

Инструмент доступа в верхнечелюстную пазуху для формирования временной антростомы

*Красножен В.Н., Гарскова Ю.А.
Г. Казань.*

Верхнечелюстная антростома означает хирургическую операцию по созданию искусственного отверстия для осуществления санации. Ранее было показано, что оксид азота активно высвобождающийся из слизистой пазухи в количестве, достаточном для достижения бактериостатического, антимикотического, уничтожающего биопленки, стимулирующего мукоцилиарный транспорт и иных эффектов, легко вымывается из пазухи при размере антростомы более 20 кв.мм. Искусственное отверстие большего размера приводит к избыточной вентиляции пазухи воздухом и, в последующем, заселению микрофлорой, характерной для хронического процесса, нарушению функции слизистой оболочки и персистирующему течению заболевания.

Цель исследования: достижение полной санации верхнечелюстной пазухи путем создания инструмента доступа и формирования лоскута для пластического закрытия временной антростомы.

Материал и методы: Исследование возможностей инструмента доступа в верхнечелюстную пазуху (в.ч.п.) проведено на 10 кадаверах (20 в.ч.п.). Использовали прямой и угловые эндоскопы диаметром 4 мм и 2,7 мм; троакар для обеспечения доступа в в.ч.п. через клыковую ямку; специально разработанный инструмент доступа, отличительной конструктивной особенностью, которого, является наличие острых браншей, позволяющих сделать сквозной разрез; с помощью камеры Canon Power Shot проводили фото- и видео-регистрацию сквозного разреза и пластического закрытия временной антростомы.

Методика: Эндоскопию в.ч.п. осуществляли посредством троакара; фиксировались особенности строения в.ч.п. – воронки, крючковидного отростка, естественного соустья, медиальной стенки и др. Эндоназально вводили разработанный инструмент в средний носовой ход для сквозного разреза «сзади-вперед-вверх» в пределах задней фонтанеллы. При разведении краев разреза открывался достаточный обзор в.ч.п. В нижнем носовом ходе выполняли аналогичное действие, при этом окончание разреза находилось на расстоянии примерно 8 мм от места прикрепления переднего края нижней носовой

раковины и кверху, не повреждая носослезного протока, а также выше дна носа на 5 мм. Лоскут отселяли внутрь пазухи или в полость носа в зависимости от структурных особенностей медиальной стенки пазухи. По завершении процедуры доступа лоскут укладывали на прежнее место, сохраняя слизистую оболочку и подлежащую кость. Сформированные доступы использовали для введения прямых, изогнутых, гнувшихся, гибких инструментов, прямых и изогнутых шейверных насадок диаметром 4 мм, 3 мм что позволяло достигнуть все отделы в.ч.п. под контролем оптики. Материал в области разрезов подвергся гистологическому исследованию на предмет микротравм.

Выводы.

1. Проведенные исследования на кадаверах показали эффективность инструмента доступа в в.ч.п. с возможностью достигнуть все области, закрытия временной антростомы лоскутом из подлежащих тканей, минимальной травмы в области разреза, что подтверждено фото- и видео-регистрацией, морфологическими исследованиями.

2. Эффективность инструмента доступа, показанная на кадаверах, инициирует клинические исследования у пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи риногенного происхождения.

3. Для пациентов будет рассматриваться только эндоназальный доступ, в том числе «двухпутный», ввиду известных осложнений при вмешательстве через переднюю стенку пазухи.

Применение коблации на этапах дакриоцисториностомии

*Красножен В.Н., Школьник С.Ф., Кузьмин Ю.В.
Г. Казань.*

В последние годы эндоназальному методу лечения хронического дакриоцистита отдается предпочтение, что обусловлено рядом известных преимуществ перед наружным доступом. В то же время, закрытие послеоперационной риностомы характерно как для наружного, так и для эндоназального доступа при выполнении дакриоцисториностомии (ДЦР).

Цель работы: улучшение результатов эндоназальной шейверной эндоскопической дакриоцисториностомии с применением коблации (КЭШДЦР).

Материал и методы: В период с 2013 по 2015 год в клинике оториноларингологии

«КОРЛ» Казанской медицинской академии сделано 16 односторонних ДЦР пациентам, страдавшим эпифорой в связи с непроходимостью слезных путей и рецидивирующим дакриоциститом, в возрасте 20 – 71 год. Женщин было 14 пациентов, мужчин 2. Диагноз «непроходимости носослезного протока» был подтвержден рядом объективных методов обследования.

Для хирургической коррекции слезоотводящих путей было использовано современное оборудование – эндоскопы, иллюминатор, шейверная система и бор – машина (Karl Storz), насадкой «резак-отсос», «бор»-насадки и др; щипцы, «режущие насквозь» (Elmed); радиоволновой хирургический прибор «Сургитрон DF» (частота 4,0 МГц) и тонкий электродом Vari-Tip (Ellman International, Inc.), холодноплазменный, биполярный аппарат Coblator II и электрод EIC 7070-01; новая эндоскопическая дакриологическая система (дакриоскоп d<1 mm) для трансканаликулярной визуализации слезоотводящей системы фирмы «Machida».

Особенностями оперативного вмешательства на слезном мешке являлись — использование дакриоскопа для выявления уровня обструкции слезных путей; иллюминатора для эндоназальной идентификации слезного мешка; радиоволнового электрода для удаления слизистой оболочки носа в проекции слезного мешка; шейверной системы, обеспечивающей адекватный доступ к слезному мешку; формирование окна в области медиальной стенки кости слезной ямки, включая фронтальный верхнечелюстной отросток размером не менее 12x5 мм; абляция медиальной стенки слезного мешка с формированием цистостомы размером, которое соответствует костному окну.

Далее, в раннем и позднем послеоперационном периоде проводилась активная терапия – антибактериальная (рег ос, в виде глазных капель, спреев для слизистой полости носа), увлажняющая слизистую оболочку, промывание слезных путей, полное объемное промывание полости носа, ингаляции муколитиков и антибиотиков небулайзером. Послеоперационное лечение продолжалось до полного ранаоживления.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде восстановлена проходимость слезных путей у всех пациентов. Предоперационная эпифора устранилась, а проходимость слезоотводящих путей подтвердилась ирригацией слезного мешка через 2, 4 и 6 мес. после операции, что расценивалось как успешный исход вмешательства.

Выводы.

1. Формированию стойкой риностомы, очевидно, способствуют:

2. соответствие размера костного окна размеру цистостомы;
3. малотравматичное формирование цистостомы электродом EIC 7070-01 холодноплазменным, биполярным аппаратом Coblator II с акцентом на его нижнезадние участки;
4. идентификация уровня обструкции слезных путей с помощью дакриоскопа;
5. четкие показания для КЭШДЦР;
6. адекватная терапия в послеоперационном периоде, направленная на реабилитацию слизистой полости носа и слезных путей.

Особенности клиники риносинусогенных внутричерепных осложнений

Кривопалов А.А.¹, Щербук Ю.А.², Артюшкин С.А.³, Тузиков Н.А.⁴, Демиденко А.Н.⁵, Пискунов В.С.⁶, Вахрушев С.Г.⁷,

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России.

²ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет».

³ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России.

⁴ГБУЗ «Городская поликлиника №32», г. Санкт-Петербург.

⁵ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

⁶ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России.

⁷ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России.

Риносинусогенные внутричерепные осложнения (ВЧО) являются одной из актуальных проблем современной оториноларингологии. Несмотря на развитие и успехи медицинской науки, внедрение в практику инновационных методов хирургического лечения, а также появление на рынке новых антимикробных препаратов, распространенность ВЧО среди оториноларингологических больных не имеет тенденции к снижению.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей клинического течения риносинусогенных ВЧО на современном этапе.

Материал и методы: Проведен анализ 83 клинических случаев лечения взрослых пациентов, у которых были диагностированы риносинусогенные ВЧО. В исследование были включены пациенты, поступившие на лечение в сле-