

## НАША ТАКТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАЙМОРОВЫХ ПАЗУХ

М. Т. Насретдинова, А. А. Хайитов

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** хронический синусит, кисты гайморовой пазухи, антростомия.

**Таянч сўзлар:** сурункали синусит, юқори жағ бўшлиғи кисталари, антростомия.

**Key words:** chronic sinusitis, maxillary sinus cysts, anthrostomy.

Воспалительные процессы носа и его придаточных пазух относятся к разряду распространенных видов патологии верхнего дыхательного тракта и прочно занимают ведущее место из всей структуры ЛОР-патологий. Одной из часто встречающихся клинических продуктивных форм хронического синусита является кистозное поражение пазух. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности эндоназальных доступов через нижний проход носовой полости для хирургического подхода при лечении больных с хроническим кистозным гайморитом. В нашем исследовании принимали участие пациенты, которым проведено вскрытие гайморовых синусов через нижний носовой ход с предложенным нами разрезом. По данным объективных и субъективных исследований использование предложенного нами разреза для малоинвазивного доступа минимизировало риск развития местных осложнений в ранние и поздние послеоперационные сроки, а также сократил сроки стационарного лечения.

## КИСТОЗЛИ ГАЙМОРИТЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАКТИКАМИЗ

М. Т. Насретдинова, А. А. Хайитов

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Бурун ва бурун ён бўшлиқларининг яллиғланиш жараёнлари юқори нафас йўллари кенг тарқалган патологиялари тоифасига киради ва ЛОР патологияларининг барча тузилишида этакчи ўринни эгаллайди. Сурункали синуситнинг кенг тарқалган клиник маҳсулдор шаклларида бири - бу кистозли синуситдир. Бизнинг тадқиқотимизнинг мақсади сурункали кистозли синусити бўлган беморларни жарроҳлик даволашда пастки бурун йўлидан эндоназал киришнинг самарадорлигини баҳолаш эди. Тадқиқотимиз давомида биз тақлиф қилган кесма билан пастки бурун йўли орқали юқорги жағ бўшлиғи очилди. Объектив ва субъектив тадқиқотлар натижаларига кўра, минимал инвазив кириш учун биз тақлиф қилган кесмани қўллаш, оператсиядан кейинги эрта ва кеч даврлардаги маҳаллий асоратлар хавфини камайтирди, шунингдек статсионар даволаниш вақтини камайтирди.

## OUR TACTICS FOR SURGICAL TREATMENT OF CYSTOSIS SINUSITIS

М. Т. Nasretdinova, A. A. Xayitov

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Inflammatory processes of the nose and its sinuses belong to the category of common types of pathology of the upper respiratory tract and firmly occupy a leading place from the entire structure of ENT pathologies. One of the common clinical productive forms of chronic sinusitis is cystic sinus disease. The aim of our study was to evaluate the effectiveness of endonasal access through the lower nasal passage in the surgical treatment of patients with chronic cystic sinusitis. Our study involved patients who had an autopsy of the maxillary sinuses through the lower nasal passage with the incision we proposed. According to objective and subjective studies, the use of our proposed incision for minimally invasive access minimized the risk of local complications in the early and late postoperative periods, as well as reduced the time of inpatient treatment.

**Актуальность.** Воспалительные процессы носа и его придаточных пазух относятся к разряду распространенных видов патологии верхних дыхательных путей. По анализу обращаемости в поликлинику и в группах больных, которые проходили лечение в стационарных условиях риниты и синуситы, по данным многих авторов, прочно занимают ведущее место из всей структуры ЛОР-патологий. Хронический синусит, как правило, является последствием или продолжением острого процесса, если он не заканчивается к концу 6-й недели. Не утихают споры среди наших и зарубежных исследователей по поводу этиологии и патогенезу хронического синусита. Весьма часто причинами развития хронических синуситов, являются: аллергические риниты, анатомические аномалии носовой полости и носоглотки, изменяющие правильную аэродинамику (например, деформация носовой перегородки, ги-

пертрофия носовых раковин, аденоидные вегетации), а также болезни, связанные с иммунодефицитом, кистозный фиброз, первичная дисфункция ресничек и др.

Одной из часто встречающихся клинических продуктивных форм хронического синусита является кистозное поражение пазух. Кисты относятся к доброкачественным образованиям, в виде мешочка заполненных жидкостью, и по встречаемости являются одним из распространенных негнойных патологий придаточных синусов носа. По последним данным многих авторов у 8–11% здоровых людей могут диагностироваться кисты придаточных пазух носа. Кисты наиболее часто встречаются в гайморовых пазухах, являясь наиболее распространенной патологией часто представляют случайные клинические находки при рентгенологических исследованиях придаточных синусов носа (компьютерная томография, рентгенография). Одним из основных моментов в развитии кистозных поражений пазух является изменение аллергических и иммунобиологических свойств организма в системе тканевых макрофагов (РЕС).

По форме и строению различают истинные (ретенционные), ложные, одонтогенные и кисты, связанные с пороками развития. Ретенционные кисты пазух по строению отличаются от ложных и одонтогенных кист, их стенка снаружи и изнутри покрыта мерцательным эпителием. Повторяющееся воспаление играет ведущую роль в развитии истинных кист, которое вызывает устойчивое сужение выводных протоков желез слизистой оболочки пазухи. Как результат постоянного воспалительного процесса происходит экссудация и гиперсекреция желез на фоне закупоривания их выходных протоков. Слизистая оболочка гайморовых пазух богата содержанием подобных желез, поэтому встречаются множественные кисты каждой стенок пазухи. Отличить ретенционные кисты от псевдокист пазухи по клинике и рентгенологическим снимкам бывает нелегко, но на тактику хирургического лечения это не влияет.

В основном клиническая картина кистозного гайморита проходит менее выражено и выявляется случайно при выполнении компьютерных или магниторезонансных томографии головы, и в практике стоматологов. Наиболее часто больные предъявляют жалобы на боль в голове или в проекции гайморовой пазухи, которая активизируется на фоне респираторных заболеваний носа. Поводом появления головной боли является механическое давления кистозного образования на нервные окончания тройничного нерва слизистой оболочки пазухи. Интенсивность головной боли не зависит от размеров кисты, она может быть тупой или распирающей, проявляться ощущением давления в области пазухи и зубов верхней челюсти. Главным образом она усиливается на фоне острых респираторных заболеваний, нередко из оболочки кисты образуется полип, который вырастает в носовую полость и затрудняет носовое дыхание. Изредка на фоне крупных кист происходит истончение стенок пазухи и их разрушение, приводящие к раздражению окончаний тройничного нерва (невралгия, слезотечение).

**Цель исследования.** Оценить эффективность эндоназальных доступов через нижний носовой ход при хирургическом лечении больных с хроническим кистозным гайморитом.

**Материалы и методы.** В нашем исследовании принимали участие 31 пациент, с диагнозом хронический кистозный гайморит. Основной жалобой, которую предъявляли пациенты была головная боль или боль в проекции гайморовой пазухи. При рентгенологическом обследовании (КТ) выявлено, что в исследуемой нами группе у 21 пациента (67%) выявлено одностороннее поражение гайморовой пазухи и у 10 пациентов (33%) двустороннее, с плотностью от 8 до 37 ед. НУ. По форме кисты имели круглую или полукруглую формы, с ровными гладкими краями. По расположению в пазухе 65% кист располагались на нижней стенке и в наименьшей степени (5%) на лицевой стенке гайморовой пазухи. У всех пациентов при эндоскопическом исследовании не выявлено патологических изменений структур со остиомеатального комплекса.

После стандартного клинического обследования под общим (10 пациентов) и местным (21 пациент) обезболиванием проведено вскрытие гайморовых пазух через нижний носовой

проход. После анемизации раствором адреналина и поднадкостничной гидроотсепаровки проводилось вскрытие гайморовых пазух, в 17 случаях (группа А) вскрытие пазухи проводилось после проведения разреза мягких тканей латеральной стенки нижнего носового хода, в остальных случаях (группа В) с помощью троакара- 1 этап. Предложенный нами разрез длиной 1,5 см и высотой 0,5 см начинался на 2-3 мм ниже переднего края нижней раковины и шел кзади параллельно нижнему краю раковины. После с помощью распатора отслаивались слизистая и надкостница латеральной стенки, и с помощью бора создавали антростому. В обеих тактиках через созданную антростому в пазуху вводился эндоскоп диаметром 2,7 мм с оптикой 300, 450 и 700 для оценивания состояния слизистой оболочки пазухи, размера и расположения естественного соустья, кист. На 2 этапе проводилось удаление кисты под контролем эндоскопической техники с помощью шейвера или щипцами Блексли. При необходимости делалась вазотомия с латеропексией нижней носовой раковины. По окончании оперативного вмешательства в нижний носовой ход закладывался тампон с синтомициновой эмульсией на 24 часа.

**Результаты исследования.** Оценку эффективности эндоназальных доступов через нижний носовой ход при хирургическом лечении больных с хроническим кистозным гайморитом основывали на результатах анкетирования и результатах эндоскопического осмотра области хирургического доступа.

*Результаты анкетирования* в раннем (до 1 месяца) и позднем (от 1 до 6 месяцев) постоперационном периоде показал, что в раннем периоде основными жалобами были затруднение носового дыхания, выделения из носа и дискомфортность в проекции прооперированного синуса. В группе А регресс этих симптомов наблюдался значительно быстрее, чем у пациентов группы В.

*Результаты эндоскопии.* В ближайшем постоперационном периоде у 50% пациентов группы А и у 75% группы В отмечалась гиперемия и отек слизистой оболочки нижнего носового хода. В области хирургического доступа фибриновый налет визуализировался в 15% случаев у пациентов группы А и 70% пациентов группы В. В остальных случаях в зоне латеральной стенки полости носа визуализировались минимальные рубцовые изменения, целостность структур нижнего носового хода восстановилась. Повреждения носослезного канала не наблюдалось. Показатели эндоскопии в позднем периоде показали, что у 13 пациентов группы В наблюдаются рубцовые тяжи и спайки между нижней раковиной и нижней стенкой носового хода, тогда как у практически всех пациентов группы А таких изменений не наблюдалось.

**Заключение.** Миниинвазивный доступ через нижний носовой ход с использованием разреза может успешно использоваться для устранения кист из гайморовой пазухи без нарушения целостности интактных структур остиомеатального комплекса. Предложенный разрез эффективен и безопасен при удалении подобных образований, а также инородных тел из нижних отделов пазухи. Антростомия через нижний носовой проход под местной анестезией позволяет проводить вмешательство пациентам с наличием соматической патологии, и кому противопоказана общая анестезия. Согласно объективным и субъективным данным, заживление постоперационной раны происходило в ранние сроки у пациентов группы А по сравнению с группой В. Использование предложенного нами разреза для малоинвазивного доступа минимизирует риск образования местных осложнений и уменьшает время стационарного пребывания, что отражается в экономическом и социальном плане. Высокую эффективность миниинвазивного доступа через нижний носовой ход показывают и отдаленные послеоперационные результаты.

**Использованная литература:**

1. Ашмарин М.П. Щадящий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи Российская ринология.-1999.-№ 2.-С. 38-39.
2. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Зайратьянц О.В., Арзамазов С.Г., Горовая Е.В., Лапепко Е.Г. Состояние остномеатального комплекса при ретенционных кистах гайморовой пазухи И Российская ринология. - 2015. - №4 - С. 3-7.
3. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Арзамазов С.Г. Оценка эндоскопических доступов при удалении ретенционных кист гайморовой пазухи // Folia Otorhinolaryngologiae Et Pathologiae Respiratoriae. -2015. - Vol.21, No 2.-P.61-62.
4. Салимова Ш. С., Хушвактова Н. Х., Хайитов А. А. Изменение иммунного статуса у больных с хроническим синуситом, осложненных кандидозной инфекцией //Оториноларингологиянинг замонавий йўналишлари» мавзусидаги Ўзбекистон оториноларингологиянинг IV съезди. Тошкент-2015.-87 б.
5. Хайитов А. А., Хушвактова Н. Ж., Насретдинова М. Т. Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом //Инновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа. – 2017. – С. 93-95.
6. Хрусталева Е.В. Нестеренко Т.Г., Чанцева Т.И. и др. Роль слизистой оболочки в формировании хронического очага воспаления в верхнечелюстных пазухах Материалы VIII научно-практической конференции. - Москва, 2009. - С. 210-211.