

© Медведев В.А., 2013  
УДК 616.211-089.844

## ВИДЫ РИНОЛОРДОЗА ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ НОСА И МЕТОДЫ ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

*В.А. Медведев*

ГБУ РО “Городская клиническая больница № 11”, г. Рязань

В группе больных, состоявшей из 56 пациентов с ринолордозом, комбинированным с другими деформациями носа чаще всего выявлялась (тотальная) костно-хрящевая форма ринолордоза – 31 случай (размеры имплантатов были наибольшими и обычно использовался донорский хрящ). Реже отмечалась хрящевая форма – 22 наблюдения (размеры имплантатов были меньшими и донорский хрящ применялся реже). Наиболее редкой была костная форма ринолордоза – 3 случая (размеры имплантатов были наименьшими и использовался только аутохрящ перегородки носа). Использование донорского хряща при недостатке собственного материала во время операций по поводу ринолордоза обосновано и целесообразно.

**Ключевые слова:** ринолордоз, комбинированная деформация носа, ринопластика, имплантат.

Известно, что ринопластика при западающей спинке носа производится наиболее часто [6]. Существует несколько видов ринолордоза. Различают западение спинки носа: а) в костном отделе, б) в хрящевом отделе, в) в костном и хрящевом отделах [5].

Одновременно с седловидной деформацией носа у пациента могут быть нарушения контуров спинки носа и носовой пирамиды, деформации каудального отдела носа и носовой перегородки [2]. По нашим данным, в 33 % случаев ринолордоз является составной частью комбинированных деформаций носа.

Обычно при ринолордозе производится имплантация различных материалов в область западения спинки носа. Чаще всего для этих целей используется аутохрящ перегородки носа или аллохрящ [7,10,9]. В то же время, до сих пор идет постоянный поиск новых материалов для их имплантации при ринопластике [1].

Деформации спинки носа после ринопластики, при которых необходимы новые операции, составляют около 39%

повторных деформаций [8]. Многие осложнения ринопластики связаны с вмешательствами по поводу ринолордоза. Причем наибольшее количество осложнений отмечается у больных с комбинированными деформациями носа, которым в связи со сложностью в ходе операции требуется использовать имплантацию тканей. Осложнения, связанные с имплантацией, составляют более половины случаев [3].

Сложность устранения ринолордоза при комбинированных деформациях носа обусловлена тем, что наряду с правильным выполнением отдельных моментов ринопластики при подобных вмешательствах необходимо и рациональное планирование этапов операции. Большое значение при проведении данных вмешательств имеет взвешенное решение вопроса о необходимости применения донорского хряща, точное расположение имплантата, определяемое местом западения спинки носа, а также его надежная фиксация.

В нашей практике приходится выполнять ринопластику по поводу различных видов ринолордоза, комбиниро-

ванного с другими деформациями носа. Поэтому полученные данные могут представлять собой определенный интерес.

Так как в своей работе мы пользуемся исключительно перегородочным аутохрящом или донорским перегородочным хрящом, было важно обобщить и собственный опыт применения данных материалов.

Цель исследования - изучить распространенность различных видов ринолордоза, комбинированного с другими деформациями носа, определить зависимость частоты осложнений от вида используемого импланта и изучить целесообразность применения донорского хряща.

#### **Материалы и методы**

Изучена частота встречаемости различных видов ринолордоза у больных с комбинированными деформациями носа (в хрящевом, костном и костно-хрящевом отделах).

Проведен анализ осложнений хирургического лечения ринолордоза, комбинированного с другими деформациями носа у пациентов с различными способами имплантации (аутохрящом или донорским хрящом).

В исследуемую группу вошли 56 пациентов, которым в период с 2006 по 2011 гг. в ГКБ № 11 г. Рязани произведены ринопластические вмешательства с использованием хрящевых имплантов по поводу ринолордоза, комбинированного с риносколиозом, ринокифозом, ринокифосколиозом, рубцами наружного носа, деформацией концевого отдела носа (деформацией кончика носа, крыльев носа, колумеллы). Имплантация производилась двумя способами. При ринолордозе с риносколиозом фиксация хрящевого импланта осуществлялась путем создания узкого тоннеля, в котором затем неподвижно располагался имплант [4]. При ринолордозе, комбинированном с риносколиозом, ринокифозом, ринокифосколиозом и др. производилась чрескожная шовная фиксация имплантата. При этом, вкладыш из сшитых между собой пластинок хряща вводился под кожу в месте западения спинки носа и прошивался через кожу нитью пролен 5-0. Снаружи концы нити

связывались над предварительно подготовленной тонкой пластмассовой пластинкой с двумя небольшими отверстиями для того, чтобы нить не оставляла следов на коже в виде тонкого рубца, соединяющего точки вкола и выкола иглы. Затем пластинка покрывалась непромокаемым пластырем для предотвращения попадания инфекции с лонгеты в область ложа имплантата. На наружный нос накладывались тканевой пластырь и гипсовая лонгета.

Для устранения западений спинки носа нами использовались хрящевые перегородочные аутоимпланты или донорские импланты. В качестве донорского материала использовался хрящ, взятый во время предыдущих септум-операций у пациентов без сопутствующих заболеваний, обследованных на RW, ВИЧ, гепатиты В и С и прошедших общеклиническое обследование.

За сутки до ринопластики всем больным назначался цефотаксим 1,0 внутримышечно 2 раза в сутки в течение 7 дней.

#### **Результаты и их обсуждение**

Анализ вариантов ринолордоза у пациентов с западением спинки носа, комбинированным с другими деформациями носа, показал, что чаще всего в данной группе больных выявлялась костно-хрящевая (тотальная) форма ринолордоза - 31 (55,4 %) пациент. Реже отмечалась хрящевая форма - 22 (39,3 %) больных. Наиболее редкой была костная форма ринолордоза - 3 (5,3 %) пациента.

Отмечена прямая корреляция между видом устраняемого ринолордоза и размерами импланта, необходимого для его устранения. Так, наибольшие размеры импланты имели при операциях, произведенных по поводу костно-хрящевой формы ринолордоза. При этом, как правило, требовался донорский перегородочный хрящ, так как собственного материала не хватало. Обычно имплант состоял из 3-4 слоев хряща. Размеры имплантов, необходимых для коррекции хрящевой формы западения спинки носа, были несколько меньшими. Однако донорский хрящ для имплантации и при этой форме лордоза использовался довольно часто. Обычно

хрящевые вкладыши состояли из 2-3 слоев хряща. При костной форме ринолордоза размеры имплантов были наименьшими и донорский хрящ при операциях не применялся.

Донорский хрящ использовался в 38 (67,9 %) случаях, перегородочный аутохрящ применялся в 18 (32,1 %) наблюдениях.

При применении аутохрящевого перегородочного импланта в одном случае у пациентки с сахарным диабетом длительно сохранялся отек кожи и клетчатки в месте введенного хряща (5,6 %). Это потребовало назначения другого антибиотика (цефтазидим по 1,0 мл внутримышечно 3 раза в сутки в течение 7 дней). Осложнение не повлияло на положительный косметический результат. При использовании донорского хряща осложнения отмечались дважды (5,3 %). В одном наблюдении произошло нагноение в месте имплантации. При этом производилось вскрытие очага нагноения, выполнялись перевязки с местным введением антибиотика (цефтазидим) в отслоенное ложе и введением антибиотика внутримышечно

(цефотаксим по 1,0 мл - 2 раза в сутки в течение 7 дней). В одном случае отмечен длительный отек в области введенного импланта, который был купирован после дополнительного курса антибактериальной терапии (цефтазидим 1,0 мл внутримышечно 3 раза в сутки в течение 7 дней). В двух последних случаях имплант был сохранен и достигнут желаемый косметический эффект.

Таким образом, процент осложнений при имплантации донорского хряща оказался не выше, чем при имплантации аутохряща.

Уровень чрескожной фиксации импланта также зависел от вида ринолордоза. При костно-хрящевой и хрящевой формах седловидной деформации фиксация импланта осуществлялась на уровне хрящевого отдела спинки носа. При костной форме фиксация производилась на уровне костного отдела.

На рисунках 1-3 приведены примеры различных форм ринолордоза и результаты их лечения.



Рис. 1а



Рис. 1б

**Рис. 1.** Пациентка с хрящевой формой ринолордоза:  
а – до хрящевой имплантации, б – после имплантации



Рис. 2а



Рис. 2б

**Рис. 2.** Пациент с костно-хрящевой формой лордоза:  
а – до ринопластики, б – после ринопластики



Рис. 3а



Рис. 3б

**Рис. 3.** Пациент с костной формой ринолордоза: а-до операции, б-после операции

### Выводы

При комбинированных деформациях носа чаще всего встречается костно-хрящевая (тотальная) форма ринолордоза, реже встречается хрящевая форма. Наиболее редкой является костная форма западения спинки носа. Аутохрящ перегородки носа и донорский перегородочный хрящ являются одинаково удобными и безопасными материалами для восполнения тканей при седловидной деформации носа. Использование донорского хряща

при недостатке собственного материала во время операций по поводу ринолордоза оправдано и целесообразно.

### Литература

1. Адамян А.А. Полимерные материалы в восстановительной и эстетической хирургии лица (обзор литературы) / А.А. Адамян, Е.Н. Сергиенко, А.И. Щеголев // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2005. – № 1. – С. 62-68.

2. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика / А.Е. Белоусов // Очерки пластической хирургии. – СПб.: Изд-во Политехнического университета, 2010. – Т. 2. – 328 с.
3. Гюсан А.О. Ретроспективный анализ осложнений ринопластики / А.О. Гюсан // Российская ринология. – 2011. – № 2. – С. 35.
4. Медведев В.А. Особенности риносептопластики при сочетании риносколиоза с ринолордозом и искривлением перегородки носа / В.А. Медведев // Российская ринология. – 2006. – № 3. – С. 16-19.
5. Косметические операции лица / Н.М. Михельсон [и др.]. – М., 1965. – 28 с.
6. Проскуряков С.А. Восстановительные операции носа, горла, уха / С.А. Проскуряков. – Новосибирск: Новосибириз, 1947. – 6 с.
7. Семенов Ф.В. Пластическая ринопластика в оториноларингологической клинике / Ф.В. Семенов, А.К. Хачак // Российская ринология. – 2002. – № 4. – С. 40-42.
8. Pitanguy I. Sequelas ob rinoplastica / I. Pitanguy, V.C. De Paulo, I.R.D Portocarrero // Rev. bras. Cir. – 1978. – Vol. 68, №11/12. – P. 375-388.
9. Riechelmann H. Tree - step reconstruction of complex saddle nose deformities / H. Riechelmann, G. Rettinger // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2004. – Vol. 130, № 3. – P. 334-338.
10. Tomassin J.M. Management and aesthetic results of support grafts in saddle nose surgery / J.M Tomassin, J. Paris, T. Richard-Vitton // Aesthetic plastic surgery. – 2001. – Vol. 25, № 5. – P. 332-337.

#### KINDS OF RHINOLORDOSIS AT THE COMBINED DEFORMATIONS OF A NOSE AND METHODS OF THEIR SURGICAL CORRECTION

V.A. Medvedev

In the group consisted of 56 patients with rhinolordosis, combined with other deformities of the nose was the most often identified (total) bone and cartilage form of rhinolordosis – 31 cases (the sizes of implants were the largest and donor cartilage was commonly used). Cartilaginous form was less commonly observed – 22 observations (the sizes of implants were smaller and donor cartilage was used less frequently). The most rare form of rhinolordosis was bone kind – 3 cases (the sizes of implants were the smallest and only auto-cartilage of the nasal septum was used). The use of a donor cartilage at lack of an own material during operations concerning rhinolordosis is justified and expediently.

**Keywords:** rhinolordosis, combined nasal deformity, rhinoplasty, implant.

Медведев В.А. – канд. мед. наук, зав. оториноларингологическим отделением ГБУ РО “Городская клиническая больница № 11” г. Рязани, врач высшей категории.

390037, г. Рязань, ул. Новоселов, д. 26/17. ГБУ РО “Городская клиническая больница № 11”.

Тел.: 41-24-49.

E-mail: meddmit@mail.ru.