

scientific works "YOUTH IN SCIENCE: NEW ARGUMENTS" Russia, Lipetsk, November 10, 2016 pp. 82-85.

15. Mavlyanov I.R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: mechanism of action, the search for new effective and safe drugs.

Medical journal of Uzbekistan. -2002.№1. S.94-97.

16. . Nasonov E.L Stomach damage associated with the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs//Clin.Med. 2000. T.78. №3. S. 4-10.

17. Devineni, S.R., Golla, M., Chamarthi, N.R., Meriga, B., Saddala, M.S., Asupathri, U.R. 2-Amino-2,3-dihydro-1H-2λ5-[1,3,2]diazaphospholo[4,5-b]pyridin-2-one-based urea and thiourea derivatives: Synthesis, molecular docking study and evaluation of anti-inflammatory and antimicrobial activities //(2016) Medicinal Chemistry Research, 25 (4), pp. 751-768. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?id=2-s2.0-84959549710&doi=10.1>

18. 007%2fs00044-016-1518-x&partnerID=40&md5=DOI: 10.1007/s00044-016-1518-x

19. Moneer, A.A., Mohammed, K.O., El-Nassan, H.B. Synthesis of Novel Substituted Thiourea and Benzimidazole Derivatives Containing a Pyrazolone Ring as Anti-Inflammatory Agents. (2016) Chemical Biology and Drug Design, 87 (5), pp. 784-793.

20. Khodjieva D. T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Clinical and neuroimaging diagnostics of syringomyelia associated with Chiari malformation. International Journal of Pharmaceutical Research. 2021. P. 2418-2415

УДК: 616.211/.216-072.1-053.2

ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙИ ТУҒМА КЕМТИКЛИ БОЛАЛАРДА БУРУН БЎШЛИҒИ ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ПАТОЛОГИЯСИНИ ЭНДОСКОПИК ТАШХИСЛАШ

Маҳкамova Н.Е.¹, Набиева Ж.М.², Якубджанов Д.Д.¹

¹Тошкент давлат стоматология институти, Оториноларингология кафедраси, ²ТТА
кўп тармоқли клиника маслаҳат поликлиникасининг
ЛОР касалликлар ва сурдалогия бўлими шифокори

Мазкур ишда юқори лаб ва танглайи туғма кемтикли болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини туғма нуқсонни жарроҳлик йўли билан даволаш босқичларида эндоскопик текшируви ўтказилган ва ҳар бир босқичдаги ҳолати батафсил ўрганилган. Бу ўз ўрнида бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги патологик жараёнларни эрта босқичларда аниқлаш ва реабилитация муваффақиятни оширади.

Калит сўзлар: бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари, эндоскопия, юқори лаб ва танглайи туғма кемтиги, болалар

В данной работе было проведено подробное эндоскопическое исследование полости носа и придаточных пазух носа у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба на этапах хирургического лечения врожденных пороков для определения влияния, данного аномалия на развития патологии в этих органах. Это, в свою очередь, увеличивает успешность раннего выявления и реабилитации патологических процессов в полости носа и придаточных пазух носа.

Ключевые слова: носовая полость, придаточный пазухи носа, эндоскопия, врожденная расщелина верхней губы и неба, дети.

Туғма юқори лаб ва танглай кемтикли (ТЛТК) болалар сонининг ўсиб бораётганини ҳисобга олиб, турли ихтисосликдаги шифокорларнинг ушбу контингентни даволаш ва реабилитация қилишга қизиқиши йилдан-йилга ортиб бормоқда. Ҳозирги вақтда бундай аномалияли болаларни олиб бориш алгоритмлари асосан юз-жағ жарроҳлари учун ишлаб чиқилган ва ЛОР аъзоларининг патологиясига эса эътибор кам. ТЛТКли болаларнинг

муаммоларига бағишланган бир нечта нашрларда ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб ва болаликнинг барча даврларида ЛОР аъзоларидаги сезиларли ўзгаришлар тасвирланган. Бу шуни кўрсатадики, юз-жағ жарроҳлари томонидан амалга ошириладиган туғма нуқсонларни жарроҳлик йўли билан бартараф қилиш ЛОР аъзолари патологияси муаммосини тўлиқ ҳал этмайди ва амбулатор шифокорларини ушбу контингентдаги болаларнинг патогенезини тушунмасликлари уларни олиб бориш тактикасини нотўғри танлашга олиб келади.

Турли ёш даврларида ТЛТК бўлган болаларда ЛОР аъзоларининг ҳолатини батафсил ўрганиш ва туғма нуқсонларни жарроҳлик йўли билан даволаш босқичларини уларнинг ҳолатига таъсирини аниқлаш бундай аномалияли болаларни текшириш, касалликни эрта босқичларда аниқлаш ва реабилитация муваффақиятни оширадиган адекват даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш имконини беради.

Шу муносабат билан, тадқиқотимизнинг мақсади ТЛТКли болаларда туғма нуқсонни жарроҳлик даволашнинг ҳар бир босқичидан олдин ва кейин бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларининг ҳолатини ўрганиш бўлди.

Текширув ишига 1 ойдан 18 ёшгача бўлган ТЛТК билан касалланган 78 нафар бемор (45 ўғил ва 33 қиз) киритилди, уларни текшириш ва даволаш ТТА клиникасининг ЛОР касалликлари бўлими ва ТДСИ болалар жарроҳлик стоматологияси бўлимларида 2018 йил сентябрдан 2021 йил майгача бўлган даврда амалга оширилди.

Жадвал 1

ТЛТКли болаларни туғма нуқсонни жарроҳлик даволаш амалиётини ўтказиш муддатлари

Жарроҳлик даволаш турлари	Жарроҳлик амалиёти ўтказилган боланинг ёши
Бирламчи хейлоринопластика	1,5-2 ой
Юмшоқ танглай паластикаси	6 ой
Қаттиқ танглай паластикаси	12 ой
Юқори жағ алвеолар ўсиғи остеопластикаси	8 ёш
Иккиламчи хейлоринопластика (ИХРП)	13 ёш

Чегараланган танглай кемтикли болалар туғма нуқсонни жарроҳлик даволашнинг баъзи босқичларини (бирламчи хейлоринопластика, юқори жағнинг алвеоляр ўсиғининг остеопластикаси, иккиламчи хейлоринопластика) ўтказишга ҳожат йўқ эди, аммо бу болаларни ЛОР аъзолари ҳолатини динамикада баҳолаш учун барча гуруҳлар киритилган.

Жадвал 2

Текширувдан ўтган болаларни гуруҳлар бўйича тақсимлаши

№ гуруҳлар	бемор ёши	кемтик турлари			ЖАМИ
		БТК *	ИТК **	ЧТК ***	
I	1 ойдан 4 ойгача	6 (45%)	2 (17,5%)	5 (37,5%)	13(100%)
II	8 ойдан 11 ойгача	4 (30%)	1 (12,5%)	8 (57,5%)	13(100%)
III	1,5ёшдан 7 ёшгача	6 (36%)	2 (10%)	9 (54%)	17(100%)
IV	8 ёшдан 12 ёшгача	7 (50%)	1 (7,5%)	6 (42,5%)	14(100%)

V	13 ёшдан 17 ёшгача	6 (42,5%)	2 (17,5%)	5 (40%)	13(100%)
VI	3 ёшдан 7 ёшгача	ЯТК **** (n= 8 (100%))			8(100%)

*БТК – бир томонлама тўлиқ танглай кемтиги; **ИТК – икки томонлама тўлиқ танглай кемтиги; ***ЧТК – чегараланган танглай кемтиги; ****ЯТК – яширин танглай кемтиги.

Текшириш усуллари.

- клиник (анамнез йиғиш, умумий кўрик, катамнез кузатувлар);
- инструментал (бурун бўшлиғи эндоскопияси (HEINEMANN MEDIZINTECHNIK, Германия) ва қаттиқ оптика (KARL STORZ, Германия) турли кўриш бурчаги билан 0°, 30°, 45°, 70°; диафаноскопия);
- нур текширувлари (бурун ёндош бўшлиқлари компьютер текшируви).

Текширув натижалари:

I гуруҳ болаларини текшириш натижалари (n=13). Трансназал ва трансорал (танглай ёриғи орқали, оғриқсиз ва минимал инвазив) усуллардан фойдаланган ҳолда қаттиқ (турли кўриш бурчаклари билан) оптика ёрдамида эндоскопик текширув ўтказдик.

Бурун бўшлиғининг трансорал эндоскопиясининг мутлақ кўрсатма бўлиб бурун бўшлиғи тузилмаларини текширишга тўсқинлик қиладиган бурун тўсиғининг олдинги бўлимидаги кўпол қийшайишлар ҳисобланади. Бирламчи ҳейлоринопластикани ўтказишдан олдин беморларда иккала усулнинг натижаларини таққослаб кўрганимизда бурчаги 45° ва 70° бўлган қаттиқ эндоскопдан фойдаланган ҳолда ўтказилинган трансорал текширув усулнинг объективлигини (трансназалга алтернатив сифатида) кўрсатди.

Бирламчи ҳейлоринопластикадан олдин ТЛТКли болаларда ташқи бурун ва бурун бўшлиғи тузилмаларини баҳолаш бир ва икки томонлама тўлиқ танглай кемтикли барча болаларда ташқи бурун деформацияси аниқланди - кемтик томонида бурун қанотининг текисланиши, унинг асосини ташқи ва пастга силжиши ва бурун учининг кемтик томон силжиши билан деформацияси; бир томонлама тўлиқ танглай кемтиги бўлган барча болаларда - бурун тўсиғининг кемтикка қарама-қарши йўналишда қийшайиши; бурун тўсиғининг “S” шаклидаги қийшиқлиги; икки томонлама тўлиқ танглай кемтиги бўлган 2 (100%) беморда ва чегараланган танглай кемтиги бўлган 2 (40%) беморда кузатилган, қолганларида бурун тўсиғи ўртада жойлашган. Танглайда кемтик мавжудлиги ва аралаш нафас олиш, оғиздан бурун бўшлиғига овқатни ўтиши, ушбу гуруҳдаги барча беморларда ринитнинг сабаби бўлган.

Бир ва икки томонлама тўлиқ танглай кемтиги бўлган болаларда ҳаётининг 1,5 ойлигида амалга оширилган бирламчи ҳейлоринопластикадан сўнг 2 ойдан 4 ойликкача I гуруҳдаги беморларни текширишда аниқ ўзгаришлар фақат ташқи бурун томонида кузатилганлиги аниқланди.

II гуруҳ болаларини текшириш натижалари (n=13). Чегараланган, бир ва икки томонлама тўлиқ танглай кемтикли болаларни 6 ойлик даврида юмшоқ танглайнинг пластик жарроҳлик амалиёти ўтказилди, бунда юмшоқ танглай мускулларини ёнма-ён кўйиш ва ҳалқум ҳалқасини ҳосил қилиш таъминланади.

Бурун бўшлиғини трансорал эндоскопик текширувда ўтказилганда аралаш нафаснинг давом этиши, бурун бўшлиғига озиқ-овқат тушиши, бурун бўшлиғи ва юқори нафас йўллариининг шиллиқ қаватида яллиғланиш белгилари аниқланди.

III гуруҳдаги болаларда (n=17) бурун бўшлиғи ва бурун ҳалқумнинг эндоскопик текшируви (трансназал усулига мувофиқ) қаттиқ танглайни пластикадан кейин 1,5 ёшдан 7 ёшгача бўлган даврда ўтказилди. Бирламчи ҳейлоринопластикадан кейин ташқи буруннинг қолдиқ деформацияси ва бурун даҳлизининг чандиқли торайиши учта (50%) бир томонлама танглай тўлиқ кемтикли болалар ва икки томонлама танглай тўлиқ кемтиги бўлган барча болаларда (2, 100%) сақланиб қолганлиги аниқланди.

Бурун тўсиғининг ҳолати олдинги ҳолатини сақлаб қолди. Бир томонлама танглай тўлиқ кемтиги бўлган болаларда бурун тўсиғининг қийшиқлиги тескари томонга йўналган. Танглай кемтигини пластикаси, оғиз ва буруннинг ажралиши туфайли ринит билан оғриган беморларнинг сони сезиларли даражада камайди (100% дан 22% гача).

IV гуруҳга киритилган 8 ёшдан 12 ёшгача бўлган беморларни текшириш натижалари (n=14). Юқори жағнинг алвеоляр ўсиғини остеопластика қилишдан олдин биз бурун тўсиғини қийшайиши ва сурункали вазомотор, гипертрофик ринитни бир томонлама танглай тўлиқ кемтикли барча болаларда (7, 100%), чегараланган танглай кемтикли болаларни 2тасида (33,33%) ташхис қўйдик. Бир ва икки томонлама танглай тўлиқ кемтикли болалар учун операциядан олдинги тайёргарлик сифатида ўтказилган бурун ёндош бўшлиқларининг КТ текшируви натижасига кўра, биз бир томонлама тўлиқ танглай кемтикли 3 (42,86%) болада юқори жағ бўшлиғида кисталарни; 2 (28,6%) болада юқори жағ бўшлиғининг полипоз синусити (гистологик текширув билан тасдиқланган) аниқладик. Бир томонлама танглай тўлиқ кемтикли болаларни тўрттасида (57,14%) ўрта бурун чиғаноғи олдинги учининг пневматизациясини (*concha bullosa*) кучайиши ва уларнинг 3 тасида (42,86%) бурун тўсиғининг қийшайиши ҳамда анамнезда такрорланувчи гаймороезмодит ташхисланган. Чегараланган танглай кемтиги бўлган 3та (50%) болада ўрта бурун чиғаноғининг олдинги учининг пневматизациясининг (*concha bullosa*) кучайиши кузатилди, уларнинг 2 тасида юқори жағ бўшлиғининг кистаси аниқланди. ГЛТКли барча болаларда бурун тўсиғи суяк тўқимасини орқа қисмида ривожланмаганлиги (қисқарган) аниқланди, бу бурун тўсиғини жарроҳлик даволашни режалаштиришда ҳисобга олиниши керак. Чегараланган танглай кемтиги бўлган 1 (16,67%) болада танглай нуқсон ва унга алоқадор ринит шаклланган. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларнинг патологияси бўлган бир ва икки томонлама танглай тўлиқ кемтиги бўлган барча болалар, кўрсатмаларга кўра, юқори жағ алвеоляр ўсиғининг суяқларини пластикаси билан бир вақтда жарроҳлик муолажасида: септопластика ва пастки бурун чиғаноқларининг вазотомияси (бир томонлама танглай тўлиқ кемтиги билан 6 болаларда, 85,7%, икки томонлама танглай тўлиқ кемтиги билан 1 болада, 100%), ўрта чиғаноқни (*concha bullosa*) резекция қилиш (бир томонлама танглай тўлиқ кемтикли 3 бола, 42,86%) ўтказдик.

Юқори жағнинг алвеоляр ўсиғини остеопластика қилишдан сўнг бир томонлама тўлиқ танглай кемтикли 6 (85,7%) болада ва икки томонлама тўлиқ танглай кемтиги билан 1 нафар (100%) болада турли даражадаги бурун дахлизининг торайиши, чандикли деформацияси ва бир ёки икки томондан бурун қанотнинг ўлчами пасайиши аниқланган. Бир ва икки томонлама тўлиқ танглай кемтиги ва бурун тўсиғининг қийшайиши бўлган болалар сони камайди (3 киши, 37,5%), чунки бурун тўсиғини коррекцияси юқори жағ алвеоляр ўсиғи суягининг пластика қилиш билан бир вақтда амалга оширилган эди.

Чегараланган танглай кемтикли болаларда юқори жағнинг алвеоляр ўсиғини остеопластика қилинмаслигини ҳисобга олиб, алоҳида жарроҳлик муолажа сифатида бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқларидаги патологияларини даволаш амалга оширилди.

13 ёшдан 17 ёшгача бўлган (V гуруҳ, n=13) беморларда иккиламчи хейлоринопластикадан сўнг ташқи бурун ва бурун бўшлиғи тузилмаларини текширишда ташқи бурун шаклининг сезиларли яхшиланишини, бир ва икки томонлама танглай тўлиқ кемтикли болаларда бурун тўсиғи қийшайиши ва сурункали вазомотор ринит билан оғриган беморлар сонининг камайишини аниқладик. Бу иккиламчи хейлоринопластика билан бир вақтни ўзида септопластика ва пастки чиғаноқларнинг вазотомияси бажариш билан боғлиқ деб ҳисоблаймиз. Бир томонлама ва икки томонлама тўлиқ танглай кемтиги билан оғриган болаларда V босқич жарроҳлик даволашдан олдинги тайёргарлик сифатида амалга оширилган бурун ва бурун ёндош бўшлиқларнинг КТ текшируви натижасида аниқланган бурун (*concha bullosa*) ҳамда бурун ёндош бўшлиқлари (кисталар, полиплар) билан боғлиқ муаммолар, иккиламчи хейлоринопластика пайтида бартараф қилинди.

Чегараланган танглай кемтиги бўлган болаларда бурун тўсиғи олдинги ҳолатда қолди, чунки уларга жарроҳлик даволашнинг IV ва V босқичлари ўтказилмади. Юқори жағ

алвеоляр ўсиғини остеопластикасига ва иккиламчи хейлоринопластика учун кўрсатмалар йўқлигини ҳисобга олган ҳолда, бурун тўсиғини коррекцияси режаштирилган тартибда алоҳида жарроҳлик амалиёти сифатида амалга оширилди. Чегараланган танглай кемтиги ва бурун тўсиғининг қийшиқлиги бўлган 1 (20%) беморда полипоз гайморэтомидит аниқланган.

Хулоса: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ташқи буруннинг деформацияси, бурун тўсиғининг қийшиқлиги ва ринит бир ва икки томонлама юқори лаб ва танглайни тўлиқ кемтиги бўлган барча болаларда мавжуд. Буруннинг шакли бирламчи хейлоринопластикадан кейин тикланади. Вело- ва уранопластикадан сўнг ринит билан касалланиш (85,5% дан 22% гача) камаяди, лекин бурун тўсиғининг қийшиқлиги бўлган беморларнинг фоизи юқориликча қолмоқда (60%). ТЛТК бўлган барча болаларда орқа қисмларда димоғ суягининг қисқариши мавжуд. Юқори жағнинг алвеоляр ўсиғини остеопластика қилиш ва бир вақтнинг ўзида септопластика ҳамда иккиламчи хейлоринопластика бурун тўсиғини қийшайиши бўлган болаларнинг фоизини (37,5%) камайтиради.

Литература/Адабиётлар /References

1. Абдураимов З.К., Махкамова Н.Э. Қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг туғма кемтиклариди ЛОР аъзолари патологияси // Сборник 2-ой научно-практической конференции «Дни молодых ученых» Ташкентского Государственного стоматологического института. 26 апреля 2016 года. С. 67-68.

2. Махкамова Н.Э. “Совершенствование методов диагностики и лечения тугоухости у детей с врожденной расщелиной неба” // Монография Ташкент. 2018, 195с.

3. Олимжонов Т.А., Эшбадалов Н.Х., Махкамова Н.Э. Состояние носовой полости и придаточных пазух носа у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Сборник научно-практической конференции “Дни молодых ученых” посвященный году Поддержки активного предпринимательства, инновационных идей и технологий. Ташкент -2018, С. 250-251

4. Bluestone C.D., Otteson T.D. Comprehensive Cleft Care. 2nd ed. CRC Press; 2016. Hearing disorders and middle ear disease in patients with cleft. Chapter 32. from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536984/> 2021.

5. Heidsieck D.S., Smarius B.J., Oomen K.P., Breugem C.C. The role of the tensor veli palatini muscle in the development of cleft palate-associated middle ear problems. Clin Oral Investig 2016;20(7):1389–401 doi: 10.1007/s00784-016-1828-x

6. Logjes RJH, van den Aardweg MTA, Blezer MMJ et al (2017) Velopharyngeal insufficiency treated with levator muscle repositioning and unilateral myomucosal buccinator flap. J Cranio Maxillofac Surg. 10.1016/j.jcms.2016.10.012

7. Park T.S., Bae Y.C., Nam S.B. et al (2016) Postoperative speech outcomes and complications in submucous cleft palate patients. Arch Plast Surg. 10.5999/aps.2016.43.3.254

8. Madjidova Y.N., Alidjanova D.A., Khidoyatova D.N., Tojiev T.R., Khodjieva D.T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Characteristic and Identification of Autism Spectra Disorders in the Conditions of Primary Health Care in Children of Early Age. Journal of Critical Reviews, 7 (13), 1534-1538. 2020

УДК 336.563:004

СТРАТЕГИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Ю.А. Козенко

ФГАОУ ВО «Волгоградский государственный университет»
д-р экон. наук, профессор кафедры менеджмента