

группой росту уровня физической работоспособности, что выразилось в повышении локальной мышечной выносливости и производительности сердечно-сосудистой системы.

Результаты исследования позволяют рекомендовать данное аэробно-силовое упражнение и методику его применения в системе подготовки биатлонистов и лыжников.

Сведения об авторах статьи:

Тупнев Ильдус Джадитович – к.б.н., доцент, зав. кафедрой естественно-научных дисциплин Башкирского института физической культуры. Адрес: 450077, г. Уфа, Коммунистическая, 67, Тел. (347)273-72-26 (вн. 237). E-mail: ildustil@mail.ru
Латухов Сергей Валентинович – ассистент кафедры физвоспитания, ЛФК и врачебного контроля ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Тел. (347)272-11-40. E-mail: latux@gambler.ru
Дороднов Андрей Геннадьевич – тренер-преподаватель СДЮШОР по биатлону. Адрес: г. Уфа, ул. Комарова, 1
Мусин Зубаир Харисович – к.м.н., доцент кафедры физвоспитания, ЛФК и врачебного контроля ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина 3. Тел. (347)272-11-40

ЛИТЕРАТУРА

1. Аулик, И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. – М.: Медицина, 1990. – 192 с.
2. Карпман, В.Л. Тестирование в спортивной медицине / В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков – М.: ФиС, 1988. – 208 с.
3. Ковязин, В.М. Методические рекомендации индивидуализации нагрузок средств физической подготовки лыжников-гонщиков и лыжниц-гонщиц от новичка до мастера спорта: метод. пособие. – Тюмень, 2011. – 88 с.
4. Мякинченко, Е.Б. Развитие локальной мышечной выносливости в циклических видах спорта / Е.Б. Мякинченко, В.Н. Селуянов – М.: ТВТ Дивизион, 2005. – 338 с.
5. Солодков, А.С., Сологуб Е.Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная / А.С. Солодков, Е.Б. Сологуб – М.: Советский спорт, 2008. – 620 с.
6. Apell H.J. Skeletal muscle atrophy during immobilisation // Int. J. Sports Med. – 1986. № 7. – P. 1-5.
7. Londraville R.L., Siddel B.D. Maximal diffusion distance within skeletal muscle can be estimated from the mitochondrial distribution // Resp. Physiol. – 1990. № 3. – P. 291-301.

УДК 616.317-007.254-089.844:616.212-089.844

© М.Б. Убайдуллаев, С.В. Мовергоз, Е.И. Яранцев, 2012

М.Б. Убайдуллаев, С.В. Мовергоз, Е.И. Яранцев
**МЕТОД РЕКОНСТРУКТИВНОЙ РИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ
 С ДЕФОРМАЦИЕЙ НАРУЖНОГО НОСА ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ
 ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ**

Медицинский центр ООО «Медсервис», г. Салават

В данной работе представлен новый усовершенствованный вариант ринопластики для устранения деформации наружного носа у больных с врожденной расщелиной верхней губы после первичной хейлопластики. По данной методике с 2001 по 2011 год прооперировано 68 больных с деформацией наружного носа после первичной хейлоринопластики. В послеоперационном периоде проводили наблюдения за больными и сравнивали результаты операции с исходными данными. Через 3 месяца после корригирующей операции ринопластики на контрольной гипсовой модели проведены антропометрические измерения размеров наружного носа. Высота кожной части перегородки носа на интактной и на пораженной сторонах одинакова. Отклонения кожной части перегородки и спинки носа от центральной линии визуально не определяются. Угол между основанием носа и его крыльями справа и слева симметричен.

Ключевые слова: ринопластика, первичная хейлопластика, деформация наружного носа.

M.B. Ubaydullaev, S.V. Movergoz, E.I. Yarantsev
**METHOD OF RECONSTRUCTIVE RHINOPLASTY FOR PATIENTS WITH NASAL
 DEFORMATION AFTER HEMILATERAL PRIMARY CHEILOPLASTY**

A new improved method for correction of nasal deformation in patients with cleft lip after primary cheiloplasty is discussed in the paper. 68 patients with nasal deformation after primary cheilorhinoplasty were operated by this method from 2001 to 2011 years. All of the patients were observed in postoperative period and the results were compared to preoperative data. In three months after the surgery antropometric measurements of external nose were performed on the control plaster model. The height of columella on the intact and operated sides was the same. There was no deviation of columella in the coronal plane. The angle between nasal base and alae was symmetrical on left and right sides.

Key words: rhinoplasty, primary cheiloplasty, external nose deformation

Одной из сложных проблем в пластической хирургии челюстно-лицевой области и ринологии является разработка наиболее рациональных способов восстановления деформаций наружного носа, возникающих после первичной хейлоринопластики у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Анатомические и косметические недостатки, присущие деформациям наружного

носа, обуславливают не только нарушение такой жизненно важной функции, как дыхание, но и отрицательно влияют на внешний вид и психоэмоциональное состояние больного. Поэтому анатомические и эстетические результаты корригирующих операций должны рассматриваться не только как восстановление анатомической формы наружного носа, но и как средство социальной реабилитации

больных с деформациями наружного носа и верхней губы различного происхождения.

Данные литературы свидетельствуют о том что, современные способы реконструктивной ринопластики не позволяют полностью восстановить естественную форму и функции носа у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба после первичной хейлоринопластики. Из большого числа операций, предложенных для устранения деформаций наружного носа после первичной хейлоринопластики, испытанием времени выдержали лишь несколько разработанных методов [1,2,3,4,5].

Неудовлетворенность оперирующих хирургов, многих пациентов и их родственников исходами лечения, послужила поводом для поиска более эффективных способов хирургического лечения больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики.

С целью улучшения анатомических и функциональных результатов хирургического лечения больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики нами разработан метод реконструктивной ринопластики.

Материал и методы

Разработка нового способа ринопластики базировалась на основе результатов антропометрического исследования гипсовых моделей средней зоны лица (наружного носа и верхней губы), а также хирургических приемов, позволяющих рационально использовать ткани наружного носа, создавая при этом оптимальные условия для устранения имеющихся анатомических и функциональных нарушений.

При сравнении средних величин размеров различных частей наружного носа мы выявили существенные различия в размерах и формах между здоровой и пораженной сторонами. Так, у больных с деформацией наружного носа после первичной хейлоринопластики на пораженной стороне уровень свода ноздри и кончика носа значительно ниже по сравнению со здоровой стороной. Выраженность деформации наружного носа зависит от степени опущения кончика носа. Одновременно с опущением кончика и свода ноздри на пораженной стороне наблюдается укорочение кожной части перегородки носа. Изменения положения отдельных частей наружного носа в свою очередь приводят к изменениям других составных частей носа, т.е. уплощению крыла и расширению основания ноздри.

При определении линий предстоящих разрезов и выкраивании треугольного лоскута на деформированной половине носа у больных с деформациями кончика и крыла после первичной хейлоринопластики следует ориентироваться на степень опущения кончика и вершины свода ноздри. При этом разница между опущенным кончиком и вершиной свода ноздри пораженной и здоровой сторон должна соответствовать размеру основания выкраиваемого треугольного лоскута на деформированной половине.

Учитывая вышеизложенное, нами предложена новая методика операции, которая дает хороший косметический и функциональный результат. Сначала определяется наивысшая точка свода ноздри на здоровой стороне, затем определяется вершина свода носового отверстия на пораженной стороне. Разница между этими точками является величиной основания треугольника, выкраиваемого из кожной части перегородки и кончика деформированной стороны носа (рис. 1).

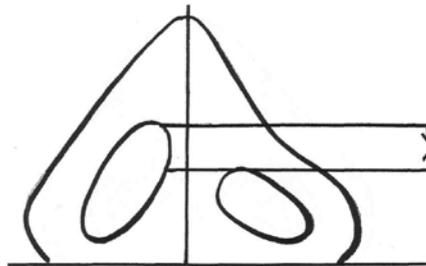


Рис. 1. Разница между сводами интактной и деформированной половин

Затем на коже кончика носа и сводах носовых отверстий проводится разметка предполагаемой линии разрезов. Первым этапом операции является проведение разреза на верхней половине ноздри по краю свода носового отверстия пораженной стороны. Далее разрез продолжается в виде «ласточки» на интактной половине кончика носа (рис. 2). Затем выкраивается треугольный лоскут на деформированной половине носа с основанием у верхнего отдела кожной части перегородки и кончика носа (рис. 3).

При этом 2/3 части основания треугольного лоскута составляет кожная часть перегородки, а 1/3 часть – кончика носа. Далее отсепаируют полностью крыльчатый хрящ на деформированной половине с обеих сторон медиальной ножки крыльчатого хряща и частично на здоровой стороне. Затем на деформированной стороне делается разрез слизистой на медиальной стороне свода носового отверстия вдоль носовой перегородки размером, соответствующим длине выкроенного треугольного лоскута (рис. 4).

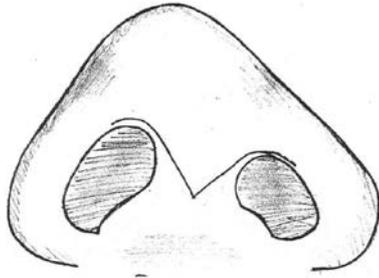


Рис. 2. Разрез в виде ласточки на интактной и деформированной половинах

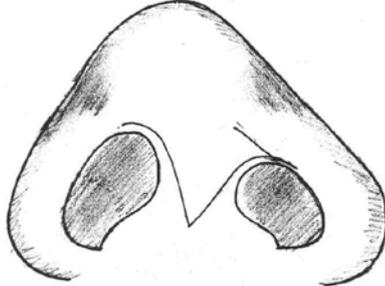


Рис. 3. Выкраивание треугольного лоскута на деформированной половине

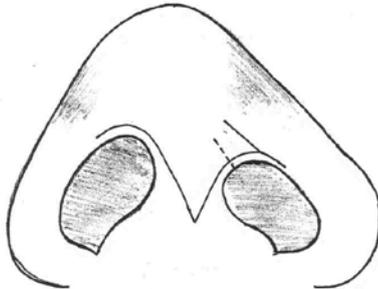


Рис. 4. Разрез на верхнем медиальном отделе слизистой оболочки носа

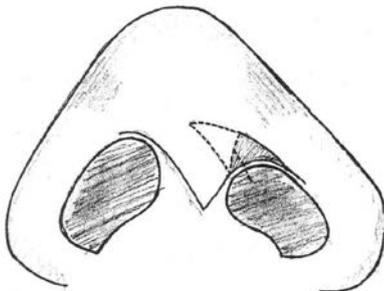


Рис. 5. Отслаивание треугольного лоскута

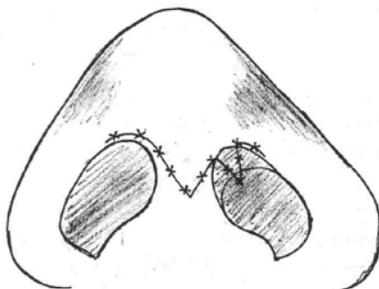


Рис. 6. Укладывание треугольного лоскута в ложе и прошивание

Отсепарированный крыльчатый хрящ на деформированной половине мобилизуется медиально вверх и фиксируется нерассасывающимися нитями к своду медиальной ножки здоровой стороны. Треугольный лоскут укла-

дывается в созданное ложе и ушивается марилоном (рис. 5,6). В носовое отверстие вводится формирующая трубка. При этом уровень носового отверстия на пораженной стороне поднимается и смещается медиально, что приводит к расширению просвета ноздри, и этим достигается ее симметричность, а также восстановление формы других анатомических образований наружного носа (кончик, крылья).

Результаты

По данной методике с 2001 по 2011 год прооперировано 68 больных с деформацией наружного носа после первичной хейлоринопластики.

Из них в возрасте 16 – 20 лет – 18 человек, 20 – 30 лет – 40 человек, 31 года до 40 лет – 10 человек. Женщин – 39, мужчин – 29. Средний возраст больных 20 – 30 лет.

Большинство больных (57 человек) в период с 2001 по 2008 гг. этим методом прооперированы в клинике челюстно-лицевой хирургии Ташкентской медицинской академии в Республике Узбекистан. 10 больных с 2008 по 2011 гг. оперированы в челюстно-лицевом центре Taiz Typical Hospital в Республике Йемен. Один больной прооперирован в Медицинском центре ООО «Медсервис», г. Салават, Башкортостан.

В до- и послеоперационном периодах отливали гипсовую модель наружного носа и по модели измеряли высоту и угол отклонения кожной части перегородки носа.

До операции высота кожной части перегородки носа у пациентов на интактной стороне составляла $16,3 \pm 0,05$ мм, а на пораженной стороне – $9,8 \pm 0,04$ мм.

В послеоперационном периоде проводили наблюдения за больными и сравнивали результаты операции с исходными данными. Через 3 месяца после корригирующей ринопластики на контрольной гипсовой модели были определены антропометрические размеры наружного носа.

Высота кожной части перегородки носа у больных, оперированных по предлагаемой методике, после операции на интактной стороне составила $16,3 \pm 0,05$ мм, а на пораженной стороне – $16,1 \pm 0,04$ мм, т.е. на интактной и пораженной сторонах высота была почти одинакова.

У больных, оперированных традиционным способом (10 человек), между интактной и пораженной сторонами после операции разница сохраняется и составляет на интактной стороне $16,3 \pm 0,05$ мм; на пораженной – $12,5 \pm 0,04$ мм.

До операции угол отклонения кожной части перегородки носа от центральной линии у больных с деформацией наружного носа после первичной хейло- и ринопластики составлял от 8 до 25°.

После реконструктивной ринопластики предложенным способом угол отклонения кожной части перегородки носа у пациентов составил менее 3°, т.е. визуальное отклонение не определялось. Тогда как у больных, оперированных традиционным способом ринопластики, после операции отклонение кожной части перегородки носа сохраняется и составляет 5-10°.

При неправильном расчете треугольного лоскута и ложа для него на слизистой носа в послеоперационном периоде могут наблюдаться вывороты слизистой оболочки носа и смещение их наружу. Поэтому форма и размеры треугольного лоскута и ложа для него должны точно соответствовать друг другу.

Выводы

Таким образом, предлагаемый вариант реконструктивной ринопластики по функциональным и косметическим показателям является методом выбора при проведении коррекции вторичной деформации наружного носа после хейлоринопластики.

Сведения об авторах статьи:

Убайдуллаев Маматхон Бурханович – д.м.н., профессор, ООО «Медсервис». Адрес: г. Салават, Октябрьская, 35. Тел. (3476) 39-51-00. E-mail: mamatkhon55@mail.ru

Моввергоз Сергей Викторович – к.м.н., главный врач ООО «Медсервис». Адрес: г. Салават, Октябрьская, 35. Тел. (3476) 39-51-00. E-mail: moverdoc@mail.ru

Яранцев Евгений Игоревич – ООО «Медсервис». Адрес: г. Салават, Октябрьская, 35. Тел. (3476) 39-51-00, E-mail: JEI@salavatmed.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Гюсан, А. О. Восстановительная риносептопластика. / А.О. Гюсан. - СПб.: Диалог, 2000. – 192с.
2. Козин, И. А. Эстетическая хирургия врождённых расщелин лица. / И. А. Козин. - М.: Мартис, 1996 – 563 с.
3. Руководство по ринологии /под ред. Г.З. Пискунова – М.: Литтерра, 2011. – 960 с.
4. Семенов, Ф. В. Пластическая ринопластика в оториноларингологической клинике/Ф. В. Семенов, А. Х. Хачак // Российская ринология.-2008. – Приложение 3. – С. 320-324.
5. Riechelmann, H. Three-step reconstruction of complex saddle nose deformities / H. Riechelmann, G. Rettinger // Archives of otolaryngology- head and neck surgery. – 2004. – v. 130, №3. – p. 334-338

УДК 616.212.5-001.5-089.844

© Д.А. Щербаков, 2012

Д.А. Щербаков

ЗАКРЫТИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕР-МОДЕЛИРОВАННЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ

*ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии»
Минздрава России, г. Уфа*

Целью работы явилась разработка оптимального варианта септопластики с использованием лазер-моделированных аллотрансплантатов серии Аллоплант. Выполнено сравнительное клиническое исследование двух разработанных автором вариантов септопластики при перфорациях перегородки носа размером до 1 см. В первой группе больных (n=8) использована комбинация хрящевого аллотрансплантата и свободных лоскутов слизистой оболочки средней носовой раковины, во второй группе (n=6) вместо аутологических лоскутов слизистой использованы лазер-моделированные мембранные аллотрансплантаты. Доказана целесообразность применения аутологических лоскутов слизистой в случае перфораций перегородки носа размером более 0,5 см.

Ключевые слова: перфорации перегородки носа, лазер-моделированный аллотрансплантат

D.A. Shcherbakov

CLOSING OF THE NASAL SEPTUM PERFORATION WITH A LASER-SIMULATED ALLOGRAFT

The aim of the study was to develop the optimal variant of septoplasty using laser-simulated allografts of Alloplant series. We have completed a comparative clinical study of the two developed variants of septoplasty with perforations of the nasal septum up to 1 cm. In the first group of patients a combination of cartilage allograft and free flaps of middle turbinate mucous membrane were used, in the second group instead of autologous grafts laser-simulated membrane allografts were used. The efficiency of use of mucous autologous grafts was proved in the case of nasal septum perforations of more than 0.5 cm size.

Key words: perforation of the nasal septum, the laser-simulated allograft

Перфорации перегородки носа (ППН) являются одной из сложных проблем регенеративной оториноларингологии [1]. Причины

возникновения дефектов перегородки носа общеизвестны: гематома и абсцесс перегородки после травмы, последствия прижигания