

УДК 616.212.5-089.85-035.1/2

## ОТКРЫТАЯ СЕПТОРИНОПЛАСТИКА: ОСОБЕННОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

*М.А. Маманов, Э. Инджи*

Рассмотрена возможность проведения септоринопластики открытым и закрытым (эндоназальным) доступами. Отмечена необходимость индивидуального подхода к каждому клиническому случаю.

*Ключевые слова:* септоринопластика; открытый; закрытый; доступ.

---

## OPEN SEPTORHINOPLASTY: FEATURES, ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

*М.А. Маманов, E. Inci*

The article deals with possibility of septorhinoplasty by open and closed (endonasal) techniques. Each rhinosurgeon should be approached individually to each clinical case.

*Key words:* septorhinoplasty; open; close; technique.

Основной целью септоринопластики является одновременное улучшение формы и функции носа. В сложных клинических случаях невозможно устранить все дефекты закрытым способом. Открытая септоринопластика позволяет детальный обзор структур носа, которые при закрытой технике менее доступны. Открытая септоринопластика отличается от закрытого доступа разрезом на колумелле и основывается на обнажении носа от кожи и подкожно-жировой клетчатки (рисунок 1). В 1980-е гг. были описаны показания и сам открытый доступ септоринопластики, а затем было предложено название “открытая септоринопластика” [1].

Впервые в истории в 1934 г. Rethi описал открытую ринопластику, когда им был сделан разрез через колумеллу для обнажения кончика носа [2]. Хорват Ante Serceg в 1958–1962 гг. в Загребе применил разрез на колумелле и соединил его с эндоназальным разрезом. Вместо разреза колумеллы он приподнял лоскут кожи и подкожно-жировой клетчатки над носом (рисунок 2), выполнив тем самым декортизацию носа и распространив экспозицию на всю пирамиду носа [3]. Его ученик Radovan впервые описал разрез на колумелле и представил свою методику на Первом международном симпозиуме Американской академии пластической и реконструктивной хирургии лица в 1970 г. в Нью-Йорке, после чего в Северной Америке наступило время открытой ринопластики [4]. Североамериканскими хирургами, распространившими

открытую септоринопластику на своем континенте, считаются Jugo, Goodman и Anderson [5, 6]. В данное время открытый доступ в септоринопластике широко используют как в Северной Америке, так и в Европе.



Рисунок 1 – Отделение лоскута спинки носа при открытой септоринопластике

Спектр показаний к открытой септоринопластике довольно широк и включает в себя серьезные посттравматические деформации костной пирамиды носа, дорзальные искривления перегородки, выраженные деформации перегородки, деформации носа, сочетанные с верхнечелюстными патологиями и деформациями типа “волчья пасть” и “заячья губа”, выраженные каудальные деформации перегородки носа, выраженный коллапс носового



Рисунок 2 – Линии разрезв септоринопластики

клапана вследствие первичной септоринопластики и некоторые другие манипуляции, трудновыполнимые при закрытом доступе.

Прибегая к открытой септоринопластике, хирург обладает детальным обзором всех структур носа, а также такими преимуществами, как остановка кровотечения электрокоагулятором, прямой вид деформаций носа, особенно доступность при исправлении каудальной и дорзальной частей перегородки носа, сохранение в первоначальном виде внутреннего носового клапана ввиду отсутствия межхрящевого разреза, точная локализация и прикрепление трансплантатов, при необходимости возможность использования бормашины, более соответствующий подход к септоринопластике с такими сочетанными патологиями, как “волчья пасть” и “заячья губа”, возможность утоньшения более толстой кожи. Абсолютных противопоказаний для открытой септоринопластики нет, но в случаях, когда пациент хочет минимальные изменения внешнего вида носа, можно прибегать к закрытому доступу. Открытая септоринопластика имеет также свои недостатки. Так, этим доступом мы разрушаем механизмы опоры кончика носа, делаем разрез на коже колумеллы, которого нет в закрытом доступе. Длительность открытой септоринопластики и послеоперационные отеки больше по сравнению с закрытым доступом [7].

Самым большим недостатком открытой септоринопластики является шрам на коже колумеллы, несмотря на то, что спустя несколько месяцев после операции он становится совсем не виден. Увеличение длительности операции также является недостатком открытой септоринопластики, причиной чему в основном является разрез и элевация лоскута кончика носа, которая для более опытных хирургов длится не более 15 минут. Отек кончика носа, связанный с разрезом, может длиться

до нескольких месяцев, что тоже может служить в пользу закрытого доступа. Также к недостаткам и осложнениям открытой ринопластики можно добавить некроз лоскута колумеллы, который встречается очень редко [7].

Перед каждой ринопластикой хирург должен обсудить в пациентом все детали предстоящей операции: дыхательную функцию носа, внешний вид, результат, ожидания, возможные осложнения. Необходимо проинформировать пациента, что послеоперационные отеки носа могут длиться от нескольких месяцев до одного года и только после истечения этого времени появится окончательный результат. Это особенно касается пациентов с толстой кожей носа, повторных хирургических вмешательств. Прежде чем приступить к открытой септоринопластике следует изучить некоторые анатомические детали. Так, кожа в области носолобной области наиболее толстая, в самой выступающей точке спинки наименее тонкая, область кончика носа покрыта многочисленными сальными железами, каудальный край крыловидных хрящей и колумелла обладают тонкой кожей.

Шрам разреза заживает долго и может оставаться заметным у темнокожих людей и людей с более толстой кожей. У пациентов этой категории сразу получить приемлемый и желанный результат нелегко. У пациентов с тонкой кожей ткани склонны к сокращению, поэтому прежде чем резецировать излишние, на ваш взгляд, анатомические структуры нужно тщательно обдумать каждую деталь. При тонкой коже минимальные неровности становятся сразу заметными, поэтому, формируя костно-хрящевую основу и применяя имплантаты и трансплантаты, следует быть максимально внимательным.

Фокусируясь на внешний облик носа ринохирург не должен забывать и о внутренней стороне носа, т. е. о его функции. Многие пациенты обращаются к ЛОР-врачам с жалобами нарушения функции носа и желанием изменить наружный вид. К сожалению, часть из этих пациентов остаются недовольными из-за заложенности носа в послеоперационном периоде. Это во многом зависит от качества выполняемого хирургического вмешательства. Во время клинического осмотра пациента, поступившего к нам с жалобами на заложенность носа, мы можем установить причину обструкции путем применения противоотечных средств и установить анатомическую патологию или инфекционное заболевание. Детальная предоперационная оценка поможет избежать послеоперационных жалоб на недостаточное устранение тех или иных дефектов. Причинами, порождающими жалобы, могут быть узкий носовой клапан,

спадение крыльев носа, короткие носовые кости, искривление перегородки, гипертрофия носовых раковин. Эти факторы могут порождать дискомфорт. У пациента могут встречаться сразу несколько из вышеперечисленных дефектов. Все эти причины необходимо устранить для восстановления нормальной функции носа.

В диагностике патологий носа важную роль играют передняя риноскопия, эндоскопическое исследование носа, а также компьютерная или магнитно-резонансная томография в зависимости от патологии. Косметический анализ носа начинается с установления дефектов, наиболее бросающихся в глаза. В основном мы отмечаем две области: это спинка и кончик носа. Устраняя неровности одной области, следует учитывать его соответствие с другими частями носа. Так, приподнимая опущенный кончик носа и увеличивая его проекцию, необходимо создавать соответствующую спинку носа [7].

В открытой септоринопластике поперечный разрез колумеллы соединяется с вертикальным краевым разрезом, сделанным поверхностно, так, чтобы не рассечь медиальную ножку нижнебокового хряща. Лоскут колумеллы освобождается путем диссекции ножницами до угла. Тупая и острая диссекция ножницами производится в верхнебоковом направлении, над сводами и вниз, вдоль нижних боковых ножек, продолжая краевой разрез латерально по мере экспозиции спинки. Существует множество видов разреза колумеллы: Rethi, Sercer, Goodman, разрез обратный V, Jugo, Padovan. Мы в своей практике используем разрез обратный V (рисунок 3). При этом легче всего пользоваться лезвием скальпеля № 11. Вертикальный краевой разрез, считающийся одним из самых трудных разрезов в открытой септоринопластике, делается примерно на 2 см вглубь края латеральных крыльев носа. После разреза приступаем к освобождению лоскута, где следует аккуратно отнестись к медиальным ножкам крыловидных хрящей, так как очень часто медиальные ножки подвергаются травматизации во время этой процедуры.

Устранение искривления перегородки носа и, при необходимости, взятие хрящевого трансплантата можно делать как до отсепаровки лоскута спинки так и до этой процедуры. Следует отметить, что устранение особенно значительных дефектов перегородки легче проводить при открытом доступе септоринопластики. К какому бы методу мы не прибегали, не стоит забывать, что для опоры нужно оставлять 1–1,5 см в каудальной и дорсальной частях перегородки. Одним из ключевых факторов ринопластики является резекция горбинки носа. В этом случае необходимо помнить, что в септоринопластике важно не то, что убрали, а то,

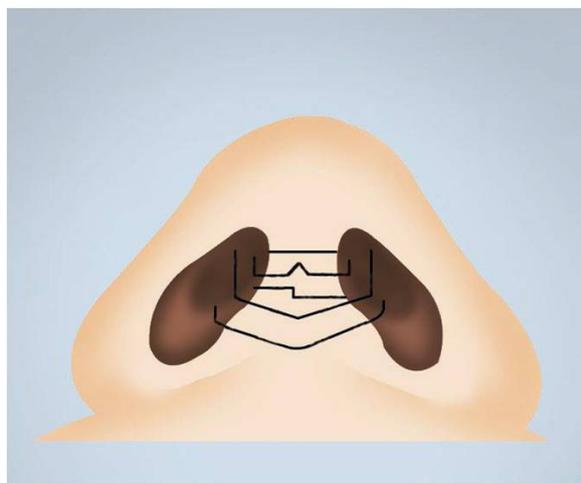


Рисунок 3 – Виды разрезов колумеллы при открытой септоринопластике

что оставили. Следовательно, ринохирургам необходимо тщательно относиться к каждому сантиметру резецируемой ткани.

Для формирования более желанной формы носа очень часто необходимы остеотомии. Существуют различные виды остеотомий, в частности часто используются двусторонняя околосрединная, боковые и поперечные остеотомии. Выбор остеотомии осуществляется, исходя из нужды во время операции и задумки ринохирурга в связи с желанием пациента. Как было отмечено ранее, формируя внешний облик носа, ринохирург не должен забывать о его дыхательной функции. В связи с этим, немаловажной частью каждой септоринопластики является формирование носового клапана. Если ринохирург считает, что носовой клапан недостаточен, можно использовать трансплантаты-распорки или лоскуты-распорки, которые также играют значительную роль в формировании внешнего облика носа. Не последнее место в лице индивида занимает кончик носа, поэтому многие ринохирурги отдают предпочтение и больше времени его формированию. Для получения желанного результата этой части носа используются различного рода трансплантаты и техники швов [8].

**Результаты.** В нашей практике мы часто прибегаем к открытой септоринопластике. Около 85 % наших операций делаются открытым доступом. Ревизионные клинические случаи в 80 % в нашей клинике оперируются также открытым доступом. Осложнения были незначительные и в основном состояли из длительного экимоза вокруг носа. Это связано с остеотомиями, прорезыванием швов (что подтолкнуло нас к использованию абсорбирующих ниток), незначительной заложенностью дыхатель-

ных путей в раннем послеоперационном периоде. Пациенты были не удовлетворены результатами, т. е. желаемых эстетических целей в 6,3 % случаев достичь не удалось. Недовольство было связано с хрящевой и мягкотканной клювовидной деформацией, полнотой кончика, вогнутостью и кривизной спинки, шириной спинки и расширением основания крыльев. Следует отметить, что проблем с трансплантатами практически не было. Обильное кровотечение было в нескольких операциях, что было связано с плохой реакцией организма пациента на гипотензивные средства; средняя кровопотеря составила около 100 мл. Неудовлетворенность в связи с послеоперационным рубцом колумеллы отмечалась в 1 % случаев.

Открытый доступ в септоринопластике широко применяют в США и Европе. В сложных случаях этот доступ дает нам неоспоримое преимущество и облегчение при выполнении хирургического вмешательства. Противники открытой ринопластики делают акцент на рубце колумеллы, который, как отмечено многими авторами, не так уж и заметен в послеоперационном периоде. Большинство опытных хирургов делают вывод, что открытый подход к ринопластике для достижения стабильно хороших и воспроизводимых результатов часто является предпочтительным. Более того, открытая септоринопластика является предпочтительным методом для новичков септоринопластики, так как служит и обучающим подходом. Нужно отметить, что при выборе техники септоринопластики нет абсолютных показаний к тому или ино-

му доступу. Опыт каждого ринохирурга различен. Некоторые хирурги всегда склонны применять открытый доступ, в то время как другие практически всегда прибегают к эндоназальному методу. Каждый клинический случай можно оперировать открытым способом, в то время как закрытой методикой пользуются наши более опытные коллеги.

Таким образом, выбор доступа в септоринопластике – это индивидуальное решение каждого ринохирурга, в зависимости от его опыта и сложности клинического случая.

#### *Литература*

1. *Houizing E.H., de Groot J.A.M.* Functional Reconstructive Nasal Surgery. New York: Thieme, 2003. P. 192–238.
2. *Rethi A.* Operation to shorten an excessively long nose, *Rev Chir Plast* 1934; 2:85.
3. *Sercer A.* Dekortication der Nase. *Chirurgie Maxillofac Plast (Zagreb)* 1958; 1:49.
4. *Padovan T.* External approach in rhinoplasty (decor-tication). *Symp ORL* 1966; 4:354.
5. *Goodman W.S.* Recent advances in external rhinoplasty // *J Otolaryngol* 1981; 10:433.
6. *Anderson J.R., Johnson C.M. Jr, Adamson P.A.* Open rhinoplasty: an assessment. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982; 90:272.
7. *Behrbohm H., Tardy M.E.* Essentials of Septorhinoplasty. New York: Thieme; 2004. P. 118–35.
8. *Unlu H.H.* Eksternal Rinoplasti. Istanbul: Turgut Yayincilik; 2004. P. 7–34.