



Выводы

Оперативное вмешательство, выполняемое по разработанному щадящему способу, позволяет достигать социально-адекватного слуха у 75% пациентов. В то время как вероятность процедуры опухоли остается на достаточно низком уровне.

На этом фоне способ удаления опухоли путем выполнения радикальной или рерадикальной операции выглядит крайне невыигрышно, так как при нем вероятность получения даже удовлетворительного морфологического результата составляет менее 30%. В то время как функциональный результат на оперированном ухе выражается в смешанной тугоухости 3–4-й степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин И. А., Комаров М. В. Хирургическая техника удаления отиатрической формы параганглиомы латерального основания черепа // Рос. оторинолар. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
2. Аникин И. А., Комаров М. В. Особенности хирургической тактики при рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха // Там же. – № 5. – С. 20–23.
3. Вайшенкер П. Г. Хирургическое лечение гломусных опухолей среднего уха и яремной ямки // Вестн. оторинолар. – 1976. – № 3. – С. 72–76.
4. Forest J. A., Jackson C. G., McGrew B. M. Long-Term Control of Surgically Treated Glomus Tympanicum Tumors // Otology & Neurotology. – 2001. – P. 232–236.
5. Glomus tympanicum tumour: an alternative surgical technique / M. S. Rohit [et al.] // The Journal of Laryngology & Otology. – 2003. – Vol. 117. – P. 462–466.
6. Hearing Results After Hypotympanotomy for Glomus Tympanicum Tumors / K. Papaspyrou [et al.] // Otology & Neurotology. – 2011. – N 2. – P. 291–296.
7. Middle ear and mastoid glomus tumors (glomus tympanicum): An algorithm for the surgical management / M. Sanna [et al.] // Auris Nasus Larynx. – 2010. – Vol. 37. – P. 661–668.

Аникин Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, руководитель отдела высокотехнологичной медицинской помощи СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru;
Комаров Михаил Владимирович – очный аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК 616.216.1-002-072.1-089-053.3/.5

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Р. А. Бруйка², М. М. Сергеев¹, Б. Б. Мусельян², Д. Л. Перехода²

ENDONASAL ENDOSCOPIC SURGERY IN SOME DISEASES OF PARANASAL SINUSES IN CHILDREN

R. A. Bruyaka, M. M. Sergeev, B. B. Muselyan, D. L. Perekhoda

¹ ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар (Ректор – С. Н. Алексеенко)

² Краснодарская детская краевая клиническая больница (Главный врач – проф Е. И. Клещенко)

Под наблюдением находились 198 детей в возрасте 4–17 лет. Были выявлены: хоанальный полип + верхнечелюстной синусит – 81 больной, кисты верхнечелюстной пазухи – 111 человек, полипозные формы синусита – 6 случаев. Всем пациентам произведены эндоназальные ринохирургические операции под видеоскопическим контролем. За весь период наблюдения в связи с рецидивом заболевания повторные эндоскопические манипуляции проведены 11 (5%) больным.

Ключевые слова: эндоназальная ринохирургия, синуситы, кисты, хоанальный полип.

Библиография: 13 источников.



The total of 198 children at the age 4-17 year old were diagnosed with the following diseases: antro-choanal polyp and maxillary sinusitis (81 patient); cysts of the maxillary sinus (111 patients) and rhinosinusitis with polyps (6 patients). All patients were treated by endonasal surgery with video-endoscopic control. The recurrence of symptoms was a reason for secondary endoscopic intervention in 11 (5%) patients.

Key words: *endonasal rhinosurgery, sinusitis, cyst, choanal polyp.*

Bibliography: 13 sources.

Высокий уровень патологии полости носа и околоносовых пазух среди других заболеваний ЛОР-органов связан с многочисленными местными и общими причинами: анатомические отклонения в носу, возрастание патогенности микроорганизмов (бактерий, вирусов), снижение иммунитета у детей, изменение экологии, влияние профессиональных вредностей [6, 11, 13].

Заболеваемость хроническими синуситами на 1000 населения (за последние 8 лет) ежегодно увеличивается на 1,5–2%, а затраты на лечение составляют более чем 3,5 миллиарда долларов в год [4, 5]. В США каждый седьмой взрослый страдает синуситом, а у 31 миллиона пациентов синусит диагностируется ежегодно [12].

На смену традиционным хирургическим вмешательствам при синуситах пришли более современные щадящие способы лечения. Это вызвано появлением эндоскопической техники и разработкой новых малоинвазивных функциональных операций. С помощью этих операций можно эндоназально вскрыть пораженные пазухи, удалить патологические образования, восстановить адекватную аэрацию и дренаж синусов. Очень важной задачей корригирующих эндоназальных вмешательств является устранение препятствий на пути воздушного потока, идущего по общему носовому ходу к хоанам. В противном случае струя вдыхаемого воздуха может вызвать микротравму эпителия, нарушив его целостность и барьерную функцию, что способствует инфицированию слизистой оболочки микроорганизмами и развитию воспалительной реакции [6].

Клиническая эффективность таких малоинвазивных методик доказана в работах ряда отечественных и зарубежных исследователей, опубликованных в последние годы [4, 5].

О. А. Денисова и Т. И. Гаращенко [3] считают основными преимуществами эндоскопических вмешательств при осложненных острых синуситах у детей следующие: безопасность (визуализация); возможность проведения «локальных» вмешательств; достижение клинического результата при наличии аномалий строения полости носа; создание стойкого адекватного дренажа из околоносовых пазух; противорецидивное действие.

Об успешных итогах применения эндоскопических вмешательств при синуситах, гипертрофических ринитах и при устранении патологии внутриносовых структур сообщили А. А. Куликов и соавт. [8] и Р. К. Тулебаев и соавт. [9].

А. А. Чесноков и соавт. [7] представили положительные результаты использования эндоскопической ринохирургии для устранения нарушений носового дыхания при хронических заболеваниях носа в амбулаторных условиях.

Высокий экономический и социальный эффекты от внедрения новых технологий в виде малоинвазивной эндоскопической ринохирургии в сравнении с классическими радикальными вмешательствами констатировала в своих расчетах А. К. Шишева [10]. Автор настаивает на целесообразности более широкого овладения эндоскопическим оборудованием врачами большинства оториноларингологических учреждений.

Однако И. В. Горбонос и соавт. [2] подчеркивают, что внутриносовые операции, выполненные с помощью микроэндоскопических эндоназальных технологий, не всегда приводят к купированию воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

Цель исследования. Анализ результатов современных эндоскопических вмешательств при различных заболеваниях полости носа и околоносовых синусов у детей, госпитализированных в ЛОР-отделение Краснодарской детской краевой больницы за последние 5 лет (2007–2011).

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 198 больных (мальчиков – 111, девочек – 87). Возраст пациентов – от 4 до 17 лет. Ежегодная помесечная госпитализация в



течение всего срока наблюдения была достаточно равномерной и колебалась от 14 до 21 больного.

Алгоритм до- и послеоперационного обследования, помимо стандартных клинико-лабораторных тестов, включал КТ-обследование в коронарной и аксиальной проекциях во всех 100% наблюдений, а также гистологическое исследование удаленных образований из околоносовых пазух.

КТ-обследование и эндоскопия полости носа дают достаточную информацию о распространенности патологического процесса, об особенностях анатомического строения костного скелета, в том числе позволяют определить степень деформации остиомеатального комплекса, а также тип лобно-носового соустья, что в последующем позволяет избрать оптимальный способ эндоназального вмешательства. По нашему мнению, компьютерная томография является, если не обязательным, то часто необходимым элементом дооперационного обследования.

Результаты и их обсуждение. В результате такого обследования были выявлены следующие заболевания: хоанальный полип + верхнечелюстной синусит – 81 больной, кисты верхнечелюстной пазухи – 111 человек, полипозные формы синуситов – 6 случаев. Длительность заболевания у обследованных детей варьировала в широких пределах – от 1 года до нескольких лет.

Всем пациентам проведено хирургическое лечение – от традиционной операции на гайморовой пазухе (Калдвел – Люка), микрогайморотомии до функциональных эндоназальных ринохирургических операций на околоносовых пазухах (ФЭРХ или FESS) под видеоэндоскопическим контролем – полисинусотомия. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

При выполнении микрохирургических вмешательств на верхнечелюстной пазухе использовали троакар Козлова, производимый немецкой фирмой Karl Storz, через воронку которого вводили одновременно эндоскоп и щипцы для осуществления манипуляций. Кровотечения при этом, как правило, не бывает.

Через эндоскоп с оптикой либо с помощью видеоэндоскопии оценивали состояние слизистой оболочки пазухи, особенности естественного соустья, при обнаружении патологических образований (кисты, полипы и др.) их удаляли.

При отдельных кистах, локализовавшихся на поверхности слизистой оболочки, и отсутствии признаков ее воспаления, ограничивались удалением кисты, не расширяя естественное соустье и сохраняя его функцию.

Однако, по мнению А. А. Блоцкого и М. Ю. Цепляева [1], активно применяемая при такой патологии эндоскопическая синусотомия, при большом количестве положительных моментов, не всегда обеспечивает достаточный визуальный контроль манипуляции в самой пазухе при определенных локализациях образования, что приводит к неполному его удалению и рецидивам заболевания. Авторы предлагают методику внутрисинусной лазерной термокоагуляции обнаруженных пролиферативных образований, что позволяет эффективно удалять кисты и одиночные полипы.

В целях возможно более тщательного удаления пролиферативных образований, а также для предотвращения возможных рецидивов видеоэндоскопическую гайморотомию мы совмещали с микрогайморотомией с использованием троакара Козлова. Такая методика позволяет более тщательно осмотреть саму верхнечелюстную пазуху, оценить состояние слизистой оболочки и удалить возможные патологические образования, а также оценить размеры естественного соустья и при необходимости расширить его. Таких операций за отчетный период произведено 54. Рецидивов не было ни в одном случае. Следует подчеркнуть, что данная методика оперативного вмешательства при верхнечелюстных синуситах в сочетании с хоанальным полипом является предпочтительной в нашем отделении.

Если гайморотомию выполняли эндоназально (как правило, под видеоэндоскопическим контролем), естественное соустье верхнечелюстной пазухи расширяли через средний носовой ход, предварительно убрав крючковидный отросток.

Полипы убирали специальными щипцами, вскрывали передние и средние клетки решетчатого лабиринта. При необходимости обнажали и убирали полипы в задних этмоидальных



клетках. Очень важно во время манипуляции избегать соприкосновения средней носовой раковины и носовой перегородки, чтобы не нарушать функцию мукоцилиарного эпителия и сохранить открытой для воздушного потока обонятельную щель.

В послеоперационном периоде проводили антибиотикотерапию, туалет полости носа, назначали орошение слизистой оболочки носа физиологическим раствором, сосудосуживающие капли, топические стероидные гормоны эндоназально. В раннем послеоперационном периоде осуществляли постоянный контроль за течением репаративных процессов, чтобы максимально устранить условия для образования синехий в полости носа или рубцового стенозирования соустьев околоносовых пазух, что могло бы дискредитировать результат оперативного вмешательства. Некоторые больные после операции на синусах жаловались на боли в области щеки, снижение чувствительности. Эти дети в первые сутки получали анальгетики. Заживление раны под губой не требовало каких-либо специальных мероприятий.

За весь период наблюдения в связи с рецидивом заболевания повторные эндоскопические манипуляции проведены 11 (5%) больным, страдавшим полипозными формами синусита.

Результаты проведенного исследования показывают эффективность применения эндоназальной эндоскопической ринохирургии в лечении ряда заболеваний околоносовых синусов у детей, их приоритет перед стандартными вмешательствами. К числу положительных сторон этих операций можно отнести малую травматичность, а также сокращение сроков раннего послеоперационного периода. Убедительный медицинский, а также социальный и экономический эффект функциональных эндоскопических ринохирургических технологий доказывает необходимость и оправданность более широкого внедрения этого способа лечения в ЛОР-стационарах для взрослых и детей. Исходя из опыта ЛОР-отделения ДККБ можно рекомендовать при верхнечелюстных синуситах в сочетании с хоанальным полипом объединить виде-эндоскопическую гайморотомию с микрогайморотомией с использованием троакара Козлова как метод выбора и альтернативу гайморотомии по Калдвел–Люку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блоцкий А. А., Цепляев М. Ю. Анализ отдаленных результатов внутриполостной контактной лазерной хирургии ограниченных пролиферативных образований околоносовых пазух / Мат. 1-го Петербургского форума оториноларингологов России. – СПб., 2012. – Т. 1. – С. 100–102.
2. Горбонос И. В., Семенов Ф. В., Перебейнос О. Н. Сравнение отдаленных результатов лечения хронического гнойного гайморита после операции Caldwell-Luc и FESS // Рос. ринология. Прил. – 2005. – № 2. – С. 68.
3. Денисова О. А., Гаращенко Т. И. Значение эндоскопии в хирургическом лечении риносинусогенных орбитальных осложнений у детей // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 1. – С. 214–216.
4. Оториноларингология. Национальное руководство / Под ред. В. Т. Пальчуна. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – 954 с.
5. Пальчун В. Т., Гуров А. В. Эпидемиологические аспекты синуситов и основные подходы к лечению // Вестн. оторинолар. Прил. – 2010. – № 5. – С. 201–203.
6. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Мед. информ. агентство. – 2006. – 560 с.
7. Эндоскопическая риносинусохирургия и управляемая гипотония в амбулаторных условиях / А. А. Чесноков [и др.] / Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 307.
8. Эндоскопическая санация околоносовых пазух у пациентов до и после синус-лифтинга / А. А. Куликов [и др.] // Рос. оторинолар. Прил. – 2009. – № 2. – С. 221–224.
9. Эндоскопическая хирургия заболеваний полости носа / Р. К. Тулебаев [и др.] // Там же. – С. 294–297.
10. Шишева А. К. Малоинвазивная эндоскопическая ринохирургия и ее клинико-экономический анализ // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 1. – С. 310–311.
11. Krajina Z., Markov D. A Contribution to the etiopathogenesis of nasal polyps // Acta Med. Great. – 1997, Vol. 51. – N 3. – P. 167–170.
12. Rosenfeld R. M. Clinical practice guideline on adult sinusitis // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2007. – Vol. 137. – N 3. – P. 365–377.
13. Stammberger H., Pozawetz W. Functional endoscopic sinus surgery // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 1990. – Vol. 247. – P. 63–76.

Бруйка Роман Александрович – врач ЛОР-отделения ДККБ. 350007, Краснодар, пл. Победы 1, тел.: 8-918-399-91-77; **Сергеев** Михаил Михайлович – доцент кафедры ЛОР-болезней КубГМУ. 350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4, тел. 8-861-220-21-14, e-mail: mmsergeev@yandex.ru; **Мусельян** Борис Борисович – заведующий ЛОР-отделением ДККБ. 350007, Краснодар, пл. Победы 1, тел.: 8-918-499-40-97; **Перехода** Денис Леонидович – врач ЛОР-отделения ДККБ. 350007, Краснодар, пл. Победы 1, тел. 8-988-242-40-36.