

## НОВЫЕ МЕТОДЫ

© Медведев В.А., 2004  
УДК 616.212-089.844

### О РОЛИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ РИНОПЛАСТИК

*В.А. Медведев*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

**В статье представлена концепция планирования и технического выполнения ринопластических операций на основе принципов их точного геометрического описания, а также представлены результаты хирургического лечения больных с использованием указанных технологий.**

Травматизм во всем мире, особенно в последнее время, приобрел непрерывно нарастающий характер [9]. Особенно часто наблюдаются повреждения костей лицевого скелета, из них первое место занимают переломы костей носа [5]. Переломы костей носа являются основной причиной деформаций наружного носа. Кроме того, существует еще целый ряд причин врожденных и приобретенных деформаций носа. Лечение деформаций носа является одним из самых сложных разделов пластической хирургии [3, 4, 7, 8]. Подтверждением этому служит высокий процент неудовлетворительных результатов ринопластик [1]. В то же время, нет другой области человеческого тела, в которой требования к косметическому результату вмешательства были бы так высоки [2, 6, 10, 11].

Детальное изучение традиционно используемых ринопластических методик и результатов операций, выполненных по данным методикам, показывает, что многие из технологий ринопластик даже теоретически не соответствуют предъявляемым к ним требованиям и могут приводить к повторным деформациям носа. Из этих соображений предложен новый подход к технологиям ринопластик, осно-

ванный на точном геометрическом обосновании каждого из видов ринопластических вмешательств.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов пластических операций, производимых по поводу посттравматических деформаций носа за счет их точного геометрического планирования и обоснования.

#### Материалы и методы

На первом этапе исследования были проанализированы используемые при ринопластиках хирургические технологии. При этом каждый вид операции анализировался с позиций геометрической возможности достижения поставленных косметических результатов.

Действительно, если при горбатом носе удаление горба носа производить только в его пределах, то в верхних отделах остаются участки костей носа, которые не позволят сблизить носовые кости. Если кости носа после удаления горба не сблизить, то у больного будет повторная деформация в виде широкого носа или рецидива горба носа, но на более высоком уровне. Если нижняя граница удаления горба носа будет соответствовать нижней границе его удаления, разовьется

повторная деформация в виде “ клюва попугая “ или рецидив горба на более низком уровне. Так, при анализе и других видов операций вскрылись основные причины осложнений ринопластик и были предложены серьезные дополнения в технику ринопластических операций или из множества существующих видов операций выбраны только соответствующие указанным геометрическим требованиям.

При ринокифозе предложено значительно расширить вниз и вверх границы удаляемого горба (обычно от верхней границы нижних латеральных хрящей и всегда до носо-лобного сочленения). Обязательно производить латеральную и поперечную остеотомию с двух сторон. При необходимости горизонтально фрагментировать носовые кости на уровне их среднего отдела. Обязательно сужать нос.

При ринолордозе восполнение западения спинки носа производить перегородочным аутохрящем, путем введения его в созданный для этих целей узкий подкожный туннель. Моделирование имплантата осуществляется на операции по виду недостающей части спинки носа, т.е. фрагментами разной ширины и длины, сшитыми в один блок.

При риносколиозе геометрически обосновано произвести латеральную, парамедиальную и поперечную остеотомию с двух сторон. Обязательно мобилизовать перегородку носа (произвести септопластику). При широком или нормальном носе удалять медиальную часть костей носа в виде тонкой полоски. Обязательно сужать нос.

При ринокифосколиозе удаление горба производится строго по его вершине, независимо от степени и направления его искривления. Выполняется латеральная и поперечная остеотомия с двух сторон и септопластика. Кости носа сужаются и приводятся в срединное положение.

По технологиям, основанным на

описанных выше геометрических принципах, в городской клинической больнице №11 г. Рязани за период с 01.09.2001 г. по 01.09.2004 г. произведено 106 ринопластик больным с различными деформациями носа. Эти больные составили основную группу.

Из 106 больных основной группы было 77 мужчин (72,64%) и 29 женщин (27,36%).

Возраст больных колебался от 12 до 62 лет.

Из 106 больных 93 пациента (87,7%) имели деформации носа, сочетающиеся с искривлением перегородки носа: риносколиоз с искривлением перегородки носа – 33, ринолордоз с искривлением перегородки носа – 28, ринокифоз с искривлением перегородки носа – 5, комбинированные деформации носа с искривлением перегородки носа – 27. 12 больных (11,32%) имели деформации носа без искривления носовой перегородки: у 9 больных деформации носа сочетались с другой эндоназальной патологией, у 3 – деформации носа были без эндоназальной патологии. С дефектом кончика носа был один пациент (0,94%).

Всем 106 больным произведены ринопластические операции, причем 93 из них одномоментно, произведены и операции по поводу искривления перегородки носа (септопластики или подслизистая резекция перегородки носа). 100 больным операция произведена под потенцированной местной анестезией (94,34%) и 6 больным (5,66%) – под эндотрахеальным наркозом. Контрольную группу составили больные после ринопластик, описанные I.Pitanguy [12], с которой и производилось сравнение результатов хирургического лечения больных основной группы.

### Результаты и их обсуждение

У 103 больных (97,17%) достигнут хороший косметический результат, что

подтверждено данными фотографий, произведенных до и после операции, а также субъективной оценкой пациентов, которых форма носа после операции вполне устраивала. У 3 больных (2,83%), несмотря на улучшение формы носа, констатируется, что косметические результаты не в полной степени достигли поставленных целей. У двух из них осталась негрубая деформация носа в виде ринокифосколиоза (1,89%), у 1 (0,94%) – сохранялся невыраженный риносколиоз. У всех больных, которым одновременно производились операции по поводу эндоназальной патологии, восстановилось носовое дыхание.

Таким образом, процент остаточных деформаций 2,83% после ринопластик в основной группе был значительно меньше, чем в контрольной группе [3] – 5,75%.

#### Выводы

Использование принципа детального геометрического обоснования ринопластик и применение методик операций, усовершенствованных на основе данного принципа позволяет значительно снизить количество повторных деформаций носа, делает более прогнозируемыми результаты операций и может быть рекомендовано для широкого применения в пластической хирургии носа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Безшапочный С.Б. Разработка и теоретическое обоснование методов диагностики и лечения переломов костей носа и стенок околоносовых пазух: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Б. Безшапочный. - Киев, 1984. – 42с.
2. Йовчев В.С. Лечение переломов костей лица и их последствий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.С. Йовчев. – Л., 1966 – 42с.
3. Косметические операции лица / Н.М. Михельсон, Г.В. Кручинский, Л.А. Крикун и др.; Под ред. Н.М. Михельсона. - М., 1965. – С.19.
4. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Н.М. Михельсон. – М., 1962. - С.167.
5. Николаев М.П. О тактике лечения травм лицевого скелета / М.П. Николаев // Вестн. оториноларингологии. – 1999. - №1. – С.28-30.
6. Пальчун В.Т. О тактике оказания скорой помощи в оториноларингологической практике / В.Т. Пальчун // Экстренная помощь и интенсивная терапия в оториноларингологии. – М., 1980. – С.5-15.
7. Пешкова Г. Пластические операции при косметических дефектах / Г. Пешкова. – Прага: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1971. – 105с.
8. Фришберг И.А. Косметические операции на лице / И.А. Фришберг. – М., 1984. – 52с.
9. Чистякова В.Ф. Челюстно-лицевые повреждения, сочетающиеся с закрытой черепно-мозговой травмой (особенности клиники, диагностики, лечения): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Ф. Чистякова. – Киев, 1971. - 38с.
10. Grymer L.F. The deffected nose surgical correction / L.F. Grymer, J. Fogstrup, P. Stoksted // J. laryngol., otol. – 1982. – Vol.96. – P.719-724.
11. Pirsig W. Das nasentrauma im kindersalter / W. Pirsig // Ther. Umsch. – 1975. – Bd.32, N19. – S.640-646.
12. Pitanguy I. Sequelas ob rinoplastica / I. Pitanguy, V.C. De Paulo, I.R.D. Portocarrero // Rev. bras. cir. - 1978. – Vol.68, N11/12. - P.375-388.

#### ABOUT ROLE OF GEOMETRICAL BASIS OF RHINOPLASTIES

V.A. Medvedev

**In the article are presented results of the surgical treatment of posttraumatic deformations of the external nose. Are proved necessity of the exact geometrical basis of rhinoplastic operations.**