

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ЧЕРЕЗ МИНИДОСТУП



Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЮҚОРИ ЖАҒ БУШЛИҒИ КИСТОЗ ЗАРАРЛАНИШИДА КИЧИК ХАЖМЛИ КАМ ЖАРОҲАТЛИ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хайитов Алишер Адхамович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MINIMALLY INVASIVE SURGERY TO REMOVE MAXILLARY SINUS CYSTS THROUGH A MINI-STUB

Nasretdinova Makhzuna Tahsinovna, Khayitov Alisher Adhamovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: luna1088@mail.ru, Alisherk75@mail.ru

Резюме. Бурун бўшлиғи ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати касалликлари ЛОР аъзоларининг барча касалликлари орасида барқарор равишда юқори улушни егаллайди ва замонавий оториноларингологиянинг энг долзарб муаммоларидан биридир. Барча синуситлар орасида юқори жағ бўшлиқларининг яллиғланиши касалликлари энг кўп учрайди, бу уларнинг тарқалиши, сурункали рецидивли кечилишга мойиллиги ва анъанавий даволаш усуллари-нинг йетарли емаслиги билан боғлиқ. Тадқиқотнинг мақсади юқори жағ бўшлиқларининг сурункали яллиғланиши касалликлари билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш усуллари-ни такомиллаштиришдан иборат. Кузатув остида 43 нафар бемор бўлиб, улардан 15 нафари аёллар, 28 нафари юқори жағ бўшлиқларининг кистоз шикастланиши бўлган 15 ёшдан 65 ёшгача бўлган еркаклар. Барча беморларга мини кириш орқали юқори жағ бўшлиқларида эндоскопик жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Ишлаб чиқилган усул ЮЖБ бўшлиғини тўлиқ текшириш ва эндоскопик назорат остида кам инвазив жарроҳликнинг барча тамойилларини қўллаган ҳолда кистани еҳтиёткорлик билан олиб ташлаш имконини беради. Жарроҳлик жароҳатининг битиши жараёни 7-10 кун ичида нозик чандиқ ҳосил бўлиши билан яқунланади.

Калит сўзлар мини кириш, киста, юқори жағ бўшлиғи, бор, троакар.

Abstract. Diseases of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses consistently occupy a high proportion among all diseases of the ENT organs and are one of the most pressing problems of modern otorhinolaryngology. Among all sinusitis, inflammatory diseases of the maxillary sinuses account for the largest number, due to their prevalence, tendency to chronic recurrent course and insufficiency of traditional treatment methods. The aim of the work was to improve the methods of surgical treatment of patients with chronic inflammatory diseases of the maxillary sinuses. 43 patients were under observation, including 15 women, 28 men aged 15 to 65 years with cystic lesions of the maxillary sinuses. All patients underwent endoscopic surgery on the maxillary sinuses through a mini-probe. A technique has been developed by which it is possible to fully examine the sinus and carefully remove the cyst under endoscopic control using all the principles of minimally invasive surgery. The healing process of the surgical wound ends with the formation of a delicate scar within 7-10 days.

Keywords Ministup, cyst, maxillary sinus, bor, trocar.

Заболевания слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух устойчиво занимают высокий удельный вес среди всех заболеваний ЛОР-органов и являются одной из самых актуальных проблем современной оториноларингологии [4, 5, 7, 9, 11]. Следует отметить, что основная часть больных принадлежит к лицам работоспособного возраста от 18 до 55 лет, таким образом проблема из медицинской превращается в медико-социальную [2, 12]. Меняется структура самой патологии в сторону увеличения числа сочетанных поражений ОНП, а также хронических и вялоте-

кущих процессов [8]. Среди всех синуситов воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух составляют наибольшее количество, что обусловлено их распространенностью, тенденцией к хроническому и рецидивирующему течению и недостаточностью традиционных методов лечения [6]. В течение последних 10–15 лет выбор метода хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе при одной и той же патологии – гнойном и полипозном синусите, а так же при кистах варьирует от операции Колдуэлл–Люка с удалением всей слизистой оболочки [10], до различных

методов «микрогайморотомии» [13]. При операции Колдуэлла–Люка обеспечивается наиболее полный доступ ко всем отделам верхнечелюстной пазухи. При этом, несмотря на присутствующий радикализм, выздоровление больных после такого хирургического вмешательства наступает не всегда [1]. Следует отметить, что внутриносовые операции, выполненные с использованием микроэндоскопических внутриносовых технологий также не всегда приводят к купированию воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах [3]. При эндоскопическом эндоназальном подходе расширяют естественное соустье пазухи, обеспечивая тем самым дренаж, однако не всегда удается осмотреть пазуху полностью и тщательно удалить кисту, полипы или инородное тело.

Таким образом, можно констатировать, что проблема хирургического лечения заболеваний верхнечелюстных пазух далека от окончательного решения, что и предопределило цель настоящей работы.

Целью работы явилось совершенствование методов хирургического лечения больных с кистозным поражением верхнечелюстных синусов

Для выполнения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Оценить эффективность микрогайморотомии у пациентов с расположением кисты на задней стенке верхнечелюстного синуса.
2. Исследовать особенности послеоперационного заживления операционной раны при микрогайморотомии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находился 43 пациент, из них 15 женщин, 28 мужчин в возрасте от 15 до 65 лет с кистозным поражением верхнечелюстных синусов.

Дооперационный алгоритм обследования включал в себя сбор анамнеза, эндоскопию полости носа, компьютерную томографию околоносовых пазух в коронарной и аксиальной проекциях, риноманометрию. Всем пациентам выполнена эндоскопическая операция на верхнечелюстных пазухах через минидоступ на передней стенке ВЧС.

Методика операции. При выполнении операции использовали троакар Козлова и шаровидный твердосплавный бор. Троакар состоит из стилета, оканчивающегося трехгранником и канюли (рис. 1).



Рис. 1. Троакар Козлова



Рис. 2. Набор фрез для бор машины

Канюля выполнена в виде конусообразной воронки, внутренний диаметр которой равен 6 мм, что позволяет одновременно с эндоскопом (0, 30 градусов и диаметром 2,2 мм) вводить в пазуху наконечник шейвера или щипцы Блексли для выполнения манипуляций. Хирургическое вмешательство производят под эндотрахеальным наркозом. Наркоз дополняют местной анестезией путем инъекции 1 мл 1 % лидокаина с адреналином 1: 200000 в область Fossa canina. После анестезии губу на стороне операции оттягивают вверх при помощи крючка Фарабефа и, ориентируясь на условную линию, проходящую параллельно спинке носа, на уровне между 4 и 5 зубами в зону собачей ямки устанавливают троакар. Посредством ротационных движений троакар вводят в верхнечелюстную пазуху на глубину до 5 мм. После этого стилет извлекают, удерживая воронку другой рукой. Затем воронку фиксируют к гибкой металлической руке, что позволяет выполнять дальнейшие манипуляции в пазухе бимануально. Кровотечения при этом, как правило, не бывает, поскольку края раны прижимаются краями воронки. В случае заполнения пазухи секретом, его аспирируют посредством отсоса. Далее через воронку троакара в пазуху вводят эндоскоп диаметром 2, 7 мм с оптикой 30 град и оценивают состояние слизистой оболочки пазухи, размер и расположение соустья, наличие в пазухе патологических образований, инородных тел. После этого, под контролем эндоскопа, приступают к удалению кист, используя для этого щипцы Блексли или микродебридер.

При изолированных кистах и отсутствии воспалительных изменений слизистой пазухи содержимое и оболочку кисты удаляли, но расширение соустья не выполняли. После окончания хирургических манипуляций пазуху интенсивно промывали раствором декасана в разведении 1:6, выполняли финальную эндоскопическую ревизию и приступали к расширению соустья. Соустье расширяли через пазуху, путем удаления части задней фонтанеллы. Операцию заканчивали удалением воронки троакара из раны. Рану не зашивали.

На область щеки прикладывали пузырь со льдом в течение 6 часов. В послеоперационном периоде пациентам назначали антибиотики на 5 дней. Строго запрещалось высмаркивание в течение 3 дней после операции, так как это могло привести к развитию эмфизе-

мы. Дважды в день выполняли туалет полости носа, включающий анемизацию слизистой оболочки, орошение полости носа раствором раствором декасана. Туалет завершали 30 минутной аппликацией 10% метилурациловой мази на тампоне. На третьи сутки после операции пациентам, у которых было произведено расширение соустьев, пазухи промывали раствором антисептика. Результаты и их обсуждение. На 5 сутки из ЛОР отделения в удовлетворительном состоянии выписаны 98(97,03%) пациентов. За период наблюдения (максимальный 2 года) из данной группы больных рецидивов, требующих повторных хирургических вмешательств, не наблюдали. Трое пациентов были выписаны на 8 сутки.

Одной из задач нашей работы было исследовать особенности послеоперационного заживления операционной раны при минидоступе. После операции пациенты заполняли анкету, где им предстояло оценить свои жалобы, по пятибалльной шкале, по следующим критериям: отек щеки, боль в области раны, снижение чувствительности в виде онемения. У 15 больных отек щеки на следующий день после операции практически отсутствовал, у 18 пациентов был незначительным, и у 10 был умеренно выражен. Сильного отека в 1 сутки после операции не было ни у одного из пациентов. К 5 суткам после операции у 32 пациентов отека щеки не было, у 8 был незначительным, а у 3 пациентов умеренный, который купировался к 8 суткам.

Сильную боль в первые сутки после операции не отмечал ни один из пациентов, умеренную боль отмечали 25 пациентов, слабо выражен болевой синдром присутствовал у 12 и вообще не было болевых ощущений у 6 пациентов. Следует отметить, что все пациенты в раннем послеоперационном периоде получали анальгетики, поэтому объективно оценить данный показатель достаточно сложно. Однако на 3 сутки у 2 пациентов появилась выраженная боль в области послеоперационной раны, как выяснилось позже у этих пациентов развилось осложнение в виде гемосинуса. На 7 сутки боли не отмечали 97 пациентов, и лишь у 4 были слабо выражены болевые ощущения, которые не требовали приема анальгетиков. В первые сутки после операции сильное онемение в области щеки и зубов на стороне вмешательства отмечали 3 пациента, умеренное и слабовыраженное онемение было у 15 и 23 больных соответственно, вообще не отмечали парестезии 30 пациентов. К 7 суткам легкое ощущение онемения оставалось у 8 пациентов, которое их практически не беспокоило.

Заживление раны под губой не требует каких-либо специальных лечебных мероприятий. Процесс заживления заканчивается образованием нежного рубца в течение 7–10 суток после вмешательства. Весьма интересным является вопрос о том, что происходит с передней стенкой верхнечелюстной пазухи в дальнейшем. К сожалению, всем оперированным пациентам невозможно выполнить компьютерную томографию в отдаленном послеоперационном периоде. Однако, в 32 наблюдениях КТ исследования были выполнены по тем или иным показаниям. Анализ результатов КТ показал, что в месте перфорации троакаром передней стенки пазухи формируется костная мозоль, не оставляющая никакого костного дефекта (рис. 3.).

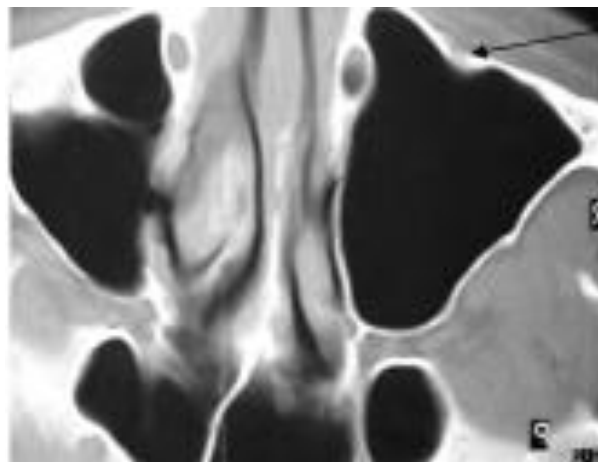


Рис. 3. Стрелкой показано место вскрытия ВЧС через 6 месяцев после операции

Выводы:

1. Разработана методика, при помощи которой удается полностью осмотреть пазуху и тщательно под эндоскопическим контролем удалить кисту, применяя все принципы минимально инвазивной хирургии.
2. Процесс заживления операционной раны заканчивается образованием нежного рубца в течении 7–10 суток. В месте перфорации троакаром передней стенки формируется костная мозоль, не оставляющая никакого костного дефекта

Литература:

1. Карпищенко С. А. и др. Малоинвазивный доступ к верхнечелюстной пазухе: особенности послеоперационного периода // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2018. – Т. 24. – №. 2. – С. 4-12.
2. Крюков А. И. и др. Анализ хирургических доступов при удалении кист верхнечелюстной пазухи // *Российская ринология*. – 2016. – Т. 24. – №. 3. – С. 3-5.
3. Крюков А. И. и др. Анатомические и гистологические особенности состояния структур остиомеатального комплекса у больных с кистозным поражением верхнечелюстной пазухи // *Российская оториноларингология*. – 2016. – №. 2 (81). – С. 60-65.
4. Насретдинова М., Хайитов А. Наша тактика при хирургическом лечении кистозных поражений гайморовых пазух // *Журнал вестник врача*. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 72-75.
5. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А. Совершенствование хирургических методов лечения хронического кистозного гайморита // *ББК 57*. – 2020. – С. 134.
6. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в республике узбекистан на основе развития общей врачебной практики // *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований*. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
7. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруселлезного генеза // *Uzbek journal of case reports*. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

8. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом //Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.

9. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.

10. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

11. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.

12. Adxamovich X. A. et al. The Diagnosis and Treatment of Paranasal Sinus Cysts //Genius Repository. – 2023. – Т. 26. – С. 23-29.

13. Nasretdinova M. T., Khaitov A. A. Choice of surgical approach in the treatment of maxillary sinus cysts // journal of dentistry and craniofacial studies. – 2023. – Т. 4. – No. 1.

14. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z. Freedom to the nasal breathing //Russian rhinology. – 2010. – Т. 4. – С. 34-45.

15. Moon IJ, Kim SW, Han DH, Shin JM, Rhee CS, Lee CH, et al. Mucosal cysts in the paranasal sinuses: long-term follow-up and clinical implications. *Am J Rhinol Allergy*. 2011 Mar-Apr;25(2):98–102.

16. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Hwang P.H., Smith T.L., Alt J.A., Baroody F.M., Batra P.S., Bernal-Sprekelsen M., Bhattacharyya N., Chandra R.K., et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Rhinosinusitis. *Int. Forum Allergy Rhinol*. 2016;6:S22–S209. doi: 10.1002/alr.21695.

17. Moon IJ, Lee JE, Kim ST, Han DH, Rhee CS, Lee CH, et al. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses. *Rhinology*. 2011 Aug;49(3):309–314.

Casserly P., Harrison M., O’Connell O., O’Donovan N., Plant B.J., O’Sullivan P. Nasal endoscopy and paranasal sinus computerised tomography (CT) findings in an Irish cystic fibrosis adult patient group. *Eur. Arch. Oto-*

Rhino-Laryngol. 2015;272:3353–3359.

doi: 10.1007/s00405-014-3446-z.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ЧЕРЕЗ МИНИДОСТУП

Насретдинова М.Т., Хайитов А.А.

Резюме. Заболевания слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух устойчиво занимают высокий удельный вес среди всех заболеваний ЛОР-органов и являются одной из самых актуальных проблем современной оториноларингологии. Среди всех синуситов воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух составляют наибольшее количество, что обусловлено их распространенностью, тенденцией к хроническому рецидивирующему течению и недостаточностью традиционных методов лечения. Целью работы явилось совершенствование методов хирургического лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух. Под наблюдением находился 43 пациент, из них 15 женщин, 28 мужчин в возрасте от 15 до 65 лет с кистозным поражением верхнечелюстных синусов. Всем пациентам выполнена эндоскопическая операция на верхнечелюстных пазухах через минидоступ. Разработанная методика позволяет полностью осмотреть пазуху и тщательно под эндоскопическим контролем удалить кисту применяя все принципы малоинвазивной хирургии. Процесс заживления операционной раны заканчивая образованием нежного рубца в течении 7–10 суток.

Ключевые слова Минидоступ, киста, верхнечелюстной синус, бор, троакар.