

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Ислом Ёкубович ШАМАТОВ
Шерали Облакулович КОРЖАВОВ
Латофат Муродуллаевна КУРБАНОВА
Самарқанд давлат тиббиёт институти

ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТ БЕМОРЛАРДА БАЪЗИ ДАВО УСЛУБЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

For citation: I.Y. Shamatov, Sh.O. Korzhavov, L.M. Kurbanova EFFICACY OF CERTAIN TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH POLYPOSE RHINOSINUSITIS Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 159-164

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-105>

АННОТАЦИЯ

Полипоид риносинусит жуда кенг тарқалган, аммо ҳозирги кунгача бурун бўшлиғи ва бурун олди ён бўшлиқларнинг жуда кам даражада ўрганилган патологияси бўлиб ҳисобланади. "Полип" сўзининг ўзи (юнонча полий - кўп ва йирингли оёқ) - бу ошқозон-ичак тракти, нафас олиш ва сийдик чиқариш йўллари, бачадон каби аъзоларнинг шиллиқ пардалари сатҳидан бўртиб турадиган, ҳар хил ўсмаларга ухшаш патологик шаклланишини белгилаш учун ишлатиладиган умумий атама.. Полиплар этиологик, патогенетик ва морфологик нуқтаи назардан бир хил бўлмаган, яхши сифатли ўсмалардан аллергиялик ёки яллиғланишли табиатнинг гиперпластик шаклланишига қадар бўлган турли хил касалликларнинг ранг-баранг тасвирини акс эттиради. Шунинг учун бурун олди ён бўшлиқларнинг, масалан, ошқозон-ичак тракти ёки сийдик йўллариининг полиплари этиологияси ва патогенезида ўхшашликларни излаш бефойда. Полипоид риносинусит - бу мутлақо на этиологик, на морфологик ва на патогенетик ҳеч қандай тарзда бошқа локализация полиплари билан боғлиқ эмас, у мустақил касаллик,. Бурун бўшлиғи ва бурун олди ён бўшлиқларнинг полиплари яхши сифати ўсмалар гуруҳига ҳеч қандай алоқаси йўқ, гарчи баъзида улар "Хавфсиз бурун ўсмалари" бўлимида дарсликларда нотўғри жойлаштирилган бўлса. Кўп сонли полиплар мавжуд бўлганда, "полипоз" атамаси қўлланилади, гарчи "кўп сонли полиплар" ва "полипоз" шартли равишда айтиладиган бўлса. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, "полипоз" атамаси полиплар сони 10 - 20 дан ошганда қўлланилиши керак. Баъзан сиз "бурун полипоз" атамасини учратишингиз мумкин, бу грамматик ёки "бурун полипоз" га тўлиқ мос келмайди, инглиз тилидаги адабиётларда кенг тарқалган ушбу касалликнинг таърифи «nasal polyposis» билан учраб туради. Аммо шунга қарамай, бизнинг фикримизча, ушбу этиопатогенетик шаклнинг энг тўғри номланиши "полипоз риносинусит" бўлади, чунки бу бурун олди ён бўшлиқлар ва биринчи навбатда ғалвирсиомн суякнинг лабиринт хужайралари бу локализациянинг дастлабки манбаи бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: Полипоид риносинусит, бурун бўшлиғи, бурун олди ён бўшлиқлари, яллиғланиш, полипоз, самарадорлик, касаллик.

Ислом Ёкубович ШАМАТОВ
Шерали Облакулович КОРЖАВОВ
Латофат Муродуллаевна КУРБАНОВА
Самаркандский государственный медицинский институт

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

АННОТАЦИЯ

Полипозные риносинуситы являются довольно распространенной, но как это ни странно, мало изученной патологией полости носа и околоносовых пазух. Само название «полип» (от греческого poly – много и pus – нога) – это собирательный термин, используемый для обозначения различных по происхождению патологических образований, возвышающихся над поверхностью слизистых оболочек органов желудочно-кишечного тракта, дыхательных и мочевых путей, матки. Полипы представляют собой довольно пеструю картину самых различных заболеваний, далеко не однородную в этиологическом, патогенетическом и морфологическом отношении от доброкачественных опухолей до гиперпластических образований аллергической или воспалительной природы. Поэтому искать каких-либо аналогий в этиологии и патогенезе полипов околоносовых пазух и, например, желудочно-кишечного тракта или мочевых путей бессмысленно. Полипозный риносинусит – заболевание совершенно самостоятельное, никоим образом не связанное с полипами других локализаций ни этиологически, ни морфологически, ни патогенетически. Полипы полости носа и околоносовых пазух не имеют никакого отношения к группе доброкачественных опухолей хотя иногда ошибочно в учебных пособиях их помещают в раздел «Доброкачественные опухоли носа». При наличии большого количества полипов применяют термин «полипоз», хотя граница между понятиями «множественные полипы» и «полипоз» условна. По мнению большинства исследователей, термином «полипоз» следует пользоваться тогда, когда количество полипов больше 10 – 20. Иногда можно встретить термин «полипоз носа», что не совсем верно грамматически или «носовой полипоз», как кальку с «nasal polyposis», наиболее распространенного в англоязычной литературе обозначения данного заболевания. Но все-таки, с нашей точки зрения, наиболее правомерным названием данной этиопатогенетической формы будет «полипозный риносинусит», так как именно околоносовые пазухи и в первую очередь клетки решетчатого лабиринта и являются местом локализации данного процесса.

Ключевые слова: Полипозный риносинусит, носовая полость, придаточные пазухи носа, воспаление, полипоз, эффективность, болезнь.

Islom Yokubovich SHAMATOV
Sherali Oblakulovich KORZHAYOV
Latofat Murodullaevna KURBANOVA
Samarkand State Medical Institute

EFFICACY OF CERTAIN TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH POLYPOSE RHINOSINUSITIS

ANNOTATION

Polypoid rhinosinusitis is quite common, but oddly enough, poorly understood pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses. The very name "polyp" (from the Greek poly - many and pus - leg) is a collective term used to refer to pathological formations of various origins, towering above the surface of the mucous membranes of the gastrointestinal tract, respiratory and urinary tract, and uterus. Polyps represent a rather variegated picture of a wide variety of diseases, far from homogeneous in etiological, pathogenetic and morphological terms from benign tumors to hyperplastic formations of an allergic or inflammatory nature. Therefore, it makes no sense to look for any analogies in the etiology and pathogenesis of polyps of the paranasal sinuses and, for example,

the gastrointestinal tract or urinary tract. Polypoid rhinosinusitis is a completely independent disease, in no way associated with polyps of other localizations, neither etiologically, nor morphologically, nor pathogenetically. Polyps of the nasal cavity and paranasal sinuses have nothing to do with the group of benign tumors, although sometimes they are mistakenly placed in the textbooks in the section "Benign nasal tumors". In the presence of a large number of polyps, the term "polyposis" is used, although the border between the concepts "multiple polyps" and "polyposis" is arbitrary. According to most researchers, the term "polyposis" should be used when the number of polyps is more than 10 - 20. Sometimes you can find the term "polyposis of the nose", which is not entirely correct grammatically or "nasal polyposis", like tracing paper with "nasal polyposis", the most the designation of this disease common in the English-language literature. But still, from our point of view, the most legitimate name for this etiopathogenetic form will be "polyposis rhinosinusitis", since it is the paranasal sinuses and, first of all, the cells of the ethmoid labyrinth that are the place of localization of this process.

Key words: Polyposis rhinosinusitis, nasal cavity, paranasal sinuses, inflammation, polyposis, efficacy, disease.

Долзарблғи. Сурункали полипоз риносинусит ҳозирги вақтда кенг тарқалган касалликлардан бири саналади, хусусан полипоз риносинусит бўйича мурожаатлар ҳар 10000 аҳолига 3,7 дан то 5,8 гача кўрсаткични ташкил этади. Бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари орасида бурун ва бурун ёндош бўшлиғи полиплари нисбатан кўп учрайди.

Полипоз риносинусит билан оғриган беморларни даволаш замонавий ринологиянинг ҳал қилинмаган муаммоларидан бири ҳисобланади: қўлланиладиган даво усуллариининг турлитуманлигига қарамасдан, беморларни соғайишига эришиш қийин бўлади, чунки касаллик қайталанишга мойил саналади. Полипоз риносинуситни келиб чиқиши ва ривожланиш назариялари орасида инфекция – аллергия аутоиммун, нерв – трофик кабилари бирмунча кенг тарқалган. Шунингдек сурункали риносинуситлар ва бурун, БЁБ полиплари ривожланишида бактериял, вирусли ва микотик сенсибилизациянинг роли ҳам ўрганилган.

Шу сабабли, бажарилган жаррохлик аралашувининг турига қараб, сурункали полипоз риносинусит билан оғриган беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш борасида саволлар юзага келади.

Ишнинг мақсади: шуларни ҳисобга олиб, ушбу патология мавжуд беморларни комплекс даволашнинг учта варинатини ишлаб чиқдик ва қўлладик.

Текширув манбалари ва усуллари. Биринчи гуруҳни 18 дан то 60 ёшгача бўлган 30 киши ташкил этди. 14 – нафари аёллар ва 16 нафари эркеклар. Беморларнинг 10 нафарида икки томонлама сурункали полипоз этмоидит диагностика қилинди, 10 нафар беморда у полипоз гайморит билан қўшилиб келганлиги аниқланди, 7 нафар бемор кишиларда полипоз этмоидит билан бир қаторда сурункали гипертрофик ринит, 3 нафарида эса бурун тўсиғи қийшайиши аниқланди. Касаллик 9 нафар беморда бирламчи, 21 нафарида эса – қайталанувчи характерда кечиб, жумладан 6 нафар беморда қайталаниш бир марта, 8 нафар беморда 2-3 марта, 7 нафар беморда эса 1-12 мартагача кузатилди. Барча беморларда икки этапли этмоидотомия бажарилди ва асосан маҳаллий яллиғланишга қарши, бурун ён бўшлиқлари соҳасига гипосенсибилизация таъсирот қўлланилди. Ушбу соҳанинг ўзига хос анатомик тузилишга эга эканлигини ҳисобга олиб, биринчи этапда оддий этмоидотомия бажарилди, 4-5 кун ўтгач эса эндоскоп назорати остида, максимал даражада полипоз тўқима қаердан ўсиб чиқиб келган бўлса, ўша катакча ва деворлардан синчковлик билан олиб ташланди (иккинчи этап). Операциядан кейинги даврда, операциядан кейинги риносинуситларни даволаш учун, очилган бўшлиқлар соҳасига интерлейкин-1-В (РАИЛ) рецептор антогонисти билан «хитоксин-гель» деб аталувчи гидрогел қопламаси қўлланилди, у эса яллиғланишга қарши ва антиаллергик таъсирга эга бўлган таркибни ўзида тутди: преднизалон, аминокaproн кислотаси, кальций хлорид, димедрол, каланхое шарбати. Кейинги кунда бурун ва БЁБдан тампонлар олиб ташлангач, этмоидал ва гаймор бўшлиқлар соҳасига 9% гидрокортизон малҳами билан ташқи фонофорез тайинланади ва у 5% кальций хлорид ва 1% димедрол эритмалари билан эндонозал

электрофорезусули билан алмашлаб борилади. Организм резистентлигини ошириш учун, натрий нуклеинат 20млдан кунора *per os* қўлланилди. Жами даво курси – 6 ой.

Иккинчи гуруҳни 21 дан 65 ёшгача бўлган 40 нафар бемор, жумладан аёллар 16, эркеклар 24 нафари ташкил этди. Уларнинг 13 нафарида икки томонлама сурункали полипоз этмоидит, 10 тасида гайморозтмоидит, 10 нафарида эса полипоз этмоидит билан бир қаторда сурункали гипертрофик ринит, бурун тўсиғи қийшайиши аниқланди. Беморларни 5 нафарида полипоз этмоидит ва гайморозтмоидит биринчи марта аниқланди, 35 нафар беморда эса касаллик қайталанувчи характер касб этиб, жумладан уларнинг 9 нафарида рецидив биринчи марта, 8 нафарида 2-3 марта, 11 нафарида 4-5 марта, 7 нафарида эса 6-10 марта такрорланганлигини айтиш мумкин. Ушбу гуруҳ беморларда этмоидотомия ва гайморозтмоидотомия амалга оширилди ва операциядан кейинги 4-5 кунларда, «КУА 02» аппарати ёрдамида биз томонимиздан ишлаб чиқилган криоапликация усулини қўллаб, операциядан кейинги бўшлиқ ва бурундаги полипоз ўзгарган шиллик қават қолдиқларининг криодеструкцияси амалга оширилди. Учинчи гуруҳга 67 ёшгача бўлган 30 киши киритилиб, уларни 16 таси аёллар ва 14 нафари эркеклар. Улардан 10 нафари полипоз этмоидит билан оғриганлиги аниқланди, 6 нафарида касаллик полипоз гайморит билан қўшилиб келганлиги, 9 нафар беморда полипоз гайморозтмоидит билан бир қаторда сурункали гипертрофик ринит, 5 нафар беморда эса бурун тўсиғи қийшайиши аниқланди. Беморларни 4 нафарида касаллик биринчи марта диагностика қилинган, 26 тасида эса қайталанувчи характерга эга бўлиб, жумладан 7 кишида рецидивлар биринчи марта аниқланган бўлса, 5 тасида 2-3 марта, 8 тасида 4-5, 6 тасида 10 марта, ва 1 нафарида 10 мартадан кўпроқ қайталанганлигини айтиш ўтиш мумкин.

Тадқиқот натижалари. Келтириб ўтилган клиник тафсивдан кўриниб турибдики, барча уч гуруҳ беморларда асосий касалликни кечиши ва бурун бўшлиғидаги йўлдош патологиянинг хусусиятлари деярли бир хилликни касб этди. Учинчи гуруҳ беморларда операциядан кейинги даврда парасимпатик нерв тизим реактивлигини пасайтириш, бурун шиллик қаватидаги аллергик ўзгаришларни пасайтириш, тўқима трофикасини яхшилаш мақсадида, ёноқ-қанотсимон ости йўли билан видиев нервнинг новокаинли блокадаси бажарилди. Бунинг учун проорбитал чизикнинг маркази белгилаб олинди, ва ушбу соҳадан инъекция амалга оширилди. Игна токи қанотсимон ўсиқнинг ташқи пластинкасига қадалгунга қадар атроф тўқимага (новокаинни узлуксиз киритишда) киритилади, сўнг у ярмигача ортга қайтарилади ва 12-19° бурчак остида олд томонга шундай йўналтириладики, бунда у видиев нерв ўтадиган қанот-танглай чуқурчасига тушиши керак, ва яна қадалиш юзага келгунча киритилади. Ҳар иккала томондан ҳам, 2% - 3-4 мл новокаин эритмаси юборилади. Барча гуруҳларда даволашдан кейинги узоқ муддатли натижалар 12-18 ойдан сўнг таҳлил қилинди. Қўлланилаётган даво усуллари самарадорлигини қиёсий баҳолаш учун 2 йиллик (2015-2017) архив маълумотлар таҳлили ўтазилди, полипоз этмоидит билан оғриган ва фақатгина жаррохлик усулида (этмоидотомия) даволанган 50 нафар беморнинг касаллик тарихлари ўрганилди, беморларда операциядан кейинги биринчи йилдаёқ қайталанишлар кузатилганлиги қайд этилди.

Биринчи гуруҳ беморларда фақат 36,6% ҳоллардагина касаллик қайталаниши юзага келди, жумладан 26,6% ҳолатда шиллик қаватлар полипоз ўзгарганлиги аниқланди, ва бу ҳолат биз томонимиздан қайталаниш жараёнининг дастлабки белгиси сифатида баҳоланди, ва 10% ҳолатларда бурундан нафас олишга халал бермайдиган – майда полиплар аниқланди. Иккинчи гуруҳда 44,8% кузатувларда полипоз жараён қайталаниши аниқланди, бунда 24,2% полипоз ўзгарган шиллик қават, 20,65% - бурун бўшлиғи ва операциядан кейинги юқори жағ бўшлиғидаги майда полиплар аниқланди. Бироқ, 2 йилдан кейин касаллик рецидивлари текширилганларнинг 48,3% да пайдо бўлди, жумладан бурундан нафас олишга халал бермайдиган майда полиплар – 22,2% ҳолларда аниқланди.

Биринчи гуруҳ беморларда микроб антигенлари ва полипоз тўқимага нисбатан организм сенсibiliзациясининг сезиларли пасайишганлиги, маълум бир вақт оралиғида улардаги полипоз гайморит қайталаниш кўрсаткичларининг бирмунча сезиларли камайишига

олиб келди. Рецидивлар сонининг камайишини, афтидан шу билан тушунтириш мумкинки, криодеструкция амалиёти бутун организм ва полипоз ўзгарган бурун бўшлиғи шиллиқ қавати юқори сезувчанлигини пасайтиради. Учинчи гуруҳдаги беморларда рекидивлар сонининг камайиши организмдаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, булар лейкоцитолит реакцияси намоён бўлишида ўз аксини топмайди.

Хулоса. Шундай қилиб, полипоз этмоидит ва гайморозтмоидитларни даволашда, биз томонимиздан таклиф этилаётган комплекс даво вариантлари касалликнинг қайталаниш кўрсаткичларини камайтиради. Бироқ, микроорганизм ва полипоз антигенларга нисбатан, бемор организмдаги сенсбилизацияси ўзгаришларининг динамикаси шуни тасдиқлайдики, операциядан кейинги даврда криодеструкция амалиёти ва яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлган дори воситаларни бурун бўшлиғи шиллиқ қаватига ультратовуш ва электрофорез йўли билан киритиш усуллари биргаликда олиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади. Эндоназал жаррохлик амалиётини ўтказган беморларда операциядан кейинги даврда, РАИЛ билан бирга «хитоксин-гель» жарохат қоплагичларни қўллаш, назал ажралмадаги цитокинлар миқдорини коррекция қилиш ва мос равишда ўткир маҳаллий яллиғланишни назоратга олиш имконини беради, бу эса ўз навбатида, субъектив белгиларни тезда ортга қайтиши, реактив белгиларни пасайиши ва госпитализация муддатларининг қисқаришига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Азнабаева Л.Ф. Иммунотерапия беталейкином в комплексном лечении больных гнойным риносинуситом с затяжным хроническим течением. // Методические рекомендации. - Санкт-Петербург, 2008. - 22 с.
2. Ахмедова С.М., Коржавов Ш.О. Антропометрические показатели физического развития у детей до 5 лет в самаркандской области // InterConf. – 2020.
3. Варюшина В.Е. и др. Изучение механизмов местного и иммуностимулирующего действия интерлейкина-1В. Повышение продукции противовоспалительных цитокинов в очаге воспаления под влиянием интерлейкина-1В. // Иммунология-2001-Т 7№3-стр 67-73
4. Гуломов З.С., Симбирцев А.С., Варюшина Е.А. Иммунотерапия в оториноларингологии. //Аллергология и иммунология. - 2006. - Т. 7. - №3. - С. 285.
5. Исламов Ш.Э., Шаматов И.Я., Шодиев А.Э., Шербеков Б.Э. Дефекты оказания медицинской помощи в практике оториноларингологии.// «Достижения науки и образования ISSN 2413-2071 N 4(2020/58) V.50-53
6. Карпищенко С.А., Рабова М.А., Шумилова Н.А. «Сравнительная оценка биологических эффектов лазерного излучения, радиоволновой аппаратуры и электроножа «Folia Otorhinolaringologiae et Parhlogiae Respiratoriae» // - 2011 у. -vol.17. №2-С. 55-64
7. Колбанова Н.Г. «Эффективность комплексного лечения полипозного и полипозно-гнойного риносинуситов у больных бронхиальной астмой»: // автореферат.дисс... кан.мед.наук, - М 2006-25с
8. Лавреиова Г.В., Симбирцев А.С., Тараканова Е.Н. Роли фагоцитов в неспецифическом клеточном иммунитете у больных гнойным риносинуситом. //Российская оториноларингология. - 2009. - №3. - С. 76-80.
9. Хусанов Э. У., Ортикбаева Н. Т., Коржавов Ш. О. Апудоциты пилорической части желудка при действии химических средств защиты растений. //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 11 (65).
10. Шаматов И.Я., Хушвакова Н.Ж., Бурханов У.М. Эндоскопическая ультразвуковая дезинтеграция при гипертрофическом рините с одновременной коррекции устья слуховых труб. // Биология ва тиббиет муаммолари – N 3 (111) 2019 –Р.143-144.
11. Шаматов И.Я. Применение фонофареза новокаина при лечение хронического риносинусита «Профилактик тиббиетда юкри инновацион технологияларни куллаш» мавзусидаги республика илмий-амапrrrrpлий анжумани материаллари. 2020г –С.313

12. Шарипова Э.Р., Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф. Перспективы применения рекомбинантных цитокинов в лечении гнойных риносинуситов. //Российская ринология. - 2009. - №2. - С.23-24
13. Asaka Daiya Nobuyoshi Risk factors for complications of endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis / Daiya Asaka, Tsuguhisa Nakayama, Ta-kanori Hama [et al.] //American J. of Rhinology & Allergy, V. 26 (1), 2012 , p. 61-64(4).
14. Chobillon M.A. What are the advantages of the endoscopic canine fossa approach in treating maxillary sinus aspergillomas? / M.A. Chobillon, R. Jankowski //Rhinology. - 2004. - V. 42(4). - P.230-235.
15. Lennard C.M. Interleukin-1 beta, interleukin-5, interleukin-6, inter-leukin-8, and tumor necrosis factor-alpha in chronic sinusitis: response to systemic corticosteroids / C.M. Lennard, E.A. Mann, L.L. Sun [et al.] // Am. J. Rhinol. -2000. - V. 14 (6). - P. 367-373.