



УДК: 616.212-089.844

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РИНОДЕФОРМАЦИИ В ВИДЕ ГОРБА И ОПУЩЕНИЯ КОНЧИКА НОСА

В. А. Медведев

SURGICAL CORRECTION OF RHINODEFORMATION AS A HUMPH AND INFERIOR NASAL TIP

V. A. Medvedev

ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», г. Рязань
(Главный врач – Е. М. Есакова)

В настоящей статье представлена методика ринопластики, применяемой при деформации носа в виде ринокифоза и опущения кончика носа. Особенностью ринопластики, производимой по поводу ринокифоза и опущения кончика носа, является то, что удаление горба носа производится с помощью направляющего инструмента для эндоназального удаления горба. Кроме того, используется инструмент для мобилизации костей носа, с помощью которого производятся мобилизация, сужение и придание срединного положения спинке носа. Описанные в статье технологические особенности проведения ринопластики при ринокифозе с опущением кончика носа позволяют свести к минимуму количество повторных деформаций носа.

Ключевые слова: деформация носа, ринокифоз, опущение кончика носа, ринопластика.

Библиография: 9 источников.

In present article the technology rhinoplasty, used is submitted at the deformation of a nose as rhinokifosis and inferior nasal tip. Improvement of results rhinoplastic operations made by the patient with deformation of a nose as rhinokifosis with inferior nasal tip. Features rhinoplasty, made concerning rhinokifosis and inferior nasal tip is that the removal of a hump of a nose is made with the help of the directing tool for endonasal removal of a hump. Besides the tool for mobilization bones of a nose is used, with which help the mobilization, narrowing and giving middle of a position back of a nose is made. The technological features, described in article, of realization rhinoplasty at rhinokifosis with inferior nasal tip allow to reduce to a minimum quantity of repeated deformations of a nose.

Key words: deformation of a nose, rhinokifosis, inferior nasal tip, rhinoplasty.

Bibliography: 9 sources.

К концу XX века с развитием эстетической хирургии операция пластики наружного носа превратилась в одно из самых частых хирургических вмешательств [1]. В то же время риносептопластика является наиболее сложной из эстетических операций [5].

Тяжелые калечащие осложнения после хирургии носа, по данным различных авторов, составляют от 1,7 до 18% наблюдений [6]. По некоторым сообщениям осложнения ринопластик достигали 18,8% [8, 9].

Особенно трудными для хирургической коррекции представляются комбинированные деформации носа, которые почти всегда сопровождаются выраженными функциональными нарушениями [2]. Сложность операций по поводу подобных деформаций обусловлена прежде всего тем, что клиника их еще недостаточно изучена [7].

Довольно сложной является деформация в виде ринокифоза и опущения кончика носа. Хирургические технологии коррекции данной деформации имеют ряд особенностей и требуют дальнейшего совершенствования.

Цель исследования. Улучшение результатов ринопластических операций, производимых

больным с деформацией носа в виде ринокифоза с опущением кончика носа.

Пациенты и методы. В течение 7 лет (с 2006 по 2012 г.) мы используем усовершенствованную методику проведения операций по поводу ринокифоза с опущением кончика носа.

Отличиями ринопластики, производимой нами пациентам с ринокифозом и опущением кончика носа, является то, что резекция носового горба выполняется с помощью направляющего инструмента для удаления горба носа [8], мобилизация костей и сужение носа осуществляются посредством инструмента для мобилизации костей носа [9]. Кроме того, при проведении операции используется ряд новых технологических приемов.

Основную группу, включавшую 11 больных, составили пациенты, которым ринопластику производили по методике, описанной ниже. Контрольную группу составили 11 пациентов, которым ринопластику выполняли по традиционным технологиям (носовой горб удаляли с помощью долота, мобилизацию костей носа осуществляли после остеотомий путем пальцевого давления).



Технология проведения операции по поводу ринокифоза и опущения кончика носа, по которой производили ринопластику пациентам основной группы, заключается в следующем.

Сначала производится сквозная клиновидная резекция перегородки носа с основанием, обращенным вентрально. Затем делаются межхрящевые разрезы с двух сторон. Через межхрящевые разрезы производится отслойка мягких тканей от костнохрящевых структур наружного носа. Удаление горба носа выполняется по следующей методике.

Через правый межхрящевой разрез вводится сконструированный нами направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа. Инструмент устанавливается так, что горб «проваливается» в его овальное отверстие, верхний край отверстия располагается на уровне переносья, а нижний – на границе боковых (верхнелатеральных) и больших крыльчатых (нижнелатеральных) хрящей. Весь подлежащий удалению горб носа находится над направляющим инструментом и удаляется в хрящевом отделе с помощью скальпеля, а в костном отделе – с помощью широкого плоского долота.

После удаления срубленного горба следуют остеотомии с двух сторон. С помощью инструмента для мобилизации костей носа, разработанного нами, производится сужение и установка носа по средней линии.

Затем выполняется резекция клиновидных участков каудальных отделов верхних латеральных хрящей с двух сторон с основанием резецируемых фрагментов, обращенным вентрально. Размер основания удаляемых фрагментов определяется поднятием кончика носа в краниальном направлении до закрытия треугольного дефекта перегородки носа. При этом хорошо видна избыточная слизистая оболочка с участками верхних латеральных хрящей, которая иссекается.

Производится атипичный (более глубокий) полупроницающий разрез, через который выполняется септопластика. Таким образом, сохраняется как минимум участок перегородочного хряща со слизистой оболочкой с двух сторон в каудальном и вентральном отделах. Это позволяет не опуститься спинке и кончику носа, а также дает возможность поднять кончик носа на предсказуемую высоту.

Завершают операцию вмешательство на носовых раковинах (подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, нижняя турбинопластика или парциальная резекция носовых раковин) и ушивание клиновидной раны перегородки носа.

Перед тампонадой выполняется туалет операционной полости 3 % раствором перекиси водорода.

Производится передняя тампонада носовой полости с гиоксизоновой мазью и накладывается гипсовая лонгета.

Лонгета для контроля за состоянием формы носа и состоянием кожи снимается через 5–6 дней (после спадения отека) и после обработки кожи антисептиками накладывается, чтобы общий срок ее ношения составил 12–14 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. В контрольной группе, включавшей 11 пациентов, в 8 случаях (72,7%) достигнут планируемый положительный косметический эффект, что проявлялось в восстановлении нормальной формы носа (отсутствии горба, западения и девиации спинки, отсутствии неровностей спинки носа, опущения кончика носа и других деформаций). В 2 случаях (18,2%) отмечено неполное удаление горба носа со смещением его книзу. В 1 случае (9,1%) выявлен риносколиоз. Носовое дыхание восстановилось у всех 11 пациентов.

В основной группе, состоявшей из 11 больных, желаемый косметический эффект достигнут в 10 случаях (90,9%), что проявлялось в отсутствии горба, опущения кончика носа, западения или девиации спинки носа и др. В 1 случае (9,1%) отмечена асимметрия спинки носа. Носовое дыхание у всех пациентов основной группы восстановилось.

Причинами уменьшения числа остаточных деформаций у больных основной группы мы считаем применение методики удаления горба носа с использованием направляющего инструмента, смещение костей носа и установку их в срединном положении с помощью инструмента для мобилизации костей носа, а также применение клиновидной резекции перегородки носа и каудальных участков верхних латеральных хрящей.

Приводим один из примеров риносептопластики с вмешательством на нижних носовых раковинах у больной с ринокифозом, опущением кончика носа, искривлением перегородки носа и хроническим катаральным ринитом.

Пациентка Б., 17 лет (медицинская карта № 11081207) находилась в ГКБ № 11 г. Рязани с 22.08.2011 г. по 01.09.2011 г. с диагнозом: комбинированная деформация носа (ринокифоз, опущение кончика носа), искривление перегородки носа, хронический катаральный ринит (рис. 1, 2).

При поступлении жаловалась на деформацию носа в виде горба и опущение кончика носа, а также на затруднение носового дыхания.

Травмы носа отрицала.

St. localis. Выраженная деформация наружного носа в виде большого костно-хрящевого горба, опущения кончика носа и его асимметрия. Носовое дыхание затруднено. Перегородка носа искривлена вправо; справа и слева костные гребни в нижних отделах. Нижние носовые раковины увеличены в размерах и гипертрофированы, при обработке 0,1% раствором адреналина гидрохлорида сокращаются.



Рис. 1. Больная до операции (а), через 2 месяца после операции (б)

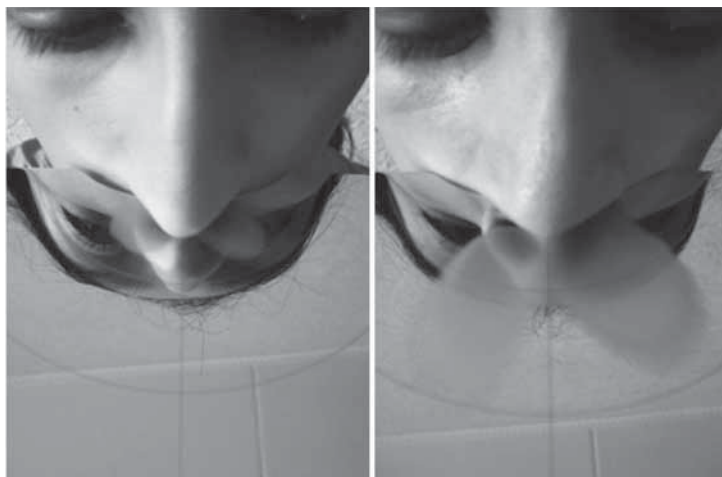


Рис. 2. Носовое дыхание до и после операции

Предоперационное обследование без особенностей.

23.08.2011 г. под эндотрахеальным наркозом произведены риносептопластика, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин. Операция выполнялась по вышеописанной методике. Осложнений в послеоперационном перио-

де не было. 01.09.2011 г. пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. При выписке и контрольных осмотрах форма наружного носа правильная (горба нет, кончик носа не опущен и симметричен). Носовое дыхание свободное. Перегородка носа ровная, носовые раковины нормальных размеров, носовые ходы свободные.

Выводы

Представленная в данной статье технология ринопластики по поводу деформации носа в виде ринокифоза и опущения кончика носа позволяет значительно уменьшить возможность развития вторичных деформаций в виде горба, девиации, западения спинки носа или ее неровностей, а также опущения кончика носа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А. Е. Функциональная ринопластика. Очерки пластической хирургии. – Т. 2. – СПб.: Изд-во СПбГПУ, 2010. – 18 с.
2. Гюсан А. О. Восстановительная риносептопластика. – СПб.: Диалог, 2000. – 85 с.
3. Пат. 2325860 Российская Федерация. Направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа / Медведев В. А.; заявитель и патентообладатель Медведев Валерий Анатольевич (RU) – № 2006142265/14; заявл. 29.11.2006; опубл. 10.06.2008. Бюл. № 16. – 5 с.
4. Пат. 2328994 Российская Федерация, Инструмент для мобилизации костей носа / Медведев В. А., Аристархов В. Г.; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – 2006143885/14; заявл. 11.12.2006; опубл. 20.07.2008. Бюл. № 20. – 6 с.
5. Пискунов С. З. Опыт обучения оториноларингологов методикам эстетической риносептопластики // Рос. ринология. – 2011. – № 2. – 39 с.
6. Пшениснов К. П. Ринопластика III: осложнения в эстетической хирургии носа и вторичная ринопластика. Избранные вопросы пластической хирургии. – Ярославль: ДИА-пресс, 2001. – Т. 1, № 6. – 5 с.
7. Эзрохин В. М. Хирургические методы лечения комбинированных деформаций носа // Стоматология. – 1996. – № 6 (Т. 75). – С. 33–36.
8. Klabunde E. N., Falces E. Incidence of complications in cosmetic rhinoplasties // Plast. Reconstr. Surg. – 1964. – Vol. 34. – P. 192.
9. Miller T. Immediate postoperative complications of septoplasties and rhinoplasties // Trans Pac. Coast Oto-ophtalmol. Soc. – 1976. – Vol. 57. – P. 201.

Медведев Валерий Анатольевич – канд. мед. наук; зав. оториноларингологическим отделением городской клинической больницы № 11 г. Рязани; тел.: 8-4912-41-24-49; 8-910-904-16-29, e-mail: meddmit@mail.ru