

МИКРОГАЙМОРОТОМИЯ – КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ УДАЛЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

В.А. Насыров – докт. мед. наук, профессор,

И.М. Исламов – канд. мед. наук, доцент,

А.А. Исмаилова – канд. мед. наук, ассистент,

Н.Н. Беднякова – аспирант

In this work authors are describe the most effective and less traumatic method of maxillary sinuses cystectomy.

Последние фундаментальные исследования, посвященные кистам околоносовых пазух и опубликованные в отечественной литературе за последние 20 лет, на удивление малочисленны. Однако эти публикации, а также наши наблюдения показывают, что данная патология встречается не столь редко.

Верхнечелюстная (гайморова) пазуха в качестве исходной локализации кист занимает первое место (96%) среди других околоносовых пазух [1, 2]. В 96,3% случаев кисты верхнечелюстных пазух являются одиночными и в подавляющем большинстве – односторонними. Выделяют четыре основных варианта локализации кист в полости верхнечелюстной пазухи: задненижняя стенка, нижнелатеральная стенка и скуловая кость, передняя и медиальная стенки и альвеолярная бухта, верхняя стенка и область естественного соустья [1].

Нередко кисты верхнечелюстных пазух протекают бессимптомно, однако при больших размерах они могут вызывать головную боль, нарушение носового дыхания и выделения из носа, парестезии.

Лечение кист верхнечелюстных пазух хирургическое. В последнее время большинство ринохирургов используют метод эндоскопического удаления кист (микрогайморотомия) [3]. Термин “микрогайморотомия”, широко используемый в настоящее время, означает наложение

отверстия в передней стенке верхнечелюстной пазухи и последующие диагностические и лечебные манипуляции в ее просвете при прямом обзоре с использованием увеличительной техники. Бесспорно, что это вмешательство является менее травматичным вариантом вскрытия верхнечелюстной пазухи по сравнению с другими традиционными инвазивными доступами (по Канфильд-Штурману, Денкеру, Калдвелл-Люку) [4, 5, 6]. Традиционными стали методы удаления кист, дающие возможность визуального контроля операционного поля как со стороны носовой полости (производится фенестрация пазухи через нижний носовой ход), так и со стороны верхнечелюстной пазухи [4]. Однако, как показывает практика, при неосложненных случаях указанные комбинированные вмешательства на верхнечелюстной пазухе не всегда являются оправданными. Поэтому, как мы полагаем, тактику и объем хирургического вмешательства в каждом конкретном случае необходимо выбирать индивидуально.

Мы считаем, что при неосложненных кистах верхнечелюстных пазух целесообразна микрогайморотомия без резекции крючковидного отростка, который является анатомическим образованием остеомаатального комплекса. Полученный хирургом обзор операционного поля при микрогайморотомии с использованием эндоскопов 0°, 30°, 70° позво-

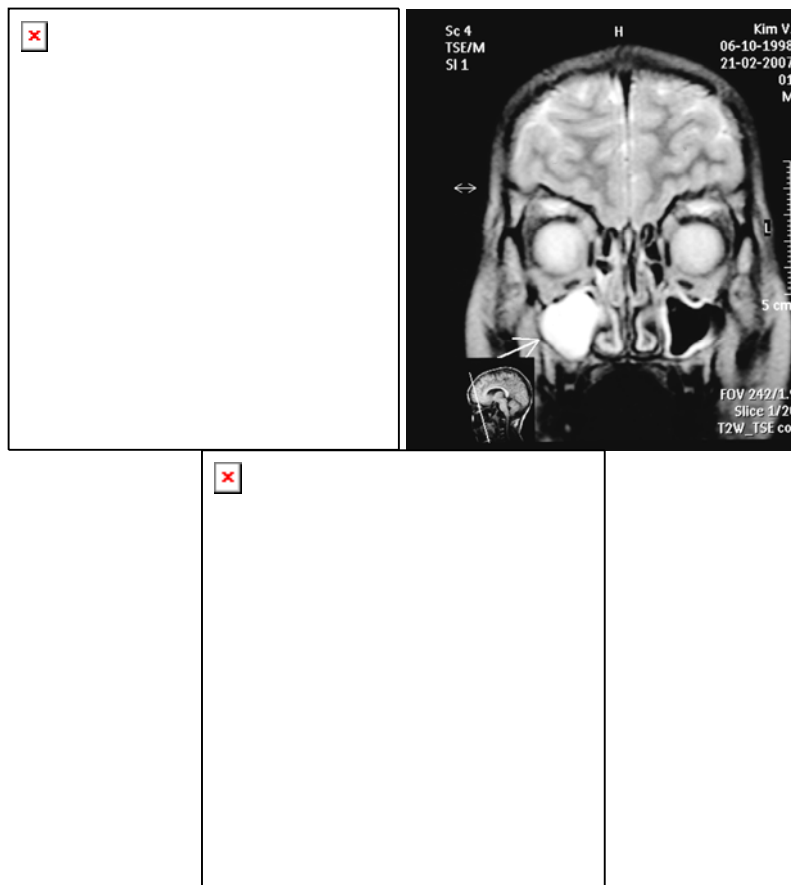
ляет достаточно радикально удалить кистозные образования. Более того, выбранную тактику хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух можно с успехом использовать как у взрослых, так и у детей.

Наблюдения, которыми мы располагаем, на наш взгляд, имеют клинический интерес для практических врачей.

Больной К., 9 лет, поступил в отделение хирургии Медицинского центра КГМА 6.04.07 с диагнозом: киста гайморовой пазухи справа. При поступлении жаловался на затрудненное носовое дыхание, периодические головные боли. Из анамнеза: со слов матери, ребенок болеет в течение года, когда впервые появились указанные выше симптомы. Общее состояние ребенка при поступлении относительно удовлетворительное, кожа и видимые слизистые

обычной окраски. Температура тела 36,5 °С, PS 68 ударов в минуту, АД 100/60 мм. рт. ст. Локальный статус: при передней риноскопии – слизистая оболочка полости носа обычной окраски, носовая перегородка по средней линии, носовые раковины не увеличены, в носовых ходах скудное слизистое отделяемое, носовое дыхание свободное. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено. Анализ крови (30.03.07): Hb 120 г/л, эр. 4,2×10×12/л, лейкоц. 6,0×10×9/л, ц.п. 0,9, тромбоциты 240,0×10×9/л, п-2 с-40 э-2 л-51 м-3, СОЭ 8 мм/ч, свертываемость 2'30"-3'40". При ЯМР исследовании от 21.02.07: в области гайморовой пазухи справа определяется участок тотального усиления в режиме сигналов T2W и изоинтенсивного в режиме T1W за счет гиперплазии слизистой оболочки.

Заключение: Киста гайморовой пазухи справа.



6.04.07 в 14.00 произведена операция микрогайморотомия справа. Оперативное вмешательство проводилось в положении лежа, под общим наркозом. После инфильтрации мягких тканей щеки в области fossa canina по линии между 4-м и 5-м зубами раствором анестетика с помощью троакара Красножана (рис. 1, 2), который состоит из рукоятки и узкой части, оканчивающейся заостренным трехгранником, произведена трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи справа вращательными движениями.

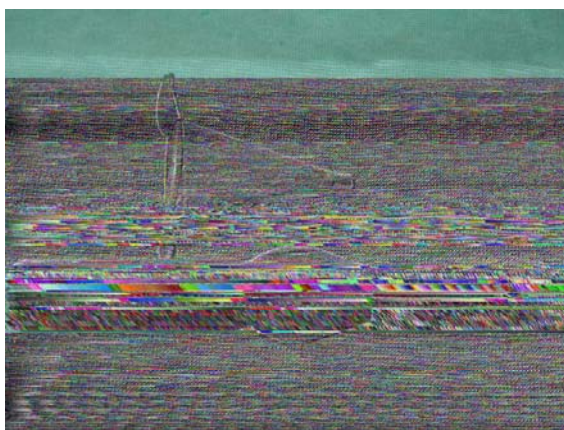


Рис. 1. Троакар в разобранном виде.



Рис. 2. Троакар в собранном виде.

После проникновения в полость пазухи троакар удален, оставлена воронка, через которую введен эндоскоп (0°,30°)б: вся полость верхнечелюстной пазухи была заполнена

кистозным образованием. Кровотечение при этом минимальное, поскольку края раны прижимаются краями воронки. Щипцами Блэксли, а также шейвером киста была удалена, после чего слизистая оболочка пазухи полностью поддавалась визуализации. Ушивание раны под губой не производится, так как она самостоятельно заживает в течение 7–10 дней.

Операция прошла без осложнений. Удаленный материал отправлен на гистологическое исследование. Заключение от 8.04.07 № 34567: полипозно-кистозное образование с признаками воспаления.

В послеоперационном периоде больной получал цефазолин 1,0 × 2 раза в сутки, лоратад по 1 таблетке × 1 раз в день, кетонал внутримышечно при болях. 8.04.07 в удовлетворительном состоянии больной выписан для амбулаторного долечивания.

Больная Р., 20 л., поступила в отделение хирургии Медицинского центра КГМА 25.04.07 с диагнозом: киста гайморовой пазухи слева. Жалобы при поступлении на затруднение носового дыхания, периодические слизистогнойные выделения из полости носа. Из анамнеза: больной себя считает в течение семи мес., когда впервые появились перечисленные выше симптомы. Общее состояние больной на момент осмотра относительно удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 36,7 °С, PS 70 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Локальный статус: при передней риноскопии – слизистая полости носа обычной окраски, носовая перегородка по средней линии, носовые раковины умеренно отечные, в носовых ходах слизь, носовое дыхание не затруднено. Со стороны глотки, гортани и ушей патологии не выявлено. Анализ крови (25.04.07): Нб 137 г/л, эр. 4,5×10¹²/л, лейкоц. 6,3×10⁹/л, ц.п. 0,9, тромбоциты 225,0×10⁹/л, п-2 с-71 э-2 л-22 м-3, СОЭ 10 мм/ч, свертываемость 3'55"-4'40". При исследовании придаточных пазух носа в отделении компьютерной томографии от 16.04.07: в левой гайморовой пазухе содержимое по плотности HU 13,8-22,2 с ровными контурами, без костно-деструктивных изменений.

Заключение: киста гайморовой пазухи слева.



25.04.07 в 14.00 произведена операция: микрогайморотомия слева по ранее описанной методике. Удаленный материал отправлен на гистологическое исследование. Заключение от 27.04.07 №51281: полипозно-кистозное образование с признаками воспаления.

В послеоперационном периоде больная получала цефазолин 1,0 × 2 раза в сутки, лоратадил по 1 таблетке × 1 раз в день, кетонал внутримышечно при болях. 27.04.07 в удовлетворительном состоянии выписана для амбулаторного долечивания.

Таким образом, учитывая наш небольшой опыт, можно прийти к выводу, что данный метод микрогайморотомии имеет ряд преимуществ:

1. Тактика и объем хирургического вмешательства в каждом конкретном случае подбираются индивидуально.

2. Эндоскопическая микрогайморотомия является более щадящей и при ее проведении не требуется нарушения целостности здоровых тканей для получения доступа к операционному полю.
3. Все манипуляции в полости пазухи проводятся под контролем оптики.
4. Больные значительно легче переносят данное вмешательство, а реактивные явления после операции менее выражены.
5. Данная методика отличается высокой эффективностью наряду с очень низкой частотой осложнений.

Литература

1. *Мурадян А.М.* Кисты и кистовидные растяжения околоносовых пазух: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 24 с.
2. *Мурадян А.М., Пхрикян С.Ж.* Диагностика и лечение кист околоносовых пазух // Методы профилактики и лечения заболеваний ЛОР-органов. – М., 1989. – С. 53–57.
3. *Пискунов Г.З., Козлов В.С., Лопатин А.С.* Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. – М.: Коллекция “Совершенно секретно”, 2003. – 208 с.
4. *Шамсиев Д.Ф., Миразизов К.Д.* Эндоскопическая гайморотомия // Вестник оториноларингологии. – 2002. – № 4. – С. 39–40.
5. *Lazar R.H., Younis R.T., Gross C.W.* // Ear Nose Throat S. – 1992. – V. 71. – P. 131–133.
6. *Wigand M.E.* Endoscopic Surgery of the Paranasal Sinuses and Anterior Skull Base. – New-York: Thieme Medical Publishers Inc., 1990.