

УДК 616.212.5-089.85

## ПОДХОД К ПЕРЕГОРОДКЕ НОСА В СЕПТОРИНОПЛАСТИКЕ

*М.А. Маманов*

Рассмотрено устранение дефектов перегородки носа как основа открытых дыхательных путей.

*Ключевые слова:* септоринопластика; перегородка; нос.

---

## APPROACHES TO NASAL SEPTUM IN SEPTORHINOPLASTY

*М.А. Маманов*

The article describes elimination of nasal septal defects as a basis of open airways

*Key words:* septorhinoplasty; septum; nose.

Тщательная предоперационная оценка особенностей деформации и ее влияние на перегородку носа, функции и наружную форму носа – залог успешной септоринопластики. Как гласит выражение “направление перегородки определяет направление носа”, определение деформаций этой части носа и устранение патологий служит благополучным исходом и предопределяет успешный результат хирургического вмешательства как в функциональном, так и в эстетическом планах. Невелика доля пациентов, которые приходят к ринохирургу только из-за неудовлетворительной наружной формы носа. Вследствие этого ринопластика как хирургическое вмешательство необходима очень ограниченному количеству пациентов. При этом абсолютное большинство пациентов направляются к ринохирургу из-за “недышащего” носа и хотят устранить наружные деформации. “Чтобы нос хорошо дышал и был красивым”, – вот желание большинства пациентов. Удаленные фрагменты хрящевой части перегородки носа могут быть иногда использованы с целью улучшения формы, эта область служит донором для трансплантатов, которые применяются при формировании наружной составляющей носа. Как известно, в септоринопластике существуют открытый и закрытый (эндоназальный) доступы. Степень и вид патологий перегородки носа могут служить показанием выбора техники септоринопластики. Значительная деформация перегородки является показанием для открытой септоринопластики, а минимальные искривления перегородки могут быть выпрямлены как открытым, так и закрытым доступами.

В предоперационном периоде очень важно собрать тщательный анамнез от пациента и, если

это возможно, родственников. После этого следует начать осмотр пациента. Осмотр начинают с наружного носа. Пальпация дает нам представление о состоянии носовых костей, спинки и устойчивости колумеллы. Слегка приподняв кончик носа, можно больше узнать о переднем наружном носовом клапане, передне-нижней части перегородки носа. Закрыв одну, а затем другую ноздрю можно проинспектировать дыхание через нос с каждой стороны. Тест Коттла (Cottle test) даст нам представление о наличии проблем крыльев носа [1]. После осмотра наружного носа следует перейти к передней риноскопии, которая даст нам представление о картине передней и средней частей полости носа, наличии или отсутствии искривления перегородки носа с наличием шипов и гребней, возможной перфорации перегородки, наличии секрета, состоянии слизистой оболочки. С помощью эндоскопа (риноскопа) мы можем осмотреть средний носовой ход, заднюю часть носовой полости и носоглотку.

Операция должна планироваться после тщательного осмотра носа, сбора анамнеза и оценки перегородки носа. Необходимо отметить, что безобидные, на первый взгляд, искривления перегородки могут быть причиной заложенности после резекций на спинке и боковых остеотомий костей носа в септоринопластике (рисунок 1).

В случаях, когда искривленной перегородке носа сопутствует гипертрофированная нижняя носовая раковина, необходимо воздействовать и на нижнюю носовую раковину (рисунок 2).

В септоринопластике предпочитается общая анестезия, но ее можно выполнить и под местным обезболиванием с внутривенной седацией. Предпочтение того или иного вида анестезии опреде-

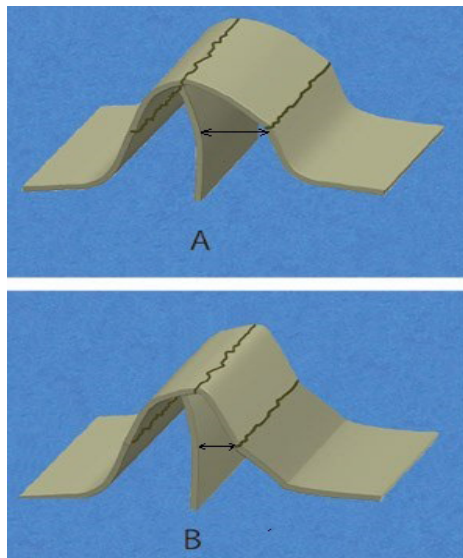


Рисунок 1 – Сужение носового хода после боковой остеотомии в септоринопластике: А – носовой ход до боковой остеотомии, В – носовой ход после боковой остеотомии

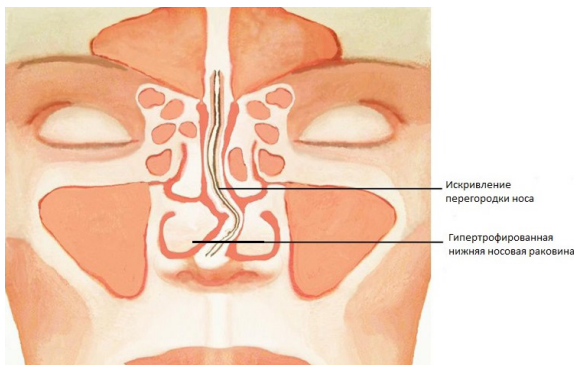


Рисунок 2 – Искривление носовой перегородки с гипертрофированной нижней носовой раковиной

ляют такие факторы, как возраст, сопутствующие заболевания, аллергологический анамнез и возможные риск-факторы. Регулирование давления и поддержание нужного уровня гипотонии обеспечивает нам общий наркоз, при котором потеря крови значительно уменьшается. Какой бы не был вид наркоза, мониторингация больного всегда необходима. Для перегородки носа часто используется лидокаин с эпинефрином 1:100000, который вводится под надхрящницу. 4–6 мл раствора за 10 минут создают хорошую вазоконстрикцию и облегчают последующую отсепаровку надхрящницы. Желательно, чтобы общий раствор вещества в септоринопластике не превышал 10 мл [2].

Хирургический подход к перегородке носа в септоринопластике должен исходить от того, ка-

кую методику мы предпочитаем: открытую или закрытую. Выбор доступа септоринопластики зависит от особенности клинического случая и опыта ринохирурга.

Подходы к перегородке носа в септоринопластике отличаются разнообразием. Наиболее часто с этой целью используются методы исправления деформаций перегородки. В прошлом это часто приводило к осложнению в виде перфорации перегородки. Наиболее часто с этой целью используется доступ Киллиана (Killian), который часто применяется в наши дни [3]. При соблюдении всех правил в этом случае можно сохранить слизистую оболочку. Разрез при этом выполняется в слизистой оболочке носового хода в 1,5 см от края ноздри и проводится сквозь хрящ с последующей отслойкой слизистоперихондриального слоя кзади с каждой стороны перегородки, что позволяет удалить ее части, вызывающие обструкцию. Инструкции по выполнению подслизистой резекции предписывают сохранять верхне-переднюю подпорку спинки носа приблизительно в виде 1 см хрящевой перегородки [4]. Современный подход к перегородке носа основывается на принципе, когда разрез производится через кожу дистальной части четырехугольного хряща (полупроницающий разрез), что позволяет получить доступ ко всем границам костной и хрящевой перегородки (рисунок 3).

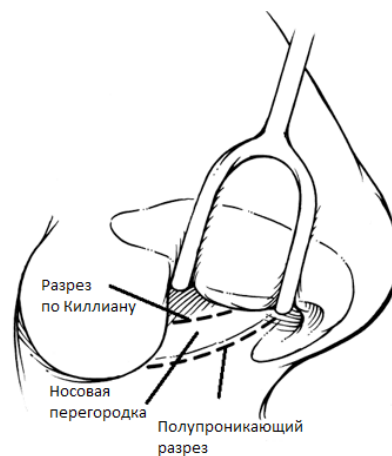


Рисунок 3 – Разрезы септопластики

Коттл (Cottle) назвал это максиллярно-премаксиллярным доступом [5]. Его основные принципы основаны на сохранении слизистой оболочки, закрытии ее надрывов, произошедших во время отслойки, недопустимости круговых разрезов и замене костных и хрящевых фрагментов для реконструкции перегородки. В случаях искривления передней части перегородки носа технику Киллиана, где разрез проводится в 1–1,5 см от начала пе-

перегородки, применять невозможно. Полупроницающим разрезом ринопластик может отсепарировать и воздействовать на все части перегородки носа. В септоринопластике нередко приходится воздействовать на кончик, кolumеллу и переднюю часть перегородки носа, что позволяет часто пользоваться именно этим методом (рисунок 4).



Рисунок 4 – Искривление передней части перегородки носа

Ринологическими новинками в последнее время является применение в септопластике эндоскопа, что может демонстративно показывать саму операцию для начинающих хирургов. Эндоскопическая септопластика увеличивает время операции и, на наш взгляд, не является необходимой в обычных процедурах [6].

Хирургия перегородки носа направлена на устранение патологических изменений и приведение деформированных частей в их естественное положение с восстановлением нормальной функции дыхательных путей. В случаях ровной перегородки экспонируем ее в качестве донора для трансплантата, употребляемого в формировании наружного носа. После значительной травмы перегородка носа может деформироваться. Линия перелома хряща иногда проходит в каудальной части носа, что затрудняет реконструкцию хряща, где резекция искривления уменьшает каудальную часть, создавая особенную нестабильность каудального конца перегородки. В случаях, когда это приводит к утрате адекватной поддержки кончика или сомнению в поддержании правильного положения для проходимости дыхательных путей, может потребоваться удаление передней перегородки с последующей реконструкцией. В качестве материала

для реконструкции используется либо сам хрящ перегородки, либо кость сошника или перпендикулярной части решетчатого лабиринта.

После удаления искривленной части перегородки ушивание производится матрацными швами, сопоставляющими слизисто-перихондриальный покров в нескольких местах разреза. В завершающей фазе септопластики тактики ринопластиков различаются. Так, если часть авторов зашивают разрез и ставят носовые тампоны, другие оториноларингологи зашивают всю перегородку, после чего прибегают к носовым тампонам. Это зависит от предпочтения хирурга: каждый метод имеет как свои преимущества, так и недостатки. В септоринопластике, проводимых в нашей клинике, мы предпочитаем не пользоваться носовыми тампонами за исключением случаев перфораций перегородки носа.

Таким образом, подход к перегородке носа в септоринопластике – очень важный момент операции. Устранение этой патологии является ключом к благополучному исходу и включает в себя как сохранение слизистой перегородки, удаление дефекта, взятие материала для последующих трансплантатов, так и оставление нужного количества перегородки в каудальном отделе и области спинки носа для предотвращения послеоперационных осложнений.

#### Литература

1. Cottle M.H., Loring R.M. Surgery of the nasal septum: new operative procedures and indications // *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1948; 57:705–13.
2. Daniel R.K. Rhinoplasty. An Atlas of Surgical Techniques. New York: Springer-Verlag; 2002. P. 163–225.
3. Killian G. The submucous window resection of the nasal septum // *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1905; 14:363–93.
4. Wood II R.P., Jafek B.W., Eberhard R. Nasal obstruction. In: Bailey B.J., Johnson J.T., Kohut R.I., Pillsbury III H.C., Tardy M.E. (eds). *Head&Neck Surgery-Otolaryngology.* Vol 2. Philadelphia: Lippincott; 1993. P. 302–28.
5. Cottle M., Loring R.M., Fischer G.G. et al. The “maxillapremaxilla” approach to extensive septum surgery // *Arch Otolaryngol* 1958; 68:301–13.
6. King H.C., Mabry R.L. A practical Guide to the Management of Nasal and Sinus Disorders. New York: Thieme Medical Publishers; 1993.