

В.И. Морохоев

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Городская больница № 1 (Братск)
Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

Разработан функциональный метод эндоскопической санации ретробульбарного пространства. Проведено лечение 44 больных основной группы и 6 больных группы сравнения посредством внутриносовых хирургических вмешательств на лобной пазухе и ретробульбарном пространстве с минимальным повреждением слизистой оболочки полости носа и сохранением естественного барьера. Анализ результатов операций показал высокую эффективность новой разработанной методики санации ретробульбарного пространства.

Ключевые слова: риногенное орбитальное осложнение, ретробульбарное пространство

OPTIMIZATION THE METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF RHINOGENIC ORBITAL COMPLICATIONS

V.I. Morokhoyev

Bratsk Hospital N 1, Bratsk
Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Irkutsk

The functional method of endoscopic treatment of retroorbital space (RS) has been worked out. 44 patients of the main group and 6 — of the group of comparison were treated by endonasal surgeries on frontal sinus and RS with minimal alteration of mucus tissue of nasal cavity and preservation of natural barrier. Analysis of the results of operations indicated high efficiency of new method of treatment of RS.

Key words: rhinogenic orbital complication, retroorbital space

Источником многих серьезных проблем в ринологии являются воспалительные процессы в околоносовых пазухах. Из всех видов воспаления околоносовых пазух гнойный фронтит является наиболее опасным для жизни пациентов заболеванием [3]. В частности, немаловажную роль в развитии гнойного фронтита играет искривление носовой перегородки, которое, как правило, обнаруживается при острых фронтитах [5]. С другой стороны, наличие деформации носовой перегородки далеко не всегда приводит к фронтиту [6], а в случаях его развития вопрос о патогенетических механизмах процесса при патологии носовой перегородки остается до настоящего времени открытым.

Разновидностью риногенных осложнений является развитие орбитальных осложнений, которые возникают при попадании инфекции в ретробульбарное пространство при нарушении оттока гноя из лобной пазухи [4]. Методом выбора в большинстве таких случаев является хирургическое вмешательство [1]. Оно выполняется, как правило, с использованием ригидных эндоскопов для внутриносового вскрытия ретробульбарного пространства орбиты [2]. При этом возможно нарушение целостности костной структуры и слизистой оболочки латеральной стенки полости носа в месте проекции орбиты, что может привести к нарушению естественного барьера на пути проникновения инфекции в это пространство из полости носа.

Цель исследования: повышение эффективности методов хирургического лечения риногенных орбитальных осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено лечение 50 больных обоего пола в возрасте от 15 лет до 31 года с риногенными орбитальными осложнениями, при этом 44 пациентам (основная подгруппа) были проведены разработанные внутриносовые хирургические вмешательства, а 6 (подгруппа сравнения) — общепринятые вмешательства.

Суть новизны хирургического лечения касалась:

а) усовершенствования метода щадящего комбинированного вмешательства на лобной пазухе при риногенных орбитальных осложнениях для сохранения её дренажной функции;

б) эндоскопического вскрытия ретробульбарного пространства орбиты посредством П-образного разреза слизистой оболочки боковой стенки полости носа;

в) щадящего вскрытия абсцессов и флегмон в области верхнего века;

г) минимизации косметического дефекта при вскрытии лобной пазухи.

У всех больных этой группы ведущей причиной развития риногенных орбитальных осложнений было острое гнойное воспаление лобной пазухи. В основную подгруппу вошли 29 больных с риногенным абсцессом века, 6 — с реактивным отёком века и 9 — с флегмоной века. В подгруппе сравнения были больные с риногенным абсцессом верхнего века.

Всем больным проводили хирургическую санацию первичного гнойного очага в лобной пазухе с

последующим лечением гнойного осложнения в ретробульбарном пространстве. Для диагностики границы распространения воспалительного процесса использовали компьютерную томографию орбиты.

Операции при риногенных орбитальных осложнениях

Главным условием лечения этого заболевания являлась санация первичного гнойного очага в лобной пазухе методом трепанации с установкой металлической канюли. В результате в большинстве случаев прекращались воспалительные процессы в области верхнего века. Благодаря очень небольшому разрезу ткани и трепанационному отверстию в области надбровья не было косметического дефекта в виде провала в лобно-лицевой области. Основным показанием для удаления металлической канюли из лобной пазухи являлось восстановление проходимости естественного соустья, о чём свидетельствовало свободное вытекание физиологического раствора в полость носа при промывании. Отсутствие восстановления проходимости соустья, несмотря на проведённое лечение, являлось показанием для фронтотомии. Вскрытие передней стенки по нашей методике проводилось щадящим способом (в пределах 7×12 мм) для введения ригидного эндоскопа в лобную пазуху по направлению к соустью. Эндоскопы диаметром 2 или 4 мм с углом зрения 0° вводились в соустье с целью его осмотра.

Основными причинами нарушения функции соустья лобной пазухи, как правило, являлись полипы и грануляции, которые под контролем оптики удалялись ушными микрощипцами практически без повреждения слизистой оболочки лобной пазухи. Затем под контролем зрения в открытое соустье вставлялся эластический 1,2-миллиметровый мандрен, по которому из полости носа вводился 1,8–2,0-миллиметровый подключичный катетер. В большинстве случаев по катетеру удавалось провести в пазуху со стороны носа короткую силиконовую трубку диаметром 3 мм. После этого экстраназальный разрез ушивался. Лобная пазуха промывалась ежедневно тёплым физиологическим раствором. Катетер и трубка удалялись на 5-й или 6-й день после операции. Щадящий принцип оперативного вмешательства на лобной пазухе заключался в минимальном повреждении слизистой оболочки носа и возможности объективной оценки картины соустья со стороны лобной пазухи. В большинстве случаев после вскрытия и дренирования ретробульбарного пространства осложнение в области верхнего века купировалось.

Если после проведенного лечения лобной пазухи воспаление в ретробульбарном пространстве не уменьшалось, то эндоскопическим методом вскрывалось ретробульбарное пространство орбиты. Общеизвестная эндоскопическая методика по Stammberger предусматривает его вскрытие с помощью щипцов Блексли. Однако после этого нарушается целостность костной структуры и

слизистой оболочки латеральной стенки в месте проекции ретробульбарного пространства орбиты. Даже при условии полного послеоперационного заживления сохраняется опасность провисания ткани ретробульбарного пространства орбиты в полость носа, а также нарушается естественный барьер на пути проникновения инфекции из полости носа.

С целью минимизации указанных осложнений нами была разработана щадящая методика эндоскопического вскрытия ретробульбарного пространства орбиты путём проведения П-образного разреза слизистой оболочки боковой стенки носа. Суть методики заключается в следующем. Под инфильтрационной анестезией слизистой оболочки носа в области проекции ретробульбарного пространства орбиты ринологическим серповидным ножом производятся два параллельных горизонтальных разреза длиной 5–6 мм. Затем края разрезов, расположенные ближе к грушевидному отверстию, соединяются между собой вертикальным разрезом длиной 6–7 мм, который выполняется ножом для разрезания кожи наружного слухового прохода из набора инструментов для микроопераций на ухе. Далее угловым изогнутым распатором из этого же набора отслаивается слизистая оболочка в месте разреза, причём ширина зоны отслаивания не должна превышать 2 мм. Затем с помощью медицинских свёрл и тонкой прямой стамески мобилизуется костная пластинка. П-образный костно-слизистый лоскут осторожно надламывается, в результате чего образуется костнопластический слизистый лоскут, после поднятия которого появляется возможность с помощью щипцов Блексли вскрывать и дренировать ретробульбарное пространство орбиты. Поскольку питание костнопластического слизистого лоскута не нарушено, он легко встаёт на место и осторожно прижимается тампоном, пропитанным синтомициновой эмульсией. Когда через двое суток тампоны из полости носа удаляются, то местонахождение П-образного разреза, как правило, трудно найти, поскольку слизистая оболочка боковой стенки носа очень быстро заживает.

Если после эндоскопического вскрытия ретробульбарного пространства орбиты абсцесс или флегмона века не купировались, то вторым этапом они вскрывались. При этом полностью исключить даже небольшое травмирование мышцы, поднимающей верхнее веко (*m. levator palpebrae superioris*), практически невозможно. В предлагаемой нами методике указанные гнойники вскрывались минимальным разрезом, смещённым латерально, что практически исключало травмирование очень важной для функции века мышцы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего за период 1985–2005 гг. пролечено 44 взрослых больных обоего пола, санация лобной пазухи у которых проводилась методом трепанации и разработанной нами щадящей эндоскопической фронтотомии (основная подгруппа). В подгруппе сравнения было 6 больных, лечившихся по стан-

дартной методике. У всех 50 больных этой группы было обнаружено искривление перегородки носа. Всем 44 больным основной подгруппы с различными формами риногенных орбитальных осложнений была выполнена трепанация лобной пазухи. После проведенного лечения у 36 больных воспаление в лобной пазухе стихло. У 8 больных проходимость соустья не восстановилась, и им была выполнена щадящая фронтотомия с эндоскопическим восстановлением проходимости соустья лобной пазухи.

В результате указанной санации были полностью купированы реактивный отек века у 6 больных и абсцесс века у 4 больных. У 25 больных с абсцессом века и у 9 больных с флегмоной века гнойники были вскрыты по разработанной нами щадящей методике, после чего с помощью ригидного эндоскопа восстановлена функция естественного соустья с максимальным сохранением целостности слизистой оболочки. У 4 больных с помощью ригидного эндоскопа посредством П-образного разреза слизистой оболочки и костной основы вскрывалось ретробульбарное пространство орбиты, вследствие чего снижался отек клетчатки, и признаки абсцесса верхнего века шли на убыль. В этих случаях дренированное ретробульбарное пространство орбиты значительно облегчило вскрытие флегмоны верхнего века. Срок лечения отека век в подгруппе сравнения был в 1,5 раза больше.

Анализ результатов операций при риногенных орбитальных осложнениях у взрослых больных показал высокую эффективность эндоскопического дренирования ретробульбарного пространства орбиты и щадящей эндоскопической фронтотомии с хорошим функциональным и косметическим эффектом.

ВЫВОДЫ

Усовершенствованный метод щадящего комбинированного вмешательства на лобной пазухе при риногенных орбитальных осложнениях с использованием эндоскопической оптики и инструментария позволяет сохранить дренажную функцию лобно-носового соустья этой пазухи и добиться выздоровления.

Эндоскопический доступ в ретробульбарное пространство с пластикой боковой стенки носа, впервые разработанный нами, эффективно дренирует последнее с минимальной травмой слизистой оболочки и костных структур.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киселёв А.С. О классификации риногенных зрительных осложнений // Рос. ринол. — 2007. — № 2. — С. 41 — 42.
2. Козлов В.С. Современная хирургия носа и околоносовых пазух с применением оптических систем // Вестн. оториноларингол. — 2006. — № 5, Прил. — С. 31 — 32.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. — М.: ООО Коллекция «Совершенно секретно», 2003. — 203 с.
4. Цветков Э.А., Савин А.Н., Ускова С.Г., Мрочко И.В. Наш опыт в лечении орбитальных синусогенных осложнений // Рос. оториноларингол. — 2007. — № 6. — С. 165 — 170.
5. Thawley S. Transfrontal management of frontal diseases // Am. J. Rhinol. — 1998. — Vol. 9, N 4. — P. 307 — 311.
6. Wormald P. Surgery of the frontal sinus // Rhinology. — 2005. — Vol. 43, N 2. — P. 82 — 85.

Сведения об авторе

Морохоев Валентин Иринчеевич — к.м.н., зав. отделением Братской городской клинической больницы № 1 (665717, г. Братск ул. Янгеля, д. 16; тел.: 8 (823) 41-30-98).