

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ
В НОВОМ ТЫСЯЧЕЛЕТИИ**

**Материалы IV Белорусского
стоматологического конгресса**
(Минск, 19-21 октября 2016 года)

Минск, 2016

284

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
РИНОПЛАСТИКИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
ДЕФОРМАЦИЙ НАРУЖНОГО НОСА И НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

Тесевиц Л.И.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь*

Введение. У взрослых пациентов посттравматические деформации наружного носа и носовой перегородки (ПТДНиНП) как правило обусловлены смещением отломков костей и фрагментов хряща при закрытых или открытых переломах костей носа и носовой перегородки, что может вызывать нарушения носового дыхания и связанные с этим сопутствующие заболевания в полости носа [1-3]. Еще более сложную ситуацию создают неоднократные травматические повреждения носа, усугубляющие степень деформации и выраженность нарушений функции носового дыхания (вплоть до декомпенсированного состояния).

Цель исследования - провести анализ хирургического реконструктивно-восстановительного лечения пациентов с ПТДНиНП с учетом травматически обусловленных изменений естественных анатомических контуров носа и степени выраженности нарушения функции носового дыхания.

Объекты и методы исследования. Изучены клинико-рентгенологические материалы лечения пациентов с ПТДНиНП находившихся на стационарном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии УЗ «9-ая городская клиническая больница» и УЗ «11-ая городская клиническая больница» г. Минска в период с 1992 по 2012 г.г. Проводилась клиническая оценка характера и вида ПТДНиНП (в том числе с применением инструментального исследования полости носа) с определением степени нарушения функции носового дыхания (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная), с последующей оценкой результатов выполненного автором лично хирургического реконструктивно-

восстановительного лечения таких пациентов. В предоперационном периоде осуществлялось рентгенологическое исследование костно-хрящевого отдела наружного носа и носовой перегородки, в том числе, по показаниям назначалась рентгенокомпьютерная томография.

Результаты исследования. В условиях клиники нами за указанный период были прооперированы 131 пациент в возрасте от 15 до 56 лет с различными ПТДНиНП разнообразного срока давности (от 4-6 месяцев до 15-20 лет и более) и разной степенью выраженности нарушения функции носового дыхания (см. таблицу 1). Компенсированная форма носового дыхания встречалась в основном у пациентов с изолированным кифозом спинки носа. Декомпенсированную форму носового дыхания мы наблюдали чаще у пациентов с выраженной ПТДНиНП, чему способствовала предшествующая неоднократная травма этих отделов. В таких случаях существенную информацию о локализации, форме и степени такой деформации, механически препятствующей адекватному прохождению воздуха в полости носа, мы получали при рентгенокомпьютерной томографии области носа, а также при проведении риноскопии (в том числе с использованием свето-волоконной оптики).

Таблица 1

Вид ПТДНиНП и степень нарушения функции носового дыхания у оперированных пациентов

Количество пациентов (% от общего количества пациентов)	Деформация костей наружного носа (сколиоз, седловидная)	Кифоз спинки носа	Деформация хрящевого отдела наружного носа (сколиоз, седловидная)	Искривление хрящевого отдела носовой перегородки. Функция носового дыхания			Искривление сошника
				Компенсированная	Субкомпенсированная	Декомпенсированная	
65 мужчин (49,6%)	62 (47,3%)	3 (2,3%)	32 (24,4%)	3 (2,3%)	32 (24,4%)	30 (22,9%)	60 (45,8%)
66 женщин (50,4%)	32 (24,4%)	34 (25,9%)	25 (19,1%)	21 (16,0%)	35 (26,7%)	10 (7,7%)	24 (18,3%)
Всего: 131 (100%)	94 (71,7%)	37 (28,2%)	57 (43,5%)	24 (18,3%)	67 (51,1%)	40 (30,6%)	84 (64,1%)

Реконструктивно-восстановительное оперативное лечение 286
 обследованным пациентам было проведено в зависимости от
 индивидуального характера ПТДНиНП с учетом степени выраженности
 нарушения функции носового дыхания (см. таблицу 2).

Вид оперативного вмешательства у обследованных пациентов с ПТДНиНП Таблица 2

Количество пациентов (% от общего количества пациентов)	Редрес- сация и репози- ция костей носа	Септум - томия	Септум- томия с эле- ментами септум- пластики	Удаление горба спинки носа		Рино-хондро- пластика тран- сплантатом	
				С боковой остеотомией костей носа	Без боковой остеотомии костей носа	Ауто-	Алло-
131 (100%)	89 (67,9%)	74 (56,5%)	47 (35,9%)	30 (22,9%)	7 (5,3%)	8 (6,1%)	20 (15,3%)

При проведении реконструктивно-восстановительных операций на костях носа с их редрессацией и репозицией в правильное анатомическое пространственное положение мы стремились максимально приближать и совмещать линии остеотомий с линиями предшествующих переломов (ориентировались по данным рентгенокомпьютерной томографии области носа). При выполнении септумтомии у пациентов обязательно оставлялась полоска шириной не менее 5-6 мм в передне-верхнем отделе четырехугольного хряща с целью профилактики западения спинки носа (при необходимости с использованием методики пофрагментарного выделения деформированных участков хряща и сошника), причем у 38,8% из них с элементами септумпластики, когда деформированную переднюю часть четырехугольного хряща сохраняли, воссоздавая ей правильную форму и пространственное расположение. У пациентов с компенсированной формой носового дыхания септумтомия могла проводиться только в переднем отделе четырехугольного хряща с целью необходимости укорочения длины носа по эстетическим показаниям. После удаления горба носа у 81,1% таких пациентов одновременно была выполнена боковая остеотомия костей носа с их транспозицией для эстетического эффекта сужения спинки носа.

Устранение седловидной деформации спинки носа в 28,6% случаев провели с помощью ауто-хряща из отмоделированного резецированного четырехугольного хряща, а в 71,4% случаях – из отмоделированного донорского реберного алло-хряща.

У всех пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось существенное улучшение носового дыхания (декомпенсированных форм – вообще не выявлено; а у 3-х пациентов из декомпенсированной формы стало субкомпенсированным). Эстетические результаты хирургического лечения удовлетворили большинство пациентов (только у 3-х пациентов потребовалось проведение дополнительных корригирующих оперативных вмешательств из-за остаточной деформации в области спинки носа).

Заключение. Для достижения оптимального функционально-эстетического результата хирургического лечения пациентов с ПТДНиНП и различной степенью нарушения функции носового дыхания, по показаниям, оперативное вмешательство целесообразно проводить одномоментно как в области костно-хрящевого отдела наружного носа (максимально приближая и совмещая линии остеотомий с линиями предшествующих переломов), так и в области костно-хрящевого отдела носовой перегородки (существенную помощь при этом может оказывать использование операционных систем со свето-волоконной оптикой). Это позволяет одновременно устранять механические препятствия для адекватного прохождения воздуха в полости носа как со стороны носовой перегородки, так и со стороны опорных тканей наружного носа, снижает влияние остаточных травматических деформаций на функцию носового дыхания.

Литература.

1. Фришберг, И.А. Косметические операции на лице / И.А. Фришберг. - М.: медицина, 1984. - 208 с.
2. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / Под ред. А. Д. Пейпла; Пер. с англ. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. - 951 с.
3. Functional Reconstructive Rhinoplasty / J.C. Beck [et al.] / Editors: W.F. Larrabee, J.R. Tomas, C.S. Murakami // Facial Plastic Surgery Clinics of North America. - Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo: W.B. Saunders Company, 1999. - V. 7. - N3. - P. 257-419.