

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Зимни тадқиқот таъсири дастгоҳи физиодармонии ЭЛАВ-8В, ки аз ҷониби Д.В.Воробёв таҳия гардидааст, ба рафтори ҳайвонот дар тестҳои «Майдони кушод», «Камераи сиёҳу сафед» ва «Лабиринти бардошташудаи салибшакл» омӯхта шуд. Усули нави ворид намудани дорӯи валерианахел, яъне фармстимулятсияи барқии трансдермалӣ пешниҳод мешавад, ки тавассути қувваи барқи басомадаш гуногун (50 ва 100 Гс) ба амал оварда мешавад.

Натиҷаҳо. Хангоми ворид намудани дорӯ бо усули мазкур дар ҳайвоноти таҷрибавӣ, зимни тести «Майдони кушод» дар ҳолати ба қор бурдани қувваи барқи басомадаш 100 Гс коҳиш ёфтани миқдори дефекасия (индекси ҳассосият) ва миқдори реаксияҳои гриминг ба 50%, хангоми стимулятсия бо басомади 50Гс. мушоҳида гардид.

Дар ҳолати тавассути дастгоҳи ЭЛАВ-8 таъсир намудани қувваи барқи басомадаш 100Гс зиёд шудани замони қарор гирифтани ҳайвонот дар қисмати равшан, зимни ҳайвоноти таҷрибавӣ, дар тести «Камераи сиёҳу сафед» ба 31 % зиёд гардид.

Инчунин хангоми омӯзиши рафтори ҳояндагон зимни шароити стрессофаринии тағйирёбанда дар

дастгоҳи «Камераи сиёҳу сафед» ошкор гардид, ки калламушҳои дорӯи валерианахелро бо усули фармстимулятсияи барқии трансдермалӣ аз ЭЛАВ-8 қабул карда, дар қисми торикӣ 36% ҳамагӣ вақти худро сарф намуда, қисмати равшани камераро афзалтар донистанд. Зимни тести «Лабиринти бардошташудаи салибшакл» дар ҳолати тавассути қувваи барқи басомадаш гуногун ва дорӯи валерианахел таъсир расонидан ба ҳайвонот афзудани фаъолноки мувофиқи миқдори овезон кардан (ба 5% хангоми 50 Гс ва ба 25% хангоми 100 Гс) мушоҳида гардид.

Хулоса. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз он шаҳодат медиҳанд, ки ба воситаи стимулятсияи трансдермалии электрофармакологӣ тавассути ЭЛАВ-8 ворид намудани дорӯи валерианахел боиси коҳиш ёфтани дараҷаи стресс ва стимулятсия фаъолнокии тадқиқотии калламушҳои лабораторӣ мегардад.

Калимаҳои калидӣ: валерианахел, дастгоҳи ЭЛАВ-8, тести «Майдони кушод», тести «Камераи сиёҳу сафед», «Лабиринти бардошташудаи салибшакл», фармстимулятсияи барқии трансдермалӣ.

УДК 616.5-002-053.2;615.357

Г.С. Мамаджанова, Н.Ш. Абдуллаева, Н.К. Кузубаева

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Кафедра клинических дисциплин ХГМУ

Кафедра семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Мамаджанова Гулнора Сидикджановна – к.м.н. доцент кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.:915-99-09-03 e-mail. mamadjanova 63@mail.ru

Цель исследования. Изучить особенности топических глюкокортикостероидных средств при лечении atopического дерматита у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 100 больных детей с atopическим дерматитом в возрасте от 2 до 13 лет. Больные разделены по степени тяжести заболевания, изучены клинические особенности заболевания, методы лечения.

Результаты и их обсуждение. Топическая терапия atopического дерматита ориентирована на устранение воспаления, восстановление нарушенной барьерной функции кожи. Всем больным назначалась базисная комплексная терапия, а больным со среднетяжелым и тяжелым течением в состав базисной терапии входил препарат локоид (гидрокортизон 1%) в виде крема, липокрема и крема.

Заключение. Положительный терапевтический эффект от топической терапии был достигнут у 96% больных. Исследования показали высокую эффективность локоида в комплексном лечении больных детей atopическим дерматитом, что позволяет рекомендовать этот препарат в педиатрическую практику.

Ключевые слова: atopический дерматит, терапия, дети.

G.S. Mamadzhanova, N.Sh. Abdullaeva, N.K. Kuzibaev

TOPICAL THERAPY OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

Department of Children's Diseases №1 Tajik State Medical University after Abuali ibni Sino

*Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery of the Republic of Tajikistan
Department of Clinical Disciplines, KhSMU
Department of Family Medicine №2 Tajik State Medical University after Abuali ibni Sino*

Mamadjanova Gulnora Sidikjanovna- Assistant of the Department of Children's Diseases №1, Tajik State Medical University after Abuali ibni Sino; tel.: 915-99-09-03

Aim. To study the features of topical glucocorticoid medicaments in the treatment of atopic dermatitis in children.

Material and methods. 100 diseased children with atopic dermatitis aged 2-13 were under the observation. Patients were divided into groups according to the severity of the disease. Clinical features and treatment methods were studied.

Results. Topical therapy of atopic dermatitis is focused on eliminating inflammation and damaged skin-barrier function. All patients were prescribed basis complex therapy. In addition, patients with a moderate and severe course of disease received Lokoid (hydrocortisone 1%) in a form of a cream, lipocream, and crelo.

Conclusion. The positive therapeutic effect of topical therapy was achieved in 96% of patients. The study showed high efficiency of the Lokoid in a complex treatment of children with atopic dermatitis. Thus, this medicine is recommended in pediatric practice.

Keywords: atopic dermatitis, therapy, children.

Актуальность. За последние десятилетия аллергические заболевания приобрели достаточно широкое распространение [3]. По современным данным, около 40% населения земного шара страдают аллергией, что представляет большую социальную и экономическую проблему, а в общей структуре заболеваемости большое место занимает атопический дерматит (АД) [1]. АД - аллергическое заболевание кожи, относящееся к группе хронических диффузных нейродермитов, при этом в патологический процесс вовлекается иммунная, нервная системы, а также внутренние органы, именно поэтому в настоящее время атопический дерматит рассматривается как системное заболевание [2].

Несмотря на появление современных лекарственных препаратов, распространенность этого дерматоза остается высокой [6]. Современная концепция лечения АД у детей заключается в раннем использовании безопасных, патогенетически обоснованных методов терапии для эффективного облегчения симптомов заболевания и предупреждения обострения [5]. Введение местных топических глюкокортикостероидов в дерматологическую практику можно рассматривать как величайший прогресс в лечении многих кожных заболеваний во второй половине XX века, в том числе АД [7]. Хроническое, с частыми рецидивами, течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения делают проблему АД у детей одной из важных в современной педиатрии [4].

Цель исследования. Изучить особенности топических глюкокортикостероидных средств при лечении атопического дерматита у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 100 (37 - д, 63 -

м) детей, в возрасте от 2 месяцев до 13 лет, больных АД. Из них у 44 больных было легкое течение, у 29 - среднетяжелое, у 27 - тяжелое течение заболевания. Больные находились на амбулаторном лечении в Городском центре здоровья №12 и на стационарном - в Городском центре кожных и венерических болезней г. Душанбе.

Пациенты осмотрены семейными врачами, аллергологами, дерматологами, иммунологами. Всем больным проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее: осмотр, сбор анамнестических данных, исследование общего анализа крови, мочи, кала, кал на наличие яиц паразитов, инструментальные методы исследования, по показаниям УЗИ внутренних органов. Контрольную группу составили 20 здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех наблюдаемых детей наследственность по АД была отягощена. У 39 (39%) из них аллергические заболевания отмечались у обоих родителей, у 61 (61%) страдал один из родителей (41% мать, 20% отец). Первые проявления аллергии диагностировались, в основном, на 1-3 годах жизни - у 53 (53%) больных.

Основными формами АД были экссудативная, которая наблюдалась у 58% детей, эритематозно-сквамозная - у 22%, эритематозно-сквамозная с лихенификацией - у 12%, лихеноидная - у 5%, пруригинозная - у 3%. Оценка тяжести АД определялась по индексу SCORAD, который учитывает распространенность кожных поражений, интенсивность клинических проявлений, субъективные симптомы.

У больных с экссудативной формой заболевания наблюдались экссудативные (мокнущие) папуло-везикулезные элементы, которые распола-

гались, главным образом, на лице (щеки, лоб, подбородок), подмышечных и паховых складках – у 18 (18 баллов) детей, на наружной поверхности голеней у 16 (16 баллов), на сгибательной и разгибательной поверхности конечностей – у 24 (32 балла), сухость кожи наблюдалась у всех больных, сопровождающаяся лёгким шелушением, степень выраженности была различной (58 баллов). Среднее значение индекса SCORAD у больных с экссудативной формой заболевания равно $5/5+7*4+2=10$ баллам.

Эритематозно-сквамозная форма характеризовалась поражением шеи, груди, естественных складок конечностей. Основными клиническими проявлениями были ярко выраженная эритема с мелкопластинчатыми чешуйками, небольшая отёчность кожи у всех больных (28 баллов), лихенификация у 7 больных (7 баллов), геморрагические корки у 10 больных (14 баллов), трещины за ушами у 4 больных (8%), лимфатические узлы увеличены (размером фасоли) у всех больных. Среднее значение индекса SCORAD равно $6/5+7*7+2=16,1$ балла.

Эритематозно-сквамозная с лихенификацией форма характеризовалась папулёзными высыпаниями и повышенной сухостью кожи. Кожа гиперемирована, лихенифицирована с большим количеством эскориаций и мелкопластинчатых чешуек. Высыпания преимущественно на сгибательной поверхности конечностей - у 10 больных (10 баллов), передней поверхности шеи - у 6 больных (10

баллов), тыльной поверхности кистей и стоп - у 4 больных (4 балла). Среднее значение индекса SCORAD равно $8/5+7*6+6=28$ баллам.

Лихеноидная форма наблюдалась чаще всего у детей старшего возраста, характеризовалась сухостью, отёчностью и папулезными высыпаниями (10 баллов). У всех детей с этой формой заболевания имелись крупные сливающиеся очаги лихенификации на коже локтевых и подколенных сгибов, шеи, кистей и стоп (12 баллов). Лимфатические узлы увеличены (размером с лесной орех). Зуд упорный, стойкий (10 баллов). Среднее значение индекса SCORAD равно $10/5+7*3+6=35,5$ баллам.

Пруригинозная форма у детей наблюдалась на фоне лихенизированной кожи в виде множественных изолированных плотных отёчных папул, на вершине которых часто выявлялись мелкие пузырьки с уплотнением эпителия. Очаги поражения локализовались на лице (веки, периоральная область) у 2 больных (4 балла), шее, верхней части груди у всех больных (3 балла), локтевых сгибах у 2 больных (4 балла), на тыле кистей, ягодично-поясничной области у всех больных (9 баллов). Лимфатические узлы равномерно увеличены до размера лесного ореха. Зуд сильный, нарушающий сон ребёнка (12 баллов). Среднее значение индекса SCORAD составляло $10/5+7*6+8=43$ балла.

Клинические проявления АД зависели от степени тяжести заболевания (табл. 1).

Таблица 1

Клинические симптомы АД по степени тяжести

Клинические симптомы	Степень тяжести АД		
	легкая n=53	средняя n=37	тяжелая n=10
Гиперемия	Слабо выражена	Умеренно выражена	Выражена
Экссудация	Слабо выражена	Умеренно выражена	-
Эскориация	-	Слабо выражена	Умеренно выражена
Мелкопластинчатые чешуйки	-	Выражены	-
Папулёзные высыпания	Единичные	Умеренно выражены	Выражены
Лихенификация	-	Единичные	Выражена
Гиперпигментация кожи	-	Слабо выражена	Умеренно выражена
Сухость кожи	Умеренно выражена	сильно выражена	Сильно выражена
Частота обострения и ремиссии в год	1-2 обострения, продолжительность ремиссии 6-8 месяцев	обострения 3-4 раза, длительность ремиссии 2-3 месяца	Не менее 5 обострений при непродолжительной ремиссии 1-2 месяца или персистирующее течение

Как видно из таблицы 1, преобладали больные с легкой степенью тяжести заболевания - 53%. В основном это были пациенты с экссудативной и эритематозно-сквамозной формами. Среднетяжелое течение заболевания отмечалось у 37% детей. Более выраженная симптоматика отмечалась у больных с эритематозно-сквамозной с лихенификацией и лихеноидной формами. Самое тяжелое течение имелось у больных с пруригинозной формой - 10% больных.

У всех больных была гипохромная анемия, более выраженная при тяжелом течении заболевания.

Всем пациентам проводилась базисная терапия в зависимости от клинических проявлений, тяжести и течения заболевания. Основными направлениями лечения были: устранение причинных факторов, вызывающих обострение (как аллергических, так и неаллергических) заболевания, лечебно-косметический уход за кожей, наружная противовоспалительная терапия, системная фармакотерапия, дифференцированная коррекция сопутствующей патологии. Зуд, как главный признак АД, приводил к нарушению сна и развитию невротического состояния, что в значительной степени влияло на качество жизни больного и его семьи.

Базисная терапия, включала в себя назначение: антигистаминных препаратов - **блокатор Н₁-гистаминовых рецепторов 1-го поколения - хлоропирамин 25 мг (супрастин)**; седативных при сильном зуде и нарушении сна в виде экстракта валерианы 20 мг (1 таблетка, разведенная в 20 г воды) 2-3 раза в день, в течение 1 месяца; общеукрепляющих - ретинола ацетат больным в возрасте 2-5 года 3000 МЕ по 1 драже в день, в течение 2 недель; холекальциферол (D3) в виде водного раствора по 500 МЕ/кг, в течение 6-12 месяцев.

Другой обязательной и неотъемлемой частью патогенетического лечения при всех формах АД, а, нередко, и единственным направлением в лечении является наружная терапия. Она проводилась с учетом возраста, периода и тяжести заболевания, остроты воспалительной реакции, распространенности поражения и сопутствующих осложнений. Основная роль наружной терапии отводится использованию средств, восстанавливающих липидный состав поврежденного эпидермиса, к ним относятся эмульсии – крем или паста унны. При наличии островоспалительной реакции кожи с активной гиперемией, отеком, везикуляцией, выраженным мокнутием, образованием эрозий использовали примочки с 0,25-0,5% раствором танина. Длительность процедуры обычно 1,5-2 ч, частота 2-3 раза в сутки. Тушировали экскориации, эрозии, везикулы 1-2% спирто-

вым раствором метиленовой сини 2-3 раза в сутки. После снятия острого воспаления использовали кремы, лосьоны с добавлением кератолитиков, способствующие уменьшению инфильтрации, воспаления, обладающие противовоспалительным, рассасывающим свойством, мази на основе цинка (цинковая паста, салицилово-цинковая паста). В подостром периоде, в зависимости от формы заболевания, для рассасывания инфильтрации, очагов лихенификации использовали 2-5% борно-нафталановую (борно-цинк-нафталановая) мазь.

Больным (n=47) со среднетяжелым и тяжелым течением в состав базисной терапии включали назначение глюкокортикостероидных топических средств короткими, интермиттирующими курсами, постепенно снижая дозу. Мы использовали современный препарат «Локоид» - 1% гидрокортизон в виде крема, липокрема и кремо в зависимости от степени тяжести процесса двукратно ежедневно в течение 3-4 дней на ограниченные участки 1-2 раза в день, легким слоем. Локоид – наружный глюкокортикостероид нефторированный, с высоким терапевтическим индексом. В эпидермисе локоид распадается до неактивной масляной кислоты и гидрокортизона – естественного вещества в организме человека. Он не содержит хлора и фтора, т.е. риск побочных эффектов минимальный.

В период ремиссии использовали физиотерапевтические процедуры: в комплексе с медикаментозным лечением рекомендовали фототерапию (УФО) с длиной волны 150-180 нм, процедуры проводил 3-4 раза в неделю в зависимости от формы заболевания.

На фоне проводимой терапии препаратом локоид у большинства больных зуд значительно уменьшился к 4-му дню и исчезал к 9-10 дню лечения при тяжелом течении заболевания. При средней степени тяжести зуд значительно уменьшился или исчезал уже к 5-6 дню терапии. Снижение выраженности кожного зуда сопровождалось уменьшением нарушений сна. Морфологические элементы (папула, эритема, чешуйки) при средне-тяжелом течении исчезали или значительно уменьшались к 5-му дню, при тяжелом течении заболевания - к 11-12 дню терапии. У больных отмечался регресс индекса SCORAD в 4,7 раза (с 43 до 9). Наряду с выраженной эффективностью для препарата характерен высокий профиль безопасности, который положительно оценили родители страдающих АД детей, что привело к улучшению приверженности к терапии.

Результаты лечения больных с АД в зависимости от формы заболевания отражены в таблице 2.

Результаты базисного лечения больных АД

Результаты лечения	Экссудативная, n=58	Эритематозно-сквамозная, n=22	Эритематозно-сквамозная с лихенификацией, n=12	Лихеноидная, n=5	Пруригиднозная, n=3	Всего
Клиническое выздоровление	41	6	2	-	-	49%
Значительное улучшение	9	12	5	2	1	29%
Улучшение	8	4	3	2	1	18%
Без эффекта	-	-	2	1	1	4%

Как видно из таблицы 2, эффективность базисного лечения составила 96%, самый большой процент составило клиническое выздоровление - 49%, значительное улучшение - у 29%, улучшение - у 18% и только у 4% не было эффекта от проведенной терапии. Последнее связываем с распространенностью процесса, тяжелым длительно рецидивирующим течением, наследственной отягощенностью по атопии, длительностью заболевания более 5 лет и с сопутствующими заболеваниями.

Индекс SCORAD к концу терапии снизился у больных с легкой степенью на 4,7 баллов, со средней степенью - на 7,3 баллов, у больных с тяжелой степенью - на 11,9 баллов.

Итак, под влиянием проведенного базисного лечения положительный терапевтический эффект был достигнут у 96% больных.

Заключение. Таким образом, все больные лечение перенесли хорошо, ни в одном случае не наблюдались побочные эффекты от лечения. Наши исследования показали высокую эффективность локоида в комплексном лечении больных АД, что позволяет рекомендовать этот препарат к использованию в педиатрической практике.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 5-8 см. в REFERENCES)

1. Зайнулина О.Н., Хисматуллина З.Р. Некоторые аспекты сенсibilизации у детей с atopическим дерматитом // Дерматология в России.- 2017. Прил. 1.- С.101-102.
2. Кожевников С.А., Максимов М.Л. Рациональный подход к терапии atopического дерматита у детей // РМЖ Актуальная проблема.- 2015.- №3.- С. 137-141.
3. Котлуков В.К., Казюкова Т.В., Антипова Н.В. Наружные дерматологические средства для ухода за кожей детей первых лет жизни // Медицинский совет.- 2017.- №9.- С.160-161.

4. Мурашкин Н.Н. и др. Современные представления о патогенезе и принципах наружной терапии atopического дерматита у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2016.- Т.15, №6.- С. 584-587.

REFERENCES

1. Zaynulina O. N., Khismatullina Z. R. Nekotorye aspekty sensibilizatsii u detey s atopicheskim dermatitom [Some aspects of sensitization in children with atopical dermatitis]. *Dermatologiya v Rossii - Dermatology in Russia*, 2017, Supp. 1, pp. 101-102.
2. Kozhevnikov S. A., Maksimov M. L. Ratsionalnyy podkhod k terapii atopicheskogo dermatita u detey [Rational approach to the treatment of atopical dermatitis in children]. *RMZH Aktualnaya problema - Russian medical journal Actual problem*, 2015, No. 3, pp. 137-141.
3. Kotlukov V. K., Kazyukova T. V., Antipova N. V. Naruzhnye dermatologicheskies sredstva dlya ukhoda za kozhey detey pervykh let zhizni [External dermatological products for skin care of children of the first years of life]. *Meditinskiy sovet - Medical council*, 2017, No. 9, pp.160-161.
4. Murashkin N. N. Sovremennye predstavleniya o patogeneze i printsipakh naruzhnoy terapii atopicheskogo dermatita u detey [Current ideas about the pathogenesis and principles of external therapy of atopical dermatitis in children]. *Voprosy sovremennoy pediatrii - Issues of modern pediatrics*, 2016, Vol. 15, No. 6, pp. 584-587.
5. Beikert F. C., Langenbruch A. K., Radtke M. A., Kornek T., Purwins S., Augustin M. Willingnes to pay and quality of life in patients with atopical dermatitis. *Archives of Dermatological Research*, 2014, pp. 279-286.
6. Marek K. et al. Contact Hypersensitivity to Haptens of the European Standard Series and Corticosteroid series in the Population of Adolescents and Adults With Atopic Dermatitis. *Dermatitis*, 2014, Vol. 25, No. 2, pp. 104-108.
7. Novak N., Simon D. Atopic dermatitis: from new pathophysiologic insights to individualized therapy. *Allergy*, 2011, Vol. 66, No. 7, pp.830-839.
8. Slavyanskaya T. A., Petrova N. P., Derkach V. V. Prevalence, triggers and clinical features of atopical dermatitis in children. *International journal on immunorehabilitation*, 2018, No. 1, Vol. 20, pp. 34-35.

Г.С. Мамаджонова, Н.Ш. Абдуллаева,
Н.К. Кузиев

ТАБОБАТИ АТОПИКИИ ДЕРМАТИТИ АТОПИКИ ДАР КУДАКОН

Кафедраи бемориҳои кӯдакони №1 ДДТТ ба
номи Абӯали ибни Сино

Маркази илмию клиникии тибби атфол ва
ҷарроҳии кӯдакони ҚТ

Кафедраи фанҳои киникии ДДТХ

Хулоса

Мухимият. Дар даҳсолаҳои гузашта бемориҳои аллергия хеле паҳн шудаанд. Мувофиқи маълумоти муосир тақрибан 40% аҳолии ҷаҳон ба бемориҳои алергӣ гирифторанд, ки мушкилоти бузурги иҷтимоӣ ва иқтисодӣ доранд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши хусусиятҳои маводҳои глюкокортикостероиди дар табобати дерматити атопикӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот

Дар зер назорат 100 нафар кӯдакони гирифтори бемории дерматити атопикӣ аз синни 2 то 13 сола буданд. Беморон аз рӯи вазни беморӣ ба гурӯҳҳо тақсим шуда, нишонаҳо ва усулҳои асосии табобати онҳо омӯхта шуд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Табобати топикии дерматити атопикӣ равона карда шуд, ба бартараф намудани илтиҳоб, барқарор кардани функсияи монеаи пӯсти зараровар. Ба ҳамаи беморон табобати асосӣ таъин карда шуда, ба беморони гуруҳи миенавзӣ ва вазнин боз маводи доругии лакоид (гидрокартизон 1%) илова карда шуд, дар намуди маҳлул, маҳлули сερраван ва крело.

Хулоса Дар натиҷаи табобати дерматити атопикии кӯдакон таъсири мусбати терапевтикӣ дар 96% беморон дида шуд. Тадқиқоти мо нишон дод, ки самаранокии маводи локоид дар муолиҷаи кӯдакони гирифтори дерматити атопикӣ имкон медиҳад, ки ин маводро дар амалияи тибби атфол тавсия диҳеи.

Калимаҳои калидӣ: дерматити атопики, табобати топики, кӯдакон.

УДК 616.211-072-089

М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев, М.Д. Шоев, Ш.Д. Муродов, З.Х. Назаров

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРОВАНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Махмудназаров Махмадамин Имамович - зав. кафедрой оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, к.м.н., доцент; тел.: (+992) 93-506-75-43; e-mail: mahmadamin@inbox.ru

Цель исследования. Изучение возможностей компьютерной томографии (КТ) в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии носа и околоносовых пазух (ОНП).

Материал и методы исследования. 120 пациентам с сочетанной патологией полости носа и ОНП проведена КТ носа и ОНП на спиральном мультисериальном аппарате фирмы Toshiba в аксиальной и коронарной проекциях с шагом томографа 4 мм и толщиной выделяемого слоя 4 мм.

Результаты исследования и их обсуждения. Патологические изменения различного характера выявлены у 115 (95,8%) пациентов. Патология верхнечелюстной пазухи обнаружена у 36 (30,0%), решетчатой пазух – у 19 (15,8%) и лобной пазухи – у 8 (6,7%) пациентов. У 52 (38,8%) пациентов имелось сочетанное поражение двух или более пазух.

Заключение. Целесообразно проведение КТ исследование носа и ОНП всем пациентам с сочетанной риносинусогенной патологией, т.к. оно позволяет хирургу-оториноларингологу получить полную информацию о состоянии всех околоносовых пазух и правильно планировать последовательность и объем хирургических операций в области носа и ОНП.

Ключевые слова: компьютерная томография носа и ОНП, сочетанная патология носа.

M.I. Makhmudnazarov, Sh.Sh. Tuydiev, M.D. Shoev, Sh.D. Murodov, Z.Kh. Nazarov

THE IMPORTANCE OF CT SCAN IN DIAGNOSTICS AND PLANNING OF SIMULTANEOUS OPERATIONS OF THE COMBINED PATHOLOGIES OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Department of Otorhinolaryngology of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan