

Байменов Аманжол Жумагалиевич

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОНАЗАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ПОДХОДОВ К СЛЕЗНОМУ МЕШКУ**

14.01.03 – Болезни уха, горла и носа

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва 2016

Работа выполнена на кафедре ЛОР и глазных болезней в АО «Медицинский университет Астана» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

Научные консультанты:

Заслуженный деятель Республики Казахстан, Академик НАН РК,
доктор медицинских наук, профессор **Тулебаев Райс Кажкенович**
доктор медицинских наук, профессор **Серова Наталия Сергеевна**

Официальные оппоненты:

- 1.
- 2.
- 3.

Ведущая организация:

Федерации

Защита диссертации состоится «__» _____ 2016 года в ____ час. на заседании Диссертационного совета Д 208.059.01 при ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» по адресу: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30 корп. 2, 6 этаж, конференц-зал. С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» по адресу: 123182 Москва, Волоколамское шоссе, д. 30 корп. 2 на сайте <http://otolar-centre.ru>.

Автореферат разослан «__» _____ 2016 года

Ученый секретарь Диссертационного совета,

Кандидат медицинских наук:

Бойкова Натэлла Эрнестовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы: На пороге третьего тысячелетия, особенно за последние годы в области медицинской науки и практического здравоохранения Российской Федерации и Республики Казахстан произошли значительные успехи в ранней диагностике и внедрении современных методов лечения заболевания ЛОР – органов с использованием высоких технологий (Пальчун В.Т., 2011, Пискунов Г.З., 2012, Пискунов С.З., 2012, Янов Ю.К., 2013, Дайхес Н.А., 2014, Козлов В.С., 2014).

Проблемы лечения хронического дакриоцистита и заболеваний слезоотводящих путей, несмотря на имеющиеся достижения в ее терапии, к сожалению, все еще остаются актуальными. Известные достижения медицинской науки и современных технологий по данной проблеме касаются некоторых методик диагностики, лечения и профилактики уже развившейся хронической патологии в форме дакриоцистита (Пискунов Г.З., 2012, Лопатин А.С., 2013, Безшапочный С. Б., 2013, Карпищенко С.А., 2014). Внедрение современных методов исследования, в частности компьютерной томографии, служит одним из важных методов по решению первоочередных задач для использования всех его диагностических возможностей. Поэтому проблема диагностики патологии слезного мешка, слезно-носового канала, а также внутриносовых структур с использованием КТ, МРТ исследований при учете физиологических функций, а также взаимоотношения системы слезоотведения, с характеристикой функционального состояния слизистой полости носа и околоносовых пазух (ОНП) имеют важное значение.

Следует указать что, многие методы операций как правило, носили радикальный характер без учета физиологических и органосохраняющих функций.

Поэтому в современной эндоскопической хирургии должен соблюдаться важнейший принцип: **функциональной и щадящей хирургии.**

Вместе с тем, несмотря на появление новейших эффективных технологий, включая эндоскопические исследования с современными диагностическими

методами, включающими компьютерную и магнитно резонансную томографию, эффективность хирургии больных хроническими дакриоциститами в настоящее время нельзя признать полностью решенной. Это обусловлено тем, что все еще остается достаточно высокой частота рецидивов после оперативного лечения данного заболевания. В этой связи, актуальность данной проблемы несомненна, так как заболевания слезоотводящих путей, в форме дакриоциститов, составляют от 10 до 20% больных в офтальмологическом стационаре. Между тем и среди пациентов оториноларингологических отделений больные с дакриоциститом госпитализируются для хирургического лечения в значительном проценте.

Таким образом, заболевания слезных органов являются как бы пограничной проблемой для врачей двух специальностей – оториноларингологов и офтальмологов. Известно, что патология слезоотводящего аппарата является закономерным осложнением заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Клинико - анатомические исследования показывают, что слезный мешок без каких-либо особенных отграничений и без различия в строении самой слизистой оболочки непосредственно переходит в носослезный проток. Поэтому воспалительные процессы здесь очень тесно взаимосвязаны.

В этой связи офтальмохирурги предпочитают применять метод как наружной дакриоцисториностомии, так и эндоскопические методы. Между тем, большинство представителей оториноларингологической специальности считают, что повышенное число противопоказаний, характерное для метода наружной дакриоцисториностомии, имеющиеся возрастные ограничения, а также более низкий процент эффективности ее результатов, являются объективно обоснованными показаниями именно для широкого применения эндоназального метода оперативного вмешательства – эндоскопической дакриоцисториностомии.

Не менее важной проблемой при эндоскопической дакриоцисториностомии пациентов с хроническими заболеваниями

слезоотводящих путей является профилактика послеоперационного рубцевания. Нередко такие осложнения составляют основу рецидивирования заболевания при катамнестическом наблюдении. В целях исключения таких осложнений используются разнообразные методы тампонирования. В ринопластике применяют различные виды марлевых турунд. Однако, эффективность этих методов также невелика. Согласно данным ряда исследователей (Белоглазов В.Г., 1980, 1988, 1997, Атькова Е.Л. 2012, 2013, 2014, Бобров Д.А., 2004, Давыдов Д.В. 2005, 2013), у прооперированных больных в значительном проценте случаев (8-12%), неизбежно возникают осложнения.

Таким образом, результаты собственных исследований и современные данные литературы свидетельствуют о высокой актуальности проблемы хронического дакриоцистита.

Цель работы.

Усовершенствовать методы КТ диагностики и обосновать объем малоинвазивных эндоназальных хирургических вмешательств для эффективности эндоскопической дакриоцисториностомии

Задачи исследования.

1. Дать оценку состоянию проблемы патологии слезного мешка и слезоотводящих путей в Республике Казахстан.
2. Разработать схему КТ диагностики изменений внутриносовых структур в зоне слезного мешка и обосновать необходимость КТ исследований больных ХД в целях определения объема хирургического вмешательства в полости носа и определения эффективности его функциональных результатов;
3. Используя разработанную схему КТ диагностики, изучить у взрослых топографические и морфофункциональные особенности строения слезоотводящих путей с врожденной патологией слезного мешка.
4. Разработать более эффективную ткане-сохраняющую операцию в полости носа, направленную на улучшение дренажной функции слезоотводящих путей и на снижение частоты рецидивов.

5. Сравнить результаты лечения больных авторским методом формирования костного окна с сохранением переднего слезного гребешка лобного отростка верхней челюсти с результатами традиционной дакриоцисториностомии.
6. Сравнить результаты послеоперационного ведения больных хроническим дакриоциститом посредством применения силиконовой пластины и тампонирования операционного поля латексным перфорированным контейнером с антибактериальной мазью с результатами лечения больных методом традиционного тампонирования марлевыми турундами.
7. Экономически обосновать эффективность разработанного метода ведения больных хроническим дакриоциститом.

Научная новизна.

- Впервые изучена проблема лечения патологии слезного мешка в Астане и по Республике Казахстан.

- Впервые с использованием КТ исследований, определены абсолютные показания для хирургической коррекции внутриносовых структур, обеспечивающих доступ для выполнения модифицированной функциональной дакриоцисториностомии.

-Впервые предложена КТ диагностика с применением программного обеспечения Syngo Fiest View (ПО SFV) в трех проекциях области слезного мешка от свода до начала слезно – носового протока в топографическом взаимоотношении с анатомическими структурами полости носа и ОНП. Определены три основных уровня исследования, параметры которых имеют наиболее значимые показатели для выбора метода хирургического вмешательства: с коррекцией внутриносовых структур или без.

-Впервые разработан собственный метод хирургического вмешательства у больных при хроническом дакриоцистите, заключающийся в формировании дакриостомы по костному шву лобного отростка верхней челюсти и слезной кости. (Инновационный патент №23316 от 4.10.2010 «Модификация эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии»).

-Впервые применение ПО SFV выявило основные изменения анатомо – топографических и морфофункциональных структур слезного мешка и носослезного протока и их особенности у пациентов с врожденной патологией слезного мешка.

-Впервые на основании компьютерно - томографических и клинико–функциональных исследований установлено, что применение модифицированной эндоскопической дакриоцисториностомии, в основе, которой лежит наложение дакриостомы по костному шву, позволяет не травмировать передний слезный гребешок лобного отростка верхней челюсти и не нарушать целостность мышечного аппарата слезного мешка, сохраняя его физиологическую и сократительную функции.

-Впервые доказано, что применение силиконовой пластины и тампонирующее операционного поля латексным перфорированным контейнером с антибактериальной мазью позволяет снизить вероятность послеоперационного формирования грануляционной ткани и рубцевания. Это способствует профилактике рецидивов и повышает качество жизни больных благодаря улучшенной проходимости носослезного канала (Инновационный патент № 25916 от 29.06.2012 «Способ профилактики раннего стенозирования после эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии»).

Теоретический вклад.

Предложен новый метод оценки КТ исследования полости носа в области слезного мешка, позволивший стандартизировать методы хирургического лечения применительно к модифицированной дакриоцисториностомии. Предложен новый метод послеоперационного ведения больных.

Практическая значимость результатов исследования.

Увеличение показаний к эндоназальной хирургии полости носа при модифицированной эндоскопической дакриоцисториностомии с минимальной резекцией лобного отростка верхней челюсти на уровне его соединения со слезной костью, позволяет повысить эффективность хирургического лечения. Использование силиконовой пластины и латексного перфорированного

контейнера, содержащего антибактериальную мазь, способствует более гладкому течению послеоперационного периода, сокращению частоты рецидивов хронического дакриоцистита на 4,2%, и повысить качество жизни прооперированных больных.

Внедрение в практику.

Методы КТ диагностики и модифицированная функциональная эндоскопическая дакриоцисториностомия, а также способ послеоперационного ведения больных дакриоциститом внедрены в ЛОР отделениях Городской больницы №1 г. Астана, ЛОР – отделение Областной больницы №2 г. Астана. Издано учебное пособие «Усовершенствованные методы диагностики и лечения дакриоциститов».-2013 для врачей, интернов и резидентов

Апробация работы.

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на Межрегиональной научно–практической конференции оториноларингологов с международным участием «Актуальные проблемы оториноларингологии, посвященной 50-летнему юбилею кафедры оториноларингологии АГМУ и 55-летнему юбилею ЛОР–службы Алтайского края (г. Барнаул, - 2007).; Материалы научно-практической конференции Сибирского Федерального округа посвященной 80-летию кафедры оториноларингологии им. профессора А.Н. Зимина «Приоритетные вопросы оториноларингологии»; (г. Новокузнецк 2008); «Материалы межрегиональной научно – практической конференции оториноларингологов «Актуальные вопросы лекарственной терапии в оториноларингологии» (г. Новокузнецк,-2010); материалы научно – практической конференции «Актуальные проблемы науки и практики в оториноларингологии» (Ташкент, 2008); 2-ой Международный Конгресс Йорданской Ассоциации Русскоязычных Врачей (Амман, 2009). VIII Всероссийской научно-практической конференции «Наука и практика в оториноларингологии» (г. Москва, 2009); на ежегодных конференциях Ассоциации Оториноларингологов г. Астаны (2003-2014); на XI съезде

оториноларингологов Украины (г. Судак, 2010); на III съезде оториноларингологов Узбекистана (г. Ташкент, 2010); на международной научно-практической конференции «Инновационные технологии в оториноларингологии» (Санкт-Петербург, 2010); Материалы XVIII съезда оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 2011); на I съезде оториноларингологов Республики Казахстан (Астана, 2011); на III Республиканской научно – практической конференции оториноларингологов с международным участием (Тараз, 2012); на Международной научно – практической конференции оториноларингологов (Уральск, 2013); на региональной научно – практической конференции с международным участием (Астана, 2014); на Ежегодной конференции Российского общества ринологов, посвященной 20 – летнему юбилею Первого конгресса Российского общества ринологов (СПб, 2014); на Межрегиональной научно – практической конференции оториноларингологов «Новые технологии в оториноларингологии и современные подходы к преподаванию специальности в медицинском ВУЗе» (Барнаул, 2014); на Всероссийской научно – практической конференции с международным участием (Омск, 2014); на XIII Российском конгрессе оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии» (Москва, 2014); Конгресс ринологов 23-24 июня 2016 г. Суздаль.

Публикации.

По материалам диссертации опубликованы 71 печатных работ, из них 12 в журналах, рекомендованных перечнем ВАК. Издано учебное пособие «Усовершенствованные методы диагностики и лечения дакриоциститов» Астана. – 2013. 98 с.. Получены инновационные патенты №23316 от 4.10.2010 «Модификация эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии», №25916 от 29.06.2012 «Способ профилактики раннего стенозирования после эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии».

Личный вклад автора.

Автором изучена проблема лечения патологии слезного мешка в Республике Казахстан.

Предложил КТ диагностику с применением программного обеспечения Syngo Fiest View. Разработал собственный метод хирургического вмешательства, получен инновационный патент. Разработал методику послеоперационного ведения больных, также получен патент. Выпустил учебное пособие.

Объем и структура диссертации.

Работа состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, основной части, обсуждения, заключения и выводов. Список 310 использованных источников литературы из них 119 отечественной, 191 иностранной. Диссертация изложена на 258 страницах текста компьютерного набора, содержит 23 таблицы и 75 рисунков.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Представлен анализ по организации процесса лечения больных ХД в г. Астане; выявлены недостатки организации лечения больных данной патологией по Республике Казахстан.
2. Предложен информативный метод объективной оценки КТ диагностики полости носа в области слезного мешка, разработан алгоритм КТ диагностики хронического дакриоцистита и особенностей внутриносовых структур в зоне слезного мешка. Установлены три уровня КТ исследования, параметры которых лежат в основе выбора объема хирургического лечения, ХД. Определены абсолютные показания для внутриносовых операций, подтвержденные методами объективной диагностики.
3. Разработанный нами способ функциональной дакриоцисториностомии с минимальным травмированием лобного отростка верхней челюсти не приводит к нарушению физиологической целостности мышечного аппарата слезного мешка, сохраняется его функциональная активность. Об этом свидетельствуют нормальные показатели функциональных проб на проходимость носослезных путей.
4. Причиной возникновения рецидивов после дакриоцисториностомии является формирование грануляционной ткани и её рубцевание в зоне

оперативного вмешательства. Такие нарушения успешно предотвращаются послеоперационным тампонированием данной зоны латексным перфорированным контейнером с антибактериальной мазью, а также с применением медицинского силикона для профилактики раннего стенозирования.

5. Анализ экономического эффекта от проводимого лечения по поводу ХД в целом по Республике должен принести значительную экономию бюджетных средств. Снизятся затраты на лечение рецидивных случаев в два раза. Экономия бюджетных средств, выплачиваемых по листам нетрудоспособности, уменьшится в два раза.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ:

Анализ лечения патологии слезного мешка по г. Астана и в целом по Республике Казахстан.

В период с 2005 по 2014гг. нами проводился анализ больных с ХД, госпитализированных и прооперированных в стационарах офтальмологического и оториноларингологического профилей, в г. Астане. В таблице 1 указана динамика роста больных в ЛОР стационар (92,5%), в сравнении 2005 годом(35,6%).

Таблица 1

Больные ХД, пролеченные в стационарах г. Астаны

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014г.
Госпитализированные В офтальмологию	13 (68,4%)	14 (66,7%)	13 (61,9%)	13 (54,2%)	12 (52,2%)	11 (40,7%)	10 (30,3%)	11 (28,9%)	7 (14,9%)	6 (12,0%)
Госпитализированные ЛОР	6 (31,6%)	7 (33,3%)	8 (38,1%)	11 (45,8%)	11 (47,8%)	16 (59,3%)	23 (69,7%)	27 (71,1%)	40 (85,1%)	44 (88,0%)
ИТОГО	19 (100%)	21 (100%)	21 (100%)	24 (100%)	23 (100%)	27 (100%)	33 (100%)	38 (100%)	47 (100%)	50 (100%)

Всем пациентам было проведено хирургическое лечение на слезном мешке. Учитывая ежегодный прирост населения г. Астана, общее количество больных дакриоциститом в среднем ежегодно увеличивалось на 10%. По статистическим данным (Стат. Управление по г. Астана) на 2013г. население г.Астаны составляло 778 200 человек. Прооперировано больных хроническим дакриоциститом 47 (100%) из них 40 (85,1%) в ЛОР отделении. В 2014 году пролечено 50 (100%) больных, 44 (88,0%) в ЛОР и 6(12,0%) в глазном отделениях.

Рост больных в ЛОР стационаре с 2010 года связан с активным сотрудничеством специалистов кафедры ЛОР и глазных болезней со специалистами практического здравоохранения. Кафедра неоднократно проводила презентации анализа отдаленных результатов эндоскопических дакриоцисториностомий в предложенной нами модификации.

В последующем результаты нашей работы были презентованы на расширенных совместных заседаниях Городских Обществ отоларингологов и офтальмологов г.Астаны. Учитывая, что нами была достигнута 100% осведомленность врачей первичного звена ЛОР и офтальмологов все плановые больные, нуждающиеся в хирургическом лечении, госпитализировались в ЛОР–стационар, по направлениям как ЛОР–специалистов, так и офтальмологов. В 2014 году больные, пролеченные в офтальмологии, составили 6 (12,0%) случаев и относились к экстренно госпитализированным.

В 2014 году население г.Астана составляло 814401 жителей, при этом число получивших стационарное хирургическое лечение было 50 (100%) больных. Ежегодный прирост больных ХД в ЛОР отделении составил 10%, а прирост населения Астаны в пределах 6,7%. В среднем число больных ХД получивших лечение составило 0,006% от всего количества жителей г.Астана. Нами на постоянной основе проводился мониторинг за госпитализацией и движением больных с ХД, а также за динамикой численности населения г.Астана. Учитывая такую закономерность, мы пришли к следующим выводам,

что при численности населения в Республике Казахстан 17 854 000 человек 0,006% из них должны ежегодно получать лечение по поводу ХД. Однако по данным Республиканского центра развития здравоохранения за 2014 год получены следующие статистические результаты по РК, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Пролеченные случаи ХД по регионам РК

	Регион	Код МКБ 10 (стационар)		
		Н04.4	Н 04.5	Операция 09.811
1	Акмолинская обл.	-	-	-
2	Актюбинская обл.	-	-	-
3	Алматинская обл.	19	-	1
4	Атырауская обл.	-	-	-
5	Восточ-Казахстанская обл.	16	1	-
6	Жамбылская обл.	24	-	-
7	Западно-Казахстанская обл.	12	8	16
8	Карагандинская обл.	-	1	-
9	Костанайская обл.	-	-	-
10	Кызылординская обл.	-	-	-
11	Мангистауская обл.	1	-	-
12	Павлодарская обл.	1	-	-
13	Северо-Казахстанская обл.	-	-	-
14	Южно-Казахстанская обл.	211	2	183
15	г. Алматы	5	-	-
16	г. Астана	147	12	147
	ИТОГО	432	25	343

Где: Н 04.4 – хронический дакриоцистит Н

Н04.5 - флегмона слезного мешка

09.811- эндоскопическая операция на слезном мешке

Общая характеристика наблюдаемых больных

Клинические исследования были выполнены на базе кафедры оториноларингологии АО «Медицинский университет Астана», Всего за период исследований в 2003-2014 гг. наблюдению, обследованию и лечению при личном участии было подвергнуто 255 больных с хроническим дакриоциститом. В первые годы в частности, в период с 2003 по 2006 годы, прооперировано 75 больных. С 2007 по 2014 годы подверглись оперативному лечению 180 пациентов с хроническим дакриоциститом. Такое распределение больных обусловлено следующими причинами. Начиная с 2006 года по настоящее время, операции проводились по модифицированной нами методике. Средний возраст больных составил от 18 до 78 лет. Из них мужчины составляли 4,2%, женщины – 95,8%.

Для дополнительного контроля нами взята группа из 30 больных, прооперированных в условиях офтальмологического отделения Областной и Железнодорожной больниц. Всем этим больным проводилось хирургическое лечение наружным традиционным способом. Нужно отметить, что в контрольной группе 10 (33,3%) больных были госпитализированы в стационар в экстренном порядке с флегмонами и абсцессами слезного мешка. Данной категории пациентов в экстренном порядке проводилось вскрытие и дренирование флегмон и абсцессов, а затем в плановом порядке назначалась повторная госпитализация для наружной дакриоцисториностомии.

Методы исследования.

Для реализации поставленной цели и решения задач исследования всем 180 пациентам было проведено углубленное комплексное обследование, которое включало: общепринятые методы клинического и

оториноларингологического обследования, а также лабораторные методы, в частности бактериологические, биохимические. Все больные консультировались у врачей-офтальмологов, на уровне территориально закрепленных поликлиник.

Мы использовали возможности компьютерной программы Syngo Fast View (SFV). Для просмотра исследований КТ нами был отобран способ анализа изолированной анатомической зоны и возможность ее увеличения и изучения, а именно полость носа в зоне остиомеатального комплекса, перегородки носа, ОНП, медиальной части глазницы, костей, формирующих слезную ямку и слезно-носовой канал. Использовалась разрешительная способность томографа производить срезы от 0,6 мм. Анализ КТ исследований проводился при участии и консультации доктора медицинских наук Т.Д. Даутова – специалиста по лучевой диагностике. За оказанную помощь автор выражает ему благодарность.

Результаты собственных исследований: Анализ компьютерно – томографических исследований слезного мешка и носо - слезного канала для выбора объема оперативного лечения и эффективности ее функциональных результатов.

Проведен анализ 180 результатов КТ исследований полости носа, ОНП, слезного мешка и костей лицевого черепа пациентов ХД, госпитализированных в ЛОР-отделение первой городской больницы г. Астаны с 2007 по 2014 гг.

При КТ срезах 0,6мм, нами использовался шаг в 2 мм, для удобства интерпретации снимков, что позволило нам обратить внимание на некоторые важные топографические взаимоотношения. Например, если исследуемая ось и срез совпадают по длине изучаемой зоны, а по ширине минимальное расстояние составляет менее 5 мм, то в данном случае было невозможно объективно оценить расположение слезного мешка и канала в пространстве относительно других структур. Для просмотра КТ исследования в трехмерном режиме нами использовалось программное обеспечение SFV.

Остановив срез курсивом в одной проекции и проведя пошаговый осмотр в других проекциях, перед нами открывалась реальная картина топографических взаимоотношений.

В качестве примера приводим КТ снимки в трех проекциях. Область изучения - полость носа и слезного мешка, ОНП, а также кости лицевого черепа. На срезах снимков нами описаны только те изучаемые параметры, которые имеют наиболее значимые в диагностическом плане и соответствуют цели и задачам наших исследований. Измерения нами проведены в прямой проекции, а контроль проводился соответственно уровням этих параметров в боковой и косой проекциях. Размеры слезного мешка составили 2,7 мм. Поперечный размер перегородки носа 10,6 мм. Расстояние от перегородки носа до боковой стенки носа 1,3 мм. Расстояние от СНР до боковой стенки носа равно 1,6 мм, Расстояние от перегородки носа до СНР равно 1,3 мм. Поперечный размер средней носовой раковины 5,5 мм.

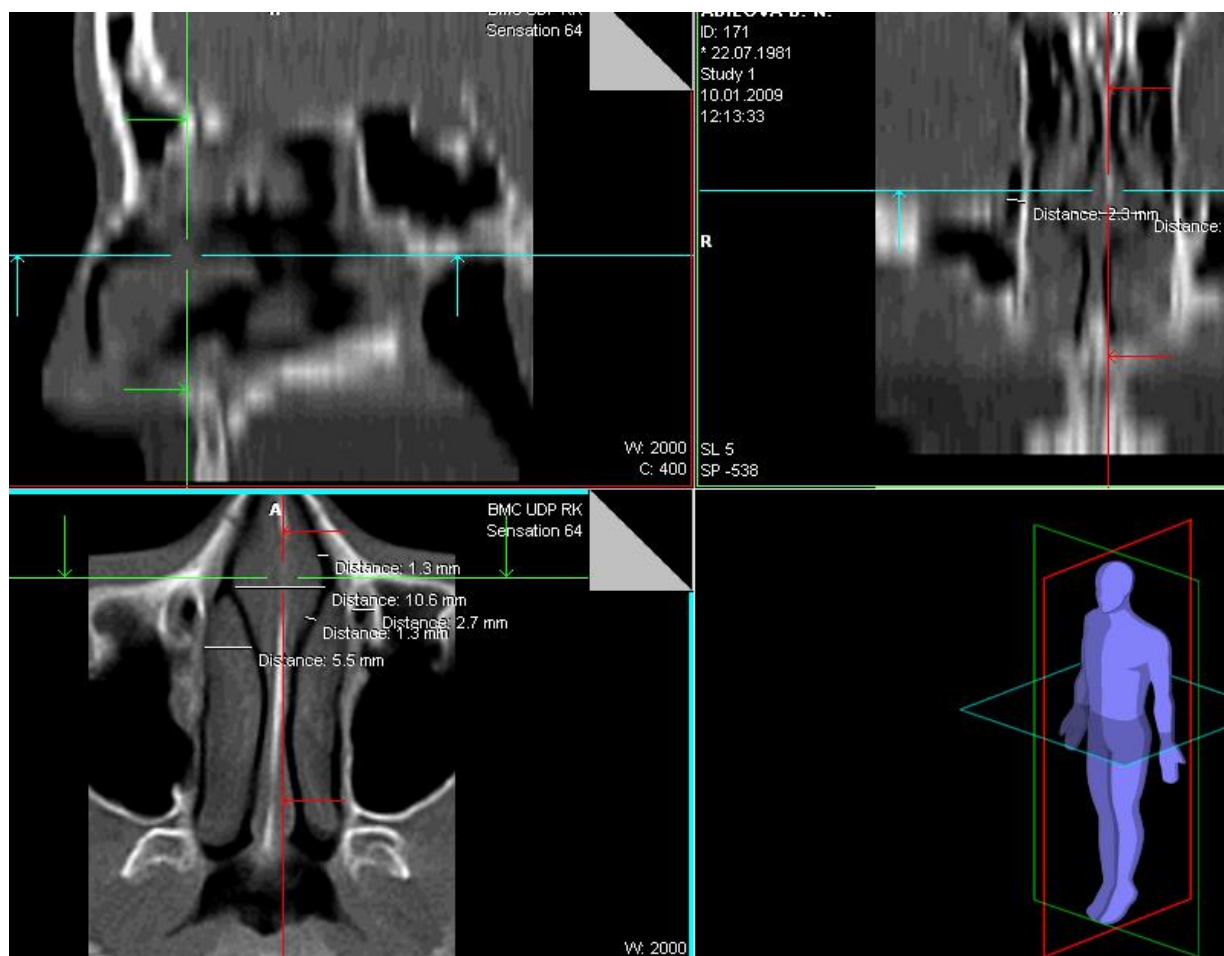


Рисунок 1 Снимок, объединяющий три проекции с применением ПО SFV

Таким образом, проанализировав исследования КТ в трех проекциях, мы пришли к выводу рекомендовать данный вид исследования при подготовке к проведению операции на слезном мешке. Для этого нами были отобраны основные уровни параметров:

I – уровень соответствует своду слезного мешка, место прикрепления средней носовой раковины.

II – уровень соответствует срезу на 2 шага ниже первого уровня и равен расстоянию 4мм.

III- уровень соответствует срезу на 3 шага ниже второго уровня и равен расстоянию 6 мм.

Нами были выявлены средние величины исследований, которые отражены в разработанной нами таблице. Таковую таблицу мы использовали при обязательном предоперационном заполнении карты пациента.

Таблица 3

Основные параметры КТ исследования:

Анатомическая зона	Уровни	Размеры (мм)
Полость слезного мешка на III уровнях	I	3,1±0,2
	II	5,8±0,4
	III	5,9±0,6
Поперечный размер перегородки носа на III уровнях	I	6,7±0,3
	II	7,7±0,4
	III	8,0±0,5
Расстояние от перегородки до боковой стенки носа	I	L;R-1,8±0,4
	II	L;R-7,5±0,6
	III	L; R-7,2±0,5
Расстояние от латеральной поверхности средней носовой раковины до боковой стенки носа	I	L;R-2,7±0,4
	II	L;R-2,5±0,6
	III	L;R-2,8±0,4
Расстояние от медиальной поверхности средней носовой раковины до перегородки носа	I	L;R-2,4±0,6
	II	L;R-2,5 ±0,4
	III	L;R-2,7± 0,3
Поперечный размер средней носовой раковины на III уровнях	I	L;R-3,7 ±0,8
	II	L;R-4,8±0,5
	III	L;R-5,1±0,3
Изменения со стороны ОНП	До 2,8%	
КТ изменения полости носа (диагностические находки)	До 0,8%	

Анатомо - топографические изменения внутриносовых структур, были нами систематизированы в нижеследующие типы:

1. Первый тип - симптом утолщенной и искривленной перегородки носа
2. Второй тип - гипертрофированной и буллезной средней носовой раковины.
3. Третий тип - симптом синуситов
4. Четвертый тип - симптомы аномалий строения полости носа и слезного мешка,
5. Пятый тип – костные изменения лицевого скелета и морфо – функциональные особенности строения слезного мешка и слезно – носового протока с дакриоциститом новорожденных во взрослом периоде.

Анатомо– топографические особенности строения слезного мешка и слезно – носового протока, т.н. «дакриоцистита новорожденных» во взрослом периоде.

Дакриоцистит новорожденных (dacriocystitis neonatorum, врожденный) - форма хронического дакриоцистита. При врожденном дакриоцистите, сопровождающемся постоянными гнойными воспалительными изменениями возникают как анатомические, так функциональные изменения.

С целью повышения достоверности диагностики и эффективного лечения дакриоцистита новорожденных во взрослом периоде следует учесть ряд важных моментов:

- Диагностировать топическое расположение мешка, т.к. в результате дилатации мешка, возможно, его смещение и необходимо точно знать его расположение относительно внутриносовых структур.
- Определить и учесть костные изменения ложа слезного мешка в результате макроскопических изменений слезного мешка.
- Сопоставить соотношение со второй половиной лица, если процесс имеет одностороннее поражение.

- Провести целенаправленный выбор и разработать тактику хирургического вмешательства с учетом относительных размеров слезного мешка и его расположения.



Рисунок 2

Изменения костного ложа слезного мешка слева

Томограмма на (рис. 2) хорошо отражает форму и размеры переднего слезного гребешка справа, который сформирован в остроконечном виде. Сторона лобного отростка, формирующая слезную ямку, имеет округлую форму и соединена со слезной костью с хорошо контурирующимся задним слезным гребешком. Расстояние от переднего до заднего слезных гребешков равно 7,1 мм. Слева форма и размеры лобного отростка верхней челюсти и слезного гребешка полностью отличаются от противоположной стороны. Передний слезный гребешок слева определяется как пологая кость с небольшим возвышением. Слезная кость растянута в ложе слезного мешка и нет четкой границы заднего слезного гребешка. Расстояние между передним слезным гребешком левого лобного отростка верхней челюсти и задним

слезным гребешком слезной кости равно 10,1 мм, что на 3,0 мм больше чем справа. КТ исследование в данном случае подтверждает грубые костные нарушения, сформированные постоянной дилатацией и воспалением слезного мешка, при врожденных формах дакриоцистита.

Сравнительная характеристика контрольного компьютерно-томографического исследования после традиционной наружной и модифицированной функциональной эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии.

На изображенных рисунках 3 и 4, нами представлен анализ анатомических изменений в результате разных видов хирургического вмешательства. Так на снимке (рис.3) мы наблюдаем, следующие анатомические дефекты: отсутствие лобного отростка верхней челюсти слева. Это дает нам полное основание заявить о нарушении важной анатомо-топографической зоны с последующими грубыми функциональными нарушениями, которое было выявлено нами у 98,4% больных прооперированных по данной методике. Отсутствует место прикрепления передней медиальной связки век. Поэтому нарушено прикрепление круговой мышцы глаза. Слезная кость в силу своей анатомической особенности просматривается не так четко, как лобный отросток верхней челюсти, но можно определить деформированный задний слезный гребешок. Поэтому на данных срезах представлена картина полного разрушения костных структур, окружающих слезный мешок.

Таким образом, мы можем наглядно подтвердить, что эти грубые изменения результат радикального хирургического вмешательства с использованием способа «наружная дакриоцисториностомия».

При рассмотрении контрольных снимков у пациентки, которой была проведена МФЭДРС, можно сделать следующие заключения.

На снимке (рис 4) хорошо контурируется лобный отросток верхней челюсти слева. Костное соустье сформировано по середине слезной ямки и строго соответствует локализации слезного мешка. Передний слезный

гребешок остался без изменений, аналогичен противоположной стороне. Хорошо виден задний слезный гребешок, который прослеживался на протяжении всех последующих срезов, вплоть до перехода в слезно носовой канал.



Рисунок 3

КТ после наружной дакриориностомии



Рисунок 4

КТ после МФЭДРС

Таким образом, на представленных томограммах хорошо отображены те изменения, которые диагностированы нами в результате исследований. Радикальные методы лечения дакриоциститов наружным способом в настоящее время не могут быть приемлемы в современной оториноларингологии и офтальмологии. Так как проведение радикальных методов в последующем представляет огромные трудности по восстановлению нормальной функции оперируемого органа.

Сравнительный анализ КТ исследований больных с ХД (1-п₁180), и больных без патологии слезоотводящей системы (2-п₂5237)

С целью объективизации полученных КТ результатов у больных с ХД, были проанализированы КТ 5237 исследований в электронном варианте с использованием ПО SFV.

Для стандартизации наших исследований нами выбраны те же анатомические уровни, которые исследовали у больных ХД. Данные представлены в табл. №4

Таблица 4

Сравнительный анализ КТ исследований больных с ХД (1-(n-180)), и больных без патологии слезоотводящей системы (2-(n-5237))

Анатомическая зона	Уровень среза		Единицы измерения, абсолютное и относительное число обследованных (n1 -180 (100%))(n2-5273(100%))									
			0-1 (мм)	1-2(мм)	2-3(мм)	3-4(мм)	4-5(мм)	5-7(мм)	7-9(мм)	9-11(мм)	11-13(мм)	13-15(мм)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Полость слезного мешка	I	1	3(1,6±0,3%)	15(8,3±0,2%)	12(6,7±0,3%)	130(72,2±0,4%)	20(11,1±0,4%)	-	-	-	-	-
		2	79(1,5%)	443(8,4±0,4%)	359(6,8±0,5%)	3801(72,1±0,6%)	591(11,2±0,3%)	-	-	-	-	-
	II	1	-	-	-	20(11,1±0,2%) ***	43(23,9±0,3%) ***	105(58,3±0,2%) ***	12(6,7±0,3%)	--	-	-
		2	-	-	-	1450(27,5±0,6%) ***	981(18,6±0,7%) ***	2842(53,9±0,4%) ***	-	-	-	-
	III	1	-	-	-	3(1,7±0,3%) ***	27(15,0±0,2%) ***	102(56,7±0,3%) ***	27(15,0±0,2%) ***	6(3,3±0,3%) ***	10(5,6±0,2%)	5(2,8±0,3%)
		2	-	-	-	390(7,4±0,3%) ***	1081(20,5±0,4%) ***	3253(61,7±0,5%) ***	527(10,0±0,4%) ***	21(0,4±0,1%) ***	-	-
Поперечный размер перегородки носа на III уровнях	I	1	-	-	-	20 (11,1±0,3%) *	80(44,4±0,2%) *	30(16,7±0,3%)	30(16,7±0,2%)	8(4,4±0,3%) *	10(5,6±0,2%) ***	2(1,1±0,3%)
		2	-	-	-	533(10,1±0,3%) *	2394(45,4±0,4%) *	933(17,7±0,5%)	886(16,8±0,7%)	295(5,6±0,5%) *	206(3,9±0,4%) ***	26(0,5±0,3%)
	II	1	-	-	-	20(11,1±0,3%)	80(44,4±0,2%)	39(21,7±0,3%) ***	30(16,7±0,2%)	2(1,1±0,3%) ***	5(2,8±0,2%)	4(2,2±0,3%)
		2	-	-	-	533(10,1±0,5%)	2394(45,4±0,5%)	954(18,1±0,6%) ***	886(16,8±0,8%)	216(4,1±0,3%) ***	174(3,3±0,4%)	116(2,2±0,5%)
	III	1	-	-	-	19(10,6±0,1%)	80(44,4±0,2%)	35(19,4±0,2%)	34(18,9±0,3%) ***	1(0,6±0,2%) *	6(3,3±0,4%)	5(2,8±0,2%)
		2	-	-	-	559(10,6±0,5%)	2394(45,4±0,6%)	1023(19,4±0,3%)	891(16,9±0,7%) ***	84(1,6±0,4%) *	174(3,3±0,7%)	148(2,8±0,5%)

Продолжение таблиц 4

Расстояние от перегородки носа до боковой стенки носа	I	1	27(15,0±0,3%)	135(75,0±0,2%) **	18(10,0±0,3%)	-	-	-	-	-	-	-
		2	786(14,9±0,5%)	4014(76,1±0,4%) **	475(9,0±0,5%)	-	-	-	-	-	-	-
	II	1		-	-	15(8,3±0,3%)	19(10,6±0,2%)	40(22,2±0,3%)	106(58,9±0,3%)	-	-	-
		2		-	-	427(8,1±0,5%)	585(11,1±0,4%)	1176(22,3±0,5%)	3085(58,5±0,5%)	-	-	-
	III	1		-	-	15(8,3±0,3%)	19(10,6±0,2%)	40(22,2±0,3%)	99(55,0±0,3%)	7(3,9±0,3%)	-	-
		2		-	-	427(8,1±0,5%)	585(11,1±0,4%)	1176(22,3±0,5%)	2869(54,4±0,5%)	216(4,1±0,3%)	-	-
Расстояние от средней носовой раковины до боковой стенки носа	I	1	37(20,6±0,3%)	74(41,1±0,3%)	59(32,8±0,4%)	10(5,6±0,1%)	-	-	-	-	-	-
		2	1065(20,2±0,4)	2178(41,3±0,6%)	1735(32,9±0,4%)	295(5,6±0,7%)	-	-	-	-	-	-
	II	1	29(16,1±0,1%)	83(46,1±0,3%)	58(32,2±0,3%)	10(5,6±0,2%)	-	-	-	-	-	-
		2	839(15,9±0,4%)	2441(46,3±0,7%)	1698(32,2±0,5%)	295(5,6±0,4%)	-	-	-	-	-	-
	III	1	21(11,7±0,3%)	79(43,9±0,2%)	67(37,2±0,3%)	13(7,2±0,4%)	-	-	-	-	-	-
		2	607(11,5±0,6%)	2325(44,1±0,7%)	1956(37,1±0,2%)	385(7,3±0,6%)	-	-	-	-	-	-
Расстояние от средней носовой раковины до перегородки	I	1	35(19,4±0,2%)	96(53,3±0,4%)	33(18,3±0,2%)	16(8,9±0,3%)	-	-	-	-	-	-
		2	1007(19,1±0,4%)	2827(53,6±0,6%)	970(18,4±0,7%)	469(8,9±0,4%)	-	-	-	-	-	-

носа	II		Продолжение таблицы 4									
		1	33(18,3±0,3%)	91(50,6±0,2%)	43(23,9±0,4%)	13(7,2±0,4%)	=	=	=	=	=	=
		2	965(18,3±0,7%)	2684(50,9±0,5%)	1244(23,6±0,6%)	380(7,2±0,6%)	-	-	-	-	-	-
	III	1	30(16,7±0,5%)	88(48,9±0,4%)	44(24,4±0,4%)	18(10,0±0,2%)	-	-	-	-	-	-
		2	870(16,5±0,4%)	2589(49,1±0,7%)	1287(24,4±0,5%)	527(10,0±0,6%)	-	-	-	-	-	-
Поперечный размер средней носовой раковины	I	1	-	-	54(30,0±0,4%)	56(31,1±0,5%)	59(32,8±0,1%)	11(6,1±0,4%)	=	=	=	=
		2	-	-	1566(29,7±0,3%)	1656(31,4±0,7%)	1735(32,9±0,6%)	316(6,0±0,5%)	=	=	=	=
	II	1	-	-	43(23,9±0,5%)	44(24,4±0,3%)	57(31,7±0,5%)	22(12,2±0,7%)	4(2,2±0,2%)	3(1,7±0,4%)	5(2,8±0,2%)	2(1,1±0,4%)
		2	-	-	1265(24,0±0,5%)	1292(24,5±0,6%)	1677(31,8±0,4%)	649(12,3±0,7%)	116(2,2±0,3%)	84(1,6±0,5%)	148(2,8±0,4%)	42(0,8±0,6%)
	III	1	-	-	22(12,3±0,4%)	47(26,1±0,6%)	63(35,0±0,3%)	36(20,0±0,3%)	2(1,1±0,7%)	3(1,6±0,2%)	4(2,2±0,4%)	3(1,7±0,5%)
		2	-	-	654(12,4±0,6%)	1381(26,2±0,5%)	1851(35,1±0,6%)	1060(20,1±0,4%)	63(1,2±0,5%)	90(1,7±0,8%)	116(2,2±0,6%)	58(1,1±0,4%)

(Примечание (достоверность различий показателей в группах n1 и n2.): ***- p<0,001; **- p<0,01;*- p<0,05)

В таблице 4 отражены следующие анатомические зоны: слезный мешок, поперечный размер перегородки носа, расстояние от перегородки носа до боковой стенки носа, а также от средней носовой раковины до боковой стенки носа, расстояние от средней носовой раковины до перегородки носа, поперечный размер средней носовой раковины. Сравнительный анализ проведен в двух группах n_1 -180 (100%) - больные хроническим дакриоциститом, n_2 -5273(100%) – группа больных которым проводилось КТ носа и ОНП по другим клиническим показаниям.

Таким образом, можно со статистической достоверностью утверждать, что у лиц, не страдающих проблемами пассажа слезы в полость носа, размеры слезного мешка имеют параметры, соответствующие костному ложу, что было доказано при анализе КТ исследований. Так, размеры слезного мешка находились в диапазоне от 3мм до 9 мм (n -5273). В 21 (0,4%) случае размеры слезного мешка на III уровне достигали 11 мм, но все они соответствовали размерам слезной ямки. Проводя исследования, у больных с нарушением слезоотделения было выявлено, что в среднем в 8,4 % случаях происходит патологическая дилатация слезного мешка. Так у 13(7,8%) больных при поступлении были диагностированы флегмоны и свищи слезных мешков.

При анализе состояния перегородки носа на КТ исследовании необходимо учитывать её поперечные размеры, а также параметры смещения в сторону пораженного слезного мешка, расстояние от перегородки до боковой стенки носа.

Поперечный размер средней носовой раковины, превышающий 7 мм на втором уровне составил 7,4 %, а на третьем 6,3%. Увеличение СНР было связано с: - наличием буллы раковин; - гипертрофии слизистой; - увеличение костного остова.

Таким образом, по объективным данным можно с достоверностью судить о том, что полученные данные, в определенной степени способствуют систематизированию и выделению групп для проведения МФЭДРС. На основании проведенных нами исследований, а также установленных

систематизированных компьютерно–томографических симптомов и объективных данных эндоскопического исследования нами предложен собственный алгоритм хирургической тактики с последующим определением частоты ХД, имеющего сочетанные изменения в полости носа и ОНП.

Таблица 5

Алгоритм хирургической тактики в зависимости от анатомических особенностей полости носа, выявленных при КТ исследовании

Тип №	Частота %	КТ особенности	Рекомендуемая тактика оперативного симультанного лечения
1	72,0%	Отсутствие КТ признаков сочетанной внутриносовой патологии	МФЭДРС
2	16,7%	Симптом искривленной перегородки носа	1. Этап – пластика перегородки носа 2. Этап – МФЭДРС
3	7,2%	Симптом гипертрофированной и буллезной средней носовой раковины	1. Этап – Обеспечение расстояния 5 мм между латеральной поверхностью средней носовой раковины и боковой стенкой носа. 2. Этап – Надлом костных структур, смещение раковины в сторону перегородки. Резекция средней носовой раковины. 3. Этап- МФЭДРС
4	2,8%	Симптом синуситов	1. Этап – ФЭРХ 2. Этап – МФЭДРС.
5	0,8%	Симптомы аномалий строения полости носа и слезного мешка	1. Этап – устранение аномалий 2. Этап – МФЭДРС.
6	0,5%	КТ признаки дакриоцистита новорожденных во взрослом периоде	Тактика хирургического вмешательства МФЭДРС выбирается относительно размеров мешка и его расположения

Частота встречаемости патологии полости носа больных хроническим дакриоциститом.

1. Хронический дакриоцистит без сопутствующей патологии полости носа (72,0%).
2. Хронический дакриоцистит в сочетании с искривленной перегородкой носа (16,7%)

3. Хронический дакриоцистит в сочетании с гипертрофированной средней носовой раковиной (7,2%) (с буллезным расширением и костной гипертрофией СНР)
 4. Хронический дакриоцистит в сочетании с синуситами (2,8%) (катаральными синуситами, гнойными и полипозными синуситами)
 5. Хронический дакриоцистит в сочетании с костными аномалиями строения полости носа и лица (0,8%)
 6. Хронический дакриоцистит новорожденных во взрослом периоде (0,5%)
- Выше примененный анализ может быть использован для распределения больных хроническим дакриоциститом, подлежащих хирургическому лечению, а именно к МФЭДРС.

Собственные методы лечения и профилактики

4.1 Методика собственной модифицированной функциональной эндоназальной дакриоцисториностомии

Сущность способа заключается в модификации метода предложенного Н. Masseger et al. (2004 г.) В частности путем в смещения и фиксации средней носовой раковины к перегородке носа, создания дакриостомы под раковиной в месте соединения лобного отростка верхней челюсти и слезной кости. Расстояние от латеральной поверхности средней носовой раковины до боковой поверхности носа должно составлять не менее 5 мм. Операция выполнялась под контролем риноскопа 0° или 30°.

Первый этап: операция проводилась как под общей, так и под местной инфильтрационной анестезией. Анестетики вводились в слизистую непосредственно перед средней носовой раковиной, в месте ее прикрепления и непосредственно в среднюю носовую раковину. В дальнейшем снаружи делали укол в скат носа до кости, отступя от внутреннего угла глаза на 0,5 см. При этом использовали до 1 мл раствора анестетика. За 2-3 минуты перед канюлированием слезных точек на конъюнктиву оперируемого глаза закапывали 3-4 капли анестетика для поверхностной анестезии.

Второй этап: среднюю носовую раковину (1) смещали медиально к перегородке носа (2) (рис.5).

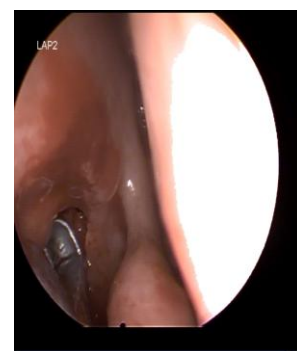


Рисунок 5

Рисунок 6

Рисунок 7

Рисунок 8

Смещение средней носовой раковины медиально к перегородке носа

Проекция слезной кости и лобного отростка верхней челюсти

Проекция костного шва.

Удаление кости лобного отростка щипцами Керрисона

Смещением СНР достигали необходимого размера, полученного при КТ исследовании. Ориентиром во время проведения операции является диаметр эндоскопа равный 4 мм.. При свободном входе эндоскопа между раковинной и боковой стенкой полости носа и при наличии зазора между ними выполняли дальнейшие этапы операции.

Третий этап: проводили анемизацию слизистой в проекции костного шва между лобным отростком верхней челюсти и слезной костью. Лобный отросток становился обозримым в виде небольшого бугорка, за которым находится слезная кость. Для дифференциальной диагностики отличия этих костей применялся эндоназальный пуговчатый зонд. При аккуратном надавливании на лобный отросток, кость являлась неподвижной и массивной. Проведя зонд за бугорок лобного отростка появлялось чувство провала и при незначительном усилении давления зондом слезная кость поддавалась смещению в полость глазницы (рис. 6).

Четвертый этап: игольчатым монополярным электрокаутером проводили коагуляцию слизистой сверху вниз до 0,5-0,7 см над костным соединением лобного отростка верхней челюсти и слезной кости. Аналогично слизистая коагулировалась на 0,3 см кпереди и назад от костного шва. Площадь коагуляции должна составлять приблизительно 0,6 x 0,7 см.

коагулированная слизистая полностью удалялась. Кости и костный шов становились хорошо обозримыми.

Пятый этап: специально изогнутым распатором проводили разъединение данных костей, при этом слезная кость смещалась медиально, за счет воздействия распатора. (рис. 7). Слезную кость выкусывали щипцами Блэксли на 2-3 мм вглубь и на 0,7 см сверху вниз. Обнаженный край лобного отростка, выкусывали костными щипцами Кериссона сверху вниз до 7мм на глубину не более 3 мм. (рис. 8). Костное окно принимало форму эллипса.

Шестой этап: при повышенном гнойном давлении изнутри слезный мешок пролабирует во вновь сформированное окно. В данных случаях нет необходимости проводить канюлирование нижней слезной точки и по канюле проводить разрез слезного мешка. Разрез проводился серповидным скальпелем сверху вниз. Боковая стенка слезного мешка резецировалась по вновь сформированному костному окну.

Седьмой этап: конечным этапом являлось промывание мешка через нижнюю или верхнюю слезные точки.

Таким образом, предложенная модификация эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии является наименее травматичной, физиологичной и позволяла достигнуть положительных клинических результатов.

Собственный способ ранней профилактики стенозирования дакриостом путем тампонирования полости носа контейнерами с антибактериальной мазью.

Задачей является изменение способа тампонирования полости носа, после МФЭДРС.

Принцип заключается в тампонировании полости носа латексным контейнером. Контейнером является напальчник от стерильной медицинской латексной перчатки с антибактериальной мазью. На боковой поверхности верхушки напальчника производили мелкие круглые отверстия, диаметром до 1

мм на площади не менее $1,5 \text{ см}^2$. В приготовленный контейнер вводили лечебную антибактериальную мазь объемом $1-1,5 \text{ см}^3$ (рис.9).



Рисунок 9.

Перфорированный латексный контейнер, готовый к применению

Исходя из опыта использования мазевых аппликаций, применяемых с лечебной целью в полости носа, соответствующие определенным требованиям, нами применялась мазь "Левомеколь".

"Левомеколь" не раздражает слизистую оболочку полости носа, плавится при температуре тела, в-третьих, основа мази водорастворимая. В ее состав входят антибактериальные препараты (левомицетин, сульфа-диметоксин, диоксидин), анальгетики (тримекаин). (Шиленков А.А., 1999; Бобров Д.А., 2004). Мазь вводится к верхушке контейнера, и слегка поджимается так, чтобы она начала выступать через сформированные отверстия. После окончания операции под среднюю носовую раковину вводили приготовленный контейнер следующим образом: верхушка всего контейнера предварительно смазывалась этой мазью. Сторона с отверстиями должна совпадать со сформированной дакриостомой. Остальная часть верхушки, без отверстий прилегала к слизистой латеральной стенки СНР, перегородки носа и нижней носовой раковины. Контейнер удалялся через 20 - 24 часа.

Собственная модифицированная методика послеоперационного ведения больных с сопутствующей патологией полости носа.

Сущность метода заключалась в том, что у больных, которым дополнительно проводилось хирургическое лечение на перегородке носа или средних носовых раковинах необходимо в раннем послеоперационном периоде

сохранить параметры, которые нами описывались ранее, т.е. расстояние от СНР до боковой стенки носа не менее 5 мм.

Для этого мы устанавливали силиконовую пластину в полость носа под среднюю носовую раковину. Пластины, сложенную вдвое, прикрепляли таким образом, чтобы большая ее половина прилегала ко всей латеральной поверхности средней носовой раковины, а вторая половина, меньшая по размеру с приготовленным отверстием, совпадала со сформированной дакриостомой и частично прилегала к зоне клеток *agger nasi* спереди, а сзади крючковидный отросток должен совпадать с отверстием в пластине. Все это необходимо, чтобы сохранять естественный отток из околоносовых пазух. Угол сложенной пластины направлен кверху и должен прилегать к месту прикрепления средней носовой раковины. Та часть, которая прилегала к перегородке носа своим нижним краем доходила до дна полости носа. Пластина фиксировалась за кожу колюмелы перегородки носа атравматичной монофиламентной нитью 4.0 для профилактики проваливания ее в носоглотку.

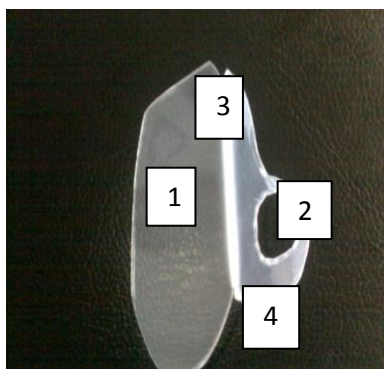


Рисунок 10 Пластина из медицинского силикона

*Под цифрой 1-указана часть, прилежащая и придавливающая среднюю носовую раковину к перегородке носа; 2 – отверстие для дакриостомы и оттока через нее слезы; 3 – угол пластинки который устанавливается под место крепления средней носовой раковины; 4 – участок пластинки, который прилегает к слизистой перед дакриостомой (зона *agger nasi*).*

Перфорированный латексный контейнер, заполненный у верхушки левомеколем, устанавливался внутри силиконовой пластины, к операционному полю так, чтобы сторона с перфорациями была обращена в сторону сформированного отверстия в пластине и соответственно к дакриостоме. Контейнер брался минимального размера, мазь вводилась приблизительно 0,5 –

0,7 мл. В таком положении контейнер находился в полости носа в течение суток. После удаления контейнера проводилась обязательная эндоскопия полости носа с использованием жесткого эндоскопа, с целью контроля стояния силиконовой пластины. По необходимости проводилась коррекция ее стояния: совпадение сформированного отверстия в пластине с дакриостомой.

Таким образом, предложенная нами модификация операции предупреждала рецидивирование процесса за счет фиксации средней носовой раковины к перегородке носа и предотвращения ее слипания с дакриостомой. Профилактика фибриновых отложений у операционного поля происходила за счет того, что мазь, выделяясь через перфорации в сторону просвета вновь сформированной дакриостомы, предотвращала формирование организованных сгустков крови, а в последующем пластинка, прилегающая к средней носовой раковине, становилась препятствием для формирования спаек. Силиконовая пластинка находилась в полости носа в среднем от 3 до 7 дней. За это время формировалось оптимальное расположение носовых структур необходимое для достижения функционального эффекта от проводимой операции.

С помощью контейнера и мази нам удалось достигнуть следующих эффективных результатов:

- уменьшилось количества фибрина в послеоперационной ране;
- сократились отеки краев раны;
- удалось достичь значительного сокращения преждевременного образования корок или их полного отсутствия;
- уменьшилась кратность применения мази в аппликациях;
- добились длительной лечебной экспозиции мази на раневой поверхности;
- при необходимости появилась возможность повторного применения контейнера на любой день в раннем послеоперационном периоде;
- метод привлекал значительной эффективностью, а также простотой изготовления и дешевизной применения;

Анализ полученных результатов. В 107 (59,4%) случаях, из 180 больных, которым проводилась установка контейнера с мазью, отмечено

значительное улучшение послеоперационного течения. Так, в раннем послеоперационном периоде раневая поверхность была практически чистой, без фибрина, края дакриостомы без отека. При контрольной эндоскопии риноскопом 30° была хорошо обозрима слизистая полости слезного мешка, патологического содержимого в нем не отмечалось. При промывании проходимость слезного мешка была свободной, и промывные жидкости оставались чистыми и прозрачными, без примесей. Тогда как, в группе больных n-75, оперированных традиционным эндоскопическим методом, 25 (33,3%) пациентам проводилась эндоскопия в раннем послеоперационном периоде и только у 2 (2,7%) отмечался положительный эффект после операции. В этой группе по 50 больным мы не можем дать такое заключение потому, что в раннем послеоперационном периоде не проводилась лечебная эндоскопия и визуальный контроль дакриостомы. Всем этим больным проводилось послеоперационное тампонирование носа обычными марлевыми турундами.

При анализе жалоб на наличие слезотечения в раннем послеоперационном периоде в группе больных оперированных по предложенной нами методике положительный результат получен в 77,3% случаев. Тогда как в группе больных оперированных по традиционной методике и тампонированных марлевыми турундами отсутствие жалоб на слезотечение отмечалось в 22,1%.

Таким образом, применение перфорированного латексного контейнера с лечебной мазью после окончания операции значительно усиливает положительный эффект. Силиконовую пластину мы установили у 29(16,1%) больных, у них была прооперирована перегородка носа и 8(4,4%) пациентам проводилась коррекция средней носовой раковины. Один больной был прооперирован по поводу хронического синусита. Так, применение силиконовой пластины в раннем послеоперационном периоде дало наиболее эффективные результаты по сравнению с больными, которым проводились операции на структурах носа, но без использования силиконовых пластин, что наиболее информативно показано в таблице 6.

Таблица 6

Сравнительный анализ функциональных проб в раннем послеоперационном периоде (3 сутки после операции).

Пробы	Распределение по группам				
	Группа I n=75 (100%)		Р	Основная группа n=180 (100%)	
	Пол.	Отр.		Пол.	Отр.
Канальцевая проба Веста	62 (82,7±4,4%)	13 (17,3±4,4%)	P<0,01	180(100%)	-
Цветная слезно-носовая проба Веста. Полож. (Менее 3 мин) Отриц. (Более 3 мин)	62 (82,7±4,4%)	13 (17,3±4,4%)	P<0,01	180(100%)	-
Проба под давлением Полож. (Свободный ток) Отриц. (Каплями и регургитация)	62 (82,7±4,4%)	13 (17,3±4,4%)	P<0,01	180(100%)	-

Применение силиконовой пластины в сочетании ЛПК у больных, которым проводились дополнительные операции на внутриносовых структурах, на 3 сутки дали 100% положительный эффект.

Функциональные пробы на проходимость СОП также имеют положительные результаты в группе больных, где применялись предложенные нами методы хирургического лечения и раннего послеоперационного ведения больных. Так, на 3 сутки почти 100% случаев получили положительный результат при проведении канальцевой пробы Веста. Цветно – носовая проба Веста, и проба под давлением на 3 сутки также имели положительный результат у всех прооперированных больных. Тогда как в другой группе больных на 5 сутки мы отмечаем отрицательные результаты 2,7% случаев.

Таким образом, проведение МФЭДРС в сочетании с ринохирургическими операциями и применением перфорированного латексного контейнера с антибактериальной мазью, а также силиконовой пластины по предложенной нами модификации дает наиболее эффективные положительные результаты в раннем послеоперационном периоде.

Функциональные пробы, проводимые после операции, отражают состояние системы слезоотделения и позволяют оценить насколько хирургическое лечение, и послеоперационное ведение дают положительный эффект. Используя принципы функциональной хирургии, мы достигли восстановления нормальной физиологии оперируемого органа, о чем свидетельствуют положительные тесты и проводимые пробы в подавляющем большинстве случаев. Данное обстоятельство позволяет установить достоверное заключение, что последующие функциональные исследования и пробы имеют аналогичный положительный результат.

Следует учесть, что изучаемые функциональные тесты, прежде всего, направлены на исследование проходимости жидкости через систему определенных канальцев маленького диаметра. Однако в результате операции на расширенных полостях слезных мешков, имеющих разнообразные формы, мы получили новые сформированные соустья с полостью носа в наиболее физиологичном месте.

Нам удалось создать для системы слезоотведения, при разнообразных их анатомических вариациях, единый и адекватный систематизированный стандарт оттока слезы, эффективность которого подтверждена при обследовании больных функциональными пробами.

Анализ микробной флоры проводили по результатам оценки морфологических, тинкториальных, культуральных и биохимических свойств посевов. В результате проведенных исследований нами было установлено, что наиболее часто встречаемой микробной культурой в данной подгруппе явился золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*) - $61,2 \pm 6,0\%$ и пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) - $32,8 \pm 5,7\%$.

На 10-е сутки был проведен повторный бактериологический анализ. В результате проведенных исследований нами было установлено, что к 10-м суткам имело место улучшение показателей микробной обсемененности, проявляющееся снижением частоты высевов патогенных и условно-патогенных штаммов – возбудителей ХД. В отдаленном периоде в течении 36 месяцев нами

проводился контроль за 23,4% всех прооперированных больных. Всем больным с рецидивами заболеваний проведены реоперации с учетом выявленных особенностей и причин их возникновения.

Внедренный нами комплекс мероприятий КТ обследование больных хроническим дакриоциститом с использованием SFV программы, применение модифицированного хирургического лечения, а также способ ранней профилактики послеоперационного стенозирования дакриостом дает нам основание сделать следующие выводы:

- Снизилось количество рецидивов заболевания до 3,8%.
- Снижение рецидивов на 4,2% составило экономию бюджетных средств на 18 738 650 тенге (KZT) или 5511367 российских рублей или 101290 долларов США с учетом затрат на повторное лечение и оплаты нетрудоспособных дней.

В этой связи для решения данной проблемы необходимо:

1. Во всех регионах РК внести лечение патологии слезного мешка в объем стационарной помощи.
2. Провести учебные мероприятия в виде мастер – классов с вызовом специалистов в Астану.
3. По мере подготовленности специалистов на местах, провести выездные мастер-классы.
4. В регионах при проведении мастер – классов в обязательном порядке приглашать офтальмологов.
5. На постоянной основе до населения доводить обо всех правах и возможностях получать гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в рамках бюджетного финансирования.

Таким образом, анализ полученных данных при выполнении клинико-функциональных исследований и результатов проведенных операций у больных хроническим дакриоциститом показывают значительную эффективность разработанной собственной методики оперативного лечения. Использование комплексного алгоритма диагностических, лечебных и профилактических мероприятий диктует необходимость более широкого

внедрения в практическую оториноларингологию и офтальмологию раздела эндоскопической ринопластики и углубленного изучения хирургами КТ оперируемых зон.

ВЫВОДЫ:

1. Выявлено, что в Республике Казахстан низкие показатели лечения патологии слезного мешка в разрезе регионов. Так, в 6 регионах из 16 нет статистических данных о пролеченных нозологических единицах в стационарах. В трех регионах единичные случаи, в целом охват больных с патологией слезного мешка составляет 42,7% (458 человек). Установлено, что 1071 человек (0,006 % населения Республики Казахстан) должны ежегодно получать стационарное хирургическое лечение ХД.
2. На основании проведения компьютерно–томографического исследования полости носа в зоне слезного мешка и с применением программы SFV установлены 6 групп больных с ринопатологией, различающихся по основным КТ – признакам, которые требуют дифференцированной оценки в определении объема и тактики хирургического вмешательства при модифицированной функциональной эндоназальной дакриоцисториностомии.
3. Проведение КТ исследования слезного мешка позволяет провести дифференциальную диагностику врожденных форм хронического дакриоцистита с его приобретенными формами. Критерием наличия врожденной формы патологии является расширение и изменение костных структур, формирующих ложе слезного мешка.
4. Функциональная эндоскопическая дакриоцисториностомия основана на новых методах оценки КТ исследования полости носа и слезного мешка, на принципах восстановления функциональной анатомии внутриносовых структур и формированием костного окна на уровне соединения лобного отростка верхней челюсти и слезной кости на расстоянии не менее 5 мм от СНР. Применение латексного перфорированного контейнера с

антибактериальной мазью и силиконовой пластины в раннем послеоперационном периоде сохраняет сократительную функцию слезного мешка, подтвержденными функциональными тестами, снижает рецидивы ХД до 3,8 %.

5. Внедрение собственной методики модифицированной эндоскопической дакриоцисториностомии по сравнению традиционной эндоназальной дакриоцисториностомией позволило добиться положительного эффекта у 92,9% прооперированных, что подтверждалось результатами функциональных проб в раннем послеоперационном периоде. Контрольные томографические исследования в послеоперационном периоде указали на сохранение 85,0% анатомической структуры лобного отростка верхней челюсти при МФЭДРС, тогда как при традиционной эндоскопической операции удаляется до 50% кости, а при наружной дакриоцисториностомии лобный отросток удаляется полностью.
6. Применение перфорированного латексного контейнера с лечебной мазью в раннем послеоперационном периоде на 32,8% улучшили положительные результаты уже в первый день после операции. Одновременная установка силиконовой пластины у больных после дакриоцисториностомии в сочетании с комплексом оперативных вмешательств на носовых структурах дают положительные результаты в раннем и позднем послеоперационном периодах, снижает рецидивы на 4,2% по сравнению с эндоскопической дакриоцисториностомией в традиционном варианте.
7. Внедрение данного комплекса мероприятий в лечении ХД по всем регионам РК (КТ обследование больных хроническим дакриоциститом с использованием SFV программы, применение модифицированного хирургического лечения, а также способ ранней профилактики послеоперационного стенозирования дакриостом) может в среднем принести ежегодную экономию бюджетных средств на 18 738 650 тенге (KZT), или 5511367 российских рублей, или 101290 долларов США.

Практические рекомендации

- Для выявления изменений внутриносовых структур пациентам с патологией слезного мешка, необходимо проводить изучение КТ снимков в электронном виде, используя программу SFV, что должно быть, учтено при выборе объема и методики выполнения операции.
- Больным с редкими формами дакриоциститов, например врожденными, осмотр КТ снимков в электронном виде имеет наиболее информативное значение и требует обязательного осмотра с использованием программы SFV.
- Выполнение дакриоцисториностомии по предлагаемой нами методике имеет наиболее практичное применение, так как не требует использования дорогостоящего оборудования. (шейвер, бор машина, хирургические лазеры и т.д.)
- Модифицированную функциональную эндоскопическую дакриоцисториностомию можно проводить в стационарах любого уровня, где имеется ЛОР – специалист или офтальмолог, владеющий эндоназальными методами хирургии.
- Тампонада полости носа перфорированным латексным контейнером с лечебной мазью является наиболее простой, но очень эффективной процедурой.
- Применение силиконовых пластин для профилактики раннего стенозирования также является простой манипуляцией для хирурга и должна применяться практически при всех дакриоцисториностомиях, сопряженных с операциями на носовых структурах.

Список опубликованных работ по диссертации:

1. Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж. Усовершенствование эндоскопической дакриоцисториностомии// Актуальные проблемы оториноларингологии: Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов с международным участием посвященной 50-летию кафедры

- оториноларингологии АГМУ и 55-летнему юбилею ЛОР-службы Алтайского края. - Барнаул, 2007. - С. 102-104.
2. Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж., Аженов Т.М., Особенности проведение функционального эндоскопического ринохирургического вмешательства при неинвазивных формах хронических грибковых синуситов// Клиническая медицина Казахстана: Научно-практический медицинский журнал - Астана, 2007. - С. 16-18.
3. Байменов А.Ж. Катамнез эндохирургических дакриориностомических операций //Клиническая медицина Казахстана: Научно-практический медицинский журнал - Астана, 2007. - С. 16-18.оториноларингология. Медицинский научно-практический журнал. Приложение. 2007. - С. 263-265.
4. Байменов А.Ж. Эндоскопическая дакриоцисториностомия флегмоны слезного мешка// Приоритетные вопросы оториноларингологии: Материалы научно-практической конференции Сибирского Федерального округа посвященной 80-летию кафедры оториноларингологии им. Профессора А.Н. Зимина. –Новокузнецк, 2008. - С. 13-14.
5. Байменов А.Ж. Применение левомеколя в раннем послеоперационном периоде после эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии// Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии: Материалы научно-практической конференции. –Ташкент, 2008. - С. 103-104.
6. Тулебаев Р.К., Жусупов Б.З., Байменов А.Ж. Непосредственные и отдаленные функциональной эндоскопической ринохирургии больных с хроническими грибковыми синуситами// Актуальные проблемы науки и практики оториноларингологии: Материалы научно-практической конференции. –Ташкент, 2008. - С. 139.
7. Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К., Жусупов Б.З. Анализ причинных факторов возникновения хронического дакриоцистита // Журнал в ушных, носовых і горлових хвороб. – 2008. - №3. – С.9-10.

8. Жусупов Б.З., Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К. Особенности функциональной эндоскопической ринохирургии при лечении хронических грибковых синуситов// Журнал в ушных, носовых і горлових хвороб – 2008. - №3. – С.41.
9. Жусупов Б.З., Байменов А.Ж., Аженов Т.М. Ринохирургическое вмешательство при неинвазивных формах хронических грибковых синуситов // Астана медициналық журналы. – 2008. - №2. – С.99.
10. Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж.. Неинвазивные формы хронических аспергиллёзных риносинуситов // Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов с международным участием 11 сентября 2008г. «Новые направления в оториноларингологии». – Барнаул, 2008. – С.79-80.
11. Тулебаев Р.К., Газизов О.М., Байменов А.Ж., Яхин Е.Ж., Аженов Т.М. Справочник по классификации ЛОР-болезней// Учебное пособие. - Астана. 2008. – 67 с.
12. Төлебаев Р.Қ., Яхин Е.Ж., Аженов Т.М., Ғазизов Ө.М., Байменов А.Ж. Оториноларингология терминдерінің түсіндірме сөздігі //Медициналық сөздік. - Астана. - 2009. – 116 бет.
13. Baimenov A. Zh. The Application of Levomekol in Early Postoperative Period after Endoscopic Endonazal Dacriocystorhinostomy// The 2nd International Congress of Jordanian Society of Russian Speaking Physicians. – Amman - Jordan, 2009. – P. 21-21.
14. Тулебаев Р.К., Козлов В.С., Кудасов Т.Р., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М., Байменов А.Ж., Ускенбаева С.П. **Диагностическая эффективность компьютерной томографии при заболеваниях носа и околоносовых пазух// Российская оториноларингология. Медицинский научно-практический журнал. Приложение №2.- 2009. - С. 291-294.**
15. Тулебаев Р.К., Козлов В.С., Кудасов Т.Р., Мухамадиева Г.А., Аженов Т.М., Байменов А.Ж., **Эндоскопическая хирургия заболеваний полости носа// Российская оториноларингология. Медицинский научно-практический журнал. Приложение №2.- 2009. - С. 294-298.**

16. Байменов А.Ж. Преимущества эндоскопической визуализации перед слепым бужированием при лечении больных хроническим дакриоциститом// Наука и практика в оториноларингологии: Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции. – Москва.- 2009. - С. 146-147.
17. Байменов А.Ж. Применение «левомеколя» в послеоперационном периоде эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии //Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы. - 2009.-№1-2. - С. 36-37.
18. Байменов А.Ж. Модификация эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии//Астана медициналық журналы. - 2009.-№3 - С. 202-204.
19. Байменов А.Ж. Контрастная компьютерная томография при хроническом дакриоцистите //Астана медициналық журналы. - 2009.-№5. - С. 295.
20. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И. Особенности диагностики и лечения рецидивирующих и хронических дакриоциститов //Астана медициналық журналы . - 2009.-№5. - С. 296
21. Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К., Розенсон Р.И. Эндоскопическая диагностика обструкции слезно – носового канала //Астана медициналық журналы . - 2009.-№5. - С. 296-297.
22. Satybaldina G.K., Baimenov A.Zh., Rozenson R.I. Postoperative management of patients after endoscopic endonasal dacryocystorhinostomy//Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. г.Санкт-Петербург, 2010. - Volume 16.№2 – Р. 41.
23. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К. Профилактика раннего рестенозирования после эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии// Материалы XIII ЇЗД оториноларингологовУкраїни–Судак. - 2010. - С. 19-20.
24. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И., Курмангалиева З.Т. Этапы внедрения эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии в оториноларингологии// Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Р.К. - 2010.-№1 - С. 56-58.
25. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И. Результаты компьютерной томографии у больных с хроническими дакриоциститами //Вестник

Медицинского центра Управления делами Президента Р.К.- 2010. - № 1. – С.104-106.

26. Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И. Компьютерно – томографическое обоснование эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии//Здравоохранение Кыргызстана. - 2010.-№1 - С. 26-30.

27. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И. Профилактика рубцевания образованного соустья после дакриоцисториностомии применением мази «левомеколь» //Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы - 2010.-№1-2. - С. 36-38.

28. Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И., Аженов Т.М. Особенности компьютерно - томографической оценки структур полости носа и околоносовых пазух, лежащих в основе патологии слезного мешка и околоносового протока //Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы - 2010.-№1-2. - С. 27-31.

29. Байменов А.Ж. О состоянии слезно-носового протока у больных с риноорбитальной патологией//Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы - 2010.-№3-4. - С. 6-7.

30. Байменов А.Ж. Бактериологическая оценка микрофлоры слезоотводящих путей у больных хроническим дакриоциститом//Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы. - 2010.-№3-4. - С. 4-6.

31. Сатыбалдина Г.К., Байменов А.Ж., Розенсон Р.И. Методика послеоперационного ведения больных с хроническими дакриоциститами// Стоматология. Среднеазиатский научно-практический журнал. - 2010.-№3-4. - С. 209.

32. Сатыбалдина Г.К., Байменов А.Ж., Розенсон Р.И. Предрасполагающие факторы рецидивов хронических дакриоциститов// Актуальные вопросы лекарственной терапии в оториноларингологии: Материалы науч.- пр. конференции оториноларингологов – Новокузнецк , 2010. - С. 50-51.

33. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К., Розенсон Р.И. Тактика ведения послеоперационных больных после эндоназальных дакриоцисториностомии //Журнал доказательной медицины Consilium.- 2010.- № 2. - С.70-71.

34. Сатыбалдина Г.К., Байменов А.Ж., Розенсон Р.И. Методика послеоперационного ведения больных с хроническими дакриоциститами // Материалы III съезда оториноларингологии Узбекистана.- Ташкент, 2010.-С. 209.
35. Байменов А.Ж., Тулебаев Р.К., Сатыбалдина Г.К., Аженов Т.М., Папулова Н.М. Динамика клинико-лабораторных показателей в послеоперационном периоде эндоназальной дакриоцисториностомии// Материалы XVIII съезда оториноларингологов России.-СПб, 2011.-Том 2.-С. 21-25
36. Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж., Аженов Т.М., Сатыбалдина Г.К. Роль лучевой диагностики и оценка эффективности эндоназальной риносинусхирургии при хронических воспалительных заболеваниях верхнечелюстных пазух // Материалы XVIII съезда оториноларингологов России.-СПб, 2011.-Том 3.-С. 276-278
37. Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Байменов А.Ж., Папулова Н.М., Жусупов Б.З. Оценка результатов хирургического лечения хронических отитов и реабилитация слуха с использованием усовершенствованных технологий// Материалы XVIII съезда оториноларингологов России.-СПб, 2011.-Том 3.-С. 358-360
38. Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К. Сравнительный анализ отдаленных результатов различных методов оперативного лечения хронических дакриоциститов//Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы.-2011.-№1-2. - С. 15-16
39. Айтаханова А.К., Байменов А.Ж., Динамика симптомов вторичного конъюнктивита после модифицированной эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии //Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы. - 2011.- №1-2. - С. 136
40. Айтаханова А.К., Байменов А.Ж., Розенсон Р.И. Динамика проходимости слезоотводящих путей в ближайшем послеоперационном периоде после модифицированной эндоназальной дакриоцисториностомии //Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы. - 2011.-№1-2. - С. 136-137

41. Хамзабаев Ж.Х., Тулебаев Р.К., Аженов Т.М., Байменов А.Ж. Роль компьютерно-томографических исследований для предоперационной подготовки и решения объема риносинусхирургии//Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы. - 2011.-№1-2. - С. 62-64
42. Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Байменов А.Ж., Жусупов Б.З., Мухамадиева Г.А. Некоторые вопросы эпидемиологии хронических синуситов//Российская ринология. - 2011.-№2. - С. 19
43. Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Байменов А.Ж., Джандаев С.Ж., Мухамадиева Г.А. Об оценке эффективности лечения гнойных гайморитов//Российская ринология. - 2011.-№2. - С. 20
44. Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Байменов А.Ж., Жусупов Б.З., Мухамадиева Г.А. Микробный пейзаж при гнойном гайморите и сопутствующей девиации перегородки носа//Российская ринология. - 2011.-№2. - С. 20
45. Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К. Эффективность мази «левомеколь» при эндоназальной дакриоцисториностомии для профилактики рубцовых изменений послеоперационного соустья //Российская ринология. - 2011.-№2. - С. 63
46. Тулебаев Р.К., Аженов Т.М., Байменов А.Ж., Даутов Т.Б. Оценка компьютерно-томографических исследований придаточных пазух носа и их роль для решения объема риносинусхирургии// Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. г. Санкт-Петербург, 2011. - Volume 17.№3 – Р. 49-51.
47. Байменов А.Ж. Нарушение проходимости слезы при поражениях лицевого нерва// Журнал в ушных, носовых і горлових хвороб. – 2011. - №5-с. – С.7-8
48. Тулебаев Р.К., Аженов Т.М., Байменов А.Ж. Значимость компьютерно-томографических исследований для планирования эндоскопической риносинусхирургии// Журнал в ушных, носовых і горлових хвороб. – 2011. - №5-с. – С.127-128.
49. Байменов А.Ж. Проблемы диагностики и лечения дакриоцистита новорожденных и у лиц, перенесших его в раннем детском возрасте// Детская оториноларингология.-2011.- С.73-76.

50. Байменов А.Ж. Эффективность функциональной дакриоцистиностомии при сохранности физиологических и анатомо-топографических соотношений слезного мешка и носослезного протока//Морфология и доказательная медицина.-2011. - №1-2 С.18-22.
51. Байменов А.Ж. Алгоритм компьютерно–томографической диагностики остиомеатального комплекса в зоне слезного мешка, слезно- носового канала для повышения эффективности эндоскопической дакриоцистиностомии// Сборник научных трудов.-2012.-С.3
52. Байменов А.Ж. Сравнительная эффективность метода функциональной эндоскопической дакриоцистиностомии//Материалы II Петербургского Форума оториноларингологов России.-2012.-Т-I.-С. 96-100.
53. Байменов А.Ж. Применение перфорированного латексного контейнера с антибактериальной мазью для профилактики раннего стенозирования после эндоназальной дакриоцистиностомии// Оториноларингология. Бас, Мойын, Хирургиясы. - 2012.-№1-2. - С. 10-11
54. Байменов А.Ж. Усовершенствованные методы диагностики и лечения дакриоциститов//- Учебное пособие.-Астана.-2013.- 98 с.
55. Тулебаев Р.К., Жусупов Б.З., Байменов А.Ж., Аженов Т.М., Клинические особенности аспергиллезного риносинусита// Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. г. Санкт-Петербург, 2014. - Volume 20.№2 – Р. 12-15.
56. **Байменов А.Ж., Модифицированная эндоназальная функциональная дакриоцистиностомия// Росс. оториноларингология.-2014.- №2.- С. 123-126.**
57. Байменов А.Ж. Ранняя профилактика послеоперационного стенозирования при модифицированной эндоназальной функциональной дакриоцистиностомии// Новые технологии в оториноларингологии и современные подходы к преподаванию специальности в медицинском вузе», посвященной 60-летию АГМУ, Барнаул. – 2014 г. С.-
58. **Тулебаев Р.К., Ерсаханова Б.К., Папулова Н.М., Жусупов Б.З., Аженов Т.М., Байменов А.Ж. Изменения показателей иммунитета после терапии острого риносинусита// Омский научный вестник.-2014.-№2(134).- с. 77-79**

59. Тулебаев Р.К., Аженов Т.М., Байменов А.Ж. Особенности патологии верхних дыхательных путей у жителей северных регионов Казахстана// Материалы XIII Российского Конгресса оториноларингологов «Наука и практика в оториноларингологии», Москва – 2014, С. 20-32
60. **Байменов А.Ж. Ранняя профилактика послеоперационного стенозирования при модифицированной эндоназальной функциональной дакриоцисториностомии// Вестн. оториноларингологии-2015.-№2 - С.129-130**
61. **Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж. Сравнительная характеристика различных методов дакриоцисториностомии//Российская оториноларингология.-2015.- №2.- С.73-77**
62. **Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж. Эффективность современных методов функциональной эндоскопической дакриоцисториностомии//Российская оториноларингология.-2015.- №3.- С147-150.**
63. **Байменов А.Ж. Ведение больных хроническим дакриоциститом в раннем послеоперационном периоде// Медицина и образование в Сибири - сетевое научное издание НГМУ.-2015. №2-с.**
64. R. Tulebayev, A. Baimenov, T. Azhenov, B. Zhusupov, G. Mukhamadieva, N. Papulova, and A Mustafin. Computer tomography criterias of nasal cavity constitution for dacryocystorhinostomy// FASEB J April 2015 29:864.18
65. R. Tulebayev, A. Baimenov, T. Azhenov, B. Zhusupov, G. Mukhamadieva, N. Papulova, and A Mustafin. The role of radial diagnostics and the endoscopic surgery of diseases of maxillary sinus// FASEB J April 2015 29:970.18
66. Тулебаев Р.К., Розенсон Р.И., Байменов А.Ж., Аженов Т.М., Жусупов Б.З., Папулова Н.М., Компьютерно - томографические критерии оценки индивидуальных особенностей строения носа и околоносовых пазух для выбора способа проведения эндоскопической дакриоцисториностомии //Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана «Современные направления в оториноларингологии» г. Ташкент , 2015. - С. 89-90.
67. **Р.К.Тулебаев, А.Ж. Байменов, М.М. Курмангалиева Стандарты обследования больных хроническим дакриоциститом в условиях ЛОР –**

отделения// Медицина и образование в Сибири - сетевое научное издание НГМУ.-2015. №3

68. Р.К. Тулебаев, А.Ж. Байменов, С.И. Пшеничный, Т.М. Аженов Реабилитация больных риносинуситом в условиях санаторно-курортного лечения// Медицина и образование в Сибири - сетевое научное издание НГМУ.-2015. №3

69. Тулебаев Р.К., Курмангалиева М.М., Байменов А.Ж., Сатыбалдина Г.К., Жусупов Б.З., Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К. Анализ ведения больных хроническим дакриоциститом// Астана Медициналық журналы. – Астана, спец выпуск, 2016. - №1, С. 22-24

70. Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж., Папулова Н.М. Оценка функционального состояния полости носа больных хроническим дакриоциститом// Международный научно-практический журнал «Оториноларингология Восточная Европа», №1 (20) 2016

71. Тулебаев Р.К., Байменов А.Ж. Повышение эффективности хирургического лечения дакриоцистита с применением эндоназальной дакриоцисториностомии.// Конгресс ринологов 23-24 июня 2016 г. Суздаль

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

L	- левая;
R	- правая;
SFV	-syngo fiest viev;
КТ	- компьютерная томография;
ЛПК	- латексный перфорированный контейнер;
МФЭДРС	- модифицированная функциональная эндоскопическая дакриоцисториностомия;
МЦК	- мукоцилиарный клиренс;
НДЦРС	- наружная дакриоцисториностомия
ОНП	- околоносовые пазухи;
ОРВИ	- острая респираторно-вирусная инфекция;
ПН	- перегородка носа;
ПО	- программное обеспечение;
РК	- Республика Казахстан;

СНР	- средняя носовая раковина;
СОП	- слезоотводящих путей;
ТТ	- тампонирование турундами;
ФЭРХ	- функциональная ринопластика
ХГР	- хронический гипертрофический ринит;
ХГРС	- хронический гнойный риносинусит;
ХД	- хронический дакриоцистит;
ЭЭДРС	- эндоскопическая эндоназальная дакриоцисториностомия;