

НАША МОДИФИКАЦИЯ ВНУТРИНОСОВОГО ВСКРЫТИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Асп. В. З. Вольфсон

Кафедра болезней уха, горла и носа (зав.— проф. Г. М. Стариков)
Смоленского медицинского института

При внутриносовом вскрытии верхнечелюстной пазухи созданное соустье ее с полостью носа очень часто зарастает, сводя эффективность операции на нет. Поэтому мы задались целью разработать методику создания стойкого соустья.

Предлагаемая нами модификация оперативного вмешательства заключается в следующем.

В лежачем положении больного слизистая оболочка носовой полости смазывается 10% раствором кокаина с добавлением двух капель адреналина (1:1000) на 1 мл раствора. В слизистую оболочку дна и латеральной стенки носа вводится 2—3 мл 0,5% раствора новокаина. При помощи носового расширителя с удлиненными браншами нижняя носовая раковина надламывается и приподнимается вверх. Для остановки возникающего небольшого кровотечения нижний носовой ход тампонируется турундой, смоченной в растворе адреналина (1:1000). Турунда удаляется через 3—5 минут. Слизистая оболочка латеральной стенки носа после этого выглядит побелевшей. Если побледнения нет, то необходимо двумя-тремя ватными тампонами, смоченными в указанном растворе адреналина, смазать слизистую оболочку. Следует добиваться отличной анемизации слизистой оболочки латеральной стенки носа, что значительно облегчает последующие этапы операции.

Глазным скальпелем делается вертикальный разрез слизистой оболочки латеральной стенки носа, отступя от начала прикрепления нижней носовой раковины на 2—3 мм (см. рис. 1).

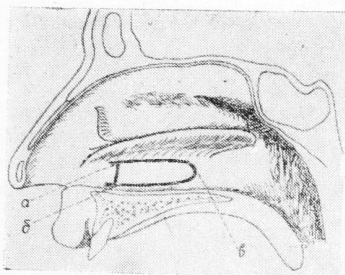


Рис. 1. а, б — вертикальный, а, б, в — овалообразный разрез слизистой оболочки латеральной стенки носа.

Через этот разрез распатором слизистая оболочка отсепаровывается от кости во всех направлениях. Затем тем же скальпелем на слизистой оболочке латеральной стенки носа наносится от концов произведенного ранее вертикального разреза другой овалообразный разрез протяженностью в 2—2,5 см и выпуклостью обращенный кзади.

Очерченный разрезами языкообразный лоскут слизистой оболочки удаляется и стамеской вскрывается верхнечелюстная пазуха на месте обнаженного участка кости медиальной стенки пазухи; при этом очень часто вместе с костью удаляется и прилегающая слизистая оболочка внутренней поверхности пазухи.

Нет целесообразности сглаживать порог между пазухой и дном полости носа, как это советуют Ф. С. Бокштейн, Блегвад, Кернан; последние даже рекомендуют нижний край отверстия нивелировать рашпилем. Это только способствует разрастанию грануляций, так как на месте удаленного порога обнажается губчатое вещество кости, которое очень быстро покрывается грануляциями. Поэтому более целесообразно

после созданного соустья с пазухой удалить костный край отверстия так, чтобы слизистые оболочки пазухи и латеральной стенки носа соприкасались друг с другом не менее 2 мм. Для этого распатором в задних отделах слизистая оболочка пазухи и латеральной стенки носа отслаивается от края отверстия, а затем конхотомом небольших размеров края оголенной кости скусываются. В передних же отделах делаются горизонтальные разрезы скальпелем от обоих концов вертикального разреза кпереди длиной в 3—4 мм. Слизистая оболочка через эти разрезы отслаивается таким образом, что обнажается передний костный край отверстия, который штанцами Вагенера скусывается кпереди. Отсепарованный лоскут слизистой покрывает носовой край отверстия. После удаления осколков и обзора видимой части пазухи удаляются полипы из просвета пазухи, если таковые имеются. Слизистая оболочка пазухи не удаляется. Пазуха промывается антисептическим раствором без последующей тампонады. Нижняя носовая раковина опускается на место, и производится легкая тампонада общего и нижнего носового хода.

Созданное соустье напоминает перфорацию носовой перегородки, а, как известно, последние никогда не зарастают, так как костные края, покрытые слизистой оболочкой, задерживают рост грануляций.

Поступила 11 июля 1962 г.