Так как содержимое пазухи было тягучим и не поддавалось стандартной технике промывания, промыть пазуху не предоставлялось возможным.

Им была выполнена микрогайморотомия через клыковую ямку. Доступ позволил нам оценить особенности содержимого пазухи: вид вязкой гноевидной субстанции (рис. 1), с трудом полученной из пазухи вакуумным аспиратором (рис. 2). Поверхность стенок верхнечелюстной пазухи покрыта гладкой слизистой оболочкой, пазуха уменьшена в объеме, с участками резорбции костной ткани. Также можно определить степень пролабирования их в просвет пазухи (рис. 3).

Доступ через клыковую ямку позволяет нам исследовать слизистую любого участка пазухи и взять достаточно материала для цитологии. При гистологическом исследовании слизистой оболочки, покрывающей пораженную пазуху, визуализировалась атрофическая слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи с обширной потерей респираторного эпителия, утолщенной базальной мембраной и артериолами с заметно утолщенными их стенками без воспалительного компонента.

У 8 пациентов до 2015 г. вскрытие верхнечелюстной пазухи произведено со стороны полости носа: у 6 пациентов фенестрация медиальной стенки синуса осуществлена через средний носовой ход, у 2 — через нижний носовой ход. Всем пациентам из данной группы выполнялось эндоскопическое формирование естественного соустья верхнечелюстной пазухи. Операция выполнялась в условиях местной инфильтрационной анестезии или сочетанной анестезии под контролем ригидного эндоскопа. Первым этапом осматривался средний носовой ход, если визуализировалось естественное соустье, выполнялась его зондирование. Зондирование соустья проводилось с помощью изогнутого щупа. Место вскрытия синуса определялось степенью разрушения нижнеглазничной стенки верхнечелюстной пазухи, глубиной проникновения содержимого орбиты в просвет пазухи, что четко можно визуализировать при КТ-исследовании.

С 2016 г. у 25 пациентов с синдромом молчащего синуса выполнялась эндоскопическая микрогайморотомия через клыковую ямку, после чего бралось содержимое пазухи на микробиологическое и цитологическое исследование.

Для профилактики осложнений дополнительное соустье в нижнем носовом ходе накладывалось у 9 пациентов из-за опасности повреждения орбитальной стенки верхнечелюстной пазухи и клетчатки орбиты или в среднем носовом ходе у 16 пациентов со стороны синуса, чтобы не повредить орбитальную стенку (рис. 4).

При исследовании содержимого пазух ни у одного пациента рост микрофлоры не выявлен, при цитологическом исследовании наблюдалось скопление слизевидных масс с единичными лимфоцитами и клетками цилиндрического эпителия. Других клеток обнаружить не удалось.

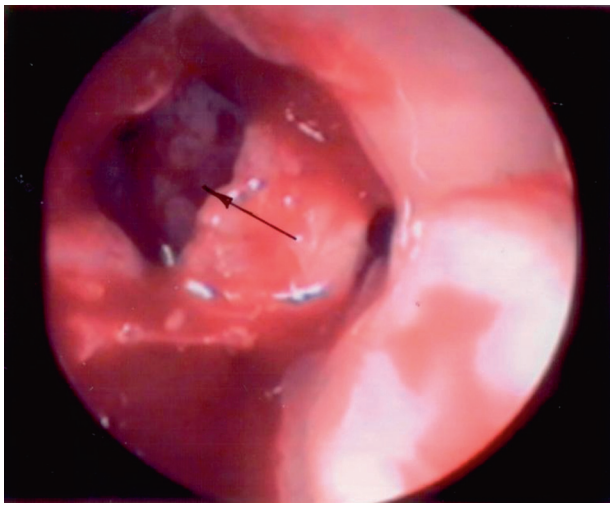

**Рис. 4.** Эндоскопическая картина левой верхнечелюстной пазухи. Сформировано соустье в полость носа в заднем отделе среднего носового хода

**Fig. 4.** Endoscopic picture of the left maxillary sinus. An anastomosis has been formed in the nasal cavity in the posterior section of the middle meatus

В послеоперационном периоде производился ежедневный осмотр, адреналинизация, туалет полости носа, осмотр среднего носового хода и верхнечелюстной пазухи с помощью ригидного эндоскопа. Оценивался диаметр наложенного соустья, отечность и цвет слизистой оболочки, наличие и характер отделяемого.

*Клинический пример.* Пациентка Г. 38 лет, поступила в ЛОР-отделение Курской областной клинической больницы с диагнозом: «хронический правосторонний верхнечелюстной синусит. Синдром молчащего синуса справа» — для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

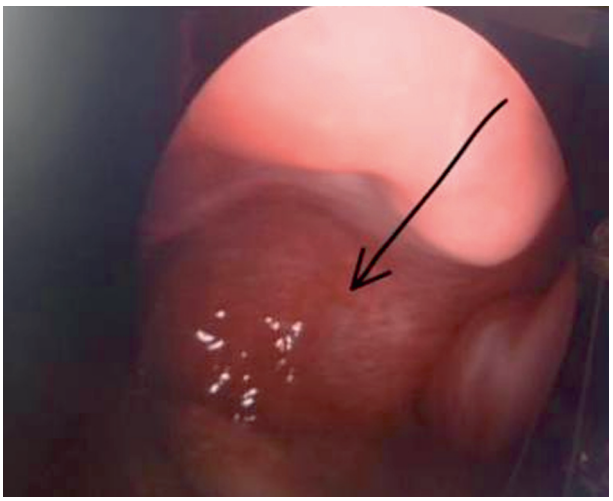

**Рис. 5.** Втяжение латеральной стенки полости носа справа (стрелка)

**Fig. 5.** Retraction of the lateral wall of the nasal cavity on the right (arrow)