



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Хушвакова Нилуфар Жўракуловна,
Нурмухамедов Фозил Адилевич,
Болтаев Анвар Исмаилович

Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

СУРУНКАЛИ ДАКРИОЦИСТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-6>

АННОТАЦИЯ

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 қисқа муддатларда битади. Сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлигини баҳолаш бизнинг текширишни мақсади деб белгилаб олинди ва 40 нафар бемор текширилди. Эндоназал эндоскопик дакриоцисториностомия операциясидан кейин Антиадгезин дори воситаси гел кўринишида ҳар 2 соатда куз ёш каналига юбориб турилди ва операциядан кейин репаратив жараёнларни кечишини баҳолаш мақсадида бурун шиллик қаватидан суртма-изларни цитологик таркиби текшириб борилди. Текшириш шуни курсатдики 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.

Калит сўзлар: сурункали дакриоцистит, шиллик қават жароҳатининг битиши, эндоскопик дакриоцисториностомия, антиадгезин.

Хушвакова Нилуфар Жўракуловна,
Нурмухамедов Фозил Адилевич,
Болтаев Анвар Исмаилович
Самарқандский государственный
медицинский институт, Узбекистан

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

АННОТАЦИЯ

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. Оценка эффективности лечения в послеоперационном периоде у 40 пациентов с хроническим дакриоциститом была определена в качестве цели нашего исследования. 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.

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

**Khushvakova Nilufar Jurakulovna,
Nurmuhamedov Fozil Adilovich,
Boltayev Anvar Ismailovich**
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

IMPROVEMENT OF EFFECTIVENESS OF POSTOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC DACRYOCYSTITIS

ANNOTATION

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. The evaluation of the effectiveness of treatment in the postoperative period in 40 patients with chronic dacryocystitis was determined as the goal of our study. 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.

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

Долзарблиги. Жарохатни тури ва тўқима шикастланиш даражасидан қатъий назар, ҳар бир жарохат 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 жарохат 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 жарохатда кечадиган барча жараёнлар мураккаб ферментатив-катализатор тизимларнинг фаоллашуви туфайли юзага келади (каликреин-кинин, Хагеман омили, фибриноген, С-реактив оксил, простагландинлар, биоген аминлар ва бошқ.). Пролиферация стадиясида эса хужайралар томонидан коллаген синтези ва тозаланган соҳаларда хужайра бўлиниши ўчоқларини – яъни грануляцион тўқима пайдо бўлиши кузатилади. Кейин эса эпителизация стадиясиёки якуний битиш жараёни бошланади. Стадиялар одатда кетма-кетликда биридан иккинчисига ўтиб кетаверади ва ҳар доим ҳам стадияларни бир-бирига ўтиши вақтида, жарохатнинг айни вақтда қайси стадияда эканлигини аниқ айтиб бўлмайди. Ҳатто баъзида жарохатнинг айрим соҳаларида бир стадия кечаётган бўлса, унинг бошқа соҳасида бошқа бир стадия кузатилиши ҳам мумкин. Қачонки жарохат 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 ташхислаш, шунингдек анатомиясини ўрганиш каби долзарб муаммога катта эътибор бера бошлади.

Булар шуни кўрсатадики, кўз ёши халтасининг интраназал тузилишларга нисбатан ўзгаришларни ва операция турини янада адекват танлаш учун катта имкониятлар яратди.

Ушбу соҳада компьютер технологиялари қўллашга асосланган замонавий тадқиқот усулларини жадал ривожлантириши ташхислашни янги сифатларини олдиндан белгилаб қўйди. Ташхислашнинг 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 халтаси билан алоқасини КТ янада аниқ кўрсатиб беради.

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

Аммо ишлатилган даволаш усулларининг қўпи 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, сурункали дакриоцистит билан оғриган барча беморларда одатда ринопатология мос келади. Лакримациянинг бурун бўшлиғидаги ўзгаришлар билан бевосита боғлиқлиги лакримал ва ринологик тизим-ларнинг анатомик ва топографик хусусиятлари билан боғлиқ. Яқин анатомик яқинлик, бурун бўшлиғи шиллик 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-ўғри тарқалишига олиб келади.

Сўнгги йилларда сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни даво-лашда минимал инвазив микроэндоскопик жарроҳлик аралашувни ишлаб чиқиш ва

амалга ошириш қайд этилди. Аммо самарали даволаш диагности-каси алгоритмини ишлаб чиқиш ва бемор маълумотларини периоператив бошқариш уларни даволаш сифатини яхшилаш учун очиқ бўлиб қолмоқда.

Барча диагностика усулларининг вазифаси лакримация билан оғриган беморларда ва маълум бир ринопатологияда йирингли ажралма борлигини аниқ-лаш шунингдек, лакримал тушириш аппарати обструкциясининг тахмин қи-лингн зонасини аниқлашдир. Яхши ўтказилган диагностика текшируви даволаш тактикасини тўғри аниқлашга ёрдам беради.

Дастлаб М.Мессерклингер томонидан тақдим этилган юмшоқ функционал риносинусология ва эндоскопик ускуналар, видео жиҳозлар ва монитордан фойдаланишоперация қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга ва опе-рациядан кейинги асоратларни камайтиришга имкон берди. Шу сабабли, су-рункали 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 тадбирлар ва тайинланган препаратлар жароҳат жараёнининг физиологик кечиш стадиялари билан мос келсагина, жароҳат қисқа 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 сурункали дакриоцистит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврдаги даволаш самарадорлигини баҳолаш белгилаб олинди.

Текширув манбалари ва усуллари: Клиникамизнинг лор бўлимида биз то-монимиздан кўз ёши оқишига шикоят қилиб келган 18 ёшдан то 50 ёшгача бўлган 40 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 олишжараёни 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 дакриоцисториностома ёрдамида текшириш қайтадан ўтказилди.

Беморлар икки гуруҳга ажратилди. Асосий гуруҳда (20 та бемор) кўшимча тешиқ ўрнатилиши биланок ва жарроҳлик амалиётидан кейин 20 кун мобайнида кўз ёш йўллари орқали (стент-дренаж бўйлаб) антиадгезин дори воситаси гель кўринишида ҳар 2 соатда юбориб турилди, иккинчи – қиёслаш гуруҳида (20 нафар бемор) операциядан кейинги даврда чандиқланишга 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 текширувиге асосланиб таҳлил қилинди. Биринчи гуруҳда операциядан кейинги 3-суткага келиб яққол хужайрали инфилтрация кузатилиб, унинг асосий қисмини (72,3%) яққол донадорликка эга нейтрофил лейкоцитлар ташкил қилди. Фагоцитоз босқичида бўлган алоҳида макрофаглари 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 макрофагллар миқдорининг ҳам сезиларсиз ортанлиги кузатилиб, бу жароҳат жараёнини яллиғланиш-регенератор типдаги яхши сифатли кечуви билан боғлиқ ҳисобланади. Деструкция ҳолатидаги кўчиб тушган эпидермал хужайра бўлақчалари 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 донадорлик йўқолиб, кўп сонли вакуолалар пайдо бўлганлиги кузатилди. Жароҳат детрити мавжудлиги фақатгина қолдиқ хужайра-соялари кўринишида кўзга ташланади, яқунланган фагоцитоз ҳолатида бўлган макрофагллар миқдори сезиларли даражада ортади. Фибробалстлар 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 жарохат юзасининг барча соҳалари бўйлаб жарохат юзасининг эпителизацияси қайд этилди.

Иккинчи гуруҳдаги суртма-изларда хужайра таркибининг жуда ҳам ғуборли манзараси аниқланди: операциядан кейинги 3-суткада хужайравий таркибининг асосий қисмини яққол донадорликка эга нейтрофилли лейкоцитлар (44%) ($P < 0,05$), узунчок урчуқсимон ядрога эга бўлган кекса фибробластлар (21%) ($P < 0,05$) ва эпителиал хужайралар – оддий кубсимон амниотик эпителий ташкил этди. Кучсиз фагоцитинг фаолликка эга якка макрофаглар пайдо бўлиб, уларнинг миқдорий таркиби минимал бўлади. Лимфоид қатор хужайралари ҳам якка 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 донадорликка эгаллиги 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 жарохатни 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 жарохатни яхши битиши ва эпителизациясига олиб келган бўлса, қиёсий гуруҳда бу жараён фақатгина 21-суткага тўғри келди. Антиадгезин дори воситасининг жарохат қисмларини йирик молекулаларга нисбатан ўтказувчанлигини йўқотиш хусусияти, тўқималарни токсинлардан ҳимояланишини ва уларга микроблар (бактерия, содда ҳайвонлар ва замбуруғлар) кира олмаслигини, жарохатни ферментатив катализ маҳсулотларидан тезлик билан тозаланишини ҳамда коллаген ва кўпол чандиқ кучли ривожланиб улгурмасидан эрта эпителизация юзага келишини таъминлайди.

Адабиётлар рўйхати:

1. Бобров Д. А., Жуков С. К., Слезкина И. Г. Применение интубационного лагримального 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 // Folia Otorhinolaryngologia e epathologia 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 ибни Сино. – С. 60. 2019 г
6. Пальчун В. Т., Магомедов М. М. Эндоскопическая эндоназальная микродакриоцисториностомия // 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 слезоотведения // 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 северокавказского федерального округа. – 2017. – С. 93-95.
11. Хушвакова Н. Ж., Нурмухамедов Ф. А. Динамика раневого процесса у больных дакриоциститом при эндоназальной дакриоцистостомии с применением гиалуроновой кислоты. // «Austria-science». -2018. - №15.- Стр. 8-10.
12. Хушвакова Н. Ж. и др. Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей с сахарным диабетом 1 тип // Russian otorhinolaryngology. Медицинский научно-практический журнал. – 2014. – С. 104.
13. 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.
14. 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.