

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии, в частности к хирургическому лечению заболеваний лобных пазух.

Одним из основных условий быстрого разрешения воспалительного процесса в лобной пазухе является восстановление функции лобно-носового сообщения.

Известен способ радикальной операции пазухи с целью элиминации патологического содержимого и формирования искусственного лобно-носового канала, обеспечивающего отток из пазухи и вентиляцию ее [Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. - М.: Медицина, 1976. - С. 95]. Существенными признаками этого способа являются следующие: вскрытие лобной пазухи; формирование широкого соустья с полостью носа; удаление патологически измененных тканей из лобной пазухи и верхнего отдела решетчатой кости; введение трубки через полость носа в пазуху для формирования лобно-носового канала; периодическое промывание пазухи через дренажную трубку.

Общими существенными признаками аналога и заявляемого способа являются следующие: вскрытие лобной пазухи; удаление патологически измененных тканей; промывание пазухи.

Недостатками известного способа являются: значительная травматичность, особенно на этапе создания искусственного соустья, возникновение рубцового сужения или зарощение вновь созданного сообщения пазухи с полостью носа, что ухудшает условия дренирования пазухи, ведет к скоплению экссудата и возникновению рецидива процесса.

Наиболее близким по технической сущности и достигаемому результату к заявляемому является способ восстановления проходимости естественного лобно-носового канала, заключающийся в

- ограниченном вскрытии лобной пазухи;
- удалении патологического содержимого;
- шунтировании;
- последовательном промывании пазухи;

- медикаментозной терапии [Березнев А.В., Верхогляд Ю.Г. Фронтотомия с восстановлением функции естественного лобно-носового канала // Вестн. оториноларингологии. - 1976. - №1. - С. 69-72].

К недостаткам прототипа следует отнести невозможность полноценного в функциональном отношении восстановления просвета лобно-носового соустья только методом последовательных промываний его и пазухи, и медикаментозного воздействия при резком рубцовом сужении или зарощении последнего, ограниченность применения данного способа операции и возможность рецидива заболевания.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа восстановления проходимости лобно-носового канала путем введения дополнительных этапов операции, что позволит расширить показания к щадящим вариантам наружного хирургического лечения заболеваний лобных пазух, предотвратить возможность рецидивов процесса в оперированной пазухе и повысить клиническую эффективность лечения.

Поставленная задача решается тем, что в способе, включающем щадящее (ограниченное) вскрытие лобной пазухи, удаление патологического содержимого, шунтирование, промывания и медикаментозную терапию, новым является то, что восстановление проходимости лобно-носового канала в случаях его несостоятельности осуществляется путем его зондирования через оперируемую пазуху и последующей интубацией канала на весь период лечения.

Причинно-следственная связь между совокупностью заявляемых признаков и достигаемым результатом заключается в следующем. Проходимость сообщения лобной пазухи с полостью носа при атрезии его восстанавливается путем зондирования канала пуговчатым зондом через оперируемую пазуху, что обеспечивает возможность введения в просвет канала дренажа-дилататора, который расширяет последний, способствует эпителизации и формированию полноценного в функциональном отношении сообщения пазухи с полостью носа, повышает клинический эффект лечения.

Способ осуществляют следующим образом. Перед операцией производится рентгенография (фас и профиль) для определения толщины и формы стенок, соотношения пазухи с соседними образованиями. Операция выполняется под местной анестезией в положении больного лежа на спине.

Вкол иглы производится у внутреннего края брови, затем осуществляется разрез кожи и подлежащих тканей до кости, начиная от медиального края брови длиной 1-1,5 см. Отсепаровываются мягкие ткани с надкостницей над передней стенкой лобной пазухи. С помощью трепана или желобоватого долота создается отверстие в передней стенке синуса (ближе к устью лобно-носового канала) диаметром 0,5 мм.

После уточнения характера воспалительного процесса, удаления патологического содержимого и промывания пазухи, определяется проходимость лобно-носового сообщения. В случае отсутствия проходимости трепанационное отверстие расширяется до 1 см, преимущественно в сторону устья лобно-носового канала, и производится ревизия полости и области устья канала. При обнаружении грануляций, полипозных образований последние удаляются (отношение к слизистой оболочке пазухи при этом должно быть бережным). Затем производится зондирование естественного канала, для выполнения которого используется пуговчатый зонд - "разведчик", изготовленный из гибкой, но упругой стальной проволоки длиной 13 см, диаметром 0,6 мм. Рабочий конец имеет изначальную кривизну радиусом 35 мм. Периферический конец снабжен рукояткой. Зондирование осуществляется после предварительной аппликационной анестезии слизистой оболочки пазухи в области устья канала 2% раствором дикаина. Зонд-"разведчик" вводится в устье канала и легким надавливанием под контролем передней риноскопии продвигается сверху вниз, несколько кнутри и кпереди в полость носа, при этом уточняется его направление, протяженность. Благодаря гибкости зонда, он, само моделируясь, свободно "выбирает" себе путь по ходу лобно-носового сообщения. При наличии рубцового сужения или атрезии соустья (обычно на ограниченном участке в области одного из устьев) давление на зонд усиливается, и он, преодолевая препятствия, проникает в полость носа. При этом отмечается ощущение "проваливания".

Следующим этапом производится расширение просвета канала и интубация его с помощью зонда-дилататора. Зонд состоит из мандрена-проводника, изготовленного из легко моделируемого металла диаметром 1мм и надетого на него отрезка катетера для вены с рентгеноконтрастной линией диаметром до 2

мм, длиной 10-12 см. Стенки катетера по всей длине предварительно перфорируются.

Рабочему концу зонда придается необходимый для данного больного радиус изгиба и осуществляется интубация лобно-носового сообщения (путем введения в канал по вышеописанной методике). Затем после пробного промывания, извлекается мандрен-проводник. Дренаж-дилататор остается в канале на весь период лечения, при этом передний конец его выступает на 0,7-10мм в полость носа в области передних отделов среднего носового хода, задний - на 10-15мм из трепанационного отверстия в передней стенке лобной пазухи. С этого момента катетер выполняет роль дренажа-дилататора. Заканчивается операция введением в трепанационное отверстие шунта рядом с дренажем-дилататором, наложением швов на кожный разрез и фиксацией этой же нитью шунта и дренажа-дилататора в заданном положении.

В послеоперационном периоде лобная пазуха промывается растворами антисептиков, вводятся антибиотики, кортикостероиды, протеолитические ферменты и др. Сроки пребывания дренажа-дилататора и шунта зависят от характера патологических изменений в лобных пазухах и динамики исчезновения клинических проявлений заболевания (от 8 до 15 дней). По окончании лечения вначале удаляется дренаж-дилататор, а на следующий день - шунт.

Пример. Больной К., 28 лет, поступил в ЛОР-клинику с диагнозом: обострение правостороннего хронического гнойного фронтита. Двумя месяцами ранее лечился амбулаторно по поводу обострения хронического фронтита. На рентгенограммах обнаружено гомогенное понижение прозрачности в области правой лобной пазухи. В полости носа гноя не обнаружено. На операции произведено ограниченное вскрытие правой лобной пазухи. Пазуха заполнена гноем, слизистая оболочка полипозно изменена. Содержимое удалено с помощью отсоса. Полость промыта физиологическим раствором. С помощью проб установлено отсутствие сообщения пазухи с полостью носа. Трепанационное отверстие расширено до 10мм в сторону устья канала. В области устья обнаружены грануляции и мелкие полипы. С максимальным щажением удалены грануляции и полипы, однако проходимость соустья не восстановлена. Произведено зондирование, введение дренажа-дилататора и шунтирование по предложенному способу.

На следующий день после операции начали промывание пазухи через шунт 15% водным раствором фитолизина и продолжали в течение 9 дней. Перед промыванием пазухи содержимое отсасывали, вводили раствор адреналина с димедролом. После промывания остатки жидкости снова удаляли с помощью отсоса и вводили суспензию гидрокортизона с метронидазолом.

Болевой синдром и температурная реакция исчезли на 3 день после операции, промывная жидкость из пазухи стала чистой после 5 промываний и свободно проникала в полость носа.

Швы сняты на 7 день, дренаж-дилататор удален на 8 день, шунт - на 9 день после операции. Выписан по выздоровлению на 12 день.

Контрольный осмотр проводился через 3 недели, 7 и 11 месяцев. Жалоб не предъявляет, риноскопическая картина нормальная, признаков рецидива процесса нет.

Предлагаемый способ был применен у 9 больных.

Преимуществами предлагаемого способа являются:

- восстановление полноценного в функциональном отношении просвета лобно-носового канала при рубцовом изменении или заращении его;
- расширение показаний к щадящему принципу хирургического лечения заболеваний лобных пазух;
- профилактика рецидивов воспалительного процесса в оперированной пазухе;
- повышение клинической эффективности лечения данной категории больных.

Предложенный способ восстановления проходимости лобно-носового канала может применяться в ЛОР-отделениях и оториноларингологических клиниках.