

Хирургическое лечение седловидной деформации носа

У.А. Курбанов, М.Н. Сарфарози, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии;
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе авторы приводят собственный опыт хирургического лечения седловидной деформации носа у 75 больных в возрасте от 17 до 47 лет (средний возраст $23,7 \pm 6,4$). Во всех случаях был использован хрящевой аутоотрансплантат из рёберной дуги. В 35 случаях операция проведена из открытого чресколлумелярного доступа, в 40 – из закрытого эндоназального.

Больным с западением дистальной части спинки носа (I группа) в 5 случаях использовали трансплантаты в виде четырёхугольной пластинки, а в 13 – в форме бумеранга. Пациентам II группы, у которых имелось западение спинки носа в средней части, в 4 случаях использовали трансплантат в виде бруска и в 19 случаях – лодкообразной формы. В III клинической группе (дистальная и средняя часть спинки носа) в 9 случаях использовался единый Г-образный хрящевой аутоотрансплантат и в 22 – аутоотрансплантат из двух отдельных частей. В IV группе, у больных с дефектом только костной части спинки, во всех 3 случаях использовался трансплантат в виде пирамиды.

Отдалённые результаты оказались лучшими после использования трансплантата в виде бумеранга у больных первой клинической группы, лодкообразного трансплантата – у больных второй группы и лодкообразного трансплантата с подпоркой в области коллумелы – у больных третьей клинической группы.

Ключевые слова: седловидная деформация носа, западение спинки носа, хрящевой трансплантат

Актуальность. Седловидный нос – один из сложных видов деформаций спинки носа. Поэтому эта проблема является предметом постоянного интереса в реконструктивной хирургии носа. В связи с тем, что нос является центральной и наиболее выступающей частью лицевого скелета, даже самые незначительные его деформации приводят к значительным изменениям имиджа пострадавших и причиной их психологического расстройства [1,2].

В настоящее время проведено много исследований по вопросам хирургического лечения седловидной деформации носа, но при этом в них мало отражены вопросы систематизации различных вариантов этих деформаций [3,4].

Наряду с этим, хирургические способы устранения седловидной деформации носа многочисленны и принципиально отличаются друг от друга. Одни авторы с целью заполнения западения костно-хрящевой части спинки носа предпочитают использование аллотрансплантатов, другие напротив, критикуют их использование, ссылаясь на высокую частоту осложнений [5,6].

Широко дискутируется вопрос моделирования трансплантата для устранения западения спинки

носа. При этом форма трансплантата выбирается интуитивно в зависимости от опыта оперирующего хирурга, без обоснования, в связи с различными вариантами седловидной деформации носа.

Следующим пробелом является выбор доступа при хирургическом лечении седловидной деформации носа, который существенно влияет на успех операции и отдалённый её результат [7].

Вышеизложенное свидетельствует о том, что хирургическое лечение седловидной деформации носа является актуальной проблемой реконструктивной и пластической хирургии, требующей дальнейшего проведения научных исследований в этом направлении.

Цель работы: изучение и систематизация различных вариантов седловидной деформации носа, усовершенствование хирургической тактики и техники операции, улучшение результатов хирургического лечения.

Материал и методы. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ г. Душанбе с 2000 г. поступило 75 больных с седловидной деформацией носа, в возрасте от 17 до 47



лет (средний возраст $23,7 \pm 6,4$). Мужчин было 30, женщин – 45. При анализе клинического материала нами установлено, что чаще всего имела место посттравматическая и послеоперационная седловидная деформация носа (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА

Этиология деформации	Число случаев	%
Травма	32	42,7
Перенесённая операция	35	46,7
Абсцесс перегородки	3	4
Врождённая деформация	5	6,6
Всего	75	100,0

При изучении различных видов седловидной деформации носа нами установлено, что западение спинки носа может охватывать преимущественно дистальную её половину, только среднюю её часть или же дистальную вместе со средней частью спинки. Значительно реже встречается западение спинки носа в области корня. Согласно расположению западения спинки носа больных распределили на 4 клинические группы (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ГРУППАМ

Группа	Расположение западения спинки носа	Число случаев	%
I	Дистальная половина спинки	18	24,0
II	Средняя часть спинки	23	30,7
III	Дистальная и средняя часть спинки	31	41,3
IV	Область корня носа	3	4,0
Всего		75	100,0

Все больные проходили предоперационное клинико-лабораторное и инструментальное обследования, включая компьютерную томографию носа (64 больных – 85,3%). После соответствующей подготовки и определения объёма вмешательства, больные оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях нами был использован хрящевой аутоотрансплантат из рёберной дуги. В 35 случаях (18 из I клинической группы и 17 – из II) операция проведена из открытого чресколлумеллярного доступа, в 40 (23 больных II группы и 17 – из III группы) – из закрытого эндоназального.

У больных первой клинической группы, после мобилизации костно-хрящевой скелета носа, оцени-

валось состояние хрящевой части перегородки, иссекались сильно деформированные и разрушенные её части. Как правило, при этом требовался плоский, относительно широкий трансплантат. В таких случаях у 5 больных были использованы трансплантаты в виде четырёхугольной пластинки, а у 13 – формы бумеранга (рис. 1).

В связи с дефектом костно-хрящевой, относительно толстой части спинки носа, у больных второй клинической группы нами в 4 случаях использовался трансплантат в виде бруска. В дальнейшем моделирование трансплантата для устранения этого варианта седловидного носа усовершенствовано с приданием ему лодкообразной формы (рис. 2). Способ заключается в следующем: после забора хрящевого аутоотрансплантата из места соединения VII-VIII рёбер, на отдельном столике производится моделирование хряща в виде «лодочки», длина которого соответствует расстоянию от переносицы до кончика носа. По вогнутой стороне «лодочки» делается канавка для её посадки на спинку носа. Носовая часть «лодочки» размещается на область переносицы, а задняя часть – на кончик носа. Формирование ложа и размещение моделированного хрящевого трансплантата производится из закрытого эндоназального доступа (Удостоверение на рацпредложение №3340/R 555, выданное ТГМУ от 21.01.2013). Этот способ моделирования трансплантата применён 19 больным второй клинической группы.

Гораздо сложнее было устранение западения спинки носа, охватывающее дистальную её половину вместе со средней частью спинки. Эти сложности связаны с отсутствием мощной и толстой средней части спинки носа – с одной стороны, и тонкой, изящной, но являющейся опорой для кончика носа и толстого трансплантата спинки, – с другой стороны. В таких случаях трансплантат должен состоять из двух этих недостающих частей. В период внедрения методики и начала разработки новых способов операций в 9 случаях нами использовался единый хрящевой аутоотрансплантат из рёберной дуги Г-образной формы, длинная ножка которого предназначена для спинки носа, а короткая – для коллумелы (Удостоверение на рацпредложение № 3097-Р-309, выданное ТГМУ от 14.06.05г.). В связи с рядом обстоятельств, в дальнейшем для устранения седловидной деформации носа, у больных третьей клинической группы нами разработан и в 22 случаях применён новый способ устранения седловидной деформации носа хрящевым аутоотрансплантатом, состоящим из двух отдельных частей. Основная часть заготовки – это трансплантат лодкообразной формы, предназначенный для устранения дефекта костно-хрящевой части спинки носа. Дополнительная часть заготовки – тонкая пластинка в виде шайбы или колонны, предназначенная для коллумелы, и играет роль подпорки дистального конца лодкообразного трансплантата (рис. 3).



РИС. 1. МОДЕЛИРОВАННЫЙ ХРЯЩЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ:
А – В ВИДЕ ЧЕТЫРЁХУГОЛЬНОЙ ПЛАСТИНКИ; Б – В ВИДЕ БУМЕРАНГА



РИС. 2. ФОРМА ХРЯЩЕВЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ВТОРОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ:
А - ТРАНСПЛАНТАТ В ВИДЕ БРУСКА; Б – ЛОДКООБРАЗНЫЙ ХРЯЩЕВОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ



РИС. 3. ХРЯЩЕВЫЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТЫ, СОСТОЯЩИЕ ИЗ ДВУХ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ,
ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА У БОЛЬНЫХ ТРЕТЬЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ:
А – ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ТРАНСПЛАНТАТА ЛОДКООБРАЗНОЙ ФОРМЫ И ТОНКАЯ ХРЯЩЕВАЯ ПОДПОРКА В ВИДЕ ШАЙБЫ;
Б – ЛОДКООБРАЗНАЯ ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ТРАНСПЛАНТАТА С ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЧАСТЬЮ В ВИДЕ КОЛОННЫ ДЛЯ ПОДПОРКИ



РИС.4. ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА:
А, В, Д, Ж - СЕДЛОВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ НОСА ДО ОПЕРАЦИИ;
Б, Г, Е, З - ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

ТАБЛИЦА 3. ФОРМЫ ХРЯЩЕВЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ В КЛИНИЧЕСКИХ ГРУППАХ

Клинические группы	Форма трансплантатов	Число	%
I	Четырёхугольная широкая тонкая пластинка	5	6,7
	В виде бумеранга	13	17,4
II	В виде бруска	4	5,3
	Лодкообразная форма	19	25,3
III	Единый Г-образный трансплантат	9	12,0
	Лодкообразный + подпорка в виде шайбы	7	9,3
	Лодкообразный + подпорка в виде колонны	15	20,0
IV	В виде пирамиды	3	4,0
Всего		75	100

Для устранения седловидной деформации носа у больных четвёртой клинической группы с дефектом только костной части спинки у корня носа нами во всех 3 случаях использовался трансплантат в виде пирамиды, по объёму и размерам соответствующий костному дефекту. В этой группе больных основной проблемой было обеспечение надёжной фиксации трансплантата для профилактики дислокации в период его сращения в сформированном ложе.

В целом, все виды использованных форм хрящевых аутоотрансплантатов приведены в таблице 3.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, отёки проходили через 10-15 дней, ближайшие результаты были хорошими. Лишь в одном случае отмечалась серома донорской раны, которая после эвакуации разрешилась.

Отдалённые результаты в течение более 6 месяцев изучали у 65 (86,7%) больных. Во всех случаях отдалённые результаты были хорошими и удовлетворительными. В отдалённом послеоперационном периоде в одном случае после использования Г-образного трансплантата пациентка через 3 года изъявила желание выровнять незначительно выступающий контур хвостовой части трансплантата. В другом случае, через 5 лет после ринопластики с использованием Г-образного аутохрящевого трансплантата, больной получил повторную травму носа, в результате чего отмечался перелом середины хрящевого трансплантата. После повторной операции деформация устранилась.

У всех оперированных с использованием трансплантата лодкообразной формы в отдалённые сроки форма носа была хорошей, хотя и среди этих больных были лица, получившие травму носа после операции. У этих больных деформаций или изменений со стороны имплантированного трансплантата не было место. Следует особо отметить, что трансплантат лодкообразной формы позволил устранить западения спинки носа не только в дистальной и средней части, но и на всём её протяжении (рис.4).

Изучение отдалённых результатов показало лучшие результаты после использования трансплантата в виде бумеранга у больных первой клинической группы, лучшие результаты лодкообразного трансплантата у больных второй группы и лодкообразного трансплантата с подпоркой в области коллумелы – у больных третьей клинической группы.

Таким образом, изучение отдалённых результатов ринопластики с использованием аутохрящевого трансплантата показало хорошую эффективность восполнения костно-хрящевого изъяна спинки носа при её седловидной деформации рёберным хрящевым аутоотрансплантатом, моделированным в необходимой форме в зависимости от варианта седловидной деформации носа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е. Белоусов // С-Пб.: Изд-во Политехн. ун-та. - 2010. - 512 с.
2. Махмудназаров М.И. История развития риносептопластики при деформациях носа и носовой перегородки / М.И. Махмудназаров // Вестник Авиценны. - 2000. - №2. - С.13-26
3. Эстетическая хирургия лица / И.А. Фришберг. - М.: ИКЦ «Академкнига». - 2005. - 276 с.
4. Гюсан А.О. Хирургическая коррекция седловидной деформации носа / А.О. Гюсан // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2002. - №3. - С. 82
5. Пластическая и эстетическая хирургия. Последние достижения / Под редакцией М. Эйзенманн-Кляйн, К. Нейханн-Лоренц; пер. с англ. под ред. А.М. Боровикова. - М.: Практическая медицина. - 2011. - 448 с.
6. Rollin K. Daniel. Rhinoplasty: Septal saddle nose deformity and composite reconstruction / K.D. Rollin // Plastic and reconstructive surgery. - 2007. - Vol. 119. - №3. - P.1029-1043
7. Эзрохин В.М. Опыт восполнения опорных структур дефектов спинки носа / В.М. Эзрохин // Стоматология. - 2010. - №3. - С.57-60

Summary

Surgical treatment of saddle-nose deformity

U.A. Kurbanov, M.N. Sarfarozi, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery;

Chair of surgical diseases N2 of Avicenna TSMU

In this paper the authors presents their own experience of surgical treatment of saddle-shaped nose deformation in 75 patients in the ages from 17 to 47 years (mean age $23,7 \pm 6,4$). Cartilaginous graft from the costal margin used in all cases. In 35 cases, the operation is accomplished from transcolumellar open access, in 40 cases – from a closed endonasal access.

For patients with distal retraction of nasal dorsum (I group) in 5 cases used grafts in shape of rectangular plates, and in 13 – boomerang ones. For patients of II group, who had a nasal bridge retraction in the middle part (in 4 cases used a graft of brick form, and in 19 cases – cymbiform ones). In the III clinical group (distal and middle part of nasal dorsum) was used a single L-shaped cartilaginous autograft in 9 cases, and in 22 cases autograft of two separate parts. In the IV group in patients with only bony defect of nasal arch in all 3 cases we used the graft of pyramid shape.

Long-term results were better after using the graft of a boomerang form in patients from first clinical group, cymbiform transplant – in the second group of patients and cymbiform transplant with propin columella area – in patients of third clinical group.

Key words: saddle nose deformity, retraction of nasal dorsum, the cartilaginous graft

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: kurbonovua@mail.ru