

Технологии и клинические решения в оториноларингологии

Выпуск №1, декабрь 2013



Дорогие коллеги!

Позвольте Вам сообщить, что в отделе «Хирургических технологий» компании Медтроник стартовал WEB проект, в рамках которого мы планируем ежемесячную рассылку информационных бюллетеней с актуальной информацией по применению современных технологий в оториноларингологии. Вам будут предложены для ознакомления новые подходы и техники выполнения ЛОР-операций а также клинические разборы не только из ЛПУ РФ, но и ведущих зарубежных центров, с возможностью напрямую задать вопрос автору кейса.

Мы очень надеемся, что эта информация будет Вам интересна; предлагаем сообщать, какие темы представляют для Вас наибольший интерес, а также присылать нам свои клинические наблюдения, которые будут опубликованы.

С уважением и благодарностью за сотрудничество,

Эдуард Голиков

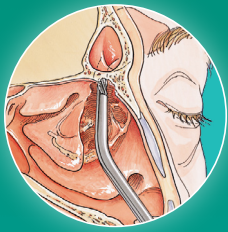
*Старший специалист ЛОР подразделения
отдела Хирургических технологий компании Медтроник*

eduard.golikov@medtronic.com

моб. +7 985 417 27 32



- ▶ Модифицированная трансназальная эндоскопическая операция по Лотропу
- ▶ Клиническое наблюдение. Шейверная аденотомия у ребенка 6 лет.
- ▶ Конференция: «РУ ЭНДО 2013. Эндоскопическая эндоназальная хирургия основания черепа: междисциплинарный подход»



Новые технологии и методы лечения

Модифицированная трансназальная эндоскопическая операция по Лотропу

Техника операции описана: Charles W. Gross, MD, FACS, William E. Gross, MD u Daniel G. Becker, MD

При операции по Лотропу резецируют дно средней части лобной пазухи, верхнюю часть носовой перегородки и перегородку между пазухами, создавая таким образом широкое сообщение между лобной пазухой и полостью носа с костными стенками. Однако наружная стенка такого сообщения не имеет костной опоры, и потому существует риск спадения медиально расположенных мягких тканей с последующим стенозом полученного сообщения. Представляем модифицированную трансназальную эндоскопическую операцию по Лотропу с использованием механических боров для пациентов, у которых невозможно устранить обструкцию лобной пазухи посредством ревизии лобного кармана.

Модифицированная операция по Лотропу показана пациентам с заболеваниями, поражающими лобную пазуху, у которых консервативное лечение не дало желаемого эффекта. Процедура является достаточно трудоемкой и требует от ЛОР-хирурга большого опыта в выполнении эндоскопических операций на лобной пазухе и носовой полости с использованием механических боров.

Техника операции

Модифицированная трансназальная эндоскопическая операция по Лотропу выполняется под общей анестезией. В носовой полости выполняют местную анестезию с инъекцией лидокаина и эпинефрина. Пациента размещают на столе как для обычной эндоскопической операции на околоносовых пазухах. В операционной должны находиться снимки КТ в корональной и аксиальной проекциях, по которым ориентируются во время операции.

Этап 1: Резекция решетчатого гребня, верхней части крючковидного отростка и передней части ячеек решетчатой кости.

При наличии решетчатого гребня, верхней части крючковидного отростка и передней части ячеек решетчатой кости их удаляют с помощью микрошейвера Straightshot® M4 с лезвием Tricut® 4 мм или обычных хирургических инструментов. Для доступа к лобному карману и его расширения рекомендуется использовать вращающееся лезвие на 40° Rad® 40 (Рисунки 2 и 3).

Этап 2: Локализация лобного кармана

Лобный карман с одной стороны канюлируют, если это возможно. Поскольку процедура обычно выполняется с обеих сторон, выбирают наиболее легкий для доступа лобный карман. Если доступ по визуальным ориентирам затруднен, можно прибегнуть к мини-трепанации передней стенки лобной пазухи с введением жидкости через трепанационное отверстие для определения путей дренажа лобной пазухи (Рисунок 4). В таких случаях также полезна КТ-навигация в реальном времени.

Этап 3: Резекция передней верхней части носовой перегородки.

Выполняют резекцию верхней части носовой перегородки между двумя лобными карманами, впереди от носолобного перешейка (Рисунок 5). Резекция выполняется в начале процедуры в целях расширения операционного поля. При этом существенно улучшается поле зрения, и помещенный в одну ноздрю эндоскоп показывает кончик бора, помещенного в другую ноздрю. Благодаря такому приему существенно улучшается управляемость инструментов и контроль за ходом процедуры. Перегородку удаляют до уровня средней носовой раковины. По опыту, если верхняя часть перегородки не была полностью удалена, в последующем струп или отделяемое из пазухи могут фиксироваться на верхней поверхности оставшейся перегородки.

Рис.1 Анатомия околоносовых пазух

Рис. 2 С помощью прямого лезвия удаляют верхнюю часть крючковидного отростка и передние ячейки решетчатой кости справа

Рис. 3 С помощью изогнутого лезвия удаляют решетчатый гребень и верхние ячейки решетчатой кости

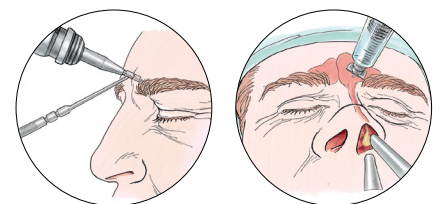
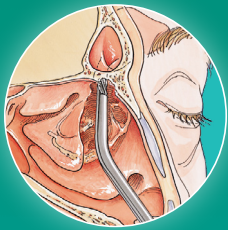


Рис. 4 С помощью инструментов для мини-трепанации передней стенки лобной пазухи определяют пути дренажа лобной пазухи



Новые технологии и методы лечения

Этап 4: Подготовка дна лобной пазухи для высверливания

С помощью микрошейвера с лезвием Rad® 40° или 60° удаляют слизистую со дна лобной пазухи между двумя лобными карманами. В качестве ориентира используют оставшуюся белую часть хрящевой и костной перегородки кверху и кзади от зоны сверления (Рисунок 6).

Этап 5: Высверливание лобной кости

С помощью орошаемого прямого алмазного бора с коническим наконечником 70° или бора 55° с отсосом, расположенного перпендикулярно лобной кости, высверливают отверстие по передней стенке лобного кармана, при этом стараясь не затрагивать задней стенки лобного кармана (можно ориентироваться на путь дренирования, установленный при трепанации). При этом отверстие выполняется в так называемом назофронтальном «выступе» кости (Рисунок 7). С помощью бора 55° или 70° проходят через дно лобной пазухи кпереди и медиальнее носолобного перешейка, в области решетчатого гребня. Сам решетчатый гребень удаляют и постепенно расширяют лобную пазуху (Рисунок 8).

Бор продвигают далее по средней линии, ориентируясь на заднюю костную пластинку (Рисунок 9). Продолжают высверливание, пока не будут открыты контралатеральный лобный карман и перешеек, которые соединяются таким образом с лобноносовым сообщением. Высверливание начинают с изогнутого бора 55°, который затем при необходимости заменяют на круглый или агрессивный фасонный бор 4,5 мм для более быстрого удаления костной ткани. Во время высверливания может потребоваться очистить торцевую линзу эндоскопа, для чего используют тубусы Endo-Scrub® 2. По возможности удаляют максимальный объем костной ткани в передней части, так чтобы носолобное сообщение было окружено лишь тонкой костной пластинкой в области надпереносья. Слизистую на задней костной пластинке и в заднем носолобном канале сохраняют. В итоге процедуры формируется сообщение между лобной пазухой и носовой полостью, в которое входят оба носолобных протока и дно лобной пазухи (Рисунок 10). Полученное отверстие обычно имеет полукруглую форму или форму полумесяца.

Рис. 5 Удаление передней верхней части носовой перегородки

Рис. 6 Удаление мягких тканей из лобного кармана

Рис. 7 Введение бора изогнутого на 55° в нижнюю часть лобной пазухи

Рис. 8 Удаление решетчатого гребня

Рис. 9 Высверливание решетчатого гребня за среднюю линию гребня

Рис. 10 Полученное отверстие имеет полукруглую форму или форму полумесяца

Послеоперационный период

Пациентам рекомендуют регулярно приходить на контрольное обследование для проверки проходимости носолобного сообщения. При этом может потребоваться удаление сгустков крови, струпа, полипов и грануляций. Послеоперационный уход выполняется как после стандартных эндоскопических операциях на околоносовых пазухах.

Предлагаем посмотреть видео из операционной с демонстрацией техники выполнения операции Лотропа

Консилиум

Место проведения:

ГБУЗ Морозовская Детская Городская
Клиническая Больница Департамента
Здравоохранения г. Москвы, Отделение
отоларингологии

Заведующий отделением: к.м.н.

Китайгородский Александр Петрович



Асманов Алан Исмаилович,

Врач-отоларинголог, ассистент кафедры
отоларингологии педиатрического факультета
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
кандидат медицинских наук

Отоларингологическое отделение больницы рассчитано на 60 коек. На базе отделения расположена кафедра болезней уха, горла и носа педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ – заведующий кафедрой член-корр. РАМН, проф. М.Р. Богомильский.

В отделении 3 операционных, две перевязочных комнаты, эндоскопический и аудиологический кабинеты. Оснащение операционной и кабинетов отвечает современным требованиям. В отделении оказывается экстренная и плановая медицинская помощь детям г. Москвы, Московской области, а также иногородним гражданам.

В отделении проходят лечение дети с самыми разными заболеваниями ЛОР-органов, в частности с заболеваниями глотки - 40,7%, наиболее часто из них: аденоиды (более 1700 больных/год); хронический тонзиллит (около 300 больных/год). В группе заболеваний носа и околоносовых пазух преобладают дети с острыми синуситами

(56,0%) и травмами носа (37%). Большинство детей, поступающих с заболеваниями уха, проходят лечение по поводу острого среднего гнойного отита (83,2%).

В настоящее время, в эру научно-технического прогресса, все больше отдается предпочтение современным малоинвазивным методам хирургического лечения. Так, в отделении детской отоларингологии активно используются эндоскопические методы диагностики и хирургического лечения заболеваний ЛОР-органов. Ввиду большого количества операций на лимфоидном кольце у детей долгое время велся поиск оптимального метода хирургического лечения, и в последние годы все большее предпочтение отдается шейверным (микродебридерным) системам.

Так, на сегодняшний день сотрудниками нашей клиники используется шейверная система Straight Shot компании Medtronic (США).

Клиническое наблюдение



Екатерина М.,
5 лет

Диагноз: Гипертрофия аденоидных вегетаций III степени, гипертрофия небных миндалин III степени, двусторонний средний экссудативный отит, двусторонняя кондуктивная тугоухость I степени.

Анамнез настоящего заболевания: впервые нарушение носового дыхания появилось 2 года назад. Родители стали отмечать, что ребенок испытывает трудности при дыхании носом во время физической нагрузки, чаще дышит ртом. Обратились к отоларингологу, провели курс консервативной терапии, отмечалось временное улучшение. Через 3 месяца после проведенной терапии ребенок перенес ОРВИ, когда вновь появилось выраженное затруднение носового дыхания, использовали противовоспалительные препараты, а также интраназальные деконгестанты (сосудосуживающие препараты). После купирования симптомов ОРВИ затруднение носового дыхания сохранялось в течение 6 месяцев, появилась гнусавость при разговоре, после чего стали отмечаться эпизоды обструктивного дыхания (храпа) во сне с периодами апноэ. Получали интраназальные кортикостероиды в течение 3 месяцев, на время лечения отмечалось улучшение носового дыхания. Через некоторое время родители стали обращать внимание на снижение слуха у ребенка, по результатам аудиологического обследования выявлена тимпанограмма типа «В», двусторонняя кондуктивная тугоухость I степени. Рекомендована консультация хирурга-отоларинголога.

Консилиум

Данные клинического осмотра: при внешнем осмотре обращает на себя внимание бедность кожных покровов, гнусавый оттенок речи по закрытому типу (rhinolalia clausa), бледность носогубного треугольника, темные круги под глазами, дыхание через рот в покое, выраженное затруднение носового дыхания, расширенная спинка носа. Диагностирован «аденоидный» тип лица (Habitus adenoideus).

Осмотр ЛОР-органов: носовое дыхание резко затруднено с двух сторон, слизистая полости носа ярко-розового цвета, в общих носовых ходах обильное количество мутного слизистого отделяемого, средние носовые ходы свободны, перегородка носа по средней линии. Слизистая полости рта чистая, небные миндалины гипертрофированы III степени, obtурируют зев на 80%, без налетов и наложений. Дыхание через рот затруднено. При отоскопии: барабанные перепонки втянуты, световой рефлекс укорочен, за барабанными перепонками визуализируется уровень экссудата.

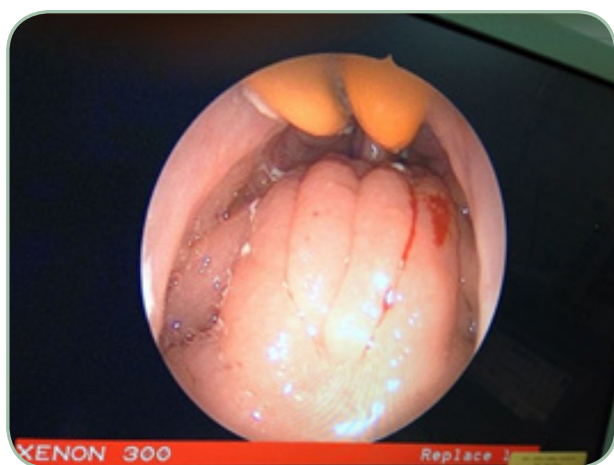
Диагностическая эндоскопия полости носа: после предварительной аппликационной анестезии 10% Sol. Lidocaini проведена диагностическая фибриноскопия. Лимфоидная ткань в носоглотке занимает более 1/2 высоты сошника, практически полностью obtурирует просвет хоаны, пролабирует в полость носа и сфеноэтомидальный карман. Слуховые трубы не обозримы, блокированы. Лимфоидная ткань ослизнена, гиперемирована.

Рекомендовано: эндоскопическая шейверная аденотонзиллотомия, двусторонняя тимпанотомия в условиях эндотрахеального наркоза.



Консилиум

Протокол операции: после предварительной премедикации и дачи интубационного наркоза произведена обработка операционного поля, больному установлен роторасширитель, через общие носовые ходы заведены мягкие резиновые катетеры и выведены через полость рта для элевации мягкого неба, катетеры фиксированы зажимом. При помощи эндоскопа с углом зрения 70° осмотрена носоглотка. В носоглотке визуализируется лимфоидная ткань. Далее с использованием фрезы с углом 15° для рукоятки Straight Shot (Medtronic) осуществлено удаление основного массива лимфоидной ткани в центральных отделах носоглотки, затем при помощи фрезы с углом 60° удалены остатки лимфоидной ткани в области хоан, сошника и трубных валиков, произведена частичная деструкция лимфоидной ткани трубных миндалин. На момент окончания операции носоглотка свободна, устья слуховых труб обозримы, не заблокированы. Произведена коагуляция очагов геморрагии в носоглотке при помощи биполярного коагулятора. Затем шейвером (фреза с углом 150) удалена выступающая часть лимфоидной ткани правой небной миндалины в пределах небных дужек, аналогичным образом произведена шейверная тонзиллотомия слева. Области геморрагии коагулированы. Кровотечение умеренное. На момент окончания операции лимфоидная ткань небных миндалин в пределах небных дужек. Без осложнений.



Осмотр в катамнезе: ребенок осмотрен через 14 дней после проведенного хирургического лечения. Отмечается выраженная положительная динамика. Носовое дыхание свободное. Со слов родителей, прекратился храп во сне. Голос не изменен, гнусавость отсутствует. В тонзиллярных нишах остатки лимфоидной ткани в пределах небных дужек. При эндоскопическом исследовании носоглотки: в куполе носоглотки определяются единичные гранулы лимфоидной ткани, хоаны свободные, устья слуховых труб не заблокированы, обозримы.

Обсудить данный клинический случай или задать дополнительные вопросы можно непосредственно автору: alan-asmanov@yandex.ru

Предлагаем также посмотреть видео из операционной с демонстрацией техники шейверной аденотомии

Новое поколение силовых систем для ЛОР-инструментов

Универсальная интегрированная консоль IPC и микродебридер модели «Стрэйтшот®» (Straightshot®) M4



Это сочетание обеспечивает:

- Широкий диапазон применения лезвий и боров.
- Наконечники лезвий, которые способны поворачиваться на 360°.
- Заводская калибровка лезвия для работы в режиме навигации лезвия.
- Полная интеграция с другими ЛОР-устройствами производства компании «Медтроник».

Мы предлагаем широкий выбор лезвий «Стрэйтшот®» M4 и боров, предназначенных для проведения специфических оперативных вмешательств, таких как:

- Полипэктомия.
- Турбинопластика.
- Септопластика и ринопластика.
- Этмоидэктомия и сфеноидотомия.
- Унцинектомия и верхнечелюстная антростомия.
- Трепанация лобных и гайморовых пазух.
- Удаление миндалин и аденоидов.
- Лечение хоанальных атрезий.
- Лечение заболеваний гортани и дыхательных путей.
- Микроэндоскопическая хирургия околоносовых пазух.

Для получения дополнительной информации Вам следует посетить сайт www.MedtronicENT.com



АНОНС!

Уважаемые коллеги!

Позвольте Вам сообщить, что 9-14 декабря 2013 года в Институте нейрохирургии имени академика Н.Н.Бурденко, Москва, состоится:

**IV Московский Международный Нейрохирургический Форум,
первая международная конференция:
«РУ ЭНДО 2013. Эндоскопическая эндоназальная хирургия
основания черепа: междисциплинарный подход»**

Приглашаем Вас 14 декабря на лекции:



14:40 - 15:00

С.А. Карпищенко, д.м.н., профессор

**Навигационные системы в трансназальной хирургии
основания черепа**



15:00 - 15:20

А.И. Асманов, к.м.н.

**Применение современных моторных систем в детской
ЛОР-хирургии. Шейверная аденотомия**

**Приглашаем Вас также на выставку медицинского оборудования на стенд компании Медтроник,
где будет проводиться демонстрация работы интегрированной силовой консоли IPC
и микродебридера Straightshot 4.**

**Обращаем Ваше внимание, что конференция будет проходить в конференц-зале старого корпуса по адресу:
1-ый Тверской-Ямской переулок, д. 13/5, 2 этаж.**