Вестник оториноларингологии
2019, Т. 84, №4, с. 22-24
https://doi.org/10.17116/otorino20198404122

Vestnik Otorinolaringologii
2019, vol. 84, №4, pp. 22-24
https://doi.org/10.17116/otorino20198404122

Экстракорпоральная риносептопластика из открытого риноластического доступа

© Проф. Д.А. СИДОРЕНКОВ, к.м.н. К.Б. ЛИПСКИЙ, к.м.н. Г.А. АГАНЕСОВ, О.А. ГОРЯЧИХ, А.В. ВОЛОДИН

Кафедра пластической хирургии (зав. каф. — академик РАН, д.м.н., проф. И.В. Решетов) ИПО ГБОУ ВПО »Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России, Москва, Россия, 119435

РЕЗЮМЕ

Цель работы — изучение и оценка эффективности метода экстракорпоральной риносептопластики, выполняемой по показаниям, в модификации W. Gubisch из открытого риноластического доступа. Пациенты были распределены на группы на основе показаний к выполнению экстракорпоральной риносептопластики. Приведен клинический пример множественного перелома хрящевого отдела перегородки носа.

Ключевые слова: экстракорпоральная риносептопластика, искривление носовой перегородки.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сидоренков Д.А. — e-mail: d_sidorenkov@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-2910-1238
Липский К.Б. — e-mail: president@spras.ru; https://orcid.org/0000-0003-4659-1291
Аганесов Г.А. — e-mail: secretary@spras.ru; https://orcid.org/0000-0002-4501-9560
Горячих О.А. — e-mail: goryachikh.olga@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0002-4501-9560
Володин А.В. — e-mail: bolodin@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-5270-8217
Автор, ответственный за переписку: Горячих О.А. — e-mail: goryachikh.olga@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Сидоренков Д.А., Липский К.Б., Аганесов Г.А., Горячих О.А., Володин А.В. Экстракорпоральная риносептопластика из открытого риноластического доступа. *Вестник оториноларингологии*. 2019;84(4):22-24. https://doi.org/otorino20198404122

Topic of the article: extracorporeal rhinoseptoplasty technique of the open approach

© D.A. SIDORENKOV, K.B. LIPSKY, G.A. AGANESOV, O.A. GORYACHIKH, A.V. VOLODIN

Sechenov First Moscow State Medical University Moscow, Russia, 119435

ABSTRACT

In this article were represented a clinical examination and assessment of the effectiveness of the open extracorporeal rhinoseptoplasty technique perfomed in W. Gubisch modification. For the analysis of the results, patients were divided on the basis of the indications for extracorporeal rhinoseptoplasty in major groups. Performed clinical example of multiple fractures of cartilage department of the septum.

Key words: extracorporeal rhinoseptoplasty, deviated septum.

INFORMATION OF AUTHORS:

Sidorenkov D.A. — e-mail: d_sidorenkov@mail.ru; https://orcid.org/0000-0003-2910-1238
Lipsky K.B. — e-mail: president@spras.ru; https://orcid.org/0000-0003-4659-1291
Aganesov G.A. — e-mail: secretary@spras.ru; https://orcid.org/0000-0002-4501-9560
Goryachikh O.A. — e-mail: goryachikh.olga@yandex.ru; https://orcid.org/0000-0002-4501-9560
Volodin A.V. — e-mail: bolodin@mail.ru; https://orcid.org/0000-0002-5270-8217
Corresponding author: Goryachikh O.A. — e-mail: goryachikh.olga@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Sidorenkov D.A., Lipsky K.B., Aganesov G.A., Goryachikh O.A., Volodin A.V. Topic of the article: extracorporeal rhinoseptoplasty technique of the open approach. *Vestnik Otorinolaringolii*. 2019;84(4):22-24. (In Russ.). https://doi.org/ otorino20198404122

Принятые сокращения

ПАРМ — передняя активная риноманометрия
АР — акустическая ринометрия
МППС — минимальная площадь поперечного сечения
СОП — суммарный объем потока
СС — суммарное сопротивление
НК — носовой клапан

Пластические хирурги и отоларингологи уделяют особое внимание хрящевой части перегородки носа, которая является одной из ключевых структурных единиц носа, влияющих на функцию дыхания и форму наружного носа [1, 2].

Еще в 1952 г. E. King и F. Ashley, в 1958 г. P. Perret продемонстрировали на клинических примерах необходимость выполнения экстракорпоральной риносептопластики по показаниям, когда хрящевая часть перегородки носа деформирована, со множественными линиями переломов, нестабильна и не способна выполнять опорную функцию [3, 4].

С 1981 г. экстракорпоральная риносептопластика активно используется в клинической практике и за последние 35 лет стала классической техникой, в частности в случаях, когда хрящевую часть перегородки носа не удается ремоделировать на месте.

В 2005 г. W. Gubisch был опубликован собственный опыт выполнения экстракорпоральной риносептопластики 2119 пациентам. В период с 1981 по 2004 г. автор усовершенствовал и модифицировал метод экстракорпоральной риносептопластики, добившись стабильных результатов — отсутствия проседания перегородочного хряща и спинки носа, перфораций, вторичных деформаций и девиаций [5—9].

Данный метод убедительно доказал свою эффективность, однако, как свидетельствуют научные данные, на сегодняшний день не удается избежать таких редких осложнений, как нарушение носового дыхания, повторные девиации, деформация хрящевой части перегородки носа [10—12].

В данной статье выполнен ретроспективный анализ эффективности метода экстракорпоральной риносептопластики, выполненной в модификации W. Gubisch, из открытого ринопластического доступа с уточнением показаний и обоснованием использования.

Материал и методы

За период с 2005 по 2017 г. в исследовании принимали участие 284 пациента, которые были разделены на группы в зависимости от вида переломов и деформаций перегородочного хряща носа. Деформация хрящевой и/или костной части перегородки носа возникла вследствие травмы носа у 188 (66,2%), в результате аномалии развития костно-хрящевых структур (участвующих в формировании полости носа в период эмбриогенеза) — у 14 (4,9%) или после выполненной ранее септопластики — у 82 (28,9%) пациентов. С целью уточнения диагноза и выбора правильной тактики лечения мы проводили тщательное предоперационное обследование: сбор анамнеза с уточнением вида и временно́го промежутка травмы носа, риноскопию, риноманометрию, компьютерную томографию носа и придаточных пазух. Данные предоперационные виды обследования позволяют выявить нарушения носового дыхания, определить наличие дефектов и деформации костной и/или хрящевой части перегородки носа.

Приведено клиническое наблюдение пациента с показаниями к выполнению экстракорпоральной риносептопластики из открытого ринопластического доступа (по модификации W. Gubisch).

Клиническая картина характеризуется множественными переломами хрящевой части перегородки носа, что привело к стойкой ее деформации и частичному замещению линий переломов соединительнотканным компонентом. В результате этого хрящевая часть перегородки носа не способна держать форму и опору. Носовое дыхание нарушено **(рис. 1, на цв. вклейке)**.

Интраоперационно хрящевая часть перегородки носа выпрямлена шовным материалом нитью пролен 4.0, реплантирована в мукоперихондральный слой. Выполнена фиксация выпрямленной и укрепленной хрящевой части носовой перегородки к носовому отростку верхней челюсти, к верхнелатеральным хрящам носа, а также к носовым костям в верхнем отделе **(рис. 2, на цв. вклейке)**.

В послеоперационном периоде (через 6 мес) ремоделированная хрящевая часть перегородки носа сохраняет стабильную форму и опору. Дыхание свободное.

Носовое дыхание до и после выполненной экстракорпоральной риносептопластики мы оценивали объективными методами исследования: акустической ринометрией и передней активной риноманометрией. Исследования были проведены в положении пациента сидя в кабинете функциональной диагностики, где поддерживались постоянная комфортная температура (20—22 °С) и влажность воздуха (30%). Референсные показатели пациентов в возрасте от 18 до 57 лет, которые предъявляли жалобы на нарушения носового дыхания, показали: значение СС соответствовало 0,99±0,22 Па/см³/с, СОП — 494±153,3 см³/с, МППС составило 1,02±0,21 см². Объективную оценку носового дыхания — АР и ПАРМ проводили при помощи аппарата RhinoMetrics SRE2000 (производство Дания) [13, 14]. У 20 обследованных пациентов после выполненной ЭР в разные временны́е промежутки (12 мес), по данным ПАРМ среднее значение СС=1,05 Па/(см³*с), среднее значение СОП=429,43 см³/с. По данным АР среднее значение площади поперечного сечения полости носа на уровне носового клапана — МППС составило 1,00 см². По данным объективного метода исследования ПАРМ и АР можно сделать заключение, что после выполненной экстракорпоральной риносептопластики носовое дыхание улучшается.

Стабильную опору перегородочного хряща в послеоперационном периоде мы определяли пальпаторно через 3, 6 и 12 мес, риноскопии, компьютерной томографии, по данным анализа снимков до и после операции, а также по субъективным данным жалоб пациентов.

Пальпаторно в отдаленном послеоперационном периоде у всех наблюдаемых пациентов выявлена стабильность хрящевой части перегородки носа. Отечность покровных тканей наружного носа исчезала полностью через 12 мес.

Все клинические наблюдения в нашем исследовании показали, что хрящевая часть перегородки носа сохраняла срединное положение без девиаций, слизистая оболочка носа полностью восстанавливалась через 3 мес.

При компьютерной томографии носа и околоносовых пазух чаще всего мы наблюдали сочетанную девиацию и деформацию костного и хрящевого отделов перегородки носа. При наличии вышеперечисленных аспектов опоросспособность перегородочного хряща чаще всего нарушена и/или фактически отсутствует. Во всех клинических наблюдениях через 12 мес после выполненной экстракорпоральной риносептопластики хрящевая часть перегородки носа сохраняет срединное положение. Признаков деформации и вторичной девиации хрящевой части перегородки носа не выявлено.

Результаты и обсуждение

Клинические наблюдения 284 пациентов показали удовлетворительный эстетический результат формы наружного носа. В отдаленном послеоперационном периоде отмечены осложнения: длительный отек слизистой оболочки носа (частично затрудненное носовое дыхание), который был купирован приемом антигистаминных средств, — у 5 (1,7%) пациентов. Субмукоперихондральная гематома — у 2 (0,7%) пациентов возникла сразу после удаления силиконовых сплинтов через 7 дней после операции. Выполнена пункция гематом, далее послеоперационный реабилитационный период протекал без осложнений. Перфораций и вторичных девиаций хрящевой части перегородки носа не выявлено благодаря надежной фиксации хрящевой части перегородки носа к носовому отростку верхней челюсти (в нижнем отделе), к верхнелатеральным хрящам носа, а также в точке «K-zone», к носовым костям (в верхнем отделе). Во всех клинических наблюдениях получены стабильная опора хрящевой части перегородки носа и отсутствие его вторичной девиации, что также непосредственно влияет на гармоничные эстетические результаты формы наружного носа и свободное носовое дыхание.

Тщательное дооперационное обследование и планирование риносептопластики с выявлением дефектов, деформаций и аномалий развития хрящевой части перегородки носа, а также носового отростка верхней челюсти помогает избежать тяжелых послеоперационных осложнений, влияющих на стабильность и опору хрящевой части перегородки носа, а также является необходимым для пластического хирурга при выборе правильной оперативной тактики лечения. После выполнения экстракорпоральной риносептопластики из открытого ринопластического доступа с надежной фиксацией хрящевой части перегородки носа стабильность последнего сохраняется в отдаленном послеоперационном периоде.

На основании собственного опыта к показаниям для выполнения экстракорпоральной риносептопластики мы отнесли:

1. Выраженную сочетанную деформацию костного и хрящевого отделов перегородки носа;

2. Множественные переломы хрящевого отдела перегородки, приведшие к ее стойкой деформации и/или замещению линий переломов соединительнотканным компонентом;

3. Выраженное искривление переднего отдела хрящевой части перегородки носа;

4. Выраженную высокую девиацию перпендикулярной пластины, что требовало полного отделения перегородки в K-zone при наличии искривления хрящевой части перегородки носа;

5. Риносептопластику при аномалии развития костно-хрящевых структур (участвующих в формировании полости носа в период эмбриогенеза) с отсутствием носового отростка верхней челюсти;

6. Вторичную риносептопластику при отсутствии опороспособности перегородки носа после использования методик, разрушающих целостность хряща.

У пациентов после экстракорпоральной риносептопластики, выполненной из открытого ринопластического доступа, по данным осмотра, физикальных тестов и компьютерной томографии носа и придаточных пазух отмечены хорошие отдаленные результаты, такие как стабильная опора хрящевой части перегородки носа, отсутствие ее вторичных девиаций и перфораций, восстановленное и свободное носовое дыхание, гармоничная форма носа.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gubisch W. Extracorporeal septoplasty — how we do it at marienhospital stuttgart Germany. Indian J. Otolaryngol. *Head Neck Surg.* 2008 (January-March);60:16-19.
2. Freer OT. The correction of deflections of the nasal septum with minimum of traumatization. *JAMA* 1902;4:61-9.
3. King ED, Ashley FL. The correction of the internally and externally deviated nose. *Plast Reconstr Surg* (1946). 1952;10(2):116-120.
4. Perret P. Correction chirurgicale des nez devies. *Pract Otorhinolaryngol* (Basel). 1958;20:115-124.
5. Gubisch W. Zum Problem der Spaltnasenkorrectur bei einseitigen Spaltbildungen. *HNO.* 1989;37:415-422.
6. Gubisch W. The extracorporeal septum plasty: a technique to correct difficult nasal deformities. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95:672-682.
7. Gubisch W, Constantinescu MA. Refinements in extracorporeal septoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104:1131-1140.
8. Gubisch W. Das schwierige Septum. *HNO.* 1988;36:286-289.
9. Gubisch W, Reichert H, Schuffenecker J, Widmaier W. *Aesthetische und functionelle wiederherstellung nachnasentraumen durch septum-replantation*. In: Jungbluth KH, Mommsen U, eds. Plast und wiederherstellende Massnahmen bei Unfallverletzungen. NewYork: Springer-Verlag NY Inc;1984:314.
10. Bloom JD, Kaplan SE, Bleier BS, Goldstein SA. Septoplasty complications: avoidance and management. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009;42(3):463-481.
11. Senyuva C, Yücel A, Aydin Y, Okur I, Güzel Z. Extracorporeal septoplasty combined with open rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1997;21(4):233-239.
12. Bachman W, Legler U. Studies on the structure and function of the anterior section of the nose by means of luminal impressions. *Act otolaryngol.* 1972;73:433-442.
13. Paccoi P, Di Peco V. Septal cartilage graft for nasal valve incompetence associated with deviated septum. *Amer J Rhinol.* 2007;21:5: 622-625.
14. Haavisto LE, Sipila JI. Acoustic rhinometry, rhinomanometry and visual analogue scale before and after septal surgery: A prospective 10-year follow-up. *Clin Otolaryngol.* 2013;38(1):23-29.

Поступила 06.08.18
Received 06.08.18
Принята в печать 11.12.18
Accepted 11.12.18