



Современные методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки

М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев

Кафедра оториноларингологии им. профессора Ю.Б. Исхаки ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной работе авторами приводится собственный опыт применения современных методов септум-операции у 250 больных с различными вариантами деформаций носовой перегородки. Отдалённые результаты наблюдались в сроки от 1 года до 3 лет после операции у 168 (67,2%) больных. При этом у 123 (73,2%) оперированных отмечен хороший и у 43 (25,6%) – удовлетворительный, функциональные результаты, которые выражались в восстановлении или значительном улучшении носового дыхания. У всех оперированных больных выявлено существенное улучшение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия. Улучшение обоняния отмечено у 81,4% пациентов. Авторы отмечают эффективность и физиологичность современных методов септопластики, направленных на сохранение опорных функций перегородки носа и рекомендуют их для широкого применения в клинической практике отечественной оториноларингологии.

Ключевые слова: носовая перегородка, деформация, искривление перегородки носа, септопластика

Актуальность. В клинической практике оториноларингологии деформация носовой перегородки (НП) является наиболее часто встречающейся ринологической патологией, требующей хирургической коррекции. По данным литературы, искривление НП встречается почти у 75% населения стран мира [1-3]. Статистические данные по ЛОР отделениям Национального медицинского центра РТ за 2007-2011 гг. показали, что среди всех госпитализированных больных с ринологической патологией, 68% составили пациенты с искривлением носовой перегородки, что подтверждает распространённость этого заболевания и в Таджикистане. Деформация НП вызывает нарушение функции носового дыхания, способствует гипертрофии носовых раковин, вазомоторных изменений в носу, формированию хронического риносинусита и хронических заболеваний дыхательных путей [2-5]. Классическая методика подслизистой резекции НП по Киллиану сегодня не удовлетворяет ринохирургов, так как она имеет ряд существенных недостатков, связанных, прежде всего, с удалением значительных участков костно-хрящевого остова перегородки носа. Осложнениями и нежелательными последствиями подслизистой резекции НП являются её перфорация, атрофия слизистой носовой перегородки, седловидная деформация спинки носа, ретракция колумеллы и изменение формы концевого отдела носа [2,6-8].

В настоящее время, для хирургического лечения искривлений НП, всё чаще применяются современные методы консервативной септопластики, направленные на сохранение её опорных функций, за счёт минимальной резекции хряща перегородки носа. Однако эти методы недостаточно популярны в нашей республике, и некоторые наши ринохирурги независимо от формы и характера деформации перегородки носа продолжают использовать традиционную подслизистую её резекцию по Киллиану, что с точки зрения современных взглядов к вопросам септопластики считаем не оправданной. В связи с чем, изучение и внедрение в клиническую практику отечественной оториноларингологии современных методов операции при деформациях НП являются актуальными.

Цель исследования: оптимизация и усовершенствование методов хирургической коррекции перегородки носа при различных её деформациях.

Материал и методы. В ЛОР клинике Национального медицинского центра РТ в период с 2007 по 2011 гг. под наблюдением находились 250 пациентов с различной деформацией перегородки носа. Возраст больных колебался от 8 до 46 лет. Из них мужчин было 158 (63,2%), женщин – 92 (36,8%). Всем больным до операции и в послеоперационном периоде проводилось оториноларингологическое и клиничко-

ТАБЛИЦА. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДОВ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

| Виды деформаций | Кол-во больных |
|---|----------------|
| С-образная девиация | 76 (30,4%) |
| S-образное искривление | 66 (26,4%) |
| Вывих и смещение четырёхугольного хряща | 48 (19,2%) |
| Шип и гребень перегородки носа | 34 (13,6%) |
| Утолщение и искривление костного дна | 26 (10,4%) |
| Всего больных | 250 |

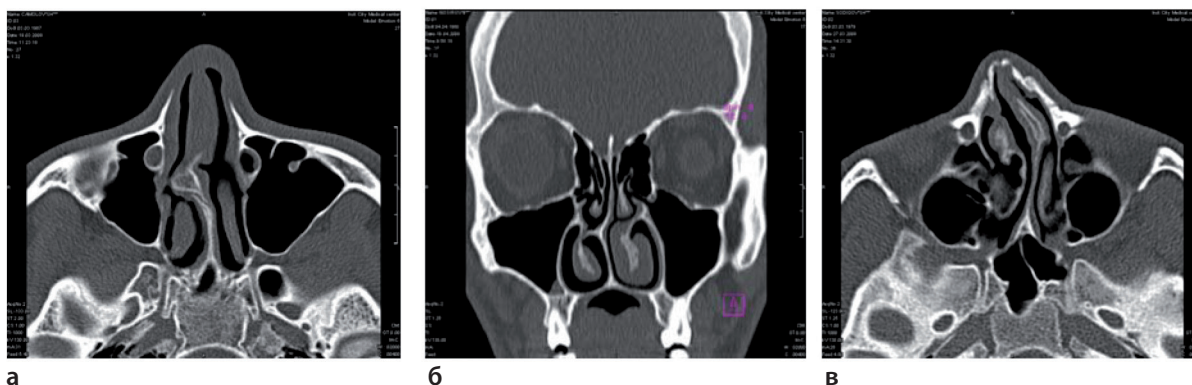


РИС. 1. КТ НОСА И ОНП У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ: А) S-ОБРАЗНОЕ ИСКРИВЛЕНИЕ; Б) КОСТНО-ХРЯЩЕВОЙ ГРЕБЕНЬ; В) С-ОБРАЗНАЯ ДЕВИАЦИЯ

лабораторное исследование, рентгенография и КТ околоносовых пазух (ОНП), а также фибриноскопия. Функциональное состояние слизистой полости носа исследовали путем определения проходимости носовых ходов и двигательной активности мерцательного эпителия. Функцию обоняния определяли методом качественного исследования с помощью стандартного набора пахучих веществ.

Результаты и их обсуждение. Основными жалобами больных были: затруднение носового дыхания (с одной стороны – у 53,2%, двустороннее – у 46,8%), слизистые выделения из носа (64,5%), снижение обоняния (73,4%), быстрая утомляемость при физической нагрузке (38,5%), ночной храп и головная боль (28,6%).

При риноскопии и фибриноскопии у 76 (30,4%) больных отмечалась С-образная девиация перегородки носа, у 66 (26,4%) пациентов выявлено S-образное её искривление, у 48 (19,2%) – вывих и смещение четырёхугольного хряща, у 34 (13,6%) – деформация перегородки в виде гребня и шипа и у 26 (10,4%) – утолщение и искривление костного дна носовой перегородки (табл.).

КТ носа и ОНП позволяет более детально изучить деформацию перегородки носа на разных уровнях и патологические изменения внутриносовых структур. КТ исследование носа и ОНП проведено 34 больным с искривлением перегородки носа (рис.1).

При исследовании функционального состояния носа выявлены нарушения проходимости носовых ходов I-II степени у 64,2% и II-III степени – у 35,8% обследованных. Снижение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия отмечено у 95,6% больных, средние показатели которых составили от 24,3 до 32,5 мин., при норме 15-20 мин. Снижение обоняния выявлено у 73,4% пациентов. Средняя величина обоняния у больных с деформацией носовой перегородки составила 5,2см³, что несколько превышает пороги обоняния у здоровых лиц (3,03см³).

В зависимости от вида деформации НП, больным выработана тактика оперативного вмешательства. После эндоназального разреза и обнажения края четырёхугольного хряща распатором производили отслойку слизистой вместе с надхрящницей и надкостницей на стороне искривления и далее, в зависимости от вида деформации, проводили различные варианты щадящей резекции и коррекции перегородки, направленные на сохранение её опорных функций (рис. 2).

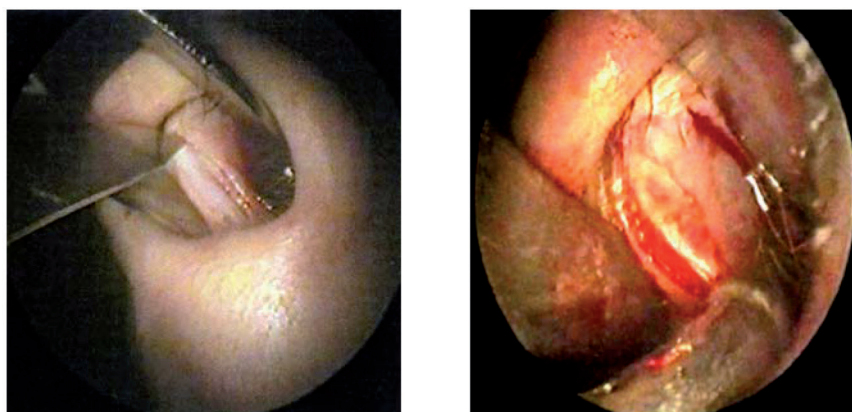


РИС. 2. РАЗРЕЗ И ОБНАЖЕНИЕ ЧЕТЫРЁХУГОЛЬНОГО ХРЯЩА ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

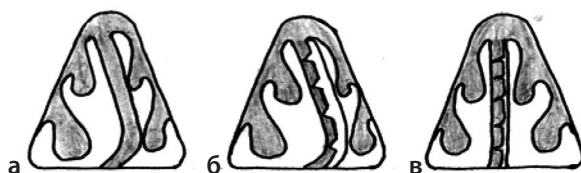


РИС. 3. СХЕМА ВЫПРЯМЛЕНИЯ С-ОБРАЗНОГО ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:
А) ПЕРЕГОРОДКА ДО ОПЕРАЦИИ; Б) ХОД ОПЕРАЦИИ; В) ПЕРЕГОРОДКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ



РИС. 4. СХЕМА ВЫПРЯМЛЕНИЯ S-ОБРАЗНОГО ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
(ЧЁРНОЙ КРАСКОЙ ОБОЗНАЧЕНЫ УЧАСТКИ РЕЗЕКЦИИ ХРЯЩА И КОСТИ)

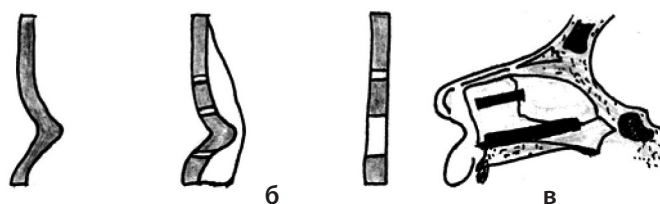


РИС. 5. СХЕМА ЭКОНОМНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ШИПЕ И ГРЕБНЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА:
А) ПЕРЕГОРОДКА ДО ОПЕРАЦИИ; Б) ХОД ОПЕРАЦИИ; В) ПЕРЕГОРОДКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

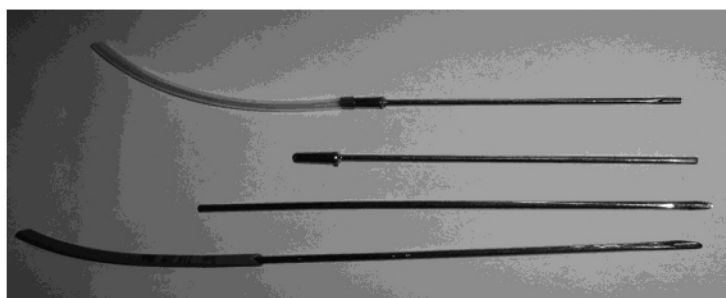


РИС. 6. РАСПАТОРЫ-ОТСОСЫ ДЛЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

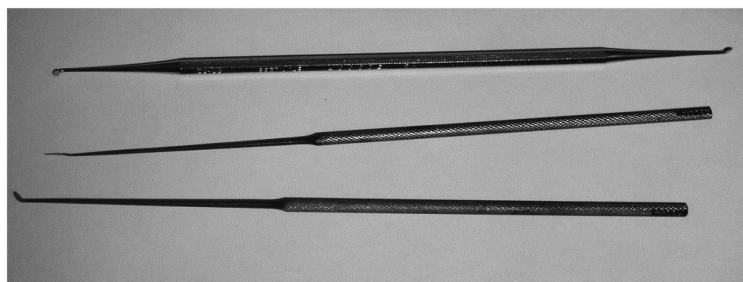


РИС. 7. МИКРОНОЖИ ДЛЯ ХОНДРОТОМИИ ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ

При С-образном искривлении перегородки носа коррекцию деформированного хряща производили резекцией клиновидных полосок на выпуклой стороне хряща после отсечения четырёхугольного хряща от костных отделов нижним горизонтальным и задним вертикальным разрезами (рис.3).

При S-образной деформации НП производили сегментарную резекцию сильно деформированных участков хряща и кости с последующей коррекцией остальных, менее деформированных, участков перегородки методом насечек и мобилизации хрящей (рис.4).

В случаях вывиха и смещении четырёхугольного хряща, горизонтальным и вертикальным разрезами отделяли хрящ от костного основания перегородки и перпендикулярной пластинки решётчатой кости, что давало возможность мобилизовать хрящ в нужном направлении. Далее хрящ укладывали в срединном положении в кожной части НП и укрепляли его кетгутowymi швами. У больных с гребнем и шипом перегородки носа производили экономную резекцию хряща или костной части только в участке грубой деформации (рис. 5).

Для отслойки слизистой перегородки носа некоторые ринохирурги вместо обычного распатора используют распатор-отсос, который можно изготовить из металлической трубки диаметром 2 мм и длиной 10-12 см, конец которой затачивается под углом (рис. 6). В своей работе мы применяем усовершенствованный распатор-отсос, диаметром трубки 3 мм и длиной 15 см (удост. на рацпредложение № 3158/P-460, выданное ТГМУ от 24.05.2007г.), клиническая апробация которого показала его преимущество и удобство перед традиционным распатором. В частности, трубка с диаметром 3 мм редко забивается кровяными сгустками во время операции, а длина, диаметр и масса трубки позволяют без труда отслаивать надхрящницу и надкостницу глубоких отделов перегородки носа под контролем зрения, что в конечном итоге ускоряет ход оперативного вмешательства с минимальной кровопотерей.

Клиническая практика показала, что методы консервативной септопластики технически оказались

намного сложнее, чем традиционная подслизистая резекция НП по Киллиану. Производить вертикальные, горизонтальные или круговые разрезы на хряще перегородки носа, в узком операционном поле обычными скальпелями не всегда удаётся и создаёт определённые проблемы для ринохирурга, в связи с чем вопросы усовершенствования хирургической техники при деформациях перегородки носа остаются актуальными. В этом плане мы предложили и успешно апробировали для хондротомии микроножи из набора инструментов для микрохирургии уха (удост. на рацпредложение №3154/P-456, выданное ТГМУ от 24.03.2007г.). Клинические наблюдения показали, что для отсечения хряща от перпендикулярной пластинки решётчатой кости удобным является лопаточный нож, а для отделения четырёхугольного хряща от костного основания перегородки – прямой микронож (рис.7). Наш опыт применения микроножей для септопластики показал их удобство при работе в узком операционном поле и безопасность резки хрящевой ткани микроножами, что в конечном итоге облегчает работу ринохирурга и уменьшает время проведения операции.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Отек, набухлость слизистой перегородки носа и носовых раковин уменьшались на 3-5 сутки, с постепенным восстановлением дыхания через обе половины носа к концу второй недели. Для ускорения процессов заживления, в послеоперационном периоде проводили курс лазеротерапии.

Для иллюстрации приводим несколько фотографий больных с деформацией носовой перегородки до и после операции (рис.7).

Данные компьютерной томографии носа и ОНП некоторых больных после операции приведены на рисунке 8.

Отдалённые результаты наблюдали в сроки от 1 года до 3 лет после операции у 168 (67,2%) больных. При этом у 123 (73,2%) оперированных отмечен хороший и у 43 (25,6%) – удовлетворительный, функциональные результаты, которые выражались в восстановлении или значительном улучшении носового дыхания. Выявлено существенное улучшение двигательной



ДО ОПЕРАЦИИ



ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ



РИС. 7. БОЛЬНЫЕ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ДЕФОРМАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

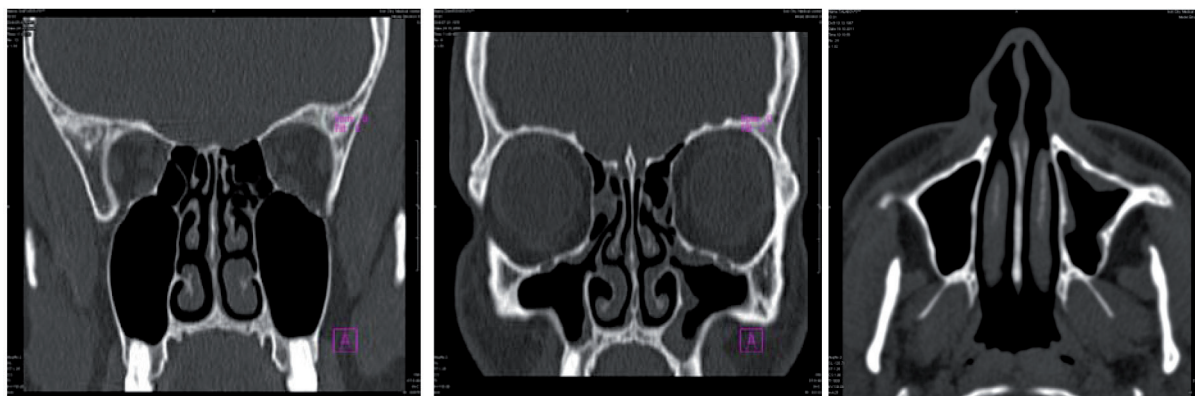


РИС. 8. КТ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ (УЧАСТКИ ПРОСВЕТЛЕНИЯ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА СООТВЕТСТВУЮТ МЕСТАМ РЕЗЕКЦИИ КОСТНОЙ ИЛИ ХРЯЩЕВОЙ ТКАНИ ПЕРЕГОРОДКИ)

активности ресничек мерцательного эпителия, скорость которого в среднем составила 18,7 мин. Улучшение обоняния отмечено у 81,4% пациентов. При этом средняя величина порога обоняния составила 3,8 см³, что приближается к показателям

порога обоняния здоровых лиц. У 2 (1,2%) пациентов отмечен неудовлетворительный результат из-за смещения корригированного хряща в прежнее положение, которым производили повторную операцию с хорошим функциональным эффектом.



ВЫВОДЫ:

1. Методы консервативной септопластики являются более эффективным способом хирургической коррекции различных форм деформации перегородки носа.
2. После септопластики иногда может быть смещение корригированного хряща в прежнее положение, однако при этом, всегда есть возможность повторной операции по устранению возникшей проблемы, что невозможно сделать после традиционной операции по Киллиану.
3. Консервативную септопластику можно успешно применять в детской оториноларингологии, начиная с 6 – 8-летнего возраста, однако при этом должны быть чётко обоснованы показания к операции, щадящее отношение ко всем структурам скелета носовой перегородки и высокая квалификация хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луцевич С.И. Морфофункциональное состояние слизистой оболочки полости носа по данным лазерной доплеровской флоуметрии как критерий хирургической тактики: автореф. дис... канд. мед. наук / С.И. Луцевич. - М. - 2007. - 21с.
2. Молчанов Е.Б. Деформация перегородки носа в сочетании с гипертрофией нижней носовой раковины в детском возрасте /Е.Б. Молчанов// Рос. оторинолар.- 2004. -№ 2 (9).- С. 128 – 130
3. Суриков Е.В. Травматическое искривление перегородки носа у взрослых: автореф. дис.... канд. мед. наук //Е.В.Суриков.- М. - 2010. - 24с.
4. Курбанов У.А. Успехи пластической и эстетической хирургии в Таджикистане /У.А.Курбанов, К.П.Артыков// Материалы 4-го съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе. - 2005.- С. 258-259
5. Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа /А.С.Лопатин //Российская ринология. -1994.- №2. - С. 3-32
6. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З.Пискунов, С.З.Пискунов// - М.:ООО «Медицинское информационное агентство».- М. - 2006.- 560с.
7. Царапкин Г.Ю. Оптимизация хирургического лечения деформаций перегородки носа: автореф. дис.... канд. мед. наук / Г.Ю.Царапкин. - М. - 2008. - 32с.
8. Dinis P.B. Septoplasty: long – term evaluation of results /P.B.Dinis, H.Haider // AM. J. Otolaryngol. - 2002. - Vol. 23. - №2. - P. 85-90

Summary

Modern methods of surgical treatment of nasal septum deformations

M.I. Mahmudnazarov, Sh. Sh. Tuydiev

Department of Otorhinolaryngology named after professor UB Iskhaki Avicenna TSMU

Authors are presented own experience of using modern septum surgery in 250 patients with various deformities of nasal septum. Long-term results were observed at term 1 to 3 years after surgery in 168 (67.2%) patients. Functional results presented in recovery or significant improvement in nasal breathing were good in 123 (73.2%) and satisfactory in 43 (25.6%) cases.

A significant improvement of motor activity of cilia of ciliated epithelium was detected in all operated patients. Smell improving was noted in 81.4% of patients. The authors note the effectiveness and physiology of modern methods of septoplasty in preservation of the support functions of nasal septum, and recommend them for widespread use in clinical practice of domestic otorhinolaryngology.

Key words: nasal septum, deformation, distortion of the nasal septum, septoplasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Махмудназаров Махмадамин Имамович – заведующий кафедрой оториноларингологии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони, 59
E-mail: mahmadamin@inbox.ru