

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи
УДК: 616.211-002-07-085-089

ЭРГАШЕВ Улугбек Муродович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ
И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМИ РИНИТАМИ**

14.00.04 - Болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2006

Работа выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
ХОДЖАЕВА Кундуз Асадуллаевна

Официальный оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
ДЖАББАРОВ Карим Джаббарович

доктор медицинских наук, профессор
НАСРЕТДИНОВ Тахсин Хамидович

Ведущее учреждение: Ташкентский педиатрический медицин-
ский институт.

Защита состоится «___»_____2006 г. в_____ часов на засе-
дании специализированного совета Д.087.01.02 при Ташкентской медицин-
ской академии (700047, г. Ташкент, ул. Мусаханова, 103).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской меди-
цинской академии.

Автореферат разослан «___»_____2006 года

Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Ш. Ю. АБДУЛЛАЕВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Хронические риниты - одно из наиболее распространенных заболеваний. Удельный вес хронических гипертрофических и вазомоторных ринитов составляет 15-16% от общего числа ЛОР-заболеваний и около 60% от патологии носа (Лопатин Б. С. и др., 2002; Лучихин Л. А. и др., 2002, Калинин М., 2002; Норбоев З. К., 2004; Мазовецкий Э. Н., 2005; Сватко Л. Г., 2005; Серебряков И. Ю., 2005; Эргашев У. М., 2005). Хронические риниты приводят к расстройству нормальной жизнедеятельности организма из-за нарушения функции внешнего дыхания, вызывающему циркуляторную и тканевую гипоксию, биохимические сдвиги, нарушения естественного иммунитета, а также органические поражения околоносовых пазух, глотки, гортани, нижних дыхательных путей (Григорьев С. Б., 2000; Рязанцев С. В., и др., 2000; Арефьева Н. А. и др., 2002; Ходжаева К. А., 2003; Эргашев У. М., 2003; Блохин Б. М., 2005; Григорьев В. П., 2005; Красножен В. Н., 2005). Более чем в 60% случаев вазомоторные и гипертрофические риниты сочетаются с различными патологиями полости носа и придаточных пазух носа, в частности с деформациями носовой перегородки, что усложняет выбор оптимального метода лечения, от которого зависит успех хирургического лечения и исход заболевания (Евсеева В. В., 2005; Мезенцева О. Ю., 2005; Соболев А. В., 2005; Юнусов А. С., 2002, 2005).

Особую актуальность представляет ранняя диагностика и прогнозирование исходов заболевания у больных хроническими ринитами в сочетании с искривлениями перегородки носа в труднодоступных для невооруженного глаза верхних и задних её отделах. Операции у таких больных выполняется не в полном объеме, что не позволяет получить хорошие результаты лечения, в связи с чем предполагается проведение повторных вмешательств (Миразизов К.Д., 2005).

В настоящее время оториноларингологи располагают обширным арсеналом различных методов лечения хронических ринитов. Однако большинство из них недостаточно эффективны, так как не позволяют восстановить носовое дыхание. При проведении лечения зачастую не учитывается функциональное состояние слизистой оболочки полости носа и верхних отделов дыхательных путей, которое играет важную роль в поддержании защитных способностей организма (Пискунов Г. З. и др., 2002; Абдурашитов Р. Ш., 2005; Садовский В. И., 2005). Сохранить функциональную активность слизистой оболочки полости носа позволяют малоинвазивные методы, в то же время восстановить нормальное носовое дыхание с их помощью удается не всегда. Одной из наиболее широко применяемых в оториноларингологической практике щадящих, малоинвазивных операций является ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин (Никулин И. М., 2000; Шахова Е. Г., 2005). Однако и этот метод имеет ряд недостатков. Так, из-за отсутствия точной экспозиции трудно прогнозировать исход операции, который может

привести к таким нежелательным исходам, как некроз нижних носовых раковин (Пискунов Г. З. и др., 2002; Егоров В. И., 2005; Тулесонов И. С., 2005). Поэтому вопрос о полноценной коррекции внутриносовых структур у больных вазомоторным и гипертрофическими ринитами в сочетании с искривлениями перегородки носа остается открытым, что в значительной степени связано с затруднением диагностики заболевания. В связи с этим поиск новых, более оптимальных методов комплексного лечения и диагностики хронических ринитов представляет особую актуальность.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ кафедры ЛОР-болезней Ташкентской медицинской академии, по теме: «Современные подходы к диагностике и комплексному лечению заболеваний уха и верхних дыхательных путей» (Гос. регистрация № 01040019).

Цель работы. Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных хроническими ринитами в сочетании с искривлениями перегородки носа.

Задачи исследования.

1. Провести сравнительную эндоскопическую оценку клинико-функционального состояния слизистой оболочки полости носа у больных вазомоторным и кавернозной формой гипертрофического ринита в сочетании с искривлением перегородки носа.

2. Оценить диагностическое значение показателей дыхательной функции полости носа в динамике лечения у больных вазомоторным ринитом и кавернозной формой гипертрофического ринита в сочетании с искривлениями перегородки носа методом компьютерной ринопневмотахометрии,

3. Изучить функциональное состояние мукоцилиарного транспорта полости носа у больных вазомоторным ринитом и кавернозной формой гипертрофического ринита в сочетании с искривлением носовой перегородки в динамике лечения.

4. Изучить с помощью метода ринореовазографии микроциркуляцию полости носа у больных хроническим вазомоторным ринитом и кавернозной формой гипертрофического ринита в сочетании с искривлением носовой перегородки в динамике лечения.

5. Оценить эффективность септотомии и подслизистой вазотомии нижних носовых раковин с применением магнитолазеротерапии в послеоперационном периоде.

Научная новизна. Впервые показано, что в развитии гипертрофических и вазомоторных ринитов, нарушении дыхательной функции носа, микроциркуляции, функциональной активности слизистой оболочки полости носа немаловажную роль играет искривление перегородки носа в верхних и задних её отделах, выявляемое с помощью оптической эндоскопии.

Ранняя дооперационная диагностика различных деформаций верхних и задних отделов перегородки носа и своевременная их коррекция позволяет повысить эффективность хирургического лечения на 30%, снизить частоту повторных операций и число неблагоприятных исходов.

Впервые отмечено, что хирургическое лечение (септотомия и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин) в комплексе с магнитолазеротерапией повышает эффективность лечения до 96%.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Разработка и внедрение метода эндоскопической оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа в труднодоступных её отделах помогает диагностировать искривления перегородки носа в верхних и задних её отделах в ранние сроки и в полном объеме проводить операции по коррекции внутриносовых структур, что позволяет избежать повторных операций и предупреждает связанные с ними нежелательные исходы.

Ранняя хирургическая коррекция искривлений перегородки носа с септотомией и подслизистой вазотомией нижних носовых раковин в комплексе с магнитолазеротерапией в послеоперационном периоде позволяет улучшить микроциркуляцию и в полном объеме восстановить функцию носового дыхания с максимальным сохранением функционального состояния слизистой оболочки полости носа, что снижает частоту осложнений и неблагоприятных исходов.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Оптическая эндоскопия полости носа у больных хроническими ринитами позволяет выявить искривления перегородки носа в труднодоступных местах полости носа.

2. Ранняя диагностика и своевременная коррекция искривлений перегородки носа в верхних и задних её отделах повышает эффективность лечения хронических ринитов.

3. Применение магнитолазеротерапии после хирургического лечения вазомоторного и кавернозной формы гипертрофического ринита позволяет максимально восстановить носовое дыхание при сохранении функционального состояния слизистой оболочки полости носа, ускоряет сроки заживления на 5-6 дней и снижает вероятность возникновения нежелательных исходов операции.

Реализация результатов. Результаты работы внедрены в лечебную практику ЛОР-отделений III клиники Ташкентской медицинской академии, Каршинской областной больницы. Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедре ЛОР-болезней Ташкентской медицинской академии.

Апробации работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседаниях научного общества оториноларингологов Узбекистана (2002). Материалы исследований доложены на конференции молодых ученых Первого ТашГосМИ (2001), на заседании Ассоциации оторинола-

рингологов Узбекистана (2002), на Российской конференции оториноларингологов (2002), на Республиканской конференции «Наука и молодежь» (2003).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация, изложенная на 117 страницах компьютерного набора, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 20 таблицами, 15 рисунками и фотографиями. Указатель литературы содержит 286 источников, из них 157 авторов из СНГ и 129 – зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалом для настоящего исследования явились данные 99 больных вазомоторным ринитом и кавернозной формой гипертрофического ринита в сочетании с искривлением перегородки носа, которые в 2000-2004 гг. находились на обследовании и лечении в клинике оториноларингологии ТМА. Женщин было 47 (48%), мужчин - 52 (52%). Для определения формы хронического ринита мы использовали классификацию, предложенную Г. З. Пискуновым, С. З. Пискуновым (1997).

Клинико лабораторное обследование включало: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение функционального состояния внутренних органов, проводили осмотр ЛОР-органов, полости носа жесткими эндоскопами фирмы Карл Шторц прямого видения 0⁰, с торцевой оптикой 30⁰, 70⁰, методом компьютерной ринопневмотахометрии, ринореовазографии изучали состояние слизистой оболочки полости носа, дыхательной функции носа. Проводили цитологическое исследование мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа до начала терапий и в ее динамике.

Согласно задачам исследования больные рандомизированно разделены на 3 группы. В первую группу вошли 34 больных, у которых была выполнена подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, в том числе – 10 пациентов с гипертрофическим и 24 – с вазомоторным ринитом. Во вторую группу включены 37 больных, у которых произведена септотомия, в том числе – 15 больных с гипертрофическим ринитом, и 22 – с вазомоторным ринитом. Третью группу составили 28 больных, у которых проведена сочетанная операция - септотомия и подслизистая вазотомия, а в послеоперационном периоде использовалась магнитолазеротерапия, из них 12 больных с гипертрофическим ринитом и 16 пациентов с вазомоторным ринитом. Искривления перегородки носа у наблюдаемых нами больных были в виде щипов, гребней в нижних отделах носа, а также локализовались в высоких его отделах.

Для магнитолазеротерапии использовали аппарат «Согдиана» (Узбекистан), который генерирует импульсное инфракрасное лазерное облучение с длиной волны 0,89 мкм и возможным прерыванием луча с частотой 80-3000 Гц. Для магнитолазерного облучения использовали специальную магнитную

насадку с полем напряжения – 35 мТл. Время экспозиции - 3-4 мин, курс лечения – 5 процедур ежедневно, со второго дня после операции.

Критериями эффективности лечения являлось уменьшение или исчезновение жалоб и признаков воспаления при осмотре эндоскопом; восстановление и стойкость носового дыхания в ближайшем и отдаленном периодах после операции; нормализация мукоцилиарного транспорта и цитологической картины мазков-отпечатков из полости носа. Эффективность проводимого комплексного лечения сравнивали с результатами терапии у 30 пациентов контрольной группы.

При изучении анамнеза было установлено, что длительность заболевания пациентов составляла от 6 месяцев до 10 лет. В среднем $8,4 \pm 1,6$ лет. Больные в основном предъявляли жалобы на нарушение носового дыхания в виде периодической или постоянной заложенности носа. 39 (39,4%) отмечали выделения серозного или серозно-катарального характера. Головная боль имела место у 20 (20,3%) больных. 8 (8,1%) больных, жалующихся на головные боли, длительное время пользовались сосудосуживающими каплями в нос. 15 (15,1%) больных, помимо других основных жалоб, беспокоило чихание.

При оптической эндоскопии полости носа у 27 (27,3%) больных кавернозной формой гипертрофического ринита и у 16 (16,2%) больных вазомоторным ринитом с резким нарушением носового дыхания была обнаружена местная гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа среднего носового хода, отек и увеличение крючковидного отростка и решетчатого пузыря (рис. 1а), искривление носовой перегородки полости носа в виде шипа в задних ее частях (рис. 1б), не диагностированные обычными методами.

Изучение тахометрических показателей у пациентов контрольной группы и больных исследуемых групп и сравнительный анализ данных между собой показали, что у обследованных больных с хроническими ринитами независимо от давности заболевания достоверных различий в тахометрических показателях не обнаружено. Сравнение результатов компьютерной пневмотахографии и данных ринопневмотахограммы позволило оценить дыхательную способность полости носа. Преимущество компьютерной ринопневмотахографии состоит в том, что помогает определить проходимость полости носа на основании физических данных обследуемого.

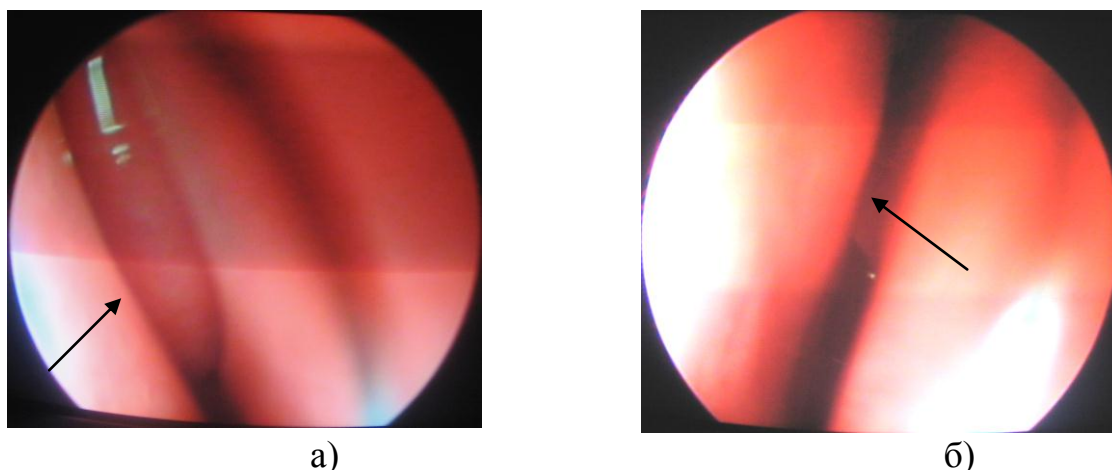


Рис. 1. Эндоскопическая картина: отек и увеличение крючковидного отростка (стрелка) (а); искривление носовой перегородки полости носа в виде шипа в задней части (стрелка) (б).

Пройодимость крупных бронхов и соответственно полости носа определяли с помощью показателя FEF (МОС) 75, значение которого у пациентов контрольной группы было равно 46%. У больных всех групп наблюдалось его снижение (табл. 1).

Таблица 1

Дыхательная функция носа у больных гипертрофическим ринитом по данным ринопневмотахометрии (проходимости крупных бронхов и носа FEF75)

Ринит	1 группа, n=34	2 группа, n=37	3 группа, n=28	Контрольная, n=30
Гипертрофический	29,4±0,81*	27,4±0,87*	17,9±0,74*	46,0±1,25
Вазомоторный	30,2±0,53*	28,4±0,73*	20,7±0,64*	46,0±1,25

Примечание. * Достоверно по сравнению с данными контрольной группы (P<0,05).

Как видно из таблицы 2, у больных гипертрофическим ринитом время мукоцилиарного транспорта больше, чем у больных ВР и у больных третьей группы, так как с увеличением срока заболевания слизистая оболочка полости носа претерпевает значительные изменения (P<0,05). Восстановление функционального состояния слизистой оболочки полости носа с помощью показателей мукоцилиарного транспорта контролировалось в динамике лечения. По сравнению с дооперационным периодом время сахаринового теста ускорилась в среднем на 4-8 мин.

На ринореовазограммах до операции у больных регистрировались значительное закругление вершин типа «арки», смещение дикротического зуб-

ца, появление венозных волн, что доказывает о повышении тонуса сосудов слизистой оболочки полости носа, затруднение венозного оттока.

Таблица 2

Показатели мукоцилиарного транспорта у больных в динамике лечения у больных гипертрофическим (ГР) и вазомоторным (ВР) ринитом (мин)

Период	1 группа, n=34		2 группа, n=37		3 группа, n=28		Контрольная группа, n=30
	ГР n=10	ВР n=24	ГР n=15	ВР n=22	ГР n=12	ВР n=16	
До лечения	29±1,2*	28±0,8*	33±1,1*	31±1,4*	38±0,9*	33±1,1*	18±1,6
После лечения	26±0,9*	20±1,5	28±1,3*	26±1,7*	34±1,8*	27±1,7*	

Примечание. * Достоверно по сравнению с данными контрольной группы ($P < 0,05$). По сравнению с данными до лечения различий в достоверности полученных результатов не отмечено во всех последующих группах.

Через 3 дня после операции больные всех групп предъявляли почти одинаковые жалобы, такие как заложенность носа, выделение из носа, боль в носу, образование корок в носу и т.д. Через 7 дней после операции у больных, получавших магнитолазеротерапию, частота жалоб по сравнению с таковой в первой группе значительно уменьшалась.

Объективный осмотр, проведенный в динамике лечения, показал, что у больных, у которых в послеоперационном периоде применялась магнитолазеротерапия, послеоперационный травматический насморк был выражен меньше, чем у пациентов, не получавших сеансы магнитолазеротерапии.

Объективно уже в ранние сроки после операции отмечалось очищение слизистой оболочки полости носа от фибриновых налетов, уменьшение количества серозного отделяемого, отека слизистой оболочки. Однако у пациентов третьей группы, которые в послеоперационном периоде получали сеансы магнитолазеротерапии, это улучшение было более выраженным. На 6-7 сутки после операции полость носа полностью у них очистилась от фибриновых налетов. Цвет слизистой оболочки полости носа стал розовым, раковины уменьшились в размере. У больных первой и второй групп, которые магнитолазеротерапию не получали, визуальное очищение слизистой оболочки наступило на 10-12 сутки после операции.

Количественный и качественный анализ ринореовазограмм показал, что на 3 день после операции тонус сосудов резко повышается за счет увеличения кровотока, о чем свидетельствует повышение амплитуды, закругление

вершины реограммы и смещение дикротического зубца к вершине. На затруднение венозного оттока указывает увеличение ДКИ и ДСИ (от 80% до 100 и 120%)

Через 7 дней после операции у больных третьей группы в количественных показателях ринореовазограммы выявляются положительные сдвиги. Амплитуда снизилась, дикротический зубец стал отделяться от катакротической части. Количественные данные приблизились к дооперационным значениям. У больных первой и второй групп положительные сдвиги отмечались на 10-12 сутки после операции.

На 20 день вершина реограммы приобретает заостренную форму, дикротический зубец смещается в среднюю треть катакроты и становится более отчетливым. ДКИ и ДСИ (80-75%) начали приближаться к нормальным значениям (N=70-72%). Через 3 и 6 месяцев эти величины практически не меняются.

Результаты ринопневмотахометрии до и после лечения приведены в таблице 3.

Таблица 3

Изменение параметров ринопневмотахометрии в динамике лечения у больных гипертрофическим (ГР) и вазомоторным (ВР) ринитом

Группа	Под-группа	Через 7 сут.	Через 20 дн.	Через 3 мес.	Через 6 мес.
Здоровые		46,0±1,25			
1, n=34	ГР	28,3±0,76*	33,4±0,96*	41,0±0,24*	41,1±0,76*
	ВР	28,1±0,15*	34,3±0,98*	41,9±0,80*	42,0±0,93*
2, n=37	ГР	27,2±0,76*	36,4±0,99*	39,5±0,80*	39,9±0,95*
	ВР	27,5±0,15*	37,4±0,98*	41,1±0,81*	41,1±0,87*
3n=28	ГР	35,5±0,76*	40,2±1,21*	41,1±0,80*	43,2±0,91
	ВР	36,7±0,80*	41,3±0,94*	44,5±0,81	45,6±0,87

Примечание. * Достоверно по сравнению с данными группы здоровых (P<0,05).

Как видно из таблицы, у больных первой и второй групп через 7 дней после операции показатели ринопневмотахометрии были ниже, чем в дооперационном периоде. У пациентов третьей группы, которые в послеоперационном периоде получали сеансы магнитолазеротерапии, эти показатели, увеличивших в 2 раза, практически приблизились к контрольным значениям. У больных вазомоторным ринитом в конце лечения изучаемые параметры были средним на 6-7% больше, чем у больных гипертрофическим ринитом. Эта

разница была более заметной у больных третьей группы, получавших магнитолазеротерапию.

Окончательные результаты у больных третьей группы максимально приблизились к контрольным значениям, что доказывает эффективность комбинированного лечения. У больных первой и второй групп эти показатели были низкими.

Цитологические исследования показали, что применение магнитолазеротерапии в послеоперационном периоде ускоряет процесс регенерации слизистой оболочки полости носа (табл. 4).

В отдаленные сроки, через 3 и 6 месяцев у 7 (20,6%) больных первой группы, из них 2 (5,9%) гипертрофическим и 5 (14,7%) вазомоторным ринитом, у 7 (18,9%) больных второй группы, из них 3 (8,1%) гипертрофическим и 4 (10,8%) вазомоторным ринитом и у 1 (3,6%) больного третьей группы гипертрофическим ринитом дыхательная функция носа оставалась неудовлетворительной. По результатам компьютерной ринопневмотахометрии показатель дыхательной функции носа у этих больных был на 10-20% ниже, чем у остальных больных тех же групп. Показатели пневмотахометрии у этих больных оставались без изменений.

Объективно при оптической эндоскопии полости носа у пациентов гипертрофическим и вазомоторным ринитом, независимо от группы, раковины увеличенные, мягкой консистенции, при адренализации сокращаются. Слизистая оболочка анатомических структур среднего носового хода отекая, остеомеатальный комплекс контурируется нечетко. Носовая перегородка по средней линии. При рентгенологическом исследовании обнаружены пристеночные затенения придаточных пазух носа.

В плановом порядке этим больным предложено повторное оперативное лечение. 2 (13%) из них была проведена подслизистая вазотомия носовой раковины, после чего носовое дыхание улучшилось, впоследствии отечное состояние среднего носового хода не обнаружено.

Таким образом, разработанный нами метод комплексной диагностики и лечения больных кавернозной формой гипертрофического ринита и вазомоторным ринитом в сочетании с искривлением носовой перегородки позволяет выбрать наиболее оптимальный метод хирургического лечения, тем самым повышает эффективность лечения на 30%. Кроме того, применение комбинированных видов операции у больных хроническим вазомоторным ринитом и кавернозной формой гипертрофического ринита в сочетании с искривлением носовой перегородки и проведение в послеоперационном периоде магнитолазеротерапии способствуют сокращению сроков ведения больных после операции на 5-6 дней и повышают эффективность лечения до 96%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

1. Оптическая эндоскопия полости носа показала, что у 19,1% больных с кавернозной формой гипертрофического и у 11,2% пациентов с вазомоторным ринитом выявляются локализованные в труднодоступных местах искривления перегородки носа, ранняя диагностика и коррекция которых способствуют повышению эффективности хирургического лечения хронических ринитов на 30%.

2. При проведении ринопневмотахометрии у больных хроническими ринитами было обнаружено, что независимо от длительности и вида функция легких не изменяются.

3. Время мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа у больных с кавернозной формой гипертрофического и вазомоторным ринитом в сочетании с искривлениями перегородки носа по сравнению с контролем замедлено в 2 раза.

4. Ринореовазографические исследования показали, что после вазотомии на короткое время (3-5 дней) происходит повышение тонуса сосудов слизистой оболочки полости носа, которое практически исчезает на 7 день после операции.

5. У больных, получавших комплексное хирургическое лечение с использованием магнитолазеротерапии, носовое дыхание полностью восстановилось, мукоцилиарный транспорт ускорился на 4-8 минут, что свидетельствует о высокой эффективности этого метода. Наблюдения, проведенные в отдаленные сроки, через 3 года после лечения, осложнений и рецидивов не обнаружили.

Практические рекомендации

1. У всех больных хроническими ринитами следует проводить оптическую эндоскопию полости носа, которая позволяет выявить искривления перегородки носа, не диагностируемые традиционными методами исследований.

2. Хирургическое лечение вазомоторного и кавернозной формы гипертрофического ринита (септотомия и подслизистая вазотомия) следует сочетать с магнитолазеротерапией (аппарат «Согдиана»), поле напряжение 35 мТл, время экспозиции 3-4 мин, в каждую половину носа, №5, ежедневно со второго дня после операции, что позволяет максимально восстановить носовое дыхание (99%) при сохранении функционального состояния слизистой оболочки полости носа, ускоряет сроки заживления на 5-6 дней и снижает вероятность возникновения нежелательных исходов операции.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Эргашев У. М., Ходжаева К. А., Махкамова Н. Э. Компьютерная ринопневмотахометрия у больных с нейровегетативной формой вазомоторного ринита //Бюл. Ассоц. врачей Узбекистана. -2002. -№4. -С. 63-65.
2. Ходжаева К. А., Эргашев У. М. Результаты применения оптической эндоскопии в ЛОР-практике //Хирургия Узбекистана. -2003. -№1. -С. 79-81.
3. Эргашев У. М. Сурункали вазомотор тумовда вазотомия операция-сини кўллаш натижалари» // Патология (Тошкент). - 2003. -№1. -С. 71-75.
4. Эргашев У. М., Одилов М. М, Абдукодиров К. Р. Сравнительная характеристика послеоперационного периода больных хроническими ринитами в сочетании с искривлением носовой перегородки //Stomatologiya. -2005. - №1-2. -С. 106-107
5. Клиническая характеристика больных с патологией полости носа и носоглотки с использованием оптической эндоскопии /К. А. Ходжаева, У. М. Эргашев, Н. Э. Махкамова, Д. Ф. Шамсиев //Назарий ва клиник тиббиётнинг долзарб муаммолари. Ёш олимлар анжуманинг маърузалар туплами - Тошкент, 2001. -Т.2. -С. 238-241
6. Ходжаева К. А., Эргашев У. М. Современные методы исследования функционального состояния полости носа //Оториноларингологиянинг долзарб муаммолари. Узбекистонда хизмат курсатган фан арбоби, тиббиёт фанлари доктори, профессор А. И. Муминов таваллуд топганининг 65 йиллигига бағишланган илмий-амалий конференцияси материаллари. -Тошкент, 2002. - С. 84-87
7. Эргашев У. М., Ходжаева К. А. Применение компьютерной ринопневмотахометрии при исследовании дыхательной функции носа //Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Материалы Российской научно-практической конференции оториноларингологов: Тез. докл. - М., 2002. -С. 275-276

Соискатель:

**Медицина фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Эргашев
Улуғбек Муродовичнинг 14.00.04 – Қулоқ, томоқ ва бурун касалликлари
ихтисоси буйича «Совершенствование диагностики и оптимизация ле-
чения больных с хроническими ринитами» мавзусидаги
диссертациянинг
РЕЗЮМЕСИ**

Таянч (энг муҳим) сўзлар: сурункали тумов, вазомотор тумов, гипер-трофик тумов, комплекс даво, магнитолазеротерапия.

Тадқиқот объектлари: текширишларга 99 нафар бурун тўсиғи қийшайиши билан бирга гипертрофик тумов каверноз тури ва вазомотор тумов билан хасталанган бемор ва 30 нафар соғлом киши жалб қилинган.

Ишнинг мақсади: бурун бўшлиғи функционал ҳолатини баҳолаш учун ташхислаш усуллариини такомиллаштириш ва сурункали тумовларни комплекс даволашнинг рационал усуллариини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот усули: бурун бўшлиғи клинико-лаборатор, функционал ва цитологик текшириш усуллари.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: биринчи марта, гипер-трофик тумов каверноз тури ва вазомотор тумов ривожланишида бурун нафас олиш фаолияти, микроциркуляция ва бурун бўшлиғи шиллик қавати функционал фаоллиги бузилишида оптик эндоскопия ёрдамида аниқланадиган бурун тўсиғи юқори ва орқа қисмларидаги қийшайишлар а³амиятга эга эканлиги аниқланган. Бурун тўсиғининг қийшайишларини операциягача эрта аниқлаш ва уларни ўз вақтида тўғирлаш хирургик даво самарадорлигини 30% га ошириб, қайта операциялар сонини камайтиради. Биринчи марта хирургик давони магнитолазеротерапия билан биргаликда қўллаш даво самарасини 96% га ошириши таъкидланган.

Амалий аҳамияти: Бурун бўшлиғининг кўриш қийин бўлган қисмларида шиллик қават функционал ³олатини эндоскопик ба³олаш усули бурун бўшлиғи юқори ва орқа қисмларидаги қийшайишларни тўла аниқлаш ва бартараф этиш қайта жаррохлик даво сонини камайтиради. Жаррохлик даво усули ва ундан кейинги даврда магнитолазеротерапияни қўллаш бурун бўшлиғи шиллик қавати функционал фаолиятини максимал сақлаган ³олда, бурун нафас олиш фаолиятини тўла тиклаш имконини беради.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: иш натижалари Тошкент тиббиёт академияси III клиникаси, Қарши вилоят касалхонаси даволаш амалиётига тадбиқ қилинган. Тадқиқот материаллари Тошкент тиб-биёт академияси ЛОР кафедраси укув жараёнида кулланиляпти.

Кулланилиш (фойдаланиш) соҳаси: оториноларингология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Эргашева Улугбека Муродовича на тему: «Совершенствование диагностики и оптимизация лечения больных с хроническими ринитами» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.04 – Болезни уха, горла и носа

Ключевые слова: хронический ринит, вазомоторный ринит, гипертрофический ринит, комплексное лечение, магнитолазеротерапия.

Объекты исследования: 99 больных кавернозной формой гипертрофического ринита и вазомоторным ринитом в сочетании с искривлением перегородки носа и 30 здоровых лиц.

Цель работы: Совершенствование диагностики и комплексного лечения больных хроническими ринитами в сочетании с искривлениями перегородки носа.

Методы исследования: клинико-лабораторные, функциональные, цитологические.

Полученные результаты и их новизна: Впервые показано, что в развитии гипертрофических и вазомоторных ринитов, нарушении дыхательной функции носа, микроциркуляции, функциональной активности слизистой оболочки полости носа немаловажное значение имеет искривление перегородки носа в верхних и задних её отделах, выявляемое с использованием оптической эндоскопии. Ранняя дооперационная диагностика различных деформаций перегородки носа и своевременная их коррекция позволяет повысить эффективность хирургического лечения на 30%, снизить частоту повторных операций. Впервые отмечено, что хирургическое лечение в комплексе с магнитолазеротерапией повышает эффективность лечения на 96%.

Практическая значимость: Метод эндоскопической оценки функционального состояния слизистой оболочки полости носа в труднодоступных её отделах помогает выявить искривления перегородки носа в верхних и задних её отделах и проведения в полном объеме их коррекцию, что позволяет избежать повторных хирургических вмешательств. Хирургическая коррекция в комплексе с магнитолазеротерапией в послеоперационном периоде, позволяют восстановить в полном объеме функцию носового дыхания с максимальным сохранением функционального состояния слизистой оболочки полости носа.

Степень внедрения результатов и экономическая эффективность: результаты работы внедрены в лечебную практику ЛОР-отделений III клиники Ташкентской медицинской академии, Каршинской областной больницы. Материалы исследований используются в учебном процессе на кафедре ЛОР – болезней Ташкентской медицинской академии.

Область применения: оториноларингология.

RESUME

on thesis of Ergashev Ulugbek Muradovich by the term “ Improvement of diagnosis and optimization of the therapy at the patients with chronic rhinitis” for receiving degree of candidat medicine sciences on speciality 14.00.04-diseases of ear, nose and throat.

Key words: chronic rhinitis, vasomotor rhinitis, hypertrophic rhinitis, complex treatment, magneto-laser therapy.

Investigations` tools: 99 patients with cavernous type of hypertrophic rhinitis and vasomotor rhinitis in combination with nasal septum deviation, 30 healthy persons.

Goals: improvement of diagnostic methods for assessment of functional condition of nasal cavum and development of rationalize ways of complex treatment of chronic rhinitis.

Methods of investigation: clinic- laboratory, functional and cytological investigations of nasal cavum.

Results and their novelty: For the first time there was shown that nasal septum deviation especially in its superior and posterior parts revealed by optic endoscopy has importance in development of hypertrophic and vasomotor rhinitis, microcirculation, functional activity of nasal cavum mucosa. Early presurgical diagnostic of some nasal septum deformations and timely correction allow to increase the effectiveness of surgical treatment for 30% and decrease the rate of postoperative complications for the first time there was indicated that surgical treatment in combination with magneto-laser therapy increases the effectiveness of treatment for 96%.

Practical importance of the research: The method of endoscopy assessment of functional condition of nasal cavum mucosa in its difficult approaching parts allows to reveal the deviation of nasal septum in its superior and posterior parts and performance their correction in full capacity that allows to avoid the repeated surgical procedures. The surgical treatment in combination with magneto-laser therapy in postoperative period. Leads to recovering of nasal breathing in full capacity with saving of functional condition of nasal mucosa.

Realization of results: The results of investigation were introduced in medical practice of III clinic of Tashkent Medical Academy, Karshi Regional Hospital. The materials of investigations are used in the educational process of ENT Department of Tashkent Medical Academy.

Application field: otorhinolaryngology