



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46053 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАНСИНУСИТІВ

1

2

(21) u200905512

(22) 01.06.2009

(24) 10.12.2009

(46) 10.12.2009, Бюл.№ 23, 2009 р.

(72) БОЄНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ

(73) БОЄНКО ДМИТРО СЕРГІЙОВИЧ, ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування пансинуситів, що включає розтин приносових пазух в напрямку з задніх відділів порожнини носа наперед (ззаду наперед), який **відрізняється** тим, що після корекції носової перегородки видаляють лише носові поліпи, що утрудняють візуалізацію клинчато-

гратчастого поглиблення, потім розширюють природне співустя клинчастої пазухи досередини і донизу до розмірів 0,6-0,7 см, зберігаючи при цьому її медіальну стінку, після чого виконують огляд і санацію клинчастої пазухи і видалення (при необхідності) поліпів, що залишилися, із загального носового ходу і задню (поліпо)етмоїдотомію, потім здійснюють видалення поліпів з середнього носового ходу, корекцію середньої носової раковини, передню (поліпо)етмоїдотомію з розширенням співустя гайморової і лобової пазух, а в останню чергу виконують корекцію нижньої носової раковини.

Корисна модель відноситься до оториноларингології і може бути використана при хірургічному ендоскопічному лікуванні захворювань приносових пазух (пансинуситів). Як правило, пацієнти з пансинуситами складають контингент найбільш важких хворих ринологічних центрів. Частіше це захворювання починається з передньої групи приносових пазух (передніх клітин ґратчастого лабіринту, гайморових, лобових), а потім поширюється і на задню групу, залучаючи до процесу найбільш глибоко розташовану (в підставі черепа) клинчасту пазуху (КП), тоді як ізольовані запальні захворювання КП (сфеноїдити), за даними різних авторів, зустрічаються досить рідко, в 6-12% випадків.

Як відомо, найбільш частою причиною риногенних внутрішньочерепних і орбітальних ускладнень є гострі і хронічні сфеноїдити. Проте, зважаючи на важкодоступне розташування клинчастих пазух, діагностика і лікування захворювань цього синуса до теперішнього часу розроблені недостатньо. Хірургічне лікування хронічних сфеноїдитів пов'язане з відомими труднощами, які перш за все обумовлені з зоною розташування пазухи, біля турецького сідла, в безпосередній близькості від гіпофіза. Візуалізація природного співустя КП і її розтин досить складні. Відомі класичні методи оперативних втручань, основним завданням яких була ліквідація запального процесу, зв'язані із

значним руйнуванням внутрішньоносових, а часто і внутрішньопазухових структур [Бистренін В.А., Мельніков В.Ф. Мукоцеле клинчастих пазух // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 1989. - №3. - С.65; Бокштейн Ф.С. Внутрішньоносова хірургія. - М.:Медгиз, 1956. - 231с.]. Оперативне лікування з використанням травматичного класичного методу інколи породжувало різні проблеми у віддаленому періоді.

З розвитком ендоскопічної оптики, завдяки щадному характеру втручання, стало можливим одночасне виконання операцій на всіх приносових пазухах (ПНП) і внутрішньоносових структурах (ВНС). Проте до теперішнього часу не розроблена оптимальна послідовність виконання втручання при таких хронічних випадках, коли процес захоплює від 2-3 і більше пазух і, окрім їх санації, виникає необхідність в корекції ВНС.

Найбільш близьким по технічному виконанню і вирішуваному завданню є вибраний як найближчий аналог, спосіб М.Е. Wigand (1981), основною і принциповою відзнакою якого є оперування ПНП, починаючи із задніх відділів порожнини носа і просуваючись наперед. Згідно за способом - найближчим аналогом [Wigand M.E. Transnasale endoscopische Chirurgie der Nasennebenhöhlen bei chronischer Sinusitis. Die endonasale Sieneinraumung // HNO. - 1981. - Bd.29. - P.287-293], операцію починають з резекції заднього кінця

(13) U  
(11) 46053  
(19) UA

середньої носової раковини, візуалізації передньої стінки КП і її видалення. Після цього пазухи ґратчастої кістки розкривають в напрямі наперед, використовуючи підставу черепа як анатомічний орієнтир.

Основним недоліком способу є його надзвичайна радикальність і нефізіологічність, оскільки для здійснення доступу потрібна резекція задніх відділів навіть здорової середньої носової раковини і видалення більшої частини передньої стінки клинчастої пазухи. Крім того, спосіб-прототип не передбачає можливість виконання корекції ВНС.

Корисна модель вирішує задачу забезпечення максимально щадного одночасного виконання оперативного втручання ендоскопічним способом у хворих з полі- і пансинуситами і змінами ВНС, також коли в процес залучені дві і більше пазух, а також необхідна корекція ВНС.

Поставлене завдання вирішується тим, що при здійсненні розтину ПНП в напрямку з задніх відділів порожнини носа наперед (ззаду наперед), після корекції носової перегородки видаляють лише ті носові поліпи (якщо вони є), які утрудняють візуалізацію клинчасто-ґратчастого поглиблення, а потім розширюють природне співустя КП досередини і донизу до розмірів 0,6-0,7 см, зберігаючи при цьому її медіальну стінку, після чого виконують огляд і санацію КП і, при необхідності, — видалення поліпів, що залишилися, із загального носового ходу і задню (поліпо)етмоїдотомію, потім здійснюють видалення поліпів з середнього носового ходу, виконують корекцію середньої носової раковини, передню (поліпо)етмоїдотомію і розширюють співустя гайморової і лобової пазух, а в останню чергу здійснюють корекцію нижньої носової раковини.

Новизна заявки, що подається, полягає, перш за все, в послідовності дій при виконанні ендоскопічного оперативного втручання, використовуючи принцип "руху" ззаду наперед. Це забезпечує максимально щадне проведення операції по відношенню до структур носа і ПНП, а також зручність, і відповідно, якість роботи хірурга, одержуючого можливість мати максимально можливе "сухе" операційне поле.

Спосіб здійснюють таким чином.

Операцію виконують під ендотрахеальним наркозом або внутрішньовенною нейролептаналгезією з керованою гіпотонією.

Спочатку здійснюють корекцію носової перегородки, для чого виконують напівпроникаючий розріз слизової оболонки носової перегородки в лівій половині носа по перехідній складці і відшаровують підхрястково і піднадкістково лівий листок мукоперихондрія і мукоперіоста аж до задніх відділів (до хоани). Потім в 3-4 мм від його каудального краю розтинають чотирикутний хрящ носової перегородки і підхрястково і піднадкістково відділяють правий листок мукоперихондрія і мукоперіоста носової перегородки. Викривлені ділянки хряща носової перегородки резкують ножицями або ножом Белленжера і витягують конхотомом. Викривлені ділянки кісті збивають долотом і видаляють конхотомом. Перегородка носа, позбавлена хрящової і кісткової основи, стає легко зміщуваною

в сторони, що значно полегшує візуалізацію і ендоскопічний доступ до задніх відділів порожнини носа і клинчасто-ґратчастого поглиблення. За наявності у хворого носових поліпів - їх видаляють в мінімальному об'ємі, лише для досягнення достатньої візуалізації клинчасто-ґратчастого поглиблення.

Після цього під контролем ендориноскопа 0° і 30° зігнутою кістковою ложечкою зондують клинчасто-ґратчасте поглиблення в зоні природного співустя КП. Після «провалювання» ложечки в порожнину синуса співустя розширюють, видаляючи ділянку передньої стінки пазухи досередини і донизу до розмірів, достатніх для введення кісткового (циркулярного) викусувача. Потім викусувачем остаточно розширюють співустя до розмірів 0,6-0,7 см в діаметрі.

Потім в порожнину синуса вводять риноскоп, оглядають пазуху, і приступають до санації синуса. Хірургічним відсмоктувачем евакуюють з пазухи гній або слиз, кров і її згустки, а конхотомом видаляють патологічні утворення (кісти, міцетоми, поліпи).

За наявності поліпів виконують їх видалення із загального і середнього носових ходів, розкривають задні клітини ґратчастого лабіринту і виконують задню (поліпо)етмоїдотомію. Сануючи таким чином задні відділи порожнини носа і задню групу ПНП, за допомогою створеного нами оригінального пристрою здійснюють корекцію середньої носової раковини по оригінальній методиці.

Після цього наперед від гачкоподібного відростка розтинають слизову оболонку зовнішньої стінки порожнини носа і резектують гачкоподібний відросток, розкриваючи таким чином ґратчасту лійку, а потім і передні клітини ґратчастого лабіринту. Зігнутою кістковою ложечкою верифікують максиллярне співустя і розширюють його до заду. Виконують ревізію лобно-носової кишені, а при необхідності - розширення лобно-носового співустя.

На завершальному етапі операції здійснюють корекцію нижньої носової раковини. Для цього за допомогою створеного нами пристрою "підломлюють" і зміщують досередини нижню носову раковину (конхопексія), а потім розрізають слизову оболонку раковини в області її переднього кінця завдовжки до 4-5 мм. Распатором відділяють м'якотканину основу нижньої носової раковини від внутрішньої поверхні кісткової основи, тобто виконують підслизову вазотомію.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворий П., 33 років, поступив в Донецький ринологічний центр 03.04.08 р. із скаргами на утруднення носового дихання. Хворіє понад 10 років, у минулому неодноразово оперований з приводу поліпозу носа (останній раз - близько року тому). Риноскопія: носова перегородка викривлена в хрящовому і кістковому відділах. Слизова оболонка носа набрякла, бліда; у носових ходах - множинні слизові поліпи. Нижні носові раковини гіпертрофовані. Дихання через ніс різко утруднене. На комп'ютерних томограмах виявлено, що ґратчасті, гайморові, клинчасті і ліва лобова пазухи і порожнина носа заповнені м'якотканинним компонентом. Носова перегородка викривлена, нижні носові ра-

ковини гіпертрофовані. Встановлено діагноз: хронічний поліпозний пансинусит, викривлення носової перегородки, хронічний гіпертрофічний риніт.

04.04.08 р. під нейролептаналгезією з керованою гіпотонією здійснена операція. Спочатку виконана корекція носової перегородки, потім з порожнини носа видалені поліпи, перешкоджаючи візуалізації клинчасто-гратчастого поглиблення. Під контролем риноскопів 0° і 30° методом зондування зігнутою кістковою ложечкою виявлено і розширено досередини і донизу до розмірів 0,6х0,7см природне співустя лівої клинчастої пазухи. З синуса аспіровано слиз, видалена ділянка поліпозно зміненої слизової оболонки з нижніх відділів. Із загального носового ходу видалені поліпи. Розкриті задні клітини лівого ґратчастого лабіринту, з них також видалені поліпи. Потім видалені поліпи з лівого середнього носового ходу. З використанням оригінального пристрою по оригінальній методиці здійснена корекція лівої середньої носової раковини. Резектований лівий гачкоподібний відросток, виконана передня (поліпо)етмоїдотомія, до заду розширено природне співустя лівої гайморової пазухи до розмірів 0,8х0,9см. Розкрита ліва носо-лобна кишеня, з неї видалена поліпозно змінена слизова оболонка. Після цього стало досяжним носо-лобне співустя, воно достатньо широке, його не розширювали. У такій же послідовності виконане оперативне втручання на правій половині носа. В останню чергу за допомогою "Інструменту для ендоназальної хірургії" надламані нижні носові раковини, виконані роз-

різи слизової оболонки в області їх передніх кінців завдовжки до 0,5см, распатором відокремлена м'якотканинна основа раковин від внутрішньої поверхні кісткової основи (тобто здійснені двосторонні конхопексія і підслизова вазотомія). Після операційна течія гладка. Виписаний з центру на 7 добу після операції.

При контрольному огляді 06.05.09 р. скарг не пред'являє. При ендориноскопії: слизова оболонка носа рожева, трохи набрякла, волога. Поліпів в порожнині носа немає. Носове дихання вільне.

Таким чином, проведення ендоскопічного хірургічного втручання при хронічних пансинуситах в послідовності, що заявляється нами, дає можливість одночасно виконати до 10-15 операцій у одного хворого: 1) корекція носової перегородки (1 операція), 2) сфеноїдотомія (2 операції), 3) задня (поліпо)етмоїдотомія (2 операції), 4) корекція середньої носової раковини (2 операції), 5) передня (поліпо)етмоїдотомія (2 операції), 6) розширення максиллярного співустя (ендоскопічна гайморотомія - 2 операції), 7) ревізія лобно-носової кишені (2 операції), 8) корекція нижньої носової раковини (двосторонні конхопексія і вазотомія - 2 операції). Можливості одночасного виконання такої кількості втручань сприяє мала інвазивність операцій при використанні ендоскопічної техніки і робота хірурга на "сухому" операційному полі. Позитивний ефект методу полягає також у економічній доцільності і усуненні повторних стресів від хірургічних втручань.