

ХИРУРГИЯ

РИНОПЛАСТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Джанобилова

Кафедра хирургических болезней №2

Введение. Посттравматическая деформация носа является одной из распространённых деформаций лица, которая чаще встречается среди мужчин [1,2]. Эти деформации очень часто сопровождаются нарушением носового дыхания, и в этой связи показанием к ринопластике являются не только эстетические неудобства, но и указанные функциональные нарушения.

Ринопластика – это формирование или воссоздание наружного носа с целью восстановления его функции и устранения эстетического дефекта. Данная операция может быть охарактеризована как прецизионная хирургия, где отсчёт идёт на миллиметры [9].

История ринопластики началась более 3000 лет назад [3]. В те далёкие времена индийские лекари научились применять лоскут кожи с центральной части лба для реконструкции утраченного или покалеченного носа. Но настоящее развитие пластическая хирургия носа получила в конце XIX века. Родоначальником современной ринопластики является немецкий хирург J. Joseph. Его практические разработки были основаны на хорошо изученной анатомии костно-хрящевого скелета и физиологии верхних дыхательных путей. В течение первой половины XX века хирурги пользовались только открытым способом ринопластики. В 50-х годах американский хирург Rose внедрил в практику закрытый способ ринопластики, не оставляющий после себя наружных швов. На сегодняшний день от 30 до 50% пациентов, обращающихся к пластическим хирургам, хотят провести коррекцию формы носа [8].

Наряду с большими достижениями в этом направлении хирургии, даже в настоящее время нередки случаи, когда пациентов не удовлетворяют отдалённые функциональные и эстетические результаты ринопластики, и они обращаются к хирургам для выполнения повторных операций. По мнению К.П. Пшениснова и В.В. Гагарина (2000), конечной целью ринопластики должно быть создание эстетически сбалансированного наружного носа, причём совершенствование формы не должно нарушать функцию носового дыхания. Оперативное вмешательство по улучшению формы и функции носа должно проводиться в один этап [5-7,10]. Для достижения этих целей необходимо всесторонне изучить как наружную форму носа, так и внутриносовые структуры.

Целью настоящей работы является обобщение опыта по ринопластике при посттравматических деформациях носа у 115 больных, с изучением отдалённых функциональных и эстетических результатов.

Материалы и методы исследования. За период с 1998 года по 2008 год в Отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии нами было прооперировано 115 больных с посттравматическими деформациями носа, в возрасте от 12 до 49 лет. Мужчин было 66 человек, женщин – 49. Сроки операции больных составили от одного года до 44 лет после получения травмы. В 23 случаях (20%) больные ранее были оперированы в других лечебных учреждениях. У 104 пациентов (90,4%) отмечалось аэродинамически значимое искривление носовой перегородки различной степени. Деформация пирамиды носа имела место во всех случаях. Несмотря на то, что практически у всех пациентов имелась та или иная степень искривления носовой перегородки, более половины больных женского пола (27 случаев – 55,1%) обратились по поводу эстетической неудовлетворённости формой своего носа.

В арсенал методов исследования включали антропометрические измерения, риноскопию, фотодокументацию, рентгенографию костей носа и, в течение последних лет, – компьютерную томографию (КТ) носа. Каждый из перечисленных методов исследования имеет большое

значение в выявлении определённых изменений и, следовательно, дополняет данные другие методы исследования.

Обязательное проведение КТ при посттравматических деформациях носа позволило более детально изучить деформацию и патологические изменения как наружных, так и внутриносовых структур, заранее определить план операции и выбрать необходимый объём вмешательства (рис.1).

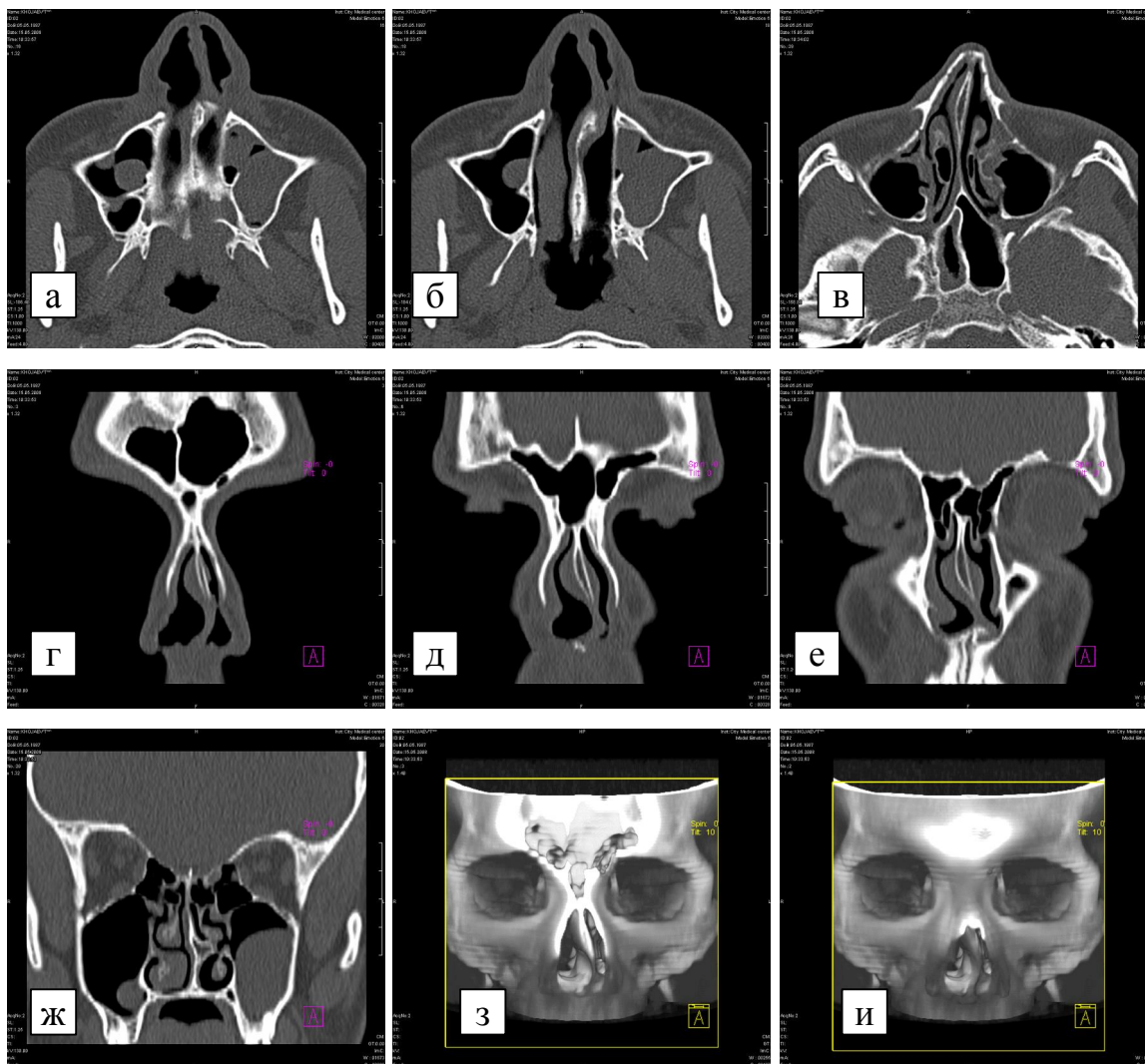


Рис. 1. Пример S-образного искривления носовой перегородки на горизонтальной (а-в), фронтальной (г-ж) срезах и трёхмерно-пространственной снимке (з-и)

Техника операции. Стандартная ринопластика предусматривает два доступа: открытый и закрытый, выбор которого зависит, во-первых, от опыта и предпочтения хирурга; во-вторых, доступ определяется показаниями и объёмом операции. Закрытые доступы располагаются в преддверии носа и бывают следующих видов: подкрыльный краевой, чресхращевой, межхращевой, чресперегородочный. При посттравматических деформациях носа предпочтение отдавалось выполнению ринопластики открытым доступом. Традиционную технику открытой ринопластики производят разрезом по кожной части колонны с продолжением подкрыльно-краевым разрезом со стороны слизистой носовых ходов. Однако

хирурги встречаются определённые трудности при выполнении подкрыльно-краевого разреза при открытой ринопластике. Трудности заключаются в том, чтобы увидеть и качественно выполнить разрез, идущий по границе со слизистой преддверия, для чего необходимо выворачивать крылья носа кнаружи. Это ограничивает свободные действия хирурга на маленьком операционном поле и не всегда позволяет произвести разрез свободно.

Ввиду этого нами разработан способ, облегчающий выполнение подкрыльно-краевого разреза при открытой ринопластике, который заключается в следующем: предварительно производится разметка линий разрезов, далее выполняется инфильтрация мягких тканей носа 1% раствором лидокаина с адреналином в соотношении 1:200000. Инфильтрация производится в таком объёме, чтобы произошло набухание и выворачивание слизистой носа кнаружи, что позволяет визуализировать линию проведения разреза (рис.2).



Рис. 2. Способ инфильтрации мягких тканей носа раствором лидокаина с адреналином

Далее производится разрез слизистой крыльев носа без особых технических трудностей. Кроме того, максимальная инфильтрация раствором, содержащим сосудосуживающий препарат, позволяет снизить повышенную кровоточивость, которая обычно наблюдается при ринопластике (Удостоверение на рац.предложение № 3118/R-420, выданное ТГМУ 7.12.2005г.). После обнажения костно-хрящевой основы носа скальпелем № 15 слизистая оболочка отделяется от перегородочного хряща у его кончика. Далее при помощи острого распатора продолжается отделение слизистой оболочки от перегородочного хряща. Мы на этом этапе отделяем слизистую оболочку от костей и хрящей крыши носа в краниальном направлении. Это позволяет производить резекцию горба без вскрытия слизистой оболочки крыши носа. Традиционным способом хрящевая часть горба в целом рассекается до необходимых размеров и далее при помощи специального двубортикового остеотома резецируется костная часть горба. В результате хрящевая и костная части горба резецируются единым блоком. В последнее время резекцию горба мы производим несколько иначе. При помощи скальпеля рассекаются оба боковых хряща у места их прикрепления к перегородочному хрящу по спинке носа. Затем по отдельности резецируются боковые хрящи слева и справа, после чего производится резекция перегородочного хряща. Костная часть горба резецируется при помощи 5 мм остеотома путём остеотомии по боковым поверхностям горба по намеченной линии её резекции. Вначале выполняется остеотомия с одной стороны горба, затем - с другой. Следующим этапом по обеим сторонам перегородочного хряща продолжается отделение слизистой оболочки. Искривлённый перегородочный хрящ отделяется от костей, снимается и экстракорпорально производится выпрямление. С этой целью скальпелем № 15 на вогнутую поверхность хряща в виде сетки наносятся надрезы и, при необходимости, производится резекция нижнего и переднего его краев (рис.3).

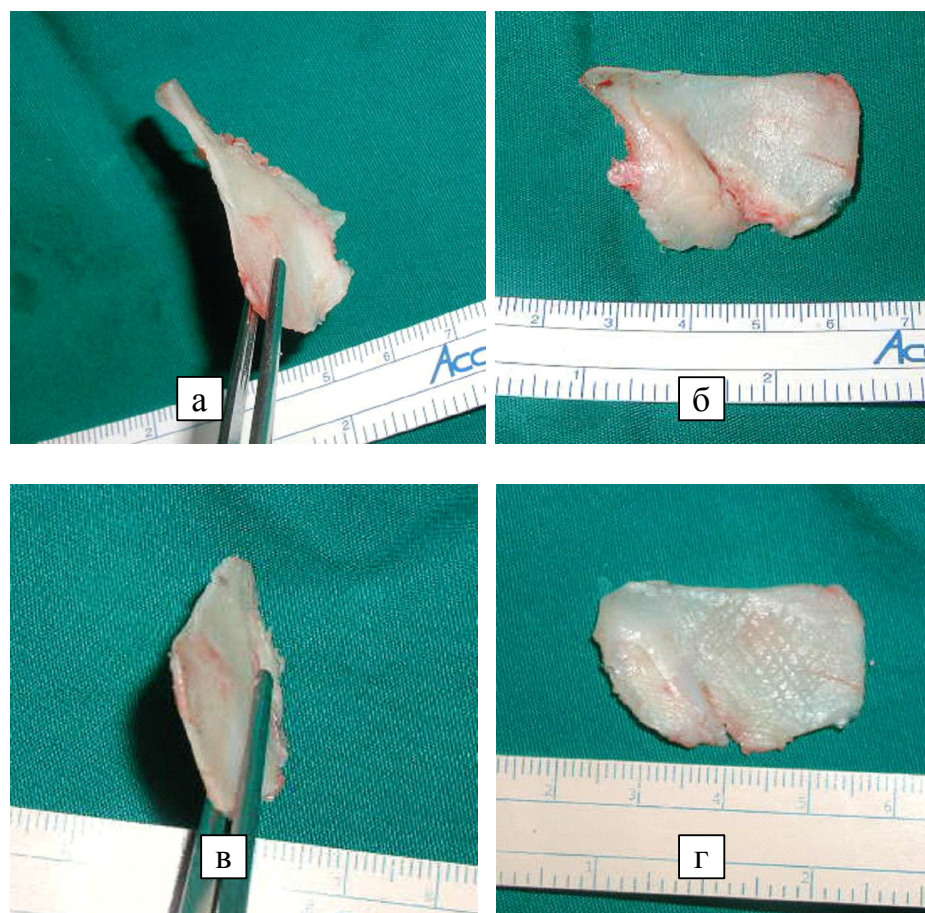


Рис. 3. Пример экстракорпорального выпрямления перегородочного хряща: а и б – вид искривлённого перегородочного хряща; в и г – экстракорпорально выпрямленный хрящ перегородки

Искривлённая костная часть перегородки выпрямляется путём введения рукоятки большого пинцета в носовой ход и смещением костей в правильную позицию. Выпрямленный хрящ перегородки устанавливается на своё место. Боковую остеотомию принято производить специальными боковыми остеотомами. Нами же боковая остеотомия в большинстве случаев выполняется крестообразным 2 мм остеотомом германского производства.

В проекции назомаксилярной борозды вводят 2 мм крестообразный остеотом и, начиная от нижнего края латеральной носовой кости, производят боковую остеотомию до медиального угла глаза и далее до переносицы. После получения мобильности боковых костей рукояткой большого пинцета, введённой в носовые ходы, поочерёдно производится репозиция с созданием новой формы пирамиды носа. Очередным этапом является резекция латеральных ножек крыльчатых хрящей. Последние резецируются по краниальному краю скальпелем № 15. Это вмешательство выполнялось нами у 94 больных, преимущественно женского пола, для уменьшения ширины кончика носа. При тонкой коже носа, когда контуры костно-хрящевого каркаса носа сильно контурируются, нами разработан способ использования широкой фасции бедра для получения более гладкой спинки и особенно кончика носа. Фасция укладывается над костно-хрящевой основой спинки и кончика носа и несколькими швами фиксируется к окружающим тканям тонкой (6/0) рассасывающейся нитью (Удостоверение на рац. предложение № 3096-Р-308, выданное ТГМУ 14.06.05г.).

По окончании операции носовые ходы тампонируются турундами с глицерином. На кожу

носа накладываются 4 полоски Steri-strip, снаружи - Н-образная гипсовая повязка.

В целом 115 больным с посттравматическими дефектами и деформациями носа были выполнены следующие виды вмешательств на носу (табл.).

Таблица

Виды оперативных вмешательств на носу

По виду доступа	N	По объёму операции	N	
I. Открытая ринопластика	98	I. Септоринопластика	103	
		В том числе:		
		а) с экстракорпоральным выпрямлением перегородочного хряща;		34
		б) с резекцией крыльных хрящей;		94
в) с резекцией нижней носовой раковины	12			
II. Закрытая ринопластика	17	II. Ринопластика без вмешательства на перегородке носа	12	
Итого:	115	Итого:	115	

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период прослежен у всех 115 оперированных больных. У 112 (97,4%) больных течение послеоперационного периода было гладким. Кожные швы на колонне снимали на 6 сутки после операции. Турунды из носовых ходов удаляли на 5-7 сутки в зависимости от имеющейся до операции искривления перегородки. Гипсовую повязку во всех случаях снимали через 7 суток после выполнения операции. Отеки и кровоподтеки вокруг орбиты и носа регрессировали, начиная после 3-4 суток после операции, и через 2-3 недели проходили полностью.

Послеоперационные осложнения местного характера отмечались в 3 (2,6%) случаях в виде дефекта слизистой оболочки на ограниченных участках. Им производили перевязки с санацией ран и установлением в носовой ход турунды с облепиховым маслом, которую заменяли каждые два дня до полного заживления раны.

Отдалённые функциональные и эстетические результаты операции нами прослежены в сроках от 6 месяцев до 10 лет у 102 (88,7%) больных. Результаты оценены как по эстетическим, так и по функциональным критериям. Учитывали субъективное ощущение больных, их субъективную оценку эстетической формы носа, объективные параметры аэродинамики, состояние слизистой оболочки носовых ходов, состояние носовой перегородки и объективную эстетическую оценку. Согласно этим критериям у 34 (33,3%) наблюдавшихся больных отдалённые результаты оценены как отличные. Хорошие отдалённые результаты установлены у 58 (56,9%), и у остальных 10 (9,8%) больных результаты оценены как удовлетворительные. Неудовлетворительных результатов не было.

Приводим несколько клинических примеров ринопластики при посттравматической деформации носа.

Случай 1. Больной О., 16 лет. Поступил 11.02.08г. с диагнозом посттравматическая деформация носа. Из анамнеза: 2 года назад во время тренировок дважды получил травму носа, вследствие чего отмечалось искривление оси носа вправо. При поступлении отмечается выраженное смещение вправо оси носа и средней части перегородки. Носовое дыхание справа резко затруднённое. На КТ носа отмечается смещение передней части перегородки вправо и задней части – влево, деформация пирамиды носа со смещением его оси вправо (рис.4, а-е). Больному в плановом порядке под ЭТН произведена операция – открытая септоринопластика. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление ран первичным натяжением, турунды из носовых ходов удалены на 5 сутки, швы на колонне сняты на 6 сутки, гипсовая

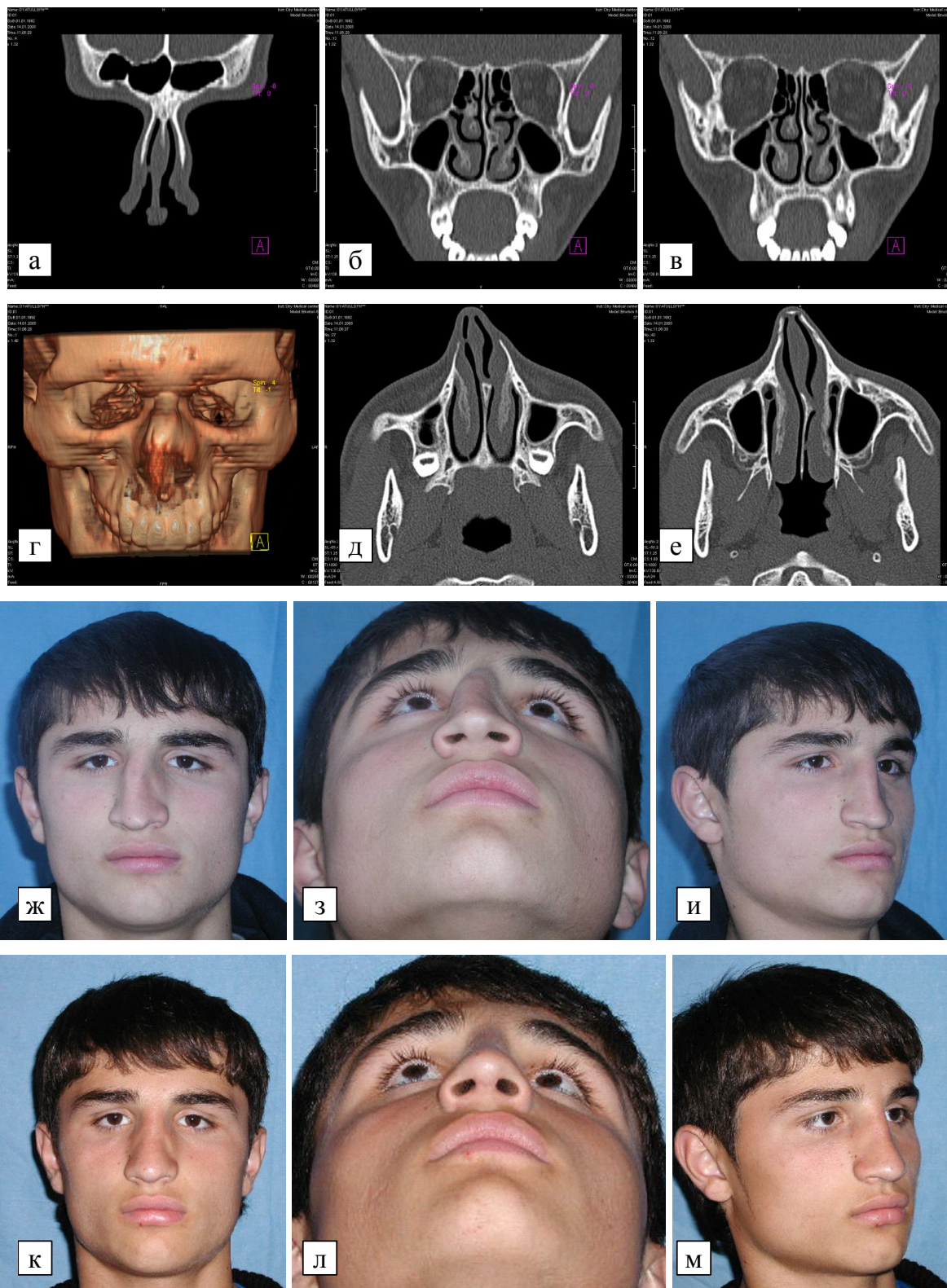
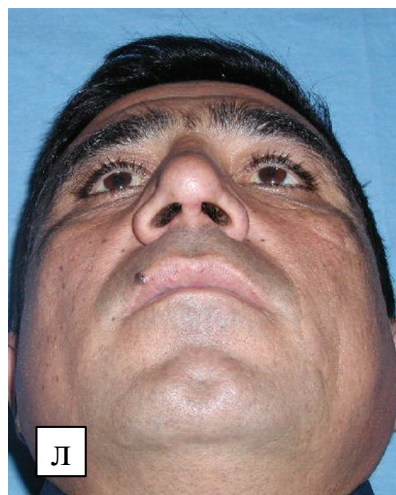
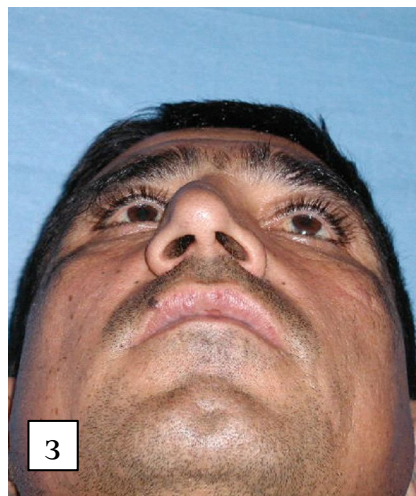
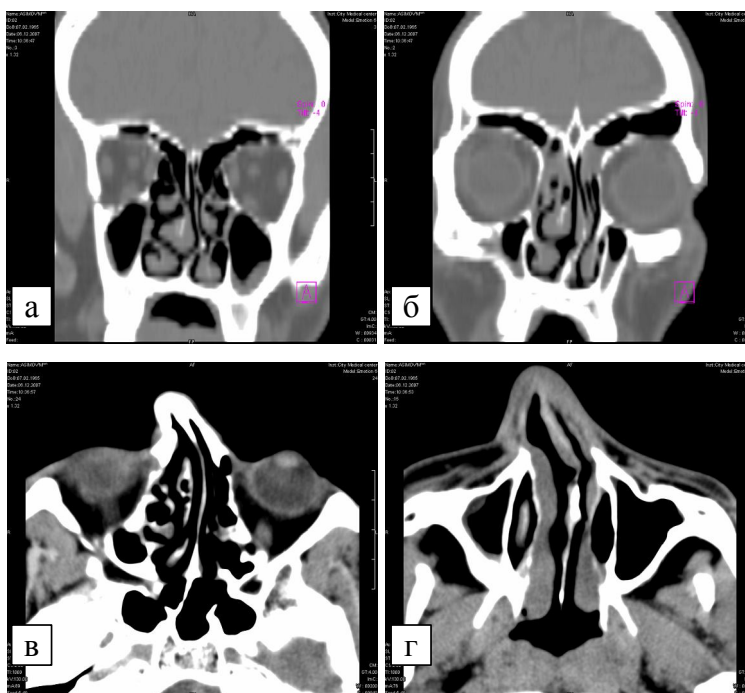


Рис. 4. Больной О., 16 лет с посттравматической деформацией носа и носовой перегородки: а-е – КТ носа больного, выполненная перед операцией (фронтальные срезы (а-в), трёхмерно-пространственное изображение костно-хрящевого каркаса (г) и горизонтальные срезы (д-е)); ж-и – вид больного при поступлении в клинику; к-м – состояние после септоринопластики через 3 месяца

повязка снята на 7 сутки. Ближайший результат удовлетворительный, умеренный отёк сохраняется. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой. Через 3 месяца после операции на контрольном осмотре отёки прошли полностью. Носовое дыхание с обеих сторон свободное. Ось спинки носа прямая (рис.4, ж-м).

Рис. 5

Больной А., 43-х лет с посттравматической деформацией носа и носовой перегородки: а-г – КТ носа до операции; д-з – вид больного до операции; и-л – отдаленный результат через 8 месяцев после операции



Случай 2. Больной А., 43 лет. В клинику поступил с диагнозом посттравматическая деформация носа и носовой перегородки. Около 15 лет назад получил травму носа. Постепенно отметил искривление носа. При поступлении отмечается выраженное смещение спинки носа вправо, особенно в средней части. При риноскопии слизистая оболочка носовых ходов обычная. Отмечается умеренная гипертрофия правой нижней носовой раковины. Носовое дыхание слева отсутствует, справа – резко затруднённое. На КТ носа отмечается выраженная деформация и смещение пирамиды носа вправо с выраженным смещением перегородки влево. Кроме того, определяется умеренная гипертрофия нижней и средней носовой раковины справа и атрофия средней носовой раковины слева (рис.5, а-г). Больному после подготовки, в плановом порядке под ЭТН произведена открытая септоринопластика. Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 5 сутки, турунды из носовых ходов и гипсовая повязка сняты на 7 сутки. Больной с хорошим функциональным и эстетическим результатом выписан домой. На контрольном осмотре через 8 месяцев после операции ось носа правильная, деформаций пирамиды нет, носовое дыхание с обеих сторон свободное. Слизистая оболочка носа обычная, носовые ходы проходимы, перегородка прямая и расположена по середине носа (рис.5, д-л).



Рис. 6. Больная Д., 19 лет: а-в – выраженная деформация носа до операции; г-е – отдалённый результата септоринопластики через 1 год после операции

Случай 3. Больная Д., 19 лет. Поступила в клинику 19.01.04г. с диагнозом посттравматическая деформация носа с S-образным искривлением спинки и перегородки. В 5- летнем возрасте упала

и ударила носом. Ранее нигде не лечилась. При поступлении отмечается резкая S-образная деформация спинки носа. Носовое дыхание справа отсутствует, слева затруднённое. На рентгенографии костей носа в прямой проекции отмечается смещение костной части перегородки носа вправо. Слизистые оболочки носовых ходов без особенностей. Нижние носовые раковины не гипертрофированы. Больной в плановом порядке под ЭТН произведена открытая септоринопластика с экстракорпоральным выпрямлением перегородочного хряща. Течение послеоперационного периода гладкое. Через 1 год после операции на контрольном осмотре ось носа прямая, носовое дыхание свободное с обеих сторон (рис.6).

Следует отметить, что планирование необходимого объёма вмешательства при ринопластике зависит от тщательного анализа изменений всех структур носа, в том числе и внутриносовых. На сегодняшний день самым информативным методом, позволяющим выявить деформации всех структур носа, является компьютерная томография с частыми фронтальными и горизонтальными срезами. Липский К.Б. с соавт. (2006) изучили спиральную компьютерную томографию лицевого скелета у 30 пациентов, обратившихся для выполнения ринопластики. Среди них в 17 (56,7%) случаях обнаружили функционально значимое искривление перегородки носа различной степени. Авторы пришли к заключению, что проведение КТ носа пациентам, обратившимся по эстетическим показаниям и имеющим при этом затруднение дыхания, является крайне необходимым и полезным.

Для максимального достижения целей, которые определяются во время планирования объёма оперативного вмешательства по поводу посттравматической деформации носа, наиболее удобным является открытый доступ. По мнению Белоусова А.Е. (1998), достижение хороших результатов зависит от сверхточности манипуляций на структурах носа. С этой целью авторами рекомендуется воспользоваться открытым доступом, который позволяет проводить широкий спектр сложных хирургических приёмов и иметь высокую степень контроля действий. Такого же мнения придерживается J.Tebbets, который показанием к открытой ринопластике считает намерение достигать высокой степени точности, а не сложности выполнения ринопластики [11].

Таким образом, при посттравматической деформации носа и носовой перегородки хирургу необходимо решать две главные задачи – исправление деформаций пирамиды носа с созданием эстетически приемлемой формы и устранение нарушения носового дыхания. В таких случаях, на наш взгляд, способом выбора является открытая ринопластика, которая позволяет свободно и более точно исправить деформации, а также создаёт благоприятные условия для экстракорпорального выпрямления перегородочного хряща.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.- СПб.: Гиппократ, 1998
2. Вознесенский Н.Л., Пальчук В.Т. Болезни уха, горла и носа.- М.: Медицина, 1981
3. Гюсан А.О., Кошель В.И./ Ошибки и осложнения восстановительной риносептопластики.- С.Петербург.- «Диалог».- 2005
4. Липский К.Б., Истранов А.Л., Ховрин В.В.// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.- 2006.- № 4.- С. 101
5. Лопатин А.С. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа // Российская ринология. – 1994. – Приложение I
6. Носуля Е.В., Шантуров А.Г., Ким И.А. Предоперационное обследование больных в функционально-косметической ринохирургии. – Иркутск, 1999
7. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Косметическая ринопластика. – Курск, 1996
8. Пчельников Ю.Н. Опыт использования трансплантатов при ринопластике// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998.- № 3.- С. 15-16

9. Пшениснов К. П., Гагарин В. В. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2000. – Т. 1, № 4

10. Byrd H.S. Rhinoplasty (Overview) // Select. Read. Plast. Surg. – 1994

Tebbetts J.V. Open rhinoplasty: more than incisional approach. London: Little, Brown a. Co., 1993.- P.525-553

Хулоса

РИНОПЛАСТИКА ҲАНГОМИ ДЕФОРМАТСИЯИ ПОСТТРАВМАТИКИИ БИНӢ

У.А. Қурбанов, А.А. Давлатов, М.С. Одинаева, С.М. Чанобилова

Дар мақола таҷрибаи шахсии муаллифон оиди табоботи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи посттравматикии бинӣ оварда шудааст.

Усулҳои иловагии таҳқиқи беморон пеш аз ҷарроҳӣ шарҳ дода шуда, тарзи анъанавии ринопластика ва коркардҳои шахсии муаллифон ҳангоми иҷрои марҳалаҳои гуногуни ин ҷарроҳӣ тасвир ёфтаанд.

Дар натиҷаи таҳлили ҳамачонибаи маводи сарирӣ ба хулоса омаданд, ки ҳангоми деформатсияи посттравматикии бинӣ гузаронидани томографияи компютерӣ яке аз усулҳои хатмии таҳқиқи иловагӣ ба ҳисоб меравад ва тарзи мусоидтарини рафъи чунин шаклдигаркуниҳо тармими кушодаи бинӣ мебошад.

Summary

RYNOPLASTICS UNDER POSTTRAUMATICAL DEFORMATION OF NOSE

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, M.S. Odinaeva, S.M. Janobilova

In the article the experience of the authors on surgical treatment of the patients with posttraumatical deformation of nose was given. Additional methods of examination of the patients before the operation, traditional method of rynoplastics and by the authors working out methods at different operation stages were used. Close analysis of clinical material showed that computer tomography is one of necessarial additional method under posttraumatical deformation of nose, and open rynoplastics is the most optimal surgical method.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ

К.М. Мухаммадиева, К.П. Артыков, М.С. Саидов

Республиканский хозрасчётный научно-учебно-производственный центр
восстановительной хирургии;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии

Актуальность. В настоящее время внутрирубцовое введение стероидов остаётся основой лечения келоидов. Первые упоминания об этой методике относятся к началу 70-х годов. Кортикостероиды уменьшают рубцеобразование путём уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны (1,4). Уровень ответа на лечение варьирует от 50 до 100% с рецидивом от 9 до 50% после полного исчезновения келоида. По сравнению с оперативным методом, введение кортикостероидов является менее травматичным и не приводит к рецидивам, однако при длительно существующих рубцах и при их большой площади данный метод не всегда бывает эффективным и часто сопровождается развитием атрофии и телеангиэктазий, что является косметически неприемлемым результатом (3,6).

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комбинированного способа