

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Арипова М.Л.

Таджикский государственный медуниверситет имени Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме: В статье авторы приводят собственный опыт хирургического лечения 256 больных с деформацией наружного носа, сочетанных с патологией полости носа и околоносовых пазух. При этом, в ходе работы некоторые методы операции оптимизированы и усовершенствованы. Показана возможность и эффективность симультанных операций при комбинированных патологиях наружного носа, носовой полости и околоносовых пазух.

SURGICAL NOSE DEFORMITY, COMBINED WITH PATHOLOGY NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

Mahmudnazarov M.I., Tuydiev Sh.Sh., Aripova M.L.

Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina
Dushanbe, Tajikistan

Resume: In this article author describes his practice of surgical rehabilitation of external nose deformations, combined with pathology of nasal cavity and accessory nasal sinuses based on the examination of 256 patients with named pathology. During the work some methods of operation were optimized and improved. Simultaneous operation of combined pathologies of nose, nasal cavity and accessory nasal sinuses showed their effectiveness and possibility.

Введение.

Данные литературы и клинические наблюдения указывают, что в большинстве случаев деформации наружного носа сопровождаются патологией носовой полости и околоносовых пазух в виде искривления перегородки носа, гипертрофии носовых раковин, а также полипозными синуситами, что отрицательно сказывается не только на функциях носа и околоносовых пазух, но и на функциях других органов и систем организма [1, 3, 4, 5]. С внедрением в клиническую практику современных методов риносептопластики стало возможным применение одномоментных (симультанных) операций на скелете наружного носа и структурах носовой полости при сочетанной их патологии [2, 3, 4, 6]. Несмотря на достигнутые значительные успехи в области ринохирургии вопросы хирургической реабилитации больных с сочетанной патологией наружного носа и носовой полости в республике Таджикистан остаются актуальными и требуют оптимизации и дальнейшего усовершенствования.

Материал и методы исследования.

В период с 2008 по 2013 год под нашим наблюдением находились 256 больных с деформацией наружного носа в сочетании с патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух. Возраст больных

колебался от 16 до 48 лет. Из них мужчин было - 175, женщин - 81. Больным до операции и в послеоперационном периоде проводились исследования функционального состояния носовой полости, рентгенография и КТ околоносовых пазух, оценка состояния наружного носа с фотографированием, а также клиничко-лабораторные исследования.

Результаты обследования и их обсуждения.

Больные были распределены на три группы. В первую группу вошли 102 больных с искривлением наружного носа и носовой перегородки, во вторую - 83 пациента с деформацией наружного носа, носовой перегородки в сочетании с хроническим гипертрофическим ринитом, а третью группу составили 71 больной с деформацией наружного носа, носовой перегородки, сочетанные с патологией носовых раковин и околоносовых пазух.

В первой группе у 57 больных обнаружен сколиоз наружного носа с девиацией хрящевой части носовой перегородки в соответствующую сторону, а в 45 случаях сколиоз костного отдела носа сопровождался искривлением перегородки носа в противоположную сторону. При исследовании функционального состояния носа у этой группы больных выявлено в основном

нарушение дыхательной функции носа.

Во второй группе наряду с различной деформацией наружного носа и носовой перегородки у 35 больных выявлена гипертрофия нижней и средней носовой раковин слева, у 32 пациентов гипертрофия носовых раковин справа и у 16 гипертрофия носовых раковин с двух сторон. В этой группе практически у всех пациентов выявлены нарушения дыхательной, защитной и обонятельной функций носа.

Наибольшие изменения функционального и косметического характера были выявлены в третьей группе больных, где у 28 пациентов деформации наружного носа и носовой перегородки сопровождалась гипертрофией носовых раковин и полипозным этмоидитом, у 25 больных с хроническим гипертрофическим ринитом и полипозным гайморитом и у 18 – хроническим гипертрофическим ринитом и кистозным верхнечелюстным синуситом. При исследовании функционального состояния носа выявлено значительное нарушение основных функций (дыхательной, защитной и обонятельной) носа.

Тактику одномоментного оперативного вмешательства на наружном носе и в полости носа определяли в зависимости от вида деформации носа и патологии носовой полости и околоносовых пазух. Операцию начинали с коррекции носовой перегородки с использованием общеизвестных вариантов шаблонной резекции и коррекции перегородки носа, направленные на сохранение

её опорных функций. После завершения септум-операции выполняли этап ринопластики, также используя тот или другой способ оптимальной хирургической коррекции наружного носа. В частности, для устранения западения спинки носа в хрящевом отделе, сочетанной с искривлением носовой перегородки у 19 пациентов мы использовали аутохрящ носовой перегородки, а в 17 случаях – свежие гомохрящи, взятые из носовой перегородки других больных в день операции. У 13 больных с западением спинки в костно-хрящевом отделе носа ринопластику мы производили смоделированной аутоотканью из кости и хряща носовой перегородки самого больного (рац. предл. №3008/P-223 ТГМУ). При этом, для предупреждения возможного смещения имплантата его фиксировали двумя толстыми чрескожными шелковыми швами на спинке носа на 10-12 суток. (рац. предл. № 3065/P-279 ТГМУ). (рис. 1).

После ринопластических операций, связанных с остеотомией и репозицией костей носа по поводу деформаций костного отдела наружного носа возникает необходимость прочной фиксации костных фрагментов в правильном положении. Для оптимизации фиксации наружного носа после ринопластических операций нами создано оригинальное устройство (патент № ТУ 71), состоящее из двух пластмассовых пластин с проушинами, соединенных общей осью. В ось введена пружина, которая обеспечивает раскрытие



Рис. 1. Фиксации трансплантата чрескожными швами



Рис. 2. Схема и общий вид устройства.



Рис. 3. Устройство в рабочем состоянии.

пластин. Через отверстие в проушинах введен болт с винтом, который регулирует степень раскрытия пластин и давления на костные скаты носа. Изнутри пластины оклеены тонким слоем поролона с целью смягчения чрезмерно жесткого давления пластин на кожу наружного носа (рис. 2).

После окончания остеотомии, мобилизации и редрессации костей носа, устройство с раскрытыми пластинками накладывается на наружный нос и с помощью четырех марлевых тесемок фиксируется по окружности головы и шеи больного. Далее вращением винта подбирается оптимальная степень компрессии на костный отдел носа по ощущениям больного (рис.3).

Данное устройство позволяет по мере необходимости менять степень давления на костный скелет носа не только врачу, но и самому больному в период послеоперационного наблюдения. Устройство можно ежедневно снимать и вновь устанавливать после проверки состояния наружного носа и смены мажевой повязки. Клинические наблюдения показали эффективность данного способа фиксации костей носа после ринопластических операций, выполненных по поводу деформаций наружного носа.

Больным второй группы, у которых деформация наружного носа и носовой перегородки сопровождалась гипертрофией носовых раковин, проведена одномоментная риносептопластика и ультразвуковая дезинтеграция (УЗД) носовых раковин. Больным третьей группы сочетанной патологией носа, носовой полости и околоносовых пазух последовательно проведена септопластика, УЗД носовых раковин, полипоэтомидотомия и ринопластика одновременно. В послеоперационном периоде осуществляли ежед-

невный уход за состоянием наружного носа и носовой полости.

Наш опыт применения сочетанных операций при комбинированной деформации наружного носа, носовой перегородки и патологии внутриносовых структур показал о необходимости поэтапной тампонады носа при выполнении риносептопластики. Дело в том, что с момента окончания септопластики и коррекции носовых раковин до завершения операции в костном отделе наружного носа (остеотомия, редрессация) проходит достаточное время и часто за это время наступает отечность слизистой носовых раковин, скопление крови между листками носовой перегородки в её задне-нижних отделах, затрудняющим обзор носовой полости при наложении тампонады. Для устранения вышеуказанных недостатков мы применили способ поэтапной тампонады носа (рац. предложение № 3145/Р-447, ТГМУ). После завершения септопластики и вмешательства на носовых раковинах, при хорошем обзоре носовой полости производим первый этап тампонады носа, заполняя марлевым тампоном, смоченным синтомициновой эмульсией нижний и средний этажи носовой полости, оставляя свободным верхний этаж. Второй этап тампонады осуществляем после завершения остеотомии и редрессации костей носа для фиксации костных фрагментов и верхнего отдела носовой перегородки изнутри. Способ позволяет в ходе операции своевременно фиксировать носовую перегородку в правильном положении, предупреждает возникновения гематомы, отека слизистой носа, а также кровотечений из оперированных носовых раковин до завершения заключительного этапа ринопластики.

Отдаленные результаты наблюдали у 195 (76,2%) больных в сроки от 1 года до 3 лет после операции. При этом у 147 (75,4%)

оперированных пациентов отмечен хороший и 48 (24,6%) удовлетворительный функциональный результат, который выразался в восстановлении или значительном улучшении носового дыхания. Хороший косметический результат отмечен у 106 (54,4%), удовлетворительный – у 85 (43,6%) и неудовлетворительный - у 4 (2,0%) пациентов.

Выводы.

1. Симультантные операции при комбинированных деформациях наружного носа и носовой перегородки, сочетанных с негнойной патологией околоносовых пазух возможны, и достаточно эффективны.

2. Способы укрепления имплантата и костных фрагментов чрескожными швами и шинированием нашей модификации являются надежными и эффективными.

Литература:

1. Азнаурян В.А. *Современные аспекты лечения деструктивных заболеваний и комбинированных деформаций наружного носа и носовой перегородки*/ В.А. Азнаурян //Автореф. дис.. д-ра мед. наук. Москва.-2003
2. Васильев С.А. *Алгоритм выбора метода реконструкции носа* /С.А. Васильев, И.А. Карпов // *Российская ринология* №3, 2005, С.-39-42.
3. Гюсан А.О. *Восстановительная риносептопластика*/А.О. Гюсан-СПб.: Изд-во «Диалог», 2000.- 85с
4. Медведев В.А. *Особенности риносептопластики при сочетании риносколиоза с ринолордозом и искривлением перегородки носа* / В.А. Медведев // *Российская ринология.*- №3- 2006.- с.16-19.
5. Пиениснгов К.П . *Функциональные аспекты современной эстетической ринопластики* / К.П. Пиениснгов, В.С.Козлов// *Российская ринология.*-№3.-2005.- с.6-21
6. Эзрохин В.М. *Хирургическое лечение деформаций носа* / В.М. Эзрохин, А.А.Никитин , Д.С.Безденежных //Изд-во Медкнига, 2007.- 144 с.