

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
КАФЕДРА АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА С ОПХ

ГАЙМОРОТОМИЯ. АНТРОТОМИЯ.

Выполнила: Опарина Н., 668 группа

АСТАНА-2016

ГАЙМОРОТОМИЯ

- ◎ **Гайморотомия** – хирургическая операция, заключающаяся во вскрытии одной из придаточных пазух носа – гайморовой пазухи.

Показания:

- ⦿ хроническое гнойное воспаление пазухи, не поддающееся консервативному лечению
- ⦿ кисты
- ⦿ инородные тела (корень зуба, пломбировочный материал).

Обезболивание:

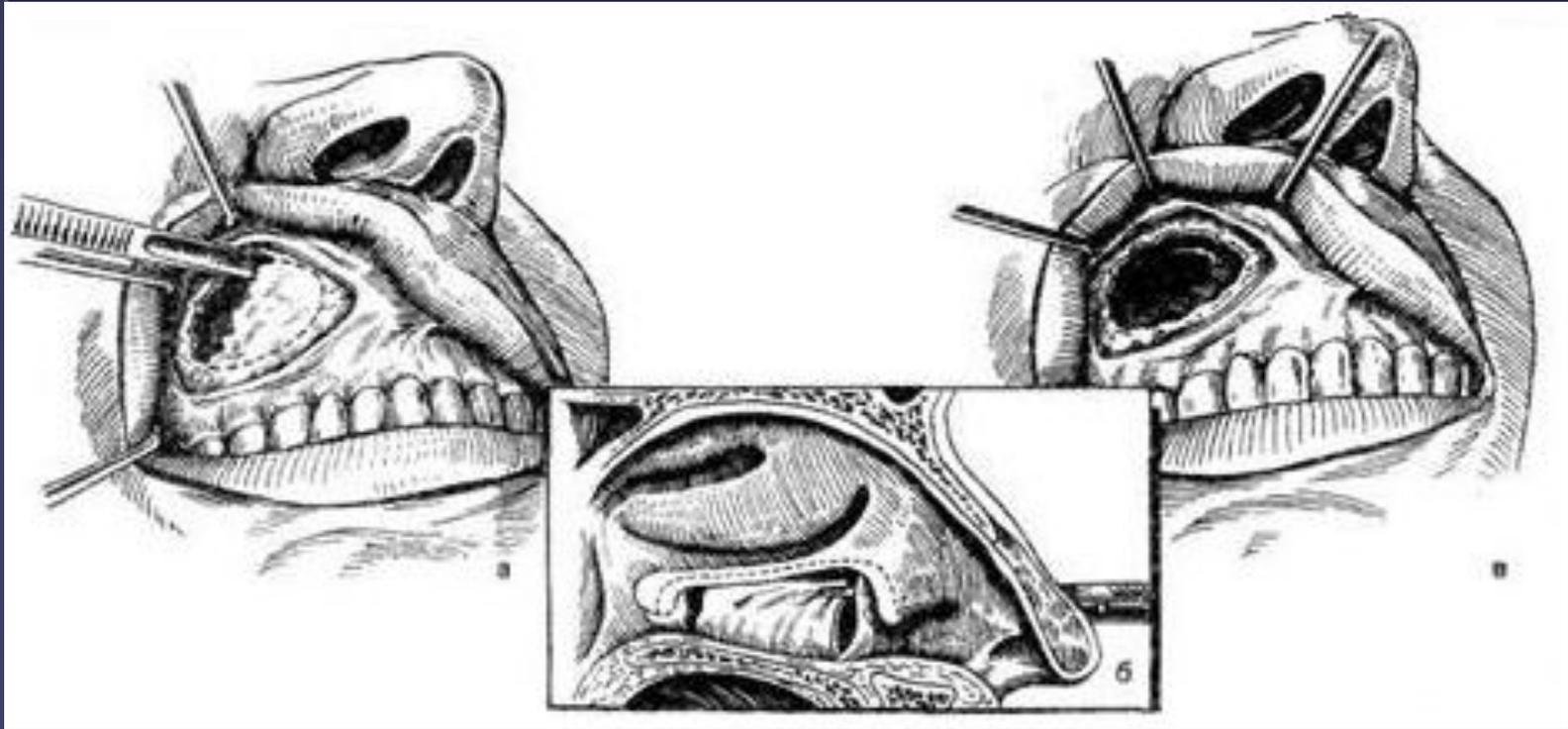
- ⦿ проводниковая анестезия (туберальная, инфраорбитальная, резцовая, нёбная)
- ⦿ инфильтрационное обезболивание с аппликационной анестезией в области нижнего носового хода и нижней носовой раковины
- ⦿ эндотрахеальный наркоз.

- Первые упоминания о применении операций для лечения гайморита относятся к XVII веку. Первое же подробное описание такой операции при гайморите составил американский хирург Джордж Колдуэлл в 1863 году.
- Четырьмя годами позже французский хирург Анри Люк описал ход операции по очень сходной методике, не зная об открытии своего коллеги. Несмотря на то что данная операция впервые описана уже более 150 лет назад, в некоторых случаях она применяется до сих пор.

Радикальная гайморотомия способом Колдуэлла-Люка

- Верхнюю губу и угол рта оттягивают тупыми крючками вверх. Разрез проводят сразу до кости в преддверии рта ниже переходной складки от бокового резца до второго моляра. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивают распатором и обнажают переднюю часть наружной стенки пазухи.
- В области клыковой ямки трепанируют кость и расширяют отверстие до размера 1,5x2 см. Вскрытие пазухи начинают у места отхождения скулового отростка верхней челюсти, так как здесь всегда можно попасть в пазуху, как бы мала она ни была.
- Соответственно отверстию иссекают оболочку пазухи, удаляют экссудат, полипы, грануляции, инородные тела, участки резко измененной слизистой оболочки.
- Бережно относятся к слизистой оболочке на верхней стенке и в альвеолярной бухте, так как в верхневнутреннем углу пазухи можно повредить решетчатую кость и носослезный канал, а в области альвеолярной бухты - нервные пучки, идущие к верхним зубам.

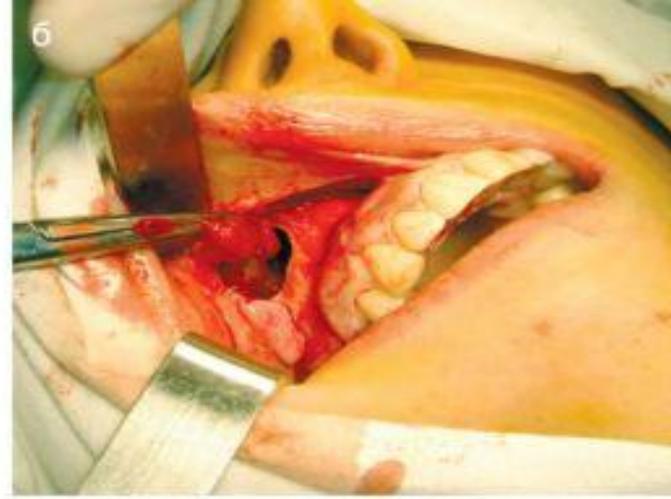
- Здоровую слизистую оболочку не удаляют.
- Гемостаз.
- Долотом или конхотомом удаляют костную стенку, отделяющую гайморову пазуху от нижнего носового хода. Накладывают соустье с нижним носовым ходом размером не менее 1,2-1,5 см, затем соответственно костному окну иссекают слизистую оболочку носа или выкраивают П-образный лоскут, который укладывают на дно пазухи.
- Обрабатывают пазуху, производят ее тампонаду йодоформным тампоном, пропитанным вазелиновым маслом. Конец тампона выводят в нижний носовой ход.
- На рану переходной складки накладывают узловое кетгутовые швы.



а – вскрытие верхнечелюстной пазухи;

б – пазуха вскрыта;

*в – укладывание лоскута слизистой оболочки
боковой стенки на дно пазухи*



• *трепанация (а), удаление полипозноизмененной слизистой оболочки (б), тампонада синуса йодоформной турундой (в), наложение первичных швов (г)*

Радикальная гайморотомия способом Денкера

- Проводят разрез до кости в области переходной складки преддверия рта от уздечки губы до третьего моляра. Отслаивают кверху слизисто-надкостничный лоскут и обнажают край грушевидного отверстия, боковую стенку носа и частично лобный отросток верхней челюсти.
- С помощью долота, бора, костных кусачек снимают переднюю стенку верхнечелюстной полости. Выскабливают ее измененную слизистую оболочку. Сбивают край грушевидного отверстия и часть боковой стенки носа в области нижнего носового хода, после чего верхнечелюстная полость соединяется с носовой.
- В пазуху опрокидывают лоскут на ножке из слизистой оболочки носовой полости.
- На сутки в пазухе оставляют йодоформный тампон, конец которого через соустье выводят в полость носа. Рану в полости рта зашивают наглухо кетгутом.

Пункция через нижний носовой ход

- Полость носа тщательно очищается от слизи, корок и гноя. Слизистая оболочка нижнего носового хода смазывается местно анестезирующим раствором (10% раствор лидокаина, 2% раствором дикаина с добавлением адреналина), причем для достаточной анестезии купола нижнего хода конец зонда (ватника) должен быть загнут кверху и в таком виде подведен под нижнюю раковину. Кроме нижнего носового хода, необходимо также анестезировать и анемизировать средний носовой ход для того, чтобы вызвать сокращение средней носовой раковины и слизистой оболочки в области естественного соустья верхнечелюстной пазухи, чтобы облегчить выход из него жидкости при промывании.
- После анестезии под контролем глаза вводят иглу под нижнюю раковину на глубину около 2 см и опускают головку (наружную часть) иглы максимально вниз, чтобы конец иглы (в полости носа) поднялся возможно выше к самому куполу нижнего носового хода. Иглу вводят в таком положении, чтобы острие ее было направлено латерально, т.е. к пазухе, а скос - к раковине; это уменьшает возможность скольжения иглы под слизистой вдоль кости.

- Используя подвижность хрящевой части носа, отводят головку иглы максимально в медиальном направлении, чтобы игла стала возможно более отвесно к латеральной стенке носа. Иглу захватывают всей кистью правой руки таким образом, чтобы головка ее упиралась в ладонь, а указательный палец находился на игле, фиксируя и направляя ее; применяя умеренную силу, производят прокол.
- При этом ощущается как бы проваливание в полость. Если проколоть стенку не удастся, то не следует форсировать, применяя большую силу, а надо изменять положение иглы, подняв ее конец выше, или идти несколько кзади или впереди, пока не обнаружится более податливая точка стенки. Форсирование же может привести к поломке иглы или скольжению ее вдоль кости и травмированию слизистой носа.
- При наличии толстой костной стенки не следует увеличивать давление на иглу. Бесконтрольное проваливание в пазуху может вызвать нежелательное повреждение латеральной стенки или орбиты. В этом случае для контролируемого прокола стенки необходимо производить вращательные движения иглой при прочной фиксации её в месте прокола. Срезы иглы как бы высверливают костное отверстие и прокол пазухи будет контролируемый. Для получения содержимого пазухи нужно в первую очередь произвести отсасывание шприцем.

- Пазуха промывается раствором NaCl 0,9 % или антисептика, обязательно согретым до 37°. Холодный раствор вызывает ощущение боли или рефлекторные явления вследствие раздражения окончаний разветвлений тройничного нерва.
- Промывание можно произвести при помощи 100-граммового шприца Жанэ, обычного 20 гр. Шприца.
- Само промывание надо проводить медленно и осторожно, не применяя сильного давления. Во время промывания надо следить за общим состоянием больного и за местными явлениями. Промывание должно быть безболезненным. Появление боли указывает на осложнение, поэтому об ощущении боли больной должен тут же сообщить.

Эндоскопическая гайморотомия

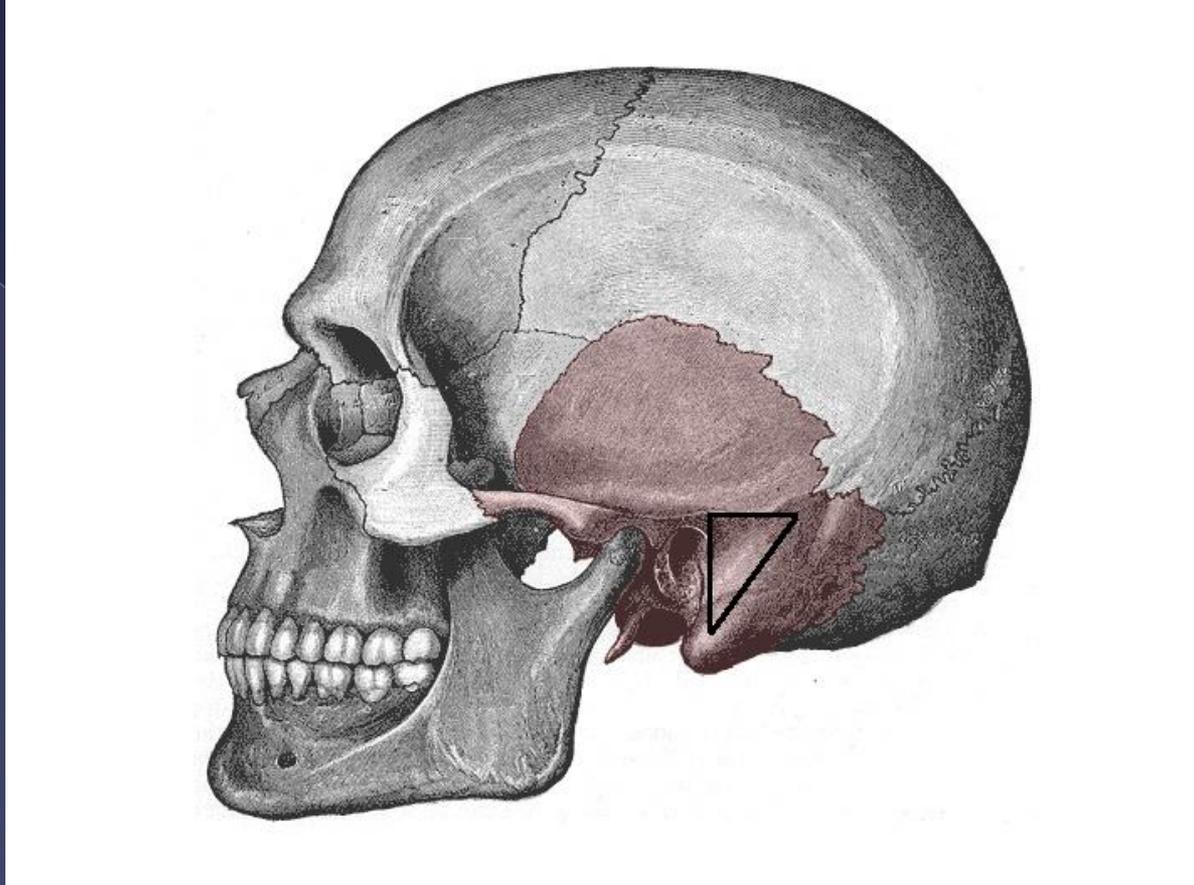
- Существует пять видов оперирования при помощи эндоскопической гайморотомии:
 - При помощи среднего носового прохода
 - Через нижний носовой проход
 - Через переднюю стенку пазухи
 - Через зубную альвеолу, при наличии свища
 - Преодолев бугор в области верхней челюсти.
- Введение эндоскопа с микроинструментами;
- Проведение необходимых манипуляций;
- Промывание полости растворами антисептиков.

АНТРОТОМИЯ

◎ **Трепанация сосцевидного отростка (антротомия)** — хирургическая операция вскрытия воздухоносных ячеек сосцевидного отростка височной кости, в том числе сосцевидной пещеры с целью удаления гнойного экссудата и грануляций с последующим дренированием раны.

- Операция показана при типичной клинической картине мастоидита и безуспешности консервативного лечения, ее цель — ликвидация гнойно-деструктивного процесса в сосцевидном отростке с одновременным дренированием барабанной полости.
- Вмешательство производят под эндотрахеальным наркозом с применением релаксантов (наркоз детям обязателен; взрослых в ряде случаев можно оперировать под местным обезболиванием).

- Кожу с подкожной клетчаткой рассекают параллельно прикреплению ушной раковины, отступив от него кзади на 1 см.
- Предварительно определяют проекцию трепанационного треугольника Шипо (по *spina suprameatum*, пальпируемой на стыке верхней и задней стенок костной части наружного слухового прохода). Проекция треугольника должна находиться в середине оперативного доступа.



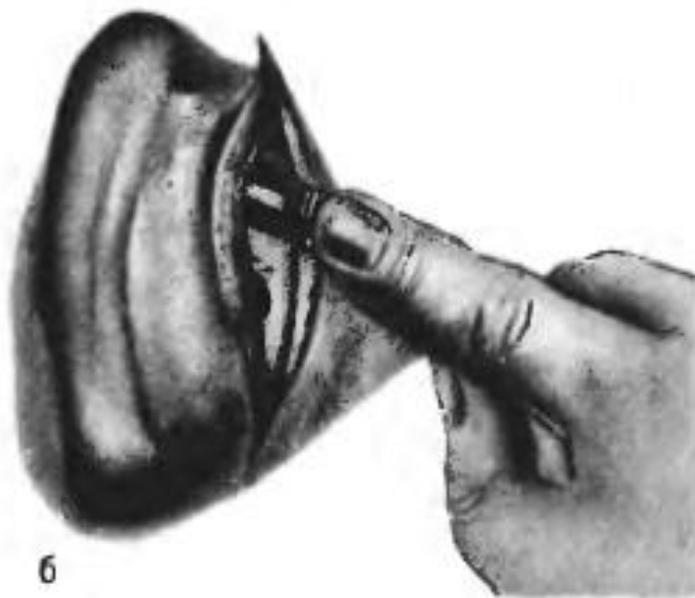
Трепанационный треугольник Шупо, в пределах которого выполняется антротомия:

- Спереди — задний край наружного слухового прохода;
- Сзади — сосцевидный гребень (лат. *crista mastoidea*);
- Сверху — горизонтальная линия, проведенная кзади от скулового отростка височной кости.

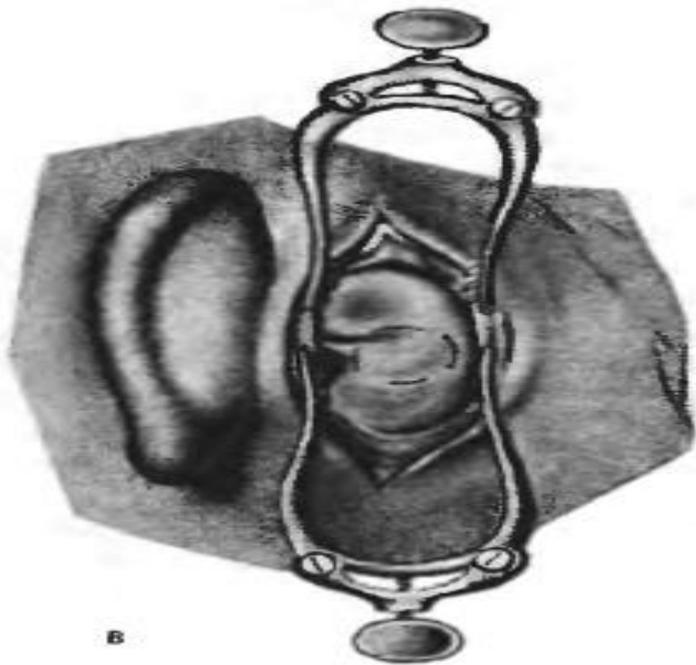
- Растянув края кожного разреза ранорасширителем, обнажают на передней поверхности верхневнутреннего квадранта сосцевидного отростка трепанационный треугольник, имеющий гладкую поверхность. Трепанацию сосцевидного отростка в пределах этого треугольника начинают с отделения надкостницы распатором.
- Вначале более широким желобоватым долотом снимают наружный слой кости, ставя долото сверху, а затем — снизу от вершины сосцевидного отростка и спереди, параллельно задней стенке наружного слухового прохода. Сбив поверхностный слой кости, переходят на более узкое долото и им углубляются в направлении кнутри и кпереди — параллельно задней стенке наружного слухового прохода.
- Достаточное вскрытие пещеры контролируют пуговчатым зондом, которым обследуют стенки пещеры, и осторожно выходят из неё через вход (лат. *aditus ad antrum*) в барабанную полость. Содержащиеся в пещере и других ячейках сосцевидного отростка гной и грануляции удаляют острой ложечкой, объединяя при этом всё в одну полость.
- Рану ушивают выше и ниже оставленного в пещере «выпускника» (полоска перчаточной резины).



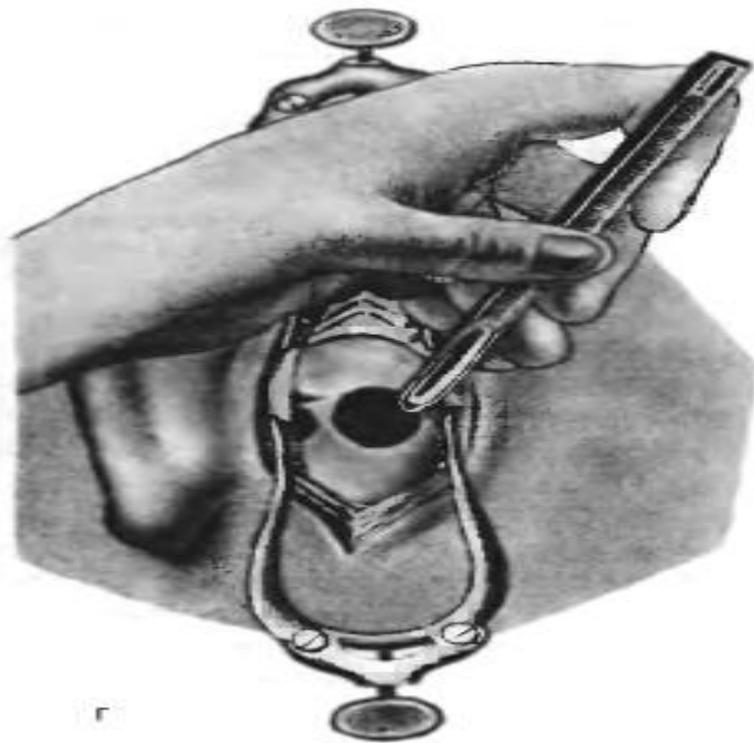
a



б



в



г