

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТНИНГ В ТУРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИДАГИ ФЛЕГМОНАЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ДАСТУРИ



Мақсудов Дилшод Давронович, Кубаев Азиз Саидолимович
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЛИЦА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ “В”

Мақсудов Дилшод Давронович, Кубаев Азиз Саидолимович
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

COMPLEX PROGRAM FOR THE TREATMENT OF FACE AND JAW PHEGMON IN PATIENTS WITH VIRUS HEPATITIS TYPE B

Maksudov Dilshod Davronovich, Kubayev Aziz Saidolimovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: Dilmaksdon@mail.ru

Резюме. Мақола жигар патологияси аниқланган беморларда юз- жағ соҳаси флегмоналарини комплекс даволашнинг клиник самарадорлигига бағишланган.

Калим сўзлар: абсцесс, юз-жағ соҳаси флегмонаси, вирусли гепатитнинг "В" тури, одонтоген ва периодонтал инфекция, иммунитет, жигар, частота, тузилма, гепатопротекторлар.

Abstract. The article is devoted to the clinical effectiveness of complex treatment of phlegmon of the maxillofacial area in patients with liver pathology.

Keywords: abscess, phlegmon of the face and jaw area, type "B" of viral hepatitis, odontogenic and periodontal infection, immunity, liver, frequency, structure, hepatoprotectors.

Долзарблиги. Маҳаллий ва хорижий адабиётлар таҳлили юзнинг йирингли-яллиғланиш жараёнлари қайд қилинган беморларда тадқиқотнинг морфологик усуллари қўлланилгани тўғрисидаги муайян хабарлар борлигини кўрсатди. Лекин шу билан бирга, мазкур патологиянинг узок муддатли кечишини пролифератив фаоллик динамикасида ўрганишга бағишланган тадқиқотлар мавжуд эмас. Бундан ташқари, ушбу тоифага мансуб беморларда ситогенетик ва иммунологик ўзгаришлар фониди апоптоз интензивлигини коррекция қилиш ва регенерацияни рағбатлантириш имкониятларини ўрганиш бўйича қўлга киритилган маълумотлар йўқ. Бугунги кунда патологик жараён ривожланган шароитда физиологик фаолиятни мувофиқлаштиришнинг иммун механизмлари кенг ўрганилмоқда. Жумладан, юз-жағ соҳасидаги йирингли-яллиғланиш касалликларида иммунокомпетент хужайралар ва иммуноглобулинлар ўзгариши етарлича тадқиқ қилинган, лекин юз-жағ соҳасидаги йирингли инфекциялар муаммоси

ҳозиргача жуда долзарб бўлиб турибди. Маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг кўп сонли тадқиқотлари шу масала ечимини топишга қаратилган [1, 3, 5, 6]. Юз-жағ соҳасидаги яллиғланиш касалликлари частотаси ва оғирлигининг ортиб бориши сабабли ушбу патология аниқланган беморларни даволаш муаммоси жарроҳлик стоматологияси ва юз-жағ жарроҳлигининг етакчи масалаларидан бири бўлиб келмоқда [2, 3, 7]. Аксарият тадқиқотчиларнинг яқдил фикрларига кўра, клиник амалиётда бош ва бўйиннинг бир неча анатомик соҳаларига тегишли хужайравий бўшлиқларни бирайўла эгаллаб оладиган ва қабул қилинган умумий даволаш муолажалари билан таъсир кўрсатиш қийин флегмоналар учраши кўпайган. Хавфли ва оғир асоратлар – иккиламчи медиастинитлар, сепсис, ғоваксимон синус тромбози, бош мия абсесси, йирик магистраль томирлардан эрозив қон кетиши ва ҳоказолар частотаси ошган [4, 5, 7]. Кўп муаллифлар юз-жағ соҳасидаги ўткир йирингли-яллиғланиш касал-

ликларининг тез-тез учраши ва клиник кечишининг оғирлашганини микроорганизмлар патоген хусусиятларининг ўзгариши, спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар устунлигидаги микробли микстлар этиологик ролининг ошганлиги, микроорганизмларнинг полиантибиотикорезистент шаклларнинг пайдо бўлгани, аллергия, сенсбилизасия, беморларнинг инфекцияланган илдиз каналлари ва периодонт микрофлораси ҳосилаларидан захарланиши, иммунодепрессия ва организм номахсус ҳимоя механизмларининг заифлашиши билан изохлашади [5, 6, 7].

Вирусли гепатитнинг Б тури билан оғриган беморларда юз-жағ соҳасидаги ўткир прогрессив яллиғланиш касалликларини комплекс даволаш дастури гемодинамик ва метаболик бузилишларга ўзгартириш киритиш, инфекция қўзғатувчисини бостириш, захарланишга қарши курашиш, бирламчи йиринг ўчоғининг фаол жарроҳлик санасияси фонида организмнинг номахсус резистентлиги ва иммунологик реактивлигини оширишга қаратилган бир босқичли, мақсадли ва патогенетик жиҳатдан асосланган тадбирларни амалга оширишдан иборат эди. Комплекс даволаш дастурида операциядан олдинги тайёргарлик, операция даври ва операциядан кейинги давр ажратиб олинди. Қон айланишининг бузилиши, алмашинув жараёнларини тиклаш ва барқарорлаштириш комплекс даволашнинг стратегик мақсади этиб белгиланди, чунки гомеостазнинг ушбу муҳим тизимлари ҳолати даволашнинг умумий самардорлигини олдиндан белгилаб беради. Юз-жағ ва бўйин соҳасидаги яллиғланишга жалб қилинган барча ҳужайравий бўшлиқларни ревизиядан ўтказишни ўз ичига олган жарроҳлик аралашуви, касалликнинг оғирлик даражасидан қатъи назар, даволаш жараёнининг муқаррар ва ажралмас таркибий қисмини ташкил этди. Организм заҳира имкониятларини сақлаш даражалари турлича экани, ҳимоя-мослашув ва патологик реакциялар нисбати даволаш тактикаси, усул ва воситалари танловини белгилаб берди.

Шундан келиб чиқиб, сепсисни комплекс даволаш дастурини амалга оширишда саногенез механизмини кучайтириш, рағбатлантирувчи ва ўринбосар муолажа тадбирларини, сепсиснинг оғир шаклида эса ўриндош табиатга эга ҳимоя-мослашувчанлик механизмлари декомпенсациясини уйғунлаштириш учун энг қулай шароитлар яратиш назарда тутилган ва муҳим ҳаётий аъзолар ва тизимлар фаолиятини тиклаш ва қўллаб-қувватлашга йўналтирилган. Йирингли-яллиғланиш касалликлари ва яра инфекцияси, жумладан, ЮЖСни даволаш мураккаб ва якуний ечими топилмаган муаммо сифатида қолмоқда. Бу, айниқса, вирусли гепатитнинг Б тури билан оғриган, иммунитет танқислиги, ёндош патологиялар (қандли диабет, қон томир касалликлари

ва б.) аниқланган беморлар учун жуда долзарбдир. Турли муаллифлар маълумотларига кўра, жарроҳлик касалликлари тузилмасида 12%дан 15% гача улушга эга йирингли-юқумли хасталиклар узокроқ вақт давом этади ва асоратлар билан кечади. Йирингли ярада қисқа вақт оралиғи – 10 суткагача муддат ичида қўзғатувчиларнинг тур таркиби бир неча маротаба (2-3 марта) ўзгаради. Йиринг ўчоғини антибактериал терапия (кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар), симптоматик даволаш, тозаланган ярага иккиламчи чоклар қўйиш билан уйғунликда ёриш (кесиш), санасиялаш, дренажлаш узок муддат - ўртача 20 ётоқ-кунни талаб қилади, кенг тарқалган йирингли жараёнлар ва қандли диабет мавжуд ҳолатларда эса 40-60 ётоқ/кунгача чўзилиши мумкин. Микроб штамларининг оммавий антибиотикларга нисбатан бардошлилиги ошиб бораётгани ва анъанавий технологияларни қўллаш орқали йиринг ўчоғини адекват санасия қилиш имконсиз экани, бунинг оқибатида ЮЖС флегмоналари ва абсцелларига эга 3-10% беморларда йирингли медиастенит, каверноз синуси тромбози, жағ остеомиелити, сепсис каби оғир асоратлар ривожланишига олиб келадиган патологик жараённинг кучайиши сабабли кенг таъсир доирасига эга антибиотиклардан анъанавий жарроҳлик аралашуви билан биргаликда одатий фойдаланиш доимо ҳам самара бермайди.

Йирингли-яллиғланиш жараёнининг ЮЖСда жойлашиши кейинчалик юзага келадиган косметик нуқсон муаммоси долзарблигини кескин оширади ва у жарроҳлик амалиётидан ўтган 8 - 15% беморнинг келажакда пластик жарроҳлик хизматидан фойдаланиши учун асос бўлиб хизмат қилади. Бу эса, ўз навбатида, жарроҳларни клиник амалиётга жисмоний хусусиятларига кўра мўъжаз чандиқ ҳосил бўлишини таъминлайдиган кичик инвазив технологиялар ва ярим ёпиқ жарроҳлик усулларини тадбиқ қилишгаундайди (Железний П.А. ва ҳаммуаллифлар.2017 й). Сўнги ўн йилликда йиринг ўчоғига жарроҳлик ишлови беришнинг янги усулларини яратишда сезиларли муваффақиятлар қўлга киритилди ва муолажалар яра сиртига криотерапия, пульсасияланувчи суюқлик оқими билан ишлов бериш, лазеротерапия, вакуум билан даволаш, ультратовушли кавитасия ва бошқалар ёрдамида қўшимча таъсир кўрсатиш билан уйғунликда амалга оширилиши керак (Билёк А.В. 2019 й).

Адабиётлар таҳлили долзарблигига қарамай, вирусли гепатитнинг Б тури билан оғриган беморларда ЮЖС флегмоналари ва абсцелларнинг кечиши билан боғлиқ қўплаб саволлар жавобсиз қоляпти. Юқорида айтилган фикрлардан келиб чиқиб, тадқиқот олдиға вирусли гепатитнинг Б турига чалинган ва юз-жағ соҳасида абсцеллар ва флегмоналар қайд қилинган беморларни даволашга мўлжалланган ва патогенетик

жиҳатдан асосланган комплекс терапияни такомиллаштириш мақсади қўйилди.

Тадқиқот мақсади: Вирусли гепатитнинг Б тури билан оғриган беморлардаги юз-жағ соҳасининг ўткир прогрессив яллиғланиш касалликларини комплекс даволаш дастурини яратиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Олдимизга қўйилган вазифалардан келиб чиқиб, биз томонимиздан ишлаб чиқилган дастур вирусли гепатитнинг Б туридан азият чекаётган беморлардаги юз-жағ соҳасининг ўткир прогрессив яллиғланиш касалликларини комплекс даволашда қўлланилди. Тадқиқотлар 2015 йилдан 2020 йилгача олиб борилди. Тажрибалар юз-жағ соҳасидаги абсесслар ва флегмоналар аниқланган 47 нафар беморда ток юкидан келиб чиқиб олиб борилди, даволаш муолажалари ўтказилган беморлар эса А ва Б гуруҳларига ажратилди. 31 нафари абсес аниқланган ва вирусли гепатитнинг Б туридан азият чекаётганлардан шакллантирилди, назорат гуруҳига 12 нафар соғлом шахс киритилди. 47 беморнинг 30 нафари эркак ва 17 нафари аёллардан иборат бўлди. Ҳамма беморлар Самарқанд шаҳар бирлашган юз жарроҳлиги бўлимида даволанишди ва улар клиникага шошилинч кўрсатмага асосан олиб келинган. Барча беморларда микробиологик, иммунологик ва биокимёвий таҳлиллар, шунингдек, математик таҳлил ўтказилди. Клиник баҳолашдан ташқари, ҳамма беморлар умумий ҳолати, тана ҳарорати, қон босими, юрак уриши тезлиги, диспепсия аломатлари мавжудлиги ўлчанди, шунингдек, қон ва сийдикнинг умумий таҳлили амалга оширилди.

Ҳамма беморларда сепсис аниқланди (100,0%). Шунинг учун, биз ишлаб чиққан комплекс даволаш дастури юз-жағ ва бўйин соҳасида ўткир прогрессив яллиғланиш касалликларига чалинган беморларнинг оғир гуруҳида қўлланилди, уларнинг аксарияти (59 нафар бемор) ҳаётийликни таъминлаш тизимининг беқарор компенсацияси ёки декомпенсацияси билан келган.

Абсессли беморлар 16 ёшдан 56 ёшгача вирусли гепатитнинг Б туридан азоб чекишган. У асосан сурункали пародонтитдан келиб чиққан. Беморларнинг ярмида пастки жағ яллиғланиши кузатилган. 23 нафар бемордаги яллиғланиш пайдо бўлишига биринчи жағ тишлари, 19 беморда пастки ақл тишлари, 10 беморда – пастки қозик тишлар, икки ҳолатда пастки иккинчи, уч вазиятда юқори ён тишлар сабаб бўлган. Ҳамма беморларда касалхонага ётқизилган куниёқ маҳаллий оғриқсизлантириш остида сабаб-оқибат тишлари олиб ташланди. Беморларга операциядан кейинги 2-куни антибиотиклар, десенсибилизация воситалари, анальгетиклар, гепатопротекторлар, физиотерапевтик муолажалар тайинланди.

Тадқиқот натижалари: Йиринглияллиғланиш касалликларини даволашда антибактериал терапияни тўғри танлаш алоҳида аҳамият касб этади. У жарроҳлик йўли билан даволашни сезиларли даражада тўлдиради, лекин, одатда, унинг ўрнини тўла босолмайди. Антибактериал терапиянинг асосий йўналиши – бемор организмдаги носоғлом микроорганизмларга ўзига хос таъсир кўрсатишга қаратилган.

Дори воситалари қуйидагилар эътибор бериб танлансагина, амалга оширилаётган антибактериал терапияни оқилона деб аташ мумкин:

1. қўзғатувчини идентификация қилиш;
2. микрофлоранинг антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш;
3. воситанинг фармакокинетикасини (таъсир механизми, организмдаги барқарорлиги, организмнинг турли муҳитларига тарқалиш қобилияти, аъзолар бўйича тақсимланиши, танадан чиқиб кетиш тезлиги ва ҳ.) билиш.

Дори воситасининг организмга кўрсатадиган ножўя таъсирини имкон қадар камайтирган ҳолда, унинг самарали жамланишини таъминлаш зарур. Юз-жағ соҳасидаги йиринглияллиғланиш касалликларини патоген ёки шартли патоген, грам мусбат, грам манфий микроорганизмлар, шунингдек, аралаш флора – микроблар ассоциацияси қўзғатади. Стафилококкок моноинфекцияси кўк йиринг таёкчаси, протей, клебсиелла, бактероид ва ҳоказолар иштирокидаги микроблар ассоциациясига ён беради.

Бактериологик тадқиқотларда барча кичик гуруҳлардаги 54,0% беморда микроорганизмларнинг ўсиши кузатилди, 72,2% ҳолатда улар 2 (71,5%) ва 3 (26,7%) қўзғатувчидан ташкил топган ассоциациялардан, 25,8% ҳолларда монокультуралардан топилган. Турлар таркиби таҳлили асосий гуруҳда кўпинча облигат анаэроблар ажралиб туришини кўрсатди (86,3%). Факультатив анаэроблар эса нисбатан камроқ кўзга ташланган (13,7%).

Маълумки, бактериологик тадқиқотлар ўтказиш ва анаэроб микроорганизмларни аниқлаш имконияти махсус анаэроб микробиология лабораторияси мавжуд ҳолатлардагина туғилади, шунинг учун анаэроб инфекциянинг қуйидаги белгиларига алоҳида эътибор қаратилди:

тўқималар пайпасланганда яллиғланиш инфилтрати соҳасида крепитация мавжудлиги;

газ пуфакчалари мавжуд ярадан ажраладиган қорамтир рангли оқиндининг бадбўй хиди;

яллиғланиш ўчоғидаги тўқималар некрози: мушаклар, фассиал япроқлар, ифлос-кулранг ёки тўқ жигарранг тусдаги клетчатка, бўшашган, инфилтрацияланган, осонгина кўчади ва йиртилди, қон оқмайди.

бактериологик тадқиқотларнинг оғир йиринглик жараёни клиник манзараси мавжуд ҳолатдаги манфий натижалари.

Аксарият ҳолларда Стапхилококoccusауреус тимсолида намоён бўладиган грам мусбат флорага таъсир кўрсатиш учун сефалоспоринлар, макролидлар, линкомисин, рифамписин, фузидин ва аминогликозидлардан оксасиллин ёки линкомисин билан биргаликда фойдаланилди.

Кўп учрайдиган вакилларида бири Псевдомонасаэругиноса (кўк йиринг таёқчаси) ҳисобланган грам манфий микроорганизмлар сабаб юзага келган йирингли инфекцияни даволаш муайян қийинчиликларга олиб келди. Кўк йиринг таёқчасини даволашда замонавий аминогликозидлардан карбенисиллин, шунингдек, диоксидин, рифамписин ва бисептол, оғир ҳолатларда эса аминогликозид билан комбинацияси қўлланди.

Протей инфекциясини даволашда барча турдаги протейларга нисбатан фаол воситалар - клафоран, шунингдек, аминогликозидлар ва амписиллин, сефалоспоринларни уйғунлаштириб фойдаланилди.

Э.Соли (ичак таёқчаси) келтириб чиқарадиган йирингли инфекцияга қарши сефалоспоринлар, аминогликозидлар ва уларнинг комбинацияси, шунингдек, ярим сунъий левомисетин, бисептол энг самарали воситалар ҳисобланади.

Спора ҳосил қилмайдиган ва кўпинча Бастероидес бактериялар гуруҳи тимсолида намо-

ён бўладиган анаэроблардан келиб чиққан инфекцияларни даволаш алоҳида қийинчиликлар туғдирди. Уларга нисбатан метронидазол, метрогил, метрогил, метрид катта самара берган бўлса, левомисетин, диоксидин таъсири камроқ кўринди.

Жигар вирусдан шикастланганида вирусга қарши терапия ўтказиш имконсиз эканини инобатга олиб, яллиғланишга қарши яққол самара берадиган УРСОСАН воситасини 10 мг/кг/сут. миқдорда ≥ 6 ой мобайнида қабул қилиш энг мақбул йўл ҳисобланади.

Бактериологик ташхис қўйилгунига қадар йирингли инфекция терапияси касалликнинг клиник манзарасидан келиб чиқиб амалга оширилган. Инфекциянинг ҳамма эҳтимолий йўллари "тўсиб қўйиш" мақсадида кўпинча антибиотиклар комбинациясидан фойдаланилди. Антибиотикларнинг турли дори воситалари таъсир механизми хусусиятларига асосланган энг самарадор уйғунлиги I-жадвалда келтирилган.

Лаборатория шароитида ўтказилган микробиологик тадқиқотлар натижаси олингандан кейин антибиотиклар тайинлаш жараёнига антибиотикограмма мувофиқ ўзгартиришлар киритилди.

Қабул қилинадиган дори воситалари миқдори тегишли антибиотикларнинг қўллаш йўриқномасидан келиб чиқиб белгиланди. Муайян вазиятлар, айниқса, касаллик оғир ва жуда оғир кечиши кузатилган пайтларда росефин, сефтриакцион - 4 граммгача, аминогликозидлар - суткасига 2 граммгача – тайинланди.

Жадвал 1. Йиринг жарроҳлигида энг кўп қўлланиладиган антибактериал воситалар

Номи	Суткалик миқдори	Оқилона комбинацияси
Сефатрексил	8-12 г в/и	Амписиллин, карбенисиллин, аминогликозидлар, диоксидин
Кефзол	6 г в/и	Амписиллин, карбенисиллин, аминогликозидлар, диоксидин
Сефамезин	4-6 г в/и	Амписиллин, карбенисиллин, аминогликозидлар, диоксидин
Стрептомисин	қўлланилмайди	Пенисиллин
Гентамисин	3-5 мг/кг	Пенисиллин, линкомисин, м/и сефалоспоринлар, диоксидин, метронидазол, бисептол
Тобрамисин	3-5 мг/кг	Худди шулар
Сизомисин	3-5 мг/кг	Худди шулар
Амикасин	20-25 мг/кг	Худди шулар
Вибрамисин	200 мг	Тетрациклин, диоксидин ичкарига аминогликозидлар
Линкомисин	2,4 г	Худди шулар м/и, в/и
Фузидин	3 г	Метисиллин, сефалоспорин, ичкарига рифамписин
Рифамписин	0,9-1,2 г	Аминогликозидлар, бактрим, ичкарига фузидин, сефалоспоринлар
Бисептол	3,8 г.гача	Аминогликозидлар, суткасига римфамисин
Метронидазол	300 мл/сут	Пенисиллин, сефалоспоринлар, (метрогил, метрожил, в/и томчилаб, аминогликозидлар, левомисетин, метрид) диоксидин
Диоксидин	90 мл	Пенисиллинлар, сефалоспоринлар, 1% аминогликозид эритмаси Вена ичига томчилаб
Росефин	2 г в/и	Аминогликозидлар, диоксидин
Сефтриаксон	2 г в/и	Худди шулар
Урсосан	10 мг/кг/сут	≥ 6 ой давомида

Баъзи ҳолатларда аминокликозидларни қабул қилиш муддати 9-11 кунгача узайтирилди. Антибиотикларни мушак ва вена ичига юборишнинг ан'анавий усулларидан ташқари, 8 нафар беморда умумий уйқу артериясининг ретроград катетеризацияси ўтказиш ёки унинг шохларини катетеризация қилиш орқали артерия томири ичига киритиш усули қўлланилди. Касалликнинг инфекция генерализацияси, унинг кўкс, бош миёга тарқалиш хавфи билан оғир кечиши антибиотикларни артерия томири ичига киритиш кўрсатмаси учун асос бўлди. Юз, оғиз бўшлиғи туби ва бўйин флегмоналарида чакканинг юзаки артерияси катетерланди, та'кидлаш ўринлики, катетер 8-10 см чуқурликдан олиб ўтилди. Артерияни ажратиш учун қулоқ супрасининг олд томонидан 2-2,5 см узунликда кесма ҳосил қилинди. Катетерни маҳкамлашдан олдин унинг ҳолати ва инфузия зонасини 5-15 мл 0,25% новокаин эритмаси ёки 5000 БР гепаринни новокаин билан киритиб, назорат қилинди. Инфузия зонасига новокаин эритмаси киритилганида беморлар илиқлик ёки энгил санчилишни ҳис қилишган, гепарин ва новокаин юборилганида эса тезда ўтиб кетадиган қуйдириш ҳисси кузатилган. Ушбу услубни ўрганиш аввалида инфузия зонаси катетерга 25% глюкоза эритмасидаги 3% метилен кўк эритмасини киритиш орқали аниқланарди. Бу жараёнда тегишли анатомик соҳа териси кўк ранг тусини оларди. Катетерлашда 1,5-2 мм диаметрда эга фторпласт катетерларидан фойдаланилди. Қўлланиладиган воситалар таркибидан антибиотиклардан ташқари, 0,25% новокаин эритмаси, гепарин, гидрокортизон, протеаз ингибиторлари, димедрол ёки супрастин (бир хил миқдор ва комбинацияда) киритилди. Дори маҳсулотлари фракцион тартибда қўлланди. Олдин 10-15 мл 0,25% новокаин эритмаси, 25000-50000 БР трасилол ёки контрикал киритилди. 12,5-25 мг гидрокортизон, 5000-10000 БР гепарин, 5-10 мл 0,25% новокаин эритмасидан кейин катетер учи ёпилди. Дори воситалари суткасига 1 ёки 2 маҳал 2-3 кун давомида юбориб турилди. Охириги дори воситаси киритилганидан кейин 1-2 кун ўтиб, катетер олиб ташланди. Катетер чиқариб олинганидан кейин артерияга лигатура қўйилмади, қон кетиши кузатилмади. Ҳамма беморларда антибиотикларни артериал томир ичига киритиш амалиёти комплекс даволашнинг таркибий қисми сифатида ўтказилди ва беморларнинг умумий ҳолати ва маҳаллий яллиғланиш ўчоғидаги ўзгаришларга сезиларли даражада ижобий та'сир кўрсатди. Биринчи инфузиядан кейин оғриқ ҳисси, яллиғланиш соҳасидаги тўқималар гипертермияси интенсивлиги камайди, маҳаллий ҳарорат 1-1,5 °С тушди. 2-4 инфузиядан сўнг оғриқлар, одатда, йўқолди, умумий ҳолат яхшиланди, уйқу ме'ёрлашди ва иштаҳа пайдо бўлди. Яллиғланиш инфилтрат

ўлчамлари сезиларли даражада кичрайди, тери ранги асл ҳолига қайтди, яралар йиринг ва некротик массалардан тозаланди.

Умумий ҳолатнинг яхшиланиши, захарланиш даражасининг пасайиши ва яллиғланиш ўчоғидаги ижобий ўзгаришлар динамикаси фонида қоннинг морфологик ва биокимёвий кўрсаткичларида ҳам манфаатли силжишлар аниқланди. 3-4-суткага бориб ЭҚТ пасайди, албуминлар даражаси ошди, &1 ва &2 – глобулин таркиби камайди

Мазкур услубни ўзлаштириш даврида биз икки нафар беморда инфузия техникасидаги хатолардан келиб чиққан асоратларга гувоҳ бўлдик. Беморлардан бирида мономисиннинг концентратсияланган эритмасини тез киритиш пайтида тутқаноқ хуружи (эпилептик шакли турларга хос) қайд қилинди ва у қисқа муддатли хушни йўқотиш билан кечди. Бошқа беморда 3% метилен кўк эритмасини (инфузия зонасини аниқлаш мақсадида) юбориш пайтида кўриш қобилияти қисқа муддатга йўқолиб қолди, бу ҳолат, назаримизда, кўз тўр пардасининг бўёқ томонидан тўсиб қўйилгани билан боғлиқ бўлиши мумкин. Асоратлар қисқа вақт (1-2 дақиқа) давом этди ва касалликнинг кечиши, беморларнинг ҳолатига умуман та'сир кўрсатмади. Антибиотикларни минтақавий юбориш усули юз-жағ ва бўйин соҳасининг прогрессив яллиғланиш жараёнларига хос бош миё асоратларига қарши курашдагина эмас, балки септик пневмония олдини олиш ва даволашда ҳам катта аҳамият касб этади. Биз уларни ўмров венасини катетеризация қилиш орқали ўпка артериясига бевосита киритишда назорат қилдик. Шу мақсаддан келиб чиқиб, шунингдек, кенг қўламли инфузион терапияни амалга ошириш учун 24 нафар беморда (14,8%) Сел'дингер услубидан фойдаланиб, ўмров венаси катетеризация қилинди. Барча - 59 нафар беморни даволаш жараёнида антибиотиклардан фойдаланилди. Антибиотик терапияси билан боғлиқ асоратлар беш нафар беморда қайд қилинди. Терининг кичишиши, тошмалар чиқиши каби аллергик реакциялар, умумий ҳолсизлик 4 нафар беморда кузатилди, 1 нафар беморда антибиотиклар киритилган жойда (думба соҳасида) абсцесс шаклланди ва у очилди.

Хулоса: Шундай қилиб, ўтказилган клиник лаборатория тадқиқотлари юз-жағ ва бўйин соҳасида ўткир прогрессив яллиғланиш жараёнлари ва уларнинг асоратлари аниқланган беморларни комплекс даволашда антибиотиклардан дифференцияланган тартибда фойдаланиш мақсадга мувофиқ эканини кўрсатди. Касаллик кўзгатувчисини идентификация қилиш ва микрофлораларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш мақсадида микробиологик тадқиқотлар ўтказиш антибиотик терапияси самарадорлиги

нинг зарурий шартидир. Ихтисослаштирилган жаррохлик бўлимларида кўзгатувчи табиати ва унинг антибиотикларга сезувчанлиги тўғрисидаги маълумотлар олингунига қадар, антибиотиклар ёки уларнинг комбинациясини танлаш мақсадида бактериологик текширув натижаларини мунтазам, ретроспектив таҳлил қилиб бориш ўзини оқлайди. Бундан ташқари, биз мунтазам ўтказиладиган инфузион терапия ва гемоделиция, қон айланиш тизимининг гипердинамияси фонида, антибиотикларнинг оширилган дозаларидан фойдаланишнинг яққол клиник самарасига эга бўлди.

Юз-жағ соҳасида ўткир прогрессив яллиғланиш касалликларига эга ва вирусли гепатининг Б турига чалинган беморлар учун гепатопротекторлар гепатоситларнинг глутатион, таурин, сульфатлар захирасининг ортиши ва ксенобиотиклар оксидланишида қатнашадиган ферментлар фаоллигининг ошиши натижасида аниқланган мўтадиллаштириш функцияларининг кучайишига хизмат қилади, шунингдек, липидларнинг ортиқча пероксидланиши реакцияларининг тўхташи (ЛПП), липидларнинг пероксидланиши маҳсулотларини боғлаш (водород пероксиди, O⁺⁺ ва H⁺ эркин ионлари ва б), хужайралар мембраналари тузилмасини қайта тиклашда (ушбу механизм, шунингдек, ҳамма гепатопротекторларга хос, лекин бу ўринда эссенциал фосфолипидлар ва УДХК (УРСОСАН) етакчи рол ўйнайди, бундан ташқари, улар, биринчи навбатда, УДХК (УРСОСАН) воситаларида учрайдиган яллиғланишга қарши ва иммуномодуляцион таъсир кўрсатади; гепатоситлар некрозини бартраф қилиш ҳисобига фиброгенезни тўсати ва Купфер хужайраларининг фаоллаштирувчиси ҳисобланган ичак бактериялари ва уларнинг ҳосилалари жойлашувини ўзгартириб, антигенларнинг ошқозон-ичак йўлидан кириб келишига тўсқинлик қилади; жигарда коллагеназ фаоллигини рағбатлантириб ва бириктирувчи тўқима таркибий қисмлари синтезида иштирок этадиган ферментларни камал қилади.

Адабиётлар:

1. Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д., Ахмедов Б.С. Применение сорбционно-апликационной терапии при разлитых флегмонах челюстно-лицевой области. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии, Травматологии, педиатрии и

анестезиологии-Реаниматологии» (Самарканд, 28 мая 2021 г.)

2. Ибрагимов Д. Д., Мавлянова У. Н., Кучкоров Ф. Ш., Халилов И. Причина развития одонтогенного остеомиелита при несвоевременной хирургической стоматологической тактике (случай из практики). Scientific progress Volume 2 | Issue 5 | 2021 ISSN: 2181-1601

3. Ибрагимов Д.Д., Ахмедов Б.С., Гаффаров У.Б. Применение бактезима в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской хирургии, Травматологии, педиатрии и анестезиологии-Реаниматологии» (Самарканд, 28 мая 2021 г.)

4. Каршиев Х.К. Влияние комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области с включением гипохлорита натрия на показатели иммунитета и микрофлоры гнойной раны // Патология. – Ташкент, 2004. - №4. – С.40-41 (14.00.00; №13).

5. Ф.И. Мусурманов, Д.Д. Максудов, Н.С. Исмаилов, Б.Ж. Пулатова. Принципы защитных мероприятий при оказании неотложной помощи у больных с флегмонами челюстно-лицевой области. Научные исследования молодых ученых, 167-169. 2021 год.

6. Уразаева А.Э. Диагностика, комплексное лечение флегмон челюстно-лицевой области с учетом токсичности венозной крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 2001. – 22 с.

7. D Maksudov, F Musurmanov, S Nodirhonov Effectiveness of the complex treatment of odontogenic phlegmon of the maxillofacial region in patients. Збірник наукових праць Scientia. 2021 год.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЛИЦА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ “В”

Максудов Д.Д., Кубаев А.С.

Резюме. Статья посвящена клинической эффективности комплексного лечения флегмон челюстно-лицевой области у больных с патологией печени.

Ключевые слова: абсцесс, флегмона лица и области челюсти, вирусный гепатит типа «В», одонтогенная и пародонтальная инфекция, иммунитет, печень, частота, структура, гепатопротекторы.