

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ
ім. проф. О.С. КОЛОМІЙЧЕНКА НАМН УКРАЇНИ»**

МІНАЄВ ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 617.764.6-002.3-007.271-089

**ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕНДОНАЗАЛЬНОГО
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕПРОХІДНІСТЮ
СЛЬОЗОВІДВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ
ГНІЙНОМУ ДАКРІОЦИСТИТІ**

14.01.19 – оториноларингологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2021

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор, академік НАМН України
Заболотний Дмитро Ілліч
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка
НАМН України», директор

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Безшапочний Сергій Борисович,
Українська медична стоматологічна
академія МОЗ України,
завідувач кафедри
оториноларингології з офтальмологією

доктор медичних наук, професор
Дєєва Юлія Валеріївна,
Національний медичний університет імені
О. О. Богомольця МОЗ України, завідувачка кафедри
оториноларингології

Захист відбудеться 27 квітня 2021 р. о 13-00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.611.01 в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України» за адресою 03057, Україна, м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О. С. Коломійченка НАМН України» за адресою 03057, Україна, м.Київ, вул. Зоологічна, 3 і на сайті Інституту <http://www.iol.com.ua/>

Автореферат розісланий «___» березня _____ 2021 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук

В.І. Луценко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Значну частину всієї патології слъзовідвідних шляхів займає хронічний дакріоцистит (ХД), а порушення слъзовідведення серед усіх захворювань ока становить від 6 до 25 % (М.М. Магомедов і співавт., 2018). Як правило, ХД починається як первинно-хронічне захворювання, а слъзотеча тривалий час може бути єдиним і основним його симптомом (M.N. Meireles et al., 2017; J. Heichel et al., 2018). Питома частка хворих на ХД працездатного віку (18-60 років) може досягати 71-85% (L.A. McGrath et al., 2018). Захворювання у жінок зустрічається у 6-10 разів частіше, ніж у чоловіків, що пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями носослізного каналу, змінами в кавернозній тканині та венозних сплетіннях під час менструальних циклів (E.Y. Li et al., 2017; L. Chen et al., 2018).

Стійка епіфора не тільки обмежує працездатність при багатьох професіях, але й може призводити до тяжких ускладнень та інвалідності (L.A. McGrath et al., 2018). При дакріоциститах (у тому числі і при латентному перебігу) у просвіті слізного мішка завжди знаходиться значна кількість вірулентних мікроорганізмів, які, потрапляючи на кон'юнктиву, являють собою велику небезпеку і можуть бути загрозою не тільки для зору, але й для ока.

Етіологічні чинники виникнення дакріоциститу до кінця не з'ясовані. До сприятливих факторів відносять анатомо-топографічні та морфологічні особливості слъзовідвідних шляхів (СВШ), а завдяки тісним анатомо-фізіологічним взаємозв'язкам останніх з порожниною носа і навколоносовими пазухами (ННП) ринологічна патологія є найбільш значущою причиною розвитку дакріоциститу (S.N. Madge et al., 2011; С.М. Аскерова і співавт., 2012; М.М. Магомедов і співавт., 2018).

В діагностиці ХД велике значення має комп'ютерна томографія (КТ), яка дозволяє встановити повний діагноз (M.J. Ali et al., 2014; E.Y. Li et al., 2017; N.J. Enright et al., 2019). При традиційних алгоритмах проведення КТ ННП і слізних шляхів хірург доволі часто не отримує достатньої і важливої інформації про топографо-анатомічні взаємозв'язки слізного мішка та оточуючих внутрішньоносових структур (серед яких клінічно значущими є взаємозв'язок гратчастого лабіринту зі слізною ямкою та носослізним каналом, варіант відношення слізної ямки до переднього кінця середньої носової раковини (СНР), варіабельність товщини кісткової стінки слізної ямки і розташування її найтоншого місця, положення носослізного каналу), що може значно утруднювати планування ходу майбутньої операції та визначення оптимального доступу до слізного мішка. Тому проведення КТ пацієнтам з патологією СВШ потребує подальшої оптимізації та удосконалення.

Загальноприйнятим лікуванням ХД є хірургічне (L.A. McGrath et al., 2018), а ендоназальна дакріоцисториностомія має ряд незаперечних переваг: відсутній косметичний дефект, відносно коротка тривалість операції, враховуються анатомічні особливості й аномалії внутрішньоносових структур і, у випадку необхідності, здійснюється одночасна їх корекція, недовгий післяопераційний період реабілітації зі значно меншим больовим синдромом

(С.Б. Безшапочний і співавт., 2011; K. Shashidhar et al., 2014; S. Kumar et al., 2019). Разом з тим, існує багато модифікацій ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії (ЕЕДЦРС), і при її виконанні неоднозначним є проблема ефективності застосування лакримальних провідників (F. Pakdel, 2012; S. Wu et al., 2017), а також дискутабельним є питання пластики нового співустя (W. Wu et al., 2011; S.K. Mueller et al., 2017). Тому пошук оптимального способу, що дозволяв би швидше і якісніше відновлювати функцію слъзовідведення та покращувати якість життя, уникнути рецидивування та ускладнень, до останнього часу залишається актуальним.

Практично не існує робіт, де б одночасно досліджувався перебіг раннього та віддаленого післяопераційних періодів у пацієнтів з ХД, з'ясовувався стан та динаміка відновлення слизової оболонки порожнини носа та функції слъзовідведення в ці терміни спостереження. Відповідно до цього, визначення особливостей перебігу ХД після відновлення слъзовідведення шляхом виконання ЕЕДЦРС дасть можливість з'ясувати «критичні» терміни рецидивування, а також розробити профілактичні заходи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Робота виконана в рамках НДР кафедри оториноларингології факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України «Ендоскопічне хірургічне лікування запальних захворювань приносних пазух і хронічного гнійного дакріоцистититу», державний реєстраційний номер 0110 U 007770.

Мета роботи – Підвищення ефективності лікування хворих з хронічним гнійним дакріоциститом шляхом удосконалення методів діагностики і ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування.

Завдання дослідження:

1. Вивчити характер змін внутрішньоносових структур у хворих на хронічний гнійний дакріоцистит та оцінити їх вплив на виникнення й перебіг цього захворювання.

2. Удосконалити діагностичну методику, що дозволяє визначити топографо-анатомічні особливості взаємозв'язку слізного мішка з оточуючими внутрішньоносовими структурами й уточнити характер ураження слъзовідвідних шляхів.

3. Оцінити ефективність запропонованого способу визначення топографо-анатомічного взаємозв'язку слізного мішка з оточуючими структурами при плануванні й виконанні ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії.

4. Удосконалити методику ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії за рахунок зниження травматичності доступу й забезпечення безпешкодного пасажу слъози.

5. Вивчити функцію слъзовідведення за запропованою методикою та стан слизової оболонки у зоні дакріориностоми у пацієнтів з хронічним дакріоциститом після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії.

6. Оцінити ефективність хірургічного лікування пацієнтів з хронічним

дакріоциститом за запропонованою методикою.

7. Вивчити якість життя хворих з хронічним дакріоциститом згідно з опитуванням за шкалою Munk і SNOT-20 після перенесеної загальноприйнятої та запропонованої ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії.

Об'єкт дослідження: хронічний гнійний дакріоцистит (МКХ-10: Н04.4)

Предмет дослідження: стан вертикального відділу слезовідвідних шляхів; особливості перебігу хронічного гнійного дакріоциститу; стан слизової оболонки порожнини носа; варіанти топографо-анатомічного взаємозв'язку слізного мішка і оточуючих його внутрішньоносових структур; стан функції слезовідведення; якість життя пацієнтів.

Методи дослідження: загальноклінічні, ендоскопічне обстеження порожнини носа, дослідження прохідності слізних шляхів і функції слезовідведення, дакріоцистографія, комп'ютерна томографія навколоносових пазух і слезовідвідних шляхів, статистичний аналіз отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів

Доповнено і уточнено дані наукових джерел про стан внутрішньоносових структур у хворих з хронічним дакріоциститом та їх вплив на перебіг захворювання.

Вперше застосовано ощадну методику ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії на підставі розробленого способу визначення топографо-анатомічного взаємозв'язку слізного мішка з оточуючими внутрішньоносовими структурами.

Вперше досліджено інтраопераційну візуалізацію хірургічного поля при виконанні ЕЕДЦРС, яка, при застосуванні розробленої ощадної методики, у 91,8% пацієнтів була високого ступеню (1-2 ступінь за шкалою А.Р. Voezaart).

Доповнено й уточнено дані про перебіг раннього та віддаленого післяопераційних періодів у пацієнтів з хронічним дакріоциститом після різних модифікацій ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії.

Вперше проведено диференційну оцінку функції слезовідведення за запропонованою методикою у хворих з хронічним дакріоциститом після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах.

Встановлено, що видалення медіальної стінки слізного мішка максимально донизу при дакріоцисториностомії не потребує установлення імплантату в зону дакріориностоми, що дозволяє зменшити утворення грануляцій, рубців і синехій у цій ділянці, поліпшити пасаж слези, покращити якість життя пацієнтів, досягти стійкої ремісії у 97,8% пацієнтів.

Отримані дані допомагають оцінити стан слизової оболонки в ділянці дакріориностоми і середньому носовому ході та функцію слезовідведення, а також динаміку їхнього відновлення після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії. На основі отриманих даних удосконалено тактику хірургічного лікування і післяопераційного спостереження хворих з хронічним дакріоциститом.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено спосіб ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування хронічного гнійного дакріоциститу, який дозволяє знизити частоту рецидивів цього захворювання. Розроблено спосіб визначення топографо-анатомічних взаємозв'язків слізного мішка з оточуючими структурами, який дозволяє спростити виконання указанного вище хірургічного втручання.

Установлено, що пацієнти зі слъзотечею потребують ретельного обстеження і, в разі необхідності, лікування у отоларинголога з метою первинної профілактики хронічного дакріоциститу.

Отримані дані обґрунтовують необхідність спостереження отоларингологом пацієнтів з хронічним дакріоциститом на всіх етапах лікування і реабілітації з метою вторинної профілактики хронічного дакріоциститу.

Отримані результати наукової роботи можуть бути застосовані в клінічній практиці відділень і центрів ендоскопічної оториноларингології, в педагогічному процесі кафедр оториноларингології та офтальмології медичних ВУЗів.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особистим самостійним дослідженням автора. Ним особисто проведено інформаційний пошук та аналіз сучасних джерел вітчизняної та зарубіжної літератури з досліджуваної проблеми, визначені мета і завдання досліджень, проведено клініко-інструментальне обстеження хворих з оцінкою результатів всіх видів досліджень. Автор брав безпосередню участь в хірургічному лікуванні і спостереженні за пацієнтами.

Аналіз та обговорення одержаних результатів дослідження, підготовка оригінальних статей у фахових та іноземних виданнях були здійснені дисертантом разом з науковим керівником роботи.

Автором особисто проведено статистичну обробку отриманих результатів, сформульовано висновки та практичні рекомендації, визначені положення, що винесені на захист. Дисертантом власноруч написано всі розділи дисертації, автореферат, забезпечено впровадження в практику результатів дисертаційної роботи.

Впровадження в практику. Результати наукових досліджень, які відображені в дисертації, впроваджено в практику роботи оториноларингологічного відділення КНП «Міська клінічна лікарня м. Слов'янська» м. Слов'янськ Донецької області, відділення реконструктивної хірургії голови та шиї КНП «Маріупольська міська лікарня №1» м.Маріуполь Донецької області, а також в навчальний процес кафедри хірургії, ендоскопії, оториноларингології, реконструктивно-відновлювальної хірургії та променевої діагностики Донецького національного медичного університету МОЗ України.

Апробація результатів дисертації. Основні результати роботи були представлені на: XI з'їзді оториноларингологів України (м. Судак, 2010 р.); засіданні товариства офтальмологів Донецької області (м. Донецьк, 2010 р.); Щорічних традиційних весняних і осінніх конференція Українського наукового медичного товариства лікарів-оториноларингологів (м. Івано-Франківськ, 2010 р., м. Київ, 2011 р., м. Севастополь, 2013 р., м. Полтава,

2014 р.); I Міжнародній науково-практичній конференції «SCIENCE, EDUCATION, INNOVATION: TOPICAL ISSUES AND MODERN ASPECTS» (м. Таллін, Естонія, 16-18 грудня 2020 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 20 наукових праць: 6 статей – у фахових наукових виданнях, включених до міжнародних наукометричних баз (з них 2 статті – в іноземних виданнях), 2 – у фахових виданнях, затверджених МОН України, 1 монографія (у співавторстві), 9 тез у збірниках з'їздів, конгресів та науково-практичних конференцій, 2 патенти України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота надрукована на 234 сторінках; складається з титульного аркуша, анотації, змісту, переліку умовних скорочень, вступу, 5 розділів, які включають в себе аналітичний огляд літератури, опис матеріалів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку 237 використаних літературних джерел (146 кирилицею, 91 латиницею). Містить 48 малюнків, 25 таблиць.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань у відповідності до зазначеної мети дослідження виконано ретроспективний аналіз історій хвороб і амбулаторних карт, обстеження 28 хворих з хронічним дакріоциститом, які проходили стаціонарне хірургічне лікування на клінічних базах кафедри оториноларингології факультету інтернатури і післядипломної освіти Донецького національного медичного університету МОЗ України в період з 2004 по 2007 рр. (ЛОР-відділення ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України» та ЛОР-відділення ДЗ «Дорожня клінічна лікарня ст. Донецьк ДП «Донецька залізниця»).

Виконано комплексне поглиблене обстеження, хірургічне лікування та післяопераційне спостереження 81 пацієнта з хронічним дакріоциститом з 2008 по 2014 рр. Вік пацієнтів коливався від 18 до 78 років (у середньому, $49,1 \pm 16,2$ років), жінок було 86 (78,9%), чоловіків – 23 (21,1%).

Критерії включення пацієнтів до дослідження: непрохідність вертикального відділу слъзовідвідних шляхів (слізний мішок, носослізний канал), обумовленою ХД, раніше не оперована, вік хворих від 18 років, згода пацієнта на обстеження і лікування. Критерії виключення: слъзотеча, обумовлена патологією горизонтального відділу слъзовідвідних шляхів (слізні точки, слізні каналці), слъзотеча функціонального (тимчасового) характеру (гіперсекреція, рефлекторна слъзотеча), загострення хронічного дакріоциститу, флегмонозний дакріоцистит, перенесені раніше дакріоцисториностомії, посттравматичні дакріоциститу, наявність злякісних новоутворень порожнини носа, наявність доброякісних і злякісних новоутворень ока, наявність супутніх соматичних захворювань у декомпенсованій формі, психічні захворювання, які перешкоджають продуктивній роботі з пацієнтом, вагітність, активна

форма туберкульозу.

Залежно від того, у якій модифікації проводилась ЕЕДЦРС, всі хворі були розподілені на 3 групи: 1-у групу (досліджувану) склали 45 пацієнтів, котрим ЕЕДЦРС була здійснена за розробленою методикою. До 2-ї групи (порівняння) було включено 36 хворих, яким після виконання розробленої ЕЕДЦРС в зону дакріориностоми встановлювали провідник з полівінілхлориду (ПВХ). До 3-ї (контрольної) групи увійшли 28 пацієнтів, котрим ЕЕДЦРС виконували за загальноприйнятою методикою: зі збереженням і пластичним укладанням викросних клаптів слизової оболонки латеральної стінки порожнини носа і медіальної стінки слізного мішка та з установленням ПВХ-провідника.

В залежності від варіанту проведення КТ СВШ пацієнти 1-ї та 2-ї груп були розподілені на 2 підгрупи: до підгруп 1А і 2А було включено хворих, котрим в передопераційному періоді проводили КТ СВШ із контрастуванням за розробленою методикою; підгрупи 1В і 2В склали хворі, яким КТ СВШ виконувалась за традиційним алгоритмом. У свою чергу, пацієнтам контрольної клінічної групи у передопераційному обстеженні виконували дакріоцистографію, а для уточнення стану внутрішньоносових структур – КТ навколоносових пазух.

Усім хворим було проведено загальноклінічний та оториноларингологічний огляд, консультація та інструментальне дослідження слъзовідвідних шляхів офтальмологом.

На всіх етапах спостереження вивчався стан слизової оболонки в ділянці дакріориностоми і середньому носовому ході при ендоскопічному обстеженні, визначалась прохідність слъзовідвідних шляхів при їх промиванні, досліджувалась функція слъзовідведення при виконанні вдосконаленої кольорової слъзоносової проби Веста під ендоскопічним контролем. Аналіз оцінювання якості життя хворих здійснювався при визначенні вираженості слъзотечі за шкалою Munk та за допомогою опитувальника SNOT-20. Висновок про остаточну ефективність лікування робили через 1 рік після хірургічного втручання, керуючись критеріями, що визначають показники «одужання» (вираженість слъзотечі 0 балів за шкалою Munk, добра візуалізація сформованої дакріориностоми, позитивна функція слъзовідведення), «поліпшення» (вираженість слъзотечі за шкалою Munk 1-2 бали, знижена візуалізація сформованої дакріориностоми, уповільнена або позитивна функція слъзовідведення) і «рецидив захворювання» (оцінка вираженості слъзотечі за шкалою Munk від 3 до 5 балів, відсутність візуалізації дакріориностоми, негативна функція слъзовідведення).

Для оцінки статистичної значущості відмінностей між досліджуваними групами, характер розподілу даних яких відповідав нормальному, використовувався t-критерій Стьюдента, для даних з ненормальним розподілом – критерій Краскела-Уолеса, для порівняння частот – критерій χ^2 та точний критерій Фішера, для частот при повторних вимірах – критерій К'ю Кохрана, для порівняння абсолютних показників при повторних вимірах – критерій Фрідмана. Відмінності вважались статистично значущими при рівні значущості

менше 5 % ($p < 0,05$). Статистичний аналіз проводили за допомогою ліцензованої програми MedCalc (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; 2017).

Результати досліджень та їх обговорення.

За скаргами, даними анамнезу хворих (тривалість сльозотечі, вперше діагностований ХД, попереднє хірургічне і консервативне лікування у отоларинголога) і супутньої ендоназальної патології статистично значущої відмінності між групами не було ($p > 0,05$).

Супутня ендоназальна патологія у хворих з хронічним дакриоциститом була виявлена у 85,3% випадків: викривлення носової перегородки – у 71,6% пацієнтів, гіпертрофія нижніх носових раковин – у 59,6%, бульозна гіпертрофія середніх носових раковин – у 5,5%, гіпертрофія гачкоподібного відростка – у 6,4%, гіперпневматизація клітин Agger nasi – у 14,7% хворих. Найчастішою комбінацією були викривлення носової перегородки у поєднанні з гіпертрофією нижніх носових раковин – у 56,0% спостережень. Запальна патологія ННП була у 38,5% випадків: етмоїдит – у 26,6%, гайморит – у 13,8%, сфеноїдит – у 1,8% хворих. При розробці лікувальної тактики враховували виявлену ендоназальну патологію.

Задля підвищення інформативності дослідження СВШ і з'ясування їх топографо-анатомічних особливостей по відношенню до оточуючих внутрішньоносових структур застосовувалась розроблена методика КТ СВШ з контрастуванням («Спосіб визначення топографо-анатомічних взаємозв'язків слізного мішка з оточуючими структурами», патент України на корисну модель №66910 від 25.01.2012, бюл. № 2/2012). Методика полягала у наступному: перед дослідженням СВШ промивали, видаляючи гнійний вміст; далі в провіт СВШ вводили водорозчинну контрастну речовину (амідотризоат натрію 60 %); потім не пізніше ніж через 5 хв. розпочинали КТ-сканування у коронарній проекції з кроком не більше ніж 1 мм від присінка носа до межі між передніми і задніми клітинами решітчастого лабіринту – базальної пластинки (зона інтересу), а далі до клиноподібної пазухи з кроком 5 мм, виконували 3D-реконструкцію зображень.

Завдяки застосуванню запропонованої методики у всіх випадках було оцінено співвідношення патологічно зміненого слізного мішка і слізної ямки, визначено розташування слізної ямки відносно переднього кінця СНР, передлежання клітин гратчастого лабіринту та гачкоподібного відростка на шляху хірургічного доступу. При аналізі отриманих КТ-даних у всіх групах з'ясовано, що слізна ямка розташовувалась на рівні переднього кінця СНР у 39,4 % випадках, допереду від нього – у 32,1%, а дозаду – в 14,7 %. У 15 хворих (13,8% спостережень) визначити відношення слізної ямки до переднього кінця СНР було утрудненим, ці випадки були в підгрупах 1В, 2В та в 3-й групі, що демонструвало гіршу інформативність на 25 % у порівнянні з отриманими даними при запропонованій методиці КТ, а відмінність від підгруп 1А та 2А була статистично значущою ($p < 0,05$).

Застосування запропонованої методики дозволило ефективно планувати спрямованість й обсяг хірургічного втручання, в «оптимальній» локації фор-

мувати «кісткове вікно», швидко ідентифікувати слізний мішок, що призвело до меншої травматизації та кровоточивості оточуючих тканин. При цьому інтраопераційна візуалізація хірургічного поля, що дорівнювала кровоточивості 1-2 ступеню за шкалою А.Р. Voezaart, спостерігалась у понад 90 % хворих, у той час як у підгрупах 1В і 2В – менше ніж у 50 % пацієнтів, а у контрольній групі – у 25 % хворих ($p < 0,05$).

Розроблено методику ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії («Спосіб ендоназального ендоскопічного оперативного лікування хронічного гнійного дакріоцистититу»), патент України на корисну модель № 53616), яка полягала в тому, що на етапі викроювання П-подібного клаптя слизової оболонки порожнини носа спочатку проводилась ідентифікація місця розрізу за допомогою діафаноскопії, на етапі розтину слізного мішка останній розсікався до дна (максимально донизу), а викроєні клапті латеральної стінки порожнини носа та медіальної стінки слізного мішка висікали (рис. 1). Такі відмінності дозволяли уникати застою й нагноєнню сльози, здійснювати її пасаж рівномірним і безперешкодним, таким чином, сприяючи мінімізації процесу рубцювання (утворення стриктури) на ділянці дакріориностоми.

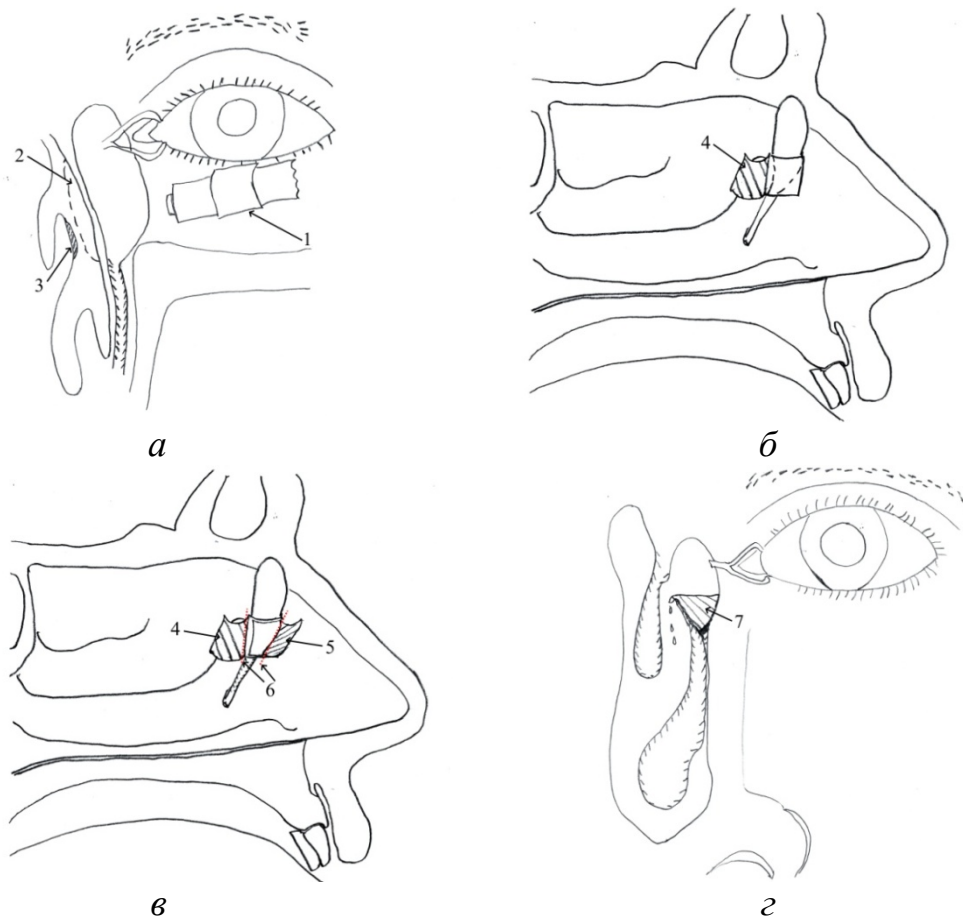


Рис.1. Схема етапів ЕЕДЦРС за запропонованою методикою: *а* – визначення «оптимального» місця розрізу слизової оболонки за допомогою діафаноскопії (1 – світлопровід, 2 – проєкція слізної ямки, 3 – світлова пляма); *б* – виділення слизового клаптя в проєкції дна слізного мішка (4 – клапоть латеральної стінки порожнини носа); *в* – розтин слізного мішка до дна, видалення слизових клаптів (5 – клапоть медіальної стінки слізного мішка, 6 – видалення слизових клаптів); *г* – застій сльози в нижніх відділах мішка (7 – накопичення і нагноєння сльози).

Ефективність запропонованого способу ЕЕДЦРС оцінювалась при спостереженні хворих в ранньому та віддаленому післяопераційних періодах: на 1, 3, 7, 10-у добу, через 2 тижні та через 1, 3, 6 та 12 місяців після операції. Підсумкова ефективність лікування оцінювалась через 1 рік після хірургічного втручання. В ранньому післяопераційному періоді в досліджуваній групі відзначені достовірно кращі показники вираженості сльозотечі (у 2 рази) за шкалою Munk вже з 1-ї доби після хірургічного втручання в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Така статистично значуща відмінність зберігалася до 1 місяця після операції, а з 3-го місяця після хірургічного втручання різниця між групами була статистично не значущою ($p > 0,05$). На 3-ю добу після операції ступінь набряклості слизової оболонки та ступінь утворення кірок у ділянці дакріориностоми і середнього носового ходу в підгрупі 1А була достовірно меншою (а на 7-у добу – більше ніж у 2 рази) порівняно з хворими контрольної групи ($p < 0,05$). На 7-у добу після операції в підгрупі 1А достовірно меншою (у 3 рази) була кількість пацієнтів з наявністю слизових виділень в ділянці дакріориностоми і середнього носового ходу порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Функція сльозовідведення в ранньому післяопераційному періоді оцінювалась за модифікованою сльозо-носовою пробою Веста на 3-ю та 7-у добу та через 2 тижні після хірургічного втручання (рис. 2).

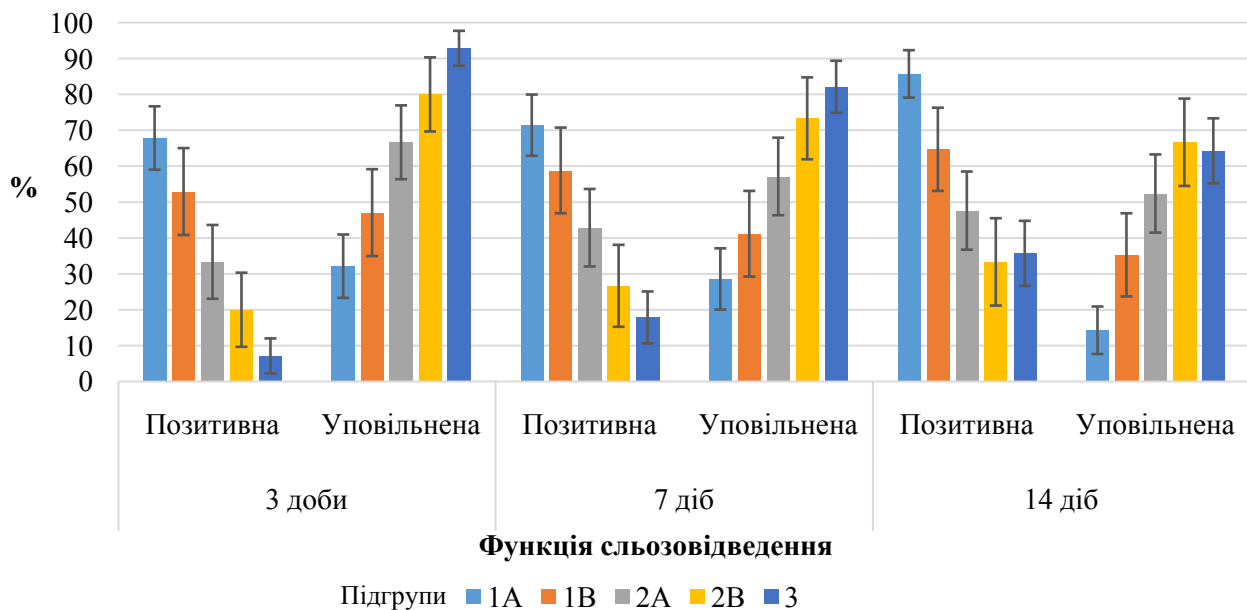


Рис. 2. Результати функції сльозовідведення при морганні на 3-ю, 7-у добу та через 2 тижні після хірургічного втручання.

Як видно з представлених даних, достовірно кращі результати отримано в досліджуваній групі вже з 3-ї доби спостереження після операції ($p < 0,05$). Гірші результати відновлення сльозовідведення відзначено в групі порівняння і в контрольній групі, які були пов'язані з наявністю провідника у просвіті загального слізного каналця і дакріориностоми: імплантат дещо заповнював

просвіт СВШ і таким чином утруднював відтік сльози. Крім того, він, як чужорідне тіло у кон'юнктивальній порожнині, міг викликати гіперпродукцію сльози і збільшувати вираженість сльозотечі. Найгірші значення функції сльозовідведення зафіксовано у контрольній клінічній групі зі статистично значущою відмінністю від інших груп ($p < 0,05$). Це свідчило про те, що в зоні дакріориностоми перешкоду для відтоку сльози, окрім ПВХ-провідника, створювали ще й набряклі переміщені клапті слизової оболонки латеральної стінки порожнини носа і медіальної стінки слізного мішка. При порівнянні значень даної функції серед підгруп А і В у досліджуваній групі та в групі порівняння, кращими результати були в підгрупах А на протязі всього раннього післяопераційного періоду, однак без статистично значущої різниці ($p > 0,05$). Але прослідковувалась явна тенденція того, що застосування КТ СВШ за розробленою методикою та імплементація отриманих КТ-даних сприяло кращим показникам відновлення функції сльозовідведення в ранньому післяопераційному періоді.

У пацієнтів групи порівняння і контрольної групи в період перебування провідника в СВШ (1,5 місяці після операції) були зафіксовані місцеві ускладнення з боку очного яблука на відміну від хворих досліджуваної групи, а у пацієнтів підгруп В і 3-ї групи в ранньому післяопераційному періоді спостерігались різного ступеня вираженості набряклість нижньої повіки, а також носові кровотечі після видалення тампонів, на відміну від хворих підгруп А (табл. 1). Отже, як видно із даних, наведених в табл. 1, поєднане застосування запропонованих методик діагностики і хірургічного лікування ХД сприяє зменшенню місцевих ускладнень ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Місцеві ускладнення з боку очного яблука, носові кровотечі та набряклість нижньої повіки після хірургічного лікування хронічного дакріоциститу (n=109)

Показник місцевого ускладнення	1А		1В		2А		2В		3	
	n=28		n=17		n=21		n=15		n=28	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Виражені явища кон'юнктивіту	0	0	0	0	1	4,8	1	6,7	2	7,1
Грануляції у ділянці нижнього слізного каналця	-	-	-	-	1	4,8	0	0	1	3,6
Ектопія нижньої слізної точки	-	-	-	-	0	0	1	6,7	1	3,6
Епіфора у період носіння імпланта	-	-	-	-	3	14,3	3	20	6	21,4
Випадіння імпланта	-	-	-	-	0	0	1	6,7	2	7,1
Носова кровотеча	0	0	2	11,8	0	0	2	13,3	3	10,7
Набряклість нижньої повіки	0	0	2	11,8	0	0	2	13,3	4	14,3
Усього*	0	0	4	23,6	5	23,8	10	66,7	19	67,9

Примітка: * – відмінність між групами статистично значуща, критерій χ^2 , $p < 0,05$.

У віддаленому післяопераційному періоді рубцеві зміни та синехії в ділянці дакріориностоми і середнього носового ходу спостерігались в усіх клінічних групах: через 1 міс. після операції відсоткова кількість хворих коливалася від 10,7 % у підгрупі 1А до 26,7 % у підгрупі 2В, але без статистично

значущої відмінності ($p > 0,05$); через 3 міс. після хірургічного втручання збільшення таких пацієнтів спостерігалось в підгрупі 2В (до 40,0 %), а в 3-й групі – до 46,4 %, але теж без статистично значущої різниці від інших груп ($p > 0,05$). Через 6 та 12 міс. після операції кількість хворих з рубцевими змінами та синехіями ділянки дакріориностоми і середнього носового ходу в жодній групі достовірно не збільшувалась.

При визначенні візуалізації дакріориностоми при ендоскопічному обстеженні порожнини носа кращі показники спостерігались в досліджуваній групі на протязі всього віддаленого післяопераційного періоду, але при порівнянні всіх груп в ці терміни статистично значущої відмінності досягти не вдалось ($p > 0,05$) (рис. 3). Достовірно кращою функція слъзовідведення через 1 міс. після хірургічного втручання спостерігалась в підгрупі 1А ($p < 0,05$) (табл. 2). У подальші терміни спостереження (через 3, 6 та 12 міс. після операції) цей показник дещо погіршувався у всіх клінічних групах, але кращі результати також були у підгрупі 1А, гірші – у 3-й групі, однак без статистично значущої відмінності ($p > 0,05$).

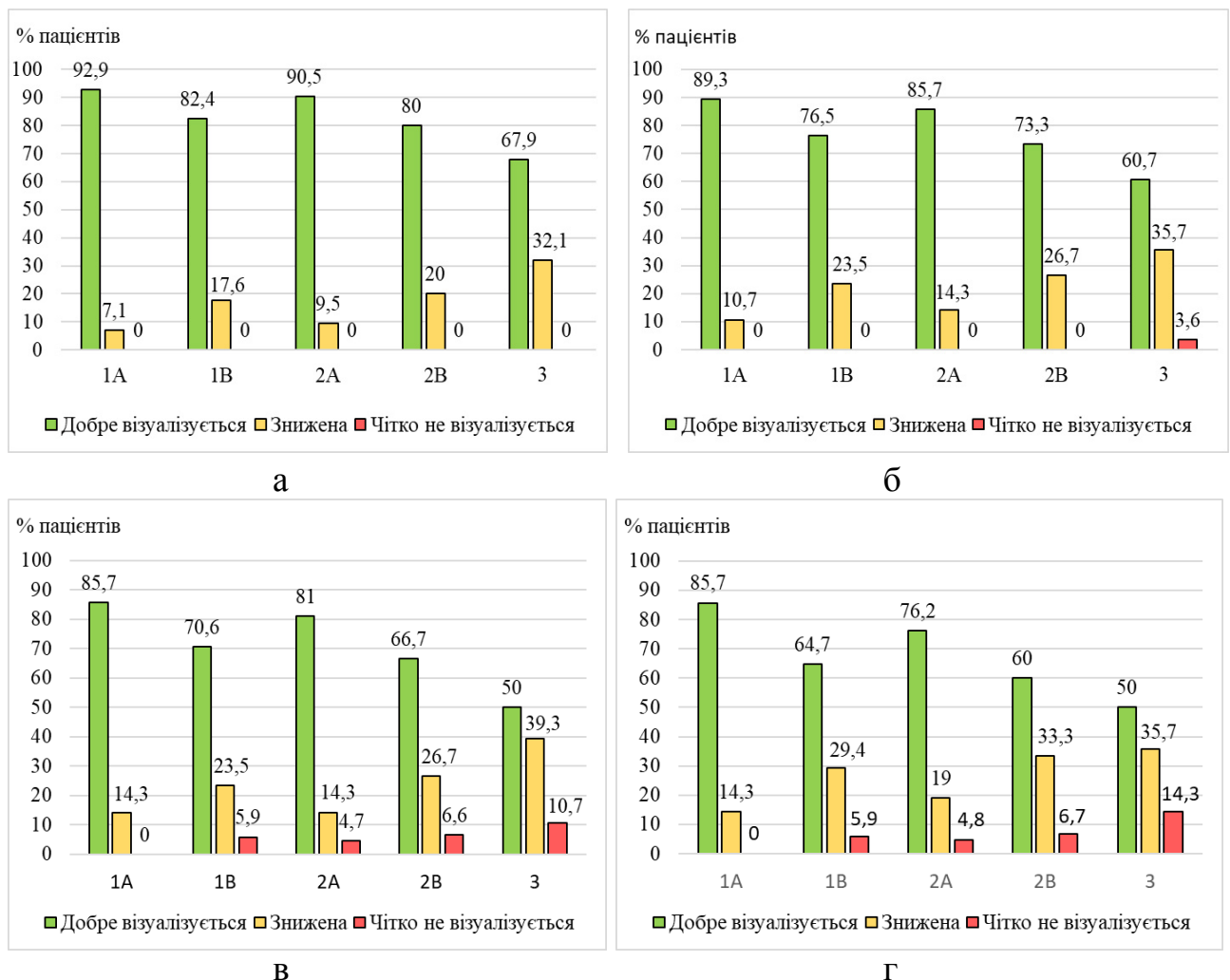


Рис.3. Ступінь візуалізації дакріориностоми у віддаленому післяопераційному періоді: а – 1 місяць, б – 3 місяці, в – 6 місяців, г – 12 місяців.

З 3-го місяця після хірургічного втручання в клінічних групах починали спостерігатися хворі з відсутньою візуалізацією дакріориностоми та з негативними значеннями функції сльозовідведення: в контрольній групі 1 пацієнт (3,6%) у 3 місяці після операції, в термін спостереження 6 місяців у підгрупах 1В, 2А та 2В – по 1-му хворому (5,9%, 4,7% та 6,6% відповідно) і в групі №3 – 2 пацієнти (7,2%), через 12 місяців після хірургічного втручання в контрольній групі – ще 1 хворий (3,6%).

Таблиця 2

Функція сльозовідведення в віддаленому післяопераційному періоді

Група	Термін спостереження																					
	1 міс.*				3 міс.						6 міс.						12 міс.					
	Позитивна		Уповільнена		Позитивна		Уповільнена		Негативна		Позитивна		Уповільнена		Негативна		Позитивна		Уповільнена		Негативна	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1А	25	89,3	3	10,7	24	85,7	4	14,3	0	0	23	82,1	5	17,9	0	0	23	82,1	5	17,9	0	0
1В	15	88,2	2	11,8	13	76,5	4	23,5	0	0	12	70,6	4	23,5	1	5,9	12	70,6	4	23,5	1	5,9
2А	16	76,2	5	23,8	17	81,0	4	19,0	0	0	17	81,0	3	14,3	1	4,7	16	76,2	4	19,0	1	4,8
2В	9	60,0	6	40,0	10	66,7	5	33,3	0	0	10	66,7	4	26,7	1	6,6	10	66,7	4	26,7	1	6,6
3	17	60,7	11	39,3	17	60,7	10	35,7	1	3,6	16	57,1	9	32,1	3	10,8	15	53,6	9	32,1	4	14,3

Примітка: * – відмінність між групами статистично значуща, $p = 0,0486$, критерій χ^2

Отже, максимальні темпи погіршення візуалізації дакріориностоми та функції сльозовідведення спостерігались з 3-го по 6-й місяці після операції. Хворі зі «зниженою» візуалізацією дакріориностоми та з «уповільненою» функцією сльозовідведення склали «групу ризику», потребували додаткових заходів і подальшого спостереження.

При дослідженні якості життя хворих за опитувальником SNOT-20 оцінювались місцеві назальні, загальні та сумарні скарги. За назальними скаргами статистично значуща відмінність показників підгрупи 1А була з підгрупою 2В та з 3-ю групою через 6 міс. після операції ($p < 0,05$), а через 12 міс. після хірургічного втручання – тільки з 3-ю групою ($p < 0,05$). За загальними скаргами статистично значуща різниця у показниках підгрупи 1А була з підгрупами 2А, 2В та з 3-ю групою на 10-у добу та через 1, 3 і 6 міс. після операції ($p < 0,05$). За сумарними скаргами достовірно кращою якість життя була у пацієнтів підгрупи 1А в порівнянні з підгрупами 2А, 2В та групою №3 через 1, 3 та 6 місяців після хірургічного втручання ($p < 0,05$), а через 12 місяців – тільки з 3-ю групою ($p < 0,05$).

Остаточну ефективність проведеного лікування оцінювали через 1 рік після хірургічного втручання. Кращі показники відзначені у 1-й групі, при цьому статистично достовірної відмінності від 2-ї групи не було ($p > 0,05$), а при порівнянні 1-ї і 3-ї груп різниця була статистично значущою ($p = 0,0261$). От-

же, частка позитивних результатів лікування в досліджуваній групі склала 97,8%, у групі порівняння – 94,4 %, а в контрольній групі – 85,7 %. Варто наголосити, що в 1-й групі рецидив захворювання стався в підгрупі В, а в підгрупі А ми спостерігали тільки позитивні результати. У той же час, у 2-й групі кращі функціональні і візуальні показники спостерігалися в підгрупі А.

Таким чином, застосування розробленої методики ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії дозволяє швидше відновити функцію сльозовідведення та стан слизової оболонки порожнини носа, а також досягти стійкої ремісії при лікуванні хворих з хронічним дакріоциститом. Застосування розробленої методики передопераційного обстеження пацієнтів з хронічним дакріоциститом із застосуванням КТ СВШ має більшу інформативність при плануванні спрямованості та об'єму операції. Поєднане застосування двох методик сприяє покращенню результатів хірургічного лікування та якості життя хворих, дозволяє уникнути ускладнень в післяопераційному періоді з боку порожнини носа та очного яблука. Результати дослідження доповнюють та уточнюють дані наукових джерел про перебіг як раннього, так і віддаленого післяопераційних періодів у пацієнтів з хронічним дакріоциститом після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії.

ВИСНОВКИ

У дисертації приведено обґрунтування та розв'язання актуальної науково-практичної задачі – підвищення ефективності лікування хворих із хронічним дакріоциститом шляхом удосконалення методів діагностики та ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування.

1. Патологія порожнини носа та навколоносових пазух спостерігалась у 85,3 % пацієнтів із хронічним дакріоциститом: викривлення носової перегородки різних варіантів і ступеня у 71,6 % хворих, гіпертрофія нижніх носових раковин – у 59,6 % хворих, патологія середньої носової раковини і гачкоподібного відростка – у 5,5 % і 6,4 % пацієнтів відповідно, гіперпневматизація клітин *agger nasi* – у 14,7 % хворих, запальна патологія навколоносових пазух – у 38,5 %. Така різноманітність патології значно впливає на перебіг хронічного дакріоцистититу.

2. Розроблена методика КТ сльозовідвідних шляхів з контрастуванням дозволяє підвищити достовірність і інформативність дослідження на 25,0 % ($p < 0,05$), обрати спрямованість хірургічного втручання, що забезпечує виконання щадного доступу до слізного мішка, і, разом із тим, дозволяє досягти високої інтраопераційної візуалізації хірургічного поля (1-2 ступінь за шкалою А.Р. Voezaart) у 91,8 % хворих порівняно з 43,8 % пацієнтів при традиційній методиці ($p < 0,05$), а час безпосереднього виконання ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії скоротити в середньому на 34,5 % ($p < 0,05$).

3. Розроблений спосіб ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії відповідає принципам щадної хірургії, що забезпечує швидке відновлення слизової оболонки ділянки дакріоцисториностоми. При цьому ступінь набря-

кlostі слизової оболонки і утворення кірок, а також кількості пацієнтів зі слизовими виділеннями в ділянці дакріориностоми в групі дослідження було більше ніж у 2 рази менше, порівняно з пацієнтами контрольної групи ($p < 0,05$).

4. У віддаленому післяопераційному періоді (через 6 місяців після операції) кращі результати спостерігалися в досліджуваній групі: чітка візуалізація дакріориностоми була у 85,7 % пацієнтів порівняно з 50,0 % хворих контрольної групи, наявність рубців і синехій в ділянці дакріориностоми – у 17,9 % пацієнтів порівняно з 50,0 %, а функція сльозовідведення була позитивною у 82,1 % хворих порівняно з 57,1 % пацієнтів контрольної групи; але статистично значущої відмінності між групами досягти не вдалося ($p > 0,05$).

5. Використання розробленої методики ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії дозволяє досягнути стійкої ремісії у 97,8 % пацієнтів із хронічним дакріоциститом, що на 12,1 % вище порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

6. Встановлено, що поєднане застосування розроблених методик діагностики і хірургічного лікування пацієнтів з хронічним дакріоциститом дозволяє знизити вираженість сльозотечі вже на 1-у добу після операції, що дорівнює $1,4 \pm 0,7$ бали за шкалою Munk і у 2 рази достовірно менше в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$), достовірно краще відновити функцію сльозовідведення на 3-ю добу після хірургічного втручання, що дорівнює $2,4 \pm 0,8$ хвилин і в 2,2 рази ефективніше в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$), та уникнути місцевих ускладнень з боку порожнини носа та очного яблука ($p < 0,05$).

7. Застосування розробленої щадної методики ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії без використання лакримального провідника статистично значуще підвищувало якість життя пацієнтів протягом усього періоду спостереження. Згідно з опитувальником SNOT-20, кількість балів у групі дослідження була достовірно меншою: на 10-й день за загальними скаргами, а через 1, 3 і 6 місяців після оперативного втручання за сумарними скаргами; і в ці терміни середній бал складав $16,4 \pm 3,5$, $23,9 \pm 9,8$, $14,8 \pm 3,9$ і $12,4 \pm 2,6$ порівняно з середнім балом $20,2 \pm 5,3$, $35,2 \pm 12,5$, $22,4 \pm 5,7$ і $18,8 \pm 3,8$ відповідно у пацієнтів, яким застосовувалась загальноприйнята методика ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Встановлено, що пацієнти зі сльозотечею потребують ретельного обстеження отоларингологом. При обстеженні хворих з епіфорією для отримання максимально точних даних про стан порожнини носа і навколоносових пазух отоларингологу слід проводити ендориноскопію кожному такому пацієнту.

2. При обстеженні пацієнтів з хронічним дакріоциститом або з підозрою на нього, окрім рутинних методів обстеження, доцільно проводити комп'ютерну томографію сльозовідвідних шляхів за запропонованою методикою.

3. При обстеженні пацієнтів зі сльозотечею необхідно приділяти особливу увагу виявленій внутрішньоносовій патології та своєчасно проводити відповідні консервативні або хірургічні заходи, бо така патологія впливає знач-

ним чином на перебіг хронічного дакріоцистити.

4. Ендоскопічну хірургічну корекцію внутрішньоносових структур варто виконувати одночасно з ендоназальною ендоскопічною дакріоцисториностомією.

5. Первинна профілактика хронічного дакріоцистити полягає у цілеспрямованому ендориноскопічному і дакріологічному обстеженні, а також хірургічній корекції змінених внутрішньоносових структур, які сприяють розвитку цього захворювання.

6. Встановлено, що погіршення функції сльозовідведення і рецидиви захворювання найчастіше виникають з 3-го по 6-й місяці після перенесеної дакріоцисториностомії. Тому вторинна профілактика хронічного дакріоцистити має бути спрямована на активне спостереження пацієнтів включно по 6-й місяць після перенесеної ЕЕДЦРС.

7. Отримані результати наукової роботи можуть бути застосовані в клінічній практиці відділень і центрів ендоскопічної оториноларингології, в педагогічному процесі кафедр оториноларингології та офтальмології медичних ВУЗів.

СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Міжнародні наукометричні бази та іноземні видання:

1. Minaiev O. Efficacy of Treatment of Patients With Chronic Dacryocystitis And Features of the Late Postoperative Period. International Journal of Medical Science and Dental Research [Internet]. 2020;5(3):40-48. Available from: <https://ijmsdr.org/pages/Current%20Issue.html#>.

2. Мінаєв О. Передопераційне рентгенологічне обстеження хворих з хронічним дакріоциститом. Science Review. 2020;8(35):22-28.

3. Minaiev O. Complications in surgical treatment of patients with chronic dacryocystitis. Medical Science of Ukraine (MSU). 2020;16(4):22-27..

4. Мінаєв ОО. Поширеність ендоназальної патології у хворих на хронічний дакріоцистит та особливості хірургічного лікування. Клінічна та експериментальна патологія. 2020; 19, 4(74):34-41.

5. Мінаєв ОО. Порівняльний аналіз лікування хворих з хронічним дакріоциститом у ранньому та пізньому післяопераційних періодах. Оториноларингологія. 2021;1(4):20-32.

6. Zabolotnyi D, Minaiev O. Method of surgical treatment of chronic dacryocystitis and its effectiveness in monitoring patients in the early postoperative period. ScienceRise: Medical Science. 2021;1(40):21-28. *(Дисертантом проведено відбір хворих, клініко-інструментальні обстеження, лікування та спостереження, аналіз та статистичну обробку даних, написання статті).*

Фахові видання, рекомендовані МОН України:

7. Боєнко СК, Талалаєнко ІА., Боєнко ДС, Мінаєв АА. Изменения внутриносовых структур у больных хроническим дакриоциститом. Ринологія. 2009;3:26-30. *(Дисертантом проведено клінічні обстеження та спостереження хворих, статистичний аналіз та наукова інтерпретація даних).*

8. Боєнко СК, Боєнко ДС, Климов ЗТ, Талалаєнко ІО, Мінаєв ОО. Значення змін внутрішньоносових структур у патогенезі хронічного дакриоциститу і особливості ендоскопічного хірургічного лікування. Медицина транспорту України. 2010;3(35):72-75. *(Дисертантом проведено клініко-інструментальні обстеження та спостереження хворих, статистичний аналіз та наукова інтерпретація даних).*

Тези:

9. Мінаєв АА. Хирургическое лечение хронических гнойных дакриоциститов. В: Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної медицини, стоматології та фармації. Донецьк: Кашан; 2010, с. 205.

10. Боєнко СК, Талалаєнко ІА, Боєнко ДС, Климов ЗТ, Мінаєв АА. Влияние внутриноссовых структур на течение хронического дакриоцистита. В: XI з'їзд оториноларингологів України; 2010 Трав. 17-19; Судак, АР Крим; 2010, с.38-39. *(Дисертантом проведено клініко-інструментальні обстеження, лікування та спостереження хворих, аналіз та статистичну обробку даних, написання тез).*

11. Боєнко СК, Климов ЗТ, Боєнко ДС, Талалаєнко ІА, Сорока ЛВ, Мінаєв АА. Эндоскопическая хирургия осложненных форм гнойного дакриоцистита. В: XI з'їзд оториноларингологів України; 2010 Трав. 17-19; Судак, АР Крим; 2010, с.37. *(Дисертантом проведено клінічне обстеження та спостереження хворих, участь у підготовці доповіді)*

12. Мінаєв А.А., Пернаков Н.С. Компьютерная томография в предоперационном обследовании пациентов с хроническим дакриоциститом. В: Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної медицини, стоматології та фармації. Донецьк: Кашан; 2011, с.161. *(Дисертантом проведено інструментальні обстеження та спостереження хворих, підготовка тез).*

13. Боєнко СК, Боєнко ДС, Климов ЗТ, Талалаєнко ІА, Мінаєв АА. Значение изменений внутриноссовых структур в патогенезе хронического дакриоцистита. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2011;3-с:39-40. *(Дисертантом проведено клініко-інструментальні обстеження, лікування та спостереження хворих, аналіз та статистичну обробку даних, написання тез).*

14. Боєнко СК, Боєнко ДС, Климов ЗТ, Мінаєв АА. Хирургическая тактика при хроническом гнойном дакриоцистите. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2011;5-с:17-18. *(Дисертантом проведено клініко-інструментальні обстеження хворих, лікування та спостереження, аналіз та статистичну обробку даних, написання тез).*

15. Боєнко СК, Боєнко ДС, Мінаєв АА. Особенности калькуллезного дакриоцистита. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2013;3-с:33-34. *(Дисертантом проведено клініко-інструментальні обстеження, лікування та спостереження хворих, аналіз та статистичну обробку даних, написання тез, підготовка стендової доповіді).*

16. Боєнко СК, Боєнко ДС, Мінаєв АА, Платонов АС. Эндоназальное эндоскопическое хирургическое лечение хронического гнойного дакриоцистита. Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2014;3-с:16-17. *(Дисертантом проведено клініко-інструментальні обстеження, лікування та спостереження хворих, аналіз та статистичну обробку даних, написання тез).*

17. Заболотний ДІ, Мінаєв ОО. Хронічний дакриоцистит: клініко-рентгенологічні паралелі. Scientific Collection «InterConf». 2020 Dec;2(38):913-

922. Available from: <https://interconf.top/documents/2020.12.16-18.pdf>. (Дисертацією проведено відбір хворих, клініко-інструментальні обстеження, лікування та спостереження, аналіз та статистичну обробку даних, написання статті).

Патенти:

18. Боєнко СК, Климов ЗТ, Боєнко ДС, Мінаєв ОО, винахідники; патенто-власники. Спосіб ендоназального ендоскопічного оперативного лікування хронічного гнійного дакриоцистити. Патент України № 53616. 2010 Жовт. 10. (Дисертацією підготовлено та оформлено патент).

19. Боєнко ДС, Мінаєв ОО, винахідники; патенто-власники. Спосіб визначення топографо-анатомічних взаємовідносин слізного мішка з оточуючими структурами. Патент України № 66910. 2012 Січ. 25. (Дисертацією підготовлено та оформлено патент).

Монографія (у співавторстві):

20. Думанський ЮВ, Заболотний ДІ, Боєнко СК, Шлопов ВГ, Савченко ОО, Климов ЗТ, Боєнко ДС, Луцький ІС, Гавриш ОВ, Гладкова НО, Мінаєв ОО. Функціональна ендоскопічна ринохірургія. Донецьк: Норд-прес; 2010. 235 с. (Дисертацією підготовлено та написано главу монографії).

АНОТАЦІЯ

Мінаєв О.О. «Підвищення ефективності ендоназального хірургічного лікування хворих з непрохідністю слъзовідвідних шляхів при хронічному гнійному дакриоциститі». – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.19 – оториноларингологія. – ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», Київ, 2021.

Дисертація присвячена проблемі підвищення ефективності лікування хворих із хронічним дакриоциститом шляхом удосконалення методів діагностики та ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування.

Дисертація базується на комплексному клініко-інструментальному дослідженні стану слъзовідвідних шляхів, порожнини носа та навколоносових пазух, функції слъзовідведення, слизової оболонки порожнини носа у ділянці дакриориностоми та якості життя пацієнтів з хронічним дакриоциститом до та після різних модифікацій ендоназальної ендоскопічної дакриориностомії (ЕЕДЦРС). Хворим досліджуваної групи (45 осіб) ЕЕДЦРС була здійснена за розробленою методикою, пацієнтам групи порівняння (36 осіб) – за розробленою методикою та з встановленням в зону дакриориностоми провідника з полівінілхлориду (ПВХ), хворим контрольної групи (28 осіб, архівний матеріал) ЕЕДЦРС виконувалась за традиційною методикою: зі збереженням і пластичним укладанням викроєних клаптів слизової оболонки порожнини носа і слізного мішка та з встановленням ПВХ-провідника.

Розроблено спосіб визначення топографо-анатомічних взаємозв'язків слізного мішка з оточуючими структурами, який дозволив ефективно планувати спрямованість й обсяг хірургічного втручання, в «оптимальній» локації формувати «кісткове вікно», швидко ідентифікувати слізний мішок, що призводить до меншої травматизації та кровоточивості оточуючих тканин і кращої інтраопераційної візуалізації хірургічного поля.

Розроблено ощадний спосіб ендоназального ендоскопічного хірургічного лікування хронічного гнійного дакриоцистити, який дозволяє уникати застою й нагноєнню сльози, здійснювати її пасаж рівномірним і безперешкодним, сприяючи мінімізації процесу рубцювання на ділянці дакриориностоми.

Встановлено, що застосування розробленої методики хірургічного лікування хронічного дакриоцистити сприяло достовірному зменшенню (більше ніж у 2 рази) ступеню набрякості слизової оболонки і утворення кірок, а також кількості пацієнтів зі слизовими виділеннями в ділянці дакриориностоми на 7-у добу після операції порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

Встановлено, що використання розробленої методики ендоназальної ендоскопічної дакриоцисториностомії дозволяє досягнути стійкої ремісії у 97,8 % пацієнтів з хронічним дакриоциститом, що на 12,1 % вище порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). Поєднане застосування розроблених методик діагностики і лікування хронічного дакриоцистити (ХД) дозволяє уникнути місцевих ускладнень з боку порожнини носа та очного яблука ($p < 0,05$). Ощадний доступ до слізного мішка та швидке й стійке відновлення сльозовідведення сприяло статистично значущому підвищенню якості життя пацієнтів (за опитувальником SNOT-20) протягом усього післяопераційного періоду спостереження ($p < 0,05$).

Ключові слова: ендоназальна ендоскопічна дакриоцисториностомія, ефективність лікування, комп'ютерна томографія, функція сльозовідведення, хронічний дакриоцистит.

АННОТАЦІЯ

Минаев А.А. «Повышение эффективности эндоназального хирургического лечения больных с непроходимостью слёзоотводящих путей при хроническом гнойном дакриоцистите». – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.19 – оториноларингология. – ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», Киев, 2021.

Диссертация посвящена проблеме повышения эффективности лечения больных с хроническим дакриоциститом (ХД) путем усовершенствования методов диагностики и эндоназального эндоскопического хирургического лечения.

Диссертация базируется на комплексном клинико-инструментальном исследовании состояния слёзоотводящих путей, полости носа и околоносовых пазух, функции слёзоотведения, слизистой оболочки полости носа в области дакриориностоми и качества жизни пациентов с хроническим дакриоциститом до и после разных модификаций эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии (ЭЭДЦРС). Больным исследуемой группы (45 человек) ЭЭДЦРС была осуществлена по разработанной методике, пациентам группы сравнения (36 человек) – по разработанной методике и с установкой в зону дакриориностоми проводника из поливинилхлорида (ПВХ), больным контрольной группы (28 человек, архивный материал) ЭЭДЦРС выполняли по традиционной методике: с сохранением и пластической укладкой выкроенных лоскутов слизистой оболочки полости носа и слезного мешка и с установкой ПВХ-проводника.

Разработан способ определения топографо-анатомических взаимоотношений слезного мешка с окружающими структурами, который позволяет эффективно планировать направленность и объем хирургического вмешательства, в «опти-

мальной» локации формировать «костную окно», быстро идентифицировать слезный мешок, что приводит к меньшей травматизации и кровоточивости окружающих тканей и лучшей интраоперационной визуализации хирургического поля (1-2-й степени по шкале А.Р. Voezaart у более 90 % больных).

Разработан щадящий способ эндоназального эндоскопического хирургического лечения хронического гнойного дакриоцистита, который позволяет избежать застоя и нагноения слезы, осуществлять ее пассаж равномерным и беспрепятственным, способствуя минимизации процесса рубцевания на участке дакриориностомы.

Уточнены данные о разнообразии сопутствующей ринологической патологии у больных с ХД, она наблюдалась у 85,3% пациентов: искривление носовой перегородки различных вариантов и степени у 71,6% больных, гипертрофия нижних носовых раковин – у 59,6% пациентов, патология средней носовой раковины и крючковидного отростка – у 5,5% и 6,4% больных, соответственно, гиперпневматизация клеток *agger nasi* – у 14,7% пациентов, воспалительная патология околоносовых пазух – 38,5% случаев. Такое разнообразие патологии значительно влияет на течение хронического дакриоцистита.

Установлено, что применение разработанной методики хирургического лечения ХД способствовало достоверному уменьшению (более чем в 2 раза) степени отека слизистой оболочки и образования корок, а также количества пациентов со слизистыми выделениями в области дакриориностомы на 7-е сутки после операции по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Установлено, что использование разработанной методики эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии позволяет достичь стойкой ремиссии у 97,8% пациентов с ХД, что на 12,1% выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Сочетанное применение разработанных методик диагностики и лечения ХД позволяет избежать местных осложнений со стороны полости носа и глазного яблока ($p < 0,05$). Щадящий доступ к слезному мешку и быстрое и стойкое восстановление слёзоотведения способствовало статистически значимому повышению качества жизни пациентов (согласно опроснику SNOT-20) в течение всего послеоперационного периода наблюдения ($p < 0,05$).

Впервые проведено дифференциальное исследование функции слёзоотведения пациентов после перенесенных различных модификаций ЭЭДЦРС. Выявлено, что восстановление слёзоотведения достоверно быстрее происходило у больных, которым выполняли предложенную щадящую ЭЭДЦРС, где уже с 3-х суток после операции функция слёзоотведения в 2,2 раза была лучшей по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Через 1 месяц после хирургического вмешательства у 89,3% пациентов исследуемой группы функция слёзоотведения была положительной, что составило достоверно лучший результат, чем в контрольной группе (60,7% больных, $p < 0,05$). Установлено, что ухудшение функции слёзоотведения, а также ее негативные результаты чаще случаются с 3-го по 6-й мес. после перенесенной дакриоцисториностомии.

Ключевые слова: компьютерная томография, функция слёзоотведения, хронический дакриоцистит, эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия, эффективность лечения.

SUMMARY

Minayev O.O. "Improved treatment efficacy in endonasal surgery of patients with obstruction of the nasolacrimal ducts in chronic purulent dacryocystitis."- On the rights of the manuscript

Dissertation for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.19 – otorhinolaryngology. – State Institution "Institute of Otolaryngology named after Prof. O.S. Kolomiychenko NAMS of Ukraine", Kyiv, 2021.

The dissertation is dedicated to the problem of increasing the efficiency of treatment of patients with chronic dacryocystitis by improving methods of diagnosis and endonasal endoscopic surgical treatment.

The thesis is based on the complex clinical and instrumental study of the nasolacrimal passages, nasal cavity and paranasal sinuses, lacrimal drainage function, nasal mucosa in the dacryorhinostoma' area and life quality of patients with chronic dacryocystitis before and after various modifications of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy (DCR). Patients of the investigated group (45 patients) underwent DCR according to the developed technique; patients of the control group (36 patients) underwent DCR according to the developed technique with placing of PVC-conductor into dacryorhinostoma' zone; patients of the control group (28 patients, archival material) underwent DCR according to the traditional technique: with preservation and plastic conclusion of the excised mucosal flaps of the nasal cavity and lacrimal sac and with installation of a PVC-conductor.

A method for determining the topographic and anatomical relationship of the lacrimal sac with the surrounding structures has been developed, making it possible to effectively plan the direction and volume of surgical intervention, form a "bone window" in the "optimal" location, quickly identify the lacrimal sac, resulting in less trauma and hemorrhaging of the surrounding tissues and better intraoperative visualization of the surgical field.

The saving method of endonasal endoscopic surgical treatment of chronic purulent dacryocystitis has been developed, which allows to avoid stagnation and suppuration of tears, to carry out its passage evenly and unobstructed, contributing to minimize the scarring process on the dacryorhinostoma. It is established that application of the developed method of surgical treatment of chronic dacryocystitis contributed to significant decrease (more than 2 times) of mucous membrane edema and crusts formation as well as the number of patients with mucous discharge in the dacryorhinostoma' area on the seventh day after operation in comparison with the control group ($p < 0,05$). The use of the developed technique of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy has been found to achieve stable remission in 97,8% of patients with chronic dacryocystitis that is 12,1% higher in comparison with the control group ($p < 0,05$). Combined application of the developed techniques of diagnostics and treatment of chronic dacryocystitis avoids local complications of the nasal cavity and the eye ball ($p < 0,05$). The saving access to the lacrimal sac and fast and stable restoration of the lacrimal passage contributed to the statistically significant improvement of patients' quality of life (according to the SNOT-20 questionnaire) during the whole postoperative follow-up period ($p < 0,05$).

Keywords: endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy, treatment efficacy, computed tomography, tear drainage function, chronic dacryocystitis.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ХД	– хронічний дакриїцитит
ННП	– навколоносові пазухи
СВШ	– слъзовідвідні шляхи
СНР	– середня носова раковина
КТ	– комп'ютерна томографія
ПВХ	– полівінілхлорид
ЕЕДЦРС	– ендоназальна ендоскопічна дакриїцисториностомія
SNOT-20	– Sinonasal outcome test-20