

Автор-составитель
Т. П. Мchedлидзе



ХИРУРГИЯ ЛОР-ОРГАНОВ

Тамаз Мchedlidze

**Хирургия ЛОР-органов.
Составитель Т. П. Мchedlidze**

«Издательские решения»

Мchedлидзе Т. П.

Хирургия ЛОР-органов. Составитель Т. П. Мchedлидзе /
Т. П. Мchedлидзе — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-900811-4

В книге представлено описание 764 операций, производимых на ЛОР-органах. Каждая операция снабжена библиографическим источником (в ряде случаев это первоисточники). Приведено оригинальное написание фамилий иностранных авторов. Библиографический указатель обзорных работ состоит из 286 наименований. Предназначена студентам и преподавателям медицинских высших учебных заведений, оториноларингологам, челюстно-лицевым хирургам, нейрохирургам.

ISBN 978-5-44-900811-4

© Мchedлидзе Т. П.
© Издательские решения

Содержание

Предисловие	6
1. Анестезия в ЛОР хирургии	7
2. Хирургия носа	10
2.1. Хирургические способы остановки носового кровотечения	10
2.2. Операции при гипертрофии носовых раковин	12
2.3. Операции при искривлении носовой перегородки	15
2.4. Пластика перфорации носовой перегородки	17
2.5. Операции при синехиях и атрезиях полости носа	18
2.6. Операции при озене	20
3. Хирургия околоносовых пазух	22
3.1. Операции на верхнечелюстной пазухе	22
3.2. Операции на решетчатой пазухе	26
3.3. Операции на лобной пазухе	28
3.4. Операции на основной пазухе	31
4. Хирургия видьева нерва	33
5. Хирургия глотки	35
5.1. Операции при абсцессах глотки и окологлоточного пространства	35
5.2. Операции на лимфаденоидном кольце глотки	36
6. Хирургия гортани и трахеи	37
6.1. Операции при перихондритах гортани	37
6.2. Операции на трахее	38
7. Хирургия уха	39
7.1. Операции при острых средних отитах	39
7.2. Операции при мастоидитах	40
7.3. Операции при хронических средних отитах	41
7.3.1. Операции с заушным подходом	42
7.3.2. Операции с внутриушным подходом	45
7.3.3. Консервативно#радикальные операции	47
7.3.4. Пластика послеоперационной полости при общеполостной операции на среднем ухе	48
7.4. Операции при отосклерозе	50
Конец ознакомительного фрагмента.	52

Хирургия ЛОР-органов

Составитель Т. П. Мchedlidze

Автор-составитель Тамаз Петрович Мchedlidze

ISBN 978-5-4490-0811-4

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero



*Светлой памяти
моей мамы*

Предисловие

В отечественной литературе книги по оперативной оториноларингологии имеются. В 1928 г. в Ленинграде издан русский перевод знаменитого немецкого руководства по оперативной хирургии Бира, Брауна и Кюммеля, пятый и шестой тома которого посвящены хирургии верхних дыхательных путей, пищевода и органа слуха. В 1940 г. выходит первый том *«Хирургии верхних дыхательных путей»* Д. И. Зимонта, посвященный хирургическим болезням носа, околоносовых пазух и глотки. Второй же том этого руководства, посвященный хирургическим болезням гортани и трахеи, вышел уже после войны в 1948 г. В. В. Шапуров в 1946 г. издает *«Хирургическое лечение болезней и повреждений ЛОР органов»*. В следующем году выходит уникальная в отечественной литературе книга профессора С. А. Проскурякова *«Восстановительные операции носа, гортани, уха»*.

Самым значительным трудом в отечественной оториноларингологической литературе является вышедшая в 1959 г. в Алма-Ате *«Оперативная оториноларингология»* Б. В. Еланцева.

В 1983 г. выходит *«Атлас оперативной оториноларингологии»* под редакцией В. С. Погосова. В 1984 г. Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В. и Мchedлидзе Т. П. издают *«Эпонимический справочник оториноларингологических операций»*. Значительным руководством является *«Атлас операций на ухе»* В. К. Люлько и В. М. Марченко, вышедший в Киеве в 1989 г.

В 1997 г. нами издана небольшая по объему, но посвященная редкой теме книга *«Секционный курс»*. В ней описана методика препаровки на трупе с целью изучения топографической анатомии ЛОР органов и освоения техники хирургических операций на них. Рассматривать ее следует как небольшое, но практически важное дополнение к учебникам по оперативной хирургии.

В данной работе описаны только названные по именам предложивших их авторов операции. Основанием для включения операции в книгу являлось описание ее автором (или группой авторов) в литературе.

Материал в книге расположен по органному и нозологическому принципам. Операции расположены в алфавитном порядке с указанием отечественных и иностранных авторов в русской транскрипции. Каждая операция снабжена библиографическим источником (в ряде случаев это первоисточники). Всего книга содержит описание 764 операций. Указатель литературы состоит из 286 наименований.

Предназначена студентам и преподавателям медицинских высших учебных заведений, оториноларингологам, челюстно-лицевым хирургам, нейрохирургам.

1. Анестезия в ЛОР хирургии

Агеевой – Майковой метод эндоназальной новокаиновой блокады. Вводят 1 мл 1—2% раствора новокаина под слизистую оболочку задних концов нижних носовых раковин.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959.

Александрина метод интрафарингеальной шейной вагосимпатической блокады. Слизистую оболочку глотки анестезируют раствором дикаина. Производят вкол в заднебоковую стенку глотки. Иглу продвигают к позвоночнику и вводят 10 мл 0,25% раствора новокаина.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 41.

Вишневого метод анестезии верхней челюсти. Производят вкол иглы под середину скуловой дуги, после чего иглу продвигают в передне-верхнем направлении в крылонебную ямку. Вводят 50 мл 0,25% раствора новокаина. Дополнительно производят инфильтрационную анестезию мягких тканей в области разреза и слизистой оболочки неба. Для анестезии решетчатых нервов новокаин вводят у наружного угла нижней стенки глазницы.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 45—46.

Вишневого метод экстрафарингеальной вагосимпатической шейной блокады. Кивательную мышцу и сосудисто-нервный пучок смещают медиально. Производят вкол на середине длины кивательной мышцы по заднему ее краю в области пересечения с наружной яремной веной. Иглу продвигают к передней поверхности позвоночника. Вводят 50—60 мл 0,25% раствора новокаина.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 40.

Гордышевского метод анестезии барабанной перепонки. В наружный слуховой проход вводят до соприкосновения с барабанной перепонкой ватный шарик, смоченный в анестезирующей жидкости следующего состава: кокаина 1,0, этилового спирта и 0,1% раствора адреналина по 1 мл, кислоты карболовой 0,6. Через 2—3 минуты шарик извлекают, слуховой проход осушают.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 51—52.

Гордышевского метод анестезии гортани и глотки. Анестезию производят специальным распылителем, позволяющим точно дозировать количество анестетика. Орошают слизистую оболочку глотки и корня языка. Далее при непрямой ларингоскопии орошают голосовые складки, надгортанник, грушевидные синусы, подскладочное пространство. Процедуру повторяют несколько раз. Расходуют 1—2 мл 3% раствора дикаина.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 49—50.

Гоффманна (Hoffmann) – Лийка способ блокады верхнегортанного нерва. Иглу вкалывают перпендикулярно через щитоподъязычную мембрану на 0,5—1,0 см кпереди от верхнего рога щитовидного хряща. На глубине 1,0—1,5 см вводят 1 мл 85% этилового спирта. Возникает боль, иррадиирующая в ухо.

Лит. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М. 1981.

Гутмана метод анестезии гортани. В грушевидный синус на одну минуту вводят гортанный зонд с ватой, пропитанной 10% раствором кокаина. Процедуру повторяют 2—3 раза.

Лит. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М. 1981.

Дайняк метод эндоназальной новокаин-димедроловой блокады. Производят вкол иглы до костного скелета нижней носовой раковины. Вытягивая иглу, вводят 2 мл 2% раствора новокаина и 1 мл 1% раствора димедрола.

Лит. Цыганов А. И. и др. Справочник по оториноларингологии. – Киев, 1986.

Комендантова Г. Л. метод эндоназальной новокаиновой блокады. В слизистую оболочку переднего конца нижней носовой раковины вводят 5 мл 0,5% раствора новокаина.

Лит. Цыганов А. И. и др. Справочник по оториноларингологии. – Киев, 1986.



Джеймс Бертран. «Амбруаз Паре». Вторая половина 19 века

Лебедевского метод анестезии гортани и глотки. Производят трехкратное орошение корня языка 6—7 каплями 2% раствора дикаина с интервалом в три минуты. Слизистую оболочку гортани смазывают тем же раствором. В голосовую щель и в подскладочное пространство вливают 1 мл 1% раствора дикаина.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 48.

Левина метод эндоназальной новокаиновой блокады. В слизистую оболочку перед передним концом нижней носовой раковины и на границе средней и задней третей раковины вводят по 1 мл 5% раствора новокаина. Аналогично производят с другой стороны.

Лит. Цыганов А. И. и др. Справочник по оториноларингологии. – Киев, 1986.

Лихачева метод анестезии носоглотки. В область крылонебного узла через крыло-небный канал вводят 4 мл 1% раствора новокаина. Через нижний носовой ход и через мягкое небо в слизистую оболочку носоглотки вводят 10 мл 2% раствора новокаина.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 47—48.

Лихачева способ местной анестезии. После премедикации, анестезии смазыванием доступных мест полости носа и носоглотки 5% раствором кокаина с адреналином (1:1000) медленно длинной иглой через прокол мягкого неба и со стороны полости носа вводят в основание ангиофибромы носоглотки 1,5—2,0 мл 1% раствора новокаина с 8—10 каплями адреналина (1: 1000).

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 47—48.

Нейфаха способ интрафарингеальной вагосимпатической блокады. Производят анестезию глотки 3% раствором дикаина. Инъекционную иглу вкалывают в заднебоковую стенку глотки на уровне III, IV или VI шейного позвонка. Вводят подслизисто небольшое количество 0,5% раствора новокаина. Иглу продвигают вглубь косо вниз, скользя по телу позвонка. На глубине 0,5—1,0 см вводят 10—20 мл новокаина.

Лит. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М., 1981.

Олисова способ околоушной новокаиновой блокады. Производят вкол в области ретромандибулярной ямки под мочкой ушной раковины. Иглу продвигают параллельно нижней стенке наружного слухового прохода. На глубине 2,5—3,0 см вводят 20—50 мл 0,5% раствора новокаина.

Лит. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М., 1981.

Портманна (Portmann J.) анестезия глотки при тонзиллэктомии 0,5% раствором новокаина. Первый укол делают в месте выхода n. palatini, второй – перикапсулярно.

Лит. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959.

Солдатов способ меатотимпанальной блокады. Кожа заушной области и наружного слухового прохода дважды обрабатывается спиртом, после чего кожа слухового прохода дополнительно протирается эфиром до появления легкой гиперемии. Блокада производится 1—2% раствором новокаина или 0,5% раствором тримекаина в количестве 1—1,5 мл. Игла вкалывается в заушной области по линии прикрепления ушной раковины на уровне стыка задней и верхней стенок наружного слухового прохода и продвигается вглубь до надпроходной ости. Критерием правильного расположения и продвижения иглы является побеление во время инфильтрации анестезирующим веществом кожи задней и верхней стенок наружного слухового прохода в костном его отделе и задних квадрантов барабанной перепонки. Меатотимпанальная блокада используется в качестве анестезии при проведении микрохирургических вмешательств на ухе или перед парацентезом, а также в лечении шума в ушах и вестибулярной дисфункции у больных негнойными заболеваниями уха. Указанная блокада предшествует меатотимпанальному введению лекарственных средств с учетом их патогенетического действия при различных заболеваниях уха.

Лит. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М., 1981.

Талышинского способ анестезии при радикальной операции на среднем ухе и мастоидэктомии. Раствором новокаина анестезируют сосцевидную область, области шейного сплетения, заднего ушного нерва, стенок слухового прохода.

Лит.: Талышинский А. М. Вопросы обезболивания в отохирургии в анатомно-клиническом освещении. // Всесоюзная конференция оториноларингологов. – М., 1954. – С. 40.

Темкина метод эндоназальной новокаиновой блокады. Вкол иглы производят несколько выше и кпереди от переднего конца средней носовой раковины. Вводят 0,2—1,0 мл 1—2% раствора новокаина.

Лит.: Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М., 1981.

2. Хирургия носа

2.1. Хирургические способы остановки носового кровотечения

Амелина способ остановки носового кровотечения. Производят разрез слизистой оболочки перегородки носа сверху вниз и ее отслойку. Производят второй разрез слизистой оболочки в нижнем отделе перегородки носа сзади наперед по ходу носонебной артерии. Второй разрез несколько не доходит до первого.

Лит.: Амелин В. М. Хирургическое лечение носовых кровотечений // Вестник оториноларингологии. – 1937. – №1. – С. 75.

Асписова способ остановки носового кровотечения. В области кровоточащего участка перегородки носа производят серповидный разрез слизистой оболочки и надхрящницы длиной 2—3 см и плотно тампонируют носовой ход.

Лит.: Aspisoff N. Operat. Kurd. Epistaxis. // Monatschrift fur ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. – 1929. – H.5. – S. 535.

Зейфферта (Seiffert) способ перевязки внутренней челюстной артерии при носовых кровотечениях. Вскрывают верхнечелюстную пазуху. Удаляют костную пластинку задней стенки пазухи размером 0,15—0,2 см. По пульсации находят внутреннюю челюстную артерию. Перевязывают артерию вблизи крылонебного отверстия.

Лит.: Maurice Escat. De la ligature thans-sinuïso-maxill. de l'artere maxill. int. // Les Annales d'otolaryngologie. – 1934. – P. 508.

Лаутеншлегера (Lautenschläger) способ остановки носового кровотечения. Применяют в случаях, когда вследствие анатомических особенностей подход к кровоточащему участку через преддверие носа невозможен. Вскрывают верхнечелюстную пазуху, в медиальной стенке пазухи делают костную брешь, через которую можно обнаружить кровоточащий участок в задних частях перегородки носа. Производят тампонаду.

Лит.: Lautenschläger A. Operat. Eingriffe im Gebiete d. Ohr d. Nase., d. Hals. – Berlin, 1936.

Невского способ циркулярной гальванокаустики. Кровоточащий участок слизистой оболочки перегородки носа отграничивают циркулярной ожоговой поверхностью при помощи гальванокаутера.

Лит.: Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М., 1989. – С. 102.

Пальчуна способ остановки тяжелых рецидивирующих носовых кровотечений из области решетчатого лабиринта. Производится трансмаксиллярное вскрытие клеток решетчатой кости с одной или обеих сторон и плотная тампонада образованной полости иодоформными турундами. Наружный конец тампона выводится через контрапертуру медиальной стенки пазухи в нижний носовой ход и извлекается через 2—3 суток.

Лит.: Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М., 1989. – С. 102.

Рети (Rethi) метод остановки носового кровотечения. Производят выскабливание кровоточащего участка слизистой оболочки перегородки носа.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Саундерса (Saunders) способ носовой дермопластики. Применяют при рецидивирующих кровотечениях из передних отделов носа. Удаляют слизистую оболочку переднего отдела перегородки носа, треугольного хряща, нижней носовой раковины и переднего отдела дна полости носа и замещают ее расщепленным кожным лоскутом из заушной области. При кровотечении из задних отделов полости носа подход осуществляют при помощи боковой фаринготомии.

Лит.: Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М., 1989.

Штеймана способ остановки носового кровотечения. На месте кровоточащего участка перегородки носа вырезают слизистую оболочку с целью последующего рубцевания.

Лит.: Штейман К. Б. О носовых кровотечениях // Журнал усовершенствования врачей. – 1927. – С. 205.

2.2. Операции при гипертрофии носовых раковин

Бурака способ латеропозиции нижней носовой раковины. Производят смещение нижней носовой раковины латерально путем подвывиха у места ее прикрепления, а фиксацию раковины в данном положении производят тампоном.

Лит.: Бурак С. М. К вопросу об улучшении носового дыхания посредством изменения формы и положения нижней носовой раковины // Русская оториноларингология. – 1925. – С. 474.

Пучковского способ резекции нижней носовой раковины. По всей длине нижней носовой раковины разрезают слизистую оболочку до кости, после чего иссекают «излишнюю ткань».

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т.1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Работиова способ подслизистого разрушения кавернозных пространств. Производят вертикальный разрез в области переднего конца нижней носовой раковины. В разрез вводят узкий распатор, которым производят вращательные движения, которые вызывают реактивные явления и развитие соединительной ткани. При резко выраженной гипертрофии наносят ряд насечек с целью частичного разрушения надкостницы.

Лит.: Rabotnow L. Uber Bahandl. d. Muschelhypertrophie // Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. – 1912. – Bd. IV. – S. 137.

Рихтера способ уменьшения гипертрофированной нижней носовой раковины. Производят иссечение длинной полоски ткани раковины. Киллиановским носорасширителем производят надлом раковины и смещение ее латерально, что увеличивает просвет полости носа.

Лит.: Richter Ed. D. Muschelfrakt. Als Operat. // Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, sowie di angrenzenden Gebiete. – 1927. – Bd. 117. – S. 67.

Феркельмана – Виницкого способ лечения хронических гипертрофических вазомоторных ринитов. Ультразвуковой зонд-дезинтегратор свободно и бескровно вводится в пораженную ткань раковины, затем в течение 12—15 секунд выводится из нее прерывистыми движениями.

Лит.: Феркельман Л. А., Виницкий М. Е. Роль ультразвуковой хирургической аппаратуры в совершенствовании неотложной оториноларингологии // Неотложная оториноларингология. – М., 1984. – С. 147—151.

Царнико (Zarnico) способ подслизистой резекции нижней носовой раковины. Ножницами производят вертикальный разрез на переднем конце нижней носовой раковины, через который при помощи специального распатора отслаивают мягкие ткани от костной основы раковины. Затем производят резекцию костной основы раковины на необходимую длину, а слизистую оболочку укладывают на место.

Лит.: Zarnico. Turbinotomia submucosa. // Verhandl. d. Vereins dtsch. Laryngol. – 1910.

Цыпина способ введения кетгута в слизистую оболочку нижней носовой раковины с целью уменьшения ее объема. С проксимального конца инъекционной иглы вводят мандрен, с дистального конца – кусочки кетгута длиной около 6—7 мм. После поверхностной аппликационной анестезии иглу вводят в нижнюю носовую раковину, с помощью мандрена продвигают кетгут в ткань раковины. Одновременно в раковину можно ввести 3—6 кусочков кетгута. В последующем в ткани раковины наступают склеротические изменения и уменьшение ее объема.

Лит.: Цыпин М. Я. О склерозирующей терапии хронических ринитов // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1937. – №5. – С. 586.

Шантурова способ одновременной редрессации обеих нижних носовых раковин. Для надлома, бокового смещения и латерофиксации нижних носовых раковин применяется специальный инструмент с двумя удлиненными браншами, которые можно одновременно ввести в обе половины носа, с помощью ручки синхронно раздвинуть в стороны на нужное расстояние и механически на некоторое время зафиксировать. Приданное репрессированным раковинам латероположение целесообразно поддерживать 1—2 суток специальными фиксаторами или тампонадой обеих половин носа.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мчедлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Шантурова способ пластики буллезной средней носовой раковины. По передне-нижней поверхности буллезной носовой раковины делают разрез слизистой оболочки и подлежащих мягких тканей и частично отслаивают их в обе стороны. По линии разреза острыми концами и изогнутыми в продольном направлении ножницами рассекают костную часть буллы и киллиановским зеркалом разводят фрагменты в стороны. После ревизии полости буллы и удаления патологического содержимого специальными щипцами с широкими браншами захватывают в поперечном направлении обе части раковины и, надламывая костные стенки, умеренно сжимают их до соприкосновения. Избыточные участки кости с нижней части раковины резецируют. Редрессированную и уменьшенную в размерах раковину фиксируют в нужном положении тампонами, которые извлекают из носа через 2—3 суток.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мчедлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Шеврыгина способ подслизистой резекции нижних и средних носовых раковин. Специальным изогнутым ножом производят дугообразный разрез до кости по переднему краю раковины, отслаивают слизистую оболочку и надкостницу от кости и резецируют кость, после чего слизистую оболочку фиксируют небольшим тампоном к латеральной стенке носа.

Лит.: Шеврыгин Б. В., Манюк М. К. Внутриносовая микрохирургия. – Кишинев, 1981. – С. 72.

Шеврыгина – Манюка способ подслизистой резекции нижней носовой раковины при аномалиях ее развития. Сзади наперед узким скальпелем производят «контурный» разрез слизистой оболочки, который повторяет очертания нижнего и переднего краев раковины. Слизистую оболочку и подслизистые мягкие ткани откидывают вверх. Ножницами или специальным конхотомом резецируют носовую раковину вместе с неотсепарованной слизистой оболочкой латеральной ее поверхности. Откинутый лоскут слизистой оболочки укладывают на «культю» носовой раковины после чего производят тампонаду полости носа.

Лит.: Шеврыгин Б. В., Манюк М. К. Внутриносовая микрохирургия. – Кишинев, 1981. – С. 111.

Шеврыгина – Манюка способ сегментарной латеропозиции средней носовой раковины. Ножницами Штруйкена производят разрез носовой раковины в месте наибольшего искривления в поперечном направлении. Губками носового зеркала оттесняют искривленный сегмент носовой раковины латерально и вводят между ней и носовой перегородкой туго скатанный марлевый валик. На вторые сутки валик удаляют.

Лит.: Шеврыгин Б. В., Манюк М. К. Внутриносовая микрохирургия. – Кишинев, 1981. – С. 83.

Шеврыгина – Манюка способ реконструктивной костно-пластической операции при буллезной средней носовой раковине. По передне-нижней поверхности пневматизированной части средней носовой раковины производят вертикальный разрез слизистой оболочки до кости. Слизистую оболочку отслаивают от кости и обнажают буллу. Костную стенку буллы разрезают скальпелем в сагиттальной плоскости. Большую часть буллы удаляют,

а оставшуюся меньшую часть дополнительными разрезами моделируют, после чего ее укутывают лоскутом слизистой оболочки. Лоскут фиксируют марлевым валиком и производят рыхлую тампонаду полости носа.

Лит.: Шеврыгин Б. В., Манюк М. К. Внутриносовая микрохирургия. – Кишинев, 1981. – С. 69.

2.3. Операции при искривлении носовой перегородки

Воячека способ редрессации перегородки носа. Производят разрез слизистой оболочки и надхрящницы сверху вниз с последующей отслойкой ее распатором. Выкраивают четырехугольную пластинку из хряща, связанную со слизистой оболочкой противоположной стороны. Если подвижность ее недостаточна, выкраивают дополнительные пластинки выше и ниже первоначальной. Костную часть перегородки носа надламывают носовым зеркалом с удлиненными браншами. Заканчивают операцию передней тампонадой носа.

Лит.: Wojatschek W.J. Eineneue Semptomoperationsmethode // Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laringo Rhinologie. – 1926. – Н. 10. – S. 910.

Воячека способ частичной резекции перегородки носа. Производят редрессацию хрящевой части перегородки (иногда ее дополняют циркулярной резекцией), после чего слизистую оболочку костного отдела перегородки отслаивают с обеих сторон и деформированную часть кости удаляют.

Лит.: Воячек В. И. Консервативная редрессация носовой перегородки // Врачебная газета. – 1916. – №2. – С. 24.

Воячека способ циркулярной резекции перегородки носа. Производят так же, как и редрессацию перегородки носа по Воячеку. Для того, чтобы добиться большей мобильности перегородки, вокруг выкроенного четырехугольника убирают полоску хряща шириной 3—4 мм.

Лит.: Wojatschek W.J. Sur les indicat d. oper. conservat. de la cloison nasale. I congres int. d'o.r.l. – 1928.

Киллиана (Killian) способ подслизистой резекции перегородки носа. Разрез слизистой оболочки с надхрящницей производят сверху вниз до уровня дна полости носа. Слизистую оболочку с надхрящницей отсепааровывают распатором. Хрящ рассекают по линии предыдущего разреза. Отслаивают надхрящницу с противоположной стороны. Хрящевую и костную часть перегородки удаляют долотом. Заканчивают операцию нетугой тампонадой полости носа.

Лит.: Killian G. Beitr. Z. Submukosen Fenster Resekt. d. Nasenscheidewand, «Beitr. P.S.» – 1908. – Bd. 1. – S. 183.

Кречманна (Kretschmann) способ подслизистой резекции перегородки носа. Производят разрез слизистой оболочки вдоль переходной складки верхней губы между клыками. Слизистую с надкостницей отслаивают до уровня дна носовой полости. Отслаивают слизистую оболочку от дна носовой полости и перегородки носа. Искривленную часть перегородки носа резецируют. Производят переднюю тампонаду и на рану в преддверии рта накладывают швы.

Лит.: Passow A. Die Erkrankund, d. Nasenscheidewand. «Handbuch D.K. – Bd. II. – S. 444.

Мишенькина способ остеопластической ультразвуковой хирургии при посттравматической деформации носа с исключением функции. Рассекают мягкие ткани от корня носа, по спинке до верхнего края верхней губы. С обеих сторон ультразвуком скобообразно распиливают носовые кости, отступя 2 мм от их шва. Через надлом основания костных фрагментов вскрывают полость носа. Производят основные операции – резекцию раковины, перегородки, ревизию пазух, ликвидируют синехии. Для коррекции деформированного наружного носа проводят ультразвуковую резекцию костных фрагментов и их сварку.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Патякиной – Соболева способ фиксации мягких тканей носовой перегородки после резекции ее хрящевого отдела. После удаления хрящевого отдела носовой перегородки мяг-

кие ткани ее сближают и по обе стороны укладывают по одной полоске магнитной резины на два дня.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Смирнова способ биологической тампонады полости носа после подслизистой резекции носовой перегородки. После укладки листков слизистой оболочки обе половины полости носа заполняют полосками биологического антисептического тампона, приготовленного из сухого остатка плазмы с добавлением в нее антибиотиков.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Шантурова способ редрессации носовой перегородки. Через разрез в переднем отделе носовой перегородки отслаивают с обеих сторон слизистую оболочку, после чего в него вводят бранши специального редрессатора, помещая между ними костно-хрящевой скелет перегородки. Путем нажатия на ручки инструмента одновременно, направленно и атравматично надсекают, рассекают и редрессируют подлежащие исправлению участки хряща и кости. Удержание последних в нужном положении производится специальными фиксаторами или тампонадой носа.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Шеврыгина – Мchedлидзе способ резекции перегородки носа с целью улучшения обоняния при респираторной форме его нарушения. Производят высокую подслизистую резекцию носовой перегородки в месте ее соприкосновения со средней носовой раковиной в области обонятельной щели.

Лит.: Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Подслизистая резекция перегородки носа с целью улучшения обоняния // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. – №4. – С. 57.

2.4. Пластика перфорации носовой перегородки

Антонива – Аксенова способ пластики дефекта перегородки носа. Используется при наличии перфорации хрящевого отдела перегородки носа. После освежения краев перфорации из слизистой оболочки переднего края нижней носовой раковины формируют лоскут на ножке. Лоскут отслаивают сзади наперед. Задний край его подшивают к переднему краю перфорации. Накладывают еще два шва – сверху и снизу. При большом дефекте формируют два лоскута – с правой и левой нижней носовой раковины. Ножку или ножки отсекают у заднего края бывшей перфорации спустя 14—15 дней после вмешательства.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Бокштейна способ наложения шва на слизистую оболочку перегородки носа. В просвет инъекционной иглы вводят конский волос. Края слизистой оболочки в области дефекта прокалывают этой иглой. Находящийся в просвете ее конский волос проталкивают в полость носа, захватывают зажимом, иглу извлекают, после чего концы завязывают в узел.

Лит.: Проскуряков С. А. Восстановительные операции носа, горла, и уха. – Новосибирск, 1947. – С. 152.

Галле (Halle) способ пластики перегородки носа. Выкраивают два лоскута. Нижний лоскут в форме подковы основанием обращен к перфорации. Лоскут отсепааровывают, радиально рассекают на несколько частей и заворачивают в перфорацию. Верхний лоскут большего размера выкраивают дугообразным разрезом, отсепааровывают, смещают вперед и вниз и закрывают неприкрытую нижним лоскутом часть перфорации перегородки носа. Нижний и верхний лоскуты соприкасаются раневыми поверхностями. В таком положении верхний и нижний лоскуты фиксируются двумя-тремя швами. Возникший вследствие сращения верхнего лоскута серповидный дефект слизистой быстро эпителизируется.

Лит.: Проскуряков С. А. Восстановительные операции носа, горла, уха. – Новосибирск, 1947 – С. 150.

Дворкина способ наложения швов на перфорацию перегородки носа. Перфорацию зашивают хирургической иглой, с помощью которой оба конца нити проводят через задний и передний края перфорации со стороны другой ноздри.

Лит.: Проскуряков С. А. Восстановительные операции носа, горла, уха. – Новосибирск, 1947. – С. 151.

Еланцева способ пластики дефекта перегородки носа. Края дефекта освежают, производят угловой разрез слизистой оболочки перед перфорацией для образования смещаемого лоскута. При проведении разреза учитывают обеспечение питания образуемого лоскута. Угловой лоскут отсепааровывают от перегородки носа и смещают кзади, закрывая перфорацию. На слизистую швов не накладывают. Для удержания лоскута в требуемом положении в полость носа на 48 часов вводят тампон.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 92.

Проскурякова способ наложения шва на слизистую оболочку перегородки носа. Короткую швейную иглу с волосом захватывают носовым корнцангом с плоскими браншами. Острый конец иглы должен быть обращен к хирургу под углом 10—30°. Иглу вводят в полость носа. Делают вкол в глубже расположенный конец и извлекают из полости носа. Не вынимая нитки из иглы, можно вновь наложить шов, делая его непрерывным.

Лит.: Проскуряков С. А. Восстановительные операции носа, горла, уха. – Новосибирск, 1947 – С. 152.

2.5. Операции при синехиях и атрезиях полости носа

Бокштейна способ пластики ноздрей. На месте атрезии производят сагиттальный и дугообразный разрезы. Отсепаровывают два лоскута и заворачивают вверх. Рубцовую ткань иссекают, долотом сносят боковой и нижний края грушевидного отверстия. Из слизистой оболочки верхней губы выкраивают П-образный лоскут, который через разрез в толще губы выводят наружу и укладывают на обнаженное дно полости носа. Накладывают швы у носового отверстия, а после оформления преддверия носа и на место иссеченного слизистого лоскута на губе. Благодаря эластичности слизистой и подлежащих тканей края раны сближаются без натяжения и изменения положения верхней губы.

Лит.: Бокштейн Ф. С. Новый оперативный метод для лечения передних атрезий носа // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1927. – №№1—2. – С. 30.

Валличека (Walliczek) способ пластики ноздрей. Разрезом от кончика носа до дна полости носа рассекают сращение крыла носа с перегородкой носа. Крыло носа отсекают от места прикрепления и оттягивают кверху крючком. Из кожи щеки выкраивают треугольный лоскут, основанием обращенный книзу. Ширина основания лоскута 0,5 см. Лоскут укладывают на дно полости носа, а крыло носа переносят кнаружи от лоскута и прилежащие края их соединяют швами. Образуют широкую ноздрю, в которую вставляют дренажную трубку.

Лит.: Katz L. Die intranasale Chirurg., Handbuch, K.P.B., Bd. III. – S. 251.

Дайхеса А. И. способ устранения обширных атрезии полости носа. Производят рассечение рубцов по краю крыльев носа. Выделяют кожную часть носовой перегородки, отсекают ее у основания и вместе с кончиком носа на держалке поднимают. Рубцы, облитерирующие полость носа, иссекают, сохраняя оставшуюся слизистую оболочку. После восстановления носового дыхания раневые поверхности в полости носа закрывают расщепленными кожными лоскутами. Тампонада полости носа пневматическими тампонами.

Лит.: Родин В. И. Реконструктивные операции в оториноларингологии. – Киев, 1984. – С. 56.

Кац – Вильямса (Katz – Willaiams) способ внутриносовой пластики при синехиях. Производят разрез по середине рубца с переходом на слизистую оболочку перегородки носа и нижней носовой раковины. Образуют два слизистых лоскута, которыми путем загибания их в разные стороны прикрывают обнаженные от слизистой оболочки места прикрепления иссеченного рубца.

Лит.: Katz L. Die intranasale Chirurg., Handbuch, K.P.B., Bd. III. – S. 251.

Проскуракова способ пластики ноздрей. Образуют два клиновидных лоскута под наружными краями ноздрей. Рубцы иссекают. Крыло носа истончают и сшивают со слизистой оболочкой. Швы накладывают на наружную поверхность крыла. Производят перемещение треугольных лоскутов с целью увеличения просвета ноздри.

Лит.: Проскураков С. А. Восстановительные операции носа, горла, уха. – Новосибирск, 1947. – С. 112.

Проскуракова способ устранения глухих атрезии носа. Иссекают ткани, закрывающие просвет носовой полости. У края грушевидного отверстия производят проникающий в полость носа разрез. Долотом сносят костный край грушевидного отверстия. В области носогубной складки выкраивают погружной лоскут с питающей ножкой у края костной раны. Лоскут опрокидывают и укладывают в полость носа на место удаленного участка кости.

Лит.: Проскураков С. А. Операции с применением клиновидного лоскута при атрезии носовых ходов // Сборник научных трудов, посвященный проф. Л. Т. Левину. – Ленинград, 1935.

Хмельчонок способ одномоментного устранения атрезии и исправления деформации носа эндоназальным путем. Деэпителизованную ткань иссекают и подводят к месту деформации носа, что позволяет одномоментно восстановить дыхание и форму носа.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Хмельчонок шестеренкообразный разрез при устранении атрезии носа. Из поверхностных слоев атрезии выкраивают шестеренкообразные лоскуты, обеспечивающие покрытие деэпителизованных поверхностей раны.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Шантурова – Носули способ устранения заращения хоаны. Восстановление просвета хоаны производится эндоназально путем послойного иссечения мягких и костных тканей с использованием специальных инструментов и последующим введением в созданное отверстие резиновой, фторопластовой или другого рода эластичной трубки с удаленным вдоль продольной оси сектором ее стенки. Наружный диаметр трубки должен несколько превышать размеры вновь созданной хоаны. Данная конструкция трубки одновременно способствует надежной фиксации ее в полости носа, сохранению и дилатации хоаны в течение длительного времени.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Штейнцанга способ устранения сужения хоан. Производят разрез слизистой оболочки с надкостницей по краю твердого неба. Слизисто-надкостничный лоскут осторожно отделяют от твердого неба и откидывают назад. В заднем отделе твердого неба долотом делают отверстие, через которое становятся обзримыми хоаны. Восстанавливают проходимость хоан. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на первоначальное место и фиксируют швами.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 80.

Шумского способ пластики ноздрей. Производят циркулярный разрез рубца, отсекают крыло носа от основания. Проводят полулунный разрез, отступя от основания крыла носа. Циркулярный и полулунный лоскуты иссекают. Крыло носа переносят на место полулунного лоскута. На месте бывшего прикрепления крыла носа иссекают овальной формы лоскут. Накладывают швы на кожу и слизистую оболочку.

Лит.: Еланцев. Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 76.

2.6. Операции при озене

Виттмаака Т. (Wittmaack T.) способ пересадки протока околоушной слюнной железы в верхнечелюстную пазуху. Верхнечелюстную пазуху вскрывают через переднюю стенку. На внутренней поверхности щеки выкраивают лоскут с выводным протоком околоушной слюнной железы, который пересаживают в верхнечелюстную пазуху. Рану в преддверии рта зашивают. Выделяющаяся слюна постоянно орошает слизистую оболочку носовой полости, что улучшает клиническую картину озены.

Лит.: Wittmaack. Ub. neue biolog. Behand. d. Ozaena. // Dtsch. med. Wochenschr. – 1919. – №3.

Галле (Halle) способ сужения носовых ходов. Операцию производят эндоназально. Проводят вертикальный разрез от переднего конца средней носовой раковины до дна полости носа. По дну полости носа проводят горизонтальный разрез. Слизистую оболочку дна носовой полости отсепааровывают с надкостницей. По линиям горизонтального и вертикального разрезов латеральную стенку носа рассекают и мобилизуют. Перемещение боковой стенки носа в медиальном направлении осуществляют введенным в верхнечелюстную пазуху носовым зеркалом путем раздвигания его браншей. Фиксацию боковой стенки носа осуществляют длительной тампонадой челюстных пазух.

Лит.: Halle. Die operat. Therapie d. Ozaena // Archiv für Laringologie und Rhinologie. – 1920. – Bd. 33. – S. 751.



Ян ван Хемессен. «Извлечение камней глупости». Аллегория, 1545 год

Гинзберга (Hinsberg) способ сужения носовых ходов. Мобилизованные и смещенные в медиальном направлении латеральные стенки носовой полости фиксируют проволоочными швами. Специальной иглой проволоку проводят через боковые стенки и перегородку носа. Со стороны верхнечелюстных пазух проволоочные швы укрепляют металлическими пластинками. Шов снимают через 6—8 недель, для чего вторично производят гайморотомию.

Лит.: Hinsberg V. Z. operat. Behandl. d. Ozaena durch d. Plattennaht-Methode, Festschrift M. Hajek. – Berlin, 1921. – S. 1269.

Иконникова способ местной подсадки свежей ткани плаценты и пуповины при озене. В образованные через преддверие полости рта карманы между слизистой оболочкой и костно-хрящевым остовом носовой перегородки и дна носа вводят обработанную в растворе антибиотиков свежую ткань плаценты или пуповины. На края раны накладывают кетгутовые швы, носовые ходы тампонируют. Тампоны извлекают из носа на 3—4 сутки.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Лаутеншлегера (Lautenschläger) способ сужения носовых ходов. Широко вскрывают обе верхнечелюстные пазухи через лицевую стенку. Мобилизуют латеральную стенку носовой полости, для чего рассекают кость со стороны верхнечелюстной пазухи вдоль переднего и нижнего краев. Латеральная стенка носа, освобожденная спереди и снизу, легко смещается в медиальном направлении. Для удержания смещенных стенок носовой полости в новом положении применяют систематическую длительную тампонаду верхнечелюстных пазух.

Лит.: Lautenschläger A.Z. Operat. d. Rhinitis atrophicans // Zeitschrift für Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde. – 1923. – Bd. 4. – H.3. – S. 345.

Меланьина способ хирургического лечения озоны. Ткани разрезают на границе кожи и слизистой оболочки носовой перегородки сверху вниз с продолжением на дно полости носа к переднему концу нижней носовой раковины. Слизистую оболочку отслаивают вместе с надхрящницей и надкостницей от хряща и кости перегородки и кости дна полости носа до хоан. В образовавшийся тоннель помещают фрагменты формализованного хряща с таким расчетом, чтобы ходы носа приближались к физиологическому объему. На разрез накладывают два кетгутовых шва. В нижний отдел раны на 5—7 дней помещают эластическую пластмассовую трубку для дренирования. Полость носа тампонируют. Спустя 6—12 месяцев аналогичную операцию выполняют с другой стороны.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Харшака модификация операции Лаутеншлегера. Вскрывают верхнечелюстную пазуху через переднюю стенку без повреждения слизистой оболочки, которую удаляют в пределах костного отверстия. По боковой стенке носа, впереди носовой раковины делают вертикальный разрез до дна носовой полости. Слизистую оболочку в области нижнего носового хода отслаивают. Надрезают слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи у нижнего края боковой стенки, которую пробивают долотом по дну пазухи. Боковую стенку носа смещают в медиальном направлении и фиксируют плотной тампонадой верхнечелюстной пазухи.

Лит.: Харшак М. Я. Моя модификация способа Halle – Lautenschläger'a при лечении озоны // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1928. – С. 206.

Шантурова – Берковича способ сужения носовых ходов. В образованный карман между мягкими тканями и костно-хрящевым отделом носовой перегородки и дна носа вводят кусочки специальным образом приготовленной и консервированной эмбриональной кости, после чего производят тампонаду носа.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Эккерт – Мебиуса (Eckert – Moebius) способ сужения полости носа при озене. На носовой перегородке производят разрез слизистой оболочки и создают карман, куда вставляют кусочки стерильной губчатой кости эпифизов коленного сустава крупного рогатого скота.

Лит.: Die prakt. Klin. Ergebn. 4-jährig. operat. Behandl. d. Ozaena mittels Implat. Von maceriert. Spongios. Rinderknochen // Zeitschrift für. Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde. – 1926. – Bd. 15. – H. 2—4. – S. 214.

3. Хирургия околоносовых пазух

3.1. Операции на верхнечелюстной пазухе

Бокштейна способ промывания верхнечелюстной пазухи. Производят пункцию верхнечелюстной пазухи двумя иглами. В одну иглу вводят промывную жидкость, через другую она вытекает.

Лит.: Бокштейн Ф. С. Некоторые технические усовершенствования в отоларингологии // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1936. – №5. – С. 638.

Воячека способ щадящего безмолоткового вскрытия верхнечелюстной пазухи. Эндоназально производят разрез слизистой оболочки вдоль края грушевидного отверстия от спинки носа до дна и далее горизонтально по дну полости носа до перегородки. Слизистую оболочку отсепааровывают по нижнему и общему носовому ходу. Передний конец нижней носовой раковины отводят медиально. Отделяют мягкие ткани с надкостницей от лицевой стенки верхнечелюстной пазухи. Специальной носовой пилой спиливают грушевидный гребень. Далее конхотомом удаляют носовую стенку пазухи по нижнему носовому ходу.

Лит.: Воячек В. И. К технике ЛОР-операций // Журнал ушных, и носовых и горловых болезней. – 1929. – №№9—10. – С. 615.

Галле (Halle) способ эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи. Производят вертикальный разрез слизистой оболочки и надкостницы от переднего конца нижней носовой раковины до дна полости носа. Слизистую оболочку с надкостницей отсепааровывают. Удаляют латеральную стенку носовой полости в области нижнего носового хода. Рассекают кость по передней границе верхнечелюстной пазухи, после чего носовым зеркалом латеральную стенку носа смещают к перегородке носа. Из пазухи удаляют патологические образования. Из слизистой оболочки нижнего носового хода выкраивают лоскут, который укладывают на дно верхнечелюстной пазухи. Латеральную стенку носовой полости отодвигают на прежнее место.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 106.

Дезо (Desault) способ вскрытия верхнечелюстной пазухи. Резецируют всю переднюю стенку пазухи с последующим ее промыванием.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Денкера (Denker) способ вскрытия верхнечелюстной пазухи со стороны преддверия рта. Производят разрез слизистой оболочки по переходной складке. Мягкие ткани отслаивают до обнажения края грушевидного отверстия. Слизистую оболочку латеральной стенки носовой полости в области нижнего носового хода отслаивают. Вскрывают латеральную стенку верхнечелюстной пазухи с последующей резекцией латеральной стенки носовой полости и края грушевидного отверстия. На дно верхнечелюстной пазухи укладывают выкроенный из слизистой оболочки латеральной стенки носовой полости лоскут.

Лит.: Denker A. Zur Radikaloperat. d. chronisch. Kieferhohlenempyems // Archiv für Laringologie und Rhinologie. – Bd. 17.

Иванова способ вскрытия верхнечелюстной пазухи. Производят разрез слизистой оболочки ниже переходной складки длиной 3 см. Разрез продолжают на слизистую оболочку щеки. Лицевую стенку верхнечелюстной пазухи вскрывают над первым моляром, у основания скулового отростка. Вскрывают передний отдел альвеолярной бухты. Край грушевидного отверстия сохраняют. Из пазухи удаляют только полипнозно измененную слизистую оболочку. Накладывают соустье с полостью носа.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 112.

Исхаки щадящий метод операции верхнечелюстной и лобной пазух. При негнойных поражениях пазух (киста, остеома и др.) размер разреза мягких тканей и резекции костных стенок производится в два раза меньше, чем при общепринятых методах, патологический очаг удаляется вместе со слизистой оболочкой только в зоне прикрепления кисты или остеомы, соустье не накладывается. В лобную пазуху снаружи вставляется на 8—10 дней полиэтиленовая трубка диаметром 2—3 мм.

Лит.: Исхаки Ю. Б., Кальштейн Л. И. Детская оториноларингология. – Душанбе, 1984. – С. 72.

Калдвелла – Люка (Caldwell – Luc) способ вскрытия верхнечелюстной пазухи со стороны преддверия рта. Производят разрез слизистой оболочки по переходной складке верхней губы от средней линии до первого большого коренного зуба. Мягкие ткани отодвигают вверх до обнажения собачьей ямки. Удаляют лицевую стенку верхнечелюстной пазухи. Патологическое содержимое и полипозно измененную слизистую оболочку удаляют. После удаления медиальной стенки верхнечелюстной пазухи в области нижнего носового хода выкраивают лоскут из слизистой оболочки латеральной стенки носовой полости и укладывают на дно пазухи.

Лит.: Caldwell G. Dis. of the accessory sinuses of the nose a. on improved method of treatment for suppurat. of the maxill. antrum // New-York med. journ. a med. Record. – 1893; Luc. Une nouvelle methode operateire pour la cure radicale et rapide de l'empyeme chron. du sinus maxill. // Archives internationales de laryngologie, otologie, rhinologie et bronchooesophagoscopie. – 1937.

Канфилда – Штурманна (Canfield – Sturmman) способ эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи. Производят разрез в преддверии носа вдоль края грушевидного отверстия. Отслаивают мягкие ткани лицевой стенки верхнечелюстной пазухи и слизистую оболочку от латеральной стенки нижнего носового хода. Резецируют край грушевидного отверстия, лицевую стенку пазухи и латеральную стенку нижнего носового хода. На дно пазухи укладывают слизистый лоскут.

Лит.: Sturmman. Intranasal Freilegung der Oberkiefshohle // Archiv für Laryngologie und Rhinologie. – 1910. – Bd. 23. – H. 1. – S. 143—152.

Каспарьянца – Рети (Rethi) способ одновременного вскрытия верхнечелюстной пазухи через средний и нижний носовые ходы. Производят одновременное удаление латеральной стенки носовой полости в среднем и нижнем носовых ходах с резекцией средней трети нижней носовой раковины. Через образовавшееся широкое соустье легко производить систематические промывания пазухи.

Лит.: Каспарьянц К. Пальпация верхнечелюстных пазух и эндоназальный способ операции гайморита // Труды Клиники московского университета. – 1903. – С. 111; Rethi A. Ub. d. intranasale Eroffn. d. Stirnhohle // Zeitschrift für Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde. – 1925. – Bd. 11. – H. 1. – S. 135.

Каупера (Cowper) способ вскрытия верхнечелюстной пазухи через лунку зуба. Пазуху вскрывают специальным троакаром через лунку первого или второго большого коренного зуба или второго премоляра. Пазуху ежедневно промывают.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 93.

Клауэ (Claoue) способ эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи. Резецируют передний конец нижней носовой раковины. Долотом и щипцами через нижний носовой ход образуют соустье с верхнечелюстной пазухой 1,5 см в диаметре.

Лит.: Claoue. Traitement des suppurat. chroniques du sin maxill. etc., Sem. dem. du 15.X.1902.

Комендантова Л. Е. способ эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход. Для подхода к латеральной стенке нижнего носового хода при гипертрофии нижней носовой раковины переднюю часть ее резецируют или же приподнимают кверху после ее надлома. Лоскут слизистой оболочки, выкроенный в месте намеченного образования костного отверстия, в конце операции укладывают в пазуху.

Лит.: Комендантов Л. Е. О методике оперирования гайморовых полостей // Вестник риноларинго-отитологии. – 1928. – С. 293—298.

Лиманского способ гайморотомии. Производят разрез слизистой оболочки по переходной складке верхней челюсти в типичном месте до надкостницы. Делают Н-образный разрез надкостницы и формируют два П-образных лоскута над передней стенкой гайморовой пазухи. Производят трепанацию передней стенки гайморовой пазухи и последующие этапы операции. После операции на пазухе над трепанационным отверстием сшивают надкостничные лоскуты и накладывают швы на слизистую оболочку.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Мишенькина способ остеопластической операции на верхнечелюстной пазухе. Производят разрез слизистой оболочки без надкостницы горизонтально по переходной защечной складке. Из передней костной стенки пазухи выкраивают борами языкообразный костно-надкостничный лоскут на ножке. Через надлом у основания лоскут откидывают кверху. Из полости пазухи удаляют все патологическое. Лоскут укладывают на место и закрепляют кетгутом за надкостницу.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Мишенькина способ остеопластического вмешательства при патологическом состоянии верхнечелюстной пазухи, оперированной по Кальдвеллу – Люку. Производят разрез в защечной области по послеоперационному рубцу. Резецируют мягкие ткани щеки, вросшие в полость пазухи. Из полости удаляют все патологическое. Дефект кости передней стенки пазухи возмещают отмоделированным костно-надкостничным трансплантатом, взятым из заушной области. Закрепляют его кетгутовым швом или ультразвуковой сваркой.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Мишенькина способ остеопластической операции на верхнечелюстной пазухе с вскрытием решетчатой и основной пазух. Костной ложкой проделывают ход в кости в задне-верхнем углу полости верхнечелюстной пазухи, вскрытой по остеопластическому способу. Разрушают клетки решетчатой пазухи и расширяют диаметр максиллярного отверстия в среднем ходе носа. Костную ложку переводят в положение, параллельное перегородке носа и кзади, вскрывают основную пазуху. Операцию заканчивают остеопластикой передней стенки верхнечелюстной пазухи.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Овсянникова – Шнейдера способ щадящей гайморотомии при кистах верхнечелюстных пазух. Разрез слизистой оболочки в области преддверия полости рта до надкостницы. Мягкие ткани отсепааровывают. После разреза надкостницы ее отделяют от кости. Вскрывают верхнечелюстную пазуху. Из нее удаляют кисты. Через пункционную иглу в пазуху со стороны нижнего носового хода вводят полиэтиленовый трубчатый дренаж. На края разреза накладывают двухрядные кетгутовые швы (на надкостницу и слизистую оболочку).

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Рудакова способ вскрытия верхнечелюстной пазухи. Подход к пазухе со стороны преддверия рта. Производят вертикальный разрез слизистой оболочки от переходной складки верхней губы вверх между клыком и вторым резцом. После отсепааровки мягких тканей обнажают край грушевидного отверстия, отслаивают слизистую оболочку носовой полости от наружной стенки нижнего носового хода. Пазуху вскрывают через латеральную

стенку носовой полости в области нижнего носового хода в передней ее трети. Через образовавшийся дефект пазуха становится обзримой.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 112.

Фейгина способ трансмаксиллярного подхода к ретробульбарному пространству глазницы. Трансмаксиллярный подход к ретробульбарному пространству глазницы показан при одновременном гнойно-воспалительном поражении указанного пространства и верхнечелюстной пазухи. После завершения гайморотомии и трансмаксиллярной этмоидотомии убирают часть костной верхней стенки верхнечелюстной пазухи и получают доступ к ретробульбарному пространству. После этого осуществляют ревизию и хирургические манипуляции в глазнице.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Хмельчонок способ формирования гайморостомы. С целью формирования гайморостомы используют слизистую оболочку нижней носовой раковины.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedlidze Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Шантурова способ эндоназального вскрытия верхнечелюстной пазухи. Носовым зеркалом с укороченной одной браншей производят редрессацию нижней носовой раковины и смещение ее кверху. Для фиксации смещенной кверху раковины под нее в задний отдел нижнего носового хода вводят ватно-марлевый тампон. Производят овальный разрез слизистой оболочки под нижней носовой раковиной, после чего ее отсепаровывают от подлежащей кости и удаляют. Костную часть внутренней стенки пазухи вместе с подлежащей слизистой оболочкой удаляют спереди назад специальными щипцами. Соустье с пазухой делают размером не менее 0,8—1,2 см. По окончании операции редрессированную раковину устанавливают на место и соответствующую половину носа рыхло тампонируют.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedlidze Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Шеврыгина – Мchedlidze способ удаления кисты верхнечелюстной пазухи внутриносовым путем. В начале операции производят сублюксацию нижней носовой раковины при выраженной ее гипертрофии, затем пунктируют пазуху под средней частью нижней носовой раковины иглой Куликовского, отверстие расширяют желобоватым зондом и острыми ложками удаляют из пазухи кисту, выскабливая кистозно измененные ткани. В сформированное соустье вводят тампон с 5% синтомициновой эмульсией. Через сутки тампон удаляют. После анестезии и анемизации слизистой оболочки носа промывают пазуху через образованное соустье. Если необходимо, пазуху промывают повторно.

Лит.: Шеврыгин Б. В., Мchedlidze Т. П. О щадящем эндоназальном удалении кист верхнечелюстных пазух у детей // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №6. – С. 35—36.

3.2. Операции на решетчатой пазухе

Галле (Halle) способ эндоназального вскрытия решетчатой пазухи. Выкраивают четырехугольный лоскут слизистой оболочки, для чего производят вертикальный разрез от свода полости носа до нижней носовой раковины. Разрез проходит перед передним концом средней носовой раковины. От начала этого разреза начинают второй разрез, который идет вдоль свода носа до края грушевидного отверстия, после чего поворачивает кзади и заканчивается у переднего конца а нижней носовой раковины. Лоскут отсепааровывают от кости и опускают на нижнюю носовую раковину. Передний отдел средней носовой раковины подсекают у места прикрепления ее к латеральной стенке носовой полости и всю раковину отодвигают к перегородке носа. Под контролем зрения сносят костный вал и часть лобного отростка верхней челюсти. Вскрывают передние клетки решетчатого лабиринта, после чего ложкообразными щипцами вскрывают средние и задние клетки. Слизистый лоскут укладывают на первоначальное место.

Лит.: Halle. Die intranasalen Operationen eizigen Erkrankungen der Nebenhohlen der Nase // Archiv für Laryngologie und Rhinologie. – 1914. – H. 1. – Bd. 29. – S. 73—112.

Грюнвальда (Grünwald) способ наружного вскрытия решетчатой пазухи. Производят разрез кожи по боковой поверхности носа от верхне-внутреннего угла орбиты до края грушевидного отверстия. Выделяют слезный мешок. Делают костный коридор через бумажную пластинку или через костный массив между ямкой слезного мешка и носовой костью. Клетки вскрывают конхотомом строго в сагиттальном направлении. Накладывают соустье с полостью носа.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 119.

Кунта (Kuhnt) способ вскрытия решетчатой пазухи со стороны орбитальной стенки. Отслаивают мягкие ткани с надкостницей в области внутренней стенки орбиты. Операционное поле ограничено: сверху – швом между бумажной пластинкой и лобной костью; снизу – швом между решетчатой костью и верхней челюстью; спереди – передним краем слезной кости; сзади – швом между решетчатой и основной костями. Удаляют бумажную пластинку, слезную кость и часть лобного отростка верхней челюсти. Пораженные решетчатые клетки разрушают и накладывают соустье с полостью носа.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 124—125.

Лаутеншлегера (Lautenschläger) способ вскрытия решетчатой пазухи. Вскрывают верхнечелюстную пазуху через переднюю стенку. Удаляют возможно выше лобный отросток верхней челюсти и смещают медиальную стенку верхнечелюстной пазухи к средней линии. Получают доступ к передним решетчатым клеткам.

Лит.: Lautenschläger A. Operat. Eingriffe im Gebiete d. Ohr., d. Nase, d. Hals. – Berlin, 1936.

Преображенского Ю. Б. способ вскрытия решетчатой пазухи. Решетчатую пазуху вскрывают через верхний отдел медиальной стенки верхнечелюстной пазухи. В образованное отверстие вводят изогнутую к рукоятке под углом 75° острую ложку и разрушают передние решетчатые клетки.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 118.

Тарасова – Пискунова метод пункции пазух решетчатой кости. Пункцию производят с помощью специального набора пункционных изогнутых по дуге игл – троакаров. После анемизации и анестезии слизистой оболочки носа производят пункцию в точке прикрепления переднего конца средней носовой раковины к боковой стенке носа.

Лит.: Тарасов Д. И., Пискунов Г. З. Пункция клеток решетчатого лабиринта // Вестник оториноларингологии. – 1978. – №5. – С. 56—59.

Янсена – Винклера (Jansen – Winkler) способ вскрытия решетчатой пазухи через верхнечелюстную пазуху. Вскрывают верхнечелюстную пазуху. Резецируют верхне-внутреннюю стенку верхнечелюстной пазухи, откуда и попадают в решетчатый лабиринт.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 125—126.

3.3. Операции на лобной пазухе

Белоголовова способ наружного вскрытия лобной пазухи. Производят разрез кожи по нижнему краю брови до грушевидного отверстия. Вскрытие пазухи производят над соединением лобного отростка верхней челюсти с лобной костью. Соустье с полостью носа накладывают путем образования желоба в кости со стороны грушевидного отверстия. Удаляют часть клеток решетчатого лабиринта. В лобную пазуху через нос вставляют дренажную трубку.

Лит.: Белоголовов Н. В. О транспертурно-лобном вскрытии лобной пазухи с постоянным отверстием в нос // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1926. – №№5—6. – С. 53.

Галле (Halle) способ эндоназального вскрытия лобной пазухи. Первый этап этой операции производят так же, как при эндоназальном вскрытии решетчатого лабиринта по Галле. В лобную пазуху вводят пуговчатый зонд. Острой ложкой расширяют лобно-носовой канал, долотом сносят костный массив. Слизистый лоскут укладывают в первоначальное положение.

Лит.: Halle. Zur intranasalen Operation an Tranensack // Archiv für Laryngologie und Rhinologie. – 1914. – H. 2. – Bd. 28. – S. 256—266.

Головина способ остеопластической операции на лобной пазухе. На передней стенке пазухи выкраивают кожно-надкостнично-костный лоскут, который временно смещают в сторону. По окончании операции лоскут укладывают на место.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Дунайвицера способ щадящего фронто-дренажа. Производят разрез по внутреннему краю надбровной дуги длиной 1,5 см. Отсепаровывают мягкие ткани с надкостницей. Через нижне-внутреннюю стенку вскрывают лобную пазуху, удаляют патологические образования, восстанавливают проходимость лобно-носового канала. Вставляют тонкую полиэтиленовую трубочку, которую фиксируют швом к коже нижнего угла раны. Последняя ушивается наглухо косметическим швом.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Жака (Jacques) способ вскрытия лобной пазухи. Резецируют орбитальную стенку лобной пазухи, после чего сносят часть лобного отростка верхней челюсти для получения доступа к решетчатым клеткам.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Иванова способ вскрытия лобной пазухи. Вскрытие лобной пазухи начинают с нижней ее стенки у внутреннего угла глазницы над слезной ямкой. Сносят орбитальную стенку пазухи на всем протяжении. Резецируют лобный отросток верхней челюсти и вскрывают передние решетчатые клетки. Резецируют передний конец средней носовой раковины. В лобную пазуху вводят дренаж.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Киллиана (Killian) способ наружного вскрытия лобной пазухи. Удаляют лицевую и орбитальную стенки лобной пазухи. Снесение костного массива и отростка верхней челюсти производят с сохранением слизистой оболочки носа, из которой выкраивают лоскут с основанием в нижней части. Оставляют костный мостик по верхнему краю орбиты для предотвращения западения мягких тканей. Для создания широкого сообщения с полостью носа дно лобной пазухи над клетками решетчатой пазухи удаляют, а прилегающие клетки

разрушают ложкой. По окончании операции лоскут слизистой оболочки носа укладывают в образованное соустье и фиксируют дренажной трубкой, введенной через нос.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 115–116.

Кунта (Kuhnt) способ вскрытия лобной пазухи. Полностью резецируют лицевую стенку лобной пазухи.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Малютина модификация операции Киллиана. С целью создания лучшего доступа к клеткам решетчатого лабиринта резецируют медиальную часть костного мостика. При этом значительно улучшается обзорность, но ухудшается питание костного мостика и уменьшается его прочность.

Лит.: Еланце Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 133.

Матиса способ эндоназального вскрытия лобной пазухи. Производят разрез слизистой оболочки по краю грушевидного отверстия от купола до дна. Слизистую оболочку с надкостницей отсепааровывают от латеральной стенки носовой полости и нижней стенки лобной пазухи. Производят разрез отсепаарованной слизистой оболочки вдоль спинки носа и лоскут откидывают вниз. Резецируют лобный отросток верхней челюсти, после чего долотом удаляют нижнюю стенку лобной пазухи. Кюреткой вскрывают клетки решетчатой пазухи. Отсепаарованную слизистую оболочку укладывают на прежнее место.

Лит.: Еланце Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 126.

Меланьина способ хирургического лечения хронических рецидивирующих фронтитов. При неэффективности ранее предпринятых операций на лобных пазухах производят разрез тканей по старому рубцу вдоль одной или обеих бровей. Субпериостально отсепааровывают мягкие ткани в области лба. Резецируют передние стенки лобных пазух. Из их полостей под контролем зрения тщательно удаляют слизистую оболочку и патологическое содержимое. Ревизуют клетки решетчатого лабиринта. Полости лобных пазух заполняют фрагментами формализованного хряща. При отсутствии нижней стенки пазухи верхний край орбиты формируют пластинкой консервированного реберного хряща. В начальные отделы лобно-носового соустья на 10 дней помещают эластическую пластмассовую дренажную трубку. Рану ушивают глухим швом. При полном заращении лобно-носового соустья дренажную трубку помещают в один из углов раны.

Лит.: Меланьин В. Д., Розвадовский В. Д., Удодов А. Н. Пластика дефектов лобных пазух формализованными костными гомотрансплантатами // Трансплантация органов и тканей. – Горький, 1970. – С. 386–387.

Мишенькина способ остеопластической хирургии при фронтоэтмоидите. Производят ультразвуком Т-образный разрез кожи передней стенки лобной пазухи с удлинением вертикальной части его на спинку носа по средней линии. Из передней стенки лобной пазухи выкраивают языкообразный костно-надкостничный лоскут. Вертикальным разрезом рассекают носовую косточку. Через надлом основания лоскутов вскрывают обе пазухи. Производят их санацию и шунтирование через лобно-носовой канал. Операцию заканчивают ультразвуковой сваркой уложенных костных лоскутов на место.

Лит.: Мишенькин Н. В. Остеопластические способы операций при хронических гнойно-полипозных синуситах // Вестник оториноларингологии. – 1976. – №5.

Ожино (Ogino) способ остеопластической операции на лобной пазухе. Выкраивают периостальный лоскут с основанием у верхнего края орбиты и откидывают вниз. Выкраивают костный лоскут, включающий верхние отделы носовых костей и отделяют при помощи долота. После наложения лобно-носового соустья костный лоскут укладывают на место и покрывают периостальным лоскутом.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940.

Ракова способ облитерации лобных пазух аллобрефокостью. Разрез по брови. Отсепаивают мягкие ткани с надкостницей. Трепанируют лицевую или глазничную стенку пазухи и удаляют из нее патологическое содержимое, включая слизистую оболочку. Устье лобно-носового канала закрывают кусочком аллобрефонадкостницы. Пазуху тщательно заполняют формализированными, измельченными до размера в 1,5—2 мм, лишенными надкостницы диафизами трубчатых костей плода. Дефект в стенке пазухи замещают пластинкой из кости свода черепа плода, надкостница которой сшивается кетгутом с надкостницей лобной кости. Разрез кожи зашивают косметическим швом наглухо.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Рети (Rethi) способ эндоназального вскрытия лобной пазухи. Для облегчения резекции костного массива при эндоназальном вскрытии лобной пазухи доступ к нему осуществляют одновременно с наружной и внутренней сторон. Резецируют передний конец средней носовой раковины, вскрывают передние решетчатые клетки, расширяют вход в лобную пазуху. В лобном отростке верхней челюсти делают отверстие, через которое отсепаивают кожу с надкостницей от передней и нижней стенок лобной пазухи. Костный массив резецируют костными щипцами, после чего удаляют передние клетки решетчатой пазухи и укладывают слизистый лоскут на прежнее место.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 126.

Риделя (Riedel) способ наружного вскрытия лобной пазухи. Полностью удаляют лицевую и орбитальную стенки лобной пазухи с целью ее облитерации.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 115.

Таптаса (Taptas) способ вскрытия лобной пазухи. Удаляют последовательно переднюю и нижнюю стенки лобной пазухи. Придерживаясь хода лобного канала, резецируют лобный отросток верхней челюсти. Создают открытый впереди желоб между лобной пазухой и полостью носа с доступом к передним решетчатым клеткам.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Хмельчонок способ формирования лобно-носового соустья при вскрытии лобной пазухи. Выстилку лобно-носового соустья формируют за счет слизистой оболочки средней носовой раковины и кожи носа.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

Янсена – Риттера (Jansen – Ritter) способ вскрытия лобной пазухи через орбитальную стенку. Разрез мягких тканей идет по брови и дугообразно переходит на боковую стенку носа до носогубной складки. Мягкие ткани отсепаивают поднадкостнично в области верхней стенки глазницы, надбровной дуги и латеральной стенки носа, пересекают внутреннюю связку века, выделяют верхний полюс слезного мешка. Трепанацию кости производят над верхним краем слезной кости. После вскрытия лобной пазухи в нее вводят зонд, которым выясняют размеры пазухи. Долотом и костными щипцами полностью удаляют дно и орбитальную стенку лобной пазухи. Для образования соустья лобной пазухи с полостью носа резецируют часть лобного отростка верхней челюсти, верхнюю часть слезной кости и частично носовую кость. Расположенные у дна лобной пазухи клетки решетчатого лабиринта вскрывают ложкой, которую направляют сверху вниз и спереди назад. В результате операции образуется широкое соустье с полостью носа.

Лит.: Ritter G. Kosmetische Stirnhohlenoperat. // Zeitschrift für Laryngologie und Rhinologie. – 1913. – Bd. V. – S. 17.

3.4. Операции на основной пазухе

Воячека способ подхода к основной пазухе путем смещения перегородки носа. Отслаивают слизистую оболочку с надхрящницей с одной стороны перегородки носа. Перегородку в хрящевом и костном отделах рассекают и смещают в противоположную сторону. От передней стенки основной пазухи отслаивают слизистую оболочку, после чего вскрывают саму пазуху. При необходимости вскрыть обе пазухи удаляют перегородку.

Лит.: Воячек В. И. Консервативная редрессация носовой перегородки // Врачебная газета. – 1916. – №2. – С. 24.

Гаека (Hajek) способ расширения отверстия основной пазухи эндоназальным путем. В отверстие основной пазухи вводят крючок Гаека. Надламывают переднюю стенку основной пазухи. Костные осколки удаляют ложкой.

Лит.: Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. – Leipzig., 1926.

Гаека (Hajek) способ эндоназального вскрытия основной пазухи. При помощи крючка вскрывают задние решетчатые клетки, щипцами резецируют часть верхней и средней носовых раковин и тем самым становится обзримой передняя стенка основной пазухи. С помощью крючков и щипцов резецируют переднюю стенку основной пазухи.

Лит.: Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. – Leipzig., 1926.

Галле (Halle) способ эндоназального вскрытия основной пазухи с пластикой слизистыми лоскутами. Удаляют задние решетчатые клетки. Производят крестообразный разрез слизистой оболочки на передней стенке основной пазухи. Образованные четыре треугольных лоскута отсепааровывают. Резецируют переднюю стенку основной пазухи и образованные лоскуты заворачивают в полость пазухи.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. – Алма-Ата, 1959. – С. 141.

Гизе (Guisez) способ вскрытия основной пазухи со стороны орбиты. Вскрывают решетчатые клетки подходом через бумажную пластинку решетчатой кости, после чего резецируют переднюю стенку основной пазухи.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 133.

Гирша – Сегура (Hirsch – Segura) способ эндоназального вскрытия основной пазухи с частичной резекцией перегородки носа. Производят подслизистую резекцию перегородки носа до передней стенки основной пазухи. Удаляют переднюю стенку основной пазухи. Изогнутым скальпелем рассекают слизистую оболочку носа на уровне хоан для создания сообщения основной пазухи с полостью носа.

Лит.: Hirsch O. Symptoms and treatment of pituitary tumors // Archiv of otolaryngology. – 1952. – V.55. – №3. – P. 268—306; Segura. Ouverture du sinus sphenoidal et de la selle turque par la voie endoseptale // Archiv international. de Laryngologie. – 1923. – Vol. 2. – P. 817—821.

Лапченко – Устьянова способ пункции клиновидной пазухи Введение пункционной иглы в пазуху производят под рентгеновским контролем.

Лит.: Пискунов С.З., Пискунов Г. З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. – Воронеж, 1991.

Ревского способ оперативного доступа к основной пазухе и турецкому седлу. В верхнем и нижнем отделах носовой перегородки поднадкостнично и поднадхрящично образуют туннели и носовую перегородку мобилизуют в сторону туннелей.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Янсена (Jansen) способ вскрытия основной пазухи через верхнечелюстную пазуху. С подходом через внутренний угол вскрытой верхнечелюстной пазухи разрушают решетчатые клетки и резецируют среднюю носовую раковину, после чего удаляют переднюю стенку основной пазухи.

Лит.: Зилонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. — Т. 1. — Ростов-на-Дону, 1940. — С. 133.

4. Хирургия видиева нерва

Голдинг-Вуда (Golding-Wood) классическая трансантральная нейрэктомия видиева нерва. Верхнечелюстную пазуху вскрывают по Калдвеллу – Люку, вырезают окно в задней костной стенке пазухи. Изогнутыми по плоскости ножницами в горизонтальной и вертикальной плоскостях широко раскрывают надкостницу. По пульсации определяют а. maxillaris, на которую накладывают клипсы для закупорки ее проксимального ствола. Выделяют а. sphenopalatinae. Отодвинув а. maxillaris книзу, в жировом комке выше артерии выделяют п. maxillaris. Крылонебный пучок отходит от медиальной части п. maxillaris сразу же при его выходе из foramen rotundum. Крылонебный узел расположен на 3 мм медиальнее и ниже foramen rotundum. Видиев нерв пересекают в месте выхода из крылонебного канала с последующей его диатермией электрокаутером.

Лит.: Муминов А. И. и др. Полипозные риносинуситы. – Ташкент, 1990. – С. 137.



Ян Стен. «Шарлатан извлекает камень безумия». 1650 год

Малькомсона (Malcomson) транс-септальная нейрэктомия видиева нерва. Производят подслизистую резекцию носовой перегородки (с удалением хрящевой и костной ее основы), смещают мобилизованные листки слизистой оболочки к латеральным стенкам носовой полости, тем самым создавая достаточное пространство для хорошего обзора манипуляций в клиновидной кости. В устье крыловидного канала вводят кончик каутера и производят гальванокоагуляцию видиева нерва.

Лит.: Муминов А. И. и др. Полипозные риносинуситы. – Ташкент, 1990. – С. 141.

Номуры (Nomura) субпериостальная трансантральная нейрэктомия видиева нерва. Верхнечелюстную пазуху вскрывают по Калдвеллу – Люку. Заднюю стенку верхнечелюстной пазухи вскрывают в области заднемедиального угла на половине расстояния между ее дном и крышей. Отверстия канала видиева нерва достигают без рассечения надкостницы и содержимого крылонебной ямки. Видиев нерв при данной операции не виден, так как крылонебную ямку не вскрывают. Видна только приподнятая надкостница канала, в которую завернуты видиев нерв и сосуды. Все эти образования электрокоагулируют, пересекают внутреннюю поверхность устья канала видиева нерва, вычищают и освобождают от тканей. Видиев канал пломбируют специальным составом или костной пробкой.

Лит.: Муминов А. И. и др. Полипозные риносинуситы. – Ташкент, 1990. – С. 140.

Патла – Гайкведа (Patel – Gaikwad) прямая транскаудальная нейрэктомия видиева нерва. Мобилизуют среднюю носовую раковину и отодвигают ее медиально и вверх, 75-

миллиметровое носовое зеркало помещают в средний носовой ход, определяют верхнюю границу хоаны. Клиновидно-небное отверстие находят в 12 мм выше и латеральнее этой верхней границы. Делают короткий надрез заднего края клиновидно-небного отверстия. Производят субпериостальную отслойку начиная от этой границы и от латеральной поверхности медиальной крыловидной пластинки, что приводит к устью канала видиева нерва. Нерв электрокоагулируют в течение 2—3 секунд.

Лит.: Муминов А. И. и др. Полипозные риносинуситы. – Ташкент, 1990. – С. 142.

Розе (Rose) трансфеноидальная нейрэктомия видиева нерва. Вскрывают основную пазуху эндоназально в латеральном отделе вблизи дна, как при удалении аденомы гипофиза. Крыловидный канал, содержащий видиев нерв, проходит каудально-латерально по дну основной пазухи. Нерв выявляют под операционным микроскопом, обнажают на расстоянии 0,5—1,0 см и пересекают, а затем коагулируют центральную культю нерва.

Лит.: Муминов А. И. и др. Полипозные риносинуситы. – Ташкент, 1990. – С. 144.

Чандры (Chandra) транспалатинальная нейроэктомия видиева нерва. Производят дугообразный разрез через всю толщу мягких тканей неба до кости, а также до заднего края твердого неба к носоглотке. Мукопериостальный лоскут отсепааровывают от кости до небного апоневроза. Долотом от заднего края твердого неба удаляют кусочек кости в 5 мм, обнажают заднюю часть стенки носоглотки. Выше возвышения слуховой трубы производят L-образный разрез. Приподнятая слизистая оболочка открывает костную поверхность медиального крыла клиновидной кости. Определяют видиев нерв, который приподнимают крючком и пересекают. Одновременно производят гальванокаустическую центральную культю нерва в крыловидном канале клиновидной кости.

Лит.: Муминов А. И. и др. Полипозные риносинуситы. – Ташкент, 1990. – С. 143.

5. Хирургия глотки

5.1. Операции при абсцессах глотки и окологлоточного пространства

Весселя (Wessel) способ вскрытия парафарингеального пространства со стороны шеи. Разрез кожи производят вдоль внутреннего края кивательной мышцы. Под фасцией отыскивают расположенные под углом нижней челюсти шилоподъязычную и заднее брюшко двубрюшной мышцы. Над этими мышцами пальцем раздвигают клетчатку по направлению линии, идущей к кончику носа. Пальцем проникают вплоть до глоточной фасции.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 211.

Киллиана (Killian) способ вскрытия паратонзиллярного абсцесса. В надминдаликовую ямку вводят корнцанг. После появления гноя раздвигают бранши корнцанга для расширения полости абсцесса.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 1. – Ростов-на-Дону, 1940. – С. 207.

Ратнера – Айзенштейна способ вскрытия парафарингеального пространства со стороны глотки. Предварительно удаляют небную миндалину. Вскрытие производят тупым путем в месте наибольшего выпячивания. Производят разрез слизистой оболочки сверху вниз вдоль крыловидно-мандибулярной складки. Обнажают сухожилие внутренней крыловидной мышцы, идущей сверху вниз и и снаружи внутрь. После расслаивания клетчатки между этой мышцей и стенкой глотки попадают в передний отдел парафарингеального пространства. Во избежание ранения язычной артерии, которая идет по дну рта из-за наружного края внутренней крыловидной мышцы, разрез слизистой оболочки не следует доводить до уровня внутреннего края альвеолярного отростка нижней челюсти. Вскрытие со стороны глотки может сочетаться с наружным для сквозного дренирования окологлоточного пространства.

Лит.: Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. Алма-Ата, 1959. – С. 171.

5.2. Операции на лимфаденоидном кольце глотки

Белоголовова способ бескровной тонзиллотомии. На небную миндалину накладывают рвущую полипную петлю, которую затягивают. Выступающий участок миндалины срезают тонзиллотомом. Через несколько минут полипную петлю снимают.

Лит.: Исхаки Ю. Б., Кальштейн Л. И. Детская оториноларингология. – Душанбе, 1984. – С. 181.

Воячека способ гальванокаустики небных миндалин. В лакуну вводят зонд, выпячивают ее стенку и прижигают гальванокаутером. Путем прижигания нескольких лакун миндалину рассекают на несколько сегментов.

Лит.: Исхаки Ю. Б., Кальштейн Л. И. Детская оториноларингология. – Душанбе, 1984. – С. 187.

Мониной – Феркельмана способ ультразвуковой тонзиллэктомии. После инфильтрационной анестезии небная миндалина с минимальными усилиями вылушивается ультразвуковым распатором, свободно пересекаются встречающиеся рубцы, наносится минимальная травма окружающим тканям.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Патякиной – Соболева Н. – Соболева А. способ остановки кровотечения после тонзиллэктомии. Для остановки кровотечения после тонзиллэктомии используют магнитно-поролоновый тампон, пропитанный кровоостанавливающим средством, который вводят в миндаликовую нишу; для его удержания укладывают другой магнит с помощью тесьмы на кожу шеи, над проекцией миндаликовой ниши.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Преображенского Б. С. способ тонзилл-эктомии. Анестезирующее вещество наносят на слизистую оболочку глотки пульверизатором. Миндалины удаляют без наложения щипцов.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Цытовича способ гальванокаустики небных миндалин. Наконечник гальванокаутера в холодном состоянии вводят в лакуну, после чего включают ток. Каутером рассекают лакуну вниз и внутрь. Образованную щель обрабатывают 30% раствором ляписа.

Лит.: Исхаки Ю. Б., Кальштейн Л. И. Детская оториноларингология. – Душанбе, 1984. – С. 186.

Шантурова способ аденотомии. С целью одномоментного, атравматичного и ускоренного удаления аденоидов срезание последних производится одновременно сверху вниз и снизу вверх специальным аденотомом с двумя ножами, путем соответствующего устройства синхронно перемещающимися навстречу друг другу. Операцию можно выполнять под наркозом, местным обезболиванием и без анестезии.

Лит.: Шантуров А. Г., Шеврыгин Б. В., Мchedлидзе Т. П. Эпонимический справочник оториноларингологических операций. – Иркутск, 1984.

6. Хирургия гортани и трахеи

6.1. Операции при перихондритах гортани

Компанейца способ окончательной резекции щитовидного хряща при гнойных перихондритах гортани. Производят горизонтальный разрез в области щитовидного хряща. Обнажают пластинку щитовидного хряща, в которой вырезают окно размером 1 см. Через это окно тупо вскрывают абсцесс и дренируют.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 2. – М., 1948. – С. 121.

Серенсена (Soerensen) способ субперихондральной резекции хрящей гортани при перихондритах. Вокруг трахеотомического отверстия производят два полулунных разреза. Обнажают нижний край перстневидного хряща и переднюю стенку трахеи. Отделяют надхрящницу от перстневидного хряща. Перстневидный хрящ удаляют полностью. Восстановив просвет гортани, сшивают кожу со слизистой оболочкой гортани. Для дыхания и расширения просвета гортани вставляют резиновую трубку. В дальнейшем просвет гортани восстанавливают за счет регенерации хряща.

Лит.: Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. – Т. 2. – М., 1948.

6.2. Операции на трахее

Смирнова способ срочной трахеостомии. Операция производится после предварительной интубации с помощью трубчатого мандрена, который вместе с надетой на него интубационной трубкой проводится через рот в гортань и трахею посредством ларингоскопии. По окончании трахеостомии интубационная трубка удаляется, в трахеостому вводится канюля.

Лит.: Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М., 1989. – С. 102.

Солдатов – Митина методика трахеостомии у детей. Под эндотрахеальным наркозом производится нижняя трахеостомия, при этом разрез трахеи делается максимально выше, насколько позволяют особенности перешейка щитовидной железы. Перед рассечением колец претрахеальная фасция не отсепаровывается, окно в трахее не вырезается, расширитель Труссо не используется. Операция заканчивается подшиванием стенки трахеи к коже кетгутом. Описанная методика полностью исключает такие осложнения, как эмфизема подкожной клетчатки, пневмомедиастинум и пневмоторакс; облегчает введение трахеоканюли; является профилактикой деформации трахеи. Декануляция после такой трахеостомии протекает чаще всего без каких-либо затруднений.

Лит.: Солдатов И. Б., Митин Ю. В., Кунеевский В. А. О трахеостомии у детей // Трахеотомия и трахеостомия. – М., 1976. – С. 101—103.

Феркельмана способ ультразвуковой чрезкожной трахеостомии. Ультразвуковой скальпель в рабочем состоянии и бескровно вводится в просвет трахеи, прорезая единым блоком кожу, подкожную клетчатку, пересекая кольца трахеи в оптимальном месте. Края раны раздвигаются, вводится в трахею трахеостомическая трубка.

Лит.: Феркельман Л. А., Виницкий М. Е. Роль ультразвуковой хирургической аппаратуры в совершенствовании неотложной оториноларингологии // Неотложная оториноларингология. – М., 1984.

7. Хирургия уха

7.1. Операции при острых средних отитах

Бенингхауза (Benninghaus) способ парацентеза. Окаймляющий разрез по всему краю натянутой части барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Грубера (Gruber) способ парацентеза. Овальный разрез в задне-нижнем квадранте барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Пассова (Passow) способ парацентеза. Дугообразный разрез, проходящий через задне-верхний и задне-нижний или через передне-верхний и передне-нижний квадранты барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Политцера (Politzer) способ парацентеза. Линейный разрез, проходящий в нижнем или передне-нижнем квадранте барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Трельча (Troltsch) способ парацентеза. Угловой разрез, проходящий через задне-нижний и задне-верхний отделы барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Хауга (Haug) способ парацентеза. Разрез в форме буквы «П», проходящий через задне-нижний и задне-верхний квадранты барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Швартце (Schwartz) способ парацентеза. Линейный разрез в задне-нижнем отделе барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

Якобсона (Jacobson) способ парацентеза. Крестообразный разрез в задне-нижнем квадранте барабанной перепонки.

Лит.: Бир, Браун, Кюммель. Оперативная хирургия. – Т. 2. – Л., 1928. – С. 13.

7.2. Операции при мастоидитах

Воячека способ антротомии. Антрум вскрывают стамесками Воячека. Снимают кортикальный слой и, частично вскрыв клетки в области проекции антрума, приступают к его поискам с помощью узкой желобоватой стамески. Вскрыв пещеру, проводят ревизию верхушки сосцевидного отростка и области колена сигмовидного синуса. Полость выравнивают до образования впадины с гладкими краями, образованными компактной костью. В глубине впадины зияет отверстие, ведущее в антрум и далее в надбарабанное пространство.

Лит.: Воячек В. И. О новом варианте ушной радикальной операции // Военно-санитарное дело. – 1943.

Левина способ антротомии. Производят заушный разрез параллельно переходной складке. Отсепааровывают мягкие ткани с надкостницей. Обнажают гребень наружного слухового прохода, височную линию. Производят трепанацию в проекции антрума. На глубине 1,5—2,5 см вскрывают пещеру. Глубже манипулировать не следует из-за возможности повреждения лицевого нерва или лабиринта внутреннего уха. Пораженные клетки сосцевидного отростка вскрывают. При поражении всего сосцевидного отростка его полностью резецируют.

Лит.: Левин Л. Т. О показаниях к оперативному лечению // Ежедневная практическая медицина. – 1899. – №5.

Лемперта (Lempert) способ эндауральной мастоидотомии. Из задней кожной стенки слухового прохода выкраивают треугольный лоскут и удаляют. Фрезой вскрывают последовательно адитус и антрум с последующим удалением передней стенки сосцевидного отростка.

Лит.: Lempert. Einfache subkortikale mastoidektomie // Monatschrift für Ohrenheilkunde. – 1929. – Bd. 63.

7.3. Операции при хронических средних отитах

7.3.1. Операции с заушным подходом

Воячека щадящая общеполостная операция на ухе. Производят заушный разрез. Стасмексами расширяют костный слуховой проход путем снесения верхне-задней ее стенки. Вскрывают аттик и антрум. Из барабанной полости удаляют патологическое содержимое, сглаживают шпору. Производят пластику наружного слухового прохода.

Лит.: Воячек В. И. К технике трепанирования кости при ушных и носовых операциях // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1929.

Григорьева В. П. способ облитерации трепанационной полости после аттикоантромии. Через заушный разрез отсепааровывают задне-верхнюю стенку наружного слухового прохода. Удаляют латеральную стенку аттика и в виде узкой полоски переднюю стенку антрума. Производят тщательный кюретаж антрума. С помощью костных аутоотрансплантатов изолируют антрум от других полостей среднего уха. В него вводят дренажную трубку. Рану ушивают. В послеоперационном периоде вызывают рост грануляций в антруме и облитерацию ими просвета антрума.

Лит.: Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. – М., 1980. – С. 99.

Григорьева В. П. способ хирургического лечения ограниченных холестеатомных и грануляционных форм эпитимпанита. Через заушный разрез отслаивают задне-верхнюю стенку наружного слухового прохода. Удаляют латеральную стенку аттика, грануляции и холестеатому из него. В передней стенке антрума формируют канал (диаметром 5 мм.). Через него в антрум вводят дренажную трубку. Производят остеопластику латеральной стенки аттика. Заушную рану ушивают. Дренажную трубку укрепляют в нижнем углу заушной раны.

Лит.: Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. – М., 1980. – С. 99.

Дунайвицера способ щадящего антродренажа. Производят экономный заушный разрез по переходной складке. Мягкие ткани отсепааровывают от кости и отслаивают перепончатый отдел наружного слухового прохода. Антрум вскрывают через заднюю костную стенку слухового прохода, расширяют острой ложечкой и удаляют патологические образования. В адитус вставляют полиэтиленовую трубочку, дистальный конец которой укрепляют швом в нижнем углу раны. Последнюю зашивают наглухо.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Мануйлова щадящая общеполостная операция на ухе. Производят заушный разрез. Долотом сносят передне-наружную стенку антрума, сбивают мостик, сглаживают шпору. Антрум открывают только в передних отделах. Слизистую оболочку вокруг барабанного отверстия слуховой трубы отсепааровывают и направляют в просвет трубы, что приводит к ее заращению.

Лит.: Исхаки Ю. Б., Кальштейн Л. И. Детская оториноларингология. – Душанбе, 1984. – С. 383.

Меланьина способ лечения мастоидитов. На первом этапе по клиническим показаниям производится мастоидотомия или мастоидэктомия. При отсутствии склонности к спонтанному заживлению большой послеоперационной полости спустя 18—20 дней края раны освежают, стенки полости частично освобождают от грануляций и заполняют ее фрагментами консервированного в 0,5% растворе формалина хряща. Рану ушивают.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989.

Меланьина способ хирургического лечения хронических гнойных средних отитов, осложненных фистулой лабиринта. Заушным хирургическим доступом выполняют общеполостную

лостную операцию. К фистуле лабиринта относятся щадяще. Снимают лишь поверхностный слой грануляций. Рубцовую мембрану, здоровый слой эпидермиса или мукопериоста, закрывающих фистулу, не трогают. Оболочку холестеатомы аккуратно с нее снимают. Антральную от мастоидальной полости отгораживают пластинкой консервированного хряща. Мастоидальную полость заполняют фрагментами консервированных в 0,5% растворе формалина кости или хряща. На переднюю поверхность пластинки хряща, перегораживающей полость, укладывают Г-образный лоскут кожи задней стенки наружного слухового прохода на нижней питающей ножке. Под кожный лоскут помещают лоскут надкостницы, предварительно выкроенный из заушной области, который своей питающей ножкой прикрепляется к Г-образному кожному лоскуту. Наружный слуховой проход и антральную полость тампонируют. Заушную рану ушивают.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989.

Меланьина способ хирургического лечения не склонных к заживлению трепанационных полостей после радикальной операции на среднем ухе. Производят заушный разрез мягких тканей по старому рубцу и открывают трепанационную полость. От стенок полости отсепааровывают кожу наружного слухового прохода, которой ранее делали пластику ее стенок, и укладывают в естественное для нее положение. Стенки полости освобождают от эпидермиса и патологических тканей, обрабатывают под микроскопом шаровидной фрезой. Плотный остов задней стенки наружного слухового прохода формируют и трепанационную полость заполняют консервированным в 0,5% растворе формалина хрящом. Наружный слуховой проход тампонируют. Заушную рану ушивают.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев 1989.

Меланьина – Ботпаева – Беляниновой способ хирургического лечения хронических гнойных средних отитов. Заушным хирургическим доступом выполняют общеполостную операцию. Под микроскопом производят ревизию среднего уха. Интактные элементы звукопроведения не трогают. Стенки послеоперационной полости обрабатывают шаровидной фрезой. При необходимости и наличии соответствующих условий выполняют тимпанопластику. Кожу наружного слухового прохода укладывают в естественное для нее положение. Остов задней стенки наружного слухового прохода формируют и антромастоидальную полость заполняют консервированными в 0,5% растворе формалина хрящом, костной тканью или формализированными хрящевыми ксенотрансплантатами, взятыми у молодых телят.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев., 1989.

Мишенькина способ функциональной мастоидотомии. Производят заушный разрез параллельно переходной складке, вскрывают пещеру и все пораженные клетки сосцевидного отростка. Борами расширяют адитус, шунтируют барабанную полость для послеоперационного лечения. В случаях глубокого кариеса мостика его удаляют и замещают костным аутоототрансплантатом. Барабанную полость также шунтируют для послеоперационного лечения, с целью предупреждения рубцовых процессов в ней.

Лит.: Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. – М., 1980. – С. 83.

Цауфала (Zaufal) – Левина общеполостная операция на ухе. Заушный разрез. Одной стружкой сносят верхнюю и заднюю стенки слухового прохода, в результате чего одновременно вскрывают и антрум. Сносят костный мостик. Производят пластику слухового прохода.

Лит.: Zaufal. Zur Geschichte und Technik d. operat. Freilegung. // Archiv für Ohrenheilkunde. – Bd. 37.

Цыганова – Запорощенко способ пластики трепанационной полости после общеполостной операции на ухе. Вскрывают трепанационную полость и отсепааровывают эпи-

дермальную выстилку, покрывающую стенки трепанационной полости. Формируют два костных аллотрансплантата, соответствующих по величине и форме задней стенке наружного слухового прохода и латеральной стенке аттика. Соединяют их между собой с помощью пазов. Затем воздействуют ультразвуком при частоте 26,5—28,5 кГц, амплитуде 0,04—0,08 мм в течение 3—5 сек и помещают в трепанационную полость. Производят мастоидопластику костным аллотрансплантатом.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989.

Шварце (Schwartz) общеполостная операция на ухе. Заушный разрез. Производят антротомию, после чего удаляют заднюю стенку слухового прохода. Сносят костный мостик, удаляют слуховые косточки, латеральную стенку аттика. Операцию заканчивают пластикой наружного слухового прохода.

Лит.: Schwartze. Das Klinische Bild der Mastoiditis und ihre Indikationstellung zur Antrotomie. // Zeitschrift für Laryngologie. – 1931. – Bd. 22.

Штаке (Stacke) общеполостная операция на ухе. После заушного разреза производят отслойку верхней и задней стенок слухового прохода. Тиссовским долотом под контролем пуговчатого зонда постепенно сносят латеральную стенку аттика, наружную стенку входа в антрум. Удаляют заднюю стенку слухового прохода, вскрывают антрум. Операцию заканчивают пластикой наружного слухового прохода.

Лит.: Stacke. Die operat Freileg. der Mittelohrraume. – 1897.

7.3.2. Операции с внутриушным подходом

Бокштейна общеполостная операция на ухе. Операцию начинают образованием лоскута из кожи наружного слухового прохода, для чего проводят два разреза. Первый начинают от барабанной перепонки и продолжают к наружному отверстию на границе верхней и передней стенок. Выводят разрез между козелком и ножкой завитка на 1,5 см. Второй разрез идет по границе нижней и задней стенок от барабанной перепонки до ушной раковины. Образованный лоскут отсепаровывают и выводят наружу. Этап операции на кости производят по Штаке или с подходом со стороны антрума. По окончании операции лоскут укладывают на прежнее место.

Лит.: Бокштейн Ф. С. // Сборник трудов, посвященный Л. И. Свержевскому. – М., 1937.

Геермана (Heermann) кожный разрез при общеполостной эндауральной операции. Разрез производят узким скальпелем на границе верхней и передней стенок слухового прохода от барабанной перепонки до наружного отверстия. Из наружного слухового прохода разрез продолжают между козелком и ножкой завитка на протяжении 1,5 см.

Лит.: Heermann. Uebersichtl. Freileg. des Kuppelraumes // Archiv für Ohrenheilkunde. – 1921. – Bd. 108.

Генкина – Французова общеполостная операция на ухе. Производят полуциркулярный разрез кожи на границе хрящевого и костного отделов. Разрез проводят по нижнезадней и верхней стенкам слухового прохода и далее параллельно ножке завитка. Отслаивают кожу задне-верхней стенки слухового прохода. Этап операции на кости производят по Штаке. По окончании операции кожный слуховой проход рассекают горизонтально ножницами по всей длине и образованный лоскут укладывают на шпору.

Лит.: Генкин Я. С. // Вестник оториноларингологии. – 1950. – №4.

Овсянникова способ мастоидопластики соединительнотканно-мышечно-костным лоскутом (эндауральный вариант). Проводят эндауральный разрез. С линии разреза мобилизуют верхний и средний отделы ушной раковины. Из подлежащих тканей формируют соединительнотканно-мышечно-костный лоскут с питающей ножкой у верхнего или нижнего концов первоначального разреза и им заполняют мастоидальную трепанационную полость.

Лит.: Овсянников М. И. // Вестник оториноларингологии. – 1965. – №5.

Рутенбурга общеполостная операция на ухе. Производят кожный разрез по Геерману. После оттягивания ушной раковины скальпелем рассекают мягкие ткани и надкостницу на глубину 1,5 см. Рану расширяют ранорасширителем. Этап операции на кости производят по Штаке. Образованный при отсепаровке мягких тканей лоскут в конце операции укладывают на шпору.

Лит.: Рутенбург Д. М. Консервативные и эндоауральные методы радикальной операции // Юбилейный сборник трудов Л. Т. Левина. – 1935.

Солдатова способ шунтирования барабанной полости через разрез кожи наружного слухового прохода при экссудативном среднем отите. Для шунтирования барабанной полости применяется щадящая методика: вместо шунтирования посредством миринготомии оно осуществляется без травмы барабанной перепонки – путем разреза кожи наружного слухового прохода, отсепаровки ее вместе с барабанной перепонкой и введением в барабанную полость полиэтиленовой трубки.

Лит.: Солдатов И. Б. Диагностика и лечение экссудативного среднего отита // Респ. конф. отолар. Литовской ССР. 5-я. – Вильнюс, 1978. – С. 48 – 51.

Солдатова – Абуткина способ ультразвуковой эндауральной тимпанотомии. Акустические узлы и инструменты – волноводы конструкции авторов используются на различных

этапах эндауральной тимпанотомии: разрез кожи наружного слухового прохода, отсепаровка кожи, выделение барабанной перепонки. Волновод имеет изгиб под углом 20° по отношению к продольной оси и очень тонкий рабочий конец. Изгиб имеется не в первой ступени преобразователя, а в самой насадке, что обеспечивает лучшие визуальные возможности во время операции. Отмечено гемоста-тическое, фибролитическое, бактерицидное и анальгезирующее действие ультразвуковых инструментов.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989. – С. 76.

Тисс (Thiess) братьев способ общеполостной операции. Задне-верхнюю стенку кожного слухового прохода отсепаровывают и удаляют. Латеральную стенку аттика сносят по способу Штаке.

Лит.: Thiess. Die Radicaloperation durch den ausseren Gehorgang // Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. – 1933. – Bd. 33.

Французова способ эндауральной радикальной операции.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989. – С. 95.

Хилова модификация операции братьев Тисс. Разрез по Геерману дополняют полукруглым разрезом по задней и верхней стенкам на границе между костным и хрящевым отделами слухового прохода. Отсепаровывают кожно-надкостичный лоскут верхне-заднего отдела пораженного слухового прохода, что значительно улучшает обзорность операционного поля. Возможен и другой разрез, произведенный на 1 – 2 мм снаружи от барабанной перепонки по верхней и задней стенкам..

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989. – С. 94.

7.3.3. Консервативно#радикальные операции

Барани (Barany) консервативно-радикальная операция. Производят заушный разрез. Кожную часть наружного слухового прохода не отсепааровывают. Производят антротомию, сносят заднюю костную стенку слухового прохода, удаляют костный мостик, латеральную стенку аттика. Слуховые косточки и барабанную перепонку сохраняют. По окончании операции пластику слухового прохода не производят.

Лит.: Barany R. Die Radicalop. des Ohres Ohne Gehorgangsplastik. – Wien, 1923.

Пальчуна – Дмитриева способ аттикоантротомии. Производят разрез кожи наружного слухового прохода параллельно барабанному кольцу, отступя от него на 1,0—1,5 мм, формируя тем самым опору для барабанной перепонки в виде кожного барабанного кольца. От верхнего конца этого разреза проводят второй разрез на границе верхней и передней стенок наружного слухового прохода от барабанной перепонки до наружного отверстия слухового прохода. Далее заушным подходом выкраивают кожно-надкостничный лоскут. Атик, адитус и антрум объединяют в одну полость, сохранив при этом звукопроводящую систему среднего уха. После завершения операции на костных тканях в послеоперационную полость укладывают кожно-надкостничный лоскут.

Лит.: Солдатов И. Б., Сущева Г. П., Храппо Н. С. Вестибулярная дисфункция. – М., 1980. – С. 98

Ундрица консервативно-радикальная операция. Производят внутриушной разрез кожи наружного слухового прохода в 1 мм от барабанной перепонки. Далее производят заушный разрез, отсепааровывают кожу наружного слухового прохода. Атик и антрум вскрывают по Штаке. При наличии сообщения между аттиком и средней частью барабанной полости барабанную перепонку надсекают в верхнем отделе, ее верхние квадранты сдвигают к внутренней стенке среднего уха, что изолирует атик от нижележащих отделов. В результате этой операции барабанная полость изолируется от операционной полости. Стенки операционной полости покрываются эпидермисом.

Лит.: Ундриц В. Ф. и др. Болезни уха, горла и носа. – Л. – 1960.

7.3.4. Пластика послеоперационной полости при общеполостной операции на среднем ухе

Брюля (Brül) способ пластики наружного слухового прохода. На задней стенке слухового прохода производят разрез, напоминающий форму чаши. Тем самым образуют три четырехугольных лоскута, покрывающие верхнюю, заднюю и нижнюю стенки операционной полости.

Лит.: Brül G. // Monatschrift für Ohrenheilkunde. – 1905.

Василенко способ пластики наружного слухового прохода. Производят разрез наружного слухового прохода по Штаке. Передний край заушного разреза мобилизуют путем отсепаровки кожи в сторону ушной раковины. Образованные из наружного слухового прохода лоскуты сшивают с мобилизованным краем раны. В дальнейшем производят свободную пересадку кожи в послеоперационную полость по методу Яновича – Чайнского.

Лит.: Атлас оперативной оториноларингологии – М., 1983.

Дельсо (Delseau) способ пластики наружного слухового прохода. Из задней стенки слухового прохода образуют клинообразный лоскут, обращенный вершиной к ушной раковине.

Лит.: Проскуряков С. Д. Восстановительные операции носа, горла, уха. – Новосибирск, 1947.

Дмитриева способ пластики послеоперационной полости. Заушный разрез производят послойно до надкостницы. Мягкие ткани над надкостницей отслаивают кзади и кпереди до задней стенки наружного слухового прохода, который поперечно вскрывают над периостом. По заднему краю заушной раны рассекают надкостницу до кости, отсепаровывают ее и мягкие ткани наружного слухового прохода от задней и верхней стенок. Лоскут отодвигают ранорасширителем в сторону ушной раковины. После завершения операции на костных тканях рассекают периост сверху до входа в наружный слуховой проход, который, в свою очередь, рассекают по передне-верхней стенке от места пересечения поперечного разреза кожи слухового прохода и разреза периоста. Таким образом образуется кожно-надкостничный лоскут, который укладывают в послеоперационную полость.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989. – С. 103.

Дмитриева – Антонива способ пластики послеоперационной полости при эндауральной общеполостной операции. Производят разрез кожи и мягких тканей по Генкину—Французову до надкостницы. После предварительной отсепаровки мягких тканей от надкостницы последнюю рассекают по заднему краю раны. В области наружного слухового прохода надкостницу отслаивают вместе с кожей. Лоскут в верхней части рассекают до входа в наружный слуховой проход через наружный листок фасции височной мышцы. После завершения операции на костных тканях рассекают кожу наружного слухового прохода на границе верхней и передней стенок и лоскут укладывают в послеоперационную полость.

Лит.: Люлько В. К., Марченко В. М. Атлас операций на ухе. – Киев, 1989. – С. 103.

Зибенмана (Siebenmann) способ пластики наружного слухового прохода. На задней стенке слухового прохода проводят V-образный разрез, заходящий на ушную раковину. Образующиеся три лоскута укладывают на верхнюю, заднюю и нижнюю стенки слухового прохода.

Лит.: Siebenmann // Berl. Klin. Wschr. – 1893.

Кернера (Körner) способ пластики наружного слухового прохода. Из задней стенки наружного слухового прохода вырезают лентообразный лоскут с основанием в самой ушной раковине. Лоскут укладывают в операционную полость и фиксируют тампоном.

Лит.: Körner. Ueber Gehorgangsplastik // Archiv für Ohrenheilkunde. – Bd. 37.

Красина способ пластики наружного слухового прохода. Заушным разрезом выкраивают прямоугольный лоскут из кожи ушной раковины. После операции производят пластику наружного слухового прохода по Штаке. Оставшуюся непокрытой заднюю стенку покрывают лоскутом, образованным из кожи ушной раковины.

Лит.: Красин П. М. Модификация пластического способа Пансе при радикальной трепанации среднего уха // Вестник ушных, носовых и горловых болезней. – 1911.

Лихачева способ пластики наружного слухового прохода. Со стороны преддверия наружного слухового прохода рассекают его заднюю и верхнюю стенки. Одновременно производят продольное рассечение слухового прохода на границе верхней и передней стенок. Образовавшийся лоскут кладут на дно операционной полости и фиксируют швами.

Лит.: Лихачев Д. Г. Новый способ пластики после радикальной операции // Вестник оториноларингологии. – 1939. – №5.

Окунева способ пластики наружного слухового прохода. Производят продольные разрезы задней и передней стенок наружного слухового прохода. Образуют широкий лоскут, включающий заднюю, верхнюю и часть передней стенок слухового прохода.

Лит.: Окунев В. Н. Оценка пластики по Беленсу и предлагаемый мной новый способ // Ежемесячник ушных, носовых и горловых болезней. – 1906.

Панса (Panse) способ пластики наружного слухового прохода. На задней стенке слухового прохода производят Т-образный разрез. Образующиеся два четырехугольных лоскута отворачивают вверх и вниз и укладывают на верхнюю и нижнюю стенки операционной полости.

Lum.: Panse. Stacke's Operationsmeth. // Zeitschrift für Ohrenheilkunde. – Bd. 61. – H. 2.

Пассова (Passow) способ пластики наружного слухового прохода. На задней стенке слухового прохода производят Н-образный разрез. Образуют два лоскута: из латеральной части задней стенки слухового прохода с захватом ушной раковины и медиальной части задне-верхней стенки слухового прохода.

Lum.: Passow. Ueber die retroarik. Offn. nach. d. Radikaloper. // Zentrablatt für Ohrenheilkunde. – Bd. 32.

Потапова способ пластики наружного слухового прохода. Разрез слухового прохода производят так же, как при пластике по Лихачеву. С целью более плотного прилегания лоскута надсекают его у основания на 1 см.

Лит.: Потапов И. И. Модификация пластики наружного слухового прохода при радикальной операции уха // Вестник оториноларингологии. – 1947.

Тисс (Thiess) братьев способ пластики наружного слухового прохода при эндауральной радикальной операции. Из задней стенки слухового прохода образуют языкообразный лоскут. Разрезы производят со стороны просвета наружного слухового прохода.

Lum.: Thies. Die Radicaloperation durch den ausseren Gehorgang // Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde. – 1933. – Bd. 33.

Штаке I (Staacke) способ пластики наружного слухового прохода. Продольным разрезом рассекают заднюю стенку слухового прохода.

Штаке II (Stacke) способ пластики наружного слухового прохода. Производят продольный разрез задне-верхней стенки слухового прохода. Из наружного угла раны дополнительно производят вертикальный разрез под прямым углом вниз. Образующийся четырехугольный лоскут укладывают на дно операционной полости.

Штаке III (Stacke) способ пластики наружного слухового прохода. Производят продольный разрез задне-нижней стенки слухового прохода. Из наружного угла раны дополнительно производят вертикальный разрез вверх. Образующийся четырехугольный лоскут укладывают на верхнюю стенку операционной полости.

Lum.: Stacke. Die operat. Freileg. der Mittelohrraume. – 1897.

7.4. Операции при отосклерозе

Бордес-Воллса (Bordes-Valls) операция фенестрации лабиринта при отосклерозе. Через чешую височной кости вскрывается барабанная полость, удаляют головку молоточка и наковальню, после чего производят фенестрацию в переднем отделе бокового полукружного канала.

Лит.: Bordes-Valls M. New neurosurgical approach for treatment of otosclerosis // Arch. Of otolaryng. 1950. – №15. – P. 1.

Виттмаака К. (Wittmaack K.) операция перевязки вен, сопровождающих большой поверхностный каменистый нерв. Производят дугообразный разрез кожи выше ушной раковины. Трепанируют чешую височной кости, приподнимают твердую мозговую оболочку шпателем и перевязывают вены.

Лит.: Wittmaack. Die Ursache der Otosclerose u.s.w. // Archiv für Ohrenheilkunde. – 1931. – Bd. 129.

Лемперта (Lempert) операция фенестрации лабиринта. Эндаурально вскрывают антрум, удаляют корень сосцевидного отростка, вскрывают надбарабанное пространство, образуют тонкую мембрану из кожи слухового прохода и барабанной перепонки. Барабанную перепонку освобождают от слуховых косточек, обнажают твердую мозговую оболочку средней черепной ямки. В стенке горизонтального полукружного канала проделывают окно.

Лит.: Lempert I. Lempert fenestra ovalis mith mobile stopple a new advance in the surgical treatment for clinical otosclerosis evolved as a result. // Archiv. – 1945. – V. 41. – №1.

Пальчуна способ пластики окна преддверия после стапедэктомии. Для закрытия окна преддверия после стапедэктомии и введения тefлонового или иного протеза между наковальней и окном помещается венозная полоска, взятая с тыльной стороны кисти больного. Она обворачивается вокруг стержня протеза в виде муфты (или шарфика), что надежно герметизирует окно и позволяет избежать деструктивного процесса, возникающего при установке протеза на стенку вены.

Лит.: Пальчун В. Т., Сакалинская М. Д. Клиника и хирургия отосклероза. – Вильнюс, 1976. – С. 164.

Патякиной способ стапедопластики тefлоновым протезом с сохранением целостности наковально-стременного сочленения и сухожилия стременной мышцы при отосклерозе. После обнажения стремени надсекают сумку наковально-стременного сочленения под местом прикрепления сухожилия стременной мышцы, вывихивают головку и одновременно ломают ножки стремени, которые извлекают. Удаляют часть основания стремени, преддверие прикрывают веной и на нее устанавливают тefлоновый протез, закрепляемый на длинной ножке наковальни, предварительно окутанной полоской вены.

Лит.: Преображенский Н. А., Патякина О. К. Стапедэктомия и стапедопластика при отосклерозе. – М., 1973. – С. 138—153.

Патякиной способ стапедопластики с применением хряща и вены. После удаления стремени и закрытия преддверия венозным трансплантатом под лентикулярный отросток наковальни устанавливают фрагмент хряща (ауто- или гомо).

Лит.: Преображенский Н. А., Патякина О. К. Стапедэктомия и стапедопластика при отосклерозе. – М., 1973. – С. 138—153.

Патякиной способ перемещения задней ножки стремени при отосклерозе. После перелома и удаления передней ножки стремени извлекают срединную часть основания стремени. Задний сектор стремени с сохраненным сухожилием стременной мышцы и наковально-стременным сочленением мобилизуют и смещают кпереди. Позади нее укладывают

фрагмент тефлона или хряща. В некоторых случаях можно дополнительно ввести костный штифт в суставную сумку над прикрепленным сухожилием.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.