



Спадение верхнего латерального хряща приводит к сужению внутреннего носового клапана и к уменьшению объема воздуха, проходящего через носовую полость.<sup>1</sup>

Стент ALAR® для носового клапана создан для укрепления латеральной стенки носовой полости в период заживления после операции на носовом клапане.

Стент легко раскрывается после репозиции хрящей, удерживает ткани в нужном положении во время заживления и удаляется примерно через 10 дней.

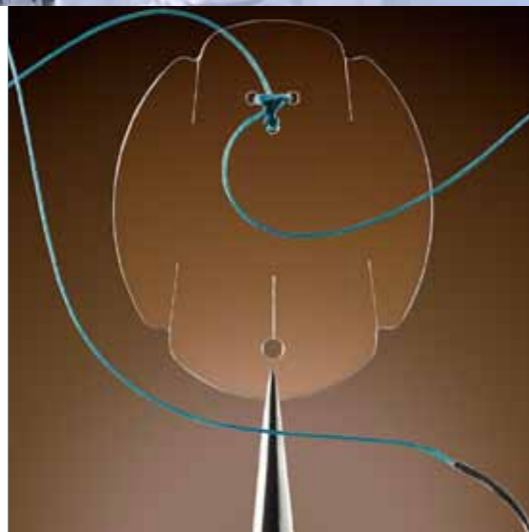
Ниже описана примерная техника операции, которая может выполняться как независимо, так и в сочетании с другими процедурами, такими как септопластика и турбинопластика, для устранения обструкции носовой полости.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ОПИСАННОЙ ПРОЦЕДУРЫ:

Нет внешнего разреза

Нет постоянного имплантата

Нет необходимости в заборе донорского хряща



# СТЕНТ ALAR® ДЛЯ НОСОВОГО КЛАПАНА

## НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗА НОСОВОГО КЛАПАНА

Стент 20 мм x 16 мм из фторполимера, подходит для обеих ноздрей

За счет специальных щелей для пропускания шовных нитей стент можно фиксировать без завязывания узлов

Плетеная нить из полиэстера 4,0 с маленькой иглой для носовой полости



Для получения подробной информации и при возникновении вопросов обращайтесь в отдел Medtronic ENT по телефону +7 (495) 580-7377 и (или) к сайту компании Medtronic по ссылке [www.medtroniclor.com](http://www.medtroniclor.com)

## Medtronic

Россия  
ООО «Медтроник»  
123317, Москва  
Пресненская набережная, д. 10, стр. С  
Тел.: +7 (495) 580-73-77  
Факс: +7 (495) 580-73-78

Регистрационное Удостоверение  
РЗН № 2016/4581 от 12.08.2016  
Для медицинских специалистов.  
Товар сертифицирован.  
© Medtronic, Inc.

[www.medtroniclor.ru](http://www.medtroniclor.ru)

### Ссылки

1. Kasperbauer JL, Kern EB. Nasal valve physiology. Implications in nasal surgery. *Otolaryngol Clin North Am*. 1987 Nov;20(4):699-719.
2. Stupak HD. Endonasal repositioning of the upper lateral cartilage and the internal nasal valve. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2011; 120:88-94.
3. Becker, DG. Technical Considerations In Powered Instrumentation. *Otolaryngol Clin North Am* 1997; Jun;30(3):421-34.
4. Liu C-M, Tan C-D, Lee F-P, Lin K-N, Huang H-M. Microdebrider-assisted versus radiofrequency-assisted inferior turbinoplasty. *Laryngoscope* 2009;119:414-8.
5. Stupak HD. Endonasal repositioning of the upper lateral cartilage and the internal nasal valve. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2011; 120:88-94.

**Medtronic**  
Further. Together

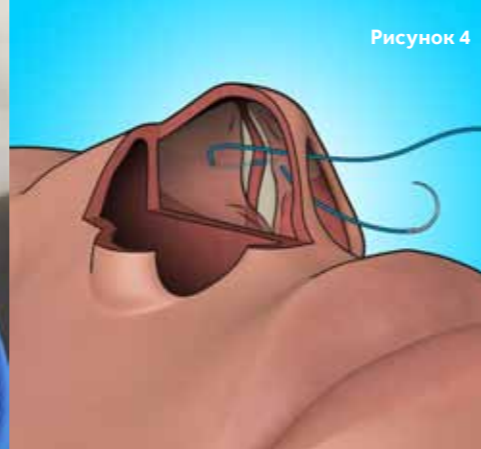


Рисунок 4

Ретроградно рассеките ткань по цефалическому краю нижнего латерального хряща (Рис. 4). В результате противопоставленные края верхнего и нижнего латеральных хрящей освобождаются и могут быть фиксированы в новом положении.

### Принцип операции

В процессе старения, а также в результате травм или по другим причинам недостаточности (коллапса) внутреннего носового клапана, область между верхними и нижними латеральными хрящами (завиток) и выступающая ее слизистая оболочка истончается и растягивается. В результате расстояние между двумя хрящами сокращается и страдает поддержка внутреннего и внешнего носовых клапанов.

В описанном методе предусмотрен межхрящевой разрез, высвобождение и установка обоих хрящей внахлест для обеспечения лучшей поддержки и механического расширения внутреннего носового клапана. Стент ALAR® для носового клапана обеспечивает временную поддержку для двух обработанных хрящей (верхнего и нижнего) до того момента, пока не наступит их сращение.

**Примечание:** Данная методика не рекомендуется для применения у пациентов с недостаточным размером латеральных хрящей или после их модификации в ходе предыдущей операции, а также при слабых или неправильно расположенных латеральных ножках крыльчатого хряща.

### Техника операции

Техника операции разработана др. Говардом Ступаком (Howard Stupak, MD)<sup>2</sup>

Натяните носовой клапан с помощью зеркала для того, чтобы оценить каудальный край верхнего латерального хряща (Рис. 1). Сделайте межхрящевой разрез, используя скальпель с 11 или 15 лезвием, от перегородки до латеральной стенки носовой полости и грушевидного отверстия. (Полная диссекция завитка).

С помощью сухожильных ножниц по Стивенсу рассеките ткань над верхним латеральным хрящом по всей длине до спинки носа (Рис. 2).

Ретроградно рассеките ткань по цефалическому краю нижнего латерального хряща (Рис. 3). В результате противопоставленные края верхнего и нижнего латеральных хрящей освобождаются и могут быть фиксированы в новом положении.

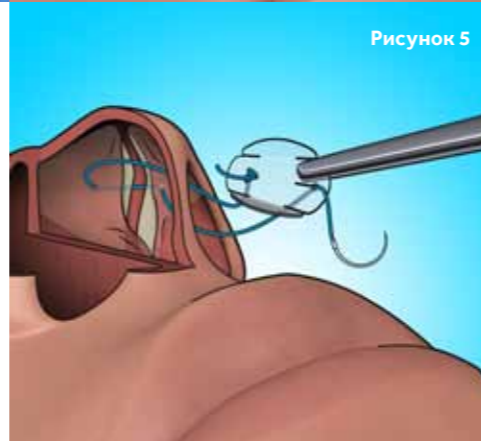


Рисунок 5

Иглу и шовную нить проводят через отверстие в стенке. Боковые части стента можно изогнуть таким образом, как того требует строение носовой полости у конкретного пациента. После этого стент пинцетом вводят в область внутреннего носового клапана, расширяя его. (Рис. 5)

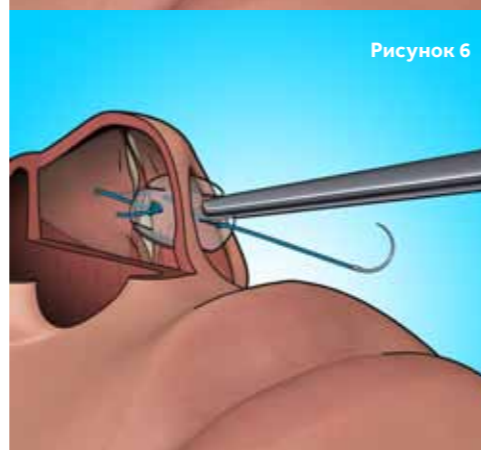


Рисунок 6

Одновременно натягивают шов-держалку с иглой на конце, удерживая стент в нужном положении, так, чтобы он раскрылся в средней трети носовой полости и способствовал дилатации носового клапана.

Сохраняя натяжение шва-держалки, осторожно прижмите стент к латеральной стенке носовой полости, немного выворачивая ноздрю. (Рис. 6)



Рисунок 7

Перехватите шов-держалку как можно ближе к стенту, держа ее в максимальном натяжении, и заведите нить в щель на стенке, которая соединяется с центральным отверстием. (Рис. 7).

При этом стент должен быть прижат к латеральной стенке носовой полости в нужном положении, обеспечивая надлежащую дилатацию внутреннего носового клапана. (Рис. 7)

Завяжите узел (Рис. 8), чтобы зафиксировать стент в нужном положении на время послеоперационного периода.

После этого ноздрю закрывают тампоном, накладывают мазь.

Стент извлекают через 10 дней.



Рисунок 8

**Примечание:** Описанная техника операции и рекомендации по применению были предложены специалистом Medtronic по ЛОР-болезням в качестве иллюстрации возможного метода лечения несложного клинического случая. Лечащий врач должен самостоятельно определять наилучший метод лечения для конкретного пациента с учетом его анатомических и клинических особенностей, опираясь на собственное клиническое суждение.

# ПОЛНОСТЬЮ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РИНОПЛАСТИКА

## ALAR® ПЕРВЫЙ ВЫБОР ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Мы создаем уникальные инструменты для септопластики, турбинопластики и хирургии носового клапана, чтобы улучшить результаты ваших процедур.



До



После

### Бор для септопластики: легкая сепарация хряща и кости от искривленной части перегородки

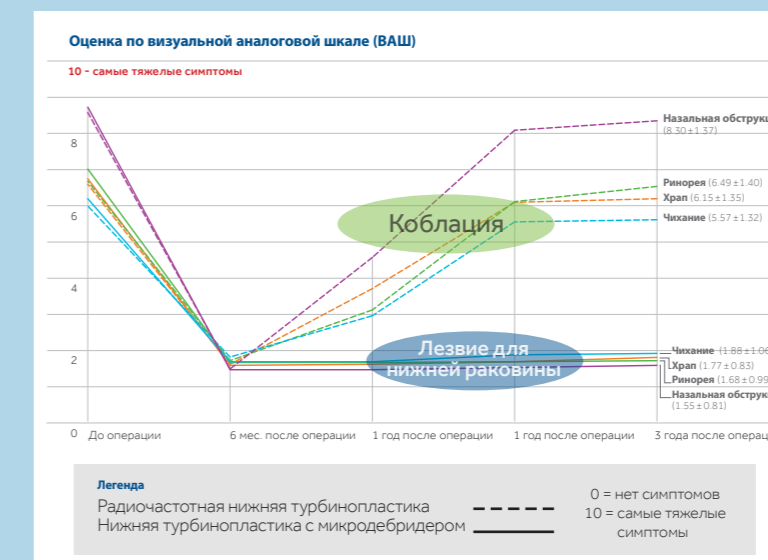
- Встроенный отсос убирает жидкость с операционного поля и улучшает визуализацию
- Закрытая конфигурация позволяет защитить лоскут слизистой<sup>1</sup>

### Стент ALAR®: упрощенный подход к лечению обструкции носового клапана в рамках функциональной ринопластики<sup>5</sup>.

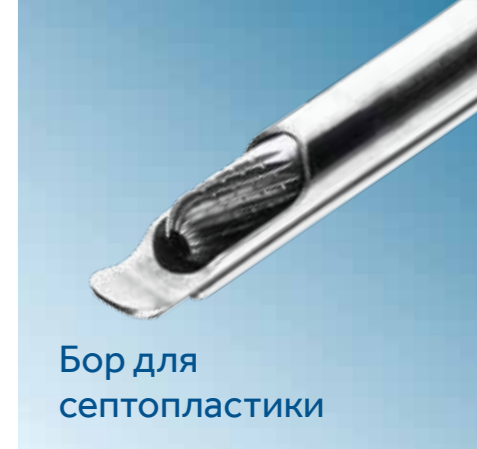
- Эндонозальная процедура, не требует внешнего разреза
- Нет постоянного имплантата
- Временный стент из фторполимера, подходит для обеих ноздрей, удаляется через 10 дней

### Вращаемое лезвие для нижней раковины: оснащено уникальным приподнятым кончиком, который вводится в нижнюю раковину и создает подслизистый карман для эффективной редукции.

- Стойкие отдаленные результаты (на протяжении 3 лет)<sup>4</sup>



Стент ALAR®  
для носового клапана



Бор для септопластики



Вращающееся лезвие для нижней раковины