



## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Муродова Мехринисо Мубиновна

Бухоро давлат тиббиет институти

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7393260>

### ARTICLE INFO

Received: 19<sup>th</sup> November 2022

Accepted: 29<sup>th</sup> November 2022

Online: 30<sup>th</sup> November 2022

### KEY WORDS

Искривления носовой  
перегородки, гипертрофии,  
аллергические заболевания

### ABSTRACT

Искривления носовой перегородки (боковые смещения, шипы, гребни) вызывают различное по степени нарушение носового дыхания, вплоть до полного его прекращения. Это, в свою очередь, значительно повышает склонность к воспалительным и аллергическим заболеваниям органов дыхания, приводит к развитию невротических состояний, головным болям, негативно влияет на сердечно-сосудистую и мочеполовую системы. Деформация носовой перегородки может быть следствием травмы носа или неравномерного роста лицевого черепа в детском возрасте.

Искривления носовой перегородки встречаются в раннем детском возрасте исключительно редко. Обычно они развиваются в возрасте от 13 до 18 лет. Причину искривления носовой перегородки многие авторы видят в неправильной корреляции между ростом костей лицевого и черепного скелета, вследствие чего носовой перегородке приходится в период своего развития как бы изгибаться в слишком узкой для нее раме. Другие указывают на неравномерный или неправильный рост скелета самой перегородки, происходящий ввиду наличия упомянутых выше зон роста.[1.2.3]

Некоторые авторы считают, что причиной искривления носовой перегородки в громадном большинстве случаев является неодинаковая проходимость обеих половин носа вследствие гипертрофии нижней раковины с одной стороны. Это создает при дыхании разницу в давлении тока воздуха на носовую перегородку и вызывает прогиб ее в суженную сторону, где давление (напор) струи слабее.

Все эти, как и другие существующие теории происхождения искривления носовой перегородки, нельзя считать убедительными, поскольку не установлено, являются ли отклонения со стороны соседних отделов причиной



искривления перегородки, следствием его или совпадением.

Значительную роль в причине искривления носовой перегородки, несомненно, играют травмы.

Общеизвестно, что выраженные искривления носовой перегородки встречаются у мужчин гораздо чаще, чем у женщин (по Л.Т. Левину, в 3 раза). Этот факт говорит о значительной роли травмы в этиологии искривления перегородки, так как мужчины, а в особенности мальчики и подростки, гораздо чаще подвергаются травме, чем лица женского пола.

В редких случаях некоторую роль в искривления носовой перегородки играет слишком развитый зачаток яacobсонова органа (в передне-нижнем отделе перегородки).[2.4]

Симптомы

Искривление перегородки носа проявляется следующими симптомами:

1. Затруднение носового дыхания. Может отмечаться как умеренное нарушение, так и полное отсутствие носового дыхания. Если у пациента имеется одностороннее искривление носовой перегородки, то нарушение носового дыхания будет отмечаться со стороны правой или левой половины носа. Здесь следует остановиться на небольшом аспекте данного симптома. Зачастую, при посещении ЛОР-врача, пациенту устанавливается диагноз искривление носовой перегородки, что приводит его в удивление, так как, по его мнению, нос у него дышит хорошо. На это можно ответить тем, что при нарушении носового дыхания в силу искривления носовой перегородки, происходит адаптация организма и полость носа компенсирует этот

недостаток за счет других структур. Этим же объясняется и то, что резкое нарушение носового дыхания у человека с искривленной перегородкой носа может возникнуть в пожилом возрасте, когда компенсаторные возможности организма постепенно истощаются. У людей, которые имеют большую полость носа, даже при выраженных искривлениях перегородки носа могут отсутствовать нарушения носового дыхания, так как за счет этого компенсируется проходимость воздуха через полость носа при дыхании. Одним словом - если у Вас хорошо дышит нос, это вовсе не означает, что у Вас не может быть искривления носовой перегородки.

2. Храп. Возникает как следствие нарушенного носового дыхания.

3. Сухость в полости носа.

4. Хронические воспалительные заболевания придаточных пазух носа (синуситов) - гаймориты, этмоидиты, фронтиты.

5. Одной из причин возникновения этих заболеваний может быть искривление носовой перегородки. При длительном течении хронических синуситов на фоне искривленной перегородки носа развиваются полипозные изменения слизистой оболочки, т.е. образуются полипы.

6. Аллергические заболевания. Нарушение носового дыхания поддерживает течение в организме аллергических процессов, особенно при компенсаторных искривлениях перегородки носа, когда при соприкосновении слизистой оболочки полости носа с перегородкой возникает постоянное раздражение, которое способно провоцировать приступы



бронхиальной астмы, аллергического насморка. Пациент ощущает "неудобство в носу", зуд, из полости носа периодически или постоянно выделяется слизь. Особенно ярко эти симптомы проявляются при наличии у пациента сочетания аллергического ринита, гипертрофии носовых раковин и искривления носовой перегородки.

7. Изменения формы носа. При травматических искривлениях перегородки носа - вывихах, переломах хряща перегородки - форма носа изменяется. Возникает смещение носа вправо или влево. Как уже отмечено, такие состояния обычно сочетаются с переломами костей носа. Если не проводится адекватное лечение, то хрящ срастается неправильно. Это основные симптомы, которые позволяют заподозрить искривление носовой перегородки.

Последствия искривления носовой перегородки достаточно многообразны. Доказано, что при нарушении носового дыхания возникают изменения со стороны крови, сосудистой системы, половой сферы, организм более подвержен переохлаждению и воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, так как имеется взаимосвязь между показателями носового дыхания и состоянием иммунитета. Поэтому очень важно своевременно обратиться к оториноларингологу и не рисковать своим здоровьем.[5.6]

Виды искривлений носовой перегородки.

Искривления носовой перегородки чрезвычайно разнообразны как по своему характеру, так и по локализации. Они встречаются в виде изгибов по

сагиттальной и фронтальной плоскостям, в виде различных выступов - гребней и шипов - или как комбинация обеих деформаций. Изгибы носовой перегородки, как и выступы, могут быть двусторонними и суживать одновременно различные отделы обеих половин носа. Большей частью встречаются С-образные изгибы, затем искривления в форме латинской буквы S, захватывающие чаще всего четырехугольный хрящ, реже перпендикулярную пластинку и еще реже сошник. Искривления самых задних отделов носовой перегородки встречаются исключительно редко, а задний край сошника почти всегда сохраняет строгое сагиттальное положение. Также редко изгибы перпендикулярной пластинки доходят близко к своду носа, т.е. к ситовидной пластинке. Искривления носовой перегородки травматической этиологии большей частью характеризуются изгибами с острыми углами. Нередко при травматических деформациях отмечается более или менее резкое смещение переднего края четырехугольного хряща, которое обычно называют вывихом. В некоторых случаях травм происходит соскальзывание нижнего края четырехугольного хряща с сошника и тогда верхний край последнего как бы свободно выдается в полости носа.

Гребни, как уже было упомянуто, расположены главным образом по верхнему краю, сошника, направляясь наискось спереди назад и снизу вверх далеко вглубь носовой полости.

Они нередко заканчиваются острым шипом, глубоко врезающимся в среднюю, иногда и нижнюю раковину,



обтурируя средние и задние отделы носовой полости и выводные отверстия придаточных пазух. Кроме того, гребни довольно часто располагаются по нижнему краю сошника почти у самого дна носа, но эти выступы обычно занимают только самые передние отделы носа. Иногда гребень спускается в виде навеса. Гребни и шипы большей частью костные, но нередко они содержат также хрящ, который образует главным образом вершину, или латеральную часть выступов. Все эти особенности легко объясняются эмбриональным развитием и дальнейшим формированием носовой перегородки, о котором было сказано выше. Нередко на месте гребня носовая перегородка на противоположной стороне образует вогнутость, иногда в виде глубокого острого желобка. [1.4.6]

## **Диагностика**

Деформацию носовой перегородки можно иногда установить уже по внешнему осмотру - на основании сколиоза носа, смещения его кончика или *septum mobile*. Большей частью, однако, искривления выясняются при риноскопии. Раньше всего бросается в глаза асимметрия носовых полостей, т.е. что одна половина носа, на всем протяжении или в той или иной части, шире другой, на одной стороне хорошо видны носовые раковины, а на другой хуже или совсем не видны.

Для детального осмотра и для точного определения характера и локализации всех изгибов и выступов носовой перегородки необходимо повторно и тщательно смазывать перегородку и раковины 5% раствором кокаина с адреналином. Только после этого можно себе отдать ясный отчет в

конфигурации как самой перегородки, так и боковой стенки носа (раковин, решетчатых клеток и т. д.), что совершенно необходимо для решения вопроса об операции.

Переднюю риноскопию следует дополнить задней риноскопией, при которой выясняются (правда, очень редкие) изгибы заднего отдела сошника, гипертрофия задних концов раковин, а также наличие гипертрофии слизистой, обычно расположенной симметрично, с обеих сторон заднего отдела сошника.

Рентгенологическое исследование дает мало ценных дополнительных данных в отношении самих деформаций носовой перегородки. Однако такое

исследование необходимо во всех случаях для выяснения состояния придаточных пазух носа. [1]

## **Лечение**

Поскольку при искривлении носовой перегородки имеют место нарушения нормальной анатомии полости носа, все консервативные меры (сосудосуживающие капли, таблетки, дыхательная гимнастика) имеют временный и не всегда выраженный эффект.

При клинических проявлениях искривления носовой перегородки проводится хирургическое лечение - операция эндоскопическая септопластика. При выполнении операции не производится никаких разрезов на лице. В результате ее проведения форма наружного носа не изменяется. Операция длится в среднем от 30 минут до 1 часа и может выполняться как под местной, так и под общей анестезией. Операция заканчивается установкой в полость



носа специальных силиконовых пластинок – т.н. сплинтов и марлевых тампонов, которые удаляются на следующие сутки после операции. Таким образом, необходимо пребывание пациента в стационаре только лишь 1 сутки, после чего мы отпускаем его домой. На протяжении 5-7 дней после операции необходимо будет посещать специальные перевязки для ускорения заживления и профилактики образования спаек.

В настоящее время единственным методом лечения всех видов деформаций носовой перегородки надо считать подслизистую резекцию ее. Изолированную же резекцию гребней и шипов следует применять лишь в редких случаях. Во-первых, обычно имеются комбинированные искривления, во-вторых, при современной технике типичная резекция носовой перегородки технически значительно легче, чем изолированная резекция гребней и шипов.

Некоторые авторы предлагают у людей пожилого возраста производить вместо подслизистой резекции носовой перегородки сквозное иссечение всех слоев ее. Все же следует, по нашему мнению, и в пожилом возрасте предпочесть подслизистую резекцию, которая не намного усложняет операцию.

Показания к резекции носовой перегородки. Операция на носовой перегородке показана в случаях, когда существуют определенные, перечисленные выше расстройства, которые с достаточной ясностью можно поставить в причинную связь с имеющимися деформациями носовой

перегородки. Сами по себе искривления, случайно обнаруженные, как бы они выражены ни были, обычно не служат показанием к операции. Однако, если имеется выраженная деформация носовой перегородки с умеренным расстройством дыхания в молодом возрасте, то надо учесть, что в дальнейшем, в связи с возрастным ослаблением сердечнососудистой деятельности, тонуса дыхательных мышц и т.д. эти искривления перегородки могут послужить причиной наступления функциональных расстройств. Оперировать же в пожилом возрасте труднее, а операция, рассчитанная на функциональную перестройку сложного дыхательного аппарата и приспособление всего организма к правильному носовому дыханию, может в этом возрасте не дать достаточного эффекта. Поэтому в таких случаях лучше устранить деформацию перегородки в молодости. Следует, по нашему мнению, также оперировать, если у человека молодого возраста имеется полная или почти полная obturация одной половины носа вследствие искривления носовой перегородки, в то время как больной благодаря свободному дыханию через другую половину носа жалоб не предъявляет.

В отношении допустимого возраста для резекции перегородки мы вполне согласны с Л.Т. Левиным, производившим эту операцию с успехом как детям, так и взрослым, но, как справедливо указывает этот автор, у детей и у лиц старше 48-50 лет показания для этой операции должны быть значительно сужены.[2.3]



Очень часто при более или менее значительных искривлениях носовой перегородки одновременно имеется гиперплазия нижней или средней раковины (или *concha bullosa*), или обеих этих раковин на стороне, противоположной искривлению. Нередко именно на этой стороне наиболее сильным оказывается затруднение дыхания. Это можно установить и объективно по величине пятна от пара, осевшего при выдохе, на приставленном к носовым отверстиям холодном шпателе. Если в таких случаях ограничиться только резекцией носовой перегородки, то не получим улучшения проходимости носа не только на стороне, где имеется гипертрофия раковин, но и на стороне искривления, так как гипертрофированные раковины, отдавливая ставшую подвижной после операции перегородку, не позволят ей принять сагиттальное положение, поэтому следует в таких случаях одновременно с резекцией перегородки произвести и конхотомию (или частичную резекцию *concha bullosa*). Это легче и лучше сделать сразу же после резекции перегородки, если только необычное кровотечение или опасность наступления в дальнейшем синехий, вследствие грубого нарушения целостности слизистой оболочка перегородки во время операции, не заставляют отложить конхотомию на другой сеанс (через месяц).

Нередко при искривлении передних отделов носовой перегородки наблюдается гипертрофия заднего конца нижней: раковины на суженной стороне (это устанавливается при

помощи задней риноскопии до резекции перегородки или при передней риноскопии по окончании этой операции). Если эта гипертрофия резко выражена, то лучше тут же ее устранить.

Если при искривлении носовой перегородки узкая сторона более или менее удовлетворительно проходима для воздуха, а другая сторона обтурирована гипертрофированными раковинами, то лучше произвести сначала только конхотомию. При недостаточном эффекте производят через 2-3 месяца резекцию носовой перегородки.

Если имеется гипертрофия мягких тканей носовой перегородки, то следует их иссечь ножницами (если они висячие) или (при подушкообразных гипертрофиях) разрушить гальванокаутером, если можно подслизистым путем. Большие технические трудности часто представляет устранение гипертрофии мягких тканей задних отделов сошника. Обычно они становятся доступными лишь после резекции (или мобилизации) носовой перегородки. Разрушение этих тканей гальванокаутером надо производить с чрезвычайной осторожностью, не прижигая одновременно раковин во избежание последующих синехий. Лучше пользоваться для этой цели конхотомами.

**Заключение.** Ранняя диагностика и своевременное лечение искривления носовой перегородки предотвращает осложнения, вызванные искривлением носовой перегородки.



## References:

1. Бобошко М.Ю., Климанцова Т.В., Бердникова И.П. Дисбаланс вегетативной нервной системы и состояние слуховой трубы // Вестн. оториноларингол. – 2007. – № 5 (Прил.). – С. 36–37.
2. Василенко Ю.С., Зеленкин Е.М. Восстановление голоса у больных с риносинуитами // Современные вопросы аудиологии и ринологии : матер. науч.-практ. конф. – М., 2000. – С. 62–63.
3. Егоров В.И., Козаренко Ф.В., Головашкина М.А. Совершенствование методики хирургического лечения локальных искривлений костного отдела перегородки носа // Вестн. оториноларингол. – 2008. – № 5 (прил.). – С. 153.
4. Лопатин А.С. Развитие методов внутриносовых корригирующих операций. Обзор // МРЖ. – Разд. XIII. – 1986. – № 9. – С. 15–19.
5. Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа // Рос. ринолог. – 1994. – Прил. 1. – С. 3–31.