

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНИТОВ И СИНУСИТОВ БОЛЬНЫХ С ДАКРИОЦИСТИТОМ

Давронов У.Ф.<sup>1</sup>, Хушвакова Н.Ж.<sup>2</sup>, Хамракулова Н.О.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Давронов Усмон Фармонкулович – магистр;

<sup>2</sup>Хушвакова Нилуфар Журакуловна – доктор медицинских наук, профессор;

<sup>3</sup>Хамракулова Наргиза Орзуевна – PhD, ассистент;

кафедра оториноларингологии,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** попытки анализа причин неудачных исходов операций соустья появились со времен начала применения в широкой практике данных операций. Анализируя результативность операций, произведенных разными хирургами, мы видим огромный диапазон результатов в связи с отсутствием четких критериев по оценке эффективности операций, а так же отсутствием четкой дифференциации анатомо-морфологических проявлений рецидива. Все пациенты подвергались общепринятому клиническому обследованию, включая опрос, осмотр всех ЛОР- органов, исследование основных функции носа, диагностическую эндоскопию полости носа, рентгенологическое контрастное исследование околоносовых пазух и слезоотводящих путей. Физикальное обследование внутренних органов. Клиническое обследование и лечение 40 больных проводилось при нашем непосредственном участии, которым будет произведена подслизистая резекция перегородки носа с последующим установлением хрящевого аутотрансплантата, хроническим гипертрофическим ринитом и хроническим синуситом с дакриоциститом больным. Применение латексного перфорированного контейнера с антибактериальной мазью и силиконовой пластины в раннем послеоперационном периоде сохраняет сократительную функцию слезного мешка, что подтверждается функциональными пробами, снижает рецидивы ХД до 3,8%.

**Ключевые слова:** хронического дакриоцистит, эндоскопическая дакриоцисториностомия, Искривление носовой перегородки с хроническим дакриоциститом, хрящевого аутотрансплантата.

**Актуальность.** Несмотря на множество модификаций и улучшение техники операций по поводу хронических дакриоциститов, проблема неудачных исходов операций, до сих пор остается весьма актуальной.

Попытки анализа причин неудачных исходов операций соустья появились со времен начала применения в широкой практике данных операций. Анализируя результативность операций, произведенных разными хирургами, мы видим огромный диапазон результатов в связи с отсутствием четких критериев по оценке эффективности операций, а так же отсутствием четкой дифференциации анатомо-морфологических проявлений рецидива.

В последнее время ряд ученых уделил большое внимание проблеме топической диагностики стриктур и облитераций слезоотводящих путей, а также изучению анатомических вариаций слезного мешка по отношению к внутриносовым структурам, так как это раскрывает большие возможности для более адекватного подбора, как доступа, так и типа операции [1,3]. Интенсивное развитие современных методов исследования, основанных на использовании компьютерных технологий, предопределило новый качественный скачок в этой области. На современном этапе компьютерная томография (КТ) является одним из самых информативных методов исследования, который позволяет оценить анатомическое строение полости носа, околоносовых пазух и их взаимоотношение со слезным мешком. Преимущества КТ перед нативной рентгенографией были показаны в работах [2,4,6].

В предложил выполнять операции на околоносовых пазухах под операционным микроскопом. Им было отмечено, что не только эндоназальные вмешательства в области передних отделов решетчатого лабиринта, но и в зоне и слезного мешка, под микроскопом могут быть выполнены с высокой степенью точности[1]. Среди отечественных хирургов операционный микроскоп при эндоназальной хирургии дакриостенозов применил [5,7] проанализировали результаты эндоназальной дакриоцисториностомии с применением эндоскопа и микроскопа, и установили, что оба метода позволяют добиться хороших результатов, процент успешных исходов составил 80% в каждой группе.

**Целью** исследования явилось усовершенствования методов эндоназальной операции и оценка клинического течения больных с хроническими ринит и синуситах сочетанным с хроническим дакриоциститом и совершенствование их лечения.

**Материалы и методы.** В современной работа основана на анализе результатов обследования и лечения 40 больных с хронический ринит и синусит с дакриоциститом. Из них 18 больных мужчины, 22 больных женщины. Изучение вопросов, клиники и лечения искривление носовой перегородки проводили в ЛОР-отделении кафедры оториноларингологии в Клиника Сам МИ № 1 за период с 2017 по 2020 гг.

Все пациенты подвергались общепринятому клиническому обследованию, включая опрос, осмотр всех ЛОР- органов, исследование основных функции носа, диагностическую эндоскопию полости носа, рентгенологическое контрастное исследования околоносовых пазух и слезоотводящих путей. Физикальное обследование внутренних органов. Клиническое обследование и лечение 40 больных проводилось при нашем непосредственном участии, которым будет произведена подслизистая резекция перегородки носа с последующим установлением хрящевого аутотрансплантата, хроническим гипертрофическим ринитом и хроническим синуситом с дакриоциститом больным. При осмотре больных были изучены жалобы и их анамнеза на момент хирургического лечения, а также осмотр полости носа с использованием жесткого эндоскопа с оптикой 30 град.

Наиболее часто хроническим дакриоциститом страдали лица в возрастном периоде от 31 до 50 лет (45,5%) и от 51 до 60 лет (32,3%). Минимальный возраст наших пациентов равнялся 18 годам, максимальный - 60 годам. Распределение больных по возрасту и полу представлено в рисунке 1. Длительность заболевания больных хроническим дакриоциститом отражена в диаграмме (рис. 2).

Перечисленные жалобы характерны для хронического дакриоцистита. Основной из них, заставившей обратиться к врачу, было слезотечение. Слезотечение беспокоило всех пациентов страдающих хроническим дакриоциститом с искривления носовой перегородки и гипертрофия нижних раковин. У 15(37,5%) больных хроническим дакриоциститом в основной группе, слезотечение сопровождалось гноетечением. Присутствие гноетечения также отмечали 30% больных основной группы страдающих посттравматическим дакриоциститом. При хроническом дакриоцистите припухлость в области внутреннего угла глаза отмечали 8 (20%), боль -3 (7,5%) пациентов основной группы, 10 (25%) и 4 (10%) пациентов соответственно в контрольной группе.

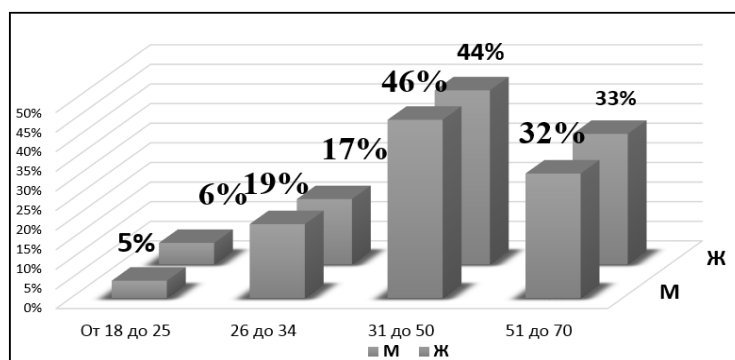


Рис. 1. Распределение больных по возрасту и полу

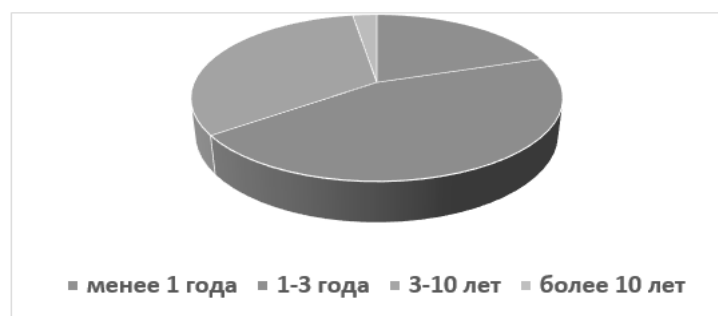


Рис. 2. Распределение больных по длительности заболевания

Таблица 2. Жалобы больных хроническим дакриоциститом

	Основная группа

Жалобы	Гипертрофия раковины носа с дакриоциститом n=24	Искривление носовой перегородки с дакриоциститом n=12	Гипертрофия раковины носа с искривлением носовой перегородки с дакриоциститом n=4
Слезотечение	24(100%)	12(100%)	4(100%)
Гноеотечение	12(50%)	-	3(75%)
Припухлость области внутреннего угла глаза	5 (37%)		3(75%)
Боли в области внутреннего угла глаза	3(11,1%)		

Анализ жалоб больных, в основной и контрольной группах, показал, что они характерны для клиники хронического дакриоцистита и отображают однородность клинического материала в обеих группах. Резюмируя, можно отметить, что по диагнозам, возрастным характеристикам и длительности заболевания данные группы пациентов так же могут быть сопоставимы. Поэтому мы сочли возможным провести анализ результатов хирургического лечения в данных группах.

Проведение эндоскопического исследования у пациентов контрольной группы выявило наличие отека и гиперемии слизистой у 10(25%) пациентов, полипоз среднего носового хода у 1 (2,5%) больного, деформацию носовой перегородки у 9 (22,5%) и гипертрофию средней носовой раковины у 3 (7,5%) пациентов. Приведенные выше примеры -это лишь малая толика той неоценимой информации, которую в каждом конкретном случае может дать предоперационное эндоскопическое исследование. Полученные данные позволяют констатировать целесообразность и необходимость выполнения эндоскопии полости носа у больных хроническим дакриоциститом.

Анализируя данные компьютерной томографии, мы установили, что в основной группе, у лиц, страдающих хроническим дакриоциститом, в верхнечелюстной пазухе, на стороне поражения, были выявлены изменения в 2 (10,5%) случаях. У пациентов с гнойным дакриоциститом, изменения в верхнечелюстной пазухе были обнаружены в 20 (37%), а в решетчатой в 18 (33,3%) случаях. У 4 (44,4%) пациентов с посттравматическим дакриоциститом были выявлены изменения в верхнечелюстной пазухе и у 1 (10%) пациента в решетчатой. В 45% случаев изменения со стороны пазух были двусторонними. Следует отметить многообразие характера анатомических нарушений внутриносовых структур. Причем у большинства пациентов обнаружено не одно, а сразу несколько таких нарушений.

**Результаты и их обсуждение.** Проведение КТ исследования слезного мешка позволяет провести дифференциальную диагностику врожденных форм хронического дакриоцистита с его приобретенными формами. Критерием наличия врожденной формы патологии является расширение и изменение костных структур, формирующих ложе слезного мешка.

Функциональная эндоскопическая дакриоцисториностомия основана на новых методах оценки КТ исследования слезного мешка и полости носа, принципах восстановления функциональной анатомии внутриносовых структур с формированием костного окна на уровне соединения лобного отростка верхней челюсти и слезной кости на расстоянии не менее 5 мм от СНР. Применение латексного перфорированного контейнера с антибактериальной мазью и силиконовой пластины в раннем послеоперационном периоде сохраняет сократительную функцию слезного мешка, что подтверждается функциональными пробами, снижает рецидивы ХД до 3,8%. Внедрение методики модифицированной эндоскопической дакриоцисториностомии по сравнению традиционной эндоназальной дакриоцисториностомией позволяет добиться положительного эффекта у 92,9% прооперированных, что подтверждается результатами функциональных проб в раннем послеоперационном периоде. Контрольные томографические исследования в послеоперационном периоде указали на сохранение 85,0% анатомической структуры лобного отростка верхней челюсти при СамМИ, тогда как при традиционной эндоскопической операции удаляется до 50% кости, а при наружной дакриоцисториностомии лобный отросток удаляется полностью.

#### Список литературы

1. *Исхакова Ф.Ш. и др.* Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита //прорывные научные исследования как двигатель науки. 2018. С. 199-202.
2. *Насретдинова М.Т. И др.* Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция //Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. С. 60.
3. *Насретдинова М.Т. и др.* Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов //Вестник врача. С. 27.
4. *Насретдинова М.Т., Кодиров О. Н., Хушвакова Н. Ж.* Совершенствование топической диагностики и комплексной реабилитации у детей //Инновационные технологии в медицине детского возраста северокавказского федерального округа. 2017. С. 219-223.
5. *Самиева Г.У. и др.* Состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с острым первичным и рецидивирующим ларинготрахеитом //мухаррир минбари менежмент ва маркетинг. – 2005.
6. *Сафарова Н.И. и др.* Эффективность применения дипроспана в комплексном лечении полипозных риносинуситов //Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2014. №. 2-3.
7. *Хушвакова Н.Ж., Хамракулова Н.О., Очилов Т.М.* Анализ результатов больных с хроническим одонтогенными верхнечелюстными синуситами //Научный обозреватель. 2019. С. 33-36.
8. *Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж. и др.* Применение озона и местного антисептического раствора у больных с гнойным средним отитом на фоне хронического лейкоза //Российская оториноларингология. 2012. С. 178.
9. *Хайитов А.А. и др.* Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом //Инновационные технологии в медицине детского возраста северокавказского федерального округа. – 2017. – С. 93-95.
10. *Хайитов А.А. и др.* Оптимизация одноэтапной санации носоглотки и барабанной полости при рецидивировании экссудативного среднего отита //Актуальные научные исследования в современном мире. 2018. №. 1-8. С. 81-84.
11. *Хушвакова Н. Ж. и др.* Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей с сахарным диабетом 1 тип //Russian otorhinolaryngology Медицинский научно-практический журнал. 2014. С. 104.
12. *Хушвакова Н.Ж. и др.* Оценка эффективности лазерного облучения при комплексном лечении хронического тонзиллита //Russian otorhinolaryngology. 2013. С. 221.
13. *Шаматов И.Я. и др.* Современные подходы к хирургической коррекции патологии устья слуховых труб у детей //Ўзбекистон республикаси оториноларингологларнинг iу съездига бағишланган махсус сон. С. 91.
14. *Шаматов И.Я. и др.* Эндоскопическая диагностика и лечение деформации носовой перегородки и гипертрофии нижних носовых раковин //International Scientific and Practical Conference World science. ROST, 2017. Т. 5. №. 5. С. 61-63.
15. *Шаматов И.Я. И др.* Эндоскопическая диагностика: новые возможности шадящих хирургических операций в полости носа и глотки //инновационные механизмы решения проблем научного развития. 2016. С. 186-189.
16. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.