

УДК 616.212.5-089.87-06:616.21

© А. В. Завадский, Е. А. Завадская, 2009.

## ОБ ОБЪЕМЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИСКРИВЛЕНИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

**А. В. Завадский, Е. А. Завадская**

*Кафедра отоларингологии и офтальмологии (зав. – проф. Н.В. Иванова) Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь.*

### ABOUT VOLUME OF OPERATIVE TREATMENT ON DEVIATION OF NASAL SEPTUM AND ASSOCIATED PATHOLOGY

**A. V. Zavadskiy, E. A. Zavadskya**

#### SUMMARY

To improve the efficiency and quality of operative treatment of the patients with deviation of nasal septum associated with corresponding nasal cavity pathology, method of simultaneous and one-stage operation in the nasal cavity is suggested. Undertaken observations on 150 patients showed that simultaneous operative intervention in the nasal cavity which is combined with nasal septum resection and removal of associated nasal cavity pathology enables to achieve good morphological and functional results and to reduce duration of treatment of these patients.

### ПРО ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ВИКРИВЛЕННІ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА Й СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

**О. В. Завадський, О. О. Завадська**

#### РЕЗЮМЕ

Для підвищення ефективності і якості лікування хворих зі викривленням перегородки носа, сполученої з відповідною патологією порожнини носа, пропонується метод одночасного й одномоментного оперування в порожнині носа. Проведені спостереження над 150 хворими показали, що одночасне хірургічне втручання в порожнині носа, сполучаюче резекцію перегородки носа з усуненням супутньої патології порожнини носа дозволяє одержати гарні морфологічні й функціональні результати, скоротити термін лікування цих хворих.

#### Ключевые слова: искривление перегородки носа, оперативное лечение.

Наиболее частой причиной стойкого и выраженного затруднения носового дыхания, нарушения многочисленных функций носа, развития воспалительных и дистрофических процессов в дыхательных путях является искривление перегородки носа [2,4,5]. Изучению этиологии, патогенеза, клиники и оперативного лечения искривления перегородки носа посвящена обширная литература [2-5].

Несмотря на это, многие вопросы остаются спорными или дискуссионными, значительным остается удельный вес операций на перегородке носа в общем числе всех операций. Новейшие данные о физиологии и патологии полости носа, новые технические методы обследования и оперирования, свидетельствуют о необходимости пересмотра многих сторон проблемы. Возникли многочисленные модификации классической подслизистой резекции перегородки носа, обсуждается вопрос о необходимости дополнения ее вмешательствами в полости носа, этапности их выполнения. Stammberger [6] предлагает операции на перегородке носа заменять эндоскопическими операциями на околоносовых пазухах, среднем носовом ходе. Г.З. Пискунов и соавт. [3] считают ее допустимой лишь при локальных деформированных участках перегородки, особенно в области носового клапана.

Нарушение носового дыхания у большинства больных вызывается сужением передневерхнего от-

дела носового клапана, обусловленного сочетанием искривления перегородки носа с сопутствующей патологией полости носа. Поэтому дополнение операции на перегородке носа с вмешательством на нижних носовых раковинах с целью уменьшения их размеров, смещением в латеральном направлении, является очевидным. Но необходимость такого вмешательства, его вид, этапность проведения в литературе рассматривается различно. Применение одномоментной подслизистой резекции перегородки и частичной конхотомии не соответствует принципам щадящей ринопластики, усложняя и удлинит послеоперационное лечение. Ю.Н. Волков и А.М. Корниенко [1] считают их нецелесообразными и ограничиваются только резекцией перегородки. Г.С. Протасевич [4] указывает, что только септооперация приводила к улучшению носового дыхания и не следует спешить с вмешательством на раковинах. В доступной нам литературе мы не встретили обобщения опыта использования латеропозиции нижних носовых раковин при искривлении перегородки носа. Учитывая это, мы сочли возможным опубликовать наш опыт оперативного лечения больных с искривлением перегородки носа и сопутствующей ей патологией полости носа.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наши наблюдения проведены над 150 больными-

ми, поступившими в клинику для оперативного лечения по поводу искривления перегородки носа. Среди них мужчин было 109 (72,7%), женщин – 41 (27,3%). По возрасту они распределялись следующим образом: от 16 до 20 лет – 26, от 21 до 30 лет – 53, от 31 до 40 лет – 29, от 41 до 50 лет – 24, старше 50 лет – 18 больных.

Всем больным проводилась обязательная передняя и задняя риноскопия, передняя рентгенография околоносовых пазух. При проведении передней риноскопии важное значение придавалось изменению риноскопической картины после анемизации слизистой оболочки носа. Это способствовало более детальному рассмотрению перегородки носа, расположения и вида искривления, определению формы хронического ринита, другой сопутствующей патологии и вида необходимого оперативного вмешательства в полости носа. Передняя рентгенография околоносовых пазух проводилась в носоподбородочной проекции при широко открытом рте. В процессе амбулаторного обследования 28 больным были произведены диагностические пункции верхнечелюстных пазух.

Предоперационное клиническое и лабораторное обследование (общий анализ крови с свертываемостью и тромбоцитами, общий анализ мочи, кровь на RW, флюорография органов грудной клетки) проводилось амбулаторно для исключения противопоказаний к оперативному лечению.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Значительное двустороннее затруднение носового дыхания послужило основной причиной для оперативного лечения. 32 больных жаловались на серозно-слизистые выделения из носа, 21 – на снижение обоняния. Причину развития искривления перегородки подавляющее число больных не могли назвать. 12 больных связывали ее с травмой наружного носа. При передней риноскопии у всех больных вход в нос был сужен, что являлось основной причиной двусторонности затруднения носового дыхания. У 17 больных оно могло быть объяснено врожденной узостью наружного носа и слабостью больших крыльчатых хрящей, у 24 – подвывихом четырехугольного хряща влево. У 112 (74,6%) больных нижние носовые раковины были увеличены, отечные, застойного цвета, что расценивалось как хронический гипертрофический ринит, у 65 (58%) больных он носил вазомоторную форму. У 38 (25,3%) больных искривление перегородки носа не сочеталось с увеличением носовых раковин, у 21 из них полунные каналы были хорошо обозримы. У 93 больных перегородка носа была искривлена лишь в хрящевой части, у 57 – захватывала оба отдела с преимущественным смещением перпендикулярной пластинки. Затруднению носового дыхания способствовало также наличие на перегородке носа гребней, шипов, утолщение со-

шника. У 8 больных имелись буллы в средних носовых ходах. У 6 больных были единичные солитарные полипы.

Изучение рентгенограмм околоносовых пазух показало, что лишь у 22 больных имелась нормальная воздушность пазух. У 128 больных наблюдалось снижение воздушности верхнечелюстных пазух в различной степени, начиная с тонкой пристеночной вуали по всей окружности пазухи до плотного тотального затемнения. У 48 больных имелось одновременно затемнение решетчатых клеток. Понижение прозрачности лобных пазух отмечено лишь у 7 больных. Из 47 больных, у которых на рентгенограмме имелось тотальное затемнение пазух, 36 указывали на перенесенное в прошлом воспаление верхнечелюстных пазух, 7 из них была произведена наружная гайморотомия. У всех 19 больных, у которых имелось тотальное затемнение верхнечелюстной пазухи, оно носило односторонний характер. Это позволяет нам считать, что пристеночная вуаль является результатом нарушения носового дыхания и вентиляции пазух. Об этом свидетельствует и малое количество затемнений в лобных пазухах, объяснимое сохранением достаточной вентиляции их у наших больных.

Все больные были оперированы под местной инфильтрационной анестезией, которая у 26 больных была дополнена внутривенной анальгезией. У 112 больных подслизистая резекция перегородки носа в хрящевом и костном отделах была дополнена реимплантацией хряща (РИ), у 105 – латеропозицией (ЛП), у 58 – подслизистой вазотомией (ВТ), у 15 – подслизистой ультразвуковой дезинтеграцией нижних носовых раковин (УЗД), у 6 – полипотомией носа, у 4 – дезаэрацией булл решетчатого лабиринта и средней носовой раковины. У 56 больных подслизистая резекция перегородки носа была одновременно дополнена РИ, ЛП и ВТ. Несмотря на усложнение и увеличение времени операции, все больные перенесли ее удовлетворительно. Лишь 1 больной на 7 день после операции был госпитализирован вновь для передней тампонады по поводу носового кровотечения. Контрольные осмотры больных в послеоперационном периоде свидетельствовали о хороших анатомических и функциональных результатах.

#### ВЫВОДЫ

Наши наблюдения показывают, что затруднение носового дыхания у подавляющего числа больных связано с резким сужением носового клапана хроническим гипертрофическим ринитом, особенно вазомоторной формой. Нарушение носового дыхания приводит к уменьшению воздушности околоносовых пазух в виде пристеночной вуали. Оперативное лечение искривления перегородки носа должно проводиться как можно раньше и одновременно однократно дополняться реимплантацией аутохряща

и воздействием на носовые раковины, что позволяет не только улучшить носовое дыхание, но и снизить количество госпитализаций, сократить срок лечения этих больных, что имеет также для них и большое психологическое значение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волков Ю.Н., Корниенко А.М. О роли подслизистой резекции перегородки носа в лечении хронических заболеваний полости носа // Материалы к межобл. науч.-практ. конф. оториноларингологов и выезд. науч сессии МНИИ уха, горла и носа: Тез. сообщений. – М., 1977. – С. 99 – 102.

2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М., 2006. – 559 с.

3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. – М., 2003. – 204 с.

4. Протасевич Г.С. Тактика отоларинголога при сочетании деформации перегородки носа с гипертрофией носовых раковин // Вестн. оториноларингологии. – 1983. -№4. – С. 46 – 49.

5. Протасевич Г.С., Яшан О.І., Гавура І.А., Сусидик А.А. Показання до підслизової резекції перегородки носа при поєднаній ЛОР – патології // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. -№3. – С. 61 – 70.

6. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique. – Philadelphia, 1991. – 529 p.