



УДК: 616.212.2.3.5-007.29-089

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

М. И. Махмудназаров, З. С. Гуломов

### SURGICAL TREATMENT OF NOSE DEFORMATIONS, COMBINED WITH PATHOLOGY OF NASAL CAVITY AND ACCESSORIAL NASAL SINUSES.

M. I. Mahmudnazarov, Z. S. Gulomov

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,  
г. Душанбе

(Зав. каф. оториноларингологии – канд. мед. наук, доцент М. И. Махмудназаров)

*В данной статье на основании обследования 256 больных с деформацией наружного носа и носовой перегородки, сочетанных с патологией полости носа и околоносовых пазух, авторы приводят собственный опыт хирургической реабилитации больных с указанной патологией. При этом в ходе работы некоторые методы операции оптимизированы и усовершенствованы. Показаны возможность и эффективность симультанных операций при комбинированных патологиях носа, носовой полости и околоносовых пазух.*

**Ключевые слова:** деформация носа, носовая перегородка, ринопластика, септопластика, гипертрофия носовых раковин, УЗД.

**Библиография:** 7 источников.

*In this article author describes his practice of surgical rehabilitation of external nose deformations, combined with pathology of nasal cavity and accessorial 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 accessorial nasal sinuses showed their effectiveness and possibility.*

**Key words:** nose deformation, nasal septum, rhinoplastica, septoplastica, UZD, hypertrophia of nasal concha.

**Bibliographie:** 7 sources.

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, 3–5]. Реконструкция скелетных структур носа и носовой полости до настоящего времени представляет сложность для оториноларингологов. 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 [2–4, 6, 7]. 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.

**Цель работы.** Оптимизация и усовершенствование методов функциональной и косметической хирургии при деформациях наружного носа, сочетанных с патологией носовой полости и околоносовых пазух.

**Пациенты и методы исследования.** В период с 2005 по 2011 г. 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 – 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 клинико-лабораторные исследования.

**Результаты обследования и их обсуждение.** 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 составил 71 больной с деформацией наружного носа, носовой перегородки в сочетании 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 носовых раковин слева, у 32 пациентов – гипертрофия носовых раковин справа и у 16 – гипертрофия носовых раковин с двух сторон. В этой группе 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 сопровождались гипертрофией носовых раковин и полипозным этмоидитом, у 25 больных – 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 носу 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 щадящей резекции и коррекции перегородки носа, направленных на сохранение ее 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, сочетанного 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 (удостоверение на рационализаторское предложение № 3008/Р-223 от 8.04.2004 г. ТГМУ), взятой во время септум-операции, и только 10 пациентам по их желанию применили синтетический вкладыш из полимера высокого давления. При этом для предупреждения возможного смещения имплантата его фиксировали двумя толстыми чрескожными шелковыми швами на спинке носа на 10–12-е сут (удостоверение на рационализаторское предложение № 3065/Р-279 от 9.02.2005 г. ТГМУ) (рис. 1).

Наш опыт использования в ринопластике хрящевой и костной ткани показал, что аутооткани носовой перегородки не всегда достаточно для пластики глубоких западений спинки носа, а взятие ткани из других участков организма связано с дополнительной операцией, на что неохотно соглашаются больные. В этом плане перспективным считаем применение гомохряща из носовой перегородки при условии его надежной консервации, тем более что при выполняемых в ЛОР-клинике 6–8 септум-операций ежедневно особых проблем в создании запаса трансплантата у нас не возникает.

После ринопластических операций, связанных с остеотомией и репозицией костей носа по поводу деформаций костного отдела наружного носа возникает необходимость прочной фикс-

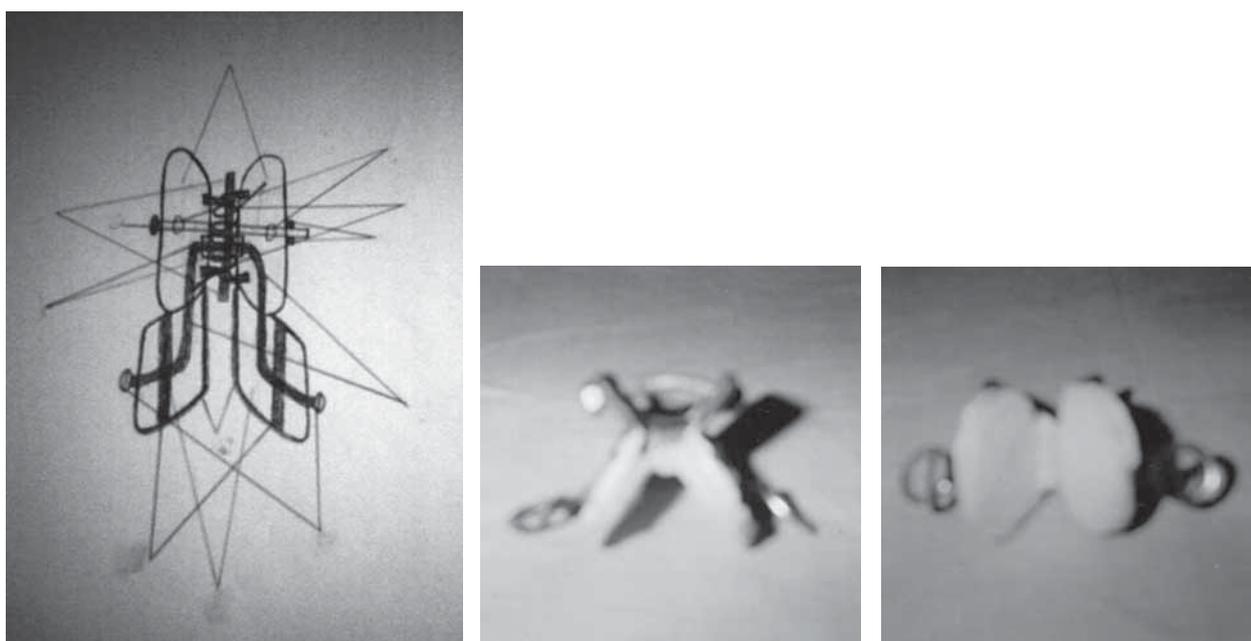


*Рис. 1. Фиксации трансплантата чрескожными швами.*

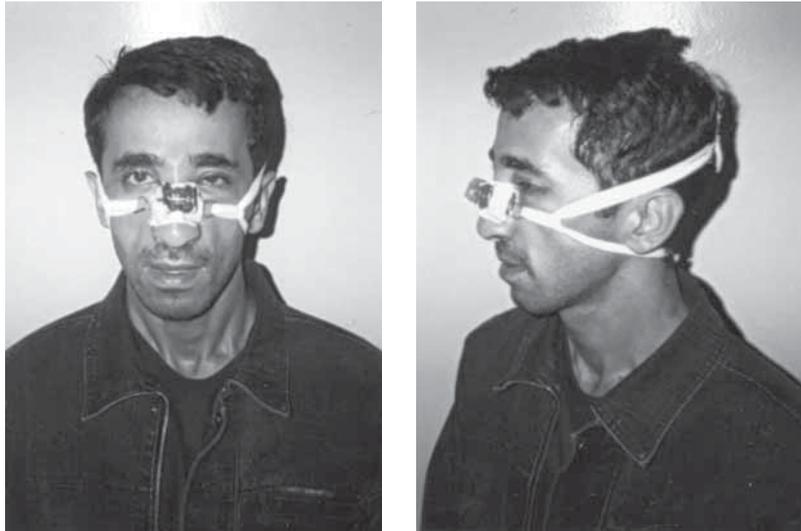
сации костных фрагментов в правильном положении. Используемые в клинической практике гипсовые или коллодийные повязки, а также жестяные шины не лишены недостатков. Для оптимизации фиксации наружного носа после ринопластических операций нами создано оригинальное устройство (патент № ТЈ 71 от 22.10.2007 г.), состоящее из двух пластмассовых пластин с проушинами, соединенных общей осью. В ось введена пружина, которая обеспечивает раскрытие пластин. Через отверстие в проушинах введен болт с винтом, который регулирует степень раскрытия пластин и давление на костные скаты носа. На границе между проушинами и пластинами проделано дополнительное отверстие, через которое проведена прочная ленточка с колечками на конце, куда привязываются марлевые тесемки для фиксации устройства по окружности головы. Лента фиксируется к наружной поверхности пластин с помощью липкого пластыря. Изнутри пластины оклеены тонким слоем поролона для 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 на-



*Рис. 2. Схема и общий вид устройства.*



*Рис. 3. Устройство в рабочем состоянии.*

ружного носа и смены мазевой 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, проведены одномоментная риносептопластика и ультразвуковая дезинтеграция (УЗД) носовых раковин.

Больным третьей группы с сочетанной патологией носа, носовой полости и околоносовых пазух последовательно проведены септопластика, УЗД носовых раковин, полипоэктомида и ринопластика одновременно. В послеоперационном периоде осуществляли ежедневный уход за состоянием наружного носа и носовой полости.

Как известно, передняя марлевая тампонада носа является завершающим этапом многих эндоназальных операций и направлена на предупреждение образований гематом, кровотечений из раны и фиксации носовой перегородки и внутриносовых структур в правильном положении после их коррекции.

Наш опыт применения сочетанных операций при комбинированной деформации наружного носа, носовой перегородки и патологии внутриносовых структур показал необходимость 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 много времени и часто за это время наступает отечность слизистой оболочки носовых раковин, скопление крови между листками носовой перегородки в ее заднеенижних отделах, затрудняющих обзор носовой полости при наложении тампонады. Вышеуказанные объективные факторы не позволяют правильно распределить тампон в носовой полости, вследствие чего носовая перегородка и носовые кости после их коррекции могут быть плохо фиксированы, что снижает эффективность операции.

Для устранения вышеуказанных недостатков мы применили способ поэтапной тампонады носа (удостоверение на рационализаторское 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 возникновение гематомы, отека слизистой оболочки 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 у 48 (24,6%) удовлетворительный функциональный результат, который выражался 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

*В клинической практике деформации наружного носа нередко сочетаются с искривлением носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин.*

*Симультанные операции при комбинированных деформациях наружного носа и носовой перегородки, сочетанных с негнойной патологией околоносовых пазух, возможны и эффективны.*

*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: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. – 32 с.
2. Васильев С. А., Карпов И. А. Алгоритм выбора метода реконструкции носа // Рос. ринология. – № 3. – 2005. – С. 39–42.
3. Гюсан А. О. Восстановительная риносептопластика. – СПб.: Диалог, 2000. – 85 с.
4. Медведев В. А. Особенности риносептопластики при сочетании риносколиоза с ринолордозом и искривлением перегородки носа // Рос. ринология. – № 3. – 2006. – С. 16–19.
5. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
6. Пшениснов К. П., Козлов В. С. Функциональные аспекты современной эстетической ринопластики // Рос. ринология. – № 3. – 2005. – С. 6–21.
7. Эрохин В. М., Никитин А. А., Безденежных Д. С. Хирургическое лечение деформаций носа. – М.: Медкнига, 2007. – 144 с.

**Махмудназаров** Махмадамин Имамович – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Таджикского ГМУ; 734003, Душанбе, пр. Рудаки, д 139, тел.: 93-506-75-43, e-mail: mahmadamin@inbo; **Гуломов** Зафарходжа Саидбекович – канд. мед. наук, ассистент. каф. оториноларингологии Таджикского ГМУ. 734003, Душанбе, пр. Рудаки, д 139, тел.: (+992)918-64-85-14, e-mail: zgulomov@yandex.ru