



УДК: 616. 211 – 089

ПЛАСТИКА ПРЕДДВЕРИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НОСА

Р. Ш. Абдурашитов

*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
(Зав. курсом оториноларингологии ИПО – доц. А. А. Цыглин)*

Анатомические аномалии передних отделов носа нередко являются причиной нарушений носового дыхания [5, 6].

Однако следует различать понятия *носовой клапан* (nasal valve) и *наружный носовой клапан* (external nasal valve, alar rim). В первом случае подразумевается область носового клапана, граничащая медиально с перегородкой, сверху и латерально – с каудальным отделом верхнего латерального хряща и его фибroadипозным прикреплением к краю грушевидного отверстия, внизу – дном грушевидного отверстия [2, 4, 9]. Во втором – свободный край крыла носа, колумелла и кожная складка дна преддверия. Нарушение носового дыхания при этом формулируется как «коллапс наружного носового клапана» или «дисфункция преддверия носа» [1, 7, 8]. Таким образом, дисфункция носового клапана предполагает анатомо-физиологические аномалии преимущественно в проекции грушевидного отверстия, дисфункция наружного носового клапана – в преддверии носа.

Целью настоящего исследования явилась разработка алгоритма дифференциальной диагностики дисфункции преддверия носа и носового клапана у больных с нарушением носового дыхания.

Материал и методы. Группа обследованных состояла из 106 пациентов, страдавших заложенностью носа и имевших визуально значимые анатомические изменения преддверия носа и (или) области носового клапана.

С помощью хирургического эндоскопа проводилась видеозапись передних отделов носа, последовательно изучались контур свободного края преддверия, колумелла, медиальные и латеральные отростки нижнего латерального хряща, передние отделы четырехугольного и нижние отделы верхнелатерального хряща, носовой клапан, дно преддверия, передние отделы нижней носовой раковины. Видеоматериалы архивировались.

Результаты исследования и их обсуждение

Преддверие носа образуется кожей, хрящами и фиброзно-жировой тканью, находящейся снаружи от грушевидного отверстия носа. Ригидность купола преддверия носа обеспечивается, преимущественно, латеральной и медиальной ножками нижнего латерального хряща. Размеры преддверия определялись в передне-заднем направлении расстоянием между куполом нижнего латерального хряща и кожной складкой дна преддверия, образованной основанием колумеллы, в боковом направлении – расстоянием между медиальной и латеральной ножками нижнего латерального хряща (рис. 1).

Анализ результатов видеозаписи передних отделов носа позволил выделить основные анатомические аномалии, способствующие развитию заложенности: патологическое сближение медиального и латерального отростков нижнего латерального хряща, заостренный нижний край грушевидного отверстия, деформация проксимального отдела четырехугольного хряща, деформация передней носовой ости и премаксиллярной кости, выступающий каудальный отдел верхнего латерального хряща, гипертрофия переднего отдела нижней носовой раковины, рубцы преддверия носа.



Рис. 1. Преддверие носа.

Для определения нарушений носового дыхания, связанного с передними отделами носа применялась проба Cottle. Сущностью методики является расширение полости преддверия и носового клапана путем смещения кнаружи кожи щеки с латеральным отростком нижнего латерального хряща (рис. 2).



Рис. 2. Проба Cottle.

Вышеуказанная методика не всегда позволяет объективно судить о причинах дыхательной дисфункции, связанной с аномалиями передних отделов носа, поскольку может быть положительна как при дисфункции передних отделов преддверия (например патологическом сближении медиального и латерального отростков нижнего латерального хряща), так и задних отделов (области носового клапана).

Нами предложена проба со смещением медиальной ножки нижнего латерального хряща [3]. Методика состояла в следующем: одна половина носа закрывалась преддверным obturatorом или прижатием крыла носа к перегородке, в другой половине медиальная ножка смещалась зондом в срединном направлении. Субъективное улучшение носового дыхания при этом позволяло расценить тест как положительный (рис. 3).

В отличие от методики Cottle, проба со смещением медиальной ножки нижнего латерального хряща была положительна только при дисфункции передних отделов преддверия и отрицательной при дисфункции носового клапана.

Практическим выходом применения пробы со смещением медиальной ножки нижнелатерального хряща является возможность соответствующей хирургической коррекции анатомических аномалий преддверия носа (рис. 4).



Рис. 3. Проба со смещением медиальной ножки нижнего латерального хряща.

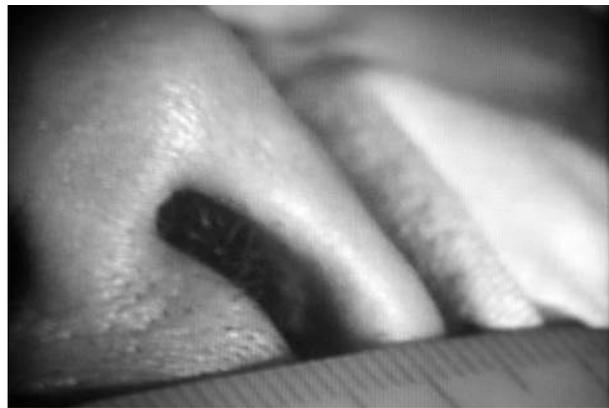


Рис. 4. Исходное состояние преддверия носа.

Пластика преддверия носа осуществлялась через стандартный полупроникающий разрез, применяемый для септум-операций. В разрез вводились малые щипцы Блексли и под контролем пальца хирурга захватывались и резецировались с подлежащей жировой клетчаткой наиболее выступающие в просвет преддверия фрагменты медиальной ножки нижнего латерального хряща. Объем резекции контролировался визуально. На заключительном этапе операции через колумеллу проводились матрацные швы. Обычно расстояние между ножками нижнелатерального хряща увеличивалось в 2–2.5 раза.

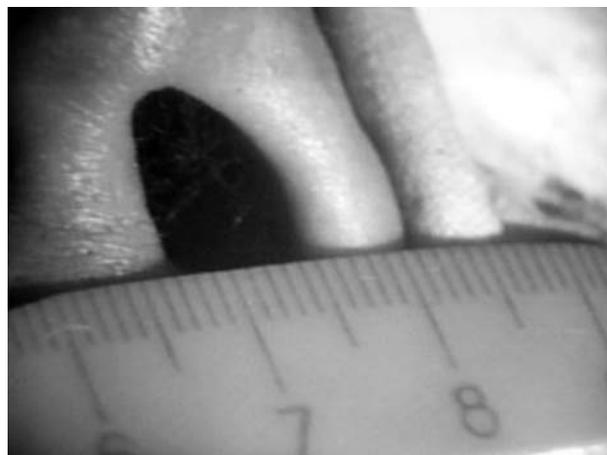


Рис. 5. Картина преддверия носа после пластики колумеллы

**Выводы:**

- в диагностике дисфункций передних отделов носа следует различать понятия «дисфункция носового клапана» и «дисфункция преддверия носа»;
- дифференциальную диагностику указанных анатомических аномалий можно проводить с помощью «пробы со смещением медиальной ножки нижнего латерального хряща»;
- анатомические аномалии передних отделов носа неоднородны по своей структуре, что предполагает соответствующие хирургические подходы;

ЛИТЕРАТУРА

1. Джафек У. Секреты оториноларингологии. /У. Джафек, К. Старк. М., 2001, 624 с.
2. Керн Ю. Б. Хирургия носового клапана. /Ю. Б. Керн, Г. Д. Уонг. // Рос. ринология. – 1995. – №1. – С. 7–10.
3. Пат. 2282406 Российская Федерация. Способ хирургического лечения носовой обструкции, обусловленной анатомическими аномалиями преддверия носа/Заявитель и патентообладатель Абдурашитов Р. Ш. – Заявка № 2005112011. Приоритет изобретения 12.04.2005. Зарегистрирован в государственном реестре изобретений РФ 27.08.2006.
4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. /Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. М.: 2002. – 390 с.
5. Cole P. The Four Components of the Nasal Valve Cells. /P. Cole. // American Journal of Rhinology – 2003. – Vol. 17. – № 2. – P. 107–110.
6. Howard B. Understanding the nasal airway: principles and practice. / B. Howard, R. Rohrich. // Plast Reconstr Surg. – 2002. – Vol. 109. – P. 1128–1146.
7. Kalan A. Treatment of external nasal valve (alar rim) collapse with an alar strut. /A. Kalan, G. Kenyon, T. Seemungal. //Journal of Laryngology & Otology – 2001. – Vol. 115. – №10. – P. 788–791.
8. Paniello R. Nasal valve suspension. An effective treatment for nasal valve collapse/ R. Paniello. //Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 1996. – Vol. 122. – №12. – P. 235–239.
9. Sul senti G. The nasal valve area: structure, function, clinical aspects and treatment. Sul senti's technic for correction of valve deformities. /G. Sul senti, P. Palma. // Acta Otorhinolaryngol Ital. – 1989. – Vol. 22. – P. 1–25.

УДК: 616. 211–002–009. 86–089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ ДЛЯ АНАЛИЗА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

А. В. Акимов, Р. А. Забиров, А. А. Швецов

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии ФППС – Засл. врач РФ, проф. Р. А. Забиров)
Областной центр планирования семьи и репродукции, г. Оренбург
(Главный врач – М. Г. Шухман)

Вазомоторный ринит является распространенным заболеванием и в структуре хронических ринитов его удельный вес достигает 21%.

В настоящее время в лечении больных вазомоторным ринитом применяются хирургические и консервативные методы. Успех лечения вазомоторного ринита во многом зависит от правильного отбора пациентов и учёта важнейших дифференциально – диагностических принципов [1–8].

Наиболее распространёнными среди хирургических методов лечения вазомоторного ринита остаются ультразвуковая дезинтеграция, подслизистая гальванокоустика и подслизистая вазотомия с латеропексией нижних носовых раковин. Однако эти методы не лишены недостатков и далеко не всегда эффективны.

С распространением в последнее десятилетие в России методик радиоволновой хирургии появился принципиально новый метод лечения вазомоторного ринита. Метод проводится с использованием аппарата «Сургитрон – ТМ» и специального биполярного электрода [2, 7].