

НОВОЕ В РАЗВИТИИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НОСА

Профессор А.С. ЖУРАВЛЕВ, к. мед. н. М.В. КАЛАШНИК

*Харьковский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница, Харьков*

Рассмотрены проблемы, возникающие при реконструктивных вмешательствах на структурах наружного носа и его внутренних полостях, характеристики трансплантатов и условия, способствующие возникновению осложнений. На основании собственных наблюдений сделан вывод о практической целесообразности использования гомо- и гетеротрансплантатов с учетом конкретных медико-социальных показаний.

Увеличение частоты деформаций лицевого скелета и наружного носа, обусловленных врожденной патологией, полученными травмами или различной рода патологическими процессами, приводят к необходимости их хирургического устранения [1, 2]. Наиболее эффективным направлением лечения является использование современных достижений пластической и реконструктивно-восстановительной ринопластики [2 – 4].

Пластическая и косметическая ринопластика входит в компетенцию отоларингологов, челюстно-лицевых хирургов, косметологов, а также других специалистов хирургического профиля. В то же время только отоларингологи, в полной мере владея техникой подобного рода вмешательств, могут адекватно, в соответствии с анатомо-функциональными особенностями организма выполнять эти сложные, порой непредсказуемые операции [4, 5].

В последние годы пластическая хирургия носа, как и вся пластическая хирургия, разделилась на собственно пластическую, эстетическую и функциональную ринопластику. Задачей пластической ринопластики является устранение уже имеющегося недостатка ткани или дефекта какого-либо отдела носа. Для эстетической ринопластики главным направлением является улучшение формы определенного отдела или всего носа [6, 7]. Кроме того, лишь хирурги-отоларингологи имеют возможность как корректировать структуры наружного носа, так и восстанавливать внутриносовую архитектуру, что позволяет нормализовать функции пораженного органа (дыхательную, обонятельную, защитную).

Непосредственное выполнение хирургической коррекции носа производится наружным (открытым) или внутренним (эндоназальным) доступами. Использование открытого подхода позволяет широко обнажать костно-хрящевые структуры наружного носа, облегчает техническое выполнение операции, но сопровождается послеоперационными рубцами и деформациями, хотя последние и малозаметны при правильном выполнении оперативного вмешательства. Эндоназальный подход, будучи скрытым, не оставляет наружных рубцов в области основания кolumеллы. Выбор вида хирургического доступа обуславливается характером и анатомо-функциональными особенностями каждого больного и имеющимися техническими условиями. По нашему мнению, все же более предпочтительным является внутриносовая до-

ступ, хотя его выполнение требует серьезных навыков в освоении эндоскопической техники оперирования, а также обеспечения высокотехнологичным инструментарием.

Важное значение имеет проблема выбора материала для проведения коррекции носа. Многовековой опыт ринопластики свидетельствует о возможности использования самых разнообразных видов эндопротезов [8]. Проведенные нами на протяжении 18 лет исследования с применением синтетических композиционных материалов (тефлон, корундовая керамика, сапфиры) наряду с положительными результатами (биоинертность, возможность заблаговременного моделирования трансплантата) позволили выявить ряд факторов, ограничивающих их дальнейшее внедрение в клиническую практику. Такими ограничителями являются повышенная ломкость эндопротезов при механическом воздействии с последующей травматизацией окружающих тканей, теоретическая возможность отторжения в отдаленный период вмешательства, ограниченность объема местного моделирования из-за жесткости материала, возможность индукции воспалительной реакции окружающих тканей, нарушение микроциркуляции в оперируемом органе [2, 9]. В связи с этим в качестве трансплантатов при восстановлении опорно-контурного скелета пирамиды наружного носа стали применять гомо- и гетероткани. Целесообразность этого направления подтверждается данными других хирургов [10, 11]. В.И. Диденко с соавт. [12] использовали в подобных операциях аутокость, взятую из гребня подвздошной кости, трубчатую аутокость или аутохрящ ребра, О.В. Дюмин, В.А. Холявицкий [9] — консервированный гомохрящ.

Для гомотрансплантации на раннем этапе нами сначала использовался реберный хрящ пациента. С целью минимизации травмы окружающих тканей и бережного отношения к трансплантату забор реберного хряща производился специально созданным устройством. Однако сложность технического забора ткани, особенности послеоперационного периода, связанные с формированием заметного послеоперационного рубца на передней поверхности грудной клетки, недостаточные удобства при моделировании эндопротеза побудили нас перейти к использованию в качестве гомотрансплантата фрагмента передней поверхности метафизарной части большеберцовой кости. Забор костного материала

производится при этом путем выделения двугранной пирамиды по передней поверхности большеберцовой кости, на 2–3 см ниже ее бугристости по заранее заложенным параметрам. При необходимости выделяется опорный фрагмент для фиксации каудального края носа. При наличии разности в углах между крыльными хрящами и передними гранями пирамиды метафизарной части большеберцовой кости последние надламываются в медиальной части и сужаются до необходимых угловых размеров. Фиксация трансплантата производится в апикальном отделе.

Однако проведение дополнительного хирургического вмешательства на передней поверхности голени, возможность (теоретическая) ее деформации в последующем или развитие в послеоперационной ране осложнений побудили нас использовать в качестве трансплантата фетальную костную ткань. Ее забор, тестирование и хранение в жидком азоте осуществляются в Украинском банке биологических объектов, созданном при Институте проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины в соответствии с требованиями Европейской ассоциации тканевых банков. Использовались фрагменты крупных трубчатых костей, части лопатки или свода черепа.

Хирургическое восстановление контуров наружного носа с применением указанных трансплантатов было произведено 81 больному в возрасте от 18 до 39 лет. Гомотрансплантация аутокостью выполнена 39, гетеротрансплантация эмбриональной костной тканью — 42 пациентам. Оперативное вмешательство во всех случаях выполнялось открыто, под эндотрахеальным наркозом и прошло без осложнений. У 72 прооперированных деформация спинки носа сочеталась с искривлением носовой перегородки и сколиозом спинки носа. В связи с этим у них открытая риносептоортопластика включала в себя не только восстановление нормальной конфигурации спинки носа за счет использования трансплантата, но и дополнительно двустороннюю боковую остеотомию, а также септум операцию. Эти этапы хирургического вмешательства выполнялись на обнаженном скелете наружного носа, а в последующем на спинку носа укладывался и фиксировался заготовленный трансплантат.

При трансплантации аутокости послеоперационный период протекал достаточно спокойно, со-

провождаясь умеренными реактивными явлениями в области носа. Производилась одно- или двукратная замена фиксирующей гипсовой лонгеты в зависимости от выраженности реактивного отека мягких тканей и скорости его купирования. Это позволяло максимально плотно фиксировать эндопротез к базисной поверхности спинки носа. Полное купирование реактивных явлений завершалось к 10–14-м суткам, хотя процесс консолидации трансплантата с окружающими тканями занимал еще 2–3 мес. Послеоперационный период в области голени (в месте взятия аутогоспрантатата) характеризовался благоприятным течением без каких-либо вторичных реактивных проявлений со стороны костной ткани. В значительной мере это было обусловлено щадящим отношением к надкостнице с максимальным ее сохранением. Заживление наступало на 12–14-е сутки.

Во второй группе больных использование эмбриональной кости заметно ускоряло проведение хирургического вмешательства, отличаясь достаточной легкостью проведения интраоперационного моделирования протеза и последующего устранения имеющегося дефекта наружного носа. В то же время наблюдалось некоторое увеличение послеоперационного периода — на 2–3 суток. У двух больных в течение 3–4 дней после операции имела место стойкая гипертермическая реакция, обусловленная, по-видимому, трансплантацией хотя и иммунологически инертной, но все же чужеродной для организма ткани.

Наблюдение в катамнезе (через 1–2 года) показало вполне удовлетворительные результаты проведенных вмешательств с использованием ауто- и гетеротрансплантатов. Кожные покровы в месте проведения пластики не отличались от прилегающих участков. Все эндопротезы плотно фиксированы в окружающих тканях. При понижении внешней температуры некоторые пациенты, преимущественно после трансплантации эмбриональной костью, отмечали побледнение и определенное чувство дискомфорта в зоне трансплантата.

Таким образом, использование ауто- и гетеротрансплантатов резко расширяет возможности хирургической ринологии, являясь методом выбора в коррекции деформации носа, улучшении его функций. Операции могут выполняться хирургами-оториноларингологами при их соответствующей подготовке.

Литература

1. Хирургическое устранение деформаций наружного носа / В.Ф. Филатов, А.С. Журавлев, М.В. Калашник, Н.Л. Пьяных // Вестн. оториноларингол.— 1991.— № 5.— С. 4 — 8.
2. Сравнительная оценка некоторых видов риносептопластики с использованием различных трансплантатов / В.Ф. Филатов, М.В. Калашник, А.С. Журавлев и др. // ЖВНГХ.— 2000.— № 2.— С. 92 — 93.
3. *Мишин Ю.В.* Отдаленные результаты ринопластических вмешательств с использованием биоматериалов // Там же.— № 6.— С. 57 — 60.
4. *Тимен Г.Е.* Ринопластика // Там же.— № 2.— С. 90—92.
5. Функціональна ринопластика / Ф.О. Тишко, О.П. Дядченко, В.Г. Стась та ін. // Там же.— С. 99 — 100.
6. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / Под ред. А.И. Неробеева, Н.А. Плотникова / П.З. Аржанцев, В.А. Виссарионов, Б.Н. Давыдов и др.— М.: Медицина, 1997.— 287 с.
7. *Цепколенко В.А., Грубник В.В., Пшениснев К.П.* Пластическая эстетическая хирургия.— К.: Здоров'я, 2000.— 232 с.
8. *Гюсан А.О.* Восстановительная риносептопластика.— С.Пб.: Диалог, 2000.— 191 с.
9. *О.В. Дюмин, В.А. Холявицький.* Наш досвід застосуван-

- ня консервованого гомохряща при ринопластиці // ЖВНГХ.— 2000.— № 2.— С. 93 — 95.
10. *Скуратовский Б.Е.* Обоснование и выбор показания к применению ауто- и аллогенного консервированного хряща при реконструктивных операциях на скелете носа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— К., 1989.— 21 с.
11. *Пискунов С.З., Пискунов Г.З.* Косметическая ринопластика.— Курск, 1996.— 46 с.
12. *Діденко В.І.* Використання губчастої аутокістки з кістковим мозком в реконструктивно-пластичній хірургії лобних пазух після видалення великих та гігантських остеом // ЖВНГХ.— 2000.— № 4.— С. 50 — 57.

Поступила 17.02.2005

NEW ASPECTS IN DEVELOPMENT OF NOSE SURGERY

A.S. Zhuravliov, M.V. Kalashnik

S u m m a r y

The problems arising at reconstructive surgery on the external structures of the nose and its inner cavities as well as characteristics of the implants and the conditions promoting complication development are featured. Basing on the original research the authors conclude about practical expediency of application of homo- and heterotransplants with the account of definite medical-social parameters.