

Післяопераційна корекція результатів ринопластики з приводу рубцевих стенозів присінку носа за допомогою індивідуальних ендоназальних дилататорів

Верба А.В., Барціховський А.І., Варченко О.В., Марцинковська І.П.

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону (начальник – полковник м/с С.О.Петрук, начальник клініки щелепно-лицьової хірургії, стоматології, отоларингології та очних хвороб – полковник м/с О.В.Варченко),

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова (ректор – чл.кор.АМН України проф.В.М.Мороз, зав. кафедри оториноларингології – д.м.н., проф. В.В.Кіщук)

Причиною рубцевих стенозів носа пов'язане найчастіше є травми носа, пластичні втручання або склерома [1, 3, 5, 6, 10, 12]. Лікування рубцевих стенозів носа, особливо склеромного генезу, полягає у відновленні просвіту носа оперативним або дилатаційним шляхом і наступній тривалій дилатації з метою формування сполучно-тканинного каркаса носа [4, 5, 7, 8, 9, 11, 12]. Для тривалої дилатації просвіту носа в ділянці хоан використовуються модифіковані стандартні інтубаційні трубки [2].

За допомогою стандартних ригідних інтубаційних трубок не завжди можливо відтворити специфічну трикутно-овальну форму присінку носа, яка є особливою для кожної людини. Тому, відновити природню форму і розміри присінку носа, як правило, не вдається. Це пояснюється тим, що між стінками носової порожнини і трубкою завжди залишається вільне місце, що поступово виповнюється рубцем. Крім того, тривале використання дилатаційних трубок невідповідного розміру (більшого) може ускладнитись некрозом тканин у місцях найбільшого тиску з утворенням перфорації перегородки носа.

Нами з метою відновлення природньої форми і розмірів присінку носа у хворих з рубцевими стенозами запропоновано і використано для тривалої дилатації в післяопераційному періоді індивідуальні ендоназальні дилататори, що виготовляються з дозволених для використання у медицині стоматологічних матеріалів і повністю відтворюють форму і розміри присінку носа хворого.

Методика виготовлення дилататорів складається з трьох етапів і полягає у виготовленні: 1) зліпки порожнини присінку носа з відбиткової маси «Urin» після пластичної ринопластики; 2) гіпсової моделі носа з відбитка порожнини присінку носа; 3) пластмасових протакрілових ендопротезів з гіпсової моделі носа. Розширення бором каналів дилататора до максимально можливого.

Перевагами використання запропонованих індивідуальних ендоназальних дилататорів є: 1) відновлення природньої форми і розмірів присінку носа; 2) можливість тривалого використання дилататорів ендопротезів без ризику виникнення перфорації перегородки носа; 3) безболісне їх використання та фіксація за рахунок анатомічних заглиблень; 4) більш

вільне дихання через ніс за рахунок створення каналу максимально можливого розміру.

Клінічним прикладом використання дилатаційних ендопротезів присінку носа може служити історія хвороби військовослужбовця, який у трьохрічному віці переніс травму носа (відсічення перетинчасто-хрящової частини носа). Відсічену перетинчасто-хрящову частину носа було пришито. На протязі декількох наступних років у нього посилювалось рубцеве звуження присінок носа з погіршенням носового дихання. У наступному йому двічі виконувались пластичні оперативні втручання з метою покращення носового дихання.

У віці 58 років при огляді спостерігається рубцеве концентричне звуження правої половини носа до 4-х мм, овальне розмірами 4х6 мм лівої половини носа. Западіння спинки носа до 4-5 мм. Носове дихання значно утруднене, більше справа. Хворому висічено рубці присінку носа з обох сторін, виконано резекцію викривленої в кістковому відділі перегородки носа, відсічено вільні краї нижніх носових раковин та їх кісткову частину реімплантовано в спинку носа та перетинчасто-хрящовий відділ перегородки носа для корекції западіння спинки носа.

На другу добу після оперативного лікування з відбиткової маси «Urin» виготовлено зліпок порожнини присінку носа. Для захисту раньової післяопераційної поверхні слизової оболонки носа відбиткова маса вводилась у просвіт гумової рукавички, що введена в носову порожнину до тампонів передньої тампонади носа. З зліпка-відбитка порожнини присінку носа виготовлено гіпсову модель носа. З гіпсової моделі носа, в свою чергу, виготовлено протакрілові ендопротези, в які введено трубки. Після хімічної полімерізації протакрілу трубки видалено, бором розширено внутрішній канал ендопротезів до максимально можливого. Ендопротези відшліфовано, змащено сінтومیціновою емульсією і без зусиль введено в присінок носа. Хворий може самостійно вводити і видаляти дилатаційні ендопротези без значних зусиль для їх очистки та змащування антибактеріальними і вітамінними оліями.

Ендопротези не викликають біль при тривалому використанні і самостійно не випадають. Дихання через них вільніше ніж через стандартні трубки тому, що їх внутрішній канал ширший за рахунок складної трикутно-овально форми. Крім того, трубки розширюють розміри присінку носа (піднімають кінчик носа і відводять латерально крила носа), що важливо для формування рубцевого каркасу носа у післяопераційному періоді.

Таким чином, з метою тривалої дилатації присінку носа у хворих рубцевими з стенозами присінку носа доцільним є використання запропонованих індивідуальних ендопротезів-дилататорів, які не тільки повністю відновлюють форму присінку носа, але й не викликають ускладнень, самостійно фіксуються за рахунок анатомічних заглиблень, покращують носове дихання в більшому об'ємі.

Список литературы.

1. Дерепя К.П., Дерепя В.К. Современные методы лечения склеромы // ЖУНГБ.- 1991.- № 4.- С.59-64.
2. Кищук В.В., Дерепя В.К., Вильцанюк А.А. Дилатационная трубка/ Авт. свидетельство № 1512617.- (46)07.10.89. Бюл. №37. (51)А 61 М 29/00, 25/00. (53)615.472(088.8).
3. Кищук В.В., Дмитренко І.В. Використання ендопротезів для лікування рубцевих звужень гортані, трахеї / ЖВНГХ.- №2006.- №5.
4. Bailhache A., Dehesdin D., Francois A., Marie J.P., Choussy O. Rhinoscleroma of the sinuses / Rhinology.- 2008 (Dec).- № 46(4)ю- P.338-41.
5. Ballert J.A., Park S.S. Functional considerations in revision rhinoplasty / Facial. Plast. Surg.- 2008 (Aug).- № 24(3).- P.348-57.
6. DiBartolomeo J.R. Scleroma of the nose and pharynx / West. J. Med. 1976 (Jan).- № 124(1).- P.13-7.
7. Ghorayeb B.Y. Cicatricial velopharyngeal stenosis / Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.- 1988 (Feb).- № 114(2).- P.192-4.
8. Loftus J.M., Neale H.W. Cleft lip microstril: the problem and proposed solution / Cleft Palate Craniofac. J.- 1996 (Jul).- № 33(4).- P.348-51.
9. Schlosser R.J, Park S.S. Functional nasal surgery / Otolaryngol. Clin. North Am.- 1999 (Feb).- № 32(1).- P.37-51.
10. Ssali C.L. The management of rhinoscleroma/ J.Laryngol. Otol.- 1975.- № 89(1):P.91-9.
11. Sun Y., Sun W., Lü X.. Clinical analysis of 19 cases of scleroma respiratorium treated surgically / Lin. Chuang. Er. Bi. Yan. Hou Ke Za Zhi.- 1998 (Jul).- № 12(7).- P.314-6.
12. Toh E., Pearl A.W., Genden E.M., Lawson W., Urken M.L. Bivalved palatal transposition flaps for the correction of acquired nasopharyngeal stenosis / Am. J. Rhinol.- 2000 (May-Jun).- № 14(3).- P.199-204.

Резюме. З метою тривалої дилатації присінку носа в післяопераційному періоді у хворих рубцевими стенозами присінку носа запропоновані індивідуальні ендопротези-дилататори.

Ключові слова: Рубцеві стенози присінку носа. Індивідуальні ендоназальні дилататори.

Резюме. Для пролонгированной дилатации преддверия носа в послеоперационном периоде у больных рубцовыми стенозами преддверия носа предложены индивидуальные эндоназальные дилататоры.

Ключевые слова: Рубцовые стенозы преддверия носа. Индивидуальные эндоназальные дилататоры.

Summary. Endonasal individual dilatators was proposed to prolonged postoperative dilatation nasal vestibulum after stenosis surgery.

Key words: Nasal vestibulum stenosis. Endonasal individual dilatators.