

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Авторы на основании опыта лечения больных с заболеваниями лобной пазухи дают рекомендации по совершенствованию хирургических вмешательств с целью повышения эффективности лечения.

Ключевые слова: лобная пазуха, пластика передних стенок, мукоцеле, остеома.

Существуют различные мнения относительно хирургического вмешательства на лобной пазухе. Существуют экстра- и эндоназальные подходы к лобным пазухам. Как одни, так и другие имеют преимущества и недостатки. Характер хирургического вмешательства зависит от вида патологии и локализации процесса. Чаще всего применяют экстраназальные методы хирургического лечения патологии лобных пазух. Однако в последнее десятилетие в практику широко внедрены эндоназальные операции под эндоскопическим контролем, что является оптимальным вариантом при острых рецидивирующих и хронических фронтитах, а также при кистах лобных пазух, локализующихся в медиальных отделах пазухи или вблизи межпазушной перегородки. Технически эндоназально вскрыть лобную пазуху труднее, поэтому многие оториноларингологи в этом случае используют наружный доступ или комбинированный. Если раньше предметом дискуссии был вопрос о том, следует ли закрывать костные дефекты после экстраназальных операций на лобной пазухе, то сегодня у оториноларингологов единое мнение — необходимо проводить пластику костного отверстия. Наиболее интересными работами в ринологии являются работы с применением деминерализованных костных трансплантатов [1–3] и титановых имплантов [4–8]. В связи с этим актуальна разработка и внедрение в клинику новых материалов для пластики костных стенок.

Цель исследования — изучение возможности применения комбинированного остеопластического материала в качестве импланта для пластики передней стенки лобной пазухи.

Материал и методы исследования. В нашей работе мы использовали костный цемент «Рекост» — комбинированный полимерный материал для закрытия костных дефектов. Основа материала «Рекост» — полиуретановый полимер и полиол в качестве отвердителя, а также гидроксипатит (рис. 1). Готовый «Рекост» имеет пористую микроструктуру, которая способствует остеокондукции и остеоиндукции.

Прооперировано 15 пациентов: 8 — мукоцеле лобной пазухи, 3 — кисты лобной пазухи, 4 — остеомы лобной пазухи. Все пациенты, находившиеся под нашим наблюдением, жаловались на головные

боли, локализованные в области пораженной пазухи. При мукоцеле лобных пазух наблюдались характерные изменения лица: припухлость мягких тканей у внутреннего угла глаза, верхнего края орбиты или области лба. Глазное яблоко у 2 больных было смещено в нижелатеральном направлении.

С целью диагностики всем пациентам проведена трехплоскостная компьютерная томография. Исследования проводились на аппаратах АССУТОМО фирмы Morita (Япония). Принципиальное отличие конусно-лучевой томографии от спиральных КТ заключается, во-первых, в том, что в данном случае для сканирования вместо тысяч точечных детекторов используется один плоскостной сенсор, и, во-вторых, в том, что генерируемый луч коллимируется в виде конуса. Во время съемки излучатель работает непрерывно, а с сенсора несколько раз в секунду считывается информация. То есть делается несколько кадров в секунду. Затем информация обрабатывается в компьютере и восстанавливается виртуальная трехмерная модель сканированной области. После этого трехмерный реформат «нарезается» слоями в виде срезов определенной толщины и каждый слой сохраняется в памяти компьютера в виде файла. В то же время благодаря использованию новых технологий лучевая нагрузка при исследовании по сравнению с другими видами КТ снижена в десятки раз. В процессе исследования черепа на последовательном конвенционном томографе пациент получает 1000–1500 мкЗв (*микрозивертов*), на мультиспиральном компьютерном томографе — 300–400 мкЗв. При сканировании челюстно-лицевой области с помощью конусно-лучевого томографа лучевая нагрузка составляет, в зависимости от экспозиции, всего 30–90 мкЗв.

При оценке состояния пазухи, в свете предстоящей операции, особое внимание обращали на ее размер в аксиальной и сагитальной проекциях, степень пневматизации пазухи, толщину передней костной стенки.

Экстраназальная операция произведена 14 пациентам. Все пациенты прооперированы под эндотрахеальным наркозом. Вскрытие лобных пазух производилось через переднюю стенку с помощью бора. Размеры отверстия в передней стенке лобной пазухи варьировали в зависимости от характера



Рис. 1. Остеопластический материал «Рекост»

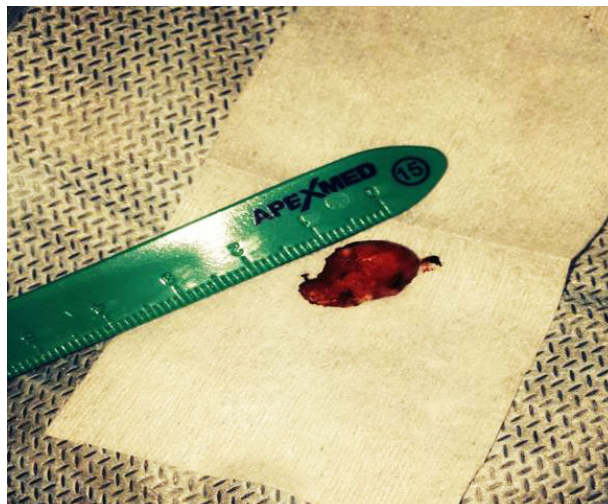


Рис. 2. Остеома лобной пазухи



Рис. 3. Пластика костного дефекта правой лобной пазухи

патологического процесса и его локализации в пазухе. При мукоцеле и кистах — костное окно было размером 1–1,5 см в диаметре, при остеомах лобных пазух размеры отверстия варьировали от 1,5 до 2 см в зависимости от размеров остеомы (рис. 2). После окончания операции формировали фрагмент из имплантационного материала, адекватный костному дефекту, и поднадкостнично устанавливали его в ране (рис. 3). Рана ушивалась наглухо.

Одному пациенту с кистой лобной пазухи, локализованной около соустья, произведено эндоскопическое удаление кисты через соустье. У пациентов с мукоцеле лобных пазух экстраназальный подход сочетался с эндоскопическим эндоназальным подходом. Эндоскопический этап операции позволил восстановить проходимость лобно-носового канала и обеспечить адекватный дренаж и аэрацию пораженной пазухи. Дренажную трубку удаляли через 3–4 недели.

Результаты клинической части работы. В послеоперационном периоде отмечался незначительный реактивный отек мягких тканей лица в течение 3–5 дней. Нагноений и индивидуальной непереносимости импланта не зафиксировано. Полная или частичная остеоинтеграция костных стенок происходила в сроки от 5 до 9 месяцев, когда рентген-структура трансплантата приближалась к плотности нормальной кости.

Заключение. В основе хирургического лечения лобных пазух должен лежать органосохраняющий принцип. Представляется целесообразным восстановление целостности передней стенки лобной пазухи после проведения операции. Применяемые импланты «Рекост» обладают биологической совместимостью, биоинертностью, что проявляется слабой воспалительной реакцией в окружающих тканях.

Библиографический список

1. Волков, А. Г. Особенности выявления деминерализованных костных трансплантатов при пластике стенок околоносовых пазух / А. Г. Волков, А. Р. Боджоков // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 5 (приложение). — С. 143–144.
2. Боджоков, А. Р. Антибактериальные возможности трансплантата после пластики стенок лобных пазух / А. Р. Боджоков // Вестник оториноларингологии. — 2008. — № 5 (приложение). — С. 139–140.
3. Боджоков, А. Р. Пластика костных дефектов стенок околоносовых пазух деминерализованными костными трансплантатами : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. Р. Боджоков. — Ростов-н/Д., 2011. — 23 с.
4. Староха, А. В. Новые технологии хирургического лечения риносинуситов с применением сверхэластичных имплантатов с памятью формы : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Староха. — СПб., 1998. — 28 с.

5. Титановые имплантаты с покрытием биоситаллом в реконструктивно-пластической хирургии околоносовых пазух и носовой перегородки / Н. Ю. Михайленко [и др.] // Российская оториноларингология. — 2005. — № 3 (16). — С. 53–57.

6. Крюков, А. И. Оптимизация реконструктивных операций на лобной пазухе / А. И. Крюков, А. А. Агафонов // Вестник оториноларингологии. — 2010. — № 3. — С. 71–72.

7. Абдулкеримов, Х. Т. Применение металлоконструкций в восстановлении дефектов кранио-фасциально-орбитальной зоны / Х. Т. Абдулкеримов, Р. С. Давыдов // Российская оториноларингология. — 2010. — № 3. — С. 35.

8. Металлоконструкции из титана в реконструктивной хирургии костных дефектов основания черепа и лицевой зоны / Х. Т. Абдулкеримов [и др.] // Материалы II Петербургского форума оториноларингологов России. — СПб., 2013. — С. 229.

ПОКРОВСКАЯ Елена Михайловна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Казанского федерального университета.

КРАСНОЖЕН Владимир Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии Казанской государственной медицинской академии.

Адрес для переписки: eokgunia@inbox.ru

Статья поступила в редакцию 08.07.2014 г.

© Е. М. Покровская, В. Н. Красножен

УДК 612.017.1:616.211-002

**С. Ф. КУДАЙБЕРГЕНОВА
Г. К. ДЖАРКИНБЕКОВА
Д. Е. ЖАЙСАКОВА**

Казахский национальный
медицинский университет
им. С. Д. Асфендиярова,
г. Алма-Ата, Республика Казахстан

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ

Проведено исследование содержания «атопического» цитокина интерлейкина-4 (IL-4) в сыворотке крови, а также его концентрации в смывах с мазков-отпечатков со слизистой носа при различных формах аллергического ринита, сезонного и круглодичного, методом твердофазного иммуноферментного анализа. Смывы с мазков-отпечатков со слизистой носа при аллергическом рините взяты по предложенной авторами методике. Для дифференциального диагноза и предварительного подтверждения аллергического генеза ринитов можно использовать неинвазивный, физиологичный, достаточно информативный метод определения IL-4 в носовом секрете.

Ключевые слова: аллергический ринит, формы аллергического ринита, IL-4.

Аллергические риниты (АР) составляют ¼ всех аллергических заболеваний. Это одно из наиболее широко распространенных заболеваний человека, связанное с различными ограничениями в физических, психологических и социальных аспектах жизни, являющееся причиной существенного снижения качества жизни, нарушений сна, и в тяжелых случаях создающее проблемы в обучении и профессиональной карьере больного. При этом слизистая оболочка носовой полости первой вступает в контакт и при повторном попадании аллергена сенсibilизируется. Аллергический ринит — это хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительная, IgE — опосредованная реакция на аллерген. Клинически он проявляется выделениями из носа, затруднением носового дыхания, чиханием и жжением в полости носа [1–3]. В Казахстане в настоящее время АР страдает более 25 % взрослого и более 16 % детского населения (около 5 млн человек). Для определения формы АР мы пользовались предложенной ARIA (Allergic Rhinitis

and Its Impact on Asthma) схемой классификации ринитов: сезонный аллергический ринит (САР) и круглодичный аллергический ринит (КАР) [4].

Цель работы — изучение содержания IL-4 в сыворотке крови, а также его концентрации в смывах с мазков-отпечатков со слизистой носа при различных формах аллергического ринита — сезонного и круглодичного.

Материал и методы исследования. Мы провели исследование сывороточного IL-4 у 80 пациентов, а в смывах с мазков-отпечатков со слизистой оболочки носовой полости у 44 пациентов с различными формами АР — САР и КАР в период обострения заболевания в возрасте от 14 до 59 лет. А также у 23 больных с инфекционно-аллергическими заболеваниями носовой полости и околоносовых пазух. Контрольную группу составили 22 условно здоровых лица. Взятие мазков-отпечатков со слизистой оболочки носовой полости проведено по усовершенствованной и предложенной авторами методике [5].