**Title**: Удаление кисты гайморовой пазухи: как, зачем и для чего.

**Description**: Киста верхнечелюстной пазухи – крайне коварное заболевание, которое может никак себя не проявлять долгое время. Поэтому так важно знать о причинах ее возникновения, методах диагностики и способах лечения.

**Keywords**: киста верхнечелюстная пазуха гайморит операция

**Дышите носом!**

Плохое самочувствие в виде головных болей, насморка и затрудненного дыхания, головокружения и перепадов давления – частый спутник современного обывателя. Распространённой причиной такого состояния могут быть **кисты верхнечелюстных пазух**. **Гайморовым** синусом (или пазухой) называют одну из **придаточных** воздухоносных полостей или карманов в костях черепа, которые сообщаются с полостью **носа**. Это парное образование существует с обеих сторон – **правой** и **левой**. Выстилка **пазух** представлена слизистой оболочкой, в толще которой есть огромное количество желез, постоянно вырабатывающих секрет (слизь). При обтурации (перекрытие) протока железа не перестает функционировать, поэтому постепенно переполняясь растягивается и превращается в тонкостенное образование в виде шара, которое и называется **киста**. Она частично выполняет пространство **пазух носа**.

В первую очередь следует отметить, что данное образование, конечно, не свойственно абсолютно здоровому организму, но не является агрессивным по течению. **Киста гайморовой пазухи** не является онкогенным. Соответственно она не может быть злокачественной и распространяться в другие органы или полости. Это патология вполне безобидная, ведутся даже споры о целесообразности ее **лечения** при бессимптомном течении (см Хирургическое **лечение**).

**Причины кистозных образований придаточных пазух**

**Как уже говорилось, киста образуется вследствие полного перекрытия или значительного затруднения оттока секрета из железы (которая постоянно вырабатывает слизь).** Согласно этому факту, по международной классификации болезней **киста гайморовой** пазухи относится к группе ретенционных.

Среди непосредственных причин врачи-отоларингологи отмечают:

* Воспалительные заболевания носового хода или **придаточных** **пазух** (ринит, **гайморит**, полисинусит и так далее).
* Заболевания зубов верхней челюсти (такая **киста** называется **одонттогенная**, в буквальном переводе с латыни – «рожденная зубом»).
* Повышенный аллергический фон или реактивность организма (особенно при длительном нахождении аллергена в **гайморовых** пазуха после его вдыхания).
* Индивидуальные особенности анатомической структуры **пазух** носа.
* Состояние иммунных процессов организма (пока существует только в качестве теории, без достаточно доказательной базы).

Отдельно следует отметить **гайморит**, как один из основных этиологических (причинных) факторов. Основным элементом патогенеза этого заболевания есть воспалительный процесс, который влечет за собой интенсивное набухание слизистой. Это весьма благоприятное условие для закупорки выводных протоков и множественного образования кист, как **правой**, так и **левой** **пазухи**, как **последствия** запущенного или не долеченного воспаления. Поэтому при диагнозе «**гайморит**» обязательным показанием есть радиологическое исследование (МРТ, КТ, рентгенография или рентгеноскопия).

**Клинические проявления и симптомы**

**Кисты верхнечелюстных пазух** – очень хитрые новообразование, в некоторых случаях их течение никоем образом не влияет на акт дыхания, не приносит дискомфорта, не развиваются **симптомы** общего воспаления (гиперемия, отек, повышение температуры до субфебрильных показателей), и вообще себя никак не показывают длительный период времени. В таком случае обнаруживают их обычно случайным образом, например, при ЛОР-обследовании с диагнозом **гайморит**. Однако не редким явлением являются такие **симптомы** при кистозном поражении **придаточных** **пазух**:

* Боль над местом образования **кисты** (в области **верхнечелюстной** кости) с иррадиацией в глазницу и висок по стороне пораженной **пазухи**.
* Сильные головные боли с четкой фронтальной локализацией (в передней части головы – в области лба).
* Заложенность носа, преимущественно на стороне выполненной кистой **пазухи**.
* **Гайморит** осложняется скудными, но гнойными выделениями (присоединение инфекционно-воспалительного процесса).
* Патогномичным симптомом считается усиление боли в области **пазух**, которое связано с погружением на глубину (механизм затрагивает увеличение внутричерепного давления).

**Лечение верхнечелюстной кисты**

**Прежде всего следует отметить, что киста в верхнечелюстной пазухе может лечиться только хирургическим путем. Категорически противопоказаны физиотерапевтические процедуры, не при каких обстоятельствах нельзя греть место над пораженным синусом.** Такая манипуляция может привести к разрастанию **кисты** или к переходу воспалительного процесса между **правой** и **левой** пазухами. Так же нельзя **греть** носовые ходы – это может привести к тотальному воспалению слизистой. В таком случае может развиться обширный **гайморит** катарального характера. То есть **последствия** воспаления могут затрагивать нижние дыхательные пути и даже непосредственно легкие с развитием хронической пневмонии.

Не эффективным считается и консервативное **лечение** с помощью фармакологических препаратов. Наоборот, некоторые виды интраназальных капель или спреев могут только усугубить патогенез появлением новых источников кистообразования или способствовать инфекционному заражению, создавая идеальные условия для развития патогенной микрофлоры.

В качестве хирургического **лечения** (удаление **кисты** **верхнечелюстной** пазухи) применяется такой ряд техник:

* **Операция** Кладвелл-Люка.
* Эндоскопическое удаление кисты.
* **Операция** Денкера.

**Операция Кладвелл-Люка**

**Операция** по Кладвелл-Люку – это скорее исторический метод лечения кист верхнечелюстной пазухи и воспалений верхних дыхательных путей (таким образом раньше лечился **гайморит**). Описана она была еще в далеком 1893 году. В настоящее время в технику ее проведения были внесены существенные изменения, дабы осуществлять ее в условиях недостатка необходимого оборудования. Так же такая **операция** показана при **одонтогенной** **кисте**, потому что таким образом можно закрыть входные ворота воспаления и предотвратить дальнейшие рецидивы заболевания.

Перво-наперво производиться обезболивание необходимого участка (**операция** может проводиться как на **левой**, так и на **правой** пазухе). Для этого производят проводниковую инфильтрацию верхнечелюстной складки в преддверии рта. Таки образом блокируется проведение болевого импульса в верхние отделы центральной нервной системы.

Далее, после косо направленного разреза (во избежание травматизации сосудов и нервов), производится трепанация **верхнечелюстной** **пазухи** (при подозрении на тотальный **гайморит** производится трепанация сразу обеих **пазух** – **правой** и **левой**). Отверстие может несколько различаться в диаметре, в зависимости от размеров **кисты**, ее локализации в **правой** или **левой** **пазухе**, объема хирургических манипуляций при сопутствующей патологии (полисинусите, **гайморите** и так далее).

Операция имеет несколько отличительных черт:

* Негативным есть травматичность в отношении к передней стенке **пазухи носа**, на которой собственно проводится манипуляция. Однако в последнее время используются некоторые хирургические хитрости (П-образный лоскут или биологическое закрытие отверстия), дабы ликвидировать эти побочные эффекты.
* С положительной точки зрения **можно** отметить отсутствие взаимодействий деструктивного характера с соустьем **пазухи** и носового хода (см Эндоскопическая **операция**).

**Операция Денкера**

**Операция** Денкера (или гайморотомия по Деннкеру) – это экстраназальная манипуляция, хирургически **верхнечелюстная** **пазуха** вскрывается через ее фронтальную (лицевую стенку). Последовательность действий не сильно отличается от метода Кладвелла-Люка. Принципиальным различием есть место оперативного доступа. В данном случае трепанация производится через переднюю стенку (как для **правой**, так и для **левой**), что дает больше простора хирургу и возможность более радикального лечения. Так **киста правой гайморовой пазухи**, особенно на задней ее стенке, требует удаления края грушевидного отверстия и боковой стенки нижнего носового хода.

Конечно, **операция** является сильно травматичной. Это и является ее основным недостатком. Однако только при таком оперативном доступе становятся возможными свободные манипуляции на задней стенке **пазухи**.

**Эндоскопическая операция**

Современные достижения в хирургии **носа** позволяют в значительной мере снизить травматичность методики удаления **кисты** из **верхнечелюстной пазухи** (как правой, так и левой). При использовании эндоскопа **можно** избежать разрезов на лице, попадая в просвет кармана исключительно физиологичным путем – через полость **носа** (вернее через соустье, которое непосредственно соединяет их). Эндоскоп – это специальная камера, которая в данном случае используется интраназально для контроля производимых манипуляций.

Последние журналы по отоларингологии пишут: «**Ныне эндоскопическая операция стала золотым стандартом в лечении кист верхнечелюстных пазух и некоторых форм гайморита (устойчивых к консервативному, фармакологическому лечению)**». Так же такая **операция** очень удобна, потому что можно осмотреть все протяженность носового хода, перегородку **носа**, все ответвления **придаточных пазух** и раковин на наличие сопутствующих дефектов и патологий.

Перед проведением оперативного вмешательства необходимо провести ряд лабораторных исследований. Прежде всего это радиологические методы визуализации (рентгенография или скопия, КТ, МРТ) **правой** и **левой** **придаточных пазух**. Далее следует провести цитологическое исследование новообразования, чтобы подтвердить диагноз ретенциозная киста по международной классификации болезней. Так же таким образом **можно** проследить причины **гайморита**, дабы в дальнейшем избежать рецидивов данного заболевания. Зачастую данное обследование выявляет значительное утолщение слизистой оболочки и воздушно-жидкостные уровни. Так **киста левой гайморовой пазухи** часто сопровождается образованием полипов и кальцификатов в том же синусе.

Однако это еще не все положительные стороны эндоскопической методики удаления кисты. **Операция** совсем не требует наркоза, используется только местная анестезия, что благоприятно сказывается на постоперационном режиме. Особенно важен данный нюанс для пожилой аудитории, ведь **гайморит** не имеет возрастных ограничений. Так же фармакологическая группа местных анестетиков не обладает побочными эффектами в отношении артериального или венозного давления, центральной нервной системы и прочих органных комплексов человека.

Научно-технический прогресс так же не остался вдалеке от данного вида оперативного вмешательства. Современный метод несколько отличается от первоначальной техники. Так теперь не требуется полное **удаление** слизистой, ее тщательное выскабливания из **правой** и **левой** **придаточных пазух**. Такой образ действий считается чересчур травматичным, поэтому ушел в историю. Ныне **удаление** производят по щадящей методике, которая предусматривает восстановление проходимости воздухоносных **пазух носа**, улучшение оттока выделяемого секрета (и без того малозначимые **симптомы** сходят на нет), профилактика застойных явлений и развития хронического **гайморита**.

Также эндоскопы высокого разрешения, оборудованные микрокамерами, позволяют значительно уменьшить операционную травму. Это положительным образом сказывается на дальнейшем здоровье **носа** в целом и **пазух** в отдельности. Ликвидируются такие **симптомы**, как затрудненная обонятельная чувствительность и гиперемия отдельны участков кожи, что способствует повышению качества жизни пациента в дальнейшем.

Конечно, есть в этом вопросе и некоторые неопределенные моменты. Так, например, медицинское сообщество озадачено вопросом – следует производить **удаление** **кисты** **верхнечелюстной** **пазухи**, если **симптомы** ее существования не проявляются. Здесь мнения отоларингологов, очевидно, разделилось на два лагеря. Первые, которые за оперативное вмешательство, утверждают, что новообразование может вызвать дальнейшие дефекты **пазух** **носа** – их анатомическое искривление, расплавление перегородки и распространение воспалительного процесса. **Гайморит** как следствие дальнейшего разрастания слизистой, поражение нижних дыхательных путей и так далее.

Другой лагерь, выступающий против оперативного вмешательства по поводу **кисты**, **симптомы** которой не проявляются, утверждают, что подобная паллиативная терапия может только навредить состоянию здоровья пациента. Лишнее взаимодействие со слизистой **носа** **пазух** может вероятно повредить определенное количество обонятельных рецепторов, что проявится в виде гипоосмии (состояния патологически пониженной обонятельной чувствительности).

Существует и альтернативное мнение, которое обосновано в самой меньшей степени. Представители этого лагеря считают, что целесообразность операции определяется локализацией кисты в **правой** или **левой** верхнечелюстной **пазухе**. Объясняя данную гипотез теоретическими исследованиями в области нейрофизиологии **носа**. Однако в большей степени это призрачное направление мысли подвергается значительным сомнениям.