

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ, В.В. ЯЦКІВ, В.С. ВАНКЕВИЧ, О.І. ЛУДИН,
І.В. КАЛУЦЬКИЙ, М.М. ЦУРКАН*

МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АТРЕЗІЄЮ ХОАН

*Буковин. держ. мед. ун-т (ректор – проф. Т.М. Бойчук);
ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (гол. лікар – В.І. Ушаков)*

Атрезія хоан (АХ) – часткове або повне зарощення просвіту однієї або обох половин порожнини носа. Дана вада розвитку вперше була описана Рьодерером в 1755 р. Частота виникнення складає 1:6000 новонароджених.

АХ бувають природжені та набуті. Атрезії можуть поєднуватись з іншими вадами розвитку, зокрема, з колобомою, дефектом міжпередсердної перегородки, затримкою росту і розвитку дитини, крипторхізмом, гідронефрозом, патологією внутрішнього вуха з наступною глухотою [1-4, 6, 9].

Природжені АХ утворюються наступним чином: у ембріональному періоді носова порожнина відокремлюється від краніального відділу глотки глотково-носовою мембраною, що складається з мезенхіми. Між 36 і 38-м днем розвитку у ембріона на стадії 10 мм мембрана внаслідок розсмоктування мезенхіми стоншується та зникає, в результаті чого утворюються первинні хоани. Однак у низці випадків цього не відбувається, порожнина носа і краніальний відділ глотки залишаються роз'єднаними [2, 4, 7].

АХ можуть бути кістковими, хрящовими або сполучнотканинними, змішаними. Існує думка, що для природжених вад розвитку характерною є кісткова атрезія, а для набутих – сполучнотканинна або перетинчаста [7, 8, 9].

Товщина атрезій – різноманітна: від тонкої пластинки до 1-1,5 см. У 90% випадків спостерігається кісткова атрезія, в 10% – перетинчаста та ін. [2].

Класифікація АХ враховує, чи вони є однобічними, чи двобічними, повними, неповними, а також частковими. При зміша-

ній кістково-перетинчастій формі атрезії кісткова пластинка у вигляді кільця розміщується на периферії. Атрезії також розподіляються на інтраназальні, маргінальні та екстраназальні. Дані класифікації відносяться не тільки для природжених, але і для набутих атрезій [2, 7]. Найчастіше до набутих АХ призводять опіки (теплові або хімічні), запалення або травми (у т.ч. і ятрогенні), вони розвиваються внаслідок склероми. Задні атрезії, найбільш важкі для видалення, можуть бути травматичними, природженими або виникають внаслідок запалення.

Симптоми АХ: утруднене або відсутнє носове дихання; гугнявість голосу, слизові виділення з носа, шумне дихання носом [5, 6].

Алгоритм діагностики включає аналіз скарг та анамнезу захворювання, риноскопію, зондування носових ходів, ендоскопію порожнини носа, КТ [2].

Диференціальну діагностику АХ слід проводити з викривленням перегородки носа, підвивихом хряща, гематомою носової перегородки, носовим дермоїдом, гематомою, хондромою, тератомою [2, 4, 5, 7, 8].

Лікування з приводу атрезій хірургічне. Доступ до АХ може відбуватись двома шляхами – трансназально або через піднебіння (доступ Штайнцанга). Для попередження рецидиву у створений отвір вводиться пластикова трубка, фіксується біля входу у ніс і залишається на 3-4 тижні [4, 7, 8], інколи – на довший термін [5]. У пацієнтів періодично (1 раз в 7 днів) виймається трубка та проводиться туалет порожнини носа [2].

Уведення в порожнину носа самих трубок з полімерних матеріалів, на наш по-

гляд, недоцільне з декількох причин. По-перше, відсутня можливість дозування тиску на м'які тканини, що може призвести до звуження просвіту хоан або, навпаки, до ішемії м'яких тканин у випадку невірної вибору розміру трубки; по-друге, при проведенні туалету порожнини носа повторне введення трубки може викликати вкрай неприємні відчуття, аж до вираженого болювого синдрому, який не дасть хірургу ввести пацієнту в ніс інструмент без загального знеболення.

Цих проблем можна уникнути, застосовуючи замість трубки синус-катетер ЯМІК. Він складається із силіконової трубки, армованої залізною проволокою, та двох балонів. Дистальний балон фіксований, проксимальний балон може зміщуватись по трубці. Обидва балони роздуваються за допомогою шприца. Дистальний балон можна роздути до 50 мл в об'ємі, проксимальний – до 10 мл.

Методика наступна: після проведення операції з приводу атрезії хоан у порожнину носа вводиться синус-катетер ЯМІК до отримання відчуття впирання у задню стінку глотки, потім підтягується катетер на себе на 7-8 мм під контролем зору, щоб балон опинився у зоні атрезії. Після цього вводиться шприцом у канал дистального балона 15-18 мл повітря. Далі зміщується передній балон по відношенню до заднього таким чином, щоб він повністю знаходився у передніх відділах носа. Потім центральна трубка загинається убік (для фіксації у носі), і роздувається передній балон (об'єм повітря – не більше 10 мл). У подальшому синус-катетер знаходиться у порожнині носа. Періодично (через день) проводиться туалет порожнини носа і повторно заводиться катетер у ніс.

Наводимо клінічний випадок. Пацієнт Д., 2004 р.н., проживає у с. Поляна Хотинського р-ну, знаходився на стаціонарному лікуванні в ЛОР-центрі з 26.02.2013 по 15.03.2013 з діагнозом: атрезія хоан справа. Скарги відмічаються на відсутність дихання на праву половину порожнини носа з раннього дитячого віку, в'язкі виділення з пра-

вої половини носа. З анамнезу: у 2007 р. хворий переніс хейлопластику з приводу розщеплення верхньої губи.

Виконана передня риноскопія справа: Слизові виділення у значній кількості на дні носа, перегородка викривлена вправо, вхід у носову частину глотки закритий, зондування – виявлена перепона хрящової щільності. Задня риноскопія та ендоскопія порожнини носа: носова частина глотки чиста, незначне скупчення лімфаденоїдної тканини на склепінні носової частини глотки, гіперплазованої аденоїдної тканини не виявлено.

КТ (від 20.02.2013): змішана атрезія правої хоани (кістково-хрящова).

27.02.2013 р. під інтубаційним наркозом проведено ендоскопічну операцію – усунення атрезії хоани справа. У праву половину носа заведено синус – катетер ЯМІК. Дистальний балон роздуто до об'єму 12 мл. Проводився туалет порожнини носа з видаленням балона кожні 3-4 дні. Пацієнт не відмічав неприємних відчуттів при введенні балону у носову порожнину.

Огляд 18.03.2013: носове дихання вільне, просвіт правої хоани добре сформований.

Даний метод також використаний у двох пацієнтів в 2014 р. Усього з 2000 р. у ЛОР-центрі ОКЛ було проведено 5 подібних хірургічних втручань в зв'язку з рідкістю патології.

Дана методика зручна для пацієнта і лікаря, дозволяє контролювати тиск роздуваного балона на м'які тканини і безболісно проводити туалет порожнини носа.

При проведенні хірургічного втручання у ранньому віці необхідно відмітити, що з ростом дитини виникає невідповідність між діаметром новоствореної хоани і потребою дитини в носовому диханні. З ростом дитини збільшується його лицевий череп, а сформовані хоани залишаються тих самих розмірів, тому інколи з'являється потреба у повторних операціях. Така необхідність може виникнути повторно в 5-6-річному віці і приблизно у 13 років. Ця думка і тактика в перспективі має бути доведена до батьків дитини.

Література

1. Кіцера О.О. Клінічна оториноларингологія: Навчальний посібник. – Львів: Кварт, 2006. – С. 180.
2. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія: Національний підручник / А.А. Лайко, А.Л. Косаковський, Д.Д. Заболотна [та ін.]; За ред. проф. А.А. Лайка. – К.: Логос, 2013. – С. 282-285.
3. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981 – С. 119-120.
4. Тимен Г. Лечение детей с врожденной атрезией хоан / Тимен Г.Э., Писанко В.Н. // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2010. – № 5-с. – С. 118-119.
5. Ундриц В.Ф., Хилов К.Л., Лозанов Н.Н., Супрунов В.К. Болезни уха, горла и носа: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1969. – С. 274-277.
6. Фельдман А.И., Вульфсон С.И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. – Ленинградское отделение, Медицина, 1996. – С. 226-227.
7. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии / Б.В. Шеврыгин. – М.: Медицина, 1985. – 336 с.
8. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. – М.: КРОН – ПРЕСС, 1996. – С. 128.
9. Шеврыгин Б.В. Детская амбулаторная оториноларингология. – М.: Медицина, 1991. – С. 150-151.

Надійшла до редакції 24.03.15.

© О.Г. Плаксивий, В.В. Яцків, В.С. Ванкевич, О.І. Лудин, І.В. Калуцький, М.М. Цуркан, 2015