

OPTIMIZATION OF SURGICAL METHOD FOR TREATING PATHOLOGY OF THE PARONAL SINUSES IN CHILDREN

Idiev Z.Z., Abdukayumov A.A., Mansurova S.A.

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Pediatrics
of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

The most gentle from the point of view of the physiology of the nose and paranasal sinuses is functional endoscopic rhinosinus surgery (FESS). Operations on the paranasal sinuses are performed in one stage with reconstruction of the septum and conchae.

Endoscopic rhinosinus surgery (ERSS) - makes it possible to atraumatically and gently open all affected paranasal sinuses, remove the altered mucous membrane from them, while simultaneously restoring conditions for adequate drainage and aeration. The patient's recovery depends both on the quality of the surgical intervention performed and on the management after the surgical period.

Keywords: chronic sinusitis, functional endoscopic rhinosinus surgery, paranasal sinuses.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ
ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр педиатрии МЗ РУз
Идиев З.З., Абдукаюмов А.А., Мансурова С.А.

Наиболее щадящей с точки зрения физиологии носа и околоносовых пазух является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (ФЭСС). Операции на околоносовых пазухах выполняются в один этап с реконструкцией перегородки и раковин.

Эндоскопическая риносинусохирургия (ЭРСХ) - дает возможность atraumatically и щадяще вскрывать все пораженные околоносовые пазухи, удалять из них измененную слизистую оболочку, одновременно восстанавливая условия для адекватного дренажа и аэрации. Выздоровление пациента зависит как от качества выполненного оперативного вмешательства, так и от ведения после операционного периода.

Ключевые слова: хронический синусит, функциональная эндоскопическая риносинусохирургия, околоносовые пазухи.

Хронический синусит – одно из самых распространенных заболеваний в патологии верхних дыхательных путей. Симптомы синусита значительно снижают качество жизни пациентов. Появляются такие жалобы, как затруднение носового дыхания, выделения из носа, головная боль, изменяется обоняние, нарушается сон, снижается трудоспособность.

В последнее десятилетие удельный вес пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух ежегодно увеличивается на 1,5-2 % и достиг 52,7% (1).

Актуальность изучения проблемы обусловлена еще и тем, что рост числа риносинуситов сопровождается увеличением заболеваемости бронхитами и бронхиальной астмой, и эту тенденцию не удается нарушить (2,4,5). Развитие новых технологий и методов исследования функций слизистой оболочки носа и околоносовых пазух позволяет иначе подойти к вопросу лечения данной патологии. Многофакторная этиология заболевания, разнообразные клинические проявления хронического синусита обуславливают обилие применяемых хирургических методов лечения.

Наиболее распространенными методами являются различные способы полисинусотомии (6,9,11). Из них наиболее щадящей с точки зрения физиологии носа и околоносовых пазух является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (ФЭСС) Термин «функциональная синусохирургия» был предложен в 1985 году D. Kennedy и означал эндоскопическое оперативное вмешательство в зоне боковой стенки носа, включая резекцию крючковидного отростка, удаления решетчатой буллы и клеток, окружающих лобно-носовой карман. Так как основная причина развития хронического воспаления - анатомическая, то встал вопрос о коррекции внутриносовой патологии либо до синус-хирургии, либо после нее. В.Т. Операции на околоносовых пазухах выполнять в один этап с реконструкцией перегородки и раковин (10,11,6). Данная концепция является более предпочтительной, поскольку при этом происходит не только восстановление физиологических путей транспорта секрета, но также и анатомии, близкой к нормальной (7).

Эндоскопическая риносинусохирургия (ЭРСХ) - широко применяемый метод лечения заболеваний носа и околоносовых пазух не только в зарубежных странах, но и в Узбекистане. ЭРСХ дает возможность атравматично и щадяще вскрывать все пораженные околоносовые пазухи, удалять из них измененную слизистую оболочку, одновременно восстанавливая условия для адекватного дренажа и аэрации. Выздоровление пациента зависит как от качества выполненного оперативного вмешательства, так и от ведения послеоперационного периода. Поэтому основной задачей после операции является восстановление слизистой оболочки и ее функций. До недавнего времени контролировалась в основном дыхательная функция.

Эндоскопическая риносинусохирургия достаточно широко применяемый метод лечения заболеваний носа и околоносовых пазух. Но несмотря на такое положение предложенный метод диагностики и лечения вызывает разноречивое обсуждение, так как продолжается полемика о необходимости применения методов функциональной хирургии. Развитие

микроскопической и эндоскопической ринохирургии не внесло ясности в вопрос об оптимальном объеме хирургического вмешательства. Так, в США наиболее популярны минимально инвазивные «функциональные» вмешательства (3,7,8), а во Франции придерживаются методов радикальной сфеноэтомидэктомии с фенестрацией верхнечелюстных пазух и удалением средних носовых раковин.

Сторонники «радикальных» методов хирургических вмешательств дискутируют с приверженцами эндоскопических функциональных методов лечения о необходимости распространения и показаниях к применению данного метода лечения. Многие авторы придерживаются радикальных методов лечения, но само радикальное хирургическое вмешательство нарушает нормальную архитектуру внутриносовых структур. Основными основополагающими моментами сторонников «радикальной» хирургии был тезис о невозможности обратного развития полипозно - гиперпластического процесса в околоносовых пазухах после функционального хирургического вмешательства. Второй частью тезиса является представление о полном восстановлении функции вновь образовавшейся слизистой, выстилающей околоносовую пазуху после радикальной операции, подобно функции истинной слизистой оболочки. Этот тезис сформировался на недостаточной информации о патогенезе воспаления слизистой оболочки, обобщении всех видов воспаления и полипозного процесса. Современные знания о патогенезе воспаления слизистой оболочки достаточно убедительно доказывают разнообразие вариантов воспаления, которое может протекать с образованием полипов, но в сути своей отличающееся по иммуноморфологической картине, клиническому течению, по характеру ответа организма и местных тканей на результат хирургического или медикаментозного воздействия.

Другая точка зрения сторонников «радикальных» методов, что полное удаление слизистой оболочки пазух должно приводить к выздоровлению, хотя практика говорит об обратном. Вместо удаленной слизистой оболочки не возникает новая здоровая слизистая оболочка, а формируется рубцовая ткань, которая не может выполнять функцию слизистой оболочки и процесс воспаления не прекращается. Не учитывается физиологическая роль слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. В то же время известно, что далеко не все случаи при использовании методов функциональной хирургии приводят к положительному результату. Этот факт не дает основания для отрицания методов функциональной хирургии, прежде всего он заставляет изучить причины неудач и искать пути совершенствования методов лечения. В Казахстане достижения медицины позволили уйти далеко вперед от классических техник ринологических операций. Известно, что классические а в большинстве своём радикальные хирургические вмешательства на синусах приводят к обильным кровотечениям, нарушениям анатомической целостности

ЛОР-органов и другим проблемам. Врачи ринохирурги пользуются более щадящими методами оперативного лечения болезней полости носа и его синусов и способы которые позволят минимизировать травматические повреждения во время операции и сохранить нормальную анатомию синусов носа. Техника операции на решетчатом лабиринте заключается в следующем.

После ревизии среднего носового хода под контролем торцевого эндоскопа, идентифицировали задний край крючковидного отростка, который в детском возрасте имеет меньшую ширину и располагается за передним концом раковины, отступя от него на расстояние до 1,5 см.

Далее обратным выкусывателем производили сквозной разрез в нижних отделах крючковидного отростка сзади наперед и обнажали воронку решетчатого лабиринта.

В нижней части воронки идентифицировали соустье верхнечелюстной пазухи. Далее удаляли медиальную стенку решетчатой буллы, идентифицировали соустье буллы и базальную пластинку средней носовой раковины, которую перфорировали при помощи щипцов Блексли или агрессивной фрезы микродебридера. Через сформированное отверстие в базальной пластинке аспирировали патологическое содержимое задних клеток, а при необходимости производили их резекцию сзади наперед до лобно-носового кармана, ориентируясь на крышу решетчатого лабиринта. Далее производили удаление клеток из области лобно-носового кармана, подлежащих к лобно-носовому соустью.

При использовании эндоназальной техники в области верхнечелюстной пазухи выполняли инфундибулотомию, после чего идентифицировали естественное соустье верхнечелюстной пазухи. Если естественное отверстие имело 2 мм в диаметре и более, то аспирировали патологический субстрат или удаляли его из пазухи щипцами.

В случае отсутствия патологических изменений не производили расширения естественного соустья даже если его диаметр составлял 1 мм. При наличии дополнительного соустья рассекали перемычку между отверстиями серповидным скальпелем, а остатки слизистой оболочки удаляли при помощи микродебридера.

При невозможности элиминации патологического субстрата через естественное соустье применяли экстраназальный метод - микрогайморотомию (10, 12,13). В области fossa canina троакара вводился в полость пазухи по линии между 4 и 5 зубами на глубину 3-4 мм. Далее стилет извлекался, а через воронку производился осмотр всех отделов синуса. Верифицированный патологический субстрат удалялся при помощи микродебридера или щипцов Блексли, после чего воронку троакара удаляли. Техника операции в области лобной пазухи осуществлялась по модифицированному нами методу W.Draf у детей.

После предварительно выполненной этмоидотомии, режущим бором производили удаление кости зоны *agger nasi* по направлению к лобной пазухе и латерально до обнажения слезного мешка. Далее в области лобного отростка верхней челюсти кверху и латерально до обнажения бумажной пластинки и передних решетчатых клеток, предлежащих к лобно-носовому карману. После чего производили идентификацию соустья зондом. В идентифицированное соустье вводился алмазный бор и осуществлялось его расширение по направлению кпереди, латерально и медиально до 2 мм в диаметре. Заднюю стенку соустья оставляли интактной. Далее эндоскопом 30 \geq осуществляется осмотр сформированного соустья и полости синуса, аспирировался патологический субстрат, пазуха промывалась раствором антисептика и на этом операция заканчивалась. В своей работе мы применяли два доступа к клиновидной пазухе. Первый, доступ через сфеноэтмоидальный карман, использовали у 2 (1,4%) детей при изолированном поражении клиновидной пазухи.

Второй доступ, трансэтмоидальный, применили у 1 (0,7%) ребенка при хроническом гнойном пансинусите, где санация клиновидной пазухи была этапом оперативного лечения. Техника трансэтмоидальной сфенотомии заключалась в следующем. После выполненной передней и задней этмоидэтомии визуализировали переднюю стенку клиновидной пазухи и проводили идентификацию соустья со стороны сфеноэтмоидального кармана. В случае невозможности визуальной идентификации соустья переднюю стенку максимально ниже и медиальнее перфорировали микродебридером, которым осуществляли обработку краев сформированного соустья и ревизию полости синуса с одновременным удалением патологически измененных тканей. Далее производили объединение соустьев задних решетчатых клеток и клиновидной пазухи. При доступе через сфеноэтмоидальный карман производили латеральную конхопексию и идентифицировали соустье пазухи. В случае блока сфеноэтмоидального кармана аденоидными вегетациями их удаление выполнялось при помощи фрезы микродебридера. Предоперационная подготовка больных включает обязательное проведение компьютерной томографии околоносовых пазух и эндоскопический осмотр полости носа. Данные методы исследования необходимы не только для диагностики, но и для хорошей ориентации хирурга при проведении операции. Часто хронический синусит развивается также по причине наличия анатомических изменений в структурах носа: искривление носовой перегородки, гипертрофия средней или нижней носовых раковин. В связи с этим, чтобы достичь лучшего эффекта от операции на околоносовых пазухах, проводится одномоментная коррекция перегородки носа (септопластика) и носовых раковин. Во время этой операции ринохирург может провести коррекцию перегородки носа, деструкцию нижних носовых раковин или частичную резекцию средней

носовой раковины. Любая операция на полости носа, даже эндоскопическая, приводит хотя бы к минимальным носовым кровотечениям из-за развитой сети кровеносных сосудов и хорошего кровоснабжения этой области. Для остановки такого послеоперационного кровотечения применяется передняя тампонада эластическими тампонами. Пациенты хорошо переносят такую тампонаду, ее можно легко и болезненно удалить из полости носа уже на следующий день после операции.

В послеоперационном периоде важным является уход за полостью носа, когда удаляются сгустки и корки, а также осуществляется эндоскопический контроль за расширенными соустьями пазух. Врач также назначает противовоспалительные и антибактериальные препараты. Это позволяет предотвратить спаечный процесс и способствует лучшему заживлению слизистой в прооперированной области. Таким образом, использование методики FESS позволяет максимально сохранить анатомию полости носа и его синусов и восстановить нормальное носовое дыхание. Эндоскопические операции легче переносятся пациентами, позволяют выписывать пациента из стационара значительно раньше, чем при использовании классических техник ринопластики. После оперативного вмешательства восстановительный период занимает один месяц.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов // 1991. – С. 52-63. Пискунов С.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии/ С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов// Москва, 1991. – С. 52-63.
- 2 Вишняков В.В. Возможности медикаментозного и хирургического лечения полипозного риносинусита // Российская ринология. - 2005. - №2. - С. 88.
- 3 Гаврилова И.С., Попов В.В. Современные методы эндоназального эндоскопического лечения полипозных гайморитов // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.89.
- 4 Козлов В.С., Шиленкова В.В., Шиленков А.А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. - 2003. - Т.5. - №4. - С.12-217.
- 5 Колесникова И.Г. [и др.] /Полипозный риносинусит. Современный взгляд на лечение. Диалог хирурга и терапевта / Российская ринология. - 2005. - №2. - С.92-93.
- 6 Лопатин А.С., Нефедов В.С. Возможности эндоназальной хирургии в лечении кист верхнечелюстных пазух // Российская ринология. - 2001. - №2. - С.120-121.
- 7 Магомедов М.М. Эндоскопическая эндоназальная микрохирургия в практике оториноларинголога // Вест. оторинолар. - 2006. - №5. - С.53-55.
- 8 Манюк М.К. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух у детей // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.189-190.
- 9 Миракян Р.Г., Пискунов Г.З. Наш опыт применения схемы дифференциального подхода в лечении полипозного риносинусита // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.94-95.
- 10 Рымша М.А., Подволоцкая И.В., Шоларь М.А. Наш опыт ведения больных с обострением хронических синуситов, перенесших функциональные эндоскопические эндоназальные операции на околоносовых пазухах.//Материалы XVII съезда оториноларингологов России. - Нижний Новгород: 2006. - С. 335.
- 11 Сватко Л.Г., Покровская Е.М., Рафаилов В.В. Внедрение методов малоинвазивной хирургии в условиях стационарзамещающих технологий // Российская оториноларингология. - Приложение. - 2007. - С.426-428.
- 12 Pradhan B., Thapa N. Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) // JNMA J. Nepal Med. Assoc. - 2006. - №45. - P.337-341.
- 13 Цурикова Т.В., Третьякова Н.М. Эндоскопические микрооперации у детей при патологии носа и околоносовых пазух // Современные методы диагностики и лечения в оториноларингологии: материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск: 2008. - С. 99-100.