



УДК: 616. 216. 1–002–089. 87

НАШ ВАРИАНТ ЩАДЯЩЕЙ МИКРОМАКСИЛЛОТОМИИ**В. М. Бобров, Н. М. Коробейникова***МУЗ Городская клиническая больница №8 им. И. Б. Однопозова, г. Ижевск**(Главный врач – А. А. Есипов)*

Авторами предложен оригинальный щадящий вариант микромаксиллотомии. Данная методика вскрытия (высверливания) передней стенки верхнечелюстной пазухи выполняется (осуществляется) стандартным набором отечественных оториноларингологических инструментов: желобоватая стаместка Воячека шириной режущей кромки 9 мм, двух ранорасширителей, набор ушных воронок 2–3 шт под наружный диаметр в 5, 6, 7 мм. Наш вариант щадящей микромаксиллотомии позволяет использовать как самофиксирующуюся воронку предложенную нами с резьбовым витком в 2 оборота так и использовать стандартные ушные воронки при операциях на ВЧП.

Библиография: 5 названий.

Целью микромаксиллотомии является диагностическая эндоскопия пазухи для выявления самых ранних симптомов патологических изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи для максимального использования возможностей мало инвазивной микрохирургии, позволяющей сохранить слизистую оболочку и ее структуры [5]. В 1982 г. Г. К. Задорожников [2] предложил для эндоскопии челюстной пазухи через клыковую ямку троакар, представляющий собой ушную воронку с наружным диаметром 3,5 мм, в которую введен стилет. В последующем В. С. Козлов в 1997 [3, 4], В. Н. Красножен в 2005 г [5] усовершенствовали инструмент и методику хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе.

С 2001 года на начальном этапе работы при операциях на верхнечелюстной пазухе пользовались методикой В. С. Козлова (1997) [3, 4]. С приобретением опыта поняли, что и она не лишена недостатков, хотя, безусловно, является щадящей. Мы согласны с М. П. Ашмариним (1999), что при повторных вскрытиях верхнечелюстных пазух (ВЧП) наружным доступом после вскрытия по методу В. С. Козлова обнаружили трещины и большие фрагменты кости, смещенные в полость пазухи [1]. Кроме того, троакар проникает в пазуху с повреждением слизистой оболочки ВЧП и/или повреждает оболочку кисты ВЧП. При толстой кости передней стенки ВЧП необходимо прикладывать значительное физическое усилие на ручку троакара. Главный же недостаток этого метода заключается в том, что в передней стенке пазухи создается маленькое отверстие величиной 5 мм, через которое невозможно одновременно провести эндоскоп и щипцы [1]. С учетом этого мы предлагаем свой вариант щадящего вскрытия ВЧП.

Техника операции. Хирургическое вмешательство в области клыковой ямки начинали под местной анестезией. Слизистую оболочку разрезали под верхней губой по переходной складке по линии между 4 и 5 зубами длиной 1,0 см, распатором отслаивали мягкие ткани с надкостницей, освобождая площадку в зоне наивысшей точки клыковой ямки. Мягкие ткани разводили 2-я ранорасширителями. Желобоватая стаместка Воячека шириной режущей кромки 0,9 см устанавливается перпендикулярно клыковой ямки. Сверлящими движениями 180° по часовой стрелке и 180° против часовой стрелки высверливаем в передней стенке верхнечелюстной пазухи отверстие диаметром 0,5 см или 0,7 см а при необходимости 0,9 см (на ширину стаместки). Так как стаместка Воячека (ее дистальная часть) заточена полукругло – а радиус заточки составляет половину ширины стаместки 4,5 см, то это позволяет данным инструментом выс-



верливать отверстие требуемого (заданного) диаметра 5;7 или 9 мм. Благодаря остро заточенной режущей кромке стамески и боковым сторонам отточенного конца легко снимается тонкая стружка кости передней стенки верхнечелюстной пазухи. Таким образом, усилие на рукоятку стамески минимально. По ходу операции удаляются костные стружки отсосом и /или пинцетом. Так как заточка стамески полукруглая, а радиус заточки составляет половину ширины самой стамески, то утолщенная слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи не повреждается, не срезается и не травмируется, а в силу эластичности последняя вдавливаясь внутрь верхнечелюстной пазухи во время срезания твердой передней костной стенки верхнечелюстной пазухи. В этом случае оперирующий хирург может визуально оценить состояние неповрежденной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Затем через образованное костное «окно» можно провести диагностическую пункцию иглой через неповрежденную слизистую оболочку ВЧП, получить секрет и/или содержимое пазухи и направить исследовать флору на чувствительность к антибиотикам при получении гнойного содержимого или на микроскопию при кистозном содержимом. Затем слизистую оболочку срезаем в пределах костного «окна» и вставляем ушную воронку диаметром 5; 6 или 7 мм.

В образованное «окно» в передней стенке ВЧП вводим модифицированную ушную воронку. Дистальный конец воронки имеет срез под углом 30° . Для удержания воронки в верхнечелюстной пазухе применили на дистальном конце воронки резьбовой виток 0,5 мм высотой и 0,5 мм шириной в два оборота, отступя от дистального конца воронки на 3 мм. Резьбовой виток в 2 оборота на дистальном конце воронки будет удерживать воронку в верхнечелюстной пазухе, что позволит хирургу выполнять манипуляции в различных отделах пазухи бимануально (рис. 1).



Рис. 1. Самофиксирующаяся воронка.

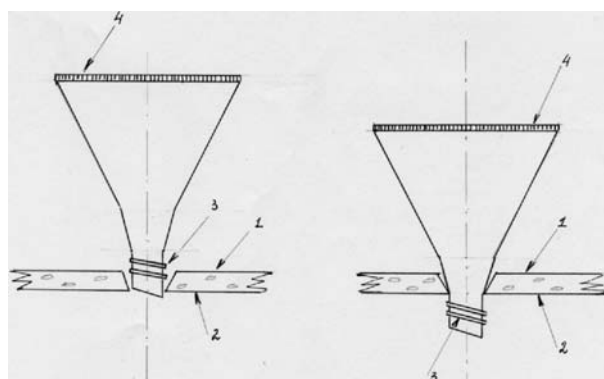


Рис. 2. Фиг. А. Самофиксирующаяся воронка у входа в «окно» передней стенки верхнечелюстной пазухи:

1. наружная поверхность ВЧП; 2. внутренняя поверхность ВЧП; 3. резьбовой виток на дистальном конце самофиксирующейся воронки в 2 оборота; 4. накатка по гуртику на проксимальном конце воронки

Фиг. Б. Самофиксирующаяся воронка в рабочем положении – вставлена (введена) в «окно» передней стенки ВЧП.



Благодаря резьбовому витку в два оборота на дистальном конце, воронка приобретает свойство самофиксирующейся воронки в верхнечелюстной пазухе. В результате воронка оказывается закрепленной в передней стенке пазухи, а у хирурга появляется возможность выполнять манипуляции в различных отделах пазухи бимануально. Фиксация при этом достаточно жесткая, однако рука хирурга может изменять угол наклона воронки и направлять ее ось в различные отделы пазухи. Для обзора всех отделов пазухи осуществляется ротация воронки. А благодаря срезу воронки на дистальном конце под углом 30° , воронку легче вводить в образованное «окно» верхнечелюстной пазухи. Перемещая воронку вдоль оси по часовой стрелке или против часовой стрелки увеличивается боковой обзор благодаря срезу под углом 30° . Срез дистального конца воронки улучшает введение воронки в образованное «окно» в передней стенке верхнечелюстной пазухи.

Используя желобоватую стаместку Воячека для высверливания «окна» в передней стенке верхнечелюстной пазухи получаем отверстие с ровными и гладкими краями, а окружность отверстия практически идеально круглой. Стаместка делает геометрически точное округлое отверстие. Так как заточка стаместки полукруглая, то края костного отверстия в передней стенке ВЧП получаются под углом. Диаметр наружной поверхности «окна» больше диаметра внутренней поверхности «окна» верхнечелюстной пазухи. Это дает возможность вставлять воронку с некоторым усилием (натягом) и добиваться сопрягаемости поверхностей: воронка – «окно» передней стенки верхнечелюстной пазухи. Кровотечения при этом, как правило, не бывает, поскольку края раны плотно прижимаются краями воронки.

Воронка изготавливается из нержавеющей стали марки 30х13 (3х13) или 40х13 (4х13) по ГОСТУ 5632-72 или титана.

Воронка вначале имеет цилиндрическую форму длиной 7 мм (ее наружный диаметр 7 мм) на середине расстояния 3 мм имеется полукруглый резьбовой виток в 2 оборота (выступ-ободок) по всему диаметру цилиндрической части воронки высотой 0,5 мм и шириной 0,5 мм. Затем воронка расширяется до 40 мм. Общая ее длина составляет 50 мм. На широком конце воронки (по гуртику) на наружной ее части имеется накатка, предотвращающая скольжение рук хирурга. Данный резьбовой виток в 2 оборота (выступ-ободок) на цилиндрической части воронки в 0,5 мм при погружении в высверленное «окно» передней стенки верхнечелюстной пазухи под диаметр 7 мм и повороте воронки по часовой стрелке позволит воронке устойчиво держаться в верхнечелюстной пазухе. Отпадает необходимость ее удерживать ассистенту или специальным устройством для удержания в ране (специальное устройство В. С. Козлова [4]) и работать бимануально.

По завершении операции на ВЧП воронка из пазухи извлекается. Ушивания раны под губой не выполняем. При применении нашей методики линейный разрез мягких тканей не превышает 10 мм, и травматичность операции минимальна. Послеоперационный отек щеки был значительно менее выражен, чем после операции Колдуэлла-Люка. Заживление раны под губой у всех пациентов наступало в течении 10–12 дней после операции. В этот период пациентам запрещалось сморкаться – профилактика подкожной эмфиземы. В послеоперационном периоде в целях профилактики возможных осложнений проводилась медикаментозная этиопатогенетическая терапия. Хронический воспалительный процесс в пазухах характеризовался наличием полифлоры, поэтому назначался антибиотик широкого спектра действия. Заметные глазу реактивные явления мягких тканей щеки исчезли после микромаксиллотомии, как правило, спустя сутки, 4–5 дней держалась незначительная болезненность при пальпации в точке манипуляции. Несколько дней наблюдались сукровичные выделения, болевые ощущения держались 3–4 дня.

По описанной методике нами прооперировано 35 пациентов, у 11 из которых была диагностирована гнойно-полипозная форма, у 5 – полипозная форма синусита, у 14 – инородное тело (зубной цемент) ВЧП, у трех микромаксиллотомия выполнена для удаления кисты ВЧП, у 2-х диагностическая микромаксиллотомия.

К радикальным операциям по Колдуэллу–Люку нам пришлось прибегнуть только в 8 случаях, когда воспалительный процесс в ВЧП сопровождался орбитальным и/или внутричерепным осложнениями.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная Н., 24 года (ист. б-ни №1094) поступила в ЛОР-отделение 29. 09. 2008г. по поводу гнойного синусита слева. Из анамнеза известно, что год назад ей было произведено пломбирование "5. Спустя 2 месяца почувствовала тяжесть в области левой щеки, лечилась амбулаторно у ЛОР врача. От пункции верхнечелюстной пазухи категорически отказывалась. При обследовании типичная картина гнойного синусита слева. На обзорной рентгенограмме ОНП в 2-х проекциях снижение пневматизации левой ВЧП, инородное тело в левой ВЧП. При пункции и промывании пазухи гной. 03.10.2008г. произведена операция на левой ВЧП в нашем варианте. Вскрыта передняя стенка ВЧП, через «окно» вставлена самофиксирующаяся воронка. Проведена аспирация гнойного содержимого из пазухи. Слизистая оболочка пазухи гиперемирована, отечна. В альвеолярной бухте обнаружено инородное тело плотной консистенции. Инородное тело (зубной цемент) захвачено щипцами Блексли и удалено. Через воронку произведено расширение соустья до размеров 6х7 мм. Из альвеолярной бухты удалена утолщенная слизистая оболочка. Гистологическое исследование №17058-60 от 08.10.2008г. кусочек слизистой оболочки с диффузной инфильтрацией, отеком стромы. Послеоперационное течение гладкое. Выписана через неделю со дня операции. Контрольный осмотр через 1 месяц. Жалоб нет. При эндоскопии: соустье функционирует, содержимого в пазухе нет.

Выводы:

Преимущества метода вскрытия верхне-челюстной пазухи (ВЧП) в нашем варианте:

1. Отверстие высверливается в передней стенке ВЧП постепенно от минимального до нужного (заданного) диаметра, стамеска делает геометрически точное округлое отверстие, при этом требуется небольшое физическое усилие.
2. Не повреждается слизистая оболочка ВЧП и/или оболочка кисты пазухи, что делает возможным визуальный контроль.
3. При высверливании передней стенки пазухи костная стружка не попадает в ВЧП.
4. Отверстие под воронку получается с натягом за счет сопрягаемости поверхностей: воронка – «окно» передней стенки ВЧП и за счет конусности высверливаемого отверстия.
5. За счет резьбового витка в 2 оборота на дистальном конце воронки последняя приобретает свойство самофиксирующейся. Отпадает необходимость в поддержании воронки, что дает возможным работать без ассистента (бимануально).
6. Отсутствует опасность ранения противоположной стенки ВЧП в силу значительного ее удаления (а так же при щелевидных пазухах).
7. Наш вариант микромаксиллотомии позволяет использовать стандартные ушные воронки при операциях на ВЧП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашмарин М. П. Шадающий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи / М. П. Ашмарин. //Рос. ринология. – 1999. – №2. – С. 38–39.
2. Задорожников Г. К. О способах эндоскопии верхнечелюстной пазухи /Г. К. Задорожников. //Вестн. оторинолар. – 1982. – №2. – С. 64–66.
3. Козлов В. С. Новый метод и инструмент для хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе как альтернатива операции Колдуэлла-Люка / В. С. Козлов. //Вестн. оторинолар. – 1997. – №4. – С. 8–12.
4. Козлов В. С. Новый метод и инструмент для хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе как альтернатива операции Колдуэлла-Люка / В. С. Козлов. STORZ. – 2004. – №2. – EWHNO 59–R (рекламный проспект фирмы KARL STORZ – ENDOSKOPE.)
5. Красножен В. Н. Хирургия патологии верхнечелюстной пазухи. / В. Н. Красножён. Казань, 2005. – 23 с.