УДК: 616.216-089.85

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҚЛАРИ КИСТОЗ ЎЗГАРИШЛАРИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ СОЛИШТИРМА ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Хайитов Алишер Атхамович, Насретдинова Махзуна Тахсиновна
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Хайитов Алишер Атхамович, Насретдинова Махзуна Тахсиновна
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SURGICAL TREATMENT OF CYSTS OF THE MAXILLARY SINUS

Khayitov Alisher Atkhamovich, Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: luna1088@mail.ru

Резюме. *Юқори жағ бушлиғининг кистозли ўзгаришлари кўпинча шилимшиқ чиқарадиган безнинг чиқиши тиқилиб қолиши ва шиллиқ қаватнинг шишиши натижасида юзага келади. Максиллар синус кистозли ўзгаришлари билан беморларни даволашда танлаш усули жарроҳлик бўлиб қолмоқда. Ринологияда хирургик аралашув усулларини сақлаб қолиш тобора кўпроқ қўлланилади, унинг шикастланиши деярли бурунниг анатомик тузилмалари, параназал синуслар ва уларнинг физиологик функтсияларини шакллантиришга таъсир қилмайди. Биз порт қўлланмасини фойдаланиб, остиомеатал комплекси бутун тузилмалари билан, пастки бурун ўтиш орқали махиллер синус кист нозик ендонасал олиб ташлаш техникаси қўлланилади. Биз таклиф қилган жарроҳлик аралашуви бу синусда радикал жарроҳликдан кўра осонроқ муҳосаба қилинади. Беморларнинг касалхонада қолиш муддати 2 кундан 5 кунгача бўлган.*

Калит сўзлар: *Сурункали синусит, юқори жағ бушлиғи кистозли ўзгаришлари, порт- қўлланмаси.*

Abstract: *Maxillary sinus cysts most often result from a blockage of the mucus-secreting gland and swelling of the mucous membrane. The method of choice in the treatment of patients with a cyst of the maxillary sinus remains surgical. In rhinology, sparing methods of surgical interventions are increasingly used, the atraumatic nature of which practically does not affect the further formation of the anatomical structures of the nose, paranasal sinuses and their physiological functions. We applied the technique of sparing endonasal removal of the cyst of the maxillary sinus through the lower nasal passage, with intact structures of the ostiomeatal complex, using a port guide. The gentle surgical intervention we have proposed is easier to tolerate than radical surgery on this sinus. Patients stayed in the hospital for 2 to 5 days.*

Keywords*: Chronic sinusitis, maxillary sinus cysts, port guide.*

Юқори жағ бўшлиғининг кистозли ўзгаришлари кўпинча шилимшиқ чиқарадиган безнинг чиқиши тиқилиб қолиши ва шиллиқ қаватнинг шиши натижасида юзага келади. Шу билан бирга шилимшиқнинг тўпланиши туфайли у катталашади, юқори жағ бўшлиғининг суяк деворини юпқалаштиради (кўпроқ орбитал девори). Тишларнинг ривожланиши бузилганда киста ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда унда ретенцион тиш топилади.

Кўпинча кисталар юқори жағ бўшлиғининг пастки деворида жойлашган. Клиник жиҳатдан, у доимий бош оғриғи, юқори жағ бушлиғи сохада ва пешонада оғирлик ҳисси, тишлардаги оғриқ билан намоён бўлади. Ушбу касалликнинг асосий ташхис усули одатда синуснинг икки проекцияда кўп сонли компютер томографияси (МСКТ) ёки паранасал синусларнинг рентгенографиясидир, бундапастки деворида жойлашган юмалоқ, чегараси аниқ соя аниқланади.

Юқори жағ бўшлиғининг кистозли ўзгаришлари билан беморларни даволашда танлаш усули жарроҳлик усули долзарб қолмоқда. Шу билан бирга, 7 ёшдан кейин болалар юз скелети суякларининг сезиларли даражада ўсиши ва бу даврда уларга жарроҳлик

аралашуви тавсия қилинмайди. Бундан ташқари, Юқори жағ бўшлиғидаги радикал жарроҳлик бурунниng физиологик функциялари, васкуляризация ва шиллиқ қаватининг трофикаси бузилишига олиб келади. Юқоридагиларга хисобга олган холда ринологияда хирургик аралашувларнинг тежамкор усуллари тобора кенг қўлланилаябти, атравматик усуллар деярли бурун, параназал синусларнинг анатомик тузилмаларининг янада тикланишига ва уларнинг физиологик функсияларига таъсир кўрсатмайди. Бу усуллар ўз вазифаларини тиклаш мақсадида органлар ва тўқималарнинг сақланишини ўз ичига олади. Бошқа нарсалар билан бир қаторда, Юқори жағ бўшлиғининг эндоназал очилиши асоратлардан қочиш имконини беради.

Тадқиқот мақсади Юқори жағ бушлиғи кситалари диагностикаси ва жаррохлик даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот усуллари Биз 18 ёшдан 75 ёшгача бўлган 139та касаллик давомийлиги 2 йилдан 5 йилгача бўлган юқори жағ бушлиқининг кистозли ўзгаришлари билан беморларни кузатдик. Барча беморлар операция олдин бош оғриғи, бурун орқали нафас қийинлигига, иштаха пастлигига, холсизликка шикоятлар билан мурожат қилган. Беморлар ташхиси компютер томографияси билан тасдиқланган.

Биз порт-қўлланмасидан фойдаланиб, пастки бурун йули орқали юқори жағ бушлиғи кисталарни тежамкор эндоназал олиб ташлаш техникаси қўлланилди.

Пациентлар маҳаллий анестезия остида ўтирган ҳолатда операция қилинди: бурун шиллиқ қаватини адреналин эритмаси билан анемизация ва пастки бурун чиғаноғининг олдинги ва ўрта қисмларида 2% новокаин ва 2 % лидокаин эритмаларини қуллаш орқали қилинди. Пастки чиғаноқлар гипертрофиясида унинг сублуксацияси амалга оширилди.

Пастки бурун чиғаноғини синдириб кўтаргандан сунг пастки бурун йулининг латерал деворида аввал суякгача L-симон кесим килинди, кесим пастки чиғаноқнинг олдинги қиррасидан 0.5-10 мм ташлаб буйига 0.5 см. ва узунлиги 1.0 см ташкил қилди. Пастки чиғаноқнинг қиррасига параллел равишда орқага давом этди. Распатор билан юмшоқ т уқималар ажратилгандан кейин бор билан юқори жағ бушлиғига диаметри 0.5 га 1.0 см. йул очилди. Яратилган тешикка порт-ўтказгич киритилган бўлиб, у орқали синус бўшлиғини текшириш учун оптикаси 0^0, 30^0 ли ва 2,7 мм. диаметри эндоскоп ва кистани олиб ташлаш учун шейвер киритилган.

Операция майдонига синтомициннинг 5% линимент билан тампон қуйилди. Кейинги куни тампон олиниб ва адреналин 0,1% эритмаси билан бурун шиллиқ қаватини анемизациясидан кейин ҳосил бўлган аппертура орқали юқори жағ бушлиғи илиқ изотоник натрий хлорид, фурацилин эритмаси билан ювилди. Айрим холларда ювиш такрорланди. Беморларга вазоконстриктор томчиларини бурунга томизиш, умумий мустаҳкамловчи ва иммунокорректив терапия буюрилди. Оператив жараён 15-20 минут давом этди.

Тадқиқот натижалари Биз жаррохлик амалиётини утказган беморларнинг ҳаммаси операцияни яхши ўтказган, операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмаган, улар 3-5-куни касалхонадан, амбулатор беморлар эса 3-6 соатдан кейин жавоб берилди. Юқори жағ бушлиғи эндоназал очилишидан -1,3 ва 6 ой, 1 ва 3 йил ўткандан кейинги кузатишларда, синусларда патологик ўзгаришларни рентгенологик текширишда қайд этилмади, бош оғриғи кузатилмади, бурун нафас олиши эркинлашди, бурун бўшлиғида ажралма чиқиши кузатилмади.

Хулоса Биз таклиф қилган жарроҳлик аралашуви синусда радикал жарроҳликдан кўра осонроқ муҳосаба қилинади. Операциядан кейинги даврда ёноқ ва оғриқ синдромининг шиши кузатилмайди. Таклиф қилинган порт-қулланмаси бир вақтнинг ўзида жаррохнинг икки қўли билан ишлаш учун қулайлик беради, ва биз қуллаган усул яхши клиник самарадорлик кўрсатди. Бу пастки бурун йўлининг шиллиқ қаватига шикаст етказмаслигини ва беморларнинг касалхонада операцсиядан кейинги вақтини қисқартиришга имкон берди.

Адабиётлар:

1. Гурьев И.С., Завьялов Ф.Н., Елькова С.Г. и др. Удаление кист из верхне-челюстной пазухи под эндоскопическим контролем. Рос.ринология-1998. №2.-С.65
2. Гурьев И.С., Пискунов В.С. Анатомические особенности среднего носового хода у больных с кистами верхнечелюстной пазухи «Современные проблемы аудиологии и ринологии».-Материалы науч.-практ.конф.-Курск, 2000.-С.104-105
3. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Зайратьянц О.В., Товмасян А.С., Арзамазов С.Г., Горовая Е.В., Федоткина К.М. Анатомические и гистологические особенности состояния структур остиомеатального комплекса у больных с кистозным поражением верхнечелюстной пазухи. Российская оториноларингология. 2016;(2):60-65.
4. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Товмасян А.С., Арзамазов С.Г., Горовая Е.В., Федоткина К.М. Анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстной пазухи. Российская ринология. 2016;249(3):3-5.
5. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А., Салимова Ш. С. Совершенствование диагностики различ-

ных форм грибковых риносинуситов //Вестник врача. – С. 27.
6. Насретдинова М.Т., Кодиров О. Н., Хушвакова Н. Ж. Совершенствование топической диагностики и комплексной реабилитации у детей //Инновационные технологии в медицине детского возраста Северо-Кавказского федерального округа. – 2017. – С. 219-223.
7. Насретдинова М.Т., Хайитов А.А.Наша тактика при хирургическом лечении кистозных поражений гайморовых пазух // Вестник врача. – С. 71-75.
8. Щеглов А.Н., Козлов В.С. NBI эндоскопия в диагностике заболеваний
ЛОР органов// Российская ринология-2010.-№3. - С. 52.
9. Хайитов А. А. и др. Оптимизация одноэтапной санации носоглотки и барабанной полости при рецидивировании экссудативного среднего отита //Актуальные научные исследования в современном мире. – 2018. – №. 1-8. – С. 81-84.
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.Хайитов А.А., Насретдинова М.Т. Важные аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения хронического кистозного гайморита // Проблемы биологии и медицины- 2020. №2(118)-С.213-216
12.Хрусталева Е.В., Чанцева Т.И Варианты патологических проявлений кистозного гайморита на основании данных обзорной рентгенографии и данных компьютерной томографии Материалы XVIII съезда оториноларингологов России.-С.-Петербург.-2011.-С.296-297.
13.Эгамов С.Н., Хушвакова Н.Ж., Хайитов А.А. Совершенствование комплексного лечения хронического гипертрофического ринита //Интермедикал. – 2014. – С. 46.
14. Karabayev H.E. et all. Immunomodulatory therapy in the complex treatment of chronic cystic sinusitis //Central asian journal of medical and natural sciences Volume: 01 Issue: 01 | March 2020
15.Xayitov A.A. Immunological parameters in patients with chronic cystic sinusitis //Journal of critical reviews VOL 7, ISSUE 17, 2020

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Хайитов АА., Насретдинова М.Т.

Резюме. *Кисты верхнечелюстной пазухи чаще всего возникают в результате закупорки выводного отверстия железы, выделяющей слизь, и отёчности слизистой оболочки. Методом выбора при лечении больных с кистой верхнечелюстного синуса остается хирургический. В ринологии все шире используются щадящие методы хирургических вмешательств, атравматический характер которых практически не влияет на дальнейшее формирование анатомических структур носа, околоносовых пазух и их физиологические функции. Мы применили методику щадящего эндоназального удаления кисты верхнечелюстного синуса через нижний носовой ход, при интактных структурах остиомеатального комплекса, с использованием порт-проводника. Предложенное нами щадящее хирургическое вмешательство переносится легче, чем радикальная операция на этом синусе. Срок пребывания больных в стационаре составил от 2 до 5 дней.*

Ключевые слова *Хронический синусит, кисты верхнечелюстного синуса, порт-проводник.*