

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРИНЦИПЫ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ

А.В. Староха, А.В. Давыдов, М.В. Шилов

*Кафедра оториноларингологии Сибирского государственного
медицинского университета, г. Томск*

В настоящее время невозможно представить точную диагностику и патогенетически верное лечение патологии носа и околоносовых пазух без использования оптической эндоскопии и компьютерной томографии. Эти методы по праву называются золотыми стандартами в мировой ринологии (Лопатин А.С. с соавт., 1998; Stammberger H. et al., 1998).

Современная эндоскопическая ринохирургия - очень молодая специальность. Основателем этого направления является проф. Мессерклингер (Австрия, г. Грац), который на основе эндоскопических исследований полости носа доказал, что большинство заболеваний околоносовых пазух имеют риногенную этиологию (Messerklinger W., 1978).

Концепция эндоскопической ринохирургии базируется на следующем постулате: в большинстве случаев патологические изменения происходят не в самих пазухах, а в местах их сообщения с полостью носа - так называемых ключевых зонах (Messerklinger W., 1978; Stammberger H., 1986). Ключевыми зонами (рис. 1) являются структуры остиомеатального комплекса: крючковидный отросток (1), передний отдел средней носовой раковины (2), решетчатая булла (3), клетки *aggr nasi*, прилежащие участки носовой перегородки (4). Эти анатомические образования могут блокировать естественные соустья околоносовых пазух, затрудняя их вентиляцию и дренирование. Совершенно логичным является вывод о том, что опера-

тивное лечение, которое ранее было направлено на сами пазухи, сегодня должно быть нацелено на восстановление дренажной и вентиляционной функции соустьев околоносовых пазух.

Динамика взглядов ринохирургов на проблему лечения гайморита является в этом плане наглядным примером. Прижизненная эндоскопия верхнечелюстной пазухи позволила с достоверностью ответить на вопрос: почему происходят рецидивы гайморита даже после радикальной гайморотомии по Калдвелл-Люку? Оказалось, что движение ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки пазухи всегда направлено в сторону соустья - в средний носовой ход (рис.1) (Stammberger H., 1986). Компьютерная томограмма наглядно демонстрирует гиперплазию, скопление секрета у естественного соустья пазухи, несмотря на наличие огромных искусственных отверстий в нижнем носовом ходе (рис.2).

К блокированию естественных путей сообщения пазух с полостью носа могут привести различные варианты деформации носовой перегородки, которая может изменить аэродинамику в полости носа либо чисто механически заблокировать средний носовой ход. Следующие наиболее часто встречающиеся состояния - это гиперпневматизированная, парадоксально изогнутая средняя носовая раковина, патологическое строение крючковидного отростка, увеличенная передняя клетка решетчатого лабиринта. Без применения эндоскопов и компь-

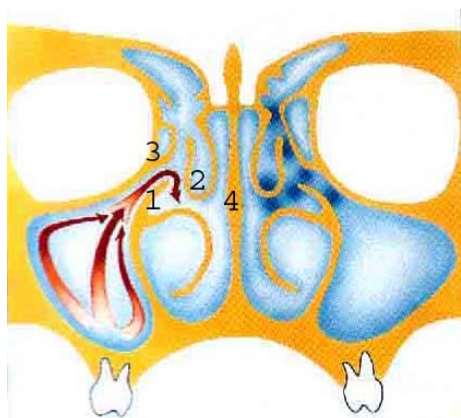


Рис. 1. Структуры остиомеатального комплекса

ютерной томографии данные особенности внутриносовой анатомии практически невозможно диагностировать.

В результате выраженного отека в полости носа слизистая оболочка двух противолежащих поверхностей соприкасается. Возникает остановка мерцания ресничек эпителиального покрова, нарушается мукоцилиарный транспорт слизи. Такая ситуация может длительное время существовать бессимптомно, но при определенных условиях наступает полный блок соустьев, задержка секрета в пазухе, активация условно патогенной микрофлоры, экссудативное воспаление, которое позже переходит в гнойное. На данном этапе необходимо вмешательство ринохирурга.

Хирургия решетчатого лабиринта играет ключевую роль в лечении внутриносовой патологии, поскольку лобная и верхнечелюстная пазухи сообщаются с полостью носа через решетчатый лабиринт (Stammberger H., 1986). В хирургии верхнечелюстной пазухи существуют два подхода для лечения различных патологических состояний. Тонким троакаром возможна пункция передней стенки пазухи в области fossa canina, либо пазуха может быть открыта через средний носовой ход. Используя методику первого варианта, очень удобно и прогнозируемо производить удаление кист, инородных и грибковых тел пазухи. Вторым вариантом позволяет щадяще лечить экссудативное и гиперпластическое воспаление пазухи путем расшире-

ния естественного соустья. Комбинированный подход используется для лечения, к примеру, антрохоанальных полипов (Лопатин А.С. с соавт., 1998).

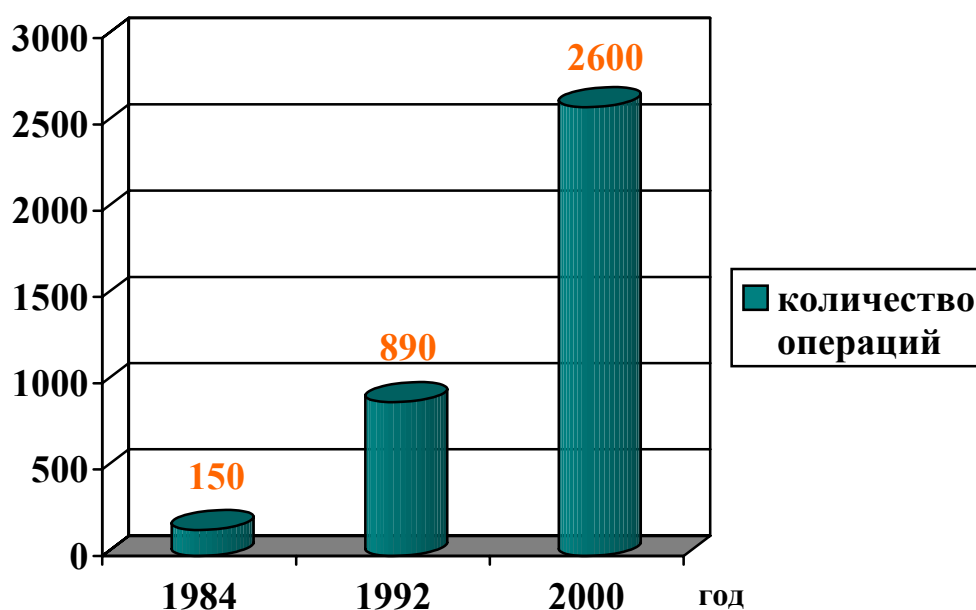
Этапы эндоназального вмешательства на лобной пазухе включают в себя удаление крючковидного отростка, вскрытие клеток *aggen nasi*, расширение лобно-носового канала. Таким образом происходит лечение острого и хронического экссудативного фронтита, мукоцеле лобной пазухи. Мелкие остеомы базальных отделов пазухи также поддаются эндоскопическому методу лечения «без разрезов».

Улучшение диагностики путем широкого применения компьютерной томографии привело к резкому росту выявляемое™ заболеваний клиновидных пазух. К этим воздухоносным ячейкам, глубоко расположенным в основании черепа, возможно подойти двумя путями: через верхний носовой ход либо трансэтмоидально - путем последовательного вскрытия клеток решетчатого лабиринта (Староха А.В. с соавт., 1988). Экссудативные сфеноидиты, кисты, полипы, грибковые тела клиновидной пазухи могут быть причиной многолетних головных болей, по поводу которых пациенты долго и безрезультатно лечатся у невропатологов и терапевтов (Stammberger H. et al., 1998).

В лечении опухолей полости носа и околоносовых пазух эндоскопическая хирургия также имеет определенное значение. Взятие биопсии из опухолевой ткани под контролем опти-

Осложнения эндоскопической ринопластики

1. Повреждение черепных ямок	Риноликворея Менингит Травма внутренней сонной артерии
2. Повреждение глазницы	Гематома Эмфизема Травма зрительного нерва - слепота
3. Внутриносовые осложнения	Кровотечение, требующее длительной тампонады Спаyki Травма слезно-носового канала Парестезии



ки намного облегчает процесс диагностики. Итак, оптико-эндоскопическое эндоназальное удаление опухолей с последующим послеоперационным контролем можно с уверенностью отнести к органосохраняющим операциям, получившим широкое распространение на настоящем этапе развития онкологической службы. Внутриносовая хирургия издавна считалась одним из самых сложных разделов оперативных, вмешательств. Расположение полости носа между глазницами, черепными ямками, основанием черепа диктует необходимость безуп-

рочного знания анатомии и полного трехмерного ориентирования в полости носа. Спектр осложнений эндоскопической ринопластики отражен в таблице.

Только детальное знание анатомии и возможных вариантов строения внутриносовых структур, тщательный предоперационный анализ компьютерных томограмм, знание вышеперечисленных осложнений и методов борьбы с ними позволят уверенно и прогнозируемо выполнять эндоскопические вмешательства в полости носа.

Будущее эндоскопической ринопластики уже стало реальным. Использование микро-бритв (шейверов) позволяет сделать щадящие операции еще более щадящими. Использование навигационной хирургии позволяет во время операции с точностью до миллиметра контролировать положение рабочего инструмента в полости носа в трех проекциях компьютерной реконструкции.

Опτικο-эндоскопическая ринопластика активно внедряется во всех оториноларингологических стационарах мира, постепенно замещая старые, менее физиологичные методы оперирования в полости носа. В России первые сообщения, посвященные эндоскопической хи-

рургии околоносовых пазух, сделаны томскими ринопластами в 1984 г. (Кусков В.В. с соавт., 1984). Рис. 3 показывает количество выполненных оптико-эндоскопических внутриносовых операций в ЛОР-клинике г.Томска.

Подводя итоги, необходимо отметить, что использование методики оптико-эндоскопической эндоназальной хирургии уже на раннем этапе позволяет выявить патологию полости носа, выполнить щадящую коррекцию внутриносовых структур, предупредить ненужные радикальные вмешательства, а в некоторых случаях вообще ограничиться применением только медикаментозной терапии.