



23. Making universal newborn hearing screening a success/ S. G. Korres, D. J. Balatsouras, et al. // *Pediatric Otorhinolaryngology*. 2006. – Vol. 70, – P. 241–246.
24. Saurini P. Otoacoustic emissions: a new method for newborn screening// *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* – 2004. – Vol. 8, N3. – P. 129–33.
25. Screening of newborns for hearing loss using transient evoked otoacoustic emission/ K. R. White, B. R. Vohr, A. B. Maxon et al. // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* – 1994. – Vol. 13. – P. 33–65.
26. Tavartkiladze G. Audiological screening and early diagnosis of hearing losses in children based on OAEs and ABRs/ G. Tavartkiladze, C. Elberling, A. Yasinskaya, Supl. PL. ISSN 1425–3089. – 2005. – P. 63.
27. Transient evoked otoacoustic emissions in newborns in the First 48 hours after birth/ H. Levi, C. Adelman, C. Geal-Dor et al. // *Audiology*. – 1997. – Vol. 36. – P. 181–186.
28. Using transient evoked otoacoustic emissions for neonatal hearing screening/ A. B. Maxon K. R. White B. R. Vohr et al. // *Br. J. Audiol.* – 1993. – Vol. 27. – P. 149–153.
29. Watkin P. M. Neonatal otoacoustic emission screening and the identification of deafness/ P. M. Watkin// *Arch. Dis. Child.* – 1993. – Vol. 74. – F16 – F25.

УДК: 611. 216. 1:616. 216. 1-089. 819. 2

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЗОНДИРОВАНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА

С. С. Лиманский, О. В. Кондрашова, М. Ф. Фаткабаров, А. В. Федин
ANATOMIC PRECONDITIONS OF SOUNDING OF MAXILLAR SINUS
S. S. Limansky, O. V. Kondrashova, M. F. Fatkabrarov, A. V. Fedin

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Росздрава
(Ректор – проф. А. И. Кислов)

На основе патологоанатомического исследования и эндоскопических данных авторы предпринимают попытку объективного обоснования метода зондирования и промывания пазухи через естественные отверстия.

Отсутствие серьезных препятствий для зондирования пазухи подтверждено. Помимо этого показано что в тридцати процентах случаев рядом с основной естественной апертурой в верхнечелюстной пазухе встречается дополнительное отверстие... В большинстве случаев при зондировании крючковидный отросток не мешает.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, зондирование, крючковидный отросток, естественное соустье, анатомические предварительные условия.

Библиография: 5 источников.

On the basis of section pathoanatomical researches and endoscopic given authors undertake attempt of an objective substantiation of a method of sounding and washing through natural ostiums.

Absence of serious obstacles for sounding of maxillar sinus is confirmed. Besides it is revealed, that actually in thirty percent of cases alongside with the basic natural aperture in the maxillar sinus a sine meets additional, that is not the obligatory precondition of development of pathological changes in a sinus. In most cases with sounding does not interfere processus uncinata. On the basis of comparison of sounding of maxillar sinus with rhinoscope and without it is possible to draw a conclusion on inexpediency of application endoscopic method with this purpose.

Key words: maxillar sinus, sounding, processus uncinata, natural ostium, anatomic preconditions.

Bibliography: 5 sources.

Воспалительные процессы в придаточных пазухах носа микробной этиологии и гнойные по своей морфологической сути, в течение вековой истории лечились по канонам гнойной хирургии, что требовало обязательной эвакуации гнойного очага. Разгрузка околоносового синуса от гнойного экссудата является необходимым и обязательным условием при лечении бактериального синусита [4, 5]. Однако существует мнение, что при гайморите это правило может соблюдаться лишь посредством пункции [4, 5]. Зондирование же этой пазухи считается или

крайне затруднительным или невозможным, «поскольку основное соустье верхнечелюстной пазухи располагается за крючковидным отростком» [4]. В нашей же практике [1, 2, 3] данный метод является повседневным.

На основании секционных патологоанатомических исследований и эндоскопических данных нами предпринята попытка объективного обоснования метода зондирования и промывания верхнечелюстной пазухи (ВЧП) через естественное соустье.

Материал и методы. Секционные исследования проводились в патологоанатомическом отделении Пензенской клинической больницы скорой помощи им. Захарьина у 20 лиц, умерших не от оториноларингологических заболеваний. Анатомия остиомеатального комплекса изучалась с обеих сторон после сагиттального распила черепа и разведения его половин или после удаления «крыши» полости носа, решетчатого лабиринта и средней носовой раковины. После процедур зондирования ВЧП, которая осуществлялась по методу С. С. Лиманского (2005), проводился визуальный контроль со стороны вскрытой полости носа и фотодокументация этих результатов [3]. Регистрировалось наличие дополнительных отверстий, форма и расположение основного соустья, конфигурация и наличие подвижности крючковидного отростка. После этого производилось экстраназальное вскрытие верхнечелюстной пазухи. Со стороны гайморовой пазухи регистрировалось состояние слизистой оболочки ВЧП при наличии дополнительных отверстий или их отсутствии. На фотографиях, приведенных ниже, имеется вид сверху и с противоположной стороны, что создает соответствующую картину анатомических структур. Крючковидный отросток на фотографиях в таком ракурсе расположен как бы горизонтально, хотя в естественном виде он находится к горизонтальной плоскости под углом около 45 градусов.

На 40 препаратах патологоанатомического материала (остиомеатальный комплекс с двух сторон у 20 трупов) два соустья обнаружено у 6 трупов (30%) в 9 гайморовых пазухах (22,5%). При ревизии гайморовых пазух патологических изменений в синусах не найдено. Только в 1 случае в гайморовой пазухе с двумя соустьями была обнаружена киста в прикорневой зоне у разрушенного кариесом 2-го моляра, что более вероятно послужило причиной периодонтита, а не наличия 2 соустьев.

Во всех случаях основное соустье имело овальную форму, размеры 2–2,5 мм в поперечнике, располагалось в задней фонтанели за крючковидным отростком и параллельно ему, непосредственно под решетчатым пузырьком, было легко растяжимым. Дополнительное отверстие чаще имело округлую форму. В 2 случаях дополнительное отверстие располагалось в передней фонтанели, в 7 случаях – в задней.

Даже хорошо выраженный крючковидный отросток чаще всего не являлся препятствием для зондирования, что видно из рисунка 1. Уплотненный крючковидный отросток тем более не препятствовал зондированию (рис. 2). Зондирование через дополнительное отверстие осуществлялось беспрепятственно (рис. 3). В тех случаях, когда основное соустье было скрыто за крючковидным отростком, зондирование соустья было возможно за счет его подвижности (рис. 4).

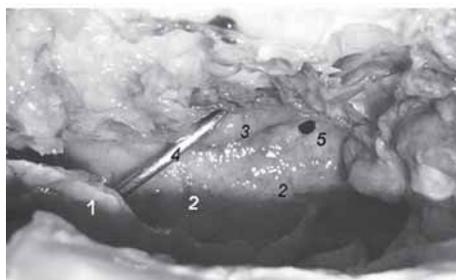


Рис. 1. Зондирование правой ВЧП через основное естественное соустье: 1 – носовая перегородка (НП), 2 – нижняя носовая раковина (ННР), 3 – крючковидный отросток (КО), 4 – канюля, 5 – дополнительное соустье.



Из 40 зондирований в 34 случаях канюля была введена в основное соустье, в 6 – в дополнительное. Зондирование основного соустья в 23 случаях осуществлено в зияющее отверстие (свободно), в 11 – потребовало оттеснения крючковидного отростка кпереди.

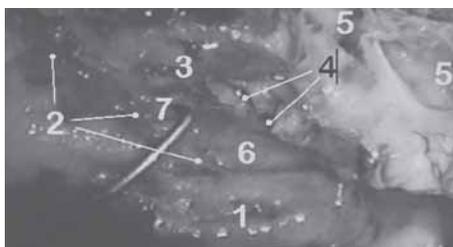


Рис. 2. Уплощенный крючковидный отросток 2 не препятствует зондированию. 1 – ННР, 3 – решетчатый пузырь (РП), 4 – соустья решетчатых клеток, 5 – клиновидная пазуха, 6 – задняя фонтанель, 7 – естественное соустье.

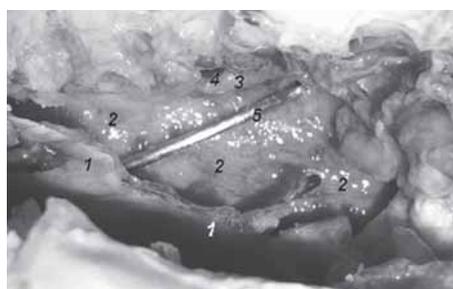


Рис. 3. Зондирование правой ВЧП через дополнительное соустье. 1 – НП, 2 – ННР, 3 – КО, 4 – основное соустье правой ВЧП, 5 – канюля (введена в дополнительное соустье ВЧП).



Рис. 4. Вид на левый остиомаатальный комплекс: 1 – ННР, 2 – КО (конец канюли отодвигает кпереди КО в области естественного соустья), 3 – РП, 4 – естественное соустье ВЧП, 5 – соустье клетки решетчатого лабиринта.

В последнем случае естественное соустье ВЧП не зияет, но, тем не менее, свободно проходимо. Будучи скрытым за крючковидным отростком, основное соустье имеет такую же овальную форму, располагается параллельно крючковидному отростку и имеет достаточный просвет для прохождения канюли.

Зондирование возможно и при эндоскопии, однако при этом весьма трудно обнаружить соустье ВЧП, и, тем более, – ввести под эндоскопом канюлю и промыть пазуху. Чаще всего при риноскопии соустья только угадываются, так как и при угловой оптике они рассматриваются под острым углом и визуализируются в виде ямок, а не отверстий. Даже при эндоскопии под тупым углом (с противоположной стороны через перфорацию в носовой перегородке), как это видно из рис. 5 мы не можем наблюдать открытого отверстия.



Рис. 5. Вид на правый средний носовой ход с противоположного носового хода через перфорацию в носовой перегородке. Стрелкой показано соустье, расположенное за крючковидным отростком.

Для эндоскопического зондирования ВЧП нужно ввести риноскоп в средний носовой ход. Кроме того, в то же узкое пространство нужно еще ввести и канюлю для зондирования пазухи. Все это делает зондирование крайне неудобным и затруднительным, особенно при выраженных реактивных изменениях слизистой оболочки носа (аллергический или воспалительный отек, экссудация). Абсолютно невозможно что-либо визуализировать, а, следовательно, и ввести канюлю «эндоскопически», введя риноскоп в полипозную массу. Мы же успешно применяем зондирование по нашей методике при полипозе, ориентируясь лишь на тактильное ощущение. Причем, зондирование при полипозе осуществляется даже легче в связи с тем, что полипы дилатируют соустья и, будучи мягкими и податливыми, совершенно не препятствуют прохождению канюли в пазуху.

Попытки осуществить эндоскопическую визуализацию соустьев ВЧП у пациентов при остром гайморите оказывались неуспешными, так как при наличии отека носовых раковин, увеличении объема мягких тканей и экссудации суживали, или сводили на нет, пространство в среднем носовом ходе и делали невозможным использовать оптику, даже после анемизации. Эндоскопическая визуализация соустьев облегчается в тех случаях, когда больным хроническим синуситом ранее была произведена этмоидотомия. На рисунке 6 запечатлена подобная эндоскопическая картина, которая получена после зондирования и промывания ВЧП через основное и через дополнительное соустья синуса. На фотографии видны следы гнойно-геморрагического экссудата, выделившегося как через основное, так и через дополнительное отверстие.

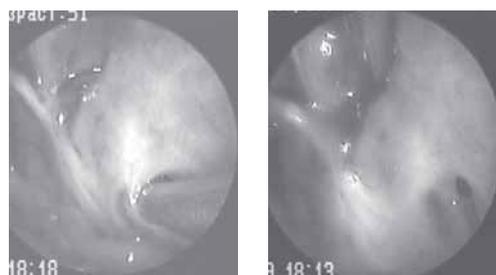


Рис. 6. Слева канюля введена в основное соустье. Гнойно-геморрагический экссудат выделяется из дополнительного соустья. В середине канюля введена в дополнительное отверстие. Основное соустье – в право-нижнем участке видеокadra. Справа – соустья после лечения.

В данном случае зондирование также произведено без и до эндоскопии, а видеокادر с введением риноскопа сделан лишь для иллюстрации. Зондирование и промывание синуса в данном случае требовалось для элиминации воспаления ВЧП в послеоперационном периоде после эндоназальной этмоидотомии. В данном случае эндоскопия была облегчена тем, что отсутствовала значительная часть средней носовой раковины.

Значительная податливость и растяжимость соустья обусловлена эластичностью слизистой оболочки в области фонтанели, что видно из рисунка 7. Подобная эластичность и растяжимость ткани в области фонтанели позволяет успешно осуществить промывание пазухи даже при наличии одного соустья.

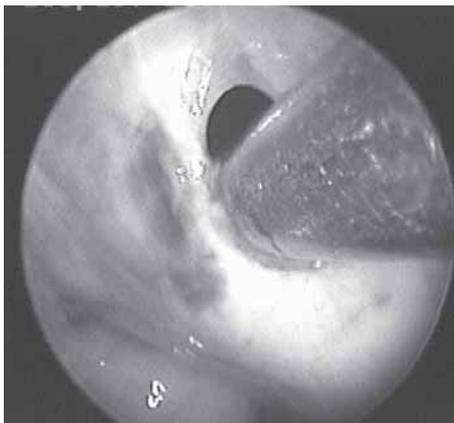


Рис. 7. Канюля введена в дополнительное отверстие. При оттягивании канюли книзу, сверху от нее в силу эластичности тканей фонтанели образуется значительных размеров пространство.

При зондировании ВЧП через естественные соустья применение новейших технологий (эндоскопия) не имеет никакого преимущества перед использованием собственных органов чувств. Введение канюли диаметром 1,6–2,0 мм в узкое пространство, даже при наличии отека незатруднительно. Визуальный контроль при проведении процедуры необходим только для введения кончика канюли под среднюю носовую раковину. Дальнейшие манипуляции осуществляются при опоре на тактильное ощущение. Для того, чтобы нащупать кончиком углубление на боковой стенке «воронки» и ввести канюлю в ВЧП не требуется никакого визуального контроля. Для этого не требуется предварительно отсасывать экссудат из зоны манипулирования. Однако для освоения методики необходима упорная и повседневная практика с предварительной секционной подготовкой. Впрочем, и пункция гайморовой пазухи также требует освоения и также осуществляется при опоре на тактильное чувство.

При вскрытии гайморовой пазухи после зондирования через основное соустье мы наблюдали, что канюля в синусе находится вблизи его орбитальной стенки. В связи с этим определены дополнительные наружные ориентиры для того, чтобы облегчить попадание канюли в ВЧП. Таким ориентиром является выпуклость скуловой дуги, на которую требуется направлять кончик инструмента (рис. 8).

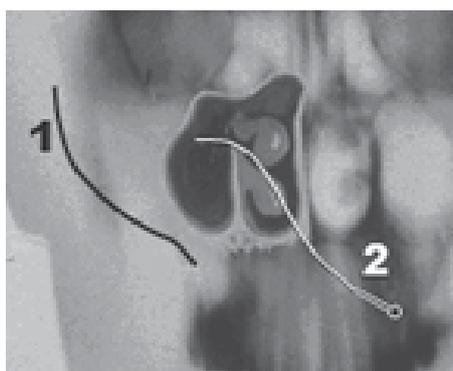


Рис. 8. Кончик канюли 2 при зондировании ВЧП посылается в направлении выпуклости скуловой дуги 1.

Выводы:

На основании анатомических исследований подтверждено отсутствие серьезных препятствий для зондирования верхнечелюстной пазухи. Кроме того, обнаружено, что фактически в тридцати процентах случаев, наряду с основным естественным отверстием, в верхнечелюстном синусе встречается дополнительное, что не является обязательной



предпосылкой развития патологических изменений в пазухе. В большинстве случаев зондированию не препятствует крючковидный отросток.

На основании сопоставления зондирования гайморовой пазухи с риноскопом и без него можно сделать вывод о нецелесообразности применения эндоскопического способа с этой целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лиманский С. С. Дренирование верхнечелюстной пазухи через естественное соустье: Метод, рекомендации / С. С. Лиманский, О. В. Кондрашова. – Пенза, 2003. – 36 стр.
2. Лиманский С. С. Вазомоторный ринит или синусит? / С. С. Лиманский, О. В. Кондрашова // Рос. оторинолар. Приложение №3. 2008. – С. 233–237.
3. Патент 2252040 Российская Федерация. Способ и устройство для промывания верхнечелюстной пазухи / Лиманский С. С. ; заявитель и патентообладатель Пензен. Институт усоверш. Врачей; заявл. 20 мая 2005 г.
4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
5. Рязанцев С. В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: Метод, рекомендации / С. В. Рязанцев, Н. Н. Науменко, Г. П. Захарова. – С-Петербург, 2005. – 39 стр.

УДК: 616. 21 – 089. 819:614. 2

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА БАЗЕ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ВИДЫ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛОР ОПЕРАЦИЙ

И. Г. Макаревич, А. А. Корнеенков

THE TYPES OF OTORHINOLARYNGOLOGIC OPERATIONS IN AMBULATORY PRACTICE AND DAY HOSPITALS: INDICATIONS, CONTRA-INDICATIONS, CRITERIONS

I. G. Makarevich, A. A. Korneyenkov

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа Росмедтехнологий»
(Директор – Заслуженный врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Иновацией нашей работы является создание перечня операций для амбулаторной практики (в условиях дневного стационара), определение критериев их отбора, а также показания и противопоказания к ним.

Ключевые слова: малые ЛОР операции, учреждения здравоохранения.

Библиография: 19 источников.

The innovation of our work are the list of otorhinolaryngologic operations for ambulatory practice (day hospital), definition of criterions for these surgery manipulations and their indications and contra-indications.

Key words: short otorhinolaryngologic operation, State Institution of Health System.

Bibliography: 19 sources.

Сегодня амбулаторную хирургию следует трактовать не только как сферу деятельности специалистов-хиругов, но и как особую идеологию лечебного процесса, требующую нового систематизированного подхода к принципам организации хирургической службы. Внедрение стационарозамещающих технологий хирургической помощи в систему здравоохранения России в настоящее время имеет огромное значение. Это связано не только с приближением к населению квалифицированной узкоспециализированной помощи, разгрузке хирургических стационаров, но и со значительными экономическими выгодами для государства. Появились сообщения о проведении стационарозамещающих операций в условиях дневного стационара или центрах амбулаторной ЛОР хирургии [10]. Однако, в настоящее время нет критериев отбора операций, что затрудняет распространение стационарозамещающих операций по стране.