

УДК 616.211-00.4:616.212.5-089.168

¹М.Д. Шоев, ¹М.И. Махмудназаров, ²С.М. Мусозода,
¹С.Дж. Юсуфи, ¹Ш.Д. Муродов, ¹З.Х. Назаров

ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ НОСА

¹Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²Кафедра фармацевтической технологии и биотехнологии ТНУ

Шоев Манучехр Давроншоевич – докторант PhD кафедры оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: (+992) 93-400-47-57; e-mail: shoevmd@mail.ru

Статья посвящена вопросам послеоперационной терапии больных с патологией полости носа. По данным литературы, последнее десятилетие характеризуется ростом интереса клиницистов к использованию лекарственных препаратов растительного происхождения ввиду отсутствия аллергических реакций и других побочных эффектов при их применении.

Ключевые слова: септопластика, гипертрофия носовых раковин, послеоперационная терапия, фитотерапия.

**M.D. Shoev, M.I. Mahmudnazarov, S.M. Musozoda,
S.J. Ysufi, Sh.D. Murodov, Z.Kh. Nazarov**

ISSUES OF THE OPTIMIZATION OF POSTOPERATIVE THERAPY IN PATIENTS WITH COMBINED PATHOLOGY OF THE NASAL CAVITY

Department of Otorhinolaryngology of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino, Dushanbe

Department of pharmaceutical technology and biotechnology of Tajik National University

Shoev Manuchehr Davronshoevich - PhD student of the Department of Otorhinolaryngology of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino; tel.: (+992) 93-400-47-57; e-mail: shoevmd@mail.ru

The article presents a review of the questions of postoperative therapy in patients with pathology of the nasal cavity. According to the literature, over the past decade, there has been an increase in interest among clinicians concerning herbal therapy, due to the lack of allergic reactions and other side effects.

Keywords: septoplasty, hypertrophy of nasal concha, postoperative therapy, phytotherapy.

Не вызывает сомнения тот факт, что нос, наряду с другими органами, играет важную роль в жизнедеятельности организма. Структуры полости носа осуществляют увлажнение, фильтрацию и согревание проходящего воздуха, общий объем которого составляет около 20 м³. Нос является первым и основным барьером против различных загрязнителей, загрязняющих воздух, ингаляционных аллергенов, бактерий, спор грибов и вирусов, защищая слизистую оболочку нижних отделов дыхательных путей от запыления, высыхания и переохлаждения. При отсутствии носового дыхания легочная вентиляция снижается на 25-30%, падает газообмен и содержание кислорода в артериальной крови, что приводит к уменьшению

окислительных процессов в тканях. Слизистая оболочка полости носа имеет многочисленные рефлекторные связи с другими органами и системами организма. В литературе описаны ринопульмональный, ринокардиальный, риноцеребральный, риноваскулярный и другие рефлексы. В связи с этим нарушение носового дыхания оказывает отрицательное влияние на работу сердечно-сосудистой, нервной, ретикуло-эндотелиальной, мочеполовой систем, уровень внутричерепного и внутриглазного давления, морфологический состав крови и ее физико-химические свойства, на этом фоне снижаются моторная и секреторная функции желудочно-кишечного тракта и функции печени. Нарушение

нормального функционирования полости носа может обуславливать появление гнусавости, снижение обоняния вплоть до его полного отсутствия, слезотечение в результате блока выводного отверстия носослезного канала [3, 4, 11, 36].

Несмотря на существенные позитивные сдвиги в отечественной ринологии, заболевания носа и околоносовых пазух по-прежнему сохраняют лидерство среди патологии верхних дыхательных путей. По данным отечественных и зарубежных авторов, искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин и хронические риносинуситы являются самой распространенной патологией в структуре оториноларингологических заболеваний [18, 25].

Статистические данные по ЛОР-отделениям Национального медицинского центра РТ за 2012-2017 гг. показали, что среди всех госпитализированных оториноларингологических больных 68% составили пациенты с ринологической патологией, что подтверждает распространенность этого заболевания и в Таджикистане. Деформация перегородки носа (ПН) и гипертрофия носовых раковин являются одними из основных причин хронической назальной обструкции. Удельный вес таких заболеваний составляет от 23% до 31% от всех проводимых в ЛОР-стационаре по плановым показаниям операций [1, 18, 32].

Нарушение носового дыхания является наиболее частой жалобой пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух. Одной из основных причин хронической назальной обструкции является деформация перегородки носа и увеличение нижних носовых раковин. Деформация перегородки носа нарушает естественную и рациональную архитектуру внутриносовых структур. Нарушается естественный поток воздушной струи через обе половины носа. Появляются условия для завихрений и турбулентности потоков воздуха [5, 24, 28].

Длительное течение искривления перегородки носа и вазомоторного ринита характеризуется выраженными нарушениями функций слизистой оболочки полости носа, что может приводить к возникновению синуситов, фарингитов, заболеваний среднего уха [1, 2, 4].

Слизистая оболочка носа покрыта однослойным многоядным мерцательным эпителием, состоящим из мерцательных и бокаловидных клеток. Реснитчатый аппарат мерцательных клеток располагается в секрете, который состоит из биологически активных веществ и клеток, обеспечивающих естественные механизмы защиты (лизоцим, лактоферрин, интерфероны, систему комплемента, иммуноглобулины, фагоциты). Благодаря колебательным движениям ресничек происходит

перемещение различных частиц и микроорганизмов со слизью в сторону носоглотки. Таким образом осуществляется постоянное очищение слизистой оболочки - клиренс [6, 10, 23].

У больных хроническим ринитом обнаруживается достоверное уменьшение скорости мукоцилиарного транспорта, нарушение всасывательной и выделительной функций слизистой оболочки полости носа. Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки полости носа больных хроническими ринитами и искривлением перегородки носа показывает присутствие метаплазии эпителия по плоскоклеточному типу. Наблюдаются участки с единичными реснитчатыми клетками без цилиарного покрова, а также участки десквамации эпителия. При электронной микроскопии аномалии строения ресничек проявляются как в патологических изменениях их внутренней структуры, так и в различных нарушениях мембраны. При длительных сроках заболевания для всех типов клеток эпителия характерно наличие деструктивных признаков. Реснитчатые клетки полностью утрачивают микроворсинки, уменьшается количество ресничек, среди которых значительно чаще встречаются аномальные волоски [2, 7, 14].

Хирургическая коррекция носовой перегородки и нижних носовых раковин при синдроме назальной обструкции остается одним из основных методов лечения [2, 29]. По данным литературы, целью оперативной коррекции внутриносовых структур является восстановление полноценного носового дыхания и устранение патологических рефлекторных влияний на слизистую, оболочку полости носа. Любое операционное воздействие приводит к операционной травме, то есть образуются раны внутриносовых структур, нарушающие естественные механизмы защиты [8, 9, 22, 23].

Операции в полости носа никогда не протекают в асептических условиях. Даже при условии полной санации потенциальных очагов инфекции остается большое количество сапрофитной флоры, которая впоследствии может явиться биологической причиной воспаления. Следует учитывать бессимптомное носительство условно-патогенной флоры [10, 11]. При этом оперативное вмешательство отрицательно влияет на обменные процессы в клетках слизистой оболочки [12, 13]. После реконструктивных хирургических вмешательств на скелете носа, сопровождающихся нарушением слизистой оболочки полости носа, либо её отслоением от опорных тканей, возникает синдром дистрофического ринита с явлениями сухости слизистой оболочки, её секреторной недостаточности и угнетения двигательной активности мерцательного эпителия [14].

Изменения микроциркуляции в слизистой оболочке в условиях воспаления вызывают нарушение проницаемости и целостности стенки капилляров и венул, ускорение или замедление кровотока, изменение просвета сосудов, реологических свойств крови, образование микротромбов, микроэмболов, изменение давления в различных отделах микроциркуляторной единицы, адгезию лейкоцитов и тромбоцитов к внутренней эндотелиальной выстилке микрососудов. Воспаление вызывает нарушение функционирования основных механизмов полости носа, в частности, угнетение активности мерцательного эпителия и повышение резорбтивной активности слизистой оболочки [10, 15, 16].

Помимо правильно выполненного оперативного вмешательства, большое значение имеет тщательное наблюдение за вновь сформированными структурами полости носа после операции с целью предотвращения развития воспалительных осложнений и формирования синехий, укорочения периода реабилитации. Несмотря на широко применяемые способы и методы лечения сочетанных патологий полости носа, проблема реабилитации больных, перенесших эндоназальное корригирующее оперативное вмешательство, остаётся не до конца решённой [16, 20, 25].

Совершенствуются методики операций, появляется новое оборудование, инструментарий, активно пропагандируются и внедряются щадящие слизистую оболочку функциональные методы оперативных вмешательств, однако проблема послеоперационной терапии продолжает оставаться актуальной.

Механическая травма сосудов, их расширение, стаз крови и тромбирование приводят к появлению внесосудистых изменений, главными из которых являются экссудация плазмы и лимфы, выход форменных элементов крови и дегрануляция тучных клеток. Реакция носовой слизи становится кислой, снижается скорость движения ресничек, создаются условия для развития патогенной микрофлоры и возникновения послеоперационных воспалительных осложнений [2, 22].

Подходы к ведению послеоперационного периода сочетанных патологий ЛОР-органов определяются такими факторами, как объем операции, состояние резистентности организма, индивидуальные иммунные реакции больного, возникновение бактериальной инфекции, реактивное воспаление и т.д. [23, 27].

Как известно, воспаление - один из видов местной рефлекторной реакции организма, возникающей при действии на ткани болезнетворного агента и выработавшейся в процессе эволюции. Воспаление - местное проявление общей реакции организма. В очаге воспаления развивается ком-

плекс явлений: повреждение ткани, нарушение обмена веществ, сосудистая реакция в виде гиперемии, явление эмиграции клеток, фагоцитоз бактерий, размножение соединительнотканых клеток, отграничивающих очаг от здоровых тканей. Среди причин воспаления выделяют воздействие механических, физических, химических и биологических факторов. Именно механические причины во многом определяют возникновение послеоперационного воспаления, так как хирургическое вмешательство сопровождается механическим повреждением тканей [15, 24, 27].

В послеоперационном периоде часто развиваются изменения, которые характеризуются как реакция на операционную травму. Это сухость в глотке, боли в области носа, головная боль, общая слабость, слезотечение, субфебрильная температура, нарушение сна. Большинство этих симптомов исчезают после удаления тампонов из носа. Многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями доказано, что в результате любой операционной травмы, помимо непосредственного повреждения сосудов, происходит их рефлекторный спазм, что снижает эффективность периферической гемокциркуляции, вызывает нарастание метаболического ацидоза [21, 26]. Указанные изменения, несомненно, имеют место и при хирургических вмешательствах в полости носа [25, 36].

Исследования, проведенные группой учёных из университета Уэльса, показали, что в первые 3 недели после эндоназальных корригирующих вмешательств не происходит значимого улучшения мукоцилиарного транспорта в сравнении с дооперационным уровнем, что может быть важным фактором в сохранении послеоперационного отёка, развитии вторичной инфекции и, как следствие, удлинении периода репарации [15, 16, 26].

Течение процессов заживления после операций на внутриносовых структурах в значительной степени определяется тем лечением, которое проводится в послеоперационном периоде. Это лечение сказывается и на отдаленных результатах хирургического вмешательства. Анализ литературы показывает, что нет общепринятых стандартов ведения послеоперационного периода после эндоназального вмешательства [27, 28].

После оперативного вмешательства на носовой перегородке большинство хирургов используют переднюю тампонаду. Передняя тампонада носа используется, прежде всего, для гемостаза, профилактики образования гематомы, стабилизации реконструированного костно-хрящевого скелета носовой перегородки, профилактики образования синехий, особенно при сопутствующей коррекции структур латеральной стенки носа. Для тампонады полости носа после операции на про-

тяжении десятков лет используются марлевые тампоны. Преимущество этих тампонов - возможность устойчивой фиксации листков перегородки носа, тугого прижатия сосудов к стенкам полости носа, а также ускоренное образование кровяного сгустка, поскольку сетчатая структура марли играет роль «белого тромба» [29]. Недостатками марлевой тампонады является болезненность при введении и удалении турунды; прилипание к слизистой оболочке полости носа с последующей её травматизацией при извлечении турунды; пропитывание тампона раневым отделяемым, что создает оптимальные условия для развития микрофлоры [5, 19, 33].

Традиционно, в целях профилактики вторичных инфекций в послеоперационном периоде применяются антибиотики. Роль антибиотиков в лечении заболеваний, вызванных микроорганизмами, общеизвестна. Этиотропное действие антибиотиков дополняет защитный эффект антимикробных иммунных механизмов острого воспаления и способствует его ускоренному разрешению. Антибиотикотерапия при этом может носить как лечебную, так и профилактическую направленность (предупреждение возможности хронизации процесса, вторичного инфицирования и т.д.) [18, 19, 34].

Как свидетельствуют научные литературные источники, наряду с успехами, наблюдается множество негативных сторон системной антибиотикотерапии. Из них наиболее часто встречаются аллергические реакции, рост числа грибковых заболеваний, токсическое действие антибиотиков на организм, подавление сапрофитной микрофлоры, а также повышение стоимости лечения. Возможно развитие дисбактериоза, колонизация слизистых и кожи госпитальными штаммами возбудителей внутрибольничных инфекций, развития у микробов-возбудителей резистентности к антибиотикам, формирование сенсibilизации. Этому в определенной степени способствовало массовое применение антибиотиков во второй половине 20 века, часто без достаточных показаний, как врачами, так и пациентами в качестве самолечения. Кроме того, действие большинства антибиотиков на иммунную систему может привести к снижению интенсивности специфического иммунного ответа и фагоцитоза [16, 34].

Местное использование антибиотиков лишено данных недостатков и эффективно подавляет рост патогенной микрофлоры в полости носа после оперативных вмешательств. Вместе с тем, длительное локальное применение антибиотиков оказывает раздражающее влияние на слизистую оболочку, вызывает избыточную секрецию желез, затрудняет эвакуацию отделяемого, что еще в большей степени угнетает нарушенные патологи-

ческим, процессом физиологические механизмы самоочищения околоносовых пазух [18, 36].

Большая часть лекарственных препаратов, применяемых для лечения воспалительных заболеваний полости носа, оказывают негативное влияние на слизистую оболочку, в первую очередь на транспортную функцию мерцательного эпителия. Например, для восстановления носового дыхания после ринохирургии используются назальные деконгестанты. Механизм их действия заключается в активации α -адренорецепторов сосудов слизистой оболочки, что вызывает их спазм, и, как следствие, уменьшается выраженность отека в полости носа. При этом опосредованно снижается уровень назальной секреции, улучшаются носовое дыхание, дренаж околоносовых пазух, аэрация среднего уха. На практике удобнее применять деконгестанты, выпускаемые в виде назальных спреев, эффективность которых, по сравнению с каплями, выше благодаря равномерному распределению препарата на слизистой оболочке носа. Однако применение деконгестантов в большинстве случаев обуславливает сухость слизистой оболочки, тем самым снижая ее защитные свойства и уровень репаративных процессов. Также на этом фоне возможно развитие синдрома «рикошета», нарушение вегетативной регуляции сосудов и желез полости носа с развитием медикаментозного ринита. При использовании деконгестантов необходимо учитывать угнетение секреторной функции и микроциркуляции слизистой оболочки, что приводит к снижению функции мерцательного эпителия [12, 13]. Поэтому после хирургической коррекции носового дыхания оптимальным является использование таких препаратов, которые обладают регенераторной способностью, т.е. восстанавливающих структуру слизистой оболочки. Анализ литературы показывает, что методы защиты слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух от вредного воздействия лекарственных веществ до сих пор окончательно не разработаны [15, 20, 28, 33].

Анализ научных литературных источников показывает, что в последние годы отмечается рост интереса к препаратам растительного происхождения. Фитопрепараты в лечении воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух использовались давно, преимущественно в виде галеновых препаратов [14]. В растениях содержится большое количество сложных химических соединений. Каждое растение уникально и обладает многосторонним действием.

Все соединения, находящиеся в растениях, принято разделять на биологически активные и сопутствующие. Биологически активные вещества обладают лечебными свойствами, оказывая

влияние на физиологические и патологические процессы в организме. Сопутствующие соединения являются проводниками для основных соединений (повышают их всасываемость, ускоряют усвоение, усиливают полезное действие, уменьшают или усиливают вредное воздействие). От синтетических препаратов растительные средства отличаются многогранностью положительного действия. Поэтому, обсуждая какое-либо одно свойство растения, мы не можем не останавливать свое внимание и на других биологических эффектах, проявляющихся параллельно, и не использовать возможности фитотерапии, в частности при послеоперационной терапии патологией полости носа [12, 29, 31].

Один из основных механизмов действия многих фитопрепаратов с многосторонним влиянием на патологические процессы – их способность в той или иной степени изменять характер иммунологических реакций, т.е. многим фитопрепаратам свойственно иммуностимулирующее или иммуномодулирующее действие, которое может быть ключевым при послеоперационной терапии больных с патологией полости носа. Многие противовоспалительные препараты растительного происхождения, воздействуя на патологический очаг, могут неспецифически активировать реакции иммунитета. [7, 8, 14]. В частности, препараты шалфея лекарственного в медицине применяют как спазмолитическое, вяжущее, дезинфицирующее и противовоспалительное средство. Настой шалфея лекарственного в комплексе с другими лекарственными растениями применяют в период реконвалесценции [14, 29, 35]. Шалфей лекарственный является источником огромного числа биологически активных соединений, обладающих широким спектром биологической активности. Основным компонентом листьев шалфея лекарственного являются эфирные масла, в состав которого входят несколько десятков моно- и сесквитерпеноидов. В наибольших количествах в составе эфирного масла обычно присутствуют 1,8-цинеол (до 15%), α - и β -туйоны (30–45%), α - и β -пинены, камфора (до 25%), борнеол (5%). Препараты шалфея лекарственного обладают вяжущими, противовоспалительными и антисептическими свойствами, оказывают стимулирующее действие на регенеративные процессы, а наличие витаминов дополняет лечебный эффект [9, 10, 29].

Таким образом, проведенный литературный анализ показывает, что в современной ринологии нет единого мнения по тактике послеоперационного лечения больных с сочетанной патологией носа. Не существует стандартной схемы ведения послеоперационного периода, определяющей

длительность тампонады или замены её альтернативными методами, способы ухода за раневыми поверхностями, а также необходимость местного или системного применения лекарственных препаратов. Имеющиеся в литературе сведения по этим вопросам нередко противоречивы.

Несмотря на предложенные и широко применяемые способы и методы лечения данного заболевания, проблема реабилитации больных, перенесших эндоназальные оперативные вмешательства, остаётся до конца нерешённой. Следовательно, использование препаратов растительного происхождения, в частности шалфея лекарственного, в послеоперационном периоде у больных с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин представляется актуальной задачей в плане поиска оптимизации послеоперационного ведения пациентов с сочетанной патологией полости носа.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (пп. 29-35 см. в REFERENCES)

1. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А., Пашинин А.Н. Оториноларингология: Учебник для вузов.- СПб.: Питер, 2012. -640 с.
2. Банхаева З.М. и др. Медикаментозное регулирование воспаления после лазерных операций в полости носа и околоносовых пазухах // Российская ринология. - 2007. - № 2. - С. 70.
3. Банхаева З.М., Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н. Сравнительный анализ результатов, хирургического лечения; больных с различными формами хронического ринита // Росс. ринология.- 2008.- № 2.- С. 28-29.
4. Воробьев А.А., Моренко В.М. Особенности течения послеоперационного ринита // Росс. ринология.- 2007.- № 2.- С. 87-89.
5. Захарова Г.П., Янов Ю.К., Шабалин В.В. Мукоцилиарная система верхних дыхательных путей.- СПб.: Диалог, 2010.- 358 с.
6. Егоров В.И., Козаренко А.В., Казакова Э.Ю. О высокотехнологичных возможностях лечения вазомоторного ринита // Росс. ринология.- 200.-№2.- С. 141.
7. Казакова Э.Ю., Егоров В.И., Козаренко А.В. Передняя активная риноманометрия - объективный метод оценки эффективности операций по поводу вазомоторного ринита // Вестн. оториноларингологии. - 2006.- № 3.- С. 282.
8. Казакова Э.Ю. и др. Физиологические аспекты современных хирургических методов лечения вазомоторного ринита // Росс. Оториноларингология.- 2008.- № 1 (32). - С. 5.
9. Козлов В. И. Современные направления в лазерной медицине // Лазерная медицина. - 2007. - Т. 1, Вып. 1. - С. 6-13.
10. Крюков А.И., Пальчун В.Т., Кунельская Н.Л. Алгоритм диагностики и лечения больных с

переломом костных стенок верхнечелюстных пазух // Вестн. оториноларингологии. – 2008. – №5. – С. 168-169.

11. Крышень К.Л. Оценка противовоспалительного действия лекарственных препаратов на основе шалфея // Цитокины и воспаление. – 2009. – № 4 (8). – С. 67–71

12. Корсун В.Ф., Лавренова Г.В., Корсун Е.В., Султанбекова Б.А. Лекарственные растения в ЛОР-практике: руководство по клинической фитотерапии. – СПб.: Н-Л, 2010. – 304 с.

13. Лавренова Г.В., Баранская С.В. Опыт применения фитотерапии у больных с затянувшимся течением острого синусита и обострением хронического синусита // РМЖ. – 2014. – №18. – С.1330-1334.

14. Магомедов М.М. Морфологическое и функциональное состояние слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух после хирургических вмешательств // Вестник оториноларингологии. – 2016. – №5. – С.54-56.

15. Магомедов М.М., Ахмедов Ф.Т. Повышение эффективности ведения больных в раннем послеоперационном периоде при эндоназальных операциях // Вестн. оториноларингологии. – 2008. – №5. – С. 182-183.

16. Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш. Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки // Вестник Авиценны. – 2012. – №4. – С.56-61.

17. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформации носа и носовой перегородки. Душанбе: Ирфон, 2016. – 115 с.

18. Махмудназаров М.И., Алиев А.А., Мехмондустов С.Г. Послеоперационная реабилитация больных с искривлением перегородки носа // Проблемы биологии и медицины. – 2014. – № 4 (80). – С.149-150.

19. Моренко В.М., Воробьев А.А. Ведение послеоперационного периода при функциональных внутриносовых хирургических вмешательствах // Росс. ринология. – 2005. – № 2. – С. 106-107.

20. Носуля Е.В., Ким И.А., Винников А.К., Васина Л.А. Новые формы топических деконгестантов в лечении острого воспаления слизистой оболочки носа // Фарматека. – 2012. – №17. – С.67-71.

21. Никифорова Г.Н. Возможности использования комплексных интраназальных препаратов после хирургической коррекции носового дыхания // Вестник оториноларингологии. – 2016. – №1. – С.51-56.

22. Пискунов С.З., Воротынцева Е.И. Использование хряща, консервированного в натуральном пчелином меде, в риносептопластике // Российская оториноларингология. – 2008. – №5. – С. 114 -121.

23. Пискунов Г. З., Пискунов С. З., Козлов В. С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. – М.: GEOTAR-Медиа, 2003. – 204 с.

24. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2011. – 245с.

25. Рязанцев С.В. Сокращение сроков реабилитационного периода при операциях на ЛОР-органах с

помощью местной противовоспалительной и антибактериальной терапии // Вестник оториноларингологии. – 2003. – №4. – С.51-53.

26. Русецкий Ю.Ю., Седых Т.К., Мартынова Н.М. Микробиологическая характеристика операционного поля и операционной раны при реконструкции перегородки носа и вмешательствах в носоглотке // Российская ринология. – 2005. – №2. – С. 120-121.

27. Тулебаев Р.К., Мустафин А.А., Жолдыбаева З.Т. Нарушения аэродинамики носа при искривлении перегородки носа и обоснование ее ринохирургической коррекции // Вестн. оториноларингологии. – 2011. – № 1. – С. 44-47.

28. Хазиев Р.Ш., Макарова А.С., Мусина Л.Т. Получение извлечений из листьев шалфея лекарственного, оптимизированных по содержанию дитерпеновых кислот и изучение их антибактериальной активности // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. – 2013. – №2. – С.35-37.

REFERENCES

1. Babiyak V. I., Govorun M. I., Nakatis Ya. A., Pashchinin A. N. *Otorinolaringologiya: Uchebnik dlya vuzov* [Otolaryngology: A textbook for universities]. St. Petersburg, Piter Publ., 2012. 640 p.

2. Bankhaeva Z. M. Medikamentochnoe regulirovanie vospaleniya posle lazernykh operatsiy v polosti nosa i okolonosovykh pazukhakh [Medical regulation of inflammation after laser surgery in the nasal cavity and paranasal sinuses]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2007, No. 2, pp. 70.

3. Bankhaeva Z. M., Svistushkin V. M., Nikiforova G. N. Sravnitelnyy analiz rezultatov, khirurgicheskogo lecheniya bolnykh s razlichnymi formami khronicheskogo rinita [Comparative analysis of the results of surgical treatment in patients with various forms of chronic rhinitis]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2008, No. 2, pp. 28-29.

4. Vorobev A. A., Morenko V. M. Osobennosti techeniya posleoperatsionnogo rinita [Peculiarities of post-operative rhinitis]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2007, No. 2, pp. 87-89.

5. Zakharova G. P., Yanov Yu. K., Shabalin V. V. Mukotsiliarnaya sistema verkhnikh dykhatelnykh putey [Mucociliary system of the upper respiratory tract]. St. Petersburg, Dialog Publ., 2010. 358 p.

6. Egorov V. I., Kozarenko A. V., Kazakova E. Yu. O vysokotekhnologichnykh vozmozhnostyakh lecheniya vazomotorного rinita [About high-tech treatment of vasomotor rhinitis]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2000, No. 2, pp. 141.

7. Kazakova E. Yu., Egorov V. I., Kozarenko A. V. Perednyaya aktivnaya rinomanometriya - obektivnyy metod otsenki effektivnosti operatsiy po povodu vazomotorного rinita [Anterior active rhinomanometry as an objective method for evaluating the effectiveness of operations for vasomotor rhinitis]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2006, No. 3, pp. 282.

8. Kazakova E. Yu. Fiziologicheskie aspekty sovremennykh khirurgicheskikh metodov lecheniya vazomo-

tornogo rinita [Physiological aspects of modern surgical methods of treatment of vasomotor rhinitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya – Russian otorhinolaryngology*, 2008, No. 1 (32), pp. 5.

9. Kozlov V. I. Sovremennye napravleniya v lazernoy meditsine [Modern trends in laser medicine]. *Lazernaya meditsina - Laser medicine*, 2007, Vol. 1, Issue 1, pp. 6-13.

10. Kryukov A. I., Palchun V. T., Kunelskaya N. L. Algoritm diagnostiki i lecheniya bolnykh s perelomom kostnykh stenok verkhnechelyustnykh pazukh [The algorithm of diagnosis and treatment of patients with fracture of the bony walls of the maxillary sinuses]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2008, No. 5, pp. 168-169.

11. Kryshen K. L. Otsenka protivovospalitel'nogo deystviya lekarstvennykh preparatov na osnove shalfeya [Evaluation of the anti-inflammatory effects of drugs on the basis of sage]. *Tsitokiny i vospalenie - Cytokines and inflammation*, 2009, No. 4 (8), pp. 67-71.

12. Korsun V. F., Lavrenova G. V., Korsun E. V., Sultanbekova B. A. *Lekarstvennye rasteniya v LOR-praktike: rukovodstvo po klinicheskoy fitoterapii* [Medicinal plants in ENT practice: a guide to clinical herbal medicine]. St. Petersburg, N-L Publ., 2010. 304 p.

13. Lavrenova G. V., Baranskaya S. V. Opyt primeneniya fitoterapii u bolnykh s zatyanyuvshimsya techeniem ostrogo sinusita i obostreniem khronicheskogo sinusita [Experience of the use of herbal medicine in patients with prolonged acute sinusitis and exacerbation of chronic sinusitis]. *RMZH – Russian medical journal*, 2014, No. 18, pp. 1330-1334.

14. Magomedov M. M. Morfologicheskoe i funktsionalnoe sostoyanie slizistoy obolochki polosti nosa i okolonosovykh pazukh posle khirurgicheskikh vmeshatelstv [Morphological and functional state of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses after surgical interventions]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2016, No. 5, pp. 54-56.

15. Magomedov M. M., Akhmedov F. T. Povyshenie effektivnosti vedeniya bolnykh v rannem posleoperatsionnom periode pri endonazal'nykh operatsiyakh [Improving the efficiency of management of patients in the early postoperative period during endonasal operations]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2008, No. 5, pp. 182-183.

16. Makhmudnazarov M. I., Tuydiev Sh. Sh. Sovremennye metody khirurgicheskogo lecheniya deformatsiy nosovoy peregorodki [Modern methods of surgical treatment of deformations of the nasal septum]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2012, No. 4, pp. 56-61.

17. Makhmudnazarov M. I. Khirurgicheskaya korrektsiya deformatsii nosa i nosovoy peregorodki [Surgical correction of nose and nasal deformations]. Dushanbe, Irfon Publ., 2016. 115 p.

18. Makhmudnazarov M. I., Aliev A. A., Mekhmudustov S. G. Posleoperatsionnaya reabilitatsiya bolnykh s iskrivleniem peregorodki nosa [Postoperative rehabilitation of patients with curvature of the nasal septum]. *Problemy biologii i meditsiny – Problems of biology and medicine*, 2014, No. 4 (80), pp. 149-150.

19. Morenko V. M., Vorobev A. A. Vedenie posleoperatsionnogo perioda pri funktsional'nykh vntrinno-sonovykh khirurgicheskikh vmeshatelstvakh [Maintaining the

postoperative period after functional intranasal surgical interventions]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2005, No. 2, pp. 106-107.

20. Nosulya E. V., Kim I. A., Vinnikov A. K., Vasina L. A. Novye formy topicheskikh dekongestantov v lechenii ostrogo vospaleniya slizistoy obolochki nosa [New forms of topical decongestants in the treatment of acute inflammation of the nasal mucosa]. *Farmateka - Farmateka*, 2012, No. 17, pp. 67-71.

21. Nikiforova G. N. Vozmozhnosti ispolzovaniya kompleksnykh intranazal'nykh preparatov posle khirurgicheskoy korrektsii nosovogo dykhaniya [The possibility of using complex intranasal drugs after surgical correction of nasal breathing]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2016, No. 1, pp. 51-56.

22. Piskunov S. Z., Vorotyntseva E. I. Ispolzovanie khryashcha, konservirovannogo v natural'nom pchel'nom mede, v rinoseptoplastike [The use of cartilage, preserved in natural bee honey, in rhinoseptoplasty]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2008, No. 5, pp. 114-121.

23. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z., Kozlov V. S. *Zabolevaniya nosa i okolo-nosovykh pazukh. Endomikrokhirurgiya* [Diseases of the nose and sinuses. Endomicrosurgery]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2003. 204 p.

24. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z. *Klinicheskaya rinologiya: Rukovodstvo dlya vrachey* [Clinical Rhinology: A Guide for Doctors]. Moscow, MIA Publ., 2011. 245 p.

25. Ryazantsev S. V. Sokrashchenie srokov reabilitatsionnogo perioda pri operatsiyakh na LOR-organakh s pomoshchyu mestnoy protivovospalitel'noy i antibakterial'noy terapii [Reduction the rehabilitation period after operations on the ENT organs using local anti-inflammatory and anti-bacterial therapy]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2003, No. 4, pp. 51-53.

26. Rusetskiy Yu. Yu., Sedykh T. K., Martyanova N. M. Mikrobiologicheskaya kharakteristika operatsionnogo polya i operatsionnoy rany pri rekonstruktsii peregorodki nosa i vmeshatelstvakh v nosoglotke [Microbiological characteristics of the surgical field and the surgical wound in the reconstruction of the nasal septum and interventions in the nasopharynx]. *Rossiyskaya rinologiya - Russian rhinology*, 2005, No. 2, pp. 120-121.

27. Tulebaev R. K., Mustafin A. A., Zholdybaeva Z. T. Narusheniya aerodinamiki nosa pri iskrivlenii peregorodki nosa i obosnovanie ee rinokhirurgicheskoy korrektsii [Infringement of aerodynamics of the nose during the curvature of the nasal septum and the rationale for its rhinosurgical correction]. *Vestnik otorinolaringologii - Herald of otorhinolaryngology*, 2011, No. 1, pp. 44-47.

28. Khaziev R. Sh., Makarova A. S., Musina L. T. Poluchenie izvlecheniy iz listev shalfeya lekarstvennogo, optimizirovannykh po sodержaniyu diterpenovykh kislot i izuchenie ikh antibakterial'noy aktivnosti [Obtaining extracts from the leaves of sage, optimized for the content of diterpenic acids and the study of its antibacterial activity]. *Voprosy biologicheskoy, meditsinskoy i farmatsevticheskoy khimii - Questions of biological, medical and pharmaceutical chemistry*, 2013, No. 2, pp. 35-37.

29. Beuran M. et al. Mechanism of injury – trauma kinetics, what happened? How? *Chirurgia (Bucur)*, 2012, Vol. 107 (1), pp. 7-14.

30. Dadgarnia M. H., Baradaranfar M. H., Mazidi M., Azimi Meibodi S. M. Assessment of Septoplasty Effectiveness using Acoustic Rhinometry and Rhinomanometry. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 2013, Vol. 25(71), pp.71-78.

31. Hauptman G., Ryan M. W. The effect of saline solutions on nasal patency and mucociliary clearance in rhinosinusitis patients. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2008, Vol. 137 (5), pp. 815-821.

32. Isac C. et al. Sever saddle nose deformity reconstruction with rib cartilage. *Chirurgia*, 2012, Vol. 107 (6), pp. 809-815.

33. Ozturan O. et al. Sever saddle nose : choices for augmentation and application of Accordion technique against warping. *Aesth. Plastic Surgery*, 2013, Vol. 37, pp.106-116.

34. Razmpa E., Saedi B., Mohbob F. Augmentation rhinoplasty with combined use of medpor graft and irradiated homograft rib cartilage in saddle nose deformity. *Archives of Iranian Medicine*, 2012, Vol. 15 (4), pp. 235-238.

35. Said M., Hussain Z., Farooq A.M. Augmentation rhinoplasty with autologous Iliac crest bone graft. *A.P.M.C.*, 2012, Vol.6 (1), pp. 18-21.

М.Д. Шоев,¹ М.И. Махмудназаров,¹ С.М. Мусозода,² С.Ч. Юсуфӣ,¹ Ш.Д. Муродов,¹ З.Х.Назаров¹

МАСЪАЛАИ ТАКМИЛИ МУОЛИЦАИ БАЪДИЧАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ЭЪТИЛОЛИЯТҲОИ ЯҚЗОЯИ КОВОКИИ БИНӢ (ШАРҲИ АДАБИЁТ)

Кафедраи оториноларингологияи ДДТТ ба номи
Абӯалӣ ибни Сино¹

Кафедраи технология и биотехнологияи
фарматсевтии ДМТ²

Дар мақола таҳлили адабиёт вобаста ба масъалаи таъбасти баъдичарроҳии беморони гирифтори эътилолиятҳои ковокии бинӣ пешниҳод шудааст. Мувофиқи сарчашмаҳои адабиёт соҳаи охир дар амалияи тиббӣ маводи растаниӣ бештар истифода бурда мешаванд, чунки онҳо таъсири манфӣ надиҳанд, хассосияти организмро ба вучуд намеоранд.



Исполнилось 70 лет доктору медицинских наук, профессору ДАБУРОВУ КАМИЛ НИЗАМОВИЧУ.

Дабуров К.Н. родился 23 апреля 1948 года. С 1973 по 1976 год обучался на санитарно-гигиеническом факультете Донецкого государственного медицинского института. С 1973 г. работал санитарным врачом по коммунальной гигиене Курган-Тюбинской городской санэпидстанции. В 1975-1976 гг. являлся младшим научным сотрудником Таджикского научно-исследовательского института эпидемиологии и гигиены. В 1976 г. поступил в очную аспирантуру на кафедру гигиены 2-го медицинского института им. Пирогова Н.И. После ее окончания в 1980 г. защитил кандидатскую диссертацию. С 1980 по 1981 годы работал врачом-вирусологом Республиканской санэпидстанции Минздрава РСФСР. В 1982-1989 гг. являлся главным эпидемиологом

Душанбинского городского отдела здравоохранения. В 1989 г. был назначен главным врачом Душанбинской городской дезинфекционной станции.

В 1998 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Гигиенические и экологические аспекты применения микробиологических средств защиты растений на основе *Bac.thuringiensis* в сельском хозяйстве Таджикистана».

С 1998 г. по настоящее время является заведующим кафедрой гигиены окружающей среды ТГМУ им. Абуали ибн Сино. В 2001-2009 гг. являлся деканом медико-профилактического факультета и преобразованного в 2005 г. факультета общественного здравоохранения.

Имеет высшую квалификационную категорию санитарного врача. За заслуги перед здравоохранением награжден знаком «Отличник здравоохранения СССР». В 2017 г. избран академиком ТО МАВШ.

Дабуров К.Н. является автором более 320 научных работ, в том числе 4 курсов лекций, 2 монографий, 1 руководства, 2 учебно-методических пособий, более 20 учебно-методических разработок и учебных программ более, более 80 журнальных статей, около 30 методических указаний и рекомендаций, 2 патентов. Подготовил 9 кандидатов и 3 докторов медицинских наук.