




JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хушвакова Нилуфар Журакуловна,
Хамракулова Наргиза Орзуевна,
Қаршиев Шерзод Абдикрим ўғли
Самаркандский давлат тиббиёт институт

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ РИНОСИНУСИТНИ ЭНДОСКОПИК УСУЛДА ДАВОЛАШНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-1-5>

АННОТАЦИЯ

Функционал микроэндоскопик синус оператсиясининг асосий мақсади остеомеатал комплекс соҳасини қайта тиклаш ва физиологик йўллар орқали таъсирланган синусларнинг ҳаво алмашувини ва дренаж функциясини тиклашдир. Эндоскоп назорати остида полипоз тўқимадан келиб чиққан хужайралар ва деворлардан йирингли ва полипозли тўқималарни максимал даражада олиб ташлаш амалга оширилди.

Калит сўзлар: йирингли синусит, полипоз гайморэтомидит, микроэндохирургия.

Хушвакова Нилуфар Журакуловна,
Хамракулова Наргиза Орзуевна,
Қаршиев Шерзод Абдикрим угли

Самаркандский государственный медицинский институт

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ У ДЕТЕЙ

АННОТАЦИЯ

Основной целью функциональной микроэндоскопической синус-хирургии является реконструкция зоны остиомаатального комплекса и восстановление вентиляции и дренажа пораженных синусов через физиологические пути. Под контролем эндоскопа проводили тщательное максимальное удаление гнойной и полипозной ткани из тех клеток и стенок, откуда исходила полипозная ткань.

Ключевые слова: гнойные синуситы, полипозный гайморэтомидит микроэндохирургия.

Nilufar J. Khushvakova
Nargiza O. Khamraqulova
Sherzod A. Qarshiyev

Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan.

AN OPTIMAZITION OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF ACUTE PURULENT RHINOSINUSITIS IN CHILDREN

ANNOTATION

The main goal of functional endoscopic sinus surgery is to reconstruct the ostiomeatal complex zone and restore ventilation and drainage of the affected sinuses through physiological pathways. Under the control of an endoscope, a thorough maximum removal of purulent and polypous tissue was performed from the cells and walls from which the polypous tissue originated.

Key words: purulent sinusitis, polypous sinusitis, endosurgery.

Долзарблиги. Эпидимиалогик тадикотарга кўра, сўнгги ўн йил ичида синуситлар билан касалланишлар сони 3 фоизга ошган. Аҳоли орасида ўртача катталар 5 – 15% ва

боаларнинг 5%и ўткир синусит (ЎС)нинг бирон бир шакли билан касалланиш ҳолати учрайди.

Ўткир синусит кўп ҳолларда консерватив даволанади ва одатда жарроҳлик аралашувини талаб қилмайди. Аммо

асоратлар пайдо бўлса, оператсия қилиш мақсадга мувофиқдир. Айниқса, яллиғланиш жараёнлари қўшни органларга ва орбитал соҳага, мия ичига кириб бориш хавфи мавжуд бўлса, бундай ҳолда менингит ёки инсепталит, орбитал (окуляр) асоратлар келиб чиқиш хавфи юзага келади. Касаллик сурункали кечишида хирургик даво тавсия этилади. Хусусан, беморлар синуситларнинг сурункали шаклларида азият чекса (гаймарит, фронтит ва бошқалар), бу доимий бурун битиши, бурундан нафас олишнинг бузулиши, доимий бош оғриғи ва бошқа ҳолатлар намоеъ бўлишига олиб келади. Микрохирургик усуллари амалиётга жорий этиш жарроҳлик аралашувининг минимал инвазив усуллари ишлаб чиқиш, бурун бўшлиғи ва синусларнинг функционал жарроҳлиги синуситларни даволашда сифат жиҳатидан янги ёндашув сифатида белгиланган (Кунельская В.Я., Мачулин А.И., 2006; Козлов В.С., 2007; Пискунов Г.С., 2009; Суберман Т.А. 2011) Бироқ замонавий жарроҳлик усуллари ушбу касалликлар билан касалланишларни камайтирмайди. (Д.И.Заболотный). Шу муносабат билан биз ўз олдимизга мақсад қўйдик – микрохирургик оператсия орқали оператсия вақтида инфекцияни кўкрак қафаси ва бошқа соҳаларга ўтишининг олдини олиш, яллиғланишни ўз вақтида бартараф этишни ва бурун синуслари палипларини олиб ташлаш.

Тадқиқот мақсади. Шундай қилиб, болаларда сурункали йирингли риносинуситни эндоскопик усулда даволаш усуллари такомиллаштириш ва давонинг янги усуллари мақбуллаштириш заруриятини кўрсатади.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот учун биз СамМИ 1-клиникаси Оториноларингалогия бўлимида ва “Саомед” хусусий клиникасида 40 нафар беморларни кузатдик. Беморларнинг ўртача ёши 2 ёшдан 15 ёшгача. 19 та қизлар в 21 нафар ўғил болалар.

Беморлар икки гуруҳга бўлинди: 20 та асосий бемор ва 20 та назоратдаги беморлардан иборат еди. 13 та (32,5 %) беморларда икки томонлама сурункали йирингли гаймароетмоидит, 9 та (22,5 %) беморларда палипоз гаймарит, 9 та (22,5 %) беморларда палипоз гаймарит сурункали гипертрофик ринит келтириб чиқарган. 9 та (22,5 %) беморларда бурун тўсиғининг қийшайиши.

Беморларнинг асосий гуруҳи қуйидагилардан иборат: икки томонлама сурункали гаймароетмоидит билан касаланган 7 та (35%) бемор, 4 та (20%) бемор паликоз гаймароетмоидит билан касаланган. 5 та (25%) бемор палипозли этмоидит гипертрофик ринит билан, 4 та (20%) бемор сурункали йирингли гаймарит.

Назорат гуруҳидаги беморлар қуйидагилардан иборат: 6 та (30%) бемор икки томонлама сурункали йирингли гаймароетмоидит, 5 та (25%) бемор полипоз гаймароетмоидит, 4 та (20%) беморларда полипоз этмоидит гипертрофик ринит билан биргаликда, 5 та (25%) беморларда сурункали йирингли гаймарит; 7 та (12,5%) беморларда касаллик биринчи марта юзага келган бўлиб, 19 та (47,5%) беморларда такрорий характерга ега бўлган ва 5 та (12,5%) беморларда биринчи марта такрорланиши бўлса, 7 та (17,5%) беморларда 2-3 марта такрорланган, 2 та (5%) беморларда еса 7-8 марта такрорланиши кузатилган. Назорат гуруҳидаги барча беморларда этмоидотамия, полипоетмоидотамия ва полипогаймороетмоидотомия оператсиялари ўтказилди. Операциядан сўнг анъанавий равишда даволанди. Даволаш маҳаллий ва умумий равишда

олиб борилди. Асосан қўлланилган препаратлар маҳаллий яллиғланишга қарши ва гипосенсибилизацияловчи тасирга ега: глюкокортикостероидлардир.

Йирингли яллиғланишлар учун кенг спектрли антибиотиклар қўлланилди. Кучли оғриқ безовта қилган ҳолатларда ибупрофен самарали ратижа берди. Ертаси куни тампонни бурун бўшлиғидан олиб ташлагандан сўнг синтамитсин мази билан пахтали тикин бурун бўшлиғига киритилди. Асосий гуруҳнинг барча беморлари микроэндоскопик назорат остида операция қилинди. Микроэндоскопик синус операциясининг асосий мақсади остеоэотал комплекс зонаси қайта тиклаш ва физиологик йўллар орқали зарарланган синуслар вентилизациясини ва дренажини тиклашдир. Эндоскоп назорати остида полипоз тўқима мавжуд соҳа хужайралари ва деворларидан йирингли ва полипоз тўқималар максимал даражада олиб ташлаш амалга оширилди. Шу билин бирга қийшайган бурун тўсиғи ва бурун чиғаноғида операция ўтказилди. Операциядан кейинги дастлабки уч кун бемор тизимли равишда кортикостероидларни қабул қилди. Кейин интраназал кортикостероидлар 6 ойдан 1.5-2йилгача муддатга буюрилди. Бундан ташқари биз бир неча кун мобайнида беморлар бурун бўшлиғини эндоскоп назорати остида текширувдан ўтказдик, бурун бўшлиғидан қотқалоқ ва патологик қисимларни олиб ташладик. Шундай қилиб битта беморда бир вақтнинг ўзида бир емас бир неча операциялар амалга оширилади.

Тадқиқот натижалари. Оптик асбоблар (эндоскоплар, микроскоп) ёрдамида визувал назорат остида жарроҳлик амалиёти шикастланишларни минималлаштириш ва операцияни янада хавфсизроқ амалга ошириш имконини беради. Микроэндоскопик назорат остидаги барча параназал синуслардаги полипларни тўлиқ олиб ташлашга ёрдам беради. Операциядан кейинги даврда беморларни доимий назорат қилишни ҳам талаб қилади. Стероидларни қўллаш ва эндоскопик ринохирургиянинг комбинацияси, операциясидан кейинги даврни бундай тўлиқ бошқариш бурун роқали нафас олишни тиклаш ва бурун бўшлиғи полипозини қайталанишини камайтиради. Юқоридаги клиник хусусиятлардан кўриниб турирдики иккита катта гуруҳда бурун бўшлиғидаги асосий касаллиги ва патологияга олиб келган омил характери бир хил бўлган. Асосий гуруҳдаги беморларда касалликнинг қайталаниши фақат иккита беморда (10%) содир бўлган ва ушбу беморларда шиллик қават ўзгарган. Назорат гуруҳидаги беморларда такрорий полипоз ва йирингли яллиғланиш жараёнлари 16 та (80%) беморларда аниқланди, шиллик қаватдаги полипоз ўзгаришлар 7 та (35%) беморда, 9 та (45%) беморда бурун бўшлиғи, юқори жағ ва этмоидал синусларда майда полиплар. 12-18 ойдан кейин даволанишнинг узок муддатли натижалари бутун гуруҳда кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, бурун бўшлиғи ва буруннинг қўшимча синусларидаги микроэндоскопик операция беморнинг тезроқ тикланишига имкон беради, айниқса синуситларнинг оғир ҳолатларида эндохрургик ёндошув соғайишни сезиларли даражада тезлаштиради. Қоида тариқасида, турли хил синуситларда микроэндоскопик операциядан сўнг тахминан 90% беморларнинг ахволи яхшиланади ва касаллининг қайталаниши камади.

Адабиётлар

1. Давроонова Г.Б., Хушвакова Н.Ж. и др. «Усовершенствование методов лечения хронических ринитов и синуситов у больных с дакриоциститом» // Научное знание современности – 2019; №1,с.43-47.
2. Исхакова Ф. Ш., Хушвакова Н.Ж. и др. Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита //прорывные научные исследования как двигатель науки. – 2018. – С. 199-202.
3. Козлов В.С. Осложнения микроэндоскопических эндоназальных реконструктивных вмешательств. Методы профилактики и лечения // Российская ринология. 2012. - №2. – с. 23-26.
4. Бабкин Т.М., Демидова Е.А. Конусно-лучевая томография в диагностике одонтогенных гайморитов. // Мед. Стом.№ 26 (1).-2013.
5. Амоноа.Ш.Э., Карабаев.Х.Е., Умаров Х.У.,Шомуротов Ш.Ш.. Актуальные проблемы детской риносинуситов. // Педиатрический журнал. 2019. № 2. – С.24-28.
6. Хушвакова Н.Ж., Хамракулова Н.О., Очилов Т.М. Анализ результатов больных с хроническим одонтогенными верхнечелюстными синуситами //Научный обозреватель. – 2019. – С. 33-36.