

**УДК: 616.216:611.846.4:616:616-072.1:616.089**

***Абдумуталипов Улугбек Шухрат угли.,***

***Рахимов Солижон Комилжонович***

***Кафедра оториноларингологии***

***Андижанский государственный медицинский институт***

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

***Аннотация:*** В данной работе проведена оценка современных методов хирургического лечения пациентов с патологией слезоотводящей системы и сопутствующей патологии со стороны полости носа и околоносовых пазух. Проанализированы малоинвазивные методики хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Сформулированы критерии выбора проведения эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии с одномоментной коррекцией патологии со стороны полости носа и околоносовых пазух. Проведена сравнительная оценка мультидисциплинарного подхода к пациентам с данной патологией на этапах предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Проведен сравнительный анализ особенностей послеоперационного периода и отдаленных результатов хирургического лечения после проведения трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии, эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии с пролонгированным стентированием слезоотводящих путей, с одномоментной коррекцией ринопатологии и реканализацией слезоотводящих путей.

***Ключевые слова:*** дакриоцистит, эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия, реканализация слезоотводящих путей, патология полости носа и околоносовых пазух, симультанная хирургия.

***Abdumutalipov Ulugbek Shukhrat ugli.,***

***Rakhimov Solizhon Komilzhonovich***

***Department of Otorhinolaryngology***

## **ENDOSCOPIC SURGERY OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES**

**Abstract:** In this paper, an assessment of modern methods of surgical treatment of patients with pathology of the lacrimal drainage system and concomitant pathology from the nasal cavity and paranasal sinuses was carried out. Minimally invasive methods of surgical treatment of patients with this pathology are analyzed.

The criteria for the choice of endonasal endoscopic dacryocystorinostomy with simultaneous correction of pathology from the nasal cavity and paranasal sinuses are formulated. A comparative assessment of the multidisciplinary approach to patients with this pathology at the stages of preoperative preparation and postoperative management was carried out.

A comparative analysis of the features of the postoperative period and the long-term results of surgical treatment after transcanalicular laser dacryocystorinostomy, endonasal endoscopic dacryocystorinostomy with prolonged stenting of the lacrimal tracts, with simultaneous correction of rhinopathy and recanalization of the lacrimal tracts was carried out.

**Key words:** dacryocystitis, endonasal endoscopic dacryocystorinostomy, recanalization of the lacrimal tract, pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses, simultaneous surgery.

**Актуальность.** Актуальность изучения проблемы обусловлена еще и тем, что рост числа риносинуситов сопровождается увеличением заболеваемости бронхитами и бронхиальной астмой, и эту тенденцию не удастся нарушить[2,9]. Развитие новых технологий и методов исследования функций слизистой оболочки носа и околоносовых пазух позволяет иначе подойти к вопросу лечения данной патологии. Многофакторная этиология заболевания, разнообразные клинические проявления хронического синусита обуславливают обилие применяемых хирургических методов лечения[6,11].

Так как основная причина развития хронического воспаления - анатомическая, то встал вопрос о коррекции внутриносовой патологии либо до синус-хирургии, либо после нее. В.Т. Операции на околоносовых пазухах выполнять в один этап с реконструкцией перегородки и раковин. Данная концепция является более предпочтительной, поскольку при этом происходит не только восстановление физиологических путей транспорта секрета, но так же и анатомии, близкой к нормальной[1,4,8].

Эндоскопическая риносинусохирургия (ЭРСХ) - широко применяемый метод лечения заболеваний носа и околоносовых пазух не только в зарубежных странах, но и в Казахстане. ЭРСХ дает возможность атравматично и щадяще вскрывать все пораженные околоносовые пазухи, удалять из них измененную слизистую оболочку, одновременно восстанавливая условия для адекватного дренажа и аэрации.

Выздоровление пациента зависит как от качества выполненного оперативного вмешательства, так и от ведения послеоперационного периода. Поэтому основной задачей после операции является восстановление слизистой оболочки и ее функций. До недавнего времени контролировалась в основном дыхательная функция.

Эндоскопическая риносинусохирургия достаточно широко применяемый метод лечения заболеваний носа и околоносовых пазух.

Но несмотря на такое положение предложенный метод диагностики и лечения вызывает разноречивое обсуждение, так как продолжается полемика о необходимости применения методов функциональной хирургии. Развитие микроскопической и эндоскопической ринохирургии не внесло ясности в вопрос об оптимальном объеме хирургического вмешательства при синуситах[3,5,7].

Так, в США наиболее популярны минимально инвазивные «функциональные» вмешательства[2,8,10], а во Франции придерживаются методов радикальной сфеноэтмоидэктомии с фенестрацией верхнечелюстных пазух и удалением средних носовых раковин. Сторонники

«радикальных» методов хирургических вмешательств дискутируют с приверженцами эндоскопических функциональных методов лечения о необходимости распространения и показаниях к применению данного метода лечения.

В случае отсутствия патологических изменений не производили расширения естественного соустья даже если его диаметр составлял 1 мм. При наличии дополнительного соустья рассекали перемычку между отверстиями серповидным скальпелем, а остатки слизистой оболочки удаляли при помощи микродебридера[4,6,9].

При невозможности элиминации патологического субстрата через естественное соустье применяли экстраназальный метод - микрогайморотомию. В области fossa canina троакары вводились в полость пазухи по линии между 4 и 5 зубами на глубину 3-4 мм. Далее стилет извлекался, а через воронку производился осмотр всех отделов синуса. Верифицированный патологический субстрат удалялся при помощи микродебридера или щипцов Блексли, после чего воронку троакара удаляли. Техника операции в области лобной пазухи осуществлялась по модифицированному нами методу W.Draf у .

После предварительно выполненной этмоидотомии, режущим бором производили удаление кости зоны agger nasi по направлению к лобной пазухе и латерально до обнажения слезного мешка. Далее в области лобного отростка верхней челюсти кверху и латерально до обнажения бумажной пластинки и передних решетчатых клеток, подлежащих к лобно-носовому карману. После чего производили идентификацию соустья зондом[1,3,5].

В идентифицированное соустье вводился алмазный бор и осуществлялось его расширение по направлению кпереди, латерально и медиально до 2 мм в диаметре. Заднюю стенку соустья оставляли интактной. Далее эндоскопом 30° осуществляется осмотр сформированного соустья и полости синуса, аспирировался патологический субстрат, пазуха промывалась раствором антисептика и на этом операция заканчивалась.

**Цель исследования.** Улучшить лечение различных заболеваний полости носа, в том числе эндоскопической хирургии.

**Материалы и методы исследования.** Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 65 пациентов с различными заболеваниями полости носа и лечили их с помощью эндоскопической хирургии.

**Результаты исследования.** В своей работе мы применяли два доступа к клиновидной пазухе. Первый, доступ через сфеноэтмоидальный карман, использовали у 2 (1,4%) при изолированном поражении клиновидной пазухи. Второй доступ, трансэтмоидальный, применили у 1 (0,7%) ребенка при хроническом гнойном пансинусите, где санация клиновидной пазухи была этапом оперативного лечения. Техника трансэтмоидальной сфенотомии заключалась в следующем.

После выполненной передней и задней этмоидэктомии визуализировали переднюю стенку клиновидной пазухи и проводили идентификацию соустья со стороны сфеноэтмоидального кармана. В случае невозможности визуальной идентификации соустья переднюю стенку максимально ниже и медиальнее перфорировали микродебридером, которым осуществляли обработку краев сформированного соустья и ревизию полости синуса с одновременным удалением патологически измененных тканей. Далее производили объединение соустьев задних решетчатых клеток и клиновидной пазухи. При доступе через сфеноэтмоидальный карман производили латеральную конхопексию и идентифицировали соустье пазухи.

В случае блока сфеноэтмоидального кармана аденоидными вегетациями их удаление выполнялось при помощи фрезы микродебридера. Далее поступали идентично трансэтмоидальной технике. Предоперационная подготовка больных включает обязательное проведение компьютерной томографии околоносовых пазух и эндоскопический осмотр полости носа. Данные методы исследования необходимы не только для диагностики, но и для хорошей ориентации хирурга при проведении операции. Часто

хронический синусит развивается также по причине наличия анатомических изменений в структурах носа: искривление носовой перегородки, гипертрофия средней или нижней носовых раковин.

В связи с этим, чтобы достичь лучшего эффекта от операции на околоносовых пазухах, проводится одномоментная коррекция перегородки носа (септопластика) и носовых раковинах.

Во время этой операции ринопластик может провести коррекцию перегородки носа, деструкцию нижних носовых раковин или частичную резекцию средней носовой раковины. Любая операция на полости носа, даже эндоскопическая, приводит хотя бы к минимальным носовым кровотечениям из-за развитой сети кровеносных сосудов и хорошего кровоснабжения этой области.

Для остановки такого послеоперационного кровотечения применяется передняя тампонада эластическими тампонами. Пациенты хорошо переносят такую тампонаду, ее можно легко и болезненно удалить из полости носа уже на следующий день после операции.

В послеоперационном периоде важным является уход за полостью носа, когда удаляются сгустки и корки, а также осуществляется эндоскопический контроль за расширенными соустьями пазух. Врач также назначает противовоспалительные и антибактериальные препараты. Это позволяет предотвратить спаечный процесс и способствует лучшему заживлению слизистой в прооперированной области.

**Вывод.** Таким образом, использование методики FESS позволяет максимально сохранить анатомию полости носа и его синусов и восстановить нормальное носовое дыхание.

Эндоскопические операции легче переносятся пациентами, позволяют выписывать пациента из стационара значительно раньше, чем при использовании классических техник ринопластики. После оперативного вмешательства восстановительный период занимает один месяц.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1 Вишняков В.В. Возможности медикаментозного и хирургического лечения полипозного риносинусита // Российская ринология. - 2005. - №2. - С. 88.

2 Гаврилова И.С., Попов В.В. Современные методы эндоназального эндоскопического лечения полипозных гайморитов // Там же. - С.89.

3 Козлов В.С., Шиленкова В.В., Шиленков А.А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. - 2003. - Т.5. - №4. - С.12-217.

4 Колесникова И.Г. [и др.] /Полипозный риносинусит. Современный взгляд на лечение. Диалог хирурга и терапевта / Российская ринология. - 2005. - №2. - С.92-93.

5 Лопатин А.С., Нефедов В.С. Возможности эндоназальной хирургии в лечении кист верхнечелюстных пазух // Российская ринология. - 2001. - №2. - С.120-121.

6 Магомедов М.М. Эндоскопическая эндоназальная микрохирургия в практике оториноларинголога // Вест. оторинолар. - 2006. - №5. - С.53-55.

7 Миракян Р.Г., Пискунов Г.З. Наш опыт применения схемы дифференциального подхода в лечении полипозного риносинусита // Российская ринология. - 2005. - №2. - С.94-95.

8 Рымша М.А., Подволоцкая И.В., Шоларь М.А. Наш опыт ведения больных с обострением хронических синуситов, перенесших функциональные эндоскопические эндоназальные операции на околоносовых пазухах // материалы XVII съезда оториноларингологов России. - Нижний Новгород: 2006. - С. 335.

9 Сватко Л.Г., Покровская Е.М., Рафаилов В.В. Внедрение методов малоинвазивной хирургии в условиях стационарзамещающих технологий // Российская оториноларингология. - Приложение. - 2007. - С.426-428.

10 Pradhan B., Thapa N. Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS) // JNMA J. Nepal Med. Assoc. - 2006. - №45. - P.337-341.

11 Цурикова Т.В., Третьякова Н.М. Эндоскопические микрооперации у при патологии носа и околоносовых пазух // Современные методы

диагностики и лечения в оториноларингологии: материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока. – Благовещенск: 2008. - С. 99-100.