

УДК: 616-211-002.056

Нарбаев З.К. Хамдамов Р. Нарбаев К.П.

Кафедра Оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

КЛИНИКА И СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОАЗАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭТМОИДИТА

Резюме: Свое название решетчатая (лат. этмоидальная) кость, называемая также решетчатым лабиринтом, получила в связи с тем, что ее сложное строение изобилует сквозными ячейками разной формы и размера. От латинского наименования *labyrinthus ethmoidalis* образован диагноз «этмоидит», означающий, повторим, воспаление слизистой оболочки решетчатого лабиринта.

Как и любой другой воспалительный процесс, этмоидит может протекать по острому или хроническому типу; как и другие синуситы, чаще выявляется в сочетании с воспалением смежных околоносовых пазух (обычно это гайморовы пазухи верхней челюсти или сфеноидальные синусы клиновидной кости, расположенной в непосредственной близости – кзади от решетчатого лабиринта).

Как правило, лечение хронического этмоидита начинают с консервативных методов. После определения лекарственной чувствительности патогена назначают этиотропные антибиотики или антимикотики, иммуномодуляторы, противовоспалительные средства, сосудорасширяющие препараты (с большой осторожностью, поскольку длительное применение может спровоцировать атрофический процесс в слизистых), промывания методом «кукушки» и другие меры по показаниям.

В статье представлена информация о клиническом течении хронического этмоидита, диагностике и оценке эффективности лечения эндоназальными методами.

Ключевые слова: клиническая течения, хронический этмоидит, эндоназальная лечения.

Narbaev Z.K. Khamdamov R. Narbaev K.P.

Department of Otorhinolaryngology

Andijan State Medical Institute

CLINIC AND MODERN ENDONASAL METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC ETHMOIDITIS

Resume: The latticed (Lat. ethmoidal) bone, also called the lattice maze, got its name due to the fact that its complex structure is replete with through cells of different shapes and sizes. From the Latin name labyrinthus ethmoidalis, the diagnosis "ethmoiditis" is formed, meaning, again, inflammation of the mucous membrane of the lattice labyrinth.

Like any other inflammatory process, ethmoiditis can occur in an acute or chronic type; like other sinusitis, it is more often detected in combination with inflammation of the adjacent paranasal sinuses (usually the maxillary sinuses of the upper jaw or the sphenoidal sinuses of the sphenoid bone located in the immediate vicinity – posteriorly from the lattice labyrinth).

As a rule, the treatment of chronic ethmoiditis begins with conservative methods. After determining the drug sensitivity of the pathogen, etiotropic antibiotics or antimycotics, immunomodulators, anti-inflammatory drugs, vasodilators are prescribed (with great caution, since prolonged use can provoke an atrophic process in the mucous membranes), washing by the "cuckoo" method and other measures according to indications.

The article presents information about the clinical course of chronic ethmoiditis, diagnosis and evaluation of the effectiveness of treatment with endonasal methods.

Key words: clinical course, chronic ethmoiditis, endonasal treatment.

Актуальность. Несмотря на технический прогресс, хирургическое лечение хронического сфеноидита, этмоидита в настоящее время является сложной проблемой [3,5].

Успех хирургического лечения заболеваний клиновидных пазух и решетчатого лабиринта во многом зависит от того, насколько удастся безопасно создать и сохранить широкое трепанационное отверстие в передней стенке пазухи и от достаточного объема вскрытия пораженных этмоидальных клеток[2,7]. Многие ринохирурги отмечают, что трепанационное отверстие имеет тенденцию к зарастанию, что ведет к рецидиву заболевания, и рекомендуют при операции максимально резецировать переднюю стенку и даже часть нижней [1,6].

Резекция передней стенки клиновидной пазухи связана с определенными трудностями, которые обусловлены глубоким расположением пазухи, узостью подхода к ней, плохим обзором операционного поля, риском повреждения прилежащих к клиновидной пазухе жизненно важных образований[4,6].

Цель исследования. Разработка инструментов для повышения безопасности хирургического лечения хронического этмоидита.

Материалы и методы исследования. С использованием предложенных инструментов нами прооперированно 60 больных, при этом каких-либо осложнений не было. у 38 больных (контрольная группа), у которых клиновидная пазуха вскрывалась традиционными методами. Рецидив отмечен у 24,2% больных этой группы. У 22 пациентов, оперированных с использованием предложенного нами набора инструментов, также удалось проследить отдаленные результаты. В этой группе больных рецидив наступил у 5,2% человек

Результаты исследования. На основании анализа результатов эндоназального лечения у 60 пациентов с хроническим этмоидитом было установлено, что в большинстве случаев (64,3%) были поражены клетки

решетчатого лабиринта. В то же время комбинированное повреждение клеток решетчатой кости (47,9%) встречается чаще, чем изолированная форма этмоидита (16,4%), что еще раз определяет важность пазух решетчатой кости в формировании воспалительного процесса и его распространение. Вторым по распространенности является верхнечелюстная пазуха, как в сочетании с воспалением решетчатых костных клеток (34,4%), так и без явлений этмоидита (19,05%). Эти данные еще раз подчеркивают важность проведения компьютерной томографии ОНР у пациентов с подозрением на синусит. При выполнении только общей рентгенографии ОНР редко удается различить клетки решетчатого лабиринта и определить степень их вовлечения в воспалительный процесс. Поэтому в большом количестве литературных источников наиболее распространенным является воспаление верхнечелюстной пазухи, а не клеток решетчатого лабиринта.

Следует отметить, что воспалительный процесс в решетчатой кости с двусторонней изоляцией встречался почти в 2 раза чаще (10,47%), чем в односторонней (5,87%). Скорее всего, это связано со сложной архитектурой решетчатого лабиринта, в котором большинство клеток соприкасаются друг с другом, что приводит к распространению инфекции. Это предположение подтверждается также тем фактом, что при формировании двустороннего этмоидита воспалительный процесс в других пазухах носа также часто бывает двусторонним. Мы предполагаем, что это связано со сложной дренажной системой ОНР, в которой решетчатый лабиринт является центральным соединением, и большая часть дренажной функции ОНР осуществляется через него. Следует отметить, что при одностороннем повреждении клеток решетчатой кости чаще встречается одностороннее повреждение других ОНР. В этом случае воспалительный процесс может затронуть как ОНР одной и той же стороны, так и наоборот. Возможно, в данном случае важны не только

особенности строения решетчатого лабиринта, но и полости носа в целом, тем самым создавая условия для распространения воспалительного процесса в этом направлении.

Еще одним фактом, подтверждающим центральную роль решетчатого лабиринта в воспалительных процессах, является преобладание одностороннего характера поражения ОНП без вовлечения клеток решетчатой кости. В то же время для определения особенностей строения боковой стенки и положения носовой крышки необходимо оценить состояние ОНП с обязательным эндоскопическим исследованием полости носа.

В процессе анализа степени участия клеток решетчатого лабиринта в воспалительном процессе было выделено 5 основных групп: передний этмоидит, задний этмоидит, тотальный этмоидит, "мозаичный" этмоидит и изолированное клеточное воспаление. Наиболее вовлеченными в воспалительный процесс были передние клетки решетчатого лабиринта. Это может быть связано с преобладанием этих клеток в количественном составе над остальными клетками решетчатой кости.

Если мы рассмотрим 5 основных форм структуры [35] в зависимости от положения бумажных пластин решетчатой кости, то прямоугольная форма с предыдущим этмоидитом была превосходной (43%), вторыми по распространенности наружными стенками были симметричной формы, вогнутые в пространство орбит (28,8%). Та же картина наблюдалась и при заднем этмоидите: преобладала прямоугольная форма (52,6%). Мы полагаем, что такая прямоугольная форма может быть обусловлена наиболее распространенной среди населения.

Вывод. Предлагаемые инструменты для эндоназальных операций на клиновидных пазухах и задних клетках решетчатого лабиринта позволяют произвести операцию быстро, качественно и с минимальным риском повреждения жизненно важных анатомических образований, окружающих

эти пазухи, независимо от анатомо-топографических вариантов соотношения полости носа и ОНП.

Даже при обычном кровотечении во время операции, когда контролировать ход операции визуально или эндоскопически невозможно, разрушение передней стенки клиновидной пазухи возможно на ощупь, так как вращающаяся фреза фиксируется упорной планкой и разрушение костной ткани производится в безопасном направлении.

Предлагаемые методы операции на клиновидной пазухе и задних клетках решетчатого лабиринта позволяют повысить эффективность и безопасность оперативного лечения сфеноидита и этмоидита. Фреза с упорной планкой безопасно формирует широкое, овальной формы с ровными краями трепанационное отверстие с минимальной тенденцией к сужению. Упорная планка фиксирует и направляет вращающую фрезу инструмента при разрушении передней стенки клиновидной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта в безопасном направлении, что делает операцию более щадящей, малотравматичной, с минимальным риском повреждения жизненно важных органов, окружающих оперированные пазухи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вознесенский В.П., Иванов В.А. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М: Медгиз 2009.

2. Киселев А.С., Руденко Д.В., Кравченко В.Т. Компьютерно-томографическая оценка особенностей анатомо-томографического строения околоносовых пазух в аспекте эндоскопической хирургии. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. М 2001; 596—598.

3. Машкова Т.А., Иванченко Н.М., Панченко И.Г. Частота и характер поражения задней группы околоносовых пазух по данным эндоскопических эндоназальных синусотомий. Сб. трудов научно-практич.

конф. «Современные вопросы аудиологии и ринологии». Курск 2000; 193—194. 0

4. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Практическая оториноларингология. М: МИА 2006; 252—254.

5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М: МИА 2006: 328—331.

6 Тарасов Д.И., Пискунов Г.З. Щадящие методы лечения хронического этмоидита. В кн.: Щадящие методы в оториноларингологии. Сборник трудов Московского научно-исслед. ин-та уха, горла и носа. М 2016; 12: 62—65.

7. Ткачук И.В. Значение анатомических особенностей клиновидных пазух в формировании латентных сфеноидитов. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи 2001; 654—656.