JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH
ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Амонов Шавкат Эргашевич,
Ташкентский педиатрический
медицинский институт
Идиев Зохидулла Зиёдуллаевич
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр педиатрии

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ – ОСНОВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
(обзор литературы)

http://dx.doi.org/10.26739/ 2181-0966-2021-1-9

АННОТАЦИЯ

С точки зрения физиологии носа и околоносовых пазух является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (ФЭСС или ЭРСХ). Хронический синусит – одно из самых распространенных заболеваний в патологии верхних дыхательных путей. Симптомы синусита значительно снижают качество жизни пациентов. Развитие новых технологий и методов исследования функций слизистой оболочки носа и околоносовых пазух позволяет иначе подойти к вопросу лечения данной патологии. Методики FESS позволяет максимально сохранить анатомию полости носа и его синусов и восстановить нормальное носовое дыхание. Эндоскопические операции легче переносятся пациентами, позволяют выписать пациента из стационара значительно раньше, чем при использовании классических техник ринохирургии.

Ключевые слова Риносинусохирургия , хронический синусит, функциональная эндоскопическая риносинусохирургия, инфундибулотомия

Амонов Шавкат Эргашевич,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Идиев Зохидулла Зиёдуллаевич
Республика ихтисослаштирилган
педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

ЭНДОСКОПИК РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ-БУРУН ЁН БУШЛИҚЛАРИНИНГ ПАТОЛОГИЯСИНИ АСОСИЙ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Бурун ва параназал синуслар физиологияси нуқтаи назаридан функтсионал эндоскопик риносинус оператсияси (ФЕСС). Сурункали синусит юқори нафас йўлларининг патологиясида энг кўп учрайдиган касалликлардан биридир. Синусит белгилари беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради. Бурун шиллиқ қавати ва паранасал синусларнинг функтсияларини ўрганиш учун янги технологиялар ва усулларни ишлаб чиқиш ушбу патологияни даволашга бошқача ёндашишга имкон беради. ФЕСС техникаси бурун бўшлиғи ва унинг синуслари анатомиясини максимал даражада сақлайди ва нормал бурун нафасини тиклайди. Эндоскопик операциялар беморларга тоқат қилиши осонроқ ва беморларни шифохонадан чиқарилишларига имкон бериш мумтоз риносхирургия усулларидан кўра анча эрта.

Калит сўзлар Риносинусохирургия, сурункали синусит, функционал эндоскопик риносинусохирургия, инфундибулотомия

Shavkat E. Amonov
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Zohidulla Z. Idiyev
Republican Specialized
Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics

ENDOSCOPIC RHINOSINUS SURGERY – THE MAIN SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE PARANASAL SINUSES

RESUME

From the point of view of the physiology of the nose and paranasal sinuses is functional endoscopic rhinosinus surgery (FESS or ERSH). Chronic sinusitis is one of the most common diseases in the pathology of the upper respiratory tract. The symptoms of sinusitis significantly reduce the quality of life of patients. The development of new technologies and methods for studying the functions of the nasal mucosa and paranasal sinuses allows a different approach to the treatment of this pathology. The FESS technique maximizes the preservation of the anatomy of the nasal cavity and its sinuses and restores normal nasal breathing. Endoscopic surgeries are more easily tolerated by patients and allow the patient to be discharged from the hospital much earlier than with the use of classical rhinosurgery techniques.

Key words Rhinosinus surgery, chronic sinusitis, functional endoscopic rhinosinus surgery, infundibulotomy

Наиболее щадящим метод хирургического лечения с точки зрения физиологии носа и околоносовых пазух является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (ФЭСС или ЭРСХ). Операции околоносовых пазухах выполнять в один этап с реконструкцией перегородки носа и носовых раковин.

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

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 количество пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух ежегодно увеличивается на 1,5-2% и достиг 52,7% среди стационарных больных[1, 3].

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.

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 (ФЭСХ). Термин «функциональная синусхирургия» 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.

Другая точка зрения сторонников «радикальных» методов, считают 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. При этом 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.

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 сфеноэтмоидэктомии с фенестрацией верхнечелюстных пазух и удалением средних носовых раковин.

Проведение ФЭСХ выглядеть следующим образом. После ревизии среднего носового хода под контролем торцевого эндоскопа, идентифицируют 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 производится сквозной разрез в нижних отделах крючковидного отростка сзади наперед и обнажая воронку решетчатого лабиринта.

В нижней части воронки обнажается соустье верхнечелюстной пазухи. Далее удаляя медиальную стенку решетчатой буллы, находят соустье буллы и базальную пластинку средней носовой раковины, которую перфорируют при помощи щипцов Блексли или фрезой микродебридера. Через сформированное отверстие в базальной пластинке аспирируют патологическое содержимое задних клеток, а при необходимости производят их резекцию сзади наперед до лобно-носового кармана, ориентируясь на крышу решетчатого лабиринта. Далее производится удаление клеток из области лобно-носового кармана, предлежащих к лобно-носовому соустью [10].

При использовании эндоназальной техники в области верхнечелюстной пазухи выполняют инфундибулотомию, после чего обнажают естественное соустье верхнечелюстной пазухи. Если отверстие диаметром до 8 мм аспирируют патологический субстрат с помощью канюл специального диаметра и углом наклона.

Техника операции в области лобной пазухи осуществляется обычно по методу W.Draf у детей более старшего возраста.

После предварительно выполненной этмоидотомии, режущим бором производится 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 производить идентификацию соустья зондом. В идентифицированное соустье вводиться алмазный бор и осуществляется его расширение по направлению кпереди, латерально и медиально до 2 мм в диаметре. Заднюю стенку соустья оставляют интактной. Далее эндоскопом 30≧ осуществляется осмотр сформированного соустья и полости синуса, аспирируется патологический субстрат, пазуха промывается раствором антисептика и на этом операция заканчивается.

Техника трансэтмоидальной сфеноидотомии заключается в следующем. После выполненной передней и задней этмоидэктомии визуализируется передная стенка клиновидной пазухи и проводиться идентификация соустья со стороны сфеноэтмоидального кармана. В случае невозможности визуальной идентификации соустья переднюю стенку максимально ниже и медиальнее перфорируют. Далее производить объединение соустий задних решетчатых клеток и клиновидной пазухи. При доступе через сфеноэтмоидальный карман производится латеральная конхопексия с визуализацией соустья пазухи [7, 8].

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 раковинах. 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 без 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 выписать пациента из стационара значительно раньше, чем при использовании классических техник ринохирургии. После оперативного вмешательства период реабилитации занимает в среднем один месяц.

Список литературы

1. Гаврилова И.С., Попов В.В. Современные методы эндоназального эндоскопического лечения полипозных гаймороэтмоидитов // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.89.
2. Козлов В.С., Шиленкова В.В., Шиленков А.А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. - 2003. - Т.5. - №4. - С.12-217.
3. Колебанова И.Г. [и др.] /Полипозный риносинусит. Современный взгляд на лечение. Диалог хирурга и терапевта / Российская ринология. - 2005. - №2. - С.92-93.
4. Лопатин А.С., Нефедов В.С. Возможности эндоназальной хирургии в лечении кист верхнечелюстных пазух // Российская ринология. - 2001. - №2. - С.120-121.
5. Магомедов М.М. Эндоскопическая эндоназальная микрохирургия в практике оториноларинголога // Вест. оториноларинг. - 2006. - №5. - С.53-55.
6. Манюк М.К. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух у детей // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.189-190.
7. Миракян Р.Г., Пискунов Г.З. Наш опыт применения схемы дифференциального подхода в лечении полипозного риносинусита // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.94-95.
8. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А., Салимова Ш. С. Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов //Вестник врача. – 2016. – №. 4. – С. 27.
9. Насретдинова М. Т. И др. Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция //Таджикский государственный медицинский университет имени Абу али ибни Сино. – 2019.
10. Насретдинова М. Т. др. Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов //Вестник врача. – С. 27.
11. Хайитов А. А., Хушвакова 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.
12. 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.

13. 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.
14. Сватко Л.Г., Покровская Е.М., Рафаилов В.В. Внедрение методов малоинвазивной хирургии в условиях стационарно замещающих технологий// Российская оториноларингология. - Приложение. - 2007. - С.426-428.
15. 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.
16. Pradhan B., Thapa N. Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) // JNMA J. Nepal Med. Assoc. - 2006. - №45. - P.337-341.
17. Khayitov A. A. et al. Immunological parameters in patients with chronic cystic sinusitis //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 152-157.
18. Nasretdinova M. T. et al. Tactics of Administration of Patients with Chronic Atrophic Rhinitis //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 147-151.