

**КЛИНИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОНАЗАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭТМОИДИТА****Нуриддинов Хусниддин Норриддинович***Бухарский государственный
медицинский институт, Республика Узбекистан, город Бухара*

Резюме: Свое название решетчатая (лат. этмоидальная) кость, называемая также решетчатым лабиринтом, получила в связи с тем, что ее сложное строение изобилует сквозными ячейками разной формы и размера. От латинского наименования *labyrinthus ethmoidalis* образован диагноз «этмоидит», означающий, повторим, воспаление слизистой оболочки решетчатого лабиринта. Как и любой другой воспалительный процесс, этмоидит может протекать по острому или хроническому типу; как и другие синуситы, чаще выявляется в сочетании с воспалением смежных околоносовых пазух (обычно это гайморовы пазухи верхней челюсти или сфеноидальные синусы клиновидной кости, расположенной в непосредственной близости – кзади от решетчатого лабиринта). Как правило, лечение хронического этмоидита начинают с консервативных методов. После определения лекарственной чувствительности патогена назначают этиотропные антибиотики или антимикотики, иммуномодуляторы, противовоспалительные средства, сосудорасширяющие препараты (с большой осторожностью, поскольку длительное применение может спровоцировать атрофический процесс в слизистых), промывания методом «кукушки» и другие меры по показаниям. В статье представлена информация о клиническом течении хронического этмоидита, диагностике и оценке эффективности лечения эндоназальными методами.

Ключевые слова: клиническая течения, хронический этмоидит, эндоназальная лечения.

Цель исследования. Разработка инструментов для повышения безопасности хирургического лечения хронического этмоидита.

Результаты исследования. На основании анализа результатов эндоназального лечения у 60 пациентов с хроническим этмоидитом было установлено, что в большинстве случаев (64,3%) были поражены клетки решетчатого лабиринта. В то же время комбинированное повреждение клеток решетчатой кости (47,9%) встречается чаще, чем изолированная форма этмоидита (16,4%), что еще раз определяет важность пазух решетчатой кости в формировании воспалительного процесса *tasdiqlaydi.va* его распространение.

Вторым по распространенности является верхнечелюстная пазуха, как в сочетании с воспалением решетчатых костных клеток (34,4%), так и без явлений этмоидита (19,05%). Эти данные еще раз подчеркивают важность проведения компьютерной томографии ONP у пациентов с подозрением на синусит. При выполнении только общей рентгенографии Онп редко удается различить клетки решетчатого лабиринта и определить степень их вовлечения в воспалительный процесс. Поэтому в большом количестве литературных источников наиболее распространенным является воспаление верхнечелюстной пазухи, а не клеток решетчатого лабиринта. Следует отметить, что воспалительный процесс в решетчатой кости с двусторонней изоляцией встречался почти в 2 раза чаще (10,47%), чем в односторонней (5,87%). Скорее всего, это связано со сложной архитектурой решетчатого лабиринта, в котором большинство клеток соприкасаются друг с другом, что приводит к распространению инфекции. Это предположение подтверждается также тем фактом, что при формировании двустороннего этмоидита воспалительный процесс в других пазухах носа также часто бывает двусторонним. Мы предполагаем, что это связано со сложной дренажной системой ОНП, в которой решетчатый лабиринт является центральным соединением, и большая часть дренажной функции ОНП осуществляется через него. Следует отметить, что при одностороннем повреждении клеток решетчатой кости чаще встречается одностороннее повреждение других ОНП. В этом случае воспалительный процесс может затронуть как Онп одной и той же стороны, так и наоборот. Возможно, в данном случае важны не только особенности строения решетчатого лабиринта, но и полости носа в целом, тем самым создавая условия для распространения воспалительного процесса в этом направлении.

Еще одним фактом, подтверждающим центральную роль решетчатого лабиринта в воспалительных процессах, является преобладание одностороннего характера поражения ОНП без вовлечения клеток решетчатой кости. В то же время для определения особенностей строения боковой стенки и положения носовой крышки необходимо оценить состояние ОНП с обязательным эндоскопическим исследованием полости носа. В процессе анализа степени участия клеток решетчатого лабиринта в воспалительном процессе было выделено 5 основных групп: передний этмоидит, задний этмоидит, тотальный этмоидит, "мозаичный" этмоидит и изолированное клеточное воспаление. Наиболее вовлеченными в воспалительный процесс были передние клетки решетчатого лабиринта. Это может быть связано с преобладанием этих клеток в количественном составе над остальными клетками решетчатой кости. Если мы рассмотрим 5 основных форм структуры в зависимости от положения бумажных пластин решетчатой кости, то прямоугольная форма с предыдущим этмоидитом

была превосходной (43%), вторыми по распространенности наружными стенками были симметричной формы, вогнутые в пространство орбит (28,8%). Та же картина наблюдалась и при заднем этмоидите: преобладала прямоугольная форма (52,6%). Мы полагаем, что такая прямоугольная форма может быть обусловлена наиболее распространенной среди населения. Вывод. Предлагаемые инструменты для эндоназальных операций на клиновидных пазухах и задних клетках решетчатого лабиринта позволяют произвести операцию быстро, качественно и с минимальным риском повреждения жизненно важных анатомических образований, окружающих эти пазухи, независимо от анатомо-топографических вариантов соотношения полости носа и ОНП. Даже при обычном кровотечении во время операции, когда контролировать ход операции визуально или эндоскопически невозможно, разрушение передней стенки клиновидной пазухи возможно на ощупь, так как вращающаяся фреза фиксируется упорной планкой и разрушение костной ткани производится в безопасном направлении.

Использованные источники:

1. Вознесенский В.П., Иванов В.А. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М: Медгиз 2009.
2. Киселев А.С., Руденко Д.В., Кравченко В.Т. Компьютернотомографическая оценка особенностей анатомо-томографического строения околоносовых пазух в аспекте эндоскопической хирургии. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. М 2001; 596—598.
3. Машкова Т.А., Иванченко Н.М., Панченко И.Г. Частота и характер поражения задней группы околоносовых пазух по данным эндоскопических эндоназальных синусотомий. Сб. трудов научно-практич. конф. «Современные вопросы аудиологии и ринологии». Курск 2000; 193—194. 0
4. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Практическая оториноларингология. М: МИА 2006; 252—254.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М: МИА 2006: 328—331.
6. 6 Тарасов Д.И., Пискунов Г.З. Щадящие методы лечения хронического этмоидита. В кн.: Щадящие методы в оториноларингологии. Сборник трудов Московского научно-исслед. ин-та уха, горла и носа. М 2016; 12: 62—65.
7. Ткачук И.В. Значение анатомических особенностей клиновидных пазух в формировании латентных сфеноидитов. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи 2001; 654—656.

8. X.H Нуриддинов, Ш.А Алимова. Анализ результатов эндоскопической диагностики и лечения хронического полипоза, риносинусита. Научный прогресс 2022. 3 (5), 155-161
9. X.H. Нуриддинов Эндоскопическая картина при полипозном риносинусите. Scientific progress 2022. 3 (4), 42-47
10. Н Нарзуллаев, Р Раджабов, X Нуриддинов. Опыт лечения отоанtritов у ВИЧ-инфицированных детей. Журнал вестник врача 2019. 1 (4), 84-87.
11. X.H. Нуриддинов. Сурункали полипоз риносинуситни эндоскопик таххислаш ва даволаш натижаларининг тахлили. Scientific progress 2022. 3 (4), 32-37
12. Н Нарзуллаев, Р Раджабов, X Нуриддинов. Цитокиновый профиль детей с острым воспалением среднего уха при остром респираторном заболевании на фоне лечения. Журнал вестник врача 2019. 1 (2), 81-84
13. У.И. Нуров, XH Нуриддинов. Специфика Частоты Распространения Хронического Полипозного Риносинусита. Research Journal of Trauma and Disability Studies 2022. 1 (12), 100-112