

ЛИТЕРАТУРА

1. Капустина Т. А., Буренков Г. И., Киштеева В. А. Этнические аспекты распространенности хронической патологии ЛОР-органов у взрослого коренного и пришлого городского населения Хакасии // Вестн. оторинолар. – № 6. – 2009. – С. 46–49.
2. Омариева Э. Я. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Республике Дагестан / Мат. науч.-практ. конф. «Гигиена окружающей среды и охрана здоровья южных регионов России». – Махачкала, 2010. – С. 8–10.
3. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году. – М.: МНИОМИ им. П. А. Герцена, 2009. – 244 с.
4. Grand William B. Air pollution in relation to US. Cancer mortality rates: An ecologic study; Likely role carbonaceous aerosols and polycyclic aromatic hydrocarbons // Anticancer Res. – 2009. – Vol. 29. – N 9. – P. 3537–3545.
5. Shanghai jiaotongdaxue xuebao Yixue ban / Chen Tao [et al.] // J. Shanghai Jiatong Univ. Med. Sci. – 2009. – N 2. – P. 252–255.

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, Махачкала, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-928-230-50-71

Маджидов Магомед Гаджиевич – докт. мед. наук, профессор каф. онкологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, Махачкала, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-928-532-22-56

Гаджиева Аида Камилевна – соискатель ученой степени каф. онкологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-963-401-44-93

Ахмедов Абдулнасыр Семедович – соискатель ученой степени каф. онкологии Дагестанской ГМА. Республика Дагестан, 367000, ул. Ленина д. 1; тел.: 8-928-512-64-92

УДК 616.211-007.29-089.844

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОЛОРДОЗА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

В. А. Медведев

METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF RHINOLORDOSIS AT THE COMBINED DEFORMATIONS OF A NOSE

V. A. Medvedev

ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», г. Рязань
(Главный врач – Е. М. Есакова)

Смещение и деформация имплантата при пластике по поводу седловидного носа являются наиболее частыми осложнениями и составляют 16,2% от общего числа осложнений восстановительной ринопластики. Сложность операции значительно увеличивается при ринолордозе, комбинированном с другими деформациями носа.

Проведен сравнительный анализ косметических результатов и осложнений ринопластических операций, произведенных по двум разным технологиям пациентам с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа.

В основной группе (33 пациента) фиксация имплантата осуществлялась с использованием чрескожной шовной технологии. В контрольной группе (33 пациента) фиксация имплантата производилась путем его введения в узкий тоннель. Анализ результатов операций и их осложнений в двух группах показал, что обе технологии одинаково эффективны и сводят к минимуму риск осложнений ринопластики.

Ключевые слова: ринолордоз, ринопластика, хрящевой имплантат.

Библиография: 7 источников.

Displacement and deformation implant at plastic concerning saddle nose deformity are the most often complications and make 16,2% from general number of complications of the reconstructive rhinoplasty. The complexity of operation is considerably increased at rhinolordosis, combined with other deformations of a nose.

The comparative analysis of cosmetic results and complications of rhinoplastic operations made on two different technologies to the patients with rhinolordosis, combined with other deformations of a nose is carried out.

In the basic group (33 patients) the fixing implant was carried out with use of transcutaneous suture technology. In control group (33 patients) the fixing implant was made by its introduction in a narrow tunnel.



The analysis of results of operations and their complications in two groups has shown, that both technologies are equally effective and reduce to a minimum risk of complications rhinoplasty.

Key words: rhinolordosis, rhinoplasty, cartilaginous implant.

Bibliografy: 7 sources.

Известно, что пациенты с ринолордозом составляют около 50% от всех больных с деформациями носа [4]. Довольно часто встречается ринолордоз, комбинированный с другими носовыми деформациями (риносколиозом, ринокифозом, ринокифосколиозом, рубцами носа и др.). Обычно для пластики седловидного носа используется перегородочный аутохрящ.

Однако далеко не каждая операция при ринолордозе оказывается успешной. К осложнениям при применении хрящевых аутотрансплантатов относятся: неправильное положение, смещение, резорбция, скручивание, визуализация контуров, инфекция, кальцификация и оссификация, деформация и атрофия мягких тканей [7]. Многие авторы указывают на неудовлетворительные результаты применения аутохрящевых имплантатов при пластике седловидного носа [5, 6] из-за смещения или разворота имплантата в мягкотканом ложе.

Существуют данные о том, что осложнения в виде смещения или деформации имплантата составляют 16,2% от общего числа осложнений восстановительной ринопластики [1].

Причем наибольшее количество осложнений наблюдается у больных с комбинированными посттравматическими деформациями носа, которым в связи со сложностью в ходе операции требовалось использовать имплантацию тканей. Осложнения, связанные с имплантацией, составили более половины случаев. Смещение или деформация имплантата были основной причиной неудовлетворительного результата операции [2].

Таким образом, смещение имплантата является наиболее вероятным осложнением ринопластики, производимой по поводу ринолордоза, комбинированного с другими деформациями носа. При этом для планирования операции принципиально определить: возможно ли проведение вмешательства без широкой отслойки мягких тканей от костно-хрящевых структур наружного носа или же отслойка на большой площади необходима для проведения других этапов ринопластики. Это обстоятельство, по нашему мнению, определяет выбор способа фиксации хрящевого имплантата.

Цель исследования. Изучить косметическую эффективность ринопластик, произведенных с фиксацией хрящевых перегородочных имплантатов через кожу у пациентов с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа, и сопоставить полученные результаты с хорошо зарекомендовавшей себя технологией тоннельной фиксации имплантата [3].

Пациенты и методы исследования. Для устранения западения спинки носа мы используем аутохрящевые перегородочные имплантаты в виде сшитых между собой пластинок хряща. При недостатке собственного материала применяем донорский хрящ, взятый у обследованных пациентов (ВИЧ, RW, гепатиты В и С).

Изучены косметические результаты ринопластических операций, связанных с чрескожной фиксацией хрящевого имплантата у больных с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа, а также проведен сравнительный анализ полученных результатов с результатами ринопластик, выполненных путем фиксации имплантата в узком тоннеле у пациентов с ринолордозом, комбинированным с риноскколиозом.

Обследованы 66 пациентов с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа, которым за период с 2007 по 2012 гг. в ГКБ № 11 г. Рязани произведены ринопластические вмешательства с использованием хрящевых имплантатов.

Контрольную группу составили 33 пациента с ринолордозом, комбинированным с деформацией носа в виде риноскколиоза, у которых не требовалась широкая отслойка мягких тканей от костно-хрящевых структур носа. В контрольной группе фиксацию хрящевого имплантата выполняли введением его в ложе, строго соответствующее размерам и форме изготовленного хрящевого имплантата. Подобная технология использовалась нами при комбинации в виде ринолордоза и сколиоза, когда остеотомии производились через созданные для этого тоннели, а имплантат вводился в пятый, специально сформированный для него, тоннель [3].

Основную группу составили 33 пациента с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа (ринокифозом, ринокифосколиозом, рубцами носа и деформациями концевого отдела носа), у которых отслойка мягких тканей была необходима для резекции горба носа, проведения остеотомий по поводу риноскколиоза или для других манипуляций. В данной группе фиксация хрящевого имплантата осуществлялась через кожу.

Техника чрескожной шовной фиксации имплантата сводится к следующему. После предварительного формирования вкладыша в виде сшитых между собой пластинок хряща, а также примерки его снаружи к месту западения спинки носа имплантат вводят под кожу в место западения и прошивают через кожу (рис. 1, а). При

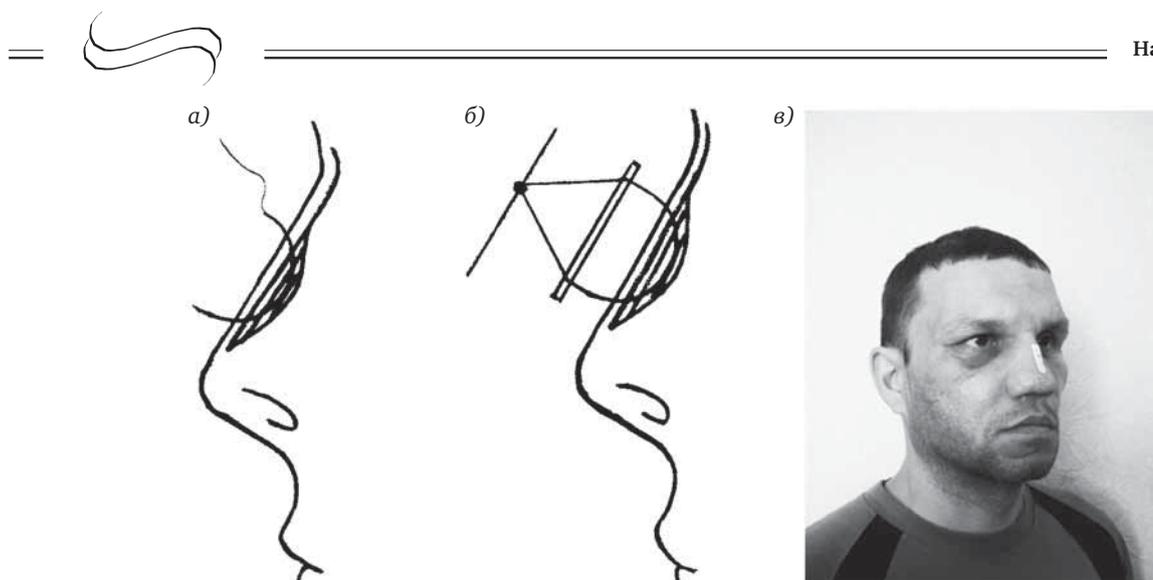


Рис. 1. Чрескожная шовная фиксация имплантата (а – введение иглы через кожу и имплантат; б – стягивание шва над пластиной; в – внешний вид больного с фиксированным имплантатом без лонгеты).

этом снаружи концы нити пролен 5–0 связываются над предварительно подготовленной тонкой пластмассовой пластиной с двумя небольшими отверстиями (рис 1, б). Последнее необходимо для того, чтобы нить не оставляла следов на коже, которые затем могут остаться в виде тонкого рубца, соединяющего точки вкола и выкола иглы. Перед наложением лонгеты пластину покрывают непромокаемым пластырем Omnifilm для предотвращения попадания инфекции с кожи и лонгеты в область ложа имплантата. Потом на всю спинку носа наносят тканевой пластырь, на который затем накладывают гипсовую лонгету.

Результаты исследования и их обсуждение.

В исследуемых группах тяжелых и опасных для жизни больных осложнений не было. В контрольной группе, где использовалась тоннельная имплантация (33 больных), выявлен 1 случай смещения имплантата (3,0%). В 1 случае у пациентки с сахарным диабетом длительно сохранялся отек кожи и клетчатки в месте введенного хряща (3%). Это потребовало назначения антибиотика (цефотаксим 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки в течение 7 дней). После спадения отека получен хороший косметический эффект. Больная наблюдалась до 2 лет после операции. В основной группе, где применялась шовная чрескожная технология фиксации имплантата (33 пациента), также выявлен 1 случай его смещения (3,0%). Однако во второй группе зафиксировано одно наблюдение, при котором произошло нагноение в месте имплантации (3,0%). При этом производилось вскрытие очага нагноения, выполнялись перевязки с местным введением антибиотика (цефтазидим) в отслоенное ложе и введением антибиотика внутримышечно (цефотаксим 1,0–2 раза в сутки в течение 7 дней). В последнем случае имплантат был сохранен и желаемый косметический эффект был достигнут.

Таким образом, процент осложнений, связанных со смещением имплантата в основной группе, где применялась чрескожная шовная технология фиксации имплантата, оказался таким же, как в контрольной группе, где использовалась хорошо зарекомендовавшая себя тоннельная методика (по 3,0%). В то же время в 1 при использовании чрескожной шовной методики отмечен один случай нагноения в ложе имплантата, что после лечения привело к выздоровлению и хорошему косметическому результату.

Приводим один из примеров риносептопластики с вмешательством на нижних носовых раковинах у пациента с ринолордозом, ринокифосколиозом, искривлением перегородки носа и хроническим гипертрофическим ринитом.

Пациент П., 34 года (история болезни № 12040704), находился в ГКБ № 11 г. Рязани с 10.04.2012 г. по 20.04.2012 г. с диагнозом: комбинированная посттравматическая деформация носа (ринолордоз, сколиоз, кифоз), искривление перегородки носа, хронический гипертрофический ринит (кавернозная форма).

При поступлении жаловался на деформацию носа, затрудненное носовое дыхание. Anamnesis morbi. Около 6 лет назад перенес травму носа, полученную в результате удара во время драки. За врачебной помощью не обращался. С тех пор отмечает изменение формы носа и затруднение носового дыхания. St. localis. Выраженная деформация носа в виде западения спинки ниже костного горба, девиации носа влево. Носовое дыхание затруднено, асимметрично. Кaudальный отдел хряща перегородки носа отсутствует, выраженное искривление перегородки носа в виде вывиха хрящевого отдела вправо и костных гребней. Нижние носовые раковины увеличены в размерах, гиперемированы. При обра-



Рис. 2. Больной до (а–в) и после (г–е) операции.

ботке 0,1% раствором адреналина гидрохлорида раковины практически не сокращаются.

11.04.2012 г. под эндотрахеальным наркозом произведены риносептопластика, двусторонняя нижняя турбинопластика. Операция выполнялась с использованием чрескожной шовной методики фиксации имплантата. Осложнений в послеоперационном периоде не было. 20.04.2012 г.

больной выписан в удовлетворительном состоянии.

На рис. 2, а–в больной до операции. На рис. 2, г–е больной через 6 месяцев после операции.

При контрольных осмотрах через 2 и 6 месяцев: спинка носа не западает, по средней линии; перегородка носа ровная, носовые раковины не увеличены. Носовое дыхание свободное.

Выводы

Чрескожная шовная технология фиксации имплантата при ринолордозе в комбинации с другими деформациями носа, требующими широкой отслойки мягких тканей, является не менее эффективной, чем тоннельная методика фиксации имплантата при ринолордозе, комбинированном с риносколиозом. Однако при использовании чрескожной фиксации имплантата необходимо соблюдать ряд мер по предотвращению нагноения в месте имплантации. Обе технологии фиксации имплантата имеют строгие показания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гюсан А. О. Восстановительная риносептопластика. СПб.: Диалог, 2000. – 137 с.
2. Гюсан А. О. Ретроспективный анализ осложнений ринопластики // Рос. ринология. – 2011. – № 2. – С. 35–37.
3. Медведев В. А. Особенности риносептопластики при сочетании риносколиоза с ринолордозом и искривлением перегородки носа // Там же. – 2006. – № 3. – С. 16–19.
4. Михельсон Н. М. Несколько замечаний по поводу исправления седловидных носов // Вестн. оторинолар. – 1952. – № 1. – С. 67–68.
5. Consantian M. B. Rhinoplasty: craft and magic. V. 1. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing, Inc., 2009. – 824 p.
6. Gunter J. R., Rohrich R. J., Adams W. P. Jr. Dallas rhinoplasty: nasal surgery by the masters. St. Louis, Missouri: Quality medical Publishing, Inc, 2007. – 644 p.



7. Tebbets J. B. Rethinking the logic and techniques of primary tip rhinoplasty // Clin. Plast. Surgery. – 1996. – Vol. 23. – N 2. – P. 245–253.

Медведев Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением Городской клинической больницы № 11. 390037, г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17, тел.: 8-4912-41-24-49, e-mail: meddmit@mail.ru

УДК: 616. 22-007. 271-036. 12: 612. 013: 301. 065

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОРТАНИ

И. В. Мрочко, А. А. Корнеенков

PRACTICAL EXPERIENCE OF STUDYING OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS BY CHRONIC STENOSING DISEASES OF A LARYNX

I. V. Mrochko, A. A. Korneenkov

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Э. А. Цветков)

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Изучен состав физиологических и социальных факторов, влияющих на состояние больного хроническими стенозирующими заболеваниями гортани. Исходя из положений концепции качества жизни в медицине разработан специализированный инструмент исследования качества жизни – опросник «Хронические стенозирующие заболевания гортани», проведено психометрическое обоснование и представлен опыт его практического применения. Обоснована необходимость более широкой оценки клинического состояния пациентов, страдающих стенозом дыхательного пути на основании клинических, социально-психологических факторов с позиций концепции качества жизни в медицине.

Ключевые слова: хронические стенозы гортани, качество жизни, опросник.

Библиография: 4 источника.

The structure of physiological and social factors influencing a condition of the patient is studied by chronic stenosing diseases of a larynx. Proceeding from provisions of the concept of quality of life in medicine the specialized instrument of research of quality of life – a questionnaire "Chronic stenosing diseases of a larynx" is developed, psychometric justification is carried out and experience of its practical application is presented. Need of wider assessment of a clinical condition of patients suffering a stenosis of a respiratory way on the basis of clinical, social and psychological factors from positions of the concept of quality of life in medicine is proved.

Key words: chronic stenoses of a larynx, quality of life, questionnaire.

Bibliography: 4 sources.

Хронические стенозы гортани – одна из самых сложных проблем в оториноларингологии и реконструктивной хирургии ЛОР-органов [1]. Она остается актуальной, несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия в области реконструктивной хирургии органов шеи. Одними из сложных сторон данной проблемы являются адекватная оценка тяжести состояния больного, выбор и обоснование методов лечения, конечная оценка эффективности принятых реабилитационных мер. Современная медицина предлагает использовать в качестве критерия перечисленных аспектов понятие качества жизни (КЖ), связанное с болезнью. Составляющими КЖ называют: психологическое благополучие, социальное благополучие, физическое благополучие, духовное благополучие

[3]. Методологические основы исследования КЖ включают в себя ряд пунктов:

- разработка протокола исследования;
- выбор инструмента исследования;
- сбор данных;
- формирование базы данных;
- шкалирование данных опросника;
- статистическая обработка данных;
- анализ и интерпретация результатов [2].

Результаты исследования. Созданный нами протокол содержал в себе требования, ограничивающие состав изучаемой нозологии, порядок разработки и валидации инструментов исследования КЖ, формальные требования к последовательности и объему научной работы. В исследование на базе ЛОР-отделения клинической больницы Санкт-Петербургского государственно-