

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕШЕНИЯ

Г. И. ГАРЮК, Т. В. ПОЧУЕВА, Е. А. КУЛИКОВА, Ю. В. ЛОЗОВАЯ

Проанализированы данные архивного материала по заболеваемости детей острым средним отитом. Выявлено, что в самой большой группе пациентов диагностирована гнойная форма, несколько ниже показатели при секреторном и вирусном процессах. Среди осложнений чаще встречаются мастоидит, острая сенсоневральная тугоухость, ликворно-гипертензионный и интоксикационный синдромы. Обоснована необходимость применения наряду с отоневрологическим исследованием инструментальных методов для выявления скрытых нарушений функции вестибулярного анализатора.

Ключевые слова: острый средний отит, частота, осложнения, вестибулярные расстройства, дети.

MAIN ISSUES OF CHILDREN'S INCIDENCE OF ACUTE OTITIS MEDIA AND PROSPECTS TO SOLVE THEM

H. I. HARIUK, T. V. POCHUIEVA, O. O. KULIKOVA, Yu. V. LOZOVA

The data of archival records on the incidence of acute otitis media in children have been analyzed. It was found that in the largest group the patients were diagnosed with a purulent form, slightly lower rates of secretory and viral processes. Complications included mastoiditis, acute sensorineural hearing loss, cerebrospinal fluid and intoxication syndromes. The necessity of application along with otoneurological research of instrumental methods for detection of latent disturbances of function of the vestibular analyzer has been substantiated.

Key words: acute otitis media, frequency, complications, vestibular disorders, children.

Надійшла 05.11.2020

ДАКРІОЦИСТИТИ ЯК ОТОЛАРИНГОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА: ВЛАСНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ

С. О. САМУСЕНКО¹, доц. І. В. ФІЛАТОВА²

¹ КПН «Міська клінічна лікарня № 30» ХМР, Харків,

² Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Проаналізовано актуальну проблему хірургічного лікування дакріоциститів в отоларингологічній практиці. Досліджено характеристики контингенту хворих, основні риногенні фактори та особливості перебігу дакріоциститів. Показано ефективність індивідуального підходу до планування операції за загально визнаною методикою. Установлено основні критерії ефективності етапів хірургічного лікування.

Ключові слова: дакріоцистит, ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія, риногенні чинники, стентування, хірургічне лікування, епіфора, слъзотеча.

Завдяки технічному прогресу у медичну практику впроваджуються нові сучасні інструментальні методи, що сприяє підвищенню ефективності діагностики та лікування захворювань, в тому числі й ЛОР-органів [1–3]. Але проблемними залишаються питання лікування пацієнтів із захворюваннями на межі кількох спеціальностей, зокрема отоларингології та офтальмології,— патології си-

стеми слізівідведення [4–7]. Показник кількості таких пацієнтів становить близько 10% на амбулаторному офтальмологічному прийомі, до 20% — у стаціонарі й 2% — серед хворих отоларингологічних відділень [8–10]. Визначено досить високу питому вагу (від 18 до 24%) посттравматичних дакріоциститів (ДЦ) із неоднорідною структурою, за якою травми серединної зони обличчя

та ураження слізопровідної системи становлять до 16%, а так звані ятрогенні посттравматичні ДЦ діагностуються у 4,25% випадків [11–14]. У дітей вроджені дакриоцистити в 1,5% випадків можуть пререходити внаслідок повторних втручань у категорію посттравматичних. Актуальність ефективного лікування патології слізівідведення зумовлена перш за все необхідністю попередження розвитку таких ускладнень, як гнійна виразка рогової, флегмона слізного міхура, орбіти, тромбофлебіт орбітальних вен та кавернозного синуса, сепсис, внутрішньочерепні ускладнення [15].

Соціальна значущість патології шляхів слізівідведення визначається її доволі високою питомою вагою в осіб працездатного віку, впливом основного симптому – слъзотечі (епіфори) на вибір професії, працездатність, психологічний стан у зв'язку із косметичним дефектом [16]. За затвердженим протоколом надання медичної допомоги хворим на ДЦ працездатність вважається зниженою ще протягом двох-трьох тижнів після виписки зі стаціонару з рекомендаціями щодо огляду та промивання слізівідвідних шляхів (СВШ) через тиждень після виписки при гострому ДЦ та через два тижні при його хронічному перебігу [17].

Достатня увага приділяється патології вертикального відділу, у тому числі й ДЦ. Хоча не існує одностайної думки, але більшість дослідників вважає, що патологія порожнини носа і біляносних пазух може спричинити порушення слізівідведення [10, 18–20]. За даними А. Ж. Байменова [21], В. А. Насирова [22], питома вага хронічного ДЦ на тлі патології порожнини носа становить близько 26,0%, із них 2,8% – у поєднанні із синуситами і в 23,0% – на тлі змін архітекτονіки (викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин тощо). У цих випадках безпосередній перехід слизової оболонки порожнини носа в носослізну протоку, наявність їх судинного зв'язку із густим венозним сплетінням біля отвору під нижньою мушлею, виключення присмоктувальної функції через порушення носового дихання є анатомо-фізіологічними передумовами виникнення ДЦ, його торпідності до лікування та рецидивів [18]. Установлено також, що при непрохідності СВШ ураження слизової оболонки має генералізований характер [23].

Отже, виникає низка актуальних питань у лікуванні ДЦ: чи треба долучати до лікування отоларинголога, в який термін (або на якому етапі), в якому обсязі, яким має бути алгоритм надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги? Важливими є подальший нагляд та взаємодія з офтальмологом, оскільки риногенні чинники індукованої патології слізівідведення здатні сприяти рецидивам, розвитку ускладнень та знизити ефективність хірургічного лікування. На теперішній час чинним протоколом надаються загальні рекомендації щодо консультації отоларинголога: «у разі потреби», без подальшого роз'яснення [17].

Наявність зазначених риногенних анатомо-фізіологічних та патофізіологічних передумов

розвитку та хронізації ДЦ обумовлює доцільність вибору отоларингологом хірургічної тактики лікування, навколо якої теж точаться певні дискусії. Обговорюється вибір методики операції залежно від положення та змін слзного міхура, ефективність ендоназальної дакриоцисториностомії (ДЦР) за різними авторами, доцільність формування дакриостоми та стентування, строки та обсяги корекції внутрішньоносних структур, тактика післяопераційного ведення хворих. Для підвищення ефективності хірургічного лікування ДЦ розробляються і пропонуються оригінальні авторські методики та схеми [4, 10, 18, 21, 22, 24–26]. На цьому тлі практично одностайною є думка фахівців про перевагу методики ендоназальної ендоскопічної ДЦР, яка повинна або виконуватись отоларингологом самостійно, або офтальмологом із залученням отоларинголога.

Мета цього дослідження – визначити актуальність проблеми лікування хворих із ДЦ в отоларингологічній практиці, дослідити особливості цього контингенту, тактику хірургічного лікування і післяопераційного ведення таких пацієнтів. У КНП «Міська клінічна лікарня № 30» Харківської міської ради у період 2010–2018 рр. на лікуванні перебували 107 пацієнтів віком від 5 до 81 року із діагнозом «ДЦ» (рис. 1).

Характерною виявилася стійка тенденція зростання кількості пацієнтів із ДЦ починаючи з 2014 р. Це пов'язано із розпочатою в 2010 р. активною співпрацею отоларингологів клініки з офтальмологами Міської клінічної лікарні № 14 і опануванням ними методики ендоназальної ендоскопічної ДЦР [21]. Слід відзначити відсутність серед контингенту хворих дітей до 1 року. Оскільки ДЦ новонароджених підлягає консервативному лікуванню, то відсутність таких пацієнтів достовірно свідчить про його ефективність на рівні первинної ланки надання медичної допомоги [27].

У дослідженні взяли участь 38 (35,5%) чоловіків та 59 (64,5%) жінок (рис. 2).

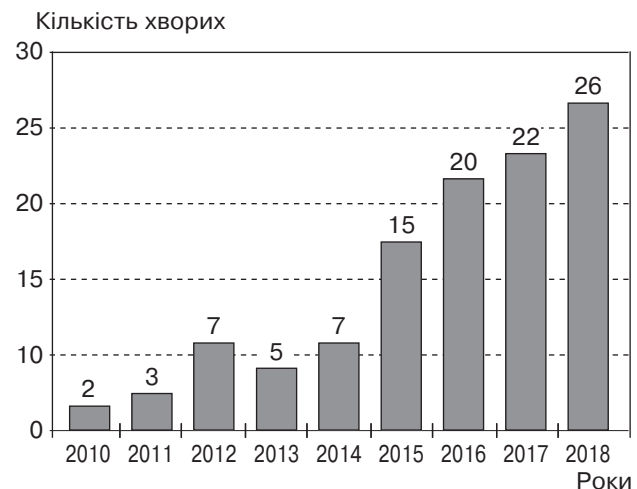


Рис. 1. Динаміка кількості хворих на дакриоцистити, яких було проліковано в КНП «Міська клінічна лікарня № 30» Харківської міської ради за період 2010–2018 рр.

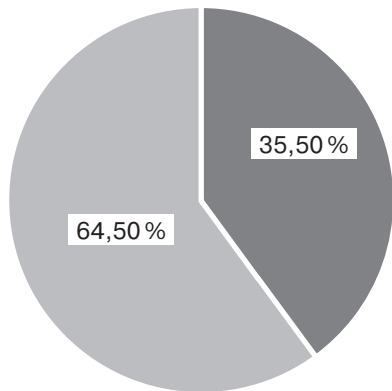


Рис. 2. Розподіл пацієнтів із дакриоциститами за статтю: ■ – чоловіки; □ – жінки

Розподіл обстежених за статтю підкреслює коректність контингенту пацієнтів у дослідженні, оскільки, за даними літератури, серед хворих на ДЦ переважають жінки [21]. Переважну більшість (72,8%) становили працездатні хворі віком від 20 до 60 років (рис. 3).

У найбільшій кількості (73,8%) пацієнтів тривалість анамнезу хвороби – до п'яти років, із них у 41,1% випадку вона перевищувала два роки. Але в жодному випадку тривалість ДЦ не була менше трьох місяців, тобто за загальними критеріями і у всіх хворих було діагностовано хронічну форму (рис. 4).

Особливістю перебігу хвороби у 81 (75,7%) пацієнта на момент звернення до отоларинголога була наявність повторних епізодів лікування у офтальмолога, тобто запалення було рецидивуючим. Із усього контингенту 69 (64,5%) хворих було скеровано офтальмологом, а саме: після розтину флегмони слізного міхура – у 9 випадках, після неефективної консервативної терапії та бужування – у 35, на хірургічне лікування направлено 33 особи. Самостійно обрали медичний маршрут 16 пацієнтів, які спиралися на відомості та відгуки з інтерактивних джерел.

Поміж етіологічних чинників ДЦ при теперішньому зверненні найчастіше визначалися механічна травма (автомобільна, побутова, виробнича) – у 34,5% випадків, неодноразово проведене бужування – у 28,9%, операції на біляносових пазухах (гайморотомія, гайморотомія за Денкером) – у 11,2%, неефективна ДРЦ зовнішнім доступом – у 16,8% та «без встановленої причини» – у 8,4%. Останню групу становили 9 осіб похилого віку (старші за 70 років), у яких за відсутності інших скарг розвинулася клініка флегмонозного ДЦ (рис. 5).

У 71,4% хворих клініка була характерною для ДЦ: скарги на сльозотечу, припухлість коло внутрішнього кута ока та повік, гіперемію шкіри різного ступеня вираженості, гнійні виділення при натисканні на медіальний кут ока спостерігалися у 37,4% випадків. У 28 пацієнтів перебіг захворювання був ускладнений післяопіковою деформацією повік, рубцевими змінами верхньої повіки із поширенням на скат носа, деформацією

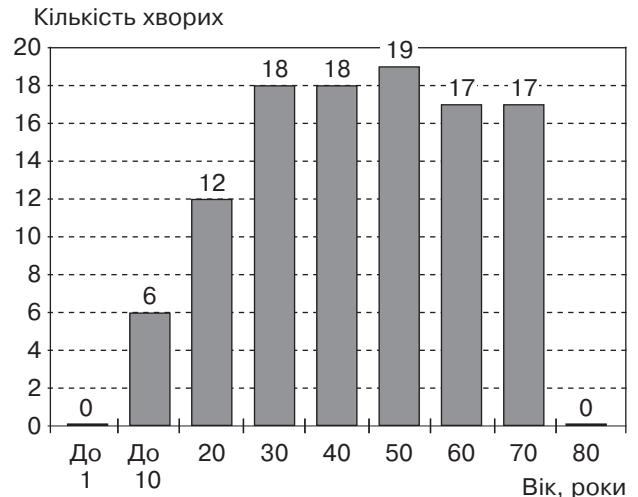


Рис. 3. Розподіл пацієнтів із дакриоциститами за віком

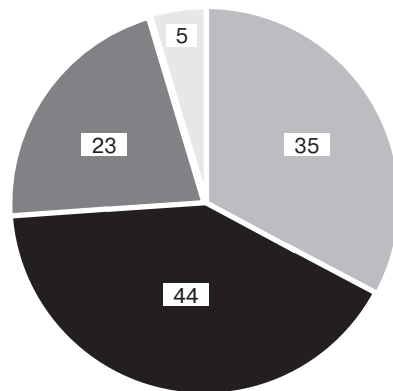


Рис. 4. Тривалість анамнезу захворювання у пацієнтів із дакриоциститами: □ – 6–12 місяців; ■ – 1–5 років; ■ – 5–10 років; □ – понад 10 років

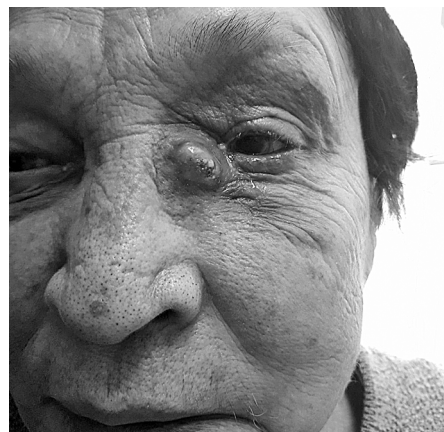


Рис. 5. Приклад флегмонозного дакриоциститу у пацієнтки

зовнішнього носа, уламковим переломом кісток носа, формуванням на скаті носа некротичної поверхні на тлі остеопорозу, заростанням слізної крапки, масивними синехіями в порожнині носа, захворюванням крові (мієлолейкоз).

Під час обстеження застосовували та аналізували ефективність використання таких методик: зондування слізно-носових каналів із наступним контрастуванням водорозчинним контрастом (тріомбраст) і проведення візуалізації за допомогою рентгенографії та/або спіральної комп'ютерної томографії (СКТ). Поєднання цих досліджень дало змогу визначити локалізацію, розміри та стан слізного міхура і слізопровідної системи. Установлено дилатацію міхура різного ступеня у 41 хворого (із вмістом конкрементів у чотирьох випадках) (рис. 6), стеноз слізних каналців — у 10, флегмонозний ДЦ — у 5, поєднання посттравматичної деформації лицевого скелета — у 8. Дислокація міхура спостерігалася у 21 (19,6%) хворого. Усім пацієнтам на етапі обстеження проводилась оптична ригідна риноскопія, за допомогою якої виявлено характер риногенних чинників захворювання.

Особливістю обстежених хворих була наявність у понад 80% випадків змін у порожнині носа із досить високим показником хронічного запалення як її самої, так і біляносових пазух порівняно з літературними даними, що, можливо, зумовило неефективність попереднього лікування. Пацієнтам із загостренням хронічного риносинуситу на першому етапі проводилися санація навколоносових пазух та антибактеріальна терапія.

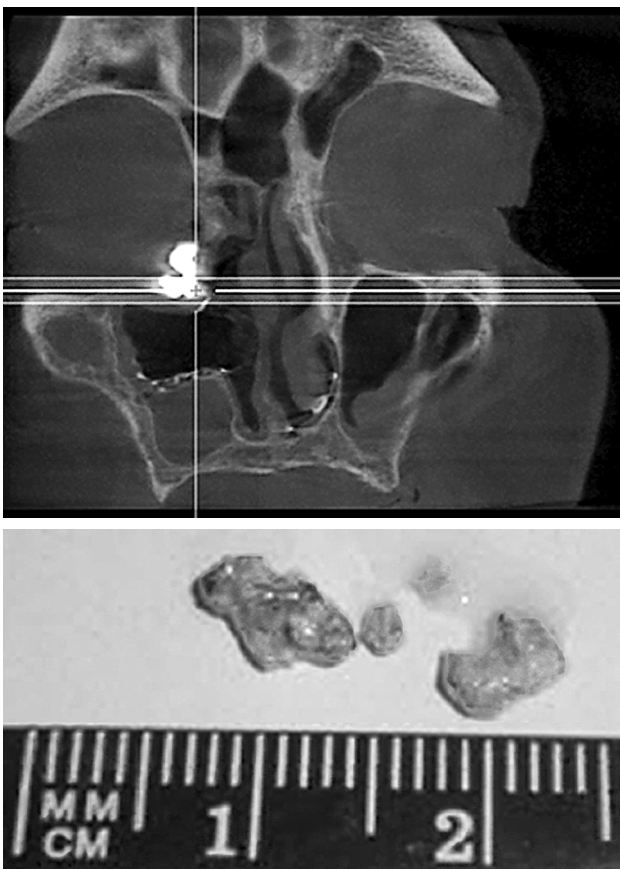


Рис. 6. Калькульозний дакриоцистит на тлі прооперованої за Денкером верхньощелепної пазухи та видалені під час дакриориноцистомії конкременти

Оскільки у всіх хворих було діагностовано хронічний ДЦ і переважна більшість із них уже отримала консервативне лікування, то методом вибору для них стала операція ендоназальної ендоскопічної ДЦР. Оперативне втручання виконувалося під загальним ендотрахеальним наркозом із використанням севорану або під місцевою інфільтраційною анестезією та внутрішньовенною седациєю. При вирішенні питання вибору наркозу враховували вік хворого, супровідну соматичну патологію, передбачений обсяг оперативного втручання (необхідність корекції внутрішньоносових структур, обсяг та вид корекції). Коли планували ДЦР за ендоназальною методикою, за основу брали класичну операцію Веста в модифікації Боштейна, але виконували етапи втручання (резекція слизової оболонки порожнини носа, резекція кісткової стінки над слізним міхуром та резекція внутрішньої стінки слізного міхура) обов'язково з урахуванням комплексу індивідуальних факторів, які зумовлювали особливості захворювання.

Усі хірургічні втручання на слізному міхурі проводилися з використанням радіохвильової енергії (апарат Surgitron-120 у режимі розрізання та коагуляції) та шейверної системи.

Корекція внутрішньоносових структур й одночасно перший етап ДЦР виконувалися як такі втручання: розсічення синехій (12 випадків), підслизова резекція носової перегородки (у деяких пацієнтів — часткова (53)), видалення передніх гіпертрофованих ділянок середньої носової раковини (39), а також кісткових секвестрів (6). П-подібний розріз слизової оболонки основою донизу виконувався попереду середньої носової раковини або після часткової резекції її переднього кінця відповідно до даних обстеження про розташування слізного міхура (86 хворих). Ретельно дотримуючись рекомендованих розмірів (не менше ніж 10 × 0,6–10,0 мм), ми моделювали клапоть таким чином, щоб він легко і природно міг бути відхилений донизу. В 21 випадку на тлі флегмонозного ДЦ та посттравматичних змін викроїти клапоть не вдалось, було виконано висічення клаптя як етап формування «простой ДЦР». Далі на другому етапі шейверною системою в лобному відростку верхньої щелепи та слізній кістці ми сформували «вікно» у повній відповідності до розмірів клаптя слизової оболонки. Зондуванням слізного міхура уточнювали його положення та розміри, обов'язково за необхідності проводили корекцію кісткового «вікна». Розтин слізного міхура супроводжувався аспірацією вмісту, формуванням П-подібного клаптя основою донизу із подальшою пластикую риностоми або висіченням стінки слізного міхура (69 та 38 хворих відповідно). П-подібний клапоть слизової оболонки порожнини носа розташовували до утвореної риностоми і фіксували за допомогою шва у третини пацієнтів (35 випадків). У переважній більшості спостережень застосування радіохвильової енергії дає змогу практично без крові сформувати клапоть, який легко займає необхідне положення і не потребує фіксації (рис. 7).

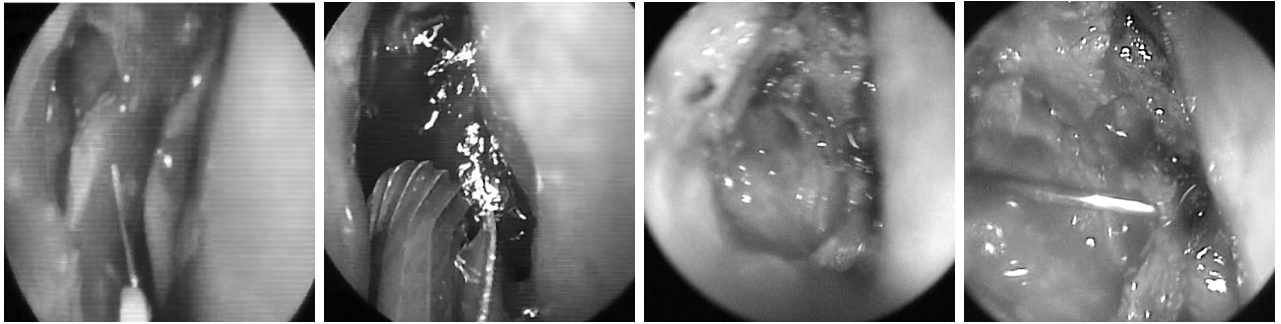


Рис. 7. Етапи проведення ендоскопічної дакриоцистостомії



Рис. 8. Результат стентування після дакриоцистостомії

На завершальному етапі зондом Боумена № 3 здійснювали зондування переважно через нижню слізну точку (у 14 хворих виконано пластику нижньої слізної точки), проводили промивання СВШ антисептиками або тобрадексом із наступною катетеризацією та фіксацією катетера в порожнині носа або стентування силіконовою ниткою (у 19,8% випадків виконано біканалікулярне стентування). Показанням для катетеризації та проведення стентування були наявність в анамнезі травми серединної зони лица із деформацією кісткових структур, синехіями в порожнині носа та попередні ДЦР, а також вік хворих старше за 50 років при невиконанні коригуючої операції на носовій перегородці. Катетеризацію виконано у 68 хворих. Катетер замінювали ниткою (епілон № 4) через 2–4 дні після операції. При визначенні терміну видалення стенту орієнтувалися на строки репарації [29, 30] і проводили його на 6–14-ту добу (рис. 8).

Операцію закінчували розташуванням у порожнині носа тампона Мегосел, який видаляли на другу добу після операції. Якщо стентування не було, у перший тиждень щоденно виконували ендориноскопічний туалет порожнини носа та риностоми із видаленням фібринозних нашарувань і санацією.

У результаті описаного алгоритму лікування відсутність епіфори та рецидивів у строки від 1 до 7 років спостерігалася у 88 (82,2%) хворих, рецидив та поширення процесу на протилежне око зафіксовано в 11 (10,3%). Поодинокі рецидиви, які не потребували повторного оперативного

втручання і проходили після консервативного лікування, зареєстровано у 8 пацієнтів.

Таким чином, хворі із ДЦ, які отримують консультацію і лікування у отоларинголога, становлять різномірний за етіологічними чинниками контингент. Його характерними особливостями є висока питома вага посттравматичних ушкоджень (у тому числі ятрогенних після неефективного консервативного та хірургічного лікування), наявність особливостей архітекtonіки порожнини носа та хронічного запалення. Визначено, що отоларинголог долучається до лікування таких хворих у більш пізні терміни, коли запалення слізного міхура стає хронічним, а попередні неефективні маніпуляції та відсутність адекватної корекції станів у порожнині носа сприяють рецидивуючому перебігу та здатні значно погіршити перспективи ендоназальної ендоскопічної ДЦР. За нашими даними, переважна більшість хворих із хронічним ДЦ потребують консультації отоларинголога та проведення обстеження за наведеним обсягом. На нашу думку, отоларинголог повинен долучатися до лікування хворих із патологією СВШ за такою схемою (рис. 9).

На сучасному етапі надання спеціалізованої отоларингологічної допомоги лікування хворих із ДЦ є актуальною проблемою, рішення якої має суто організаційний характер. Отже, доцільно визначити показання для консультації отоларинголога і проводити її на ранніх етапах лікування та в кожному випадку хронічного ДЦ, запровадити у буденну практику ендоскопічне дослідження порожнини носа хворих, сприяти оснащенню

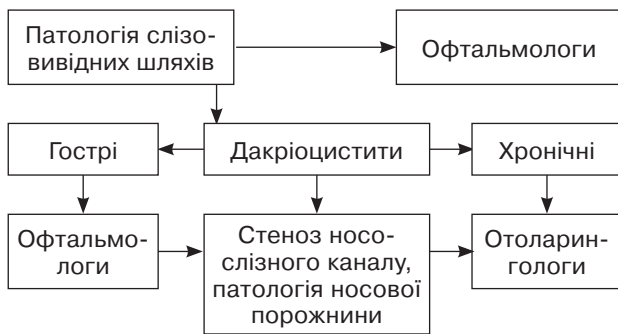


Рис. 9. Порядок залучення отоларингологів до лікування хворих із дакриоциститом

отоларингологічних стаціонарів обладнанням для проведення ендоскопічних ДЦР, заохочувати отоларингологів до опанування методикою виконання ендоназальних ендоскопічних втручань загалом та на системі слізовідведення зокрема. Базуючись на класичних оперативних методиках, доцільно розробляти тактику ендоназальної ендоскопічної ДЦР індивідуально для кожного хворого із проведеним одномоментною корекцією внутрішньоносових структур. Техніку проведення основних

етапів операції визначають у тому числі за наявним медичним обладнанням, особистими уподобаннями, досвідом та навичками лікаря, які забезпечують можливість адекватного індивідуального планування ДЦР та гнучкої тактики її виконання з огляду на можливі особливості під час операції. Для ефективного виконання ДЦР визначальним є досягнення цілей кожного з етапів операції: отримання клаптя слизової оболонки порожнини носа достатніх розмірів на першому етапі, відповідність розмірів і положення кісткового «вікна» клаптя слизової оболонки — на другому та відсутність «карманів» слізного міхура і формування «похилого скату» риностоми — на третьому. При виконанні цих умов ефективність операції з формуванням клаптя, пластикою риностоми із стентуванням та «простої» ДЦР практично однакові. Використання радіохвильової енергії та шейверної системи значно полегшує виконання та поліпшує результати оперативного втручання і загоєння.

Дані дослідження є обґрунтуванням актуальності розробки індикаторів якості надання медичної допомоги пацієнтам із поєднаною ЛОР-патологією та прийняття міжгалузевих управлінських рішень.

Список літератури

1. *Khamidov B. Kh., Ochiliev M. B., Khudoerov N. Kh.* The significance of some physical methods to optimize the treatment process for diseases ear, throat and nose. European research: Innovation in science, education and technology. London, 2018. P. 142–143.
2. Хирургическое лечение заболеваний полости носа и околоносовых пазух с использованием КТ-навигации у детей / Н. С. Грачев и др. // Российская ринология. 2014. № 3 (70). С. 40–43.
3. *Косаківська І. А., Красько О. П.* Результати дослідження бактерицидної дії високочастотного струму при використанні біполярних отоларингологічних електроінструментів // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 2017. № 3. С. 68–69.
4. *Костровський А. Н., Костровська К. О.* Ефективність ендоназальної ендоскопічної дакриоцисториностомії з біканалікулярним дренажуванням // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 2018. №3. С. 54.
5. *Левуцька С. А.* Синдром німого синусу // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 2018. № 3. С. 61–62.
6. *Codere F., Denton P., Corona J.* Endonasal dacryocystorhinostomy: a modified technique with preservation of the nasal and lacrimal mucosa // Ophthal. Plast. Reconstr. Surg. 2010. Vol. 26, № 3. P. 161–164. doi: <https://doi.org/10.1097/iop.0b013e3181b80af6>
7. *Bharangar S., Singh N., Lal V.* Endoscopic Endonasal Dacryocystorhinostomy: Best Surgical Management for DCR // Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2012. № 64 (4). P. 366–369. doi: 10.1007/s12070-011-0345-0
8. *Шимко Ю. Н.* Оптимизация диагностики и лечения патологии слезоотводящей системы на поликлиническом этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03. Москва, 2011. 23 с.
9. *Валиева Г. Н.* Анализ заболеваемости, первичной обрацаемости и состава госпитализированных больных с патологией слезных органов // Проблемы современной офтальмологии: сб. науч. тр. Уфимского НИИ глазных болезней. Уфа, 2006. С. 88–89.
10. *Щурук О. З., Щурук Г. З., Щурук З. С.* Досвід хирургічного лікування наслідків стенозу або обструкції носослізного протоку різної етіології методом ендоназальної ендоскопічної дакриоцисториностомії // Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 2018. № 1. С. 83–86.
11. *Ободов В. А.* Травматические дакриоциститы // Эндоскопическая хирургия. Вестн. Оренбургск. гос. ун-та. 2009. № 12. С. 105–108.
12. *Порицкий Ю. В., Бойко Э. В.* Диагностика и хирургическое лечение заболеваний и поврежденный слезоотводящих путей. СПб, 2013. С. 54–59.
13. Ятрогенії, обумовлені помилками та погрішностями в обстеженні хворих з ЛОР-патологією / Р. А. Абизов, Я. В. Шкоба, В. Р. Абизов, О. В. Бухенко // Оториноларингологія. 2019. № 1 (2). С. 5–6.
14. Особенности лечения переломов стенок лобных пазух у пациентов с травматическими повреждениями лицевого скелета / Р. Н. Падалка и др. // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. 2016. № 5. С. 100.
15. *Ободов В. А., Борзенкова Е. С., Шляхтов М. И.* Отдаленные результаты эндохирургического лечения флегмон слезного мешка // Сибирское медицинское обозрение. 2006. № 5. С. 61–62.
16. Изучение качества жизни пациентов при проведении офтальмохирургических вмешательств /

- А. В. Малышев и др. // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. С. 440.
17. Протокол надання медичної допомоги хворим з гострим дакриоциститом. Додаток до наказу МОЗ України від 15.03.2007 № 117. URL: <http://medstandart.net/browse/2336>
 18. *Безшапочний С. Б., Лобурець В. В.* Ощадлива ендомікроринохірургія в лікуванні порушень прохідності слезовідвідних шляхів // Ринологія. 2006. № 4. С. 26–33.
 19. *Безега Н. М., Ряднова В. В.* Оцінка методів та сучасний стан хірургічного лікування хронічного дакриоциститу // Актуальні проблеми сучасної медицини. 2018. Т. 18, вип. 3. С. 284–288. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2018_18_3_62
 20. *Моторный В. В., Малиновский Г. Ф.* Роль ринопатологии в этиологии слезотечения и заболевания слезоотводящих путей // Здоровоохранение Белоруссии. 1991. № 8. С. 22–24.
 21. *Байменов А. Ж.* Обоснование клинической эффективности малоинвазивных эндоназальных хирургических подходов к слезному мешку: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.03. Москва, 2017. 24 с.
 22. *Насыров В. А., Исламов И. М., Медведев М. А.* Современные тенденции в хирургическом лечении хронического гнойного дакриоцистита // Практическая медицина. 2012. № 6 (12). URL: <http://pmarchive.ru/sovremennye-tendencii-v-xirurgicheskom-lechenii-xronicheskogo-gnoinkgo-dakriocistita/>
 23. Морфологические особенности слизистой оболочки полости носа и слезного мешка при непроходимости слезоотводящих путей / Г. М. Никольская, Г. А. Абдурахманов, В. Г. Белоглазов Е. Л. Атькова // Вестн. офтальмологии. 2006. № 5. С. 10–12.
 24. Малоинвазивные вмешательства при дакриостенозе: современные тенденции / Е. Л. Атькова, В. Д. Ярцев, Н. Н. Краховецкий, А. О. Роот // Вестн. офтальмологии. 2014. Т. 130. № 6. С. 89–97.
 25. *Wang L., Chen D., Wang Z.* New technique for lacrimal system intubation // Am. J. Ophthalmol. 2006. Vol. 142. P. 252–258.
 26. Значення змін внутрішньоносових структур у патогенезі хронічного дакриоциститу і особливості ендоскопічного хірургічного лікування / С. К. Боенко, О. І. Климов, О. О. Талалаєнко, О. О. Мінаєв // Медицина транспорту України. 2010. № 3 (35). URL: http://www.mztu.com.ua/svizhij_nomer.php?nid=35
 27. *Барінова Н. П.* Дакриоцистити у дітей: сучасний алгоритм лікування. 2015. URL: <http://health-ua.com/wp-content/uploads/2015/11/28-29.pdf>
 28. Морфологический анализ процессов репарации в области дакриостомы после эндоскопической эндоназальной дакриоцисториностомии / Е. Л. Атькова и др. // Вестн. офтальмологии. 2016. № 6. С. 89–97.
 29. *Безшапочний С. Б., Лобурець А. В., Лобурець В. В.* Оптимізація ведення пацієнтів з хронічним риносинуситом, що зазнали ендоскопічного риносинусохірургічного втручання // Оториноларингологія. 2018. № 1 (1). С. 26.
 30. Outcomes after endoscopic dacryocystorhinostomy without mucosal flap preservation: Vijay // R. Ramakrishnan et al. // Amer. J. Rhinol. 2007. Vol. 21, № 6. P. 753–755. doi: <https://doi.org/10.2500/ajr.2007.21.3095>

www.imj.kh.ua

ДАКРИОЦИСТИТЫ КАК ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА: СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

С. О. САМУСЕНКО, И. В. ФИЛАТОВА

Проанализирована актуальная проблема хирургического лечения дакриоциститов в отоларингологической практике. Исследованы характеристики контингента больных, основные риногенные факторы и особенности течения дакриоциститов. Показана эффективность индивидуального подхода к планированию операции по общепризнанной методике. Установлены основные критерии эффективности этапов хирургического лечения.

Ключевые слова: дакриоцистит, эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия, риногенные факторы, стентирование, хирургическое лечение, эпифора, слезотечение.

DACRYOCYSTITIS AS AN OTOLARYNGOLOGICAL PROBLEM: OWN TREATMENT EXPERIENCE

S. O. SAMUSENKO, I. V. FILATOVA

The actual problem of surgical treatment of dacryocystitis in otolaryngological practice has been analyzed. The characteristics of the contingent of patients, main rhinogenic factors and features of the dacryocystitis course were studied. The effectiveness of an individual approach to surgery planning according to the generally accepted method has been shown. The main criteria for the effectiveness of the surgical treatment stages have been established.

Key words: dacryocystitis, endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy, rhinogenic factors, stenting, surgical treatment, epiphora, lacrimation.

Надійшла 20.07.2020