

Р.М. РЗАЕВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОДНОСТОРОННЕЙ ВРОЖДЕННОЙ ХОАНАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ

Отделение оториноларингологии – хирургии головы и шеи (зав. – канд. мед наук Р.М. Рзаев) Азербайджанской центральной дорожной больницы, Баку

Врожденная хоанальная атрезия (ВХА) – это следствие нарушения развития околохоанальных областей, происходящих из первой жаберной дуги [3, 7]. ВХА располагается либо на уровне хоан, либо спереди или сзади от них и может быть соединительнотканной, костной или смешанной. В отличие от двусторонней односторонняя атрезия не опасно для жизни больного. Она сопровождается менее выраженными признаками нарушения функции носа.

Для устранения ВХА нередко применяют внутриносое расширение хоан с одновременным введением резиновой трубки, которое зачастую не дает удовлетворительных результатов вследствие частых рецидивов заболевания [1, 2, 4].

С целью хирургической коррекции односторонней ВХА нами применен чрезнёбный подход по методу L.Ruddy [6], модифицированному Н.Owens [5]. Мы не нашли описания данной операции в отечественной литературе. Приводим подробное описание методики операции, давшей стойкий результат в отдалённом периоде.

Б о л ь н а я Н., 13 лет, поступила в отделение 02.01.90 с диагнозом правосторонней ВХА. Жалобы на отсутствие носового дыхания через правую половину носа. Больная не в состоянии очищать естественным путем полость носа на стороне поражения. Для удаления скопившегося в ней содержимого она прибегает к спринцеванию или втиранию. Голос гнусавый, рот приоткрыт.

При риноскопии в нижнем носовом ходе справа отмечено скопление густого слизисто-гнояного содержимого. После эвакуации последнего из-за

наличия в заднем отделе полости носа препятствия зонд в полость носоглотки не проникает. При эпифарингоскопии установлена облитерация правой хоаны за счет разрастания костного остова. Диагноз верифицирован с помощью компьютерной томографии (рис. 1, а). Состояние других ЛОР-органов без патологии. Анализы крови и мочи в норме.

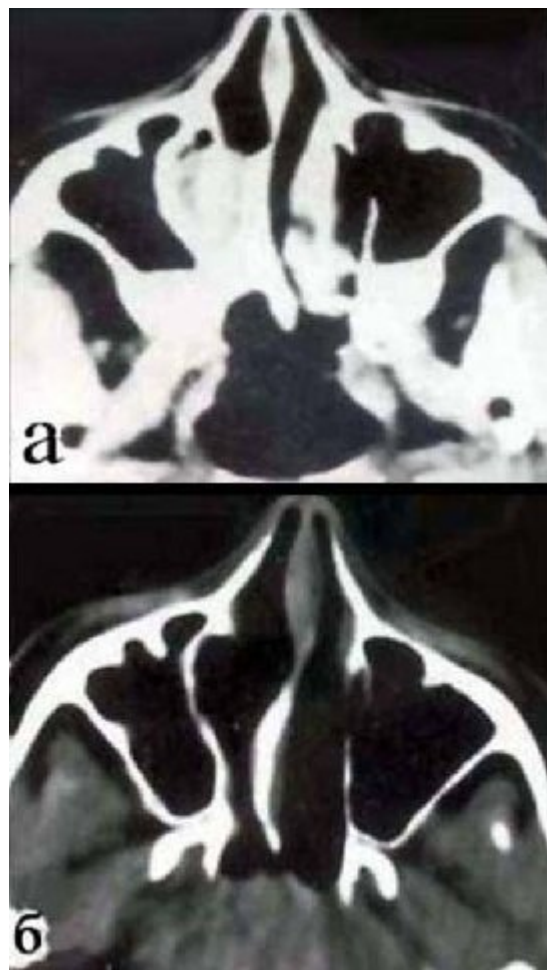


Рис.1. Аксиальная компьютерная томография больной Н., 13 лет, с правосторонней ВХА до (а) и после (б) хирургической коррекции хоанальной атрезии.

а – впереди правой хоаны отмечается костное сращение заднего отдела сошника с медиальным крыловидным отростком клиновидной кости, задний отдел полости носа резко сужен за счет смещения костного отдела перегородки носа: полость носа содержит густую жидкость.

© Р.М. Рзаев

© Вестник оториноларингологии, 1991
Vestn Otorinilaringol 1991; 5:60 – 61

ВЕСТНИК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, 5, 1991

05.01.90 под интратрахеальным наркозом произведена операция с целью устранения ВХА. Применен чрезнёбный подход. В положении больной, лёжа, с использованием роторасширителя Девиса (рис.2), произведена инфльтрационная анестезия слизистой оболочки твёрдого неба 0,5% раствором новокаина с добавлением 0,1% раствора адреналина. Отступя 10 мм медиально от последнего моляра с обеих сторон, произвели подковообразный разрез слизистой оболочки, которая вместе с надкостницей отсепарована от нёбной кости до обнажения её заднего края. При этом обычно большие артерии твёрдого неба оказываются в составе мукопериостального лоскута. После смещения последнего кзади слизистая оболочка заднего отдела нижнего носового хода отсепарована в сторону атрезии при помощи распатора, изогнутого под прямым углом.



Рис. 2. Положение больной при операции хирургической коррекции ВХА с использованием чрезнёбного подхода.

Далее костными щипцами небная кость в задних её отделах частично удалена до полного обзора участка атрезии. С помощью бора удален костный остов, формирующий атрезии в областях: снизу – на горизонтальной пластинке нёбной кости, сверху – на клиновидном отростке нёбной кости и крае сошника, медиально – на заднем крае сошника и латерально – на внутренней пластинке медиального крыловидного отростка клиновидной кости.

Затем произведен разрез слизистой оболочки по заднему краю сошника, после чего выполнена его подслизистая резекция адекватно резецированной нёбной кости. Лоскут слизистой оболочки сошника на стороне атрезии удален, а лоскут с противоположной стороны перемещен, уложен и фиксирован кетгутowymi швами на оголенные

поверхности областей, образующих атрезии сверху и латерально.

Операция завершена возвращением мукопериостального лоскута на прежнее место. Продолжительность операции около 4 ч. Кровотечение незначительное. В послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная, общеукрепляющая, гипосенсибилизирующая терапия, несколько раз в день полоскание полости рта антисептическим раствором. Швы сняты на 4-й день после операции.

Девочка выписана из стационара спустя 14 дней после операции. При осмотре через 6 мес после операции носовое дыхание свободное, каких либо нарушений функционального состояния носа не отмечено. На компьютерной томограмме зарегистрирована стойкая хирургическая коррекция хоанальной атрезии (рис.1 б).

Таким образом, операция с применением чрезнёбного подхода обеспечивает стойкую хирургическую коррекцию односторонней ВХА. Она технически легко выполнима и не вызывает каких-либо нарушений функционального состояния носа. Компьютерная томография позволяет точно установить уровень поражения, дифференцировать структуру атрезии и объективно регистрировать результаты операции.

Л и т е р а т у р а

1. *Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии. – М., 1993.*
2. *Тёмкин Я.С., Рутенбург Д.М. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки. – М., 1949.*
3. *Boyd H.M.E. // Arch. Otolaryng. – 1945. – Vol. 41, № 5, – P. 261 – 272.*
4. *Ferguson J.L., Nell H.B. // Ann. Otol. (St. Louis). – 1989. – Vol. 98, № 2. – P. 110 – 112.*
5. *Owens H. // Laryngoscope (St. Louis) – 1951. – Vol. 61, № 4. – P. 304 – 319.*
6. *Ruddy L.W. // Arch. Otolaryng. – 1945. – Vol. 41, № 6. – P. 432 – 441.*
7. *Schwartz M.L., Savesssky L. // Laryngoscope (St. Louis). – 1986. – Vol. 96, № 2. – P. 1335 – 1339.*