Препарат билан 1 ой даволангандан сўнг 20%, I гуруҳ билан солиштирилганда 64,3% беморларда яхшиланиш кузатилган.

Шундай қилиб, Эреспал дори воситасининг яллиғланишга қарши таъсири унинг бурун ва бурун ёндош бўшлиқларидаги яллиғланиш жараёнининг камайиши, барча клиник симптомларнинг тез регрессияси, бемор аҳволининг яхшиланиши ва бурун шиллиқ қават ҳолатининг меъёрланишига олиб келди. Бу эса, ўз навбатида, СР билан оғриган беморларни комплекс даволаш самарадорлигининг ошганлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Современные технологии в лечении заболеваний уха, горла и носа. Руководство для врачей. – М. – 2008 г. – 356 с.
2. Капустина Т.А. Эпидемиология хронических заболеваний уха, горла и носа у коренных жителей / Т.А. Капустина // Бюллетень СО РАМН. - 2010. - Т. 30, №3. - С. 45-51.
3. Косяков С.Я., Пискунов Г.З., Атанесян А.Г. Современная диагностика и лечение отитов и риносинуситов согласно международным стандартам: учебное пособие для врачей. М 2007.- 67 с.
4. Cervin A. Is it time to abandon chronic rhinosinusitis? (Or at least to introduce the term unexplained chronic rhinosinusitis). Rhinology 2010; 48: 1: 123-124.
5. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. //Fokkens W.J. [et al.]// Rhinology. 2012 Mar; Vol.50 (1).
6. Harvey R.J., Lund V.J. Biofilms and chronic rhinosinusitis: systematic review of evidence, current concepts and directions for research. Rhinology 2007; 45: 1: 3-13.
7. Lim M., Lew-Gor S., Darby Y., Brookes N., Scadding G. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis. Rhinology 2008; 45: 2: 144-147.
8. Tomassen P., Newson R.B., Hoffmans R. Reliability of EP3OS symptom criteria and nasal endoscopy in the assessment of chronic rhinosinusitis - a GA(2) LEN study. / P. Tomassen // J. Allergy. - 2010. - Vol. 17. -P. 22-26.

РЕЗЮМЕСИ

Бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари замонавий ринологияда долзарб муаммолардан бўлиб келмоқда. Ушбу мақолада келтирилган текширишлар шуни кўрсатадики, Эреспал дори воситасини сурункали риносинусит билан оғриган беморларни даволашда қўллаш комплекс даволаш чораларининг юқори самарадорликка олиб келади.

РЕЗЮМЕ

Заболевания носа и околоносовых пазух являются актуальными проблемами современной ринологии. Представленные в статье исследования показывают, что применение Эреспала в лечении больных с хроническим риносинуситом повышает эффективность комплексного лечения.

SUMMERY

Diseases of the nose and paranasal sinuses are actual problem of modern rhinology. Presented in the article study show that the use of Erespal in the treatment of chronic rhinosinusitis increases the efficiency of complex treatment.

УДК: 616-002.3.28-07-08

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА

Ж.А. Хатамов, О.Ш. Мухаммадиев, Н.О. Хатамова

Клиника «SAM SO’ZANI PLUS», Самарканд

Одним из наиболее значимых проявлений деформации наружного носа и искривления носовой перегородки является длительное нарушение носового дыхания, приводящее к целому ряду проблем, включая развитие различных форм хронического ринита, патологии околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани, а также нижних отделов дыхательных путей. Различные формы деформации перегородки носа, кроме нарушения дыхания, приводят к расстройству обонятельной и других функций носа [2,4,6,7].

В современном обществе эстетическая роль носа настолько высока, что основные требования пациентов, идущих на операцию ринопластики, даже в случаях с выраженными расстройствами дыхательной функции носа, почти всегда имеют эстетический характер [1,3,5,8,10].

Хирургическая коррекция наружного носа и внутриносовых структур – один из наиболее сложных разделов пластической хирургии, прежде всего, потому, что нос представляет собой наиболее открытую и заметную часть лица. Во-вторых, нос имеет сложную, часто асимметричную анатомию, изменять которую необходимо с высокой, микрохирургической точностью. Наконец, функция этого органа дыхания чрезвычайно вариабельна в зависимости от индивидуального строения хрящевого и костного скелета, а также тканевых характеристик. И, конечно, эта функция очень чувствительна к вносимым хирургами изменениям [1,4,5,9].

Началом эры ринопластики как метода улучшения внешности и коррекции носового дыхания считают 1887 год, когда появилась работа американского оториноларинголога O. Roe, впервые подробно описавшего операции на структурах носа. Автор подчеркивал, что сохранить полноценное носовое дыхание при ринопластике путем вмешательства на интраназальных структурах – не только крайняя необходимость во имя здоровья и комфорта человека, но и важный элемент коррекции деформаций наружного носа.

В последние годы подходы к хирургической коррекции наружного носа и внутриносовых структур претерпели существенные изменения. Это обусловлено, прежде всего, усовершенствованием инструментария и разработкой новых оригинальных методик выполнения указанных вмешательств. Уходит в прошлое время двухэтапных операций, когда производились вмешательства по восстановлению носового дыхания с последующей отсроченной ринопластикой. Следует отметить, что при выполнении одномоментной септоринопластики оториноларингологи имеют определенное преимущество перед хирургами-косметологами, которые, как правило, не владеют техникой хирургической коррекции эндоназальных структур и восстановления носового дыхания[1,3,7,10]. Следовательно, разработка современных методов хирургической коррекции деформации наружного носа и внутриносовых структур остается актуальной проблемой.

Цель исследования

Оценка эффективности одномоментной септоринопластики при деформациях наружного носа с искривлением носовой перегородки.

Материал и методы

Нами обследованы и прооперированны 38 больных в возрасте от 18 до 40 лет, из них 26 мужчин и 12 женщин. Сроки после травмы составляли от 2 месяцев до нескольких лет. У некоторых больных момент травмы не был установлен. Чаще всего встречался риносколиоз в костном или одновременно в костном и хрящевом отделах носа – у 18, ринолордоз – у 12, ринокифоз – у 8 больных.

Всем больным проведено предоперационное обследование, включавшее функциональные исследование носа, определение обстоятельств травмы, выяснение выраженности деформации носа и состояния носового дыхания, риноскопию, рентгенографию и компьютерную томографию костей носа и околоносовых пазух, эндоскопию ЛОР-органов, клинико-лабораторные исследования и фоторегистрацию больных. Фотографирование пациента обязательно, фотографии становятся частью истории болезни. Без них практически невозможен полноценный эстетический анализ пропорций лица и носа пациента. И, конечно, составление плана операции. По данным компьютерной томографии имеется возможность оценить состояние задних отделов перегородки носа, выявить синехии, что не всегда удается при эндоскопии. Это связано с необходимостью адекватной оценки формы наружного носа и функционального состояния полости носа.

У больных с деформацией наружного носа наблюдались изменения внутриносовых структур в виде искривления перегородки носа, сужения носовых ходов, гипертрофии носовых раковин. В зависимости от вариантов деформации наружного носа и носовой перегородки выработана тактика одномоментной хирургической коррекции данной патологии.

У всех больных в анамнезе имелись указания на перенесенный синусит с наличием подтверждающих рентгенологических данных. Сочетание деформации наружного носа и носовой перегородки с параназальным синуситом выявлено у 15 больных. Экссудат в одной или нескольких пазухах обнаружен у 10 больных, полипы носа диагностированы у 5 обследованных, гипертрофия задних отделов нижних носовых раковин у 8.

Результаты и обсуждение

Всем больным с синуситами сначала проводилось консервативное лечение, включавшее пункции гайморовой пазухи и дренирование других пазух. После лечения воспалительных процессов в пазухах на фоне антибактериальной терапии осуществлялось хирургическое лечение.

Операция выполнялась под местной анестезией и под эндотрахеальным наркозом. Всем пациентам операцию начинали с коррекции носовой перегородки и внутриносовых структур. В зависимости от вида деформации применяли различные варианты щадящей резекции и коррекции носовой перегородки. В завершение операции между слизистыми перегородки носа реимплантировали часть удаленного четырехугольного хряща, орошаемого раствором антибиотика и предварительно дезинтегрированного с помощью специальных зажимов.

У 14 больных одновременно выполнены подслизистая резекция носовой перегородки и вазотомия и конхопексия нижних носовых раковин, у 8 – задняя конхотомия нижних и частично средних носовых раковин. После окончания операции подслизистой резекции перегородки носа выполняли этап ринопластики. При этом в зависимости от вида и сложности деформации наружного носа использовали закрытый или открытый доступ хирургической коррекции наружного носа. В частности, при ринолордозе только в хрящевом отделе ринопластику осуществляли эндоназальным закрытым доступом, преимущественно трансплантатом из аутохряща носовой перегородки. При седловидной деформации в костно-хрящевом отделе спинки носа ринопластику производили наружным доступом. При риносколиозе с западением костно-хрящевого отдела спинки носа производили двустороннюю остеотомию и мобилизацию костей носа открытым доступом. Переформирование костной пирамиды у 8 больных с

комбинацией сколиоза и седловидной деформацией спинки носа в костном отделе позволило получить положительный результат по обеим формам деформации.

У 23 больных при комбинации сколиоза с небольшим западением спинки носа в хрящевом отделе коррекция ее произведена подсадкой аутохряща носовой перегородки через межхрящевой разрез с противоположной стороны разреза слизистой перегородки носа. Таким же доступом у 8 больных произведено удаление небольшого горба костного отдела спинки носа. Фиксацию костей носа после их репозиции осуществляли специальным гипсовым материалом (TRO-GYPSOPLAST 2 производства фирмы TROGE, Hamburg).

Одним из послеоперационных осложнений риносептопластики является образование синехий в полости носа, особенно в тех случаях, когда наряду с септопластикой проводится конхотомия. Во избежание образования синехий всем больным после операции в полость носа вводилась пластинка из отмытой рентгеновской пленки. Затем проводили переднюю тампонаду носа специальными тампонами MEROCEL Hemox фирмы Medtronic Xomed.

Полноценное носовое дыхание восстановилась на 3-и сутки после удаления тампона. На 5-й день после операции больные выписывались домой, и дальнейшее наблюдение за ними проводилось амбулаторно. Послеоперационных осложнений не наблюдалось, за исключением 2 пациентов, у которых после операции возникла гематома носовой перегородки.

После перенесенной операции больные находились под наблюдением в течение 6 месяцев: случаев изменения формы наружного носа не отмечалось, при риноскопии полости носа и носоглотки выявлено размещение реконструированной перегородки носа по средней линии, носовое дыхание не нарушено, никаких жалоб больные не предъявляли. У всех больных получен хороший или удовлетворительный косметический и функциональный результат.

Отдаленные результаты оперированных больных наблюдали в течение от 6 месяцев до 2-х лет после операции. Хороший функциональный и эстетический результат отмечался у 27 (71%), удовлетворительный у 11 (29%) больных.

Выводы

Предложенная одномоментная септоринопластика является щадящей операцией, с помощью которой достигается эффективное восстановление функции оперируемого органа, устраняется косметический дефект.

Литература

1. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика. – СПб, 2010. – С. 20.

2. Дадамухамедов А.Н. и др. // Stomatologiya. – 2005. – №1-2. – С. 94-95.

3. Ковальский М.П., Маркевич О.О., Прокопець К.О. Рінопластика – короткий екскурс в історію // Науковий вісник НМУ ім. О.О. Богомольця. – 2009. – №1.

4. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю. и др. // Вестн. оториноларингол. – 2008. – №3. – С. 42-44.

5. Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О. и др. // Вестн. оториноларингол. – 2007. – №5. – С. 29-32

6. Устьянов Ю.А. // Вестн. оториноларингол. – 2007. – №5. – С. 43-47.

7. Филимонов В.Н. // Вестн. оториноларингол. – 2008. – №4. – С. 68-70.

8. Хасанов С.А., Махсудов С.Н. и др. Оториноларингологиянинг назарий ва амалий долзарб муаммолари: Илмий-амалий конференцияси. – Тошкент, 2008. – С. 146-148.

9. Хоров О.Г., Шамрило Г.Н. // Вестн. оториноларингол. – 2007. – №5. – С. 48-50.

10. Thomson C., Mendelsohn M. Reducing the incidence of revision rhinoplasty. – J. Otolaryngol. – 2007. – Vol. 36, №2. – P. 130-134.

Резюме: Проанализированы результаты операции септоринопластики

наружного носа и носовой перегородки. У всех больных после одномоментной реконструкции пирамиды костей наружного носа и подслизистой резекции носовой перегородки получен хороший функциональный результат.

Summary: The problems of the objective study of the nasal breathing impairment in patients with fractures of the nasal bones have been presented. The authors demonstrated the results of examination and surgical treatment of patients with deformation of the external nose. 38 patients were under the observation. Among examined patients with deformation of the external nose, changes have been mentioned in the intranasal structure in the form of nasal septum curvature, narrowing of nasal passages, hypotrophy of nasal conchae were noted .Analyses of the results of the external nose septorhinoplasty and nasal septum operations have been carried out. Most frequent complications in the postoperative period, their prevention and elimination have been noted. Authentically best follow-up functional result after one-stage reconstruction of the nasal septum and pyramids of bones of the external nose have been received.

УДК: 616-089.211-002

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДСЛИЗИСТОЙ ВАЗОТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РИНИТАХ

Н.Ж. Хушвакова, Н.О. Хамракулова, Ш.Т. Кайсаров
Самаркандский государственный медицинский институт

В последние десятилетия отмечается существенный рост распространенности заболеваний верхних дыхательных путей, среди которых одно из основных мест занимает патология носа и придаточных пазух, чему немало способствовало ухудшение экологической обстановки, курение, аллергия, необоснованное применение разнообразных медикаментозных средств [4,5]. По разным данным, в структуре заболеваний ЛОР-органов частота гипертрофического ринита составляет от 6 до 16%.

Традиционные хирургические методы лечения (конхотомия, ультразвуковая дезинтеграция, криодеструкция и др.), имея положительные стороны, имеют и существенные недостатки: приводят к гибели функциональных структур слизистой оболочки носовых раковин и развитию атрофических процессов [5,6]. В связи с этим сохраняется потребность в оценке существующих и в поиске новых технологий лечения больных хроническим ринитом [1,4].

Цель исследования

Изучение накопленного опыта и оценка эффективности использованных техник подслизистой вазотомии при гипертрофических ринитах.

Материал и методы

В 2010-2013 гг. в ЛОР-отделении клиники №1 СамГосМИ нами были обследованы 35 пациентов, страдающих хроническим гипертрофическим ринитом, в возрасте 14-60 лет с длительностью заболевания от 2 до 15 лет, из них 17 (40%) женщин и 18 (60%) мужчин. Все пациенты подвергались общепринятому клиническому обследованию, включая опрос, осмотр всех ЛОР-органов, исследование основных функций носа, диагностическую эндоскопию полости носа, рентгенологическое исследование околоносовых пазух. Наиболее частыми из возможных причин развития гипертрофического процесса в носовых раковинах частые длительно протекающие респираторные вирусные