



6. Isshiki N., Okamura E. L., Ishikawa T. Thyroplasty type I (lateral compression) for dysphonia due to vocal cord paralysis or atrophy // Acta Otolaryngol. – 1975. – Vol. 80, N 5–6. – P. 465–473.
7. Recent modifications in thyroplasty type I / Isshiki N. [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1989. – Vol. 98, N 10. – P. 777–779.
8. Thyroplasty as a new phonosurgical technique / N. Isshiki [et al.] // Acta Otolaryngol. – 1974. – Vol. 78, N 5–6. – P. 465–473.

Магомедова Камила Магомедовна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: kamila-m@mail.ru; 8-926-244-29-91; **Давудов** Хасан Шахманович – докт. мед. наук, профессор, зам. директора НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: prof.davudov-otolar@mail.ru; **Нажмудинов** Ибрагим Исмаилович – канд. мед. наук, вед. н. с. НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, тел. 8-916-051-86-96, e-mail: ibragimlog@mail.ru; **Осипенко** Екатерина Владимировна – канд. мед. наук, доцент НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: nxhosipenko71@yandex.ru; **Михалевская** Ирина Анатольевна – канд. пед. наук, логопед отдела фониапии и заболеваний гортани НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: irinafonoped@mail.ru; **Акопян** Карен Валерьевич – канд. мед. наук, вед. н. с. отдела онкологии НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: ajbolit_67@mail.ru; **Куликов** Игорь Олегович – канд. мед. наук, н. с. НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: kigog@mail.ru; **Гусейнов** Исмаил Гасанович – м. н. с. НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: ismail1982@mail.ru; **Хоранова** Марина Юрьевна – м. н. с. НКЦ оториноларингологии, 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, e-mail: marina17.03@mail.ru

УДК 616.211-089.844

О ТЕХНИКЕ РЕЗЕКЦИИ НОСОВОГО ГОРБА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

В. А. Медведев

ON TECHNIQUE NASAL HUMP REDUCTION AT THE COMBINED DEFORMATIONS OF A NOSE

V. A. Medvedev

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

Проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с ринокифозом, комбинированным с другими деформациями наружного носа. В контрольной и основной группах было по 35 больных со следующими комбинированными деформациями: ринокифосколиозом; ринокифозом, комбинированным с лордозом и сколиозом; ринокифозом и опущением кончика носа, а также с ринокифозом и рубцами наружного носа.

В контрольной группе горб резецировался с помощью широкого долота, мобилизация костей носа и приведение их в срединное положение осуществлялись путем пальцевого давления.

В основной группе резекция горба носа производилась по собственной технологии. При этом использовали инструмент для удаления горба носа и инструмент для мобилизации костей носа, а также некоторые новые технологические приемы проведения операций.

Отмечено снижение процента послеоперационных деформаций носа с 11,5 % в контрольной группе до 2,9 % в основной группе.

Ключевые слова: деформация носа, носовой горб, ринопластика.

Библиография: 10 источников.

The purpose of research consist in improvement of results rhinoplastic operations, made by the patients with rhinokifosis, combined with other deformations of a nose.

The analysis of results of surgical treatment of the patients with rhinokifosis, combined with other deformations of an external nose is carried out. In control and basic groups was till 35 patients with the



following combined deformations: with rhinokifoscoliosis; with rhinokifosis, combined with lordosis and scoliosis; with rhinokifosis and inferior nasal tip, and also with rhinokifosis and cicatrices of an external nose.

In control group a hump reduction with the help wide chisel, mobilization bones of a nose and displacement them in the middle position was carried out by manual pressure. In the basic group a reduction hump of a nose was made on own technology. Thus the instrument for removal of a hump of a nose and instrument for mobilization bones of a nose, and also some new technological ways of realization of operations was used.

The decrease of percent postoperative of deformations of a nose from 11,5 % in control group, up to 2,9 % – in the basic group is marked.

Key words: *deformation of a nose, nasal hump, rhinoplastic operations.*

Bibliography: *10 sources.*

Ринопластика – один из сложнейших разделов пластической хирургии и, прежде всего, потому, что нос – это наиболее открытая и заметная часть лица, мельчайшие изъяны которой, увы, очевидны. Во-вторых, нос имеет сложную, часто асимметричную анатомию, изменять которую необходимо с высокой, поистине микрохирургической точностью [2].

Предложено множество способов удаления горба носа, к которым относятся удаление горба носа с помощью пилки [3], резекция горба носа при помощи широкого долота [4, 10], шлифовывание горба носа рашпилем или шлифовка носового горба высокочастотным бором [9], удаление горба носа ножом-долотом после сепаровки горба от мягких тканей снаружи и изнутри [5].

Однако количество пациентов с повторными деформациями носа после резекции горба носа остается достаточно высоким. Так, из 157 обратившихся в ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» после уменьшения носа и удаления горбинки носа жалобы на остаточный горб были у 43 (27,4%) пациентов, широкий нос – у 16 (10,2%), неровность спинки носа – у 17 (10,8%), деформацию концевого отдела – у 26 (16,6%); сочетанные деформации (две и более) – у 44 (28%), затруднения носового дыхания – у 11 (7%) [1].

Таким образом, вопрос о рациональной технике резекции носового горба остается открытым. Тем более это относится к комбинированным деформациям носа, если одной из деформаций является носовой горб. При комбинированных деформациях носа удаление горба производится лишь в качестве одного из нескольких одномоментных вмешательств, что требует не только отработанной и надежной методики резекции горба носа, но и рациональной последовательности всех этапов проведения операции.

Цель исследования. Улучшение результатов ринопластических вмешательств, производимых больным с ринокифозом, комбинированным с другими деформациями носа.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали результаты хирургического лечения ринокифоза, комбинированного с другими деформациями наружного носа у пациентов, оперированных в оториноларингологическом отделении ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани с 2007 по 2011 гг.

В основной и контрольной группах было по 35 больных. В каждой из групп было: по 22 больных с ринокифосколиозом; по 5 пациентов с ринокифозом, комбинированным с лордозом и сколиозом; по 5 больных с ринокифозом и опущением кончика носа; по 3 больных с ринокифозом и рубцами наружного носа.

В контрольной группе удаление горба носа выполнялось традиционным способом: горб резецировался с помощью широкого долота, мобилизация костей носа и приведение их в срединное положение осуществляли путем пальцевого давления.

В основной группе резекция горба носа производилась по собственной технологии. При этом использовали разработанные нами инструмент для удаления горба носа [7] и инструмент для мобилизации костей носа [8], а также некоторые новые технологические приемы проведения операций.

Наша техника резекции горба носа сводится к следующему. Через правый межхрящевой разрез вводят сконструированный нами направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа. Инструмент устанавливают так, чтобы горб «проваливался» в его овальное

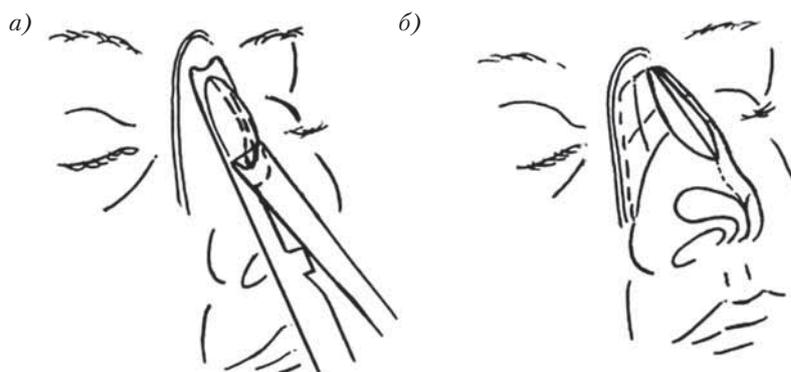


Рис. 1. Этап операции.

отверстие, верхний край отверстия располагался на уровне лобно-носового шва, а нижний – на границе верхних и нижних латеральных хрящей (рис. 1, а). Весь подлежащий удалению горб носа находится над направляющим инструментом, его удаляют сначала остроконечным скальпелем, а затем с помощью широкого плоского долота. Форма носа после удаления горба изображена на рис. 1, б.

После удаления срубленного горба следуют латеральные и поперечные остеотомии с двух сторон. С помощью инструмента для мобилизации костей носа производят сужение носа с закрытием «открытой крыши» и наружный нос устанавливают по средней линии.

Так как ринокифоз, комбинированный с другими деформациями носа, обычно сочетается с искривлением перегородки носа, как правило, данной категории больных производилась одномоментная риносептопластика.

Оценка косметических результатов ринопластических операций осуществлялась путем сравнения фотографий, выполненных до и после операции через 2 и 6 месяцев.

Определение функции носового дыхания осуществлялось по гигрометрической методике с помощью носового зеркала по GLATZEL, так называемой «Чермакской пластины», для измерения прохождения воздуха через носовую полость размерами 20×25 см.

Данная методика заключается в определении проходимости полости носа на основании регистрации размеров пятен конденсата, образующегося при выдохе на зеркале Глятцеля, представляющего собой хорошо отполированную никелевую блестящую пластину с дугообразными выемками на двух противоположных ее краях. Одной из этих выемок зеркало прикладывается к верхней губе и подводится под ноздри. Водные пары, содержащиеся в выдыхаемом воздухе, конденсируются на охлажденной поверхности зеркала и образуют у каждой ноздри два матовых пятна, размеры которых зависят от количества выдыхаемого воздуха [6].

Определение проходимости носовой полости производилось до операции (за день до вмешательства), а также через 2 и 6 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. У 31 (88,5%) пациента контрольной группы получены желаемые косметические результаты, которые выражались в восстановлении или создании правильной формы носа и отсутствии каких-либо деформаций (ринокифоза, сколиоза, лордоза, неровностей спинки носа и др.). У 2 (5,7%) больных, оперированных по поводу ринокифосколиоза, отмечена остаточная деформация в виде горба носа; у 1 (2,9%) больного с ринокифосколиозом до операции – деформация носа в виде риносколиоза; у 1 (2,9%) больного с ринокифозом и опущением кончика носа до операции – остаточный горб. Таким образом, у 4 (11,5%) пациентов отмечены остаточные деформации носа. Носовое дыхание восстановилось у всех пациентов.

У 34 (97,1%) пациентов основной группы восстановилась правильная форма носа. В 1 (2,9%) случае отмечена остаточная деформация в виде рубцов носа после операции по поводу ринокифоза с гипертрофическими рубцами. Носовое дыхание восстановилось у всех пациентов.

Улучшение косметических результатов операций у больных основной группы, по нашему мнению, связано с тем, что при резекции горба носа с использованием направляющего инструмента удаление горба происходит строго по линии, соединяющей кончик носа с переносьем.



Рис. 2. Пациент до операции.

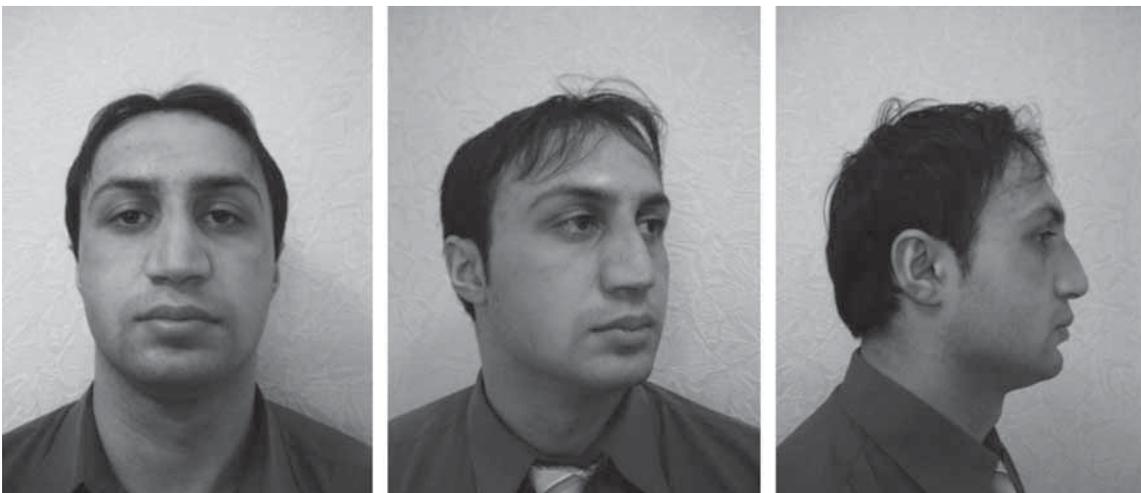


Рис. 3. Пациент после операции.

Это позволяет избежать как недостаточного, так и избыточного удаления носового горба. При этом сводится к минимуму риск формирования остаточного горба и западения спинки носа в послеоперационном периоде.

Приведем пример риносептопластики с вмешательством на нижних носовых раковинах у пациента с ринокифосколиозом, искривлением перегородки носа и хроническим гипертрофическим ринитом.

Больной Б., 22 г., медицинская карта № 09110641, находился на лечении в оториноларингологическом отделении ГKB № 11 г. Рязани с 10.11.2009 по 20.11.2009 г. с диагнозом: комбинированная посттравматическая деформация носа (ринокифосколиоз); искривление перегородки носа; хронический гипертрофический ринит. При поступлении жаловался на деформацию носа и затрудненное носовое дыхание. Anamnesis morbi: перенес травму носа в 10-летнем возрасте (ударился областью носа о колено во время занятий гимнастикой). С тех пор появились деформация носа и затруднение носового дыхания. После травмы за врачебной помощью не обращался.

Объективно: деформация наружного носа в виде большого костно-хрящевого горба, искривления спинки носа влево в костном отделе и вправо – в хрящевом отделе; перегородка носа искривлена влево до соприкосновения с латеральной стенкой носовой полости; нижние носовые раковины увеличены в размерах (особенно правая), с неровной поверхностью, гиперемированы, почти не сокращаются при обработке 0,1%-ным раствором адреналина гидрохлорида. Носовое дыхание при поступлении значительно затруднено и асимметрично.



11.11.2009 г. пациенту под эндотрахеальным наркозом произведены риносептопластика, парциальная резекция нижних носовых раковин. Удаление горба выполнялось по вышеописанной технологии. Осложнений в послеоперационном периоде не было. 20.11.2009 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии. При выписке и последующих осмотрах (через 2 и 6 месяцев): форма наружного носа правильная (горба и сколиоза нет), носовое дыхание свободное.

На рис. 2 – больной до операции, на рис. 3 – больной через 6 месяцев после операции.

При контрольных осмотрах через 2 и 6 месяцев: горб носа не определяется, спинка ровная и не расширена; носовое дыхание свободное, перегородка носа по средней линии, носовые раковины не увеличены. Носовое дыхание свободное.

Выводы

Представленная в настоящей статье технология удаления носового горба при комбинированных деформациях носа позволяет резецировать горб носа точно по линии, соединяющей кончик носа с переносьем, что сводит к минимуму риск развития деформаций в виде рецидива горба, девиации наружного носа, неровностей спинки, расширения спинки носа и других послеоперационных деформаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексанян Т. А. Анализ ошибок и неблагоприятных исходов после ринопластик // Вестн. оторинолар. – 2011. – № 5. – 29 с.
2. Белоусов А. Е. Функциональная ринопластика. Очерки пластической хирургии. Т. 2. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2010. – 18 с.
3. Воячек В. И. Ринортоз. – Л.: Гос. изд-во мед. лит., 1963. – 112 с.
4. Гюсан А. О. Восстановительная риносептопластика. СПб.: Диалог, 2000. – 88 с.
5. Павлюченко Л. Л. Вмешательства на перегородке носа при эстетической ринопластике // Эстетическая медицина. – 2004. – Т. III, № 3. – С. 224–231.
6. Пат. 2325860 Российская Федерация. Направляющий инструмент для эндоназального удаления горба носа / Медведев В. А.; заявитель и патентообладатель В. А. Медведев (RU) – № 2006142265/14; заявл. 29.11.2006; опубл. 10.06.2008, Бюл. № 16.
7. 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» (RU) – № 2006143885/14; заявл. 11.12.2006; опубл. 20.07.2008, Бюл. № 20.
8. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – 120 с.
9. Тапия-Фернандес В. Э. Альтернатива классической остеотомии при удалении горба носа. Современная риносептопластика. Избранные материалы курса. – М., 2000. – С. 52–53.
10. Эзрохин В. М., Никитин А. Ю., Рябов А. Ю. Ошибки при косметической ринопластике // Рос. ринология. – 2002. – № 1. – С. 28–34.

Медведев Валерий Анатольевич – канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением Городской клинической больницы № 11, главный внештатный оториноларинголог г. Рязани. 390037. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17, тел.: 8-4912-41-24-49, e-mail: meddmit@mail.ru