Хронический синусит – одно из наиболее распространенных хронических заболеваний. Так, в США у 12,1% взрослого населения установлен диагноз хронический синусит [1]. Одной из причин развития верхнечелюстного синусита является наличие инородных тел, попавших в полость пазухи во время стоматологических вмешательств. Часто такие инородные тела располагаются в альвеолярной бухте – в области, труднодоступной при эндоскопическом доступе через естественное соустье.

Традиционный доступ по Калдуэллу–Люку сопровождается высоким риском осложнений, таких как отек и онемение мягких тканей лица, заложенность носа, гипо- и парестезии в области верхнечелюстных зубов, невралгии тройничного нерва, тянущие боли в области костного окна в переднебоковой стенке пазухи [2–4].

На заре эндоскопической хирургии околоносовых пазух для лечения хронического верхнечелюстного синусита применялось создание постоянной антростомии в нижнем носовом ходе без ревизии естественного соустья верхнечелюстной пазухи [5, 6]. Данная методика обеспечивает доступ к альвеолярной бухте, но имеет ряд недостатков: сообщение между полостью носа и верхнечелюстной пазухой в нижнем носовом ходе не является физиологичным и в случае незаращения может быть причиной рециркуляции слизи между естественным и искусственным соустьями, с другой стороны, в случае невыполнения ревизии естественного соустья и преждевременного заращения искусственного в нижнем носовом ходе возможен рецидив синусита [6, 8]. В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов возможны снижение чувствительности в области резцов и грушевидного отверстия [5], обструкция носослезного протока [7].

При эндоскопическом доступе через естественное соустье даже при его максимальном расширении (верхнечелюстная синусотомия III типа по классификации Simmen N. и Jones N. [9]) угол хирургической атаки часто является недостаточным как для обзора, так и для хирургических манипуляций.

Было предложено несколько вариантов решения этой проблемы, включая троакар для доступа к верхнечелюстной пазухе [10], доступ к альвеолярной бухте через нижний носовой ход [11].

Нами предложен инфратурбинальный доступ к верхнечелюстной пазухе, заключающийся в наложении в области нижнего носового хода временного субмукопериостального сообщения с верхнечелюстной пазухой с последующим его закрытием.

Описание метода. Показанием к применению инфратурбинального доступа является локализация патологического субстрата (киста, инородное тело) в альвеолярной бухте верхнечелюстной пазухи при невозможности его адекватного извлечения через расширенное естественное соустье. Перед вмешательством, помимо сбора жалоб и анамнеза и стандартного оториноларингологического осмотра, выполняются компьютерная томография околоносовых пазух и диагностическая эндоскопия полости носа.

Вмешательство производится нами под общей анестезией, однако может проводиться и под местной. Первым этапом осуществляется стандартное эндоскопическое вмешательство на естественном соустье верхнечелюстной пазухи, включающее удаление горизонтальной и нижней части вертикальной порции крючковидного отростка и возможное расширение естественного соустья верхнечелюстной пазухи. Удаление крючковидного отростка и риноантростомия в среднем носовом ходе выполняет двойную функцию: позволяет убедиться в патентности соустья в послеоперационном периоде, а также облегчает послеоперационный уход – мы аспирируем геморрагический сгусток, неизбежно скапливающийся в пазухе, на 5–7-й день после операции через естественное соустье – это исключает смещение мобилизованного мукопериостального лоскута в нижнем носовом ходе. Вторым этапом производится непосредственно сам инфратурбинальный доступ (рис. 1). Нижняя носовая раковина медиализируется, после чего визуализируется клапан Гаснера. Для облегчения нахождения последнего можно мягко надавить на орбиту или медиальный угол глаза до появления слезы. Производится инфильтрация слизистой оболочки нижнего носового хода раствором анестетика. Далее, отступя на 0,5 см кзади от переднего края нижней носовой раковины, на безопасном расстоянии от клапана Гаснера производится вертикальный разрез через слизистую оболочку и надкостницу от места прикрепления нижней носовой раковины до дна полости носа. Мукопериост отсепаровывается единым лоскутом и откидывается медиально. Между костью и лоскутом устанавливается ватный тампон. Под контролем эндоскопической оптики бором или распатором Freer, в зависимости от толщины стенки пазухи, выполняется остеотомия в латеральной стенке нижнего носового хода, отступя кзади от разреза мукопериоста 3–5 мм, что позволяет в конце операции уложить мукопериостальный лоскут на кость. Вертикальный размер отверстия зависит от высоты нижнего носового хода, которая, по литературным данным, составляет 6–18 мм [6]. В длину отверстие может достигать 3,0 см, что позволяет свободно манипулировать инструментами в верхнечелюстной пазухе. В среднем костного окна размерами 1,5 см достаточно для адекватной визуализации и свободы хирургических манипуляций. Несмотря на