

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ СУРУНКАЛИ ДАКРИОЦИСТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ

Ф. А. Нурмухамедов, Н. Ж. Хушвакова

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: сурункали дакриоцистит, шиллик қават жароҳатининг битиши, эндоскопик дакриоцистостомия, антиадгезин.

Ключевые слова: хронический дакриоцистит, окончание повреждения слизистой оболочки, эндоскопическая дакриоцистостомия, антиадгезин.

Key words: chronic dacryocystitis, end of mucosal damage, endoscopic dacryocystostomy, antiadhesin.

Сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлигини баҳолаш бизнинг текширишни мақсади деб белгилаб олинди ва 50 нафар бемор текширилди. Жароҳатда кечадиган барча жараёнлар мураккаб ферментатив-катализатор тизимларнинг фаоллашуви туфайли юзага келади, жароҳатнинг самарали битиши, жароҳат жараёни стадиясидан келиб чиққан ҳолда тайинланадиган дифференциал давога қатъий боғлиқ бўлади. Жароҳатни даволаш жараёнида белгиланган тадбирлар ва тайинланган препаратлар жароҳат жараёнининг физиологик кечиш стадиялари билан мос келсагина, жароҳат кисқа муддатларда битади. Эндоназал эндоскопик дакриоцисториностомия операциясидан кейин Антиадгезин дори воситаси гель кўринишида ҳар 2 соатда кўз ёш каналига юбориб турилди ва операцион жароҳатдаги репаратив жараёнларни кечишини баҳолаш мақсадида бурун шиллик қаватидан суртма-изларни цитологик таркиби текшириб борилди. Текшириш шуни кўрсатдики сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлиги ошганлигини асосий гуруҳдаги беморларда антиадгезин дори воситасини қўлланилиши, 7-чи суткага келиб жароҳатни яхши битиши ва эпителизациясига олиб келди, қиёсий гуруҳда эса бу жараён фақатгина 14-17-чи суткаларга тўғри келди.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Ф. А. Нурмухамедов, Н. Ж. Хушвакова

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Оценка эффективности лечения в послеоперационном периоде у 50 пациентов с хроническим дакриоциститом была определена в качестве цели нашего исследования. Все процессы в ране происходят за счет активации сложных ферментативно-каталитических систем и эффективное заживление раны строго зависит от назначенного дифференциального лечения в зависимости от стадии раневого процесса. Процесс заживления раны в короткие сроки возможен если предписанные меры и назначенные препараты соответствуют физиологическим стадиям раневого процесса. После эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии в слезный проток каждые 2 часа вводили антиадгезиновое лекарственное средство в виде геля и исследовали цитологический состав мазков слизистой оболочки носа для оценки хода репаративных процессов в хирургических ранах. Исследование показало, что эффективность послеоперационного лечения пациентов с хроническим дакриоциститом увеличилась в основной группе пациентов с применением антиадгезина, что привело к лучшему заживлению ран и эпителизации к 7-му дню, тогда как в сравнительной группе этот процесс произошел только на 14-17-е сутки.

INCREASING THE EFFICIENCY OF TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

F. A. Nurmuhamedov, N. J. Khushvakova

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

The evaluation of the effectiveness of treatment in the postoperative period in 50 patients with chronic dacryocystitis was determined as the goal of our study. All processes in the wound occur due to the activation of complex enzyme-catalytic systems and the effective healing of the wound strictly depends on the prescribed differential treatment depending on the stage of the wound process. The process of wound healing in a short time is possible if the prescribed measures and prescribed drugs correspond to the physiological stages of the wound process. After endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy, a gel-type anti-adhesin drug was injected into the lacrimal duct every 2 hours and the cytological composition of smears of the nasal mucosa was examined to evaluate the course of reparative processes in surgical wounds. The study showed that the effectiveness of postoperative treatment of patients with chronic dacryocystitis increased in the main group of patients using antiadhesin, which led to better healing of wounds and epithelization by the 7th day, whereas in the comparative group this process occurred only on the 14-17th day.

Долзарблиги. Жароҳатни тури ва тўқима шикастланиш даражасидан қатъий назар, ҳар бир жароҳат жараёни – морфологик ўзгаришларга мос келадиган, хужайра ва тўқима даражасидаги учта физиологик стадияда кечади. Ўз вақтида Н.И. Пирогов ҳам 3 та стадияни фарқлаб берган. Бугунги кунда жароҳат жараёнининг стадияли кечувига М.И. Кузин бўйича ёндошув кенг қўлланилади. Шундай қилиб, экссудация стадиясида барча физиологик жараёнлар энди қайта тикланмайдиган ва инфекция тушиши ва интоксикация ривожланиши учун потенциал манба бўлиб хизмат қилувчи зарарланган тўқимани ажратиб қўйишга қаратилади. Ушбу стадияда жароҳатда келадиган барча жараёнлар мураккаб ферментатив-катализатор тизимларнинг фаоллашуви туфайли юзага келади (калликrein-кинин, Хагеман омили, фибриноген, С-реактив оксил, простагландинлар, биоген аминлар ва бошқалар). Пролиферация стадиясида эса хужайралар томонидан коллаген синтези ва тозаланган соҳаларда хужайра бўлиниши ўчоқларини – яъни грануляцион тўқима пайдо бўлиши кузатилади. Кейин эса эпителизация стадияси ёки якуний битиш жараёни бошланади. Стадиялар одатда кетма-кетликда биридан иккинчисига ўтиб кетаверади ва ҳар доим ҳам стадияларни бир-бирига ўтиши вақтида, жароҳатнинг айни вақтда қайси стадияда эканлигини аниқ айтиб бўлмайди. Ҳатто баъзида жароҳатнинг айрим соҳаларида бир стадия кечаётган бўлса, унинг бошқа соҳасида бошқа бир стадия кузатилиши ҳам мумкин. Қачонки жароҳат стадияларида даврийлик бузиладиган бўлса, қўпол чандик ҳосил бўлиши, доимий грануляция ўсиши билан кечувчи битмайдиган яралар ривожланади, бу эса кўпинча экзоген сабаблар таъсири билан боғлиқ бўлади.

Яқинда бир қатор олимлар кўз ёш каналларнинг торайиши ва бекилишини ташҳислаш, шунингдек анатомиясини ўрганиш каби долзарб муаммога катта эътибор бера бошлади. Булар шунини кўрсатадики, кўз ёши ҳалтасининг интраназал тузилишларга нисбатан ўзгаришларни ва операция турини янада адекват танлаш учун катта имкониятлар яратди.

Ушбу соҳада компьютер технологиялари қўллашга асосланган замонавий тадқиқот усуллари жадвал ривожлантириши ташҳислашни янги сифатларини олдиндан белгилаб қўйди. Ташҳислашнинг замонавий босқичли компьютер томографияси (КТ) энг маълумотли ҳисобланади. Бурун бўшлиғининг анатомик тузилишини баҳолашга имкон берадиган тадқиқот усуллари яъни бурун ва бурун ён бўшлиқлари ва уларнинг кўз ёши ҳалтаси билан алоқасини КТ янада аниқ кўрсатиб беради.

Ушбу муаммо бўйича тиббиёт фанининг ва замонавий технологияларнинг таниқли ютуқлари дакриоцистит шаклида аллақачон ривожланган сурункали патологияни ташҳислаш, даволаш ва олдини олишнинг баъзи усуллари билан боғлиқ.

Аммо ишлатилган даволаш усуллариининг кўпи физиологик ва органларни сақлаб қолиш функцияларини ҳисобга олмаган ҳолда табиатда радикал эди. Аммо замонавий эндоскопик жарроҳликда функционал ва юмшоқ жарроҳликнинг энг муҳим қоидаларига риоя қилиш керак. Эндоскопик риносинус операциясини ўттиз йилдан кўпроқ вақт давомида киритиш билан замонавий ринологиянинг ютуқлари туфайли, риносинусологлар жарроҳлик аралашувга янги юқори технологиялар ва функционал ёндашувлардан фойдаланмоқдалар.

Бир даражага ёки бошқасига, сурункалидакриоцистит билан оғриган барча беморларда одатда ринопатология мос келади. Лакримациянинг бурун бўшлиғидаги ўзгаришлар билан бевосита боғлиқлиги лакримал ва ринологик тизимларнинг анатомик ва топографик хусусиятлари билан боғлиқ. Яқин анатомик яқинлик, бурун бўшлиғи шиллиқ қавати ва назолакримал каналнинг тўлиқ идентификацияси, уларнинг биридан иккинчисига ўтиши, уларнинг қон ва лимфа айланиши битта зич веноз плексус иштирокида патологик жараёнларининг бурун бўшлиғидан найча каналларига тўғридан-тўғри тарқалишига олиб келади.

Сўнгги йилларда сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни даволашда минимал инвазив микроэндоскопик жарроҳлик аралашувни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш қайд этилди. Аммо самарали даволаш диагностикаси алгоритмини ишлаб чиқиш ва

бемор маълумотларини периоператив бошқариш уларни даволаш сифатини яхшилаш учун очик бўлиб қолмоқда.

Барча диагностика усулларининг вазифаси лакримация билан оғриган беморларда ва маълум бир ринопатологияда йирингли ажралма борлигини аниқлаш шунингдек, лакримал тушириш аппарати обструкциясининг тахмин қилинган зонасини аниқлашдир. Яхши ўтказилган диагностика текшируви даволаш тактикасини тўғри аниқлашга ёрдам беради. Дастлаб М. Мессерклингер томонидан такдим этилган юмшоқ функционал риносинусология ва эндоскопик ускуналар, видео жиҳозлар ва монитордан фойдаланиш операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ва операциядан кейинги асоратларни камайтиришга имкон берди. Шу сабабли, сурункали дакриоциститнинг замонавий жарроҳлик амалиётининг янгиликлари билан, мавжуд анатомик тузилмаларни максимал даражада сақлаб туриш билан функционал натижаларнинг юқори самарадорлигини бирлаштира оладиган шунга ўхшаш жарроҳлик аралашув усулларини ишлаб чиқиш керак.

Жароҳатнинг самарали битиши, жароҳат жараёни стадиясидан келиб чиққан ҳолда тайинланадиган дифференциал давога қатъий боғлиқ бўлади. Жароҳатнинг ҳар бир стадияси, жароҳат жараёнининг силлиқ кечиши учун зарур бўлган ўзига хос хусусият ва специфик эҳтиёжларга эга бўлади. Айнан шундай даволаш усулини қўлланилиши, жароҳатнинг тез муддатларда битишига имкон яратади.

Ҳар бир жароҳат илмий изланувчилар томонидан анча аввал ўрганилган ва физиологик жараёнларга асосланувчи, аниқ кўринишдаги, битиш жараёнининг стадияли механизми билан намоён бўлувчи чин репаратив потенциалга эгадир. Яъни, агар жароҳатни даволаш жараёнида белгиланган табдирлар ва тайинланган препаратлар жароҳат жараёнининг физиологик кечиш стадиялари билан мос келсагина, жароҳат киска муддатларда битади. Айнан жароҳат жараёни физиологиясини ҳисобга олиш, жароҳатни самарали даволашнинг энг муҳим шартларидан бири саналади.

Шундай қилиб жароҳатни дифференцирланган даволаш жараёнида, жароҳатда бир вақтни ўзида бир нечта битиш стадиялари мавжуд бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиши керак ва шу билан бирга прогресс жараёнини тормозлаб қўймаслиги керак бўлади.

Текширишни мақсади сифатида операциядан кейинги даврдаги сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни даволаш самарадорлигини баҳолаш белгилаб олинди.

Текширув манбалари ва усуллари: Клиникамизнинг ЛОР бўлимида биз томонимиздан кўз ёши оқишига шикоят қилиб келган 18 ёшдан то 50 ёшгача бўлган 50 нафар бемор текширилди.

Эндоназал эндоскопик дакриоцисториностомия операциясидан кейин операцион жароҳатдаги репаратив жараёнларни кечишини баҳолаш мақсадида, операция бажарилган соҳадаги бурун шиллиқ қаватидан 0°ли эндоскоп назорати остида пахтали тампон ёрдамида олиниб, предмет ойначасига тайёрланган суртма-изларни цитологик таркиби текшириб борилди. Предмет ойначаларининг юзаси ёғсизлантириш мақсадида 90°ли спирт билан артиб олинди. Препаратлар Романовский-Гимза усулида бўялиб, кейинчалик хужайра элементлари 5 ўлчамли кўриш майдонида саналди. Натижалар фоиз кўрсаткичларда ҳисобланди. Натижаларни қайд этиш ва микрофотоларни олиш жараёни Leica микроскопи (Австрия) ва махсус фотоустунчага эга бўлган «Зенит-ЕТ» фотоаппарати ёрдамида амалга оширилди.

Барча беморларга эндоназал дакриоцисториностомия амалга оширилди, 10 нафар беморда эса силиконли стент-дренаж (интубацион найчадан иборат бўлган) ўрнатиш билан амалга оширилган диаметри 0,7-0,8 см дакриориностома ёрдамида текшириш қайтадан ўтказилди.

Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳда (25 та бемор) кўшимча тешик ўрнатилиши биланоқ ва жарроҳлик амалиётидан кейин 20 кун мобайнида кўз ёш йўллари

оркали (стент-дренаж бўйлаб) антиадгезин дори воситаси гель кўринишида ҳар 2 соатда юбориб турилди, иккинчи – қиёслаш гуруҳида (25 нафар бемор) операциядан кейинги даврда чандикланишга қарши препарат қўлланилмади. Биз томонимиздан антиадгезин дори воситаси гель шаклида қўлланилди. Антиадгезин дори воситасининг самараси зарарланган тўқималар ўртасида вақтинчалик сунъий барьер ҳосил қилиш ва бактериостатик самара кўрсатиши билан боғлиқ бўлиб, бу эса репарация жараёнида юзаларни бир-биридан ажралишини таъминлайди.

Текширув натижалари ва уларни муҳокамаси. Жароҳат жараёнининг динамикаси, эндоназал эндоскопик дакриоцисториностомия операция амалга оширилган соҳадаги жароҳат юзасидан олиб тайёрланган суртма-изларни цитологик текширувига асосланиб таҳлил қилинди. Биринчи гуруҳда операциядан кейинги 3-суткага келиб яққол хужайрали инфильтрация кузатилиб, унинг асосий қисмини (72,3%) яққол донаторликка эга нейтрофил лейкоцитлар ташкил қилди. Фагоцитоз босқичида бўлган алоҳида макрофагларни мавжудлиги, жуда кам сонли полибластлар қайд этилди.

7-суткаларга келиб жароҳат суюқлиги таркибида нейтрофиллар миқдори 30% га камайиб ($P<0,05$), дегенерациянинг дастлабки белгилари пайдо бўла бошлади. Эозинофиллар миқдори 5 маротабагача ортди, бу эса пастда жойлашган тўқималарнинг антиадгезин дори воситасига бўлган реакцияси билан боғлиқдир. Шунингдек лимфоцитлар, семиз хужайралар, плазмоцит ва макрофаглар миқдорининг ҳам сезиларсиз ортанлиги кузатилиб, бу жароҳат жараёнини яллиғланиш-регенератор типдаги яхши сифатли кечуви билан боғлиқ ҳисобланади. Деструкция ҳолатидаги кўчиб тушган эпидермал хужайра бўлакчалари пайдо бўлади. 7-суткага келиб фаол тарзда кечаётган эпителизациядан далолат берувчи эпителиал хужайралар пайдо бўлиши характерли саналади. 14-суткаларга келиб нейтрофиллар миқдорининг янада пасайиши кузатилиб, чунончи уларнинг ўрнига яққол дегенератив-дистрофик характердаги белгиларга эга хужайралар устунлик қилади: ядро сегментлари орасидаги тортмалар йўқолиши, уларнинг деформацияси ва ўлчамларини ўзгариши, уларнинг айримларида донаторлик йўқолиб, кўп сонли вакуолалар пайдо бўлганлиги кузатилди. Жароҳат детрити мавжудлиги фақатгина қолдиқ хужайра-соялари кўринишида кўзга ташланади, яқунланган фагоцитоз ҳолатида бўлган макрофаглар миқдори сезиларли даражада ортади. Фибробластлар пайдо бўлиши ва улар миқдорини 17% гача ($P<0,05$) ортанлигини қайд этиб ўтиш жоиз. Барча муддатларда эпителиал хужайралар топилиб, уларнинг миқдори 14-суткаларда энг максимал кўрсаткичга эга бўлди. 21-суткага келиб жароҳат юзасининг барча соҳалари бўйлаб жароҳат юзасининг эпителизацияси қайд этилди.

Иккинчи гуруҳдаги суртма-изларда хужайра таркибининг жуда ҳам ғуборли манзараси аниқланди: операциядан кейинги 3-суткада хужайравий таркибнинг асосий қисмини яққол донаторликка эга нейтрофилли лейкоцитлар (44%) ($P<0,05$), узунчоқ урчуксимон ядрога эга бўлган кекса фибробластлар (21%) ($P<0,05$) ва эпителиал хужайралар – оддий кубсимон амниотик эпителий ташкил этди. Кучсиз фагоцитар фаолликка эга яққа макрофаглар пайдо бўлиб, уларнинг миқдорий таркиби минимал бўлади. Лимфоид қатор хужайралари ҳам яққа таркибга эга эканлиги билан таърифланади. 7-суткаларга келиб нейтрофиллар миқдорини 10% га ($P<0,05$) пасайиши кузатилди, макрофаглар миқдори эса параллел равишда 2 мартага ортди. Лимфоид қатор хужайраларнинг миқдорий таркиби деярли ўзгармади, фибробластлар таркиби эса аввалгидек кўрсаткичда қолди. 14-суткага келиб нейтрофиллар миқдорининг деярли икки мартага камайиши кузатилиб, уларнинг асосий қисми кучсиз донаторликка эгалиги билан характерланади. Плазматик хужайралар миқдори деярли 2 мартага ортди, макрофагларнинг миқдорий кўрсаткичи эса ўзгаришсиз қолди, аммо бунда фагоцитоз яқунланган характер касб этди ва миқдор жиҳатдан нейтрофиллар миқдорига мос келганлиги кузатилди. Таъкидлаб ўтиш керакки, кузатувнинг барча муддатларида иккинчи гуруҳдаги беморлар яллиғланиш экссудатида хужайра элементларининг сезиларли даражада кам эканлиги, хужайра элементларининг миқдорий кўрсаткичларидаги ўзгаришларни минималлиги кузатилди, бу эса жароҳатни караш остида битиш манзарасига мос келади.

Хулоса. Шундай қилиб, сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлиги ошганлигини баҳолаш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳдаги беморларда антиадгезин дори воситасини қўлланилиши, 7-суткага келиб жароҳатни яхши битиши ва эпителизациясига олиб келган бўлса, қиёсий гуруҳда бу жараён фақатгина 21-суткага тўғри келди. Антиадгезин дори воситасининг жароҳат қисмларини йирик молекулаларга нисбатан ўтказувчанлигини йўқотиш хусусияти, тўқималарни токсинлардан химояланишини ва уларга микроблар (бактерия, содда ҳайвонлар ва замбуруғлар) кира олмаслигини, жароҳатни ферментатив катализ маҳсулотларидан тезлик билан тозаланишини ҳамда коллаген ва қўпол чандик кучли ривожланиб улгурмасидан эрта эпителизация юзага келишини таъминлайди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Бобров Д. А., Жуков С. К., Слезкина И. Г. Применение интубационнолакримального набора Ритленга в хирургии комбинированных поражений слезоотводящих путей // Вестник оториноларингологии. – 2010. – №. 2. – С. 55-57.
2. Карпищенко С. А., Болознева Е. В., Баранская С. В. Остеома верхнечелюстной пазухи: особенности клинической картины и тактика лечения // FoliaOtorhinolaryngologia e etpathologia e respiratoria. – 2015. – Т. 21. – №. 2. – С. 55-56.
3. Красножен В. Н. Применение новых технологий в лечении патологии слезоотводящих путей // Казань: Eleps. – 2005. – С. 40.
4. Лонский В. В. Опыт применения эндоскопической хирургии при хронических дакриоциститах // Российская ринология. – 2002. – Т. 2. – С. 37.
5. Насретдинова М. Т. И др. Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция // Таджикский государственный медицинский университет имени Абу али ибниСино. – С. 60.2019 г
6. Пальчун В. Т., Магомедов М. М. Эндоскопическая эндоназальнаямикродакриоцисториностомия // Российская ринология. – 2001. – Т. 2. – С. 169-170.
7. Поляновская А. С. и др. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии для определения оптимальной лечебной тактики у пациентов с патологией слёзоотведения // Офтальмологические ведомости. – 2016. – Т. 9. – №. 1.
8. Семенов Ф. В. Эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия с использованием ИАГ-Nd лазера // Российская ринология. – 2001. – Т. 4. – С. 23-25.
9. Серебряков В. А. Опорный конспект лекций по курсу «Лазерные технологии в медицине» // Санкт-Петербург: СПбГУ ИТМО. – 2009.
10. Хайитов А. А., Хушвакова Н. Ж., Насретдинова М. Т. Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом // Инновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа. – 2017. – С. 93-95.
11. Хушвакова Н.Ж. Нурмухамедов Ф.А. Динамика раневого процесса у больных дакриоциститом при эндоназальнойдакриоцистостомии с применением гуалуроновой кислоты. // «Austria-science». -2018 .- №15.- Стр. 8-10.
12. Khushvakova N.J, Nurmuhamedov F.A. Dynamics of the wound process in patients with dacriocystitis on endonasaldacriocystostomy with the usage of ryaluronic acid. // International Journal of Pharmaceutical Research Jan-Mar -2019.- Vol. 11.
13. Venegas M. M. H. et al. Complications of Endoscopic and Conventional Dacryocystorhinostomy (External) in Chronic Dacryocystitis // Otolaryngology—Head and Neck Surgery. – 2013. – Т. 149. – №. 2_suppl. – С. P256-P257.
14. Хушвакова Н.Ж., Нурмухамедов Ф.А. Бурун ва бурун ён бўшлиқлари касалликлари билан бирга кечувчи сурункали дакриоциститни комплекс даволашининг самарадорлигини ошириш.//«Биология ва тиббиёт муаммолари». 2020 №4 стр 127-131.
15. Хушвакова Н.Ж., Нурмухамедов Ф.А.Эндоназалдакриоцисториностомия ўтказилган беморларда чандикланиш жараёнини профилактика қилиш мақсадида антиадгезин препаратини қўллаш.// «Биомедицина ва амалиёт журналі».2020 №5 стр 280-286.