

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616.212.5-007.24; 616.322-007.61; 616-053.2.**

На правах рукописи

**ЮСУПОВ АСАДУЛЛО ШОМУРОДОВИЧ**

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА,  
СОЧЕТАННОЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ  
У ДЕТЕЙ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук  
по специальности 14.01.03 – Болезни уха, горла и носа**

**Душанбе 2025**

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии имени проф. Ю.Б. Исхаки ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

**Научный руководитель:** **Махмудназаров Махмадамин Имомович**  
доктор медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Хасанов Саидакрам Аскарлович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии Ташкентского педиатрического медицинского института Республики Узбекистан.

**Бустонов Махсум Отакулович** - кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических дисциплин №2 Хатлонского государственного медицинского университета.

**Оппонирующая организация:** Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025г. в « \_\_\_\_ » часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, ул. Сино 29-31, [dis@tajmedun.tj](mailto:dis@tajmedun.tj),

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025г.

**Учёный секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент**

**Али-Заде С.Г.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Нормальное функционирование носового дыхания представляет собой важный аспект в процессе здорового развития детей и их адаптации к окружающей среде. Из опыта клинической работы и на основании обширных исследований становится очевидным, что одной из наиболее часто встречаемых проблем носовой полости является деформация носовой перегородки, причем наблюдается стойкая тенденция к её увеличению. Важно подчеркнуть, что проявления этой деформации наиболее типично наблюдаются в подростковом возрасте. Это обусловлено интенсивным развитием костно-хрящевой структуры носа и гормональными изменениями в организме на данном этапе [Базаркина К.П., 2016; Артюшкин, С.А., 2017].

Деформация носовой перегородки может стать причиной обструкции носовых проходов, что, в свою очередь, усиливает реактивность слизистой оболочки и способствует увеличению размеров носовых раковин. Такие изменения могут серьезно нарушать основные физиологические функции носовой полости [Пискунов Г.З., 2010; Хасанов С.А. 2020; Махмудназаров М. И., 2022].

Нарушения в носовом дыхании могут быть спровоцированы комбинацией таких факторов, как деформация перегородки носа, увеличение носовых раковин и наличие аденоидных вегетаций в носоглоточной миндалине. Это состояние часто требует проведения оперативного вмешательства на структурах носовой полости и носоглотки для восстановления основных функций носа и нормализации вентиляции слуховых труб.

Искривление носовой перегородки характеризуется затруднением назальной респирации, снижением обоняния и ринореей, что может маскировать симптоматику аденоидных вегетаций и приводить к диагностическим ошибкам. Различные деформации носовой перегородки препятствуют проведению эндоскопического исследования полости носа и носоглотки, затрудняя своевременную диагностику гиперплазии глоточной

миндалины и патологии тубарного аппарата [Арефьева Н.А., 2012; Волков А.Г., 2015; Крюков А.И. и др., 2017].

В этой связи остаются актуальными вопросы своевременной диагностики и разработки эффективных хирургических методов лечения деформаций носовой перегородки, которые сопровождаются гипертрофией носовых раковин и увеличением носоглоточной миндалины у детей различных возрастных групп. Эти проблемы требуют дополнительного изучения.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы**

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды или аденоидные вегетации) по распространенности занимают лидирующее положение среди заболеваний ЛОР - органов у детей раннего, дошкольного и школьного возраста. При этом, прослеживается отчетливая тенденция к росту данной патологии в сочетании с искривлением носовой перегородки среди детей разного возраста.

Сочетание деформации перегородки носа с гипертрофией носовых раковин и аденоидными вегетациями глоточной миндалины способствует развитию экссудативного среднего отита у детей и создает определенные проблемы в плане своевременной диагностики и адекватного хирургического или терапевтического лечения этой категории больных.

Дисфункция слуховой трубы (СТ) является одним из ключевых механизмов в патогенезе заболеваний среднего уха, в частности экссудативного среднего отита (ЭСО). Вопросы лечения и профилактики заболеваний среднего уха на протяжении длительного периода не теряют свою актуальность и представляют одну из важнейших медико-социальных проблем, что связано с высокой распространенностью и активной ролью этой патологии в формировании стойких нарушений слуха. Лечение экссудативного среднего отита, развивающегося на фоне патологии полости носа, носоглотки и слуховой трубы остается одной из актуальных проблем современной отиатрии [Носуля Е.В. и др., 2014; ChoG.S., 2017].

Анализ литературы, посвященной вопросам хирургического лечения детей с деформацией носовой перегородки в сочетании с гипертрофией

глоточной миндалины, выявил отсутствие научных исследований, прямо затрагивающих взаимосвязь между деформацией носовой перегородки и увеличением носоглоточной миндалины. В настоящее время изучение данного направления оториноларингологии является актуальным.

**Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой.**

Диссертационная работа: «Комплексное лечение деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией глоточной миндалины у детей» выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры оториноларингологии имени член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино на тему: «Современные методы диагностики и комплексного лечения сочетанных патологий носа и околоносовых пазух» по специальности 14.01.03 – Болезни уха, горла и носа. Государственная регистрация № 0113ТJ 00336.

В основе данной работы лежит изучение особенности клинического течения деформаций носовой перегородки, сочетанных с гипертрофией носовых раковин и носоглоточной миндалины у детей и разработка оптимального метода хирургического лечения с целью восстановления основных функций носа, носоглотки и слуховой трубы.

Обследование пациентов, которое включало жесткую и гибкую эндоскопию носа и носоглотки, отомикроскопию и КТ ОНП позволяет детально изучить патологию внутриносовых структур, носоглотки, слуховой трубы и барабанной полости, что расширяет возможности точной диагностики и способствует планированию объема хирургического лечения.

#### **Общая характеристика исследования:**

**Цель исследования.** Разработать интегрированный хирургическо-терапевтический подход к лечению детей с гипертрофическими изменениями носовых раковин и аденоидной гиперплазией на фоне искривления перегородки носа.

**Задачи исследования:**

1. Провести анализ патогенетических особенностей и клинической манифестации сочетанной патологии, характеризующейся деформацией носовой перегородки, гипертрофией носовых раковин и носоглоточной миндалины.

2. Оценить функциональные характеристики назальной полости и носоглотки в условиях коморбидного поражения носа, носоглотки и тубарного аппарата.

3. Исследовать аэродинамические и дренажные параметры слуховой трубы, а также аудиологический статус пациентов в предоперационном и постоперационном периодах.

4. Определить клиническую эффективность симультанного хирургического вмешательства, включающего септопластику, подслизистую вазотомию носовых раковин и аденотомию у детей с комплексной патологией назальной области, на основании анализа ближайших и отдалённых результатов лечения.

**Объект исследования.** Объектом исследования служили 128 детей с деформацией носовой перегородки, сочетанная с гипертрофией носовых раковин аденоидными вегетациями носоглоточной миндалины и дисфункцией слуховой трубы. Возраст пациентов варьировал от 6 до 15 лет, из которых мальчиков было 75, девочек – 53. Детей в возрасте от 6 до 10 лет было 35,9% детей, а возрастная группа от 11 до 14 лет составила 64,1% детей. Обследование проводилось в детском оториноларингологическом отделении НМЦ “Шифобахш”.

**Предмет исследования.**

Предметом исследования было изучение клинического течения деформаций носовой перегородки, сочетанных с гипертрофией носовых раковин, аденоидными вегетациями носоглоточной миндалины и дисфункцией слуховой трубы. Исследование функционального состояния носа, носоглотки, слуховых труб и разработка комплексного хирургического метода лечения. Методами исследования являлись; гибкая и жесткая эндоскопия и носа и носоглотки, КТ носа, носоглотки и ОНП, отомикроскопия, тонально-пороговая аудиометрия, импедансометрия,

ринопневмометрия, качественная ольфактометрия, исследование мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа. Общеклиническое исследование общего анализа крови, мочи и кала, биохимию и сахар крови, времени свёртывания крови по Сухареву, а также ЭКГ и флюорография ОГК. Первый этап - изучение литературы, посвященной теме научного исследования, определение цели и задачи научной работы, проведение патентного поиска в Национальном патентно-информационном центре Республики Таджикистан и утверждение темы диссертации. Второй этап включал обследование 128 детей с деформацией перегородки носа сочетанной с гипертрофией носовых раковин и носоглоточной миндалины. Разработка оптимальных методов хирургического лечения данной категории больных и внедрение их в клиническую практику и в учебный процесс. Третий этап - статистическая обработка материалов диссертации и оценка научных результатов лечения с соответствующими выводами и рекомендациями. В работе были изучены результаты диссертационных работ Лопатина А.С., Пискунова Г.З., Юнусова А.С., Нестеровой А.А., Хасанова С.А. и других, защищённые в Российской Федерации, странах СНГ и за рубежом, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов: посвященные решению данной проблемы.

**Научная новизна исследования.** В рамках отечественной оториноларингологической практики впервые проведено комплексное исследование детей с искривлением носовой перегородки, аденоидной гиперплазией и тубарной дисфункцией, с функциональной оценкой состояния назальной полости, эпифарингеальной зоны и тубарного аппарата.

Комплексное обследование пациентов с сочетанными заболеваниями полости носа, носоглотки и слуховой трубы было выполнено с применением современных методов жесткой и гибкой эндоскопии, КТ, отомикроскопии, тональной пороговой аудиометрии и импедансометрии. Это обеспечило высокую достоверность диагностических данных.

Впервые в практике отечественной оториноларингологии были обоснованы показания и определена целесообразность проведения одновременных хирургических вмешательств в носовой полости и

носоглотке у детей различных возрастных категорий с деформациями перегородки носа в сочетании с гипертрофией глоточной миндалины.

В рамках настоящего исследования предложен щадящий малоинвазивный хирургический подход, основанный на сочетанном применении эндоскопической и шейверной аденотомии, а также микрохирургических манипуляций на уровне барабанной перепонки. Метод ориентирован на терапию педиатрических пациентов с множественной патологией, затрагивающей структуры носовой полости, носоглотки и среднего уха. Комплексное вмешательство позволяет одновременно воздействовать на несколько анатомических зон, минимизируя травматизацию тканей и способствуя достижению высокой клинической эффективности при снижении риска послеоперационных осложнений.

**Теоретическая и научно –практическая значимость исследования.** Заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских вузов.

**1.** Применение современных методов исследования (эндоскопия, КТ, отомикроскопия, импедансометрия) у детей с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носоглоточной миндалины позволяет более точно выявить патологические и функциональные изменения со стороны полости носа, носоглотки и слуховой трубы, расширяя возможности точной диагностики, что необходимо учитывать при планировании лечебных и оперативных мероприятий.

**2.** Разработанная методика одновременных хирургических вмешательств с использованием современной эндоскопической и шейверной техники, а также микрохирургии барабанной перепонки позволяет устранить патологические процессы в полости носа, в носоглотке и в барабанной полости, снижает экономические затраты и улучшает качество жизни пациентов.

**3.** Разработанный комплексный метод хирургического лечения, который способствует восстановлению основных функций носа, носоглотки и

слуховых труб широко можно использовать в клинической практике отечественной оториноларингологии.

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. У детей, страдающих искривлением носовой перегородки в сочетании с гипертрофией носовых раковин и увеличением аденоидной ткани, выявляется выраженное нарушение вентиляционной и дренажной функции слуховой трубы, а также снижение ряда физиологических функций полости носа, что в совокупности оказывает неблагоприятное влияние на слуховое восприятие.
2. На основании комплексной клинико-инструментальной оценки, включающей анализ морфологических изменений перегородки носа, степени гипертрофии носовых раковин и выраженности аденоидной вегетации с учётом возрастных особенностей ребёнка, формируются показания к проведению симультанных оперативных вмешательств, направленных на коррекцию патологии в пределах носовой полости и носоглотки.
3. Внедрение усовершенствованных хирургических методик с последующим комплексным послеоперационным сопровождением обеспечивает восстановление нарушенных функций верхних дыхательных путей, в том числе носового дыхания и проходимости слуховой трубы, что существенно снижает риск формирования кондуктивной тугоухости у детей данной категории.

### **Степень достоверности результатов.**

Подтверждается достоверностью данных, достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией глоточной миндалины.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований).** Соответствует паспорту ВАК при

Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.03 -Болезни уха, горла и носа, пунктам 3-4. Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения ЛОР – заболеваний и внедрение их в клиническую практику. Разработка методов диспансеризации ЛОР – заболеваний.

**Личный вклад соискателя ученой степени в исследования.**

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном его участии в сборе научного материала (128детей), проведении необходимых исследований и выполнении оперативных вмешательств. Осмотр ЛОР органов, функциональные методы исследования носа и практически весь объем оперативных вмешательств, а также послеоперационное наблюдение пациентов выполнены самым диссертантом.

**Апробация и реализация результатов диссертации (доклад основных положений диссертации на конференциях, заседаниях, семинарах, при чтении докладов в образовательных учреждениях).**

Основные результаты исследований опубликованы в научных журналах, в сборниках, в материалах конференций и доложены на конференции молодых учёных ТГМУ им Абуали ибни Сино (Душанбе -, 2011), на заседаниях научного общества оториноларингологов Таджикистана (Душанбе – 2011, 2012)., на III- съезде детских оториноларингологов Узбекистана (Ташкент - 2011), на годичной научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современная медицина в Таджикистане: проблемы, достижения и перспективы развития» (Душанбе, 2012); на 60-ой научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, профессора Ю.Б. Исхаки (Душанбе, 2012); «Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки»; клинической конференции ЛОР врачей НЦМ РТ (Душанбе – 2013, 2014), научно-практической конференции с международным участием (Ташкент, 2024).

**Публикация по теме диссертации.**

По теме научного исследования опубликовано 17 печатных работ, из них входящих в реестр ВАК Республики Таджикистан– 3.

**Структура и объем диссертации.** Диссертационная работа представлена на 154 страницах, состоит из введения, обзора литературы, общей характеристики исследования, методов исследования, главы собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащей 189 источников (135 отечественных и 54 зарубежного). Работа иллюстрирована 29 таблицами, 24 рисунками и 2 диаграмм.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** В рамках проспективного клинического исследования, проведенного на базе детского оториноларингологического отделения НМЦ РТ "Шифобахш" (2018-2022 гг.), под наблюдением находилось 128 пациентов с комплексной патологией ЛОР-органов, включающей деформацию носовой перегородки, гипертрофию нижних носовых раковин, аденоидные вегетации и дисфункцию слуховой трубы. Демографический анализ выявил преобладание мужского пола (75 мальчиков против 53 девочек) в возрастном диапазоне 6-15 лет. При этом большинство пациентов (64,1%) относились к старшей детской возрастной группе 11-14 лет, тогда как младшая группа (6-10 лет) составила 35,9%.

Диагностический алгоритм включал двухэтапное обследование. На догоспитальном этапе проводился комплекс лабораторных исследований (общий анализ крови, мочи, кала, биохимические показатели, коагулограмма по Сухареву) и методы лучевой диагностики (рентгенография и/или КТ околоносовых пазух). Стационарный этап характеризовался применением специализированных методик: эндоскопического исследования полости носа и носоглотки, отомикроскопии, ринопневмометрии, качественной ольфактометрии, а также оценки мукоцилиарного транспорта и тубарной функции в динамике - до и в процессе лечения.

С целью проведения сравнительного анализа эффективности различных хирургических методик в лечении комбинированной патологии носовой полости, носоглотки и евстахиевой трубы была выполнена рандомизация пациентов. Сформированы две равнозначные группы по 64 ребенка с идентичными диагностическими критериями.

В исследование включались пациенты с верифицированным диагнозом деформации носовой перегородки, сопровождающейся гипертрофическими изменениями носовых раковин и глоточной миндалины, в сочетании с дисфункцией слуховой трубы и патологическими изменениями в барабанной полости. Из исследования исключались пациенты с острыми и хроническими гнойными процессами в околоносовых пазухах, полипозным риносинуситом, деформацией наружного носа, острыми воспалительными заболеваниями носо- и гортаноглотки, а также с аденоидами 1 степени.

Хирургическая тактика различалась в зависимости от группы исследования. В первой группе применялся стандартный подход, включающий септум-операцию в сочетании с аденотомией. Во второй (основной) группе был реализован расширенный хирургический протокол, предусматривающий одновременное выполнение септум-операции, подслизистой вазотомии нижних носовых раковин и аденотомии.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

При исследовании анамнеза болезни, со слов родителей выяснилось, что у 59,4% детей заболевание связано с частыми простудами, ОРЗ и насморком, у 32,8% с полученной травмой носа, а в 7,8% случаях причину установить не удалось.

Основными клиническими проявлениями являлись назальная обструкция и ринорея с выделением слизистого или слизисто-серозного секрета, сопровождающиеся изменением тембра голоса и нарушением слуховой функции с ощущением заложенности в ушах. При сборе анамнеза родители большинства обследуемых детей указывали на комплекс сопутствующих симптомов: сомнологические нарушения в виде храпа, цефалгический синдром, повышенную нервно-психическую возбудимость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, когнитивные нарушения в виде трудностей в усвоении учебного материала, а также нарушения сна.

При эндоскопическом исследовании носовой полости и носоглотки у наблюдаемых больных были обнаружены разнообразные аномалии структуры носовой перегородки, включая С-образную и S-образную деформацию, вывих четырехугольного хряща, наличие щипа и гребня на

перегородке носа, и иные комбинированные формы искривления. Анализ частоты встречаемости патологических изменений носовых структур выявил доминирование гипертрофических процессов в области нижних носовых раковин. Данная патология была зарегистрирована у преобладающего числа пациентов обеих групп, при этом во второй группе показатель составил 70,3%, что несколько превышало аналогичный параметр в первой группе (64,1%). При оценке состояния средних носовых раковин установлена существенно меньшая частота гипертрофических изменений данной анатомической структуры. В первой группе патологическая трансформация средних носовых раковин была выявлена у 18,7% обследуемых, тогда как во второй группе данный показатель достигал 23,4% случаев. Примечательно, что при оценке частоты встречаемости и морфологических вариантов деформации носовой перегородки статистически значимых межгрупповых различий обнаружено не было.

Патологическое содержимое носовой полости у больных обеих групп имело чаще слизистый и слизисто-серозный характер, а у 4,7% пациентов второй группы в носовых ходах обнаружено слизисто-гнойное содержимое.

По эндоскопической картине носоглотки в плане объема и степени гипертрофии носоглоточной миндалины имеются некоторые различия. В частности, в первой группе гиперплазия глоточной миндалины второй степени выявлена у 48,4%, во второй группе – у 43,7% пациентов. Гиперплазия III степени была диагностирована в 51,6% случаев среди пациентов первой группы и в 56,3% случаев среди пациентов второй группы.

При изучении функционального состояния носа у пациентов обеих групп отмечались существенные проблемы с проходимостью носовых ходов, ухудшение обонятельных функций и снижение двигательной активности мерцательного эпителия. При этом, выраженные нарушения проходимости II-III степени наблюдалось у 76,6 % пациентов 1-ой и у 84,4 % больных 2-й группы. Исследование обонятельной функции выявило значительные нарушения у обследуемых пациентов. Умеренное снижение обоняния (II степень) было диагностировано у 40,6% детей в обеих группах наблюдения. Более выраженные обонятельные нарушения в виде гипосмии III степени

были зарегистрированы исключительно во второй группе пациентов, составляя 7,8% случаев. Функциональная оценка мукоцилиарного клиренса продемонстрировала существенные отклонения от нормы у большинства обследуемых детей. Нарушения мукоцилиарного транспорта II-III степени были выявлены у 75,0% пациентов первой группы, в то время как во второй группе данный показатель достигал 78,1%, что свидетельствует о значительном нарушении защитной функции слизистой оболочки полости носа таблица 1.

**Таблица 1.- Показатели функционального состояния носа в группах.**

Функциональный метод исследования носа	Результаты исследований				P
	I группа		II группа		
	абс.	%	абс.	%	
<b>Ринопневмометрия</b> (n – 8-10 мм.водн. ст.)					=0,534
I степень (11-30 мм.водн.ст.)	15	23,4	10	15,6	
II степень (31-60 мм.водн.ст.)	23	36,0	26	40,6	
III степень (61-90 мм.водн.ст.)	26	40,6	28	43,8	
<b>Ольфактометрия</b>					=0,069
Гипосмия I ст. слаб. запах	38	59,4	33	51,6	
Гипосмия II ст. средн. запах	26	40,6	26	40,6	
Гипосмия III ст. сильный. запах	-	-	5	7,8	
<b>МЦТ (n -14,2±3,5 мин)</b>					=0,752
МЦТ I ст. - 20-30 мин.	16	25,0	14	21,9	
МЦТ II ст. 31-50 мин.	28	43,8	26	40,6	
МЦТ III ст. 60-70 мин.	20	31,2	24	37,5	

**Примечание:** p – уровень статистической значимости различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ )

Комплексная оценка слуховой функции методом тональной пороговой аудиометрии позволила установить различные варианты её нарушения в исследуемых группах. В структуре аудиологических нарушений превалировала кондуктивная тугоухость I степени, частота которой в первой группе составила 70,3%, а во второй группе - 67,2%. Кондуктивная тугоухость II степени регистрировалась значительно реже, будучи диагностированной у 29,7% пациентов первой группы и 32,8% обследуемых второй группы.

Импедансометрическое исследование выявило преобладание патологических типов тимпанограмм в обеих группах наблюдения, что указывает на наличие структурно-функциональных нарушений в среднем ухе. Тимпанометрическая кривая типа "B", свидетельствующая о наиболее

выраженных изменениях, была документирована у 62,5% пациентов первой группы и 67,2% обследуемых второй группы. Тимпанограмма типа "As", характеризующая менее выраженные нарушения, определялась у 21,9% и 20,3% пациентов первой и второй групп соответственно.

Таким образом, в результате проведенного комплексного исследования нами были выявлены незначительные отличия между группами в плане эндоскопической картины полости носа, носоглотки, по выраженности патологических изменений со стороны слуховых труб, барабанной полости и слуховой функции уха, что необходимо учитывать при планировании хирургического лечения и послеоперационной терапии.

### **Хирургическое лечение больных и их результаты.**

Хирургические вмешательства в области носовой полости и носоглотки у детей осуществлялись исключительно в условиях стационарного лечения с применением общей анестезии путем эндотрахеальной интубации. Данный метод анестезиологического пособия обеспечивает оптимальные условия для проведения прецизионного и атравматичного вмешательства при полном отсутствии болевой импульсации. Оптимизация хирургического этапа септопластики была достигнута путем внедрения инновационного инструмента - распатора-отсоса оригинальной конструкции (**Патент № ТЈ1024 от 22.07.2019г.**). Уникальные конструктивные характеристики данного инструмента обеспечили более эффективную отсепаровку мукоперихондриального и мукопериостального слоев носовой перегородки, что позволило значительно сократить длительность оперативного вмешательства. Основное преимущество инструмента, объединяющего функции отсоса и распатора, заключается в возможности одновременного удаления геморрагических выделений из операционной зоны в процессе отделения тканей носовой перегородки. Это обеспечивает чистоту и прозрачность операционного поля, что значительно упрощает проведение оперативного вмешательства и сокращает его длительность. Кроме того, такой подход способствует минимизации кровопотери, улучшая общие условия и результаты операции.

В целях совершенствования хирургической техники при выполнении хондротомии и последующей коррекции четырехугольного хряща

перегородки носа нами был внедрен в клиническую практику специализированный инструментарий. В частности, использовались прецизионные микрохирургические ножи из набора, изначально разработанного для отохирургических вмешательств. Техника операции предусматривала прецизионное отсепаровывание мукоперихондриальных лоскутов с последующей мобилизацией четырехугольного хряща, после чего выполнялась его моделирующая резекция путем нанесения продольных и поперечных насечек с использованием прямого микроскальпеля. В случае необходимости использовался копьевидный нож для выполнения разрезов по кругу, что способствовало мобилизации и точной коррекции хрящевой структуры.

При выполнении септопластики, мы придерживались щадящего подхода к структурам растущей носовой перегородки. Для хирургической коррекции С-образной деформации перегородки носа нами разработан и внедрен в клиническую практику оригинальный малотравматичный способ оперативного вмешательства (**рац. предложение №3414/R405**). Суть предложенной методики состоит в выполнении двух параллельных горизонтальных разрезов в центральной зоне наиболее вогнутого участка хряща, с последующим удалением между ними хрящевой полоски шириной до 0,2 см. Далее проводилось выделение хрящевого элемента от его костного остова и перпендикулярной пластинки этmoidной кости посредством выполнения задней и нижней хондротомии с применением микроскальпелей. В результате этого, задняя и нижняя области хрящевой структуры становятся подвижными, что позволяет их репозиционировать в желаемом направлении. Чтобы достичь мобильности верхней части хрящевой структуры под аркой носовой спинки, аналогичным образом осуществляется удаление небольшой хрящевой полоски размером около 0,1 см., что делает верхнюю часть хряща мобильной.

В серии клинических наблюдений (35 случаев) при коррекции S-образной деформации носовой перегородки был применен модифицированный хирургический подход. В отличие от традиционной методики, особое внимание уделялось атравматичной элевации мукоперихондриального лоскута в зонах деформации с максимальным

сохранением хрящевой и костной структур, даже при наличии выраженных патологических изменений в данных тканях. Это сопровождалось коррекцией оставшихся частей носовой перегородки с использованием описанного ранее метода мобилизации.

После завершения коррекции носовой перегородки, приступали к хирургическим манипуляциям на раковинах носа. Для этого чаще всего выбирали метод подслизистой вазотомии раковин. Этот метод предпочитают за его щадящий характер и высокую эффективность в лечении вазомоторного типа хронического ринита. Процедура подслизистой вазотомии позволяет уменьшить чрезмерную реактивность сосудов носовой полости, тем самым улучшая носовое дыхание и облегчая симптомы ринита.

По нашим данным при проведении подслизистой вазотомии у детей, после выполнения разреза на переднем участке раковины носа часто наблюдаются случаи значительной кровоточивости. Также нередки случаи расхождения краев раны, что приводит к замедлению процесса регенерации послеоперационной раны. Для устранения вышеуказанных недостатков мы разработали усовершенствованную технику подслизистой вазотомии нижних и средних раковин носа, которая осуществляется с использованием распатора-отсоса, при этом нет необходимости выполнения разреза на слизистой раковины носа.

Предложенный нами способ подслизистой вазотомии (**рац. предложение №3260/P-475**) нижней раковины носа отличается от классического подхода. Особенностью хирургической техники являлось введение острой рабочей части инструмента (распатора-отсоса) в тканевые структуры нижней носовой раковины через её передний отдел, что исключало необходимость предварительного рассечения слизистой оболочки и обеспечивало минимальную травматизацию тканей. Данный методологический подход обеспечивает эффективную деструкцию гипертрофированной кавернозной ткани и патологически измененных сосудистых структур. Существенным преимуществом применяемого инструмента является возможность одномоментной аспирации геморрагического отделяемого из зоны оперативного вмешательства, что значительно оптимизирует работу оперирующего хирурга за счет

минимизации интраоперационной кровопотери и обеспечения оптимальной визуализации операционного поля.

Все внутриносовые операции завершали вставлением в каждую половину полости носа эндоназальных силиконовых сплинтов или назальтампонов для фиксации носовой перегородки в центральной позиции и с целью улучшения носового дыхания в период послеоперационного наблюдения. Преимуществами внутриносковых сплинтов являются их гигроскопичность, гемостатические свойства, гладкая поверхность и биологическая совместимость.

По окончании внутриносковых вмешательств, выполняли аденотомию с применением специального роторасширителя и аденотомов различного размера, в зависимости от возраста ребенка и объема носоглотки. Качества выполненной аденотомии контролировали путем эндоскопии носоглотки, непосредственно после оперативного вмешательства. Аденотомию под контролем эндоскопа проводили 28 пациентам, из которых эндоскопическую аденотомию с использованием шейвера мы выполнили 15 пациентам. Опираясь на наш опыт проведения аденотомии с применением эндоскопа и шейверной технологии мы можем подтвердить мнение ученых о малоинвазивности и эффективности эндоскопического и шейверного метода удаления аденоидных вегетаций.

В процессе лечения, мы наблюдали случаи неудовлетворительного результата после аденотомии у больных, страдающих сопутствующим экссудативным средним отитом в плане улучшения и восстановления слуховой функции, возможно, из-за вязкости и плотности экссудата в барабанной полости. Наличие тимпанограммы типа «В» свидетельствовало об ограничении движения слуховых косточек за счет наличие вязкой жидкости в барабанной полости. В связи с этим, в случаях сочетания аденоидных вегетаций с экссудативным средним отитом и кондуктивной тугоухостью мы успешно применили аденотомию с одновременным шунтированием барабанной перепонки с целью восстановления вентиляции среднего уха и активной эвакуации экссудата из барабанной полости.

Течение послеоперационного периода у наблюдаемых пациентов с ДНП в сочетании с гипертрофией носоглоточной миндалины было гладким,

случаи возникновения осложнений не отмечались. В послеоперационном периоде у пациентов отмечалась местная воспалительная реакция, манифестирующая характерными изменениями слизистой оболочки полости носа и носоглотки в виде гиперемии и отечности, а также наличием серозно-геморрагического отделяемого. Анализ течения послеоперационного периода продемонстрировал закономерное повышение температуры тела до субфебрильных значений (37,0-37,5°C). С учетом комплексного характера оперативных вмешательств, затрагивающих структуры носовой полости и носоглотки, всем пациентам проводился курс антибактериальной терапии продолжительностью 3-5 дней. Антибиотики назначались как перорально в форме сиропа, так и парентерально путем внутримышечных инъекций.

Примечательным является тот факт, что при сравнительной оценке послеоперационного течения у пациентов, подвергшихся симультанным вмешательствам (включая операции на полости носа, носоглотке и, в ряде случаев, барабанной перепонке), выраженность локального воспалительного ответа и динамика послеоперационных изменений не превышали аналогичные показатели у пациентов после монохирургии - изолированной септопластики или аденотомии. Данные реакции практически не различались и не имели значительных отличий, аналогично литературным данным.

Первый предварительный результат хирургического лечения оценивали через 15 дней после проведения хирургического лечения. К этому сроку отмечалась тенденция к уменьшению объема нижних носовых раковин у 19(29,7%) больных первой и у 21 (32,8%) пациентов 2-й группы. В то же время наблюдалось набухание раковин носа у пациентов, которым выполнялась подслизистая вазотомия. При эндоскопическом осмотре носовой полости, у абсолютного большинства детей носовая перегородка находилась в почти срединном положении, а слизистая оболочка при этом выглядела слегка гиперемированной и утолщенной. Реактивно-воспалительный отек и гиперемия слизистой оболочка носоглотки в обеих группах значительно уменьшились и постепенно началось восстановление вентиляционной функции слуховых труб. В контрольной группе нормализация проходимости носовых ходов была зафиксирована у 27 детей (42,2%), в то время как в основной группе данный показатель составил 25

случаев (39,1%). Оценка функционального состояния слуховой трубы продемонстрировала более выраженную положительную динамику: восстановление тубарной проходимости было достигнуто у 35 пациентов (54,7%) первой группы и 37 пациентов (57,8%) второй группы, что свидетельствует о высокой эффективности проведенного хирургического лечения. Функциональное состояние слухового анализатора, оцененное методом тональной пороговой аудиометрии, также характеризовалось значимым улучшением показателей в обеих исследуемых группах.

При контрольном обследовании через 30 дней после проведенного оперативного вмешательства была выполнена оценка эффективности восстановления носового дыхания. Анализ данных показал, что в основной группе полноценное восстановление носового дыхания было достигнуто у 68,7% пациентов, в контрольной группе данный показатель составил 64,1%. Восстановление обоняния в этих группах отмечалось у 71,9% и 75,0% пациентов. Аналогичные результаты наблюдались и в показателях нормализации цилиарной активности слизистой оболочки, что отмечалось в 73,4% и 78,1% случаев в указанных группах детей.

Среди детей контрольной группы восстановление вентиляционной функции евстахиевых труб наблюдалось в 71,9% случаев, в основной группе в 76,6% случаев. Нормализация слуховой функции по данным тонально-пороговой аудиометрии была отмечена у 46,9% детей в контрольной группе и у 48,4% пациентов в основной группе.

Объективное исследование слуха показало преобладание тимпанограммы типа «А» и «As», что свидетельствует о положительном влиянии хирургических вмешательств не только на функциональное состояние носа, но и на функцию слуховых труб и восстановление аэрации в барабанной полости.

Через три месяца у абсолютного большинства пациентов второй группы, которым была выполнена септопластика и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, отмечалось восстановление нормальной анатомии перегородки носа и раковин носа, а в первой группе пациентов, где операция в полости носа ограничивалась только септопластикой, уменьшение носовых раковин в размере не отмечалось. Кроме того, в задне-нижних отделах

общего носового хода выявляли густое слизисто - серозное содержимое, в связи с чем проблемы с носовым дыханием у данной группы больных все ещё сохранялись. При оценке картины носоглотки также заметили некоторые отличия.

В основной группе пациентов, которым была выполнена септум-операция, подслизистая вазотомия носовых раковин и аденотомия одновременно, наблюдали восстановление нормальной картины носоглотки, а у детей первой группы обнаруживали легкую гиперемию слизистой носоглотки и стекание слизисто-серозного отделяемого по задней ее стенки. При отомикроскопии, в обеих группах мы наблюдали положительную динамику со стороны барабанных перепонок. а также улучшение слуховой функции. Следует отметить, что в подгруппе пациентов (15 детей), которым одновременно была выполнена аденотомия и шунтирование барабанной перепонки результаты оказались более эффективными в плане восстановления аэрации барабанной полости и улучшения слуховой функции.

Комплексный анализ результатов лечения выявил существенную положительную динамику основных функциональных показателей полости носа в обеих группах исследования, включая восстановление дыхательной функции, обонятельной способности и активности мукоцилиарного транспорта. Количественный анализ результатов лечения выявил статистически значимые различия между исследуемыми группами. В основной группе наблюдалась более выраженная положительная динамика по всем оцениваемым параметрам. Наиболее существенная разница была зафиксирована в отношении функции носового дыхания: в основной группе восстановление достигнуто у 55 пациентов (85,9%), что превосходит показатели контрольной группы на 14,0%, где улучшение наблюдалось у 46 пациентов (71,9%). Дальнейший анализ продемонстрировал аналогичную тенденцию в отношении других функциональных показателей. Восстановление обонятельной функции в основной группе было достигнуто у 58 пациентов (90,6%), превысив на 9,3% результаты контрольной группы, где положительная динамика отмечена у 52 пациентов (81,3%). Функциональное состояние мукоцилиарного транспорта также

продемонстрировало более значительное улучшение в основной группе, достигнув нормализации у 89,1% пациентов, что на 11,0% превосходит показатели контрольной группы (78,1%).

Комплексная оценка функционального состояния полости носа была проведена в рамках контрольного обследования спустя 6 месяцев после выполненного хирургического лечения. Сравнительный анализ полученных результатов выявил существенные различия между группами в отношении восстановления носового дыхания. В основной группе нормализация респираторной функции была достигнута у 63 пациентов, составив 98,4% случаев, что продемонстрировало значительное преимущество по сравнению с контрольной группой, где положительная динамика наблюдалась у 55 пациентов (85,9%), определив межгрупповую разницу в 12,5%. В основной группе полная нормализация обоняния была достигнута у всех пациентов (64 человека, 100%), в то время как в контрольной группе положительный результат отмечался у 61 пациента (95,3%), что определило межгрупповую разницу в 4,7%. Оценка функционального состояния мукоцилиарного транспорта также продемонстрировала более высокую эффективность лечения в основной группе, где восстановление МЦТ наблюдалось у 98,4% пациентов, что на 12,5% превышало аналогичный показатель в контрольной группе (85,9%) (таблица 2).

**Таблица 2.-Показатели функционального состояния носа больных через шесть месяцев после операции**

Методы исследования	Кол-во пациентов, абс/%		p
	Контрольная группа(n=64)	Основная группа (n=64)	
<b>Ринопневмометрия</b> (n – 8-10 мм.водн. ст.) I степень (11-30 мм.вод.ст.) II степень (31-60 мм.вод.ст.)	55 (85,9%) 9 (14,1%) -	63/98,4% 1/1,6% -	<0,05
<b>Ольфактометрия (n- все запахи)</b> гипосмияIст.слаб. запах гипосмияII ст. средн. запах	61 (95,3%) 3 (4,7%) -	64/100% - -	
<b>МЦТ (n -14,2+3,5 мин)</b> МЦТ I ст. - 20-30 мин. МЦТ II ст. 31-60 мин.	55 (85,9%) 9 (14,1%) -	63/98,4% 1/ 1, 6% -	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по критерию  $\chi^2$ ).

В ходе эндоскопического исследования носовой полости у указанных пациентов патологические изменения не были обнаружены. Перегородка носа располагалась в основном в срединной позиции, размеры раковин носа соответствовали средним значениям, а носовые проходы оставались свободными.

В наблюдениях за пациентами первой группы, у 14,1% из них продолжалось нарушение носового дыхания, которое, по предварительным данным, могло быть связано с не полным устранением гипертрофических изменений в раковинах носа. Риноскопическое исследование у данных детей показало присутствие умеренно выраженной гипертрофии нижних раковин носа, а также заметное сужение в нижних сегментах общего носового прохода. Эпизоды затрудненного носового дыхания, чаще в ночное время у 6,2% пациентов основной группы можно объяснить снижением тонуса сосудистой сети носовых раковин.

Стоит подчеркнуть, что в группе пациентов, которым одновременно проводились септум-пластика, подслизистая вазотомия раковин носа и аденотомия, нормализация носового дыхания через 6 месяце после хирургического лечения отмечалась в 98,4% случаев. Это контрастирует с результатами контрольной группы, где такой же эффект был достигнут только у 85,9% пациентов, у которых были выполнены только септум-пластика с аденотомией. Выявленная межгрупповая разница в эффективности лечения (12,5%) демонстрирует клинические преимущества применения комплексного хирургического подхода при коррекции сочетанной патологии полости носа и носоглотки.

Анализ функционального состояния слуховых труб продемонстрировал восстановление их проходимости и вентиляционной функции у подавляющего большинства пациентов обеих групп, при этом в основной группе положительный результат был достигнут у 63 пациентов (98,4%), что на 7,8% превышало показатели первой группы, где улучшение наблюдалось у 58 пациентов (90,6%). При оценке отдаленных результатов лечения через шесть месяцев после операции данные тональной пороговой аудиометрии подтвердили более высокую эффективность комплексного подхода:

восстановление слуховой функции было зарегистрировано у 63 пациентов (98,4%) основной группы, в то время как в контрольной группе положительная динамика отмечалась у 57 пациентов (89,1%), что определило межгрупповую разницу в 9,3%. Параллельно с восстановлением проходимости слуховых труб наблюдалось улучшение отоскопической картины барабанной перепонки и снижение сопротивляемости элементов барабанной полости, что подтверждены данными импедансометрии. Согласно полученным данным, тимпанограммы типа «А» зарегистрированы у 57 (89,%) пациентов первой и у 63 (98,4%) детей 2-й группы.

**Таблица 3. - Результаты тонально-пороговой аудиометрии импедансометрии через шесть месяцев после хирургического лечения**

Метод исследования	Результаты исследование, абс. / %					
	I-группа(n=64)			II-группа(n=64)		
	До лечения	После лечения	р	До лечения	После лечения	р
<b>Тонально-пороговая аудиометрия</b>						
<b>Норма</b>	-	57/89,1	<0,001	-	63/98,4	<0,001
Тугоухость Iст.	45/ 70,3	7/10,9		43/ 67,2	1/1,6	
Тугоухость IIст.	19/ 29,7	-		21/ 32,8	-	
<b>Тимпанограмма</b>						
<b>Тип «А» (норма)</b>	10/ 15,6	57/75,0	<0,001	8/12,5	63/98,4	<0,001
<b>Тип «В»</b>	40/ 62,5	-		43/67,2	-	
<b>Тип «As»</b>	14/ 21,9	7/10,9		13/20,3	1/1,6	

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей до и после лечения (по критерию  $\chi^2$ ).

Проведенный анализ отдаленных результатов хирургического лечения через шестимесячный период наблюдения выявил существенные различия в эффективности применяемых хирургических подходов. У пациентов основной группы, которым было выполнено комплексное симультанное хирургическое вмешательство, включающее коррекцию перегородки носа, подслизистую вазотомию нижних носовых раковин и аденотомию, положительный функционально-анатомический результат был достигнут в 98,4% случаев. В контрольной группе удовлетворительный результат лечения был зарегистрирован у 85,9% пациентов, что определило статистически значимую межгрупповую разницу в эффективности лечения, составившую 12,5%.

Полученные результаты клинического исследования демонстрируют высокую эффективность и клиническую целесообразность применения симультанного хирургического подхода у пациентов с комбинированной патологией верхних дыхательных путей, включающей деформацию перегородки носа, гипертрофические изменения носовых раковин и аденоидную гиперплазию. Целью данных операций является как восстановление основных функций носа, так и улучшение проходимости евстахиевых труб.

## **ВЫВОДЫ**

1. Анамнестически у 59,4% детей заболевание было связано с частыми простудными заболеваниями и у 32,8% с травмой носа. Чаще всего пациенты с данной патологией жалуются на ухудшение носового дыхания, наличие выделений слизистого и слизисто-серозного характера из носовой полости, гнусавость, ночной храп, нарушение сна. заложенность в ушах и снижение слуха. У 92,2% детей выявлен аденоидный тип лица с полуоткрытым ртом, со сглаженной носогубной складкой, нарушением зубного ряда и прикуса[1-А,4-А,8-А,11-А,16-А].

2. При сравнении эндоскопической картины полости носа и носоглотки по поводу вариантов деформации носовой перегородки, частоты встречаемости гипертрофии носовых раковин (64,1% и 70,3%) и степени гипертрофии аденоидных вегетаций (II ст.- у 48,4% и 43,7%, III ст. - у 51,6% и у 56,3%) между группами заметных различий не выявлено. В обеих группах были выявлены значительное нарушение обонятельной, защитной и особенно дыхательной функции носа и носоглотки, а также вентиляционной функции слуховых труб, что создали проблемы со слухом [2-А, 3-А, 5-А,7-А,9-А,17-А].

3. В основной группе больных, которым была выполнена одномоментно септум-операция, подслизистая вазотомия носовых раковин и аденотомия, восстановление носового дыхания отмечалось у 98,4% детей. В контрольной группе детей, которым данная операция проводилась без вазотомии носовых раковин, улучшение носового дыхания отмечалось только у 85,9% детей. Наблюдаемая разница между группами в 12,5%

свидетельствует о высокой эффективности одновременного проведения операций в носовой полости и носоглотке при наличии сочетанных патологий в данных областях [6-А, 7-А, 10-А, 12-А, 13-А].

4. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения продемонстрировал существенное улучшение функционального состояния тубарного аппарата в обеих группах исследования, с преобладанием позитивной динамики в основной группе. После применения комплексного хирургического подхода восстановление вентиляционной функции евстахиевых труб достигнуто у 98,4% пациентов основной группы по сравнению с 90,6% в контрольной группе. Положительная динамика также отмечена в отношении слуховой функции: улучшение аудиологических показателей зафиксировано у 98,4% пациентов основной группы и 89,1% контрольной группы. Данные результаты получили объективное подтверждение при тимпанометрическом исследовании: тимпанограмма типа "А", свидетельствующая о нормализации функции среднего уха, зарегистрирована у 98,4% пациентов основной группы и 89% контрольной группы. Полученные данные убедительно демонстрируют преимущества одномоментного хирургического вмешательства на структурах носовой полости и носоглотки у пациентов с комплексной патологией. Такой подход особенно эффективен при сочетании искривления носовой перегородки, гипертрофии носовых раковин и аденоидных вегетаций [3-А, 4-А, 14-А, 15-А].

#### **Рекомендации по практическому использованию результатов исследования**

1. Для достоверной диагностики сочетанных патологий полости носа, носоглотки и слуховой трубы у детей необходимо использование современной гибкой и жесткой эндоскопии, компьютерной томографии, отомикроскопии и импедансометрии.
2. При септопластике у детей рекомендуем широкое использование отсос-распатора нашей модификации и щадящий вариант коррекции 4-х угольного хряща с использованием микроножей, а для хирургического

воздействия на носовые раковины – модифицированную нами подслизистую вазотомию нижних носовых раковин.

3. Все внутриносые операции целесообразно завершать вставлением в каждую половину полости носа эндоназальных силиконовых сплинтов или назальтампонов для фиксации носовой перегородки и сохранения носового дыхания в период послеоперационного восстановления.
4. С целью эффективного иссечения аденоидных вегетаций в носоглотке, рекомендуется выполнение аденотомии под общим наркозом с использованием эндоскопической и шейверной технологии. В случаях наличия вязкого или густого экссудата в барабанной полости, целесообразно выполнение аденотомии в сочетании с шунтированием барабанной перепонки.

### **Список**

#### **публикации по теме диссертации**

##### **Статьи в рецензируемых журналах ВАК Республики Таджикистан**

- 1-А. Юсупов А.Ш. Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин. [Текст] // Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С. 83-92.
- 2-А. Юсупов А.Ш. Современное представление об этиопатогенезе и хирургическом лечении деформации п/носа, сочетанной с гипертрофией глоточной миндалины у детей [Текст] / Юсупов А.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана с № 4. - 2021. - Стр 98-105.
- 3-А. Результаты хирургического лечения деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носоглоточной миндалины у детей [Текст] / Юсупов А.Ш. Махмудназаров М.И. Махамадиев А.А., Назаров З.Х. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе – 2022, стр – 98-103.

## Статьи и тезисы в материалах съездов и конференций

**4-А.** Юсупов А.Ш. Организация оториноларингологической помощи детям. [Текст] / Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш., Ятимов Х.Р. // Материалы 63-ей годичной науч-практ. конф. ТГМУ.-2015.- С. 14-15.

**5-А.** Юсупов А.Ш. Табобати чаррохии деформатсияи бинӣ дар якҷоягӣ бо эътилолияти ковокии бинӣ ва чавфҳои наздибинигӣ. [Матн] / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш., Меҳмондустов С.Г. // Маҷаллаи « Авҷи Зӯҳал» №4. Душанбе - 2015.- С. 11-15

**6-А.** Юсупов А.Ш. Симультанная хирургия при сочетанных патологиях полости носа и околоносовых пазух. [Текст] / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы XIX съезда оториноларингологов России г. Казань.-2016.- С. 497-498.

**7-А.** Юсупов А.Ш. Эффективности применения шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин. [Текст] / Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы 65-ой научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе.- 2017.- С. 88-90.

**8-А.** Юсупов А.Ш. Тактика лечения острых риносинуситов у детей [Текст] / А. Ш. Юсупов, М. И. Махмудназаров, А. А. Махамадиев // 71 – научно-практическая конференция ТГМУ с международным участием. Душанбе - 2023. – С. 391-392.

**9-А.** Юсупов А.Ш. Функциональные результаты хирургического лечения деформаций перегородки носа сочетанной с гиперплазией носоглоточной миндалины у детей. [Текст] / Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А. А. // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции посвященной 80-лет ТГМУ. Душанбе - 2019г. С.463-465.

**10-А.** Юсупов А.Ш. Влияние аденотомии на функцию слуховой трубы и клиническое течение ЭСО. [Текст] / Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш., Урунбаева М.Г. // Материалы 71-ой годичной научно-практической конференции посвященной 80-лет ТГМУ. Душанбе - 2023г. С.176-178.

- 11-А.** Юсупов А.Ш. Септум операция при различных вариантах деформации перегородки носа у детей [Текст] / Юсупов А.Ш., Назаров З.Х. Махмудназаров М.И. // Материалы международной 6- Евразийской ассамблеи оториноларингологов. Самарканд – 2019. - №3(112) С. 64
- 12-А.** Юсупов А.Ш. Состояния слуха у детей с деформацией п/носа и гиперплазией глоточной миндалины [Текст] / Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А. // Междунар. Науч практич конф ТГМУ. Душанбе - 2020. С 369-370.
- 13-А.** Юсупов А.Ш. Профилактика дефицита кальция и фосфора у детей с искривлением п/носа [Текст] / Махмудназаров М.И., Назаров З.Х. Юсупов А.Ш // Междунар. Науч. практич. конф. ТГМУ. Душанбе 2020. С 174-175.
- 14-М.** Юсупов А.Ш. Эффективность аденотомии при экссудативном среднем отите [Текст] / Юсупов А.Ш. Махамадиев А.А. Ятимов Х.Р. // challengesinscienceofnovadays. Washington. Usa – 2021. - P. 826-831.
- 15-А.** Юсупов А.Ш. Функциональное состояние носа у детей после септопластики с одномоментной аденотомией [Текст] / Юсупов А.Ш. Махмудназаров М.И., Адылова Ф.Х. // Материалы 69 - ей научн. практич. конф. с междн. участием Душанбе - 2021. – С 142-143.
- 16-А.** Юсупов А.Ш. Наблюдение за состоянием слуха у детей с экссудативным средним отитом [Текст] / Адылова Ф.Х., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х. // Материалы 69-ей научн. практич. конфер. с междн. участием. Душанбе - 2021. С 44.
- 17-А.** Юсупов А.Ш. Эндоскопическая аденотомия у детей с экссудативным средним отитом [Текст] / Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д. // Материалы республиканской научно-практ. конф. ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», Дангара - 2022, стр. 156-157

### **Рационализаторская предложения**

**1-А.** Юсупов А.Ш. Рационализаторский предложения № 3551/R1039, «Способ одномоментной септум-операции и аденотомии у детей» / Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Назаров З.Х. – опубл. 02.04.2024.

**2-А.** Юсупов А.Ш. Рационализаторский предложения № 3552/R1040 «Способ фиксации мягкого неба при поднаркозной аденотомии у детей» / Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Умарализода С. – опубл. 02.04.2024.

**3-А.** Юсупов А.Ш. Рационализаторский предложения № 3567/R1055 «Способ аденотомии с одномоментным шунтированием барабанной перепонки под прецизионной технологией» / Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Махамадиев А.А.. – опубл. 20.05.2024.

### **ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВАК – высшая аттестационная комиссия

ГМ- глоточная миндалина

ГР- гипертрофический ринит

ДАЦА – двигательная активность цилиарного аппарата

ДПН –деформация перегородки носа

ИПН – искривление перегородки носа

НМЦ – Национальный медицинский центр

ОНП – околоносовые пазухи

РАМН – российская академия медицинских наук

РТ – Республика Таджикистан

СДСТ – стойкая дисфункция слуховой трубы

СТ – слуховая труба

ЭСО – экссудативный средний отит

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ  
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

**УДК 616.212.5-007.24; 616.322-007.61; 616-053.2.**

*Бо ҳуқуқи дастнавис*

**ЮСУПОВ АСАДУЛЛО ШОМУРОДОВИЧ**

**ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ ДЕФОРМАТСИЯИ МИЁНДЕВОРИ  
БИНӢ, ДАР ЯКЧОЯГӢ БО ГИПЕРТРОФИЯИ БОДОМАКИ  
БИНИБАЛЪУМ ДАР КӢДАКОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиб  
аз рӯйи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ**

**Душанбе 2025**

Тадқиқот дар кафедраи оториноларингология ба номи проф. Ю.Б. Исҳоқии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:** **Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович** – доктори илмҳои тиб, дотсенти кафедраи оториноларингология ба номи проф. Ю.Б. Исҳоқии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино».

**Муқарризони расмӣ:** **Ҳасанов Саидакрам Аскарлович** – д.и.т., профессори кафедраи оториноларингология, оториноларингологияи кӯдакона ва стоматологияи Донишкадаи тиббӣ – педиатрии Тошкент, Ҷумҳурии Ўзбекистон.

**Бустонов Махсум Отақулович** – номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон.

**Муассисаи тақриздиханда:** Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2025 соати \_\_\_\_\_ дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D. КОА-040 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31, [dis@tajmedun.tj](mailto:dis@tajmedun.tj),

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2025 ирсол гардид.

**Котиби илмии Шурои диссертатсионӣ:**  
номзади илмҳои тиб, дотсент

**Али-Заде С.Ғ.**

## МУҚАДДИМА

**Муҳимияти мавзӯи таҳқиқот.** Фаъолияти муътадили нафаскашӣ тавассути бинӣ чанбаи муҳими раванди инкишофи солими кӯдакон ва мутобиқшавии онҳо ба муҳити зист мебошад. Аз таҷрибаи клиникӣ ва тадқиқоти васеъ маълум мешавад, ки яке аз мушкилоти маъмултарини ковокии бинӣ деформатсияи миёндевори бинӣ бо тамоюли доимӣ ба зиёдшавии он мебошад. Бояд қайд кард, ки зухуроти ин деформатсия бештар дар наврасӣ мушоҳида мешавад. Ин ба рушди интенсивии сохтори устухонию тағоякии бинӣ ва тағйироти гормоналӣ дар бадан дар ин марҳила вобаста аст [Базаркина К.П., 2016; Артюшкин, С.А., 2017].

Деформатсияи миёндевори бинӣ метавонад боиси моневъ шудани гузаргоҳҳои бинӣ гардад, ки дар навбати худ раванди реактивиї луобпардаро зиёд карда, ба зиёд шудани андозаи садафаҳои бинӣ мусоидат мекунад. Чунин тағйирот метавонад вазифаҳои асосии физиологии ковокии биниро ба таври ҷиддӣ халалдор кунад [Пискунов Г.З., 2010; Хасанов С.А. 2020; Махмудназаров М. И., 2022].

Мушкилоти нафаскашӣ бо бинӣ метавонад дар натиҷаи якҷояшавии омилҳо ба монанди деформатсияи миёндевори бинӣ, калоншавии садафаҳои бинӣ ва мавҷудияти бофтаҳои аденоидӣ дар бодомаки бинибалъум ба вучуд ояд. Ин ҳолат аксар вақт амалиёти ҷарроҳиро ба сохторҳои ковокии бинӣ ва бинибалъум барои барқарор кардани вазифаҳои асосии бинӣ ва ба эътидол овардани вентилятсияи нойи сомеа тақозо менамояд.

Миёндевори қачшудаи бинӣ бо душвории нафаскашии бинӣ, паст шудани бўйҳискунӣ ва ринорея тавсиф мешавад, ки метавонад нишонаҳои бофтаҳои аденоидиро пардапӯш кунад ва боиси хатогиҳои ташхисӣ гардад. Деформатсияҳои гуногуни миёндевори бинӣ гузаронидани муоинаи эндоскопии ковокии бинӣ ва бинибалъумро халалдор сохта, ташхиси саривақтии гиперплазияи бодомаки балъум ва этилолияти нойи сомеаро душвор мегардонад [Арефьева Н.А., 2012; Волков А.Г., 2015; Крюков А.И. и др., 2017].

Вобаста ба ин, масъалаҳои ташхиси саривақтӣ ва таҳияи усулҳои самараноки ҷарроҳии муолиҷаи деформатсияҳои миёндевори бинӣ, ки бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва афзоиши бодомаки бинибальум дар кӯдакони гурӯҳҳои синну соли гуногун ҳамроҳӣ мекунанд, аҳамияти худро доранд. Ин масъалаҳо омӯзиши минбаъдaro талаб мекунанд.

### **Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш**

Гипертрофияи бодомаки бинибальум (аденоидҳо ё бофтаҳои аденоидӣ) маъмултарин бемории узвҳои ГГБ дар кӯдакони хурдсол, синни томақтабӣ ва синни мактабӣ мебошад. Дар баробари ин, тамоюли возеҳ ба афзоиши ин эътилолият дар якҷоягӣ бо қачшавии миёндевори бинӣ дар байни кӯдакони синну соли гуногун ба назар мерасад.

Дар якҷоягӣ афзоиши деформатсияи миёндевори бинӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва бофтаҳои аденоидии бинибальум ба рушди отити экссудативӣ дар кӯдакон мусоидат намуда, дар робита ба ташхиси саривақтӣ ва табобати мувофиқи ҷарроҳӣ ё табобати маводии ин гурӯҳи беморон мушкилоти муайян ба вучуд меорад.

Дисфунксияи нойи сомеа яке аз механизмҳои асосии патогенези бемориҳои гӯши миёна, бахусус отити экссудативии гӯши миёна мебошад. Масъалаҳои табобат ва пешгирии бемориҳои гӯши миёна дар тӯли муддати тӯлонӣ аҳамияти худро гум накарда, яке аз муҳимтарин мушкилоти тиббию иҷтимоӣ ба шумор меравад, ки бо паҳншавии зиёд ва нақши фаъоли ин эътилолият дар ташаккули нуқсонҳои доимии шунавоӣ алоқаманд аст. Табобати отити экссудативии гӯши миёна, ки дар заминаи эътилолияти ковокии бинӣ, бинибальум ва нойҳои сомеа инкишоф меёбад, яке аз масъалаҳои мубрами отологияи муосир боқӣ мемонад [Носуля Е.В. и др., 2014; Cho G.S., 2017].

Таҳлили адабиётҳои ба масъалаҳои муолиҷаи ҷарроҳии кӯдакони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки бальум мавҷуд набудани тадқиқоти илмие, ки бевосита робитаи байни деформатсияи миёндевори бинӣ ва зиёдшавии бодомаки

бинибалъумро баррасӣ мекунад, маълум гардид. Дар айни замон, омӯзиши ин соҳа дар оториноларингология муҳим аст.

### **Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ**

Кори диссертационӣ: «Табобати комплекси деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки балъум дар кӯдакон» дар доираи кори илмии кафедраи оториноларингология ба номи проф. Ю.Б. Исҳокии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино дар мавзӯи: «Усулҳои муосири ташхис ва табобати комплекси эътилолиятҳои якҷояи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ» аз рӯйи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ ба анҷом расид. Бақайдгирии давлатӣ № 0113ТJ 00336.

Кори мазкур ба омӯзиши равиши клиникӣ деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва бодомаки бинибалъум дар кӯдакон ва коркард карда баромадани усули оптималии табобати ҷарроҳӣ бо мақсади барқарор намудани вазифаҳои асосии бинӣ, бинибалъум ва нойи сомеа асос ёфтааст.

Муоинаи беморон, ки ба он эндоскопияи саҳт ва чандирии бинӣ ва бинибалъум, отомикроскопия ва ТК-и ҚНБ дохил карда шудааст, имкон медиҳад, ки эътилолияти сохторҳои дохилибинӣ, бинибалъум, нойи сомеа ва ковокии таблӣ муфассал омӯхта шавад, ки имкони нақшаи ташхис ва табобати дақиқи ҷарроҳиро васеъ мекунад.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Ташаккул додани равиши интегралӣ ҷарроҳӣ ва муолиҷавӣ барои табобати кӯдакони гирифтори тағйироти гипертрофӣ дар садафаҳои бинӣ ва гиперплазияи аденоидӣ дар заминаи қачшавии миёндевори бинӣ.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Гузаронидани таҳлили хусусиятҳои патогенетикӣ ва зухуроти клиникӣ эътилолияти якҷоя, ки бо деформатсияи миёндевори бинӣ, гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва бодомаки бинибалъум хос аст.

2. Баҳо додан ба хусусиятҳои функционалии ковокии бинӣ ва бинибалъум дар шароити осеби якҷояи бинӣ, бинибалъум ва нойи сомеа.

3. Омӯзиши меъёрҳои аэродинамикӣ ва заҳкашқунонии нойи сомеа, инчунин ҳолати аудиологии беморон дар давраи пеш ва баъд аз чарроҳӣ.

4. Самаранокии клиникии амалиёти чарроҳии симултанӣ, аз ҷумла септопластика, вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ ва аденотомия дар кӯдакони гирифтори этилолияти мураккаби мавзеи бинӣ дар асоси таҳлили натиҷаҳои табобати фаврӣ ва дарозмуддат муайян карда шавад.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти тадқиқотро 128 кӯдаки гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ, бофтаҳои аденоидӣ ва дисфунксияи нойи сомеа пайдо шудаанд, дар бар мегирифт. Синну соли беморон аз 6 то 15 соларо ташкил меод, ки 75 нафарашон писар ва 53 нафарашон духтар мебошанд. Кӯдакони аз 6 то 10 сола 35,9 % ва гурӯҳи синну соли аз 11 то 14 сола 64,1 %-ро ташкил доданд. Муоина дар шуъбаи кӯдакони беморҳои гӯшу гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии «Шифобахш» гузаронида шуд.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи тадқиқот омӯзиши қараёни клиникии деформатсияҳои миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ, бофтаҳои аденоидӣ ва вайроншавии нойҳои сомеа буд. Тадқиқоти ҳолати функционалии бинӣ, бинибалъум, нойҳои сомеа ва ташаккул додани усули комплексии табобати чарроҳӣ. Усулҳои тадқиқот инҳо буданд: эндоскопияи чандир ва саҳти бинӣ, ТК-и бинӣ, бинибалъум ва ЦНБ, отомикроскопия, аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ, импедансометрия, ринопневмометрия, олфактометрияи сифатӣ, омӯзиши нақли мукосилиарии луобпардаи бинӣ.

Муоинаи умумиклиникии таҳлили умумии хун, пешоб ва наҷосат, биохимия ва қанди хун, вақти лахташавии хун аз рӯйи Сухарев, инчунин СБД ва флюорографияи қафаси сина. Марҳилаи аввал омӯзиши адабиёти ба мавзӯи тадқиқоти илмӣ бахшидашуда, муайян кардани мақсад ва вазифаҳои кори илмӣ, гузаронидани ҷустуҷӯӣи патентӣ дар Маркази миллии патенту

иттилооти Ҷумҳурии Тоҷикистон ва тасдиқи мавзӯи рисола мебошад. Марҳилаи дуум азназаргузарони 128 кӯдак бо деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва бодомаки бинибалъум иборат буд. Коркард кардани усулҳои оптималии табобати ҷарроҳии ин категорияи беморон ва дар амалияи клиникӣ ва раванди таълим татбиқ намудани онҳо. Марҳилаи сеюм коркарди омории маводи рисола ва арзёбии натиҷаҳои илмӣ табобат бо хулосаву тавсияҳои дахлдор мебошад. Дар қор натиҷаҳои рисолаҳои Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Юнусов А.С., Нестерова А.А., Ҳасанов С.А. ва дигарон, ки дар Федератсияи Россия, давлатҳои ИДМ ва хориҷи кишвар дифоъ кардаанд, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо, симпозиумҳо: бахшида ба ҳалли ин масъала мавриди баррасӣ қарор гирифта шуда буданд.

**Навгони илмӣ таҳқиқот.** Дар доираи амалияи оториноларингологияи ватанӣ бори аввал омӯзиши ҳамаҷонибаи кӯдакони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, гиперплазияи бофтаҳои аденоидӣ ва дисфунксияи нойи сомеа бо арзёбии функционалии ҳолати ковокии бинӣ, минтақаи эпифарингеалӣ ва нойи сомеа гузаронида шуд.

Муоинаи ҳамаҷонибаи беморони гирифтори бемориҳои якҷояи ковокии бинӣ, бинибалъум ва нойи сомеа бо истифода аз усулҳои муосири эндоскопияи саҳт ва чандир, ТК, отомикроскопия, аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ ва импедансометрия гузаронида шуд. Ин эътимоднокии баланди маълумоти ташхисиро таъмин кард.

Бори аввал дар амалияи оториноларингологияи ватанӣ нишондодҳо асоснок карда шуда, имкони гузаронидани амалиёти ҷарроҳии якҷоя дар ковокии бинӣ ва бинибалъум дар кӯдакони синну соли гуногун бо деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки балъум муайян карда шуданд.

Дар рафти таҳқиқот усули ҷарроҳии камосеб, ки ба истифодаи якҷояи аденотомия тавассути дастгоҳи эндоскоп ва дастгоҳи шейвер, инчунин манипулятсияҳои микроҷарроҳӣ дар сатҳи пардаи таблӣ асос ёфтааст,

пешниҳод карда мешавад. Ин усул барои табобати беморони хурдсол бо эътилолиятҳои гуногун, ки ба сохторҳои ковокии бинӣ, бинибалъум ва гӯши миёна таъсир мерасонанд, нигаронида шудааст. Амалиёти маҷмӯӣ имкон медиҳад, ки дар як вақт ба якҷанд минтақаҳои анатомӣ таъсир расонад, осеби бофтаҳо ба ҳадди минималӣ расонад ва ба ноил шудан ба самаранокии баланди клиникӣ сарм гузорад ва хатари мушкilotи пас аз ҷарроҳиро коҳиш диҳад.

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Аз он иборат аст, ки муқаррароти назариявӣ, методӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола овардашуда метавонанд дар раванди таълимии муассисаҳои тиббӣ истифода шаванд.

1. Истифодаи усулҳои муосири тадқиқотӣ (эндоскопия, ТК, отомикроскопия, импедансометрия) дар кӯдакони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки бинибалъум имкон медиҳад, ки тағйироти эътилолӣ ва функционалии ковокии бинӣ, бинибалъум ва нойи сомеа дақиқтар муайян карда шавад, имкон медиҳад, ки имкониятҳои табобат ва андешидани тадбирҳои дақиқ ба нақша гирифта шаванд.

2. Усули таҳияшудаи тадбирҳои ҷарроҳӣ якҷоя бо истифода аз технологияи муосири эндоскопӣ ва дастгоҳи шейвер, инчунин микроҷарроҳии пардаи таблӣ имкон медиҳад, ки равандҳои эътилолӣ дар ковокии бинӣ, бинибалъум ва ковокии таблӣ бартараф карда шуда, харочоти иқтисодӣ кам ва сифати зиндагии беморон беҳтар карда шавад.

3. Усули комплекси муолиҷаи ҷарроҳии корқард кардашуда, ки барои барқарор намудани вазифаҳои асосии бинӣ, бинибалъум ва нойи сомеа кӯмак мерасонад, дар амалияи клиникӣ оториноларингологияи ватанӣ васеъ истифода бурда мешавад.

#### **Нуктаҳои ба ҳимояпешниҳодшаванда.**

1. Дар кӯдаконе, ки аз қачшавии миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо гипертрофияи суфраҳои бинӣ ва зиёд шудани бофтаҳои аденоидӣ азият мекашанд, вайроншавии баръалои вазифаи вентилятсия ва захкашқунии нойи

соема, инчунин паст шудани як қатор вазифаҳои физиологии ковокии биниро, ки дар якҷоягӣ ба дарки шунавоӣ таъсири манфӣ мерасонад, мушоҳида мешавад.

2. Дар асоси арзёбии ҳамаҷонибаи клиникӣ ва инструменталӣ, аз ҷумла таҳлили тағйироти морфологӣ дар миёндевори бинӣ, дараҷаи гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва зиёдшавии бофтаҳои аденоидӣ бо назардошти хусусиятҳои синну соли кӯдак, нишондодҳо барои амалиёти ҷарроҳии якҷоя дар доираи ислоҳи эпителоялии ковокии бинӣ ва бинибавлӯм ташкил карда мешаванд.

3. Тадқиқи усулҳои мукаммали ҷарроҳӣ бо парастории минбаъдаи ҳамаҷонибаи пас аз ҷарроҳӣ барқароршавии функсияҳои вайроншудаи роҳҳои болоии нафас, аз ҷумла нафаскашӣ тавассути бинӣ ва гузарониши нойи соеаро таъмин менамояд, ки хавфи инкишофи пастшунавоиро дар кӯдакони ин гурӯҳ хеле кам мекунад.

#### **Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо.**

Бо эътимоднокии маълумот, ҳаҷми кофии маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда мешавад. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмӣ натиҷаҳои табоботи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки балӯм асос ёфтаанд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва самти тадқиқот).** Ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ, банди 3-4 мувофиқат мекунад. Коркарди таҷрибавӣ ва клиникалии усулҳои табоботи бемориҳои ГГБ ва тадқиқи онҳо дар амалияи клиникӣ. Таҳияи усулҳои ташҳиси клиникалии бемориҳои ГГБ.

#### **Саҳми шахсии довталаби дараҷаи илми дар таҳқиқот.**

Саҳми шахсии довталаб аз иштироки бевоситаи ӯ дар ҷамъоварии маводи илмӣ (128 кӯдак), гузаронидани тадқиқоти зарурӣ ва гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ иборат аст. Муоинаи узвҳои ГГБ, усулҳои функционалии

муоинаи бинӣ ва қариб тамоми ҳачми тадбирҳои чарроҳӣ, инчунин назорати пас аз чарроҳии беморонро худи довталаб анҷом додааст.

**Тасвир ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия (гузориши нуқтаҳои асосии диссертатсия дар конференсияҳо, чаласаҳо, семинарҳо, хангоми хондани маърузаҳо дар муассисаҳои таълимӣ).**

Натиҷаҳои асосии тадқиқот дар маҷаллаҳои илмӣ, маҷмӯаҳо, маводи конференсия нашр шуда, дар конфронси олимони ҷавони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (Душанбе, 2011), дар чаласаҳои ҷамъияти илмии оториноларингологони Тоҷикистон (Душанбе - 2011, 2012), дар Конгресси III-юми олимони оториноларингологони ҷавонони Ёзбекистон (Ташкент - 2011), дар конфронси илмӣ-тадқиқотии олимони ҷавони ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино «Тибби муосир дар Тоҷикистон: мушкилот, дастовардҳо ва дурнамои рушд» (Душанбе, 2012); дар 60-умин конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба 80-солагии зодрӯзи узви вобастаи АИТР, профессор Ю.Б. Исҳоқӣ (Душанбе, 2012) «Масъалаҳо ва проблемаҳои илми тиб»; конференсияи клиникаи табибони ГГБ Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе – 2013, 2014), конфронси илмӣ-амалӣ бо иштироки байналмилалӣ (Тошканд, 2024). муаррифӣ шудаанд.

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.**

Вобаста ба мавзӯи тадқиқоти илмӣ 17 кори нашрӣ ба таъб расидааст, ки аз онҳо 3 адад ба реестри ҚОА Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд.

**Сохтор ва ҳачми диссертатсия.** Рисола дар ҳачми 154 саҳифа пешниҳод гардида, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, тавсифи умумии таҳқиқот, усулҳои таҳқиқот, боби таҳқиқоти хусусии муаллиф, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиётҳо, ки 189 адад (135 ватанӣ ва 54 хориҷӣ) мебошанд, иборат аст. Қор бо 29 ҷадвал, 24 расм ва 2 диаграмма тасвир шудааст.

**МАЗМУНИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Дар доираи тадқиқоти проспективии клиникӣ, ки дар шуъбаи оториноларингологияи кӯдаконаи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тотористон «Шифобахш» (2018-2022) гузаронида шуд, 128 нафар беморони гирифтори этилолияти мураккаби узвҳои ГГБ, аз ҷумла деформатсияи миёндевори бинӣ, гипертрофияи садафаҳои поёнии бинӣ, бофтаҳои аденоидӣ ва дисфунксияи нойҳои сомеа бистарӣ гардида буданд. Таҳлили демографӣ бартарияти мардонро (75 писар ва 53 духтар) дар синни 6 то 15-сола нишон дод. Дар баробари ин, аксарияти беморон (64,1%) ба кӯдакони синни аз 11 то 14 сола калонтар ва ба гурӯҳи хурдсолон 6 то 10 сола 35,9% тааллуқ доштанд.

Алгоритми ташҳис муоинаи думарҳиларо дар бар гирифта буд. Дар марҳилаи то беморхонавӣ як қатор санҷишҳои лабораторӣ (таҳлили умумии хун, пешоб, таҳлили наҷосат, озмоиши биохимиявӣ, коагулограмма аз рӯи Сухарев) ва усулҳои ташҳиси радиатсионӣ (акси рентгенӣ ва/ё ТК-и ҷавфҳои наздибинигӣ) гузаронида шуданд. Марҳилаи беморхонавӣ бо истифодаи усулҳои махсусгардонидашуда: муоинаи эндоскопии ковокии бинӣ ва бинибальум, отомикроскопия, ринопневмометрия, олфактометрияи сифатӣ, инчунин баҳодихии нақли мукосилиарӣ ва вазифаи нойи сомеа дар динамика – пеш аз табобат ва ҳангоми табобат тавсиф карда шуд.

Бо мақсади гузаронидани таҳлили муқоисавии самаранокии усулҳои гуногуни ҷарроҳӣ дар муолиҷаи этилолияти якҷояи ковокии бинӣ, бинибальум ва нойҳои сомеа беморон ба таври тасодуфӣ (рандомизатсия) ҷудо карда шуданд. Ду гурӯҳи баробар иборат аз 64 кӯдак бо меъёрҳои муоинаи яхела ташкил карда шуданд.

Тадқиқот беморонро дар бар гирифт, ки ташҳиси тасдиқшудаи деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо тағйирёбии гипертрофӣ дар садафаҳои бинӣ ва бодомаки бальум дар якҷоягӣ бо дисфунксияи нойҳои сомеа ва тағйироти этилолӣ дар ковокии таблӣ ҳамроҳӣ мекунанд. Беморони гирифтори равандҳои шадид ва музмини фасодӣ дар ҷавфҳои наздибинигӣ, риносинусити салилавӣ, деформатсияи бинии беруна,

бемориҳои шадиди илтиҳобии бинибалъум ва ханчарабалъум, инчунин бо аденоидҳои дараҷаи якум аз тадқиқот истисно карда шуданд.

Тактикаи ҷарроҳӣ вобаста ба гурӯҳи тадқиқотӣ фарқ мекард. Дар гурӯҳи аввал (назоратӣ) усули стандартӣ, аз ҷумла септум-ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ бо аденотомия истифода бурда шуд. Дар гурӯҳи дуюм (асосӣ) протоколи васеи ҷарроҳӣ татбиқ карда шуд, ки он ҳамзамон иҷрои ҷарроҳии миёндевори бинӣ, вазотомияи зерилуобии садафаҳои поёни ва аденотомияро дар бар мегирад.

### **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

Ҳангоми муоина кардани таърихи беморӣ аз суханони падару модар маълум гардид, ки дар 59,4% кӯдакон ин беморӣ бо шамолхӯрии пайдарҳам, бемориҳои шадиди роҳи нафас ва зӯком, 32,8% осеби бинӣ ва дар 7,8% ҳолатҳо сабаб муайян карда нашуд.

Зухуроти асосии клиникӣ маҳкамшавии бинӣ ва ихроҷот аз бинӣ бо хориҷшавии тарашшуҳи луобӣ ё луобию серозӣ, ки бо тағйирёбии тембри овоз ва вайрон шудани вазифаи шунавоӣ бо эҳсоси вазниншавии гӯшҳо буданд. Ҳангоми ҷамъоварии анамнез волидони аксари кӯдакони муоинашуда маҷмӯи аломатҳои ҳамроҳро нишон доданд: вайроншавии хоб дар шакли хурроккашӣ, синдроми сефалгикӣ, афзоиши ҳаяҷоннокии нейропсихикӣ, пастшавии таҳаммулпазирӣ ба фаъолияти ҷисмонӣ, норасогии фикронӣ дар шакли душворӣ дар омӯзиши маводи таълимӣ, инчунин ҳалалёбии хоб.

Ҳангоми муоинаи эндоскопии ковокии бинӣ ва бинибалъум, дар беморони тадқиқшуда аномалияҳои гуногуни сохтори миёндевори бинӣ, аз ҷумла деформатсияи С-шакл ва S-шакл, бечошавии тағояки чоркунча, мавҷудияти теға ва қира дар миёндевори бинӣ ва дигар шаклҳои омехтаи қачшавӣ ошкор карда шуданд. Таҳлили зудии пайдоиши тағйироти эътилолӣ дар сохторҳои бинӣ бартарии равандҳои гипертрофикиро дар минтақаи садафаҳои поёнии бинӣ нишон дод. Ин эътилолият дар аксари беморони ҳарду гурӯҳ ба қайд гирифта шудааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи дуюм ин

нишондиҳанда 70,3% буд, ки нисбат ба ҳамин нишондиҳанда дар гурӯҳи якум (64,1%) каме баландтар буд. Ҳангоми арзёбии ҳолати садафаҳои миёнаи бинӣ, зудии хеле пасти тағйироти гипертрофикӣ дар ин сохтори анатомӣ муайян карда шуд. Дар гурӯҳи якум дар 18,7%-и беморон табдили этилолии садафаҳои миёнаи бинӣ мушоҳида карда шуда бошад, дар гурӯҳи дуюм бошад, ин нишондиҳанда ба 23,4% расидааст. Қобили зикр аст, ки ҳангоми арзёбии зудии пайдоиш ва вариантҳои морфологии деформатсияи миёндевори бинӣ ягон фарқияти аз ҷиҳати омӯри муҳими байнигурӯҳӣ пайдо нашудааст.

Муҳтавои этилолии ковокии бинӣ дар беморони ҳарду гурӯҳ бештар хусусияти луобӣ ва луобӣ-серозӣ дошт ва дар 4,7% беморони гурӯҳи дуюм дар роҳҳои бинӣ ихроҷоти луобию фасодӣ пайдо гардид.

Дар тасвири эндоскопии бинибалъум аз рӯи ҳаҷм ва дараҷаи гипертрофияи бодомаки балъум фарқият ба назар мерасад. Аз ҷумла, дар гурӯҳи якум гиперплазияи дараҷаи дуҷуми бодомаки балъум – 48,4%, дар гурӯҳи дуюм – 43,7% беморон ошкор шуд. Гиперплазияи дараҷаи III дар байни беморони гурӯҳи якум 51,6% ва дар гурӯҳи дуюм 56,3% ҳолатҳо ба қайд гирифта шудааст.

Ҳангоми омӯзиши ҳолати функционалии бинӣ, беморон дар ҳарду гурӯҳ мушкилоти назаррасро бо гузарониши роҳҳои бинӣ, ихтилоли вазифаи бўйҳискунӣ ва паст шудани фаъолияти ҳаракатнокии эпителияи миҷгонакдор мушоҳида гардид. Ғайр аз ин, дар 76,6% бемори гурӯҳи 1 ва 84,4% бемори гурӯҳи 2 ихтилоли шадиди дараҷаи II-III мушоҳида шуд. Омӯзиши вазифаи бўйҳискунӣ дар беморони муоинашуда ихтилоли назаррасро ошкор кард. Дар 40,6% кӯдакони ҳарду гурӯҳи тадқиқшуда ихтилоли бўйҳискунии миёна (дараҷаи II) ташхис шуд. Бештар ихтилоли назарраси бўйҳискунӣ дар шакли гипосмия дараҷаи III танҳо дар беморони гурӯҳи дуюм ба қайд гирифта шудааст, ки 7,8% ҳолатро ташкил медиҳад. Баҳодиҳии функционалии клиренси мукосилиарӣ дар аксари кӯдакони муоинашуда аз меъёр дуршавии назаррасро нишон дод. Дар 75,0% беморони гурӯҳи якум ихтилоли нақли

мукобилиарӣ дараҷаи II-III ошкор карда шуда бошад, дар гурӯҳи дуюм бошад, ин нишондод ба 78,1% расидааст, ки ин аз вайроншавии назарраси вазифаи ҳифзи луобпардаи бинӣ гувоҳӣ медиҳад (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. - Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар гурӯҳҳо.**

Усули функционалии тадқиқоти бинӣ	Натиҷаҳои тадқиқот				P
	Гурӯҳи I		Гурӯҳи II		
	шум.	%	шум.	%	
<b>Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.сут.обӣ)</b>					=0,534
Дараҷаи I (11-30 мм.сут.обӣ)	15	23,4	10	15,6	
Дараҷаи II (31-60 мм.сут.обӣ)	23	36,0	26	40,6	
Дараҷаи III (61-90 мм.сут.обӣ)	26	40,6	28	43,8	
<b>Олфактометрия</b>					=0,069
Гипосмия дар. I бўйҳис. заиф	38	59,4	33	51,6	
Гипосмия дар. II бўйҳис. миёна	26	40,6	26	40,6	
Гипосмия дар. III бўйҳис. қавӣ	-	-	5	7,8	
<b>КМС (n -14,2±3,5 дақ.)</b>					=0,752
КМС дар. I - 20-30 дақ.	16	25,0	14	21,9	
КМС дар. II 31-50 дақ.	28	43,8	26	40,6	
КМС дар. III 60-70 дақ.	20	31,2	24	37,5	

Эзоҳ: p – сатҳи аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯйи критерияи  $\chi^2$ )

Баҳодиҳии маҷмӯии вазифаи шунавоӣ бо истифода аз усули аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ имкон дод, ки вариантҳои гуногуни вайроншавии он дар гурӯҳҳои тадқиқотӣ муайян карда шаванд. Дар сохтори ихтилоли аудиологӣ пастшунавоии кондуктивӣ дараҷаи I бартарӣ дорад, ки басомади он дар гурӯҳи якум 70,3% ва дар гурӯҳи дуюм 67,2% буд. Пастшунавоии дараҷаи II хеле кам ба қайд гирифта шудааст, ки дар 29,7% беморони гурӯҳи якум ва 32,8% беморони муоинашуда дар гурӯҳи дуюм ташхис карда шудаанд.

Тадқиқоти импедансометрӣ бартарияти намудҳои эътилолии тимпанограммаҳо дар ҳарду гурӯҳи тадқиқотӣ муайян кард, ки мавҷудияти ихтилоли сохторӣ ва функционалии гӯши миёнаро нишон медиҳад. Қачии тимпанометрии навъи "B", ки тағйироти бештарро нишон медиҳад, дар 62,5% беморони гурӯҳи якум ва 67,2% беморони муоинашуда дар гурӯҳи дуюм ба қайд гирифта шудааст. Тимпанограммаи навъи «As», ки ихтилоли камтар зоҳиршавандаро тавсиф мекунад, дар 21,9% ва 20,3% беморони гурӯҳҳои

якум ва дуом муайян карда шудааст.

Ҳамин тариқ, дар натиҷаи омӯзиши маҷмӯӣ аз ҷониби мо фарқиятҳои ночизи байни гурӯҳҳо аз ҷиҳати тасвири эндоскопии ковокии бинӣ, бинибальум, вазнинии тағйироти этилолӣ дар нойи сомеа, ковокии таблӣ ва вазифаи шунавоии гӯш муайян карда шуд, ки ҳангоми банақшагирии табобати ҷарроҳӣ ва табобати пас аз ҷарроҳӣ бояд ба назар гирифта шаванд.

### **Табобати ҷарроҳии беморон ва натиҷаҳои онҳо**

Амалиётҳои ҷарроҳӣ дар ковокии бинӣ ва бинибальум дар кӯдакон танҳо дар шароити статсионарӣ бо истифода аз беҳисгардонии умумӣ тавассути интубатсияи эндотрахеалӣ анҷом дода шуданд. Ин усули беҳисгардонӣ шароити оптималиро барои анҷом додани амалиёти дақиқ ва атравматикӣ дар сурати пурра набудани импулсҳои дард фароҳам меорад. Мукамалгардонии марҳилаи ҷарроҳии септопластика тавассути ҷорӣ кардани асбоби инноватсионӣ – отсос-распатори ҷаббандаи тарҳи асли ба даст омад. (Патент № ТҶ1024 аз 22.07.2019с.). Хусусиятҳои беназири сохтори ин асбоб самараноктар ҷудо кардани қабатҳои мукоперихондриалӣ ва мукопериосталии миёндевори биниро таъмин намуд, ки ин имкон дод, то ки давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ хеле кӯтоҳ карда шавад. Бартариҳои асосии асбоб, ки вазифаҳои ҷаббандагӣ ва ҷудокунии бофтаҳо дар як вақт иҷро мекунад, қобилияти дар як вақт кашида гирифтани ихроҷоти геморагиро аз минтақаи амалиётӣ ҳангоми ҷудо кардани бофтаҳои миёндевори бинӣ мебошад. Ин тозагӣ ва шаффофияти мавзеи ҷарроҳиро таъмин мекунад, ки амалиёти ҷарроҳиро хеле осон мекунад ва давомнокии онро кам мегардонад. Илова бар ин, ин усул барои кам кардани талафоти хун, беҳтар кардани шароит ва натиҷаҳои амалиёт кӯмак месозад.

Бо мақсади такмил додани техникаи ҷарроҳӣ ҳангоми гузарондани хондротомия ва баъдан ислоҳи тағояки чоркунҷаи миёндевори бинӣ мо асбобҳои махсусро дар амалияи клиникӣ ҷорӣ намудем. Аз ҷумла, кордҳои дақиқи микроҷарроҳӣ аз маҷмӯае, ки дар ибтидо барои амалиётҳои оточарроҳӣ таҳия шудаанд, истифода шуданд. Техникаи ҷарроҳӣ ҷудокунии

дақиқи пардаҳои мукоперихондриро бо сафарбаркунии минбаъдаи тағояки чоркунча дар бар мегирад, ки пас аз он резексияи моделсозии он тавассути сохтани буришҳои тулонӣ ва кундаланг бо истифода аз микроскалпели рост анҷом дода мешавад. Дар мавриди зарурат аз корди найзашакл барои буридани давравӣ истифода бурда шуд, ки ин барои сафарбар кардан ва дуруст ислоҳ кардани сохтори тағоякӣ мусоидат мекунад.

Ҳангоми гузаронидани септопластика мо ба сохторҳои миёндевори рушдкунандаи бинӣ эҳтиёткорона муносибат кардем. Барои коррексияи ҷарроҳии деформатсияи S-шакли миёндевори бинӣ, аз ҷониби мо як усули аслии камосеби амалиёти ҷарроҳӣ таҳия ва ба амалияи клиникӣ ҷорӣ карда шуд (**пешниҳоди ратс. №3414/R405**). Моҳияти усули пешниҳодшуда аз сохтани ду буриши уфуқии параллелӣ дар минтақаи марказии қисмати барҷастатарини тағояк ва пас аз он аз байн бурдани раҳи тағоякӣ, ки васеяш то 0,2 см мебошад, иборат аст. Баъдан, унсури тағояк аз скелети устухони он ва лавҳачаи перпендикулярӣ устухони туршакл тавассути иҷрои хондротомияи пасӣ ва поёӣ бо истифода аз микроскалпелҳо ҷудо карда шуд. Дар натиҷа, минтақаҳои пасӣ ва поёнии сохтори тағоякӣ ҳаракаткунанда мешаванд, ки ин имкон медиҳад, то ки онҳо ба самти дилхоҳ майл карда тавонанд. Барои ба даст овардани ҳаракатнокии қисми болоии сохтори тағоякӣ дар зери камонаки пуштаки бинӣ раҳи хурди бофтаи тағоякӣ, ки тақрибан 0,1 см аст, ҳамин тавр бурида гирифта мешавад, ки қисми болоии тағоякро ҳаракаткунанда месозад.

Дар як қатор мушоҳидаҳои клиникӣ (35 ҳолат) усули ҷарроҳии тағйирёфта барои коррексияи деформатсияи S-шакли миёндевори бинӣ истифода шуд. Бар хилофи техникаи анъанавӣ, ба баландсозии атравматикии пардаи мукоперихондриалӣ дар минтақаҳои деформатсия бо ҳадди ниҳоии сохторҳои тағоякӣ ва устухонӣ, ҳатто ҳангоми мавҷудияти тағйироти возеҳи эътилолӣ дар ин бофтаҳо диққати махсус дода шуд. Ин бо коррексияи қисмҳои боқимондаи миёндевори бинӣ бо усули сафарбаркунии қаблан қайдкардашуда ҳамроҳ карда шуд.

Пас аз ба итмом расонидани коррексияи миёндевори бинӣ, мо ба манипулятсияҳои ҷарроҳӣ дар суфраҳои бинӣ шурӯъ кардем. Барои ин бештар усули вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ интиҳоб карда шуд. Ин усул барои хислати камосеб ва самаранокии баланд доштани дар табобати навъи вазотомии ринити музмин бартарӣ дода мешавад. Дастамали вазотомияи зерилуобӣ реактивнокии аз ҳад зиёди рағҳои ковокии биниро коҳиш дода, ба ин васила нафаскашии биниро беҳтар мекунад ва нишонаҳои ринитро сабук месозад.

Тибқи маълумоти ба даст омада, ҳангоми гузаронидани вазотомияи зерилуобӣ дар кӯдакон пас аз буриши қисми пеши суфраи бинӣ, аксар вақт ҳолатҳои хунравии назаррас мушоҳида мешавад. Ҳолатҳои ҷудошавии кунҷҳои захм низ зуд-зуд ба назар мерасанд, ки ин боиси суст шудани раванди барқароршавии захми баъдиҷарроҳӣ мегардад. Барои бартараф намудани камбудии дар боло зикршуда техникаи такмилёфтаи вазотомияи зерилуобии садафаҳои поёни ва миёнаи биниро кор карда баромадем, ки он бо ёрии распатори ҷаббанда, бе буридани луобпардаи суфраи бинӣ анҷом дода мешавад.

Усули вазотомияи зерилуобӣ (пешниҳоди ратс. № 3260/P-475) суфраи поёнии бинӣ, ки аз ҷониби мо пешниҳод карда шуд, аз усули анъанавӣ фарқ мекунад. Хусусияти махсуси техникаи ҷарроҳӣ ворид кардани қисми тези кории асбоб (распатори ҷаббанда) ба сохторҳои бофтаи суфраи поёнии бинӣ тавассути қисмати пеши он буд, ки зарурати буридани пешакии луобпардаро аз байн бурд ва осеби камтарини бофтаре мусоидат намуд. Ин равиши методологӣ деструксияи самаранокии бофтаи кавернозии гипертрофияшуда ва сохторҳои рағҳои тағйирёфтаи этилолиро таъмин мекунад. Бартари назарраси асбоби истифодашаванда қобилияти дар як вақт аспирансия кардани ихроҷи геморрагӣ аз мавзеи амалиёти ҷарроҳӣ мебошад, ки кори ҷарроҳиро тавассути кам кардани талафоти хун дар дохили ҷарроҳӣ ва таъмини визуалии оптималии майдони ҷарроҳиро ба таври назаррас мукамал месозад.

Ҳама амалиётҳои ҷарроҳии дохили бинӣ тавассути гузоштани сплентҳои силикони эндоназали ё назалтампонҳо ба ҳар як тарафи ковокии бинӣ барои мустаҳкам кардани миёндевори бинӣ дар ҳолати медиалӣ ва беҳтар кардани нафаскашӣ тавассути бинӣ дар давраи назорати пас аз ҷарроҳӣ анҷом дода шуданд. Бартариятҳои сплентҳои интраназали гигроскопӣ, хосиятҳои гемостатикӣ, сатҳи ҳамвор ва мутобиқати биологии онҳо мебошанд.

Пас аз анҷоми амалиётҳои дохилибинӣ, бо истифода аз асбоби махсуси даҳонвасеъкунанда ва аденотомҳои андозаҳои гуногун вобаста ба синну соли кӯдак ва ҳаҷми бинибальум амалиёти аденотомия анҷом дода шуд. Сифати аденотомияи анҷомдодашуда дарҳол пас аз амалиёти ҷарроҳӣ тавассути эндоскопияи бинибальум назорат карда шуд. Дар 28 бемор аденотомия зерин назорати эндоскопия, аз он ҷумла дар 15 бемор аденотомияи эндоскопӣ бо истифода аз дастгоҳи шейвер анҷом дода шуд. Дар асоси таҷрибаи шахсӣ гузаронидани аденотомия бо истифода аз технологияи эндоскопӣ ва дастгоҳи шейвер, мумкин аст ақидаи олимонро дар бораи ғайриинвазивӣ ва самаранок аз байн бурдани бофтаҳои аденоидӣ тавассути усули эндоскопӣ ва дастгоҳи шейвер тасдиқ намуд.

Дар раванди табобат мо ҳолатҳои натиҷаҳои ғайриқаноатбахши пас аз аденотомияро дар беморони гирифтори отити экссудативии ҳамрадиқ аз ҷиҳати беҳтар ва барқарор кардани вазифаи шунавой мушоҳида кардем, ки эҳтимолан аз часпакӣ ва зичии экссудат дар ковокии таблӣ азият мекашанд. Мавҷудияти тимпанограммаи навъи «В» аз маҳдудияти ҳаракати устухончаҳои шунавой аз сабаби вучуд доштани моеъи часпак дар ковокии таблӣ шаҳодат медед. Вобаста ба ин, дар ҳолатҳои якҷоягии бофтаҳои аденоидӣ бо отити экссудативӣ ва пастшунавоии кондуктивӣ, мо бо мақсади барқарор кардани вентилатсияи гӯши миёна ва эвакуатсияи фаъоли экссудат аз ковокии таблӣ аденотомияро бо шунтгузори яқвақтаинаи пардаи таблӣ иҷро намудем.

Равиши марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ дар беморони назоратӣ бо ДМБ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки бинибальум ором буд ва ягон ҳолати мушкилӣ ба қайд гирифта нашуд. Дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ беморон ақсуламали илтиҳобии маҳаллиро аз сар гузарониданд, ки бо тағйироти хос

дар луобпардаи ковокии бинӣ ва бинибалъум дар шакли гиперемия ва варам, инчунин мавҷудияти ихроҷоти серозӣ-геморрагӣ зоҳир шуд. Таҳлили раванди давраи пас аз чарроҳӣ афзоиши табиии ҳарорати баданро то ба дараҷаи субфебрилӣ ( $37,0-37,5^{\circ}\text{C}$ ) нишон дод. Бо назардошти хусусияти мураккаби амалиёти чарроҳӣ, ки ба сохторҳои ковокии бинӣ ва бинибалъум таъсир мерасонанд, ҳамаи беморон курси табобати антибактериалӣ, ки 3-5 рӯз давом мекунад, қабул карданд. Антибиотикҳо ҳам дар шакли шарбат ва ҳам парентералӣ тавассути сӯзандору ба дохили мушак ворид карда шуд.

Қобили зикр аст, ки ҳангоми муқоисаи баҳодихии раванди пас аз чарроҳӣ дар бемороне, ки дар як вақт якчанд амалиёт гузаронида буданд (аз ҷумла чарроҳӣ дар ковокии бинӣ, бинибалъум ва дар баъзе мавридҳо пардаи таблӣ), вазнинии аксуламали илтиҳобии ҷузъӣ ва динамикаи тағйиротҳои пас аз чарроҳӣ – пас аз септопластика ё аденотомия аз нишондиҳандаҳои монанд зиёд набуданд. Ин аксуламалҳо амалан фарқнакунанда буданд ва ба маълумоти адабиёт монанд фарқияти назаррас надоштанд.

Натиҷаи аввалини табобати чарроҳӣ 15 рӯз пас аз муолиҷаи чарроҳӣ арзёбӣ шуд. То ин вақт тамоюли коҳиши ҳаҷми суфраҳои поёнии бинӣ дар 19 (29,7%) бемори гурӯҳи якум ва дар 21 (32,8%) бемори гурӯҳи дуюм ба қайд гирифта шудааст. Дар баробари ин дар бемороне, ки вазотомияи зери луобӣ гузаронида шуда буд, варам кардани садафаҳои бинӣ мушоҳида шуд. Ҳангоми муоинаи эндоскопии ковокии бинӣ дар аксарияти кӯдакон миёндевори бинӣ қариб дар ҳолати медиалӣ буда, луобпарда каме сурхчатоб ва ғафшуда ба назар мерасид.

Варами реактивию илтиҳобӣ ва гиперемияи луобпардаи бинӣ дар ҳарду гурӯҳ хеле кам шуда, вазифаи вентилятсионии нойҳои сомеа тадриҷан барқарор шудан гирифт. Дар гурӯҳи назоратӣ мӯътадилшавии гузарониши бинӣ дар 27 кӯдак (42,2%) ба қайд гирифта шудааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи асосӣ ин нишондод 25 ҳолатро (39,1%) ташкил медиҳад. Арзёбии ҳолати функционалии нойи сомеа динамикаи мусбати бештарро нишон дод: барқароршавии гузарониши нойҳо дар 35 бемор (54,7%) дар гурӯҳи якум ва 37 бемор (57,8%) дар гурӯҳи дуюм ба даст омад, ки ин аз самаранокии баланди табобати чарроҳӣ шаҳодат медиҳад. Ҳолати функционалии

анализатори шунавоӣ, ки бо усули аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ арзёбӣ шудааст, инчунин бо беҳтар шудани назаррас дар ҳарду гурӯҳи тадқиқотӣ тавсиф карда шуд.

Ҳангоми муоинаи назоратӣ пас аз 30 рӯзи баъди ҷарроҳӣ, самаранокии барқарорсозии нафаскашӣ тавассути бинӣ арзёбӣ шуд. Таҳлили маълумот нишон дод, ки дар гурӯҳи асосӣ барқарорсозии пурраи нафаскашии бинӣ дар 68,7% беморон ба даст оварда шудааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондод 64,1% буд. Барқароршавии вазифаи бӯйҳисқунӣ дар ин гурӯҳҳо дар 71,9% ва 75,0% беморон мушоҳида гардид. Дар нишондиҳандаҳои ба эътидол омадани фаъолияти силиарии луобпардаи бинӣ низ ҳамин гуна натиҷаҳо мушоҳида карда шуданд, ки дар 73,4% ва 78,1% ҳолатҳо дар гурӯҳҳои зикргардидаи кӯдакон қайд карда шуд.

Дар байни кӯдакони гурӯҳи назоратӣ барқарорсозии вазифаи вентилятсионии нойҳои сомеа 71,9%, дар гурӯҳи асосӣ 76,6% мушоҳида шудааст. Муътадилшавии вазифаи шунавоӣ аз рӯи маълумотҳои аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ дар 46,9% кӯдакони гурӯҳи назоратӣ ва дар 48,4% беморони гурӯҳи асосӣ қайд карда шудааст.

Муоинаи объективии шунавоӣ бартарияти тимпанограммаҳои навъи «А» ва «As»-ро нишон дод, ки таъсири мусбати амалиёти ҷарроҳиро на танҳо вобаста ба ҳолати функционалии бинӣ, балки ба кори нойҳои сомеа ва барқарор кардани аэратсия дар ковокии таблӣ нишон медиҳад.

Пас аз се моҳ, аксарияти беморони гурӯҳи дуюм, ки септопластика ва вазотомияи зерилубии садафаҳои поёниро аз сар гузаронидаанд, барқароршавии сохтори анатомии муътадили миёндевори бинӣ ва садафаҳоро нишон доданд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи якуми беморон, ки амалиёт дар ковокии бинӣ танҳо бо септопластика маҳдуд буд, камшавии андозаи садафаҳо мушоҳида нашудааст. Илова бар ин, дар қисматҳои пасу поёнии гузаргоҳи умумии бинӣ ихроҷоти ғафси луобию серозӣ ошқор карда шуд, ки бинобар ин дар ин гурӯҳи беморон душвории нафаскашӣ тавассути бинӣ боқӣ мондааст. Ҳангоми арзёбии тасвири бинӣ, баъзе фарқиятҳо низ мушоҳида карда шуданд.

Дар гурӯҳи асосӣ бемороне, ки чарроҳии септопластика, вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ ва аденотомияро дар як вақт гузаронидаанд, барқароршавии тасвири муътадили бинӣ ва дар кӯдакони гурӯҳи якум гиперемияи сабуки пардаи луобии бинибалъум ва ҷоришавии ихроҷоти луобӣ-серозӣ дар сатҳи девораи паси он муайян карда шуд. Ҳангоми отомикроскопия дар ҳарду гурӯҳ мо дар пардаҳои таблӣ динамикаи мусбат, инчунин беҳтаршавии вазифаи шунавоӣ мушоҳида кардем. Бояд қайд кард, ки дар зергурӯҳи беморон (15 кӯдак), ки дар як вақт чарроҳии аденотомия ва шунтгузории пардаи таблӣ гузаронида шудааст, натиҷаҳо дар робита ба барқарор кардани аэратсияи ковокии таблӣ ва беҳтар шудани вазифаи шунавоӣ самараноктар буданд.

Таҳлили маҷмӯии натиҷаҳои таъобат динамикаи назарраси мусбати нишондодҳои асосии функционалии ковокии биниро дар ҳарду гурӯҳи тадқиқотӣ, аз ҷумла барқарорсозии вазифаи нафаскашӣ, қобилияти бӯйҳискунӣ ва фаъолияти нақли луобпардаро муайян намуд. Таҳлили миқдории натиҷаҳои таъобат фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳимро байни гурӯҳҳои тадқиқотӣ ошкор кард. Дар гурӯҳи асосӣ динамикаи мусбӣ бештар дар ҳамаи меъёрҳои баҳодиханда мушоҳида гардид. Тафовути назаррас дар робита бо вазифаи нафаскашӣ тавассути бинӣ ба қайд гирифта шудааст: дар гурӯҳи асосӣ барқароршавӣ дар 55 бемор (85,9%) ба даст омад, ки ин аз нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ 14,0% зиёд аст, ки дар 46 бемор (71,9%) беҳтаршавӣ ба мушоҳида мерасад.

Таҳлили минбаъда тамоюли монандро барои дигар нишондиҳандаҳои функционалӣ нишон дод. Барқароршавии вазифаи бӯйҳискунӣ дар гурӯҳи асосӣ дар 58 бемор (90,6%) ба даст оварда шуд, ки аз натиҷаҳои гурӯҳи назоратӣ 9,3% зиёдтар аст, ки дар 52 бемор (81,3%) динамикаи мусбӣ ба қайд гирифта шудааст. Ҳолати функционалии нақли мукосилиарӣ низ дар гурӯҳи асосӣ беҳтаршавии назаррасро нишон дода, дар 89,1% беморон ба эътидол омад, ки ин нисбат ба гурӯҳи назоратӣ (78,1%) 11,0% баланд аст.

Баҳодихии ҳамачонибаи ҳолати функционалии ковокии бинӣ дар доираи тадқиқи назоратӣ пас аз 6 моҳ таъобати чарроҳӣ гузаронида шуд. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои ба даст овардашуда дар байни гурӯҳҳо аз ҷиҳати

барқарор намудани нафаскашӣ тавассути бинӣ фарқи калонро муайян намуд. Дар гурӯҳи асосӣ, ба эътидол овардани вазифаи нафаскашӣ дар 63 бемор ба даст оварда шуд, ки 98,4% ҳолатҳоро ташкил дод, ки дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ бартариҳои назаррасро нишон дод, ки дар 55 бемор (85,9%) динамикаи мусбӣ мушоҳида шудааст, ки фарқияти байнигурӯҳҳоро 12,5% муайян мекунад. Дар гурӯҳи асосӣ дар ҳамаи беморон (64 нафар, 100%) ба эътидол овардани пурраи вазифаи бӯйҳискуни ноил гардид, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, дар 61 бемор (95,3%) натиҷаи мусбӣ мушоҳида шуд, ки фарқияти байнигурӯҳҳоро 4,7% муайян кардааст. Арзёбии ҳолати функционалии нақли мукосилиарӣ инчунин самаранокии табобатро дар гурӯҳи асосӣ нишон дод, ки барқароршавии КМС дар 98,4% беморон мушоҳида шудааст, ки нисбат ба ҳамин нишондиҳанда дар гурӯҳи назоратӣ (85,9%) 12,5% зиёд аст (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. – Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинии беморон пас аз шаш моҳи ҷарроҳӣ**

Усулҳои тадқиқот	Шумораи беморон / %		P
	Гурӯҳи назоратӣ (n=64)	Гурӯҳи асосӣ (n=64)	
<b>Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.сут.обӣ)</b> I степень (11-30 мм.сут.обӣ) II степень (31-60 мм.сут.об)	55 (85,9%) 9 (14,1%) -	63/98,4% 1/1,6% -	<0,05
<b>Ольфактометрия (n- ҳамаи бӯйҳо)</b> Гипосмия I ст. бӯйҳискунии заиф Гипосмия II ст. бӯйҳис. миёна	61 (95,3%) 3 (4,7%) -	64/100% - -	
<b>КМС (n -14,2+3,5 мин)</b> КМС дараҷаи I 20-30 дақ. КМС дараҷаи II 31-60 дақ.	55 (85,9%) 9 (14,1%) -	63/98,4% 1/ 1, 6% -	<0,05

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо пеш аз табобат ва баъд аз табобат (аз рӯи критерияи  $\chi^2$ ).

Ҳангоми муоинаи эндоскопии ковокии бинӣ дар ин беморон тағйироти эътилолӣ ошкор нашудааст. Миёндевори бинӣ асосан дар ҳолати миёна чойгир буд, андозаи суфраҳои бинӣ ба арзишҳои миёна мувофиқат мекард ва роҳҳои бинӣ озод боқӣ буданд.

Дар мушоҳидаҳои беморони гурӯҳи якум дар 14,1% онҳо вайроншавии нафаскашӣ тавассути бинӣ давом дошт, ки аз рӯи маълумотҳои пешакӣ ин

метавонад бо нопурра бартараф нашудани тағйироти гипертрофикии садафаҳои бинӣ алоқаманд бошад. Тадқиқи риноскопии ин кӯдакон мавҷудияти гипертрофияи мӯътадили садафаҳои поёнӣ, инчунин тангшавии назаррас дар қисматҳои поёнии роҳи умумии биниро муайян кард. Ҳолатҳои душвории нафаскашии биниро, ки бештар шабона дар 6,2% беморони гурӯҳи асосӣ пайдо мешаванд, бо паст шудани тонуси шабакаи рағҳои садафаҳои бинӣ шарҳ додан мумкин аст.

Қайд кардан бамаврид аст, ки дар гурӯҳи бемороне, ки дар як вақт ҷарроҳии септопластика, вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ ва аденотомия гузаронида шудаанд, дар 98,4% ҳолатҳо пас аз 6 моҳи табобати ҷарроҳӣ ба эътидол овардани нафаскашии бинӣ мушоҳида шудааст. Ин аз натиҷаҳои гурӯҳи назоратӣ тафовут дорад, ки дар он танҳо дар 85,9% бемор, ки танҳо аденотомия ва септопластика гузарони шуда буд, ҳамин натиҷа ба даст омад. Тафовути байнигурӯҳҳои муайяншуда дар самаранокии табобат (12,5%) бартариятҳои клиникии истифодаи муносибати ҳамаҷонибаи ҷарроҳиро дар коррексияи эътилолияти якҷояи ковокии бинӣ ва бинибальумро нишон медиҳад.

Таҳлили ҳолати функционалии нойҳои сомеа барқарор шудани функцияи гузарониш ва вентилятсияи онҳоро дар аксари беморони ҳарду гурӯҳ нишон дод, дар ҳоле ки дар гурӯҳи асосӣ дар 63 бемор (98,4%) натиҷаи мусбӣ ба даст омад, ки нисбат ба гурӯҳи яқум 7,8% зиёд буд, ки дар 58 бемор (90,6%) беҳтаршавӣ мушоҳида гардид. Ҳангоми баҳодихии натиҷаҳои дурдасти табобат пас аз шаш моҳи ҷарроҳӣ, маълумотҳои аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ самаранокии бештари муносибати комплексиро тасдиқ кард: барқарорсозии вазифаи шунавоӣ дар 63 бемори гурӯҳи асосӣ (98,4%) ба қайд гирифта шудааст, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ динамикаи мусбӣ дар 57 бемор (89,1%) ба қайд гирифта шудааст, ки фарқияти байнигурӯҳҳо 9,3% -ро муайян кардааст. Баробари барқарор гардидани қобилияти нойҳои сомеа беҳтар шудани тасвири отоскопии пардаи таблӣ ва паст шудани муқовимати элементҳои ковокии таблӣ мушоҳида карда шуд, ки инро маълумотҳои импедансометрия тасдиқ карданд. Тибқи маълумоти бадастомада

тимпанограммаҳои навъи «А» дар 57 (89%) бемори гурӯҳи якум ва дар 63 (98,4%) кӯдаки гурӯҳи дуюм ба қайд гирифта шудаанд.

**Чадвали 3. – Натиҷаҳои аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ ва импедансометрия баъди шаш моҳи пас аз табобати ҷарроҳӣ**

Усулҳои тадқиқот	Натиҷаҳои тадқиқот / %					
	Гурӯҳи I (n=64)			Гурӯҳи II (n=64)		
	То табобат	Баъди табобат	р	То табобат	Баъди табобат	р
<b>Аудиометрия лаҳнӣ-остонавӣ</b>						
<b>Меъёр</b>	-	57/89,1	<0,001	-	63/98,4	<0,001
Пастшунавой дар. I	45/ 70,3	7/10,9		43/ 67,2	1/1,6	
Пастшунавой дар. II	19/ 29,7	-		21/ 32,8	-	
<b>Тимпанограмма</b>						
<b>Намуди «А» (меъёр)</b>	10/ 15,6	57/75,0	<0,001	8/12,5	63/98,4	<0,001
<b>Намуди «В»</b>	40/ 62,5	-		43/67,2	-	
<b>Намуди «As»</b>	14/ 21,9	7/10,9		13/20,3	1/1,6	

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо пеш аз табобат ва баъд аз табобат (аз рӯи критерияи  $\chi^2$ ).

Таҳлили гузаронидашудаи натиҷаҳои дурдасти табобати ҷарроҳӣ пас аз давраи назорати шашмоҳа фарқиятҳои назаррасро дар самаранокии усулҳои ҷарроҳии истифодашуда ошкор намуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки амалиёти ҷарроҳии мураккаби симултанӣ, аз ҷумла коррексияи миёндевори бинӣ, вазотомияи зерилубии садафаҳои поёнӣ ва аденотомияро гузаронидаанд, дар 98,4% ҳолатҳо натиҷаи мусбии функционалӣ-анатомӣ ба даст оварда шудааст. Дар гурӯҳи назоратӣ дар 85,9% беморон натиҷаи қаноатбахши табобат ба қайд гирифта шуд, ки фарқияти аз ҷиҳати омории муҳими байнигурӯҳӣ дар самаранокии табобат 12,5%-ро ташкил кард.

Натиҷаҳои тадқиқоти клиникӣ самаранокии баланд ва имконпазирии клиникӣ истифодаи усули ҷарроҳии яқвақтаинаро дар беморони гирифтори эпитилолияти якҷояи роҳҳои болоии нафас, аз ҷумла деформатсияи миёндевори бинӣ, тағйироти гипертрофӣ дар садафаҳои бинӣ ва гиперплазияи аденоидӣ нишон медиҳанд. Мақсади ин амалиётҳо ҳам

барқарор кардани вазифаҳои асосии бинӣ ва ҳам беҳтар кардани қобилияти гузарониши нойҳои сомеа мебошад.

## ХУЛОСА

1. Мувофиқи маълумотҳои анамнези дар 59,4% кӯдакон ин беморӣ бо шамолхӯрии пай дар пай ва дар 32,8% онҳо аз осеби бинӣ вобастагӣ дорад. Аксар вақт беморони гирифтори ин этилолият аз душворшавии нафаскашӣ тавассути бинӣ, мавҷудияти ихроҷоти луобӣ ва луобӣ-серозӣ аз ковокии бинӣ, манкагии овоз, хурроккашии шабона, вайроншавии хоб, вазнин шудани гӯшҳо ва пастшунавоӣ шикоят доштанд. Дар 92,2% кӯдакон чехраи аденоидӣ бо даҳони нимкушода бо чинҳои ҳамворшудаи бинию лабӣ, вайроншавии қатори дандонҳо ва газидан ба қайд гирифта шуд [1-М,4-М,8-М,11-М,16-М].

2. Ҳангоми муқоисаи тасвири эндоскопии ковокии бинӣ ва бинибалъум аз рӯи вариантҳои деформатсияи миёндевори бинӣ, басомади пайдоиши гипертрофияи садафаҳои бинӣ (64,1% ва 70,3%) ва дараҷаи гипертрофияи бофтаҳои аденоидӣ (дараҷаи II – дар 48,4% ва 43,7%, дараҷаи III дар 51,6% ва 56,3%) байни гурӯҳҳо фарқияти назаррас мушоҳида нашуд. Дар ҳарду гурӯҳ вайроншавии назарраси вазифаҳои шомма, муҳофизатӣ ва махсусан нафаскашии бинӣ ва бинибалъум, инчунин вазифаи вентилятсионии нойҳои сомеа ошкор карда шуд, ки мушкилоти шунавоиро ба вучуд меоварад [2-М, 3-М, 5-М,7-М,9-М,17-М].

3. Дар гурӯҳи асосӣ ба бемороне, ки дар як вақт септумчарроҳӣ, вазотомияи зерилубии садафаҳои бинӣ ва аденотомия, гузаронида шуда буд, барқарорсозии нафаскашии бинӣ дар 98,4% кӯдакон мушоҳида гардид. Дар гурӯҳи назоратӣ ба кӯдаконе, ки ин чарроҳиро бидуни вазотомияи суфраҳои бинӣ гузаронидаанд, танҳо дар 85,9% кӯдакон беҳтар шудани нафаскашии бинӣ мушоҳида шуд. Тафовути мушоҳидашудаи байни гурӯҳҳо – 12,5% аз самаранокии баланди гузаронидани якҷояи амалиётҳо дар ковокии бинӣ ва бинибалъум дар сурати мавҷудияти этилолиятҳои якҷоя дар ин мавзӯҳо шаҳодат медиҳад [6-М, 7-М, 10-М, 12-М, 13-М].

4. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ дар ҳарду гурӯҳи тадқиқотӣ беҳбудии назарраси ҳолати функционалии нойи сомеа ро бартарии динамикаи мусбӣ дар гурӯҳи асосӣ нишон дод. Пас аз истифодаи усули маҷмӯии ҷарроҳӣ, барқарорсозии вазифаи вентилятсионии нойҳои сомеа дар 98,4% беморони гурӯҳи асосӣ дар муқоиса бо 90,6% дар гурӯҳи назоратӣ ба даст омад. Динамикаи мусбӣ дар робита бо вазифаи шунавоӣ низ қайд карда шуд: беҳтаршавии нишондодҳои аудиологӣ дар 98,4% беморон дар гурӯҳи асосӣ ва 89,1% дар гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шудааст. Ин натиҷаҳо бо муоинаи тимпанометрӣ объективона тасдиқ гардидааст: тимпанограмаи навъи «А», ки мӯътадил шудани фаъолияти гӯши миёнаро нишон медиҳад, дар 98,4% беморони гурӯҳи асосӣ ва 89% гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд. Маълумоти бадастомада бартарии амалиёти ҷарроҳии якҷақтаинаро ба сохторҳои ковокии бинӣ ва бинибалъум дар беморони гирифтори эџилолияти мураккаб ба таври эџимодбахш нишон медиҳанд. Ин равиш махсусан дар ҳолатҳои якҷояи деформатсияи миёндевори бинӣ, гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва бофтаҳои аденоидӣ самаранок аст [3-М, 4-М, 14-М, 15-М].

#### **Тавсияҳо онд ба истифодабарии амалии натиҷаҳои тадқиқот**

1. Барои ташҳиси боэџимоди эџилолиятҳои якҷояи ковокии бинӣ, бинибалъум ва нойи сомеа дар кӯдакон аз усулҳои эндоскопии муосири чандир ва саҳт, томографияи компютерӣ, отомикроскопия ва импедансометрия истифода бурдан лозим аст;

2. Барои септопластика дар кӯдакон, тавсия дода мешавад, ки ба таври васеъ истифода бурдани распатор-отсоси аз ҷониби мо модификатсиякардашуда ва варианти камосеби коррексияи тағояки чоркунча бо истифода аз микрокордҳо ва барои амалиёти ҷарроҳӣ дар садафаҳои бинӣ – вазотомияи зерилубии аз ҷониби мо модификатсияшудаи садафаҳои поёнии бинӣ истифода бурда шавад;

3. Дар давраи барқароршавии пас аз ҷарроҳӣ тамоми амалиёти дохили биниро бо гузоштани сплентҳои силиконии эндонозалӣ ё назалтампонҳо ба

харду тарафи ковокии бинӣ барои мустаҳкам кардани миёндевори бинӣ ва нигоҳ доштани нафаскашӣ тавассути бинӣ мувофиқи мақсад ҳисобида мешавад.

4. Барои самаранок бурида гирифтани бофтаҳои аденоидӣ дар бинибалъум тавсия дода мешавад, ки аденотомия зери беҳискунии умумӣ бо истифода аз технологияи эндоскопӣ ва дастгоҳи шейвер анҷом дода шавад. Дар ҳолатҳое, ки дар ковокии таблӣ эксудати часпак ё ғафс мавҷуд бошад, аденотомияро дар маҷмӯъ бо шунтгузори пардаи таблӣ гузаронидан бамаврид аст.

### **Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия**

#### **Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА Ҷумҳурии**

#### **Тоҷикистон нашршуда**

**1-М.** Юсупов А.Ш. Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин. [Текст] // Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана. - 2019. - №1. - С. 83-92.

**2-М.** Юсупов А.Ш. Современное представление об этиопатогенезе и хирургическом лечении деформации п/носа, сочетанной с гипертрофией глоточной миндалины у детей [Текст] / Юсупов А.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана с № 4. - 2021. - Стр 98-105.

**3-М.** Результаты хирургического лечения деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носоглоточной миндалины у детей [Текст] / Юсупов А.Ш. Махмудназаров М.И. Махамадиев А.А., Назаров З.Х. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе – 2022, стр – 98-103.

#### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои маводҳои конференсияҳои**

#### **Ҷумҳурии Тоҷикистон**

#### **ва хориҷи наздик нашршуда**

- 4-М.** Юсупов А.Ш. Организация оториноларингологической помощи детям. [Текст] / Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш., Ятимов Х.Р. // Материалы 63-ей годичной науч-практ. конф. ТГМУ.-2015.- С. 14-15.
- 5-М.** Юсупов А.Ш. Табобати ҷарроҳии деформатсияи бинӣ дар якҷоягӣ бо эътилолияти ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ. [Матн] / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш., Меҳмондустов С.Г. // Маҷаллаи « Авҷи Зӯҳал» №4. Душанбе - 2015.- С. 11-15
- 6-М.** Юсупов А.Ш. Симультанная хирургия при сочетанных патологиях полости носа и околоносовых пазух. [Текст] / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы XIX съезда оториноларингологов России г. Казань.-2016.- С. 497-498.
- 7-М.** Юсупов А.Ш. Эффективности применения шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин. [Текст] / Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш. // Материалы 65-ой научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. Душанбе.- 2017.- С. 88-90.
- 8-М.** Юсупов А.Ш. Тактика лечения острых риносинуситов у детей [Текст] / А. Ш. Юсупов, М. И. Махмудназаров, А. А. Махамадиев // 71 – научно-практическая конференция ТГМУ с международным участием. Душанбе - 2023. – С. 391-392.
- 9-М.** Юсупов А.Ш. Функциональные результаты хирургического лечения деформаций перегородки носа сочетанной с гиперплазией носоглоточной миндалины у детей. [Текст] / Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А. А. // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции посвященной 80-лет ТГМУ. Душанбе - 2019г. С.463-465.
- 10-М.** Юсупов А.Ш. Влияние аденотомии на функцию слуховой трубы и клиническое течение ЭСО. [Текст] / Махмудназаров М.И., Юсупов А.Ш., Урунбаева М.Г. // Материалы 71-ой годичной научно-практической конференции посвященной 80-лет ТГМУ. Душанбе - 2023г. С.176-178.

- 11-М.** Юсупов А.Ш. Септум операция при различных вариантах деформации перегородки носа у детей [Текст] / Юсупов А.Ш., Назаров З.Х. Махмудназаров М.И. // Материалы международной 6- Евразийской ассамблеи оториноларингологов. Самарканд – 2019. - №3(112) С. 64
- 12-М.** Юсупов А.Ш. Состояния слуха у детей с деформацией п/носа и гиперплазией глоточной миндалины [Текст] / Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамадиев А.А. // Междунар. Науч практич конф ТГМУ. Душанбе - 2020. С 369-370.
- 13-М.** Юсупов А.Ш. Профилактика дефицита кальция и фосфора у детей с искривлением п/носа [Текст] / Махмудназаров М.И., Назаров З.Х. Юсупов А.Ш // Междунар. Науч. практич. конф. ТГМУ. Душанбе 2020. С 174-175.
- 14-М.** Юсупов А.Ш. Эффективность аденотомии при экссудативном среднем отите [Текст] / Юсупов А.Ш. Махамадиев А.А. Ятимов Х.Р. // challengesinscienceofnovadays. Washington. Usa – 2021. - P. 826-831.
- 15-М.** Юсупов А.Ш. Функциональное состояние носа у детей после септопластики с одномоментной аденотомией [Текст] / Юсупов А.Ш. Махмудназаров М.И., Адылова Ф.Х. // Материалы 69 - ей научн. практич. конф. с междн. участием Душанбе - 2021. – С 142-143.
- 16-М.** Юсупов А.Ш. Наблюдение за состоянием слуха у детей с экссудативным средним отитом [Текст] / Адылова Ф.Х., Юсупов А.Ш., Саидов Д.Х. // Материалы 69-ей научн. практич. конфер. с междн. участием. Душанбе - 2021. С 44.
- 17-М.** Юсупов А.Ш. Эндоскопическая аденотомия у детей с экссудативным средним отитом [Текст] / Юсупов А.Ш., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д. // Материалы республиканской научно-практ. конф. ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет», Дангара - 2022, стр. 156-157

### **Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ**

**1-М.** Юсупов А.Ш. Пешниҳоди ратсионализаторӣ № 3551/R1039, «Усули амалиёти яквақтаинаи септум-чарроҳӣ ва аденотомия дар кӯдакон» / Юсупов А.Ш., Маҳмудназаров М.И., Назаров З.Ҳ. – 02.04.2024 нашр шудааст;

**2-М.** Юсупов А.Ш. Пешниҳоди ратсионализаторӣ № 3552/R1040 «Усули фиксатсияи коми нарм хангоми аденотомияи анестетикӣ дар кӯдакон» / Юсупов А.Ш., Маҳмудназаров М.И., Умарализода С. – 02.04.2024 нашр шудааст;

**3-М.** Юсупов А.Ш. Пешниҳоди ратсионализаторӣ № 3567/R1055 «Усули аденотомия бо шунтгузории яквақтаинаи пардаи таблӣ бо истифода аз технологияи дақиқ» / Юсупов А.Ш., Маҳмудназаров М.И., Махамадиев А.А. – 20.05.2024 нашр шудааст.

## **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО, АЛОМАТҲОИ ШАРТӢ**

ББ- бодомаки балъумӣ

ДПН –деформатсияи миёндевори бинӣ

КМБ – качшавии миёндевори бинӣ

ММТ – Маркази миллии тиббӣ

НС – нойи сомеа

РГ- ринити гипертрофикӣ

ДУНС – дисфунксияи устувори нойи сомеа

ФҲДС – фаъолияти ҳаракатии дастгоҳи силиарӣ

ЧНБ – чавфҳои наздибинигӣ

ЧТ – Чумхурии Тоҷикистон

## АННОТАЦИЯ

Юсупов Асадулло Шомуродович

### **Комплексное лечение деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией глоточной миндалины у детей**

**Ключевые слова:** деформации перегородки носа, гипертрофия глоточной миндалины, аденоиды, евстахеит, тугоухость, септопластика, аденотомия.

**Цель исследования.** Разработать интегрированный хирургическо-терапевтический подход к лечению детей с гипертрофическими изменениями носовых раковин и аденоидной гиперплазией на фоне искривления перегородки носа.

**Методы исследования и использованные аппаратура:** Объектом исследования служили 128 детей с деформацией носовой перегородки, сочетанная с гипертрофией носовых раковин аденоидными вегетациями носоглоточной миндалины. Методами исследования являлись эндоскопия носа и носоглотки, КТ носа и носоглотки, отомикроскопия, тонально-пороговая аудиометрия, импедансометрия. Использованы жесткие и гибкие эндоскопы фирмы Шторц и Olimpus, томограф - Somatom -16 фирмы Siemens, ринопневмометр, ольфактометр, сахарин для определения МЦТ, аудиометр и импедансометр.

**Полученные результаты и их новизна.** В основной группе больных, которым была выполнена одномоментно септум-операция, подслизистая вазотомия носовых раковин и аденотомия, восстановление носового дыхания отмечалось у 98,4% детей. В контрольной группе детей, которым данная операция проводилась без вазотомии носовых раковин, улучшение носового дыхания отмечалось у 85,9% детей. Наблюдаемая разница между группами в 12,5% свидетельствует о высокой эффективности одновременного проведения операций в носовой полости и носоглотке при наличии сочетанных патологий. Анализ результатов хирургического вмешательства выявил значительные улучшения в функционировании слуховых труб у пациентов обеих групп. В основной группе, восстановление вентиляционной функции евстахиевых труб наблюдалось у 98,4% детей, а в контрольной группе этот показатель составил 90,6%. Слуховая функция также показала положительную динамику. В основной группе улучшение слуха отмечено у 98,4% пациентов, тогда как в контрольной группе этот показатель достиг 89,1%. Подтверждение этих результатов получено с помощью тимпанометрии: вариант "А" тимпаногаммы, свидетельствующий о нормализации функции среднего уха, зарегистрирован у 98,4% детей основной группы и у 89% контрольной группы.

Впервые в практике отечественной оториноларингологии были обоснованы показания и определена целесообразность проведения одновременных хирургических вмешательств в носовой полости и носоглотке у детей с деформациями перегородки носа в сочетании с гипертрофией глоточной миндалины. Разработан миниинвазивный хирургический метод эндоскопической и шейверной аденотомии, а также микрохирургические вмешательства на барабанной перепонке.

**Рекомендации по использованию:** Для достоверной диагностики сочетанных патологий полости носа, носоглотки и слуховой трубы у детей необходимо использование современной эндоскопии, КТ, отомикроскопии и импедансометрии. С целью эффективного иссечения аденоидных вегетаций в носоглотке, рекомендуется выполнение аденотомии под общим наркозом с использованием эндоскопической и шейверной технологии. В случаях наличия вязкого или густого экссудата в барабанной полости, целесообразно выполнение аденотомии в сочетании с шунтированием барабанной перепонки.

**Область применения:** оториноларингология.

## АННОТАТСИЯ

Юсупов Асадулло Шомуродович

Табобати комплекси деформатсия миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки бинибальум дар кӯдакон

**Калидвожаҳо:** деформатсия миёндевори бинӣ, гипертрофияи бодомаки бинибальум, аденоидҳо, эвстахиит, пастшунавой, септопластика, аденотомия.

**Мақсади татқиқот.** Такмил додани муносибати интегралӣ ҷарроҳӣ ва терапевтӣ барои табобати кӯдакони гирифтори тағйироти гипертрофӣ дар садафаҳои бинӣ ва гиперплазияи бофтаҳои аденоидӣ дар заминаи қашавии миёндевори бинӣ.

**Усулҳои тадқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда:** Объекти тадқиқот 128 нафар кӯдаконе, ки ба деформатсия миёндевори бинӣ, бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва бофтаҳои аденоидии бодомаки бинибальум гирифторм буданд, дохил мешуданд. Усулҳои тадқиқот аз эндоскопияи бинӣ ва бинибальум, ТК-и бинӣ ва бинибальум, отомикроскопия, аудиометрияи лаҳнӣ-остонавӣ ва импедансометрия иборат буд. Дастгоҳи эндоскопии дурушт ва чандир аз Storz ва Olimpus, томограф — Somatom -16 аз ширкати «Siemens», ринопневмометр, олфактометр, сахарин барои муайян кардани КМС, аудиометр ва импедансометр истифода шуданд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навоариҳои он.** Дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки дар як вақт ҷарроҳии септопластика, вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ ва аденотомия барқароршавии нафаскашӣ тавассути бинӣ дар 98,4% кӯдакон мушоҳида гардид. Дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ, ки ин ҷаррохию бидуни вазотомияи зерилуобии садафаҳои бинӣ гузаронидаанд, дар 85,9% беморон беҳтар гардидани нафаскашӣ тавассути бинӣ мушоҳида шудааст. Тафовути мушоҳидашудаи байни гурӯҳҳо 12,5%-ро нишон медиҳад, ки аз самаранокии баланди амалиёти яквақтаина дар ковокии бинӣ ва бинибальум дар сурати ҷой доштани эътилолиятҳои якҷоя шаҳодат медиҳад. Дар гурӯҳи асосӣ барқарорсозии вазифаи вентилятсияи нойҳои сомеа дар 98,4% кӯдакон мушоҳида шудааст ва дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондод 90,6% буд. Вазифаи шунавоӣ низ динамикаи мусбат нишон дод. Дар гурӯҳи асосӣ беҳбудии шунавоӣ дар 98,4% беморон мушоҳида шудааст, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, ин нишондод ба 89,1% расидааст. Тасдиқи ин натиҷаҳо бо истифода аз тимпанометрия ба даст омад: варианти "А"-и тимпанограмма, ки ба эътидол омадани фаъолияти гӯши миёна шаҳодат медиҳад, дар 98,4% кӯдакони гурӯҳи асосӣ ва 89% беморони гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шудааст.

Бори аввал дар амалияи оториноларингологияи ватанӣ нишондодҳо асоснок карда шуданд ва имкони гузаронидани амалиёти ҷарроҳии яквақтаина дар ковокии бинӣ ва бинибальум дар кӯдакони гирифтори деформатсия миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи бодомаки бинибальум муайян карда шуд. Усули камосеби ҷарроҳӣ тавассути дастгоҳи эндоскопӣ ва аденотомия бо ёрии дастгоҳи шейвер, инчунин амалиёти микроҷарроҳӣ дар пардаи таблӣ таҳия шудааст.

**Тавсияҳо барои истифодабарӣ:** Барои ташхиси бозътимоди эътилолиятҳои якҷояи ковокии бинӣ, бинибальум ва нойи сомеа дар кӯдакон истифодаи эндоскопияи муосир, ТК, отомикроскопия ва импедансометрия зарур аст. С целью эффективного иссечения аденоидных вегетаций в носоглотке, рекомендуется выполнение аденотомии под общим наркозом с использованием эндоскопической и шейверной технологии. В случаях наличия вязкого или густого экссудата в барабанной полости, целесообразно выполнение аденотомии в сочетании с шунтированием барабанной перепонки. Барои самаранок бурида гирифтани бофтаҳои аденоидӣ дар бинибальум, тавсия дода мешавад, ки аденотомия зери беҳисгардонии умумӣ бо истифода аз технологияи эндоскопӣ ва дастгоҳи шейвер анҷом дода шавад. Дар ҳолатҳои, ки дар ковокии таблӣ экссудати часпак ё гафс мавҷуд аст, аденотомияро дар маҷмӯъ бо шунтгузории пардаи таблӣ гузаронидан бамаврид аст.

**Соҳаи татбиқ:** отоларингология.

## ANNOTATION

Yusupov Asadullo Shomurodovich

### **Complex treatment of nasal septum deformation combined with hypertrophy of the pharyngeal tonsil in children**

**Keywords:** nasal septum deformation, pharyngeal tonsil hypertrophy, adenoids, eustachitis, hearing loss, septoplasty, adenotomy.

**Objective of the study.** To develop an integrated surgical and therapeutic approach to the treatment of children with hypertrophic changes in the nasal turbinates and adenoid hyperplasia against the background of deformation of the nasal septum.

**Research methods and equipment used:** The object of the study were 128 children with nasal septum deformation, combined with hypertrophy of the nasal turbinates and adenoid vegetations of the nasopharyngeal tonsil. The methods of the study were endoscopy of the nose and nasopharynx, CT-scan of the nose and nasopharynx, otomicroscopy, tone-threshold audiometry, impedancoemetry. Rigid and flexible endoscopes by Storz and Olimpus, a tomograph – Somatom-16 by “Siemens”, a rhinopneumometer, an olfactometer, saccharin for determining the MCT, an audiometer and an impedance meter were used.

**The results obtained and their novelty.** In the main group of patients who underwent a simultaneous septum-operation, submucous vasotomy of the nasal turbinates and adenotomy, restoration of nasal breathing was noted in 98.4% of children. In the control group of children who underwent this operation without vasotomy of the nasal turbinates, improvement of nasal breathing was noted in 85.9% of children. The observed difference between the groups of 12.5% indicates the high efficiency of simultaneous operations in the nasal cavity and nasopharynx in the presence of combined pathologies. Analysis of the results of surgical intervention revealed significant improvements in the functioning of the auditory tubes in patients of both groups. In the main group, restoration of the ventilation function of the Eustachian tubes was observed in 98.4% of children, and in the control group this figure was 90.6%. Hearing function also showed positive dynamics. In the main group, hearing improvement was noted in 98.4% of patients, while in the control group this figure reached 89.1%. Confirmation of these results was obtained using tympanometry: variant "A" of the tympanogram, indicating normalization of the middle ear function, was registered in 98.4% of children in the main group and in 89% of the control group. For the first time in the practice of domestic otorhinolaryngology, indications were substantiated and the feasibility of performing simultaneous surgical interventions in the nasal cavity and nasopharynx in children with deformities of the nasal septum in combination with hypertrophy of the pharyngeal tonsil was determined. A minimally invasive surgical method of endoscopic and shaver adenotomy, as well as microsurgical interventions on the eardrum, were developed.

**Recommendations for use:** For reliable diagnosis of combined pathologies of the nasal cavity, nasopharynx and auditory tube in children, it is necessary to use modern endoscopy, CT-scan, otomicroscopy and impedancoemetry. In order to effectively excise adenoid vegetations in the nasopharynx, it is recommended to perform adenotomy under general anesthesia using endoscopic and shaver technology. In cases of viscous or thick exudate in the tympanic cavity, it is advisable to perform adenotomy in combination with shunting of the eardrum.

**Field of application:** otorhinolaryngology.