

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.212.5-007.24 -089;616.213

На правах рукописи

ТУЙДИЕВ ШУХРАТ ШОДИЕВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С
ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН**

АВТОРЕФЕРАТ

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

Душанбе – 2021

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуалиибни Сино».

Научный руководитель: **Махмудназаров Махмадамин Имомович**
кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой 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

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

Оппонирующая организация: ГОУ «Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения Республики
Таджикистан»

Защита диссертации состоится «___» _____ 2021г. в «___» часов на
заседании диссертационного совета 6D.KOA-025 при ГОУ «Таджикский
государственный медицинский университет им. Абуалиибни Сино». Адрес:
734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, www.tajmedun.tj

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

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук**

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации. По данным отечественных и зарубежных авторов деформация носовой перегородки и хронический гипертрофический ринит являются самой распространенной патологией в структуре заболеваний верхних дыхательных путей и являются одной из основных причин хронической назальной обструкции [Пискунов Г.З. 2012; Поляева М.Ю., 2012; Махмудназаров М.И. 2015; Гуломов З.С. 2018.].

Искривление перегородки носа вызывает не только ухудшение носового дыхания, но и приводит к вазомоторным и гиперпластическим процессам в полости носа и ОНП, рефлекторным нарушениям дыхательной и сердечно-сосудистой системы организма. [Пискунов Г.З. 2010; Fasano M.V. 2010; Бойко Н.В. 2012; Лопатин А.С. 2012; Demoly P. 2013; Хасанов С.А. 2017]. В результате развития хронического гипертрофического или полипозного ринита нарушаются воздухообмен в околоносовых пазухах, что создает предпосылки для возникновения хронических воспалительных заболеваний ОНП и дыхательных путей, что значительно снижает качество жизни пациентов и их работоспособность [Махмудназаров М.И. 2012; Пискунов С.З. 2013; Черных Н.М. 2014; Hsia J.C. 2014; Kuntzler S. 2014; Eluecque H. 2015; Влайков А. 2016;].

Распространенность деформаций носовой перегородки и гипертрофии носовых раковин наблюдается и в Таджикистане, удельный вес которых в структуре заболеваний верхних дыхательных путей составляет до 36,5% [М.И. Махмудназаров [и др.], 2018]

Вопросы хирургического вмешательства на перегородке носа и на носовых раковинах приразличного рода деформациях носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин, в разных возрастных категориях пока еще недостаточно изучены и решение этого вопроса до настоящего времени остается дискуссионным.

Востребованность проведения данного исследования обусловлена тем, что многие вопросы, связанные с выбором метода хирургического лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с гипертрофией носовых раковин представляют актуальную проблему для отечественной ринологии и требуют дальнейшего изучения.

Степень изученности научной задачи.

По мнению многих ученых, патологические процессы в полости носа, ведущие к нарушению носового дыхания и другим функциональным изменениям, могут быть вызваны сочетанием нескольких причин и во время хирургического вмешательства возникает необходимость выполнять комплекс операций на структурах полости носа с целью восстановления утраченных функций носа и ликвидировать патологический процесс [Алексеев Д.С. 2012; Manestar D. 2012; Sam A. 2012; Шамсидинов Б.Н. 2013; Гуломов З.С. 2015; Юнусов А.С. 2017;].

Исследования, проведенные рядом зарубежных ученых [Fasano M.V. 2010; Kacha S. 2012; Кочергин Г.А. 2015; Будковая М.А. 2018; Kuntzler S. 2014;],

подтверждают роль деформации перегородки носа в возникновении хронических форм ринита и патологии околоносовых пазух. Имеются сообщения о положительном влиянии хирургического лечения по устранению искривления носовой перегородки на слуховую функцию у больных хроническим катаральным средним отитом.

В настоящее время имеется ряд работ, где сообщается о выполнении одновременных хирургических вмешательств функционального характера с целью восстановления основных функций носа больным с сочетанной патологией полости носа Gandomi B. 2010; Махмудназаров М.И. 2012; Fokkens W. 2012; Шамсидинов Б.Н. 2013; Prasad S. 2013; Пискунов Г.З. 2018; Курбонов У.А. 2019;]. В работе использованы научные данные зарубежных авторов в отношении тактики хирургического лечения пациентов с сочетанными патологиями носа и выявлены вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Исходя из вышеизложенного следует, что в современной ринологии нет единого мнения по тактике хирургического лечения и послеоперационного ведения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовой полости, а имеющиеся в литературе сведения по этим вопросам нередко противоречивы, что побудило нас провести данное научное исследование.

Теоретические и методологические основы исследования

В основе данной работы лежит изучение клинических особенностей течения и функционального состояния носа у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, а также разработка оптимального метода хирургического лечения с целью восстановления дыхательной, защитной и обонятельной функций носа.

Обследование пациентов, которое включало эндоскопию носа, КТ ОНП позволяет выявить локальные изменения внутриносовых структур, расширить возможности точной диагностики и планировать объем хирургического лечения.

Функциональные методы исследования носа, такие как ринопневмометрия, ольфактометрия, исследования мукоцилиарного транспорта и рН носового секрета, позволяют выявить значительные нарушения дыхательной, обонятельной и защитной функций носа у больных с сочетанной патологией полости носа, что явились показаниями для проведения хирургических вмешательств.

Обработку полученных данных производили с помощью стандартного пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Для оценки нормальности распределения количественных данных применялись: графические (частотная гистограмма) и расчётные (критерий Колмогорова Смирнова, Шапиро-Уилка) методы. Количественные показатели описывались в виде среднего значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$). Качественные значения отражены в виде абсолютных величин (n) и процентных долей.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Оптимизация хирургического лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетанное с патологией носовых раковин.

Объект исследования. Объектом исследования были 140 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, которые находились на стационарном лечении в оториноларингологическом отделении НМЦ РТ “Шифобахш”. Среди обследованных пациентов мужчин было - 86, а женщин – 54, что составило соответственно - 61,4% и 38,6%.

Предмет исследования. Выявление особенностей клинического течения, функционального состояния носа больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин и разработка оптимального метода хирургического лечения.

Задачи исследования.

1. Изучение особенностей клинического течения, эндоскопической картины и данных КТ носа у больных с искривлением носовой перегородки, сочетанное с различными вариантами гипертрофии носовых раковин.

2. Исследование функционального состояния слизистой носовой полости путём ринопневмометрии, ольфактометрии, определения двигательной активности МЦТ и Ph - носового секрета у пациентов с вышеуказанной патологией.

3. Разработка оптимальных вариантов хирургического лечения деформации носовой перегородки, сочетанной с разными формами гипертрофии носовых раковин.

4. Проведение сравнительной оценки результатов хирургического лечения больных с разной формой гипертрофии носовых раковин и искривлений носовой перегородки.

Методы исследования больных включали клинико- биохимический анализ крови, анализ мочи, кала, ЭКГ, флюорографию ОГК, КТ ОНП, риноскопию, эндоскопию носа с гибкими и жесткими эндоскопами и функциональные исследование носа (ринопневмометрия, ольфактометрия, определение МЦТ и КШР слизистой оболочки носа).

Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.03 -Болезни уха, горла и носа (6D110100 – Медицина), пунктам 3,-4. Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения ЛОР–заболеваний и внедрение их в клиническую практику. Разработка методов диспансеризации ЛОР–заболеваний.

Этапы исследования. Первый этап проведение патентного поиска, изучение литературы, определение названия темы диссертации, её цель и задачи. Второй этап - согласно цели и задачи научной работы обследованы 140 пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, и разработка оптимизированных методов хирургического лечения больных. Третий этап - статистическая обработка материалов диссертации и оценка научных результатов лечения с соответствующими выводами и рекомендациями.

Основная информационная и исследовательская база. В работе были изучены результаты исследований диссертаций, защищённых в Республике Таджикистан и Российской Федерации, научные статьи отечественных и зарубежных журналов, конференций и симпозиумов, посвященных вопросам

диагностики и хирургического лечения сочетанных патологий внутриносовых структур. Исследования проводились на базе оториноларингологического отделения ГУ НМЦ РТ “Шифобахш”.

Достоверность диссертационных результатов. Подтверждается достоверностью представленных в диссертации данных, достаточным объёмом материалов, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин.

Научная исследования. Впервые в условиях нашей республики изучены особенности клинического течения деформаций носовой перегородки, сочетанных с различными вариантами гипертрофии носовых раковин. Определены особенности эндоскопической картины носа и данные КТ исследований разных форм гипертрофии носовых раковин, сочетанных с деформацией носовой перегородки. Исследование функционального состояния носа выявило значительное нарушение проходимости носовых ходов, обонятельной функции, двигательной активности мукоцилиарного транспорта и кислотно-щелочного равновесия слизистой носовой полости у больных с сочетанной патологией перегородки носа и носовых раковин. На основании изучения клинико-эндоскопической и рентгенологической картины носа разработаны оптимальные варианты хирургических вмешательств у данной категории больных.

Теоретическая ценность исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации уже широко используется в учебном процессе кафедр оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино и института пседипломного образования в сфере здравоохранения.

Практическая ценность исследования. Особенности клинического течения у пациентов с искривлением носовой перегородки, сочетанным с патологией носовых раковин, проявляются выраженными нарушениями дыхательной, защитной и обонятельной функций носа, что необходимо учитывать практическим врачам при работе с больными данной категории

Риноэндоскопия и КТ ОНП у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, позволяет более точно выявить патологические изменения со стороны внутриносовых структур и ОНП, расширяя возможности установки точной диагностики сочетанных заболеваний полости носа, что необходимо учитывать при планировании лечебных и оперативных мероприятий.

Разработанный автором оптимальный метод хирургического вмешательства на перегородке носа и на носовых раковинах в зависимости от вариантов деформации носовой перегородки и характера патологии носовых раковин у больных с сочетанной патологией перегородки носа и носовых раковин имеет непосредственное практическое значение для практических врачей.

Модифицированный метод отслойки тканей перегородки носа распатором авторской разработки, способ хондротомии 4-х угольного хряща при септопластике, усовершенствованный вариант подслизистой вазотомии носовых раковин и оптимизация послеоперационного ведения больных с сохранением носового дыхания через воздухопроводные трубки значительно повышают эффективность хирургического лечения и могут быть широко применены в практической оториноларингологии.

Положения, выносимые на защиту:

1. При деформации носовой перегородки и гипертрофии носовых раковин происходит значительное нарушение основных функций носа.
2. Риноэндоскопия и КТ носа необходимы для выявления характера патологических изменений со стороны носовых раковин и вариантов деформаций носовой перегородки, а также для планирования объема хирургического вмешательства.
3. Оптимизация техники выполнения вмешательств на носовых раковинах и на перегородке носа одновременно, позволяет добиваться восстановления дыхательной, защитной и обонятельной функций носа у большинства пациентов.

Личный вклад соискателя

Личный вклад соискателя учёной степени кандидата медицинских наук состоит в непосредственном его участии в сборе научного материала (140 обследованных), 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 и его руководителем.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов.

Основные результаты исследований опубликованы в 35 научных работах, 7 из которых напечатаны в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией, 28 научных работ были опубликованы в сборниках и материалах и доложены на научно-практической конференции молодых учёных и студентов “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” с международным участием “Достижение и проблемы современной медицины” (Душанбе-2011); научно-практическая конференция оториноларингологов РТ «Актуальные проблемы оториноларингологии», посвященной 80-летию Ю.Б. Исхаки (Душанбе-2012); научно-практической конференции молодых учёных и студентов “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” с международным участием, “Достижение и перспективы развития медицинской науки” (Душанбе-2014); на IV-ом съезде оториноларингологов Узбекистана (Ташкент-2015); на V Петербургском форуме оториноларингологов России (Санкт-Петербург-2015); 63-ой годичной международной научно-практической конференции “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” “Вклад медицинский науки в оздоровление семьи” (Душанбе-2017); 65-ой годичной международной научно-практической конференции ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” “Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире” (Душанбе-

2017); клинической конференции ЛОР-врачей Национального медицинского центра Республики Таджикистан (Душанбе–2018.); 68-ой годичной международной научно-практической конференции ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” “Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования ”посвящённой “Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)” (Душанбе-2020). Зарегистрирован 1 патент на изобретение: «Распатор отсос» №ТJ 1024 и 3 рационализаторских предложения «Способ одномоментной ультразвуковой дезинтеграции и латеропозиции носовых раковин» №3341/R556, «Способ подслизистой вазотомии нижних носовых раковин» 3260/R47, «Способ субмукозной деструкции носовых раковин модифицированным распатором» №3441/R656.

Работа допущена к защите на заседании Ученого советастоматологического факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуалиибни Сино»

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертации опубликовано 35 научных работ, из них: 7 статей, входящих в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан РТ. Имеется 1 патент на изобретение, 3 рационализаторских предложения.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа представлена на 120 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, характеристики больных и методов исследования, глав собственных исследований, обсуждения результатов и списка литературы, содержащей 178 источника (124 отечественных и 54 зарубежных). Работа иллюстрирована 14 таблицами, 17 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В оториноларингологических отделениях Национального медицинского центра (НМЦ) РТ, которые являются клинической базой кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуалиибни Сино, нами обследованы 140 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, преимущественно в виде кавернозной, фиброзной и полипозной формы гипертрофии носовых раковин. Среди обследованных пациентов мужчин было - 86, а женщин – 54, что составило соответственно - 61,4% и 38,6%. Возрастной состав больных колебался от 16 до 48 лет. При этом, наибольшее количество пациентов приходилось на возрастные группы от 16 до 30 лет, что составило 67,8 %. Это, видимо связано с тем, что молодые люди данной возрастной категории чаще подвержены к различным травмам и более требовательны к своему здоровью.

При изучении давности заболевания выявлено, что средняя продолжительность заболевания у абсолютного большинства пациентов составила от 2 до 5 лет. Распределение больных по регионам показало, что более 55% пациентов поступили из города Душанбе и районов республиканского подчинения. Меньше всего больных поступили из ГБАО, что видимо связано с большой удаленностью этого региона.

Предоперационное обследование больных проводилось в условиях амбулатории и включало ЭКГ, флюорографию ОГК, рентгенографию или КТ ОНП, клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, исследование крови на ВИЧ и на маркеры гепатита В и С, группу крови и её резус принадлежность. В условиях стационара, пациентам проводили ежедневный оториноларингологический осмотр и исследование функционального состояния носа (риноманометрия, ольфактометрия, исследование мукоцилиарного транспорта и Ph носовой слизи) до операции и в разные сроки послеоперационного периода.

При исследовании ЛОР-органов особое внимание уделяли состоянию слизистой оболочки полости носа, носовых раковин, носовой перегородки и остеометального комплекса.

Согласно намеченных целей и задач исследования больные были распределены на две группы. Первую группу составили 53 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с кавернозной формой гипертрофии носовых раковин, вторую - 52 человека с деформацией носовой перегородки, сочетанной с фиброзной и полипозной формами гипертрофии носовых раковин. Пациентам основных групп выполнили различные варианты септум-операций и одномоментно УЗ-дезинтеграцию, подслизистую вазотомию или частичную резекцию носовых раковин в зависимости от вида и характера патологии носовых раковин. В качестве группы контроля обследовали 35 пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофическим ринитом, которым выполнили только септум-операцию без вмешательства на носовых раковинах.

Обработку полученных данных производили с использованием статистического пакета Microsoft Excel. Оценку статистической значимости различий между средними величинами осуществляли с помощью критерия Р - статистическая значимость различия средних показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни) по сравнению с нормой. Различия считались достоверными при 95% порога вероятности.

Результаты исследования

Клиническая характеристика больных. При анализе жалоб выяснилось, что во всех группах больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, отмечается нарушение носового дыхания, снижение обоняния, выделения из носа, головные боли, нарушение нормального сна и снижение трудоспособности, которые негативно влияли на качество жизни обследованных нами пациентов.

Результаты риноскопии и эндоскопии полости носа. При передней риноскопии и эндоскопии полости носа во всех группах обнаружены различные варианты деформации хрящевого, костного или костно-хрящевого отделов перегородки носа. При этом, у обследованных чаще наблюдались деформации перегородки носа в виде костно-хрящевых шипов и гребней (28,6%), S – образного ее искривления (22,8%), вывих со смещением 4-угольного хряща (21,4%), С-образной деформации (17,1%) и комбинированная деформация (10%).

В группе пациентов с деформацией носовой перегородки сочетанной с кавернозной формой гипертрофии носовых раковин, отмечалась умеренная набухлость слизистой оболочки полости носа. Нижние носовые раковины увеличены в объеме, с гладкой поверхностью, при зондировании пуговчатым зондом через мягкую кавернозную ткань раковины ощущается её костная основа. После пробы слизистой носа с сосудосуживающим раствором раковины достаточно сокращаются в объеме. Односторонняя гипертрофия носовых раковин выявлена у 64,1%, а двусторонняя – у 35,9% больных, при этом, гипертрофия средних носовых раковин выявлена у 16 пациентов, что составляет 30,1% от общего числа пациентов данной группы. У 60,1% обследованных в носовых ходах обнаружено наличие слизисто-серозного секрета.

В группе больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с фиброзной и полипозной формой гипертрофии носовых раковин, выявлена умеренная гиперемия и утолщение слизистой оболочки полости носа, гипертрофия носовых раковин с неровной поверхностью и неравномерным утолщением слизистой оболочки в переднем или заднем отделах носовых раковин. При пробе слизистой оболочки носа с 0,1% раствором нафтизина, размер носовых раковин не уменьшаются или сокращается незначительно. Гипертрофия нижних носовых раковин выявлена у 50,0%, средних носовых раковин - у 36,5% и обеих носовых раковин - у 13,5% пациентов, в том числе полипозная их гипертрофия у 15,4% пациентов.

Таким образом, у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, отмечаются заметные патологические изменения со стороны слизистой полости носа в виде гиперемии, набухлости и наличия патологического секрета в носовых ходах, более выраженные у пациентов с фиброзно-полипозной гипертрофии носовых раковин. Следует отметить, что выявленные нами риноскопические находки у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, сильно не расходятся с данными зарубежных ученых.

Компьютерная томография ОНП. На КТ ОНП у 37,8% выявлены патологические изменения со стороны околоносовых пазух в виде утолщения, гиперплазии и катарально-пристеночного воспаления слизистой оболочки пазух. При этом, патология верхнечелюстной пазухи обнаружена у 17,8%, решетчатой пазухи – у 8,6% и лобной пазухи – у 7,1% пациентов. Сочетанное поражение двух или более пазух диагностировано у 4,3% больных.

Результаты рентгенографии и КТ ОНП пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, показывают, что патологические изменения со стороны ОНП проявляются чаще в виде набухания слизистой оболочки и понижением воздушности околоносовых пазух. Следует отметить, что клинические проявления синуситов у обследованных нами больных почти отсутствовали, что свидетельствует о стертой форме хронического синусита.

Результаты функционального исследования носа. Исследование функционального состояния носа показало нарушение дыхательной,

обонятельной и защитной функций носово всех группах, но более выраженное во второй группе. Нарушение проходимости носовых ходов II-III степени отмечалось у 56,6 % пациентов первой, у 73,0% второй и у 54,3% обследованных контрольной группы. Среднее значение проходимости носовых ходов составляло $15,5 \pm 03$ мм.вод. ст. Снижение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа II- III степени выявлено у 56,6% больных первой, у 75,0% второй и у 65,7% пациентов контрольной группы. Средние показатели МЦТ составили $31,2 \pm 03$ мин. Нарушение обоняния выявлены у 79,1% пациентов первой группы. Гипосмия II – III степени наблюдалась у 76,9% больных второй и у 65,7% пациентов контрольной группы. У большинства наших пациентов этой группы отмечался сдвиг pH в кислую среду и составил в среднем $7,5 \pm 03$.

Таким образом, наши результаты эндоскопии и функционального исследования носа подтверждают выводы ряда ученых о том, что у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, происходят заметные нарушения дыхательной, обонятельной и защитной функций носа. В наших исследованиях, более выраженные расстройства функционального состояния носа были отмечены у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с фиброзной и полипозной формами гипертрофии носовых раковин.

Хирургическое лечение пациентов. Показанием для хирургических вмешательств послужили жалобы больных на затрудненное носовое дыхание, наличие деформации носовой перегородки с гипертрофией носовых раковин и выраженные нарушения функционального состояния носа. Последовательность одномоментных хирургических вмешательств в полости носа определяли в зависимости от вида деформации носовой перегородки, характера и локализации гипертрофии носовых раковин.

Первично септум-операции, затем вмешательства на носовых раковинах были выполнены 83 пациентам. Однако, 22 пациентам с выраженной гипертрофией передних концов нижних носовых раковин, а также их диффузным увеличением в объеме, первым этапом выполнили УЗД носовых раковин, а затем септопластику. Такую последовательность операции обосновали затруднением обзора переднего и среднего отделов перегородки носа и носовой полости, что создавали сложности во время септопластики. Следует заметить, что во время проведения УЗД, раковины на глазах сокращаются в размере, тем самым улучшается обзор операционного поля во время последующей септум- операции.

Для усовершенствования техники операции на перегородке носа, в набор инструментов для септум-операции дополнительно включили модифицированный нами распатор для ускоренной отслойки тканей, микроножы для качественной хондротомии и носовое зеркало с длинными браншами, необходимое для редрессации костной части перегородки носа. В качестве основного доступа использовали полупроницающий разрез, широко применяемые многими хирургами, который расширяет возможности хирурга для выполнения манипуляций в области медиальных ножек крыльчатых хрящей и дна полости носа.

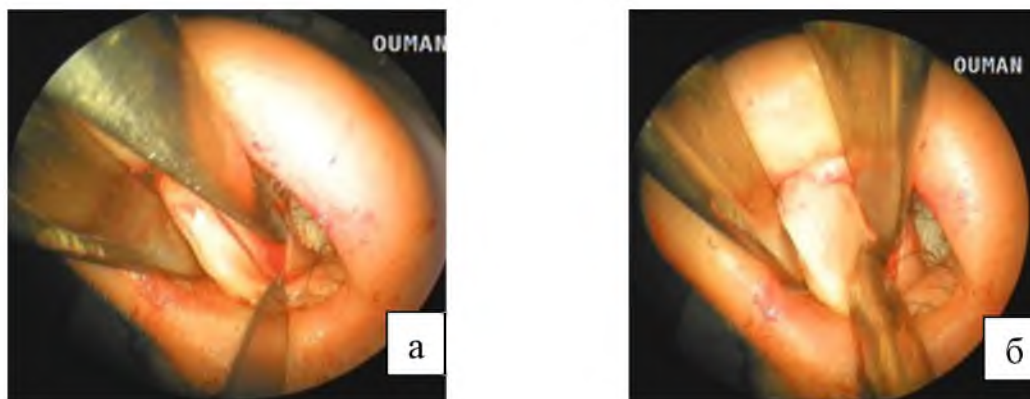


Рисунок-1.

Разрез (а) и отслойкаслизистой носовой перегородки (б).

В ходе оперативной деятельности, техника отслойки мукоперихондрия и мукопериоста, а также методы резекции и коррекции хрящевой части перегородки носа нами были усовершенствованы. Для ускоренной отслойки слизистой оболочки перегородки носа мы использовали усовершенствованный raspator-отсос с длиной металлической трубки 15 см и диаметром 3мм, (Патент№ ТЖ1024), возможности применения которого во время септум-операции не ограничены.

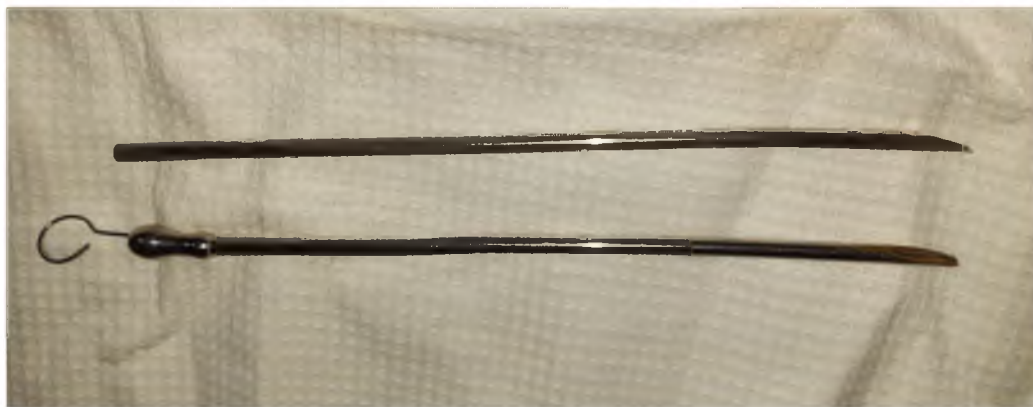


Рисунок-2. Распаторы – отсосы для эндоназальной хирургии

Распатор–отсос использовали как для отслойки мукоперихондрия и мукопериоста от костно-хрящевого скелета, так и для отсечения четырехугольного хряща от костной части перегородки носа сзади. Кроме того, его можно применять для отсасывания содержимого из полости носа, а также для укладки марлевых тампонов в нос по окончании операции. Возможность одновременного отсасывания крови при отслойке тканей позволяет хирургу хорошо видеть операционное поле и значительно облегчает его работу во всех стадиях операции.

Следует отметить, что при выполнении различных вариантов септум-операции мы столкнулись с некоторыми сложностями и убедились в том, что методы консервативной септопластики технически намного сложнее, чем традиционная подслизистая резекция носовой перегородки по Киллиану.

В частности, выполнять разрезы на четырехугольном хряще в различных направлениях обычными скальпелями, в узком операционном поле оказалось технически очень сложно и создавало проблемы для хирурга. С целью

усовершенствования хирургической техники хондротомии 4-х угольного хряща мы успешно использовали микроножи из набора инструментов для микрохирургии уха, предложенный М.И. Махмудназаровым (2008) (**рац. предложение № 3154/Р-456**). При этом, для отсечения четырехугольного хряща от перпендикулярной пластинки решетчатой кости удобным оказался лопаточный, от костного основания перегородки – прямой, а для круговых разрезов копьевидный микронож.

Следует отметить, что все манипуляции с микроножами производили на хряще, спаянным со слизистой оболочкой противоположной стороны, чего практически невозможно выполнить обычными скальпелями, тем более, в узком операционном поле, что еще раз подтверждает безопасности эффективность микроножей перед традиционным скальпелем.

Варианты хирургического вмешательства на носовых раковинах, также зависели от вида и сложности патологии носовых раковин. Например, при кавернозной и фиброзной форме гипертрофии носовых раковин предпочтение отдавали УЗ дезинтеграции и подслизистой вазотомии носовых раковин, а при полипозной форме – подслизистой деструкции носовых раковин по нашей разработке.

Ультразвуковую дезинтеграцию (УЗД) носовых раковин осуществляли ультразвуковым зондом с частотой колебания рабочей части в пределах 22-44 кГц и с амплитудой колебания от 45 до 50 мкм. (рисунок 3(а)). Методика УЗД носовых раковин заключалась в том, что УЗ зонд во включенном состоянии внедряли в толщу нижней носовой раковины через её передний конец в глубину на 2-3 см и производили ее дезинтеграцию в течении 8-10 секунд круговыми движениями зонда. При этом, для предупреждения кровотечения из раневого отверстия её края коагулировали УЗ зондом при выходе из раны. При гипертрофии заднего отдела носовой раковины, УЗ зонд внедряли в толщу раковины на глубину 1-1,5 см. В случаях гипертрофии средней носовой раковины УЗ зонд внедряли в передний конец раковины и аналогичным образом разрушали её строму (рисунок 3(б)).

Используя методику УЗД носовых раковин у 25 больных с сосудистой формой гипертрофии носовых раковин, мы наблюдали хорошее коагулирующее свойство УЗ зонда, так как все операции с применением хирургического ультразвука прошли почти бескровно.

Следует особо отметить, что УЗ дезинтеграция позволяет разрушение патологически измененной стромы носовой раковины щадящее, без повреждения физиологически важного эпителиального покрова слизистой оболочки с последующим рубцеванием в зоне операционного канала, в связи с чем метод получил широкое применение и признание.

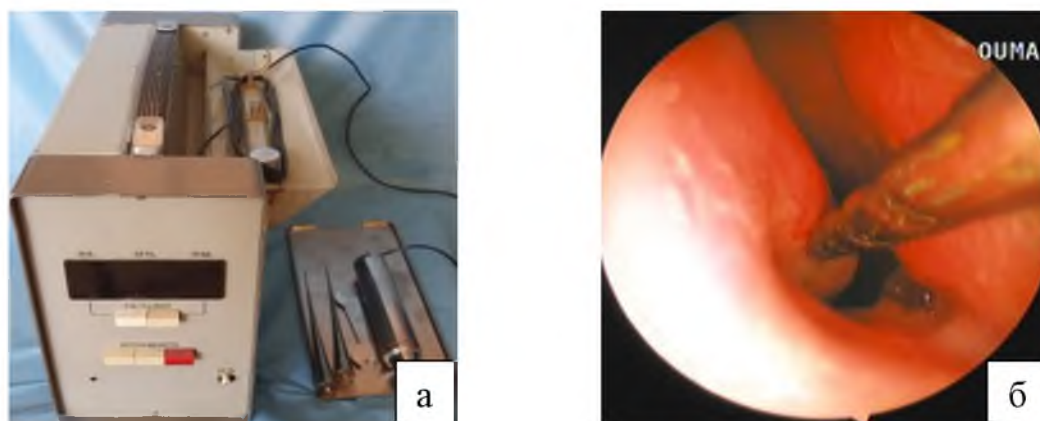


Рисунок-3. УЗ хирургический аппарат ЛОРА-ДОН (а) и методика УЗ дезинтеграции нижней носовой раковины (б).

Опираясь на собственный опыт применения хирургического ультразвука при лечении кавернозной формы гипертрофии носовой раковины считаем, что воздействия УЗ зонда в течении 8-10 секунд на строму носовой раковины вполне достаточно для разрушения сосудистой сети последней без ожогового эффекта и повреждения мерцательного эпителия.

Мы наблюдали **8** случаев аномального расположения нижней носовой раковины, когда гипертрофированная носовая раковина достаточно далеко отходила от латеральной стенки полости носа и практически соприкасалась с перегородкой носа. В такой ситуации, первым этапом выполнили, способ УЗД носовой раковины с последующим смещением ее к латеральной стенке, т.е. латеропозицию раковины (**рац. предложение №3341/R556**) и далее проводили септум–операцию выше описанными методами в зависимости от типа и характера деформации носовой перегородки.

Наш опыт применения подслизистой вазотомии показал, что на месте разреза на переднем конце носовой раковины нередко отмечается значительное кровотечение, для остановки которого нередко приходилось проводить переднюю тампонаду носа, в результате которой края раны повреждались и расходились. Мы разработали модифицированную методику подслизистой вазотомии нижних носовых раковин распатором-отсосом без разреза слизистой носовой раковины (**рац. предложение №3260/P -475**) и успешно ее внедрили в клиническую практику ЛОР отделений Национального медицинского центра РТ.

Подслизистая вазотомия нижней носовой раковины по нашей методике от традиционного отличается тем, что мы острый конец распатора - отсоса вводили в толщу нижней носовой раковины через её передний конец без предварительного разреза и производили разрушение расширенных артериовенозных сплетений и гипертрофированной ткани последней. При этом, распатор, подключенный к электрическому отсосу, кроме разрушения ткани носовой раковины одновременно отсасывает кровь из раневой полости, что значительно облегчает работу хирурга и исход операции.

Наш опыт применения гальванокаустики и криодеструкции носовых раковин показали, что эти методы хирургического воздействия сопряжены повреждением

мерцательного эпителия, некрозом ткани носовой раковины на большом протяжении с последующей ее атрофией. Современная лазерокаустика носовой раковины, где под воздействием лазерного луча испаряется ткань носовой раковины, также отличается повреждением мерцательного эпителия и ее некрозом на всем протяжении носовой раковины. В связи с вышеизложенным, для хирургического лечения фиброзной формы гипертрофии носовых раковин мы предложили и успешно применили методику субмукозной (подслизистой) деструкции стромы носовой раковины (**рац. предложение № №3441/R656**) с использованием коленчатого распатора диаметром 3-5 мм и длиной канюли 15 см с острозаточенной рабочей частью инструмента, который позволяет сравнительно легко разрушать гипертрофированные ткани носовой раковины в течение 10-12 секунд с одновременным отсасыванием крови из раневой полости, что значительно облегчает работу хирурга во время процедуры.

В ходе послеоперационного ухода у 8 больных наблюдалась тенденция к смещению выпрямленного четырехугольного хряща или его частей, что приводило вновь к сужению общего носового хода на стороне смещения и затрудняло носовое дыхание. Для решения этой проблемы мы предложили (**рац. Предложение № 3170/P-472**) и успешно внедрили в клиническую практику способ односторонней пролонгированной тампонады носа. Суть методики заключалась в том, что в зависимости от смещения перегородки влево или вправо, в соответствующую половину носа вставили воздуховод длиной 6-8 см, изготовленный из интубационной трубки размером №6 или №7, в зависимости от ширины носовых ходов. Далее, в свободную часть полости носа над воздухопроводной трубкой вставили резиновый пальчик от латексной перчатки, заполненный марлевым тампоном сразу на 4-5 суток. Это время позволяет четырехугольному хрящу или его фрагментам прочно фиксироваться к окружающим их тканям носовой перегородки и принимать срединное положение, а наличие воздухопроводной трубки обеспечивает носовое дыхание за период нахождения тампона в носу.

В целом, послеоперационный период во всех группах больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, протекал относительно гладко, без серьезных осложнений. Наш опыт наблюдения за больными, которые перенесли операции одновременно на медиальной и латеральной стенках полости носа, и пациентами, перенесших только септопластику показали, что послеоперационные реактивно-воспалительные явления практически идентичны и существенно не отличаются друг от друга.

Результаты хирургического лечения. Оценку анатомических и функциональных результатов хирургического лечения пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, проводили в конце второй недели, первого и третьего месяцев, а также по истечении 6 месяцев послеоперационного наблюдения за больными.

Через 15 дней после проведения оперативных вмешательств у 24 (45,3%) пациентов из первой, у 22(42,3%) – из второй и у 13(37,1%) больных из контрольной группы отмечен отличный анатомический результат, т.к. у них

носовая перегородка находится в срединном положении, носовые раковины уменьшились в объеме и в носовых ходах патологического секрета не наблюдается. За этот короткий период у 45,3% больных из первой, у 42,3% - из второй и у 37,1% пациентов контрольной группы восстановилась проходимость носовых ходов. У 52,8% и у 48,1% больных основных групп и у 42,9% пациентов контрольной группы нормализовалась обонятельная функция носа. В то же время, у 39,6% и у 36,5% больных основной и у 34,3% пациентов группы контроля восстановилась двигательная активность МЦТ.

Через 1 месяца после оперативного вмешательства по поводу деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, восстановление дыхательной функции отмечено у 67,9%, обонятельной - у 73,6% и защитной функций носу 58,5% пациентов первой группы.

Восстановление этих же параметров носа наблюдалось у 65,4%, у 71,2% и у 55,8% пациентов второй группы. В контрольной группе, вышеуказанные показатели функционального состояния носа оказались несколько ниже и составили соответственно - 62,9%, 68,6% и 54,3%, что свидетельствует об эффективности одномоментных операций при сочетанных патологиях внутриносовых структур (таблица 1).

Таблица-1. Показатели функционального состояния носа у пациентов через 1 месяц после операции.

Функциональные методы исследования носа	Результаты исследований		
	1-я группа (n=53)	2-я группа (n=52)	3-я группа (n= 35)
Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.водн.ст.)	36 (67,9%)*	34 (65,4%)*	22 (62,9%)*
I степень (11-30 мм.водн.ст.)	13 (24,5%)*	12 (23,1%)	8 (22,9%)*
II степень (31-60 мм.водн.ст.)	4 (7,5%)*	6(11,5%)*	5 (14,3%)*
Ольфактометрия (n- все запахи)	39 (73,6%)*	37 (71,2%)*	24 (68,6%)*
Гипосмия I ст. слаб. запах	15 (28,3%)*	13 (25,0%)	8 (22,9%)*
Гипосмия II ст. средн. запах	-	2 (3,8%)*	3 (8,6%)*
МЦТ (n -14,2±3,5 мин)	31 (58,5%)*	29 (55,8%)*	19 (54,3%)*
МЦТ I ст. - 20-30 мин.	17 (32,1%)	17 (32,7%)	9 (25,7%)*
МЦТ II ст. 31-50 мин.	5 (9,4%)*	6 (11,5%)*	7 (20,0%)*
Ph носовой слизи, M±m	7,41±0,2	7,45±0,3	7,44±0,1

Показатели функционального состояния носа через три месяца показали восстановление дыхательной функций носа у 92,5% больных первой, у 90,4% - второй и у 82,9% пациентов контрольной группы. Обонятельная функция нормализовалась у 96,2% пациентов первой, у 94,2% - второй и у 88,6% обследованных контрольной группы. Двигательная активность мерцательного эпителия восстановилась у 94,3% пациентов 1-й, у 94,2% - 2-й и у 82,9% больных контрольной группы.

Следует отметить, что показатели функционального состояния носа в группах друг от друга отличаются. Наиболее положительные функциональные результаты получены в первой группе больных с деформацией перегородки носа,

сочетанной с кавернозной формой гипертрофии носовых раковин. Во второй группе пациентов с деформацией перегородки носа, сочетанной с фиброзно-полипозной формой гипертрофического ринита, показатели оказались несколько ниже, что связано более стойкими и глубокими изменениями носовых раковин в виде полипозного их разрастания. Что касается более низких функциональных показателей больных контрольной группы, где была выполнена только септум – операция, наличие гипертрофированных носовых раковин не позволяет полному восстановлению дыхательной, обонятельной и защитной функций носа (таблица 2).

Таблица-2. Показатели функционального состояния носа у пациентов через 3 месяца после операции

Функциональные методы исследования носа	Результаты исследований		
	1-я группа (n=53)	2-я группа (n=52)	3-я группа (n= 35)
Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.водн.ст.)	49 (92,5%)*	47 (90,4%)*	29 (82,9%)*
I степень (11-30 мм.вод.ст.)	4 (7,5%)*	5 (9,6%)*	6 (17,1%)*
II степень (31-60 мм.вод.ст.)	-	-	-
Ольфактометрия (n- все запахи)	51 (96,2%)*	49 (94,2%)*	31 (88,6%)*
Гипосмия I ст.слаб. запах	2 (3,8%)*	3 (5,8%)*	4 (11,4%)*
Гипосмия II ст. средн. запах	-	-	-
МЦТ (n -14,2±3,5 мин)	50 (94,3%)*	49 (94,2%)*	29 (82,9%)*
МЦТ I ст. - 20-30 мин.	3 (5,7%)*	3 (5,8%)*	6 (17,1%)*
МЦТ II ст. 31-50 мин.			
Ph носовой слизи, M±m	7,41±0,2	7,43±0,3	7,45±0,4

При подведении итогов хирургического лечения через 6 месяцев после операции из 53 пациентов первой группы деформацией носовой перегородки, сочетанной с кавернозной формой гипертрофического ринита, у 96,2% получен хороший и у 3,8% - удовлетворительный функционально анатомический результат. Во второй группе больных с искривлением носовой перегородки, сочетанным с фиброзно-полипозной гипертрофией носовых раковин, хороший результат получен у 94,2%, удовлетворительный – у 5,8% обследованных. В группе контроля, где больным с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, проведена только септум–операция, хороший функционально анатомический результат наблюдается у 88,6%, а удовлетворительный – у 11,4% обследованных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Клинические проявления больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с гипертрофией и с полипозно измененными носовыми раковинами характеризуются более сложным течением. Фиброриноскопия, эндоскопия и КТ носа и ОНП позволили выявить варианты деформации перегородки носа в виде костно-хрящевых шипов и гребней у 28,6% больных, С-

образную её деформацию – у 24,3%, S-образное искривление – у 22,8% и вывих 4-угольного хряща с смещением – у 20,7% обследованных в сочетании с разными формами гипертрофии нижних и средних носовых раковин [4-А, 6-А, 7-А, 13-А]. Эндоскопически отмечалась набухлость слизистой носа с увеличением в объеме носовых раковин с гладкой их поверхностью, а в группе больных с фиброзной и полипозной формой гипертрофии выявлена гипертрофия носовых раковин с неровной поверхностью и неравномерным утолщением слизистой носовых раковин [8-А, 11-А, 23-А, 27-А, [35-А].

2. Результаты исследования функционального состояния носа показали, что нарушение проходимости носовых ходов II-III степени отмечалось у 56,6% пациентов первой, у 73,0% второй и у 54,3% обследованных контрольной группы. Среднее значение проходимости носовых ходов составляло $15,5 \pm 03$ мм.вод.ст. Снижение транспортной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки носа II- III степени выявлено у 56,6% больных первой, у 75,0% второй и у 65,7% пациентов контрольной группы. Средние показатели МЦТ составили $31,2 \pm 03$ мин. Нарушение обоняния выявлено у 79,1% пациентов первой группы. Гипосмия II – III степени наблюдалась у 76,9% больных второй и у 65,7% пациентов контрольной группы. У большинства наших пациентов отмечался сдвиг pH в кислую среду и составил в среднем $7,5 \pm 03$ [1-А, 33-А,].

3. В ходе научной работы оптимизированы технико-тактические аспекты хирургических вмешательств на перегородке носа и на носовых раковинах. Для улучшения отслойки мукоперихондрия и мукопериоста перегородки носа, использовали отсос-распатор нашей модификации (патент №ТГ1024, 2019), оптимизировали технику коррекции 4-х угольного хряща с использованием микроножей (рац. предл. №3154/Р-456), модифицировали методику подслизистой вазотомии носовых раковин (рац.предл. №3260/Р-475) и предложили способ пролонгированной тампонады носа (рац. предлож. № 3170/Р-472) для предотвращения смещения выпрямленного четырехугольного хряща или его частей [36-А, 38-А, 39-А].

4. Показатели функционального состояния носа через три месяца указали на восстановление дыхательной функции носа у 92,5% больных первой, у 90,4% - второй и у 82,9% пациентов контрольной группы. Обонятельная функция нормализовалась у 96,2% пациентов первой, у 94,2% - второй и у 88,6% обследованных контрольной группы. Двигательная активность мерцательного эпителия восстановилась у 94,3% пациентов 1-й, у 94,2% - 2-й и у 82,9% больных контрольной группы. Через 6 месяцев после операции в первой группе больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с кавернозной формой гипертрофического ринита у 96,2% получен хороший и у 3,8% - удовлетворительный функционально анатомический результат. Во второй группе с фиброзно-полипозной гипертрофией носовых раковин, хороший результат получен у 94,2% и удовлетворительный – у 5,8% обследованных, а в контрольной группе хороший функционально анатомический результат наблюдается у 88,6%, а удовлетворительный – у 11,4% обследованных [21-А, 22-А, 26-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. Для адекватной оценки состояния внутриносовых структур и ОНП при деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, рекомендуем широкое внедрение в ринологическую практику методов ринофиброскопии, эндоскопии носа и КТ ОНП.
2. Для ускорения отслойки слизистой оболочки перегородки носа вместе с надхрящницей и надкостницей целесообразно использовать отсос-распатор нашей модификации, а для коррекции и минимальной резекции 4-х угольного хряща копьевидный и лопаточный микроножи, позволяющие сохранить её опорной функции.
3. В случаях выраженной гипертрофии носовых раковин, затрудняющих обзор переднезаднего отдела перегородки носа и создающих сложности для септопластики, первым этапом операции рекомендуем выполнить вмешательство на носовых раковинах, а затем септопластику.
4. По окончании внутриносовых операций, рекомендуем тампонаду носа с применением резиновых пальчиков, предохраняющих слизистую оболочку носа от травмы и вставление в нос воздухопроводящих трубок, обеспечивающих сохранение носового дыхания, что позволяет пациентам без тягостных ощущений переносить первые сутки после операции.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А] Туйдиев Ш.Ш. Функциональная и эстетическая хирургия при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией полости носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.47- 50.
- [2-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическая коррекция сколиоза наружного носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.205-207.
- [3-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Российская оториноларингология.- №6.-2012.- С. 109 – 113.
- [4-А] Туйдиев Ш.Ш. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.
- [5-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.А. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.-№3(1).-2014.- С.61-64.
- [6-А] Туйдиев Ш.Ш. Значение компьютерной томографии в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х. //Здоровоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С. 43-48.
- [7-А] Туйдиев Ш.Ш. Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с

патологией носовых раковин. // Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Назаров З.Х., Юсупов А.Ш. //Здравоохранение Таджикистана. - 2019.- №1.- С. 83-92.

Статьи и тезисы в материалах съездов и конференций

[8-А] Туйдиев Ш.Ш. Лечение хронического гипертрофического ринита методом ультразвуковой дезинтеграции. /Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Современные аспекты общественного здравоохранения. Материалы конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Душанбе-2007.- С.353-355.

[9-А] Туйдиев Ш.Ш. Осложнения подслизистой резекции носовой перегородки по Киллиану и способы их устранения / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы республиканской научно-практической конференции хирургов. Турсунзаде. - 2007.- С. 214.

[10-А] Туйдиев Ш.Ш. Наш опыт септопластики при деформациях носовой перегородки с использованием микроножей / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе. -2007г.- С. 252-254.

[11-А] Туйдиев Ш.Ш. Септум-операция и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин при деформациях носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шарипов Х.Х. // Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе, 2007г.- С. 254-255

[12-А] Туйдиев Ш.Ш. Септопластика при вывихе хряща перегородки носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы научно-практической конференции с международным участием. Душанбе. -2007.- С. 113 – 114.

[13-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическая тактика при деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин у детей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // Материалы 2- съезда детских хирургов и анестезиологов Таджикистана. Душанбе -2008.- С. 264-265

[14-А] Туйдиев Ш.Ш. Ринопластика при горбатом носе /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 56-й научно-практической конференции ТГМУ. - Душанбе. - 2008.- С. 318-319.

[15-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическая коррекция комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 57-й научно-практической конференции с международным участием посвященной 70-летию образования ТГМУ. Душанбе -2009.- С. 396-398.

[16-А] Туйдиев Ш.Ш. Качество жизни больных с хроническим гипертрофическим ринитом до и после лечения. Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ. Душанбе. – 2009.- С. 358-359.

[17-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций перегородки носа у детей /Махмудназаров М.И., Шамсидинов Б.Н., Туйдиев Ш.Ш. //Журн. «Педиатрия и детская хирургия Таджикистана» 2010г.-№1.- С.50-52.

[18-А] Туйдиев Ш.Ш. Роль анатомических аномалий носовой полости в хронизации риносинуситов. / Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г, Ятимов Х.Р.

//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ. Душанбе. – 2010.- С. 61-63.

[19-А] Туйдиев Ш.Ш. Чаррохии деформатсияи миёнадевори бинии кудакон. /Махмудназаров М.И., Шамсиддинов Б., Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш.//Журнал « Авчи зухал».-2011.- С. 13-15

[20-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций перегородки носа в детском возрасте /Махмудназаров М.И., Шамсиддинов Б.Н., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 11-научно-практической конференции оториноларингологов Узбекистана. Ташкент-2012.- С. 31-32.

[21-А] Туйдиев Ш.Ш. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы научно-практической конференции отоларингологов РТ с международным участием. Душанбе. - 2012.- С.47 -49.

[22-А] Туйдиев Ш.Ш. Послеоперационное ведение больных с искривлением перегородки носа. /Туйдиев Ш.Ш., Солиева Ш.А. // Современная медицина в Таджикистане. Годичной научно- практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ. Душанбе. – 2012.- С. 217.

[23-А] Туйдиев Ш.Ш. Усовершенствованный метод хирургического лечения хронического вазомоторного ринита /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. //Материалы 61-й научно-практической конференции ТГМУ имени Абуалиибни Сино. Душанбе- 2013.-С.381-382.

[24-А] Туйдиев Ш.Ш. Хирургический подход при деформации носовой перегородки у детей. /Махмудназаров А.М., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 9 годичной научно–практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ТГМУ. – 2014. С177

[25-А] Туйдиев Ш.Ш. Последствия подслизистой резекции перегородки носа и методы их устранения. /Туйдиев Ш.Ш., Икромов М.А. //Достижения и перспективы развития медицинской науки. //Материалы 9 годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ТГМУ.Душанбе. – 2014.- С. 178.

[26-А] Туйдиев Ш.Ш. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Азизова М.С. //Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 2015.-С.80.

[27-А] Туйдиев Ш.Ш. Табобати чаррохии деформатсияи бини дар якҷояги бозътилоляти ковокии бини ва чавфҳои наздибиниги. /Махмудназаров М.И.,Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш.,Мехмондустов С.Г.// Журнал «Авчи зухал» №4. Душанбе - 2015.- С. 11-15

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

[29-А] Туйдиев Ш.Ш. Оптимизация послеоперационного ведения больных с искривлением перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Туйдиев Ш.Ш., Муродов Ш.Д.// Материалы 64-й годичной научно-практической

конференции ТГМУ с международным участием, посвященной 25-летию Независимости РТ.- 2016. - С.325-326.

[30-А] Туйдиев Ш.Ш. Оптимизация усиливает эффект от применения сульфата цинка при лечении синуситов. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д. // Журнал «Авчизухал» №4. - 2016.- С. 27-29.

[31-А] Туйдиев Ш.Ш. Эффективность применения шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин./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.

[32-А] Туйдиев Ш.Ш. Компьютерная томография в диагностике сочетанных патологий носа и околоносовых пазух./Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Урунбаева М.Г. // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. 2018г. С.156-158.

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

[34-А] Туйдиев Ш.Ш. Усовершенствование хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Ахророва З.А., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции, посвященной 80-летию ТГМУ. Душанбе - 2019г. С.280-282.

[35-А] Туйдиев Ш.Ш. Современный подход к лечению хронического гипертрофического ринита. /Махмудназаров А.М., Туйдиев Ш.Ш., Тохилова М.Г. // Материалы 68-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе - 2020г. С.313-314.

Патент на изобретение

[36-А] Туйдиев Ш.Ш. Малый патент на изобретение Республики Таджикистан № ТЈ1024, МПК А61В17/24; А61 К36/38. Распатор – отсос / Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш. – 1901299; от 22.07.2019.

Рационализаторские предложения

[37-А] Туйдиев Ш.Ш. Рационализаторское предложение № 3260/R47, Способ подслизистой вазотомии нижних носовых раковин / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. от 31.03.2011/.

[38-А] Туйдиев Ш.Ш. Рационализаторское предложение №3341/R556, Способ одномоментной ультразвуковой дезинтеграции и латеропозиции носовых раковин / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. от 08.02.2013/.

[39-А] Туйдиев Ш.Ш. Рационализаторское предложение №3441/R656, Способ субмукозной деструкции носовых раковин модифицированным распатором/ Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Ятимов Х.Р. от 04.02.2015/.

Перечень сокращений и условных обозначений

ДНП – деформация носовой перегородки

ИНП- искривление носовой перегородки

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

КТ - компьютерная томография

КЩР – кислотно-щелочное равновесие

МЦТ - мукоцилиарный транспорт

МЦК – мукоцилиарный клиренс

ННР –нижняя носовая раковина

НМЦ – Национальный медицинский центр

НП – носовая перегородка

ОНП – околоносовые пазухи

ПН – перегородка носа

РСП – риносептопластика

СКТ - спиральная компьютерная томография

СНР – средняя носовая раковина

ТФМЭ - транспортная функция мерцательного эпителия

УЗ - ультразвук

УЗД – ультразвуковая дезинтеграция

ЭКГ – электрокардиография

ОГК – органы грудной клетки.

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.212.5-007.24 -089;616.213

Бо ҳуқуқи дастнавис

ТУЙДИЕВ ШУҲРАТ ШОДИЕВИЧ

**МУНОСИБСОЗИИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҶИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ
КАҶШАВИИ МИЁНДЕВОРИ БИНӢ ДАР ЯКҶОЯГӢ БО ПАТОЛОГИЯИ
КОВОКИИ БИНӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфтидараҷаи илмӣ

номзади илмҳои тибб

аз рӯи ихтисоси

14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

Душанбе 2021

Таҳкикоти илмӣ дар кафедраи оториноларингологияи Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» анҷом шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович** - номзоди илмҳои тиб, дотсенти кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ: **Ҳасанов Саидакрам Аскарлович** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи оториноларингология, оториноларингологияи кӯдакон ва стоматологияи институти тиббии педиатрии Тошкент

Бустонов Махсум Отақулович – номзоди илмҳои тиббӣ, дотсенти кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2, Донишгоҳи тиббии Хатлон

Муассисаи пешбар: МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи нигоҳдории тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ 2021 соати «___» дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-025 назди МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, www.tajmedun.tj

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан умкин аст.

Автореферат «___» _____ 2021 тавзеъ шудааст

Котиби илмӣ
шӯроидиссертатсионӣ
доктори илмҳои тиббӣ

Юнусов И.А.

МУҚАДДИМА

Мубрамият ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Тибқи маълумоти муаллифони ватанӣ ва хориҷӣ деформатсияи миёндевори бинӣ ва ринити музмини гипертрофикӣ паҳншудатарин беморӣ дар сохтори бемориҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ буда, яке аз сабабҳои асосии инсидоди музмини бинӣ ба ҳисоб меравад [Пискунов Г.З. 2012; Поляева М.Ю., 2012; Махмудназаров М.И. 2015; Гуломов З.С. 2018.].

Қаҷшавии миёндевори бинӣ на танҳо сабаби бад шудани нафаскашӣ бо бинӣ, балки боисидар ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ пайдо шудани протсессҳои вазомоторӣ ва гиперпластикӣ, ихтилолҳои рефлектории системаҳои нафаскашӣ ва дилу рағҳои организм низ мегардад [Пискунов Г.З. 2010; Fasano M.B. 2010; Бойко Н.В. 2012; Лопатин А.С. 2012; Demoly P. 2013; Salihoglu M. 2014;]. Дар натиҷаи пайдо шудани ринити музмини гипертрофикӣ ё полипозӣ дар ҷавфҳои наздибинигӣ мубодилаи ҳаво вайрон мешавад ва ин барои пайдо шудани бемориҳои музмини илтиҳобии ҷавфҳои наздибинигӣ ва роҳҳои нафаскашӣ замина фароҳам месозад, ки ин сифати ҳаёти беморон ва қобилияти кори онҳоро паст мекунад [Махмудназаров М.И. 2012; Пискунов С.З. 2013; Черных Н.М. 2014; Hsia J.C. 2014; Kuntzler S. 2014; Eluesque H. 2015; Влайков А. 2016;].

Паҳншавии деформатсияи миёндевори бинӣ ва гипертрофияи садафҳои бинӣ дар Тоҷикистон низ ба мушоҳида мерасад, тақроршавии он дар сохтори бемориҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ то 36,5%-ро ташкил медиҳад [М.И. Махмудназаров [ва диг.], 2018].

Масъалаҳои амалиёти ҷарроҳии миёндевори бинӣ, яққоя бо бемориҳои садафаҳои бинӣ дар категорияҳои гуногуни синнусолӣ то ҳол ба қадри кофӣ мавриди омӯзиш қарор нагирифтааст ва ҳаллу фасли масъалаи мазкур то имрӯз баҳснок боқӣ мемонад.

Зарурати гузаронидани таҳқиқоти мазкур дар он аст, ки масъалаҳои зиёди марбут ба интиҳоби усули табобати ҷарроҳии деформатсияи миёндевори бинӣ яққоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ барои ринологияи ватанӣ масъалаи актуалӣ мебошанд ва ба омӯзиши минбаъда ниёз доранд.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ.

Ба андешаи олимони зиёд, протсессҳои патологияи бинӣ, ки ба ихтилоли нафаскашӣ бо бинӣ ва дигар тағйиротҳои функционалӣ мегарданд, метавонанд, ки аз яққояшавии яққанд сабабҳо пайдо шаванд ва ҳангоми иҷро намудани амалиётҳои ҷарроҳӣ зарурати анҷом додани комплекси ҷарроҳӣҳо дар сохторҳои ковокии бинӣ бо мақсади барқарор кардани функцияи бинӣ ва бартараф кардани протсесси патологӣ ба миён меояд [Алексеев Д.С. 2012; Manestar D. 2012; Sam A. 2012; Шамсидинов Б.Н. 2013; Гуломов З.С. 2015; Юнусов А.С. 2017;].

Таҳқиқоти гузаронидашудаи як гурӯҳ олимони хориҷӣ [Fasano M.B. 2010; Kacha S. 2012; Кочергин Г.А. 2015; Будковая М.А. 2018; Kuntzler S.

2014;], нақши деформатсияи миёндевори биниро дар пайдо шудани шаклҳои музмини ринит ва бемориҳои чавфҳои наздибинигӣ тасдиқ мекунад. Дар бораи таъсири мусбати табобати чарроҳӣ оид ба баргараф сохтани қачшавии миёндевори бинӣ ба функцияи шунавоӣ дар беморони мубтало ба отити музмини назлавии миёнамаълумотҳо дастрасанд.

Айни замон як қатор таҳқиқотҳои мавҷуданд, ки доир ба иҷро кардани амалиётҳои ҳамзамони чарроҳии функционалӣ бо мақсади барқарор кардани функцияҳои асосии бинӣ дар беморони дорои бемориҳои омехтаи ковокии бинӣ маълумот медиҳанд GandomiB. 2010; Махмудназаров М.И. 2012; FokkensW. 2012; Шамсидинов Б.Н. 2013; PrasadS. 2013; Пискунов Г.З. 2018; Курбонов У.А. 2019;]. Дар таҳқиқот маълумотҳои илмии муаллифони хориҷӣ нисбат ба тактикаи табобати чарроҳии беморони гирифтори бемориҳои омехтаи бинӣ ва муайян кардани масъалаҳои ба омӯзиши минбаъда ниёздошта мавриди истифода қарор дода шудаанд.

Бо назардошти гуфтаҳои боло маълум мешавад, ки дар ринологияи муосир оид ба тактикаи табобати чарроҳӣ ва мувоқибати пас аз чарроҳии беморони дорои деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ фикри ягона мавҷуд нест, маълумотҳои дар адабиётҳои илмӣ зикршуда оид ба ин масъала зиддиятноканд, ҳамаи ин моро водар сохтааст, ки таҳқиқоти илмии зеринро баргузор намоем.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот.

Асоси таҳқиқоти мазкурро омӯзиши хусусиятҳои клиникалии чараёни беморӣ ва ҳолати функционалии бинӣ дар беморони дорои деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ бо мақсади барқарор намудани функцияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шоммаи бинӣ ташкил медиҳанд.

Таҳқиқоти бемороне, ки аз эндоскопияи бинӣ ва ТК –ичавфҳои наздибинигӣ (ЧНБ) иборат аст, имконият медиҳад, ки тағйиротҳои маҳдуди сохторҳои дихили бинӣ муайян карда, имкониятҳои ташхиси дақиқ ва ба нақша гирифтани ҳаҷми табобати чарроҳӣ васеъ карда шавад.

Усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ, ба монанди ринопневмометрия, олфактометрия, таҳқиқоти клиренсимукосилиарӣ ва рН тарашшуҳоти бинӣ имконият медиҳанд, ки ихтилолҳои назарраси нафаскашӣ, шомма ва функцияи муҳофизатии бинӣ дар беморони гирифтори бемориҳои яқояи ковокии бинӣ муайян карда шавад, ки ин нишондод барои гузаронидани амалиёти чарроҳӣ ба ҳисоб меравад.

Коркарди маълумотҳои ба даст овардашуда бо ёрии бастаи стандартии барномаи амалии Statistica 10.0 (StatSoftInc., ИМА) иҷро карда шуд. Барои баҳо додан ба муътадил тақсим кардани маълумотҳои миқдорӣ инҳо истифода шуданд: усулҳои графикӣ (гистограммаи басомадҳо) ва ҳисобӣ (критерияҳои Колмогоров Смирнов, Шапиро-Уилка). Нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар шакли маъноии миёна ва хатоҳои

стандартии он ($M \pm m$) ифода шудаанд. Маъноҳои сифатӣ дар шакли бузургҳои мутлак (n) ва ҳиссаҳои фоизӣ ифода гаштаанд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳсозии табобати ҷарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 140 бемори гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ интихоб гардид, ки дар шӯбаи оториноларингологияи ММТ ҶТ “Шифобахш” таҳтитабобати статсионарӣ қарор доштанд. Дар байни таҳқиқшудагон мардҳо – 86 нафар, занҳо – 54 нафар буданд, ки мутаносибан - 61,4% ва 38,6%-ро ташкил меоданд.

Мавзӯи таҳқиқот: Муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, ҳолати функционалии бинии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ ва қорқарди усули оптималии табобати ҷарроҳӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, манзараи эндоскопӣ ва маълумотҳои ТК –и бинии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ бо вариантҳои гуногуни гипертрофияи садафҳои бинӣ.

2. Таҳқиқоти ҳолати функционалии пардаи луобии ковокии бинӣ бо роҳи ринопневмометрия, олфактометрия, таҳқиқоти қлиренси муқосилаарӣ ва ph тарашшуҳоти бинӣ дар беморони гирифтори бемории зикршуда.

3. Қорқарди вариантҳои оптималии табобати ҷарроҳии деформатсияи миёндевори бинӣ яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ.

4. Гузаронидани баҳодиҳии муқоисавии натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони дорои шаклҳои гуногуни гипертрофияи садафаҳои бинӣ ва қачшавии миёндевори бинӣ.

Усулҳои таҳқиқоти беморон аз таҳлили клиникӣ-биохимиявии хун, таҳлили пешоб, ахлот, БСД, флюорографияи узвҳои қафаси сина (УҚС), ТК, ҶНБ, риноскопия, эндоскопияи бинӣ бо эндоскопҳои нарм ва дурушт ва таҳқиқотҳои функционалии бинӣ (ринопневмометрия, олфактометрия, муайян кардани қлиренси муқосилаарӣ, тавозуни кислотавау ишқории пардаи луобии бинӣ иборатанд.

Соҳаи таҳқиқот ба шиносномаи ҚОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ихтисоси 14.01.03.- бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ (6D110100 –Тиб), бандҳои 3-4 Қорқардҳои эксперименталӣ ва клиники усулҳои табобати бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ ва татбиқ намудани онҳо дар амалияи клиникӣ. Қорқарди усулҳои диспансеризатсияи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ мувофиқат мекунад.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Марҳилаи яқум-ҷустуҷӯи патентӣ, омӯзиши адабиёти илмӣ, муайян кардани номи мавзӯи диссертатсия, мақсад ва вазифаҳои он. Марҳалаи дуюм-мувофиқи мақсад ва вазифаҳои

таҳқикоти илмӣ 140 бемори гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ якҷоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ таҳқиқ ва коркарди усулҳои оптимизатсияшудаи табобати чарроҳии беморон анҷом дода шуд. Марҳалаи сеюм - коркарди омории маводи диссертатсия ва баҳогузорӣ ба натиҷаҳои илмии табобат бо хулосаҳо ва тавсияҳои муносиб.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар таҳқиқот натиҷаҳои пажӯҳишҳои диссертатсияҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия ҷимояшуда, мақолаҳои илмии маҷаллаҳои ватанӣ ва хориҷӣ, конференсия ва симпозиумҳои бахшида ба масъалаҳои таҳқиқ ва табобати чарроҳии бемориҳои омехтаи сохторҳои дохили бинӣ мавриди омӯзиш қарор гирифтаанд. Таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи оториноларингологияи ММТ ҚТ “Шифобахш” анҷом дода шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсияро эътимоднокии маълумотҳои дар диссертатсия овардашуда, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои табобати беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ якҷоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ асоснок карда шудаанд.

Навгони илмии таҳқиқот. Бори нахуст дар шароити ҷумҳурии мо хусусиятҳои клиникии ҷараёни беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, якҷоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ бо вариантҳои гуногуни гипертрофияи садафҳои бинӣ мавриди омӯзиш қарор дода шудааст. Хусусиятҳои манзараи эндоскопии бинӣ ва ТК таҳқиқотҳои шаклҳои гуногуни гипертрофияи садафҳои бинӣ, якҷоя бо деформатсияи миёндевори бинӣ муайян карда шудаанд. Таҳқиқоти функционалии ҳолати бинӣ ихтилолҳои зиёди гузаронандагии роҳҳои бинӣ, функцияи шомма, фаъолнокии ҳаракатии клиренси мукотсилярӣ ва тавозуни кислотавау ишқори пардаи луобии бинӣ дар беморони гирифтори бемориҳои омехтаи миёндевори бинӣ ва садафҳои биниро муайян кард. Дар асоси омӯзиши манзараҳои клиникӣ- эндоскопӣ ва рентгенологии бинӣ вариантҳои оптималии табобати чарроҳӣ дар ин категорияи беморон таҳия карда шудааст.

Аҳамияти назарии таҳқиқот аз он иборат мебошад, ки нуктаҳои назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳод шударо дар равиши таълими кафедраи оториноларингологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино” ва Донишкадаи баъдидипломии қормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таври васеъ мавриди истифода қарор доранд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Хусусиятҳои ҷараёни клиникии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, якҷоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ бо ихтилолҳои возеҳи функцияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шоммаи бинӣ зоҳир мегардад, ки инро табибони амалӣ бояд ҳангоми қор бо ин категорияи беморон ба эътибор бигиранд.

Риноэндоскопия ва ТК-и ЧНБ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, яқоя бо бемориҳои садафҳои бинӣ имконият медиҳад, ки тағйиротҳои патологияҳои сохторҳои дохили бинӣ ва ЧНБ дақиқ муайян карда, имкониятҳои гузоштани таъхиси дақиқи бемориҳои омехтаи ковокии бинӣ васеъ карда шавад, ки инро хангоми ба нақша гирифтани чорабиниҳои табобатӣ-амалиётӣ ба ҳисоб гирифтани зарур аст.

Усули оптималии амалиёти ҷарроҳӣ дар миёндевори бинӣ ва садафҳои бинӣ, вобаста аз вариантҳои деформатсияи миёндевори бинӣ ва хусусиятҳои бемориҳои садафҳои бинӣ дар беморони гирифтори патологияҳои омехтаи миёндевори бинӣ ва садафҳои бинӣ, ки муаллиф таҳия намудааст, барои табии амалӣ аҳамияти калони амалӣ дорад.

Усули модификатсияшудаи ҷудокунии бофтаҳои миёндевори бинӣ бо распатор коркарди муаллифи диссертатсия аст, усули хондротомияи тағояки 4-кунча хангоми септопластика, варианти такмилдодаи вазотомияи зерлуобии садафҳои бинӣ ва оптимизатсияи мувоқибати пас аз ҷарроҳии беморон бо нигоҳ доштани нафаскашӣ бо бинӣ аз тариқи найчаҳои ҳавобар самаранокии табобати ҷарроҳиро хеле беҳтар месозад ва метавонад, ки дар фаъолияти амалии оториноларингология ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирад.

Нуктаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда.

1. Хангоми деформатсияи миёндевори бинӣ ва гипертрофияи садафҳои бинӣ ихтилолҳои назарраси функцияҳои асосии бинӣ ба амал меоянд.
2. Риноэндоскопия ва ТК-и бинӣ барои муайян кардани хусусияти тағйироти патологияи садафҳои бинӣ ва вариантҳои миёндевори бинӣ, ҳамчунин барои ба нақша гирифтани ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ заруранд.
3. Оптимизатсияи техникаи иҷро намудани амалиёти ҷарроҳӣ ҳамзамон дар садафҳои бинӣ ва дар миёндевори бинӣ имконият медиҳад, ки функцияҳои нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шоммаи бинӣ дар бештари беморон барқарор карда шавад.

Саҳми шахсии диссертант.

Саҳми шахсии доктараби унвони илмии номзоди илмҳои тиб аз бевосита иштирок кардани он дар ҷамъоварии маводи илмӣ (140 нафари таҳқиқшуда), гузаронидани таҳқиқотҳои зарурӣ ва анҷом додани амалитётҳои ҷарроҳӣборат аст. Муоинаи узвҳои ГГБ, усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ ва тақрибан ҳамаи амалитётҳои ҷарроҳӣ, ҳамчунин муоинаи пас аз ҷарроҳии беморон аз тарафи худ диссертант ва роҳбари илмии вай анҷом дода шудааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.

Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 35 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 7 мақола дар маҷаллаҳои тақрибшавандаи тавсиянамудаи ҚОА ва 28 мақола дар маҷмӯаҳои мақолаҳои конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намоёндоғони байналмилалӣ, “Дастовардҳо ва проблемаҳои тибби муосир” (Душанбе-2011); Конференсияи илмӣ- амалии оториноларингологҳои ҚТ «Проблемаҳои актуалии оториноларингология»

бахшида ба 80-солагии Ю.Б. Исҳоқӣ (Душанбе-2012); конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намоёндагони байналмилалӣ “дастовардҳо ва дурнамои рушди илми тиб” (Душанбе-2014); дар съездий IV оториноларингологҳои Ўзбекистон (Ташкент-2015); дар форуми V Петербургии оториноларингологҳои Россия (Санкт-Петербург-2015); дар Конференсияи 63-юмини МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” “Саҳми илми тиб дар солимии оила” (Душанбе-2017); дар Конференсияи 65-юмини МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” “Таҳқиқотҳои фундаменталӣ амалӣ дар ҷаҳони муосир” (Душанбе-2017); дар конференсияи клиникии табибони ГГБ-и Маркази миллии тиббии ҚТ (Душанбе-2018.); дар Конференсияи 68-юмини МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” Асосҳои фундаменталии рушди инноватсионии илм ва таҳсилот, бахшида ба “Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ 2019-2021” (Душанбе-2020) мебошанд.

Як патент барои ихтироот: «Распатор -чаббанда» №ТJ 1024 ва 3 пешниҳоди ратсионализаторӣ «Усулҳои дезинтегратсия ва латеропозитсияи яклаҳзаинаи ултрасадоии садафҳои бинӣ» №3341/R556, «Усули вазотомияи зерлуобии садафҳои поёнии бинӣ» 3260/R47, «Усули деструксияи субмукозии садафҳои бинӣ бо распатори модификатсионӣ» №3441/R656.

Қор барои ҳимоя дар ҷаласаи Шӯрои олимони факултети стоматологии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” иҷозат дода шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯи маводи диссертатсия 35 мақола, аз ҷумлаи онҳо 7 мақола дар маҷаллаҳои тақриршавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр гардидааст. 1-патент барои ихтироот ва 3 – шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализаторӣ.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 120 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, хусусиятҳои беморон ва усулҳои таҳқиқот, бобҳои таҳқиқоти худӣ, муҳокимаи натиҷаҳо иборат аст. Рӯйхати адабиёт 178 сарчашмаро дар бар гирифтааст (124 сарчашмаи илмӣ ватанӣ ва 54 хориҷӣ). Дар рисола 14 ҷадвал ва 17 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар шӯъбаҳои оториноларингологияи Маркази миллии тиббии (ММТ) ҚТ, ки базаи клиникии кафедраи оториноларингологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» мебошад, мо 140 бемори гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо беморҳои садафҳои бинии асосан дар шаклҳои кавернозӣ, фиброзӣ ва полипозии гипертрофияи садафҳои биниро таҳқиқ кардем. Дар байни беморони таҳқиқшуда мардҳо - 86, занҳо – 54 нафар буданд, ки мутаносибан - 61,4% ва 38,6%-ро ташкил доданд. Таркиби синнусолии ибеморон аз 16 то 48-сола буд. Дар ин маврид миқдори зиёди беморон ба гурӯҳҳои синнусолии аз 16 то 30-сола мансуб буданд, ки 67,8 %-ро

ташкил дод. Шояд ин аз он вобаста бошад, ки шахсони ҷавони ин категорияи беморон ба садамаҳои гуногун бештар дучор мешаванд ва нисбат ба саломатии худ талаботи бештар доранд.

Ҳангоми омӯзиши муҳлати беморӣ мӯйян карда шуд, ки давомнокии миёнаи беморӣ, дар аксари мутлақи беморон аз 2 то 5 солро ташкил дод. Мувофиқи минтақаҳо тақсими кардани беморон нишон дод, ки зиёда аз 55%-и беморон аз шаҳри Душанбе ва ноҳияҳои тобеи ҷумҳурӣ мурочиат намудаанд. Миқдори камтарини беморон аз ВМКБ буд, ки шояд ин аз маркази ниҳоят дур будани ин минтақа вобаста бошад.

Таҳқиқоти пеш аз ҷарроҳии беморон дар шароити амбулаторӣ гузаронида шуд ва аз ЭКГ, флюорографияи узвҳои қафаси сина, рентгенография ё ТК-и ҚНБ, таҳлили клиникӣ ва биохимиявии хун, таҳлили пешоб, таҳлили хун барои муайян кардани ВИЧ ва барои маркери гепатитҳои В ва С, гурӯҳи хун ва резус мансубият иборат буд.

Дар шароити статсионар беморонро ҳамарӯза аз муоинаи оториноларингологӣ ва таҳқиқоти функционалии бинӣ (риноманометрия, олфактометрия, таҳқиқоти интиколи мукосилиарӣ ва рН-и луоби бинӣ) то ҷарроҳӣ ва дар муҳлатҳои гуногуни давраи пас аз ҷарроҳӣ гузаронидем.

Ҳангоми таҳқиқоти узвҳои ЛОР ба ҳолати пардаи луобии бинӣ, садафҳои бинӣ, миёндевори бинӣ ва комплекси остеометалӣ диққати мухсус додашуд.

Мувофиқи мақсад ва вазифаҳои таҳқиқот беморон ба дугурӯҳ ҷудо карда шудаанд. Дар гурӯҳи якум 55 беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо шаклҳои кавернозӣ гипертрофияи садафҳои бинӣ ворид шуданд, дар гурӯҳи дуюм 52 нафар бемори гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо шаклҳои фиброзӣ ва полипозии гипертрофияи садафҳои бинӣ дохил шуданд.

Дар беморони гурӯҳи асосӣ вариантҳои гуногуни септум-ҷарроҳӣ ва дезинтегратсияи ултрасодой, вазотомияи зерлуобӣ ё буриши ҷузъии садафҳои бинӣ вобаста аз намуд ва хусусияти бемориҳои садафҳои бинӣ иҷро карда шуд. Ба сифати гурӯҳҳои назоратӣ 35 бемори гирифтори деформатсияҳои миёндевори бинӣ, яқоя бо ринити гипертрофӣ таҳқиқ карда шуд, ки дар онҳо танҳо септум-ҷарроҳӣ бидуни даҳлати ҷарроҳӣ дар садафҳои бинӣ иҷро карда шуд.

Коркарди маълумотҳои ба даст овардашуда бо истифода аз бастаи Microsoft Excel гузаронида шудаанд. Баҳогузориҳои аҳамияти омории фарқияти байни бузургҳои миёна бо ёрии меъёри Р-аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои миёнаи байни гурӯҳҳо (бо ёрии U-критерияи Манн-Уитни) дар муқоиса бо меъёр анҷом дода шуд. Фарқият дар сурати 95% будани ибтидоӣ эҳтимолият эҳтимолият ҳисобида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Тавсифи клиникӣ беморон. Ҳангоми таҳлил кардани шикоятҳои маълум карда шуд, ки дар ҳама гурӯҳҳои беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ

ихтилоли нафаскашӣ бо бинӣ, суст шудани шомма, тарашшуҳоти бинӣ, дарди сар, ихтилоли хоби муътадил васуст шудани қобилияти корӣ ба мушоҳида расид, ки ба сифати ҳаёти таҳқиқотшудагони беморони мо таъсири манфӣ расонидаанд.

Натиҷаҳои риноскопия ва эндоскопияи ҷавфи бинӣ. Ҳангоми риноскопия ва эндоскопияи ковокии бинӣ дар ҳама гурӯҳҳо вариантҳои гуногуни деформатсияи қисмҳои тағоякӣ, устухонӣ ё устухонӣ-тағоякии миёндевори бинӣ ба мушоҳида расид. Дар ин маврид, дар таҳқиқшудагон бештар деформатсияи миёндевори бинӣ дар шакли қирраи устухонӣ-тағоякӣ ва теғаҳо (28,6%), қачшавии S-шакли он (22,8%), баромадагӣ бо бечошавии тағояки чоркунча (21,4%), деформатсияи С-шакл (17,1%) ва деформатсияи омехта (10%) ба назар расид.

Дар гурӯҳи беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ якҷоя бо шакли кавернозии гипертрофияи садафҳои бинӣ варамидагии муътадили пардаи луобии ковокии бинӣ ба назар расид. Садафҳои поёнии бинӣ ҳаҷман зиёд шуда, аз тарафи сатҳи суфта, ҳангоми зондгузории зонди тугмаҷадор аз тариқи бофтаи нарми кавернозии садафҳо асоси устухони вай эҳсос мешавад. Пас аз намунаи луоби бинӣ бо маҳлулҳои рагтангкунандаи садафҳо ҳаҷман ба кадри кофӣ ихтисор мешавад. Гипертрофияи яктарафаи садафҳои бинӣ дар 64,1%, гипертрофияи дутарафа дар 35,9%-и беморон ба қайд гирифта шуда, дар ин маврид гипертрофияи садафҳои миёнаи бинӣ дар 16 бемор дида шуд, ки аз миқдори умумии беморони ин гурӯҳ ба 30,1% баробар аст. Дар ковокии бинии 60,1%-и таҳқиқшудагон тарашшуҳоти луобӣ-серозӣ дида шуд.

Дар гурӯҳҳои беморони гирифтори деформатсияҳои миёндевори бинӣ якҷоя бо шаклҳои фиброзӣ ва полипозии гипертрофияи садафҳои бинӣ гиперемияи бинӣ ва ғафс шудани пардаи луобии ковокии бинӣ, гипертрофияи садафҳои бинии дорои сатҳҳои нобаробар ва ғафсшавии нобаробари пардаи луобӣ дар қисмҳои пеш ва ақибии садафҳои бинӣ муайян карда шуд. Ҳангоми озмоиши пардаи луобии бинӣ бо маҳлули 0,1%-и нафтазин, андозаи садафҳои бинӣ хурд намешавад ва ё хеле кам ихтисор мешавад. Гипертрофияи садафҳои поёни бинӣ дар 50,0% садафҳои миёнаи бинӣ дар 36,5% ва дар ҳарду садафҳои бинӣ дар 13,5%-и беморон, аз ҷумла гипертрофияи полипозии онҳо дар 15,4%-и беморон муайян карда шуд.

Ҳамин тавр, дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ якҷоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ тағйироти назарраси патологӣ пардаи луобии ковокии бинӣ дар шакли гиперемия, варамидагиву вучуд доштани тарашшуҳоти патологӣ дар ковокии бинӣ ба мушоҳида расид, дар беморони гирифтори гипертрофияи фиброзӣ-полипозии садафҳои бинӣ возехтар буданд. Бояд қайд кард, ки бозёфтҳои риноскопии аз тарафи мо пайдо кардашуда дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ якҷоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ аз маълумотҳои донишмандони хоричӣ тафовути зиёд надоштанд.

Томографияи компютери ЧНБ. Дар ТК-и ЧНБ дар 37,8% тағйиротҳои патологияи чавфҳои назди бинигӣ дар шакли ғафсшавӣ, гиперплазия ва илтиҳоби катаралӣ-наздитаворагии пардаи луобии чавфҳо ошкор карда шудаанд. Дар ин маврид патологияи чавфи чоғи болоӣ дар 17,8%, чавфи ғалбершакл дар 8,6% ва чавфи пешонӣ дар 7,1% ба қайд гирифта шуд. Особҳои муштараки ду ё зиёда чавфҳо дар 7,1%-и беморон таххис карда шуд.

Натиҷаҳои рентгенографӣ ва ТК-и ЧНБ беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ нишон медиҳанд, ки тағйиротҳои патологӣ дар ЧНБ бештар дар намуди варамидагии пардаи луобӣ ва кам шудани ҳаводории чавфҳои наздибинӣ зоҳир мешаванд. Қайд кардан ба маврид аст, ки зухуроти клиникаи синуситҳо дар беморони аз тарафи мо тахқиқшуда, тақрибан вучуд надоштанд, ки ин аз шакли ниҳонии синусити музмин гувоҳӣ медиҳад.

Натиҷаҳои тахқиқоти функционалии бинӣ. Тахқиқоти функционалии бинӣ ихтилолҳои нафаскашӣ, шомма ва вазифаи муҳофизатии биниро дар ҳамаи гурӯҳҳо нишон дод, аммо дар гурӯҳи дуюм возеҳтар буд. Вайроншавии гузаронандагии ковокии бинӣ дараҷаҳои II-III дар 56,6%-и беморони гурӯҳи якум, дар 73,0%-и гурӯҳи дуюм ва дар 54,3%-и гурӯҳи назоратӣ тахқиқшуда ба мушоҳида расид. Меъёри умумии гузаронандагии ковокии бинӣ $15,5 \pm 0,3$ мм.сут.обиро ташкил дод.

Суст шудани функцияи интиқолии эпители мерсателии пардаи луобии бинӣ дараҷаи II-III дар 56,6%-и беморони гурӯҳи якум, 75,0%-и гурӯҳи дуюм ва дар 65,7%-и беморони гурӯҳи назоратӣ муайян карда шуд. Нишондиҳандаҳои миёнаи КМС $31,2 \pm 0,3$ -ро ташкил дод. Ихтилоли шомма дар 79,1%-и беморони гурӯҳи якум дида шуд. Гипосмияи дараҷаи II-III дар 76,9%-и беморони гурӯҳи дуюм ва дар 65,7%-и беморони гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Дар аксари беморони ин гурӯҳ тағйироти рН дар муҳити туршӣ мушоҳида мешавад ва ба ҳисоби миёна $7,5 \pm 0,3$ -ро ташкил медиҳад.

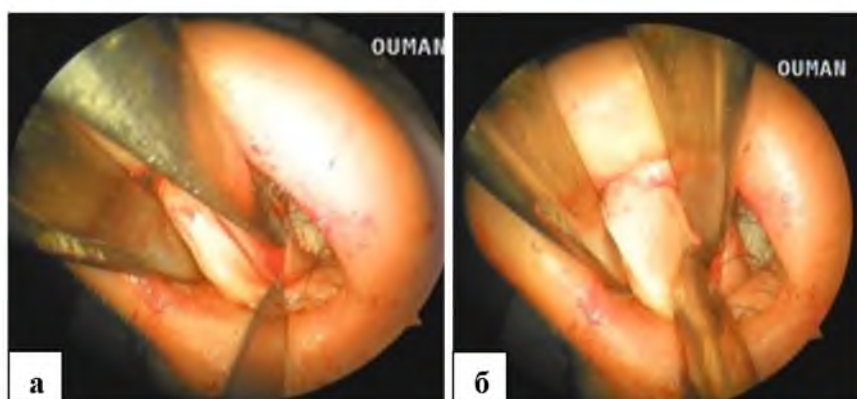
Ҳаминтавр, натиҷаҳои тахқиқотҳои эндоскопӣ ва функционалии мо оид ба бинӣ ҳулосаи як қатор олиморро дар хусуси он, ки дар беморони мубтало ба деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ ихтилоли возеҳи нафаскашӣ, шомма ва функцияҳои муҳофизатии бинӣ дида мешавад, тасдиқ мекунанд. Дар тахқиқоти мо ихтилолҳои назарраси ҳолати функционалии бинӣ дар беморони мубтало ба деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо шаклҳои фиброзӣ ва папилозии гипертрофияи садафҳои бинӣ бештар ба мушоҳида расид.

Табобати чарроҳии беморон. Нишондод барои амалиёти чарроҳӣ шикоятҳои беморон аз душвор шудани нафаскашӣ бо бинӣ, вучуд доштани деформатсияи миёндевори бинӣ бо гипертрофияи садафҳои бинӣ ва ихтилолҳои возеҳи ҳолати функционалии бинӣ буданд. Пайдарпайии амалиётҳои яқлаҳзаинаи чарроҳӣ дар чавфи бинӣ вобаста аз

намуди деформатсияи миёндевори бинӣ, хусусиятҳо ва ҷойгиршавии гипертрофияи садафҳои бинӣ муайян карда шуд.

Аввал септум-чарроҳӣ, баъдан амалиёти чарроҳии садафҳои бинӣ дар 83 бемор иҷро карда шуд. Аммо, дар 22 бемори дорои гипертрофияи возеҳи нӯғҳои пешии садафҳои поёнии бинӣ, ҳамчунин ҳаҷман калоншавии диффузии онҳо, ҳамчунин калон шудани онҳо, дар марҳалаи аввал ДУС-и бинӣ ва баъдан септопластика иҷро карда шуд. Чунин пай дар пайи чарроҳӣ бо он асоснок карда мешавад, ки манзараи биниши қисмҳои пеш ва миёнаи миёндевори бинӣ ва ковокии бинӣ душвор аст, ки ин ҳангоми септопластика душворихоро ба миён меоварад. Қайд кардан лозим аст, ки ҳангоми гузаронидани ДУС-и садафҳо хурд шуда, ба ин восита манзараи биниши майдони чарроҳӣ дар вақти септум-чарроҳии минбаъда беҳтар мешавад.

Барои такмил додани техникаи чарроҳӣ дар миёндевори бинӣ, ба маҷмуи асбобҳо барои септум-чарроҳӣ ба таври иловагӣ распатори аз тарафи мо модификатсияшуда барои ҷудокунии босуръати бофтаҳо, микрокордҳо барои хондротомияи босифат ва оина барои муоинаи бинӣ бо браншҳои дароз, барои редрессатсияи қисми устухони миёндевори бинӣ дохил карда шудаанд. Ба сифати дастрасии асосӣ бурриши нисфнуфузкунанда истифода шуд, ки аз тарафи чарроҳони зиёд ба таври васеъ истифода мешавад, ин имкониятҳои чарроҳро барои иҷро намудани манипулятсияҳои мавзие пойчаҳои медиалии тағоякҳои миёндевор ва қабри ковокии биниро васеъ месозад.



Расми 1. Бурриш (а) ва ҷудо кардани пардаи луобии миёндевори бинӣ (б).

Дар ҷараёни фаъолияти чарроҳӣ, техникаи ҷудо кардани мукоперихондрия ва мукопериост, ҳамчунин усулҳои резексия ва ислоҳи қисми тағоякии миёндевори биниро мо такмил додем. Барои босуръат ҷудо кардани пардаи луобии миёндевори бинӣ мо распатор-отсоси такмилёфтаре истифода намудем, ки дарозии найчаи филизии он 15 см ва қутраш 3 мм буд (Патенти №ТЧ 1024), ки имкониятҳои истифодаи он ҳангоми септум-чарроҳӣ маҳдуд нест.



Расми -2. Распаторхо-отсосҳо барои чарроҳии эндоназалӣ.

Распатор-отсосро ҳам барои чудо кардани мукоперихондрия ва барои мукопериост аз скелети устухонӣ-тағоякӣ ва ҳам барои бурида чудо кардани тағояки чоркунча аз қисми устухони миёндевори бинӣ аз ақиб истифода мекунад. Ғайр аз ин, онро ҳамчунин барои ҷаббидани муҳтаво аз ковокии бинӣ, ҳамчунин барои гузоштани фатилаҳои докагӣ ба бинӣ дар охири чарроҳӣ низ истифода намудан мумкин аст. Имконияти ҳамзамон ҷаббидани хун аснои чудо кардани бофтаҳо ба чарроҳ имконият медиҳад, ки майдони чарроҳиро хуб бубинад ва кори онро дар ҳама марҳалаҳои чарроҳӣ сабук гардонад.

Бояд қайд кард, ки ҳангоми иҷро намудани вариантҳои гуногуни септум-чарроҳӣ мо ба якҷанд душвориҳо рӯ ба рӯ шудем ва боварӣ ҳосил кардем, ки усулҳои септопластикаи консервативӣ аз ҷиҳати техникӣ назар ба резексияи анъанавии зери пардаи луобии миёндевори бинӣ тибқи Киллиан мураккабтар мебошад.

Аз ҷумла, иҷро кардани бурришҳо дар тағояки чоркунча дар самтҳои гуногун бо скалпели оддӣ, дар майдони танги чарроҳӣ аз ҷиҳати техникӣ хеле мураккаб ба назар расид ва барои чарроҳ мушкิลӣ пеш овард. Бо мақсади такмил додани техникаи чарроҳии хондротомияи тағояки чоркунча мо микрокордро аз маҷмӯи асбобҳо барои микрочарроҳии гӯш, ки аз тарафи М.И. Махмудназаров пешниҳод кардааст (2008) (пешниҳоди ратсионализаторӣ №3145/Р-456) бомуваффақият истифода намудем. Дар ин маврид барои буридани тағояки чоркунча аз пластикаи перпендикулярӣ устухони ғалбершакл аз асоси устухони миёндевор – мустақим, барои бурришҳои мудаввари микрокорди найзашакл, куллай ба назар расид.

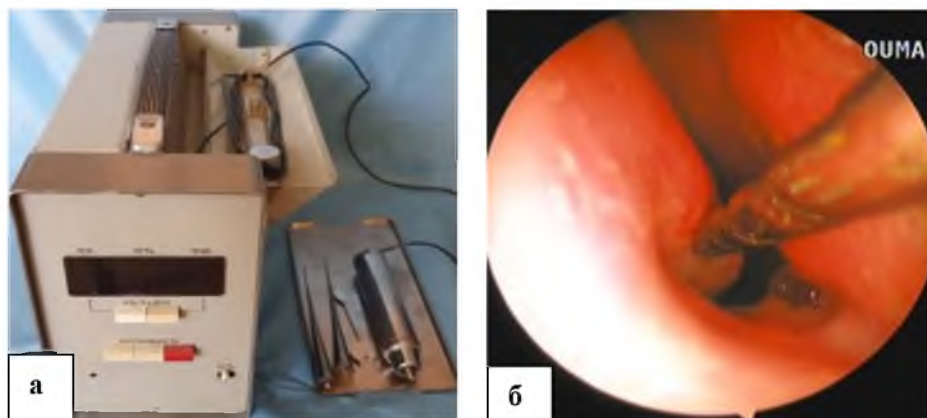
Бояд қайд кард, ки ҳамаи манипулятсияҳо бо микрокордҳо дар тағояке гузаронида шуданд, ки бо пардаи луобии тарафи муқобил часпида буданд, ки онро бо скалпели оддӣ илова бар ин, дар майдони танги чарроҳӣ иҷро кардан номумкин буд, ки ин бори дигар беҳатар ва самаранок будани микрокордро нисбат ба скалпели анъанавӣ тасдиқ мекунад.

Вариантҳои амалиёти чарроҳӣ дар садафҳои бинӣ низ аз намуд ва мураккаб будани бемориҳои садафҳои бинӣ вобаста буданд. Масалан, ҳангоми шаклҳои кавернозӣ ва фибринозии гипертрофияи садафҳои бинӣ бартарӣ ба дезинтегратсияи ултрасадоӣ ва вазотомияи зерлуобии садафҳои бинӣ дода шудааст, ҳангоми шакли полипозӣ бошад, бартарӣ ба детруксияи зерлуобии садафҳои бинӣ тибқи коркарди мо дода шудааст.

Дезинтегратсияи ултрасадоии (ДУС) садафҳои бинӣ бо зонди ултрасадоӣ бо тағйирёбии басомади қисми қорӣ дар ҳудуди 22 -24 кГц ва бо амплитудаи тағйирёбӣ аз 45 то 50мкм амалӣ карда шуд. (расми 3 (а)). Методикаи ДУС-и садафҳои бинӣ аз он иборат буд, ки зонди ултрасадоӣ дар ҳолати қорӣ ба даруни садафи поёнии бинӣ аз тариқи нӯги пеши он ба амиқии 2-3 см дароварда ва дезинтегратсияи он дар давоми 8-10 сония бо ҳаракатҳои даврзанандаи зонд анҷом дода шуд. Дар ин маврид, бо мақсади пешгирии намудани хунравӣ аз сӯроҳии чароҳат дар баромадгоҳи чарроҳӣ канорҳои он бо зонди ултрасадоӣ коагулятсия карда шуданд. Дар мавриди гипертрофияи садафи миёнаи бинӣ зонди ултрасадоро ба нӯги пеши садафҳо ворид ва ҳамин гуна стромаи онро вайрон карданд (расми 3 (б)).

Методикаи ДУС-и садафҳои биниро дар 25 бемори гирифтори шаклҳои вазомотории гипертрофияи садафҳои бинӣ истифода намуда, мо ҳосияти хуби коагулятсионии зонди ултрасадоиро мушоҳида кардем, зеро ҳамаи чарроҳҳо бо истифода аз ултрасадои чарроҳӣ тақрибан, ки бе хунравӣ сурат гирифт.

Махсусан бояд қайд кард, ки дезинтегратсия ултрасадоӣ имконият медиҳад, ки стромаи тағйирёфтаи садафҳои бинӣ бо эҳтиётқорӣ, бидуни осеб дидани қабатҳои аз ҷиҳати физиологӣ муҳимми эпителиалии пардаи луобӣ, вайрон карда шаванд, минбаъд ҳадшабандӣ дар минтақаи канали чарроҳӣ анҷом дода шуд, ки вобаста аз ин усули мазкур мавриди истифодаи васеъ ва эътирофи умум қарор гирифтааст.



Расми 3. – УС дастгоҳи чарроҳии ЛОРА-ДОН (а) ва методикаи УС дезинтегратсияи садафҳои поёнии бинӣ (б).

Ба таҷрибаи худ оид ба истифодаи ултрасадои чарроҳӣ ҳангоми табоботи шакли кавернозии гипертрофияи садафҳои бинӣ тақия карда, чунин меҳисобем, ки таъсири расонии зонди ултрасадоӣ дар давоми 8-10 сония ба стромаи садафҳои бинӣ ба қадри зарурӣ кофӣ аст, ки шабакаи рағии онҳо ба қадри кофӣ бидуни расонидани таъсири сӯхтагӣ ва осебҳои эпителии мерсателӣ вайрон карда шаванд.

Мо 8 ҳолати ҷойгиршавии аномалии садафҳои поёнии биниро мушоҳида кардем, вақте ки садафи бинии гипертрофишуда аз девораи латералии ҷавфи бинӣ дур шуда буд ва тақрибан ба миёндевори бинӣ

мечаспид. Дар чунин ҳолат, дар марҳилаи якум усули УСД –и садафҳои бинӣ иҷро карда шуда, баъдан вай ба тарафи девораи латералӣ, яъне латеропозитсияи садафҳо бурда мешавад (пешниҳоди ратсионализатории №3341/R556) ва баъди ин септум-чарроҳӣ бо усулҳои дар боло зикршуда вобаста аз намуд ва хусусияти деформатсияи миёндевори бинӣ гузаронида шуд.

Таҷрибаи мо дар бораи вазотомияи зерилуобӣ нишон дод, ки дар мавзеи бурриш дар нӯги пеши садафҳо бисёри вақт хунравии зиёд ба мушоҳида мерасад, ки барои манъ кардани он аксари вақтҳо зарурати гузоштани фатилаи кидомии бинӣ ба миён меояд, дар натиҷаи ин канорҳои ҷароҳат осеб медиданд ва дур мешуданд. Мо усули модификатсионии вазотомияи зерилуобии садафҳои поёнии биниро бо распатор-отсос бе бурриши пардаи луобии садафаи бинӣ таҳия (пешниҳоди ратсионализатории №3260/P-475) ваонро дар амалияи клиникаи шӯъбаҳои ГГБ-и Маркази миллии тиббии ҚТ «Шифобахш» бомуваффақият татбиқ намудем.

Вазотомияи зерилуобии садафҳои поёнии бинӣ тибқи методикаи мо аз усулҳои анъанавӣ бо он фарқ мекунад, ки мо нӯги тези распатор – отсосро ба даруни садафаи поёнии бинӣ аз тариқи нӯги пешион бе пешакӣ буридан ворид кардем ва бофтҳои шарёнӣ вариҷӣ ва бофтаҳои гипертрофишудаи онҳоро вайрон кардем. Дар ин маврид, распатор, ки ба отсоси барқӣ васл карда шудааст, бар иловаи вайрон кардани бофтаҳои садафҳои бинӣ ҳамзамон хунро аз ковокии ҷароҳат ҷаббида мегирад, ки ин кори ҷарроҳ ва натиҷаи ҷарроҳиро хеле сабук мегардонад.

Таҷрибаи мо оид ба галванокаустика ва криодеструксияи садафҳои бинӣ нишон дод, ки ин усулҳои даҳолати ҷарроҳӣ дар масофаи дароз осеби эпители мерсателӣ, некрози бофтаҳои садафи бинӣ ва баъдан атрофияи онро ба бор меорад. Лазерокаустикаи муосири садафаи бинӣ, ки дар он ҷо таҳти таъсири нури лазерӣ бофтаи садафаи бинӣ бӯғ мешавад, низ бо осеб дидани эпители мерсателӣ ва некрози тамоми садафаи бинӣ фарқ мекунад. Бо назардошти гуфтаҳои боло, барои табобати ҷарроҳии шакли фиброзии гипертрофияи садафҳои бинӣ мо методикаи деструксияи субмукозии стромаи садафҳои биниро бо истифода аз распатори зонушакли қутраш 3-5 мм ва дарозии канюла 15 см бо қисми кории тезкардашудаи асбоб, ки имконият медиҳад нисбатан осонтар бофтаҳои гипертрофишудаи садафаи бинӣ дар давоми 10-12 сония ҳамзамон бо ҷаббида гирифтани хун аз ҷавфи ҷароҳат пешниҳод ва бо муваффақият татбиқ намудем (пешниҳоди ратсионализатории №3441/R656), ки кори ҷарроҳро ҳангоми иҷро намудани амалиёт хеле сабук мегардонад.

Дар ҷараёни мувоҷибаи пас аз ҷарроҳӣ, дар 8 бемор тамоюли бечошавии тағояки чоркунҷаи дурусткардашуда ё қисматҳои он ба мушоҳида расид, ки аз нав боиси танг шудани роҳи умумии бинӣ дар тарафи бечошавӣ ва душвор гаштани нафаскашӣ гардид. Барои ҳалли ин проблема мо усули тампонади яктарафаи дарозкардашудаи биниро (пешниҳоди ратсионализатории № 3170/P-472 (М.И. Маҳмудназаров, соли)) пешниҳод кардем. Моҳияти ин методика аз он иборат аст, ки

вобаста аз бечошавии миёндеворба тарафи чап ё рост, дар қисми дахлдори бинӣ найчаи ҳавобари дарозиаш 6-8 см гузошта шуд, ки аз найчаи интубатсионии андозааш №6 ё №7, вобаста аз васеъгии сӯроҳҳои бинӣ тайёр карда шудааст. Минбаъд, дар қисми озоди ковокии бинӣ дархол то муддати 4-5 шабонарӯз дар болои найчаи ҳавобар ангуштаки резинӣ гузоштанд, ки дарунаш бо фатилаи докагӣ пур карда шуда буд. Ин муддати вақт имконият медиҳад, ки тағояки чоркунча ва порчаҳои он ба бофтаҳои вайро ихотакунандаи миёндевори бинӣ мустаҳкам шавад ва мавқеи мобайниро бигирад, мавҷуд будани найчаи ҳавобар бошад, дар давраи дар бинӣ будани тампон нафаскашӣ бо биниро таъмин мекунад.

Дар маҷмӯъ, давраи пас аз ҷарроҳӣ дар ҳама гурӯҳҳои беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ нисбатан хуб, бидуни оризаҳои ҷиддӣ гузашт. Таҷрибаи мо оид ба мушоҳидаи бемороне, ки ҷарроҳиро ҳамзамон дар девораҳои медиалӣ ва латералии бинӣ, танҳо септопластикаро гузаронидаанд, нишон дод, ки зухуроти реактивӣ-илтиҳобии пасазҷарроҳӣ тақрибан як хел аст ва аз якдигар чандон тафовути ҷиддӣ надоранд.

Натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ. Ба натиҷаҳои анатомӣ ва функционалии табобати ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ дар охири ҳафтаи дуюм, моҳҳои аввал ва сеюм, ҳамчунин пас аз гузаштани 6 моҳи мушоҳидаи пас аз ҷарроҳии беморон баҳо дода шуд.

Баъд аз 15 рӯзи гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ дар 24 (45,3%) беморони гурӯҳи якум ва дар 22 (42,3%) – и беморони гурӯҳи дуюм 13 (37,1%) аз гурӯҳи назоратӣ натиҷаи олии анатомӣ ба даст оварда шуд, чунки миёндевори бинии онҳо дар ҳолати мобайнӣ қарор дорад, садафҳои бинӣ ҳаҷман хурд шудаанд ва дар роҳҳои бинӣ ихроҷоти патологӣ дида намешавад. Дар ин давраи кӯтоҳ, дар 45,3% - и беморони гурӯҳи якум, дар 42,3% - и беморони гурӯҳи дуюм ва дар 37,1% -и беморони гурӯҳи назоратӣ гузаронандагии роҳҳои бинӣ барқарор карда шуд. Дар 52,8% ва дар 48,1%-и беморони гурӯҳҳои асосӣ ва дар 42,9% -и беморони гурӯҳи назоратӣ функсияи шомма муътадил шуд. Дар айни замон дар 39,6% ва 36,5%-и беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 34,3% -и беморони гурӯҳи назоратӣ фаъолнокии ҳаракатии КМС барқарор шуд.

Баъди як моҳи амалиёти ҷарроҳӣ аз хусуси деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ барқарор шудани функсияи нафаскашӣ дар 67,9%, шомма дар - 73,6% ва муҳофизатии бинӣ дар 58,5%-и беморони гурӯҳи якум барқарор шуд.

Барқарор шудани ҳамин параметрҳо дар 65,4%-и беморон, дар 71,2% -и беморони гурӯҳи якум ва дар 55,8%-и беморони гурӯҳи дуюм ба қайд гирифта шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ нишондиҳандаҳои дар боло зикршудаи ҳолати функционалии бинӣ каме пасттар буда, мутаносибан - 62,9%, 68,6% ва 54,3% -ро ташкил дод, ин аз самаранокии ҷарроҳии яқоя хангоми бемориҳои омехтаи сохторҳои дохили бинӣ гувоҳӣ медиҳанд (ҷадвали 1).

Чадвали 1.- Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар беморон баъди як моҳи пас аз чарроҳӣ.

Усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ	Натиҷаҳои таҳқиқот		
	Гурӯҳи 1 (n=53)	Гурӯҳи2 (n=52)	Гурӯҳи3 (n= 35)
Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.сут.сим.) Дарачаи I (11-30 мм.сут. сим.) ДарачаиII (31-60 мм.сут. сим.)	36 (67,9%)* 13 (24,5%)* 4 (7,5%)*	34 (65,4%)* 12 (23,1%)* 6(11,5%)*	22 (62,9%)* 8 (22,9%)* 5 (14,3%)*
Ольфактометрия (n- хамаи бўйҳо) Гипосмия дарачаи I-бўйи суст Гипосмия дарачаи II- бўйи миёна	39 (73,6%)* 15 (28,3%)* -	37 (71,2%)* 13 (25,0%)* 2 (3,8%)*	24 (68,6%)* 8 (22,9%)* 3 (8,6%)*
НМС (n -14,2±3,5 дақ.) НМС д.I - 20-30 дақ. НМСд. II 31-50 дақ.	31 (58,5%)* 17 (32,1%)* 5 (9,4%)*	29 (55,8%)* 17 (32,7%)* 6 (11,5%)*	19 (54,3%)* 9 (25,7%)* 7 (20,0%)*
Рһлуоби бинӣ, M±m	7,41±0,2	7,45±0,3	7,44±0,1

Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар беморон баъди се моҳи пас аз чарроҳӣ барқарор шудани функцияи нафаскашӣ бобиниро дар 92,5%-и беморони гурӯҳи якум, дар 90,4% - и гурӯҳи дуюм ва дар 82,9%-и беморони гурӯҳи назоратӣ нишон дод. Муътадил шудани функцияи шомма дар 96,2%-и беморони гурӯҳи якум, дар 94,2% - и беморони гурӯҳи дуюм ва дар 88,6%- и беморони гурӯҳиназоратӣ ба қайд гирифта шуд. Фаъолнокии ҳаракати эпители мерсателӣ дар 94,3% -и беморони гурӯҳи якум, дар 94,2% - и беморони гурӯҳидуюм ва дар 82,9%-и беморони гурӯҳиназоратӣ ба мушоҳида расид.

Бояд қайд кард, ки нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар гурӯҳҳо аз якдигар фарқ мекунад. Натиҷаҳои бештари мусбати функсионалӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ ба даст оварда шуд. Дар гурӯҳи дуоми беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ бо шаклҳои фиброзӣ-полипозии ринити гипертрофӣ каме паст буданд, ки ин аз тағйиротҳои босубот ва амиқи садафаҳои бинӣ дар шакли калоншавии полипозии онҳо вобастагӣ дорад. Он чӣ ки ба паст будани нишондиҳандаҳои пасти беморони гурӯҳи назоратӣ, ки дар ин ҷо танҳо септум – чарроҳӣ иҷро карда шудааст, таааллуқ дорад, ин аст, кивучуд доштани садафаҳои гипертрофишудаи бинӣ имконият намедиханд, ки функцияҳои нафаскашӣ, шомма ва муҳофизатӣ пурра барқарор шаванд (чадвали 2).

Ҷадвали 2.- Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар беморон баъди се моҳи пас аз ҷарроҳӣ.

Усулҳои функционалии таҳқиқоти бинӣ	Натиҷаҳои таҳқиқот		
	Гурӯҳи 1 (n=53)	Гурӯҳи 2 (n=52)	Гурӯҳи 3 (n= 35)
Ринопневмометрия (n – 8-10 мм.сут.сим.) Дараҷаи I (11-30 мм.сут. сим.) Дараҷаи II (31-60 мм.сут. сим.)	49 (92,5%)* 4 (7,5%)* -	47 (90,4%)* 5 (9,6%)* -	29 (82,9%)* 6 (17,1%)* -
Ольфактометрия (n- ҳамаи бӯйҳо) Гипосмия дараҷаи I-бӯйи сусти Гипосмия дараҷаи II- бӯйи миёна	51 (96,2%)* 2 (3,8%)* -	49 (94,2%)* 3 (5,8%)* -	31 (88,6%)* 4 (11,4%)* -
НМС(n -14,2±3,5 дақ.) НМС д.I - 20-30 дақ. НМСд. II 31-50дақ.	50 (94,3%)* 3 (5,7%)*	49 (94,2%)* 3 (5,8%)*	29 (82,9%)* 6 (17,1%)*
Рнлуоби бинӣ, M±m	7,41±0,2	7,43±0,3	7,45±0,4

Ҳангоми ҷамъбасти кардани таъбасти ҷарроҳӣ пас аз 6 моҳи баъди ҷарроҳӣ аз 53 бемори гурӯҳи якуми гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ дар 96,2%-и беморон натиҷаи хуби функционалии анатомӣ ва дар 3,8% - и беморон натиҷаи қаноатбахши функционалии анатомӣ ҳосил шуд. Дар гурӯҳи дуюми беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ дар яқоягӣ бо шаклҳои фиброзӣ-полипозии гипертрофияи садафҳои бинӣ натиҷаҳои хуб дар 94,2%, натиҷаҳои қаноатбахш дар 5,8%-и таҳқиқшудагон ба назар расид. Дар гурӯҳи назоратӣ, ки дар ин ҷо дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофияи садафҳои бинӣ танҳо септум-ҷарроҳӣ гузаронида шудааст, натиҷаи хуби функционалии анатомӣ дар 88,6%, ва натиҷаи қаноатбахш дар –11,4% таҳқиқшудагон дида шуд.

Хулосаҳо

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1.Зухуроти клиникии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо гипертрофия ва тағйиротҳои полипозии садафҳои бинӣ бо хусусиятҳои ҷараёни вазнин доштанишон фарқ мекунанд.

Фиброриноскопия, эндоскопия ва ТК –и бинӣ ва ҚНБ имконият доданд, кивариантҳои гуногуни деформатсияи миёндевори бинӣ дар шакли қирраи устухонӣ-тағоякӣ ва теғаҳо дар 28,6%-и беморон, деформатсияи С-шакл дар 17,1%-и беморон, қачшавии S-шакли он дар 22,8%, баромадагӣ бо бечошавии тағояки чоркунча 20,7-и беморони ва деформатсияи омехта гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, яқоя бо шаклҳои гуногуни гипертрофияи садафҳои поёнӣ ва мобайнии бинӣ ба назар расид [4-А, 6-А, 7-А, 13-А]. Ба таври эндоскопӣ варамидагии пардаи луобии бинӣ бо қалоншавии ҳаҷми садафҳои бинӣ дар сатҳҳои суфтаи онҳо ба мушоҳида мерасад, дар гурӯҳи беморони гирифтори шаклҳои фиброзӣ ва полипозӣ бошад, гипертрофияи садафҳои бинӣ бо сатҳи

ноҳамвору ғафсиаш нобарбари пардаи луобии садафаи бинӣ муайян карда шуд [8-А, 11-А, 23-А, 27-А, [35-А].

2. Натиҷаҳои ҳолати функционалии бинӣ нишон доданд, ки вайрон шудани гузаронандагии дараҷаҳои II-III-и роҳҳои бинӣ дар 56,6%-и беморони гурӯҳи якум, дар 73,0%-и гурӯҳи дуюм ва дар 54,3% -и гурӯҳи назоратии таҳқиқшудагон ба қайд гирифта шуд. Ифодаи миёнаи гузаронандагии роҳҳои бинӣ $15,5 \pm 03$ мм.сут.сим.-ро ташкил дод. Сусти шудани қобилияти функционалии эпители мерсателии пардаи луобии дараҷаҳои II- III дар 56,6%-и беморони гурӯҳи якум, дар 75,0%-и гурӯҳи дуюм ва дар 65,7% -и беморони гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Нишондиҳандаҳои миёнаи КМС $31,2 \pm 03$ дақиқаро ташкил дод. Ихтилоли шомма дар 79,1% -и беморони гурӯҳи якум дида шуд. Гипосмияи дараҷаи II – III дар 76,9%-и беморони гурӯҳидуюм ва дар 65,7% -и беморони гурӯҳи назоратӣ ба назар расид. Дар бештари беморони мо тағйироти pH дар муҳити турш ба ҳисоби миёна $7,5 \pm 03$ -ро ташкил дод [1-А, 33-А,].

3. Дар чараёни фаъолият чарроҳӣ, техникаи чудо кардани мукоперихондрия ва мукопериост, ҳамчунин усулҳои резексия ва ислоҳи қисми тағоякии миёндевори бинӣ такмил дода шуданд. Барои бехтар кардани чудокунии мукоперихондрия ва мукопериостаз миёндевори бинӣ отсос-распатори модификатсияи мо (Патенти № ТҶ 1024) истифода карда шуд, техникаи ислоҳкунии тағояки чоркунча бо истифода аз микрокорд (пешниҳоди ратсионализаторӣ №3145/P-456) оптимизатсия кунонида шуд ва усули дарозкунии микрокорд (пешниҳоди ратсионализатории №3260/P-475) барои баргараф кардани бечошавии тағояки чоркунча ва ё қисмҳои таркибии он пешниҳод карда шуд [36-А, 38-А, 39-А].

4. Нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ дар беморон баъди се моҳи пас аз чарроҳӣ барқарор шудани функсияи нафаскашӣ бо биниро дар 92,5%-и беморони гурӯҳи якум, дар 90,4% -и гурӯҳи дуюм ва дар 82,9%-и беморони гурӯҳи назоратӣ нишон дод. Муътадил шудани функсияи шомма дар 96,2%-и беморони гурӯҳи якум, дар 94,2% -и беморони гурӯҳи дуюм ва дар 88,6% -и беморони гурӯҳи назоратӣ ба қайд гирифта шуд. Фаъолнокии ҳаракати эпители мерсателӣ дар 94,3% -и беморони гурӯҳи якум, дар 94,2% -и беморони гурӯҳи дуюм ва дар 82,9%-и беморони гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Пас аз 6 моҳи баъди чарроҳӣ дар гурӯҳи якуми беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, якҷоя бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ дар 96,2%-и беморон натиҷаи хуби функционалии анатомӣ ва дар 3,8% -и беморон натиҷаи қаноатбахши функционалии анатомӣ ҳосил шуд. Дар гурӯҳи дуюми беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо шаклҳои фиброзӣ-полипозии гипертрофияи садафаҳои бинӣ натиҷаҳои хуб дар 94,2%, натиҷаҳои қаноатбахш дар 5,8%-и таҳқиқшудагон ба назар расид, вале дар гурӯҳи назоратӣ натиҷаи хуби функционалии анатомӣ дар 88,6%, ва натиҷаи қаноатбахш дар $-11,4\%$ таҳқиқшудагон дида шуд [21-А, 22-А, 26-А].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Бо мақсади баҳогузорию муносиб ба ҳолати сохторҳои дохили бинӣ ва ҚНБ ҳангоми қачшавии миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои

- бинӣ дар амалияи ринологӣ татбиқи густурдаи усулҳои ринофиброскопия, эндоскопияи носа ва ТК-иҶНБ тавсия карда мешавад.
2. Бо мақсади тез чудо кардани пардаи луобии миёндевори бинӣ якҷоя бо тағоякпарда ва устухонпарда истифода кардани отсос-распатори модификатсияи мо ва барои ислоҳкунӣ ва бурриши минималии тағояки чоркунҷа микрокорди найзамонанд ва белчамонанд мувофиқи мақсад мебошад, онҳо имконият медиҳанд, ки функцияи такаҷоҳии он нигоҳ дошта шавад.
 3. Дар ҳолати гипертрофияи возеҳи миёндевори бинӣ, ки доираи биниши қисми пешу ақибии миёндевори биниро душвор мегардонад ва барои иҷро кардани септопластика мушкилӣ эҷод мекунад, дар марҳалаи якуми чарроҳӣ мо чарроҳӣ кардани садафҳои бинӣ ва баъдан септопластикаро тавсия мекунем.
 4. Баъди анҷом додани чарроҳии дохили бинӣ гузоштани фатилаи бинӣ бо истифода намудани ангуштаҳои резиниро тавсия мекунем, онҳо пардаи луобии биниро аз осеббинӣ ва дар бинӣ гузоштани найчаҳои ҳавобар, ки нигоҳ доштани нафаскашӣ бо биниро таъмин мекунад, муҳофизат мекунанд, ин имконият медиҳад, ки беморони бидуни эҳсоскунии взинӣ шабонарӯзи авали чарроҳиро паси сар кунанд.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-М] Туйдиев Ш.Ш. Функциональная и эстетическая хирургия при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией полости носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.47- 50.
- [2-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическая коррекция сколиоза наружного носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Здравоохранение Таджикистана.- 2009.- №1.- С.205-207.
- [3-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Российская оториноларингология.- №6.-2012.- С. 109 – 113.
- [4-М] Туйдиев Ш.Ш. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Вестник Авиценны.- №4.- 2012.- С. 56-61.
- [5-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.А. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.-№3(1).-2014.- С.61-64.
- [6-М] Туйдиев Ш.Ш. Значение компьютерной томографии в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии полости носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д., Муродов Ш.Д., Назаров З.Х. // Здравоохранение Таджикистана.- 2018.- №3.- С. 43-48.
- [7-М] Туйдиев Ш.Ш. Современные представления о патогенезе, классификации и хирургическом лечении деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин.// Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шоев М.Д.,

Назаров З.Х., Юсупов А.Ш. // Здоровоохранение Таджикистана.- 2019.- №1.- С. 83-92.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

[8-М] Туйдиев Ш.Ш. Лечение хронического гипертрофического ринита методом ультразвуковой дезинтеграции. /Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Современные аспекты общественного здравоохранения.Материалы конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Душанбе-2007.- С.353-355.

[9-М] Туйдиев Ш.Ш. Осложнения подслизистой резекции носовой перегородки по Киллиану и способы их устранения /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы республиканской научно-практической конференции хирургов. Турсунзаде.- 2007.- С. 214.

[10-М] Туйдиев Ш.Ш. Наш опыт септопластики при деформациях носовой перегородки с использованием микроножей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе . -2007г.- С. 252-254.

[11-М] Туйдиев Ш.Ш. Септум-операция и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин при деформациях носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Шарипов Х.Х. //Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе, 2007г.- С. 254-255

[12-М] Туйдиев Ш.Ш. Септопластика при вывихе хряща перегородки носа /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы научно-практической конференции с международным участием. Душанбе. -2007.- С. 113 – 114.

[13-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическая тактика при деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин у детей /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. // Материалы 2- съезда детских хирургов и анестезиологов Таджикистана. Душанбе -2008.- С. 264-265

[14-М] Туйдиев Ш.Ш. Ринопластика при горбатом носе /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 56-й научно-практической конференции ТГМУ.- Душанбе . - 2008.- С. 318-319.

[15-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическая коррекция комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 57-й научно-практической конференции с международным участием посвященная 70-летию образования ТГМУ. Душанбе -2009.- С. 396-398.

[16-М] Туйдиев Ш.Ш. Качество жизни больных с хроническим гипертрофическим ринитом до и после лечения.Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ. Душанбе. – 2009.- С. 358-359.

[17-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций перегородки носа у детей /Махмудназаров М.И., Шамсидинов Б.Н., Туйдиев Ш.Ш. //Журн. «Педиатрияи детскаахирургияТаджикистана» 2010г.-№1.- С.50-52.

[18-М] Туйдиев Ш.Ш. Роль анатомических аномалий носовой полости в хронизации риносинуситов. /Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г, Ятимов Х.Р.

//Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ. Душанбе. – 2010.- С. 61-63.

[19-М] Туйдиев Ш.Ш. Чаррохии деформатсияи миёнадевори бинии кудакон. / Махмудназаров М.И., Шамсиддинов Б., Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш. //Журнал « Авчи зухал».-2011.- С. 13-15

[20-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургическое лечение деформаций перегородки носа в детском возрасте /Махмудназаров М.И., Шамсиддинов Б.Н., Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 11-научно-практической конференции оториноларингологов Узбекистана. Ташкент-2012.- С. 31-32.

[21-М] Туйдиев Ш.Ш. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Мехмондустов С.Г. //Материалы научно-практической конференции отоларингологов РТ с международным участием. Душанбе.- 2012.- С.47 -49.

[22-М] Туйдиев Ш.Ш. Послеоперационное ведение больных с искривлением перегородки носа. /Туйдиев Ш.Ш., Солиева Ш.А. // Современная медицина в Таджикистане. Годичной научно- практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ. Душанбе. – 2012.- С. 217.

[23-М] Туйдиев Ш.Ш. Усовершенствованный метод хирургического лечения хронического вазомоторного ринита /Махмудназаров М.И.,Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л. //Материалы 61-й научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе- 2013.-С.381-382.

[24-М] Туйдиев Ш.Ш. Хирургический подход при деформации носовой перегородки у детей. /Махмудназаров А.М.,Туйдиев Ш.Ш. //Материалы 9 годичной научно – практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ТГМУ. – 2014. С177

[25-М] Туйдиев Ш.Ш. Последствия подслизистой резекции перегородки носа и методы их устранения./Туйдиев Ш.Ш., Икромов М.А. //Достижения и перспективы развития медицинской науки. Материалы 9-годичной научно- практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ТГМУ.Душанбе. – 2014.- С. 178.

[26-М] Туйдиев Ш.Ш. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Азизова М.С. //Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана Ташкент, 2015.-С.80.

[27-М] Туйдиев Ш.Ш. Табобати чаррохии деформатсияи бинии дар якҷояги бо эътилолияти ковокии бинии ва чавфҳои наздибинии. /Махмудназаров М.И.,Туйдиев Ш.Ш., Юсупов А.Ш.,Мехмондустов С.Г. // Журнал « Авчи зухал» №4. Душанбе - 2015.- С. 11-15

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

[29-М] Туйдиев Ш.Ш. Оптимизация послеоперационного ведения больных с искривлением перегородки носа. /Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Туйдиев Ш.Ш., Муродов Ш.Д.// Материалы 64-й годичной научно-практической

конференции ТГМУ с международным участием, посвященной 25-летию Независимости РТ.- 2016. - С.325-326.

[30-М] Туйдиев Ш.Ш. Оптимизация усилий вазотомии зерлуобии садафҳои поёни ва мобайни бини. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д. // Журнал « Авчизухал» №4. - 2016.- С. 27-29.

[31-М] Туйдиев Ш.Ш. Эффективности применения шалфея лекарственного в послеоперационной терапии у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин. /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.

[32-М] Туйдиев Ш.Ш. Компьютерная томография в диагностике сочетанных патологий носа и околоносовых пазух. /Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Урунбаева М.Г. // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием. 2018г. С.156-158.

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

[34-М] Туйдиев Ш.Ш. Усовершенствование хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин. /Махмудназаров М.И., Ахророва З.А., Туйдиев Ш.Ш. // Материалы 67-ой годичной научно-практической конференции посвященной 80-лет ТГМУ. Душанбе - 2019г. С.280-282.

[35-М] Туйдиев Ш.Ш. Современный подход к лечению хронического гипертрофического ринита. /Махмудназаров А.М., Туйдиев Ш.Ш., Тоҳирова М.Г. // Материалы 68-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ. Душанбе - 2020г. С.313-314.

Патент барои ихтироот

[36-М] Туйдиев Ш.Ш. Патенти хурд барои ихтироот Чумхурии Тоҷикистон № ТҶ1024, МПК А61В17/24; А61 К36/38. Распатор – отсос / Махмудназаров М.И., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш. – 1901299; аз 22.07.2019.

Пешниҳоди ратсионализаторӣ

[37-М] Туйдиев Ш.Ш. Пешниҳоди ратсионализаторӣ № 3260/R47, Усули вазотомии зерлуобии садафҳои поёни бинӣ / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. Мехмондустов С.Г. аз 31.03.2011/.

[38-М] Туйдиев Ш.Ш. Пешниҳоди ратсионализаторӣ № 3341/R556, Усули дезинтеграция ва латеропозитсия яклаҳзаинаи ултрасадоии садафҳои бинӣ / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. аз 08.02.2013/.

[39-М] Туйдиев Ш.Ш. Пешниҳоди ратсионализаторӣ № 3441/R656, Усули деструкцияи субмукозии садафҳои бинӣ бо распатори моификацияшуда / Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Ятимов Х.Р. аз 04.02.2015/.

Фехристи ихтисораҳо

ДМБ – деформатсияи миёндевори бинӣ
КМБ- качшавии миёндевори бинӣ
ВСШ–вентилятсияи сунъии шушҳо
ТК - томографияи компютерӣ
ТАИ–тавозуни атсиду ишқор
КМС–клиренсимукосилиарӣ
СПБ–садафи поёнии бинӣ
ММТ – Маркази миллии тиббӣ
МБ –миёндевори бинӣ
ҚНБ – чавҳои наздибинигӣ
РСП – риносептопластика
СМБ–садафи мобайнии бинӣ
ФНЭМ– функсияи нақлиётии эпители мерсателӣ
ДУС – дезинтегратсияи ултрасадоӣ
СБД–сабти барқии дил
УҚС – узвҳои қафаси сина.

АННОТАЦИЯ

Автореферата диссертации Туйдиева Шухрата Шодиевича на тему «Оптимизация хирургического лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетанной патологией носовых раковин» на соискании учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – Болезни уха, горла и носа

Ключевые слова: деформация носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, УЗД носовых раковин, септопластика, мукоцилиарный транспорт, кислотно-щелочное равновесие.

Цель работы. Оптимизация хирургического лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетанное с патологией носовых раковин.

Методы исследования и использованная аппаратура: проведено обследование 140 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин в возрасте от 17 до 59 лет, из которых мужчин было - 86, женщин – 54. Исследования включали риноскопию, эндоскопию носа, ринопневмометрию, ольфактометрию, определение МЦТ и КШР слизистой оболочки носа, КТ носа и ОНП. Оценку статистической значимости осуществляли с помощью критерия Р - статистическая значимость различия средних показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни) по сравнению с нормой.

Полученные результаты и их новизна. В результате оперативного у 96,2% получен хороший и у 3,8% - удовлетворительный функционально анатомический результат. Во второй группе хороший результат получен у 94,2% и удовлетворительный – у 5,8% обследованных, а в контрольной группе хороший функционально анатомический результат отмечен у 88,6% и удовлетворительный – у 11,4% обследованных. В ходе научной работы оптимизированы технико-тактические аспекты хирургических вмешательств на перегородке носа и на носовых раковинах. Для улучшения отслойки мукоперихондрия мукопериоста перегородки носа, использовали отсос-распатор, оптимизировали технику коррекции 4-х угольного хряща, модифицировали методику подслизистой вазотомии носовых раковин и предложили способ пролонгированной тампонады.

Рекомендации по использованию. При деформации перегородки носа, сочетанной с гипертрофией носовых раковин, необходимо широкое внедрение в практику методов ринофиброскопии, эндоскопии носа и КТ ОНП. Для ускорения отслойки слизистой оболочки, надхрящницы и надкостницы перегородки носа целесообразно использовать отсос-распатор, а в случаях выраженной гипертрофии носовых раковин, первым этапом операции целесообразно выполнить вмешательство на носовых раковинах, а затем септопластику. Рекомендуем тампонаду носа с применением резиновых пальчиков, обеспечивающих сохранение носового дыхания, что позволяет пациентам без тягостных ощущений переносить первые сутки после операции.

Область применения: оториноларингология, ринология.

АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Туйдиев Шухрат Шодиевич дар мавзӯи “Муносибозии муолиҷаи чарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо патологияи ковокии бинӣ” барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тибб аз рӯйи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

Калидвожаҳо: деформатсияи девораи бинӣ, гипертрофияи садафаҳои бинӣ, дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои бинӣ, септопластика, клиренси мукосилиарӣ, тавозуни кислотаю ишқорӣ.

Мақсадитаҳқиқот. Беҳсозии табобати чарроҳии беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, якҷоя бо бемориҳои садафаҳои бинӣ.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Мо 140 нафар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо патологияи садафаҳои биниро дар синни аз 17 то 59 солагӣ муоина кардем, ки азҷумла 86 нафар мардон ва 54 нафар занон буданд. Таҳқиқот аз риноскопия, эндоскопияи бинӣ бо эндоскопҳои чандирӣ васахт, ринопневмометрия, олфактометрия, муайянкунии клиренси мукосилиарии луобпардаи бинӣ, ТК-и бинӣ ва ҚНБ иборат буд. Арзёбии қиматҳои омории тафовути байни бузургҳои миёна бо истифода аз меъёри Р – қимати омории тафовути байни нишондиҳандаҳои миёнаи байни гурӯҳҳо (аз рӯйи U меъёри Манн-Уитни) дар муқоиса бо меъёр гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва наводии онҳо. Дар натиҷаи муолиҷаи чарроҳӣ дар 96,2% беморон натиҷаи хуб ва 3,8% беморон натиҷаи қаноатбахши функционалию анатомӣ ба даст омад. Дар гурӯҳи дуҷуми беморон 94,2% беморон натиҷаи хуб ва дар 5,8% таҳқиқшудагон натиҷаи қаноатбахш ва дар гурӯҳи назоратӣ натиҷаи хуби функционалию анатомӣ дар 88,6% ва дар 11,4 % таҳқиқшудагон чунин натиҷаи қаноатбахш бадаст овардашудааст. Дар ҷараёни таҳқиқоти илмӣ ҷанбаҳои техникӣ ва тактиқии амалҳои чарроҳии миёндевори бинӣ ва садафаҳои бинӣ муносиб гардонида шуданд. Барои беҳтар кардани ҷудошавии мукоперихондрия ва мукопериости девораи бинӣ, мо як навъи распатор-отсоси тағйирдодаи худро истифода кардем, техникаи ислоҳи тағоякҳои чоркунҷаро бо истифода аз микротегҳо муносиб сохтем, методикаи вазотомияи зери луобпардаҳои садафаҳои биниро тағйир додем ва усули фатилагузории дарозмуддати биниро ҷиҳати пешгирӣ кардани ҷойивазкунии тағоякҳои ростшудаи чоркунҷа ва қисмҳои он пешниҳод намудем.

Тавсияҳо оид ба истифодаи натиҷаҳои таҳқиқот. Дар сурати деформатсияи миёндевори бинӣ дар якҷоягӣ бо гипертрофияи садафаҳои бинӣ, дарамалия ринофиброскопия, эндоскопияи бинӣ ва ТК-и ҚНБ-ро васеъ ҷорӣ кардан зарураст. Барои тезонидани ҷудошавии луобпардаи миёндевори бинӣ бо болотағояк ва болоустухон истифода бурдани распатор-отсоси тағйирдодаи мо дар ҳолатҳои гипертрофияи возеҳи садафаҳои бинӣ дар марҳилаи аввали амали чарроҳиро дар садафаҳои бинӣ ва баъдан иҷро намудани септопластика ба мақсад мувофиқ мебошад. Фатилагузории биниро бо истифода аз ангуштакҳои резинӣ ҷиҳати муҳофизати луобпардаи бинӣ аз осеб ва ворид кардани найчаҳои ҳавогузаронанда ба биниро барои таъмини нафас кашии бинӣ тавсия медиҳем, ин ба беморон имкон медиҳад, ки шабонарӯзҳои аввали баъдичарроҳиро бидуни эҳсосоти дардовар таҳаммул намоянд.

Соҳаи татбиқ: оториноларингология, ринология.

SUMMARY
TUYDIEV SHUHRAT SHODIEVICH
OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH
DIVIATED OF THE NASAL SEPTUM, COMBINED WITH THE PATHOLOGY
OF THE TURBINATES

Keywords: deformation of the nasal septum, hypertrophy of the turbinates, ultrasound disintegration of the turbinates, septoplasty, mucociliary transport, acid-base balance.

Purpose. Optimization of surgical treatment of patients with diviated of the nasal septum, combined with the pathology of the turbinates.

Methods of research and the usedequipment. We examined 140 patients with deformity of the nasal septum, combined with the pathology of the nasal conchas at the age from 17 to 59 years, of which there were 86 men, 54 women. The studies included rhinoscopy, endoscopy of the nose. rhinopneumometry, olfactometry, determination of MCT and Acid Base Balance of the nasal mucosa, CT of the nose and PNS. Assessment of statistical significance were carried out using the P criterion - the statistical significance of the difference between the mean values between the groups (according to the U- Mann-Whitney criterion) compared with the norm.

The received results and their novelty: As a result of surgical treatment 96.2% obtained a good and 3.8% - a satisfactory functional and anatomical result. In the second group a good result was obtained in 94.2% and satisfactory - in 5.8% of the examined, and in the control group, a good functionally anatomical result was noted in 88.6% and satisfactory - in 11.4 % of those surveyed. In the course of scientific work, the technical and tactical aspects of surgical interventions on the nasal septum and on the turbinates were optimized. To improve the detachment of mucoperichondria and mucoperiosteum of the nasal septum, we used a suction-dilator of our modification, optimized the technique for correcting 4-angle cartilage, modified the technique of submucosal vasotomy of the turbinates, and proposed a method of prolonged nasal tamponade to

Recommendations for use. In deformity of the nasal septum, combined with hypertrophy of the turbinates, it is necessary to widely introduce the methods of rhinofibroscopy, nasal endoscopy and CT PNS into practice. To accelerate the detachment of the mucous membrane, perichondrium and periosteum of the nasal septum, it is advisable to use a suction-dilator of our modification, and in cases of severe hypertrophy of the turbinates, the first stage of the operation is to perform an intervention on the turbinates, and then septoplasty. Ensuring the preservation of nasal breathing, which allows patients to endure the first day after the operation without painful sensations.

Field of application: otorhinolaryngology, rhinology.