

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ ҚОН КЕТИШЛАР

Нарзуллаев Н.У., Болтаев М.Ф.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Режали тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетиши, шошилич ёрдамга мухтож бўлган жиддий асоратга олиб келиши мумкин. Тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетишида олиб бориладиган даво тактикаси қон кетиш жадаллиги ва бошқа факторларга боғлиқдир. Ушбу ишда тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган бирламчи ва иккиламчи қон кетишининг сабаблари тахлили келтирилган.

Калит сўзлар: қон кетиши, тонзиллэктомия.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Нарзуллаев Н.У., Болтаев М.Ф.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Кровотечение, возникшее у пациента после плановой тонзиллэктомии, представляет собой серьезное осложнение, требующее оказания неотложной помощи. Тактика лечения при кровотечениях после тонзиллэктомии зависит от интенсивности кровотечения и предрасполагающих факторов. В данной работе представлен анализ причин вторичных кровотечений после тонзиллэктомии в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: тонзиллэктомия, кровотечение, предрасполагающий фактор.

HEMORRHAGE AFTER TONSILLECTOMY

Narzullayev N.U., Boltayev M.F.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

Bleeding after tonsillectomy is a serious complication that requires emergency care. The tactic of treatment for bleeding after tonsillectomy depends on the intensity of bleeding and predisposing factors. The paper presents an analysis of the causes of secondary bleeding in patients after tonsillectomy.

Key words: tonsillectomy, bleeding.

Долзарблиги

Беморда тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетиши, вақтида адекват ёрдам кўрсатилмаса, жуда аянчли ҳолатлар ва ҳаттоки беморнинг ўлимига ҳам, сабаб бўлади. Дунё бўйича олинган статистикада, тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган қон кетишлар 0.3% дан 10% [1] гача, муаян манбаларда эса 10% дан ортиқни ташкил этади [2]. А. Stevenson ва бошқа муаллифлар АҚШ даги баъзи штатларда олиб борган изланишларида, тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган ўлим натижаларининг 54% и қон кетишларига тўғри келади. Қолган тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган ўлим ҳолатларида асосий сабаб сифатида асосан, гипоксик бузилишлар (18%), дори препаратларидан (17%), интраоперацион бузилишлар (7%) ва инфекция асоратлар (4%) ҳисобланади [4,5]. Лекин шунга қарамай дунё адабиётлари маълумотларида тонзиллэктомиядан сўнг кузатилган иккиламчи қон кетишлари натижасида кузатилган ўлим ҳолатлари бўйича аниқ маълумотлар йўқ.

Тонзиллэктомиядан кейинги қон кетишлар бирламчи, яъни тонзиллэктомия операцияси пайтида кузатиладиган, ҳамда иккиламчи, яъни операциядан сўнг кузатиладиганга бўлинади. Ўз навбатида, иккиламчи қон кетишлар эрта (тонзиллэктомиядан сўнг 1-кун давомида) ва кечки (2-кун ва ундан ортиқ)[3].

Кўп ҳолларда операциядан кейинги қон кетишлар бемордаги анатомик хусусиятларга боғлиқ бўла-

ди (катта қон томирларнинг бодомсимон безнинг капсуласига яқин жойлашуви), бодомсимон безда битишма ва чандиқларнинг мавжудлиги, тугалланмаган гемостаз натижаси ёки ноадекват хирургик усул, масалан, бодомсимон безнинг қисман олиб ташланиши [7]. Гемостаз мақсадида электрокоагуляторнинг ҳаддан ортиқ ишлатилиши ҳам операциядан сўнг қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Беморнинг кўп безовта бўлиши, йўтал, балғамни кўп туфлаш ҳам эрта қон кетишларга сабаб бўлади.

Тонзиллэктомиядан сўнг кузатиладиган кечки қон кетишлар, кўп ҳолларда операциядан кейинги 5- ва 10-кунлар оралиғида, бодомсимон без нишаларидан фибрин қобиқларнинг кўчиш пайтида кузатилади [8]. Шунга қарамадан операциядан кейинги қон кетишлари, ўтказилган операция усулига эмас, балки беморнинг индивидуал хусусиятлари, ҳамда бемор томонидан шифокор кўрсатмаларига амал қилинишига боғлиқдир. Тонзиллэктомиядан сўнг қаттиқ пархез тутиш, биринчи навбатда ёқимсиз оғриқни келтириб чиқармаслик учун бўлса, иккинчи навбатда операциядан кейинги қон кетишининг олдини олиш мақсадида буюрилади. Ўртача олганда нишалар қарашлардан 10-14 кун оралиғида бутунлай тозаланади. Пархезни бузиш, жисмоний зўриқиш, спорт билан шуғулланиш, иссиқ душ, ҳаммом, самолётда учиб тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш хавфини оширади.



1 ойгача бўлган муддатда қон кетишини бир қанча омилар келтириб чиқариши мумкин, масалан, ёш, жинси (эркак киши), ностероидли яллиғланишга қарши воситалар, стероидли препаратларни доимий қабул қилиши, аёллардаги менстурал фаза, жароҳатга инфекция тушиши [6-9]. Умумий касалликлар билан бирга тонзиллэктомиядан сўнг қон кетишига, биринчи навбатда қон тизими касалликлари, бундан ташқари қон-томир касалликлари, юрак, жигар, буйрак, С витамини авитаминози ва кальций етишмовчилиги ҳам сабаб бўлади.

Тиббий муолажаларнинг тури қон кетиш жадаллигига қараб буюрилади. Баъзи ҳолларда бемор қонни фақатгина сўлак билан туфлаб ташлаши, баъзи ҳолларда эса унда профуз қон кетиши кузатилиши мумкин. Бутун дунёда ишлатиладиган J. Windfuhr классификациясига кўра, тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиши куйидаги даражаларга бўлинади: 1-даража - хирургик аралашувга муҳтож бўлмаган қон тўхтатиш; 2-даража - қонни маҳаллий инфилтрацион анестезия остида қонни тўхтатиш; 3- даража - қонни умумий анестезия остида тўхтатиш; 4-даража - ташқи уйқу артериясини боғлаш; 5-даража - қон кетиш натижасидаги детал якуни [10].

Тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш пайтида беморга биринчи ёрдам кўрсатиш пайтида қўпчилик шифокорлар қон кетиш жадаллигини аниқлашда қийналадилар. Чунки кўп ҳолларда беморлар қонни ютиб юборишади. Бунақа беморни зудлик билан қон кетиш жадаллигини, қон кетиш манбасини аниқлаш ва адекват ёрдам кўрсатиш мақсадида навбатчи оториноларингология бўлими стационарига, тез ёрдам бригадаси билан бирга госпитализация қилиш керак. Транспортировка пайтида қон аспирациясини олдини олиш ва қон кетиш жадаллигини аниқлаш учун беморни ён томонига ётқизиш, ҳамда бошини олдинга эгилтириш керак. Қон кетаётган томон жағости соҳасига муз халтачаси қўйилади. Кучли қон кетиш пайтида бош бармоқ билан уйқу артериясини ҳиқилдоқ ён томонидан умуртқа поғонаси томонига қараб босиб турилади. Шу билан бига беморда гемодинамикани сақлаб қолиш учун умумий инфузион гемостатик терапия ўтказилади [14].

Стационарда биринчи навбатда беморнинг бодомсимон безлари нишаларини текшириш зарур. Без нишаларида кўрикни қийинлаштирадиган қон лахталари бўлса, унда уларни жуда эҳтиёткорлик олиб ташлаш керак бўлади. Лахта олиб ташлангандан сўнг қонаш манбаси кўринмаса, ҳар бир нишани тупфер билан қаттиқ босилади. Шунда қон кетиш манбаси аниқлашади ва қон томирни каутеризацияси амалга оширилади [13,15].

Маҳаллий анестезия остида қонаб турган томирни каутеризацияси фойда бермаса, ёки қонаш манбаси яхши кўринмаса, қонни интубацион наркоз остида тўхтатилади. Бу пайтда оғиз кенгайтиргич операцион майдонни яхшироқ кўришга ёрдам беради, интубацион трубканинг хаво билан тўлдирилган манжетаси эса қоннинг аспирациясини олдини олиши мумкин. Паренхиматоз қон кетиш кузатилса, бутун нишанинг битта равоқдан иккинчи равоғига қараб кўндалангига тикиб борилади. Диаметри

1,5 мм дан катта бўлган қон томирдан қон кетганда фақатгина томирни боғлаш ёрдам беради. Агарда гемостаз яхши натижа бермаса ва беморнинг ҳаётига хавф соладиган вазият юзага келса, бемор шиширилган манжетали интубацион наркоз остида қолиши керак ва кейинчалик ҳиқилдоқнинг тампонадаси қўйилиб, ташқи уйқу артерияси боғланади.

Тонзиллэктомиядан сўнг қон кетиши кузатилган беморнинг стационарга ўз вақтида етказилмаслиги, ҳамда етарлича муолажалар ўтказилмаслиги беморнинг ўлими билан тугаши мумкин [11,12]. Бу ҳолатни айниқса беморни операциянинг 1-2 чи кунда уйига жавоб бериладиган клиникалардаги хирурглар инобатга олиши зарур. Иккиламчи қон кетишни профилактикасини амалга ошириш учун, беморнинг барча индивидуал ҳолатини инобатга олиш, қон кетишга мойиллиги бўлган беморларни эса қаттиқ назорат остига олиш зарур.

Илмий тадқиқот мақсади: Оториноларингология клиникасида режали тонзиллэктомия амалга оширилган беморларда, операциядан кейинги қон кетишлар сабабини таҳлил қилишдан иборат.

Материал ва усуллар

БВКТТМ Оториноларингология бўлимида 1 октябр 2019 йилдан 4 декабр 2019 йилгача режали икки томонлама тонзиллэктомия ўтказилган беморларнинг касаллик тарихининг ретроспектив анализи ўтказилди. Бу вақт мобайнида БВКТТМ Оториноларингология бўлимида 387 та тонзиллэктомия ўтказилди. Булардан 340 тасида гемостаз учун одатий, яъни электрокоагулятор ишлатилди. 47 тасида эса - яримўтказувчи, тўлқин узунлиги 970 nm бўлган лазерли тонзиллэктомия ўтказилди. Барча тонзиллэктомиялар маҳаллий (n=43) ёки умумий (n=344) анестезия остида ўтказилди. Барча беморлар цефалоспорин гуруҳи препаратларини парентерал қабул қилишди. Ностероидли яллиғланишга қарши воситалар бемордаги оғриқ даражасига қараб буюрилди. Таҳлил олиб борилган беморларда қон тизими билан боғлиқ касалликлар кузатилмади.

Натижа ва таҳлиллар

Ўтказилган 387 та тонзиллэктомия орасида томирларни боғлаш ёки тикишга эҳтиёжи бўлган ва шу билан операция давомийлигини узайтирадиган бирламчи интраоперацион қон кетишлар кузатилмади. 387 та ўтказилган тонзиллэктомиядан 17 тасида (4,39%) операциядан кейинги қон кетиш кузатилди. Тонзиллэктомиядан кейин қон кетиши кузатилган беморларнинг ўртача ёши

33 ёш (min = 22 ёш, max = 45 ёш). Жинслар ҳисобида эса: эркакларда - 59%, аёлларда - 41%. 5 та беморда (29%) буйрак ва юрак билан боғлиқ муаммолари бўлган. Операциядан кейинги фақатгина тана ҳарорати 37,1°C дан юқори бўлган беморларда қайд этилди. Шунда 9 та беморда (53%) тана ҳарорати кўтарилиши қайд этилди.

Операциядан кейинги қон кетиши кузатилган 17 та беморнинг барчасида жарроҳлик амалиёти умумий анестезия остида ўтказилган. Маҳаллий анестезия ос-

Режали икки томонлама тонзиллэктомия ўтказилган беморларда қон кетиш даври

Қонаш тури		Давр	Беморлар сони
Бирламчи қон кетиш		Тонзиллэктомия пайтида	0
Иккиламчи қон кетиш	Эрта қон кетиш	Операциядан 11 кун кейин	1
	(операциянинг 1-кунида)	Операциядан 1 кун кейин	1
	Кеч қон кетиш	Операциянинг 2-куни	1
	(операциянинг 2-кунида	Операциянинг 5-куни	1
	ёки ундан кейин)	Операциянинг 6-куни	2
		Операциянинг 7-куни	2
		Операциянинг 8-куни	2
		Операциянинг 9-куни	1
		Операциянинг 10-куни	2
		Операциянинг 12-куни	1
		Операциянинг 15-куни	1
		Операциянинг 21-куни	2

тида ўтказилган тонзиллэктомиянинг ҳеч бирида қон кетиш кузатилмади.

Операциядан кейинги қон кетиши кузатилган барча беморларда гемостаз стандарт электрокагулятор ёрдамида ўтказилди (15 тасида - биполяр, 2 тасида монополяр). Лазерли тонзиллэктомия ўтказилган ҳеч қайси беморда қон кетиш ҳолатлари кузатилмади.

Тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш даври турлича бўлди ва бу натижалар 1-жадвалда келтирилди.

J.Windfuhr классификацияси бўйича, биринчи даражали қон кетиш - 76%, иккинчи даражали даражали - 18% ва учинчи даражали 6% (2 жадвал).

J.Windfuhr классификацияси бўйича

Беморларни қон кетиш жадаллиги бўйича тақсимлаш		
Қонаш даражаси	Беморлар сони	
	абс. Сон	%
1	13	76
2	3	18
3	1	6
4	0	0
5	0	0

13 та ҳолатда (76%) тонзиллэктомиядан кейинги қон кетиш мустақил тўхтади (босим, умумий гемостатик терапия (аминокапрон кислотаси, этамзилат), 4 нафар беморда (24%) қон кетиш хирургик йўл билан тўхтатилди: 3 та беморда маҳаллий анестезия остида, биттасида умумий анестезия остида. Ҳеч бир ҳолатда ташқи уйқу артериясини боғлашга эҳтиёж кузатилмади.

Эркакларда қон кетиш аёлларга нисбатан кўп кузатилади деб ҳисобланади. Бизнинг тадқиқотимизда 17 нафар бемор орасидан, 10 нафар эркакларда (59%) ва 7 нафар (41%) аёлда кузатилди. Бу халқаро маълумотларга мос келади. Аёлларнинг 7 нафаридан 2 нафаридан (29%) фибрин карашларнинг кўчиши менстурал циклининг менстурал фазасига тўғри келди ва бу

қон кетиш ҳолати пайдо бўлиши мумкинлигидан дарак берарди. Айнан шунинг учун аёлларда тонзиллэктомияни режалаштираётган пайтда бодомсимон без нишаларидан фибрин карашлар кўчиш даври менстурал циклга тўғри келмаслигига ишонч ҳосил қилиш керак.

Маълумотларга кўра, бутун дунёда беморнинг ёши қанчалик катта бўлса, қон кетиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади деган фикр мавжуд [2,6,7]. М.К. Kim ва ҳаммуаллифлар ўтказган статистик тадқиқот натижасига кўра, 65 ёшдан юқори бўлган беморларда қон кетиш хавфи энг юқори [6]. Бу беморнинг ёши ошиши билан, унда кузатиладиган ҳамроҳ касалликлар ҳам кўпайиши билан боғлиқ. Ҳамроҳ касаллиги бор беморлар турли хил дори воситалари (гипотен-

зив, антикоагулянт, дезагрегант, кортикостероидлар, НЯҚ дори воситалари) қабул қилади ва бу ўз-ўзидан тонзиллэктомиядан сўнг иккиламчи қон кетишга мойиллик яратади. Бизнинг маълумотга кўра, тонзиллэктомиядан сўнг қон кетиш кузатилган бемор ёши 33 ёшни ташкил этди. Ёши энг катта бемор эса 45 ёшда. У ёшлигида икки томонлама тонзиллотомияни ўтказган, аммо яхши натижага эришмаган.

Бу ҳолатда жарроҳлик амалининг вақтини узайтишга олиб келган ҳолат беморнинг ёши эмас, балки унинг ёшлигида ўтказган тонзиллотомия натижасида ниша атрофидаги лимфоид тўқимада юзага келган кўпол чандиқли ўзгаришлардир. Нафақат ёши катта беморлардан, балки ёш беморлардан ҳам эҳтиёт бўлиш керак. Чунки улар тонзиллэктомиядан сўнг тезда фаол ҳаёт тарзига қайтиб, парҳез ва чекловларни унутишади. Умумий анестезия остида тонзиллэктомия ўтказилган беморларнинг барчасида, операциядан кейин адекват гемостаз ўтказилди ва нишалар яхшилаб текширилди. Маҳаллий анестезия остида тонзиллэктомия ўтказилган беморларимизнинг ҳеч қайсида операциядан кейинги қон кетиш кузатилмади. Шунинг учун биз баъзи адабиётларда келтирилган умумий анестезия остида ўтказилган тонзиллэктомиядан сўнг, операциядан кейинги қон кетиш эҳтимоли пасаяди деган фикрни таъкидлай олмаймиз [2,7].

Барча тонзиллэктомияларда электрокоагулятор ишлатилди (биполяр ва монополяр). 17 та бемордан 2 тасида (12%) монополяр коагулятор ишлатилди. Адабиётларда айтилишича монополяр электрокоагулятор ишлатилиши кечиктирилган қон кетишига олиб келади [2,4].

Тонзиллэктомиядан сўнг 53% беморларда цефалоспорин гуруҳига мансуб антибиотик қабул қилишига қарамай тана ҳарорати кўтарилди. Бу операциядан кейин нишаларнинг бетта лактамга турғун бактериал флора билан зарарланишидан дарак беради. Бу зарарланиш томир деворлари эрозиясига ҳамда шу билан кечки қон кетишига сабаб бўлиши мумкин [2].

Операциядан кейин асоратларга олиб келиши мумкин бўлган ҳамроҳ касалликлари бор беморлар 5 тани (29%) ташкил қилди. Улардан 3 таси буйрак томонидан оғир бузилишлар (2 тасида Ig A-нефропатия, биттасида сурункали буйрак касаллиги), 2 таси юрак патологияси бор беморлар. Барча ҳолатларда беморлар нефролог ва кардиолог кузатувида бўлиб, касаллигига мос равишда дори қабул қилиб туришди. Юрагида хасталиги бор беморларда қон кетиши артериал босим ошиши билан боғлиқ бўлди. Беморларда метатонзилляр асоратлар бўлиши операциядан кейинги қон кетиш хавфини оширади [2,6,12]. Бизнинг текширувимизда 2 та (12%) беморда қон кетиш сабаби парҳезни қаттиқ бузиш билан боғлиқ бўлди. 4 та ҳолатда эса қон кетиш йутал фонида келиб чиқди.

Хулоса

Шундай қилиб, тонзиллэктомия жарроҳлик амалини режалаштирилаётган пайтда қон кетиш ҳолатлари юзага келиши мумкинлиги ҳисобга олиниши керак. Қон кетишига мойиллиги бор беморларни мумкин қадар кўпроқ назорат остига олиш ва госпитализация муддатини узайтириш керак. Аёлларда тонзиллэктомияни режалаштирганда, карашларнинг кўчиш пайти менструал фаза билан тўғри келмаслигини инобатга олиш керак.

1. Белякова А.А. Хирургическое лечение хронического тонзиллита: обзор современных методов: обзор: научное издание/ А.А. Белякова// Вестник оториноларингологии. - М., 2014. - N5. - С.89-93. - Библиогр.: 56 назв. Аннотация: Рассмотрены вопросы показаний к тонзиллэктомии, проанализирована частота вмешательств при хроническом тонзиллите.
2. Давыдовский А., Песоцкая М. Анализ риска развития кровотечения после тонзиллэктомии // Медицинский журнал. 2011. № 2. [Davydovskij A., Pesockaya M. Analiz riska razvitiya krvotechenij posle tonsillektomij. Medicinskij zhurnal, 2011, N2. (in Russ)].
3. Крюков А.И. Консервативная терапия и хирургическое лечение хронического тонзиллита у детей: научное издание/ А.И. Крюков, А.Ю. Ивойлов и др.// Вестник оториноларингологии. -М., 2013.- N4. - С. 15-20.-Библиогр.: 25 назв. Аннотация: Изучена статистика методов лечения хронического тонзиллита у детей.
4. Рябова М. А., Пособило Е. Е., Агрба А. И. и др. К вопросу о показаниях к тонзиллэктомии // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoria. 2017. T. 23. P. 65-72. [Ryabova M. A., Posobilo E. E., Agrba A. I. et al. K voprosu o pokazaniyah k tonsillektomii. Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoria. 2017, Vol. 23, pp. 65-72 (in Russ.).]
5. Czarnetzki C., Elia N., Lysakowski C. et al. Dexamethasone and risk of nausea and vomiting and postoperative bleeding after tonsillectomy in children: a randomized trial // Jama. 2008. Vol. 300. P. 2621-2630.
6. Gysin C., Dulguerov P. Hemorrhage after tonsillectomy: does the surgical technique really matter? // ORL; journal for otorhinolaryngology and its related specialties. 2013. Vol. 75. P. 123-132.
7. Howells R. C., Wax M. K., Ramadan H. H. Value of preoperative prothrombin time/partial thromboplastin time as a predictor of postoperative hemorrhage in pediatric patients undergoing tonsillectomy // Otolaryngology - head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 1997. Vol. 117. P. 628-632.
8. Kim M. K., Lee J. W., Kim M. G. et al. Analysis of prognostic factors for postoperative bleeding after tonsillectomy // European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2012. Vol. 269. P. 977-981.
9. Koh S. C., Prasad R. N., Fong Y. F. Hemostatic status and fibrinolytic response potential at different phases of the menstrual cycle // Clinical and applied thrombosis/hemostasis: official journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2005. Vol. 11. P. 295-301.
10. Krishna P., Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: a meta-analysis // The Laryngoscope. 2001. Vol. 111. P. 13581361.
11. McClelland L., Jones N. S. Tonsillectomy: haemorrhaging ideas // The Journal of laryngology and otology. 2005. Vol. 119. P. 753-758.
12. Thimmasettaiah N.B. Сравнительное исследование эффекта пре-, интра- и постоперационного введения стероидов(дексаметазона натрия фосфата) на течение послеоперационного периода при хроническом тонзиллите: научное издание/ N.B. Thimmasettaiah, R.G. Chandrappa // Вестник оториноларингологии. - М., 2013.- N5. - С.98
13. Tuchtan L., Torrents J., Lebreton-Chakour C. et al. Liability under post-tonsillectomy lethal bleeding of the tonsillar artery: a report of two cases // International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2015. Vol. 79. P. 83-87.
14. Windfuhr J., Seehafer M. Classification of haemorrhage following tonsillectomy // The Journal of laryngology and otology. 2001. Vol. 115. P. 457-461.
15. Windfuhr J.P. Serious complications following tonsillectomy: how frequent are they really? // ORL; journal for otorhinolaryngology and its related specialties. 2013. Vol.75. C.166-173.

Келиб тушган вақти 09.10. 2020