

ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНО-ПОЛИПОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Т.М. Закиров

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье автором приводятся данные по поводу используемого метода риносинусохирургии - эндоскопической малоинвазивной микрогайморотомии, а также результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: риносинусохирургия, микрогайморотомия, шейвер, киста верхнечелюстной пазухи.

МУРУН-КӨНДӨЙҮИҮН КИСТА-ПОЛИПОЗДУК ООРУСУН ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛООДО ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

Т.М. Закиров

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(Ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада автордун колдонгон эндоскопиялык аз инвазивдүү мурун, көңдөй хирургиялык микрогайморотомия ыкмасынын жыйынтыгы берилип турат жана хирургиялык дарылоо менен контролдук группанын ортосундагы жыйынтыгы салыштырылган.

Негизги создор: мурун-көңдөй хирургиясы, микрогайморотомия ыкмасы, шейвер, мурун-көңдөйүнүн киста.

CURRENT APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF CYSTIC POLYPOUS FORMATION OF THE PARANASAL SINUSES

T.M. Zakirov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Rector – Doctor of Medical Science, Professor Kudaibergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the article, the author presents data on the method of rhinosinusosurgery used - endoscopic minimally invasive microhaymorotomy, as well as the results of surgical treatment.

Key words: rhinosinusosurgery, microhaymorotomy, shaver, maxillary sinus cyst.

Введение.

Кисты околоносовых пазух – одно из часто встречающихся заболеваний в клинической практике. Преобладают по локализации кисты именно в верхнечелюстной пазухе. Значительно реже они развиваются в лобных, основной и решетчатых пазухах [1, 2].

По данным И.С. Гурьева (2003) они составляют 3,9% в структуре общей ЛОР патологии [1].

Кисты околоносовых пазух нередко сочетаются с вирусными и вирусно-бактериальными заболеваниями дыхательных путей.

Основные причины образования кисты гайморовой пазухи: перенесенный гайморит, последствия заболеваний зубов и их лечения, хронический ринит, врожденные особенности строения гайморовых пазух.

Клинические и морфологические особенности кист околоносовых пазух представлены в монографии М.И. Калымовой (1972). Предложенная классификация кист околоносовых пазух, которую используют и в настоящее время представлена ниже [1, 2]:

а) истинные или ретенционные кисты;

б) ложные или кистоподобные образования;

в) зубные кисты;

г) кисты, связанные с пороками развития.

Истинные кисты образуются из желез слизистой оболочки пазух, выводные протоки которых обтурируются, просвет железы заполняется густым содержимым, растягивается и превращается в кисту.

Ложные кисты от ретенционных кист отличаются отсутствием внутренней эпителиальной выстилки.

Зубные кисты делятся на радикулярные или околокорневые и фолликулярные. Они могут быть серозными, гнойными и холестеатомными [1, 3].

Ретенционные и ложные кисты могут образовываться в лобном отделе верхнечелюстной пазухи, а одонтогенные всегда локализуются на ее дне в альвеолярной бухте, достигают больших размеров, заполняя всю пазуху и могут вызвать разрушение ее костных стенок [4].

Современная медицина развивается в тесной связи с другими науками, что позволяет внедрять и эффективно применять различные новые технологии для диагностики и лечения кисты околоносовых пазух.

Благодаря внедрению эндоскопического оборудования отмечается постепенный переход от обширных травматичных хирургических вмешательств к физиологичным и щадящим методам.

Основными преимуществами при применении эндоскопических методов являются: малая травматичность, снижение частоты осложнений, уменьшение сроков нетрудоспособности.

Однако до настоящего времени выбор хирургической операции на верхнечелюстной пазухе при одной и той же патологии различен от классической гайморотомии по Колдуэлл-Люку с ее модификациями до различных методов микрогайморотомии.

В конце 20-го века предложено несколько вариантов щадящей гайморотомии, получившей название микрогайморотомия [5].

В данное время широко используется троакар конструкции Козлова В.С. Рабочий конец предложенного троакара выполнен в виде трехгранной остроконечной пирамиды и воронки, вводимой в пазуху после ее трепанации [2, 6].

Материалы и методы

В ЛОР отделении Медицинского центра Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева за период с 2015 по 2018 годы оперативные вмешательства по поводу патологии верхнечелюстной пазухи были произведены 38 больным. Из них женщин было 28, мужчин – 10. Возраст пациентов варьировал от 16 до 60 лет.

Среди оперированных диагностированы следующие заболевания:

- Кисты верхнечелюстных пазух – 24 пациента;

- Полипы верхнечелюстных пазух - 11;

- Инородные тела - 3.

Методика хирургического вмешательства заключается в следующем:

под общим интубационным наркозом, оттягивали кверху губу крючком Фарабефа, троакар с насаженной на него воронкой устанавливали на лицевой стенке между 3 и 4 зубом, отступая от центра клыковой ямки на 0,5-1,0 см вниз и латерально, чтобы избежать прокола стенки, проникали в полость носа и вращательными движениями троакара прокалывали стенки, постепенно по канюле, как по проводнику, в пазуху ввинчивая ушную воронку, после чего канюлю извлекали. Через воронку вводили эндоскоп 0⁰, определяли расположение кисты, соустья пазухи и состояние слизистой оболочки, после чего с помощью шейверного механизма удаляли кисты и полипозные образования из пазухи. Инородное тело убирали с помощью щипцов.

У всех больных с кистами верхнечелюстных пазух соустья были открытыми.

Пазуху промывали раствором фурацилина 1:5000 и вакуумным отсосом аспирировали промывные воды. После контрольного осмотра просвета пазухи накладывали кетгутовые швы на края слизистой оболочки. На оперированную щеку прикладывали холод на 1,5-2 часа.

После проведенного лечения пациенты находились под наблюдением в стационаре в среднем 1-2 суток, после чего с рекомендациями выписывались домой, контрольный осмотр назначался на 7-е, 10-е сутки лечения. Для оценки эффективности метода использовались данные осмотра (риноскопия, отофарингоскопия и эндоскопия), оценки общего состояния, жалобы, динамика температуры тела.

Результаты и их обсуждение

Стабильное улучшение общего состояния, восстановление носового дыхания и исчезновение болезненности в основной группе наблюдались уже в первые сутки после операции у 34 больных, у 4-х человек полная нормализация наступила на 3-4-е сутки.

При осмотре больных на 6-12-е сутки после оперативного вмешательства стойкий эффект выражался в отсутствии жалоб на отечность щек и лица, сухость в носу и чувство жжения в области укола троакара, удовлетворительном состоянии, подтверждался риноскопическими, эндоскопическими данными и наблюдался у всех пациентов.

Таким образом, метод эндоскопической риносинусхирургии с использованием шейвера под эндоскопическим контролем при удалении кист из верхнечелюстной пазухи обеспечивает полноценную визуализацию ее стенок, позволяет сохранить функционально полноценную слизистую оболочку латеральной стенки полости носа с присущими ей свойствами. Метод является достаточно эффективным для коррекции патологических изменений анатомических структур носа и околоносовых пазух. Кроме того, использование шейвера облегчает работу ринохирурга, сокращает время хирургического вмешательства и улучшает результаты оперативного лечения, снижает количество послеоперационных осложнений, сроки пребывания больного в стационаре сокращаются.

Литература

1. Гурьев, И.С. Особенности патологии морфогенеза кист околоносовых пазух / И.С. Гурьев, А.А. Должников // *Российская ринология*. - 2002. - №2. - С.53-54.
2. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология: 2-ое издание / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - Москва, 2006. - С. 418-422.
3. Гюсан, А.О. Вариант щадящей микрогайморотомии / А.О. Гюсан, А.Х. Ломкова // *Международный журнал прикладных и функциональных исследований*. - 2011. - №6 - С. 59-60.
4. *Руководство по оториноларингологии* / [А.Г. Лихачев и др.]. - Т.4. Заболевания верхних дыхательных путей. - М: Медгиз, 1963. — 511 с.
5. Волков, А.Г. Щадящие принципы в диагностике и лечении заболеваний околоносовых пазух (изобретательская и научная работа) / А.Г. Волков // В сб.: Тезисы докладов I Межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов. ЮФО. -Ростов-на-Дону, 2004. - С. 6-9.
6. Лопатин, А.С. Функциональная эндоскопическая ринохирургия с использованием микродбридера / А.С. Лопатин, Г.З. Пискунов // *Российская ринология*. - 1996. - №2-3. - С. 90-91.