

Маманов М.А.

ОСОБЕННОСТИ СЕПТОРИНОПЛАСТИКИ

М.А. Маманов

PECULIARITY OF SEPTORHINOPLASTY

УДК:616.211-072.1-089.844

Проведен анализ до- и послеоперационного периода 25 пациентов, перенесших операции септоринопластику, описаны наиболее часто встречающиеся особенности, связанные с септоринопластикой, осложнения, а также способы их предупреждения, а при их возникновении и устранения. Рекомендовано в ряде случаев при обследовании больных с деформациями наружного носа - использовать компьютерную рентгенографию, гибкую и жесткую эндоскопию. Указано на необходимость оценки психологического статуса пациента не только хирургом, но если потребуется и психологом, психиатром.

Ключевые слова: септоринопластика, ринохирургия.

We analyzed 25 patients before and after septorhinoplasty operation and marked the most often peculiarity related septorhinoplasty, complications and methods of caution and elimination. We recommend use computed tomography, flexible and rigid endoscopy of nasal cavity before operation. Every patient should be examined on psychological status.

Key words: septorhinoplasty, rhinosurgery.

С каждым днем увеличивается число эстетических септоринопластик, которые когда-то были популярны только среди женщин молодого возраста. Сколько бы ни говорили, что целью косметической ринохирургии является внешний облик, функциональные результаты также имеют немаловажную роль. Для того, чтобы хирург достиг лучших результатов как в плане эстетики, так и в функциональном отношении нужно с максимальной бережливостью и аккуратностью относиться к каждой детали носа и к каждому периоду септоринопластики. Одним из важных этапов хирургической деятельности оториноларинголога является предоперационное обследование пациентов. То связано с необходимостью адекватной оценки нормы наружного носа, функционального состояния полости носа [1-2].

Все операции эстетического характера необходимо выполнять по принципу "функция-внешний вид". Для получения желанных функциональных и эстетических результатов хирург до хирургического вмешательства должен уметь оценивать и предполагать результат операции, хирурги, занимающиеся пластической хирургией, должны учитывать не только внешний вид лица, но и функцию носового дыхания, оценить пациента в психологическом аспекте перед предстоящим лечением. Игнорирование ринохирургом вероятности наличия у пациента патологических изменений в психической сфере и связанных с этим погрешности при определении показаний к косметической операции могут быть причиной

отрицательного восприятия пациентом результатов же безупречно выполненного вмешательства [3].

Нами обследованы и прооперированы 25 пациентов с различными деформациями наружного носа. 18 пациентов (72%) были женского пола, 7 пациентов (28%) мужского пола. Средний возраст пациентов был 30 лет. Чаще всего встречался риносколиоз в костном или одновременно в костном и хрящевом отделах носа – у 22, ринолордоз – у 3. Искривление перегородки носа отмечалось у 22 пациентов, также у большинства из них были отмечены изменения внутриносевых структур, такие как сужение носового клапана, гипертрофия носовых раковин.

После наших наблюдений мы пришли к выводу, что наиболее достоверным методом диагностики является использование гибкой и ригидной эндоскопии, при которых имеется возможность тщательно осмотреть полость носа, а также метод акустической ринометрии (АРМ). Необходимо отметить, что в предоперационном периоде у пациентов следует фиксировать состояние обонятельной функции. Больные, имеющие нарушение или отсутствие обоняния в операционном периоде, после операции могут предъявлять претензии, хотя известно, что даже зугоризненно выполненная операция может не знестн к улучшению обоняния.

Существуют объективные и субъективные методы диагностики дыхательной: функции носа. К ним относятся прием Коттла, методы эндоскопии (твердый или гибкий), КТ (компьютерной томографии), риноманометрии (РММ), акустической ринометрии и другими методами. Чаще всего пользуются риноманометрией и акустической ринометрией. Методы риноманометрии (РММ) и акустической ринометрии позволяют получить объективную графическую информацию о данной функции.

Для оценки психологического статуса пациентов, которым предстоит септоринопластика, целесообразно консультировать у психолога, психотерапевта, а иногда психиатра. Следует объяснить пациенту, что ринохирург не отказывает ему в операции, но консультация вышеуказанных специалистов необходима для полноты обследования. Особенно это касается пациентов с воображаемым косметическим дефектом, а также лиц, которые требуют создания формы наружного носа по образу и подобию фотографий известных артистов и популярных личностей

При выборе анестезии целесообразно проводить операции под общей анестезией. Хотя и преимуществом местной анестезии является минимальное кровотечение, но при этом после значительного введения анестетика с добавлением адреналина могут возникнуть головная боль, обморочное состояние вплоть до коллапса [4]. А также, не всегда при местной анестезии с премедикацией удается полностью обезболить глубоколежащие отделы перегородки носа, носовые раковины. Следует также учитывать индивидуальные особенности больного, порог чувствительности к боли каждого пациента, его психический статус и непреодолимый страх перед хирургическим вмешательством под местной анестезией.

При выборе техники септоринопластики ринохирурги в основном используют открытый и закрытый методы. У каждого метода есть свои преимущества и недостатки. В нашей работе мы использовали только открытый доступ, при котором делается разрез на коже колумеллы, а затем полностью откидывается кожа спинки носа. Открытый метод используется больше всего потому, что в этом случае ринохирург неограничен в движениях и может свободно манипулировать. Единственная отрицательная сторона этого метода заключается в разрезе кожи колумеллы носа, который могут не предпочесть некоторые пациенты дабы операция называлась косметическая. При закрытом доступе разрез на коже не делается, доступ осуществляется через кожу внутренней части ноздрей, после которых разрез кожи абсолютно не заметен снаружи. Следует отметить, что при закрытом методе манипуляции затруднительные и результат может быть не совсем желанным.

Частота искривления перегородки носа, которая является основной причиной затруднения дыхания, очень широк. Перпендикулярная пластинка клиновидной кости, зачастую искривляясь, служит

г2

Известия вузов № 2, 2013

барьером для свободного носового дыхания и препятствует сдвигу костей носа при медиальных вомомах. Также большое значение имеет звание перегородки, где наиболее часто обнаруживаются искривления. На первый взгляд может показаться, что эти искривления состоятельно не являются причиной затрудненного дыхания, но вместе с гипертрофированными носовыми раковинами они >т затруднить носовое дыхание в значительной лени. Что касается осложнений после гдательств на перегородку носа, то они словлены изменением формы носа, точнее рдением спинки носа («седловидный нос», лордоз) [5]. В основе этого осложнения лежит гиком высокая резекция четырехугольного хряща, яде случаев оставшаяся

часть хряща тонкая и не ввгг выполнять поддерживающую функцию, пому при проведении хирургической коррекции I городки носа следует оставлять полоску хряща меньше 0,5–1,0 см, причем лучше срезать гьпелем.

Для коррекции костного свода носа делаются остеотомии. При остеотомиях следует учитывать длину, ширину и высоту носовых костей, Остеотомии делятся на латеральные и медиальные, внутренние и снаружи. Этот период септоринопластики считается потенциальным самым сным, и поэтому требуется максимальная дентрация во время остеотомии.

Для устранения дефектов во время горинопластики, заполнения впадин или при остатке материала используются трансплантаты.

Они могут быть из разного материала, но чаще всего меняются аутоотрансплантаты, т.е. ткань самого же пациента. Из аутоотрансплантатов донорами служат хрящи перегородки носа, уха и ребер.

Ринохирурги нередко встречаются с осложнениями, которые могут быть и при септоринопластиках. Эти осложнения делятся на 3 периода: интраоперационные, ближайшие послеоперационные и отдаленные послеоперационные. На наш взгляд эта тема отдельной статьи и поэтому мы решили описать осложнения септоринопластик в другой статье [6-8].

В заключение следует отметить, что мы затронули далеко не все вопросы, касающиеся септоринопластики, а также осложнений ближайшего и отдаленного послеоперационного периода. Необходимо учитывать, что при септоринопластике мы должны преследовать и функциональную, и эстетическую цели, и только тщательное планирование и аккуратное, щадящее выполнение оперативного вмешательства при деформации наружного носа и искривлении перегородки носа позволяют получить хороший результат.

Литература:

1. Пискунов Г.З., Разиньков СЛ. Эстетические критерии косметической риноластики. Рос риол 1994;2:13-8.
2. Гюсан А.О., Комель В.Н. Ошибки и осложнения восстановительной риносептоластики. Ст-Петербург 2005.
3. Пискунов Г.З., Лопатин А.С. Рос риол 1993;1:9-10.
4. Лопатин А.С. Рос риол 1994; 1:29.
5. Гюсан А.О., Комель В.Н. Ошибки и осложнения восстановительной риносептоластики. Сан-Петербург 2005.
6. Kara B. Tip cerrahisi komplikasyonlan. Kulak Burun Bogaz ve Bař Boyun Cerrahisinde Guncel yaklasjm Dergisi 2005; 1:61-6,
7. Goldwyn RM. Unexpected bleeding after elective nasal surgery. Ann Plast Surg 1979; 2: 201-4.
8. Kara CO, Gokalan I. Effects of single-dose steroid usage on edema, ecchymosis, and intraoperative bleeding in rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1999; 104: 2213-8.

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