

Аденоидларни консерватив даволашни замонавий усуллари

Ф.И.О. Сотволдийев.И.У.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти.

Телефон:+998939804452

Электрон манзили:ixtiyorjon19810814@gmail.com

Калит сўзлар: аденоидлар, консерватив даволаш, деконгестан, протаргол

Аннотация: Ушбу мақолада муаллиф томонидан турли хил ёш гуруҳларида учрайдиган аденоидларни келиб чиқиш омилларини ўрганиб, клиник лаборатор текширувлар натижалар асосида аденоидларни даволашнинг замонавий таъмойилларини сунги манба ва адабиётларга таянган ҳолда мавзу ёритилган.

Кириш

Сўнгги пайтлардаги адабиётларда ёритилишига кўра, дунё бўйича йукори нафас йуллари ва ЛОР аъзоларини инфекцион касалликлари умумий назологияда биринчи урини эгаллаб келмоқда. 2015 йилда аденоидлар билан касалланиш дунё бўйлаб ҳар 100 000 кишига 12 000 ҳолатни ташкил этади. Дунёда касалланиш даражаси катта ёш гуруҳдагиларда 27,6%, усмирларда 39.9% ва болаларда 61% ни ташкил қилади[1]. Аденоидлар купинча болаларда учраб, ёш ошган сари тарқалиш частотаси камаяди. Аденоид туқималар 10 ёшдан кейин атрофияга учрайди, шунинг учун аденоидлар 15 ёшдан кейин камдан-кам учрайди. Аденоидлар катталарда ҳам кузатилиши мумкин, аммо диагностик усулларнинг такомиллашиши аденоидларни одатда болалик давридаёқ даволанади ёки олиб ташланади.

Тадқиқотнинг мақсади: Бутун дунё бўйлаб Аденоидларни консерватив даволаш бўйича катъий стандартлар йуклиги сабабли, бу масала жуда мураккаблигича келмоқда. Ва бундат ташқари, аденоэктомия хавфсиз болсада, аммо унинг асоратлари ва хавф гуруҳлари бир канчагини. Шу билан бирга аденоэктомия утказган пациентларнинг операция пайтида бир канча организмнинг травматизм олишини ҳисобга олиб, аденоидларни консерватив даволашни канчалик долзарб эканлигига амин буламиз ва ушбу тадқиқот орқали даволашнинг янги ва самарали йулларини ишлаб чиқамиз.

Материал ва текширув усуллари: Ушбу тадқиқотда биз энг яхши тиббий онлайн веб-сайтлардан барча сунги маълумотларни танладик. Улар PubMed, MedScape ва бошқа илмий-амалий журналлар, Жаҳон Соғлиқни Саклаш Ташкилотининг веб-сайтидан олинган. Барча тупланган маълумотлар таҳлил қилинди ва бир-бири билан таққосланди. Ва энг асосийлари, ва уз тасдиғини топганлари мақолада батафсил баён қилинди.

Олинган натижалар ва уларни муҳокамаси. Аденоидитни консерватив даволашни даставвал, денгиз суви, (изотоник эритма) билан бошлаш керак. Чунки бу эритмаларни куллаш билан шиллик қаватнинг реологик хусусиятларини нормаллаштиришга ёрдам беради. Денгиз суви таркибидаги тузлар ва микроэлементлар шиллик қаватнингнинг мотор фаоллигини оширишга, бурун шиллик қавати ҳужайраларида репаратив жараёнларни фаоллаштиришга ва унинг безлари фаолиятини нормаллаштиришга ёрдам беради. Бурун бўшлиғини еҳтиёткорлик билан ювиш орқали микроблар, аллергенлар ва чанг билан бирга патологик секреция шиллик қаватининг юзасидан чиқарилади. Шишиш ва яллиғланиш камаяди, капиллярларнинг тонуси кучаяди ва тозалаш туфайли иш сезиларли даражада яхшиланади.

Фарингеал бодомсимон безларнинг сурункали яллиғланиш етиологиясида аллергияга катта аҳамият бериш зарур. Чунки, аллергик реакциялар фарингеал бодомсимон безларнинг шиллик қаватида ва лимфоид тўқималарида пайдо бўлиши мумкин, бу унинг доимий гипертрофиясига сабаб бўлади.(2)

Маҳаллий яллиғланишни бартараф етиш ва асоратларни олдини олиш учун бурун шиллик қаватида деконгестанлар ва маҳаллий антибактериал воситалардан фойдаланиш керак. Деконгестанлар юқори нафас йўллариининг ўткир яллиғланиши учун патогенетик терапиянинг муҳим таркибий қисми бўлиб, бурун шиллик қаватининг тез тикланишини, ҳаво ўтказувчанлигини яхшилашни, паранасал синусларнинг дренажини ва аэрациясини таъминлайди. Бироқ, вазоконстрикторларни тайинлашда, кўпчилик вазоконстрикторлар узок курсларда, кетма-кет 7 кундан ортиқ фойдаланиш учун тавсия этилмаслигини унутмаслик керак. (3)

Деконгестанларни бириктирувчи моддалар билан урнини алмаштириш яхшироқдир (3% Колларгол ёки Витаргол еритмаси). Бундан ташқари, антибактериал терапиянинг аллергик асоратлари кўпайиши, нафас йўллариининг замбуругли инфекциялари ва дисбиознинг пайдо бўлиши ва микроорганизмларнинг антибиотикларга чидамли штаммларининг кўпайиши туфайли сўнгги йилларда кумуш протеинатга бўлган қизиқиш кескин ошмоқда.

Юқори иситма, бурун ёки томоқдан йирингли оқинди булса, биринчи навбатда даволаш энг кенг тарқалган патогенларни қоплайдиган антибиотиклардан бошлаш керак. Амоксициллин яхши қамрови ва минимал ён таъсир профили туфайли тез-тез ишлатиладиган биринчи даражали воситадир. Шу билан бир қаторда, Цефдинир ёки Цефуроксим қўлланилиши мумкин, айниқса бемор амоксициллинга жавоб бермаса. Агар беморда пенициллин аллергияси бўлса, алтернатив Кларитромицин ёки Азитромицинни буюриш ва шу қаторда Синулор бурун спреини куллаш мақсадга мувофиқ. Самарали антибактериал даволаш 48 дан 72 соатгача болган вақт оралигида симптомлар яхшиланиши керак. Даволашнинг давомийлиги ўн кун бўлиши керак, чунки қисқароқ даволаниш сезиларли релапсларни келтириб чиқаради ва антибиотикларга қаршилик кўрсатади. Агар амоксициллин ёки бошқа биринчи даражали воситалар курсидан кейин аҳвол яхшиланмаса, бета-лактамаза ишлаб

чиқарувчи потенциал организмларни йўқ қилиш учун амоксициллин-клавуланат буюрилиши керак.(4)

Агар аденоидит атроф-муҳит аллергияси билан боғлиқ деб ҳисобланса, беморга бурунга стероид спрейлари, per os юбориладиган стероидлар, per os юбориладиган антигистаминлар ёки уларнинг комбинациясини синаб кўриш мумкин, бу симптомларни енгиллаштиради. (5)

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Зубков М.Н. Алгоритм терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей. РМЖ, 2009, 17(2): 123-131. / Zubkov M.N. Algorithm of therapy of acute and chronic infections of upper and lower respiratory tracts. RMZ, 2009, 17 (2): 123-131.
2. McClay JE. Resistant bacteria in the adenoids: a preliminary report. Arch Otolaryngol, 2000, 126: 625-9.
3. Гуров А.В. Отек слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Как с ним бороться? РКЖ, 2009, 17(18): 1-4. / Gurov A.V. Swelling of the mucous tunic of the upper respiratory tracts. How to control it? RKZ, 2009, 17 (18): 1-4.
4. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. Pediatrics. 2001 Sep;108(3):798-808. [[PubMed](#)] [[Reference list](#)]
5. Adenoiditis [Ian Bowers](#), [Carl Shermetaro](#)¹ In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. 2023 Jan 12.