

УДК 616.71-089.85

ТОННЕЛЬНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РИНОСКОЛИОЗА

Медведев В.А.

ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», Рязань, e-mail: postmaster@hosp11.rzn.ru

Риносколиоз – одна из наиболее распространенных носовых деформаций, которая часто входит в состав комбинированных деформаций носа. Технология тоннельной остеотомии заключается в том, что все виды остеотомий производятся через четыре эндоназальных горизонтальных разреза по 6 мм на уровне между верхними и нижними латеральными хрящами. Изучены косметические результаты ринопластических операций, произведенных по поводу риносколиоза в трех группах пациентов, каждая из которых состояла из 46 больных. В первой группе у больных с риносколиозом без других деформаций носа парамедиальная, латеральная и поперечная остеотомии производились по традиционной методике через межхрящевые разрезы. Во второй группе с риносколиозом без других деформаций носа выполнена тоннельная остеотомия. В третьей группе пациентам с риносколиозом, комбинированным с ринолордозом, остеотомии произведены по тоннельной технологии. Процент осложнений при применении тоннельной технологии остеотомии оказался меньшим, чем при остеотомиях, выполненных через межхрящевые разрезы, несмотря на то, что в одной из исследуемых групп тоннельная остеотомия производилась у пациентов с более сложной деформацией носа в виде риносколиоза, комбинированного с ринолордозом. Тоннельная остеотомия целесообразна при риносколиозе и риносколиозе, комбинированном с лордозом.

Ключевые слова: риносколиоз, комбинированная деформация носа, тоннельная остеотомия

TUNNEL OSTEOTOMY WITH THE CORRECTION OF DIFFERENT TYPES OF RHINOSCOLIOSIS

Medvedev V.A.

City clinical hospital № 11, Ryazan, e-mail: postmaster@hosp11.rzn.ru

Rhinosciosis one of the most common nasal deformities, which often included in the combined deformations of the nose. Technology osteotomy of the tunnel is that all kinds of osteotomies is made via the four endonasal horizontal incision on 6 mm between the upper and lower lateral cartilage. Studied cosmetic results rhinoplasty operations produced about rhinoscoliosis in three groups of patients, each of which consisted of 46 patients. In first group of patients with rhinoscoliosis without other deformations of the nose paramedial, lateral and transverse osteotomy produced by the traditional method, through intercartilaginous cuts. In the second group with rhinoscoliosis without other deformations of the nose is made tunnel osteotomy. In the third group of patients with rhinoscoliosis, combined with rhinolordosis osteotomy produced by tunnel technology. The percentage of complications in the application of the tunnel technology osteotomy was smaller than osteotomy made through intercartilaginous cuts, despite the fact that in one of the study groups tunnel osteotomy was performed in patients with more complex deformation of the nose in the form of rhinoscoliosis, combined with rhinolordosis. Tunnel osteotomy is expedient in the rhinoscoliosis and rhinoscoliosis, combined with lordosis.

Keywords: rhinoscoliosis, combined deformation of the nose, tunnel osteotomy

Ринопластика – один из наиболее сложных разделов пластической хирургии [2]. Довольно часто причиной выполнения ринопластики является риносколиоз, который нередко входит в состав комбинированных деформаций носа.

Наиболее частыми комбинированными деформациями носа являются: риносколиоз с ринолордозом; риносколиоз с ринокифозом; ринолордоз с ринокифозом; ринолордоз с ринокифозом и риносколиозом [3].

Уже по видам возможных комбинированных деформаций носа понятно, что риносколиоз – одна из самых частых носовых деформаций.

Существует множество способов хирургического лечения риносколиоза. В течение нескольких десятилетий для достижения необходимой степени мобилизации искривленных костей носа используются боковая и срединная остеотомии в сочетании с поперечной остеотомией [7]. Многие хирурги

вместо срединной производят парамедиальную остеотомию [5].

В последние годы все большее распространение получают методы чрескожной остеотомии [8], при которой операция осуществляется с помощью микроosteотомов шириной 2–3 мм через разрезы кожи длиной 2–3 мм, произведенные на середине планируемых линий остеотомий.

Несмотря на множество методик, используемых для хирургической коррекции риносколиоза, косметические результаты данных операций нельзя признать приемлемыми. В литературе представлены данные, по которым из 86 больных, обратившихся после устранения искривления носа, рецидив искривления и затруднение носового дыхания диагностированы у 51 (59,3%) пациента [1].

В течение многих лет при ринопластике по поводу риносколиоза мы пользуемся тоннельной технологией остеотомий

вместо остеотомии, выполняемой через межхрящевые разрезы. Нами отмечено, что при изолированном риносколиозе число осложнений в виде неровностей скатов носа и ступенеобразной деформации носа уменьшилось.

Доступ через межхрящевые разрезы при риносколиозе с лордозом неудобны тем, что хрящевой имплантат, используемый для устранения седловидной деформации, необходимо фиксировать, т.к. он излишне подвижен и легко смещается. При изолированном риносколиозе преимуществами тоннельной технологии остеотомий являются меньшая травматичность вмешательства и сохранение связей кожи с костями носа, что позволяет уменьшить количество неровностей скатов носа и ступенеобразных деформаций.

Преимуществом метода по сравнению с чрескожной остеотомией [4] является то, при данной операции не повреждается кожа и впоследствии не остается рубцов, развитие которых неизбежно, особенно с учетом обязательного наложения лонгеты в конце вмешательства.

Большое число ринопластических вмешательств с использованием тоннельной технологии остеотомий, выполненных большим с риносколиозом и риносколиозом, комбинированным с лордозом, позволило нам обобщить и проанализировать полученный материал.

Цель исследования – изучение эффективности тоннельной остеотомии как метода ринопластики, производимой по поводу риносколиоза и риносколиоза, комбинированного с ринолордозом.

Материалы и методы исследования

За период с 1999 по 2001 гг. в ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани произведено 46 ринопластических операций по поводу риносколиоза, не сопровождавшегося другими деформациями носа. В данной (первой) группе парамедиальная, латеральная и поперечная остеотомии производились по традиционной методике через межхрящевые разрезы.

В период с 2002 по 2005 гг. произведено 46 тоннельных остеотомий по поводу риносколиоза, не комбинированного с другими деформациями носа. Данные пациенты составили вторую группу.

С 2007 по 2012 гг. в Городской клинической больнице № 11 г. Рязани произведено 46 операций по поводу риносколиоза, комбинированного с ринолордозом. В указанной (третьей) группе коррекция риносколиоза осуществлялась по тоннельной технологии.

Косметические результаты лечения больных трех групп оценивались путем сравнения формы носа по фотографиям, сделанным непосредственно перед операцией, а также через 10 дней, через 1 месяц и 6 месяцев после операции. Фотодокументация производилась с помощью цифровой фотокамеры фирмы «Sony» Cyber-shot DSC-W35 (effective 7,2

megapixels). До и после операции производилось по шесть фотографий в стандартных проекциях: анфас, 3/4 слева, профиль слева, 3/4 справа, профиль справа, вид спереди при запрокинутой голове – базальная проекция [6].

Сравнение косметических результатов хирургического лечения риносколиоза проводилось между тремя описанными группами.

Технология тоннельной остеотомии заключается в том, что выполняются по два эндоназальных горизонтальных разреза с каждой стороны по 6 мм на уровне, соответствующем межхрящевым разрезам (между верхними и нижними латеральными хрящами). С помощью двустороннего распатора и тонких ножиц формируются каналы, направленные вверх до переносья (лобно-носового шва), где все они соединяются между собой с помощью тонких нейрохирургических ножниц (рис. 1). Через данные тоннели при риносколиозе, комбинированном с лордозом, производятся промежуточные, латеральные и поперечные остеотомии. При риносколиозе без других деформаций носа выполняются парамедиальные, латеральные и поперечные остеотомии.

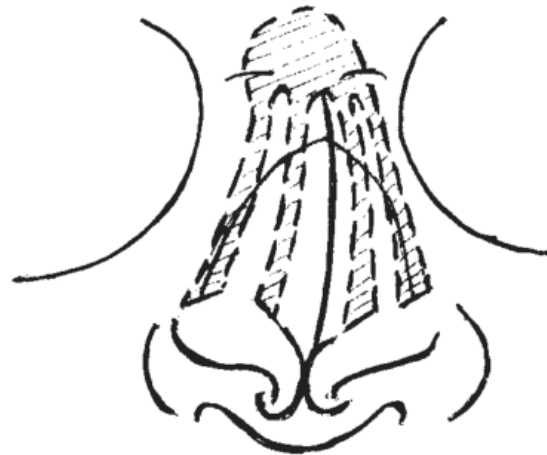


Рис. 1. Пунктиром обозначены границы тоннелей для остеотомий; зона отслойки кожи заштрихована

Результаты исследования и их обсуждение

В первой группе пациентов из 46 человек с риносколиозом без других деформаций носа, в которой применялись остеотомии через межхрящевые разрезы, отмечено 5 случаев остаточных деформаций носа в виде риносколиоза (2), неровностей скатов носа (2) и ступенеобразной деформации носа (1), что составило 10,9%.

В группе больных с риносколиозом без других деформаций носа (46 пациентов), в которой использовались тоннельные остеотомии, выявлен 1 случай повторной деформации носа в виде остаточного риносколиоза (2,2%).

В группе пациентов с риносколиозом, комбинированным с ринолордозом,

(46 пациентов), где для коррекции риносколиоза применялась тоннельная остеотомия, отмечено 2 случая незначительного остаточного риносколиоза, что составило 4,3%.

Таким образом, процент осложнений при применении тоннельной технологии остеотомии оказался меньшим, чем при остеотомиях, выполненных через межхрящевые разрезы, несмотря на то, что в одной из исследуемых групп тоннельная остеотомия производилась у пациентов с более сложной деформацией носа в виде риносколиоза, комбинированного с ринолордозом.

Приводим один случай из нашей практики в качестве примера.

Пациент Л., 25 лет (медицинская карта № 12052011), поступил в Городскую клиническую больницу № 11 г. Рязани 30.05.2012 г. с диагнозом: Комбинированная посттравматическая деформация носа (ринолордоз, риносколиоз, деформация концевого отдела носа). Искривление носовой перегородки.

При поступлении жаловался на деформацию носа (вдавление и искривление носа), затрудненное носовое дыхание. В анамнезе многократные травмы носа, в том числе переломы костей носа. Объективно: выраженная деформация наружного

носа в виде западения спинки, девиации носа влево, асимметрии колумеллы. Носовое дыхание затруднено и асимметрично. Перегородка носа искривлена.

31.05.2012 г. под эндотрахеальным наркозом больному произведена риносептопластика. Ринопластика выполнялась по одной из разработанных нами технологий (osteotомии через четыре тоннеля, имплантация аутохряща через пятый тоннель). Послеоперационное течение без осложнений.

09.06.2012 г. пациент выписан в удовлетворительном состоянии. При выписке и последующих осмотрах через 2 месяца и 6 месяцев жалоб нет; форма наружного носа правильная (западения спинки носа нет, спинка и кончик носа по средней линии, форма колумеллы правильная); носовое дыхание свободное.

На рис. 2 и 3 представлены косметические результаты хирургического лечения больного, описанного в настоящей статье, которому произведена одномоментная риносептопластика по вышеуказанной методике. На рис. 2, а, 3, а – внешний вид больного до операции (2, а – анфас, 3, а – профиль справа); на рис. 2, б, 3, б – после операции (2, б – анфас, 3, б – профиль справа).



а



б

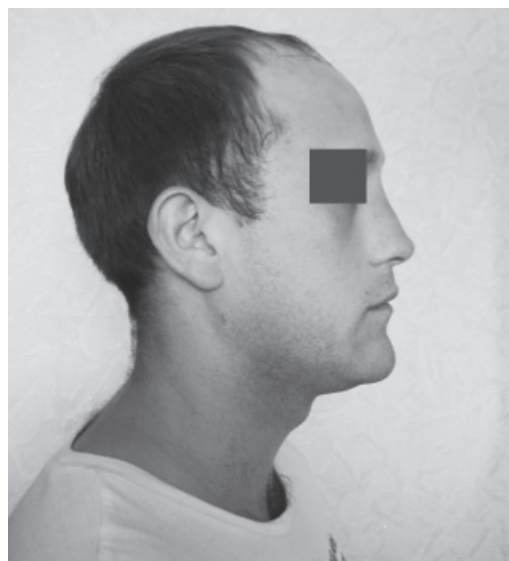
Рис. 2

Причиной уменьшения числа послеоперационных деформаций носа у больных, которым производились тоннельные остеотомии, мы считаем то, что при тоннельной

технологии остеотомии сохраняются связи между надкостницей костей носа и кожей, что не позволяет фрагментам костей носа чрезмерно смещаться относительно друг друга.



а



б

Рис. 3

Выводы

Тоннельная остеотомия является эффективным методом хирургического лечения риносколиоза, который не уступает по результатам традиционному способу выполнения остеотомий с доступом через межхрящевые разрезы и позволяет снизить число повторных деформаций носа. Данная операция показана при риносколиозе и риносколиозе, комбинированном с лордозом.

Список литературы

1. Алексанян Т.А. Хирургическая коррекция деформаций наружного носа – анализ ошибок и неблагоприятных исходов // Вестник оториноларингологии. – 2011. – № 2. – С. 49–51.
2. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика. Очерки пластической хирургии. Т. 2. –Спб: Изд-во Политехнического университета. – 2010. – 18 с.
3. Гюсан А.О. Восстановительная риносептопластика – СПб.: Диалог, 2000. – 191 с.
4. Медведев В.А. Особенности риносептопластики при сочетании риносколиоза с ринолордозом и искривлением перегородки носа // Российская ринология. – 2006. – № 3. – С. 16–19.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. –С. 359–368.
6. Щербаков К.Г., Павлюченко Л.Л., Василенко И.П. О методике фотографирования при эстетической ринопластике // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2004. – № 2. – С. 70–74.
7. Seltzer A.P. Plastic surgery of the nose – Philadelphia, 1949.

8. Nolst Trenite G.J. Trauma reduction in rhinoplastic surgery // Rhinology. – 1991. – Vol. 29. Suppl. 11. – P. 111–116.

References

1. Aleksanjan T.A. Hirurgicheskaja korrakcija deformacij naruzhnogo nosa – analiz oshibok i neblagoprijatnyh ishodov // Vestnik otorinolaringologii. 2011. no. 2. pp. 49–51.
2. Belousov A.E. Funkcional'naja rinoplastika. Ocherki plasticheskoy hirurgii. Tom 2. Spb: Izd-vo Politehnicheskogo universiteta. 2010. 18 p.
3. Gusan A.O. Vosstanovitel'naja rinoseptoplastika – SPb.: Dialog, 2000. 191 p.
4. Medvedev V.A. Osobennosti rinoseptoplastiki pri sochetanii rinoskolioza s rinolordozom i iskrivleniem peregorodki nosa // Rossijskaja rinologija. 2006. no. 3. pp. 16–19.
5. Piskunov G.Z., Piskunov S.Z. Klinicheskaja rinologija M.: Miklosh, 2002. pp. 359–368.
6. Shherbakov K.G., Pavljuchenko L.L., Vasilenko I.P. O metodike fotografirovaniya pri jesteticheskoy rinoplastike // Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoj i jesteticheskoy hirurgii. 2004. no. 2. pp. 70–74.
7. Seltzer A.P. Plastic surgery of the nose – Philadelphia, 1949.
8. Nolst Trenite G.J. Trauma reduction in rhinoplastic surgery // Rhinology. 1991. Vol. 29. Suppl. 11. pp. 111–116.

Рецензенты:

Федосеев А.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии, РязГМУ им. академика И.П. Павлова, г. Рязань;
Тарасенко С.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, РязГМУ им. академика И.П. Павлова, г. Рязань.
Работа поступила в редакцию 30.11.2013.