

Павлов В. В., Вахрамеев И. Н.

**ПРОБЛЕМА ЩАДЯЩИХ МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ИСКРИВЛЕНИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

*ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный
институт усовершенствования врачей» Росз-
драва, МЛПУ «Городская клиническая больница
№1» г. Новокузнецк*

Искривление перегородки носа – наиболее частая причина затруднённого носового дыхания. При профилактических осмотрах искривление перегородки носа выявляется у 68 % взрослого населения. Деформация носовой перегородки вызывает не только затрудненное дыхание, но и способствует увеличению хронических заболеваний дыхательных путей, сопровождается формированием хронического ринита, хронического синусита, развитию патологии уха [4]. Как известно, единственный метод лечения больных с данной патологией – хирургический. Классическая подслизистая резекция перегородки носа по Killian [7] долгое время была

единственным способом оперативного лечения. Однако это вмешательство предусматривает удаление почти всего её хрящевого и костного остова. Перегородка носа становится подвижной, нередко флютирует, затрудняя дыхание через нос. Слизистая оболочка её часто подвергается дегенеративным изменениям, проявляющимся ощущением сухости в носу, образованием корок, а нередко и нарушением обоняния. В последующем, на почве атрофии, могут возникнуть сквозные дефекты перегородки носа. У 15 % развивается рецидив - вторичная деформация в передних отделах перегородки, устранение которой сложно в техническом отношении. Причём в раннем и отдалённом послеоперационном периодах может сформироваться деформация наружного носа, что приведёт к необходимости выполнения пластической операции [2]. Всё это послужило основанием для разработки отоларингологами более щадящих методов операций на перегородке носа, позволяющих максимально сохранять её костно-хрящевой скелет и, в то же время, обеспечить восстановление функций полости носа [1, 3, 5]. Отмечаемый большинством авторов высокий процент послеоперационных осложнений – от 10 до 27 % позволяет считать проблему поиска оптимальных методов хирургического лечения искривления носовой перегородки актуальной [6].

Цель исследования: критический анализ использованных в нашей практике способов реконструктивных операций на перегородке носа с максимальным сохранением опорных тканей.

Материалы и методы: Исследование проводилась на базе отделения оториноларингологии городской клинической больницы № 1 г. Новокузнецка с 2005 по 2007 годы. Исследование являлось открытым, когортным, проспективным, продлённым, рандомизированным, контролируемым. Отбор пациентов для планируемого исследования проводился согласно критериям «включения, исключения». Критерии включения в исследование: все случаи реконструктивных операций с максимальным сохранением опорных тканей. Критерии исключения из исследования: случаи выполнения классической подслизистой резекции по Килиану, щадящие эндоскопические вмешательства с удалением шипа или гребня перегородки носа. Всего, за эти годы, было пролечено 667 больных с искривлением перегородки носа, что составило 25,5 % от всех больных госпитализированных в плановом порядке в отоларингологическое отделение на хирургическое лечение.

В настоящее исследование был включен 221 пациент с нарушением носового дыхания,

связанного с искривлением перегородки носа, которым проведены реконструктивные операции с максимальным сохранением опорных тканей. Больные были распределены на 2 группы, статистически достоверно ($p=0,166$; $p=1,000$) не отличавшиеся по возрасту и полу.

В группу № 1 включены 162 ($73,3 \pm 2,9\%$) больных, которым проведено хирургическое лечение с отслойкой надхрящницы только с одной стороны (модификация способа Cottle). Нами предложен способ лечения деформаций носовой перегородки (патент Российской Федерации на изобретение № 2187261 от 21.05.2001). Операция выполнялась как под местной анестезией, так и под общей. Операцию начинали при сдвинутой в сторону колумелле. В таком положении каудальный край четырёхугольного хряща хорошо контурируется. Разрез проводили параллельно краю хряща, отступая от края кзади на 0,5 см путём послойного рассечения слизистой оболочки и надхрящницы обнажали хрящ. Отсепаровку мукоперихондрального лоскута проводили на одной стороне, при этом на выпуклой поверхности связь хряща и надхрящницы не нарушали. При наличии линий перелома хряща часто обнаруживалось сращение мукоперихондрального слоя с обеих сторон, и поэтому разделение в этих участках проводили острым путём. Перихондрий, плотно связанный с передними отделами хряща, также отслаивали острым путём. Операцию продолжали прокладыванием туннели в краниальном и дорзальном направлении при помощи носового распатора. Для улучшения обзора операционного поля и доступа к нижним отделам перегородки носа, обнажали сочленение между четырёхугольным хрящом и передней носовой остью (премаксиллой), проводя рассечение надхрящницы на передненижнем крае четырёхугольного хряща в дорзальном направлении, до места его сочленения с передней носовой остью. При невозможности проведения туннелирования по дну полости носа (большой навес гребня и узость носового хода над ним - работа возможна только вслепую) мы проводили разъединение хряща в сагиттальной плоскости от перпендикулярной пластинки решетчатой кости сзади до передней носовой ости спереди по линии перелома при помощи распатора. При этом сразу не удаляли отсечённую тонкую полоску задненижней части четырёхугольного хряща, которая была составляющей гребня. У части больных хрящ удавалось разъединить по линии перелома только с рассечением сращений между листками мукоперихондрия. Дальнейшую сепаровку мукопериоста продолжали уже с обеих сторон книзу, вплоть до дна

полости носа, удаляя по ходу операции отломки премаксиллы. Следующий момент операции проводили распатором, разъединяя сочленение четырёхугольного хряща с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости. По завершению этих этапов четырёхугольный хрящ был полностью мобилизован, он сохранял связь только с мукоперихондрием на выпуклой стороне и с треугольными хрящами пирамиды носа. В дальнейшем хрящ смещался в сторону одной из губок носового зеркала и производилась отсепаровка мукоперихондриоста в костном отделе. Для выпрямления перегородки носа в данном отделе, как правило, было достаточно проведения репозиционирования фрагментов к средней линии или удаления костного гребня. Полоску хряща, которая была составляющей гребня (ниже линии перелома и линии разъединения), смещали в костную «рамку» и резецировали только её избыток. Этим приёмом достигалось то, что выпрямленный хрящ умещался в той костной «рамке» и полностью заполнял её.

Операция у больных с подвывихом переднего края четырёхугольного хряща носовой перегородки имела существенные отличия. Нами предложен способ фиксации хряща носовой перегородки при его подвывихе (патент Российской Федерации на изобретение № 226-9311 от 25.05.2004). Проводился разрез по выступающему краю четырёхугольного хряща в направлении сзади наперед. Путём послойного рассечения слизистой оболочки и надхрящницы обнажали каудальный край перегородки носа. Отсепаровку мукоперихондрального лоскута проводили только на вогнутой стороне, при этом на противоположной поверхности связь хряща и надхрящницы не нарушали. Сепаровку основания перегородки носа проводили острым путём при помощи скальпеля, обнажая область премаксиллы. Внизу, по месту контакта четырёхугольного хряща с костным основанием, проводили горизонтальное его отделение. Затем носовым распатором отсекали хрящ от перпендикулярной пластинки решетчатой кости. Вдоль верхнего края перегородки носа серповидным скальпелем проводили продольный разрез на всю глубину хряща до каудального края с рассечением его. Параллельно этому разрезу проводили второй разрез, отступя от первого на 1 мм. Полоска хряща между разрезами удалялась. В мембранозной части перегородки производили рассечение ткани между медиальными ножками крыльчатых хрящей при помощи ножниц. В это разрез вводили каудальный край перегородки, фиксируя его двумя подкожными швами. Затем в костной премаксилле дополнительно форми-

ровали два фрезевых отверстия диаметром 0,3 мм, через которые фиксировали нижний край четырёхугольного хряща двумя швами. В качестве хирургического шовного материала использовали сверхтонкую композитную нить, на основе сплава никелида титана, диаметром 0,12 мм. Операцию заканчивали наложением кетгутовых швов на разрез и введением в полость носа эластичных марлевых тампонов пропитанных растительным маслом. Тампоны удалили утром на следующий день после операции.

В группу № 2 включены 59 ($26,7 \pm 2,9\%$) больных, у которых применена «экстракорпоральная» септопластика, заключающаяся в полном выделении и временном изъятии деформированного четырёхугольного хряща с последующей его коррекцией и реимплантацией. Однако по этой методике каркас опорных тканей носовой перегородки восстанавливался лишь частично.

Полученные результаты. Оценка результатов лечения проводилась на основе повторных обследований больных в сроки от года до трех лет после хирургического лечения и осуществлялась на основании клинических и эндоскопических данных. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием пакетов «STATISTICA 6.0».

При анализе результатов применения модифицированной септопластики по Cottle (группа № 1), отмечается статистически достоверное сокращение сроков лечения больных в стационаре за счёт уменьшения реактивного процесса в полости носа ($p=0,0001$). Следует подчеркнуть, что улучшение носового дыхания было достигнуто в обеих группах. Однако, в группе № 1, при обследовании в отдалённом послеоперационном периоде, у 12 ($7,4 \pm 2,0\%$) больных сохранились жалобы на заложенность носового дыхания одной половины носа, что подтверждали и данные ринопневмометрии. При эндоскопическом исследовании полости носа в этой группе отмечалось сохранение в верхних отделах носовой перегородки изгиба части четырёхугольного хряща и перпендикулярной пластинки решетчатой кости, которые частично удерживали всю нижнюю часть в деформированном состоянии.

В группе № 2 жалоб на заложенность носового дыхания, дискомфорт в носу, сухость с образованием корок было значительно больше – 11 ($18,6 \pm 5,0\%$) больных. Однако, при эндоскопическом исследовании, носовая перегородка представлялась ровной, почти «идеальной» формы. Данные жалобы больных мы в большей степени связывали с флотацией перегородки носа при дыхании.

Выводы. Методика хирургического лечения с отслойкой надхрящницы только с одной стороны (по Cottle) и полным восстановлением опорных тканей является высокоэффективным направлением в лечении искривлений перегородки носа, обеспечивая хороший анатомо-функциональный результат, снижая количество осложнений. Однако, при её применении, следует всегда помнить, что стремление «минимизировать» объём удалённого четырёхугольного хряща, может привести к сохранению деформации и, как следствие - сохранению носовой обструкции.

Литература

1. Воячек В. И. Болезни носовой перегородки / В. И. Воячек // Болезни носа и придаточных полостей. - Часть 1. - Киев, 1941. - С. 241- 261.
2. Гаджимирзаев Г. А. К оценке некоторых положений хирургической коррекции деформаций перегородки и наружного носа / Г. А. Гаджимирзаев, А. А. Гамзатова, Ю. А. Джамалудинов // Российская ринология. - 1997.- № 3. - С. 28- 29.
3. Лопатин А. С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа / А. С. Лопатин // Российская ринология. - 1994. Приложение 1. - С. 3-31.
4. Пискунов Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. - М.: Миклош, 2002. - 390 с.
5. Cottle M. H. Nasal breathing pressures and cardiopulmonary illness / M. H. Cottle // Eye, Ear, Nose. - Throat Monthly.-1972.-Vol. 51.- Sept. - P. 331 -340.
6. Huizing E. H. Functional Reconstructive Nasal Surgery / E. H. Huizing, J. M. Groot. - Thieme, 2003. - 386 p.
7. Killian G. Die submucose Fensterresektion der Nasenscheidewand /G. Killian// Archives fur Laryngologie und Rhinologie. -1904. - Bd.16. - S. 362 -387.