

Н.В. ЗАВАДСКИЙ, А.В. ЗАВАДСКИЙ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИСКРИВЛЕНИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА С ХРОНИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Каф. отоларингологии и офтальмологии (зав. – проф. Н.В. Иванова)
Крым. гос. мед. ун-та им. С.И. Георгиевского (ректор – проф. А.А. Бабанин)*

Нарушение экологического состояния окружающей среды привело к тому, что центр тяжести в оториноларингологии сместился в сторону ринологии. Искривление перегородки носа является наиболее частой причиной стойкого и выраженного затруднения носового дыхания, а также нарушения всех многочисленных функций носа, развития воспалительных и дистрофических процессов в верхних дыхательных путях. Необыкновенно сложная иннервация полости носа, необходимая для поддержания гомеостаза верхних дыхательных путей в норме, при возникновении искривления перегородки ведет к перераздражению различных рецепторов в слизистой оболочке и развитию дисбаланса в вегетативной иннервации с выраженным преобладанием тонуса парасимпатического отдела. В соответствии с топографией блуждающего нерва развиваются рефлекторные сосудистые и секреторные нарушения в полости носа и в отдаленных органах и системах. А.И. Цыганов (1961) указывает, что для реализации парасимпатикотонии, как патологии, необходим конкретный порог чувствительности слизистой оболочки полости носа, определяющий ее реактивность. Несмотря на отрицание существования в полости носа точно локализованных участков слизистой оболочки, соответствующих определенному органу и виду нарушения, как это приводится в схеме Бенье (А.Р. Киричинский, 1949), наличие такой связи не вызывает сомнения, о чем свидетельствуют результаты хирургического вмешательства по поводу искривления перегородки носа. Особо также следует помнить о том, что полость носа является ва-

жнейшим иммунологическим органом, формирующим об антигенной нагрузке извне и изнутри, с развитием нормальных и патологических реакций.

Строго вертикальное положение перегородки носа практически не встречается, у 90% людей она искривлена в большей или меньшей мере (М.А. Самойленко, 1913). Поэтому об искривлении перегородки носа, как нозологической форме заболевания, следует говорить тогда, когда она, при исключении других причин, вызывает стойкое затруднение носового дыхания. В литературе приводятся различные названия этого заболевания: девиация, деформация, искривление, смещение перегородки носа. Если исходить из внешних и внутренних причин развития ненормального положения носовой перегородки, то о ее смещении можно говорить лишь в тех случаях, когда это связано с ее костной частью, обычно с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости, так как искривление сошника встречается реже. Поскольку большинство авторов считает, что заболевание возникает вследствие неравномерного роста различного вида тканей (кость, хрящ), особенностей прохождения головки плода при родах и легких травм наружного носа, то более правильно говорить об искривлении перегородки носа. Общеизвестны приводимые в учебниках существующие причудливые формы искривленной перегородки, что вызывает трудности в обозначении места и характера искривления. Г.З. Пискунов и С.З. Пискунов (2006) считают, что более рационально пользоваться классификацией по Mladina et Bastaic (1997), выделяющих 7 типов, кото-

рая позволяет ориентироваться в выборе метода лечения и ожидаемых функциональных результатах. По нашему мнению, наиболее целесообразно локализовать искривление по расположению наименее удаленных участков перегородки от латеральной стенки или места соприкосновения с ней. При этом следует указывать локализацию по горизонтали (передний, средний и задний), по вертикали (нижний, средний и верхний носовые ходы), а также характер патологии (подвывих, искривление, гребень, шип, утолщение).

Изучению этиологии, патогенеза, клиники и оперативного лечения при искривлении перегородки носа посвящена весьма обширная литература, обзор которой наиболее полно представлен в монографиях Ф.С. Бокштейна (1956), В.И. Воячека (1963), Г.З. Пискунова и соавторов (2003), Г.З. Пискунова и С.З. Пискунова (2006), а также в обзорных статьях Г.С. Протасевич (1983), Г.С. Протасевич и соавторов (1996, 1998), а также мн. других. Несмотря на это, многие вопросы являются спорными или дискуссионными, значительным остается удельный вес хирургических вмешательств на перегородке носа в общем числе всех операций; в нашей клинике они составляют более трети (34-35%). Новейшие данные о физиологии и патологии полости носа, новые технические методы обследования и оперирования свидетельствуют о необходимости пересмотра многих сторон проблемы. Возникли многочисленные модификации классической подслизистой окончательной резекции перегородки носа, предложенной Killian (1904), обсуждается вопрос о необходимости дополнения ее вмешательствами на носовых раковинах, этапности их выполнения. Вряд ли можно согласиться с негативным отношением Stammberger (1991) к операциям на перегородке носа, заменяя их эндоскопическими хирургическими вмешательствами на околоносовых пазухах, среднем носовом ходе. Причинно-следственные взаимоотношения между искривлением перегородки носа и синуситами носят более сложный характер, чем устранение простого механического препятствия движению воздушной струи в сторону остиомеатального комплекса путем эндоско-

пической операции. Отдавая должное эндоскопической хирургии перегородки, как альтернативе традиционным методам, Г.З. Пискунов и соавторы (2003) считают ее допустимой при наличии локальных деформированных участков перегородки, особенно в области носового клапана. Не вызывает сомнения то, что искривление перегородки носа всегда является первичным, фактором риска и пусковым моментом в развитии гипертрофии нижних носовых раковин, синуситов. Учитывая это, мы сочли возможным опубликовать наш опыт хирургического вмешательства у больных с искривлением перегородки носа.

Мы провели наблюдение за 150 пациентами, поступившими в клинику для оперативного лечения по поводу искривления перегородки носа. Среди них мужчин было 109 (72,7%), женщин – 41 (27,3%). По возрасту они распределялись следующим образом: от 16 до 20 лет – 26, от 21 до 30 лет – 53, от 31 до 40 лет – 29, от 41 до 50 лет – 24, старше 50 лет – 18 человек. Основной причиной для выполнения хирургического вмешательства послужило значительное двустороннее затруднение носового дыхания, которое больные субъективно оценивали как 7-9 см по визуальной аналоговой шкале (VAS) от 1 до 10 см. 32 обследуемых жаловались на серозно-слизистое отделяемое в полости носа, 21 – на снижение обоняния. Сравнительно небольшое число больных беспокоила слабость при физической нагрузке, одышка, головные боли, легкая утомляемость, что следует объяснить тем, что среди них преобладали лица молодого и среднего возраста. Предоперационное клиническое и лабораторное обследование осуществлялось амбулаторно для исключения противопоказаний к операции. У всех пациентов производилась передняя рентгенография околоносовых пазух в носоподбородочной проекции при широко открытом рте. В процессе амбулаторного обследования у 28 лиц были выполнены диагностические пункции верхнечелюстных пазух. При обнаружении в них гнойного экссудата хирургическое вмешательство откладывалось.

Причину развития искривления перегородки подавляющее число обследуемых

не могли назвать. Лишь 12 человек связывали ее с травмой наружного носа, у 4 имело место нарушение нормальной конфигурации носовой пирамиды, у 8 корень носа был расширен. При передней риноскопии у всех пациентов вход в нос был сужен, что являлось основной причиной двустороннего затруднения носового дыхания. У 17 лиц оно могло быть объяснено врожденной узостью наружного носа и слабостью больших крыльчатых хрящей, у 24 – подвывихом четырехугольного хряща влево. У 112 (74,6%) больных нижние носовые раковины были увеличены, отечные, застойного цвета, что расценивалось как хронический гипертрофический ринит, у 65 (58%) из них он имел вазомоторную форму, что подтверждалось также ложной формой ринита, выявленной у них после смазывания нижних раковин симпатомиметиками. У 17 лиц резкое затруднение носового дыхания сопровождалось слабо выраженным искривлением перегородки носа. У 38 (25,3%) обследуемых искривление перегородки носа не сочеталось с увеличением носовых раковин, у 21 из них полулунные каналы были хорошо обозримы. У 93 пациентов перегородка носа была искривлена лишь в хрящевой части, у 57 – захватывала оба отдела с преимущественным смещением перпендикулярной пластинки. У 99 (66%) больных отмечено искривление перегородки носа влево, чему способствовало у 26 из них также ее S – образное искривление, которое в нижней части суживало левый носовой ход. Затруднению носового дыхания способствовало также наличие на перегородке носа гребней, шипов, утолщение сошника. У 8 человек имелись буллы в средних носовых ходах.

При проведении передней риноскопии большое значение придавалось изменению риноскопических данных после анемизации слизистой оболочки полости носа. Это способствовало более детальному осмотру перегородки носа, определению расположения и вида искривления, а также формы хронического ринита и вида необходимого хирургического вмешательства на нижних носовых раковинах.

Таким образом, нарушение носового дыхания у большинства больных вызывалось сужением передневерхнего отдела но-

сового клапана, обусловленным сочетанием искривления перегородки носа с хроническим гипертрофическим ринитом. Поэтому дополнение операции на перегородке носа вмешательством на нижних носовых раковинах с целью уменьшения их размеров, смещением в латеральном направлении являлось очевидным. Необходимость такого вмешательства, его вид, этапность проведения в литературе рассматриваются различно. Одномоментная подслизистая резекция перегородки и частичная конхотомия применяются часто, хотя это не соответствует принципам щадящей ринохирургии, усложняя и удлиняя послеоперационное лечение. В доступной нам литературе мы не встретили обобщения опыта использования латеропозиции нижних носовых раковин при искривлении перегородки носа, хотя результаты ее, как альтернативы конхотомии у 170 больных хроническим гипертрофическим ринитом, опубликованы еще в 1925 г. С.М. Бураком. Ю.Н. Волков и А.М. Корниенко (1978) не допускают возможности такого вмешательства, считая его нецелесообразным, и рекомендуют ограничиваться только резекцией перегородки. В обширных наблюдениях Г.С. Протасевича (1983), охватывающих операции у 927 человек, сочетание искривления перегородки носа с гипертрофией носовых раковин наблюдалось только у 213 (22,9%), т.е. почти втрое реже, чем у нас (112 из 150 обследованных, или в 74,2%). Так как у большинства пациентов только септооперация приводила к улучшению носового дыхания, то он считает, что не следует спешить с вмешательством на раковинах. Тем не менее, у 73 больных проведены сочетанные операции, но двухэтапно с интервалом в 6-7 дней до резекции перегородки носа или после нее.

Результаты анализа рентгенограмм околоносовых пазух у наших пациентов явились неожиданными, в доступной для нас литературе мы не обнаружили таких исследований. Изучение рентгенограмм показало, что лишь у 22 лиц имелась нормальная воздушность пазух, доступных для исследования в носоподбородочной проекции. У 128 человек наблюдалось снижение воздушности верхнечелюстных пазух в различной степени, начиная с тонкой присте-

ночной вуали по всей окружности пазухи до плотного тотального затемнения. У 48 обследуемых имелось одновременно затемнение ячеек пазухи решетчатой кости (у 16 – передних, у 23 – задних, у 9 – на всем про-

тяжении). Понижение прозрачности лобных пазух отмечено лишь у 7 больных.

Эти данные в сопоставлении с результатами изучения сведений о перенесенных в прошлом синуситах приведены ниже в табл. 1.

Таблица 1

Степень снижения прозрачности околоносовых пазух у больных с искривлением перегородки носа и результаты изучения у них анамнеза заболевания

Степень затемнения пазухи	Количество больных с разными формами синусита			
	верхнечелюстная пазуха	решетчатая пазуха	лобная пазуха	в прошлом был перенесен синусит
Легкая пристеночная вуаль	87	11	4	-
Умеренная пристеночная вуаль	22	10	2	-
Тотальное затемнение пазух	19	27	1	47
Всего больных	128	48	7	

Рассмотрение таблицы показывает, что у подавляющего числа больных на рентгенограммах преобладали слабые степени нарушения воздушности в виде легкой пристеночной вуали: у 102 из 128. Несмотря на различную степень ширины носовых ходов, пристеночная вуаль у всех пациентов имела двусторонний характер и ее нельзя было связывать с той стороной, на которой был более узкий носовой ход. Из 47 лиц, у которых на рентгенограмме имелось тотальное затемнение пазух, 36 указывали на перенесенное в прошлом воспаление верхнечелюстных пазух, у 7 из них была произведена наружная гайморотомия. У всех 19 обследуемых, у которых имелось тотальное затемнение верхнечелюстной пазухи, оно носило односторонний характер. Хотя интерпретация рентгенограмм проводилась в сопоставлении с риноскопическими данными, которые не указывали на наличие явного синусита, мы избегали обозначения «пристеночный воспалительный отек». Об этом можно было бы говорить на основании синусоскопии, на выполнение которой больные не давали согласия. Это позволяет нам считать, что пристеночная вуаль является результатом нарушения носового дыхания и вентиляции пазух. Об этом свидетельствует и малое количество затемнений в

лобных пазухах, объясняемое сохранением достаточной их вентиляции у наших больных.

Все пациенты были прооперированы под местной инфильтрационной анестезией, которая у 26 из них была дополнена внутривенной анальгезией. У всех оперируемых подслизистая резекция перегородки носа в хрящевом и костном отделах дополнялась вмешательствами, характер которых приведен ниже в табл. 2.

У 56 лиц подслизистая резекция перегородки носа была одновременно дополнена РИ, ЛП и ВТ (у 15 – УЗД); дезаэрация булл решетчатого лабиринта и средней носовой раковины произведена у 4. Несмотря на усложнение и увеличение времени операции, все пациенты перенесли ее удовлетворительно. Тщательный отбор больных для исключения воспалительного процесса и ведение послеоперационного периода с назначением антибиотиков и противоотечных средств, обязательное назначение до и после операции внутримышечных инъекций по 2 мл 12,5% раствора этамзилата натрия позволили избежать таких послеоперационных осложнений, как гематома и перихондрит. Лишь 1 обследуемый на 7-й день после операции был госпитализирован вновь для передней тампонады по поводу носового

кровотечения. Контрольные осмотры пациентов в послеоперационном периоде свиде-

тельствовали о хороших анатомических и функциональных результатах.

Таблица 2

Виды дополнительных к подслизистой резекции перегородки носа вмешательств, количество больных и их удельный вес от общего числа оперированных лиц

№	Виды дополнительных хирургических вмешательств	К-во больных, у которых произведены эти вмешательства	Уд. вес в % от общего числа оперированных
1	Реимплантация аутохряща (РИ)	112	74,6%
2	Латеропозиция нижних носовых раковин (ЛП)	105	70%
3	Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин (ВТ)	58	38,7%
4	Подслизистая дезинтеграция нижних носовых раковин (УЗД)	15	10%
5	Деаэрация булл (ДАЭ)	4	2,7%

Наши наблюдения показывают, что затруднение носового дыхания у подавляющего числа больных связано с резким сужением носового клапана хроническим гипертрофическим ринитом, особенно при вазомоторной его форме. Нарушение носового дыхания приводит к уменьшению воздушности околоносовых пазух в виде пристеночной вуали. Хирургическое вмешательство при искривлении перегородки носа должно проводиться как можно раньше, даже при средней степени искривления, и одновременно дополняться реимплантацией аутохряща с воздействием на нижние носовые раковины. Если реимплантация рассматривается как восстановление ана-

томической структуры органа для предотвращения флотации и присасывания, то изменение положения и уменьшение нижних носовых раковин – как устранение препятствия для носового дыхания и восстановления гомеостаза в нервно-сосудистом обеспечении полости носа. Средние носовые раковины при их гипертрофии в меньшей мере затрудняют носовое дыхание, так как основной воздушный поток как при вдохе, так и при выдохе проходит по поверхности нижней носовой раковины, но при гипертрофированной булле решетчатой кости, закрывающей остиомеатальный комплекс, показана ее деаэрация или резекция.

1. Бокштейн Ф.С. Внутриносая хирургия. – М., 1956. – 232 с.
2. Бурак С.М. Несколько слов к вопросу об улучшении носового дыхания посредством изменения формы и положения нижней носовой раковины // Рус. отоларингология. – 1925. – №6. – С. 474-477.
3. Волков Ю.Н., Корниенко А.М. О роли подслизистой резекции перегородки носа в лечении

- хронических заболеваний полости носа // Материалы к межобл. науч.-практ. конф. оториноларингологов и выезд. науч. сессии МНИИ уха, горла и носа: Тез. сообщений. – М., 1977. – С. 99-102.
4. Воячек В.И. Ринортоз (способы устранения структурных дефектов носа). – Л., 1963. – 95 с.
5. Киричинский А.Р. Вегетативно-сегментарная физиотерапия. – М., 1949. – 193 с.

6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М., 2006. – 559 с.
7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. – М., 2003. – 204 с.
8. Протасевич Г.С. Тактика отоларинголога при сочетании деформации перегородки носа с гипертрофией носовых раковин // Вестн. оториноларингологии. – 1983. – №4. – С. 46-49.
9. Протасевич Г.С., Хабаров А.В., Андрейчин Ю.М. Вплив деформації перегородки носа на стан ЛОР-органів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1996. – №1. – С. 80-87.
10. Протасевич Г.С., Яшан О.І., Гавура І.А., Сусідик А.А. Показання до підслизової резекції перегородки носа при поєднаній ЛОР-патології // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. – №3. – С. 61-70.
11. Самойленко М.А. Деформации носовой перегородки и их лечение. – СПб, 1913. – 126 с.
12. Цыганов А.И. Отдаленные результаты хирургического лечения вазомоторных ринитов. – Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. – №1. – С. 94.
13. Killian G. Die Submucose Fensterresektion der Nasenscheidenwand // Arch. Laryngol. Rhinol. – 1904. – Bd.16, №3. – S. 372-387.
14. Mladina R., Bastaic L. What do we know about Septal Deformities? // J. Rhinol. – 1997. – Vol.4, №2. – P. 79-89.
15. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique. – Philadelphia, 1991. – 529 p.

Поступила в редакцию 07.04.09.

© Н.В. Завадский, А.В. Завадский, 2009

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИКРИВЛЕННЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА З ХРОНІЧНИМ РИНИТОМ І ЙОГО ВПЛИВ НА ВИБІР ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Завадський М.В., Завадський О.В. (Сімферополь)

Резюме

У 150 хворих з викривленням перегородки носа були співставлені результати риноскопії з даними передньої рентгенографії навколоносових пазух у носо-підборідній проекції. У верхньощелепних пазухах в 128 обстежуваних осіб визначалась пристінкова вуаль різних розмірів. Дослідження показали, що у 112 пацієнтів утруднення носового дихання посилювалось хронічним гіпертрофічним ринітом, особливо при його вазомоторній формі. У всіх цих хворих операція на перегородці носа доповнювалась реімплантацією хряща, латеропозицією та підслизовою вазотомією з дезінтеграцією нижніх носових раковин. Зроблено висновок про необхідність більш раннього оперування з одночасним втручанням на нижніх носових раковинах. Отримано добрі морфологічні та функціональні результати. Післяопераційна кровотеча спостерігалась у 1 пацієнта.

INTER-LINKAGE BETWEEN BEND OF NASAL SEPTUM AND CHRONIC RHINITIS AND ITS INFLUENCE ON THE CHOICE OF OPERATIVE TREATMENT PROCEDURES

Zavadskyi M.V., Zavadskiy O.V., (Simferopol)

Summary

Rhinoscopic index of 150 patients with bend of nasal septum were compared with roentgenography of front near-nasal cavities in nose-chin projection. In 128 patients different by dimension near-wall veil was noted. It was detected that in 112 patients difficulties of nasal respiration were intensified by chronic hypertrophic rhinitis, particularly at its vasomotor form. At all patients operative treatments on nasal septum were supplemented by cartilage reimplantation, lateroposition, and under-mucous vasotomy with desintegration of lower nasal helixes. It was concluded the necessity of more early operative treatment with common intervention on lower nasal helixes. Good morphologic and functional results were obtained. A post-operative hemorrhage was observed in 1 patient.