ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ СОГМА

ИНСТИТУТ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЛАДИКАВКАЗСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК



МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ – МЕДИЦИНЕ

МАТЕРИАЛЫ XVII НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

25 мая 2018 года

Владикавказ 2018

Список литературы:

1. Винник Ю.С, Теплякова О.В., Плахотникова А.М. Методы эрадикации возбудителей хирургических инфекций в составе микробных биопленок // Анналы хирургии. – 2014. – №3. – С. 5-12.
2. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Бадыков И.И. Холестеринметаболизирующая активность клинических штаммов Candida albicans // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Боткинские чтения». – 2017. – С. 52-53.
3. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Никулина Е.А., Ожгибесов Г.П., Ларин А.Э., Ларина П.М. Выявление Staphylococcus aureus при изменении микробиоценоза толстой кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 12 (136). – С. 36-38.
4. Игонина Н.А., Журавлева Е.А., Кондрашева Е.А. Уровень холестерина в популяции взрослого населения РФ 20-70 лет // Атеросклероз и дислипидемии. – 2012. – №4. – С. 67-71.
5. Трапезников Я.П. Некоторые особенности взаимоотношения прокариот и эукариот на биохимическом уровне // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 6 – С. 33-33.

УДК: 616.214.1/.2 – 091 – 072.1

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ – ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Узоков А.Д.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан, г. Ташкент.
Кафедра отриноларингологии и стоматологии
(Зав. кафедрой – проф. Хасанов У.С.; научный руководитель – проф. Шайхова Х.Э.)
E- mail: uzokovaziz9@gmail.com

Наиболее щадящей с точки зрения физиологии носа и околоносовых пазух является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (ФЭСС). Операции на околоносовых пазухах выполнять в один этап с реконструкцией перегородки и раковин. Эндоскопическая риносинусохирургия (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.

FUNCTIONAL ENDOSCOPIC RHINOSINUSITIS SURGERY – IS A SURGICAL METHOD OF PARANASAL SINUS PATHOLOGY TREATMENT

Uzokov A.D.

The most attenuated from the point of view of physiology of a nose and paranasal sinus is a functional endoscopic sinus surgery (FESS). Operations on paranasal sinus are carried out by one stage with reconstruction of nasal septum and nasal turbinate. Endoscopic sinus surgery (FESS) – offers an opportunity to open atraumatically all affected paranasal sinus, to remove changed mucous coat from them, and simultaneously restoring conditions for adequate drainage and airing.

Хронический синусит – одно из самых распространенных заболеваний в патологии верхних дыхательных путей. Симптомы синусита значительно снижают качество жизни пациентов. Появляются такие жалобы, как затруднение носового дыхания, вы-

деления из носа, головная боль, изменяется обоняние, нарушается сон, снижается трудоспособность. В последнее десятилетие удельный вес пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух ежегодно увеличивается на 1,5-2 % и достиг 52,7% (1). Актуальность изучения проблемы обусловлена еще и тем, что рост числа риносинуситов сопровождается увеличением заболеваемости бронхитами и бронхиальной астмой, и эту тенденцию не удается нарушить (2,4,5). 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. Наиболее распространенными методами являются различные способы полисинусотомии (6,9,10). Из них наиболее щадящей с точки зрения физиологии носа и околоносовых пазух является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия (ФЭСС) Термин «функциональная синусхирургия» был предложен в 1985 году D. Kennedy и означал эндоскопическое оперативное вмешательство в зоне боковой стенки носа, включая резекцию крючковидного отростка, удаления решетчатой буллы и клеток, окружающих лобно-носовой карман. 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 (10,11,6). Данная концепция является более предпочтительной, поскольку при этом происходит не только восстановление физиологических путей транспорта секрета, но так же и анатомии, близкой к нормальной (7).

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 околоносовыепазухи, 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. Так, в США наиболее популярны минимально инвазивные «функциональные» вмешательства (3,7,8), 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. Многие авторы придерживаются радикальных методов лечения, но само радикальное хирургическое вмешательство нарушает нормальную архитектонику внутриносовых структур. Основными основополагающими моментами сторонников «радикальной» хирургии был тезис о невозможности обратного развития полипозно- гиперпластического процесса в околоносовых пазухах после функционального хирургического вмешательства. Второй частью тезиса является представление о полном восстановлении функции вновь образовавшейся слизистой, выстилающей око-

лоносовую пазуху после радикальной операции, подобно функции истинной слизистой оболочки. Этот тезис сформировался на недостаточной информации о патогенезе воспаления слизистой оболочки, обобщении всех видов воспаления и полипозного процесса. Современные знания о патогенезе воспаления слизистой оболочки достаточно убедительно доказывают разнообразие вариантов воспаления, которое может протекать с образованием полипов, но в сути своей отличающееся по иммуноморфологической картине, клиническому течению, по характеру ответа организма и местных тканей на результат хирургического или медикаментозного воздействия.

При использовании эндоназальной техники в области верхнечелюстной пазухи выполняли инфундибулотомию, после чего идентифицировали естественное соустье верхнечелюстной пазухи. Если естественное отверстие имело 2 мм в диаметре и более, то аспирировали патологический субстрат или удаляли его из пазухи щипцами Биннера. 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. При невозможности элиминации патологического субстрата через естественное соустье применяли экстраназальный метод -микрогайморотомию (6, 10). В области fossa canina троакар вводился 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 детей. 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, предлежащих к лобно-носовому карману. После чего производили идентификацию соустья зондом. 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.

В своей работе мы применяли два доступа к клиновидной пазухе. Первый, доступ через сфеноэтмоидальный карман, использовали у 2 (1,4%) детей 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 соустий 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. Во время этой операции ринохирург 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.

Выводы: 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 ринохирургии. После оперативного вмешательства восстановительный период занимает один месяц.

Список литературы:

1. Пискунов С.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии / С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов. – Москва, 1991. – С. 52-63.

2. Вишняков В.В. Возможности медикаментозного и хирургического лечения полипозного риноси-нусита // Российская ринология. – 2005. – №2. – С. 88.

3. Гаврилова И.С., Попов В.В. Современные методы эндоназального эндоскопического лечения по-липозных гаймороэтмоидитов // Российская ринология. – 2005. – №2. – С.89.

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

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

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

7. Магомедов М.М. Эндоскопическая эндоназальная микрохирургия в практике оториноларинголога // Вест. оториноларинг. – 2006. -№5. – С.53-55.

8. Манюк М.К. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух у детей // Российская ринология. – 2005. – №2. – С.189-190.

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

10. 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. – Н. Новгород, 2006. – С. 335.

Тибилова Ф.Л.
ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ ФЛОУМЕТРИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....274

Толегенова Г.Б., Мартынова И.А., Асылова Н.А.
ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКОГО ГЕЛЯ С АРГИНИНОМ.....275

Томаева К.Г., Гайдуков С.Н., Цидаева Т.И.
ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗНЫМИ СОМАТОТИПАМИ.....278

Томаева К.Г., Тедеева З.В., Комиссарова Е.Н.
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ.....281

Трапезников Я.П.
СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....284

Узоков А.Д.
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ – ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.....286

Уселёнок Г.О., Марцинкевич Я.С.
КЛАСТЕРИЗАЦИЯ ДОФАМИНОПОДОБНЫХ СОЕДИНЕНИЙ НА ОСНОВАНИИ ТОПОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ХИМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ.....290

Хайтбоев Ж.А., Матмуратова С.О.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО И НЕФРОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЦЕФОТАКСИМА У БОЛЬНЫХ ХБП III СТАДИИ.....292

Худяков Г.В.
ВЛИЯНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ, КОТОРЫЕ НАХОДЯТСЯ НА ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ, ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА MOS SF-36.....295

Хутиева С.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ.....299

Хутинаева Д.М.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ (УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ).....302

Цибирова А.Э.
АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....304