptococcus pneumoniae* + *Corynebacterium sens.* Бундан ташқари, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterobacter agglomerans*, *Enterobacter aeruginosa* монокултура шаклида иккала гуруҳда ҳам кам ҳолларда учради. Текширувда беморларнинг 26,2%ида озиқ муҳитларда микрофлоранинг ўсиши кузатилмади.

Антибиотикларга сезгирликни аниқлашда, кўп ҳолларда, нафас олиш йўллари инфекцияларини даволашда анъанавий равишда ишлатиладиган дори воситаларнинг асосий гуруҳларига чидамлилик аниқланди. Бундан ташқари, аксарият

ҳолларда респиратор антибиотикларнинг икки ёки учта асосий гуруҳларига чидамлилиқ аниқланди.

Staphylococcus epidermidis нинг антибактериал дориларга сезгирлигини аниқлашда 4 та ҳолатда (ушбу микроорганизм барча олинган култураларининг 8,0%) пенициллинлар, цефалоспоринлар ва фторхинолонларга чидамлилиқ; 8 та ҳолатда (16,0%) – пенициллинлар ва цефалоспоринларга чидамлилиқ; 3 ҳолатда (6,0%) – фақат пенициллин қаторидаги дори воситаларга ва 1 та ҳолатда (2,0%) – цефалоспорин ва фторхинолон антибиотикларига чидамлилиқ қайд этилди.

Staphylococcus aureus културасининг антибиотикларга чидамлилигини таҳлил қилиш 8 та экилмада пенициллинлар, цефалоспоринлар ва левофлоксацинга нисбатан чидамлилиқ борлигини кўрсатди (33,3%); 8 та ҳолатда (33,3%) пенициллинлар ва цефалоспоринларга нисбатан чидамлилиқ; 1 та ҳолатда (4,2%) пенициллинлар ва фторхинолонларга нисбатан полирезистентлик аниқланди; битта културада химояланмаган пенициллинларга қарши изоляцияланган чидамлилиқ аниқланди.

ЎРСни даволашда ишлатиладиган антибактериал дори воситаларнинг учта етакчи гуруҳига нисбатан ажратиб олинган микрофлоранинг чидамлилиги тўғрисидаги маълумотлар умумлаштирилаганда, биз қуйидаги натижаларни олдик: β-лактамаза ингибиторлари бўлган полисинтетик пенициллинларга чидамлилиқ 33,7%ни, химояланмаган пенициллинларга чидамлилиқ 22,5%ни ташкил этди. Микроорганизмларнинг цефалоспоринларга чидамлилиги 28,7%га, фторхинолонларга чидамлилиги 17,4%га тенг бўлди.

Шундай қилиб, **хулоса** қилиб айтганда, олинган кўрсаткичлар Европа мамлакатларида юқори нафас йўллари микрофлорасининг антибиотикларга чидамлилиги тўғрисидаги ўртача қийматлардан ошмади [10,15,24].

Адабиётлар

1. Almutairi A.F.N. et al. Acute and Chronic Sinusitis Causes and Management // Egypt. J. Hosp. Med. – 2017. – Vol. 68, №3. – P. 1513-1519.
2. Babar-Craig H., Gupta Y., Lund V.J. British Rhinological Society audit of the role of antibiotics in complications of acute rhinosinusitis: a national prospective audit // Rhinology. – 2010. – Vol. 48, №3. – P. 344-347.
3. Barry A., Fahey T. Clinical Diagnosis of

Acute Bacterial Rhinosinusitis // Amer. Fam. Physic. – 2020. – Vol. 101, №12. – P. 758-759.

4. Chen Z. et al. Injectable and Self Healing Hydrogel with Anti Bacterial and Anti Inflammatory Properties for Acute Bacterial Rhinosinusitis with Micro Invasive Treatment // Adv. Health Care Mat. – 2020. – Vol. 20, №9. – P. 2001032.

5. Cho S.H., Ledford D., Lockey R.F. Medical management strategies in acute and chronic rhinosinusitis // J. Allergy Clin. Immunol. Pract. – 2020. – Vol. 8. – №. 5. – P. 1559-1564.

6. Cottrell J. et al. Quality Indicators for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Rhinosinusitis // Amer. J. Rhinol.Allergy. – 2020. – Vol. 34, №4. – P. 519-531.

7. Dankbaar J.W., van Bommel A.J.M., Pameijer F.A. Imaging findings of the orbital and intracranial complications of acute bacterial rhinosinusitis // Insights into Imaging. – 2015. – Vol. 6Э, №5. – P. 509-518.

8. Dikhtyaruk O. Acute rhinosinusitis: european standart for examination and treatment // Укр. науч.-мед. молодежный журн. – 2015. – №2. – С. 31-36.

9. Ebell M. H. et al. Accuracy of signs and symptoms for the diagnosis of acute rhinosinusitis and acute bacterial rhinosinusitis // Ann. Fam. Med. – 2019. – Vol. 17, №2. – P. 164-172.

10. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // Rhinology Suppl. – 2012. – Vol. 23. – P. 39-42.

11. Hamilos D.L. Pediatric chronic rhinosinusitis // Amer. J. Rhino. Allergy. – 2015. – Vol. 29, №6. – P. 414-420.

12. Hopkins C. Medical Management For Rhinosinusitis // Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. – CRC Press, 2018. – P. 1059-1069.

13. Imre A., Ozturkcan S., Kalogjera L. Acute Bacterial Rhinosinusitis: Pediatric and Adult // All Around the Nose. – Springer, Cham, 2020. – P. 203-211.

14. Ito C.J. et al. Microbiology of acute rhinosinusitis in immunosuppressed patients // Infectious Diseases in Clinical Practice. – 2017. – Vol. 25, №5. – P. 260-263.

15. Kalogjera L. EPOS 2020-New Classification and Rhinosinusitis Treatment Guidelines // Med. Jadertina. – 2020. – Vol. 50, Supplement. – P. 22-22.

16. Karpishchenko S.A., Fatalieva A.F. Modern concept of acute rhinosinusitis treatment // RMJ Med.

Rev. – 2019. – Vol. 9. – P. 93-96.

17. Lee H. Diagnosis and treatment of acute rhinosinusitis in children // J. Korean Med. Assoc. – 2018. – Vol. 61, №2. – P. 125-129.

18. Makarenko O., Solomko D., Solomko Y. Medico-social and gender and age-related features of acute sinusitis pharmacotherapy // Modern Sci. Moderní věda. – 2018. – Vol. 6. – P. 114-119.

19. Miah M.S. et al. Microbial causes of complicated acute bacterial rhinosinusitis and implications for empirical antimicrobial therapy // J. Laryngol. Otol. – 2016. – Vol. 130, №2. – P. 169-175.

20. Mustafa M. et al. Acute and chronic rhinosinusitis, pathophysiology and treatment // Int. J. Pharm. Sci. Invent. – 2015. – Vol. 4, №2. – P. 30-36.

21. Orlandi R.R. et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021 // Int. Forum Allergy Rhinol. – 2021. – Vol. 11, №3. – P. 213-739.

22. Patel Z.M., Hwang P.H. Acute Bacterial Rhinosinusitis // Infect. Ears, Nose, Throat, and Sinuses. – 2018. – P. 133-143.

23. Scaglione F., Petrini O. Mucoactive agents in the therapy of upper respiratory airways infections: fair to describe them just as mucoactive? // Clin. Med. Insights: Ear, Nose and Throat. – 2019. – Vol. 12. – P. 1179550618821930.

24. Seresirikachorn K. et al. EPOS2012 has better specificity compared to IDSA2012 for diagnosing acute bacterial rhinosinusitis // Rhinology. – 2018. – Vol. 56, №3. – P. 241-244.

25. Smith S.S. et al. The prevalence of bacterial infection in acute rhinosinusitis: a systematic review and meta-analysis // Laryngoscope. – 2015. – Vol. 125, №1. – P. 57-69.

26. Tan K.S. et al. Impact of respiratory virus infections in exacerbation of acute and chronic rhinosinusitis // Curr. Allergy Asthma Rep. – 2017. – Vol. 17, №4. – P. 24.

Цель: сравнительная характеристика результатов микробиологического исследования полости носа больных острым риносинуситом.

Материал и методы: 150 больных острым риносинуситом в возрасте от 20 до 60 лет (72 женщины и 78 мужчин) прошли комплексное клиничко-микробиологическое обследование. Средний возраст пациентов – 33,45±9,75 года. В контрольную группу включены 25 здоровых лиц (12 женщин и 13 мужчин) сопоставимого возраста.

Результаты: у большинства пациентов с острым риносинуситом были изолированы

Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, а также различные бактериальные ассоциации.

Выводы: полученные показатели не превышали средних значений по резистентности микрофлоры верхних дыхательных путей к антибиотикам в странах Европы.

Ключевые слова: острый риносинусит, микробиоценоз, эндоскопическое исследование, микробиологическое исследование.

Maqsad: o'tkir rinosinusit bilan og'rigan bemorlarning burun bo'shlig'ini mikrobiologik tekshirish natijalarining qiyosiy tavsifi.

Material va usullar: 20 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan o'tkir rinosinusit bilan og'rigan 150 nafar bemor (72 nafar ayol va 78 nafar erkak) keng qamrovli klinik va mikrobiologik tekshiruvdan o'tkazildi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 33,45±9,75 yoshni tashkil etdi. Nazorat guruhiga taqqoslanadigan yoshdagi 25 nafar sog'lom odam (12 ayol va 13 erkak) kiritilgan.

Natijalar: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus va turli bakterial assotsiatsiyalar o'tkir rinosinusitli bemorlarning ko'pchiligidan ajratilgan.

Xulosa: olingan ko'rsatkichlar Evropa mamlakatlarida yuqori nafas yo'llarining mikroflorasining antibiotiklarga chidamliligi bo'yicha o'rtacha qiymatlardan oshmadi.

Kalit so'zlar: o'tkir rinosinusit, mikrobiotsenoz, endoskopik tekshirish, mikrobiologik tekshirish.

Objective: Comparative characteristics of the results of microbiological examination of the nasal cavity of patients with acute rhinosinusitis.

Material and methods: 150 patients with acute rhinosinusitis aged 20 to 60 years (72 women and 78 men) underwent a comprehensive clinical and microbiological examination. The average age of the patients was 33.45±9.75 years. The control group included 25 healthy individuals (12 women and 13 men) of comparable age.

Results: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, and various bacterial associations were isolated from the majority of patients with acute rhinosinusitis.

Conclusions: The obtained indicators did not exceed the average values for the resistance of the microflora of the upper respiratory tract to antibiotics in European countries.

Key words: acute rhinosinusitis, microbiocenosis, endoscopic examination, microbiological examination.