

Маманов М.А., Инджи Э.

## ОСЛОЖНЕНИЯ СЕПТОРИНОПЛАСТИКИ

М.А. Mamanov, E. Indzhi

### SEPTORHIPLASTY COMPLICATIONS

УДК:616.211-089.844-089.168.1-06

*Проведен обзор возможных и наиболее частых как ближайших так и отдаленных послеоперационных осложнений, связанные с септоринопластикой. Нами проделан анализ причин, приводящих к осложнениям, а также вмешательства, способствующие избежать, а если осложнения случились, то корректировать их в послеоперационном периоде. Во избежание возможных осложнений мы настоятельно рекомендуем провести тщательную беседу с пациентом и обговоривант всевозможных нежелательных послеоперационных изменений, знать детально анатомические структуры и повысить знания в области осложнений при септортопластиках.*

**Ключевые слова:** септоринопластика, осложнения, послеоперационный период.

*We reviewed the possible and the most frequent postoperative complications related with septorhinoplasty in short and long-term period. We've done an analysis of the causes of complications, as well as interventions to avoid, and correct them if complications occurred in the postoperative period. To avoid possible complications, we strongly recommend to discuss with the patient various undesirable postoperative changes, to know in detail the anatomical structures and improve the knowledge in area of the complications of septorhinoplasties.*

**Key words:** septorhinoplasty, complications.

Нос находится в центре лица и играет огромную роль как в эстетическом так и в функциональном плане. Красивый нос может придать уверенности человеку, но в тоже время, неподходящий человеку, нос может обезобразить лицо и снизить самоуверенность индивида. Множество исследований доказало, что после отлично выполненной септоринопластики у человека заметно улучшается психологическое состояние.

Осложнения - неизбежная часть любого вида хирургии. Септоринопластика, как вид операции, не исключение. В мире с каждым днем возрастает количество оперативных вмешательств на нос, растут опыт и знания в области косметической и функциональной септоринопластики, а вместе с этим растет и количество вторичных септоринопластик. Это результат того, что осложнения после первичных септоринопластик не уменьшается. Нас может радовать то, что в наши дни мы практически не встречаем осложнения септоринопластик, угрожающих жизни пациентов, которых описано очень малое количество и не в последнее время. В литературе известно всего лишь о нескольких случаях, угрожавших жизни пациентов: когда профузное кровотечение потребовало перевязки наружной сонной артерии, тампонада носа привела к синуситу и бронхиту, а также к стенозированию носовых ходов [1].

В септоринопластике осложнения могут встречаться гораздо чаще, так как хирург преследует цели и в косметическом и в функциональном планах. Осложнения септоринопластики составляют 8-15% [2] и это зависит от тщательного предоперационного планирования, обговаривания ожиданий от операции и хирурга и пациента, опыта ринохирурга, которые могут свести к минимуму осложнения, связанные с септоринопластикой. В предоперационном планировании самым важным является информирование пациента о предстоящей операции, потенциальных осложнениях. Нужно детально объяснить пациенту каждый момент. Если пациент несовершеннолетний, то обязательно присутствие родителя, Документация каждой ступени септоринопластики облегчит возникшие недоразумения. Есть случаи когда пациент не замечает, а ринохирург отметит значительное, поддающееся минимальной коррекции, отклонение. Хотя и очень редко, но может случиться так, что хирург доволен септоринопластикой, а пациенту не нравится нос после операции [3]. Осложнения при септоринопластике делятся на три основные группы [4]: интраоперационные, ближайшие послеоперационные и отдаленные послеоперационные.

Длительность операции септоринопластики может колебаться и зависит от запланированных вмешательств, квалификации ринохирурга, анестезиолога и технического оснащения операционной. Септоринопластика в основном длится 2-3 часа и во время этой операции мы можем столкнуться с такими осложнениями как обильное кровотечение, обильный отек тканей, прокол кожи лоскута, ожоги от коагулятора (могут и в других областях тела), ненужные разрезы скальпеля, нежелательные деформации остеотомии (в виде перевернутой буквы V, коромыслообразная деформация). Проблемы септоринопластики часто связаны с недостаточным опытом, что обуславливается недостаточной, ассиметричной или избыточной резекцией. Если выбирать между недостаточной и избыточной резекцией, то конечно, лучше недостаточная резекция, которую можно легко исправить более опытному хирургу или самому ринохирургу. Исправить проблемы, связанные с избыточной резекцией труднее так как требуют трансплантации дополнительного материала, что в свою очередь травмирует другие анатомические структуры [5].

К ближайшим послеоперационным осложнениям относятся кровотечение, инфекции, заложенность носа, периорбитальный экхимоз [6], носовые и септальные гематомы, потеря чувствительности вокруг носа, контактный дерматит, некроз кожи,

ринорея спинномозговой жидкости, обонятельная дисфункция, потеря зрения [5]. Излишняя тампонада носа более 48 часов служит благоприятным условием для развития инфекции, что в свою очередь может привести к кровотечениям, отеку мягких тканей, что в свою очередь может явиться причиной заложенности носа. Поэтому носовые тампоны после септоринопластики следует извлекать из носа в течении 48 часов. Перiorбитальные экхимозы возникают после септоринопластики, они связаны с остеотомией, коррекцией костного свода носа. Для корректировки костного свода мы прибегаем к умышленному перелому костей носа, а затем располагаем их в нужном положении. Для избегания обильного послеоперационного перiorбитального экхимоза ринохирурги употребляют давящую наружную повязку в течении нескольких минут. В раннем послеоперационном периоде в течении 24 часов пациенту рекомендуется приложить холодного предмета вокруг глаз, что заметно уменьшает возникновение перiorбитального экхимоза в раннем послеоперационном периоде. Следует также отметить, что экхимоз вокруг глаз зависит также от индивидуальных особенностей пациента. Так, чем тоньше кожа тем выше риск появления перiorбитального экхимоза. Кровотечение во время операции – это одно из самых латентных состояний для ринохирурга. Для остановки кровотечения не следует излишне прибегать к коагулятору. Излишняя коагуляция сосудов носа может явиться причиной некроза кожи. Поэтому мы рекомендуем употреблять давящую наружную повязку, ватные тампоны с сосудосуживающим раствором или можно попросить анестезиолога снизить артериальное давление пациента в пределах допустимой нормы. Во время септоринопластики на этапе септопластики особенно молодые хирурги во благо лучшего функционального результата могут увлечься и удалить часть перпендикулярной пластинки клино-видной кости, мобилизация которой может привести к ринорее спинномозговой жидкости в послеоперационном периоде.

Отдаленные послеоперационные осложнения: заложенный нос, опущенный кончик носа, клювовидная деформация, спадение и стеноз носового клапана, ассиметричный нос [7], искривление колумеллы, синехии, перфорации перегородки, сдвиг трансплантата, его сдвиг и резорбция, нос, неподходящий к лицу, седловидный нос, эпифора, психологические расстройства [8]. Как отмечалось выше, важнейшим принципом предотвращения нежелательных результатов является оценка анатомии и детальный анализ всех анатомических структур, а также планирование всех необходимых процедур в предоперационном периоде. Для сохранения или усиления поддержки кончика носа, что восстановит более естественный вид, необходимо сохранять поддерживающие механизмы кончика носа. Дейст-

вия, приводящие к утрате поддержки кончика носа, могут создать вид упавшего кончика (птоз кончика и слишком острый носогубный угол). Нормальный носогубный угол (угол, определяемый пересечением линий, проведенных от верхней точки колумеллы до субназале и от субназале до границы красной каймы верхней губы) равен 90°-120° [9]. В этих пределах более тупой угол желателен для женщин, а более острый – для мужчин. Утрата поддержки кончика носа может привести к его птозу и уменьшению выступания. Лечение осложнений, связанных с опущенным носом, основано на восстановлении поддержки и выступания носа. При возникновении такого осложнения как опущение кончика носа будущая коррекция зависит от правильной диагностики. При деформации в виде перевернутой буквы «V» заметны впадины в области базальных краев костей, а каудальные края костей носа широко видны (рис.1). Рассечение и отделение верхних боковых хрящей после удаления горбинки спинки носа может привести к спадению верхних боковых хрящей в нижнемедиальном направлении, что в свою очередь приведет к деформации в виде перевернутой «V» [10].

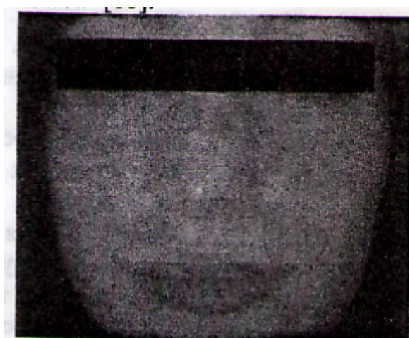


Рис.1. Деформация в виде перевернутой буквы V.

Неправильный перелом костей носа внутрь является другой важной причиной деформации в виде перевернутой буквы «V». При иссечении горбинки полезно сохранить подлежащий мукоперихондрий носа (диссекция вне слизистой), который дает поддержку верхних боковых хрящей и помогает уменьшить опасность спадения верхних боковых хрящей в нижнемедиальном направлении после иссечения горбинки. Если после резекции горбинки предпринимаются остеотомии, необходимо добиться соответствующего поднадкостничного перелома и сужения костного свода. Внутренний носовой клапан находится между каудальным краем верхнего бокового хряща и перегородкой. Наружным носовым клапаном называется область, ограниченная кожей и скелетной поддержкой подвижной стенки крыла кпереди от внутреннего носового клапана [10]. Излишнее сужение или прогиб любого из этих элементов может вызвать заложенность носа, а ослабление приводит к спаде-нию под действием отрицательного давления вдоха и перекрытию дыхательных ходов. Наиболее часто коллапс

носового клапана наблюдается вследствие избыточной коррекции боковых ножек или спадения среднего свода. Избыточная и агрессивная резекция боковых ножек и последующее послеоперационное сокращение мягких тканей часто приводит к нарушению носового клапана. Неспособность сохранить соответствующую поддержку среднего свода может вызвать спадение верхних боковых хрящей в нижне-диальном направлении с вовлечением внутреннего носового клапана. Лечение коллапса внутреннего носового клапана может включать применение трансплантатов-распорок (рис.2). Трансплантаты-распорки действуют, как прокладки между верхним боковым хрящом и перегородкой, исправляя слишком узкий средний свод или предотвращая излишнее сужение при проведении септоринопластики пациентам с высоким риском [11]. Тщательный дооперационный анализ должен определить потребность в других поддерживающих и реконструктивных манипуляциях, таких как введение трансплантатов из ушной раковины для восстановления поддержки спавшихся боковых стенок носа. Трансплантаты-планки для крыльев, обычно из изогнутого перегородочного или ушного хряща, устанавливаемые для поддержки краев крыльев, могут исправлять коллапс внутреннего или наружного носового клапана.

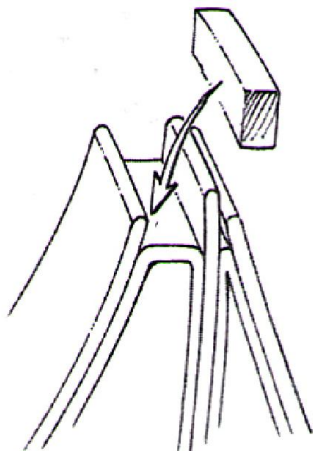


Рис.2. Установление трансплантата-распорки между верхним боковым хрящом и перегородкой носа.

В заключение, обзор осложнений септоринопластики необходим для профилактики, диагностики и лечения основных из них. Для минимизации

осложнений ринохирург должен знать анатомию в деталях, особенно те анатомические структуры, деформация которых может привести к неблагоприятным послеоперационным результатам, провести тщательный дооперационный диагноз и щадящий подход, направляемый на избежание послеоперационных осложнений. Принципы, изложенные нами также необходимы и при лечении возникших осложнений. Также следует помнить, что детальное обговаривание и обсуждение с пациентом возможных послеоперационных осложнений, снизит потенциальные недопонимания между ринохирургом и пациентом в послеоперационном периоде.

#### Литература:

1. Walter C. Aesthetic surgery of the nose (author's transl). Arch Otorhinolaryngol. 1977 Apr 20;216(1):251-350.
2. Rees TD. Postoperative considerations and complications. In: Rees TD (ed). Aesthetic plastic surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1980.
3. Tardy ME. Rhinoplasty: the art and the science. Philadelphia: WB Saunders, 1997.
4. Almeida GS, Pessoa BBGP, Oliveira NGS, Gomes AAR, Crisostomo MMR, Pessoa SGP. Nasal middle vault reconstruction in primary rhinoplasty. Rev. Bras. Cir. Plast. 2008; 23(2): 124-7.
5. Kamer FM, Pieper PG. Revision rhinoplasty. In: Bailey B (ed). Head and neck surgery: otolaryngology. Philadelphia: Lippincott, 1998.
6. Jacobson J A, Kasworm EM. Toxic shock syndrome after nasal surgery. Case reports and analysis of risk factors. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986; 112: 329-32.
7. Kim DW, Lopez M, Toriumi DM. Revision rhinoplasty. In: Cummings C, et al. (ed). Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 4th ed. New York: Mosby Elsevier; 2004. p. 11105-35.
8. Cochran CS, Landecker A. Prevention and management of rhinoplasty complications. Plast Reconstr Surg 2008; 122: 60e-7e.
9. Toriumi DM. Management of the middle nasal vault: operative techniques. Plast Reconstr Surg 1995;2(1): 16-30.
10. Constantian MB. The incompetent external nasal valve: pathophysiology and treatment in primary and secondary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1994; 93(5):919-33.
11. Sheen JH. Spreader graft: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1984;73(2):230-7.

Рецензент: к.м.н., доцент Исмаилов И.М.