



ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Бас, Мойын хирургиясы

**Специальный
выпуск**

**1-2
2023**

ИНДЕКС 74082

ISSN 1992-7304

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ OTORHINOLARYNGOLOGY-
Бас, Мойын Хирургиясы - Head and Neck Surgery

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ -
- Хирургия Головы и Шеи

№ 1-2, 2023

Оториноларингологтар Ассоциациясының қоғамдық бірлестігінің халықаралық ғылыми-практикалық журналы

International Journal of Kazakhstan ENT Association

*Международный научно-практический журнал
Ассоциации отоларингологов*

Журнал основан в 2006 году

Материалы III-го съезда оториноларингологов Казахстана

13-14 октября 2023 года, г. Туркестан

Специальный выпуск

Главный редактор
ҰҒА Академигі, профессор
Бас редакторы **Р.Қ. Төлебаев** Editor-in-Chief

С.А. Хасанов¹, М.Г. Бобохонов², Г.К. Бабаханов¹

ТЕХНИКА СЕПТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ТАШКЕНТСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

¹Кафедра «Оториноларингологии, детской оториноларингологии и детской стоматологии» Ташкентского педиатрического медицинского института

²Отделение «Оториноларингологии» клиники Ташкентского педиатрического медицинского института

Резюме

В статье подробно описана техника септопластики с сохранением хрящевой части перегородки носа с обоснованием преимущества премаксиллярного подхода. Существует несколько очень веских причин для сохранения хряща, к которым относится: сохранения стабильности наружного носа, значительное улучшение функции полости носа, уменьшение осложнений и др. Предлагаемый подход может быть произведен у детей, для чего требуются несколько дополнительных элементов навыка.

Ключевые слова: дети, септопластика, методика, хондропредчелюстное сочленение, премаксиллярный подход.

Summary

SEPTOPLASTY TECHNIQUE FOR CHILDREN IN THE CLINIC OF THE TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE

Saidakram A. Khasanov, Maqsad G. Bobokhonov, Gulimbay K. Babakhanov

The article describes in detail the technique of septoplasty with preservation of the cartilaginous part of the nasal septum, substantiating the advantages of the premaxillary approach. There are several very good reasons for preserving cartilage, which include: maintaining the stability of the external nose, significantly improving the function of the nasal cavity, reducing complications, etc. The proposed approach can be done in children, which requires several additional elements of skill.

Key words: children, septoplasty, techniques, chondropremaxillary joint, premaxillary approach.

Введение

Из уровня исторически эволюционированных техник (методов) септопластики, известно немало способов (вариации) хирургического лечения

деформированной перегородки носа, подчеркиваем, *не сочетанных зубочелюстными аномалиями!* Примечание: в других источниках нами напечатана тактика септопластики при зубочелюстных аномалиях [1, 2, 3, 3, 4]

Септопластика у детей – за и против

В обзоре литературы, сделанном в 1970-х годах (Farrior RT, Connolly ME., 1970) [5], свидетельствовалось, что назальная хирургия у детей не приемлема до прекращения роста перегородки носа. Однако узбекские (Хасанов С.А., Аврукина Р.И., Маннанов А.Ф., 1980) и зарубежные оториноларингологи; Béjar I, Farkas LG, Messner AH, Crysdale WS, 1996; Tasca I, Compadretti GC., 2011; Maniglia CP, Maniglia JV., 2017 и др.) [6, 7, 8, 9] оперируя (на носовой перегородке) детей с 2,5-летнего возраста, получили положительные результаты. Они рекомендовали не вносить детский возраст в список противопоказаний к септопластике. По мнению Cingi C, Muluk NB, Ulusoy S et al. (2016) [10] подчеркивается, что даже «запоздалая» септопластика у детей может приводить к неправильному прикусу, аномалиям лица и респираторным заболеваниям.

Максилла-премаксиллярный подход к септопластике

Морис Коттл (Maurice Heim Cottle, 1958) описал технику операции, используя термин «Maxilla-Premaxilla approach», максилла-премаксиллярный подход» и назвал разрез – гемитрасфикционным (hemitransfixion, полупроницающим), чтобы указать оперативную деталь [11].

Нет сомнений в том, что этот доступ к основу перегородки по многим параметрам значительно превосходит стандартную операцию Киллиана (Gustav Johann Killian, 1904) [12].

Недостатками операции Морис Коттл являются: в длительности время операции; отслойка дермоперихондрального лоскута затруднительно что требует приобретение новых навыков техники; вероятности небольшого кровотечения во время операции, что легко остановить коагулятором.

Хондропремаксиллярное сочленение

Ринохирурги недостаточно обращают внимания на анатомию хондропремаксиллярного сочленения. Данная область предчелюстной кости имеет фиксированное сочленение, состоящее из каудального конца перегородки, растопыренной в виде перевернутой буквы «Y», лежащей на вершине предчелюстной кости, с парой боковых крыльев в виде вертикальной буквы «Y». Имеется система плотных волокон, связывающих кость и хрящ (см. рис. 1), где и часто определяются искривленный массив перегородки носа [13].

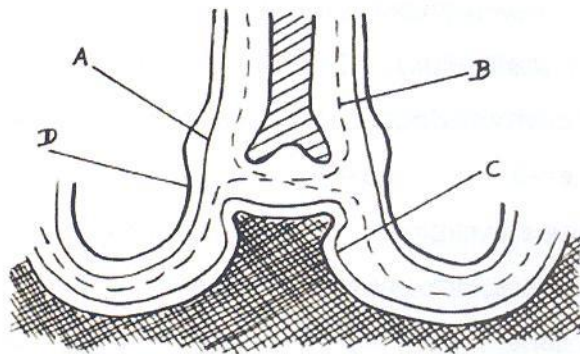


Рис. 1. Схема фронтального среза хондропремаксиллярного сочленения: (А) ипсилатеральные волокна перихондрия; (В) внутренне перекрестно-переходящие волокна перихондрия; (С) поперечные внутренние волокна периоста премаксиллы; (D) слизистая оболочка.

Виды деформации хондропремаксиллярного сочленения можно классифицировать по следующим типам [13]:

1. Плавный выпуклый изгиб.
2. Изгиб с легким углом наклона.
3. Изгиб с острым углом, при котором острый угол вдавлен в нижнюю носовую раковину. Коррекция этого типа дает наиболее успешные результаты.
4. S-изгибы в вертикальной или горизонтальной плоскостях.
5. В сочетании с любым из вышеперечисленных могут быть шпоры и гребни.
6. Любое из вышеперечисленные типы может дополнительно сочетаться вывихом нижнего края перегородки.

Наша техника

Во главе профессором Хасановым С.А. в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института применяется следующий подход септопластики.

Общая анестезия или изредка местная. Этапы:

1. Гидроотсепаровка мукоперихондрия (мукопериоста) значительно облегчает последующие этапы операции.
2. Гемитрансфикционный (полупроникающий) разрез выполняют на вогнутой стороне четырехугольного хряща, противоположной гребню, используя лезвие № 15. Многие авторы разрез выполняют всегда слева! На этом этапе хирург может столкнуться с трудностями при попадании в субперихондральную плоскость. Определяют край перегородки, используя небольшие очищающие движения и

небольшие надрезы, при необходимости немного углубляясь (надрезаясь) в хрящ. Эту процедуру можно значительно упростить, используя маленькие изогнутые ножницы. Ножницы следует использовать в открывающих и закрывающих движениях. Эта первоначальная трудность связана с анатомической особенностью фиброзной тканью этого региона и, возможно, также с рубцовой тканью.

3. Далее, продолжается отслойка, пока не появится некровоточащий блестящий жемчужно-серый хрящ. Дальнейшее туннелирование в краниальном и дорсальном направлениях выполняют при помощи распатора.

4. Для улучшения обзора операционного поля и доступа к нижним отделам перегородки носа необходимо обнажить хондропремаксиллярное сочленение – между четырехугольным хрящом и передней носовой остью (*spina nasalis anterior*). Отсепаровку основания перегородки носа необходимо выполнять только острым путем, учитывая описанное выше строение этой области. Достаточная глубина разреза определяется тактильным ощущением – скальпель упирается в кость.

5. Следующий момент операции – заднюю хондротомию – производят острым распатором, разъединяя сочленение четырехугольного хряща и перпендикулярной пластинки решетчатой кости. Резецируя полоски хряща по его задненижнему и задневерхнему, краю мы уменьшаем хрящ до нужных размеров, чтобы он разместился в костную рамку.

6. Шпоры и гребни теперь можно удалить с помощью раздавливающих щипцов. Для выпрямления изгибов хряща перегородки делают послабляющие насечки на нем, согласно предложению (принципам) Хантер Джон Холл Фрай (Hunter John Hall Fry (1932- 2018)) [8] (см. рис. 22).

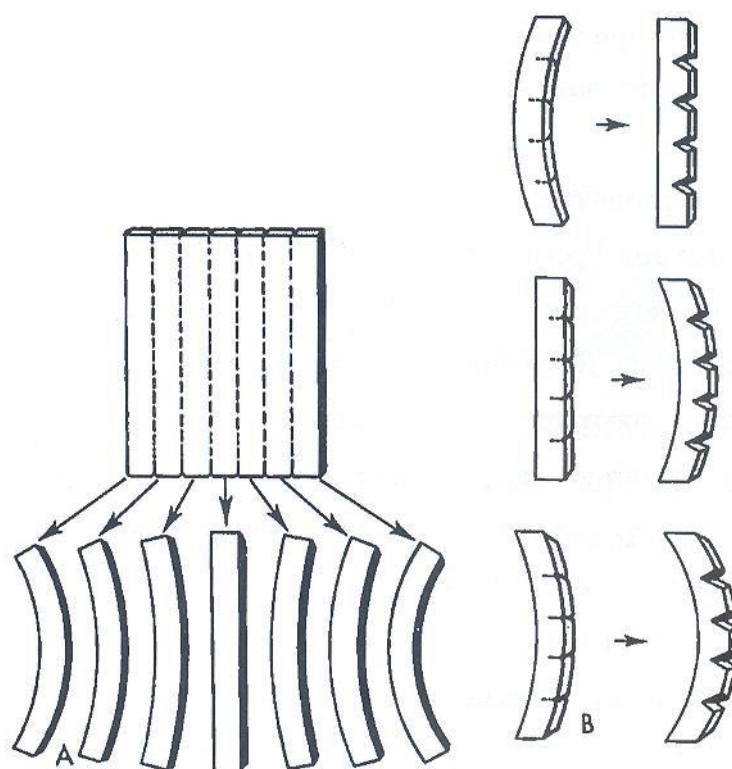


Рис. 2. Деформация разрезанных хрящевых трансплантатов, предсказанная Фраем [14]. А. Кусок хряща, разрезанный на полоски, будет изгибаться в сторону поверхности надхрящницы. По мере приближения к центру хряща происходит меньшее изгибание. В. Влияние надрезов частичной толщины на хрящ, предсказанное Фраем. Надрезы по прямому куску хряща – приводит к изгибанию от надрезанной стороны. Надрезы на вогнутой поверхности выпрямляют изгиб.

Операцию заканчивают введением сплинтов в полость носа и их фиксацией транссептальным швом в области подвижной перегородки. Перегородку дополнительно стабилизируют по средней линии с помощью промасленных марлевых турунд, которые помещают по бокам сплинтов.

Использованная литература

1. Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Хасанов У.С., Махсудов С.Н. Интеграционная тактика ринолог и ортодонта при симптомокомплексе Хасанова у детей. Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2014;2:36-38. http://www.moscowuniversityclub.ru/article/files/14440_79490625.pdf#page=36
2. Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. Эндоназальная остеопластика срединного небного шва у детей с искривлением перегородки носа при аномалиях развития верхней челюсти. Вестник Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева 2019;2:66-71. https://www.elibrary.ru/download/elibrary_41300126_99535500.pdf

3. Gulimbay Babakhanov, Saidakram Khasanov, Sunnat Makhsudov, Tevfik Metin Önerci. Cephalometric measurements of the nasal cavity in children with a narrowing of the upper jaw. Евразийский вестник педиатрии. 2019;3:102-110 стр. <https://tashpmi.uz/14-czefalometricheskie-pokazateli-polosti-nosa-u-detej-s-suzheniem-verhnej-chelyusti/>
 4. Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. Оториноларингологические и ортодонтические вопросы патологии риномаксиллярного комплекса у детей / [Под редакцией С.А. Хасанова]: Ташкентский педиатрический медицинский институт Минздрава РУз. –Т.: «Университет», 2022. 284 с.
 5. Farrior RT, Connolly ME. Septorhinoplasty in children. Otolaryngol Clin North Am. 1970 Jun;3(2):345-64. PMID: 5006506 Review. No abstract available. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 6. Хасанов С.А., Аврукина Р.И., Маннанов А.Ф. Подслизистая резекция носовой перегородки с реимплантацией аутохряща. Мед. журнал Узбекистана. - 1980 г. - №3. - стр. 39.
 7. Béjar I, Farkas LG, Messner AH, Crysdale WS. Nasal growth after external septoplasty in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1996 Aug;122(8):816-21. doi: 10.1001/archotol.1996.01890200008002. PMID: 8703382 [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 8. Tasca I, Compadretti GC. Nasal growth after pediatric septoplasty at long-term follow-up. Am J Rhinol Allergy. 2011 Jan-Feb;25(1):e7-12. doi: 10.2500/ajra.2011.25.3536. PMID: 21711962[[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 9. Maniglia CP, Maniglia JV. Rhinoseptoplasty in children. Braz J Otorhinolaryngol. 2017 Jul-Aug;83(4):416-419. doi: 10.1016/j.bjorl.2016.04.019. Epub 2016 May 31. PMID: 27339699 Free PMC article. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 10. Cingi C, Muluk NB, Ulusoy S, Lopatin A, Şahin E, Passali D, Bellussi L, Atilla H, Hanci D, Altıntoprak N, Rusetski Y, Sarafoleanu C, Mladina R, Kalogjera L, Manea C. Septoplasty in children. Am J Rhinol Allergy. 2016 Mar-Apr;30(2):e42-7. doi: 10.2500/ajra.2016.30.4289. PMID: 26980385 Review. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 11. Cottle MH, Loring RM, Fischer GG, Gaynon IE. The "Maxilla-Premaxilla" Approach to Extensive Nasal Septum Surgery. AMA Arch Otolaryngol. 1958 Sep;68(3):301-13. doi: 10.1001/archotol.1958.00730020311003. PMID: 13570788 No abstract available [[Scopus](#)] [[Crossref](#)] [[Google Scholar](#)] [[PubMed](#)]
-

12. Killian G. Die submuköse Fensterresektion der Nasenscheidewand. Archives fur Laringologie und Rhinologie. - Berl: 1904. — Bd.16. - pp. 362-387. <https://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-001142670&partnerID=10&rel=R3.0.0> [Google Scholar] [Ref list] [Scopus (79)] [Crossref]
13. Fine J. The antero-inferior premaxillary approach to surgery of the nasal septum. S Afr Med J. 1973 Jan 13;47(2):49-52. PMID: 4689737 No abstract available. [PubMed] [Google Scholar]
14. Fry HJ. Interlocked stresses in human nasal septal cartilage. Br J Plast Surg. 1966 Jul;19(3):276-8. doi: 10.1016/s0007-1226(66)80055-3. PMID: 4952287 No abstract available. [PubMed] [Google Scholar]

С.А. Юсупов¹, А.М. Ашурметов², С.А. Хасанов³, Г.К. Бабаханов³

**ИСТОРИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ КЛИНИКИ ДЕТСКОЙ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ТАШПМИ**

¹Отделение Оториноларингологии Клиники Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан.

²Кафедра «Общей хирургии, топографической анатомии и основы оперативной хирургии» Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан.

³Кафедра «Оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии» Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкент, Узбекистан.

Резюме

Работа посвящена эффективности применения эндолимфатической антибиотикотерапии у 31 ребенка: при отогенном менингите (2 ребенка), абсцессе височной доли мозга (2) синустромбозе сигмовидного синуса (2); риногенном абсцессе лобной доли мозга (1), флегмоне глазницы (4), ретробульбарном абсцессе (1); шейном медиастините (2), гнойном парафарингите (1), хроническом среднем отите (16).

Исследование проведено с добровольного согласия родителей в соответствии с нормами Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации

13. Кусанова С.А., Джандаев С.Ж., Имангалиев Е.Е. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА.....	61
14. Панахиан В.М., Джалилов М.Д. ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПРЕАЦИОННОГО УХОДА ПАЦИЕНТОВ С РИНОСЕПТОПЛАСТИКОЙ.....	63
15. Панахиан В.М., Ибрагимов Ш.Р., Кязимова М.А., Ибрагимова Н.М. РАЗВИТИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ.....	66
16. Поладова Л.Р. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ОТИТОВ.....	69
17. Сартова Ж.У., Аженов Т.М. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОССИКУЛО-ПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ БМЦ УДП РК В ПЕРИОД 2018-2023 ГГ.....	72
18. Тен И.В., Калиолдина Д.С. АДЕНТОМИЯ ЗА И ПРОТИВ.....	74
19. Turayeva A., Mukhamadieva G., Papulova N., Mustafin A., Tulebayev Ye. A MODIFIED METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF CICATRICAL STENOSIS OF THE LARYNX: A CLINICAL CASE.....	79
20. Шагатаева Б.А., Исмагулова Э.К., Жапалаков Б.А., Тавурбаева А.Ж., Шынгалиева Д.Б., Нагина А.М. НАШ ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГОЛОСА ПРИ ПАРЕЗАХ И ПАРАЛИЧАХ ГОРТАНИ.....	83
21. Uzokov A.D., Umarov R.Z., Xasanov U.S., Usmanova N.A. ENDOSCOPIC ENDONASAL LIGATION OF THE MAXILLARY ARTERY AND RESECTION TECHNOLOGY OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA WITHOUT PREOPERATIVE EMBOLIZATION.....	87
22. Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Бобохонов М.Г. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.....	90
23. Хасанов С.А., Бобохонов М.Г., Бабаханов Г.К. ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ТЕХНИКА ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ У ДЕТЕЙ.....	105
24. Хасанов С.А., Бобохонов М.Г., Бабаханов Г.К. ТЕХНИКА СЕПТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ТАШКЕНТСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА.....	112
25. Юсупов С.А., Ашурметов А.М., Хасанов С.А., Бабаханов Г.К. ИСТОРИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ КЛИНИКИ ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ТАШПМИ.....	118