

трахеостому и полость носа. Главной разработкой и усовершенствованием метода является применение клеточно-жировой массы под перемещенный сформированный лоскут слизистой оболочки вестибулярной складки при пластике голосовой складки. Впервые одновременно возможно частично (76%) или полностью (100%) восстановить необходимую для фонации анатомическую структуру гортани и утраченные функции гортани (голосовую, защитную, дыхательную, разделительную).

Выводы: Таким образом, предложенный метод модификации оперативного лечения пациентов, страдающих раком гортани, дает значимые преимущества. Одновременное органосохраняющее вмешательство без формирования ларингостомы ведет к хорошим отдаленным показателям выживаемости и демонстрирует высокий функциональный результат. В конечном итоге наблюдается снижение инвалидизации пациентов с раком гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанов А.Е., Моисеев П.И., Левин Л.Ф., под ред. Суконко О.Г. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2006-2015).- Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2016.- С.280.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РИНОПЛАСТИКА

Хоров Г.О., Хоров О.Г.

*Городская клиническая больница №2 г.Гродно,
Гродненский государственный медицинский университет*

Тенденция повышения спроса на операции, улучшающие форму носа, и в тоже время присутствие у части пациентов, обратившихся за такой услугой, нарушения функции носа, объясняет актуальность этой работы. Мы поставили для неё цель – дать клиническую оценку хирургического лечения лиц с патологией в полости носа, требующих хирургической коррекции, и имеющих неудовлетворённость формой наружного носа для выработки тактики оперативного лечения у данной категории пациентов.

Материал исследования составили 38 пациентов, обратившихся для лечения в оториноларингологическое отделение УЗ ГКБ № 2 г.Гродно, с различными деформациями и изменениями наружного носа, и жалобами на нарушение носового дыхания. Соотношение по половой принадлежности: мужчины – 25, женщины – 13.

Перед оперативным вмешательством выполнялась передняя риноскопия, эндоскопический осмотр носовых ходов. Выяснялся характер приобретения деформации наружного носа. В случае неудовлетворенности пациента формой наружного носа в виде горбинки спинки носа, «бульбообразности» кончика носа, ротации кончика носа вниз, вбок или вверх внимательно оценивались пожелания пациента и принималось решение о плане предстоящих изменений формы наружного носа. Всем пациентам в обязательном порядке проводилось фотографирование до и после оперативного вмешательства (на 10-12 сутки, 1 месяц и 3 месяца) минимум - в семи проекциях.

У всех пациентов из дополнительных методов исследования перед оперативным вмешательством проводилась рентгенография околоносовых пазух носа в лобно-носовой проекции.

Изменения наружного носа, выявленные у пациентов:

I. Боковое смещение – 31 пациент

1. В костном отделе пирамиды носа – 5 пациентов

2. В хрящевом отделе – 2 пациента

3. Комбинированное смещение

а) костный +хрящевой отдел – 14 пациентов

б) горбинка спинки носа + боковое смещение спинки носа – 4 пациента

в) горбинка спинки носа + боковое смещение спинки носа + неправильная форма кончика носа – 4 пациента

г) горбинка спинки носа + кончик носа – 2 пациента

II. Горбинка спинки носа – 4 пациента

III. Западение спинки носа в виде седловидной деформации – 1 пациент

IV. Деформация кончика носа с дисфункцией носового клапана – 2 пациента.

При эндоскопии носа смещение носовой перегородки выявлено у 35 пациентов, из которых в костном отделе носовой перегородки деформацию имели 6, в хрящевом – 2, в костно-хрящевом – 27. У 2 пациентов была выявлена гипертрофия нижних носовых раковин, в одном – перфорация носовой перегородки в хрящевом отделе.

Все оперативные вмешательства проводились одномоментно в один этап под наркозом. В начале операции выполнялась септопластика, после чего производилась коррекция наружного носа. Выбор доступа осуществлялся индивидуально в каждом конкретном

клиническом случае, который зависел от степени деформации спинки носа, степени нарушения носового дыхания, пожелания пациентов. Открытым доступом выполнено – 17 операций, закрытым – 21. С целью коррекции деформаций спинки носа в виде боковых смещений выполнялись латеральная, медиальная, а при значительных деформациях и промежуточная остеотомии. В случаях редукции спинки носа применялись расширяющие графты между верхними латеральными хрящами и носовой перегородкой. Также при наличии дисфункции носовых клапанов применялись поддерживающие графты, которые выполняли укрепляющую и поддерживающую функцию латеральных ножек больших крыльчатых хрящей.

С целью фиксации структур наружного и внутреннего носа применялась тампонада полости носа (от двух до четырех суток), пластырь на нетканевой основе с высокой адгезией к влажной поверхности и гипсовая лангета на 10-12 суток, которая у некоторых пациентов менялась на 6-7 сутки, что было связано с значительным снижением послеоперационного отека. В качестве профилактики послеоперационного отека мягких тканей назначался холод на область носа в первые двое суток и возвышенное положение головы лежа на кровати, на 2- 3-е сутки после оперативного вмешательства применялась низкочастотная магнитотерапия аппаратом «УниСПОК».

В раннем и позднем послеоперационном периоде осложнения были выявлены у двух пациентов в виде скопления экссудата в подкожном кармане в области костной части спинки носа (1 пациент); синехии носового хода (1 пациент).

Носовое дыхание, как основной функциональный элемент, было восстановлено у всех пациентов, что подтверждалось объективными и субъективными методиками. При эндоскопии носа после операции установлена обычная риноскопическая картина с 1 месяца после операции. Оценка эстетического результата получила положительное заключение у всех пациентов. Повторных операций не потребовалось.

Заключение. В случаях эстетических проблем со стороны наружного носа в сочетании с заболеваниями полости носа одномоментная хирургическая коррекция внутриносовых структур и ринопластика являются выбором для лечения с ожидаемым положительным результатом у большинства пациентов.