



20. Otitis media within preschool children / M. L. Casselbrant [et al.] // Laryngoscope. – 1985. – N 95. – P. 428–436.
21. Sataroff J., Fraser M. Hearing loss of children with cleft palate // Archives of Otolaryngology. – 1952. – N 55. – P. 61–64.
22. Weinert H. Die Bekämpfung von Sprechfehlen. 5. Aufl. – Berlin, 1966.

Матвеев Константин Александрович – канд. мед. наук, н. с. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01.

УДК: 616.212-089.844

РИНОСЕПТОПЛАСТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА В ВИДЕ РИНОЛОРДОЗА И КИФОЗА

В. А. Медведев

RHINOSEPTOPLASTY PERFORMED FOR POSTTRAUMATIC COMBINED NOSE DEFORMITY IN THE FORM OF RHINOLORDOSIS AND KIFOSIS

V. A. Medvedev

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

В статье представлена технология ринопластики, применяемой при комбинированной деформации носа в виде ринолордоза и кифоза. Особенности ринопластики, производимой по поводу ринолордоза и кифоза, является то, что удаление горба носа производится с помощью направляющего инструмента для эндоназального удаления горба. Кроме того, используется инструмент для мобилизации костей носа, с помощью которого производятся мобилизация, сужение и придание срединного положения спинке носа. Хрящевой имплантат, восполняющий западение спинки носа, фиксируется к коже в месте его западения.

Ключевые слова: ринолордоз, кифоз, ринопластика.

Библиография: 7 источников.

The article deals with the technologies of rhinoplasty applied in the case of the combined nose deformity in the form of rhinolordosis and kifosis. The distinguishing features of rhinoplasty performed for the nose deformity in the form of rhinolordosis and kifosis are those that the removal of nasal hump is performed with help of a special directing instrument used for the endonasal removal of hump. The instrument for mobilization of nasal bones is also used. It helps to mobilize, narrow and give middle position to the nasal back. The cartilage implant filling the fall of the nasal back is fixed to a skin in the place of its fall.

Key words: rhinolordosis, kifosis, rhinoplasty.

Bibliography: 7 sources.

Ринопластика является одной из самых сложных операций в лицевой эстетической хирургии, при которой процент неудовлетворительных результатов достигает 7–25% [1].

На переломы костей носа приходится 8–12% всех переломов костей скелета и 32–50% переломов челюстно-лицевой части черепа [6]. Переломы костей носа являются наиболее частой причиной приобретенных деформаций носа.

Даже при своевременном и квалифицированном, по современным представлениям, оказании первой помощи больным с переломами костей носа результаты ее часто бывают неудовлетворительными.



По данным отечественных авторов, общепринятая репозиция костей носа эффективна только у 62% больных с переломами костей носа [5].

По данным зарубежных исследователей, при повторном обследовании больных, получивших первую помощь при переломе костей носа в условиях оториноларингологической клиники, косоносость отмечалась в 26,1% случаев, горбоносость – в 9,9%, седловидный нос – в 3,3%, широконосость – в 4,4%, искривление носовой перегородки и ее подвывих – в 30% [7].

Весьма трудными для хирургической коррекции представляются комбинированные деформации носа, которые почти всегда сопровождаются выраженными функциональными нарушениями [2].

Одной из наиболее сложных посттравматических комбинированных деформаций носа является ринокифолордоз. Хирургические технологии коррекции данной деформации имеют целый ряд особенностей и требуют дальнейшего совершенствования. В то же время изучение этого сложного вида комбинированной деформации носа затруднено из-за того, что встречается она довольно редко.

Цель исследования. Улучшение результатов ринопластических вмешательств, производимых больным с посттравматической комбинированной деформацией носа в виде ринолордоза и ринокифоза.

Материалы и методы исследования. В течение 5 лет (2006–2010 гг.) мы используем собственную методику проведения операций по поводу ринокифолордоза. При этом используются разработанные нами инструменты для удаления горба носа [3] и для мобилизации костей носа [4], а также некоторые новые технологические приемы проведения операций. По описанной ниже технологии произведено 5 риносептопластик пациентам с указанной патологией (основная группа). Контрольную группу составили 5 пациентов, которым операции при данной деформации проводились с использованием традиционных методик.

Если нет необходимости коррекции структур концевой отдела носа, оперативное вмешательство мы производим методом закрытой ринопластики. Обычно посттравматический ринокифолордоз сочетается с искривлением перегородки носа, поэтому данной категории больных производится, как правило, одномоментная риносептопластика.

Производят полупроницающий разрез (чаще слева) и отслаивают мукоперихондрий и мукопериост с двух сторон в необходимых пределах. На данном этапе септопластика временно приостанавливается.

Затем выполняют межхрящевые разрезы с двух сторон и отслаивают мягкие ткани от костно-хрящевых структур наружного носа от верхней границы нижних латеральных хрящей до уровня лобно-носового шва и несколько выше. В стороны ткани отсепааровывают до уровня лобных отростков верхней челюсти включительно.

После этого через правый межхрящевой разрез вводят сконструированный нами направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа [3]. Инструмент устанавливают так, чтобы горб «проваливался» в его овальное отверстие, верхний край отверстия располагают на уровне лобно-носового шва, а нижний – на границе верхних и нижних латеральных хрящей (рис. 1, а). Весь подлежащий удалению горб носа находится над направляющим инструментом, и его удаляют с помощью широкого плоского долота. Как правило, удалению подлежит костный горб. Форма носа после удаления горба изображена на рис. 1, б.

После удаления срубленного горба следуют латеральные и поперечные остеотомии с двух сторон. С помощью инструмента для мобилизации костей носа, разработанного нами, производится сдавление костей носа и наружный нос устанавливается по средней линии [4].

Выполняют завершающие этапы септопластики: резекцию деформированных хрящевых и костных структур перегородки носа, удаление гребней, реплантацию участков перегородочного хряща между листками мукоперихондрия. При этом обязательно сохраняют участок хряща перегородки носа в каудальном и вентральном отделах.

Затем из аутохряща перегородки носа или донорского перегородочного хряща, сложенного в несколько слоев, формируют имплантат, который подшивают к коже в месте западения спинки носа.

Последним этапом производятся вмешательства на носовых раковинах (подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, парциальная резекции носовых раковин и др.).



Рис. 1. Удаление горба спинки носа.

Операция завершается туалетом операционной полости 3%-ной перекисью водорода.

Выполняют переднюю тампонаду носовой полости с гиоксизоновой мазью и накладывают гипсовую лонгету.

Лонгету для контроля за состоянием формы носа и состоянием кожи снимают через 5–6 дней (после спадения отеков) и после обработки кожи антисептиками вновь накладывают на 7–9 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех 5 пациентов основной группы, которым производилась операция по вышеописанной методике, восстановилась нормальная форма носа (спинка носа расположена по средней линии, нет горба и западения спинки, нет других деформаций наружного носа). Носовое дыхание восстановилось у всех больных. У одного из 5 пациентов контрольной группы после операции отмечена вторичная деформация носа в виде неровности спинки, обусловленная недостаточной резекцией горба носа.

Особенностями риносептопластики, производимой по поводу ринолордоза с ринокифозом, является то, что резекция носового горба выполняется с помощью направляющего инструмента для удаления горба носа, мобилизация костей и сужение носа осуществляются посредством инструмента для мобилизации костей носа, донорский имплантат или аутоимплантат подшивается к коже в месте западения спинки.

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

Больной Б., 28 лет, медицинская карта № 06020425, находился на лечении в оториноларингологическом отделении городской клинической больницы № 11 г. Рязани с 07.02.2006 г. по 15.02.2006 г. с диагнозом: комбинированная посттравматическая деформация носа (ринокифолордоз), искривление перегородки носа, хронический гипертрофический ринит.

При поступлении жаловался на деформацию носа и затрудненное носовое дыхание. Anamnesis morbi: отмечает многократные травмы носа, так как в течение многих лет занимался боксом, были переломы костей носа; в 2002 г. оперирован по поводу искривления перегородки носа.

Объективно: деформация наружного носа в виде широкого костно-хрящевого горба, ниже горба западение спинки носа; перегородка носа искривлена вправо в верхних отделах, влево – в нижних отделах; нижние носовые раковины увеличены в размерах, с неровной поверхностью, гиперемизированы, почти не сокращаются при обработке 0,1%-ным раствором адреналина гидрохлорида.

08.02.2006 г. пациенту под эндотрахеальным наркозом произведены риносептопластика, парциальная резекция нижних носовых раковин. Операция выполнялась по вышеописанной технологии.

На рис. 2, а–в и ж–и больной до операции. На рис. 2, г–е и к–м больной через 6 месяцев после операции. При контрольных осмотрах через 2 и 6 месяцев: горб носа не определяется, спинка ровная, не расширена; перегородка носа по средней линии, носовые раковины не увеличены. Носовое дыхание свободное.

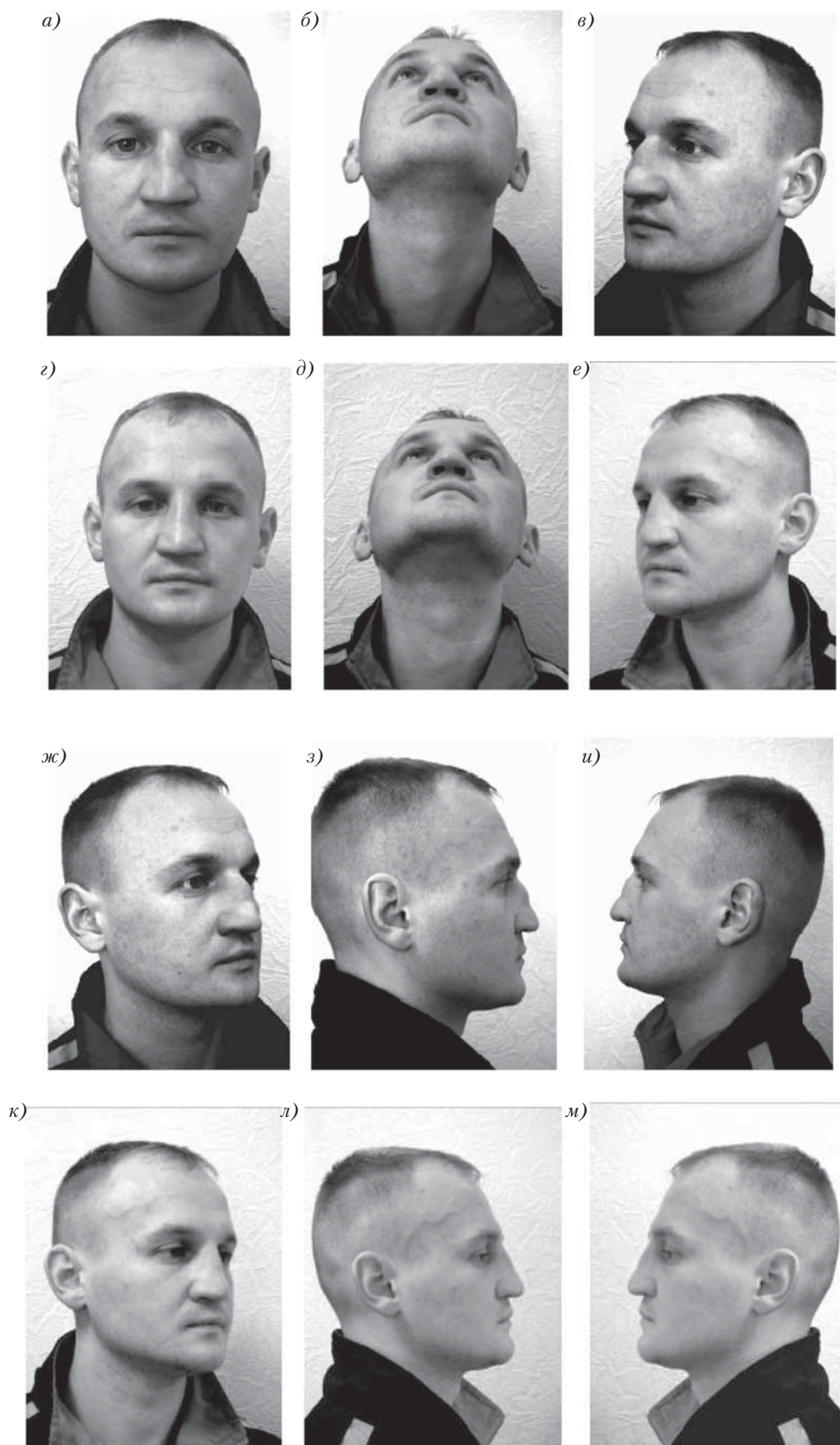


Рис. 2. Больной до (а-в, ж-и) и после (г-е, к-м) операции



Выводы

Представленная в данной статье технология одномоментной риносептопластики по поводу комбинированной деформации носа в виде ринолордоза с ринокифозом, сочетающейся с искривлением перегородки носа позволяет предупредить развитие повторных деформаций в виде горба, западения, девиации и неровностей спинки носа.

Описанная техника риносептопластики может быть рекомендована для применения в ринопластической хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко Ю. Ю., Палма П., Дайхес Н. А. Неудовлетворительные результаты ринопластики: анализ и алгоритм действий // Актуальное в оториноларингологии: мат. III науч.-практ. конф. оториноларингологов ЦФО Российской Федерации. – М., 2009. – С. 85–86.
2. Гюсан А. О. Восстановительная риносептопластика. – СПб.: Диалог, 2000. – 85 с.
3. Пат. 2325860 Российская Федерация. Направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа / В. А. Медведев; заявитель и патентообладатель В. А. Медведев (RU). – № 2006142265/14; заявл. 29.11.2006; опубл. 10.06.2008. Бюл. № 16.
4. Пат. 2328994 Российская Федерация. Инструмент для мобилизации костей носа / В. А. Медведев, В. Г. Аристархов; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (RU). № 2006143885/14; заявл. 11.12.2006; опубл. 20.07.2008, Бюл. № 20.
5. Причины неэффективности лечения больных с переломами костей носа / Н. Л. Кунельская [и др.]. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб.: РИА-АМИ, 2006. – С. 298–299.
6. Травмы головы и шеи: справ. для врачей / Г. А. Шершень [и др.]. – Минск: Беларусь, 1999. – С. 160–181.
7. Klassifikation von isolierten Frakturen des knöchernen Nasengerüstes / H. Schroeder [et al.] // H.N.O. (Berl.). – 1983. – Bd. 29, N 10. – S. 335–338.

Медведев Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением Городской клинической больницы № 11, главный внештатный оториноларинголог г. Рязани. 390037, г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17, тел.: 8-4912-41-24-49, 8-910-904-16-29, e-mail: meddmit@mail.ru

УДК: 616.28-008.14:613.164:616.16\16-001.8

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПОРОГИ СИЛЫ ЗВУКА ПО МЕТОДУ ЛЮШЕРА У БОЛЬНЫХ С СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ю. В. Митин, А. Ю. Шидловский

DIFFERENTIAL THRESHOLDS OF SOUND INTENSITY BY THE METHOD OF LUSCHER IN PATIENTS WITH SENSORINEURAL HEARING LOSS IN THE VERTEBROBASILAR VASCULAR INSUFFICIENCY

U. V. Mitin, A. U. Shidlovsky

*Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца, Киев, Украина
(Зав. каф. оториноларингологии – засл. деятель науки и техники Украины,
проф. Ю. В. Митин)*

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко АМН Украины», Киев
(Директор – акад. НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

В работе представлены данные о дифференциальных порогах силы звука по методу Люшера в области 0,5; 2 и 4 кГц, а также порогах 100%-ной разборчивости словесного теста Г. И. Гринберга, Л. Р. Зиндера у 119 больных с сенсоневральной тугоухостью на фоне начальной, умеренной и выраженной вертебрально-базиллярной сосудистой недостаточности. Полученные