

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԻԻԹԱՐ ՀԵՐԱՏՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԹԵԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼ ՍԱՐԱԼ

ԱՆԱՆՅԱՆ ԳՈՌ ԳՆԵԼ Ի

**ՌԻՆՈՍԵՊՏՈՂԱՍՏԻԿԱՆ ԵՎ ՀԱՐՔՁԱՅԻՆ ԽՈՈՈՉՆԵՐԻ
ԱԽՏԱՀԱՐՈՒ ՄԼԵՐԻ ՆԵՐԴԻՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿՑԿԱԾ
ՄԻՋԱՍՏՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԵՎ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ
ՀԻՄՆԱԿՈՐՈՒ ՄԸ**

**ԺԴ.00.18– «Քթի, կոկորդի և ականջի հիվանդու թյ ու ննեք»
մասնագիտու թյ ամբ
բժշ կական գիտու թյ ու ննեքի թեկնածու ի
գիտական աստիճանի հայ ցման արե նախտու թյ ան**

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ – 2016

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ

АНАНЯН ГОР ГНЕЛОВИЧ

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ
ОДНОМОМЕНТНОЙ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ И
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности**

14.00.18– «Болезни уха, горла, носа»

ЕРЕВАН – 2016

Արե նախտու թյ ան թեման հաստատվել է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշ կական համալ սարանի գիտակորդինացիոն խորհրդի նիստում

Գիտական ղեկավար	բ.գ.դ.,	պրոֆ.	Ա.Կ.
Շուքուրյան			
Պաշտական ընդիմախոսներ	բ.գ.դ.,	պրոֆ.	Ն.Ա.
Լուսինյան			

Առաջ առար կազմակերպչ ու ն

բ.գ.թ., դոց. Ա.Մ. Մուրադյան
«Արաբկիր» բժշկական
համալիր
Երեխաների և
դեռահասների
ամողջության ինստիտուտ

Պաշտպանությունը կայանալու է 2016թ. սեպտեմբերի 5-ին, ժամը 15⁰⁰-ին Երևանի Մ. Յերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի

025 - «Աչքի, ԼՕՌ հիվանդություններ և ստոմատոլոգիա» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, Երևան, 0025, Կոռյունի փ. 2)

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Երևանի Մ. Յերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրը ամբողջ է 2016թ. օգոստոսի 2-ին:

Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար՝
Մարգարյան



բ.գ.դ., պրոֆ. Ա.Մ. Մուրադյան

Тема диссертации утверждена на заседании научно-координационного совета Ереванского Государственного Медицинского Университета имени М. Гераци

Научный руководитель

д.м.н., проф. Шукурян А.К.

Официальные оппоненты

д.м.н., проф. Лусинян Н.А.
к.м.н., доц. Мурадян А.М.

Ведущая организация

«Арабкир» медицинский комплекс-институт здоровья детей и подростков

Защита состоится 5 сентября 2016г. в 15⁰⁰ на заседании 025 специализированного совета «Глазные, ЛОР болезни и стоматология» при Ереванском Государственном Медицинском Университете им. М. Гераци (РА, 0025, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци.

Автореферат разослан 2 августа 2016г.

Ученый секретарь
специализированного совета
**ОБЩАЯ
РАБОТЫ**



д.м.н., проф. Маркарян М.М.
ХАРАКТЕРИСТИКА

Актуальность

темы

Ринокорректирующие вмешательства наиболее распространенные операции в оториноларингологии, пластической и челюстнолицевой хирургии, и включают широкий диапазон хирургических вмешательств, направленных на

восстановление врожденных и приобретенных деформаций структур носа (Анготоева И.Б., 2004; Базаркина К.П., 2015; Козлов В.С., 2013).

Ринопластика была и остается одной из наиболее часто выполняемых эстетических операций, где постоянно появляются различные доступы и модификации. Однако хирург, имеющий перед собой задачу исправить больному форму наружного носа в процессе хирургического вмешательства, обязан выполнить одновременно операции, направленные на восстановление дыхательной функции (Азнаурян В.А. 1993; Бабияк В.И., 2009).

Как известно, комбинированные дефекты, деформации наружных и внутренних структур носа характеризуются тесной взаимосвязью, непрерывностью и одновременностью перехода повреждения одной анатомической части - наружный нос, в другую, - внутриносовые структуры (Белоусов А.Е., 1998).

В последнее время многие специалисты проявляют интерес к ринопластическим операциям, при этом стараются устранить деформацию наружного носа и не уделяют достаточного внимания сохранению или восстановлению функций полости носа и околоносовых пазух. Необходимо учитывать, что при выполнении ринопластики помимо эстетических задач надо решать более трудные задачи - восстановление функций носа (Жолобов В.Т., 2001; Алексанян Т.А., 2011).

Выраженная деформация наружного носа, как правило, сопровождается искривлением перегородки носа и нарушением дыхательной функции. Это не только отрицательно влияет на целый ряд физиологических процессов, но и способствует развитию хронического воспаления в околоносовых пазухах (Алексанян Т.А. 2011, Базаркина К.П. 2015).

Современные достижения медицины позволяют расширить диапазон сочетанных хирургических вмешательств. В литературе до сегодняшнего дня не освещены вопросы, относительно выполнения типичных вариантов сочетанных операций при деформациях наружного носа, носовой перегородки, структур латеральной стенки полости носа, патологических, в частности, негнойных процессах в областях остеомаатального комплекса и других соустьях околоносовых пазух и самих пазух, - полипозных разрастаниях, кистовидных растяжениях придаточных пазух носа (Белоусов А.Е., 1998; Гаджимирзаев Г.А., 2012).

В настоящее время, с получением новых знаний об анатомо-физиологических особенностях наружного носа и внутриносовых структур, при наличии технического обеспечения диагностики (эндоскопия, компьютерная томография, и т.д.), наличии антибиотиков, щадящем подходе к тканям, возможно и необходимо выполнять одновременно весь объем хирургического вмешательства (Гавриленко Ю.В., 2014; Бабияк В.И., 2009).

Все вышеизложенное и обусловило проведение настоящего исследования.

Цель исследования

Клинико-функциональное обоснование возможности и необходимости проведения одномоментной риносептопластики и функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух с систематизацией основных этапов комплекса реабилитации больных с деформациями структур носа в сочетании с патологией околоносовых пазух.

Задачи:

1. выяснить частоту негнойных поражений в структуре общей заболеваемости околоносовых пазух, а также в сочетании с деформациями наружного носа и внутриносовых структур;
2. изучить анатомические особенности и нарушения эндоназальных структур, при негнойных поражениях околоносовых пазух, у больных с врожденными и приобретенными деформациями наружного носа;
3. изучить состояние дыхательной функции при деформации наружного носа и внутриносовых структур при наличии негнойной патологии его придаточных пазух;
4. определение этапов и методов одномоментных органосохраняющих вмешательств на пирамиде наружного носа, его опорных структурах, слизистой оболочке носовой полости и придаточных пазух;
5. дать оценку эффективности одномоментного хирургического лечения по восстановлению эстетической и дыхательной функций носа, с санацией околоносовых пазух;
6. усовершенствовать методы прогнозирования результатов хирургической реабилитации больных с комбинированными нарушениями структур носа и патологией околоносовых пазух на основании клинико-функционального исследования.

Научная новизна

1. Обоснована и доказана возможность одномоментного хирургического лечения у больных с деформациями структур носа в сочетании с патологией околоносовых пазух.
2. Разработаны и внедрены алгоритмы оптимального объема дооперационного обследования и подготовки этих больных.
3. Разработан алгоритм хирургического вмешательства в зависимости от типа деформации носа, сочетания ее с патологией внутриносовых структур и околоносовых пазух.
4. По результатам динамического наблюдения в послеоперационном периоде дана оценка результатам проведенного хирургического лечения, которая дала возможность обосновать практические рекомендации по лечению больных с деформациями структур носа в сочетании с патологией околоносовых пазух.

Научно-практическая значимость работы.

- Предложены современные методы обследования больных и диагностики заболевания - компьютерная томография, МРТ обследование, передняя активная риноманометрия, эндоскопическое исследование полости носа, которые дали возможность точно установить распространенность и вид патологии, с целью планирования оптимального хирургического лечения.
- Обоснование и значительное расширение общепринятых принципов и показаний к одномоментным корригирующим и saniрующим операциям с применением оптимизированных эндоскопических методик и хирургического инструментария, дает возможность исключить многоэтапность оперативных вмешательств, сокращает сроки пребывания больных в стационаре.
- Разработаны рекомендации по ведению послеоперационного периода, срокам пребывания в стационаре, амбулаторному и динамическому

наблюдению больных с различными деформациями структур носа в сочетании с патологией околоносовых пазух.

- Сравнительная оценка существующих и предложенных усовершенствованных методов одномоментной риносептопластики и санации околоносовых пазух позволяет выявить и прогнозировать возможные осложнения при ринокорректирующих вмешательствах, что является основой профилактики ятрогенных осложнений в практической ринологии.

Апробация диссертации

Основные положения работы представлены на заседании Ассоциации Армянских Оториноларингологов 26.10.2009, Ереван; Открытом Конгрессе Ассоциации Армянских Оториноларингологов 26.10.2012, Ереван; XX-ом Всемирном Конгрессе Международной Федерации Ассоциаций Оториноларингологов, июнь 1-5, 2013, Сеул, Корея; VI-ом Межрегиональном Научно-практическом симпозиуме «Современные технологии профилактической и реабилитационной медицины», апрель 17-18, 2014, Тюмень, Россия; Международной Конференции «Современные проблемы оториноларингологии», 10.10.2014, Ереван; Международной Конференции «Современные проблемы медицинской науки», посвященной 95-летию ЕРГМУ, октябрь 12-15, Ереван, 2015; на заседании Научно-координационного совета ЕРГМУ, 29 июня, 2016г.

Публикации

Основные положения диссертации изложены в 5 опубликованных научных статьях.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 141 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, из трех глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 187 источников литературы. Работа иллюстрирована 13 таблицами и 40 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением в периоде с 2009 по 2015гг. находились 129 больных с врожденными и приобретенными деформациями наружного носа и внутриносовых структур в сочетании с негнойной патологией околоносовых пазух различной локализации, получивших оперативное лечение в службе ЛОР болезней МЦ Наири, базе кафедры ЛОР болезней ЕРГМУ.

Это количество прооперированных больных составило 9,2% из общего числа (1408) выполненных в указанном периоде риносептопластик в ЛОР службе МЦ Наири, у больных с различными деформациями наружного носа и внутриносовых структур (в том числе с негнойной патологией околоносовых пазух).

В исследование включены также данные 20 больных, у которых была произведена одномоментная риносептопластика и санация околоносовых пазух в ЛОР отделении больницы ArabellaHaus (Мюнхен, Германия) в периоде с 17.03. по 15.09.2014г.

Указанное число 20 проведенных риносептопластик с санацией околоносовых пазух составило 7,6% из 262 прооперированных больных с различными деформациями наружного носа и внутриносовых структур в указанной клинике.

Таким образом, общее число наблюдаемых больных с различными деформациями структур носа и негнойной патологией околоносовых пазух составило 149. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Обобщенное число риносептопластик с санацией околоносовых пазух.
Распределение больных по полу и возрасту.**

ПОЛ	ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ			Всего	%
	17 – 25 л	26 – 35 л	36 л и <		
Мужчины	16	14	7	37	24,8%
Женщины	48	49	15	112	75,2%
Всего	62	59	22	149	
%	41,6%	39,6%	14,8%	100%	

Как видно из вышеуказанных данных, наиболее высокая обращаемость из общего числа прооперированных больных замечалась у пациентов первой возрастной группы, - 62 больных, что составляет 41,6% от общего числа наблюдаемых больных. Несколько меньше была обращаемость у второй возрастной группы, - 59 больных (39,6%). Наименьшее число наблюдаемых больных отмечено у третьей (36<) возрастной группы, - 22 (14,8%).

Следует отметить, что наибольшая обращаемость у больных комбинированными деформациями структур носа с наличием негнойной патологии околоносовых пазух зафиксирована у больных женского пола – 112, что составило 72,5% от общего числа наблюдаемых больных, что почти в 3 раза превышает число больных мужского пола – 37 (24,8%).

Таким образом, наибольшее количество больных приходилось на социально активные возрастные группы от 17 до 35 лет, что составило 121 больной и 85,2% от числа прооперированных больных. Это объясняется прежде всего тем, что данная возрастная группа более активная часть населения, и это обстоятельство, нередко приводит к спортивным и бытовым травмам. В то же время представители указанных возрастных групп более требовательны к своей внешности и стараются изменить ее в лучшую сторону.

На основании проведенных обследований было выявлено сочетание различных деформаций наружного носа, искривления носовой перегородки, сопутствующего гипертрофического ринита, с синехиями, с наличием воспаления околоносовых пазух различной этиологии.

Допустимым сочетанием для проведения одномоментной риносептопластики и санации придаточных пазух, по нашему мнению, являются негнойная патология придаточных пазух, а именно гиперпластический, катаральный гайморит различной степени, который присутствует в большинстве случаев, вследствие нарушения носового дыхания, а также кистозное, полипозное перерождение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. Подавляющее число больных, получившие хирургическое лечение с деформациями структур носа и негнойной патологией околоносовых пазух, были больные с наличием кист в верхнечелюстных пазухах различной локализации, - 141 больной, что составило 96,4% от общего числа наблюдаемых больных. Распределение больных по локализации кист, а также по полу и возрасту представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение больных с деформациями структур носа и наличием кист верхнечелюстных пазух, по локализации, полу, возрасту.

Пол	Возраст	Клинический диагноз	Всего %
		ДНН+ДПН+ХГР+Кисты верхнечелюстных пазух	

		Справа	Слева	Справа Слева		
Мужской	18-25	6	5	5	16 11,35%	37 26,24%
	26-35	4	5	5	14 9,93%	
	>35	3	3	1	7 4,96%	
Женский	18-25	21	17	7	45 31,91%	104 73,76%
	26-35	12	22	13	47 33,33%	
	>35	2	8	2	12 8,51%	
Всего %		48 34,04%	60 42,55%	33 23,4%	141	

Примечания: **ДНН** – деформация наружного носа; **ДПН** – деформация перегородки носа;

ХГР – хронический гипертрофический ринит

В одном случае, у больной 28 лет, из указанной группы прооперированных больных, помимо нарушений структур носа и кистозным поражением околоносовых пазух было установлено также наличие хоанального (конхохоанального) полипа.

Необходимо отметить, что в 6 случаях прооперированных больных женского пола, во всех возрастных категориях, наряду с деформациями структур носа и кистами околоносовых пазух, выявлены синехии различной локализации, возникшие в результате перенесенных ранее вмешательств, причем у двоих больных в правой и левой верхнечелюстных пазухах, соответственно, были также выявлены и удалены plombировочные материалы, которые оказались в пазухах после санации зубов в прошлом.

Кроме вышеуказанных больных, в 5 других случаях, из всех возрастных групп, вместе с выполнением риносептопластики, наряду с удалением кист из верхнечелюстных пазух, были удалены также plombировочные материалы.

В остальных 8 случаях, что составило 5,4% от общего числа наблюдаемых больных, которые были представительницами женского пола, были выявлены, наряду с деформациями структур носа, также полипы верхнечелюстных пазух различной локализации. В указанных случаях, необходимо отметить, что полипозным процессом были затронуты только верхнечелюстные пазухи, клетки этмоидальных пазух не были затронуты патологическим процессом. Указанные больные получили консультацию и находились под наблюдением аллерголога, и получили соответствующую противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, как в предоперационном периоде, так и после вмешательства.

Распределение больных с полипозом околоносовых пазух по локализации процесса в верхнечелюстных пазухах, а также по полу и возрастным группам представлены в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных с деформациями структур носа и наличием полипов верхнечелюстных пазух, по локализации, полу, возрасту.

Пол	Возраст	ДНН+ДПН+ХГ Р+ полипы ПГП	ДНН+ДПН+ХГ Р+ полипы ЛГП	ДНН+ДПН+ХГ Р+ полипы ПГП+ ЛГП	Всего
Женский	18-25	1	2	0	3
	26-35	1	1	0	2
	>35	1	0	2	3
Всего		3	3	2	8

Примечания:

ДНН – деформация наружного носа; *ДПН* – деформация перегородки носа;

ХГР – хронический гипертрофический ринит; *ПГП* – правая гайморовая пазуха;

ЛГП – левая гайморовая пазуха.

В результате клинического наблюдения указанного контингента больных можно заключить, что такое распределение больных с сочетанными нарушениями наружных и внутренних структур носа и негнойной патологией околоносовых пазух объясняется анатомо-физиологическими, антропометрическими, национальными особенностями, а также климатическими условиями Армении, возросшей травматизацией населения, интенсивным загрязнением окружающей среды, что приводит к повышенной аллергизации и сенсibiliзации организма, следствием которого является формирование аллергического, вазомоторного, гипертрофического ринита.

Перед одномоментными ринокорректирующими и saniрующими вмешательствами и для успешного их осуществления, у больных с сочетанными деформациями наружного носа, внутриносовых структур и патологиями околоносовых пазух проводилось их подробное клиническое функциональное обследование.

При изучении анамнеза, у больных выяснялась причина нарушения эстетической формы носа, продолжительность затрудненного носового дыхания, а при наличии воспалительных процессов в околоносовых пазухах рассматривались характер и частота проявлений патологических процессов, связь с аллергическими реакциями, в прошлом, с перенесенными заболеваниями дыхательной системы, инфекционными заболеваниями, травмами, операциями и т.д.

Анализировалась приоритетность нарушений дыхательной или эстетической функций носа, и их причинно-следственная связь. Производился анализ анатомо-эстетических критериев носа и лица, выявлялись давность и характер патологического процесса в придаточных пазухах, с учетом возрастных и половых особенностей больных.

При ознакомлении с жалобами основной задачей являлось определить цель и требования больного при обращении в клинику, основные причины неудовлетворенности относительно здоровья и внешности, какая жалоба явилась первичной и решающей – нарушение носового дыхания или эстетическое изменение носа.

Исходя из вышесказанного, возникла необходимость, в ходе общения с больным, выявить следующие важные обстоятельства и решить следующие задачи:

- самооценка больного и его позиция в отношении основных причин жалоб и неудовлетворенности относительно здоровья и внешности, определение целей, желаний и требований больного к предстоящей операции;
- обобщение, анализ и объективная оценка функционального состояния носа, его внешних параметров, исходя из анатомических-эстетических данных, клинико-функционального исследования;
- выявление степени влияния патологических проявлений и, в связи с этим, объективного состояния на качество жизни и здоровья пациента в целом;
- обобщение и анализ объективных данных клинического функционального обследования, фотоматериала и их обсуждение с больным, выводы и оценка возможных альтернатив;
- составление начального плана одномоментного оперативного вмешательства;
- разработка алгоритма оперативного вмешательства для каждого конкретного случая.

Начальным этапом клинического обследования является наружный осмотр больных. При этом тщательно рассматривались кожные покровы на наличие отеков, инфильтратов, свищей и рубцов в области лица, состояние мягкотканых структур в области кончика и крыльев носа (с учетом того обстоятельства, что толстая кожа и гипертрофированные мягкие ткани во многих случаях могут замаскировать значительные изменения подлежащих костно-хрящевых структур).

Клиническое функциональное обследование было организовано в амбулаторных условиях, за 2-3 дня, до поступления больного в стационар, и были выполнены следующие исследования:

- изучение жалоб и анамнестических данных;
- осмотр ЛОР органов;
- эндоскопическое исследование полости носа;
- клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, группа крови и резус фактор, коагулограмма, определение Hbs-Ag, антител к HCV, общий анализ мочи;
- R-исследование грудной клетки или флюорография;
- ЭКГ;
- компьютерная томография, МРТ или R-исследование околоносовых пазух;
- фотодокументация в шести проекциях: фронтальная, правая и левая в профиль, правая и левая боковые с отклонением головы от средней линии на 45 градусов, область колумеллы и ноздрей с приподнятой головой;
- исследование дыхательной функции носа методом передней активной риноманометрии.

Стандартный ЛОР осмотр включал в себя переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, отоскопию, пальпацию, перкуссию по проекциям наружных стенок передних околоносовых пазух.

При эндоскопической риноскопии особое внимание уделялось анализу строения полости носа,- остеомаатального комплекса, крючковидного отростка перегородки носа, расположению, средним и нижним носовых раковин, строению свода хоаны и состоянию носоглотки.

В связи с возникшей необходимостью объективно оценить симптом «нарушения носового дыхания» в качественном и количественном отношении и для исследования аэродинамических особенностей верхних дыхательных путей, за последние годы, широкое распространение получил метод передней активной риноманометрии (Державина Л.Л., Козлов В.С., 1999; Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А., 2009). Этот метод, предназначенный для объективного исследования воздушного потока в полости носа, является общепринятым диагностическим стандартом во всем мире.

Передняя активная риноманометрия позволяет с большей достоверностью измерять носовое сопротивление на основе количественного измерения носового воздушного потока и давления при спокойном носовом дыхании, и дает возможность оценки наличия затрудненного носового дыхания, а также степени его тяжести в результате структурных изменений носовой полости при различных деформациях и патологических процессах носа и околоносовых пазух.

Методика передней активной риноманометрии дает возможность определения показателя сопротивления воздушному потоку при давлении 150 Па, и измерить объем воздуха, проходящего через каждую половину полости носа в единицу времени.

Необходимо учитывать, что показатели сопротивления воздушному потоку, а также показатели объема воздуха, проходящего через соответствующую половину полости носа, обратно пропорциональны.

Таким образом, целью исследования прооперированных больных методом передней активной риноманометрии явилось изучение состояния дыхательной функции при деформации наружного носа и внутриносовых структур при наличии негнойной патологии его придаточных пазух, до оперативного вмешательства, а также оценка эффективности восстановления дыхательной функции в послеоперационном периоде, после одномоментного хирургического лечения по восстановлению эстетической и дыхательной функций носа, и санацией околоносовых пазух.

Исследование дыхательной функции носа у наблюдаемых больных, до хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде, было организовано и осуществлено в функциональном кабинете передней активной риноманометрии ЛОР отделения МЦ «Эребуни», базе кафедры ЛОР болезней ЕРГМУ.

Следует отметить, что в дооперационном периоде, методом передней активной риноманометрии изначально были обследованы 117 больных, что составило 78,5% от общего числа получивших хирургическое лечение больных.

В послеоперационном периоде, из отмеченного числа обследованных больных, только 75 больным, (50,3% от общего числа прооперированных больных), удалось организовать повторное контрольное функциональное обследование, через 3 месяца после риносептопластики и санации околоносовых пазух. Указанное обстоятельство объяснялось или отсутствием больных, или их нежеланием явиться на повторное обследование.

Таким образом, в данном исследовании за основу взяты результаты 75 обследованных больных в до- и послеоперационном периодах, больных из всех возрастных категорий - из них 18 (24,0%) больных были мужского пола и 57 (76,0%) – женского, с различными деформациями структур носа и негнойной патологией околоносовых пазух.

Необходимо отметить, что у указанных больных, получивших хирургическое лечение, повторное функциональное обследование в послеоперационном периоде было проведено в различные сроки, от 3-х до 4-х месяцев после вмешательства, но не раньше чем через 3 месяца, что является оптимальным сроком для восстановления функционального состояния внутриносовых структур.

Данные обследования больных методом передней активной риноманометрии до- и после хирургического лечения показаны в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных по степеням нарушения носового дыхания.

Степень ЗНД	До операции ОВП (при 150 Па, за 1сек)	После операции ОВП (при 150 Па, за 1сек)	До операции СВП (VR, Reff)	После операции СВП (VR, Reff)	Всего% 75
ННД	От 500 до 800 см ³	От 500 до 800 см ³	< 0,75 Па/см ³ /сек	< 0,75 Па/см ³ /сек	0
ЛСЗНД	410±68 см ³	515±85 см ³	0,84±0,32 Па/см ³ /сек	0,72±0,20 Па/см ³ /сек	21-28,0%
ССЗНД	240±46 см ³	490±72 см ³	1,12±0,40 Па/см ³ /сек	0,78±0,28 Па/см ³ /сек	28-37,3%
ТСЗНД	142±24 см ³	320±54 см ³	1,34±0,22 Па/см ³ /сек	0,98±0,32 Па/см ³ /сек	26-36,7%

Примечания:

ННД – нормальное носовое дыхание; **ЗНД** – затруднение носового дыхания; **ЛСЗНД** – легкая степень затруднения носового дыхания; **ССЗНД** – средняя степень затруднения носового дыхания; **ТСЗНД** – тяжелая степень затруднения носового дыхания; **ОВВП** – объем внутриносового воздушного потока; **СВП** – сопротивление воздушному потоку; **Па** – единица измерения давления; **VR, Reff** – средний логарифмический показатель сопротивления дыхания.

Согласно результатам передней активной ринометрии, проведенной изначально у 117 наблюдаемых больных до хирургического вмешательства, уровень свободного носового дыхания ни у кого не был выявлен.

Таким образом, из указанного числа больных (75), затруднение носового дыхания легкой степени зарегистрировано у 21 больного, что составило 28%. Показатель общего объема проходящего через носовую полость воздуха, при давлении 150 Па, у них составил 410±68 см³, а показатель сопротивления воздушному потоку составил 0,84±0,32 Па/см³/сек.

В критерии показателей затруднения носового дыхания средней степени зафиксированы данные 28 больных (37,3%), у которых общий объем вдыхаемого воздуха при давлении 150 Па составил 240±46 см³, а сопротивление воздушному потоку – 1,12±0,4 Па/см³/сек.

У 26 больных, что соответствует 36,7%, зарегистрированные показатели соответствуют затруднению носового дыхания тяжелой степени. Результат исследования общего объема вдыхаемого воздуха составил 142±24 см³, а показатель внутриносового сопротивления составил 1,34±0,22 Па/см³/сек.

По данным исследования в послеоперационном периоде было выявлено, что у 28 больных со средней степенью затруднения носового дыхания, после одномоментной риносептопластики и санации околоносовых пазух, общий объем вдыхаемого воздуха при давлении 150 Па увеличился до 490±72 см³, а показатель внутриносового сопротивления понизился и составил 0,78±0,28 Па/см³/сек.

У 26 больных с тяжелой степенью затруднения носового дыхания, после хирургического лечения, общий объем вдыхаемого воздуха при давлении 150 Па увеличился до 320±54 см³, а показатель внутриносового сопротивления понизился и составил 0,98±0,32 Па/см³/сек.

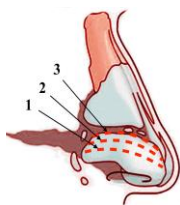
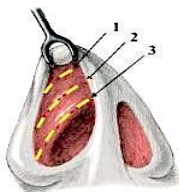
С легкой степенью нарушения носового дыхания одномоментная ринокоррекция и санация околоносовых пазух были выполнены у 21 больного, и общий объем вдыхаемого воздуха при давлении 150 Па, после вмешательства, увеличился до 510±85 см³, а показатель внутриносового сопротивления понизился и составил 0,72±0,20 Па/см³/сек.

Изучение данных 75 больных, полученных при обследовании методом передней активной риноманометрии до оперативного вмешательства и после хирургического лечения, подтвердили, что у 54 больных, что составило 72%, со средней и тяжелой степенью затруднения носового дыхания после хирургического вмешательства показатели носового дыхания достоверно значительно улучшились и нарушения проходимости носовой полости стали легкой степени.

У 21 (28%) больного с легкой степенью нарушения носового дыхания риноманометрические данные после хирургического лечения также достоверно улучшились, практически до нормальных показателей дыхательной функции носа.

Для реконструкции деформированных наружных структур носа при одномоментной риносептопластике и эндоскопической санации околоносовых пазух, у всех больных был использован закрытый доступ. Этот доступ позволил максимально сохранить целостность кожного покрова, нервно-мышечной и клапанной структуры носа, что важно для безопасного осуществления указанного объема хирургического вмешательства.

С целью доступа к хрящевым и костным структурам носовой пирамиды выполнялись, эндоназально, дугообразные разрезы в области преддверия носа по внутренней поверхности крыльев носа с переходом от купола к колумелле строго симметрично с обеих сторон. Интраназальные разрезы применялись дифференцированно, в зависимости от типа деформации и отличались по своей локализации. В зависимости от типа деформации и целей реконструкции костно-хрящевой пирамиды носа, эндоназальный разрез выполнялся, в основном, на трех уровнях, а именно – чем выраженнее деформация кончика и крыльев носа, тем дистальнее осуществлялся разрез.



- 1.- вестибулярный разрез (vestibular incision)
- 2.- чрезхрящевой разрез (transcartilaginous incision)
- 3.- межхрящевой разрез (intercartilaginous incision)

С целью коррекции костно-хрящевого горба использовалась бормашина.

С внедрением в практику бормашины, было исключено использование рашпелей, воздействие которых на ткани носовой пирамиды зачастую непредсказуемо и трудно контролировать. А именно, при их даже очень осторожном использовании, наблюдалось повреждение мест сращений верхних латеральных хрящей с носовым костями, и четырехугольного хряща к перпендикулярной пластине решетчатой кости, вплоть до отрыва друг от друга указанных структур.

При вмешательстве на костной пирамиде носа применялись остеотомы различных модификаций. Латеральные остеотомии производились, в зависимости от степени деформации пирамиды носа и целей ринокоррекции, на трех основных уровнях, а именно: низкая, косая и каудальная, а также поперечные, медиальные и парамедиальные остеотомии.

Применение комплекса остеотомий создает возможности оптимальной мобилизации костной пирамиды носа и адекватной реконструкции ее формы.

При наличии хронического гипертрофического, аллергического и вазомоторного ринитов, которые отмечались, в той или иной форме, практически, у всех наблюдаемых больных, вмешательства на носовых раковинах осуществлялись с использованием радиохирургического прибора, а также, биполярной радиочастотной коагуляции. Применение ультразвуковой дезинтеграции нижних носовых раковин при помощи радиохирургического прибора было эффективно при вновь формирующихся вазомоторных нарушениях слизистой оболочки полости носа, при «ложном» гипертрофическом рините.

Предварительно выполненные КТ и МРТ исследования у всех наблюдаемых больных позволили четко определить размеры всех патологических образований и содержимого, определить их плотность (денситометрия), а также точную их локализацию в околоносовых пазухах.

При выполнении одномоментной риносептопластики с санацией околоносовых пазух у всех прооперированных больных использовался метод функционального эндоназального эндоскопического вмешательства на структурах носовой полости и придаточных пазух носа.

Объем вмешательства при функциональной эндоназальной эндоскопической санации околоносовых пазух с одномоментной риносептопластикой определялся числом пораженных пазух.

Основными преимуществами эндоскопических методов являются малая травматичность, снижение частоты осложнений, уменьшение сроков нетрудоспособности. Основным и самым веским аргументом сторонников вскрытия верхнечелюстной пазухи через средний носовой ход является механизм мукоцилиарного клиренса в верхнечелюстных пазухах, который направлен в сторону естественного соустья.

На основании анализа результатов исследования полости носа и околоносовых пазух у больных с деформацией наружного носа и негнойной патологией его придаточных пазух, был сделан вывод о том, что при деформации наружного носа страдают практически все структуры полости носа. Несомненно, одноэтапное выполнение операции, с целью реконструкции структур носа и санации околоносовых пазух, несколько увеличивает объем хирургической травмы. Однако, целью хирургического вмешательства является исключение многоэтапности оперативных вмешательств, сокращение сроков пребывания больных в стационаре, благодаря применению оптимизированных эндоскопических методик.

Операции назначались при отсутствии противопоказаний местного и общего характера.

Окончательный объем и алгоритм хирургического вмешательства определялся индивидуально, в зависимости от результатов вышеуказанных исследований.

Все вмешательства были выполнены под общим эндотрахеальным обезболиванием с управляемой гипотонией, что значительно улучшило возможность проведения операции при хорошем обезболивающем эффекте.

Основные этапы при проведении вмешательств на интра- и экстраназальных структурах у больных с различными сочетанными деформациями носа выполнялись в следующей последовательности:

- Ограниченная инфильтративная анестезия, структур полости носа – (перегородки и по линии предполагаемого разреза), и экстраназальных структур, для предварительной отсепаровки мягкотканых структур носа от его костно-хрящевого скелета;
- Эндоназальный разрез, на предполагаемом уровне, в зависимости от типа деформации;
- Отсепаровка кожного покрова, затем, скелетизация и высвобождение костно-хрящевых структур, прежде всего носовой перегородки;
- Реконструкция нарушенных структур, образующих клапанную систему носа: в начале на носовой перегородке, затем вмешательства на нижних носовых раковинах;
- Функциональная эндоназальная эндоскопическая санация околоносовых пазух;
- Реконструкция экстраназальных структур, во-первых, кончика носа – его образующих боковых хрящах, предварительное формирование кончика носа;
- Коррекция костной структуры пирамиды носа – остеотомии, которые выполнялись в зависимости от типа деформации;
- Окончательная коррекция костно-хрящевых структур при помощи бор-машины;
- Расплющивание, обработка удаленных фрагментов хряща перегородки, с целью реимплантации между листками мукоперихондрия и мукопериоста, в зависимости от размеров созданного дефекта на скелете носовой перегородки после удаления искривленных участков, а также, для коррекции дефектов и деформаций носовой пирамиды;
- Окончательное формирование костно-хрящевой пирамиды и опорных внутриносовых структур, и их фиксация.
- Окончательное формирование структур носа и их фиксация интра- и экстраназально.
- Интраназальные структуры фиксируются гидрофильными губчатыми тампонами с оставлением пластиковых трубок до уровня хоан и удаляются на 4 день после операции;
- Имобилизация экстраназальных структур наложением липкопластырной повязки с целью фиксации кожи и гипсовой повязки.

У всех больных, перенесших риносептопластику с одномоментной санацией придаточных пазух носа, было выполнено патологогистологическое исследование патологического содержимого полости носа и околоносовых пазух, что является важным компонентом для заключительного этапа лечебного комплекса, а именно, для адекватного ведения больных на этапах послеоперационного периода, а также в плане онкологической настороженности.

ВЫВОДЫ

1. Для успешного осуществления одномоментных ринокорректирующих и saniрующих вмешательств у больных с сочетанными деформациями наружного носа, внутриносовых структур и патологиями околоносовых пазух проводилось подробное клиническое функциональное обследование

их с анализом приоритетности нарушений дыхательной или эстетической функций носа.

2. Исследование носового дыхания методом передней активной риноманометрии у больных с различными деформациями структур носа в сочетании с негнойной патологией околоносовых пазух, явилось важным объективным дополнением к результатам стандартного диагностического обследования и при оценке состояния носового дыхания в предоперационном периоде.
3. У 54 больных (72%) с различными деформациями структур носа в сочетании с негнойной патологией околоносовых пазух со средней и тяжелой степенью затруднения носового дыхания, после хирургического вмешательства показатели носового дыхания по данным передней активной риноманометрии достоверно значительно улучшились и стали легкой степени нарушения проходимости носовой полости. У 21 больного (28%) с легкой степенью нарушения носового дыхания риноманометрические данные после хирургического лечения также достоверно улучшились, практически до нормальных показателей дыхательной функции носа.
4. Полученные данные передней активной риноманометрии после одномоментной риносептопластики и санации околоносовых пазух достоверно доказали необходимость и возможность проведенного (указанного) хирургического вмешательства, обосновали оптимальный выбор его объема и объективную оценку степени эффективности проведенных вмешательств в послеоперационном периоде.
5. Функциональная эндоскопическая хирургия носа дает возможность более четкого обзора операционного поля (перегородки и носовых раковин, остеомеатального комплекса), позволяет провести более детальную коррекцию эндоназальных структур, оптимально контролировать кровотечение, а также осуществить одномоментные вмешательства вместе с восстановлением пирамиды наружного носа, на интраназальных структурах и на околоносовых пазухах.
6. Во время эндоназальных эндоскопических вмешательств следует обеспечить следующие важные условия для восстановления функции и морфологии эпителия придаточных пазух носа: улучшить вентиляцию и отток слизи из всех околоносовых пазух, максимально сохранять париетальную слизистую оболочку, не обнажать костную структуру раковин и латеральной стенки полости носа, что является необходимым компонентом в комплексе лечебных методов, направленных на защиту слизистых оболочек внутри- и околоносового комплексов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Одномоментная риносептопластика и санация придаточных пазух может проводиться у больных с деформациями наружного носа при сочетанной негнойной патологии придаточных пазух, а именно гиперпластическом, катаральном гайморите различной степени, который присутствует в большинстве случаев, вследствие нарушения носового дыхания, а также при кистозном, полипозном перерождении слизистой оболочки верхнечелюстных пазух.

2. Необходимо проанализировать приоритетность нарушений дыхательной или эстетической функций носа, и их причинно-следственную связь. Производился анализ анатомо-эстетических критериев носа и лица, выявлялись давность и характер патологического процесса в придаточных пазухах, с учетом возрастных и половых особенностей больных.
3. Компьютерная томография, а также данные магнитно-резонансной томографии имеют несомненные преимущества перед рентгенологическим исследованием, так как позволяют более точно определить объем всех патологических образований и содержимого, определить их плотность (денситометрия), а также точную их локализацию в околоносовых пазухах для наиболее точного, щадящего и безопасного осуществления хирургических вмешательств.
4. Данные патогистологического обследования околоносовых пазух у больных с деформациями структур носа и негнойным воспалением пазух носа, являются важным компонентом для заключительного этапа лечебного комплекса и адекватного ведения на этапах послеоперационного периода с учетом онкологической настроженности.
5. Исследование носового дыхания методом передней активной риноманометрии у больных с различными деформациями структур носа в сочетании с негнойной патологией околоносовых пазух является важным объективным дополнением к результатам стандартного диагностического обследования, дает возможность правильной оценки состояния носового дыхания в предоперационном периоде.
6. Одномоментная коррекция сочетанных деформаций структур носа и санация околоносовых пазух, с применением оптимизированных методик визуального контроля дает возможность исключить многоэтапность оперативных вмешательств, то есть сохраняет психику и здоровье больных, сокращает их пребывание в стационаре.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мурадян К.А., Морсикян И.К., Арабян Ж.А., Ханданян Г.Л., Ананян Г.Г., Оганян А.Г., Шукурян А.К. Радиоволновая объемная редукция нижних носовых раковин при различных деформациях носа и нарушениях внутриносовых структур// Вопросы теоретической и клинической медицины. Ереван.- 2014.-N3(90).- С. 70-74.
2. Мурадян К.А., Морсикян И.К., Шукурян Л.А., Ананян Г.Г., Микаелян А.К., Шукурян А.К. Оценка качества жизни пациентов с деформациями наружного носа и с комбинированной патологией внутриносовых структур //Сборник материалов VI межрегионального научно-практ. симпозиума «Современные технологии профилактической и реабилитационной медицины». Россия. – Тюмень.- апрель 2014.- С. 94-99.
3. Петросянц Г.И., Шукурян Л.А., Оганян А.Г., Мурадян К.А., Морсикян И.К., Ананян Г.Г., Шукурян А.К. Применение лазеротерапии после хирургических вмешательств у больных с деформациями наружного носа и нарушениями внутриносовых структур// Медицинский Вестник Эребуни. Ереван.- 2014.- N 1(57).- С. 70-74.
4. Ханданян Г.Л., Морсикян И.К., Шукурян Л.А., Ананян Г.Г., Шукурян А.К. Роль передней активной риноманометрии при лечении больных с первичным

храпом и синдромом обструктивного апноэ сна// Российская оториноларингология. Россия.- 2015.- N 6 (79).- С. 66-71.

5. Ананян Г.Г. О целесообразности одномоментной риносептопластики и эндоскопической санации придаточных пазух носа // Вопросы теоретической и клинической медицины. Ереван.- 2016.- N 3 (106). - С.49-52.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

ՌԵՆՈՍԵՊՏՈՂԱՆ ԱՍՏԻԿԱՆ ԵՎ ՀԱՐՔԹԱՅԻՆ ԽՈՌՈՉՆԵՐԻ ԱՌՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՆԵՐԴԻՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԳԳԱՎՈՒՄԻ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ և ՑՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

Քթի վերականգնողական վիրաբուժությունը մնում է օտորինոլարինգոլոգիայի, դիմածնոտային, այլաստիկ և վերականգնողական վիրաբուժության առավել բարդ բաժիններից մեկը և ներառում է վիրահատական միջամտության լայն դիապազոն, որը կապված է քթի անատոմիական կառուցվածքի բարդության հետ:

Հայտնի է, որ քթի բոլոր ֆունկցիաները փոխկապակցված են, այդ թվում հիմնականները՝ շնչառականը և էսթետիկը: Եվ Հայաստանի պայմաններում, կլինիկական պրակտիկայում առավել հաճախ հանդիպող պաթոլոգիան համարվում է հենց քթի համակցված դեֆորմացիաները:

Արտաքին քթի և ներքային կառուցվածքների համակցված խախտումները ոչ միայն ազդում են միջարք ֆիզիոլոգիական գործընթացների վրա, այլ նաև նպաստում են հարքային խոռոչներում պաթոլոգիալ ակտիվ գործընթացների զարգացմանը, որոնք մեծամասամբ դրսևորվում են քրոնիկական բորբոքման ախտանշաններով, հաճախ ինֆեկցիոն-ալերգիկ բնույթի, ինչպես նաև տարբեր ծագման նորագոյացությունների զարգացմանը՝ պուլիպոզի, քթի խոռոչի և հավելյալ խոռոչների բշտերի:

Հարքային խոռոչների բորբոքային հիվանդությունների խնդրի արդիականությունը պայմանավորված է նաև նրանով, որ այն շատ հեռու է դուրս գալիս ընդհանուր արմամբ միևնույն ժամանակ և օտորինոլարինգոլոգիայի շրջանակներից և շատ հաճախ դրսևորվում է ստորին շնչառական ուղիների տարբեր պաթոլոգիական դրսևորումների հետ, այսինքն սերտորեն կապված է բրոնխոթոքային պաթոլոգիայի, օրգանիզմի ալերգիզացիայի և իմունային համակարգում փոփոխությունների հետ, որը հավանաբար կապված է Հայաստանի կլիմայական և էկոլոգիական պայմանների հետ:

Քթի ձևի կորեկցիայի նպատակով դիմող հիվանդների հետազոտման ընթացքում հայտնաբերվում են ներքային կառուցվածքի տարբեր խախտումներով և քթի հավելյալ խոռոչների պաթոլոգիաներով զգալի թվով բուժվող հիվանդներ: Ըստ մեր դիտարկումների՝ քթի պաթոլոգիայով առաջնային դիմող հիվանդների 9-11%-ը:

Մեր հսկողության տակ 2009-ից մինչև 2015թթ. ընկած ժամանակահատվածում գտնվել են տարբեր տեղայնացման հարքային խոռոչների ոչ թարախային պաթոլոգիայի զուգակցությամբ արտաքին քթի և ներքային կառուցվածքի բնածին և ձեռքբերովի դեֆորմացիաներով 149 հիվանդ, որոնք վիրահատական բուժում են ստացել Նաիրի ԲԿ ԼՈՒ հիվանդությունների ծառայությունում, ԵՊԲՀ ԼՈՒ

հիվանդություններին ամբիոնի բազայում և Arabellahauss հիվանդանոցի (Մյունխեն, Գերմանիա) ԼՈՒԲ բաժանմունքում:

Միաժամանակյա միջամտություններից առաջ և դրանց հաջող իրականացման համար արտաքին քթի, ներքթային կառուցվածքների համակցված դեֆորմացիաներով և հարքթային խոռոչների պաթոլոգիաներով հիվանդների մոտակց էր կացվում դրանց մանրամասն կլինիկական, ֆունկցիոնալ հետազոտությունը:

Արտաքին քթի դեֆորմացիայով և քթի հավելյալ խոռոչների ոչ թարախային պաթոլոգիայով հիվանդների մոտ քթի խոռոչի և հարքթային խոռոչների հետազոտման արդյունքների վերլուծության հիման վրա եզրակացություն և արվել այն մասին, որ այս կամ այն չափով արտաքին քթի դեֆորմացիայի դեպքում տառապում են քթի խոռոչի գրեթե բոլոր կառուցվածքները: Անցկացված հետազոտությունների արդյունքում հայտնաբերվել է արտաքին քթի տարբեր դեֆորմացիաների, քթի միջնապատի ձևախախտումների, ուղեկցող հիպերտրոֆիկ ռինիտի համակցություն, կարումների, տարբեր ծագումով հարքթային խոռոչների բորբոքման առկայություն հետ:

Հիվանդների մոտ քրոնիկ թարախային բորբոքման ախտանիշների, ինֆեկցիոն-ալերգիկ արտախայտման, սրացման փուլում քթի խոռոչի և նրա հավելյալ խոռոչների պլիպոզի առկայություն դեպքում, ռինոսեպտալ աստիկան իրականացվել է քթի խոռոչի և նրա հավելյալ խոռոչների նախնական կոնսերվայով կամ վիրաբույժական սանացիայից հետո:

Այսպիսով, հարքթային խոռոչների միաժամանակյա սանացիայով ռինոկորեկցիայի անցկացման ժամանակ քթի կոմբինացված դեֆորմացիաներով և նրա հավելյալ խոռոչների ոչ թարախային պաթոլոգիայով, դրա հետ միասին արտաքին քթի կառուցվածքների ադեկվատ վերականգնմամբ հիվանդների մոտ հիմնական նպատակն ու խնդիրն են եղել քթի փականային համակարգի վերականգնումը, արտաքին քթի, քթի խոռոչի ադեկվատ ձևավորումը, ինչպես նաև պաթոլոգիկ փոփոխված ներքթային կառուցվածքների խնայող, ներդիտակն միաժամանակյա սանացիան:

Անկասկած քթի կառուցվածքի վերականգնման և հարքթային խոռոչների սանացիայի նպատակով վիրահատության միափուլ կատարումը փոքր-ինչ ավելացնում է վիրահատական միջամտության ծավալը: Սակայն վիրահատական միջամտության նպատակը հանդիսանում է ոչ միայն վիրահատության փաստը, այլ նրա կոնկրետ արդյունքը, այսինքն ներդիտակն մեթոդների կիրառման շնորհիվ վիրահատական միջամտությունների բազմափուլություն քաջառումը, ստացիոնարում հիվանդների գտնվելու ժամկետների կրճատումը: Բացի այդ, հարքթային խոռոչների միաժամանակյա սանացիայով ռինոսեպտալ աստիկայի անցկացումը նվազեցնում

Է հոգեբանական վնասվածքի աստիճանն այդ հիվանդների մոտ և
դրական է ազդում նրանց
կյանքի որակի վրա:

JUSTIFICATION OF THE CLINICAL AND FUNCTIONAL STUDY OF SIMULTANEOUS RHINOSEPTOPLASTY AND ENDOSCOPIC SINONASAL SANITATION

GOR G. ANANYAN

SUMMARY

Reconstructive surgery of the nose is one of the most difficult sections of otolaryngology, maxillofacial, plastic and reconstructive surgery and includes a wide range of surgical procedures due to the complexity of the anatomical structure of the nose.

It is well known that all the functions of the nose are interrelated, including the main ones – respiratory and aesthetic functions. And in conditions of Armenia, the most frequently found pathology in clinical practice is exactly combined nose deformity.

Combined disorders of the external nose and intranasal structures not only affect a variety of physiological processes, but also contribute to the development of pathological processes in the paranasal sinuses, which in most cases are expressed in symptoms of chronic inflammation, often having infectious-allergic nature, as well as tumors of various origin - polyposis, cysts of nasal cavity and its accessory sinuses.

The urgency of the problem of inflammatory diseases of paranasal sinuses is also due to the fact that it goes far beyond rhinology and otorhinolaryngology in general, is often seen in conjunction with various pathological manifestations of the lower respiratory tracts, that is, it closely associated with broncho-pulmonary pathology, allergy of the body and changes in the immune system, which is obviously due to the climatic and ecological conditions of Armenia.

In a survey of patients seeking to correct the form of nose a significant number of patients with various disorders of intranasal structures and abnormalities of the accessory sinuses is being revealed. According to our observations - from 9% to 11% primary addressing patients with nasal pathology.

According to our observations in the period from 2009 to 2015 there were 149 patients with congenital and acquired deformities of the external nose and intranasal structures combined with non-purulent pathology of paranasal sinuses of various localization, who have received surgical treatment in the service of ENT diseases of “Nairi” MC, in basis of the department of ENT diseases of YSMU and in ENT department of Arabellahaush hospital (Munich, Germany).

Before simultaneous rhino-correcting and sanitizing interventions and for their successful implementation, a detailed clinical functional examination has been carried out in patients with concomitant deformities of the external nose, intranasal structures and pathologies of paranasal sinuses.

Based on the analysis results of the study of the nasal cavity and paranasal sinuses in patients with deformation of the external nose and non-purulent pathology of the paranasal sinuses, the conclusion was made that in deformation of the external nose, in varying degrees, almost all nose cavities structures suffer. At the result of investigations a combination of different deformities of the external nose, the curvature of the nasal septum, coexisting hypertrophic rhinitis with adhesions, and inflammation of paranasal sinuses of various etiologies has been revealed.

In the presence of symptoms in patients with chronic purulent inflammation, infectious allergic manifestations, polyposis of nasal cavity and paranasal sinuses in the acute stage, rhinoseptoplasty has been carried out after prior conservative or surgical sanitation of the nasal cavity and paranasal sinuses.

Thus, the main goal and objective in carrying out rhino-correction with simultaneous sanitation of paranasal sinuses in patients with combined deformities of the nose and non-purulent pathology of paranasal sinuses, along with adequate reconstruction of extra-nasal structures, have been the reconstruction of nasal valve system, the creation of symmetrical halves of the nose, as well as palliative endoscopic simultaneous correction and sanitation of pathological changes of intranasal structures.

Undoubtedly, one-stage operation in order to reconstruct the nasal structures and sanitation of paranasal sinuses slightly increases the scope of surgical trauma. However, the goal of surgery is not the fact of the operation, but its particular result, namely, exception of multi-stage surgical procedures through the use of optimized endoscopic techniques, reduction of the time of hospitalization. In addition, one-stage rhino-correction with sanitation of the paranasal sinuses essentially reduces the psychological degree of injury in these patients and positively affects the quality of life and health of patients as a whole.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Chibrikov', is written diagonally across the lower right portion of the page.