

**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА  
РИНОЛОГОВ**

**Москва 18-19  
ноября 1993 г.**

Российская ринология

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Редакционная колонка</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>Г.З.Пискунов, А.С.Лопатин (Москва)</b>	
Проблемы риносептопластики . . . . .	9
<b>А.Е.Кицера, А.А.Борисов (Львов)</b>	
О классификации и формулировке диагноза деформаций скелета наружного носа. 10	
<b>В.Ф.Филатов, А.С.Журавлев, М.В.Калашник (Харьков)</b>	
Наш опыт в риносептопластике . . . . .	11
<b>Б.М.Цецарский, Н.В.Махлиновская, В.И.Кошель, Д.Э.Манукян, А.А.Фаянс. (Ставрополь)</b>	
Наш опыт риносептопластики . . . . .	12
<b>М.П.Николаев, Ю.Н.Сергеев, В.Ю.Кассин (Москва)</b>	
Требования к эстетической ринопластике при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях носа . . . . .	13
<b>Ю.Н. Сергеев (Москва)</b>	
Опыт хирургического устранения врожденных асимметричных деформаций носа и верхней губы . . . . .	14
<b>В.И.Малаховская, А.И.Неробеев (Москва)</b>	
Ринопластика при комбинированных дефектах лица . . . . .	16
<b>Ю.А.Устьянов (Липецк)</b>	
Лечение стойкого сколиоза носа в сочетании с параназальными синуситами . . .17	
<b>Ю.А.Джамалутдинов, З.С.Асланов (Махачкала)</b>	
Наш опыт риносептопластики при комбинированных деформациях носовой перегородки и наружного носа . . . . .	18
<b>Г.А.Гаджимирзаев (Махачкала)</b>	
Сочетанные операции при деформациях наружного носа и его перегородки . . . .19	
<b>М.С.Михайловский (Махачкала)</b>	
Принципы максимального щажения тканей при риносептопластике и коррекции внутриносовых структур . . . . .	20
<b>В.Т.Жолобов, В.И.Шехтман (Хабаровск)</b>	
К вопросу эндоназальной ринохирургии и риносептопластики. . . . .	21
<b>В.Н.Горбачевский, Ю.В.Митин, В.Е.Макашев, О.А.Феми (Киев)</b> Эффективность хирургического лечения деформаций концевого отдела наружного носа . . . . .	23
<b>А.А.Ланцов, С.С.Оганесян (Санкт-Петербург)</b>	
Ретроградное выведение крыльных хрящей в рану и его значение при коррекции кончика носа . . . . .	24
<b>С.З.Пискунов, И.В.Тарасов, Н.В.Должикова (Курск)</b> Принципы хирургической коррекции деформаций наружного носа и эндоназальных структур . . . . .	25
<b>Ю.А.Устьянов (Липецк)</b>	
Устройство для фиксации наружного носа . . . . .	26

<b>Ю.В.Митин, Ю.И.Гладуш, Н.Ф.Федун (Киев)</b>	
Лечебная тактика при сочетанных деформирующих закрытых переломах костей носа и лобных пазух . . . . .	27
<b>В.Г.Зенгер, С.М.Володкевич, О.В.Дерюгина (Москва)</b>	
Реконструкция при конвенциональных операциях носа и околоносовых пазух . . . . .	29
<b>А.Е.Кицера, А.А.Борисов (Львов)</b>	
Септоортопластика - методы и варианты . . . . .	30
<b>Н.А.Арефьева, Т.М.Янборисов (Уфа)</b>	
Обоснование к выбору метода коррекции перегородки носа . . . . .	31
<b>А.Н.Помухина (Ростов-на-Дону)</b>	
Объем и исходы подслизистой резекции перегородки носа . . . . .	32
<b>В.Д.Меланьин, О.Г.Хоров, И.Ч.Алещик, (Гродно)</b>	
Лечение искривлений носовой перегородки . . . . .	33
<b>А.С.Лопатин (Москва)</b>	
Использование законов биомеханики хряща при корригирующих операциях на перегородке носа . . . . .	34
<b>В.И.Морохоев, И.В.Колобова, В.А.Орловский (Братск)</b>	
Динамика ольфакторной чувствительности при эндоскопической внутриносовой корригирующей хирургии искривления перегородки носа . . . . .	35
<b>М.А.Гурин (Белгород)</b>	
О лечении деформаций носовой перегородки у детей. . . . .	36
<b>А.А.Гамзатова (Махачкала)</b>	
Тактика лечения аллергических риносинуситов у детей . . . . .	37
<b>Г.М.Магомедов (Махачкала)</b>	
Коррекция деформаций внутриносовых структур в пожилом возрасте и у долгожителей . . . . .	38
<b>М.П.Николаев, Л.А.Тезикова, Е.А.Дорофеева (Москва)</b>	
Перфорации носовой перегородки и их закрытие биокерамикой . . . . .	39
<b>С.В.Рязанцев, Н.А.Русских (Санкт-Петербург)</b>	
Мобилизация носовой перегородки при эндоназальном подходе к видиеву нерву. . . . .	40
<b>С.Б.Бесшапочный, В.В.Лобурец (Полтава)</b>	
Особенности строения средней носовой раковины и ее роль в развитии параназальных синуситов . . . . .	41
<b>В.С.Козлов (Ярославль)</b>	
Некоторые детали функциональной эндоназальной хирургии . . . . .	42
<b>А.А.Шиленков, В.С.Козлов (Ярославль)</b>	
Возможности компьютерной томографии при подготовке больных к корригирующим операциям на внутриносовых структурах . . . . .	44
<b>В.З.Нуждин, В.Н.Усачев, В.С.Козлов (Ярославль)</b>	
Анестезиологическое пособие при септопластике и коррекции внутриносовых структур . . . . .	45
<b>С.К. Жуков, В.С. Козлов (Ярославль)</b>	
Подготовка больных бронхиальной астмой к корригирующим эндоназальным операциям с применением синус-катетера "ЯМИК". . . . .	47
<b>Л.Г.Сватко, В.Н.Красножен (Казань)</b>	
Операция латеральной буллотомии при заболеваниях полости носа. . . . .	48

<b>Г.М.Портенко, М.М.Михирева, Л.И.Пономарева, С.А.Юркин (Тверь)</b>	
Коррекция среднего носового хода в сочетании с физическими методами как способ противорецидивного лечения полипозного риносинусита . . . . .	49
<b>Ю.В.Митин, Д.О.Михайловский (Киев)</b>	
Реальная альтернатива традиционной конхотомии . . . . .	50
<b>А.Д.Гусаков, В.А.Кашарин, Х.А.Мэры, С.Д.Никитчин (Запорожье)</b>	
Подслизистая остеоконхотомия при лечении вазомоторного ринита . . . . .	51
<b>М.И.Никулин, В.В.Скоробогатый (Запорожье)</b>	
К методике лечения вазомоторных ринитов . . . . .	52
<b>С.Л.Трофименко (Ростов-на-Дону)</b>	
О тактике местных вмешательств при хронической полипозно-аллергической риносинусопатии. . . . .	54
<b>А.Г.Шантуров, Е.В.Носуля, Л.Б.Дружинина (Иркутск)</b>	
Недостаточность носового дыхания: принципы хирургической коррекции и прогноз. . . . .	55
<b>Т.И.Гаращенко, В.И.Володченков, В.С.Алейников, В.И.Масычев (Москва)</b>	
Использование высокоэнергетического лазера на парах меди в ринохирургии у детей . . . . .	57
<b>Н.Б.Кувшинова, Б.В.Шеврыгин, Р.П.Нациссов (Москва)</b>	
Метаболитная терапия при оперативной коррекции внутриносевых структур у детей . . . . .	58
<b>Ю.В.Митин, В.М.Васильев, Н.Ф.Федун, В.С.Черный (Киев)</b>	
Метод пластики латеральной стенки носа при хирургическом лечении больных оzenой. . . . .	59
<b>В.И.Диденко, А.Д.Гусаков, Н.Н.Филимонов, В.А.Каширин (Запорожье)</b>	
Использование губчатой аутокости и костного мозга в реконструктивно-пластической хирургии при атрофических ринитах и оzene . . . . .	60
<b>А.Г.Шантуров, Е.В.Носуля (Иркутск)</b> Эндоназальная хирургия хоанальных отделов . . . . .	62

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

Дорогие коллеги!

Перед вами первое приложение к журналу "Российская ринология". Приложения увеличат объем научной и практической информации, будут разнообразить ее направленность. Планируется выпускать приложения реферативного характера, где будут публиковаться рефераты статей из иностранных журналов.

В данном приложении опубликованы тезисы докладов, представленных на Пленум Правления Российского общества ринологов. Вопрос, рассматриваемый на Пленуме, достаточно конкретизирован - риносептопластика и коррекция внутриносовых структур. Это тот необходимый объем работы, который должен выполнить хирург, устраняя врожденные или посттравматические дефекты носа и восстанавливая его функции. Большинство тезисов отвечает этой теме. В то же время часть тезисов посвящена другим вопросам ринологии. Редакционная коллегия посчитала возможным опубликовать и их, так как они несут полезную информацию, хотя доклады не включены в программу Пленума. Часть тезисов отклонена и не опубликована. Эти работы были посвящены общим вопросам ринологии, ряд положений в них носит декларативный характер, и требует уточнения. Были интересные работы по ринологии не по теме пленума, мы рекомендовали авторам представить их в виде статей для публикации в журнале. Более полное содержание статей шире раскроет сущность работы.

Тезисы докладов, опубликованные в данном приложении, показывают, что вопрос риносептопластики не нашел еще должного внимания у научных работников и практических врачей. Ряд положений тезисов не отвечает современному пониманию этого вопроса. Тезисы минимально отредактированы и в основном опубликованы так, как представили их авторы.

Нам необходимо вернуть в свою специальность проблемы коррекции наружного носа и внутриносовых структур. Эстетика и функция носа должны находиться в одних руках. Пленум не решит всех вопросов риносептопластики. Задача его - обратить особое внимание на эту проблему.

Главный редактор

докт. мед. наук Г.З.Пискунов

**Г.З.ПИСКУНОВ, А.С.ЛОПАТИН (МОСКВА)**

## **ПРОБЛЕМЫ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ**

Красивая форма носа приносит удовлетворение каждому человеку, а прямая перегородка носа обеспечивает свободное дыхание и физиологический комфорт. Деформации этих структур - источник отрицательных эмоций, которые заставляют пациентов обращаться к врачу. В нашей стране стандартной является ситуация, когда отоларинголог выполняет коррекцию перегородки носа, а ринопластикой потом занимаются косметологи, челюстно-лицевые хирурги и др. Последние достаточно профессионально владеют основными методами ринопластики, но плохо знакомы с принципами функциональной внутриносовой хирургии. Таким образом, пациент становится перед выбором: согласиться на две операции или остановиться на одной из них, пожертвовать либо формой носа, либо его функцией. Однако, форма и функция неразрывно связаны друг с другом, и все проблемы решаются одномоментной риносептопластикой (РСП). Этот подход принят во всем мире, а РСП традиционно является уделом нашей специальности.

Приступая к освоению РСП, хирург должен овладеть навыками нескольких смежных специальностей: пластической хирургии, трансплантологии, челюстно-лицевой хирургии, основательно изучить анатомию как костного, так и хрящевого отделов пирамиды носа, знать особенности репаративных процессов в костной, хрящевой ткани, коже и подкожной клетчатке. Плохо делать РСП просто нельзя, так как повторные операции будут значительно более сложными.

Среди ЛОР врачей нашей страны есть несколько школ, имеющих значительный опыт в РСП. Необходимо выработка общей позиции, согласование ряда спорных моментов.

Первый момент - это терминология. Уже для определения вмешательства на перегородке носа используются различные термины: подслизистая резекция, коррекция, септопластика, кристотомия. Есть несколько спорных аспектов в анатомической терминологии: по-разному называются фактически одни и те же виды остеотомии, нет даже единой классификации деформаций носа. Пока мы не будем говорить на одном языке, мы не сможем выработать общей позиции, нам сложно будет обмениваться опытом.

Важным и не до конца решенным является вопрос о сроках операции. Оправдана ли РСП растущего носа, если да, то в каком возрасте? В какие сроки выполнять операцию, если пациент впервые обратился к врачу спустя неделю или спустя месяц после получения травмы? Как соотносятся сроки операции и степень выраженности сопутствующей черепно-мозговой травмы? Очень много вопросов с выбором оптимального материала для трансплантации. Далеко не всегда есть возможность получить достаточное количество аутоматериала. В каких-то случаях уместны гомо-, гетеро-, аллопластика?

Хирург, занимающийся РСП, часто вынужден иметь дело с пациентами, имеющими различные отклонения в психике. В этом случае важны, во-первых, правильный отбор пациентов на операцию, во-вторых, владение навыками психотерапии. В противном случае даже прекрасный специалист может дискредитировать метод и заполучить массу больных, недовольных результатами его операции. Неоценимое значение в этих ситуациях имеет фотодокументация. Каждый больной перед РСП должен иметь фотографии,

выполненные в нескольких различных, но строго определенных ракурсах. Сравнение фотографий до и после операции решает многие вопросы в конфликтных ситуациях.

Обстоятельные дискуссии по перечисленным вопросам должны сдвинуть вопрос о РСР с мертвой точки и способствовать восстановлению авторитета нашей специальности.

**А.Е.КИЦЕРА, А.А.БОРИСОВ, (Львов)**

## **О КЛАССИФИКАЦИИ И ФОРМУЛИРОВКЕ ДИАГНОЗА ДЕФОРМАЦИЙ СКЕЛЕТА НАРУЖНОГО НОСА**

Деформации наружного носа отличаются значительным разнообразием, а формулировка диагноза в случаях сложных деформаций скелета наружного носа представляет известные трудности.

Мы используем в клинической практике термины, применяемые для определения характера деформации позвоночника, дополненные приставкой "рино"-. Таким образом: а) риносколиоз - боковое смещение носа (косоносость); б) ринокифоз - деформация носа с образованием горба ; в) ринолордоз - западение спинки носа (седловидный нос, лорнетный нос и др.). Дополнительно нами введены термины : г) платириния -приплюснутый нос (В.И.Воячек укладывал в этот термин также чрезмерную податливость наружного носа); д) брахирина - чрезмерно широкий нос и антоним этого термина; е) лепториния - чрезмерно узкий, тонкий наружный нос (обычно, как проявление лептосомы - тонкого, нежного, отчетливо астенического телосложения), а также ж) моллериния, от mollis, molle - мягкий, податливый, слабый, расслабленный. Этим термином характеризуется лишенный опоры, легко деформируемый при нажатии наружный нос. Эти термины используются в сочетаниях, что позволяет охарактеризовать сложные деформации наружного носа, например: левосторонний риносколиокифоз - смещение наружного носа влево с образованием горба; ринолордоз с брахимоллерией - западение спинки носа с чрезмерной шириной и податливостью скелета носа. Характер и объем корригирующего хирургического вмешательства на скелете носа определяется следующими основными терминами: риноортопластика, септоортопластика, риносептоортопластика. Основой термина является ортопластика - пластическое вмешательство, направленное на устранение девиаций и дефектов опорных тканей. Добавляемая частица "рино" уточняет, что речь идет о скелете наружного носа, "септо" - о скелете носовой перегородки. Таким образом, риноортопластика (РОП) - корригирующая операция на скелете наружного носа, септоортопластика (СОП) - корригирующая операция на скелете перегородки носа, риносептоортопластика (РСОП) - вмешательство, включающее коррекцию или контурную пластику наружного носа и перегородки носа. Классификация оказалась удобной в клинической практике, не слишком сложной и охотно используется практически всеми ринохирургами.

**В.Ф.ФИЛАТОВ, А.С.ЖУРАВЛЕВ, М.В.КАЛАШНИК (Харьков)**

## **НАШ ОПЫТ В РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ**

Интенсивное развитие научно-технического прогресса при всех положительных моментах предопределило нарастание негативных явлений, которые заключаются в значительном увеличении травматизма на производстве и в быту. Травмы, переломы костных структур носа занимают одно из первых мест в ряду повреждений других органов человека. Поэтому разработка новых и усовершенствование уже существующих пластических операций на скелете наружного носа является весьма актуальной проблемой. Для ее решения нами на протяжении 12 лет используются усовершенствованные методики оперативных вмешательств новые композиционные материалы. Кроме того, для улучшения косметического результата ринопластических операций в лечебный процесс включен художник, который на дооперационном этапе дает рекомендации о целесообразности различных размеров наружного носа индивидуально каждому больному. Подобные рекомендации на операционном столе помогают хирургу не только избавить пациента от посттравматической деформации, но и изменить форму носа в лучшую сторону. Для коррекции носа мы используем различного рода протезы, которые изготовлены из пористой корундовой керамики. Они созданы в содружестве с Украинским институтом огнеупоров. Преимуществом этого материала является его биоинертность, доступность, легкость в обработке при изготовлении, хорошая стерилизация. Для пластики носовых структур изготовлено два вида корундовых протезов, один из которых предназначен для коррекции спинки носа при ее западении, а другой может помещаться в дубликатуру слизистой оболочки носовой перегородки для устранения ее флотации при дыхании. Этот метод лечения осуществлен у 36 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Лишь у двух пациентов после повторной травмы носа и длительного пребывания на холоде через 1 и 1,5 года возникла необходимость удаления протеза. Однако, даже у этих двух пациентов не возникло повторного западения спинки носа в связи с появлением мощного соединительнотканного конгломерата под кожей. Дальнейшее изучение этой проблемы показало, что клинические результаты значительно лучше в ближайший и отдаленный периоды при использовании эндопротезов, изготовленных из сапфиров. Выращивание и обработку кристаллов мы осуществляем в комплексе с Институтом монокристаллов АН Украины. Этот материал только начинает внедряться в практическом здравоохранении. Однако, уже первые результаты показали его большую перспективность. Кроме абсолютного отсутствия реакции окружающих тканей на протез, преимуществами сапфира являются его легкая обработка, относительно невысокая стоимость, что позволяет изготовить целую серию протезов и подобрать их индивидуально на операционном столе. Кроме того, использование такого рода протезов позволяет больному избежать второй операции, которая необходима для получения аутотрансплантата. С помощью сапфировых протезов нами проведено 6 ринопластических операций. Предварительные результаты позволяют сделать заключение о перспективности использования эндопротезов. Таким образом, предлагаемый нами путь развития корригирующих оперативных вмешательств имеет перспективы и может быть рекомендован как метод выбора.



**Б.М.ЦЕЦАРСКИЙ, Н.В.МАХЛИНОВСКАЯ, В.И.КОШЕЛЬ,  
Д.Э.МАНУКЯН, А.А.ФАЯНС (Ставрополь)**

## **НАШ ОПЫТ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ**

За последние два года в нашей клинике произведено 68 риносептопластик. 42 операции выполнены у мужчин, в 26 случаях нашими пациентками были женщины. Возраст пациентов варьировал от 20 до 37 лет. Деформации носа включали в себя : сколиоз, лордоз, кифоз или сочетания этих дефектов. В большинстве случаев операции производились под эндотрахеальным наркозом по общепринятой методике, включающей комбинированный разрез, обнажение костно-хрящевого скелета носа, подслизистую резекцию носовой перегородки, ринотомию и фиксацию костных фрагментов методом передней тампонады и фиксирующей повязки. Однако, сугубая индивидуальность каждого случая, а также варьируемое каждым человеком понимание эстетической нормы в ряде случаев принудили нас выйти за границы обозначенной классической методики риносептопластики. Так, у 12 пациентов сколиотическая деформация носа сочеталась с вдавлением бокового ската на стороне нанесения травмы. Это обусловлено частичным или полным расплавлением треугольного хряща в остром периоде. Таким больным в ходе операции устранялась деформация носовой перегородки и производилась ринотомия. Затем из удаленного четырехугольного хряща формировался новый треугольный хрящ. Разница в размерах между указанными хрящами всегда позволяла выкроить из четырехугольного хряща трансплантант достаточных размеров. Подготовка трансплантанта состояла в моделировании хряща, удалении участков надхрящницы, нанесение иногда точечных сквозных отверстий. Для устранения лордоза (9случаев) мы употребляли сбитый у основания перегородки костный гребень. Величина и форма костного фрагмента легко моделируются до оптимальных эстетических параметров. Для предотвращения возможных неровностей в области спинки носа в отдаленном периоде мы рекомендуем тщательно моделировать и обрабатывать костный трансплантант. Использование указанных отделов резецированной перегородки для решения конкретных пластических задач технически просто, не требует привлечения дополнительных пластических материалов, дает хорошие косметические результаты. Описанные модификации риносептопластики требуют надежной фиксации отломков. Для этих целей мы используем оригинальную повязку , приготовленную из Протакрила-М и марли. Маска из указанной быстротвердеющей стоматологической пластмассы приготавливается непосредственно в конце операции. В процессе полимеризации фиксирующего материала сохраняется возможность коррекции формы носа на 5 - 7 дней. Мы считаем , что при описанных выше деформациях носа может быть с успехом использована наша модификация, а повязка из Протакрила-М может быть рекомендована для любого случая риносептопластики.

**М.П.НИКОЛАЕВ, Ю.Н.СЕРГЕЕВ, В.Ю.КАССИН (Москва)**

## **ТРЕБОВАНИЯ К ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТАХ И ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА**

Как известно, врожденные и приобретенные дефекты и деформации носа включают седловидное западание спинки, горбчатый, длинный нос, их сочетания, деформации концевого отдела (Ю. И.Вернадский, 1973; И.В.Швед, Е.И.Никаноров, 1980 и др.).

Все известные специалисты в области эстетической пластики носа, начиная с Я.И.Иозефа, подчеркивали, как важно при этом иметь художественный вкус. Результаты ринопластики для хирурга, лишенного художественного чутья, даже при больших занятиях могут оказаться шокирующими как для него, так и для пациента. Шаблонный подход к операции следует отвергнуть (P.Natvig, 1976)

Единого мнения о красоте лица нет, однако у большинства людей представление о красивом носе примерно одинаковы. Нос - орган, который решает оформление всего лица, и его неправильная форма зачастую бывает причиной душевной депрессии.

Пользуясь результатами исследований ряда авторов, а также собственными наблюдениями, мы сделали попытку объединить требования, предъявляемые к эстетической ринопластике.

Костный отдел идеального носа следует рассматривать как симметрично сложенную постройку в форме трехгранной призмы. Расширенный конец ее продолжается до основания носа в виде лучей, параллельным граням. Важно отметить, что луч, продолжающийся по средней линии костного отдела определяет правильную высоту всего носа.

Нормальный угол между линией, проведенной через переносицу и подбородок, и линией, проходящей через спинку носа, составляет 19-30 градусов (Н.М.Михельсон, 1962). Угол между колумеллой и верхней губой (носогубный угол) равен в среднем 90 град., при тупом угле нос представляется укороченным; у женщин признаки укороченного носа появляются при угле 102 - 115 град., у мужчин - при 95 - 105 град.

Соотношение длины костного и двух хрящевых отделов - среднего и нижнего - составляют 1:1:1, либо 2:2:1.

Клинический индекс кончика носа, определяющий индивидуальность и вычисляемый по формуле  $(Ax100)/B$  (где А - ширина крыльев носа на уровне верхнего края ноздрей, В - их ширина на уровне наибольшего расширения), равен 60-70 (И.А.Фришберг, 1984).

Корень носа должен находиться на одной линии с кожной складкой верхних век. Линия, идущая от внутреннего края брови через корень носа к основанию, должна быть непрерывной, плавно изогнутой к средней линии, заканчиваться на световом рефлексе, создаваемом куполами крыльчатых хрящей.

Кончик носа в профиль должен четко контурировать, слегка выступать над линией, образуемой спинкой носа, снизу он должен иметь небольшое уплощение. На кончике носа должны быть четко видны световые рефлексы от правого и левого куполов крыльчатых

хрящей. Горизонтальная линия, проведенная через них, пересекается с вертикальной срединной линией, соединяющей точку раздела кончика носа и спинки с точкой соединения колумеллы с дольками крыльных хрящей. При соединении всех указанных четырех точек должны образоваться два равносторонних треугольника, соединенных основаниями. Колумелла должна быть параллельна краю ноздри и находиться ниже его на 2-3 мм.

При осмотре носа со стороны основания (подбородка) его форма должна быть треугольной, ноздри должны иметь овальную вытянутую форму, сужающейся частью направленной к вершине треугольника.

Единственным документом, по которому можно объективно оценить результаты ринопластики, является фотография пациента. Для оценки эстетических результатов важно иметь не только фото в профиль и в анфас, но и в профиль с поворотом вправо и влево, а также со стороны основания носа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - Киев, 1973.
2. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. -М.,1962.
3. Швед И.В., Никаноров Е.И. Классификация Косметических недостатков лица и приемы их хирургического исправления // Врачебная косметика. - Л., 1980. - С.118-122.
4. Фришберг И.А. Косметические операции на лице. - М.,1984.
5. Natvig P. Anatomy of the nose // Symp. on corrective rhinoplasty. - St. Louis, 1976. - P.8-12.
6. Sheen I.N. Aesthetic rhinoplasty. - St. Louis, 1978.

**Ю.Н. СЕРГЕЕВ (Москва)**

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ АСИММЕТРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

Хирургическое устранение врожденных и остаточных деформаций носа на фоне аномалий развития верхней челюсти, расщелин неба, альвеолярного отростка и верхней губы по мнению ряда хирургов (И.А.Козин,1975, 1984; Р.Д.Новоселов и соавт., 1984, 1989; В.А.Виссарионов, С.Б.Стесина, 1989 и др.) представляет собой одну из трудноразрешимых проблем. Наиболее грубые деформации носа наблюдаются при односторонних врожденных дефектах верхней губы, небного и альвеолярного отростков верхней челюсти. Проведенные в детстве операции хейло- и ураностафиллопластики подчас усугубляют деформацию наружного носа, а также мягких тканей и костей средней зоны лица, т.к. они неадекватны по технике и не учитывают возрастные морфологические изменения этих тканей. Из-за асимметричного недоразвития верхней челюсти,

дисфункции круговой и прилежащих мимических мышц лица имеют место такие сложные нарушения, как смещение основания перегородки и одной из медиальных ножек крыльчатого хряща в здоровую сторону, другой медиальной ножки с аркой в сторону расщелины вниз и кзади, смещение основания деформированного крыла носа вниз и кнаружи с уплощением латеральной ножки крыльчатого хряща. Наблюдаются также рубцовые деформации всей толщи ткани верхней губы, изменения формы филтрума и дуги Купидона, западение мягких и костных тканей у основания крыльев и верхней губы.

В течении 6 лет в клинике костно-лицевой хирургии и Центре хирургической косметологии прооперированы 24 пациента в возрасте от 12 до 30 лет с деформацией наружного носа, перегородки и верхней губы после хейлоуранопластики. Больные в основном обращались к нам в возрасте 12-18 лет, в период возрастной психо-эмоциональной перестройки. Изредка они предъявляли жалобы на нарушение носового дыхания, частые респираторные заболевания.

При грубых деформациях носа и верхней губы первой, но подчас решающей операцией для восстановления формы носа является септопластика по соответствующей каждой деформации методике. Через 6-12 месяцев, на втором этапе, проводим риноортопластику с восстановлением формы и функции мягких тканей и хрящей концевой отдела носа и коррекцию верхней губы по Милларду с повторной миопластикой круговой мышцы. В возрасте старше 18 лет мы устраняем деформацию костно-хрящевого отдела спинки носа, производим коррекцию его кончика, а также формируем дугу Купидона красной каймы. При малом искривлении носовой перегородки риносепто- и хейлопластику проводим одновременно с последующей окончательной коррекцией. В качестве опоры для деформированного крыла носа и запавшего основания верхней губы используем консервированный аллохрящ, дезпителизированные аутокани с включением рубцового лоскута с верхней губы на ножке, а также валик из лавсановой сетки, вводя их под основание верхней губы и носа. Доступ для проведения операций на концевом отделе носа чаще был эндоназальным, реже - открытым, с разрезом кожи колумеллы по Рауэру или его модификациям. В возрасте старше 18 лет в области спинки носа по показаниям мы проводим остеотомию носовых костей и носовых отростков верхней челюсти, выравнивание спинки носа рашпилем, контурную пластику аллохондротрансплантатом или индивидуальным силиконовым имплантатом, заранее подготовленным по снятым с носа гипсовым моделям.

Анализ результатов ринопластики показал важность четкого поэтапного планирования всех нюансов восстановительных оперативных вмешательств с учетом возраста и психики пациентов, особенностей морфологии дефекта и деформации носа и окружающих мягких тканей. Мы подчеркиваем важность проведения реконструкции пирамиды и перегородки носа на первом этапе лечения или, реже, одновременного проведения риносептоортопластики с коррекцией верхней губы.

**В.И. МАЛАХОВСКАЯ, А.И. НЕРОБЕЕВ (МОСКВА)**

## **РИНОПЛАСТИКА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФЕКТАХ ЛИЦА**

Комбинированные дефекты лица характеризуются непрерывностью перехода повреждения одной анатомической области в другую. Традиционной тактикой их реконструкции в нашей стране являлось поэтапное восстановление тканями филатовского стебля сначала краев грушевидного отверстия, а затем пластика носа. Обнаружение зон регионарного кровообращения и развитие микрохирургической техники явилось базой для разработки новых методов пластики носа.

В клинике ЦНИИС с 1986 по 1993 г.г. находились на лечении 24 пациента с комбинированными дефектами лица, включавшими повреждения носа. Причинами их образования были: онкологические операции - 9, огнестрельные ранения - 7, механические травмы - 5, электротравмы - 2, ожоги - 1.

Анализ клинико-анатомических характеристик дефектов позволил идентифицировать и выделить 4 группы:

1. Сквозные дефекты с полным отсутствием носа и краев грушевидного отверстия.
2. Сквозные дефекты с отсутствием костного, хрящевого или костно-хрящевого отделов носа с одной стороны.
3. Несквозные дефекты со скрытым дефектом носа.
4. Дефекты покровных тканей носа.

Проведенная идентификация являлась основополагающей при выборе оптимального метода пластики для устранения каждого вида дефектов. При устранении дефектов у первой группы больных использовали традиционный подход: восстановление краев грушевидного отверстия тканями кожно-мышечных лоскутов, после чего пластика носа лоскутами со лба. Дефекты покровных тканей носа замещали артериализированными лоскутами и ротационными лоскутами близлежащих областей.

Широкие возможности использования артериализированных лоскутов с учетом клинико-анатомических характеристик дефектов позволяют достичь хороших результатов лечения и сокращения сроков реабилитации пациентов.

**Ю.А.УСТЬЯНОВ (ЛИПЕЦК)**

## **ЛЕЧЕНИЕ СТОЙКОГО СКОЛИОЗА НОСА В СОЧЕТАНИИ С ПАРАНАЗАЛЬНЫМИ СИНУСИТАМИ.**

Параназальные синуситы нередко сочетаются со стойкими деформациями наружного носа, что затрудняет их лечение.

С 1976 по 1992 г.г. нами оперировано 248 больных в возрасте от 14 до 65 лет с посттравматическим сколиозом наружного носа. Сроки после травмы составили от 6 мес. до 20 лет. Параназальные синуситы выявлены у 36 больных. У 11 из них имелись только рентгенологические признаки катарального синусита без клинических проявлений. Этой группе больных не проводилось специальное лечение синусита. Ринопластика с коррекцией носовых структур и восстановлением вентиляции и дренирования пазух явилась предпосылкой к их санации. У остальных 25 больных клинические проявления синуситов были выражены в разной степени и у некоторых явились основной причиной поступления в больницу. Среди этих больных у 17 выявлен с одной или обеих сторон серозный или гнойный экссудат в одной или нескольких пазухах, у 8 - наличие полипов в полости носа и у 2 - экссудата в пазухах.

Все больные с экссудативными формами синуситов сначала лечились консервативно с использованием пункции верхне-челюстной пазухи через нижний носовой ход и пункции лобной пазухи через нижнюю ее стенку иглами диаметра 1,0 - 1,2 мм. Хирургическое лечение производилось на фоне общей антибиотикотерапии только после того, как наступило отчетливое клиническое улучшение в течении синусита.

Ринопластика с одномоментным эндоназальным хирургическим вмешательством на околоносовых пазухах была произведена у 12 больных с полипозными и гнойными синуситами. Отдельные этапы операции выполнялись в следующей последовательности.

Вначале производилась септопластика, чем достигались мобильность носовой перегородки и возможность доступа для удаления полипов, частичной хирургической коррекции носовых раковин и срединной остеотомии. Боковая и поперечная остеотомия производились нами без обнажения наружной поверхности костных стенок носа путем надламывания ее с помощью щипцов собственной конструкции с последующей репозицией костных фрагментов. Такая методика ринопластики, уменьшает ее травматичность, технически облегчает и ускоряет выполнение, что позволяет весь комплекс хирургического вмешательства осуществить одномоментно. После ринопластики создается возможность для заключительной хирургической коррекции носовых раковин и эндоназального вскрытия пораженных пазух.

Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. У всех больных получены вполне удовлетворительные косметические и функциональные результаты.

**Ю.А.ДЖАМАЛУТДИНОВ, З.С.АСЛАНОВ (МАХАЧКАЛА)**

## **НАШ ОПЫТ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И НАРУЖНОГО НОСА**

В условиях Дагестана деформации наружного носа и перегородки являются наиболее частой патологией, что объясняется климато-географическим расположением республики.

В течении 1988-1992 гг. под нашим наблюдением находились 247 человек с различными комбинированными деформациями наружного носа и перегородки в возрасте от 15 до 55 лет, мужчин было 213, женщин - 34. Длительность заболевания составила от 1 года до 27 лет. Причиной деформаций у 239 больных была травма.

Различные формы искривления перегородки сочетались с седловидной деформацией наружного носа у 107 больных, горбоносостью - у 43, сколиозом - у 32, расхождением носовых костей, и в части случаев лобных отростков верхней челюсти - у 27, а в остальных случаях - с комбинированными деформациями наружного носа - у 38 больных.

Во всех случаях сочетания деформации наружного носа с искривлением перегородки носа сначала восстанавливалась дыхательная функция, при этом предпочтение отдавалось септум-операциям по В.И.Воячеку.

После восстановления носового дыхания мы приступали к устранению косметического дефекта. При коррекции всех вышеуказанных деформаций наружного носа нами применялся эндоназальный разрез в области свода преддверного отдела полости носа, отступая 1 см от края ноздрей. Седловидный дефект ликвидировался подсаживанием предварительно обработанного трансплантата из аутохряща в подкожное ложе, образованное узким скальпелем. При горбовидной деформации через двусторонний эндоназальный разрез в преддверии носа распатором скелетировали горб с последующим сбиванием прямым плоским долотом.

При устранении сколиоза и расхождения лобных отростков верхней челюсти также применялся вышеописанный эндоназальный разрез, после чего с помощью долота скелетировались лобные отростки верхней челюсти от основания до верхней точки спинки носа, затем специальным долотом лобные отростки фрагментировали с последующей их репозицией, придавая косметически правильную форму наружному носу. После операции во всех случаях мягкие ткани наружного носа инфильтрировали растворами антибиотиков и накладывали фиксирующую гипсовую повязку, которую меняли на 3-4 сутки по мере ее ослабления. Тампоны из носовых ходов удаляли на вторые сутки. Операции проводились под местной анестезией 1 % раствором новокаина, перед операцией за 20 минут внутримышечно вводили 0,5-1 мл раствора торгесика. В послеоперационном периоде с целью предупреждения осложнений и для стимуляции репаративных процессов применялись антибиотики, метилурацил или пентоксил, поливитамины, а местно 5% диоксициноловая мазь.

Отдаленные результаты прослежены у 178 больных. Получены следующие результаты: хорошие у 159 больных, удовлетворительные - у 16, неудовлетворительные - у 3.

Полученные функциональные и косметические результаты позволяют нам рекомендовать в широкую практику одномоментные оперативные вмешательства для коррекции наружного носа и восстановления носового дыхания.

**Г.А.ГАДЖИМИРЗАЕВ (МАХАЧКАЛА)**

## **СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕФОРМАЦИЯХ НАРУЖНОГО НОСА И ЕГО ПЕРЕГОРОДКИ.**

Вопросам сочетанных операций при ЛОР патологии в отечественной оториноларингологии уделяется мало внимания. На основании многолетнего опыта выполнения сочетанных операций у детей, подростков, взрослых и пожилых людей при деформациях носа мы хотим поделиться некоторыми соображениями. Исправление деформаций носа проводилось по разработанной в нашей клинике методике одномоментной коррекции носовой перегородки и пластики наружного носа. После удаления деформированной части перегородки носа у больных с седловидной деформацией наружного носа мы производим подсадку заготовок из резецированной части четырехугольного хряща. Опыт клиники свидетельствует о том, что наилучшим опорным и контурным трансплантатом является аутоसेптымхрящ. За редким исключением, он, в отличие от аутокости, легко моделируется, жизнеспособен, хорошо сопротивляется инфекции, сохраняет приданную ему форму и редко рассасывается. Благодаря иммунобиологической совместимости аутосептымхряща, мы ни в одном случае не имели неудач, связанных с аутосептымпластикой.

При глубоких "седловинах" некоторые исследователи в качестве трансплантата используют заготовку из консервированного гомо- или гетерохряща. Мы в этих случаях по возможности отдаем предпочтение аутосептымхрящу, причем для заполнения "седла" один над другим подсаживаем от 2 до 5 кусочков. Операцию завершаем наложением лейкопластырной или гипсовой повязки. В случаях деформации костных стенок носа (горбоносость, косоносость, диастаз носовых костей и т.д.) выполняем остеотомию и удаление горба эндоназальным доступом с последующей коррекцией наружного носа и фиксацией мобилизованных костных стенок гипсовой повязкой.

До недавнего времени большинство отоларингологов воздерживались от хирургического вмешательства на перегородке и скелете носа у детей, мотивируя это тем, что операция в указанных зонах может нарушить физиологический процесс окостенения лицевого скелета, что в свою очередь приведет к дисгармонии эстетики лица. В литературе существует точка зрения, согласно которой формирование лицевого скелета заканчивается к 16-18 годам и этот возрастной период является наиболее оптимальным для хирургической коррекции дыхательной и эстетической функции носа. Однако, эти теоретические предпосылки в условиях клиники не получили реального практического подтверждения. В связи с этим, за последние 6-7 лет все большее число оториноларингологов исправляют деформации носа начиная с дошкольного и школьного возраста.



Выполняя одномоментные операции носа у детей с 1982 года, мы исходим из того, что стойкие последствия длительного нарушения носового дыхания (деформации зубочелюстной системы, нарушение эстетики лица) после выполненной в возрасте 16-17 лет резекции перегородки носа корригировать довольно трудно. Кроме того, при хроническом нарушении носового дыхания у детей часто формируются рецидивирующие и хронические неспецифические заболевания верхних, а нередко и нижних дыхательных путей.

На основании опыта нашей клиники мы выработали следующие показания к сочетанным операциям носа у детей: 1) нарушение носового дыхания с обеих сторон, 2) явления деформации верхней челюсти, 3) анамнестические указания на рецидивирующие и хронические заболевания нижних дыхательных путей, 4) наличие хронического риносинусита или туботимпанита, 5) деформация наружного носа отрицательно влияющая на психику и поведение ребенка.

При сохранении носового дыхания с одной стороны вопрос об операции решается индивидуально, с учетом возраста и наличия сопутствующей ЛОР патологии. Сочетанные операции при деформациях носа у детей выполняются нами под интратрахеальным наркозом.

**М.С.МИХАЙЛОВСКИЙ (МАХАЧКАЛА)**

## **ПРИНЦИПЫ МАКСИМАЛЬНОГО ЩАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ РИНОСЕПТОПЛАСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР**

Вне зависимости от выбора метода хирургической реконструкции носа и его структур для успешного эффекта косметического вмешательства следует придерживаться ряда щадящих принципов.

1. Максимально бережное отношение к коже наружного носа. Все разрезы следует проводить по ходу эластических волокон под острым углом к поверхности кожи. Заживление таких разрезов не требует наложения швов. В случае необходимости фиксации линии разреза кожи, следует применять: а) косметический шов; б) при наложении узловатых швов желателен завязывать их над полоской отмытой рентгеновской пленки, наложенной по линии шва. В этом случае ущемление кровеносных сосудов вблизи шва минимально, исключаются нарушение кровообращения в этой зоне, и последующие косметические дефекты, в том числе формирование келоида.

2. По своим антигенным свойствам наиболее оптимальным для больного трансплантационным материалом является аутохрящ носовой перегородки, поэтому операция коррекции носа должна начинаться с заготовки этого материала. Наилучшая фиксация трансплантата производится через разрез по Рауэру в узком подкожном канале. Факторами, способствующими лучшему приживлению хряща, являются множественные перфорации хряща, производимые толстой иглой. Через эти отверстия произойдет

прорастание трансплантата соединительной тканью, обеспечивающей лучшую иммобилизацию подсаженного хряща.

3. Операция ринокластии с механическим разрушением лобных отростков верхней челюсти "вслепую" - грубое вмешательство. Оно чревато - опасностью возникновения массивного кровотечения из угловой артерии, ранения слезной косточки и слезного мешка, а в ряде случаев - сотрясением мозга.

Считаем, что все вмешательства на костных структурах верхней челюсти должны выполняться не "вслепую", а путем наружных косметических вмешательств, позволяющих хорошо контролировать действия хирурга. Вмешательства "вслепую" через преддверие носа допустимо в особых случаях при наличии специальной инструментальной техники.

4. Носовые раковины, содержащие кавернозные тела, являются уникальными образованиями в организме, выполняющими чрезвычайно ответственные функции. Поэтому они требуют самого бережного к себе отношения.

Заслуживает самой отрицательной оценки метод восстановления носового дыхания за счет резекции носовых раковин, ибо это способствует приобретению новой, не свойственной носу "канализационной функции" и лишением его многих других.

5. Гипс является хорошим, но грубым и тяжело переносимым большими фиксирующим материалом.

Всех отрицательных качеств лишен "Полибек" - материал, применяемый при протезно - ортопедической помощи. Он заслуживает широкого внедрения в практику восстановительной ринохирургии.

**В.Т.ЖОЛОБОВ, В.И.ШЕХТМАН (ХАБАРОВСК)**

## **К ВОПРОСУ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ РИНОХИРУРГИИ И РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ**

Интерес к эндоназальной ринохирургии и риносептопластике в последние годы расширился. Однако, эндоназальная хирургия требует глубоких знаний клинической анатомии и физиологии полости носа и околоносовых пазух, соблюдения максимально щадящего принципа в ЛОР хирургии. Грубые вмешательства могут привести к тяжелым осложнениям - ликворее при травме ситовидной пластинки решетчатой кости, гематоме глазницы, кровотечениям, возникновению внутриглазных осложнений.

Ринохирург должен помнить, что для нормального функционирования мукоцилиарной транспортной системы полости носа и околоносовых пазух имеет значение состояние соустьев. Нарушение их проходимости снижает вентиляцию пазух и цилиарную активность. Полное нарушение поступления воздуха в пазухи - одно из условий возникновения их заболеваний. Аэрация пазух зависит от состояния латеральной стенки полости носа, носовых раковин, особенно средней. При нависающей над полулунной щелью раковиной и прилегании раковины к носовой перегородке нарушается воздухообмен, изменяется поток воздуха, что ведет к развитию воспалительного процесса или аллергических проявлений.

Учитывая отмеченное выше, мы считаем обоснованным проведение эндоназальных вмешательств, направленных на нормализацию анатомических структур латеральной стенки полости носа, восстановление проходимости выводных отверстий при максимальном сохранении архитектоники пазух. Во время операции щадяще относимся к тканям - слизистой оболочке, хрящу или кости, с этой же целью для тампонады полости носа или пазухи используем ксеногенную брюшину.

В последнее время многие проявляют интерес к ринопластическим операциям. При этом стараются устранить деформацию наружного носа и не уделяют внимание сохранению или восстановлению функций полости носа и околоносовых пазух. При выполнении ринопластики помимо косметических задач надо решать более трудные задачи - восстановление функций.

Мы придерживались следующих принципов. Восстановление формы носа начинали, как правило, с коррекции носовой перегородки с последующей боковой или срединной остеотомией. Больным с комбинированными деформациями носа, смешанными формами при нарушении формы носа и его функций, операции выполняли одновременно с обязательным исправлением внутриносовых структур и формы носа. При этом для коррекции формы носа применяли щадящие вмешательства на раковинах, производя подслизистую резекцию или реддрессацию перегородки носа с последующей тампонадой турундами ксеногенной брюшины.

В послеоперационном периоде для формирования наружного носа применяли свинцовые пластинки толщиной 1,5 мм., которые, в отличие от гипсовых или коллодиевых повязок, давали возможность для коррекции при ежедневном осмотре больного.

В заключение укажем, что пластические операции требуют от ринохирурга не только хорошей хирургической техники, использования соответствующих инструментов, но и художественного чутья. Не всякая форма носа подходит к лицу больного, иногда новая форма может обезобразить лицо.

Наблюдения за больными показали, что результаты лечения находились в прямой зависимости от щадящего отношения к тканям, от сохранения архитектоники полости носа и околоносовых пазух.

**В.Н.ГОРБАЧЕВСКИЙ, Ю.В.МИТИН, В.Е.МАКАШЕВ,  
О.А.ФЕМИ. (КИЕВ)**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НАРУЖНОГО НОСА**

Одним из наиболее сложных вопросов пластической ринопластики является совершенствование формы концевого отдела носа. При этом основными целями хирургической коррекции являются сужение, ротация и изменение высоты кончика наружного носа. Выбор разреза, подхода и способа операции определяется в зависимости от преследуемой хирургическим вмешательством цели. Под наблюдением находились 48 больных с деформацией концевого отдела носа. У 20 пациентов для коррекции кончика носа мы использовали метод цельной полоски, который предусматривает сохранение каудального участка боковых ножек крыльчатых хрящей. Это наиболее щадящий метод, обеспечивающий симметричное заживление и позволяющий сохранить выступ и поддержку кончика носа, предотвратить ретракцию или вдавление крыльев носа. У 4 больных нами применен метод прерванной полоски, сущность которого заключается в рассечении хрящевой полоски, остающейся после резекции крыльчатых хрящей. Показанием к его применению служили резко выступающий или трапециевидный кончик носа, что было обусловлено размерами крыльчатых хрящей. Одним из показаний для этой методики является толстая кожа. Пациентам с тонкой кожей прерывание полоски грозит уменьшением поддержки выступа кончика, видимым нарушением контуров крыльев носа. У таких людей мы предпочитали сглаживать своды крыльчатых хрящей. Доступ к крыльчатым хрящам у 17 пациентов осуществляли через разрез в области предверия носа. Поднадхрящично удаляли часть латеральных ножек крыльчатых хрящей. У 7 больных применен метод "выворота" крыльчатых хрящей. Для его осуществления производили разрезы вблизи каудальных краев латеральных ножек крыльчатых хрящей, которые дополняли межхрящевыми, проходящими по линии соединения крыльчатых и треугольных хрящей наружного носа. Поднадхрящично выделяли крыльчатые хрящи, после чего под контролем зрения производили их резекцию.

При выступающем кончике носа у 9 человек был выполнен разрез-прокол в области колумеллы перегородки носа с резекцией медиальных ножек и рассечением мягких тканей между боковыми ножками и грушевидным отверстием. У 2 пациентов этот объем операции был дополнен уменьшением передней носовой ости. Для увеличения выступа кончика носа у 3 больных мы применили аутогенную хрящевую полоску и у 9 - подпорку из деминерализованной аллокости, которые вводились в область кожной части колумеллы перегородки носа. У 2 пациентов, у которых опущение кончика сопровождалось его асимметрией, был использован предварительно смоделированный по форме дефекта трансплантат из деминерализованной костной ткани, вводимый в подкожный карман в области кончика носа. При массивном кончике у 13 больных для его сужения и умеренной цефалической ротации производили резекцию латеральных ножек крыльчатых хрящей. У 8 больных по поводу широкого основания носа произвели его сужение. Для этого у основания крыльев носа иссекали клиновидные полоски кожи с последующим ушиванием

краев раны. Все производимые эндоназальные разрезы ушивали атравматическими иглами с рассасывающимся шовным материалом.

У всех больных был отмечен положительный результат произведенного вмешательства. Однако у 3 пациентов для более выраженного косметического эффекта были произведены реоперации, заключающиеся в дополнительной резекции медиальных и латеральных ножек крыльных хрящей и сужении основания носа.

Полученные нами результаты лечения позволяют рекомендовать примененную хирургическую тактику для практического использования.

**А.А.ЛАНЦОВ, С.С.ОГАНЕСЯН (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)**

## **РЕТРОГРАДНОЕ ВЫВЕДЕНИЕ КРЫЛЬНЫХ ХРЯЩЕЙ В РАНУ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ КОНЧИКА НОСА**

Коррекция кончика носа в большинстве случаев является конечным этапом ринопластики.

Известно, что в последние годы большинство ринохирургов стремится к выполнению ринопластики по щадящим методикам, без использования кожных разрезов.

С другой стороны, при "скрытых" косметических разрезах хирургу приходится работать в узких глубоких операционных ранах с недостаточным обзором. Плохой визуальный контроль создает дополнительные трудности для хирурга, что может привести в конечном итоге к неудовлетворительным результатам.

Указанные неудобства особенно проявляются при различных вариантах резекции мобильных крыльных хрящей при коррекции кончика носа.

Ретроградное выведение крыльных хрящей в рану позволяет производить различные варианты резекций крыльных хрящей под непосредственным визуальным контролем.

Всего под наблюдением находилось 16 больных с различными деформациями спинки и кончика носа. У 8 пациентов имелось свисание кончика за счет чрезмерного развития медиальных ножек крыльных хрящей, у 5 наблюдалась деформация концевого отдела носа вследствие гипертрофии и выпячивания в области арок крыльных хрящей, у 2 выявлен широкий кончик носа ввиду расхождения крыльных хрящей и в одном случае отмечалась асимметрия кончика носа вследствие избыточного развития арки крыльного хряща с одной стороны. Перечисленные деформации концевого отдела носа сочетались с различными деформациями спинки и перегородки носа (косоносость, горбинки, искривление и их сочетание).

Для устранения дефектов кончика носа у всех больных производилось ретроградное выведение в рану крыльных хрящей. Соответственно поставленной задаче, в каждом отдельном случае резецировался строго определенный участок хряща. Образовавшийся слизисто-хрящевой лоскут укладывался на место. Осложнений мы не наблюдали.

Таким образом, можно сделать вывод, что метод ретроградного выведения крыльных хрящей в рану достаточно прост и позволяет производить различные виды резекции крыльных хрящей под контролем зрения, не прибегая к кожным разрезам.

**С.З.ПИСКУНОВ, И.В.ТАРАСОВ, Н.В.ДОЛЖИКОВА.  
(КУРСК)**

## **ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО НОСА И ЭНДОАЗАЛЬНЫХ СТРУКТУР.**

Во многих оториноларингологических клиниках страны не выполняются операции с целью устранения приобретенных или врожденных дефектов наружного носа, в связи с чем больные вынуждены обращаться за хирургической помощью в центральные научные учреждения, занимающиеся косметической ринопластикой. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев в этих учреждениях хирургические вмешательства производятся врачами - стоматологами, не владеющими эндоназальными операциями, поэтому ринопластика выполняется без коррекции эндоназальных структур. Все еще признанной является тактика раздельного выполнения эндоназальных хирургических вмешательств, направленных на восстановление носового дыхания, и операций по устранению деформаций наружного носа.

Нами с 1973 года в клинике выполнено 1023 пластических операций с целью устранения различных косметических дефектов наружного носа. У 445 больных деформация наружного носа сочеталась с патологическими изменениями эндоназальных структур, вызывающими нарушение носового дыхания. Всем больным производились одномоментные хирургические вмешательства. В тех случаях, когда имелась деформация и смещение костной пирамиды носа, операции выполнялись под интубационным наркозом. Операции по поводу седловидного и горбатого носа производились под местной инфильтрационной анестезией. Сначала выполнялись эндоназальные операции: различные варианты подслизистой резекции перегородки носа, конхотомия, конхопексия, вазотомия, полипотомия носа. После завершения эндоназальных операций производилась передняя тампонада, а затем соответствующие вмешательства по устранению деформаций носа.

Для прохода к участкам деформации костной пирамиды носа использовался эндоназальный разрез. Разрез кожи преддверия носа "птичкой" применялся нами только при необходимости косметической коррекции хрящевого отдела наружного носа. В течение последнего года при выполнении латеральной остеотомии нами используются 2- и 3-миллиметровые остеотомы, которые вводятся через преддверие носа без предварительного разреза и отслойки мягких тканей в участке костной пирамиды носа, что уменьшает степень травматизации, послеоперационного отека тканей наружного носа, возможность образования поднадкостничной гематомы. С целью предупреждения образования

подкожной гематомы в послеоперационном периоде на спинку и боковые стенки носа накладывалась шина из жести, размеры которой должны соответствовать размерам наружного носа.

Во всех случаях хирургических вмешательств получен хороший косметический и функциональный результат. Одномоментное выполнение эндоназальных операций и косметической ринопластики щадит психику больного вследствие уменьшения количества хирургических вмешательств, сокращает продолжительность пребывания больного в стационаре.

**Ю.А.УСТЬЯНОВ (ЛИПЕЦК)**

## УСТРОЙСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА.

После вправления свежих закрытых и открытых переломов костей носа, а также после корригирующих операций с остеотомией по поводу стойких деформаций носа возникает необходимость в его фиксации с целью предотвращения смещения костных фрагментов до начала их консолидации. Чаще всего для фиксации носа используют коллодиевые и гипсовые повязки. Их недостатком является невозможность контроля за состоянием мягких тканей наружного носа до снятия повязки, что особенно важно при открытых переломах носа, а также невозможность оказания усиленного давления на отдельные участки костной стенки, склонные к принятию прежнего положения после вправления. Недостатком отдавляющего пелота по Бабицкой (В.И.Воячек, 1963) является оказываемое им давление лишь на один участок поверхности носа. Поэтому его применение возможно только после вправления свежих переломов. Он не может быть использован в тех случаях, когда после хирургического вмешательства по поводу стойкой деформации носа с обнажением костного скелета носа и его остеотомией необходимо фиксирующее давление на всю поверхность носа для предотвращения гематомы и смещения костных фрагментов.

Нами сконструировано устройство для фиксации носа, использование которого позволяет избежать приведенных выше недостатков, возникающих при фиксации носа (авт. свид. N 1710034 А 1).

Устройство состоит из опорной части, предназначенной для фиксации на голове больного и представляющей собой обод с пряжкой, позволяющей изменять его диаметр в зависимости от диаметра головы больного, и шарнирно закрепляющегося на опорной части наноснике. Наносник выполнен в виде металлической пластины с формой равнобедренной трапеции, изогнутой симметрично по дуге окружности. По всей поверхности наносника имеются резьбовые отверстия под винтовые упоры.

Применение устройства для фиксации носа осуществляется следующим образом. Опорная часть устройства одевается и закрепляется на голове больного. При этом наносник зафиксирован в приподнятом положении. Наружная поверхность носа покрывается 2-3 слоями марли (сухой или пропитанной каким либо лекарственным раствором или мазью). На марлевый слой накладываются фигурные пластины, контуры которых соответствуют наружной поверхности носа, и фиксируются между собой лейкопластырем. Целесообразно использовать три таких пластины: две - треугольной формы, соответствующие скатам носа, и одну пластину - продолговатую, согнутую жолобом по форме спинки носа. Эти

пластины могут быть выполнены из алюминия, свинца или другого материала. Величина и форма этих пластин моделируются соответственно индивидуальным размерам и форме носа. Наносник устанавливается и жестко закрепляется над поверхностью носа. Винтовые упоры вводятся через резьбовые отверстия наносника до соприкосновения с наложенными на наружную поверхность носа фигурными пластинами. Выбор места расположения отверстий, через которые проходят винтовые упоры, должен обеспечивать давление на всю поверхность носа. Обычно бывает по два-три винтовых упора на спинку носа и по два-три на его боковые скаты. Те винтовые упоры, которые должны обеспечить наибольшее давление на какой-либо участок поверхности носа, чтобы предотвратить смещение костных фрагментов, закручиваются сильнее. Таким образом создается давление по всей всей наружной поверхности носа, но в отдельных местах оно может быть усилено. Если больной начинает отмечать болевые ощущения от слишком сильного давления упорных винтов, последние могут быть ослаблены, что может сделать и сам больной.

Для того, чтобы сменить марлевую прокладку и проверить состояние носа, ослабляются винтовые упоры и соединение опорной части устройства с наносником, и последний откидывается вверх. После перевязки процесс по установке наносника в рабочем положении повторяется.

**Ю.В.МИТИН, Ю.И.ГЛАДУШ, Н.Ф.ФЕДУН (КИЕВ)**

## **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИХ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА И ЛОБНЫХ ПАЗУХ**

Деформации лицевого черепа, обусловленные переломами костей носа и передних околоносовых пазух, встречаются довольно часто. Это обусловлено топографо-анатомическими особенностями костей носа и околоносовых пазух человека, их уязвимостью при широко распространенных производственных, транспортных, бытовых и других травмах. Многообразный характер такой патологии определяет трудности выбора оптимальной лечебной тактики. Наиболее сложный контингент больных - это больные с деформирующими переломами лобной пазухи. Такие переломы обычно влекут за собой возможные косметические нарушения и опасны грозными осложнениями со стороны внутричерепных и внутриглазных структур. Сочетание переломов лобных пазух с переломами костей носа еще больше усложняет задачу хирурга, проводящего оперативное лечение.

В течении 1990-1993 годов в ЛОР-клинике Украинского медицинского университета были оперированы 8 больных с сочетанными закрытыми переломами костей носа и передних стенок лобных пазух со смещением отломков и деформацией лицевого черепа. Причиной перелома были тупые травмы лицевого черепа. Обследование этого контингента больных включало кроме общеклинических методик рентгенографию околоносовых пазух



в прямой и боковой проекциях, компьютерную томографию черепа в аксиальной проекции, консультации невропатолога, нейрохирурга, офтальмолога. Целью обследования было определение размеров и особенностей строения лобных пазух, локализации и характера перелома, направления смещения отломков, определение наличия целостности церебральной стенки лобной пазухи, отсутствия посттравматической внутричерепной или внутриорбитальной патологии.

С целью хирургического лечения всем больным проводили инструментальную редрессацию костей носа с одномоментной эндоназальной фронтотомией костей носа и пазух.

Подготовка к оперативному лечению обязательно включала назначение антибиотиков непосредственно после травмы для профилактики осложнений.

Основным инструментом для редрессации костей носа и для эндоназальной фронтотомии был модифицированный элеватор Ю.Н.Волкова. Элеватор N1, N2 или N3, в зависимости от размеров лобной пазухи, под наркозом вводили под кости носа и тракциями редрессировали их, придавая наружному носу косметически правильную форму и проводя коррекцию внутриносовых структур. Далее указанным инструментом прокладывали тоннель в области *aggei nasi* кпереди от средней носовой раковины, непосредственно под костями носа. В диаметре образованный тоннель был равен рабочей части используемого инструмента и составлял 5-10 мм. После отсасывания сгустков крови из носа и лобной пазухи, через тоннель в пазуху вводили оптический риноскоп и визуально осматривали ее стенки, уточняя характер и направление переломов. Далее, войдя в пазуху тем же элеватором, проводили репозицию костных отломков пазухи, одновременно пальпаторно и визуально контролируя этот процесс снаружи. Закончив репозицию костных отломков стенок пазухи, в пазуху через нос вводили тefлоновую трубку с раздувным баллоном для дренажа и фиксации отломков. Для иммобилизации костей носа проводили переднюю тампонаду. Далее накладывали гипсовую лонгету. У всех больных отмечены хорошие косметические и функциональные результаты, отсутствие осложнений.

**В.Г.ЗЕНГЕР, С.М.ВОЛОДКЕВИЧ, О.В.ДЕРЮГИНА  
(МОСКВА)**

## **РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ КОНВЕНЦИОНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

Очевидность того, что реконструкция, т.е. состоявшееся восстановление функциональной активности органа или заменяющих его структур, является наилучшей стратегией хирургического лечения, обуславливает актуальность разработок в этой области ринологии.

Работами В.И. Воячека и его учеников в России разработаны консервативные операции на перегородке носа - мобилизация, редрессация, циркулярная и частичная резекция. Продолжая это направление, мы разработали способы реконструкции с использованием аутотрансплантата из удаляемой части перегородки носа после: 1) субтотальной резекции перегородки носа и 2) остеопластической репозиции наружного носа. Приведенные хирургические стратегии позволяют моделировать структуру перегородки носа и наружного носа с хорошим функциональным (ринопневмотахометрия по методике авторов) и косметическим эффектом без выраженных воспалительных процессов в ране.

Нами также разработан способ реконструкции наружной стенки лобной пазухи при традиционной фронтотомии по поводу обширных остеомиелитов и др. распространенных патологических процессов, при котором используют свободную пересадку аутотрансплантата широкой фасции с подшиванием его по способу авторов под кожу лба над костным дефектом. Такая хирургическая тактика позволяет санировать пазуху с хорошим функциональным и косметическим эффектом. Послеоперационный период у таких больных протекает без осложнений, отдаленные результаты (6 - 12 месяцев) также весьма удовлетворительные - соустья функционируют хорошо, косметический эффект достаточный.

Таким образом, разработанные нами способы реконструкции при традиционных операциях носа или околоносовых пазух высоко эффективны.

**А.Е.КИЩЕРА, А.А.БОРИСОВ (ЛЬВОВ)**

## **СЕПТООРТОПЛАСТИКА - МЕТОДЫ И ВАРИАНТЫ**

Септоортопластика (СОП) может выполняться как самостоятельное вмешательство или же как интегральная часть риносептоортопластики (РСОП). Как в том, так и в другом случае типичная резекция носовой перегородки по Киллиану выполняется редко. В качестве наиболее физиологичных могут быть рекомендованы следующие варианты СОП:

а) Модифицированная методика M.Cottle. После скелетирования искривленных участков перегородки носа долотом удаляется ее утолщенное основание с гребнями, шипами и наслоившимися фрагментами хряща. Оставшаяся часть перегородки надрезается в верхних отделах, мобилизуется и приводится в срединное положение.

б) Резекция-реимплантация. Четырехугольный хрящ скелетируется и полностью извлекается. Удобнее всего захватить хрящ длинным мягким кровоостанавливающим зажимом без зубцов, лишенным кремальеры. Удаленный хрящ сохраняется до момента реплантации в стерильном изотоническом растворе. Удаляются костные искривленные участки, шипы и гребни. Из удаленного хряща формируется одна или несколько плоских пластинок, которые затем помещаются между листками мукоперихондрия. При этом принимаются меры к тому, чтобы аутоимплантаты взаимно не перекрывались. Фиксация имплантатов облегчается следующим приемом: после завершения резекции искривленных участков перегородки производится равномерная не очень тугая тампонада полости носа на стороне, противоположной разрезу, с таким расчетом, чтобы листки мукоперихондрия установились по срединной линии, после этого на внутреннюю поверхность неразрезанного мукоперихондрия укладываются подготовленные пластинки хряща и покрываются мукоперихондрием со стороны разреза. Перед этим иногда полезно сшить отдельные хрящевые пластинки по типу "бок в бок". Затем накладываются наводящие швы на рану мукоперихондрия (атравматическими иглами с кетгутом 3/0 или же обычными прямыми иглами сзади наперед с помощью предложенного нами изогнутого иглодержателя) и полость носа тампонируется на стороне разреза. В качестве тампонов очень хорошо зарекомендовали себя губчатые тампоны "Мероцель" с центральной трубкой, разбухающие под влиянием влаги.

Реимплантация хряща перегородки носа в ряде случаев, особенно у детей и лиц молодого возраста, может сыграть роль вмешательства, позволяющего скорректировать форму наружного носа. Так, в случаях искривления хрящевого отдела носа без деформации его костного скелета оправдано применение метода реимплантации с хондроинверсией. Удаленный хрящ перегородки при этом реимплантируется перевернутым на 180 градусов и фиксируется швами. Таким образом, силы изгиба хряща перегородки уравновешивают деформирующее усилие боковых (треугольных) и крыльчатых хрящей, в результате чего достигается коррекция хрящевого скелета наружного носа.

С целью укрепления спинки носа отмоделированный хрящ перегородки реимплантируют таким образом, чтобы длинная сторона хрящевой пластинки помещалась вдоль спинки носа.

В случаях многослойной толстой перегородки типа "слоеный пирог" (результат телескопического наслаения фрагментов ее хряща при переломе) можно ограничиться снятием одного-двух слоев хряща, оставив достаточной толщины хрящевой остова, не суживающий, однако, носовые ходы.

**Н.А.АРЕФЬЕВА, Т.М.ЯНБОРИСОВ (УФА)**

## **ОБОСНОВАНИЕ К ВЫБОРУ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

Септопластика относится к числу распространенных хирургических вмешательств. Число ежегодно выполняемых операций на перегородке носа по материалам ЛОР отделения Республиканской клинической больницы остается стабильным: от 104 до 120 случаев. Показаниями к операции, в основном, являются нарушения дыхательной функции носа (90 человек) и вазомоторный ринит, нейровегетативная форма (23 человека). Радикальную подслизистую резекцию перегородки носа производили по Киллиану.

Получены следующие результаты: носовое дыхание восстановилось у 90 (79,6%) больных, кратковременное улучшение наступило у 22 (19,5%) человек, в 1(0,9%) случае положительная динамика отсутствовала. Недостаточно убедительный результат хирургического лечения отмечен, в основном, у больных вазомоторным ринитом. У пациентов первой группы были прослежены хорошие результаты, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки. Однако, имели место и осложнения в виде атрофии слизистой оболочки (13 случаев), перфорации перегородки носа (2 случая), западение спинки носа (5 случаев). Кроме того, в группе больных с травматическим искривлением перегородки носа и деформацией наружного носа, было отмечено, что классическая операция по Киллиану в ряде случаев не позволяет получить хороший косметический результат. Очевидно, это связано с отсутствием опоры для перемещенного костного и хрящевого массива наружного носа.

В этой связи в настоящее время мы предпочитаем использовать хирургические приемы В.И.Воячека, которые гарантируют сохранение твердого остова. С целью восстановления дыхательной функции носа выполняем циркулярную резекцию перегородки носа. При травматических искривлениях в сочетании с деформацией наружного носа - консервативную редрессацию носовой перегородки.

В последние годы мы практически отказались от риносептопластики у больных с вазомоторным ринитом и предпочитаем медикаментозные методы лечения. Основанием этому служат новые данные о патогенезе вазомоторного ринита. Существующее представление о двух формах вазомоторного ринита, нейровегетативной и аллергической, как самостоятельных нозологических единицах, в настоящее время пересматривается. Иммунологические исследования, выполненные у больных вазомоторным ринитом, свидетельствуют о тесной взаимосвязи этих двух форм заболевания. При неадекватном лечении она может перейти во вторую, аллергическую стадию ринита.

В первой, нейровегетативной стадии имеет место дефицит нескольких звеньев местного иммунитета: снижение мукоцилиарного клиренса, уменьшение количества

секреторного иммуноглобулина А, недостаточная фагоцитарная активность иммунокомпетентных клеток.

Сказанное послужило основанием для разработки методов лечения, способствующих восстановлению адекватного иммунного ответа в слизистой оболочке носа и предупреждающих дальнейшее развитие болезни.

Таким образом, мы полагаем, что при выполнении септопластики предпочтение должно быть отдано щадящим методам и, в основном, при значительных искривлениях перегородки носа. При вазомоторном рините, по нашим данным, более перспективны нехирургические методы лечения.

**А.Н.ПОМУХИНА (РОСТОВ-НА-ДОНУ)**

## **ОБЪЕМ И ИСХОДЫ ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

Подслизистая резекция перегородки носа по распространенности среди хирургических вмешательств занимает одно из лидирующих мест в оториноларингологии.

Показания к хирургической коррекции при данной патологии определяются, главным образом, нарушением дыхательной функции носа. Массовое обследование мужского контингента населения проводится в допризывном возрасте. Примерно в этом же возрасте осуществляется хирургическое вмешательство по поводу искривления перегородки носа, как правило, щадящего типа - удаление гребня или шипа. При этом не учитываются особенности последующего развития и формирования лицевого скелета и околоносовых пазух, которые завершаются к 25 годам. Нами было замечено, что вследствие акселерации у большинства молодых людей преобладает долихоцефалический тип черепа. В результате этого видоизменились топографические соотношения выводных путей околоносовых пазух. На их состояние влияют различные аномалии строения носовых раковин и деформации перегородки носа на уровне среднего носового хода. Эти наблюдения были подтверждены данными антропометрии, что в значительной степени объяснило возрастную частоту заболеваний лобных пазух, а также необходимость резекции перегородки носа при ее искривлении на уровне средней носовой раковины, при S-образной или галифеобразной деформации.

Помимо этого, наши многолетние наблюдения подтвердили возможность излечения посредством данной операции от рефлекторной головной боли, психической депрессии, стенокардии, аносмии, вазомоторного ринита и некоторых других местных и общих заболеваний.

На основании изложенного, нами при подслизистой резекции перегородки носа формируется ее абсолютно срединная позиция с ровной поверхностью. Значительный дефект скелета перегородки носа, образующийся при этой операции, мы компенсируем имплантацией перфорированного аутохряща с его фиксацией между листками мукоперихондрия клеем циакрил, что позволяет избежать флотации перегородки носа в процессе регенерации. Клей циакрил наносится очень тонким слоем на поверхность трансплантата только с одной стороны. Нанесение клея на мукоперихондрий вызывает в

послеоперационном периоде значительный реактивный отек и удлиняет сроки выздоровления.

Пластика аутохрящом позволяет избежать формирования перфорации в отдаленном периоде, которая развивается в результате прогрессирующего дистрофического процесса у контингента больных с последствиями травмы или хондроперихондрита перегородки носа.

Хирургическая коррекция структур среднего носового хода выполняется нами, как правило, одновременно с подслизистой резекцией перегородки носа. Помимо этого, нередко осуществляется предварительное или одновременное вмешательство по поводу гипертрофии нижних носовых раковин (диатермокоагуляция, склерозирование или конхотомия).

Таким образом, комплексное хирургическое и полухирургическое вмешательство в полости носа не только восстанавливает носовое дыхание и устраняет сопутствующие заболевания, но и предупреждает образование вторичной деформации перегородки носа в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

**В.Д.МЕЛАНЬИН, О.Г.ХОРОВ, И.Ч.АЛЕЩИК (ГРОДНО)**

## **ЛЕЧЕНИЕ ИСКРИВЛЕНИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

В настоящее время количество больных, подвергаемых операциям на носовой перегородке, значительно выросло. В клинике ЛОР-болезней Гродненского медицинского института количество таких пациентов составляет примерно 22% от всех оперированных больных. Операции на носовой перегородке нередко сочетаются с выполнением вмешательств на носовых раковинах, и околоносовых пазухах и носоглотке. Приходится производить вмешательства на носовой перегородке и исправлять форму наружного носа. Как правило, в нашей клинике подобное лечение выполняется одновременно, поэтому возрастают требования к методике операций по поводу искривления носовой перегородки и технике ее выполнения. Для этого мы прибегаем к шадящим по отношению к костно-хрящевым структурам носовой перегородки операциям, выполняя их обычно под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Выделяем хрящ и кость носовой перегородки. Разрез хряща начинаем ножом Беланджера или скальпелем в нижних отделах хряща параллельно дну носа. Затем на границе хрящевого и костного отделов ход инструмента направляем перпендикулярно вверх, где дальше поворачиваем вперед. Верхний разрез не доводим до края переднего разреза хряща. Таким образом, формируется прямоугольный фрагмент хряща, соединенный в верхней части с "материнской" тканью. Хрящ становится подвижным и легко смещается одной из браншей зеркала Киллиана в любую, лучше противоположную, сторону. После этого становятся хорошо обозримыми глубжележащие и нижние отделы скелета носовой перегородки. После удаления искривленных участков и извлечения носового зеркала хрящ возвращается в прежнее срединное положение. Таким образом, сохраняется "интимная" связь фрагмента хряща

с хрящевым остовом. Хрящ не требует фиксации. При незначительной изогнутости пластинки хряща делаем насечки для ее выпрямления.

При отсутствии возможности сохранить собственную хрящевую ткань пользуемся аллогенными формализированными трансплантатами в виде пластинки. Для этих целей консервируем фрагменты трупного реберного хряща, а также носовой перегородки, удаленной у других больных. Пластины хряща фиксируем сквозным П-образным швом. Использование аллогенных трансплантатов особенно выгодно при повторных операциях на носовой перегородке, связанных с неполным удалением искривленных участков и наличием дефектов носовой перегородки. Подвывих хряща носовой перегородки устраняем его мобилизацией и установкой в срединное положение в костный желоб по дну полости носа.

Наблюдение за оперированными больными (36) показало, что формируется расположенная по средней линии ригидная носовая перегородка. Смещение трансплантатов, а также случаев их отторжения не отмечено. Реактивные явления в раннем послеоперационном периоде не отличались от таковых после обычной подслизистой резекции.

Таким образом, щадящие и реконструктивные операции на носовой перегородке должны шире внедряться в практику, как более эффективные и физиологичные.

**А.С.ЛОПАТИН (МОСКВА)**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАКОНОВ БИОМЕХАНИКИ ХРЯЩА ПРИ КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА**

При коррекции деформаций перегородки носа (ПН) большинство оториноларингологов в России обычно используют методику подслизистой резекции по Килиану. Однако, возможность сохранения костно-хрящевого скелета ПН давно интересует ринологов. Работами Н.А.Gillies (1920), Т.Gibson, В.Davis (1958), Н.Fry (1966-68) и др. были открыты и изучены законы биомеханического "поведения" хряща после различных хирургических вмешательств на нем. W.T.Murakami et al. (1982) впервые сделали попытку использовать эти законы при корригирующих операциях на ПН.

Описываемая ниже методика септопластики разработана применительно к законам Н.Fry. Операцию выполняют под местной анестезией и начинают с разреза в кожной части ПН на выпуклой стороне четырехугольного хряща. После рассечения надхрящницы и обнажения каудального края хряща производят сепаровку мукоперихондрального лоскута на противоположной (вогнутой) стороне ПН, причем книзу - до уровня гребня, кзади - до сочленения хряща с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости. Соединение хряща с костью разъединяют распатором, нижние отделы, входящие в состав гребня,

резецируют, после чего мукоперниот отсепааровывают в направлении книзу до дна полости носа. При типичной операции требуется резекция лишь небольших участков: костно-хрящевого гребня, полоски хряща в задних отделах. Различные модификации, отличающиеся расположением резецируемых полосок хряща, позволяют эффективно корригировать другие варианты деформаций, в частности, смещение каудального края ПН.

**В.И.МОРОХОЕВ, И.В.КОЛОБОВА, В.А.ОРЛОВСКИЙ  
(БРАТСК)**

## **ДИНАМИКА ОЛЬФАКТОРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИНОСОВОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

Одной из причин возникновения респираторной обонятельной функции при искривлении перегородки носа является сужение просвета обонятельной щели и нарушение аэродинамики воздушного потока, проходящего через нее. Ввиду близости сидовидной пластинки оперативные вмешательства в верхних отделах полости носа с целью нормализации его функций необходимо производить с чрезвычайной осторожностью. В известной степени избежать травмирования ультрамикроструктур обонятельного нерва в области сидовидной пластинки можно при использовании оптических эндоскопов и специальных микроинструментов.

Нами использованы жесткие оптические системы Гопкинса Российского производства (ПО "Секунда", ЛОМО, Санкт-Петербург) с фотовидеорегистрацией изображения при прямом и боковом углах зрения. Оперировано 32 больных, которым до и после операции проводилась объективная ольфактометрия с регистрацией КГР(кожно-гальванический рефлекс) и ПГ(пневмография). Для дифференциальной диагностики использовался видеопупиллометр собственной конструкции.

Анализ результатов исследования показал, что при боковом обзоре отмечается сохранение очагов персистенции и невидимых невооруженному глазу микроразрывов слизистой оболочки в местах проекции имевших место до операции гребней и шипов и участков искривления костных структур перегородки носа. Оптический контроль позволяет в значительной мере снизить вероятность травмирования слизистой оболочки во время операции. Выявлено, что у всех 32 больных имела место обонятельная дисфункция со снижением как ольфакторной, так и тригеминальной чувствительности. Коррекция искривления перегородки вблизи обонятельной щели не всегда сразу после операции приводит к восстановлению обонятельной функции. По нашему мнению, реабилитация



обоняния, в частности собственно обонятельной чувствительности, происходит лишь при полном заживлении слизистой оболочки после операции, что подтверждается данными оптической видеоэндоскопии.

Таким образом, оптическая эндоскопия при искривлении перегородки носа в значительной степени облегчает проведение корригирующих операций и контроль состояния слизистой оболочки в послеоперационном периоде.

**М.А.ГУРИН (БЕЛГОРОД)**

## **О ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ**

Нормальное носовое дыхание играет важную роль во взаимоотношениях растущего детского организма с внешней средой.

Затрудненное носовое дыхание во многих случаях связано с перенесенными травмами и, оставаясь нелеченным приводит к различным осложнениям со стороны многих органов.

Неодинаковая проходимость носовых ходов при наличии искривления носовой перегородки приводит к гипертрофии нижних носовых раковин, что еще более затрудняет носовое дыхание. Длительное применение сосудосуживающих капель и различных медикаментов не дают желаемого результата.

Хирургическая коррекция показана в любом детском возрасте, если имеется выраженная деформация носовой перегородки с нарушением функции дыхания. За 5 лет в нашем детском ЛОР отделении находились 48 детей с различными формами искривления носовой перегородки. Подслизистая резекция выполнена у 23 детей, резекция шипов и гребней - у 25. Все операции произведены под общим эндотрахеальным наркозом.

Мы отказались от ранее производимых конхотомий. Производя операции на носовой перегородке, мы одновременно выполняем подслизистую вазотомию по методу С.З.Пискунова, как более щадящую и атравматичную. У всех прооперированных больных при сроках наблюдения свыше одного года носовое дыхание восстановилось.

Следовательно, одномоментная эндоназальная операция на носовой перегородке в сочетании с подслизистой вазотомией наиболее целесообразна в детском возрасте.

### **ЛИТЕРАТУРА**

Бокштейн Ф.С. Внутриносая хирургия. - М., 1954

Воячек В.И. Основы оториноларингологии. - Л., 1953

Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. - Курск, 1981

А.А. ГАМЗАТОВА (МАХАЧКАЛА)

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ.

Мнения различных исследователей относительно методов хирургической коррекции деформации перегородки носа у детей с носовой аллергией неоднозначны. Одни предлагают активное хирургическое лечение, считая, что оно способствует значительному улучшению клинического течения основного заболевания. Другие предупреждают от излишней хирургической активности, так как ее благоприятное влияние на течение аллергического ринита сомнительно. Существует также мнение, что подслизистая резекция перегородки носа у больных с носовой аллергией не показана, ибо само хирургическое вмешательство может ухудшить дальнейшее течение основной болезни.

Мы проанализировали результаты подслизистой резекции у больных с аллергическим синуситом в сочетании с деформацией носовой перегородки, леченных двумя способами. В первой группе больных выполняли только операцию по устранению деформации носовой перегородки, во второй - хирургическое вмешательство проводили на фоне гипосенсибилизирующей терапии (специфической и неспецифической) с продолжением ее в послеоперационном периоде.

Из 29 больных в возрасте 7-15 лет, составивших первую группу, непосредственный положительный результат отмечен у 7, у остальных носовое дыхание оставалось затруднительным до 3-4 недель в связи с обострением аллергического синусита.

Во второй группе из 17 детей, которым было проведено оперативное вмешательство на фоне специфической гипосенсибилизирующей терапии в пред- и послеоперационном периоде положительный эффект отмечен у 15.

Однако, необходимо отметить, что результаты лечения находились в прямой зависимости от стадии аллергического процесса в полости носа и околоносовых пазухах, от продолжительности течения аллергического синусита. При давности заболевания от 6 месяцев до 1 года число больных, отметивших улучшение, было значительно больше, чем при продуктивной стадии данного заболевания с продолжительностью течения болезни более одного года.

Из этого следует, что при аллергических риносинуситах в сочетании с деформацией носовой перегородки у детей любое оперативное вмешательство является только одним из моментов комплексного лечения. Лечение больных с аллергическим риносинуситом в сочетании с деформацией носовой перегородки путем оперативного вмешательства на фоне гипосенсибилизирующей терапии, в пред- и послеоперационном периоде является методом выбора.

**Г.М.МАГОМЕДОВ (МАХАЧКАЛА)**

## **КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ И У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ**

При имеющейся экологической загрязненности внешней среды показания к коррекции деформаций носовых структур при нарушении носового дыхания в пожилом, старческом возрасте и у долгожителей, на наш взгляд, должны быть значительно расширены.

Методики корригирующих операций в пожилом, старческом возрасте и у долгожителей имеют свои особенности, обусловленные, главным образом, возрастными изменениями в ЛОР-органах и во всем организме.

Нами изучены особенности эндоназальной хирургии у 314 больных от 60 до 92 лет. Из них подслизистая резекция перегородки носа произведена - 18, полипотомия носа - у 178, конхотомия - у 18, полипотомия носа с конхотомией - у 32, полипотомия носа со вскрытием клеток решетчатого лабиринта - у 58, полипотомия носа с гальванокаустикой нижних носовых раковин - у 10.

В связи с возрастным нарушением различных функций полости носа при эндоназальном вмешательстве необходимо стремиться к максимальному сохранению слизистой оболочки. Удаление полипов и коррекцию деформаций внутриносвых структур мы проводили щадящими методами, стараясь свести к минимуму травму слизистой оболочки носа. Полипотомию носа проводили режущей петлей. Раковины резецировали частично при помощи полипной петли или оконччатого конхотома в местах гипертрофии или полипозного перерождения. В отдельных случаях пользовались методом подслизистой конхотомии.

У некоторых пожилых людей из-за истончения всех структур полости носа кости становятся хрупкими, ломкими и коррекцию деформаций носовых раковин и перегородки удается произвести путем механического смещения и тугой тампонады носа с последующим введением резиновой или пластмассовой трубочки для сохранения носового дыхания. Эндоназальное вскрытие верхнечелюстной пазухи и пазух решетчатой кости также удается выполнить значительно легче, чем в молодом возрасте, обычной хирургической ложкой.

Из-за резкого истончения слизистой оболочки произвести подслизистую резекцию перегородки носа по обычной методике без образования перфорации в этом возрасте удается редко.

Отслаивать слизистую оболочку перегородки носа от хряща и кости без риска перфорации лучше по разработанной нами методике: обычный разрез слизистой оболочки по переднему краю четырехугольного хряща продолжается до дна носовой полости. У нижнего конца разреза, в области костного основания перегородки, легко удается отслаивать слизистую оболочку с надкостницей. По основанию перегородки поднадкостнично вводится распатор до заднего конца сошника. Отслойка слизистой оболочки перегородки носа проводится движением распатора сзади вверх и вперед. Аналогично отсепааровывают слизистую оболочку перегородки носа с другой стороны. Эту

методику мы применяем для отслаивания и сохранения слизистой оболочки при реоперации на перегородке носа и при ее резких посттравматических деформациях в более молодом возрасте.

**М.П.НИКОЛАЕВ, Л.А.ТЕЗИКОВА, Е.А.ДОРОФЕЕВА  
(МОСКВА)**

## **ПЕРФОРАЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И ИХ ЗАКРЫТИЕ БИОКЕРАМИКОЙ**

Перфорации носовой перегородки в 60% случаев являются следствием операций (Virte M. et al., 1986). Для их закрытия предложено множество различных хирургических методов при помощи тканей самого пациента (слизистой, фасции, мукопериоста, кости, хряща), а также посредством применения аллопластических материалов (силикона, тефлона, специальных акриловых пластинок, стеклянной керамики). В зависимости от величины перфорации используются те или иные хирургические подходы с определенной степенью трудности и риска (рецидивы встречаются в 49-75%). По этой причине, если пациента не беспокоит наличие перфорации, в большинстве случаев ее закрытие не рекомендуется. В 38% случаев возникновение перфораций носовой перегородки, особенно если дефект находится в передних отделах, вызывают у пациентов симптомы, по поводу которых они обращаются к врачу. В этой связи остаются актуальными поиск и разработка надежных методов пластики дефектов носовой перегородки.

В поисках материала для закрытия перфорации мы остановили свой выбор на гидроксиллапатите (ГАП), который за рубежом успешно используется для внутрикостной имплантации. В противоположность химически инертным и биопассивным материалам, таким как оксидная керамика, материалы из сплавов углерода и некоторые полимеры, ГАП обладает биоактивностью при введении его в живой организм. Имея тот же химический состав, а следовательно и сходные физические, механические и другие свойства, что и неорганическая часть костной ткани, ГАП биохимически совместим с тканями организма. Экспериментальные данные полностью подтвердили это.

С учетом изложенного, мы использовали изготовленную специальным методом биокерамику из ГАП для закрытия перфораций носовой перегородки. Под нашим наблюдением находилось 5 больных в возрасте от 17 до 40 лет (3 мужчин и 2 женщины). У 3 больных перфорации разной величины возникли вследствие оперативных вмешательств, у двух - вследствие атрофических процессов в слизистой оболочке хрящевой части перегородки. У 1 больного диаметр перфорации был более 1 см. 4 больным перфорация закрыта путем тщательной отсепаровки слизистой оболочки вокруг перфорации и освежения ее краев. Затем через разрез в преддверии носа керамическая пластинка, превышающая по площади размеры дефекта на 0,3-0,5 мм вставлялась между листками слизистой, фиксировалась резиновыми прокладками и марлевыми тампонами с вазелином. Одному больному с большой перфорацией носовой перегородки керамическая пластинка вставлена через сублабиальный разрез.

Наблюдение в течении 6 месяцев показало отсутствие воспалительной реакции. Мукоперихондрий над имплантатом оставался интактным. У всех больных достигнут положительный морфофункциональный эффект. Наблюдение за больными продолжается, но предварительные результаты указывают на широкую перспективу использования биокерамики не только для закрытия дефектов носовой перегородки, но и для других целей в оториноларингологии.

**С.В.РЯЗАНЦЕВ, Н.А.РУССКИХ (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)**

## **МОБИЛИЗАЦИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЭНДОНАЗАЛЬНОМ ПОДХОДЕ К ВИДИЕВУ НЕРВУ**

Операция пересечения видиева нерва в последние годы все шире входит в практику оториноларингологии. Она применяется для лечения рецидивирующих полипозных риносинуситов, вазомоторных ринитов, нейроваскулярного болевого синдрома. Однако, распространению данного метода лечения препятствуют сложность топографо-анатомических взаимоотношений зоны крылонебной ямки и трудности оперативного подхода к видиеву нерву.

Одним из наиболее распространенных хирургических подходов к видиеву нерву является эндоназальный. Его основным преимуществом перед трансантральным подходом является то, что не нарушается целостность верхнечелюстных пазух. Существенный недостаток эндоназального подхода заключается в крайней узости операционного поля и глубоком его расположении.

Нами разработана собственная модификация эндоназального подхода (Авторское свидетельство N 1629041 от 22.10.1990), позволяющая в значительной степени избежать указанных недостатков. С целью расширения операционного поля и увеличения угла обзора производится Г-образное сквозное рассечение перегородки от уровня середины средней раковины до дна полости носа. От верхнего конца вертикального разреза вдоль средней носовой раковины делается еще один сквозной разрез кзади. Этот разрез облегчает введение носового зеркала в образовавшееся временное "окно" и не позволяет при разведении зеркала надламывать перпендикулярную пластинку решетчатой кости в верхних отделах.

В дальнейшем ход операции аналогичен классическому эндоназальному подходу. Определяется верхняя граница хоаны, клиновидно-небное отверстие пальпируется пуговчатым зондом под задним концом средней носовой раковины приблизительно в 10 мм выше и спереди от верхнего края хоаны. За задним краем отверстия делается короткий разрез длинным скальпелем и, смещая изогнутым зондом слизистую в сторону клиновидно-небного отверстия, нащупывается его край. Проходя прямым зондом под костный край и отслаивая периост от латеральной поверхности вертикальной пластинки небной кости, попадаем в крыловидный канал.

К преимуществам предложенного доступа можно отнести не только расширение операционного поля за счет временной фенестрации носовой перегородки, но и возможность использования во время операции обеих половин носа, осуществляя через одну из них манипуляции инструментами, а через противоположную и образованное "окно" - визуальный контроль.

**С.Б.БЕСШАПОЧНЫЙ, В.В.ЛОБУРЕЦ (ПОЛТАВА)**

## **ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СРЕДНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСИТОВ**

Среди многих причин возникновения параназальных синуситов ведущее место принадлежит топографо-анатомическим особенностям строения полости носа (искривления, гребни, шипы носовой перегородки, синехии, увеличение передних решетчатых клеток и др.), что подтверждается результатами ряда исследований.

Целью нашего исследования явилось выяснение роли особенностей строения средней носовой раковины и ее взаимоотношений с анатомическими образованиями боковой стенки полости носа в развитии патологии околоносовых пазух. Проведены морфологические и клинические исследования. Производились распилы голов трупов различных возрастных групп обоих полов. Средняя носовая раковина исследовалась по следующим параметрам: 1) форма; 2) длина; 3) высота; 4) толщина; 5) расстояние от места прикрепления до дна передней черепной ямки; 6) наличие собственной клеточной структуры; 7) наличие базальной пластинки; 8) форма линии прикрепления к боковой стенке полости носа. Клиническое исследование включало проведение ринопневмотахометрии, синусоскопии и назальной эндоскопии у здоровых лиц и у больных различными формами синуситов.

Анализ результатов исследования показал, что средняя носовая раковина имеет большой диапазон топографо-анатомических вариантов строения. В большинстве случаев при хронических и рецидивирующих формах синуситов отмечались морфофункциональные нарушения в полости носа. Результаты исследования позволили разработать специальную классификацию средней носовой раковины, позволяющую помочь в определении техники эндоназальных вмешательств.

**В.С.КОЗЛОВ (ЯРОСЛАВЛЬ)**

## НЕКОТОРЫЕ ДЕТАЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Фундаментальные исследования W.Messerklinger по физиологии и патофизиологии носа и околоносовых пазух (ОНП) явились основой для нового направления эндоназальной хирургии.

Сначала D.W.Kennedy (1985), затем H.Stammberger (1986) опубликовали работы, в которых были изложены концепция и хирургическая техника функциональной эндоназальной хирургии (ФЭХ). ФЭХ становится все более популярной не только за рубежом, но и у нас в стране (Г.З.Пискунов, А.С.Лопатин, 1992). Вместе с тем, широкое распространение данной техники выявило и те детали, без точного соблюдения которых трудно добиться хороших результатов лечения.

В Риноцентре "Яртек" в течение 1992-1993 г.г. накоплен определенный опыт по применению ФЭХ, что позволяет нам изложить некоторые детали, относящиеся к этой хирургической технологии.

1. Выбор пациента. Мы полагаем оправданной ФЭХ, во-первых, при изменении анатомических структур полости носа, вызывающих нарушение его функции; во-вторых, при наличии патологического процесса в полости носа и ОНП, не поддающегося консервативной терапии.

2. Предоперационная подготовка. Этот этап предполагает обследование больного и проведение специальных терапевтических мероприятий в случае необходимости. Мы считаем обязательным проведение компьютерной (КТ) или конвенционной томографии перед хирургическим вмешательством. КТ должна выполняться в корональной и аксиальной проекциях, конвенционная томография - в корональной проекции.

Очень полезной является эндоскопия полости носа. Анализ результатов томографии и эндоскопии позволяет оценить ситуацию в зоне среднего носового хода, т.е. установить причину болезни, распространенность процесса, архитектонику костных структур носа, ОНП и передней черепной ямки. Помимо диагностики в предоперационном периоде необходимо консервативное лечение носа и ОНП. Особую значимость этот вопрос имеет у больных с синдромом непереносимости аспирина а также у больных другими формами бронхиальной астмы (БА). В комплекс подготовки таких больных к операции включаются "ЯМИК" процедуры, промывание носа гипосенсибилизирующими средствами, общая гипосенсибилизирующая терапия. У больных с экссудативными формами синусита применяются местно "ЯМИК" процедуры с введением в пазухи растворов антибиотиков. Курс лечения состоит из 2-3 процедур в течение 7 дней.

Целью данного лечения является снижение воспалительной реакции слизистой оболочки, подавление гнойного процесса, что позволяет до минимума уменьшить кровотечение в процессе операции.

3. Выбор метода оперативного вмешательства. Основная идея ФЭХ, на наш взгляд, состоит в том, чтобы убрать препятствие для воздушной струи и для транспорта слизи из ОНП, т.е. восстановить функции носа и ОНП. Вопрос какую операцию произвести решается в каждом случае индивидуально на основании данных КТ и эндоскопии. В зависимости от этого выполняются септопластика, инфундибулотомия, парциальная или

тотальная этмоидотомия, фронтотомия, сфеноидотомия, резекция *concha bullosa*. Все вмешательства проводятся раздельно или в комбинации друг с другом. Данные операции, за исключением септопластики, проводятся на боковой стенке носа. Практически у всех больных они осуществляются не раздельно, а в комбинации друг с другом. В результате этого формируется новая костная структура боковой стенки носа. Мы согласны с мнением D.W.Kennedy (1991), что данный тип вмешательств следует объединить общим термином "остеопластика боковой стенки носа".

4. Анестезия. Учитывая накопленный хирургами опыт (D.W.Kennedy, 1992; H.Stammberger, W.Posawetz, 1992), мы также стали использовать местную анестезию в сочетании с нейролептанальгезией. Преимущество данной анестезии в том, что наряду с полноценным обезболиванием имеется контакт с больным и у него сохраняются рефлексы. Наблюдение анестезиолога в момент операции является обязательным.

5. Инструментарий. Для эффективного проведения эндоназальных корригирующих операций помимо общепринятых инструментов абсолютно необходимы распатор-отсос, прямые и изогнутые щипцы Блэксли, серповидный скальпель, тупой крючок, носовые ножницы.

6. Интраоперационный мониторинг. Боковая стенка носа - чрезвычайно конфликтная зона, что обусловлено ее анатомией, поэтому в процессе операции требуется постоянный контакт с пациентом. Он всегда предупредит хирурга о близости основания черепа или орбиты. Другим важным моментом является контроль за удаляемым из носа материалом со стороны операционной сестры. Она должна помещать в физиологический раствор все удаленное из носа, это позволяет быстро дифференцировать орбитальный жир от полипозной ткани.

7. Послеоперационное лечение. Вновь сформированная структура полости носа требует тщательного наблюдения в течение, как минимум, двух-трех месяцев после операции. Терапия при этом должна быть направлена на скорейшую эпителизацию операционной полости, предупреждение образования спаек и быстрое купирование гнойного процесса, если он возобновляется.

С учетом рассмотренных выше деталей было выполнено 97 операций (септопластика - 31, остеопластика боковой стенки носа - 23, остеопластика боковой стенки носа и септопластика - 30, риносептопластика - 13). В двух случаях имели место осложнения: одно интраоперационное - вскрытие орбиты, второе - кровотечение из *a.sphenopalatina*, через семь дней после операции. Оба случая закончились выздоровлением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г.З., Лопатин А.С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух. - М., 1992.
2. Kennedy D.W. Functional Endoscopic Sinus Surgery: Technique // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. - 1985. - Vol.111. - P.643-649.
3. Kennedy D.W. From the First International Symposium of Contemporary Sinus Surgery. Question and Answer Session // Operative Techniques in Otolaryngology - Head and Neck Surgery. - 1991. - Vol.2, N4. - P.289-296.
4. Kennedy D.W. The role and techniques of nasal endoscopy // Rhinology. - 1992. - Suppl.14. - P.191-193.
5. Stammberger H. Endoscopic Endonasal Surgery - Concepts in treatment of recurring rhinosinusitis. Part 2. Surgical technique // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 1985. - Vol.94. - P.147-156.
6. Stammberger H., Posawetz W. Functional Endoscopic Sinus Surgery // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 1990. - Vol.247. - P.63-76.



**А.А.ШИЛЕНКОВ, В.С.КОЗЛОВ (ЯРОСЛАВЛЬ)**

## **ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ К КОРРИГИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ НА ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУРАХ**

При планировании эндоназального оперативного вмешательства особенно необходимым является точное знание архитектоники костных структур полости носа и окружающих его образований, а именно: отношение дна передней черепной ямки и решетчатого лабиринта, топография носовой перегородки, орбиты и околоносовых пазух (ОНП). В доступной нам отечественной литературе имеются указания о компьютерной томографии (КТ) лишь в аксиальной проекции (Н.А.Преображенский и соавт., 1985, В.С.Кузнецов и соавт., 1990). Вместе с тем, в работах Н.Stammberger (1992), M.Wigand (1990), A.Weber et al., (1992) убедительно показаны преимущества КТ ОНП в корональной проекции.

В своей работе мы используем КТ околоносовых пазух в двух проекциях (корональной и аксиальной), выполняемую по методике A.Weber et al., (1992). Исследование проводится на томографе Somatom DR 3 фирмы "Siemens" со следующими характеристиками: спектр окна 4000 HE, центр окна +600 HE. При осуществлении корональной проекции срезы выполняются от спинки носа до носоглотки с шагом 0,5см.

Всего обследовано 36 человек в возрасте от 14 до 67 лет. Показанием для исследования являлось наличие хронического синусита у больных, планировавших на функциональное эндоназальное оперативное вмешательство.

Анализ КТ показал, что выполнение исследования по данной методике позволяет получить достаточно полное представление о взаимоотношении внутриносовых структур, полости черепа и околоносовых пазух. Так, у 6 больных было обнаружено различное расположение дна передней черепной ямки справа и слева по отношению к решетчатой кости. У 3 больных был диагностирован воспалительный процесс в клетках *agge nasi*, распространение процесса на передний отдел решетчатого лабиринта обнаружено у 7 больных, тотальное вовлечение в процесс решетчатого лабиринта - у 4 пациентов. Изолированного поражения верхнечелюстной пазухи отмечено не было, сочетанный процесс в верхнечелюстной пазухе и решетчатом лабиринте имел место в 16 случаях. Одновременное поражение лобной, верхнечелюстной и решетчатой пазух наблюдалось в 6 случаях. Тотальное поражение синусов в наших наблюдениях не встречалось.

Однако, не сам факт выявления поражения слизистой оболочки на КТ представляет интерес для хирурга. При анализе КТ мы уделяем внимание взаимоотношению внутриносовых структур, а именно, носовой перегородки, средней носовой раковины и боковой стенки носа. Обструкция полости носа на уровне среднего носового хода, вызванная *concha bullosa* и контрлатеральной деформацией носовой перегородки в виде гребня, отмечена в 9 случаях, причем у 4 больных передний конец средней носовой раковины не был увеличен, в то время как средние и задние отделы представляли собой полости значительного размера. Блокада *infundibulum ethmoidale* на КТ была диагностирована в 20 случаях. Не менее интересным представляется КТ у больных после

операции Калдвелла-Люка (4 больных). При хорошо проходимых послеоперационных соустьях с нижним носовым ходом и слабо выраженном отеке в верхнечелюстных пазухах у всех больных диагностировано тотальное поражение клеток решетчатого лабиринта, обусловленное различной степенью деформации средней носовой раковины, носовой перегородки и bulla ethmoidalis. У одного больного - пиоцеле переднего отдела решетчатого лабиринта размером 3х2х2 см, у одной больной - киста клиновидной пазухи.

Исходя из вышеизложенного следует, что данные КТ несут большой объем информации, которая является исключительно полезной и при планировании выбора хирургического вмешательства, и непосредственно в ходе операции. Наличие КТ на экране в операционной позволяет хирургу четко ориентироваться в процессе выполнения операции, делая ее минимально травматичной и достаточно безопасной.

**В.З.НУЖДИН, В.Н.УСАЧЕВ, В.С.КОЗЛОВ (ЯРОСЛАВЛЬ)**

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ СЕПТОПЛАСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР**

Адекватное анестезиологическое пособие при эндоназальных хирургических вмешательствах является одним из важнейших факторов как для больного, так и для хирурга. Недостатки как местной анестезии, так и эндотрахеального наркоза известны каждому хирургу. H.Stammberger, W.Posawetz (1990), а так же D.W.Kennedy, D.C.Lanza (1992) рекомендуют выполнять эндоназальные хирургические вмешательства, сочетая местную анестезию с седативными средствами, при обязательном наблюдении анестезиолога.

В своей работе мы также пришли к выводу о необходимости местной анестезии и внутривенной нейролептаналгезии. Целью данного пособия является адекватное обезболивание для больного при одновременной возможности контакта с ним во время операции

Методика проведения анестезии. В день, предшествующий операции, больного осматривает анестезиолог с целью определения степени риска анестезиологического пособия. В зависимости от состояния больного ему назначают препараты бензодиазепинового ряда (седуксен, реланиум, рогинол), транквилизаторы (нозепам, феназепам), барбитураты (барбамил, люминал, фенobarбитал). В случае сопутствующей гипертонической болезни накануне и в день операции назначают клофелин, который обладает потенцирующим и анальгезирующим эффектом.

В день операции за 15 минут до вмешательства полость носа последовательно зади наперед выполняют тампонами, пропитанными 2-3% раствором дикаина. Непосредственно перед операцией анестезиолог производит венепункцию и начинает оказывать анестезиологическое пособие, которое включает в себя: 1.Центральные анальгетики наркотического ряда: морфин (10-30 мг), фентанил (0,1-0,3 мг) или ненаркотические синтетические анальгетики: морфин (0,3-1,5 мг), морадол (2-6 мг), торгесик (0,3-0,6 мг).

2. Нейролептики: дроперидол (0,1 мг) 3. Седативные: седуксен (10-30 мг), реланиум (10-30 мг), рогинол (2 мг) 4. Управляемая вазоплегия нитратами: нитроглицерин внутривенно капельно 1мл 1% раствора 5. Клофелин для потенцирования анальгезии и снижения артериального давления (1-2 мл). С целью снижения кровоточивости тканей во время операции - адроксон (1-3 мл), дицинон (2-6 мл). Дозы седативных препаратов и анальгетиков подбираются так, чтобы больной мог контактировать с хирургом.

Параллельно с началом внутривенного обезболивания, проводится местная инфильтрационная анестезия 1 % раствором новокаина. Инфильтрационная анестезия осуществляется в зависимости от типа хирургического вмешательства. При септопластике анестетик вводят поднадхрящично и затем в кожу *septum mobile*. При операциях на боковой стенке носа раствор анестетика вводят поднадкостнично кпереди от места прикрепления *processus uncinatus* в трех точках, далее в место прикрепления средней носовой раковины и ее передний конец.

По данной методике проведено анестезиологическое пособие 57 больным. Средний возраст - 36,6 лет, причем моложе 18 лет было 2 больных, старше 50 лет - 5 больных. Септопластик выполнено 14, функциональных эндоназальных операций на боковой стенке носа (мы называем эти операции остиопластикой боковой стенки носа) - 13, комбинированных операций, включающих септопластику и остиопластику боковой стенки носа - 30.

Результаты анестезии оценивались по следующим критериям: достаточность обезболивания, возможность контакта с больным, сохранение рефлексов, степень кровотечения. При анализе хода оперативных вмешательств установлено, что все названные выше критерии, удовлетворяющие требованиям хирурга и пациента, имели место у 52 больных.

Особое внимание мы уделяли кровотечению во время операции. Объем кровопотери составил при септопластике в среднем 17 мл, при остиопластике латеральной стенки носа - 13 мл, при комбинированном вмешательстве - 29 мл.

Вывод: сочетание местной анестезии с внутривенным потенцированием позволяет обеспечить оптимальные условия для выполнения эндоназальных хирургических вмешательств.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Kennedy D.W., Lanza D.S. Technical problems in endoscopic sinus surgery // *Rhinology*. - 1992. - Suppl.14. - P.146-150.
2. Stammberger H., Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery // *Eur. Arch. Otolaryngol.* - 1990. - Vol.247. - P.63-76.

**С.К. ЖУКОВ, В.С. КОЗЛОВ (ЯРОСЛАВЛЬ)**

## **ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ К КОРРИГИРУЮЩИМ ЭНДОНАЗАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНУС-КАТЕТЕРА "ЯМИК"**

Хорошо известно, что бронхиальная астма (БА) в 95,45% случаев ассоциируется с хроническим синуситом. Более того, хронический синусит ухудшает течение БА. Хирургическая коррекция внутриносовых структур оказывает благоприятное действие на течение БА (Г.З.Пискунов,1991). Вместе с тем, каждому пульмонологу и оториноларингологу известны случаи ухудшения течения БА после хирургического вмешательства. Избежать этого, на наш взгляд, можно только, изменив подход к лечению данной группы больных, т.е. больных к операции надо готовить.

В своей работе мы использовали следующие принципы подготовки больных к хирургическому вмешательству. В лечении одновременно участвуют пульмонолог, аллерголог, оториноларинголог. Пульмонологом и аллергологом проводится специфическая терапия основного заболевания. Задачей оториноларинголога является максимальное снижение воспалительной реакции слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП). С этой целью мы использовали следующие схемы лечения: при экссудативном синусите в течение 10 - 14 дней выполняли 2-6 "ЯМИК"-процедур с введением пазухи противовоспалительных и антигистаминных препаратов.

При вазомоторном риносинусите во время "ЯМИК"-процедур вводили растворы, содержащие тиосульфат натрия, димедрол, мезатон, кортикостероиды. Параллельно проводили ежедневную ирригацию полости носа растворами, содержащими те же препараты.

Критериями эффективности проводимой терапии и, следовательно, готовности больного к операции, являются нормализация или ухудшение носового дыхания, прекращение или уменьшение выделений из носа, отсутствие приступов чихания. Естественно, важнейшим критерием является отсутствие атак БА.

С использованием данной методики была проведена предоперационная подготовка к эндоназальной коррекции у 9 больных БА. Средний возраст больных 37 лет, мужчин - 2, женщин - 7, из них атопическая форма БА диагностирована у 1 больного, и инфекционно-зависимая у 8.

Анализ хода оперативного вмешательства, ближайшего и отдаленного (до 1 года) послеоперационного периода показал отсутствие негативных реакций со стороны бронхолегочного аппарата. Более того, у больных отмечено улучшение в течении БА, выразившееся в снижении количества атак БА и их тяжести.

Наши наблюдения показывают целесообразность предоперационной подготовки больных данной группы.

**Л.Г.СВАТКО, В.Н.КРАСНОЖЕН (КАЗАНЬ)**

## **ОПЕРАЦИЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ БУЛЛОТОМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЛОСТИ НОСА**

Нами оперировано 13 больных хроническим синуситом при наличии у них буллы средней носовой раковины. Возраст больных колебался в пределах 11-58 лет. Основные жалобы - стойкое длительно затрудненное носовое дыхание (5-16 лет), понижение обоняния, повторяющийся гнойный гайморит или полипы носа.

Ранее каждому из пациентов производилась какая-либо операция в полости носа - подслизистая резекция перегородки носа, радикальная операция на верхнечелюстной пазухе, ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин, полипотомия носа.

Показаниями к нашему лечению явились, прежде всего, увеличенные буллезные носовые раковины, полипы в полости среднего носового хода, наличие резко стенозированной области в переднем отделе среднего носового хода, рецидивы гнойного гайморита.

**МЕТОДИКА.** Под контролем операционного микроскопа фирмы Карл Цейсс (ув.х5) выполняли аппликационную анестезию средней носовой раковины смесью 2% раствора дикаина и 0,1% адреналина на хорошо отжатых ватных вкладышах. После этого инъецировали 1 % раствор новокаина в место прикрепления переднего конца средней носовой раковины к латеральной стенке полости носа, в передний конец и нижний край средней носовой раковины. Инфильтрационная анестезия крючковидного отростка осуществлялась кпереди от него несколькими вколами иглы по технике В.Мессерклингера. Глазным скальпелем с удлиненной ручкой делали вертикальный разрез по переднему краю буллезной средней раковины, испытывая при этом ощущение "проваливания", а затем продолжали его кзади. Латеральную стенку буллы удаляли щипцами. Резекцию крючковидного отростка для раскрытия воронки осуществляли серповидным скальпелем и конхотомом. Определение местоположения естественного соустья верхнечелюстной пазухи производили с помощью ушного металлического катетера, предварительного изогнутого по типу канюли для промывания верхнечелюстной пазухи через носовой ход (Г.З.Пискунов, А.С.Лопатин, 1992), тотчас за остатками крючковидного отростка. Естественное соустье расширяли кпереди "обратным" выкусывателем Х.Штаммбергера у больных с рецидивом гнойного гайморита (3 чел.). Из расширенного среднего носового хода удаляли полипы.

В результате хирургического вмешательства у всех больных значительно улучшилось, а при сочетании с ультразвуковой дезинтеграцией нижних носовых раковин полностью восстановилось носовое дыхание, несмотря на наличие порой значительного искривления перегородки носа как в хрящевом, так и в костном отделах. Улучшилось или восстановилось обоняние. Сравнительно быстро (за 9-11 дней) купировалось обострение гнойного гайморита. Осложнений не наблюдали. Катамнез изучается.

**Выводы:** 1. Латеральная буллотомия средних носовых раковин - щадящее вмешательство с использованием микрохирургического подхода. 2. Латеральная буллотомия средних носовых раковин в сочетании с ультразвуковой дезинтеграцией нижних носовых раковин дает максимальный эффект в восстановлении дыхательной функции носа. 3. При сочетании буллезных средних носовых раковин и деформации перегородки носа

первостепенное значение для восстановления дыхательной функции носа имеет латеральная буллотомия.

**Г.М.ПОРТЕНКО, М.М.МИХИРЕВА, Л.И.ПОНОМАРЕВА,  
С.А.ЮРКИН (ТВЕРЬ)**

## **КОРРЕКЦИЯ СРЕДНЕГО НОСОВОГО ХОДА В СОЧЕТАНИИ С ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ КАК СПОСОБ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА**

Применяемые методы лечения больных полипозным риносинуситом дают высокий процент ближайших рецидивов полипов носа - от 20 до 60% (Д.И.Тарасов, 1965; И.А.Курилин и соавт., 1983; W.Fridman et al., 1968 и др.). Поэтому важное практическое значение имеет разработка новых методов лечения.

Как правило, полипозный риносинусит приводит к нарушению носового дыхания. Начальным его проявлением является уменьшение просвета среднего носового хода за счет отека слизистой оболочки или пролабирования в его просвет полипозной ткани из решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухи. Это приводит к блоку соустьев пазухи и последующему развитию в них гипоксии и вакуума, усиливающих рост полипов. Лечение одной аэрацией верхнечелюстных пазух не привело к желаемым результатам.

Нами предложен способ противорецидивного лечения полипозного риносинусита, включающий в себя коррекцию среднего носового хода для восстановления его проходимости и освобождения соустьев околоносовых пазух с последующим применением физических методов воздействия (пульсирующего магнитного поля (ПуМП) и низкоэнергетического лазера "Узор") в послеоперационном периоде. На 2-3-й день после обычной полипотомии носа под контролем риноскопа расширялся средний носовой ход путем освобождения его от больших остатков полипозной ткани до восстановления его проходимости и освобождения соустьев околоносовых пазух. При этом мелкие полипозные разрастания в местах, не препятствующих прохождению воздушной струи, оставались. Они, как правило, рассасывались (уменьшались или полностью исчезали) под влиянием проводимой в послеоперационном периоде магнито- или лазеротерапии, которые обладают бактерицидным и местным иммуностимулирующим действием. По данным литературы, полипозный риносинусит является проявлением иммунного воспаления со снижением местного иммунитета слизистой оболочки носа (Г.М.Портенко, 1987), где значительную роль играет стафилококковая инфекция (Т.Н.Леонтьева, 1989).

Противорецидивный курс местной магнитотерапии проводился аппаратом АМТ-01 "Магнитер" в режиме пульсирующего магнитного поля в течении 9-10 дней ежедневно по 20 минут на каждую половину лица в проекции решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазух 2 раза в день - утром и вечером (а.с. № 1419711). Пролечено 36 человек, из них мужчин - 25, женщин - 11, в возрасте от 20 до 60 лет. У всех больных

отмечено повышение местного иммунитета в 2,2 раза за счет достоверного увеличения секреторного иммуноглобулина А в носовом отделяемом до  $1,7 \pm 0,3$  г/л при исходных данных  $0,77 \pm 0,2$  г/л ( $p < 0,05$ ). Через 3 года рецидив полипов отмечен у 3 больных (8,1% случаев).

Низкоэнергетический лазер "Узор" использовали для наружной контактной терапии, прижимая наконечник с магнитной насадкой к коже лица в проекции пораженных пазух, а также эндоназально через световолокно, введенное в средний носовой ход в следующем режиме работы: частота 80Нц по 4 минуты на каждую сторону ежедневно в течение 8-10 дней. Пролечено 28 больных (мужчин - 16, женщин - 12) в возрасте от 18 до 62 лет. Через 2 года рецидив полипов отмечен у 2 больных (7,1% случаев).

Учитывая эффективность и хорошую переносимость больными, предложенных способов противорецидивного лечения полипозного риносинусита их можно рекомендовать для использования в медицинской практике.

**Ю.В.МИТИН, Д.О.МИХАЙЛОВСКИЙ (КИЕВ)**

## **РЕАЛЬНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОЙ КОНХОТОМИИ**

Учитывая неуклонно уменьшающееся число больных ринитами, требующих хирургического лечения, весьма актуальной представляется проблема рационального оперирования на носовых раковинах.

Любая конхотомия имеет целью коррекцию формы и объема носовой раковины до параметров, обеспечивающих нормальное носовое дыхание. К сожалению, в большинстве случаев такая операция сводится к иссечению свободного края носовой раковины. Разумеется, удаление слизистой оболочки носовой раковины и образование поверхностного рубца наряду с восстановлением дыхательной и резонаторной функций пагубно влияют на остальные. Еще 80 лет тому назад появилась точка зрения о предпочтительности подслизистой техники оперирования, оставляющей поверхность слизистой в неприкосновенности. Такой подход не вызвал серьезных возражений в силу своей очевидной рациональности, однако, спустя почти век, в клинической практике продолжает доминировать традиционная конхотомия. Такое положение вещей обусловлено большими техническими трудностями, возникающими при проведении подслизистой конхотомии -неудобством оперирования, плохим обзором в глубине узкой операционной раны, дефицитом специального инструментария. Подслизистое выделение ткани носовой раковины очень тяжело технически и даже в опытных руках отнимает много времени и сил.

Размышляя над этой проблемой, мы решили, что формирование подлежащего удалению блока ткани и его удаление можно осуществить совершенно другим подходом и практически мгновенно, использовав криоадгезионный эффект. Разработанный нами способ подслизистой конхотомии заключается в следующем: в толщу носовой раковины вводится криозонд, выполненный в виде тонкой иглы, охлаждается, намораживает вокруг себя цилиндрикообразный блок кавернозной ткани и удаляется через пункционное отверстие.

Таким образом, поставленная цель достигается быстро (вся операция длится 1-2 мин.), атравматично и эффективно. Для осуществления подслизистой криоконхотомии нами разработан прибор "Игла-крио", простой в работе, надежный и использующийся в качестве хладагента имеющуюся в любой операционной закись азота.

К настоящему времени подслизистая криоконхотомия применена в клинике ЛОР-болезней УГМУ при лечении 150 больных и дала прекрасные результаты. Мы полагаем, что это единственный на сегодняшний день способ подслизистой конхотомии, широкое применение которого (вплоть до амбулаторной практики) совершенно реально.

**А.Д.ГУСАКОВ, В.А.КАШАРИН, Х.А.МЭРЫ, С.Д.НИКИТЧИН  
(ЗАПОРОЖЬЕ)**

## **ПОДСЛИЗИСТАЯ ОСТЕОКОНХОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА**

Большинство операций при лечении больных вазомоторным ринитом направлены на устранение "препятствий" затрудняющих носовое дыхание, но не учитывают этиопатогенез заболевания. С этой точки зрения наиболее приемлемы операции, направленные на одномоментное восстановление адекватной архитектоники носа и устранение дисбаланса в его вегетативной иннервации. Однако, такие операции как видиотомия и пересечение постганглионарных крылонебных волокон сложны в выполнении и, что основное, требуют специального инструментария и подготовки ринохирурга. Поэтому, на наш взгляд, перспективной для широкого применения операций при лечении вазомоторного ринита является нижняя подслизистая остеоконхотомия. Данная операция применяется давно (А.М.Пучковский, 1916), но только при гиперплазии костного остова нижней носовой раковины. Мы же, основываясь на исследованиях, определивших влияние симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на слизистую полости носа и носовое дыхание (Р.М.Петрова, 1953; В.Н.Скляднева, 1959; Blier, 1930; Ziegelman, 1934 и др.), с 1976 г. начали широко использовать указанное хирургическое вмешательство при лечении вазомоторного ринита, когда иные методы и средства не принесли успеха (А.Д.Гусаков, 1979).

Техника операции: после инфильтрационной анестезии 0,25% раствором новокаина производят разрез тканей по переднему краю нижней раковины до кости. Распатором выполняется поднадкостничная отсепаровка тканей от костного остова на верхне-медиальной, а затем нижней поверхности раковины. Завершающий этап операции - смещение раковины книзу и латерально с фиксацией ее при помощи щадящей тампонады полости носа. Тампоны удаляются через 24 часа.

С 1975 года нами прооперировано 536 больных. Эффективность операции составила до 90% (оценивалась по клиническим признакам и по повторной обращаемости). Характерным явилось то, что при односторонней остеоконхотомии у 32% больных спонтанно был получен положительный контрлатеральный эффект операции.



У 10% повторно обратившихся больных с недостаточным эффектом от проведенного хирургического вмешательства, в клинической картине вазомоторного ринита было отмечено резкое преобладание аллергического компонента (используется классификация вазомоторного ринита Л.Б.Дайняк (1966).

Следует отметить, что в стадии гнездовой гиперплазии (А.Г.Лихачев, И.И.Гольдман, 1967) операцию следует дополнять удалением задних концов нижних носовых раковин.

Таким образом, подслизистая остеоконхотомия как метод хирургического лечения вазомоторного ринита является эффективной, легко выполнимой, щадящей по отношению к слизистой оболочке полости носа и, главное, патогенетически обоснованной операцией, что позволяет говорить о целесообразности ее широкого применения в клинической практике.

**М.И.НИКУЛИН, В.В.СКОРОБОГАТЫЙ (ЗАПОРОЖЬЕ)**

## **К МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНЫХ РИНИТОВ**

При лечении различных форм вазомоторного ринита применяются самые разнообразные консервативные и хирургические способы, которые не всегда приводят к желательным результатам.

За последние десятилетия широкое применение при лечении данной патологии нашла ультразвуковая аппаратура (Л.А.Феркельман и соавт., 1978; М.Е.Винницкий, 1978; М.С.Плужников и соавт., 1980). С 1980 года и по настоящее время с успехом применяется ультразвуковой аппарат ЛОРА-ДОН (Л.А.Феркельман и соавт., 1983), однако нет единой методики его применения. Некоторые авторы (М.С.Плужников и соавт., 1980) вводят ультразвуковой зонд под местной аппликационной анестезией 2% дикаином с предварительной адренализацией слизистой оболочки носа.

Данная анестезия, по нашему мнению, не позволяет качественно произвести дезинтеграцию тканей из-за боли, а сформированный при этом один раневой канал является недостаточным для уменьшения объема носовых раковин после его рубцевания.

В нашей клинике в течении 3,5 лет аппарат ЛОРА-ДОН применяется при лечении вазомоторных ринитов. Операция проводится под местной инфильтрационной анестезией 1% раствором новокаина. Ультразвуковой зонд вводится в ткань нижних носовых раковин, которая хорошо "раздута" новокаином, что позволяет избежать выхода зонда через слизистую оболочку в полость носа.

Наблюдаемые больные обоего пола в возрасте 18-68 лет были разделены на две группы. В первой группе было 165 больных, из них 87 с нейровегетативной и 78 с аллергической формой вазомоторного ринита. Ультразвуковой зонд вводится в передний конец нижней носовой раковины и толчкообразными движениями проводится до заднего ее конца, формируется один раневой канал.

Во второй группе было 215 больных, из которых у 118 диагностирована нейровегетативная, а у 87 - аллергическая форма вазомоторного ринита. У них указанным методом формировали одновременно три раневых канала - по верхней, нижней и

медиальной поверхности нижней носовой раковины. Контакт зонда с тканями в рабочем режиме составил 12 секунд при формировании каждого раневого канала. После окончания операции в нижние носовые ходы на сутки вводили марлевые тампоны с кортикостероидной мазью не только с целью гемостаза, но и для прижатия наружных тканей к внутренней поверхности сформированного раневого канала. Это не позволяет каналу заполниться кровью, а гормональная мазь положительно действует на сенсibilизированную слизистую оболочку носа.

Положительный эффект наблюдается уже на 3 - 4 день после операции, и проявляется в улучшении носового дыхания, уменьшении ринореи и чихания. Больные находились в стационаре 2-3 дня.

Клиническая эффективность оценивалась с учетом клинических проявлений и функционального состояния полости носа (определение рН слизи носа, транспортной, дыхательной и обонятельной функции носа, эозинофилии слизи носа, тучных клеток и эозинофилов в крови и др.)

Катамнестическое наблюдение в течении 2 - 3 лет позволило нам выявить следующие данные. Среди больных первой группы при нейровегетативной форме ринита высокая клиническая эффективность установлена у 56%; улучшение - 22%, не было эффекта у 13%. При аллергической форме высокая клиническая эффективность отмечена у 40%; улучшение - у 34%; без эффекта - 26%. В данной группе повторное вмешательство через 2-3 месяца было осуществлено у 56 больных.

Среди больных второй группы при нейровегетативной форме ринита отмечено: высокая клиническая эффективность у 85%; улучшение - 11% ; без эффекта - 4%.

При аллергической форме высокая клиническая эффективность отмечена у 62%; улучшение у - 18%; без эффекта - 20%. Повторное вмешательство было проведено через 3 месяца 12 больным с аллергической формой.

Таким образом, данная методика позволяет безболезненно провести операцию и добиться более качественных результатов при лечении вазомоторных ринитов.

**С.Л. ТРОФИМЕНКО (РОСТОВ НА ДОНУ)**

## **О ТАКТИКЕ МЕСТНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЛИПОЗНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОПАТИИ**

При обострении хронической полипозно-аллергической риносинусопатии ведущим симптомом, как правило, является резкое затруднение или отсутствие носового дыхания, что обусловлено obturацией носовых ходов множественными полипами и генерализованным отеком слизистой оболочки полости носа. Хирургическое вмешательство в таких условиях технически сложно, мало эффективно, протекает с выраженными реактивными явлениями со стороны носа, усугубляет течение "астматической триады" и не исключает рецидивирования полипов носа.

Нами разработан и широко применяется при обострении хронической полипозно-аллергической риносинусопатии комплекс местного лечения для подготовки этих больных к операции и для профилактики рецидивирования полипов носа. Лечение направлено, с одной стороны, на уменьшение кровенаполнения слизистой оболочки носа, уменьшение проницаемости сосудистой стенки и гиперсекреции желез, с другой стороны - на стимуляцию местного гуморального и клеточного иммунитета. Последнее особенно важно для предупреждения рецидива полипов носа. Как известно, при хронических полипозно-аллергических риносинусопатиях имеет место иммунодефицит по клеточному и гуморальному типу. Эти нарушения определяют развитие аутоиммунного механизма, являющегося ведущим в рецидивировании полипов. В связи с этим, из иммунокорректирующих препаратов мы отдаем предпочтение тем, которые стимулируют супрессорную субпопуляцию Т-лимфоцитов: безбелковому препарату селезенки спленину и тимическому препарату для местного применения вилозену.

Комплекс лечебных мероприятий включает внутрираковинное инъекционное введение димедрола со спленином специальными атравматическими иглами. Одновременно целесообразно назначение фонофореза гидрокортизоновой мази или эмульсии "Зиксорин", наносимых на область носа и проекции околоносовых пазух. При использовании эмульсии "Зиксорин" мы рассчитывали на иммунокорректирующий эффект, полученный при пероральном приеме этого ферментного индуктора печени. Нами впервые предложен и клинически апробирован новый способ применения зиксорина в качестве средства местной иммунокоррекции. Иммунологическое обследование носового секрета до лечения выявило снижение количества секреторных IgG и IgA, отсутствие IgAS и достоверное увеличение количества IgG и IgA, появление IgAS в носовом секрете после местного применения "Зиксорина". Для гормонозависимых больных и при астматической триаде оправдано проведение курсового лечения в виде ингаляций в полость носа дозированных аэрозольных кортикостероидов "Бекотид", "Бекломет" или назального аэрозоля "Беконаз" в течении месяца.

В результате такого лечения у больных, как правило, уменьшаются отек слизистой оболочки носа и гиперсекреция, сокращается полипозная ткань, расширяется просвет носовых ходов. В таких условиях мы предпочитаем местное вмешательство в виде

хромкаустики полипов носа. Через 1 месяц после этого с целью профилактики рецидивирования полипов проводим курс лечения вливанием в нос виллозена в течении 20 дней.

За последние 5 лет описанным способом нами пролечено 227 больных в возрасте от 35 до 53 лет с длительностью заболевания от 8 до 22 лет и рецидивированием полипов от 3 до 12 раз. Из них хирургическое вмешательство потребовалось лишь 7 больным, что позволяет рекомендовать данный комплекс местного лечения в широкую специализированную практику.

**А.Г.ШАНТУРОВ, Е.В.НОСУЛЯ, Л.Б.ДРУЖИНИНА  
(ИРКУТСК)**

## **НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ: ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПРОГНОЗ**

Наиболее частой причиной хирургической коррекции внутриносовых структур является недостаточность носового дыхания (ННД), патогенез которой тесно связан с состоянием носовой перегородки. Разнообразные деформации последней нередко сопровождаются выраженными патофизиологическими и структурными сдвигами в слизистой оболочке носа (СОН) и, в связи с этим, рассматриваются клиницистами в качестве серьезного фактора риска развития в верхних дыхательных путях (ВДП) патологических процессов неспецифического характера. (И.А.Курилин и соавт., 1971; К.Д.Миразизов, 1978; J.H.Jensen, H.Dommerby, 1968; A.Najtman et al., 1987 и др.).

Считается, что искривления носовой перегородки, сопровождаются ННД и выявляются при профилактических осмотрах населения у 10 - 18% обследованных, а удельный вес таких больных среди госпитализированных по поводу различных ЛОР заболеваний составляет около 14% (В.И.Родин, 1960; Л.И.Бурячикова, 1973; В.И.Криулин, 1983; А.К.Ярославцев, 1983 и др.).

По нашим данным, выраженная патология носовой перегородки (НП) встречалась у каждого пятого (19,9%) больного с ННД, поступающего на стационарное лечение в ЛОР клинику. При этом у 65,8% из них показаниями к хирургическому вмешательству являлись нарушения дыхательной функции носа, связанные только с искривлениями НП, у 13,9% ННД была следствием сочетанной деформации НП и наружного носа, у 13,4% причиной затрудненного носового дыхания были сопутствующие искривления носовой перегородки, хронические неспецифические заболевания ВДП (различные формы ринитов, заболевания околоносовых пазух), у 4,6% больных ННД ассоциировалось с хронической патологией слизистой глотки и среднего уха, у 2,3% затрудненное носовое дыхание было

обусловлено гематомой (абсцессом) НП в остром периоде травмы носа. Объем корректирующих вмешательств во всех случаях определяется особенностями структурно-функциональных изменений в полости носа. Надежной гарантией успешной реабилитации больных с ННД является щадящее обращение с СОН, оптимальный выбор места и формы разреза слизистой оболочки НП, минимальная площадь отслойки СОН, широкое использование экономных резекций, насечек четырехугольного хряща с обязательной реимплантацией хрящевой пластинки и максимальным щажением передних, центральных и премаксиллярных отделов НП у детей, тщательное сопоставление листков слизистой оболочки на заключительных этапах вмешательства с наложением швов на края разреза СОН, корректирующая (одно- или двусторонняя) тампонада носа.

Большое значение имеет тщательный уход за СОН после удаления тампонов, обеспечивающий нормализацию качественного и количественного состава носовой секреции, быстрое восстановление мукоцилиарной активности эпителия полости носа. Особое внимание ринохирурга, с точки зрения показаний к корректирующим вмешательствам в полости носа, должны привлекать лица с одноостонными деформациями НП. Как показывают наши наблюдения, у таких больных, несмотря на сравнительно удовлетворительные показатели дыхательной функции на здоровой стороне, наблюдается отчетливая депрессия суммарных характеристик носового дыхания, что свидетельствует о выраженном отрицательном влиянии односторонних искривлений НП на состояние дыхательной функции носа в целом.

Важным аспектом хирургической коррекции внутриносовых структур, выполняемых по поводу ННД, является прогнозирование результатов операции, позволяющее ринохирургу ориентироваться в возможных исходах вмешательства в плане его функциональной эффективности. С этой целью нами проводилась оценка дыхательной функции - определение времени форсированного вдоха через каждую половину носа в отдельности и через обе половины одновременно ( по Brunings) до и после смазывания СОН 0,1% раствором адреналина. Было установлено, что после анемизации слизистой оболочки носа у больных с ННД до операции перечисленные показатели в большинстве случаев уменьшались по сравнению с исходными соответственно в 2 и 1,7 раза и достигали значений, которые практически не отличались ( $P > 0,05$ ) от результатов оценки дыхательной функции носа у этих больных в послеоперационном периоде. В ряде случаев у лиц с выраженными гипертрофическими изменениями в носовой полости, сочетанными деформациями НП и наружного носа, аномалиями внутриносовых структур мы не наблюдали статистически значимых колебаний показателей дыхательной функции носа до и после адренализации СОН, что свидетельствует о необходимости расширения объема хирургического вмешательства, целесообразности одномоментной септоринопластики, субмукозной резекции (ультразвуковой дезинтеграции или криодеструкции) носовых раковин и др., планировании адекватной терапии в послеоперационном периоде.

Следовательно, ННД у лиц с патологией НП приводит к формированию нового уровня функциональных взаимоотношений в СОН, усугубляющих нарушение носового дыхания и в большинстве случаев являющихся показанием к хирургическому вмешательству.

Прогнозирование результатов функциональной хирургии внутриносовых структур позволяет планировать и осуществлять адекватные объемы операций, аргументированно обсуждать с больными перспективы лечения в каждом конкретном случае. Предполагаемая методика отличается простотой, физиологичностью, она хорошо воспроизводима в реальных клинических условиях, а получаемые при этом результаты характеризуются высокой степенью корреляции с субъективной оценкой носового дыхания самим больным.

**Т.И.ГАРАЩЕНКО, В.И.ВОЛОДЧЕНКОВ, В.С.АЛЕЙНИКОВ,  
В.И.МАСЫЧЕВ (МОСКВА)**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ В РИНОХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ**

Имеются единичные работы по применению хирургических лазеров (М.С.Плужников и соавт., 1987, А.М.Гагауз и соавт., 1989), где использовался НИАГ-лазер. Однако, выявлены и недостатки лазеров данного типа, такие как невозможность работы на микрополях; риск повреждения здоровых тканей в связи с высокой мощностью (60-70 Вт); необходимость совмещения НИАГ-лазера с низкоэнергетическим для прицельного наведения на объект; большая глубина проникновения в ткани, вторичное действие на биоткани на 5-6 см, что особо опасно в хирургии головы и шеи; узкий диапазон рабочего режима; ограниченные показания к применению в ринопластике у детей из-за миниатюрных размеров полости носа и носоглотки, а также большого риска повреждения зон роста и воздействия на близлежащие сосудисто-нервные пучки и узлы, облучения гипофизарной зоны ствола мозга.

В клинике детской оториноларингологии Российского Государственного Медицинского Университета с 1989 г. параллельно с жесткими риноскопиками (2,7 и 4 мм в диаметре), разработанными сотрудниками кафедры ЛОР-болезней педиатрического факультета совместно с ВНИИМП, использовался высокоэнергетический лазер на парах меди "Янтарь-1Ф", работавший в импульсном режиме генерации в видимой желто-зеленой области спектра с длиной волны 0,51 и 0,58 мкм.

Лазерные эндоскопические ринопластические операции выполнены у 64 больных в возрасте от 4 месяцев до 15 лет. 18 больным проводилась лазерная подслизистая деструкция носовых раковин, или их задних отделов при гипертрофическом рините. При этом функционирующая слизистая оболочка и эпителий не разрушались. При вазомоторной ринопатии производилась видиотомия (11 больных). У 96-98% больных наблюдался стойкий положительный эффект после вмешательства. Хорошие результаты получены при разрушении спаек, синехий полости носа, перепончатых атрезий хоан (6 детей), рубцов у глоточных устьев слуховых труб (4 больных). У 11 больных произведена реканализация естественных соустьев околоносовых пазух (78% - стойкий положительный эффект), с помощью *лазера* разрушались или отсекались у места их фиксации множественные полипы, обонятельный эпителий и рефлексогенные зоны нижней и средней носовых раковин не повреждались. 14 больным производилось дистанционное воздействие на расширенные участки сосудов в передних и задних отделах носовой перегородки, при этом не отмечалось поздних вторичных кровотечений из эрозированных глубоких сосудов.

Преимущественными особенностями данного лазера можно считать следующие:

- малая глубина проникновения излучения в биоткани (0,3-0,4 мм). Это делает возможным избежать воздействия на зоны роста, ствол мозга, гипофиз и зрительный нерв;
- генерация лазера в видимой области спектра;
- малая выходная мощность при которой возможно хирургическое лечение (2-4 Вт);

- возможность работы на микрополях благодаря проведению световода через манипуляционные каналы эндоскопов; спектр излучения лазера лежит в области максимума излучения солнца, что снижает вероятность канцерогенного влияния после воздействия.

**Н.Б.КУВШИНОВА, Б.В.ШЕВРЫГИН, Р.П.НАЦИССОВ  
(МОСКВА)**

## **МЕТАБОЛИТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР У ДЕТЕЙ**

Целью оперативной коррекции внутриносовых структур является восстановление полноценного носового дыхания и устранение патологических рефлекторных влияний на слизистую, оболочку полости носа. При этом оперативное вмешательство, каким бы щадящим оно ни было, отрицательно влияет на обменные процессы в клетках слизистой оболочки, что может привести к субатрофическим и атрофическим изменениям.

Оперативная коррекция носовых раковин проводится при их гипертрофии. Основным патогенетическим фактором в развитии гипертрофии является длительное нарушение кровообращения в слизистой оболочке, изменение сосудистого тонуса, дегенеративные процессы в нервных волокнах. Щадящие оперативные вмешательства на носовых раковинах не устраняют метаболических нарушений в слизистой оболочке.

Из вышеуказанного следует, что в дополнение к оперативной коррекции внутриносовых структур необходимо проводить терапию, направленную на улучшение метаболических процессов в слизистой оболочке полости носа.

Под нашим наблюдением находились 16 детей в возрасте 9-14 лет, которым были выполнены электрокаустика нижних носовых раковин по поводу гипертрофического ринита, подслизистая резекция носовой перегородки. Деформация носовой перегородки, как врожденная, так и посттравматическая, сочеталась с субатрофическими изменениями слизистой оболочки.

Для выявления нарушения внутриклеточного метаболизма и назначения корректирующей терапии всем детям был проведен количественный цитохимический анализ активности митохондриальных ферментов: сукцинатдегидрогеназы и альфа-глицерофосфатдегидрогеназы в лимфоцитах периферической крови по методу Р.П.Нарциссова. Выявленные изменения ферментного статуса лимфоцитов крови в виде депрессии митохондриальных дегидрогеназ и перестройки структуры популяции лимфоцитов по активности этих ферментов указывают на нарушение клеточного энергетического обмена у обследованных больных.

Полученные данные позволили обосновать метаболитную терапию с целью нормализации энергетики клетки путем активации цикла Кребса. Мы применили комплекс препаратов - коферментов цикла Кребса и дыхательной цепи: тиаминпирофосфат, рибофлавина мононуклеотид, липоевую кислоту, пантотенат кальция. Препараты вводились внутримышечно. Одновременно проводился эндоназальный электрофорез липоевой кислоты.

В результате лечения клиническое (риноскопическая картина, мукоцилиарный транспорт) и цитохимическое улучшение наступило у 15 больных (93,7%).

Метаболитную терапию препаратами - коферментами цикла Кребса с целью оптимизации обменных процессов в слизистой оболочке полости носа можно рекомендовать для включения в предоперационную подготовку и в послеоперационное лечение больных, подвергнутых оперативной коррекции внутриносовых структур:

**Ю.В.МИТИН, В.М.ВАСИЛЬЕВ, Н.Ф.ФЕДУН, В.С.ЧЕРНЫЙ  
(КИЕВ)**

## **МЕТОД ПЛАСТИКИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ НОСА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОЗЕНОЙ**

Применяемый в настоящее время способ оперативного лечения больных озенной заключается в том, что уменьшение (сужение) полости носа достигается путем помещения имплантатов под слизистую оболочку в области носовой перегородки и дна носа. Недостатком данного метода является то обстоятельство, что вне хирургического вмешательства остается наиболее измененная и деформированная патологическим процессом латеральная стенка носовой полости. Не менее существенное отрицательное значение заключается и в отсутствии оптимального материала для имплантации, особенно в случаях использования для этой цели различных синтетических пластиков.

В процессе апробации новых хирургических вмешательств при озенной, разработкой которых коллектив кафедры оториноларингологии Киевского медицинского института занимается около 30 лет, в 1985 году нами было получено авторское свидетельство на изобретение "Способ лечения больных озенной". При этом в качестве имплантата была использована консервированная и замороженная твердая мозговая оболочка (ТМО), которая широко применяется хирургами для замещения дефектов тканей.

Сущность предложенного способа состоит в том, что помимо двух подслизистых карманов вдоль носовой перегородки и дна носа, для введения имплантата создается дополнительный карман на боковой стенке носа в области расположения атрофированного заднего отдела нижней носовой раковины. В этот карман помещается



сложенная в виде складки, обращенной в полость носа, дубликатура твердой мозговой оболочки и фиксируется тампонами. В некоторых случаях трансплантат из ТМО вводится свернутым в трубочку, толщиной до 0,5-0,6 см. Тем самым мы формируем недостающий задний отдел нижней носовой раковины, что значительно улучшает рельефность боковой стенки носа и восстанавливает циркуляцию воздуха в носовой полости.

Необходимыми условиями приживления трансплантата являются сохранение целостности слизистой оболочки носа над ним и тугая тампонада полости, носа на 4-5 дней во избежание образования гематом.

По этой методике за десятилетний период мы прооперировали 75 больных с III и IV степенью озоны в возрасте от 8 до 47 лет.

Во всех случаях сразу после операции наблюдалось значительное улучшение состояния больных. Помещенные имплантаты хорошо контурировались в течении 1,5-2 лет, постепенно уплощаясь по мере рассасывания и замещения собственными тканями больного. Однако, и в более отдаленных периодах размеры носовой полости продолжали оставаться значительно уменьшенными и более рельефными, чем до хирургического вмешательства. Каких либо осложнений в ближайшем или отдаленном послеоперационном периоде мы не наблюдали за исключением двух случаев, когда имплантаты были удалены из-за хирургических погрешностей (разрывы слизистой оболочки).

**В.И.ДИДЕНКО, А.Д.ГУСАКОВ, Н.Н.ФИЛИМОНОВ,  
В.А.КАШИРИН (ЗАПОРОЖЬЕ)**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГУБЧАТОЙ АУТОКОСТИ И КОСТНОГО МОЗГА В РЕКОНСТРУКТИВНО - ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ АТРОФИЧЕСКИХ РИНИТАХ И ОЗЕНЕ.**

Лечение больных атрофическим ринитом и озоной до настоящего времени представляет сложную и трудную задачу. Ведущим в патогенезе этих заболеваний является глубокое нарушение трофики тканей, поэтому многие исследователи применяли и применяют до настоящего времени подсадки разных ауто- и аллотрансплантатов. Однако, конечные результаты таких вмешательств были и остаются весьма скромными, поэтому поиск более эффективных лечебных мероприятий остается актуальным.

Доказано, что наиболее высокими остеогенными свойствами обладает губчатая аутокость. Ее пластичность, способность питаться в условиях плазмоциркуляции в первые часы и дни после трансплантации, устойчивость к инфекции, делают губчатую аутокость самой выгодной для целей остеопластики.

Нашими специальными экспериментальными и клиническими исследованиями выявлено, что определенное количество костного мозга в аутотрансплантате губчатой аутокости усиливает остеогенез и обладает выраженным иммуноиндуцирующим эффектом, нормализуя защиту на органном и системном уровнях. Это позволило нам применить губчатую аутокость и костный мозг при лечении атрофических процессов полости носа путем трансплантации.

Под нашим наблюдением находилось 45 больных в возрасте от 14 до 47 лет, из них у 28 больных был атрофический ринит, у 17 - озола.

Диагнозы верифицировались тщательным клиническим исследованием с использованием целого ряда вспомогательных методов и, прежде всего иммунологических.

У 12 больных с озоной и у 6 с диффузным атрофическим ринитом выявлено достоверное снижение IgA, ОКТ 4 (Т-хелперы), лизоцима, фагоцитарной активности нейтрофилов. Наблюдаемое снижение содержания ОКТ 8 (Т-супрессоры) и комплемента, повышение концентрации IgM, отмеченное у 3 больных с озоной и у 9 с атрофическим ринитом, было недостоверным. У остальных пациентов изучаемые показатели иммунологического статуса и неспецифической резистентности организма были в пределах нормы.

Всем больным производили трансплантацию губчатой аутокости, взятой из крыла подвздошной кости и частично лишенной костного мозга, в сформированные тоннели. У 8 больных с озоной в связи с гнойно-деструктивными вторичными процессами в верхнечелюстных пазухах производились их облитерации теми же трансплантатами. Раны зашивались наглухо. Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периодах не наблюдалось. Результаты лечения прослежены в сроки от 1 до 7 лет.

Стойкое клиническое улучшение получено у всех больных с атрофическим ринитом. У 2 больных с озоной, которым ранее производились операции по сужению носовых ходов с использованием аллотрансплантатов, отмечены нагноение и частичное рассасывание трансплантатов. Наиболее хорошие результаты получены у больных, которым одновременно были облитерированы верхнечелюстные пазухи. У 81 % всех оперированных больных отмечено длительное повышение содержания Т-лимфоцитов в крови из нижних носовых раковин. У 9 больных с озоной и у всех с атрофическим ринитом нормализовались количества ОКТ 4 и ОКТ 8, концентрация IgA, IgM. Содержание лизоцима в крови нормализовалось у всех пациентов с атрофическим ринитом и у 8 с озоной, аналогичные изменения происходили с показателями фагоцитарной активности нейтрофилов.

Все вышеизложенное говорит о высокой эффективности данного метода лечения при атрофических процессах, которая обусловлена высокой остеогенной и биологической активностью и быстрой приживляемостью губчатой аутокости, иммуноиндукцией костного мозга, нормализующей иммунные нарушения.

**А.Г.ШАНТУРОВ, Е.В.НОСУЛЯ (ИРКУТСК)**

## **ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ХОАНАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ**

Эндоназальная хирургия глубоких отделов носа находит все более широкое применение при различных заболеваниях верхних дыхательных путей - полисинусотомия при сочетанных поражениях околоносовых пазух и слизистой оболочки носа, трансназальное пересечение видиевого нерва при вазомоторных ринитах, коррекция задних 2/3 носовой перегородки при ее деформациях и некоторые другие (Г.З.Пискунов и соавт.,1990; M.V.Kirtane et al.,1984 и др.).

Одним из вариантов перечисленных выше вмешательств являются операции при атрезиях хоан, которые в большинстве случаев вызваны мультифакторными врожденными пороками развития, обусловленными генетическими нарушениями и или экзогенными воздействиями и встречающимися у 0,01 - 0,02% живых новорожденных чаще в виде односторонних костных заращений хоанальных отверстий (J.D.Osguthorpe et al., 1982; H.Jung, 1987; H.R.Montz, 1987 и др.). В отличие от двусторонней врожденной атрезии хоан (ВАХ), при которой в связи с развивающейся у новорожденного дыхательной недостаточностью требуется urgentная помощь, односторонняя ВАХ в силу ряда объективных и субъективных причин длительное время может оставаться нераспознанной, существенным образом отражаясь на состоянии верхних дыхательных путей, развитии организма и здоровье больного. В значительной степени перечисленные выше обстоятельства обусловлены малой изученностью вопросов диагностики и лечения ВАХ. Более чем в половине соответствующих материалов (53,3%), опубликованных в последние десятилетия в отечественной и зарубежной литературе, речь идет о единичных (1-6, 12-17 случаев) наблюдениях больных с ВАХ. Несомненно, все эти случаи в большинстве своем уникальны, имеют важное теоретическое и практическое значение и заслуживают тщательного анализа. Вместе с тем, систематизация и практическое использование результатов многих исследований в клинической ринологии представляют определенные трудности из-за разнообразия и недостаточной эффективности применяемых способов лечения ВАХ.

Опыт наших наблюдений свидетельствует о предпочтительности оперирования больных с ВАХ эндоназальным способом, характеризующимся отсутствием необходимости в создании дополнительного доступа к хоанальным отделам носа; возможностью одномоментной коррекции внутриносовых структур и восстановления нормальной архитектоники носа при сопутствующих заболеваниях, аномалиях и пороках их развития; минимальным травмированием прилегающих анатомических образований. Вместе с тем, при планировании эндоназальных хирургических вмешательств у больных с ВАХ следует учитывать особенности таких операций, главными из которых являются крайне ограниченные возможности визуального контроля этапов вмешательства, жестко лимитированные размеры операционного поля, близкое расположение основания черепа, крупных кровеносных сосудов, варьирование локализации (эндо-, ретроназальная, маргинальная) и характера (костная, соединительнотканная, смешанная) атрезии. Поэтому эндоназальному хирургическому вмешательству в глубоких отделах носа должна

предшествовать тщательная подготовка ринохирурга, внимательное изучение взаимоотношений анатомических элементов в каждом конкретном случае.

Обязательным условием качественного выполнения эндоназальной операции при ВАХ является общее обезболивание (интубационный эндотрахеальный наркоз), предварительная редрессация (подслизистая коррекция) носовой перегородки (носовых раковин), контроль положения инструментов и размеров вновь создаваемого хоанального отверстия при помощи пальца, введенного в носоглотку. Основной массив костной ткани в пределах оперируемой хоаны удаляется долотом, костными ложками, борями соответствующих размеров и формы. Расширение образовавшегося отверстия осуществляется за счет сглаживания всех его стенок, но главным образом - латеральной.

Для предупреждения рецидивов хоанальной артезии, частота которых, по данным литературы, мало зависит от способов оперирования, в просвет вновь созданного отверстия вводим эластичную трубку соответствующей длины заведомо большего, чем размеры хоаны, диаметра, с предварительно разрезанной вдоль продольной оси стенкой. Умеренное давление изготовленной таким образом трубки на стенки сформированной хоаны оказывает дилатирующее воздействие, обеспечивает ее надежную фиксацию и не сопровождается формированием циркуляторных, трофических и других расстройств со стороны носа и носоглотки.

Реальными преимуществами эндоназального оперирования и предлагаемого способа реабилитации больных с ВАХ (а.с. N 115725) являются щадящий характер вмешательства, отсутствие необходимости в дополнительной фиксации дилататора, сохранение носового дыхания на протяжении всего послеоперационного периода, сокращение (до 4-5 дней) сроков пребывания больного в стационаре.