

Некоторые аспекты риносептопластики

В.Н. ФИЛИМОНОВ

Some aspects of rhinoseptoplasty

V.N. FILIMONOV

Кафедра оториноларингологии государственного Санкт-Петербургского медицинского университета им акад. И.П. Павлова

Проведен анализ дооперационной подготовки 34 пациентов к операции риносептопластики, отмечены наиболее часто встречающиеся осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, способы их предупреждения, а при их возникновении и устранения. Рекомендовано в ряде случаев при обследовании больных с деформациями наружного носа использовать компьютерную рентгенографию, гибкую и жесткую эндоскопию. Указано на необходимость оценки психологического статуса пациента не только хирургом, но и психологом, психиатром.

Ключевые слова: перегородка носа, риносептопластика, осложнения, предоперационное обследование.

The article contains analysis of preoperative preparation of 34 patients for rhinoseptoplasty, points out most frequent short- and long-term complications, methods of complications prevention and management. It is recommended to use computed imaging and endoscopy for examination of patients with nasal deformation. Psychological status of the patient should be examined not only by the surgeon but also by the psychologist and psychiatrist.

Key words: nasal septum, rhinoseptoplasty, complications, preoperative examination.

Важнейшим этапом хирургической деятельности оториноларинголога является предоперационное обследование пациентов с деформациями наружного носа (ДНН). Это связано с необходимостью адекватной оценки формы наружного носа, функционального состояния полости носа [1–4].

Хирурги, занимающиеся пластической хирургией, должны учитывать не только обезображивание лица, но и нарушение функции носового дыхания, решения психологических аспектов предстоящего лечения. Игнорирование ринохирургом вероятности наличия у больного с ДНН изменений в психической сфере и связанные с этим погрешности при определении показаний к косметической операции могут быть причиной отрицательного восприятия пациентом результатов даже безукоризненно выполненного вмешательства [5].

Нами обследованы и прооперированы 34 пациента с разнообразными ДНН. Среди них были 32 (94%) пациента мужского пола в возрасте 20–40 лет. Чаще всего встречался риносколиоз в костном или одновременно в костном и хрящевом отделах носа — у 28, ринолордоз — у 6.

У большинства пациентов с ДНН наблюдались изменения внутриносовых структур. Чаще всего при этом отмечалось искривление перегородки носа, сужение носового клапана, гипертрофия носовых раковин. Это всегда является серьезным аргументом в пользу одноэтапной коррекции ДНН и нарушений внутриносовых структур.

Результаты наших наблюдений показали, что наиболее целесообразным является использование гибкой и ригидной эндоскопии, при которых имеется возможность тщательно осмотреть полость носа. Необходимо отметить, что у данной категории больных следует фиксировать со-

стояние обонятельной функции. Больные, имеющие снижение или отсутствие обоняния в дооперационном периоде, после операции могут предъявлять претензии к ринохирургу, хотя известно, что даже безупречно выполненная операция может не привести к улучшению обоняния.

В обязательную программу предоперационного обследования пациентов с ДНН следует включить обычное рентгенологическое исследование околоносовых пазух (ОНП), что в большинстве случаев позволяет исключить их патологию. У отдельных пациентов с ДНН возникает необходимость в более детальной оценке состояния носа и ОНП. С этой целью следует использовать возможности компьютерной томографии, в первую очередь у пациентов с посттравматической деформацией стенок ОНП и орбиты. По данным компьютерной томографии, имеется возможность оценить состояние задних отделов перегородки носа, выявить синехии, что не всегда удается при эндоскопии.

Для оценки психологического статуса пациентов с ДНН их целесообразно консультировать у психолога, психотерапевта, а иногда психиатра. Следует объяснить пациенту, что ринохирург не отказывает ему в операции, но консультация вышеуказанных специалистов необходима для полноты обследования. Особенно это касается пациентов без ДНН с воображаемым косметическим дефектом, а также лиц, которые требуют создания формы наружного носа по образу и подобию фотографий известных артистов и популярных личностей.

Что касается описания реконструктивных и косметических операций при искривлении перегородки носа и различных ДНН, то оно нашло свое отражение в практических руководствах, монографиях различных отечественных и зарубежных авторов. Мы сочли необходимым проанализировать осложнения при проведении этих операций, а также послеоперационное ведение этих больных.

Прежде всего следует обратить внимание на выбор анестезии. По мнению многих отечественных и зарубеж-

ных ринопластик, косметические операции по устранению ДНН и перегородки носа целесообразно проводить в условиях общей анестезии (эндотрахеальный наркоз). Это обусловлено тем, что при проведении местной анестезии у пациентов при значительном введении анестетика с добавлением адреналина могут возникнуть головная боль, обморочное состояние вплоть до коллапса [6]. Кроме того, не всегда при местной анестезии с премедикацией удается полностью обезболить глуболежащие отделы перегородки носа, носовые раковины. Следует также учитывать индивидуальные особенности больного, его психический статус и непреодолимый страх перед хирургическим вмешательством под местной анестезией. Во время операции ринопластики возможны кровотечение, травмирование слизистой пластинки с последующей риноликевацией, разрывы слизистой оболочки с образованием перфорации, формирование гематомы между листками мукоперихондрия, повреждение передней стенки клиновидной пазухи. Описаны нарушения обоняния вплоть до аносмии, образование корок [3].

Чтобы избежать значительного кровотечения при операции, следует делать разрез тканей до хряща. Предупредить разрыв слизистой оболочки перегородки носа возможно путем разреза, захватывающего дно полости носа. Однако при отсепаровке слизистой оболочки в области гребней и шипов этого избежать не всегда удается. Поэтому задача ринопластика — сохранить целостность слизистой оболочки на противоположной стороне перегородки носа. В случае повреждения обоих листков слизистой оболочки целесообразно реимплантировать часть четырехугольного хряща [7–9] или наложить швы внутриносовым способом. После операции по поводу ДНН может возникнуть ангина, особенно у тех лиц, которые страдают хроническим тонзиллитом (в наших наблюдениях — 2 случая).

Что касается осложнений в отдаленном периоде после устранения ДНН, то они обусловлены изменением его формы: западением спинки носа («седловидный нос», ринолордоз) [3, 8]. В основе этого осложнения лежит слишком высокая резекция четырехугольного хряща. В ряде случаев оставшаяся часть хряща тонкая и не может выполнять поддерживающую функцию [10]. Поэтому при проведении хирургической коррекции перегородки носа следует оставлять полоску хряща не меньше 0,5–1,0 см, причем лучше срезать скальпелем, а не отламывать конхотомом. В случае подслизистой резекции перегородки носа по Киллиану при ДНН возможно образование «утиного носа» из-за полного удаления четырехугольного хряща, а также может возникнуть такое осложнение, как «флотирование» или вибрация перегородки носа [11, 12].

Одним из послеоперационных осложнений ДНН является образование синехий в полости носа, особенно в тех случаях, когда наряду с септопластикой проводится конхотомия. В наших наблюдениях не отмечено ни одного случая образования синехий. У большинства больных (24) мы проводили переднюю петлевую тампонаду носа по В.И. Воячке, а у 12 — специальными тампонами с гелиевой пропиткой фирмы «Rapid Rhino».

В любом случае лечение синехий заключается в их рассечении или иссечении с последующим введением в полость носа пластинок из различных материалов (отмытая рентгеновская пленка, перчаточная резина, силиконовая пленка и др.). При наличии в стационаре лазерных

установок проводится коагуляция мест прикрепления синехий в постоянном контактном режиме. Возможно использование радиоволнового хирургического аппарата СУРГИТРОН посредством разреза и коагуляции мягких тканей с помощью радиоволны с частотой 3,8 МГц [13]. Следует также учитывать возможность развития в отдаленном периоде атрофических изменений слизистой оболочки полости носа, в этих случаях отмечается сухость с образованием корок (в наших случаях у 6 пациентов). Причиной таких изменений может служить травма слизистой оболочки, когда страдает функция желез слизистой оболочки перегородки носа, нарушение иннервации. Временной ишемией слизистой оболочки после операции некоторые авторы объясняют образование корок в носу.

Нередко в послеоперационном периоде возникают перфорации перегородки носа. Они образуются чаще всего при повреждении обоих листков слизистой оболочки с последующим нарушением трофики и некрозом. При этом нарушение трофики будет особенно значительным, если проводится тугая передняя тампонада носа с наложением коллоидной или гипсовой повязки на наружный нос, что приводит к локальному некрозу и формированию перфорации.

Отметим, что чем перфорация больше и ближе кпереди располагается, тем больше неприятностей она причиняет больному [14]. В ряде случаев могут возникать периодические носовые кровотечения из краев перфорационного отверстия, свист, насыхание корок [15].

Основным способом лечения этого осложнения является хирургическое вмешательство, и здесь предпочтительнее открытый доступ к перфорации, описанный в работах отечественных и зарубежных авторов [15]. Даже уменьшение размеров перфорации перегородки носа и смещение ее кзади может привести к уменьшению негативных симптомов. Если перфорация не имеет клинических проявлений у пациентов, то нет необходимости в хирургическом вмешательстве.

Следует остановиться на вопросе о тактике ринопластика при сочетании искривления перегородки носа и атрофии слизистой оболочки полости носа. В этих случаях особенно часто можно ожидать осложнения в виде перфорации. Подготовка этих больных должна сочетать орошение полости носа растворами аква-марис, салин с тампонадой по Готтштейну (0,5–1% раствор Люголя на глицерине) на 20–30 мин ежедневно в течение 15–20 дней. Коррекция перегородки носа в этих случаях должна проводиться только с реимплантацией четырехугольного хряща с фиксацией кетгутовыми «матрасными» швами. На резко деформированный и изогнутый четырехугольный хрящ после его извлечения наносятся насечки с вогнутой стороны, он помещается между предметными стеклами, орошается раствором антибиотика с гидрокортизоном и помещается между листками слизистой оболочки в прежнем отделе.

В заключение следует отметить, что мы затронули далеко не все вопросы, касающиеся предоперационной подготовки, а также осложнений ближайшего и отдаленного послеоперационного периода. Необходимо учитывать, что только тщательное планирование и аккуратное, щадящее выполнение оперативного вмешательства при деформации наружного носа и искривлении перегородки носа позволяют получить хороший результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воячек В.Н.* Ринортоз (способы устранения структурных дефектов носа). Л 1953;48—65.
2. *Гюсан А.О.* Хирургическое лечение посттравматических деформаций и дефектов носа (восстановительная септоринопластика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Черкесск 1998.
3. *Гюсан А.О., Комель В.Н.* Ошибки и осложнения восстановительной риносептопластики. Ст-Петербург 2005.
4. *Проскуряков С.А.* Опыт работы по восстановительной хирургии лица и ЛОР-органов.- Новосибирск 1965.
5. *Пискунов Г.З., Лопатин А.С.* Рос ринопла 1993;1:9—10.
6. *Лопатин А.С.* Рос ринопла 1994;1:29.
7. *Воячек В.Н.* В кн.: Болезни уха, носа и горла: руководство врачей. Под ред. С.М. Компанейца. Киев 1941;2:1:241—261.
8. *Миразизов К.Д.* Вестн оторинолар 1978;3:50—55.
9. *Маннапов М.Ф., Аврукина Р.Н., Хасанов С.А.* Журн ушн, нос и горл бол 1979;3:93—95.
10. *Edwards N. J* Laryngol Otol 1975;89:9:875—897.
11. *Бокштейн Ф.С.* Внутриносовая хирургия. М 1956;232.
12. *Деменков В.Р.* Журн ушн, нос и горл бол 1978;3:79—80.
13. *Савельев В.С.* Радиохирургический прибор «Сургитрон». М 1996.
14. *Brain D.J.* J Laryngol Otol 1981;95:5:471—486.
15. *Kridel R.W.H.* The open approach for the repaere of septul perforates. In: Rhinoplasty. Ed. R. Daniel. Boston—Toronto—London: Little 1993;555—556.