

УДК 616.21(075.8)

С.А. ТАУКЕЛЕВА, В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.М. БУЛДАКОВ, М.Ж. АУЕЛБАЕВ

Городская клиническая больница №5, г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ – ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОСТЕОКОНХОТОМИЕЙ

В представленном научном исследовании обоснована актуальность поиска новых способов хирургических пособий при гипертрофическом рините. Дана краткая характеристика патогенеза развития гиперплазии слизистой полости носа, его морфология, клиника и перечислены осложнения. Обоснована необходимость хирургической коррекции носового дыхания. Материалом собственных исследований явились результаты выполненной остеоконхотомии у 95 (100%) пациентов. При этом выявлены клинические преимущества внедренной методики. Проведен анализ недостатков традиционной вазотомии нижних носовых раковин, дано их морфофункциональное обоснование.

Сделаны выводы о преимуществах остеоконхотомии, возможности одномоментного сочетанного использования методики с другими оперативными вмешательствами в полости носа.

Ключевые слова: гипертрофический ринит, хирургическая коррекция, традиционная вазотомия, преимущества остеоконхотомии.

Под хроническим гипертрофическим ринитом понимают хроническое воспаление слизистой оболочки носа, основным патоморфологическим признаком которого является гипертрофия межучной ткани и железистого аппарата, обусловленная дегенеративными тканевыми процессами, в основе которых лежит нарушение адаптационно-трофических дисфункций слизистой верхних дыхательных путей.

Хронический гипертрофический ринит – самая частая и распространенная форма патологии слизистой полости, которая представляет собой одну из последних стадий развития хронического катарального ринита, развивающегося постепенно в течение многих лет у больных, страдающих хроническим катаральным воспалением слизистой оболочки носа. Однако эволюция хронического катарального ринита в хронический гипертрофический ринит не является обязательным следствием первого. Вероятно, такое развитие процесса обусловлено рядом внешних (профвредности, табакокурение, злоупотребление алкоголем) и внутренних (нарушение трофической функции вегетативной нервной системы, аллергия и др.) факторов. Возможно, определенное значение имеют индивидуальные конституциональные и генетические особенности, способствующие возникновению пролиферативных процессов в локусах длительного воспаления. Хронический гипертрофический ринит делится на диффузный и ограниченный (локальный). Каждая из этих форм гипертрофии слизистой полости носа требует своего метода хирургического лечения, тогда как консервативная терапия приблизительно равнозначна.

Хронический гипертрофический диффузный ринит характеризуется диффузной гипертрофией внутриносовых тканей с преимущественной локализацией в области носовых раковин. Эта форма хронического ринита чаще встречается у мужчин зрелого возраста и обусловлена теми же причинами, что и хронический катаральный ринит. Существенную роль в возникновении хронического гипертрофического диффузного ринита играют очаги инфекции в соседних ЛОР-органах, неблагоприятные климатические и производственные условия, вредные бытовые привычки, аллергия и т.д.

При хроническом гипертрофическом диффузном рините гипертрофические (гиперпластические) процессы развиваются медленно и касаются сначала нижних, а затем средних носовых раковин и остальных участков слизистой оболочки носа. Наиболее выражен этот процесс в области переднего и заднего концов нижней носовой раковины.

В патогенезе хронического гипертрофического диффузного ринита важную роль играют такие факторы, как хроническое воспаление, нарушение микроциркуляции, кислородное голодание тканей, извращение их метаболизма, снижение местного иммунитета и активизация сапрофитных микроорганизмов.

В первой фазе хронического гипертрофического диффузного ринита больные нередко жалуются на перемежающееся ухудшение носового дыхания, типичное для вазомоторного ринита, в дальнейшем затруднение или практически отсутствие носового дыхания становится постоянным. Больной постоянно пребывает с открытым ртом и закрывает его лишь тогда, когда обращает внимание на этот свой «дефект». Во время ходьбы, бега и другой физической нагрузки обеспечение организма кислородом возможно лишь при ротовом дыхании. В покое при закрытом рте больной с выраженной обструкцией носовых ходов может реализовывать форсированное дыхание через нос всего лишь на несколько секунд дольше, чем при пробной задержке дыхания. Голос больных отличается гнусавостью; при данном поражении, в отличие от таковой при параличе мягкого нёба, называемой закрытой гнусавостью (rhynalia clausa), при параличе мягкого нёба – открытой гнусавостью (rhynalia aperta). Таким образом, клинические проявления гипертрофического ринита значительно снижают качество жизни.

При передней риноскопии в первой патоморфологической фазе можно наблюдать практически нормальное состояние нижних носовых раковин, несмотря на то, что больной предъявляет жалобы на затруднение носового дыхания. Это обусловлено адренергической ситуационной реакцией «на врача» сохраняющих свою функцию вазоконстрикторов венозных сплетений. Таковая же реакция в этой фазе обнаруживается при смазывании нижних носовых раковин раствором адреналина. В дальнейшем феномен

рефлекторной и медикаментозной деконгестии снижается и полностью исчезает. Такие изменения в практике оториноларинголога трактуются как истинная гипертрофия.

Эндоскопическая картина полости носа характеризуется следующими проявлениями: носовые ходы обтурированы увеличенными плотными нижней и средней носовыми раковинами. При этом средняя носовая раковина приобретает буллезный или отечный вид, спускается до уровня нижних носовых раковин. В носовых ходах определяются слизистые или слизисто-гнойные выделения. В фазе соединительнотканной гипертрофии поверхность нижних носовых раковин становится бугристой, иногда полипозно-измененной. Цвет слизистой оболочки носовых раковин эволюционирует в зависимости от патоморфологической фазы – от розовато-синюшного до выраженной гиперемии с последующим приобретением серовато-синюшной окраски. При задней риноскопии обращают на себя внимание синюшный цвет слизистой оболочки носа и гипертрофированные, отечные, синюшные, покрытые слизистыми выделениями задние концы нижних носовых раковин, нередко свисающие в полость носоглотки. Такие же изменения могут касаться и средних носовых раковин. Аналогичные изменения могут наблюдаться в области заднего края перегородки носа. Возникающие здесь отёк и гипертрофия слизистой оболочки располагаются с обеих сторон в виде полипоподобных образований, получивших за рубежом название «крылышки». Клиническое течение хронического гипертрофического диффузного ринита длительное, медленно прогрессирующее, которое без соответствующего лечения может продолжаться до глубокой старости.

Помимо тяжести клинических проявлений гипертрофические риниты опасны тяжестью и разнообразием осложнений. Это острые и хронические евстахииты и tuboотиты, обусловленные обструкцией носоглоточных устьев слуховой трубы отечной и гипертрофированной слизистой оболочки носоглотки и задних концов нижних носовых раковин. Кроме того, гипертрофический ринит часто провоцирует развитие синуситов, аденоидитов, фарингитов, трахеобронхитов, дакриоциститов, конъюнктивитов и др. Часто хронический гипертрофический диффузный ринит приводит к воспалительным заболеваниям нижних дыхательных путей, нарушению функций органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, различным печеночным и почечным синдромам.

Таким образом, актуальность проблемы гипертрофического ринита обусловлена в первую очередь распространенностью этой патологии, тяжестью клинических проявлений, значительно ухудшающих качество жизни, а также значительным количеством возможных осложнений, приводящих к функциональным расстройствам многих органов и систем. Поэтому поиск новых и эффективных методов лечения, стойко восстанавливающих носовое дыхание, является актуальной проблемой оториноларингологии.

Цель нашего исследования – разработка и оценка эффективности хирургического способа быстрого восстановления носового дыхания методом остеоконхотомии по сравнению с классической вазотомией нижних носовых раковин при гипертрофическом рините, а также сочетание этого хирургического пособия с септопластикой носовой перегородки.

Метод остеоконхотомии нижних носовых раковин заключается в рассечении слизистой нижней носовой

раковины в области её переднего конца, отслойки костной раковины и удалении его переднего отдела. Преимуществом предлагаемого метода, по сравнению с классической вазотомией, является более надежное сокращение нижней носовой раковины не только за счет гипертрофированных мягких тканей, но и костных структур, с сохранением самой раковины и её функционального предназначения. В свою очередь эта методика не противоречит принципам, органосохраняющей эндоскопической ринопластики.

Материал и методы

Нами проведен анализ результатов выполнения остеоконхотомии за последний год, со дня внедрения этого способа в повседневную хирургическую практику первого хозрасчетного отделения 5 городской клинической больницы.

Всего таких операций нами выполнено у 95 (100%) больных. Самостоятельно остеоконхотомия выполнялась нами достаточно редко. Как правило, это были пациенты с проявлениями гипертрофического ринита, на фоне длительно текущего медикаментозного ринита – от года и более. Таких больных было 10 (19,5%). Необходимо отметить, что среди них преобладающим контингентом были женщины (8 женщин и 2 мужчины), как правило, молодого возраста, которым применялись различные способы консервативной терапии, но они не привели к отказу от назодеконгестантов и сокращению гипертрофии раковин.

У остальных 85 (89,5%) остеоконхотомия выполнялась в сочетании с септопластикой носовой перегородки. Показанием к этим операциям являлась деформация носовой перегородки, сопровождающаяся длительным хроническим ринитом, в результате которого развилась стойкая гипертрофия слизистой носовой полости. Среди этой группы больных большинство были мужчины. Всего мужчин 79 – 83,2% и только 6 женщин – 1,0%.

Результаты и обсуждение

Результаты выполненных операций показали, что в послеоперационном периоде наступало стойкое улучшение носового дыхания без рецидива процесса. Кровотечение, при выполнении оперативного пособия – остеоконхотомии, было незначительным, и заживление происходило в более ранние сроки. В период ранней реконвалесценции и в более отдаленные сроки наблюдения ни у одного из прооперированных больных не наступило рецидива гипертрофии слизистой нижней носовой раковины. Сокращение слизистой гипертрофированной средней носовой раковины и других отделов полости носа происходило в более короткие сроки за счет свободного носового дыхания и купирования явлений воспаления, уже в ранний послеоперационный период, а именно в течение 7-9 дней.

При сравнительном анализе с традиционной вазотомией нижних носовых раковин, выполнявшейся в нашей клинике во всех аналогичных клинических проявлениях гипертрофического ринита, раковины не всегда полноценно сокращались, во время вмешательства отмечалось достаточно профузное кровотечение, которое купировалось только тугой передней тампонадой, соответственно удлинялись период полного заживления и купирование явлений хронического ринита.

Учитывая полученные результаты клинических исследований по внедрению остеоконхотомии, следует отметить, что при истинной гипертрофии эндоназальных анатомиче-

ских образований, в частности нижней и средней носовой раковины, местное неоперативное лечение может приносить лишь временное улучшение носового дыхания. Основным лечением при хроническом гипертрофическом диффузном рините все-таки остаётся хирургическое.

Существующие хирургические методы лечения гипертрофического ринита достаточно разнообразны. Но суть их сводится к одному – травма сосудов кавернозных тел нижних носовых раковин. При этом развивается соединительная ткань, которая, в свою очередь, препятствует венозному застою и не даёт возможности раковинам увеличиваться в объеме. Безусловно, рассечение кавернозной ткани подслизистого слоя нижних носовых раковин – более травматичное вмешательство по сравнению с внедренной нами остеоконхотомией. Поэтому сравнительный анализ двух методов сокращения гипертрофированной слизистой полости носа показал преимущества более щадящей остеоконхотомии.

Выводы

1. Остеоконхотомия – достаточно эффективный и надежный способ сокращения нижних носовых раковин при гипертрофическом рините, который не дает рецидива, быстро восстанавливает носовое дыхание, не сопровождается профузными кровотечениями.

2. Остеоконхотомия может выполняться как самостоятельное оперативное пособие, так и хорошо сочетается с другими оперативными пособиями в полости носа.

3. Гипертрофия носовых раковин чаще встречается у лиц мужского пола, чем у женщин, и, как правило, бывает следствием хронического ринита, развивающегося на фоне затрудненного носового дыхания при деформациях носовой перегородки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Винницкий М.В. Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин при гипертрофическом и вазомоторном рините: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1978. – 19 с.
- 2 Есипов А.Л. Изменение кавернозных тел носовых раковин при гипертрофическом рините // Вестник оториноларингологии. – 1999. – №6. – С. 29–34
- 3 Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – Москва: Мед. инф. агентство. – 2006. – 608 с.
- 4 Атлас США. Руководство по радиоволновой хирургии в оториноларингологии. – 2013. – 20 с.
- 5 Ballinger J.J. Simposiums. The nose versus the environment // Laringoscope. – 2006. – Vol. 87, №1. – P. 53–59
- 6 Cauna N., Hinderer K. H. Pine structure of blood vessels of the human nasal mucosa // Rinology – 2012. – Vol. 56. – P. 54–52
- 7 Har – el Y., Stavitsky D. Turbinoplasty for concha bullosa: A Non – synechia-forming alternative to middle turbinectomy // Rinology. – 2012. – V. 32, №3. – P. 23–26

Т Ы Ж Ы Р Ы М

С.А. ТАУКЕЛЕВА, В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.М. БУЛДАКОВ, М.Ж. АУЕЛБАЕВ

№5 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

ГИПЕРТРОФИЯЛЫҚ РИНИТТИ ХИРУРГИЯЛЫҚ ӘДІС – ХИРУРГИЯЛЫҚ ОСТЕОКОНХОТОМИЯМЕН ЕМДЕУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақсаты: гипертрофиялық ринит кезіндегі төменгі мұрын қалқанының классикалық вазотомиясымен салыстырғандағы остеоконхотомия тәсілімен мұрын тынысын жылдам қалпына

келтірудің хирургиялық әдісінің тиімділігін тексеру және бағалау, сондай-ақ осы хирургиялық құралдың мұрын қалқасының септопластикасымен үйлестіру.

Материал және әдістер: Өзіндік зерттеудің материалы болып 95 (100%) емделушілерде жүргізілген остеоконхотомия нәтижелері табылады.

Өздігінен остеоконхотомия сирек орындалады. Әдетте, бұл гипертрофиялық ринит байқалған емделушілер болды. Мұндай науқастар 10 (19.5%) болды, негізінен, консерваторлық терапияның түрлі тәсілдері қолданылған жас әйелдер (8), бірақ олар назодеконгестанттардан бас тартуға және қалқан гипертрофиясының қысқаруына алып келмеді.

Қалған 85(89.5%) емделушілерде остеоконхотомия мұрын қалқасының септопластикасымен үйлесе жүргізілді. Емделушілердің бұл тобында көбісі ер адамдар болды.

Нәтижелер және талқылаулар: Жүргізілген операциялардың нәтижелері операциядан кейінгі кезеңде процестің рецидивінсіз мұрын тынысының тұрақты жақсара бастауын көрсетті. Ерте реконвалесценция және байқаудың кейінгі мерзімдері кезеңінде операция жасалған емделушілердің бірде біреуінде төменгі мұрын қалқаны шырышты қабаты гипертрофиясының рецидиві басталмады. Шырышты гипертрофияланған орта мұрын қалқанының қысқаруы мұрынның еркін тыныс алуы және қабыну құбылыстарының тоқтауы есебінен қысқа мерзімде жүзеге асты.

Қорытындылар: Остеоконхотомия гипертрофиялық ринит кезінде төменгі мұрын қалқандарын қысқартудың айтарлықтай тиімді және сенімді тәсілі болып табылады, өзіндік оперативті құрал ретінде де, мұрын қуысында өзге де оперативті құралдармен үйлесе де орындала алады.

Негізгі сөздер: гипертрофиялық ринит, хирургиялық түзету, дәстүрлі вазотомия, остеоконхотомия басымдықтары.

S U M M A R Y

S.A. TAUKELEVA, V.I. GRIGORENKO, A.S. OMIRKHANOVA, A.M. BULDAKOV, M.Zh. AUELBAEV

City Clinical Hospital No.5, Almaty c.

PECULIARITIES OF THERAPY OF HYPERTROPHIC RHINITIS BY MEANS OF SURGICAL TREATMENT – SURGICAL OSTEOCONCHOTOMY

Goal: development and estimation of efficiency of surgical method of nasal breathing quick recovery by means of osteoconchotomy comparing to the classical vasotomy of inferior nasal concha in the setting of hypertrophic rhinitis as well as combination of this surgical guidelines with nasal septum septoplasty.

Material and methods: Materials of our own researches are results of the performed osteoconchotomy in 95 (100%) patients.

Osteoconchotomy alone was not carried out often. As a rule, these were the patients with hypertrophic rhinitis manifestation. There were 10 (19.5%) such patients, young women mainly (8), who underwent various types of conservative therapy, but they did not lead to the refusal of nasal decongestants and reduction of concha hypertrophy.

The others 85 (89.5%) underwent osteoconchotomy in association with nasal septum septoplasty. Men were in the majority in this group of patients.

Results and discussion: Results of the surgeries performed showed that constant improvement of nasal breathing occurred in the postoperative period without the process recurrence. In the period of early recovery and during the further observation time no one of the operated patients had a recurrence of hypertrophy of inferior nasal concha mucous membrane. Reduction of mucous membrane of hypertrophic middle nasal concha occurred in shorter period by means of free nasal breathing and arresting of inflammatory state.

Conclusions: Osteoconchotomy is a quite effective and reliable way of inferior nasal concha reduction in the setting of hypertrophic rhinitis, it can be carried out as an independent surgical guidelines and counterparts well with other surgical guidelines in nasal cavity.

Key words: hypertrophic rhinitis, surgical correction, traditional vasotomy, advantages of osteoconchotomy.