

DOI:10.26104/NNTIK.2023.23.74.029

Эргешова А.М., Карагулова М.М., Исакова А.К.

СИНУСОТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНДА ЖАСАЛМА ВАКУУМДУН
ТУРУШУНУН АРТЫКЧЫЛЫГЫ ЖАНА КЕМЧИЛИКТЕРИ

Эргешова А.М., Карагулова М.М., Исакова А.К.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО
СОУСТЬЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ СИНУСОТОМИИ

A. Ergeshova, M. Karagulova, A. Isakova

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF CREATING AN ARTIFICIAL
ANASTOMOSIS DURING SINUSOTOMY SURGERY

УДК: 616.216-089

Бүгүнкү күнгө чейин гаймор синусунун оорулары менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоодо эки түп-тамырынан айырмаланган хирургиялык ыкма бар: экстраназалдык (гаймор синусунун алдыңкы дубалындагы трепанациялык тешик аркылуу) жана эндоназалдык (ортоңку мурун жолу аркылуу). Экстраназалдык ыкма хирургиялык талаанын жаакы көрүнүшүн камсыз кылат, синустун бардык бөлүмдөрүнөн ишенимдүү алып салууга мүмкүндүк берет, бирок операциядан кийинки мезгилде беттин жумшак ткандарынын травмасы жана кийлигишүү проекциясында оору менен коштолот. Эндоскопиялык техниканын пайда болушу менен – хирургдар ортоңку мурундун аймагындагы гаймор синусунун табигый байланышы аркылуу алып сала башташты. Бул ыкма синустун алдыңкы дубалын жабыркатуудан сактайт. Максаты – бүгүнкү күнгө чейин гаймор синусуна коюмча жана эндоназалдык кирүүнүн артыкчылыктарын жана кемчиликтерин талдоо.

Негизги сөздөр: мурун, гайморит, экстраназалдык гайморотомия, эндоназалдык гайморотомия, хирургиялык дарылоо.

На сегодняшний день существуют два принципиально различных хирургических подхода к хирургическому лечению пациентов с заболеваниями верхнечелюстной пазухи: экстраназальный (через трепанационное отверстие в передней стенке верхнечелюстной пазухи) и эндоназальный (через средний носовой ход). Экстраназальный доступ обеспечивает хороший обзор операционного поля, что позволяет надежно удалить патологическую ткань из всех отделов пазухи, однако сопровождается травмированием мягких тканей лица и болью в проекции вмешательства в послеоперационном периоде. С появлением эндоскопической техники хирурги начали удалять через естественное соединение верхнечелюстной пазухи в области среднего носового хода. Этот метод позволяет избежать травмирования передней стенки пазухи. В связи с чем, цель состоит в том, чтобы проанализировать преимущества и недостатки экстра- и эндоназального доступа к верхнечелюстной пазухе на сегодняшний день.

Ключевые слова: нос, гайморит, экстраназальная гайморотомия, эндоназальная гайморотомия, хирургическое лечение.

To date, there are two fundamentally different surgical approaches to the surgical treatment of patients with diseases of the maxillary sinus: extranasal (through a trepanation hole in the anterior wall of the maxillary sinus) and endonasal (through the middle nasal passage). Extranasal access provides a good overview of the surgical field, allows you to reliably remove sinuses from all parts, but is accompanied by injury to the soft tissues of the face and pain in the projection of intervention in the postoperative period. With the advent of endoscopic techniques, surgeons began to remove the

maxillary sinus in the middle nasal passage through the natural connection. This method avoids injury to the anterior wall of the sinus. The aim is to analyze the advantages and disadvantages of extra- and endonasal access to the maxillary sinus to date.

Key words: nose, sinusitis, extravasal sinusitis, endonasal sinusitis, surgical treatment.

Хронический риносинусит является довольно распространенным заболеванием среди взрослого населения, и плановые вмешательства на околоносовых пазухах занимают лидирующие позиции среди операций, проводимых во взрослых оториноларингологических стационарах [1]. Верхнечелюстная пазуха (гайморовы пазухи) является наиболее частой локализацией патологического процесса, требующего хирургического лечения. Несмотря на кажущуюся простоту хирургической синусотомии, она довольно впечатляющая и составляет более 20% при ревизионных вмешательствах по поводу ВПЧ [2].

Всегда встает сложный выбор доступа для хирурга: эндоназальный или экстраназальный? К недостаткам эндоназального доступа относятся повреждение естественного соустья пазухи, по крайней мере временно нарушается механизм очищения, лимфооттока. Кроме того, эндоназальный доступ, т.е. супротурбинальный доступ через средний носовой ход дает возможность ограниченно краткий вид визуализации, если прооперировать через нижний носовой ход возможно повреждение носослезного канала (при доступе через нижний носовой ход) [3]. На правом нижнем рисунке 1, которая взята из статьи профессора Nosemann W., основоположника ступенчатой хирургии, написавший первую книгу по эндоскопической хирургии показаны лимфатические сосуды, которые проходят в стенке соустья верхнечелюстной пазухи [4]. В основном они проходят через передний край соустья перед носослезным каналом. В связи с чем не рекомендуется расширять соустье верхнечелюстной пазухи спереди, необходимо расширять только за счет задней фонтанеллы. Но тем не менее случается нарушение лимфооттока и происходит длительный лимфостатический отек в пазухах, которые приводят к кистозным или полипозным изменениям.

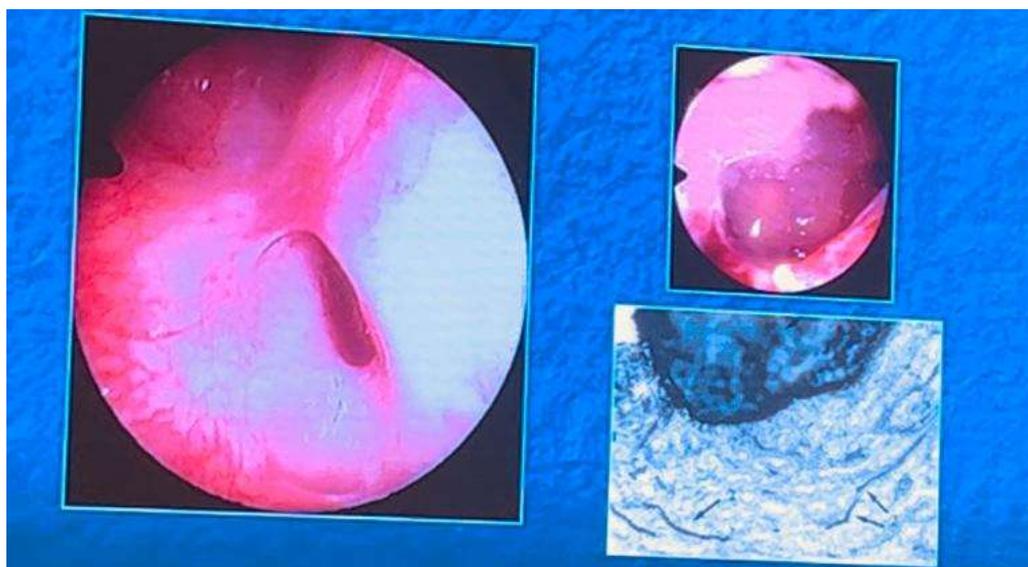


Рис. 1. Лимфатические сосуды, которые проходят в стенке соустья верхнечелюстной пазухи

Экстраназальный доступ также имеет свои недостатки: невралгия или парестезия II ветви тройничного нерва, нарушение целостности передней (интактной) стенки пазухи, при троакарной пункции невозможна бимануальная техника, также возможна повреждение носослезного канала (при радикальной операции Калдвелла-Люка) [5]. Наиболее частым осложнением является невралгия и парестезия II тройничного нерва.

Таблица 1

Экстраназальный vs. Эндоназальный (N=99): частота осложнений

Осложнения	Экстраназальный доступ	Эндоназальный доступ
Рецидив фистулы	38,7%	10,3%
Рецидив синусита	48,4%	5,9%
Невралгия, парестезия	51,6%	0%
Дакриоцистит	3,2%	0%

Не исключается также необходимость экстраназального доступа, но рекомендуется при необходимости дополнительного доступа через переднюю стенку использовать бормащину для отверстия с ровными краями.

Существует определенные тактики хирургического вмешательства. Эндоназальный метод используют в большинстве случаев. Начиная от ретроградной резекции крючковидного отростка, если виден только верхнечелюстной синусит, хирургам не к чему поднимать разрез серповидным скальпелем вверх, достаточно открыть верхнечелюстную пазуху сохраняя не тронутую решетчатую буллу. Край разреза, сделанные обратными выкусывателями затем сбивается при помощи шейвера, что дает хороший доступ к соустью верхнечелюстной пазухи. Для того, чтобы получить более широкий обзор, который требуется при одонтогенных синуситах приходится рассекать так называемую заднюю фонтанеллу, ее можно при необходимости рассекать и удалять вплоть до задней стенки верхнечелюстной пазухи, где лучше будет

обзор передней стенки пазухи и альвеолярной бухты.

Мукоцилиарный транспорт при околоносовых пазухах имеет свои особенности. В частности, это относится к перемещению выделений в соустье верхнечелюстной пазухи:

- скорость перемещения секрета различна в разных областях, по мере приближения ко соустью она увеличивается;
- движение секрета направлено не по прямой линии, а описывает траекторию, кривизна которой может быть разной;
- если на боковой стенке полости носа имеется несколько соустьев, движение секрета всегда направлено к основному соустью;
- в редких случаях, если имеется несколько соустьев происходит сильное круговое движение слизи, когда она вращается между соустьями [6].

В целом, мукоцилиарный транспорт плохо работает при хроническом воспалении пазух. Поэтому относится к соустью верхнечелюстной пазухи надо всегда максимально щадяще.

Дополнительное соустье верхнечелюстной пазухи «two holes syndrome» также часто встречается у четверти пациентов при хроническом синусите. Важно в начале идентифицировать естественное соустье потом его расширять или объединять. Оториноларингологам известен феномен рециркуляции слизи, которая часто является причиной постаназального синдрома, поэтому создавать двойное соустье при операциях на верхнечелюстных пазухах не требуется. Также в верхнечелюстных пазухах могут быть несколько соустьев, в этом случае желателно создавать хорошую антростому, которая будет объединять естественное соустье и все дополнительные.

Практически все формы синусита, даже если они изначально имели зубное или травматическое происхождение, могут быть извлечены при небольших хирургических вмешательствах в ключевых зонах решетчатого лабиринта, не требуя более радикальной операции на самих пораженных пазухах [7].

Не исключается также комбинированный доступ, где делается антростома в среднем носовом ходе для хорошего обзора, далее вводится шейвер через фистулу. Сначала производится переепителизация стенок фистулы при помощи шейвера, затем удаляется патологическое содержимое из верхнечелюстной пазухи. При помощи скользящего перемещенного лоскута из десны закрывается сама фистула [8].

Таблица 2

Экстраназальный vs эндоназальный (N=99): частота осложнений

Осложнения	Экстраназальный путь	Эндоназальный путь
Рецидив фистулы	38,7%	10,3%
Рецидив синусита	48,4%	5,9%
Невралгия, парестезия	51,6%	0%
Дакриоцистит	3,2%	0%

На таблице видно, как отличается частота рецидивов фистулы и частота синусита при экстраназальном (комбинированном) доступе. Это говорит о том, что эндоназальный доступ дает прекрасный результат [9].

Эндоскопический эндоназальный доступ (супрамеатальный, через средний носовой ход) эффективен и достаточно в большинстве случаев верхнечелюстного синусита. Он менее травматичен реже дает осложнения. В отдельных ситуациях могут использоваться варианты эндоназального доступа (инфрамеатальный, прелакаримальный) или дополнительный экстраназальный подход через собачью ямку.

Литература:

1. Карпищенко С.А., Баранская С.В. Малоинвазивный доступ к верхнечелюстной пазухе. / Практическая медицина. 2015. - №87. - С. 19-22.
2. Привалов С.Ю., Козлов В.С. Минимально инвазивная хирургия при заболеваниях верхнечелюстной пазухи. // Российская ринология. - 2003. - № 2. - С. 41.
3. Лопатин А.С., Аллахвердиев С.А. Выбор оптимального

хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух. / Российская ринология. - 2010. - №18. - С. 32-35.

4. Hosemann W., Kühnel T., Burchard A.K., Werner J.A. Histological detection of lymphatic drainage pathways in the middle nasal meatus. Rhinology. - 1998. - №36. - P. 50-54.
5. Красножен В.Н., Сучкова А.Г., Морозова О.В., Алиматов А.Х. Клиническое применение модифицированного троакара при лечении заболеваний верхнечелюстных пазух. // Вестник оториноларингологии. - 2008. - №6. - С. 23-24
6. Гурьев И.С. Диагностика, морфогенез и хирургическое лечение кист околоносовых пазух: Дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2004. [Электронный ресурс]: [file:///C:/Users/asus/Downloads/01002666804%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/01002666804%20(2).pdf). Ссылка активна на 01.12.15.
7. Stammberger H., Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery. Concept, indications and results of the Messerklinger technique. Eur Arch Otorhinolaryngol. - 1990. - №247. - С. 63-76.
8. Банашек-Мещерякова Т.В., Семенов Ф.В. Сравнительный анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстных пазух. / Российская ринология. - 2017. - С. 9-12.
9. Сысолятин С.П., Лопатин А.С., Сысолятин П.Г. и др. Сравнительный анализ результатов различных методов хирургического лечения перфоративного верхнечелюстного синусита. Рос.ринол; 2004. № 4.