



33. Surgical treatment of labyrinthine fistula in cholesteatoma surgery / N. Quaranta [et al.] // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2009. – Vol. 140, N 3. – P. 406–411.
34. Surgical treatment of labyrinthine fistula in patients with cholesteatoma / Y. Ueda [et al.] // J. Laryngol. Otol. Suppl. – 2009. – Vol. 31. – P. 64–67.
35. Surgical treatment of labyrinthine fistula caused by cholesteatoma with semicircular canal occlusion / Z. Chen [et al.] // Acta Otolaryngol. 2010. – Vol. 130, N 1. – P. 75–78.
36. The clinical investigation of labyrinthine fistula associated with chronic otitis media. Article in Chinese / T. Zhang [et al.] // Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. – 2005. – Vol. 19, N 4. – P. 153–154.
37. Treatment of labyrinthine fistula with interruption of the semicircular canals / T. Kobayashi [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1995. – Vol. 121. – P. 469–475.
38. Triple semicircular canal occlusion for the treatment of Meniere's disease / S. Yin [et al.] // Acta Otolaryngol. – 2008. – Vol. 128. – P. 739–743.
39. Vanden Abeele D., Offeciers F. E. Management of labyrinthine fistulas in cholesteatoma // Acta Otorhinolaryngol. Belg. – 1993. – Vol. 47. – P. 311–321.

Бойко Наталья Владимировна – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Ростовского ГМУ. 344000, Ростов-на-Дону, Нахичеванский пер., д. 29, тел.: 903-433-41-13, e-mail: nvboiko@gmail.com; **Колесников** Вадим Николаевич – врач-оториноларинголог Областного консультативно-диагностического центра. 344000, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 127, тел.: 928-612-15-12, e-mail: vn_kolesnikov@mail.ru

УДК: 616.216.1-006

О ЛОЖНЫХ КИСТАХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Г. А. Гаджимирзаев, С. Н. Абдулаева, Р. Г. Гаджимирзаева

ABOUT THE FALSE CYSTS OF PARANASAL SINUSES (REVIEW OF LITERATURE)

G. A. Gadjimirzaev, S. N. Abdulaeva, R. G. Gadjimirzaeva

ГОБУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава»
г. Махачкала

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Авторы прослеживают развитие взглядов исследователей на причины формирования, диагностики и лечение кистоподобных образований в верхнечелюстных пазухах. В частности, обсуждаются различные мнения о роли аллергического фактора в генезе ложных кист, современные методы консервативного и оперативного лечения.

Ключевые слова: ложные кисты, причины формирования, диагностика, лечение.

Библиография: 79 источников.

Authors trace development of looks of researchers on reasons of forming, diagnostics and treatments of cystiform educations in genyantrums. In particular different opinions come into question of role of allergic factor in genesis of falce cysts, modern methods of conservative and operative treatment.

Key words: false cysts, reasons of forming, diagnostician, treatment.

Bibliography: 79 sources.

В клинической практике оториноларингологов довольно часто встречаются кисты околоносовых пазух (ОНП) разного генеза. В большинстве случаев кистозные образования формируются в верхнечелюстных пазухах (ВЧП). Согласно признанной специалистами классификации кисты подразделяются на четыре вида:

- истинные (ретенционные, секреторные);
- ложные (кистоподобные образования, лимфангиэктотические, гидроцеле, несекреторные псевдокисты);

- одонтогенные;
- эмбриогенные (врожденные).

В ОНП значительно чаще встречаются ложные кисты, однако подавляющее число опубликованных работ отечественных и зарубежных авторов посвящены этиопатогенезу и хирургическим методам лечения ретенционных, одонтогенных и эмбриогенных кист.

Кисты ОНП составляют 3,9 % в структуре общей ЛОР-патологии и 12,6% всех хронических поражений ОНП. По частоте кистозного поражения на первом месте стоит верхнечелюстная пазуха (93,3%), затем следует клиновидная (4,3%) и лобная (2,4%) [1,14]. Они выявляются у 8–10% здоровых лиц [16, 62, 75].

По локализации кисты ВЧП подразделяются на следующие группы:

- расположенные на задненижней стенке, в области ее верхних 2/3;
- расположенные в латеральных отделах пазухи, в области ее скуловой бухты;
- расположенные в верхней стенке и в области естественного соустья;
- расположенные на передней, медиальной стенках, в нижней 1/3 задненижней стенки, т. е.

в альвеолярной бухте [1].

Проведенные Г. П. Захаровой [17] исследования показали, что в 98% случаев ложные кисты исходили из нижней стенки ВЧП, только в 2% случаев они исходили из верхней, медиальной и латеральной стенок. При этом в 96% случаев ложные кисты были одиночными, в 4 % – в одной ВЧП располагались от 2 до 3 подобных кист.

По материалам А. И. Васильева [5], на 50 больных, оперированных по поводу кист ВЧП, у 28 кисты оказались ложными, у 10 – ретенционными, у 5 выявлены солитарные полипы, а у 7 – хроническое воспаление пазухи. М. И. Кадымова [28] оперировала 100 больных с кистами ВЧП, из которых лишь в 9 случаях кисты были ретенционными, а в остальных – ложными. Из всех кист ВЧП, по данным Е. М. Покровской [51], у 90% лиц имели место ложные кисты, а по материалам И. С. Гурьева и А. А. Должикова [13], ложные кисты составляют 87%, ретенционные – 13%.

Этиология и патогенез ложных кист. В этиологии ложных кист одни авторы придают значение аллергическому фактору, другие – инфекционному. При этом следует подчеркнуть, что старшее поколение отечественных оториноларингологов предпочтение отдают инфекционному фактору, а более молодое (современное) – аллергическому.

В. Г. Гинзбург и М. И. Вольфович [12] считают, что в основе этиологии псевдокист ВЧП лежит отек слизистой оболочки, который может возникнуть от разных причин, главным образом при нервно-сосудистых нарушениях, интоксикации, нарушении обмена в тканях. Ф. А. Херобян [57, 58] полагает, что ложные кисты представляют собой скопление серозной жидкости в подэпителиальном пространстве на определенном участке слизистой оболочки пазухи. Однако автор не объясняет причину скопления жидкости на определенном участке слизистой оболочки.

Спорным остается вопрос о патогенетической роли инфекционного фактора в формировании ложных кист. Одни авторы [12, 53, 56] считают, что псевдокисты являются следствием инфекционно-воспалительного процесса, без участия аллергического фактора, другие [34, 35, 55] таким воздействием также считают инфекцию, которая при определенных условиях может становиться сенсибилизирующим фактором.

На возможность образования ложных кист без предшествующего воспалительного процесса в пазухе указывают ряд исследователей [2, 52].

Б. С. Преображенский [52] рассматривает ложные кисты как проявление местной аллергической реакции, в основе которой лежит нарушение проницаемости сосудов слизистой оболочки пазухи, ведущее к переходу жидкости из сосудов в ткани и образованию кистоподобных полостей и полипов. Отечные гиперплазии слизистой оболочки ВЧП, считает он, являются морфологическим выражением аллергического синусита. Подобной же точки зрения придерживаются и ряд других авторов [5, 11, 22, 23, 28, 39].

В своих работах, посвященных лимфангиэктатическим кистам ВЧП, М. И. Кадымова [26, 28] механизм формирования подобных образований объясняет следующим образом. При накоплении в слизистой оболочке медиаторных веществ типа гистамина, ацетилхолина и др.



нарушается проницаемость стенок капилляров и происходит переход жидкости из сосудов в ткани с образованием отека слизистой оболочки, что приводит в дальнейшем к появлению кистоподобного образования. Однако и эта теория не объясняет причину образования кист только в отдельно взятом участке пазухи, в то время как приведенные автором патогенетические факторы имеют место на всей территории слизистой оболочки ВЧП.

В этиологии ложных кист ВЧП, по мнению А. Х. Ламковой [37], большое значение имеют увеличение количества и экспозиции аллергенов, неблагоприятная экологическая обстановка (значительное повышение допустимых пределов концентрации в воздухе промышленных газов, промышленной пыли и других поллютантов человеческой деятельности).

В формировании кистоподобных образований Г. П. Захарова [18], Е. М. Покровская [51] придают большое значение иммунопатологическому механизму, который проявляется в угнетении клеточного иммунитета и дисбалансе гуморального иммунитета. И. С. Гурьев и А. А. Должиков [13] придают определенное значение в развитии кистоподобных образований фоновым факторам и нарушению аэродинамики носовой полости.

Клиника. Одним из основных клинических проявлений ложных кист ВЧП является головная боль [24, 27, 46], которая встречается у более 80% больных. Чаще она тупая, неинтенсивная, усиливающаяся после переутомления к вечеру. Головная боль локализуется в области лба, причем при односторонних кистах преимущественно на стороне кисты, при двусторонних кистах – в середине лба [28]. Больные предъявляют также ряд жалоб, характерных для аллергического поражения полости носа и ОНП: попеременное закладывание то одной, то другой половины носа; затрудненное носовое дыхание, обусловленное не за счет кисты, а отеком носовых раковин или наличием сопутствующих внутриносевых аномалий. Больные в своих жалобах отмечают также недомогание, разбитость, утомляемость, раздражительность, нарушение сна и аппетита [24, 28]. По данным последних и других авторов [4, 70], кисты ВЧП могут протекать длительное время скрыто, без головной боли. По материалам М. И. Кадымовой [27], из 140 обследованных больных у 32 головная боль отсутствовала.

Диагностика. В качестве критериев диагностики ложных кист ВЧП, кроме субъективных признаков болезни, используются множество параклинических методов обследований [6, 25, 30, 36, 45, 61]. При кистоподобных образованиях считается целесообразным назначать пункцию гайморовой пазухи [59, 60] и рентгенографию ОНП, в том числе и контрастную [5, 23, 31, 36]. А. С. Лопатин [41] пункцию ВЧП и контрастную рентгенографию ОНП в качестве диагностических процедур не рекомендует.

По мнению М. Х. Файзуллина [56], поскольку при кистах ВЧП возможно отсутствие каких-либо объективных признаков болезни, целесообразно рентгенологическое исследование. При контрастировании пазухи автор не рекомендует введения йодлипола более 2–3 мл, так как при введении большого количества препарата не представляется возможным получить рисунок рельефа слизистой оболочки, а киста «тонет» в контрастной массе. В целях повышения качества диагностики и снижения риска «маскировки» кисты ВЧП группа авторов [50] предложила собственный рецепт контрастного вещества: водорастворимое контрастное средство на полимерной основе, разведенное дистиллированной водой.

В неясных случаях для уточнения топики кисты и решения вопроса оперативного подхода к патологическому очагу используются и такие методы обследования, как ультразвуковая эхолокация ОНП, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, мультиспиральная компьютерная томография [1, 3, 17, 41, 44, 49, 78].

Гистоморфология слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи в условиях физиологической нормы и при кистоподобных образованиях. По материалам М. И. Кадымовой [28], Ю. Б. Исхаки [24], Г. П. Захаровой [17], нормальная слизистая оболочка ВЧП состоит из трех слоев:

- поверхностного, представленного многоядным мерцательным эпителием с примесью бокаловидных клеток и расположенного на базальной мембране;
- собственно слизистой оболочки, состоящей из рыхлой соединительной ткани, содержащей сосуды, нервы и слизистые железы;
- слизисто-надкостничного слоя, состоящего из нежно-волокнистой соединительной ткани.

В поверхностном слое содержатся лимфоидные клетки, в небольшом количестве плазматические и полиморфно-ядерные клетки, лейкоциты и гистиоциты. В среднем отделе слизистой оболочки находятся альвеолярно-трубчатые железы.

Микроскопическое исследование стенок кистоподобных образований выявило, что эпителиальный покров представлен мерцательным цилиндрическим эпителием [5, 17, 27, 51]. Эпителий может быть подвержен метаплазии или пролиферации с участками десквамации и образованием полипозных структур [17, 24, 51]. В покровном эпителии слизистой оболочки ложных кист нередко обнаруживаются большое количество бокаловидных клеток в состоянии гиперсекреции [24]. Строма кист представлена соединительной тканью с резко выраженным отеком межклеточной ткани, наличием выраженного лимфостаза [24, 27, 71, 77]. В зависимости от давности формирования ложных кист соединительная ткань стромы может быть плотной или разрыхленной [24, 28]. По мнению большинства авторов, характерным гистоморфологическим проявлением ложных кист является резко выраженный отек стромы с множеством клеток воспалительного ряда – эозинофилов, тучных и плазматических клеток, лимфоцитов, полинуклеаров [14, 17, 24, 28, 55].

По мнению И. С. Гурьева [14], основным проявлением гистоморфологических изменений ложных кист является дезорганизация соединительной ткани. Типичным является также наличие значительных изменений в стенках кровеносных сосудов в виде разрыхления, набухания или альтерации [17, 24]. В эпителии сосудов отмечаются набухание и дисконфлексация с выходом форменных элементов крови из просвета сосудов [13, 24, 51]. В части случаев в стенке ложной кисты обнаруживаются кристаллы холестерина, белковое пропитывание [5, 24, 28, 29].

Сроки клинического течения ложных кист гистоморфологически проявляются тем, что в стенке образования у одних преобладает выраженный отек стромы, в других – отмечается фиброз, а часть кистоподобных образований носит смешанный характер [14, 17, 28].

Электронно-микроскопическое исследование обнаружило нарушение ультраструктуры ресничек мерцательного эпителия и признаки деструкции клеточных элементов эпителия и соединительнотканного слоя слизистой оболочки стенки ложной кисты ВЧП, причем при увеличении сроков заболевания количество и характер деструктивных изменений нарастают [17, 21].

Ложные кисты чаще образуются на фоне гиперпластической слизистой оболочки, нередко помимо кист обнаруживаются полипы [22, 52]. По мнению указанных авторов и других исследователей, полипы обнаруживаются у тех больных, у которых была выраженная аллергическая реакция организма. Известно, что при аллергическом воспалении слизистой оболочки ВЧП отмечаются три стадии. Первая стадия характеризуется утолщением слизистой оболочки с наличием инфильтрации, состоящей в основном из лимфоцитов и эозинофилов. Вторая стадия характеризуется утолщением эпителиального покрова, гиалинизацией базальной мембраны и выраженной гиперплазией слизистой оболочки с увеличением количества лимфоидных и плазматических клеток, эозинофилов. Третья стадия – происходит образование полипов и (или) кист [11, 24, 26, 52, 65, 73].

Таким образом, анализ приведенных сведений, посвященных патогистологическим изменениям в тканях ложных кист, дает основание признать, что характерными морфологическими признаками являются: отек с массивным клеточным инфильтратом, состоящим из плазматических клеток, лимфоцитов, полинуклеаров, эозинофилов, тучных клеток; различные стадии аллергического поражения сосудов (фибриноидное набухание, склероз, некроз). Подобные же гистоморфологические изменения обнаружены и в гиперплазированной слизистой оболочке ВЧП [24, 28, 52, 72, 76, 79].

На основании анализа проведенных клинико-лабораторных, морфогистохимических и иммунологических исследований у больных с ложными кистами ВЧП современные авторы пришли к выводу о том, что в их генезе существенную роль играют аллергический и иммунопатологический факторы [14, 18, 51].

Консервативное лечение ложных кист. В связи с утвердившимся мнением о преимущественном значении аллергического фактора в генезе ложных кист ВЧП в программу их лече-



ния включают гипосенсибилизирующие препараты. Так, А. И. Васильев [5], А. Г. Лихачев [38] в этих целях рекомендует использовать адренокортикотропный гормон (АКТГ) и кортизон. Лечение проводилось по схеме: по 5 ЕД АКТГ 4 раза в сутки внутримышечно в течение 2 недель; по 2,0 мл кортизона внутримышечно в течение 2 недель. На 3–4-й день лечения больные отмечали улучшение носового дыхания, уменьшение выделений из носа, что подтверждалось также объективными данными – уменьшение отечности слизистой оболочки носа. На контрольных рентгенограммах ОНП у большинства больных через 1 месяц после начала лечения заметно уменьшалась краевая тень утолщенной слизистой оболочки, улучшалась прозрачность пазух, ранее затемненных. Тени ложных кист у части больных исчезали, у других – уменьшались в объеме.

М. И. Кадымова [27], Ю. Б. Исхаки [24] рекомендуют антигистаминные препараты: супрастин, диазолин, пипольфен в течение 2–4 недель. М. И. Кадымова [27] анализировала результаты лечения больных с ложными кистами, которым были назначены супрастин и пипольфен. Из 134 больных улучшение общего состояния наступило у 50,7%, улучшение носового дыхания – у 48,2%, головная боль исчезла у 30,7%, у 49,8% она уменьшилась. Тени ложных кист на рентгенограммах исчезли у 22,7%, у 19,4% – уменьшились в размерах, у 8,2% они увеличились и в 49,7% случаев остались без изменений. При слабоположительной динамике или его отсутствии автор рекомендует повторные курсы лечения с теми же препаратами.

Результаты иммуноморфологического и иммунохимического изучения тканей ложных кист, а также определение состояния клеточного и гуморального иммунитета показали дисбаланс в системе иммунного комплекса [17, 51]. В связи с этим в программу лечения ложных кист целесообразно включать иммунокорригирующие препараты. В частности, Г. П. Захарова [18] в комплексной терапии ложной кисты с хорошим эффектом использовала сок подорожника в виде назальных ингаляций в течение 1 месяца. Е. М. Покровская [51] в послеоперационном периоде рекомендует назначение иммуностропного препарата ксимедон по 0,25–0,5 г 4 раза в сутки внутрь в течение 1 месяца, а в течение 5 дней после операции внутривнутринозально вводить 5%-ный раствор этого же препарата. Положительные непосредственные результаты достигнуты у всех больных.

Развивая и углубляя тезис о щадящих и эффективных методах консервативного лечения ложных кист ряд авторов применяют метод специфической иммунотерапии (СИТ). С диагнозом аллергический (атопический) риносинусит, верифицированный оториноларингологом и аллергологом, под наблюдением Г. А. Гаджимирзаева и соавт. [7–10] находились 194 ребенка в возрасте от 7 до 15 лет и 114 взрослых пациентов. При рентгенологическом и КТ-исследовании ОНП кистоподобные образования выявлены у 47 (24,7%) детей, у взрослых – в 32 (28%) наблюдениях; с одной стороны ВЧП – у 58, с обеих сторон – у 21 пациента. Всем больным с кистоподобными образованиями проведена специфическая иммунотерапия (СИТ). Под влиянием подобного лечения параллельно с благоприятной динамикой показателей мукоцилиарного клиренса слизистой оболочки носа и иммунологических данных восстановилась полностью или частично воздушность ВЧП. Рентгенологическое исследование ОНП, выполненное после завершения курса СИТ, и их сравнение с данными первичного обследования показало, что у 28 (58,8%) детей и у 14 (43,7%) взрослых отсутствовали тени ложных кист и полностью восстановилась пневматизация ВЧП. В 7 наблюдениях у детей и у 5 взрослых больных округлых теней не определялось, однако сохранялось малоинтенсивное неомогенное затемнение ВЧП. Полученные непосредственные благоприятные результаты лечения аллергических риносинуситов с кистоподобными образованиями методом СИТ позволили авторам рекомендовать его для внедрения в широкую клиническую практику как патогенетически обоснованный, щадящий и весьма эффективный метод консервативной терапии.

Отечественные авторы, занимающиеся проблемой лечения больных ложными кистами ВЧП, признают доминирующее значение аллергического фактора в их происхождении, тем не менее в литературе имеются единичные сообщения о современных антиаллергических методах их лечения. Как справедливо указывают ряд авторов [14, 54], сообщений о современных консервативных методах лечения ложных кист до обидного мало. Эта проблема фактически не обсуждается авторами Дальнего Зарубежья. Достаточно отметить, что в журнале

Международной и Европейской ассоциаций ринологов «Rhinology» с 2001 по 2011 г. не опубликована ни одна статья, посвященная ложным кистам и их лечению.

В странах зарубежья основное внимание уделяется одонтогенным, эмбриогенным и секреторным кистам [64, 67, 69, 74].

Хирургические методы лечения. Хирургическое лечение по поводу кисты необязательно, если она не проявляет себя клинически, т. е. не беспокоит головная боль или затрудненное носовое дыхание [14, 41]. Следует подчеркнуть, что нарушение носового дыхания у подавляющего числа больных связано не с наличием кисты ВЧП, а с сопутствующим ринитом или структурными аномалиями полости носа [41]. В литературе приведены случаи исчезновения псевдокист после ликвидации воспалительного процесса в ВЧП [46].

Б. С. Преображенский [52] указывает, что в практической работе некоторые врачи допускают чрезмерную активность в назначении хирургического вмешательства при псевдокистах ВЧП. Анализ результатов хирургического лечения ложных кист показывает, что удаление их в большинстве случаев не избавляет от того патологического состояния слизистой оболочки, которое «породило» кисту [14, 29].

Современные исследователи [1, 14, 23, 26, 32, 48, 54] допускают удаление ложных кист при упорной головной боли, увеличении размеров кисты в динамике наблюдения, а также в условиях отсутствия эффекта от консервативного, в том числе антиаллергического, лечения. По мнению С. А. Аллахвердиева и А. С. Лопатина [1] при небольших кистах, расположенных в альвеолярной бухте, следует придерживаться выжидательной тактики даже в тех случаях, когда они сочетаются с требующей хирургической коррекции патологией в полости носа.

Большинство ринохирургов нашей страны при операции по поводу кист ВЧП традиционно используют наружный доступ – классический метод Колдуэлла–Люка – либо его щадящие варианты [14, 17, 24, 31, 29, 43]. Предложены различные варианты проникновения в ВЧП с использованием специального инструмента – кистотома, вводимого в пазуху через нижний носовой ход с последующим выкусыванием оболочки кисты [42]. Предложены также способы экстраназальной микрооперации на гайморовой пазухе с использованием эндоскопической аппаратуры и видеотехники [19, 33, 47], экстраназальной микрооперации с замещением удаленного участка костной ткани имплантом из пористого никелида титана [20]. Используются сочетанные (эндо- и экстраназальные) методы удаления кист [41], ультразвуковая дезинтеграция оболочки кисты [15], а также выпаривание кисты хирургическим лазером [54]. М. И. Кадымова [28] считает, что при лимфангиэктатических кистах не обязательно полное удаление, достаточно скусывания или частичного удаления выступающей над слизистой оболочкой пазухи округлого образования, которое в ряде случаев легко удаётся провести эндоназально.

После внедрения в практическую ринологию новых методов хирургического лечения заболеваний носа и ОНП с использованием эндоскопической технологии и видеоаппаратуры радикальные классические операции типа Калдуэл–Люка по поводу ложных кист в современных условиях практически не выполняются, это тем более относится к детскому возрасту, поскольку подобное вмешательство может привести к нарушению роста костной ткани и слизистой оболочки. По мнению И. С. Гурьева [14] в детской практике целесообразно пользоваться операционным цистэктомом, позволяющим вскрыть пазуху, аспирировать содержимое и удалить кисту через нижний носовой ход.

До настоящего времени не существует единого мнения по методике оперативного эндоскопического вмешательства при кистах ВЧП, и вопрос о преимуществах и недостатках различных вариантов (модификаций) остается спорным. По мнению А. С. Лопатина и его сотрудников, вопрос о выборе оптимального хирургического доступа в ВЧП решается в зависимости от локализации ложной кисты. Эндоназальный доступ показан при удалении кист, прикрепляющихся на верхних 2/3 задненижней и на верхней стенках в ее латеральных отделах, а также в области естественного соустья. При кистах, расположенных на передней и медиальной стенках, а также в альвеолярной бухте эндоназальный доступ дает возможность удалить кисту лишь в половине случаев [1, 40].



Оперирование в области среднего носового хода является наиболее физиологичным и щадящим вариантом операции при хроническом воспалении ВЧП, в том числе и при кистоподобных образованиях [32].

В последние десятилетия сложилось мнение о преимуществах эндоназальных функциональных вмешательств при различных патологических процессах в ОНП. Тем не менее остается не ясным, насколько вообще технически возможно полное удаление кист эндоназальным доступом. Не изучены вопросы частоты рецидивов кист при использовании различных хирургических приемов. Спорным остается вопрос о преимуществах и недостатках различных методов, тем более что каждый из них имеет целый ряд недостатков. Об этих и других спорных и нерешенных вопросах размышляет ряд авторов [1].

Недостатки и достоинства различных хирургических доступов.

Известно, что вскрытие ВЧП через переднюю стенку по Колдуэлу–Люку нередко сопровождается парестезиями и послеоперационной невралгией ветвей тройничного нерва. В целях минимизации указанных побочных реакций ряд авторов рекомендуют вертикальный разрез под губой между 3-м и 4-м или 4-м и 5-м зубами [17]. В работе В. В. Лонского [40] подчеркивается, что щадящее вскрытие ВЧП через переднюю стенку эффективно в условиях, когда естественное соустье хорошо проходимо и пазуха после операции эффективно дренируется. В случаях выявления изменений в области естественного соустья (полип, рубцовая ткань) автор удаляет патологически измененные ткани, и если этих мер было недостаточно, соустье расширяет со стороны пазухи или со стороны полости носа.

Большинство отечественных и зарубежных авторов считают, что эндоназальный доступ к ВЧП в целях удаления кисты реже осложняется невралгией, практически не дает реактивного отека мягких тканей лица и обеспечивает надежный дренаж оперированной пазухи [1, 41, 66, 75]. Отдавая предпочтение эндоназальному вскрытию ВЧП, ряд авторов [1, 41, 16] считают, что эндоназальное удаление небольшой кисты, расположенной в переднемедиальных отделах ВЧП, представляет определенные технические трудности.

В этих случаях более оправдано щадящее вскрытие ВЧП через переднюю стенку. В зависимости от топического расположения ложных кист ВЧП существуют и различные варианты комбинаций внутриносового и наружного доступов, позволяющих соединить преимущества того и другого методов [1, 14].

М. Mazerat [75] провел сравнительный анализ двух методов удаления кист ВЧП. После эндоскопических операций жалобы на боли, дискомфорт в области щеки отсутствовали у 84,2% пациентов. Среди тех, кому проводилась операция по Колдуэллу–Люку, отсутствовала боль после операции лишь у 5,4 %, а дискомфорт в области щеки присутствовал в 78,4% случаев.

Таким образом, имеющиеся в литературе сведения свидетельствуют о преимуществах щадящего доступа для удаления кист ВЧП. В то же время показания к конкретным методам щадящего доступа к ВЧП (через переднюю стенку, через средний носовой ход, через нижний носовой ход) нуждаются в уточнении и обосновании.

По литературным сведениям хирургическое лечение не всегда избавляет больного ложной кистой от возобновления симптомов болезни, так как аллергическое воспаление трудно поддается оперативным методам лечения. В этой связи следует шире пользоваться консервативными способами с включением в программу лечения новейших гипосенсибилизирующих методов терапии и лишь в условиях выраженной клинической картины болезни и отсутствии эффекта от повторных курсов лечения прибегать к оперативным методам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердиев С. А., Лопатин А. С. Выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух // Рос. ринолог. – 2010. – № 1. – С. 32–35.
2. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей / Б. С. Преображенский [и др.]. – М.: Медицина, 1969. – 265 с.
3. Анютин Р. Г. Возможности компьютерной томографии в диагностике воспалительных заболеваний околоносовых пазух / VI Съезд оториноларингологов РСФСР: тез. – Оренбург, 1990. – С. 54–56.
4. Благовещенская Н. С. Сочетанные поражения лобных пазух и мозга. – М.: Медицина, 1972. – 272 с.

5. Васильев А. И. Об аллергической природе кистоподобных образований слизистой оболочки гайморовых пазух // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1963. – № 1. – С. 20–23.
6. Волков А. Г. Лобные пазухи. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 264 с.
7. Гаджимирзаев Г. А., Гамзатова А. А., Гаджимирзаева Р. Г. Современные подходы к лечению аллергических риносинуситов при распространенных аллергиях респираторной системы // Новости оторинолар. и логопатол. – 1997. – № 4. – С. 31–32.
8. Гаджимирзаев Г. А., Гамзатова А. А., Гаджимирзаева Р. Г. Аллергические риниты у детей и взрослых. – Махачкала: Юпитер, 2002. – 312 с.
9. Гаджимирзаев Г. А., Гамзатова А. А., Гаджимирзаева Р. Г. Лечение и профилактика аллергического ринита. – Махачкала: Юпитер, 2004. – 210 с.
10. Гамзатова А. А., Гаджимирзаев Г. А. Аллергические гаймориты с кистоподобными образованиями у детей // Мат. XVI съезда оториноларингологов России: – СПб.: РИА-АМИ, 2001. – С. 545–548.
11. Гербер В. Х. Аллергические заболевания уха, горла и носа у детей. – М: Медицина, 1986. – 198 с.
12. Гинзбург В. Г., Вольфович М. И. Рентгенодиагностика и клинические особенности кист, исходящих из слизистой оболочки верхнечелюстных пазух // Вестн. оторинолар. – 1951. – Т. 51. – С. 54–59.
13. Гурьев И. С., Должиков А. А. Особенности патологии морфогенеза кист околоносовых пазух // Рос. ринология. – 2002. – № 2. – С. 53–54.
14. Гурьев И. С. Диагностика, морфогенез и хирургическое лечение кист околоносовых пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2003. – 16 с.
15. Дайняк Л. Б., Сухнева Т. П. Возможности применения низкочастотного ультразвука при лечении экссудативных гайморитов и кист верхнечелюстных пазух // Современные вопросы аллергии и ринологии: тез. докл. – М.: 2000. – С. 111.
16. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Г. З. Пискунов [и др.]. – М.: Совершенно секретно, 2003. – 203 с.
17. Захарова Г. П. Клинико-иммунологические особенности и лечение больных кистоподобными образованиями верхнечелюстных пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1993. – 16 с.
18. Захарова Г. П. Клиника, патогенез и хирургическая реабилитация больных кистоподобными образованиями верхнечелюстных пазух // Новости оторинолар. и логопатол. – 1995. – № 3. – С. 129–130.
19. Захарова Г. П., Кротов А. Ю. Использование эндоскопической микрохирургии в лечении больных кистоподобными образованиями верхнечелюстных пазух // Там же. – 1998. – № 3. – С. 81.
20. Извин А. И. Хирургическая реабилитация больных кистами и кистоподобными образованиями верхнечелюстных пазух // Рос. ринология. – 1998. – № 9. – С. 71–72.
21. Ильинская Е. В., Захарова Г. П. Электронно-микроскопические особенности слизистой оболочки верхнечелюстных пазух у больных кистоподобными образованиями // Там же. – 1998. – № 2. – С. 18.
22. Исхаки Ю. Б. К патогенезу кист аллергической природы в верхнечелюстных пазухах / 2-й Всероссийский съезд оториноларингологов. 1967: тр. – Л.: Медицина, 1967. – С. 118–121.
23. Исхаки Ю. Б. Кисты верхних дыхательных путей: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1967. – 28 с.
24. Исхаки Ю. Б. Кисты верхних дыхательных путей. – Душанбе, 1972. – 240 с.
25. Исхаки Ю. Б., Кальштейн Я. И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – 360 с.
26. Кадымова М. И. Лимфангиоэктатические (ложные) кисты челюстных пазух и их связь с аллергией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1966. – 12 с.
27. Кадымова М. И. О лимфангиэктатических (ложных) кистах челюстных пазух и их связь с аллергией // Вестн. оторинолар. – 1966. – № 4. – С. 58–65.
28. Кадымова М. И. Кисты придаточных пазух носа. – М.: Медицина, 1972. – 128 с.
29. Кадымова М. И., Богомилский М. Р. О дифференциальной диагностике кистоподобных образований гайморовых пазух и серозной формы хронического гайморита // Вестн. оторинолар. – 1963. – № 6. – С. 21–24.
30. Карал-Оглы Р. Д. Лечение воспалительных заболеваний верхнечелюстных и лобных пазух. – Кичнев: Штиинца, 1983. – 120 с.
31. Карпова Е. П., Шеврыгин Б. В. Киста верхнечелюстной пазухи // Детская оториноларингология. Руководство для врачей / Под ред. М. Р. Богомилского и В. Р. Чистяковой. – в 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 2005. – С. 233.
32. Киселев А. С., Гофман В. Р., Лужникова Т. А. Ринохирургия оптохиазмального арахноидита. – СПб., 1994. – 144 с.
33. Козлов В. С. Новый метод и инструмент для хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе как альтернатива операции Колдуэлла–Люка // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 4. – С. 8–12.
34. Козлов М. Я. Воспаление придаточных пазух носа у детей. – Л.: Медицина, 1985. – 208 с.
35. Корсаков И. В. Роль серозного (гиперпластического) воспаления придаточных пазух носа в происхождении носовых полипов и кист // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1936. – № 3. – С. 745–752.
36. Кручинина И. Л., Лихачев А. Г. Синуситы в детском возрасте. – М.: Медицина, 1989. – 144 с.
37. Ламкова А. Х. Распространенность кист верхнечелюстных пазух носа в зависимости от среды обитания // Рос. ринология. – 2011. – № 2. – С. 46.
38. Лихачев А. Г. Воспалительные заболевания придаточных пазух носа. Руководство по оторинолар. – Т. IV. – М.: Медицина, 1963. – С. 7–174.
39. Лихачев А. Г., Гольдман И. И. Хронические аллергические риносинуситы. – М.: Медицина, 1997. – 148 с.



40. Лонский В. В. Щадящее хирургическое вмешательство при кистах верхнечелюстных пазух // Рос. ринолог. – 1996. – № 2/3. – С. 88.
41. Лопатин А. С., Неферов В. С. Возможности эндоназальной эндоскопической хирургии в лечении кист верхнечелюстной пазухи // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 4. – С. 11–16.
42. Морозов И. А., Морозов С. И. Лечение кист гайморовых пазух // Тез. докл. IX съезда оторинолар. СССР. Кишинев, 1998. – С. 447–448.
43. Нечипоренко В. П., Селистранов А. П. К вопросу о целесообразности наложения соустья с полостью носа при оперативном лечении негнойных заболеваний верхнечелюстных пазух // VI съезд оторинолар. РСФСР: тез. – Оренбург, 1990. – С. 125–127.
44. Овчинников Ю. М., Добротин В. Е. Компьютерная томография при заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и уха. – М.: Атлас, 1997. – 65 с.
45. Пальчун В. Т., Устьянов Б. А., Дмитриев Н. С. Параназальные синуситы. – М.: Медицина, 1982. – 152 с.
46. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология: учеб. для вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 650 с.
47. Пискунов Г. З., Лопатин А. С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух: пособие для врачей. – М., 1992. – 34 с.
48. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология: руководство для врачей. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 560 с.
49. Пискунов И. С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Курск. – 2002. – 192 с.
50. Пискунов И. С., Лазарев И. А., Ерофеева Л. Н. Преимущества использования водорастворимых контрастных препаратов на полимерной основе для рентгенологических исследований околоносовых пазух // VII съезд оторинолар. РСФСР: тез. – Оренбург. – 1990. – С. 130–132.
51. Покровская Е. М. Клинико-диагностические особенности и методы лечения хронических кистозных синуситов: автореф. дис. ... канд. мед. наук., Казань. – 2003. – 14 с.
52. Преображенский Б. С. Вазомоторный и аллергический гайморит как нозологическая форма // Вестн. оторинолар. – 1956. – № 5. – С. 38–44.
53. Розенфильд И. М. Заболевания верхнечелюстной (гайморовой) пазухи. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки: руководство для врачей. – М.: Медгиз, 1949. – С. 233–254.
54. Свиштушкин В. М., Руденко М. В. К вопросу о применении хирургических лазеров при лечении больных с кистами верхнечелюстных пазух // Мат. III Всерос. науч.-практ. конф. «Наука и практика в оториноларингологии». – М., 2004. – С. 103–104.
55. Стадницкая И. А. К вопросу о кистах верхнечелюстных пазух // Тр. НИИ уха, горла и носа. – М., 1958. – Вып. 10. – С. 123–136.
56. Файзуллин М. Х. Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных полостей носа. – М.: Медгиз, 1961. – 212 с.
57. Херобян Ф. А. К вопросу о кистах гайморовых полостей // Тез. докл. конф. онкологов и рентгенологов. Азерб., Армянс. и Груз. ССР. – Тбилиси, 1951. – С. 56–58.
58. Херобян Ф. А. Клинико-рентгенологические и патоморфологические исследования при воспалительных процессах верхнечелюстных пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1954. – 14 с.
59. Шац И. Н. Синуситы у детей при стафилококковой инфекции. – М.: Медицина, 1972. – 272 с.
60. Шеврыгин Б. В. Руководство по детской оториноларингологии. М.: Медицина, 1985. – 336 с.
61. Allard R. H. Mucosal antral cysts. Review of the literature and report of the radiographic survey // Oral Surgery, Oral Medisine, Oral Pathology. – 1981. – Vol. 5. – P. 2–9.
62. Alonso S. Anatomic variants of interest for functional endoscopic sinus surgery. The role of computed tomography // Eur. Radiol. Abstr. 11 th European Congress of Radiology. – Vienn, 1999.
63. Bourdial J. Le rhinologiste et allergie naso-sinusienne // Ann.Otol. (St. Louis). – 1963. – Vol. 80. – P. 753–761.
64. Chobillon M. A., Jankowski K., Relationship between mucocoeles, nasal polyposis and nasalization // Rhinology. – 2004. – N 4. – P. 219–224.
65. Curran T. I. Otolaringologic allergy: its diagnosis and treatment // Laryngoscope. – 1980. – Vol. 90. – N 6. – P. 992–996.
66. Endoscopic treatment of maxillary sinus cycts / T. Hader [et al.] // Harefuah. – 1994. – Vol. 127. – N 10. – P. 378–380.
67. Di Pasquale, C. Shermerato. Endoscopic removal of a dentigerous cyst producing unilateral maxillary sinus opacification on computed tomography // Ear, Nose, Throat. J. – 2006. – Vol. 85. – P. 747–749.
68. Endoscopic management of froutal sinus mucocceles with anterior table erosion / B. A. Woodworth [et al.] // Rhinology. 2008. – N 3. – P. 231–237.
69. Endoscopie sinus surgery for the odontogenic maxillary cysts / S. Seno [et al.] // Rhinology. – 2009. – N 3. – P. 305–309.
70. Fujiwara V., Fukuchima R., Togachira N. Primary cysts of paranasal sinuses // Pract. Otol. (Kyoto). – 1988. – Vol. 81, N 27. – P. 156–163.
71. Hlovacek V. Histologicche und histochemiche verahde rungen des allergischen schockyewebs // Allergie u. Asthma. – 1964. – N 2/3. – P. 125–128.
72. Kimara T., Kataura A., Nerimatsu E. Clinical and histological study of cyst forming Maxillary sinusitis // J. otolaryng. – 1975. – Vol. 78, N 8. – P. 721–728.



73. Lederer E. Z. The problem of nasal polyps // J. Allergy. – 1959. – Vol. 30. – P. 420–424.
74. Li T., Kitano M., Chen X. M., Ortho-keratinized odontogenic cyst: a clinicopathological and immunocytochemical study of 15 cases // Histopathology. – 1988. – Vol. 32, N 3. – P. 242–251.
75. Mazeraut M. Maxillary sinus cysts. Methods of surgical treatment // Polish otolaryngology. – 2008. – Vol. 62, N 5. – P. 578–581.
76. Palva T., Palva A. Allergic changes in the mucosa of the chronically infected maxillary sinus // J. Pract. Oto-laryng. – 1962. – Vol. 24. – P. 1–7.
77. Paparella N. M. Mucosal cyst of maxillary sinus // Arch. otolaryng. – 1956. – Vol. 74. – N 6. – P. 650–657.
78. Pertison B., Hanssen H., Nasal mucosal changes in children reith frequent infections // Arch. otolaryng. – 1987. – Vol. 113, N 12. – P. 1294–1300.
79. Schamblaug J. E. Nasal allergy for the practising rhinologist // Ann. Otol., rhin. a laryng. – 1945. – Vol. 54. – P. 43–48.

Гаджимирзаев Гаджимурад Абдусаматович – докт. мед. наук, проф., зав. ЛОР-кафедрой Дагестанской ГМА. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8(8722)67-75-75; **Абдулаева** Сапияханум Нурмагомедовна, аспирант той же кафедры. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8(8722)62-01-60; **Гаджимирзаева** Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, ассистент той же кафедры. Махачкала, пл. Ленина, д. 1, тел.: 8-928-675-88-17.

УДК: 616.216.1-002.3-089

БАЛЛОННАЯ СИНУСОПЛАСТИКА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В МИРЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ДАННОЙ МЕТОДИКИ В ПРАКТИКУ В РОССИИ

М. А. Лабазанова, Е. В. Владыкина, Г. А. Полев

BALLOON SINUPLASTY: WORLD EXPERIENCE AND PERSPECTIVES OF THE GIVEN TECHNIQUE IN RUSSIA

М. А. Labazanova, E. V. Vladykina, G. A. Polev

*ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

Данная работа представляет собой обзор литературы, посвященной анализу результатов исследований лечения хронических синуситов методом баллонной синусопластики в мире, «плюсы и минусы» данной методики и перспективы ее применения в России.

Ключевые слова: *околоносовые пазухи, хронический синусит, баллонная синусопластика.*

Библиография: *10 источников.*

This article is a literature review, analyzing the history of balloon sinuplasty introduction in the world, major studies' pattern, highlighting it's results, «cos and pros» of this method and perspectives of this method in Russia.

Key words: *paranasal sinuses, chronic sinusitis, balloon sinuplasty.*

Bibliography: *10 sources.*

Заболевания околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре ЛОР-патологий. Число госпитализированных больных по поводу заболеваний ОНП ежегодно увеличивается на 1,5–2%; среди пациентов, госпитализированных в ЛОР-стационары, они составляют 15–36% случаев [1].

Важно отметить, что частота развития воспалительных заболеваний околоносовых пазух обусловлена их распространенностью, тенденцией к хроническому и рецидивирующему течению и недостаточностью традиционных методов лечения. Меняется структура самой патологии в сторону увеличения числа сочетанных поражений ОНП, а также хронических и вялотекущих процессов [2, 3].