

Литература

1. ЗАБОЛОТНЫЙ ДИ, ТИМЕН ГЭ, ПАЛАМАР ОИ, ЩЕГЛОВ ВИ, ЗИНЧЕНКО ДА. Особенности хирургического лечения больных ювенильной ангиофибромой носоглотки с интракраниальным ростом // Материалы XVII съезда оториноларингологов России (г. Нижний Новгород, 7-9 июня 2006 г.). – СПб, 2006. – С.375-376.
2. MANN WJ, JESKER P, AMEDEE RG. Juvenile angiofibromas: changing surgical concept over the last 20 years // Laryngoscope. – 2004. – 114(2): 291-3.
3. MISTRY RC, QUERESHI SS, GUPTA S, GUPTA S. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: a single institution study // Indian J. Cancer. – 2005. – 42(1):35-9.

НАШ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ СЕДЛОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Д.И. Заболотный¹, Д.А. Зинченко², Д.Д. Заболотная³, Н.А. Пелешенко⁴, В.Д. Гайдук⁴, А.Л. Костюченко⁵

¹чл.-кор. АМН Украины, д.мед.н., проф., директор Гос. учр-ния «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМН Украины»;

²канд.мед.н., зав. отделением воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

³канд. мед. н., с.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

⁴м.н.с. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов;

⁵канд. мед. н., научн. сотр. отдела воспалительных заболеваний ЛОР-органов

Резюме

На основе анализа собственного клинического опыта авторы предложена классификация седловидной деформации наружного носа, обсуждены преимущества и недостатки различных вариантов хирургического лечения.

Abstract

On the basis of the analysis of own clinical experience the authors proposed the classification of saddle nose deformities, advantages and lacks of various variants of surgical treatment are discussed.

Введение

В клинической практике отоларингологи и пластические хирурги довольно часто встречаются с седловидной деформацией носа. Последняя бывает, в основном, посттравматической и ятрогенной, возникающей вследствие различных хирургических вмешательств (подслизистая резекция перегородки носа, ринопластика и др.). Главным критерием, определяющим тактику лечения больных с седловидной деформацией носа (СДН) является размер или степень выраженности деформации.

Актуальность

Седловидная деформация носа 1-го типа обычно возникает ятрогенно, во время операции септопластики, при удалении «высокого» искривления, как правило, в зоне сочленения 4-угольного хряща с перпендикулярной пластинкой (Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, 2006).

Поскольку в литературе на данный момент нет классификации седловидных дефектов носа, мы предлагаем делить их на 3 типа:

- 1) наличие небольшого косметического дефекта;
- 2) наличие выраженного косметического дефекта с незначительным нарушением дыхательной функции;
- 3) наличие косметического дефекта с выраженным нарушением дыхания.

Материал и методы

За период с 2004 по 2007 годы в клинике воспалительных заболеваний Института отоларингологии нами было прооперировано 72 больных с наличием седловидной деформации носа и у 22-х пациентов она была интраоперационно профилактарована.

Результаты

По нашим наблюдениям, седловидная деформация носа наиболее часто встречается у лиц с приобретенной «горбинкой». Если во время операции замечена тенденция к «проседанию» хрящевого отдела носа, то дефект лучше интраопера-

ционно «профилактировать» путем имплантации аутохряща в **тоннель** под мягкие ткани спинки носа, над верхним краем 4-угольного хряща. Такая манипуляция была выполнена нами у 22-х пациентов, с положительным результатом у 21 из них. Залогом успеха такой коррекции является небольшой промежуток времени между взятием фрагмента хряща и его установкой в качестве имплантата, а также работа практически в одной анатомической области.

СДН 1-го типа, не выявленный интраоперационно, может быть устранен при плановой операции. Для этого можно использовать «тутопласт», фрагмент аутофасции или размозженный (краш-прессом) аутохрящ из перегородки или ушной раковины. Использование аутохрящевого имплантата с насечками с нашей точки зрения является нецелесообразным, ввиду непрогнозируемости формы имплантата при рубцевании, что подтверждается литературными данными (К. Вальтер, 1995). В некоторых случаях устранение СДН 1-го типа может быть произведено применением современных косметических методик – введением филлеров (наиболее часто, длительного действия) на основе нескольких синтетических полимерных материалов с различными свойствами.

Пациенты с СДН 2-го типа представляют собой наиболее многочисленную группу больных. Среди них встречаются как лица с посттравматическим дефектом, так и «жертвы» ринохирургов.

У этих пациентов наличие выраженного косметического дефекта сопряжено с незначительным нарушением носового дыхания в силу сужения носового клапана («проседание» хрящевого отдела носа). Попытки исправить этот дефект проводились давно. Для этой цели использовались аутокость, аутохрящ, донорский хрящ и многочисленные синтетические материалы (тефлон, силикон и т.д.).

С учетом индивидуальных особенностей, а также пожеланий пациентов, нами был прооперирован 51 больной с использованием различных методик. У 6 больных мы применили официальные силиконовые имплантаты, которые вводили под мягкие ткани спинки носа. В 35 случаях моделировали спинку с помощью фрагментов 4-угольного хряща, а в 10 – хряща ушной раковины. Во всех случаях был достигнут положительный эстетический результат, кроме одного случая отторжения силиконового имплантата у пациентки с посттравматической деформацией. Больной была проведена реоперация – после коррекции размеров и формы имплантата он был повторно установлен в «донорную» зону. После повторной операции дефект был полностью устранен.

Пациенты с 3-м типом седловидного дефекта составляют немногочисленную группу больных. В подавляющем большинстве случаев это лица, перенесшие серьезные травмы лицевого черепа, либо просто травмы наружного носа с гематомой перегородки, что привело к значительному западению спинки, часто в комплексе с перфорацией носовой перегородки.

С седловидным дефектом 3-го типа мы прооперировали 21 пациента, причем у 15 в качестве имплантата мы использовали реберный аутохрящ.

Несмотря на значительные технические сложности, у 13 пациентов был достигнут положительный эстетический результат, чего нельзя сказать о восстановлении функции дыхания. Ведь данный способ ринопластики, несмотря на некоторые различия в методиках, имеет общие отрицательные тенденции:

- создаваемая структура из аутохряща имеет только 2 точки опоры, а не представляет собой устойчивый «трипод?»;
- данный вид пластики может поднимать кончик носа, улучшая доступ воздуха к носовому клапану, но, не увеличивая его «плоскости сочленения»;
- громоздкая конструкция собственным весом прижимает спинку носа (особенно при наличии перфорации), что существенно ухудшает носовое дыхание.

Казалось, выход был найден при проведении ринопластики с использованием «синтекости», которая представляет собой биоактивный синтетический материал, но и тут возникают некоторые сложности. С применением «синтекости» мы прооперировали 6 больных с седловидным дефектом носа с хорошими результатами у 5 из них, но срок наблюдения в послеоперационном периоде еще недостаточен.

Обсуждение

Относительно функциональной коррекции седловидного дефекта у пациентов со 2-м типом седловидной деформации, можно сказать следующее. Положительный эффект, как и следовало ожидать, наблюдался лишь у тех пациентов, которым аутохрящевой имплантат применяли в качестве *spread-graft*, установка которого ведет к расширению носового клапана. У тех пациентов, у которых аутохрящевой имплантат использовали как *«online-graft»* - справедливо было ожидать только косметические изменения.

Выводы

Имплантаты в ринохирургии следует использовать различные, в зависимости от деформаций наружного носа. Однако следует помнить, что использование жесткого хрящевого имплантата (хрящ перегородки и реберный) для создания эффекта «точёного носика» со временем (7-15 лет) вызывает необходимость повторной коррекции, в связи с ослаблением эластического каркаса тканей.

Практикующий хирург-ринолог должен иметь в своем арсенале как можно больше приемов и методик, чтобы удовлетворить запросы пациента, как в эстетическом, так и в функциональном аспекте.

Литература

1. ВАЛЬТЕР К. Эволюция ринопластики // Рос. ринология. – 1996. - №1. – С. 5-16.
2. ПИСКУНОВ ГЗ, ПИСКУНОВ СЗ. Клиническая ринология: Рук-во для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 560 с.