Голота А.А.

Отдаленные последствия вскрытия верхнечелюстной пазухи

Ростовский государственный медицинский университет

(Россия, Ростов-на-Дону)

doi:10.18411/lj2016-4-25

Вскрытие верхнечелюстной пазухи по Caldwell-Luk далеко не всегда приводит к выздоровлению больного, что послужило поводом обсуждения правомочности такого понятия как «болезнь оперированной пазухи» [1, 2]. Нередким послеоперационным осложнением бывают хронические боли в области оперированной пазухи [3]. Негативные последствия особенно ярко проявляются, если данное вмешательство произведено в детском возрасте и выражаются в нарушении развития пазухи и зубочелюстной системы. Нарушение развития пазухи проявляется уменьшением ее размеров в сочетании с гиперостозом стенок [4, 5].

Приводим собственные наблюдения отдаленных последствий вскрытия верхнечелюстных пазух в детском возрасте.

Больная П., 35 лет, поступила в ЛОР клинику с жалобами на периодически возникающие гнойные выделения из левой половины носа, сопровождающиеся отеком левой щеки, повышением температуры тела, чувством тяжести в левой щеке. В детстве (в возрасте 8 лет) была подвергнута хирургическому вмешательству – вскрытию левой верхнечелюстной пазухи по по Caldwell-Luk. При зондировании нижнего носового хода слева соустье не определялось. На рентгенограмме околоносовых пазух в носоподбородочной укладке выявлена гипоплазия левой верхнечелюстной пазухи, снижение ее прозрачности. С целью уточнения диагноза больной произведена компьютерная томография, выявившая уменьшение размеров левой верхнечелюстной пазухи, гиперостоз ее стенок и наличие ткани неомогенной структуры, расположенной между лицевой и задней стенками левой верхнечелюстной пазухи. На основании данной находки был поставлен диагноз: опухоль левой верхнечелюстной пазухи. В последующем больной произведена магнитно-резонансная томография, обнаружившая два изолированных друг от друга мягкотканых образования разной плотности в левой верхнечелюстной пазухе, что позволило предположить наличие костной перегородки между передней и задней стенками. Больной была произведена реоперация, подтвердившая данное предположение. Очевидно, формирование костной перегородки, полностью изолирующей ее латеральный отдел явились следствием гиперостоза в результате травмы стенок пазухи.

Больной К., 27 лет, поступил в ЛОР клинику с диагнозом: острый гнойный левосторонний одонтогенный максиллярный синусит. В анамнезе – вскрытие левой верхнечелюстной пазухи по Caldwell-Luk в детском возрасте (7 лет). Больного беспокоили боли в области левой верхнечелюстной пазухи, возникшие после экстракции зуба. Боли распространялись по ходу ветвей тройничного нерва. На рентгенограмме околоносовых пазух отмечалось снижение прозрачности левой верхнечелюстной пазухи, ее гипоплазия и гиперостоз стенок. При осмотре риноскопических признаков синусита не выявлено. Соустье с полостью носа не обнаружено. Больному произведена пункция левой верхнечелюстной пазухи. Промывная жидкость чистая. Выписан под наблюдение невропатолога с диагнозом: невралгия тройничного нерва.

В обоих анализируемых случаях выявлено уменьшение объема оперированной в детстве верхнечелюстной пазухи. Уменьшение объема верхнечелюстной пазухи может быть результатом остановки ее развития на различных стадиях, что определяется как гипоплазия или ремоделирования ее стенок под воздействием различных повреждающих и патологических факторов.

Объем ВЧП может быть уменьшен за счет внешнего сдавления ее стенок решетчато-максиллярными клетками, опухолями и кистами, расположенными в верхней челюсти, при болезни Педжета, при синдроме молчащего синуса, при центральных переломах лицевого скелета, вовлекающих стенки пазух. Хирургические вмешательства практически всегда изменяют форму и объем пазух (особенно верхнечелюстной и лобной) в результате остеонегенеза и фиброза. Склонность к облитерации наиболее отчетливо проявляется после операции по Caldwell-Luk в

детском возрасте. После экстраназального вскрытия ВЧП сужение просвета пазухи идет от скуловой бухты медиально. Этот процесс отличается от гипоплазии наличием трепанационного дефекта и гиперостозом стенок пазухи.

При рентгенологическом исследовании оперированной верхнечелюстной пазухи всегда выявляется понижение ее прозрачности, что затрудняет оценку результатов лучевых методов исследования, как это наблюдалось во втором случае.

Наши наблюдения подтверждают предположение, что уменьшение размеров верхнечелюстной пазухи может быть последствием случайной или хирургической травмы в период ее развития. Отсюда следует вывод, что в детском возрасте вскрытие верхнечелюстной пазухи по Caldwell-Luk должно производиться только по жизненным показаниям при наличии орбитальных и внутричерепных осложнений и эта операция не приемлема при наличии кист верхнечелюстных пазух [6].

Список используемых источников информации

1. Бойко Н.В., Максюков С.Ю., Щепляков Д.С., Демидов Ю.Н., Борзилов А.В., Фоменко М.Г. Значение компьютерной томографии для выявления одонтогенного синусита. *Стоматология для всех*. 2015. № 3. С. 16-19.
2. Бойко Н.В., Писаренко Е.А., Морозова Е.Е., Вербицкая Л.П., Колесников В.Н. Диагностика и лечение одонтогенного синусита. *Российская ринология* 2009; 3: 6-10.
3. Бойко Н.В., Стагнисва И.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей. *Рос. ринология* 2012; Т.20. № 4. С. 39-41.
4. Бойко Н.В., Колесников В.Н., Писаренко Е.А. Гипоплазия верхнечелюстной пазухи. *Рос. ринология*. 2012. Т. 20. № 1. С. 39-42.
5. Lawson W., Patel Z.M., Lin F.Y. The development and pathologic processes that influence maxillary sinus pneumatization // *Anat. Rec. (Hoboken)*. – 2008. – Vol. 291, N 11. – P.1554-1563.
6. Бойко Н.В., Топоркова С.Ю. Частота бессимптомных кист верхнечелюстных пазух. *Рос. ринология*. 2014. Т. 22, № 1. С. 15-16.

Голота А.А.

Частота паратонзиллярных абсцессов и тонзиллэктомий у больных хроническим тонзиллитом

*Ростовский государственный медицинский университет
(Россия, Ростов-на-Дону)
doi:10.18411/lj2016-4-26*

Операции на лимфокольце глотки – наиболее часто выполняемые вмешательства в оториноларингологических стационарах как у детей, так и у взрослых [1, 2, 3]. Показания к операции определяются индивидуально в каждом конкретном случае, но общее направление развития данного вопроса за последние 50 лет претерпело существенные изменения [4, 5]. Если в прошлом столетии преобладало хирургическое направление лечения хронического тонзиллита (ХТ), то с 80-х годов 20 века появилась тенденция к щадящему, органосберегающему подходу [6, 7]. Вместе с тем, последнее десятилетие отмечено ростом числа постстрептококковых осложнений [8, 9, 10], что свидетельствует о недостаточной хирургической санации больных ХТ, входящих в группу риска.

Критерием правильности определения показаний к хирургическому лечению больных с хроническим тонзиллитом может быть статистический анализ количества осложнений и сопряженных заболеваний.

Целью нашего исследования было изучение динамики двух взаимосвязанных показателей: количества планово выполненных тонзиллэктомий и числа больных, госпитализированных по поводу паратонзиллярного абсцесса.

Материал и методы исследования. Анализ изучаемых статистических показателей проведен по архивным материалам ЛОР отделения для взрослых горбольницы № 1 г. Ростова-на-Дону. Это отделение является единственным в миллионном городе стационаром по оказанию круглосуточной экстренной помощи больным с заболеваниями ЛОР органов, а также основным центром плановой госпитализации ЛОР больных. Мы произвели выборку архивных историй болезни пациентов, госпитализированных с диагнозом паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс и больных, госпитализированных на плановое хирургическое лечение по поводу хронического тонзиллита за период с 1974 по 2014 год с десятилетним