

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

РЎЗМАТОВ ҚОБУЛ МАШРАББОЎВИЧ

**ХИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНҚАЛИ ТОРАЙИШИ БЎЛГАН
БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.04 – Оториноларингология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

УДК: 616.22-007.271-036.12

Докторлик (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата докторской (PhD) диссертации

Contents of the abstract of doctoral (PhD) dissertation

Рўзматов Қобул Машраббоёвич

Ҳикилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларда даволаш
тактикасини такомиллаштириш 3

Рузматов Кобул Машраббоёвич

Оптимизация лечебной тактики у больных с хроническими стенозами
гортани..... 27

Ruzmatov Kobul Mashrabboevich

Optimization of treatment tactics in patients with chronic stenosis
of the larynx..... 47

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works 51

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

РЎЗМАТОВ ҚОБУЛ МАШРАББОЎВИЧ

**ХИҚИЛДОҚНИНГ СУРУНҚАЛИ ТОРАЙИШИ БЎЛГАН
БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.04 – Оториноларингология

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.4.PhD/Tib1494 рақам билан рўйхатга олинган.

Докторлик диссертацияси Тошкент давлат стоматология институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифаси (www.tsdi.uz) ҳамда «ZiyoNet» ахборот-таълим портали (www.ziyo.net.uz) манзилларига жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:	Шамсиев Джаҳангир Фазлитдинович тиббиёт фанлари доктори
Расмий оппонентлар:	Григорьева Алла Александровна (Россия Федерацияси) тиббиёт фанлари доктори, профессор Бакиева Шахло Хамидуллаевна тиббиёт фанлари доктори, доцент
Етақчи ташкилот:	А.Алиев номидаги Озёрбайжон давлат шифокорларни малакасини ошириш институти

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат стоматология институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100016, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103-уй. Тел./Факс: +99871-230-20-73; e-mail: info@tsdi.uz).

Докторлик диссертацияси билан Тошкент давлат стоматология институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 100016, Тошкент шаҳри, Яшнобод тумани, Махтумқули кўчаси, 103-уй. Тел./Факс: +99871-230-20-73.

Диссертация автореферати 2022 йил «__» _____ куни тарқатилди.
(2022 йил «__» _____ даги № __ рақамли реестр баённомаси)

Н.Қ.Хайдаров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори

Л.Э.Хасанова

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий
котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

А.А.Абдукаюмов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги
илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (докторлик (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда ҳиқилдоқ ва трахеянинг шикастланишлари барча ЛОР-аъзолари шикастланишлари орасида кам сонли бўлишига қарамай, оториноларинголог, жарроҳ ва реаниматологлар диққат эътиборини ҳар доим жалб қилади, чунки улар кўпинча ҳаётини фаолиятини бузилишига олиб келади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «...ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши барча ЛОР-аъзолари касалликларининг 7,7%ни ташкил қилади...»¹. Сўнгги ўн йилликларда ҳиқилдоқ ва трахеянинг сурункали стенози бўлган беморлар сони сезиларли даражада ошган, бунга реанимация чоратадбирларини ўтказишда ва наркоз беришда трахея интубациясининг кенг қўлланилиши ва транспорт, маиший, спорт жароҳатларининг кўпайиши сабаб бўлмоқда. Ҳиқилдоқ ва трахея тоғайининг яллиғланишли зарарланиши сабаблари жуда хилма-хил ва кенг ўрганилмоқда. Ҳиқилдоқ ва трахея шикастланишининг энг типик этиологик омиллари реанимацион жароҳатлари интубация ва трахеостомия, бўйиннинг ташқи жароҳатланиши, қалқонсимон без ва бўйиннинг ичи бўш органлари жарроҳлик амалиётида юзага келадиган ятроген шикастланишлардир. Травматик шикастланишлар ҳиқилдоқ ва трахеяда бирламчи сурункали кечишга мойил бўлиб, тоғайни шикастлаш, тўқималарнинг турғун инфилтрацияси ва шиши, нафас олиш йўллариининг турғун яллиғланишли жараёнлари ҳар доим ҳам патогенетик изоҳ топа олмаган, бу эса илмий мунозара ва уларни даволаш бўйича зиддиятли тавсияларга олиб келиши, касалликнинг кенг тарқалганлигини ва муаммонинг долзарблигини кўрсатади.

Жаҳонда ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларда даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган қатор илмий тадқиқотлар амалга оширилмоқда. Бу борада ҳиқилдоқнинг сурункали торайишининг тарқалишини ва унинг клиник хусусиятларини, ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг турли шаклларида клиник-функционал ва инструментал тадқиқот натижалари таҳлилини, ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш баллон кенгайтиришдан фойдаланиш самарадорлигини, ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда дипроспанни маҳаллий қўллаш ҳамда ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни даволаш тактикасини ишлаб чиқиш самарадорлигини баҳолашни такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотлар алоҳида аҳамият касб этади.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш, жумладан, турли соматик касалликларни даволашда тўғри мақсадга йўналтирилган чора тадбирларни

¹ ЖССТнинг ташкилотининг йиллик ҳисоботлари

ўтказишга қаратилган муайян чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг еттига устувор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда, жумладан, ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларда даволаш тактикасини такомиллаштириш борасида қатор илмий тадқиқотларни амалга ошириш алоҳида аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида», 2018 йил 7 декабрдаги ПФ–5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармонлари, 2017 йил 20 июндаги ПҚ–3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017–2021 йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлар ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланиши–нинг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ҳиқилдоқ ва трахеянинг ятроген ёки тиббий патологияси билан касалланганлар сони доимий равишда кўпайиб бормоқда. Уларнинг ортиб боришини шошилиш вазиятларда интубация ва трахеотомиянинг кенг жорий этилиши билан ҳам, бундай асоратларнинг олдини олишнинг йўқлиги билан ҳам изоҳлаш мумкин [Бобров В.М., 2015, Ткаченко Е.В. и соавт., 2013, Guri S. et al., 2015]. Ҳиқилдоқ ва трахеяни интубациядан кейинги торайишига таъсир қилувчи асосий омиллар бу интубация давомийлиги, оғир ёндош патология, эндотрахеал найча билан ортиқча ва кўпол манипуляциялар, ёмон парвариш, шунингдек эндотрахеал найча манжетининг юқори босими ҳисобланади [Гогорева Н.Р., 2014, Kevin F. et al., 2013]. Трахеотомия пайтида ҳиқилдоқнинг шикастланиши кўпинча шошилиш жарроҳлик амаллар пайтида, нафас олиш найчаси узуксимонқалқонсимон тоғайга яқин очилганда ёки узуксимонқалқонсимон ораликда очилганда юз беради, бу эса ҳиқилдоқ ва трахеянинг турғун торайишига олиб келади [Захарова М.Л., Павлов П.В., 2016, Komatsu Y. et al., 2006, Rodrigo C. et al., 2012]. Ҳиқилдоқ ва трахеянинг реанимациядан кейинги торайишларини даволашнинг муваффақияти жароҳатланишдан сўнг ўтган

²Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

вақт, даволанишнинг кетма-кетлиги ва табиати билан белгиланади. Жарроҳлар орасида ушбу патологияни эрта аниқлашга қаратилган диагностика тадбирларининг кетма-кетлиги ва кўлами тўғрисида ҳали ҳам умумий фикр йўқ. Натижада, даволанишнинг мақбул вақти кўпинча ўтказиб юборилади. Ҳозирги вақтда ҳиқилдоқ ва трахея торайиши билан касалланган беморларнинг 99% шошилиш кўрсатмалар бўйича ушбу органларнинг 2-3 даражали чандиқли торайиши билан касалхонага ётқизилган [Серебренникова Е.В., 2012, Hautefort С. et al., 2012].

Ҳиқилдоқ ва трахеянинг мавжуд бўлган сурункали беркилиши беморларни узоқ муддатли, кўпинча доимий ногиронликка олиб келиши ва шу билан бирга, ушбу беморларнинг аксарияти ёш ва ўрта ёшдаги инсонлар қайт қилишини асосланган [Хасанов У.С., 1999, Абдуллаева Н.Н., Ходжаева К.А., 2002, Logan В. et al., 2014], бироқ ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларда даволаш тактикасини такомиллаштирилмаган.

Бундай беморларни даволашнинг асосий усули сифатида жарроҳнинг юқори малакасини талаб қиладиган, ҳиқилдоқ ва трахеяни узоқ муддатга кенгайтирадиган кўп босқичли жарроҳлик амаллари қўлланилади. Шу билан бирга, ҳиқилдоқ ва трахея торайиши бўлган беморларни даволашда анъанавий тиббиёт усуллари, янги тиббий технологияларнинг пайдо бўлиши ва ривожланиши муносабати билан, мавжуд стереотипларни муайян қайта кўриб чиқишга мажбур қилади. Шундай қилиб, 70-85% ҳолларда нафас олиш фаолиятини тикланиши кузатилади. Ҳиқилдоқ ва трахеянинг реанимациядан кейинги торайиши бўлган беморларни эрта ташхислаш, даволаш ва олдини олиш муаммоси муҳим тиббий, шунингдек ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга эгаллиги билан муамонинг долзарблиги ва заруриятини белгилайди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат стоматология институти Оториноларингология кафедрасининг илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ № 011400202 «Юқори нафас йўллари ва қулоқнинг яллиғланиш, яллиғланишсиз касалликларини ташхислаш ҳамда даволашни такомиллаштириш» (2018–2022) мавзуси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни даволаш самарадорлигини ошириш ҳамда жарроҳлик амалиётидан олдинги ва кейинги парваришлашни такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

ҳиқилдоқнинг сурункали торайишининг тарқалишини ва унинг клиник хусусиятларини баҳолаш;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг турли шаклларида клиник-функционал ва инструментал текшириш натижалари таҳлили ўтказиш;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни

жарроҳлик йўли билан даволаш баллон кенгайтиришдан фойдаланиш самарадорлигини баҳолаш;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда дипроспанни маҳаллий қўллаш самарадорлигини баҳолаш;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни даволаш тактикасини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2020 -2022 йиллар давомида Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли шифохонасида ЛОР бўлимида даволанган 52 нафар бемор ҳамда назорат гуруҳига 20 нафар соғлом пациентлардан ташкил топган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморлар ва уларнинг периферик веноз қонидан олинган материаллар олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши ташхисланган беморларни даволаш тактикасини такомиллаштиришда клиник, лаборатор, инструментал, функционал, морфологик ҳамда статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ҳиқилдоқ шиллиқ қаватнинг қалинлашиши, плазмацитар инфильтрацияси, ҳиқилдоқ ёриғининг тўлиқ бекилиши билан бирга тоғай халқаларининг оссификацияси, ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ қаватининг эпителийси тукларининг йўқолиши ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг шаклланишида хавфли омил эканлиги исботланган;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши чандиқ соҳасида амалга оширилган даволаш таратиби чандиқни юмшатиб баллон дилатация қилишда асоратларни камайтириш ва қайта чандиқ ҳосил бўлишини олдини олиш тартиби асосланган;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг овоз бойламлари ости соҳасида торайиш бўлган беморлар ва ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости ва трахея соҳасида торайиш бўлган беморларни даволашда баллон дилатациянинг анъанавий даволашга нисбатан самарадорлиги исботланган;

ҳиқилдоқ, трахеостома ва бронхлар бактериял биоценозларининг полимикроб табиати, фақат айрим дори воситаларига сезгирлиги юқори бўлган патоген ноклостридиал анаэроблар борлиги бактерияларнинг таниқли антибиотикларга чидамлилигининг ортиши антибактериял терапиянинг самарали даволаш тартибини белгиланганлиги асосланган;

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

клиник тадқиқотлар асосида ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши мавжуд беморларни жарроҳлик реабилитацияси натижаларини башорат қилиш бўйича аниқ тавсиялар шакллантирилган;

ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларни жарроҳлик ва дори-дармон билан даволашнинг патогенетик асосланган усуллари ишлаб чиқилган;

ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга тайёргарлик жараёнида беморларни клиник текширишнинг мақбул ҳажми баҳоланган;

даволаш тартибини қўллаш даво натижаларини яхшилаш ва даволаш босқичлари ва муддатлари қисқариши туфайли сезиларли иқтисодий аҳамиятга эга бўлганлиги баҳоланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, текширилган беморлар сонининг етарлилиги, тадқиқотда қўлланилган замонавий ўзаро бир–бирини тўлдирувчи клиник, лаборатор, инструментал, функционал, морфологик ҳамда статистик тадқиқот усулларида ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши билан беморларни даволаш тактикасини такомиллаштириш тартиби халқаро ҳамда маҳаллий тажрибалар билан таққослангани, хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг турли шакллариининг ўзига хослиги клиник, функционал, эндоскопик, компьютер томографик, морфологик текширув натижаларининг ишончлилиги ҳамда кўрсаткичларнинг фарқланиши билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни жарроҳлик амалиётидан олдинги парваришlash ва баллон дилатация ёрдамида ҳиқилдоқ торайишини кенгайтириш орқали ҳиқилдоқ ва трахея соҳасидаги яллиғланиш жараёни бошланишини олдини олиш, беморлар нафас фаолиятини тиклаш, беморларнинг қисқа муддатлар ичида ҳолатларининг тикланиши билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши ташхисланган беморларни даволаш тактикасини такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни жарроҳлик даволашга тайёрлаш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Ҳиқилдоқнинг сурункали стенози бўлган беморларни операциядан олдинги тайёрлаш бочқичида ва операциядан кейинги даврда консерватив даволаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 19 январдаги 8н-р/20-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни жарроҳлик амалиётига тайёрлаш талаблари натижасида чандиқни юмшатиш ва жарроҳлик усулига тайёрлаш имконини берган;

ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши ташхисланган беморларни жарроҳлик усулини такомиллаштириш бўйича олинган илмий тадқиқотнинг

натижалари асосида ишлаб чиқилган «Сурункали ҳиқилдоқ стенозини жарроҳлик йўли билан даволаш усули» номли услубий тавсиянома тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 19 январдаги 8н-р/20-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни хирургик даволаш тактикасини такомиллаштириш хасталиқнинг қайталанишлар сонини камайтириш имконини берган;

ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши ташхисланган беморларни даволаш тактикасини такомиллаштиришга қаратилган илмий-тадқиқот натижалари соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази ва Фарғона вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида клиник амалиётига жорий қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 20 июндаги 08-17620-сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий қилиниши ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши ҳамда ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайиши бўлган беморларда баллон дилатацияси натижасида амалиёт анъанавий жарроҳлик амалиётига нисбатан 86% ижобий натижа бериши ҳамда беморларларнинг шифохонада даволаниш $4,2 \pm 0,8$ кун ва тўлиқ реабилитация даврининг давомийлиги $32,6 \pm 5,6$ кун сезиларли даражада қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан, 2 та халқаро ва 2 та Республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 16 та илмий иш нашр этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулосалар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 112 бетни ташкил этган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисми ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши этиологияси ва даволаш усулларига бағишланган тадқиқотларнинг долзарблиги ва заруратини асослашга, текшириш мақсади ва вазифалари, объект ва предметларини тавсифлаш келтирилган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг **«Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишини даволашнинг замонавий талқини»** деб номланган биринчи бобида ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши этиологияси, клиникаси, касалликнинг ташхислаш ва самарали даволашга оид усуллари маҳаллий ва хорижий манбалар асосида таҳлил қилинган. Ҳиқилдоқнинг сурункали торайишини даволаш усуллари турлари баён этилган ҳамда улар орасидаги устунлик ва камчиликлар очиб берилган ва долзарб вазифалари келтирилган.

Диссертациянинг **«Ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши ташхисланган беморларни даволаш тактикасини баҳолаш материал ва усуллари»** деб номланган иккинчи бобида учун Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг оториноларингология бўлимида 2017-2020 йилларда ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган 52 нафар беморда ўтказилган тадқиқот натижалари баён қилинган.

Беморларнинг аксарияти Ўзбекистон туманлари ва Тошкент шаҳридан бўлиб, кам сонли беморлар Қозоғистон ва Тожикистондан келган. Ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши билан оғриган беморларнинг 45 нафар (61,6%) қишлоқ аҳолиси, 40 нафар (38,4%) шаҳар аҳолиси; эркаклар – 49 нафар, аёллар – 36 нафар.

Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг жойлашувига кўра беморлар шартли равишда 3 гуруҳга бўлинди: ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиш бўлган 5 нафар беморлар; ҳиқилдоқ овоз бойламлари ости соҳасида торайиш бўлган 25 нафар беморлар; ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости ва трахеянинг бўйин соҳасида торайиш бўлган 22 нафар беморлар.

Барча гуруҳларни ўзига хослигини аниқлаш мақсадида барча гуруҳларнинг клиник, функционал, инструментал текшириш натижалари солиштирма таҳлил қилинди. Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларнинг аксарияти 20-40 ёшда, яъни меҳнатга лаёқатлик ёшида бўлиб, барча ёш гуруҳларида асосан эркаклар кўпчилиқни ташкил қилди. Назорат гуруҳини Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси ЛОР-бўлими ходимларидан иборат 20 нафар амалий соғлом шахслар ташкил қилди.

Барча беморларда аъзоларни текшириш, лаборатор текширишлар (қоннинг умумий таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, қонда ОИВ инфекциялари, В, С гепатитлар, сифилисга антитаналари титри, қон гуруҳи, резус фактор, коагулограмма, умумий сийдик таҳлили), ўпкалар, бурун атрофидаги бўшлиқлар рентгенографиясини ўз ичига олувчи ҳар томонлама текширишлар ўтказилди.

Барча гуруҳ беморларининг шикоятлари таҳлил қилинганда, беморлар асосан нафас олиш қийинлигига, йўталишга, трахеостома борлигига, ундан

балғам ажралишига, овоз бўғиқлигига шикоят қилишди. Шунга кўра гуруҳларни ўзига хослигини таҳлил қилиш мақсадида барча симптомларни визуал-аналогли шкала (ВАШ) ёрдамида Одан 5гача бўлган баллар тарзида баҳоланди. Бунда, 1 гуруҳ беморларни “нафас олиш қийинлиги” симптоми ўрта ҳисобда $4,2 \pm 0,3$ баллни, “йўтал” – $2,6 \pm 0,2$ баллни, “балғам ажралиши” – $2,1 \pm 0,1$ баллни, “овоз бўғиқлиги” – $4,8 \pm 0,4$ баллни, “трахеостома” – $3,7 \pm 0,2$ баллни ташкил қилди, 2 гуруҳ беморларида “нафас олиш қийинлиги” симптоми ўрта ҳисобда $4,1 \pm 0,2$ баллни, “йўтал” – $4,1 \pm 0,3$ баллни, “балғам ажралиши” – $3,4 \pm 0,3$ баллни, “овоз бўғиқлиги” – $3,8 \pm 0,3$ баллни, “трахеостома” – $3,8 \pm 0,3$ баллни ташкил қилди. 3 гуруҳ беморларида эса “нафас олиш қийинлиги” симптоми ўрта ҳисобда $4,3 \pm 0,4$ баллни, “йўтал” – $4,2 \pm 0,3$ баллни, “балғам ажралиши” – $3,3 \pm 0,3$ баллни, “овоз бўғиқлиги” – $3,7 \pm 0,3$ баллни, “трахеостома” – $3,8 \pm 0,3$ баллни ташкил қилди. Юқоридаги кўрсаткичлардан кўришиб турибдики, 2 ва 3 гуруҳ беморларида “йўтал” ва “балғам ажралиши” симптомлари беморларни безовта қилади, 1 гуруҳ беморларида эса асосан овоз бўғиқлиги симптоми яққол намоён бўлади. Аммо барча гуруҳ беморларини “нафас олиш қийинлиги” симптоми деярли бир хил тарзда безовта қилиши аниқланди.

Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда ҳиқилдоқ торайишига олиб келган сабабларни умумлаштирган ҳолда В.Д.Паршин томонидан 2011 йилда таклиф қилинган классификация бўйича тақсимланди. Унга кўра, 1 гуруҳ беморларида ҳиқилдоқ торайиши асосан ҳиқилдоқ соҳасидаги жароҳат сабабли келиб чиққанлиги аниқланди. 2 гуруҳ беморларининг 21 нафарида интубациядан сўнг, 3 нафарида жароҳатдан сўнг, 1 нафарида идиопатик ҳиқилдоқ торайиши келиб чиққан. 3 гуруҳ беморларининг 6 нафарида эса трахеостомиядан сўнг, 14 нафарида интубациядан сўнг, 2 нафарида жароҳатдан сўнг, 1 нафарида идиопатик ҳиқилдоқ торайиши шаклланган.

Беморларни текшириш умумклиник текширув ва ички органларнинг ишини текшириш, шунингдек, ҳиқилдоқ, трахея ва пастки нафас йўлларидаги махсус текширувни ўз ичига олади. Бундан ташқари, биз ушбу ишнинг вазифаларини ҳал қилиш учун зарур бўлган тадқиқот турларини ўтказдик. Нафас олиш йўлларидаги микроблар таркиби, спирометрия тестлари ва қоннинг кислородга тўйинганлиги пулсоксиметр ёрдамида ўрганилди.

Беморларнинг умумклиник текширувига гемограмма, сийдик таҳлиллари, қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари ва қон плазмасидаги электролитлар даражасини ўрганиш кирди. Кўрсатмаларга кўра, ички органларнинг (буйрақлар, жигар) ултратовуш текшируви ўтказилди. Барча беморларда электрокардиография ва ўпка рентгенографияси ўтказилди.

Клиник материални олиш мақсадли равишда, консерватив терапия ёки ҳиқилдоқ ва трахеяда чекланган миқдордаги жарроҳлик ва микрохирургик жарроҳлик амалларни ўтказиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда ўтказилди.

Оториноларингологик текширув. Бемор ЛОР-аъзолари одатдагидек текшириб кўрилди, шу жумладан билвосита ларингоскопия ўтказилди. Билвосита ларингоскопия ва гипофарингоскопия билан бир қаторда, иложи борица трахеостома орқали трахеоскопия ва ретроград ларингоскопия ўтказилди.

Эндоскопик текширув. Барча ҳолларда ҳиқилдоқ, ҳиқилдоқ-ҳалқум ва трахеянинг эндоскопияси маҳаллий анестезия остида ўтказилди. Эндоскопия 70 ва 90 градус кўриш бурчакли қаттиқ эндоскоплар ёрдамида ўтказилди, мониторга видеотасвир узатилди. Зарурият бўлганда текширилган беморларнинг фото ва видео ҳужжатлари тузилди.

Компьютер томография. Бўйиннинг спирал компьютер томографияси 3-4-авлод Xreed ва Asteion (Toshiba, Япония) компьютер томографияси сканерларида амалга оширилди. Ҳиқилдоқ ва трахея тузилмаларининг инфорацион тасвирини олиш оптимал жисмоний ва техник сканерлаш шароитларини танлаш, беморни тўғри жойлаштириш ва КТ бўлакларини таҳлил қилиш учун махсус усуллардан фойдаланиш орқали эришилди.

Микробиологик текширув. Даволаш бошланишидан олдин ва даволаш жараёни динамикасида 52 нафар беморнинг ҳаммасида аэроб ва анаэроб шароитда ҳиқилдоқ ва трахеянинг микробли ҳолати ўрганилди. Ушбу текшириш Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси бактериологик лабораторияси ва Тошкент давлат стоматология институти микробиология лабораторияси ҳамкорлигида ўтказилди. Беморлардан материал йиғиш эндоскопия пайтида ҳиқилдоқ ва трахея ажралмасини стерил флаконларга аспирация қилиш йўли билан амалга оширилди. Нафас олиш йўлларида патологик экссудатни қайта олиш трахея ва ҳиқилдоққа трахеостома орқали киритилган ингичка стерил полиэтилен катетерлар ёрдамида боғламни алмаштириш пайтида амалга оширилди.

Спирометрия. Ҳиқилдоқ ва трахеянинг тикланган функцияларининг сифати спирограф ва пневмотахометрияда ўлчанган спирография кўрсаткичлари билан баҳоланди. Ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш “Валента” аппаратида жарроҳлик амалидан олдин, шунингдек, жарроҳлик амалидан кейинги яқин ва узоқ муддатларда амалга оширилди.

Морфологик текширув. Тадқиқотлар Тошкент шаҳар патологик анатомия бюроси (директори Д. Д. Ортиқов) лабораториясида олиб борилди. Морфологик тадқиқотлар учун 10-12% нейтрал формалин билан маҳкамланган, сўнгра керосинга солинган бўлақлар ҳиқилдоқ ва трахеядаги чандиқдан олинди. Ўнатилгандан сўнг, бўлақларнинг керосин қисмлари гематоксилин ва эозин билан бўялган, шунингдек, Ван Гиссон усули ёрдамида бириктирувчи тўқималарнинг тузилмаларини ўрганиш учун ишлатилди. Бир-биридан 50-70 микрон масофада жойлашган парафин блоклардан қалинлиги 8-10 микрон бўлган 12-14 серияли бўлақлар тайёрланди. Микроскопик тадқиқотлар ёруғлик микроскопи “ХС-213” (об. 20, са.-10) ёрдамида амалга оширилди. Ван Гиссон бўйича гистологик препаратларни бўяш усули

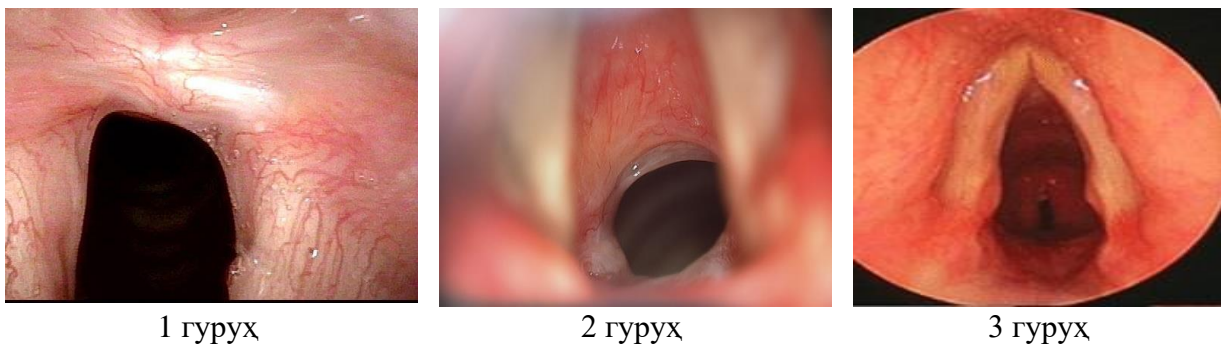
гематоксилин ва пикрик кислотанинг фуксин кислотаси билан аралашмаси билан кетма-кет ишлов бериш орқали амалга оширилади.

Статистик таҳлил. Ушбу тадқиқот натижаларининг статистик таҳлили Microsoft Excel 2016 ва Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., АҚШ) дастурий пакетидан фойдаланиб бажарилди. Миқдорий белгиларнинг тавсифий статистикаси ўртача квадратик оғишлар билан тақдим этилган ($M \pm s$ форматда). Сифат белгиларнинг тавсифий статистикаси абсолют ва нисбий частоталар билан келтирилган. Миқдор ва тартиб белгилари бўйича боғланмаган гуруҳларни таққослаш учун Манн-Уитнининг нопараметрик тести қўлланди. Сифат белгилари бўйича боғланмаган гуруҳларни таққослаш Хи-квадрат тести ва Фишернинг нуқтали мезонидан фойдаланиб ўтказилди. Фаразларни текширишда аҳамиятлиликнинг $p < 0,05$ даражасига эришилганда натижалар статистик аҳамиятли ҳисобланди.

Диссертациянинг «**Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни текшириш натижалари**» деб номланган учинчи бобида ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган 52 нафар беморда комплекс равишда клиник-функционал, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари таҳлил қилинган.

Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда ҳиқилдоқнинг нафас ўтказиш функциясини ўрганиш учун спирометрия текшируви ўтказилди. Унга кўра, 1 гуруҳ беморларида ОФВ1 – $1,46 \pm 0,7$ л.ни, ОФВ1 - $49,54 \pm 0,6\%$ ни, ПОС - $2,17 \pm 0,8$ л.ни, ПОС - $31,54 \pm 15,2\%$ ни, 2 гуруҳ беморларида ОФВ1 – $1,55 \pm 0,7$ л.ни, ОФВ1 - $50,12 \pm 0,7\%$ ни, ПОС - $2,19 \pm 0,9$ л.ни, ПОС - $32,07 \pm 16,8\%$ ни, 3 гуруҳ беморларида ОФВ1 – $1,51 \pm 0,7$ л.ни, ОФВ1 - $50,22 \pm 0,7\%$ ни, ПОС - $2,18 \pm 1,0$ л.ни, ПОС - $31,96 \pm 16,6\%$ ни ташкил қилди.

Ҳиқилдоқ ва трахеянинг эндоскопик текшируви асосий гуруҳнинг барча 60 нафар беморида, улар бошқариладиган нафасдан мустақил нафас олишга ўтказилаётганда амалга оширилди. Ҳиқилдоқнинг бурмалар соҳаси торайиши 22 нафар беморда, овоз бойламлари ости соҳаси торайиши - 10 нафар аниқланди. Юмшоқ тўқимали ҳосилалар ўсиши ҳисобига трахея бўйин қисмининг торайиши 29 нафар беморда, кўкрак қисмининг торайиши – 6 нафар беморда аниқланди. 17 нафар беморда трахея бўйин ва кўкрак қисмининг эрозив трахеити учради. Шундай қилиб, асосий гуруҳнинг биринчи гуруҳидаги беморларда кўп ҳолларда (57%) аниқланган патологик ўзгаришлар ҳиқилдоқ ва трахеянинг юмшоқ тўқимали ҳосилалари кўринишида, айрим ҳолларда (37%) яққол яллиғланишли характерда бўлди. ЎСВ ўртача 5 кунгача давом этганда 31 нафар (38%) беморда патологик ўзгаришлар асосан яллиғланиш характерига эга бўлди. ЎСВ 5 кундан ортиқ давом этганда 46 нафар (56%) беморда ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ қаватининг органик шикастланган жойларида бириктирувчи тўқималарнинг ўсиб кетиши қайд этилди (1-расм).



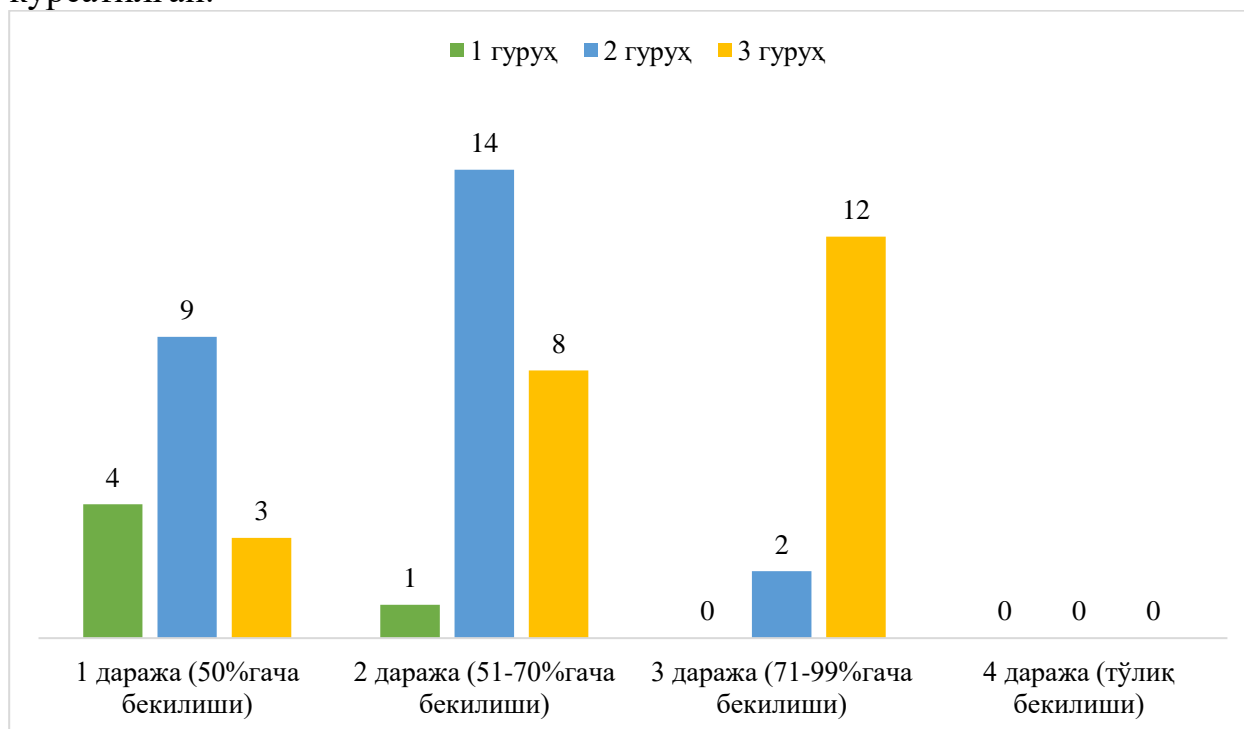
1 гуруҳ

2 гуруҳ

3 гуруҳ

1-расм. Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни эндоскопик текширув кўриниши

Шундай қилиб, ЎСВ давомийлиги ва ҳиқилдоқ ва трахеяда чандиқли жараённинг ривожланиши ўртасида боғлиқлик кузатилади. Эндоскопик текширувда ҳиқилдоқ ёриғининг 1 даражали торайиши (50%гача бекилиши) 1 гуруҳ беморларининг 4 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 9 нафарида, 3 гуруҳ беморларининг 3 нафарида, ҳиқилдоқ ёриғининг 2 даражали торайиши (51-70%гача бекилиши) 1 гуруҳ беморларининг 1 нафарида, 2 гуруҳ беморларининг 14 нафарида, 3 гуруҳ беморларининг 6 нафарида, ҳиқилдоқ ёриғининг 3 даражали торайиши (71-99%гача бекилиши) 2 гуруҳ беморларининг 2 нафарида, 3 гуруҳ беморларининг 9 нафарида, ҳиқилдоқ ёриғининг 4 даражали торайиши (тўлиқ бекилиши) фақатгина 3 гуруҳ беморларининг 5 нафарида кузатилди (2-расм). Интубация, ЎСВ ва трахеостомия ўтказилган асосий гуруҳдаги беморларда эндоскопик текширув пайтида ҳиқилдоқ ва трахеясида аниқланган баъзи патологик ўзгаришлар кўрсатилган.



2-расм. Эндоскопик текширувда ҳиқилдоқ ёриғининг торайиши даражалари (Myers-Cotton бўйича, 1994)

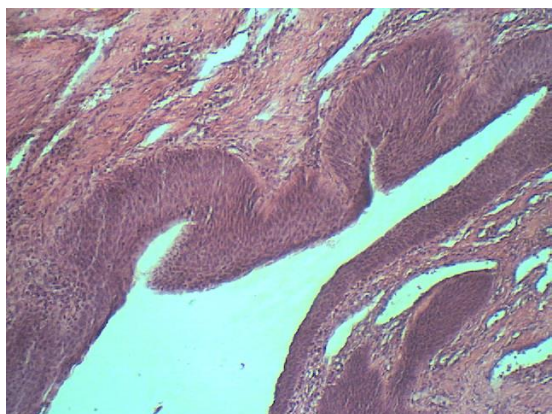
12 нафар беморда ҳиқилдоқ ва трахеянинг кўшма торайиши аниқланди. Улар орасида 6 нафар беморда ҳиқилдоқ ва трахея бўйин қисмининг кўшма торайиши, 5 нафар беморда–трахеянинг кўкрак ва бўйин қисмининг торайиши, 1 тасида - ҳиқилдоқ, трахея кўкрак ва бўйин қисми торайиши аниқланди. Назорат гуруҳидаги интубация, сунъий вентиляция ва трахеостомия ўтказилган нафас олиш декомпенсацияси белгилари билан қабул қилинган 60 нафар беморнинг ҳаммасида ҳиқилдоқ ва трахеянинг кўкрак ва бўйин қисми эндоскопик текширувдан ўтказилди. Назорат гуруҳи беморларида ҳиқилдоқда аниқланган патологик ўзгаришлар 10 нафар (18%) ҳолатда ҳиқилдоқ бурмаларида ва 21 нафар (34%) ҳолатда овоз бойламлари ости соҳасида жойлашган. Бунда 12 нафар (15%) ҳолатда улар кўпол чандиқли деформация кўринишида бўлди. Трахея бўйин қисмининг торайиши 31 нафар (38%) беморда, кўкрак қисмининг торайиши - 8 нафар (9,8%) беморда аниқланди. Бунда трахеяни торайтирадиган патологик ҳосилалар зич грануляция ва чандиқли тўқима кўринишида бўлди. Ўртача 6 ойгача бўлган чандиқли жараённинг давомийлигида 19 нафар (23%) беморда патологик ўзгаришлар асосан яллиғланиш хусусиятига эга бўлди. Чандиқли жараён давомийлиги 6 ойдан ошганда, 63 нафар (77%) беморда ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ қаватининг органик шикастланган жойларида бириктирувчи тўқима ўсганлигини кўрсатди.

Барча гуруҳ беморларда торайишнинг ўрни, унинг узунлиги, ҳажми, торайишнинг даражаси, ёндош аъзоларнинг жойлашуви, уларга таъсирини ўрганиш мақсадида бўйин соҳаси мултиспирал компьютер томографияси ўтказилди. Ўтказилган мултиспирал компьютер томография натижасида ҳиқилдоқ ва трахея соҳасида жойлашган чандиқли жараённинг узунлиги ҳам таҳлил қилинди. Унга кўра, 1 смгача бўлган чандиқ 1 гуруҳ беморларининг барчасида, 2 гуруҳ беморларининг 20 нафарида, 3 гуруҳ беморларининг 12 нафарида кузатилди. 1-2 см узунликдаги чандиқ 2 гуруҳ беморларининг 5 нафарида, 3 гуруҳ беморларининг 8 нафарида аниқланди. 2 ва ундан узун бўлган чандиқ эса фақатгина 3 гуруҳ беморларнинг 5 нафарида учради. Бу жараённинг ҳиқилдоқ овоз бойламлари ости ва трахея соҳасида жойлашган чандиқни даволашда инобатга олиш кераклигини таъкидлайди, чунки беморларда режалаштирилмай ўтказилган жарроҳлик амали чандиқланиш жараёнининг қайталанишига сабаб бўлади.

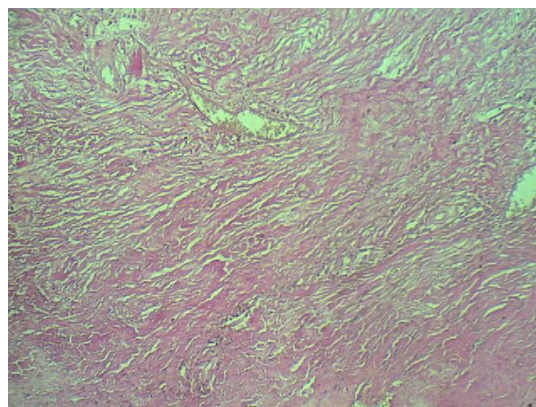
Ҳиқилдоқ, трахея, бронхлар шиллиқ пардаларининг ва трахеостома тери-трахеал каналининг микроорганизмлари ўрганилди. 1 гуруҳ беморларининг 2 нафарида *Staph. aureus*, 2 нафарида *Staph. hemolyticus*, 1 нафарида *Str. viridans*, 1 нафарида *Proteus vulgaris* аниқланди. 2 гуруҳ беморларининг 8 нафарида *Staph. aureus*, 5 нафарида *Staph. hemolyticus*, 3 нафарида *Str. viridans*, 1 нафарида *Str. pyogenus*, 1 нафарида *Proteus vulgaris*, 1 нафарида *Candida albicans* аниқланди. 3 гуруҳ беморларининг 10 нафарида *Staph. aureus*, 5 нафарида *Staph. hemolyticus*, 4 нафарида *Str. viridans*, 1 нафарида *Str. pyogenus*, 2 нафарида *Proteus vulgaris*, 1 нафарида *Candida*

albicans аниқланди. Нафас йўлларида кўпинча пиоген кокклар (стафилококклар ва стрептококклар) учради, уларнинг улуши ўртача 49,7%ни ташкил қилади. Бироқ турли этиологик гуруҳларда пиоген коккларнинг ўсиш частотаси жуда кенг диапазонда, яъни 31,5% дан 100% гача бўлди. Бактериал инфекцияларни консерватив даволашнинг етакчи усули антибиотиклар ва кимётерапия билан антибактериал терапия ҳисобланади. Бундай даволашнинг самарадорлиги кўп жиҳатдан микрофлоранинг ушбу препаратларга сезгирлигига боғлиқ. Шунинг учун, микрофлора турини аниқлаш билан бирга, ажратилган штаммларнинг асосий антибиотик гуруҳларига сезувчанлигини аниқладик. Шундай қилиб, ушбу бўлимни хулоса қилиб шуни таъкидлаш лозимки, ҳиқилдоқ, трахеостома ва бронхлар инфекцияси ўчоқларидан олинган патоген флора жуда хилма-хил таркибга эга. Бактерияларнинг антибиотикларга сезувчанлигини ўрганиш шуни кўрсатдики, ҳар хил антибактериал дорилар таъсир спектрлари кўпинча ажратилган бактерияларнинг барча турларига мос келмайди. Шу билан бирга, энг таниқли кенг спектрга эга антибиотиклар (пенициллинлар ва аминогликозидлар) аслида ажратиб олинган патоген микроорганизмларнинг штаммларига нисбатан нофаол бўлиб чиқди. Бинобарин, ҳиқилдоқ, трахеостома ва бронхлар бактериал биоценозларининг полимикроб табиати, фақат баъзи препаратларга сезгирлиги юқори бўлган патоген ноклостридиал анаэроблар борлиги, шунингдек, яхши ўрганилган кўп бактерияларнинг таниқли антибиотикларга чидамлилигининг ортиши - буларнинг барчаси бундай беморларга антибактериал терапиянинг янада самарали усуллари излаш зарурлигини белгилаб берди.

Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларнинг барчасида ўтказилган морфологик текширув ёрдамида касалликнинг яхши кечиши ва ёмон кечиши прогнози омиллари аниқланди. Бунда шиллиқ қаватнинг қалинлашиши сурункали яллиғланиш ва фиброз ўчоқларининг шаклланиш фонида содир бўлди. Шу билан бирга, яллиғланиш ўчоқларида плазмацитар инфильтрация устунлик қилди. Кўпгина ўрганилган макропрепаратларда ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ қаватининг кўп қаторли ҳилпилловчи эпителийси тукларининг сақланиши, аммо ҳиқилдоқ ёриғини тўлиқ ёпган чандиқлардан олинган макропрепаратларда ушбу тукларнинг бутунлай йўқолганлиги аниқланди. Тоғай қисмда эса оссификация ўчоқлари аниқланди. Ушбу аниқланган кўрсаткичларга кўра, ҳиқилдоқ ёриғининг тўлиқ бекилиши билан бирга тоғай халқаларининг оссификацияси, ҳиқилдоқ ва трахея шиллиқ қаватининг эпителийси тукларининг йўқолиши ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайишининг шаклланишида ёмон омил сифатида ҳисоблаш мумкин (3,4-расм).



3-расм. Етук кўп қаватли ясси мугузланмайдиган эпителий остида толали, бириктирувчи-фиброз-чандик тўқима аниқланади. Периваскуляр инфильтрация, қон томирларда эритроцитлар тўпланиши аниқланади. Майда гомоген майдонлар (некроз) кўринади.



4-расм. Бириктирувчи тўқимани толали тузилиши, жуда кўп миқдорда лимфоцитар инфильтрация ва некроз ўчоқлари аниқланади.

Кўпгина беморларда узок муддат давомида давомли интубация ўтказилганлиги сабабли ҳиқилдоқ ва трахеяда тегишли ўзгаришлар юзага келганлиги аниқланди. Шунга кўра, 31% ҳолларда трахея шиллик қаватининг жароҳатланганлиги кузатилди. Баъзан шиллик остида қонталашлар (20%) ва трахеяда эроҳиялар (18%) аниқланди. Шунини ҳам таъкидлаш лозимки, интубацион найчанинг ҳиқилдоқ ва трахея деворларини қанча узок таъсир ўтказса, шунча яққол ўзгаришларга олиб келган. Ҳиқилдоқ ва трахеянинг тоғай тўқимасидаги деструктив ва дистрофик жараёнлар ривожланиши нафақат механик вентиляция давомийлиги, балки беморнинг умумий аҳволининг оғирлиги, нафас олиш тизими, юрак-қон томир ва марказий асаб тизимининг функционал бузилишлари, шунингдек, нозокомиал инфекциянинг эрта кўшилиши билан (трахеобронхит, пневмония, сепсис) билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳиқилдоқ ёриғининг торайишига сабаб бўлган ушбу чандиқларнинг ўзига хослиги уларда шиллик қаватнинг юпқалашиши билан субмукозал қатламда кўпол бириктирувчи тўқималарнинг ҳосил бўлишидир, бу шиллик қаватда қайтмас жараёнларнинг шаклланишига олиб келади. Морфологик таҳлил натижаларига кўра, ҳиқилдоқнинг чандиқли торайиши шаклланишида бир вақтнинг ўзида яллиғланишнинг бир неча босқичлари кечаётганлиги аниқланди. Баъзи майдонларда алтерация ўчоқлари аниқлади, бошқа жойларда эса грануляцион тўқималарнинг пайдо бўлиши кузатилди, баъзи майдонларда эса фиброз ва шиллик қаватнинг репарацияси билан бирга продуктив яллиғланишнинг кечиши аниқланди. Шунини ҳам таъкидлаш лозимки, бундай жараёнларнинг кечишига сабаби сифатида қайталаниш жараёнига олиб келувчи структур ва метаболит жараёнларнинг таъсирига учраган бириктирувчи тўқиманинг тулиқ етилмаганлиги ҳисобланади. Деструктив-яллиғланиш жараёнлари ҳиқилдоқ ва трахеянинг барча қаватларида аниқланади, асосан шиллик ости қават соҳасида яққол намоён

бўлганлиги кузатилди.

Барча гуруҳ беморларида қоннинг кислород билан тўйинганлигини аниқлаш мақсадида пульсоксиметрия текшируви ўтказилди. Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши бор беморларда (1 гуруҳ) ўтказилган пулсоксиметрия текширувига асосан, юрак уриш сони – $80,6 \pm 2,1$ тани, SpO_2 – $92,1 \pm 3,3\%$ ни қайд этди. Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости соҳасида торайиши бўлган беморларда (2 гуруҳ) юрак уриш сони – $86,8 \pm 2,7$ тани, SpO_2 – $90,7 \pm 2,9\%$ ни ташкил қилди. Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости ва трахея соҳасида торайиши бўлган беморларда (3 гуруҳ) юрак уриш сони – $82,5 \pm 3,1$ та, SpO_2 – $96,5 \pm 2,8\%$ бўлди. Ушбу кўрсаткичларга асосан, ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда юрак уриш сони ва қоннинг кислородга тўйинганлик кўрсаткичи бир-бирига тўғри пропорционал ҳисобланади. Юқоридаги комплекс текширув натижаларини инобатга олган ҳолда шуни таъкидлаш лозимки, ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларни клиник-функционал, эндоскопик, компьютер томографик, морфологик текшириш ушбу гуруҳ беморларида чандиқланиш жараёни тўғрисида тўлиқ маълумот беради ҳамда даволовчи шифокорга даволаш тактикасини тўғри танлашда ёрдам беради.

Диссертациянинг «**Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни турли даволаш усулларини таҳлил қилиш**» деб номланган тўртинчи бобида ушбу беморларни даволаш усулларининг самарадорлиги ўрганилган.

Барча гуруҳ беморларида турли жарроҳлик амалларини самарадорлигини аниқлаш мақсадида 2 кичик гуруҳларга бўлинган ҳолда даволаш чоралари ўтказилди (5-расм).

Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши бўлган 1 а гуруҳ беморларига ҳиқилдоқ торайишига сабаб бўлган чандиқни кесиш ва ундан кейинги даврда декасан инголяцияси тавсия этилди. 1 б гуруҳ беморларига эса чандиқни кесиш ва Т-симон трубка қўйиш ҳамда жарроҳлик амалидан кейинги даврда декасан инголяцияси қўлланилди.

Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости соҳасида торайиш бўлган 2 а гуруҳ беморларида ларингофиссура ва чандиқни кесиш амали ўтказилди, ундан сўнг шу соҳага целестодерм, контратубекс малҳамлари билан ишлов берилиб, декасан эритмаси билан инголяциялар берилди. 2 б гуруҳига эса баллон дилатация амали бажарилиб, ундан кейин декасан эритмаси ёрдамида инголяциялар қўлланилди. Эҳтиёж бўлганда Т-симон трубка ҳам қўйилди.

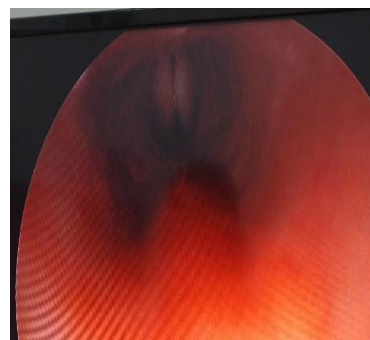
Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости ва трахея соҳасида торайиш бўлган 3 а гуруҳ беморларга ларингофиссура ва чандиқни кесиш амали ўтказилди, ундан сўнг шу соҳага целестодерм, контратубекс малҳамлари билан ишлов берилиб, декасан эритмаси билан инголяциялар ўтказилди. 3 б гуруҳ беморларига эса баллон дилатация амали бажарилиб, ундан сўнг Т-симон трубка қўйилди ҳамда декасан эритмаси ёрдамида инголяциялар тавсия этилди.



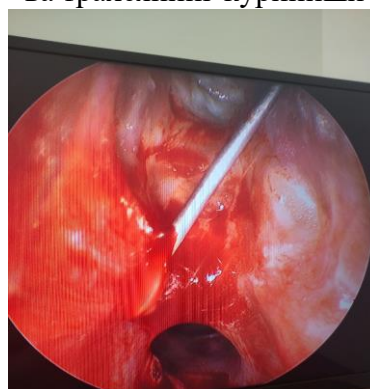
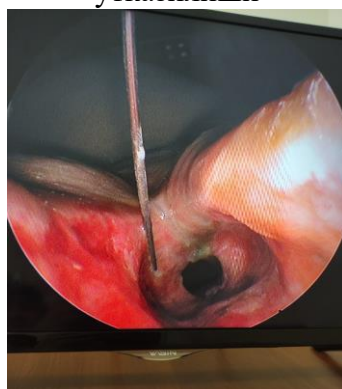
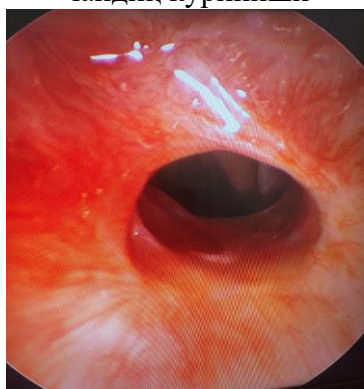
Тўғри ларингоскопияда чандик кўриниши



Баллон дилатация амалиёти ўтказилиши



Амалиётдан сўнг ҳиқилдоқ ва трахеянинг кўриниши



Циркуляр чандикқа дипроспан дори воситаси инъекцияси

5-расм. Ҳиқилдоқнинг сурункали чандикли торайиши бўлган беморларда таклиф қилинаётган усулнинг ўтказилиш кетма-кетлиги

Барча беморлар иккала даволаш тактикасининг самарадорлигини баҳолаш мақсадида комплекс қайта текширувдан ўтказилди. Ўтказилган анъанавий даволаш самарадорлиги бир неча кўрсаткичлар асосида таҳлил қилинди.

1а гуруҳ беморларида ўтказилган жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг “нафас олиш қийинлиги” белгиси $0,8 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,9 \pm 0,3$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,2 \pm 0,6$ ни, “йўтал” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,7 \pm 0,1$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,8 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,8 \pm 0,2$ ни, “балғам ажралиши” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,9 \pm 0,3$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,8 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,9 \pm 0,3$ ни, “овоз бўғиқлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,7 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,7 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $2,1 \pm 0,5$ ни, “трахеостома борлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,2 \pm 0,1$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,4 \pm 0,7$ ни ташкил қилди.

2а гуруҳ беморларида эса ўтказилган жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг “нафас олиш қийинлиги” белгиси $1,2 \pm 0,4$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,3 \pm 0,3$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,5 \pm 0,4$ ни, “йўтал” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,9 \pm 0,3$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,9 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,9 \pm 0,5$ ни, “балғам ажралиши” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,4 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,6 \pm 0,5$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,7 \pm 0,4$ ни, “овоз бўғиқлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,2 \pm 0,3$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,3 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,8 \pm 0,3$ ни, “трахеостома борлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,4 \pm 0,4$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,3 \pm 0,3$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,9 \pm 0,6$ ни ташкил қилди.

қилди.

За гуруҳ беморларида эса ўтказилган жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг “нафас олиш қийинлиги” белгиси $1,2 \pm 0,3$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,3 \pm 0,4$ ни, 1 йилдан сўнг эса $2,9 \pm 0,7$ ни, “йўтал” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,9 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,9 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,9 \pm 0,4$ ни, “балғам ажралиши” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,0 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,0 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,1 \pm 0,3$ ни, “овоз бўғиқлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,7 \pm 0,4$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,8 \pm 0,4$ ни, 1 йилдан сўнг эса $2,4 \pm 0,5$ ни, “трахеостома борлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $2,2 \pm 0,7$ ни, 3 ойдан сўнг эса $2,3 \pm 0,6$ ни, 1 йилдан сўнг эса $2,9 \pm 0,7$ ни ташкил қилди.

Бундан ташқари, ҳикилдоқнинг нафас ўтказиш функциясини таҳлил қилиш мақсадида қайта спирометрия усули ўтказилди.

Анъанавий усулда даволанган беморларда ҳикилдоқнинг нафас ўтказиш функциясини тикланишини текшириш учун қайта спирометрия текшируви ўтказилди. Унга кўра, 1а гуруҳ беморларида ОФВ1 – $2,33 \pm 0,7$ л.ни, ОФВ1 - $72,22 \pm 0,7\%$ ни, ПОС - $3,58 \pm 0,6$ л.ни, ПОС - $51,24 \pm 15,8\%$ ни, 2а гуруҳ беморларида ОФВ1 – $2,38 \pm 0,7$ л.ни, ОФВ1 - $71,45 \pm 0,7\%$ ни, ПОС - $3,56 \pm 0,8$ л.ни, ПОС - $52,07 \pm 16,0\%$ ни, 3а гуруҳ беморларида ОФВ1 – $2,24 \pm 0,6$ л.ни, ОФВ1 - $70,14 \pm 0,7\%$ ни, ПОС - $3,52 \pm 0,9$ л.ни, ПОС - $50,17 \pm 15,6\%$ ни ташкил қилди.

Беморларни баллон дилатация амалиётига тайёрлаш мақсадида 2б ва 3б гуруҳ беморларига чандикни юмшатиш мақсадида дипроспан инъекцияси амалга оширилди. Дилатация бевосита ларингоскопияда эндоскопик назорат ва наркоз остида оротрахеал интубация ёки, агар мавжуд бўлса, трахеостома орқали амалга оширилади. Трахеяни тўлиқ интубация қилиш имкони бўлмаса, эндотрахеал найча стеноз устига ўрнатилиши мумкин, акс ҳолда апноэда таянчли операцион ларингоскоп ўрнатилади. Торайиш зонасига баллон катетер ўрнатилади, босим 10-12 атмосферага етказилиб, унга шприц-манометр ёрдамида суюқлик юборилади. Дилатация 1-2 дақиқа ичида 3 та ёндашувда 5-10 дақиқа оралиқ билан амалга оширилади. Дилатациядан сўнг баллон бўшатилади ва нафас йўлидан чиқарилади. Торайган жойга ларингоскоп орқали 6-7 мм диаметри эндотрахеал найча ўрнатилади ва ЎСВ амалга оширилади.

Ички юза 5 мм дан ҳам торайганда ёки чандик билан тўли ёпилганда чандикли тўқимани эндоскопик парчалаш учун лазерли ёки электрохирургик радиал кесиб ажратиш ва баллонли дилатация қўлланилади. Дилатация натижасида кенгайиш чандикли тўқиманинг микро-йиртилиши ҳисобига юзага келади. Ушбу тактика ҳикилдоқ ва трахеянинг турғун кенг ички юзасига эришиш ва беморларни стационар даволаш даврини камайтириш имконини беради.

Бундан ташқари, ушбу дилатация усули самарадорлигини ошириш мақсадида беморларга жарроҳлик амалидан олдин чандик соҳасига дипроспан дори воситаси инъекцияси қилинди. I ва II гуруҳ беморларида трахеостома

мавжудлигини инобатга олиб, эндоскоп назорати остида ушбу трахеостома орқали дастлаб 10% лидокаин билан аппликацион анестезия ўтказдик, шундан сўнг 0,1 мл дипроспан инъекциясини чандиқ соҳасига ўтказдик. Ушбу дори воситасини қўллашнинг афзаллиги шундаки, ҳиқилдоқ ва трахея соҳасидаги сурункали яллиғланиш жараёнини яққол камайтиради, ортиқча грануляцион тўқима ўсишига тўсқинлик қилади, дори воситасининг узайтирилган таъсири натижасида қайталанишлар сони ва ҳиқилдоқ ва трахея ёриғини рестенозланиши камаяди, беморда амалиёт мобайнида маҳаллий қўшимча жароҳатлар олишини камайтиради.

1б гуруҳ беморларида ўтказилган жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг “нафас олиш қийинлиги” белгиси $0,6 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,5 \pm 0,1$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,4 \pm 0,1$ ни, “йўтал” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $2,5 \pm 0,6$ ни, 3 ойдан сўнг эса $2,4 \pm 0,5$ ни, 1 йилдан сўнг эса $2,6 \pm 0,3$ ни, “балғам ажралиши” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,6 \pm 0,1$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,7 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,8 \pm 0,2$ ни, “овоз бўғиқлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $4,7 \pm 0,8$ ни, 3 ойдан сўнг эса $4,8 \pm 0,7$ ни, 1 йилдан сўнг эса $4,9 \pm 0,8$ ни, “трахеостома борлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $3,6 \pm 0,4$ ни, 3 ойдан сўнг эса $3,7 \pm 0,5$ ни, 1 йилдан сўнг эса $3,7 \pm 0,4$ ни ташкил қилди.

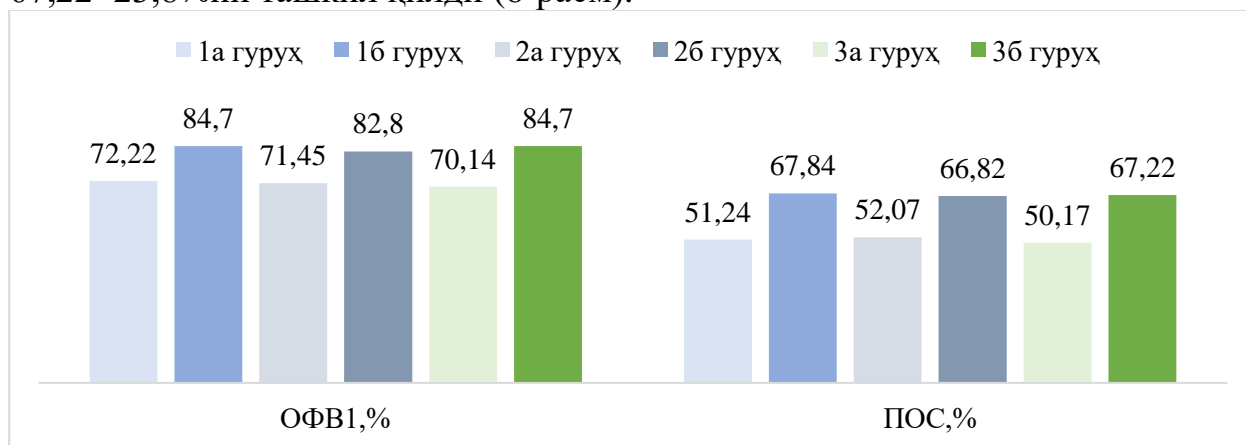
2б гуруҳ беморларида эса ўтказилган жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг “нафас олиш қийинлиги” белгиси $0,7 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,6 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,5 \pm 0,1$ ни, “йўтал” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,8 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,6 \pm 0,1$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,6 \pm 0,2$ ни, “балғам ажралиши” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,7 \pm 0,1$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,6 \pm 0,1$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,5 \pm 0,1$ ни, “овоз бўғиқлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,7 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,7 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,5 \pm 0,1$ ни, “трахеостома борлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,4 \pm 0,1$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,4 \pm 0,1$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,2 \pm 0,1$ ни ташкил қилди.

3б гуруҳ беморларида эса ўтказилган жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг “нафас олиш қийинлиги” белгиси $0,7 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,8 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,7 \pm 0,3$ ни, “йўтал” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,6 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,5$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,4 \pm 0,1$ ни, “балғам ажралиши” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $0,8 \pm 0,2$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,5 \pm 0,1$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,5 \pm 0,2$ ни, “овоз бўғиқлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,1 \pm 0,3$ ни, 3 ойдан сўнг эса $0,9 \pm 0,2$ ни, 1 йилдан сўнг эса $0,8 \pm 0,3$ ни, “трахеостома борлиги” белгиси жарроҳлик амалидан 1 ой сўнг $1,8 \pm 0,5$ ни, 3 ойдан сўнг эса $1,5 \pm 0,4$ ни, 1 йилдан сўнг эса $1,3 \pm 0,4$ ни ташкил қилди.

Ушбу беморларнинг шикоят динамикада ўзгаришини таҳлил қиладиган бўлсак, ўтказилган баллон дилатация усули ёрдамида ҳиқилдоқ овоз бойламлари ости соҳасида ва ҳиқилдоқ овоз бойламлари ости ва трахея соҳасидаги торайишларни даволаш анъанавий даволашга нисбатан самарадор ҳисобланади, ҳамда беморларнинг шикоятларининг камайишига олиб келади.

Таклиф қилинаётган усулда даволанган беморларда ҳиқилдоқнинг нафас

Ўтказиш функциясини тикланишини текшириш учун қайта спирометрия текшируви ўтказилди. Унга кўра, 1б гуруҳ беморларида ОФВ1 – $2,62 \pm 0,68$ л.ни, ОФВ1 - $84,8 \pm 17,1\%$ ни, ПОС - $4,74 \pm 1,72$ л.ни, ПОС - $67,84 \pm 22,8\%$ ни, 2б гуруҳ беморларида ОФВ1 – $2,60 \pm 0,71$ л.ни, ОФВ1 - $82,8 \pm 16,9\%$ ни, ПОС - $4,72 \pm 1,68$ л.ни, ПОС - $66,82 \pm 23,5\%$ ни, 3б гуруҳ беморларида ОФВ1 – $2,56 \pm 0,70$ л.ни, ОФВ1 - $84,7 \pm 17,2\%$ ни, ПОС - $4,78 \pm 1,79$ л.ни, ПОС - $67,22 \pm 23,8\%$ ни ташкил қилди (6-расм).



6-расм. Даволашдан сўнг спирометрия текшируви натижалари

Ушбу натижалар шуни кўрсатиб турибдики, баллон дилатация ёрдамида ҳиқилдоқдаги торайишларни даволаш ҳиқилдоқдаги торайиш натижасида вужудга келган қаршиликни камайтириб, ҳиқилдоқ орқали ўтадиган ҳаво миқдорини меъёр даражасигача ошишига имкон берди.

Шундай қилиб, ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши ҳамда ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайиши бўлган беморларда баллон дилатация амалиёти ҳамда маҳаллий дипроспан инъекцияси ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда ҳиқилдоқ ва трахея соҳасидаги яллиғланиш жараёни бошланишини олдини олади, нафас функциясини тиклайди, беморларнинг қисқа муддатлар ичида тикланишларига олиб келади.

Микробиологик тадқиқотлар натижаларига кўра асосий антибиотиклар линкомицин ва клиндамицин (157 та одам; беморларнинг 76,2%) бўлди. Ушбу препаратларни танлаш уларнинг йирингли яраларнинг қон билан яхши таъминмаланган жойларига, жароҳат экссудатларига ҳамда суяк ва тоғай тўқималарига кириб бориш хоссасига боғлиқ. Бундан ташқари, нафас йўлларидаги микробли ассоциацияларида анаэроб ноклостридиал бактериялар билан бирга граммушбат аэроб кокклар ассоциацияси кўп кузатилди.

Ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларни даволашдан сўнг қоннинг кислород билан тўйинганлик даражаси таҳлил қилинди.

Анъанавий усулда даволанган беморларда қоннинг кислородга тўйинганлик даражасини текшириш натижалари таҳлил қилинганда 1а гуруҳ беморларида пульс – $74,2 \pm 1,2$ та, SpO_2 – $88,4 \pm 1,7\%$ ни, 2а гуруҳ беморларида

пульс – $72,9 \pm 1,1$ та, SpO_2 – $86 \pm 1,7\%$ ни, 3а гуруҳ беморларида пульс – $72,6 \pm 1,5$ та, SpO_2 – $86 \pm 1,8\%$ ни ташкил қилди. Ўрта ҳисобда пульс – $72,7 \pm 1,2$ та, SpO_2 – $86,7 \pm 1,6\%$ бўлди.

Таклиф қилинаётган усулда даволанган беморларда қоннинг кислородга тўйинганлик даражасини текшириш натижалари таҳлил қилинганда эса 1б гуруҳ беморларида пульс – $70,7 \pm 1,2$ та, SpO_2 – $92,1 \pm 1,5\%$ ни, 2б гуруҳ беморларида пульс – $68,0 \pm 1,1$ та, SpO_2 – $96,8 \pm 1,6\%$ ни, 3б гуруҳ беморларида пульс – $68,5 \pm 1,1$ та, SpO_2 – $94,3 \pm 1,4\%$ ни ташкил қилди. Ўрта ҳисобда пульс – $68,7 \pm 1,0$ та, SpO_2 – $94,9 \pm 1,5\%$ ни ташкил қилди.

Барча гуруҳ беморларида қўлланилган даволаш усуллари самарадорлигини аниқлаш мақсадида жарроҳлик амалидан сўнгги давр натижалари, яқин муддатдаги натижалар ва узоқ муддатдаги натижалар таҳлил қилинди.

Анъанавий усулда даволанган беморларнинг даволаш натижалари қўйидагича бўлди: 1а гуруҳ беморларида жарроҳлик амалидан сўнг яхши натижа 2 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда, яқин муддатда яхши натижа 1 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда, қониқарсиз натижа 1 нафар беморда, узоқ муддатларда яхши натижа 1 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда, қониқарсиз натижа 1 нафар беморда қайд этилди. 2а гуруҳ беморларида жарроҳлик амалидан сўнг яхши натижа 8 нафар беморда, қониқарли натижа 3 нафар беморда, қониқарсиз натижа 1 нафар беморда, яқин муддатда яхши натижа 7 нафар беморда, қониқарли натижа 4 нафар беморда, қониқарсиз натижа 1 нафар беморда, узоқ муддатларда яхши натижа 6 нафар беморда, қониқарли натижа 4 нафар беморда, қониқарсиз натижа 2 нафар беморда қайд этилди. 3а гуруҳ беморларида жарроҳлик амалидан сўнг яхши натижа 6 нафар беморда, қониқарли натижа 4 нафар беморда, қониқарсиз натижа 1 нафар беморда, яқин муддатда яхши натижа 5 нафар беморда, қониқарли натижа 5 нафар беморда, қониқарсиз натижа 1 нафар беморда, узоқ муддатларда яхши натижа 4 нафар беморда, қониқарли натижа 5 нафар беморда, қониқарсиз натижа 2 нафар беморда қайд этилди.

Таклиф қилинаётган усулда даволанган беморларнинг натижалари қўйидагича бўлди: 1б гуруҳ беморларида жарроҳлик амалидан сўнг яхши натижа 2 нафар беморда, яқин муддатда яхши натижа 2 нафар беморда, узоқ муддатларда яхши натижа 1 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда қайд этилди. 2б гуруҳ беморларида жарроҳлик амалидан сўнг яхши натижа 12 нафар беморда, яқин муддатда яхши натижа 12 нафар беморда, узоқ муддатларда яхши натижа 11 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда қайд этилди. 3б гуруҳ беморларида жарроҳлик амалидан сўнг яхши натижа 9 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда, яқин муддатда яхши натижа 9 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда, узоқ муддатларда яхши натижа 9 нафар беморда, қониқарли натижа 1 нафар беморда қайд этилди.

Албатта, сурункали жараёнларда ўтказиладиган даволаш усуллари каби

ушбу гуруҳ беморларида ҳам турли асоратлар кузатилди. Анъанавий усулда даволанган беморларда даволашдан сўнгги асоратлар сифатида трахеостома ёки ҳиқилдоқнинг ажралма билан қисман/тўлиқ бекилиши 1а гуруҳнинг 1 нафар беморида, 2а гуруҳнинг 7 нафар беморида, 3а гуруҳнинг 6 нафар беморида, ҳиқилдоқ ва трахеянинг жароҳатланиши 2а гуруҳнинг 4 нафар беморида, 3а гуруҳнинг ҳам 4 нафар беморида, ҳиқилдоқ ва трахеяда грануляция ҳосил бўлиши 2а гуруҳнинг 4 нафар беморида, 3а гуруҳнинг ҳам 4 нафар беморида, эрозия 2а гуруҳнинг 3 нафар беморида, 3а гуруҳнинг ҳам 2 нафар беморида, қонаш эса фақатгина 3а гуруҳнинг 1 нафар беморида кузатилди. Таклиф қилинаётган усулда даволанган беморларда даволашдан сўнгги асоратлар сифатида трахеостома ёки ҳиқилдоқнинг ажралма билан қисман/тўлиқ бекилиши 1а гуруҳнинг 1 нафар беморида, 2а гуруҳнинг 1 нафар беморида, 3а гуруҳнинг 1 нафар беморида, ҳиқилдоқ ва трахеянинг жароҳатланиши 3а гуруҳнинг ҳам 1 нафар беморида, ҳиқилдоқ ва трахеяда грануляция ҳосил бўлиши 3а гуруҳнинг ҳам 1 нафар беморида, қонаш эса фақатгина 2а гуруҳнинг 1 нафар беморида кузатилди.

Шундай қилиб, хулоса қилиб айтиш мумкинки, ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши ҳамда ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайиши бўлган беморларда баллон дилатация амалиёти ҳамда маҳаллий дипроспан инъекцияси ҳиқилдоқнинг сурункали чандикли торайиши бўлган беморларда ҳиқилдоқ ва трахея соҳасидаги яллиғланиш жараёни бошланишини олдини олади, нафас функциясини тиклайди, беморларнинг қисқа муддатлар ичида тикланишларига олиб келади.

ХУЛОСАЛАР

«Ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларда даволаш тактикасини такомиллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. Ҳиқилдоқнинг сурункали чандикли торайиши учраши бўйича ўрта ҳисобда ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши 9,6%ни, ҳиқилдоқнинг овоз ости соҳасидаги торайиши 48,1%ни, ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайиши 42,3%ни ташкил қилади. Торайиш сабаби бўйича узок муддатли интубация 67,3%, жароҳат 19,2%, трахеостома 11,5% ва идиопатик 3,8% ҳолларда учради.

2. Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайишида бошқа соҳадаги торайишларга караганда нафас олиш функцияси бузилган бўлади, ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайишида эса маҳаллий микробиоценоз микроорганизмларга бой бўлади. Барча торайишларда клиник-функционал ва инструментал текшириш натижалари кескин ўзгариш мавжудлигини кўрсатмади.

3. Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари соҳасида торайиши ҳамда ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайиши бўлган беморларда баллон дилатация амалиёти самарадорлигини исботлади. Унга кўра, ушбу

таклиф қилинаётган амалиёт анъанавий жарроҳлик амалиётига нисбатан 86% ҳолларда яхши натижа берди ҳамда беморларнинг шифохонада даволаниш муддати (ўрта ҳисобда $4,2 \pm 0,8$ кун) ва тўлиқ реабилитация даврининг давомийлигини (ўрта ҳисобда $32,6 \pm 5,6$ кун) сезиларли даражада қисқартириш имконини беради.

4. Ҳиқилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларда дипроспанни маҳаллий қўллаш чандиқнинг юмшашига ва баллон дилатация учун имконият бериши аниқланди, ҳамда маҳаллий соҳага дипроспан инъекцияси чандиқнинг қайталанишини 35%га камайтирди.

5. Ҳиқилдоқнинг овоз бойламлари ости соҳасида торайиши ҳамда ҳиқилдоқнинг овоз ости ва трахея соҳасидаги торайиши бўлган беморларда баллон дилатация амалиёти ҳамда маҳаллий дипроспан инъекцияси ҳиқилдоқнинг сурункали чандиқли торайиши бўлган беморларда ҳиқилдоқ ва трахея соҳасидаги яллиғланиш жараёни бошланишини олдини олади, нафас фаолиятини тиклайди, беморларнинг қисқа муддатлар ичида тикланишларига олиб келади.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ**

РУЗМАТОВ КОБУЛ МАШРАББОЁВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С
ХРОНИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ГОРТАНИ**

14.00.04 – Оториноларингология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2020.4.PhD/Tib1494.

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном стоматологическом институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.tsdi.uz.) и на Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Шамсиев Джахангир Фазлитдинович,**
доктор медицинских наук

Официальные оппоненты: **Григорьева Алла Александровна (Россия)**
доктор медицинских наук, профессор

Бакиева Шахло Хамидуллаевна
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Азербайджанский государственный институт
повышения квалификации врачей имени А.Алиева
(Азербайджан)**

Защита диссертации состоится “___” _____ 2022 г. в ___ часов на заседании Научного Совета № DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 при Ташкентском государственном стоматологическом институте. (Адрес: 100016, г. Ташкент, Яшнабадский район, ул. Махтумкули,103. Тел./Факс: +99871-230-20-73; e-mail: info@tsdi.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского государственного стоматологического института (зарегистрирована за №___). Адрес: 100016, г. Ташкент, Яшнабадский район, улица Махтумкули, дом 103. Тел./факс: (+99871) 230-20-73.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.
(реестр протокола рассылки №___ от _____ 2022 года).

Н.К.Хайдаров

Председатель Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

Л.Э.Хасанова

Ученый секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

А.А.Абдукаюмов

Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (автореферат диссертации доктора наук (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Хотя травмы гортани и трахеи встречаются редко среди всех повреждений ЛОР-органов, оториноларингологи, хирурги и реаниматологи всегда находятся в центре внимания, поскольку часто приводят к нарушению жизненно важных функций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «...на хронический стеноз гортани приходится 7,7% всех ЛОР-заболеваний...»¹. Это, в свою очередь, свидетельствует о распространенности данного заболевания и актуальности проблемы.

В мире существует ряд достоверных клинико-эпидемиологических исследований, посвященных диагностике и лечению хронического рубцевания гортани, его несложное и эффективное лечение до сих пор остается одной из проблем. Все это свидетельствует об актуальности проблемы в связи с распространенностью хронического стеноза гортани и инвалидизацией больных.

Среди населения нашей страны проводятся всесторонние исследования, направленные на раннюю диагностику и прогнозирование различных заболеваний и снижение частоты их осложнений среди населения. В связи с этим в Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы в нашей стране «...повышения эффективности, качества и популярности медицинской помощи в нашей стране, а также формирования медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, патронажа и создания эффективных моделей диспансеров, пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний...»² обозначены как приоритетные задачи. Эти задачи являются одними из актуальных научных направлений в ранней диагностике заболевания и эффективного лечения хронических стенозов гортани, а также снижения инвалидности и смертности.

Данное диссертационное исследование в определенной степени способствует реализации задач, поставленных в Указах Президента Республики Узбекистан: №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», №УП-5590 от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан», №№ПП-3071 от 20 июня 2017 г. «О мерах по дальнейшему развитию оказания специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан в 2017-2021 гг.», №ПП-2866 от 4 апреля 2017 г. «О мерах по дальнейшему развитию и улучшению онкологических услуг населению в Республике Узбекистан в 2017-2021 гг.», а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

¹ Годовые отчеты организации ВОЗ

²Указ Президента Республики Узбекистан №4947 «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан»

Соответствие исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Число больных с ятрогенной или медикаментозной патологией гортани и трахеи постоянно увеличивается. Их рост можно объяснить как широким внедрением интубации и трахеотомии в экстренных случаях, так и отсутствием профилактики таких осложнений [Бобров В.М., 2015, Ткаченко Е.В. и соавт., 2013, Гури С. и др., 2015]. Основными факторами, влияющими на послеоперационное сужение трахеи и трахеи, являются длительность интубации, тяжелая сопутствующая патология, чрезмерные и грубые манипуляции с эндотрахеальной трубкой, плохой уход, а также высокое давление манжеты эндотрахеальной трубки [Гогорева Н.Р., 2014, Kevin F. и др., 2013]. Травма гортани при трахеотомии часто возникает при экстренной операции, когда трахея вскрывается близко к фиброному кольцу или в кольце, что приводит к стойкому сужению гортани и трахеи [Захарова М.Л., Павлов П.В., 2016. et al., 2006, Родриго С. и др., 2012].

Успех лечения послеоперационных стенозов гортани и трахеи определяется сроками, прошедшими после травмы, последовательностью и характером лечения. Среди хирургов до сих пор нет единого мнения о последовательности и объеме диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление данной патологии. В результате оптимальные сроки лечения часто упускаются. В настоящее время 99% больных со стенозом гортани и трахеи госпитализируются со 2-3 степенью рубцевания этих органов по показаниям неотложной помощи [Серебренникова Е.В., 2012, Hautefort C. et al., 2012].

Имеющаяся хроническая обструкция гортани и трахеи приводит к длительной, нередко стойкой инвалидизации больных, при этом большинство этих больных составляют люди молодого и среднего возраста [Хасанов У.С., 1999, Абдуллаева Н.Н., Ходжаева К.А., 2002, Логан Б. и др., 2014]. Основным методом лечения таких больных являются многоэтапные оперативные вмешательства, требующие высокого мастерства хирурга, длительного расширения гортани и трахеи. Однако традиционные медикаментозные методы лечения больных со стенозом гортани и трахеи в связи с появлением и развитием новых медицинских технологий вынуждают к определенному пересмотру сложившихся стереотипов [Киличбаев Ю.Х., 2017, Столбен Э. и др., 2014].

В итоге, восстановление функции внешнего дыхания происходит в 70-85% случаях [Ягудин Р.К. и соавт., 2016, Tang Q. et al., 2014]. Проблема ранней диагностики, лечения и профилактики больных с послеоперационными сужениями гортани и трахеи имеет большое медицинское, а также социальное и экономическое значение.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, шде

выполнена диссертация. Данная диссертационная работа выполнялась в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры оториноларингологии Ташкентского государственного стоматологического института по теме «Совершенствование диагностики и лечения воспалительных и невоспалительных заболеваний верхних дыхательных путей и уха» №011400202 (2020-2024).

Целью исследования явилось повысить эффективность лечения больных с хроническим стенозом гортани за счет применения новых медицинских технологий и улучшить пред- и послеоперационный уход.

Задачи исследования:

определить распространенность хронического стеноза гортани и его клинические особенности;

анализ результатов клиничко-функционального и инструментального обследования при различных формах хронического стеноза гортани;

оценка эффективности применения хирургического метода баллонной дилатации в лечении больных с хроническим стенозом гортани;

определить эффективность местного применения дипроспана у больных с хроническим стенозом гортани;

разработать и внедрить алгоритм лечения больных с хроническим стенозом гортани.

Объектом исследования стали 52 пациентов, пролеченных в ЛОР-отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии, и 20 здоровых людей контрольной группы.

Предметом исследования стали пациенты с хроническим стенозом гортани и материалы их периферической венозной крови.

Методы исследования. В исследовании использовались анкетный, клинический, лабораторный, эндоскопический, мультиспиральная компьютерная томография, функциональное, морфологическое обследование и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

разработаны и внедрены оптимальный объем предоперационного обследования и подготовки больных с хроническим стенозом гортани и алгоритмы их послеоперационного ведения;

проанализированы результаты методики выполнения баллонной дилатации при хроническом стенозе гортани и разработаны рекомендации по предоперационному обследованию, оптимальный вариант и алгоритм подготовки больных к баллонной дилатации;

исследована эффективность дипроспана в рестеноза гортани, доказано его действие и влияние на частоту рестеноза в результате регенерации грануляционной ткани;

при лечении больных со стенозом гортани и у больных со стенозом гортани и трахеи доказана эффективность баллонной дилатации по сравнению с традиционным лечением на 25,4%.

Практические результаты исследования заключается в следующем:

на основании клинических исследований сформулированы конкретные рекомендации по прогнозированию исхода хирургической реабилитации больных с хроническим стенозом гортани;

разработана и внедрена в клиническую практику патогенетические методы хирургического и фармакологического лечения больных с хроническим сужением гортани;

определен оптимальный объем диспансеризации больных при подготовке к оперативному лечению больных с хроническим сужением гортани;

применение предложенной схемы лечения улучшило результаты лечения и приобрело значительную экономическую значимость за счет сокращения этапов и сроков лечения.

Достоверность результатов исследования обосновано использованием в диссертации современных методов и подходов, согласованность теоретических данных с полученными результатами, методологическая точность исследования подтверждена результатами клинических, оториноларингологических, эндоскопических, компьютерно-томографических, морфологических и статистических исследований у достаточного количества пациентов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что специфичность разных форм хронического рубцевания гортани объясняется достоверностью результатов клинического, функционального, эндоскопического, компьютерной томографии, морфологического исследования, а также различиями в показателях.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что предоперационное ведение больных с хроническим рубцеванием гортани и профилактика возникновения воспалительных процессов в гортани и трахее путем расширения гортани с помощью баллонной дилатации объясняется восстановлением дыхательных путей. функции у пациентов.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов по совершенствованию лечебной тактики у больных с хроническим стенозом гортани:

утверждена методическая рекомендация «Консервативное лечение больных с хроническим стенозом гортани в предоперационном и послеоперационном периоде» по результатам исследований по подготовке больных с хроническим стенозом гортани к хирургическому лечению (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/129 от 22 февраля 2021 г.). Эта методическая рекомендация позволило пациентам с хроническим стенозом гортани размягчить рубец и подготовиться к операции, чтобы повысить эффективность хирургического вмешательства;

утверждена методическая рекомендация «Хирургическое лечение хронических стенозов гортани», разработанные на основании результатов научных исследований по совершенствованию хирургического метода лечения больных с хроническим стенозом гортани (Заключение Министерства

здравоохранения №8н-р/130 от 22 февраля 2021 г.). Данная методическая рекомендация повысила эффективность лечения больных с хроническим стенозом гортани и позволила уменьшить количество рецидивов;

результаты исследований, направленных на совершенствование тактики лечения больных с хроническим стенозом гортани, внедрены в практику здравоохранения, в том числе в клиническую практику в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии им. В.Вахидова и Ферганском областном многопрофильном медицинском центре (Заключение Министерства здравоохранения №8н-р/20 от 19 января 2022 года). В результате внедрения результатов исследования в клиническую практику отмечено снижение частоты рецидивов хронического стеноза гортани на основе разработанного метода лечения.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования обсуждались на 3 научно-практических конференциях, в том числе на 1 международных и 2 республиканских научных конференциях.

Публикация результатов исследования. Всего по теме диссертации опубликовано 16 научных работ, в том числе 5 статей в научных журналах, рекомендованных к публикации основных научных результатов докторских диссертаций ВАК РУз, в том числе 4 в национальных и 1 в зарубежных журналах.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации 112 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Введение посвящено обоснованию актуальности и необходимости исследования этиологии и лечения хронического стеноза гортани, цели и задачам исследования, описанию объекта и предметов, актуальности исследования приоритетам науки и техники республики. Описана научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научная и практическая значимость полученных результатов, результаты исследования внедренных в практику, приведены данные об опубликованных работах и структура диссертации.

Первая глава диссертации озаглавлена **«Современные взгляды на этиологию и лечение хронического стеноза гортани (обзор литературы)»**. В первой главе анализируются этиология, клиника, методы диагностики и эффективное лечение хронического стеноза гортани на основе отечественных и зарубежных источников. Описаны виды лечения хронического стеноза гортани, выявлены преимущества и недостатки между ними, поставлены актуальные задачи.

Во второй главе диссертации **«Общая характеристика больных и методы их обследования»** описаны результаты исследования, проведенного в отделении оториноларингологии многопрофильной клиники Ташкентской

медицинской академии у 52 больных с хроническим стенозом гортани в 2017-2020 гг.

Большинство пациентов были из районов Узбекистана и города Ташкента, небольшое количество пациентов прибыло из Казахстана и Таджикистана. Из больных с хроническим стенозом гортани 45 (61,6%) были сельскими жителями, 40 (38,4%) — городскими; мужчин - 49, женщин - 36.

По локализации хронического стеноза гортани больные были условно разделены на 3 группы: 5 больных с сужением голосовых связок; 25 больных с сужением ниже голосовых связок; 22 больных с сужением гортани ниже голосовых связок и трахеи.

С целью определения специфичности всех групп сравнивали результаты клинического, функционального, инструментального обследования всех групп. Большинство больных с хроническим стенозом гортани были в возрасте от 20 до 40 лет, т. е. в трудоспособном возрасте, и преимущественно мужчины во всех возрастных группах. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц ЛОР-отделения многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии.

У всех пациентов проведено комплексное обследование, включающее лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, ВИЧ-инфекции в крови, гепатиты В, С, титр антител к сифилису, группа крови, резус-фактор, коагулограмма, общий анализ мочи), рентгенография легких, носовых полостей.

При анализе жалоб всех групп больных больные в основном предъявляли жалобы на затрудненное дыхание, кашель, наличие трахеостомы, выделение из нее мокроты, охриплость голоса. Соответственно, для анализа специфичности групп все симптомы оценивались в виде баллов от 0 до 5 по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В этой группе больных симптомы «затрудненное дыхание» в среднем составили $4,2 \pm 0,3$ балла, «кашель» — $2,6 \pm 0,2$ балла, «выделение мокроты» — $2,1 \pm 0,1$ балла, «охриплость голоса» — $4,8 \pm 0,4$ балла, «трахеостома». - $3,7 \pm 0,2$ балла, у больных 2 группы симптомы «затрудненного дыхания» в среднем составили $4,1 \pm 0,2$ балла, «кашель» - $4,1 \pm 0,3$ балла, «отделение мокроты» - $3,4 \pm 0,3$ балла, «голосовая обструкция» - $3,8 \pm 0,3$ балла, «трахеостома» - $3,8 \pm 0,3$ балла. В 3-й группе симптомы «затрудненное дыхание» в среднем составили $4,3 \pm 0,4$ балла, «кашель» — $4,2 \pm 0,3$ балла, «выделение мокроты» — $3,3 \pm 0,3$ балла, «голосовая обструкция» — $3,7 \pm 0,3$ балла, «трахеостома». - $3,8 \pm 0,3$ балла. Из вышеизложенного видно, что у больных 2-й и 3-й групп беспокоят симптомы «кашля» и «выделения мокроты», а у больных 1-й группы более выражены симптомы осиплости голоса. Однако было установлено, что симптомы «затрудненного дыхания» беспокоят почти всех пациентов одинаково.

Распространяется по классификации, предложенной в 2011 г. В. Д. Паршиным, обобщающей причины сужения гортани у больных с хроническим стенозом гортани. По его данным, в 1 группе больных выявлено сужение гортани в основном за счет травмы гортанной области. Из 2-й группы у 21

развилась интубация, у 3 — травма, у 1 — идиопатический стеноз. В 6 из 3 групп больных выполнена трахеостомия, в 14 — интубация, в 2 — травма, в 1 — идиопатический стеноз.

Обследование больных включает общеклинический осмотр и исследование функции внутренних органов, а также специальное исследование гортани, трахеи и нижних дыхательных путей. Кроме того, мы провели исследования, необходимые для решения задач настоящего исследования. С помощью пульсоксиметра исследовали микробный состав дыхательных путей, спирометрические пробы, насыщение крови кислородом.

Общее клиническое обследование пациентов включало гемограмму, анализ мочи, биохимические показатели крови, исследование уровня электролитов в плазме крови. По инструкции проведено УЗИ внутренних органов (почек, печени). Всем больным выполняли электрокардиографию и рентгенографию легких.

Получение клинического материала осуществлялось целенаправленно с учетом возможности консервативной терапии или ограниченного количества хирургических и микрохирургических операций на гортани и трахее.

Оториноларингологическое обследование. ЛОР-органы больной обследованы в обычном режиме, включая непрямую ларингоскопию. Помимо непрямой ларингоскопии и гипофарингоскопии, по возможности через трахеостому выполняли трахеоскопию и ретроградную ларингоскопию.

Эндоскопическое обследование. Во всех случаях эндоскопию гортани, гортани и трахеи проводили под местной анестезией. Эндоскопию выполняли жесткими эндоскопами с углами обзора 70 и 90 градусов, видео транслировалось на монитор. При необходимости составлялись фото- и видеодокументы обследованных больных.

Компьютерная томография. Спиральную компьютерную томографию шеи выполняли на компьютерных томографах Xreed и Asteion 3-4 поколения (Toshiba, Япония). Получение информативного изображения структур трахеи и трахеи достигалось подбором оптимальных физико-технических условий сканирования, правильной укладкой больного и использованием специальных методов анализа КТ-срезов.

Микробиологическое исследование. До начала лечения и в динамике лечебного процесса у всех 52 больных изучен микробный статус гортани и трахеи в аэробных и анаэробных условиях. Данное обследование проводилось совместно с бактериологической лабораторией многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии и микробиологической лабораторией Ташкентского государственного стоматологического института. Сбор материала от больных осуществляли путем аспирации ларингеального и трахеального секрета в стерильные флаконы во время эндоскопии. Выделение патологического экссудата из дыхательных путей осуществляли при протезировании связок с помощью тонких стерильных полиэтиленовых катетеров, введенных через трахею и трахею в трахеостому.

Спирометрия. Качество восстановленных функций гортани и трахеи

оценивали по спирографическим показателям, измеряемым на спирографах и пневмотахометрии. Исследование функции внешнего дыхания проводили на аппарате «Валента» до операции, а также в ближайшем и отдаленном периоде после операции.

Морфологическое обследование. Исследования проводились в лаборатории Ташкентского городского бюро патологической анатомии (руководитель Д.Д.Артиков). Для морфологического исследования кусочки фиксировали 10–12% нейтральным формалином, а затем извлекали пропитанные парафином рубцы в области гортани и трахеи. После установки парафиновые части кусочков окрашивали гематоксилином и эозином, а также использовали для изучения структур соединительной ткани методом Ван Гизона. Из парафиновых блоков, отстоящих друг от друга на 50-70 мкм, готовили 12-14 серийных деталей толщиной 8-10 мкм. Микроскопические исследования проводили на световом микроскопе XS-213 (об. 20, ок.-10). Метод окраски гистологических препаратов по Ван-Гизону проводят последовательной обработкой смесью гематоксилина и пикриновой кислоты с фуксиновой кислотой.

Статистический анализ. Статистический анализ результатов данного исследования выполнен с использованием пакета программ Microsoft Excel 2016 и Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., США). Описательная статистика количественных символов представлена стандартными отклонениями (в формате $M \pm s$). Приведены описательные статистики знаков качества с абсолютной и относительной частотностью. Непараметрический критерий Манна-Уитни использовали для сравнения несвязанных групп по количеству и порядку. Сравнение несвязанных групп по показателям качества проводили с использованием критерия χ^2 -квадрат и точечного критерия Фишера. Результаты считались статистически значимыми при достижении уровня значимости $r < 0,05$ при проверке гипотез.

В третьей главе диссертации **«Результаты исследования больных с хроническим рубцеванием гортани»** всесторонне проанализированы проанализированы комплексные клиничко-функциональные, лабораторные и инструментальные методы обследования 52 больных с хроническим стенозом гортани.

Больным с хроническим стенозом гортани проводили спирометрическое исследование для изучения дыхательной функции гортани. По его данным, у больных 1 группы ОФВ1 - $1,46 \pm 0,7$ л, ОФВ1 - $49,54 \pm 0,6$ %, ПОС - $2,17 \pm 0,8$ л, ПОС - $31,54 \pm 15,2$ %, у больных 2 группы ОФВ1 - $1,55 \pm 0,7$ л. , ОФВ1 - $50,12 \pm 0,7$ %, ПОС - $2,19 \pm 0,9$ л, ПОС - $32,07 \pm 16,8$ %, у больных 3 группы ОФВ1 - $1,51 \pm 0,7$ л.ни, ОФВ1 - $50,22 \pm 0,7$ %, ПОС - $2,18 \pm 1,0$ л, ПОС составил $31,96 \pm 16,6$ %.

Эндоскопическое исследование гортани и трахеи выполнено всем 60 больным основной группы при переводе их с управляемого дыхания на самостоятельное. Сужение складок гортани выявлено у 22 больных, сужение под голосовыми связками - у 10. Сужение шейки трахеи за счет разрастания

Совместное сужение трахеи и трахеи выявлено у 12 больных. Среди них у 6 больных было совместное сужение гортани и трахеи, у 5 больных - сужение грудной клетки и шейки трахеи, у 1 больного - сужение гортани, трахеи, грудной клетки и шеи. У всех 60 больных, поступивших в контрольную группу с признаками декомпенсации дыхания, которым была проведена интубация, искусственная вентиляция легких и трахеостомия, эндоскопически исследованы грудная клетка и шейка гортани и трахеи. В контрольной группе патологические изменения в гортани были обнаружены в 10 (18%) случаях гортанных складок и в 21 (34%) случае в подъязычной области. В 12 (15%) случаях они были в виде грубых рубцовых деформаций. Сужение шейки трахеи выявлено у 31 (38%) больного, стеноз грудной клетки - у 8 (9,8%). При этом патологические продукты, суживающие трахею, были в виде плотных грануляций и рубцовой ткани. В среднем у 19 (23%) больных с длительностью рубцового процесса до 6 мес патологические изменения носили преимущественно воспалительный характер. При длительности процесса рубцевания более 6 мес у 63 (77%) больных отмечалось разрастание соединительной ткани в местах органического поражения слизистой оболочки трахеи и трахеи.

Всем группам больных выполняли мультиспиральную компьютерную томографию области шеи с целью изучения локализации стеноза, его протяженности, размеров, степени стеноза, расположения прилежащих органов, их влияния на них. Протяженность рубцового процесса, расположенного в области трахеи и трахеи, также анализировали по результатам мультиспиральной компьютерной томографии. По его данным, рубец до 1 см наблюдался у всех пациентов 1-й группы, у 20 пациентов 2-й группы и у 12 пациентов 3-й группы. Рубец длиной 1-2 см выявлен у 5 пациентов из 2-й группы и у 8 пациентов из 3-й группы. Рубцы размером 2 и более были обнаружены только у 5 пациентов из 3 группы. Это подчеркивает необходимость учета при лечении рубцов, расположенных в области трахеи и трахеи, так как незапланированное оперативное вмешательство у больных может привести к рецидиву рубцового процесса.

Исследовали микроорганизмы слизистых оболочек трахеи, трахеи, бронхов и трахеостомического кожно-трахеального канала. Стафилококк у 2 из 1 группы больных. aureus, 2 у Staph. hemoliticus, 1 чел. ул. viridans Proteus vulgaris обнаружен у 1. Стафилококк у 8 из 2 группы больных. aureus, 5 у Staph. гемолитической, 3 на ул. вириданс, ул. 1 лиц. pyogenus, Proteus vulgaris в 1, Candida albicans в 1. Стафилококк у 10 из 3 группы больных. aureus, 5 у Staph. Гемолитическая, 4 на ул. вириданс, ул. 1 лиц. pyogenus, Proteus vulgaris — 2, Candida albicans — 1. В дыхательных путях наиболее часто встречаются гноеродные кокки (стафилококки и стрептококки), их доля в среднем составляет 49,7%. Однако частота роста гноеродных кокков в разных этиологических группах находилась в очень широких пределах, т.е. от 31,5% до 100%. Ведущим методом консервативного лечения бактериальных инфекций является антибактериальная терапия антибиотиками и

химиотерапия. Эффективность такого лечения во многом зависит от чувствительности микрофлоры к этим препаратам. Поэтому помимо определения вида микрофлоры определяли чувствительность выделенных штаммов к основным группам антибиотиков. Таким образом, подводя итог данному разделу, следует отметить, что патогенная флора, полученная из очагов трахеостомии, трахеостомической и бронхиальной инфекции, имеет весьма разнообразный состав. Изучение чувствительности бактерий к антибиотикам показало, что спектры действия различных антибактериальных препаратов часто не распространяются на все виды выделенных бактерий. Однако наиболее известные антибиотики широкого спектра действия (пенициллины и аминогликозиды) фактически оказались неактивными в отношении изолированных штаммов патогенных микроорганизмов. Следовательно, полимикробный характер бактериальных биоценозов трахеи, трахеостомы и бронхов, наличие патогенных ноклостридиальных анаэробов, чувствительных только к некоторым препаратам, повышенная резистентность многих хорошо изученных бактерий к известным антибиотикам привели к таким пациентам искать более эффективную антибактериальную терапию.

Морфологическое обследование всех больных с хроническим рубцеванием гортани выявило факторы, способствующие прогрессированию заболевания в хорошую и неблагоприятную форму. При этом утолщение слизистого слоя происходило на фоне хронического воспаления и формирования очагов фиброза. Однако в очагах воспаления преобладала плазменная инфильтрация. На многих исследованных макропрепаратах обнаружена ретенция волосков многослойного колеблющегося эпителия слизистой оболочки гортани и трахеи, но в макропрепаратах, полученных из рубцов, полностью закрывших гортанную щель, эти волоски полностью утрачены. В дядевой части выявлены очаги окостенения. По этим выявленным показателям окостенение гортанных колец, выпадение эпителиальных волосков слизистой оболочки гортани и трахеи наряду с полным закрытием гортанной щели можно рассматривать как неблагоприятный фактор формирования хронического рубцевания гортани (Рис.3,4).

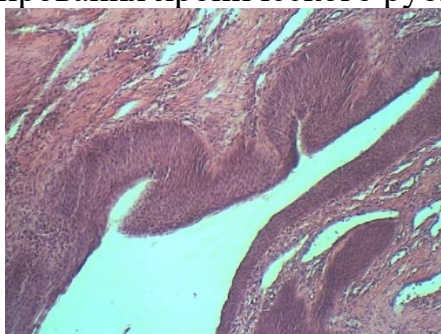


Рис.3. Под зрелым многослойным плоским несвертывающимся эпителием определяется фиброзная, соединительно-волокнуто-рубцовая ткань. Определяется периваскулярная инфильтрация, скопление эритроцитов в сосудах. Видны небольшие однородные участки (некроз).

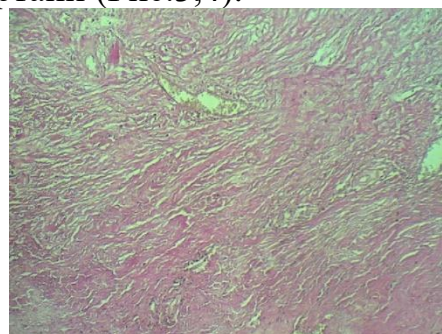


Рис.4. Определяют волокнистую структуру соединительной ткани, большое количество лимфоцитарной инфильтрации и очаги некроза.

Соответствующие изменения в гортани и трахее были зарегистрированы у многих пациентов в связи с длительной интубацией. Соответственно, повреждение слизистой трахеи наблюдалось в 31% случаев. Изредка выявлялись кровоизлияния под слизистую оболочку (20%) и эрозии в трахее (18%). Следует также отметить, что чем дольше интубационная трубка подвергалась воздействию стенок гортани и трахеи, тем более выраженными были изменения. Развитие деструктивно-дистрофических процессов в соединительной ткани гортани и трахеи связано не только с длительностью ИВЛ, но и тяжестью общего состояния больного, функциональными нарушениями органов дыхания, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, а также раннее начало внутрибольничной инфекции (трахеобронхит, пневмония, сепсис). Особенностью этих рубцов, вызывающих сужение расщелины неба, является образование в подслизистом слое грубой соединительной ткани с истончением в них слизистого слоя, что приводит к формированию необратимых процессов в слизистом слое. По результатам морфологического анализа установлено, что при формировании рубцовых изменений гортани протекают одновременно несколько стадий воспаления. В одних участках выявлены очаги альтерации, в других - формирование грануляционной ткани, а в отдельных участках - течение продуктивного воспаления с фиброзом и репарацией слизистого слоя. Следует также отметить, что причиной прохождения таких процессов является незавершенность соединительной ткани, пораженная структурно-метаболическими процессами, приводящими к рецидивированию процесса. Деструктивно-воспалительные процессы выявляют во всех слоях гортани и трахеи, преимущественно в области подслизистой основы.

Во всех группах больных проводили пульсоксиметрию для определения насыщения крови кислородом. По данным пульсоксиметрического исследования у больных с сужением голосовых связок (1-я группа) ЧСС составила $80,6 \pm 2,1\%$, SpO₂ - $92,1 \pm 3,3\%$. У больных с сужением голосовых связок (2-я группа) ЧСС составила $86,8 \pm 2,7\%$, SpO₂ - $90,7 \pm 2,9\%$. У больных с сужением гортани под голосовыми связками и трахеей (3-я группа) ЧСС составила $82,5 \pm 3,1\%$, SpO₂ - $96,5 \pm 2,8\%$. Исходя из этих показателей, число сердечных сокращений и насыщение крови кислородом у больных с хроническим рубцеванием гортани прямо пропорциональны друг другу. Принимая во внимание результаты вышеуказанного комплексного обследования, следует отметить, что клинично-функциональное, эндоскопическое, компьютерно-томографическое, морфологическое обследование больных с хроническим сужением гортани дает полную информацию о рубцовом процессе у данной группы больных и помогает врачу подобрать правильное лечение.

В четвертой главе диссертации «**Анализ различных методов лечения больных с хроническим стенозом гортани**», изучена эффективность лечения данных больных.

С целью определения эффективности различных оперативных вмешательств во всех группах больных лечебные мероприятия проводились с разделением на 2 подгруппы.

Больным 1-й группы а с сужением гортани в области голосовых связок было рекомендовано рассечение рубца, вызвавшего сужение гортани, и в последующем периоде ингаляция декасана. Пациентам группы 1 б в послеоперационном периоде выполняли разрез рубца и установку Т-образной трубки, а также ингаляцию декасана.

Во 2-й группе больным с сужением подъязычной области гортани, ларингофиссурой и разрезом рубца выполняли обработку этой области мазями целестодерм, контрастубекс и ингаляции раствором декасана. В группе 2б выполняли баллонную дилатацию с последующими ингаляциями раствором декана. При необходимости также была установлена Т-образная трубка.

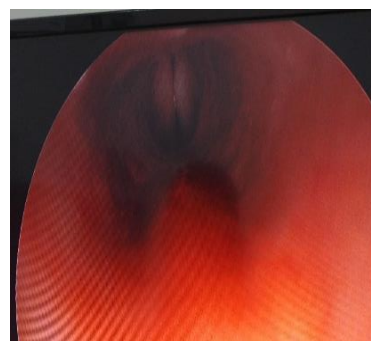
Пациентам группы 3а с сужением гортани и трахеи выполняли ларингофиссуру и разрез рубца с последующим лечением целестодермом, контрацептивными мазями и ингаляциями с раствором декасана. Больным 3 б группы выполняли баллонную дилатацию с последующей Т-образной трубкой и ингаляции раствором декана.



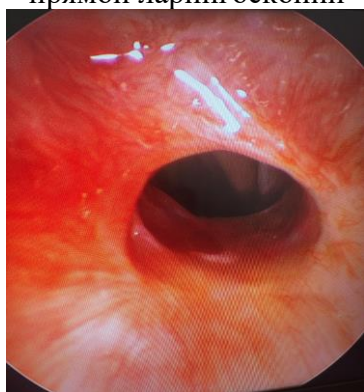
Внешний вид рубца при прямой ларингоскопии



Процедура баллонной дилатации



Внешний вид гортани и трахеи после операции



Инъекция препарата дипроспан в циркулярный рубец

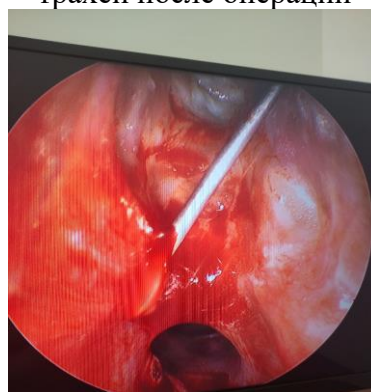


Рис.5. Последовательность операций у больных с хроническим рубцовым стенозом гортани

Всем пациентам было проведено комплексное повторное обследование для оценки эффективности обеих тактик лечения. Эффективность общепринятого лечения анализировали на основе нескольких показателей.

У больных группы 1а через 1 мес после операции признак «затрудненное дыхание» составил $0,8 \pm 0,2$, через 3 мес — $0,9 \pm 0,3$, а через 1 год — $1,2 \pm 0,6$, «кашель» $0,7 \pm 0,1$ через 1 мес после операции. операции, $0,8 \pm 0,2$ через 3 мес, $0,8 \pm 0,2$ через 1 год, 0 мокроты через 1 мес после операции $9 \pm 0,3$, $0,8 \pm 0,2$ через 3 мес, $0,9 \pm 0,3$ через 1 год, $0,7 \pm 0,2$ через 1 мес после операции и Через 3 мес после операции затем $0,7 \pm 0,2$, а через 1 год $2,1 \pm 0,5$, наличие «трахеостомы» через 0,2 мес после операции, через 3 мес $0,2 \pm 0,1$, через 1 год затем $1,4 \pm 0,7$.

У больных 2а группы признак «затрудненное дыхание» через 1 мес после операции составил $1,2 \pm 0,4$, через 3 мес — $1,3 \pm 0,3$, через 1 год — $1,5 \pm 0,4$. $0,2$ через 3 мес, $1,9 \pm 0,5$ через 1 год, признак «отделения мокроты» через 1 мес после операции $1,4 \pm 0,2$, $1,6 \pm 0,5$ через 3 мес, $1,7 \pm 0,4$ через 1 год, $1,2 \pm 0,3$ через 1 мес после операции. $1,3 \pm 0,2$ через 1 мес, $1,8 \pm 0,3$ через 1 год, $1,4 \pm 0,4$ через 1 мес после операции, $1,3 \pm 0$ через 3 мес, 3, а через 1 год было $1,9 \pm 0,6$.

У больных 3а группы признак «затрудненное дыхание» через 1 мес после операции составил $1,2 \pm 0,3$, через 3 мес — $1,3 \pm 0,4$, через 1 год — $2,9 \pm 0,7$. через 3 мес, $1,9 \pm 0,4$ через 1 год, признак «отделение мокроты» через 1 мес после операции $1,0 \pm 0,2$, $1,0 \pm 0,2$ через 3 мес, $1,1 \pm 0,3$ через 1 год, $1,7 \pm 0,4$ через 1 мес после операции $1,8 \pm 0,4$ через 1 мес, $2,4 \pm 0,5$ через 1 год, $2,2 \pm 0,7$ через 1 мес после операции и $2,3 \pm 0$ через 3 мес, 6, а через 1 год было $2,9 \pm 0,7$.

Кроме того, выполнялась повторная спирометрия для анализа дыхательной функции гортани.

У больных, лечившихся общепринятыми методами, выполняли повторную спирометрию для проверки восстановления дыхательной функции гортани. По его данным, у больных 1а группы ОФВ1 - $2,33 \pm 0,7$ л., ОФВ1 - $72,22 \pm 0,7$ %, ПОС - $3,58 \pm 0,6$ л, ПОС - $51,24 \pm 15,8$ %, у больных 2а группы ОФВ1 - $2,38 \pm 0,7$ л, ОФВ1 - $71,45 \pm 0,7$ %, ПОС - $3,56 \pm 0,8$ л, ПОС - $52,07 \pm 16,0$ %, ОФВ1 у больных 3а группы - $2,24 \pm 0,6$ %, ОФВ1 - $70,14 \pm 0,7$ %, ПОС - $3,52 \pm 0,9$ л, ПОС составил $50,17 \pm 15,6$ %.

Пациентам групп 2б и 3б вводили инъекции дипроспана для уменьшения рубцевания и подготовки пациентов к практике баллонной дилатации. Дилатацию выполняют путем прямой ларингоскопии под контролем эндоскопа и оротрахеальной интубации под наркозом или, если возможно, трахеостомией. Если полная интубация трахеи невозможна, над стенозом может быть установлена эндотрахеальная трубка, в противном случае будет установлен хирургический ларингоскоп на основе апноэ. В зону сужения помещают баллонный катетер, доводят давление до 10-12 атмосфер и с помощью шприца-манометра направляют к нему жидкость. Дилатацию выполняют через 1-2 мин с интервалом 5-10 мин в 3 подхода. После дилатации баллон опорожняют и выталкивают из дыхательных путей. Через ларингоскоп в область сужения вводят эндотрахеальную трубку диаметром 6–7 мм и проводят ОСВ.

Лазерный или электрохирургический радиальный разрез и баллонная дилатация применяются для эндоскопического рассечения рубцовой ткани, когда внутренняя поверхность сужена до менее 5 мм или полностью покрыта

рубцовой тканью. Расширение в результате дилатации происходит за счет микроразрывов рубцовой ткани. Такая тактика позволяет добиться стабильной широкой внутренней поверхности трахеи и трахеи и сократить сроки стационарного лечения больных.

Кроме того, для повышения эффективности данного метода дилатации пациентам перед операцией вводили препарат дипроспан в область рубца. Учитывая наличие трахеостомы у больных I и II групп, через эту трахеостому под контролем эндоскопа сначала вводили анестезию 10% раствором лидокаина с последующим введением дипроспана в объеме 0,1 мл в область рубца. Преимуществом применения данного препарата является то, что он значительно уменьшает процесс хронического воспаления в области гортани и трахеи, препятствует разрастанию избыточной грануляционной ткани, уменьшает количество рецидивов и рестенозов гортани и трахеальной щели как результат длительного воздействия препарата.

У больных группы 1б через 1 мес после операции признак «затрудненное дыхание» составил $0,6 \pm 0,2$, через 3 мес — $0,5 \pm 0,1$ и через 1 год — $0,4 \pm 0,1$, признак «кашель» через 1 мес после операции $2,5 \pm 0,6$, через 3 мес $2,4 \pm 0,5$, через 1 год $2,6 \pm 0,3$, признак «отделение мокроты» через 1 мес после операции $0,6 \pm 0,1$, $0,7 \pm 0,2$ через 3 мес, $0,8 \pm 0,2$ через 1 год, $4,7 \pm 0,8$ через 1 мес после операции, через 3 мес после операции, затем $4,8 \pm 0,7$, через 1 год $4,9 \pm 0,8$, наличие «трахеостомы» через 1 мес после операции $3,6 \pm 0,4$, через 3 мес $3,7 \pm 0,5$, а через 1 год — $3,7 \pm 0,4$.

У больных 2б группы признак «затрудненное дыхание» через 1 мес после операции составил $0,7 \pm 0,2$, через 3 мес — $0,6 \pm 0,2$, через 1 год — $0,5 \pm 0,1$. через 3 мес, $0,6 \pm 0,2$ через 1 год, признак «отделение мокроты» через 1 мес после операции $0,7 \pm 0,1$, $0,6 \pm 0,1$ через 3 мес, $0,5 \pm 0,1$ через 1 год, $0,7 \pm 0,2$ через 1 мес после операции $0,7 \pm 0,2$ через 1 мес, $0,5 \pm 0,1$ через 1 год, $0,4 \pm 0,1$ через 1 мес после операции и $0,4 \pm 0$ через 3 мес., 1, а через 1 год было $0,2 \pm 0,1$.

У больных 3б группы признак «затрудненное дыхание» через 1 мес после операции составил $0,7 \pm 0,2$, через 3 мес — $0,8 \pm 0,2$, через 1 год — $0,7 \pm 0,3$. мес, $0,4 \pm 0,1$ через 1 год, признак «отделения мокроты» $0,8 \pm 0$ через 1 мес после операции, $2,05 \pm 0,1$ через 3 мес, $0,5 \pm 0,2$ через 1 год, $1,1 \pm 0,3$ через 1 мес после операции, 0 после 3 мес., $9 \pm 0,2$, а через 1 год $0,8 \pm 0,3$, наличие «трахеостомы» через 1 мес операции $1,8 \pm 0,5$, через 3 мес $1,5 \pm 0,4$, через 1 год и $1,3 \pm 0,3$ 0,4.

Если проанализировать изменения в динамике жалоб этих больных, то лечение стеноза в подкорковой области и подкорково-трахеальной области методом баллонной дилатации более эффективно, чем традиционное лечение, и приводит к уменьшению жалоб больных.

У больных, получавших лечение по предлагаемому способу, проводили респирометрическое исследование для проверки восстановления дыхательной функции гортани. По его данным, у больных 1б группы ОФВ1 — $2,62 \pm 0,68$ л, ОФВ1 — $84,8 \pm 17,1\%$, ПОС — $4,74 \pm 1,72$ л, ПОС — $67,84 \pm 22,8\%$, у больных 2б группы ОФВ1 — $2,60 \pm 0,71$ л, ОФВ1 — $82,8 \pm 16,9\%$, ПОС — $4,72 \pm 1,68$ л, ПОС —

66,82 ± 23,5%, у больных 3б группы ОФВ1 - 2,56 ± 0,70 л, ОФВ1 - 84,7 ± 17,2%, ПОС - 4,78 ± 1,79 л, ПОС был 67,22 ± 23,8%.

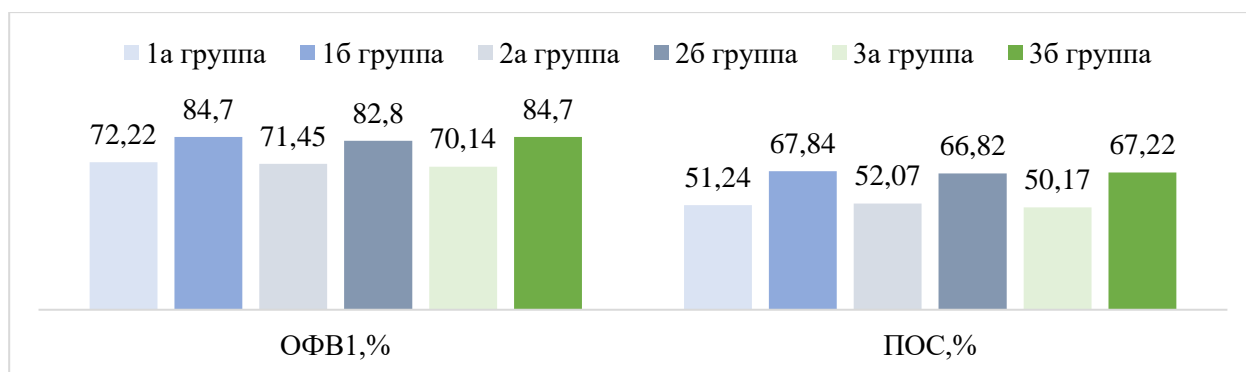


Рис.6. Результаты спирометрии после лечения

Эти результаты свидетельствуют о том, что лечение сужений гортани с помощью баллонной дилатации позволило увеличить количество воздуха, проходящего через гортань, до нормального уровня, уменьшив сопротивление, создаваемое сужением гортани.

Таким образом, практика баллонной дилатации и местного введения дипроспана у больных с стенозом гортани в области под голосовых связок и сужением гортани в подъязычной и трахеальной области предотвращает возникновение воспалительных процессов в гортани и трахее у больных с хроническим стенозом гортани, восстанавливает функцию дыхания.

По данным микробиологических исследований основными антибиотиками были линкомицин и клиндамицин (157 человек; 76,2% больных). Выбор этих препаратов зависит от их способности проникать в хорошо кровоснабжаемые участки гнойных ран, раневого экссудата, а также в костную и соединительную ткани. Кроме того, в микробных ассоциациях дыхательных путей часто наблюдали ассоциацию грамотрицательных аэробных кокков с анаэробными ноклостридиальными бактериями.

После лечения больных с хроническим стенозом гортани анализировали степень насыщения крови кислородом.

При анализе результатов сатурации крови кислородом у больных, получавших общепринятые методы, пульс у больных 1а группы - 74,2±1,2, SpO2 - 88,4±1,7%, пульс у больных 2а группы - 72,9±1,1, SpO2 - 86±1,7. %, пульс у больных 3а группы - 72,6±1,5, SpO2 - 86±1,8%. В среднем пульс составил 72,7 ± 1,2 %, а SpO2 — 86,7 ± 1,6 %.

При анализе результатов исследования сатурации крови кислородом у больных, получавших лечение по предлагаемому способу, пульс у больных 1б группы - 70,7±1,2, SpO2 - 92,1±1,5%, у больных 2б группы - 68,0±1,1, SpO2 - 96,8±1,6%, пульс у больных 3б группы - 68,5±1,1, SpO2 - 94,3±1,4%. В среднем пульс был 68,7±1,0, SpO2 - 94,9±1,5%.

С целью определения эффективности применяемых методов лечения во всех группах больных были проанализированы результаты

послеоперационного периода, непосредственные результаты и отдаленные результаты.

Результаты лечения больных, леченных общепринятыми методами, были следующими: в группе 1а больных хороший результат после операции у 2 больных, удовлетворительный результат у 1 больного, хороший результат в ближайшие сроки у 1 больного, удовлетворительный результат у 1 больного, неудовлетворительный результат у 1 больного, хороший в отдаленном периоде результат зарегистрирован у 1 больного, удовлетворительный результат у 1 больного, неудовлетворительный результат у 1 больного. В группе больных 2а хороший результат после операции у 8 больных, удовлетворительный результат у 3 больных, неудовлетворительный результат у 1 больного, хороший результат в ближайшее время у 7 больных, удовлетворительный результат у 4 больных, неудовлетворительный результат у 1 больного, отдаленные хороший результат у 6 больных, удовлетворительный результат зафиксирован у 4 больных, неудовлетворительный результат у 2 больных. В группе 3а больные после операции хороший результат у 6 больных, удовлетворительный результат у 4 больных, неудовлетворительный результат у 1 больного, хороший результат в ближайшее время у 5 больных, удовлетворительный результат у 5 больных, неудовлетворительный результат у 1 больного, в отдаленном периоде хороший результат у 4 больных, удовлетворительный результат зафиксирован у 5 больных, неудовлетворительный результат у 2 больных.

Результаты лечения больных предлагаемым способом были следующими: в группе 1б больных после операции получен хороший результат у 2 больных, в ближайшем будущем хороший результат у 2 больных, в отдаленном периоде хороший результат у 1 больного, удовлетворительный результат у 1 больного. В группе 2б хороший результат после операции отмечен у 12 больных, хороший результат в ближайшем будущем у 12, хороший результат в отдаленном периоде у 11 больных, удовлетворительный результат у 1 больного. В группе 3б хороший результат после операции отмечен у 9 больных, удовлетворительный результат у 1 больного, хороший результат в ближайшем будущем у 9 больных, удовлетворительный результат у 1 больного, хороший результат в отдаленном периоде у 9 больных, удовлетворительный результат у 1 больного.

Конечно, как и при лечении хронических процессов, у этой группы больных наблюдались различные осложнения. Послеоперационные осложнения у пациентов, получавших традиционное лечение, включают частичное/полное закрытие трахеостомы или расщелины неба у 1 пациента в группе 1а, у 7 пациентов в группе 2а, у 6 пациентов в группе 3а, у 4 пациентов в группе 2а и у 4 пациентов в группе 3а. у грануляции в гортани и трахее наблюдались у 4 больных в группе 2а, у 4 больных в группе 3а, эрозии у 3 больных в группе 2а, у 2 больных в группе 3а и кровотечение только у 1 больного в группе 3а. Послеоперационные осложнения у больных, пролеченных предлагаемым способом, включают частичное/полное закрытие

трахеостомы или трахеи с сепарацией у 1 больного 1а группы, 1 больного 2а группы, 1 больного 3а группы, 1 больного 3а группы, травму трахеи. и образование грануляций трахеи также наблюдалось у 1 больного группы 3а, а кровотечение наблюдалось только у 1 больного группы 2а.

Таким образом, можно сделать вывод, что практика баллонной дилатации и местного введения дипроспана у больных с сужением гортани в области под голосовых связок и сужением гортани под голосовых связок и трахеей предотвращает возникновение воспалительной функции в гортани и трахее, в у больных с хроническим стенозом гортани приводит к кратковременному выздоровлению больных.

ВЫВОДЫ

В результате проведённого исследования диссертации доктора философии (PhD) на тему «Оптимизация лечебной тактики у больных с хроническими стенозами гортани» были сделаны следующие выводы:

1. Встречаемость хронического стеноза гортани в среднем в области голосовых связок составляет 9,6%, под голосовыми связками - 48,1%, под голосовыми связками и трахеи 42,3%. По причине стеноза гортани выявлены длительная интубация в 67,3%, травма - в 19,2%, трахеостомия - в 11,5%, идиопатическая - в 3,8%.

2. Стеноз гортани в области голосовых связок вызывает большее нарушение функции дыхания, чем в других областях, а сужения гортани в области голосовых связок и трахеи богаты микроорганизмами местного микробиоценоза. Результаты клинико-функционального и инструментального обследования во всех стенозах не свидетельствовали о резком изменении.

3. Показана эффективность баллонной дилатации у больных с стенозом гортани в области голосовых связок и в области под голосовыми связками и трахеей. По его словам, данная предложенная практика дала лучшие результаты в 86% случаев, чем традиционная хирургия, и позволяет значительно сократить длительность стационарного лечения больных (в среднем $4,2 \pm 0,8$ дня) и продолжительность полного реабилитационного периода (в среднем $32,6 \pm 5,6$ дня).

4. Было обнаружено, что местное применение дипроспана у пациентов с хроническим стенозом гортани способствует размягчению рубца и баллонной дилатации, также локальное введение дипроспана уменьшило рецидив рубца на 35%.

5. Баллонная дилатация и местное введение дипроспана у больных с хроническим стенозом гортани при сужении в подголосовыми связками и сужением гортани под голосовыми связками и трахеей предотвращает возникновение воспалительных процессов в гортани и трахее у больных с хроническим рубцеванием гортани, наступает восстановление функцию дыхания.

**SCIENTIFIC CENTER UNDER THE DIRECTION
OF THE TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE
DSc.04/30.12.2019.Tib.59.01 DIGITAL SCIENTIFIC COUNCIL**

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE

RUZMATOV KOBUL MASHRABBOEVICH

**OPTIMIZATION OF TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH
CHRONIC STENOSIS OF THE LARYNX**

14.00.04 – Otorhinolaryngology

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR
OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2022

Subject of doctor of philosophy (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan for the № B2020.4.PhD/Tib1494.

The doctoral dissertation was carried out at Tashkent State Dental Institute.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tsdi.uz and on the website of “ZiyoNet” Information and Educational Portal at www.ziynet.uz.

Scientific leader:	Shamsiev Djakhangir Fazlitdinovich doctor of medical sciences
Official opponents:	Grigorieva Alla Alexandrovna doctor of medical sciences, professor Bakieva Shahlo Hamidullaevna doctor of medical sciences, professor
Leading organization:	Azerbaijan State Institute for Advanced Training of Doctors named after A.Aliyev (Azerbaijan)

The defense of the doctoral dissertation will be held on “___” _____ 2022, at _____ at the meeting of the Scientific Council №DSc.04/30.12.202019.Tib.59.01 at Tashkent State Dental Institute (Address: Makhtumkuli str., Yashnobod district, 100047 Tashkent city. Tel./fax: (+99871) 230-20-73; e-mail: info@tsdi.uz).

The doctoral dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Tashkent State Dental Institute (registered under №____). Address: 103 Makhtumkuli str., Yashnobod district, 100016 Tashkent. Tel./fax: (+99871) 230-20-73.

The abstract of the dissertation was distributed on “___” _____ 2022.
(Registry record No. _____ dated “___” _____ 2022)

N.K. Khaydarov

Chairman of the scientific council on awarding of scientific degrees, doctor of medical sciences

L.E. Khasanova

Scientific secretary of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences

A.A. Abdukayumov

Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences

INTRODUCTION (abstract of the doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the research was to increase the effectiveness of the treatment of patients with chronic stenosis of the larynx through the use of new medical technologies and improve pre- and postoperative care.

The tasks of the research are:

to determine the prevalence of chronic stenosis of the larynx and its clinical features;

analysis of the results of clinical, functional and instrumental examination in various forms of chronic stenosis of the larynx;

evaluation of the effectiveness of the surgical method of balloon dilatation in the treatment of patients with chronic laryngeal stenosis;

to determine the effectiveness of topical application of diprospan in patients with chronic laryngeal stenosis;

to develop and implement an algorithm for the treatment of patients with chronic laryngeal stenosis.

The object of the research were 52 patients treated in the ENT department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy and 20 healthy people in the control group.

Scientific novelty of the research is as follows:

the optimal volume of preoperative examination and preparation of patients with chronic laryngeal stenosis and algorithms for their postoperative management were developed and implemented;

analyzed the results of the method of performing balloon dilatation in chronic laryngeal stenosis and developed recommendations for preoperative examination, the best option and algorithm for preparing patients for balloon dilatation;

the effectiveness of diprospan in restenosis of the larynx was studied, its effect and influence on the frequency of restenosis as a result of regeneration of granulation tissue was proved;

in the treatment of patients with stenosis of the larynx and in patients with stenosis of the larynx and trachea, the effectiveness of balloon dilation has been proven compared to traditional treatment by 25,4%.

Implementation of the research results. Based on the obtained scientific results on the improvement of therapeutic tactics in patients with chronic stenosis of the larynx:

the methodological recommendation «Conservative treatment of patients with chronic laryngeal stenosis in the preoperative and postoperative period» was approved based on the results of studies on the preparation of patients with chronic laryngeal stenosis for surgical treatment (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r/129 dated February 22, 2021). This methodological recommendation allowed patients with chronic laryngeal stenosis to soften the scar and prepare for surgery in order to increase the effectiveness of surgical intervention;

approved the methodological recommendation «Surgical treatment of chronic stenosis of the larynx», developed on the basis of the results of scientific research on improving the surgical method of treating patients with chronic stenosis of the

larynx (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r/130 dated February 22, 2021). This methodological recommendation has increased the effectiveness of the treatment of patients with chronic laryngeal stenosis and has reduced the number of relapses;

The results of studies aimed at improving the tactics of treating patients with chronic laryngeal stenosis have been introduced into healthcare practice, including clinical practice at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after A.I.V. Vakhidov and the Ferghana Regional Multidisciplinary Medical Center (Conclusion of the Ministry of Health No. 8n-r/20 dated January 19, 2022). As a result of the implementation of the results of the study into clinical practice, a decrease in the frequency of relapses of chronic stenosis of the larynx was noted based on the developed method of treatment.

Publication of the research results. On the theme of the dissertation a total of 16 scientific works were published. Of these, 5 articles were published in the scientific journals recommended by the Supreme Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for publishing the main scientific results of doctoral dissertations, including 4 in republican and 1 in foreign journals.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation was presented on 166 pages consisting of an introduction, four chapters, conclusions, a list of used literature and appendixes.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; Part I)

1. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Реконструкция гортани при травмах щитоподъязычной мембраны / “Стоматология” научно-практический журнал.- 2018, №4.- С. 87-89 (14.00.00 №).

2. Shamsiev D., Ruzmatov K., Shernazarov O., Saidov F. Improving the Treatment Methods of Chronic Subglottic Laryngeal Stenosis / International Journal of Psychosocial Rehabilitation, Vol. 24, Special Issue 1, 2020. - P. 713-718 (14.00.00 №).

3. Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Ҳикилдоқнинг бурмалар ости чандикли торайишларини ташхислаш ва самарали даволаш усуллари / “Стоматология” научно-практический журнал.- 2020, №2. - С. 96-99 (14.00.00 №).

4. Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Ҳикилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларни даволашда баллон дилатациянинг роли / Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 2022.-С.400-403 (14.00.00 №).

5. Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Ҳикилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларни клиник-функционал текшириш натижалари таҳлили / Журнал «Медицина ва инновациялар», 1(5) 2022, С.7-16 (14.00.00 №).

II бўлим (II часть; Part II)

6. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Оптимизированный способ лечения хронического стеноза гортани при помощи баллонной дилатации / Сборник материалов 1-ой научно-практической конференции «Инновации в здравоохранении: тенденции и перспективы» 27-28 марта 2020 г. Ташкент. - С. 618-622.

7. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Хирургическая тактика при лечении некоторых видов хронического стеноза гортани / Сборник Республиканской научно-практической конференция ДНИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ посвящённой Году «Развития науки, просвещения и цифровой экономики» 1 мая 2020 Ташкент. - С. 361-364.

8. Shamsiev D.F., Ruzmetov K.M. Surgical tactics in the treatment of chronic stenosis of the larynx / International scientific and practical conference CUTTING EDGE-SCIENCE. July, 2020 Shawnee, USA. - P. 30-31.

9. Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Сурункали хикилдоқ стенозини жаррохлик йули билан даволаш усуллари / Методическая рекомендация для студентов магистратуры и клинических ординаторов Ташкент-2020. Издательство «Renessans press».

10. Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Хикилдоқнинг сурункали стенози бўлган беморларни операциядан олдинги тайёрлаш босқичда ва операциядан кейинги даврида консерватив даволаш усуллари / Методическая рекомендация для студентов магистратуры и клинических ординаторов Ташкент-2020. Издательство «Renessans press».

11. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М., Саидов Ф.Р. Комплексная реабилитация пациентов с хроническими стенозами гортани / Сборник тезисов Республиканской научно-практической, онлайн конференция с международным участием ДНИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ посвящённая году «Поддержки молодежи и укрепления здоровья населения» Ташкент 28 апреля 2021 г. - С. 748-751.

12. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Малоинвазивная хирургия подвязочного стеноза гортани / Материалы V республиканского съезда оториноларингологов Узбекистана «Современная оториноларингология: проблемы и инновации» 9-10 сентября 2021 г.- Ташкент. - С. 109-112.

13. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Лечение хронического стеноза гортани малоинвазивными методами / Сборник тезисов VI Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием «VOLGAMEDSCIENCE» — Нижний Новгород : Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2021. - С. 361-362.

14. Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Хикилдоқнинг сурункали чандикли торайиши бўлган беморларда микробиологик текширув натижалари / Сборник тезисов IV Международный конгресс стоматологов «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» 10-11 декабря 2021 года Ташкент. – С. 639-640.

15. Рўзматов Қ.М., Шамсиев Д.Ф. Хикилдоқнинг сурункали торайиши бўлган беморларни даволаш самарадорлигини визуал-аналогли шкала бўйича баҳолаш / Сборник научных трудов, посвященный 50-летию организации кафедры Оториноларингологии ТашПМИ и 80-летию д.м.н., проф. С.А. Хасанова. Ташкент 2022. – С. 171-172.

16. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Современный взгляд на диагностику и лечение хронического рубцового стеноза гортани / Журнал «Интернаука», № 6 (229), 2022 г., С.46-50.

Автореферат « Медицина ва инновациялар » журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилиб, ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнлар ўзаро мувофиқлаштирилди.

Босмахона лицензияси:



9338

Бичими: 84x60 ¹/₁₆. «Times New Roman» гарнитураси.
Рақамли босма усулда босилди.
Шартли босма табағи: 3,5. Адади 100 дона. Буюртма № 68/22.

Гувоҳнома № 851684.
«Тирограф» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100011, Тошкент ш., Беруний кўчаси, 83-уй.