



КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

Карпищенко С. А., Александров А. Н., Баранская С. В., Фаталиева А. Ф.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Санкт-Петербург, Россия
(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

CORRECTION OF NASAL SEPTUM IN THE INTERVENTIONS ON PARANASAL SINUS

Karpishchenko S. A., Aleksandrov A. N., Baranskaya S. V., Fatalieva A. F.

Federal State Budgetary Institution Higher Vocational Education "Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

Деформация перегородки носа не только вызывает затруднение носового дыхания на стороне деформации, но и провоцирует развитие патологического процесса в полости носа и околоносовых синусах. В связи с этим возникает необходимость одновременно выполнить комплекс оперативных вмешательств на структурах полости носа в целях восстановления утраченных функций и ликвидации патологического процесса в околоносовых пазухах. Мы провели ретроспективный анализ 370 историй болезни за период с января 2016 по август 2017 г. в клинике оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова в целях оценки частоты встречаемости случаев эндоназальных эндоскопических хирургических вмешательств при искривлении перегородки носа в сочетании с патологическим состоянием верхнечелюстных пазух. Ретроспективное исследование выявило значительный процент сочетанных вмешательств в полости носа. Большую долю составила комбинация девиации перегородки носа с хроническим полипозным риносинуситом и кистами верхнечелюстных пазух. Сочетанные операции особенно необходимы, если между двумя хирургическими заболеваниями имеется патогенетическая связь. Без одновременной хирургической коррекции сочетанной патологии в послеоперационном периоде возможно обострение заболевания. В отдельных случаях необходимость таких операций продиктована анатомическими сложностями в доступе к внутриносовым структурам.

Ключевые слова: септум-операция, верхнечелюстная пазуха, эндоскопическое вскрытие гайморовой пазухи.

Библиография: 10 источников.

Septal deviations may obstruct nasal breathing at the deformation side and trigger the development of pathological process in the nasal cavity and paranasal sinuses. Therefore, it becomes necessary to perform a complex of surgical interventions on the nasal cavity structures to restore the lost functions and to eliminate the pathological process in the paranasal sinuses. We conducted a retrospective analysis of 370 case studies for the period of January 2016 through August 2017 in the Otorhinolaryngology Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University to evaluate the incidence of endonasal endoscopic surgical interventions in the nasal septum deviation combined with the pathological state of the maxillary sinuses. The retrospective study revealed a large percentage of combined interventions in the nasal cavity. A major part of them was the combination of the nasal septum deviation with the chronic polyposis rhinosinusitis and the maxillary sinus cysts. The combined operation is especially necessary if there is a pathogenetic relation between the two surgical diseases. The disease may aggravate without the simultaneous surgical correction of the combined pathology in the postoperative period. In some cases, the need for such operations is stipulated by anatomical complications of access to other structures.

Key words: septal surgery, paranasal sinus, endoscopic surgery of maxillary sinus.

Bibliography: 10 sources.

Искривление перегородки носа является самой частой нозологией, встречающейся среди других ЛОР-заболеваний. Деформация перегородки носа нередко провоцирует развитие патологии в околоносовых пазухах (ОНП) и способствует развитию воспалительного процесса со

стороны ЛОР-органов. Н. Leicher выявлял деформацию перегородки носа на стороне патологического процесса у 88% больных верхнечелюстным синуситом. В исследованиях С. Ж. Пхрикян и соавторов сочетание патологии лобных и верхнечелюстных пазух с деформацией перегородки носа

встречается в 42% случаев, причем в 72% случаев патологический очаг локализовался на стороне деформации [1–6]. Нередко процесс не ограничивается одной пазухой, и имеет место поражение нескольких ОНП.

В отечественной и зарубежной литературе отмечено, что при лечении синуситов для восстановления носового дыхания и восстановления дренажа из ОНП у пациентов необходимо устранять гребни и шипы перегородки носа, аденоидные вегетации и др. [1–7].

Слизистая оболочка полости носа иннервируется большим количеством афферентных и эфферентных нервных окончаний. Поэтому гребни и шипы носовой перегородки могут стать причиной рефлекторных расстройств регуляции многих органов и систем посредством ринобронхиального и ринокардиального рефлексов [1–4, 8–10]. К риногенным рефлекторным расстройствам причисляют также головную боль. Искривленная часть перегородки носа оказывает давление на латеральную стенку полости носа, вызывая раздражение и отек внутриносовых структур и слизистой оболочки носа. Существует мнение, что затруднение носового дыхания при искривлении перегородки носа вызывает венозный застой в нижних отделах головного мозга и нарушение циркуляции цереброспинальной жидкости, следовательно, указанные процессы могут приводить к головной боли [9, 10].

В результате применения местных сосудосуживающих средств (деконгестантов) происходит снижение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы и головная боль постепенно уменьшается [4–10].

Существует множество классификаций искривления перегородки носа (Самойленко М., 1913, Лопатин А. С., 1994, Юнусов А. С., Дайхес Н. А., Богомильский М. Р., 2001). Примером наиболее удобной для использования в клинической работе, анатомически обоснованной является классификация деформаций, предложенная В. С. Пискуновым, О. Ю. Мезенцевой (2006), дающая основные варианты изменения положения перегородки носа на основании данных эндоскопического исследования носовой полости.

При отсутствии в анамнезе травматических повреждений перегородки носа наиболее часто встречается пять видов деформации, которые формируются в местах соединения составляющих ее костного и хрящевого отделов и в участках соприкосновения ее с костями черепа:

- вывих каудального края четырехугольного хряща из костного желобка премаксиллы, что приводит к различной степени выраженности сужения носового клапана;

- искривление или Ф-образное утолщение перегородки на границе четырехугольного хряща

- и перпендикулярной пластинки решетчатой кости, которое приводит к сужению или закрытию общего носового хода и структур, формирующих остиомеатальный комплекс;

- гребни и шипы на месте соединения перпендикулярной пластинки и сошника, нередко могут приводить к блокированию общего носового хода или хоан;

- шипы и девиации перегородки в задних отделах в месте соединения клиновидного клюва (rostrum sphenoidale) с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости;

- сочетание нескольких вариантов деформации.

Искривление перегородки носа не только вызывает ухудшение носового дыхания на стороне деформации, но и приводит к вазомоторным и гиперпластическим процессам в полости носа и ОНП. В связи с этим возникает необходимость одновременно выполнить комплекс операций на структурах полости носа в целях восстановления утраченных функций и ликвидировать патологический процесс в околоносовых пазухах. Так же во время оперативных вмешательств выраженная деформация перегородки носа может вызывать трудности в доступе к верхнечелюстной пазухе. Основные подходы к верхнечелюстной пазухе осуществляются через нижний и средний носовые ходы.

В процессе работы в носу податливая и мобилизованная перегородка легко смещается и дает дополнительную возможность манипуляций. При коррекции перегородки не происходит повреждений слизистой оболочки эндоскопом и инструментами. В верхнечелюстной синус почти всегда можно добраться, не оперируя перегородку носа, но коррекция исходной значительно повышает технические возможности, положительно влияет на результат, в том числе на носовое дыхание, и нередко сокращает продолжительность операции (при наличии опыта) [6, 8].

Проблеме симультанных операций в ринологии посвящено множество работ отечественных и зарубежных авторов. Симультанные операции (англ. simultaneous – одновременный) – это сложные операции, направленные на одновременную хирургическую коррекцию двух или более заболеваний различных органов в одной или нескольких анатомических областях. Симультанная операция особенно необходима, если между двумя хирургическими заболеваниями имеется патогенетическая связь. Без одновременной хирургической коррекции сочетанной патологии в послеоперационном периоде возможно обострение заболевания. В отдельных случаях необходимость таких операций продиктована анатомическими сложностями в доступе к другим структурам.



Современные достижения медицины позволяют расширить диапазон сочетанных хирургических вмешательств. Совершенствование и широкое применение функциональной эндоскопической хирургии полости носа и околоносовых пазух позволяют наиболее щадящим способом обеспечить операционный доступ, сохранить функциональность зоны остиомеатального комплекса, обеспечить вентиляцию и дренаж через естественные физиологические пути.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости случаев эндоназальных эндоскопических хирургических вмешательств при искривлении перегородки носа в сочетании с патологическим состоянием верхнечелюстных пазух.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 370 историй болезни за период с января 2016 по август 2017 гг. в клинике оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова.

Результаты исследования. Эндоназальным эндоскопическим подходом было прооперировано 375 больных, из них 252 пациентам выполнено коррекция перегородки носа и одномоментное вскрытие верхнечелюстных пазух. Среди пациентов было 115 мужчин (44,8%) и 139 женщин (55,2%), в возрасте от 18 до 76 лет. Средний возраст пациентов составил 44 года. Из всех 252 пациентов одностороннее вскрытие правой верхнечелюстной пазухи было произведено в 59 (23,4%) случаях, левой – в 74 (29,4%), двустороннее – в 119 (47,2%).

В общей структуре эндоскопических оперативных вмешательств на максиллярном синусе можно выделить следующие виды патологических изменений:

- 91 (36,1%) – хронический полипозный риносинусит;
- 79 (31,3%) – кисты верхнечелюстных пазух;
- 46 (18,3%) – инородные тела верхнечелюстных пазух;
- 27 (10,7%) – хронический верхнечелюстной синусит;
- 8 (3,2%) – хронический гайморит;
- 1 (0,4%) – фиброзная дисплазия верхнечелюстной пазухи.

Коррекция перегородки носа при доступах через средний и нижний носовые ходы производилась с сопоставимо одинаковой частотой: через средний носовой ход – в 123 (48,8%), через

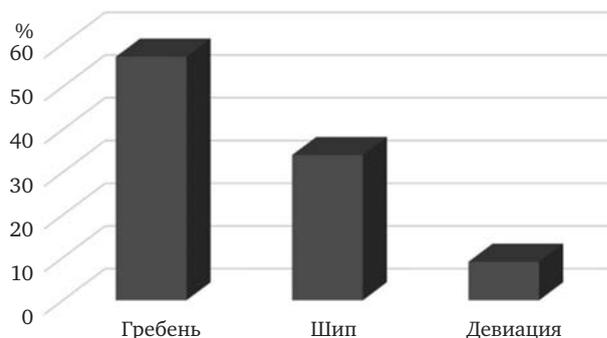


Рис. 1. Процентное соотношение типов деформации перегородки носа при доступе через нижний носовой ход.

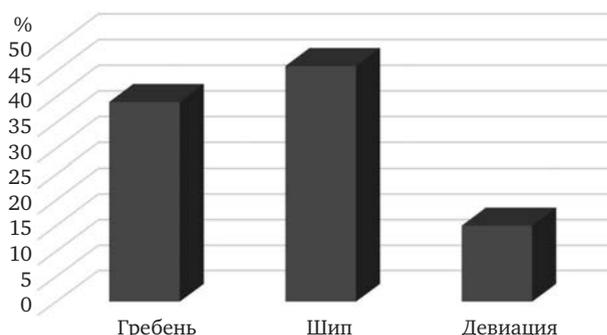


Рис. 2. Процентное соотношение типов деформации перегородки носа при доступе через средний носовой ход.

нижний – в 114 (45,6%) случаях, сочетание двух подходов производилось в 14 (5,6%) случаях. При доступе через нижний носовой ход основным типом деформации перегородки носа являлся премаксиллярный гребень – 57%, шипы встречались в 34% случаев, а девиация – в 9% случаев (рис. 1).

При подходе к верхнечелюстной пазухе через средний носовой ход в 46% случаев обнаружены шипы, в 39% случаев – гребни, девиация перегородки носа – в 15% случаев комбинированного эндоскопического подхода (рис. 2).

Ретроспективное исследование выявило большой процент сочетанных вмешательств в полости носа. Большую долю составила комбинация девиации перегородки носа с хроническим полипозным риносинуситом и кистами верхнечелюстных пазух.

Анализируя причинно-следственную связь развития синуситов, важно отметить, что существенная роль принадлежит блоку области естественного соустья верхнечелюстной пазухи в результате наличия гребня и шипа перегородки носа.

Выводы

Коррекция перегородки носа при вмешательствах на околоносовых пазухах (ОНП) позволяет улучшить визуализацию и манипуляции в области соустьев пазух.

Устранение девиации перегородки носа влияет на течение и прогноз хронических синуситов (в частности, полипозного полисинусита), так как улучшение аэродинамики полости носа позволяет доставлять топические препараты в область соустьев пазух.

Эндоскопический эндоназальный подход является современным щадящим методом проведения септум-операции, в том числе в качестве одного из этапов синус хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов В. С. Функциональное и клиническое значение анатомических структур, формирующих полость носа: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2008. 40 с.
2. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002. 390 с.
3. Kennedy D. W. Pathogenic factors in chronic rhinosinusitis // Amer. Journ. Rhinology. 2000. P. 110.
4. Cottle M. H., Loring R. M., Fischer G. G., Gaynon I. E. The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery // A. M. A. Archives of Otolaryngology. 1958. Vol. 68, N 3. P. 301–313.
5. Лопатин А. С. Основные методики эндоскопической коррекции деформации перегородки носа // Рос. ринология. 1998. № 2. С. 66–67.
6. Карпищенко С. А., Баранская С. В. Опыт удаления инородных тел верхнечелюстных пазух эндоскопическим эндоназальным доступом // Рос. ринология. 2014. № 2. С. 15.
7. Friedman W. H. Surgery of chronic hyperplastic rhinosinitis // Laryngoscope (St. Louis). 2015. Vol. 85, N 12(1). P. 199–2011.
8. Карпищенко С. А., Болознева Е. В., Баранская С. В. Рецидивирующий синусит и ревизионная хирургия у пациента с многокамерной верхнечелюстной пазухой // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. 2015. T. 21, № 4. С. 41–46.
9. Baarsma E. A. External septorhinoplasty // Arch. Otorhinolaryngol. 1979. Vol. 224. P. 169.
10. Beekhuis G. J. Nasal septoplasty // Otolaryngol. Clin. North. Am. 1973. Vol. 6, N 3. P. 693.

REFERENCES

1. Piskunov V. S. Funktsional'noe i klinicheskoe znachenie anatomicheskikh struktur, formiruyushchikh polost' nosa: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [The functional and clinical significance of anatomic structures forming the nasal cavity: the extended abstracts of MD dissertation]. M., 2008. 40 (in Russian).
2. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z. Klinicheskaya rinologiya [Clinical rhinology]. M.: Miklosh, 2002. 390 (in Russian).
3. Kennedy D. W. Pathogenic factors in chronic rhinosinusitis. *Amer. J. Rhinology*. 2000. A-110.
4. Cottle M. H., Loring R. M., Fischer G. G., Gaynon I. E. The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery. *A.M.A. Archives of Otolaryngology*. 1958;68(3):301-313.
5. Lopatin A. S. Osnovnye metodiki endoskopicheskoi korrektsii deformatsii peregorodki nosa [The principal methods of endoscopic correction of the nasal septum deformation]. *Rossiiskaya rinologiya*. 1998;2:66-67 (in Russian).
6. Karpishchenko S. A., Baranskaya S. V. Opyt udaleniya inorodnykh tel verkhnechelyustnykh pazukh endoskopicheskim endonazal'nym dostupom [The experience of removal of foreign objects of the maxillary sinuses by endoscopic endonasal access]. *Rossiiskaya rinologiya*. 2014;2:15 (in Russian).
7. Friedman W.H. Surgery of chronic hyperplastic rhinosinitis. *Laryngoscope (St.Louis)*. 2015;85;12(1):199-2011.
8. Karpishchenko S. A., Bolozneva E. V., Baranskaya S. V. Retsidiviruyushchii sinusit i revizionnaya khirurgiya u patsienta s mnogokamernoi verkhnechelyustnoi pazukhoi [Relapsing sinusitis and the revision surgery in a patient with the multi-chamber maxillary sinus]. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*; 2015;21;4:41-46 (in Russian).
9. Baarsma E. A. External septorhinoplasty. *Arch. Otorhinolaryngol.* 1979;224:169.
10. Beekhuis G. J. Nasal septoplasty. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 1973;6(3):693.

Карпищенко Сергей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; тел. 8 (812) 338-71-19, e-mail: karpischenkoss@mail.ru

Александров Алексей Никитич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.

Баранская Светлана Валерьевна – врач-оториноларинголог, аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8; e-mail: sv-v-b@yandex.ru

Фаталиева Аида Фаталиевна – врач-оториноларинголог, аспирант кафедры оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел. 8-967-513-24-63, e-mail: fatalievaaida@rambler.ru

Sergei Anatol'evich Karpishchenko – MD, Professor, Head of the Chair of Otorhinolaryngology with Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Russia, 197022, Saint Petersburg, 6/8, Lva Tolstogo str., tel.: 8 (812) 338-71-19, e-mail: karpischenkoss@mail.ru

Aleksei Nikitich Aleksandrov – MD Candidate, Associate Professor of the Chair of Otorhinolaryngology with Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Russia, 197022, Saint Petersburg, 6/8, Lva Tolstogo str.

Svetlana Valer'evna Baranskaya – otorhinolaryngologist, post-graduate student of the Chair of Otorhinolaryngology with Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Russia, 197022, Saint Petersburg, 6/8, Lva Tolstogo str., e-mail: sv-v-b@yandex.ru

Aida Fatalieva Fatalieva – otorhinolaryngologist, post-graduate student of the Chair of Otorhinolaryngology with Clinic of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. Russia, 197022, Saint Petersburg, 6/8, Lva Tolstogo str., tel.: 8-967-513-24-63, e-mail: fatalievaaida@rambler.ru