

3. Szucs G. Eine seltene komplikation – ischämische stumpfnecrose – nach subtotaler magenresection // Zentralbl. Chir. – 2001. – V. 126, № 10. – P. 810-813.

КОРОТКІ ШЛУНКОВІ АРТЕРІЇ ТА ВАРІАНТИ ОПЕРАЦІЙ НА ШЛУНКУ ТА СЕЛЕЗІНЦІ

А.Ф.Рилюк, Л.Н.Нестерук

Резюме. На 50 органокомплексах верхнього поверху черевної порожнини трупів людей віком 30-70 років вивчені короткі шлункові артерії. Анатомічно обґрунтована методика спленектомії зі збереженням коротких шлункових артерій.

Ключові слова: артерії шлунка, спленектомія, резекція шлунка.

THE SHORT GASTRIC ARTERIES AND SURGICAL VARIANTS ON THE STOMACH AND SPLEEN

A.F.Ryliuk, L.N.Nesteruk

Abstract. The short gastric arteries have been studied on 50 organocomplexes of the upper storey of the abdominal cavity of human corpses aged 30-70 years. The technique of splenectomy with the preservation of the short gastric arteries has been anatomically substantiated.

Key words: gastric arteries, splenectomy, stomach resection.

Belorus' Medical Academy of Postgraduate Education (Minsk)

Надійшла в редакцію 27.04.2004 р.

© Ромаев С.Н., Свириденко Л.Ю.

УДК 616.216-002

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ОСТЕОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУИТАХ

С.Н.Ромаев, Л.Ю.Свириденко

Кафедра эндоскопии, хирургии и топографической анатомии (зав. – проф. В.В.Леонов) Харьковской медицинской академии последипломного образования

Заболевания носа и околоносовых пазух занимают первое место в структуре заболеваний верхних дыхательных путей и поэтому являются одной из актуальных проблем в медицине [1]. По данным М.Kaliner [2], около 14% населения страдают параназальными синуситами, а затраты на их лечение в США составляют более 3,5 млрд. долларов в год. Гнойные заболевания околоносовых пазух могут стать причиной поражения различных внутренних органов [3], внутричерепных осложнений, патологических состояний периферической нервной системы [4-7]. Эндоскопическая ринохирургия стала одним из направлений, способным щадящими малоинвазивными методами восстановить анато-

мические структуры носовой полости и околоносовых пазух, устранить патологические очаги и, тем самым, исключить один из основных этиологических факторов хронических синуситов – риногенный.

Материал и методы. Всего обследовано и пролечено 53 пациента с хроническим гнойным гайморитом (ХГГ), длительность заболевания – от 3 до 22 лет. Всем больным выполняли отоларингологическое обследование, клинические исследования крови, мочи, эндоскопическое исследование полости носа, бактериологическое исследование смывов из гайморовых пазух и полости носа с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Определяли мукоцилиарный клиренс слизистой оболочки носа. Состоятельность соустья верхнечелюстной пазухи контролировали по методике Drettner (1980).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты эндоскопического исследования полости носа приведены в таблице 1.

Согласно полученным нами данным, у всех обследованных больных ХГГ выявлены анатомические вариации боковой стенки носа, носовой перегородки (НП), что подтверждает риногенную природу синуситов. Эндоскопия полости носа, наряду с рентгенологическим и компьютерно-томографическим обследованием, дает важную информацию, которая необходима для определения тактики лечения в каждом конкретном случае ХГГ.

Спиральная компьютерная томография произведена 28 больным в 2 проекциях – коронарной и аксиальной. Это исследование было обязательным перед оперативным вмешательством.

Девятнадцать больным выполнено эндоскопическое хирургическое вмешательство. Показаниями к органосохраняющей операции явились стойкое нарушение носового дыхания, упорные рецидивы ХГГ (более одного обострения за год), сочетание хронических гнойных верхнечелюстных синуситов с кистами гайморовых пазух. Обезболивание: 9 больным операция

выполнена под аппликационной местной анестезией 10% лидокаина с добавлением адреналина в комбинации с инфильтрационной анестезией 1% раствора ультракаина; 10 больным – общий наркоз с управляемой гипотонией. Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 2. Двум больным произведено повторное оперативное вмешательство после радикальной гайморотомии и подслизистой резекции НП.

Кисты верхнечелюстных пазух удаляли через лицевую стенку пазухи в области собачьей ямки с применением троакара Козлова-Боевко. Пазуху осматривали эндоскопом, при необходимости расширяли естественное отверстие пазухи кзади, дополнительные отверстия в задней фонтанелле объединяли. Операцию дополняли коррекцией внутриносочных структур [8]. Двум больным выполнили подслизистую резекцию НП по Киллиану. В анамнезе у этих больных были тяжелые многократные травмы носа, и выполнение щадящего вмешательства не представлялось возможным. Остальные оперативные пособия произведены по методике W.Messerklinger (1978) в модификации H.Stammberger (1991). После операции производили рыхлую

Таблица 1

Результаты эндоскопии полости носа у больных хроническим гнойным гайморитом

Анатомические образования полости носа и их изменения	Больные гайморитом, n=53
Полипозное изменение слизистой оболочки средней носовой раковины	7
Парадоксально изогнутая средняя носовая раковина	3
Буллезная средняя носовая раковина	4
Патологическое изменение крючковидного отростка	13
Гипертрофия нижней носовой раковины	29
Увеличенная решетчатая булла	9
Искривление перегородки носа	18
Сочетанная патология	12

Таблица 2

Виды хирургических вмешательств у больных хроническим гнойным гайморитом

Виды операций	Количество операций
Щадящая подслизистая резекция носовой перегородки	6
Подслизистая резекция носовой перегородки по Киллиану	2
Передняя этмоидэктомия	4
Буллэктомия	4
Фенестрация устья верхнечелюстной пазухи	1
Ревизия носолобного кармана	5
Задняя этмоидэктомия	2
Инфундибулотомия	4
Удаление кисты верхнечелюстной пазухи	4
Подслизистая мукозотомия с латеропозицией раковин	8
Всего оперативных вмешательств	37

тампонаду середнього і загального носових ходів для запобігання розвитку спаєчного процесу і рубцової латеропозиції середньої носової раковини в ранньому післяопераційному періоді. Тампони видаляли на наступний день. Полость носа промивали розчинами антисептика щодня, протягом трьох днів, під контролем ендоскопа. Слизисту оболочку порожнини носа зрошали назальним спреєм "Полидекса" в течение семи днів, хворі отримували адекватну медикаментозну терапію.

Усі хворі перенесли операцію задовільно. У одного хворого спостерігався рецидив гнійного гаймориту, спровокованого перенесеним грипом на третій місяць після операції. Для купірування запального процесу порожнину промивали через катетер розчинами антисептиків. У решти хворих в течение півтора років рецидива захворювання не спостерігалося. Протягом перебування хворих в стаціонарі, в середньому, склало 5-7 днів. Цей термін може бути зменшений до трьох днів при гарантованому амбулаторному спостереженні. Голов-

ною задачею спостереження в віддалені терміни – запобігти рубцову облітерацію середнього носового ходу, спостереження за стійкістю соусть. У хворих, перенеслих радикальне хірургічне втручання в верхньощелепну порожнину, післяопераційний період складає 8-9 койко-днів. Рецидиви захворювання у цієї групи хворих зустрічаються так само часто, як і після ендоскопічних втручань.

Висновки і перспективи наукового пошуку.

Отримані результати свідчать про високу ефективність функціонального ендоскопічного хірургічного лікування при захворюваннях носа і околоносових порожнин. Оскільки радикальні операції, застосовувані в ринології, не можуть забезпечити кращих довготривалих результатів, перевагу слід віддавати щадячим методам ендоскопічних втручань. Винятком можуть бути випадки риногенних ускладнень, коли, на нашу думку, класичні радикальні хірургічні втручання більш доцільні і виправдані.

Література

1. Пискунов И.С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух. – Курск, 2002. – 192 с.
2. Kaliner M. Medical management of sinusitis // Amer. J. Med. Sciences. – 1998. – V. 316, N 1. – P. 21-28.
3. Карал-Оглы Р.Д., Карал Ю.Р. О возможных ошибках и осложнениях в отоларингологической практике. – Одесса, 2001. – 120 с.
4. Линьков В.И. Интенсивная терапия риногенных внутричерепных осложнений // Росс. ринология. – 1998. – № 2. – С. 36-37.
5. Тальшинский А.М., Алескерова С., Мустафаева Г. и др. Современные проблемы орбитальных и внутричерепных осложнений риносинуситов // Росс. ринология. – 1998. – № 2. – С. 34-35.
6. Giannoni C.M., Stewart M.G., Alford E.L. Intracranial complications of sinusitis // Laryngoscope. – 1997. – V. 107, № 7 – P. 863-867.
7. Morttimor S., Wormald P.J. The groote Schuur hospital classification of the orbital complications of sinusitis // J. Laryngol. Otol. – 1997. – V.111, N 8. – P. 719-723.
8. Гарюк Г.И., Лисовец В.Т., Кулинич В.А. и др. Опыт хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух // Ж. вуш., нос. і горл. хвороб. – 2003. – № 3-с. – С. 91-92.

ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ НОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ ТА ОСТЕОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ВЕРХНЬОЩЕЛЮПНИХ СИНУЇТАХ

С.М.Ромасєв, Л.Ю.Свириденко

Резюме. Обстежено 53 хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит. Проведено аналіз анатомо-топографічних особливостей носової порожнини та остеомеатального комплексу. Наведені переваги ендоскопічних оперативних втручань порівняно з традиційними.

Ключові слова: хронічний гнійний верхньощелепний синусит, спіральна комп'ютерна томографія, ендоскопічна хірургія.

RESTORATIVE ENDOSCOPIC SURGERY OF THE NASAL SEPTUM AND OSTEOMEATAL COMPLEX IN CHRONIC MAXILLARY SINUSITIS

S.N.Romaiev, L.Yu.Svyrydenko

Abstract. The authors have examined 53 patients with chronic purulent maxillary sinusitis. An analysis of the anatomic-topographic peculiarities of the nasal cavity and osteomeatal complex has been carried out. The advantages of endoscopic surgical interferences in comparison with the traditional ones are adduced.

Key words: chronic purulent maxillary sinusitis, spiral computer tomography, endoscopic surgery.

Medical Academy of Post-Graduate Education (Kharkov)

Надійшла в редакцію 11.05.2004 р.