

УДК 616.211-007.24-089.844

М. Маманов, Э. Инджи

Стамбульский университет Джеррахпаша, Медицинский факультет
Кафедра отоларингологии

ВТОРИЧНАЯ РИНОПЛАСТИКА

Аннотация

Проведен до- и послеоперационный анализ 17 пациентов, перенесших вторичную септоринопластику, отмечены наиболее часто встречающиеся осложнения септоринопластики, а также способы, как их можно избежать, а при возникновении, методы их устранения. Рекомендовано тщательно провести оценку пациентов до вторичной септоринопластики, определить локализацию дефектов первичных септоринопластик и заранее запланировать методы коррекции, с помощью которых можно устранить дефекты. Нужно отметить, что вторичные оперативные вмешательства намного сложнее первичных септоринопластик, поэтому желательно, чтобы вторичными септоринопластиками занимались более опытные хирурги.

Ключевые слова: вторичная септоринопластика, операции, нос, хирург.

Актуальность

Планирование и само хирургическое вмешательство вторичной септоринопластики намного сложнее первичной процедуры. С ростом популярности функциональных и эстетических операций ринохирургии увеличилось и ожидания пациентов и хирургов от этих вмешательств. С появлением все большего числа врачей, занимающихся септоринопластиками, растет и количество пациентов, нуждающихся в повторной операции, т.е. в ревизионной хирургии. Операции, проведенные без детального предварительного анализа и должного уважения к анатомическим образованиям носа, зачастую разочаровывают в ближайшем будущем и доктора и пациента. Недостаточное вмешательство и ятрогенные деформации у большинства пациентов являются причиной, побуждающей к вторичной хирургии. Поэтому, эта тема должна быть освоена всеми ринохирургами, занимающимися септоринопластиками. Хирург должен провести детальную оценку пациента, которому запланирована вторичная септоринопластика.

Ринохирург должен до операции знать какие деформации имеются и, какие методы коррекции ему предстоит сделать, чтобы устранить дефект. Неудачные в эстетическом плане хирургические операции носа могут иметь негативное психологическое воздействие на пациента и до решения проблемы может втянуть ринохирурга в сложный юридический процесс.

В нашем исследовании мы ставили следующие задачи:

- 1) выявить причину вторичной ринопластики,
- 2) четко обозначить деформации,
- 3) определить хирургические процедуры необходимые для устранения этих деформаций.

Материалы и методы.

В клинике оториноларингологии медицинского факультета Джеррахпаша Стамбульского университета в период с 2010 по 2012 годы были проведены 17 вторичных септоринопластик. Средний возраст пациентов 31,2 лет. В количественном составе 10 мужчин и 7 женщин. Нами был проведен ретроспективный анализ этих операций, предоперационных форм согласия, результатов объективного осмотра, фотографий до- и послеоперационных периодов, записей ходов операций и проведенных вмешательств, фотодокументации каждого пациента в предоперационном и 6-м месяце послеоперационного периода в шести проекциях. Все операции проводились под общим наркозом и открытым доступом септоринопластики. В открытом доступе септоринопластики делали трансколумелльный "V" и двусторонний подхрящевой разрезы лезвием N11. Боковые остеотомии были проведены чрезкожно. Всем пациентам после операции в носовые полости были вставлены одинаковые носовые тампоны и на спинку носа для внешней фиксации была применена одинаковая наружная фиксация, которые были удалены через 7 дней после операции.

Результаты

Двум пациентам первичную операцию проводили в нашей клинике. 15 пациентов перенесли септоринопластику по одному разу, а два пациента были прооперированы дважды. Период после последней операции у пациентов был от одного года до 9 лет. У 2 пациентов костная структура носа была искривлена вправо, у 3 - влево, у 3 - были горбинки, 7 пациентов - имели различного рода деформации перегородки носа, 5 пациентов - дефект крыльев носа, 4 пациента - клювовидный дефект носа, седловидный нос отмечался - у 2, излишне вздернутый (ротированный) - у 3, деформации в виде открытой крыши - у 3 пациентов (Таблица 1).

Таблица 1.

Виды деформаций и их процентное соотношение в нашем клиническом исследовании.

Вид деформации	Количество пациентов	Процентное соотношение (%)
Клювовидный нос	4	23,5
Седловидный нос	2	11,8
Ассиметричный нос	5	29,4
Излишне вздернутый (ротированный) нос	3	17,6
Деформация в виде "открытой крыши"	3	17,6

Дефекты костных структур носа были приведены в срединную линию с помощью остеотомий, искривления перегородок выпрямлены, в нужных случаях были ис-

пользованы трансплантаты-распорки, в случаях седловидных носов были использованы хрящи как доноры на спинку носа. Трех пациентам донором хряща-

трансплантата использовали реберный материал, а в других случаях хватило перегородки носа. Аллопластический материал для донора хряща мы не использовали. В случаях клювовидных дефектов ставили подпорки для колумеллы. Крылья носа корректировали транс-

плантатами на крылья носа. Недостаточные резекции крыльев носа корректировали клиновидным иссечением каудальной части крыла. Также для коррекции мы применяли трансплантаты-распорки, щиты, "Рахат-лукум" ("Turkish delight") (Рис.1).

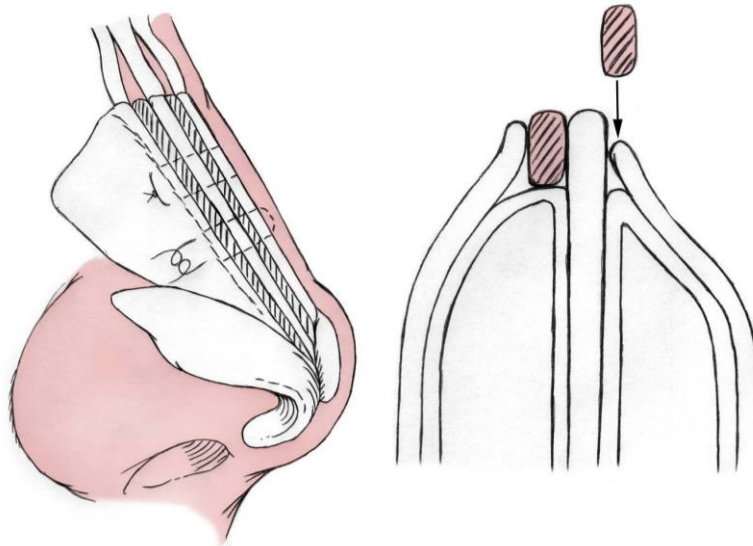


Рисунок1. Трансплантаты-распорки.

Пациенты контролировались в послеоперационном периоде в течение не менее 6 месяцев. Нами не наблюдались такие осложнения как послеоперационный некроз трансплантата, отвергание донора или сдвиг трансплантата. На месте разреза кожи в послеоперационном периоде не замечались осложнения по типу формирования рубца или некроз кожи лоскута.

Обсуждение

Вторичной септоринопластике должна всегда предшествовать тщательная оценка. Первостепенная задача ринохирурга заключается в определении локализации дефекта. После определения четкой локализации дефекта ринохирург мысленно должен представить план коррекции, предварительно зная материалы, нужные для предстоящего хирургического вмешательства. Перед каждой операцией обязательна беседа с пациентом, в которой ринохирург должен выслушать от пациента его ожидания после запланированного оперативного вмешательства и объяснить пациенту предстоящую операцию, возможные и, возможные, негативные результаты. Вместе с ростом количества септоринопластики увеличивается и количество вторичных оперативных вмешательств. Если вы запланировали отбор хряща с целью использования трансплантата, то обязательно должно быть получено согласие пациента [1]. Неудачный исход септоринопластики может быть следствием нескольких обстоятельств. Очень важно выслушать все ожидания пациента до операции. Вполне приемлемый результат со стороны хирурга может считаться пациентом неудачной операцией, которое как правило, объясняется достаточно высокими ожиданиями пациента от проведенной операции. Причинами, приводящими к деформациям, также могут служить образование рубцовой ткани, инфекции, осложнения, реакция организма на шовный материал. Особенно, недостаточные или чрезмерные остеотомии и резекции в будущем приведут к деформациям. Ринохирург должен учитывать толщину и структуру кожи перед операцией, что тоже немаловажно. Пациенты, нуждающиеся во вторичной септоринопластике, как правило, имеют несколько деформаций. Адамсон раз-

делил послеоперационные осложнения септоринопластики на группы, в соответствии с их количеством; в его клинической работе 50% пациентов имели одну деформацию, 30% две, в 20% он сообщил о трех или более деформациях [2]. В нашем случае, пациенты имели, по крайней мере, две деформации. Наиболее распространенными осложнениями были горбинки носа, недостаточно резецированные во время первичной септоринопластики. За ней следуют искривления носовой перегородки и костной пирамиды. Вайк и соавт. классифицировали дефекты по локализации: деформации верхней трети, средней и нижней трети носа, где наиболее часто встречались деформации нижней трети носа [3]. В другом исследовании Камер разделил послеоперационные деформации на крупные и мелкие. Большими деформациями отметил клювовидный, седловидный носы, асимметрию колумеллы, излишне вздернутый (ротированный), деформации в виде открытой крыши. В том исследовании самым частым 56% отметили седловидный нос [1]. В нашем исследовании клювовидный нос встречался у 23,5%, седловидный нос у 11,8%, асимметрии носа у 29,4%, излишне вздернутый (ротированный) 17,6%, деформации в виде открытой крыши 17,6% пациентов. Наши результаты отличаются от данных медицинской литературы. Это может быть следствием не очень большого количества пациентов.

Очень важно выбрать правильное время для ревизионной септоринопластики. Необходимо подождать заживление тканей и максимального устранения отека после предыдущей септоринопластики [4]. Этот период занимает не менее шести месяцев. В нашем исследовании период ожидания после первичной операции составил от одного до 9 лет. Всем пациентам была применена открытая септоринопластика. Разрез "V" колумеллы в сочетании с подхрящевыми разрезами кожи плавно переходил на отсепаровку лоскута кожи спинки носа. Открытый подход во вторичной ринопластике является правильным выбором, позволяя максимальный контроль анатомических структур и дефектов первичных операций носа [5]. Тем не менее, могут встречаться такие осложнения как, инфекция раневой

поверхности, некроз кожи лоскута и образование рубцов [6]. В нашем исследовании послеоперационные осложнения не наблюдались ни у одного из наших пациентов. Нужно быть предельно внимательным при выполнении срединных и боковых остеотомий, так как это один самых сложных этапов ринопластики, коррекции которых считаются нелегким делом. Та же ситуация наблюдается при резекциях костно-хрящевой спинки носа. При искривлениях костной спинки необходимо принимать во внимание искривление носовой перегородки. В случаях искривлений перегородки мы делали септопластику, выпрямляя перегородку, а затем использовали трансплантаты-распорки для удаления асимметрии наружной костной основы. В случаях, необходимых к выравниванию кончика носа, использовали хрящевой трансплантат ребра и перегородки носа. Трём пациентам с нарушенными механизмами опоры кончика носа применили колумелльную стойку в виде поддержки. В нашем клиническом исследовании осложнений, чрезвычайные резекции каудальной части крыльев носа, приведшие к асимметрии, тоже были скорректированы с помощью хряща-трансплантата.

Выводы

Исходя из вышеперечисленного, можно прийти к выводу, что количество вторичных септоринопластик возрастает прямопропорционально с ростом числа первичных операций носа. В этих операциях требуется особое внимание и тщательный анализ, необходимы более сложные техники оперативных вмешательств.

Соответственно, вторичными септоринопластиками должны заниматься более опытные ринохирурги.

С каждым пациентом, которому требуется вторичная септоринопластика, должна проводиться детальная беседа, где ринохирург обсудит с пациентом ожидания от предстоящей операции, результаты и возможные осложнения. Только после всего этого, снизив до минимума всевозможные риски, мы должны приступать к вторичной септоринопластике.

Литература:

1. Kamer FM, McQuown SA. Revision rhinoplasty. Analysis and treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114:257-66.
2. Adamson PA. The failed rhinoplasty. Curr Ther Otolaryngol. Head and Neck Surg 1990;4:137-44.
3. Vuyk HD, Watts SJ, Vindayak B. Revision rhinoplasty: review of deformities, aetiology and treatment strategies. Clin Otolaryngol Allied Sci 2000;25:476-81.
4. Bilgili AM, Koç A, Veyseller B, ve ark. Revizyon rinoplasti olgularımızın retrospektif analizi. Türkiye Klinikleri J ENT 2000;4:95-101.
5. Wright WK, Kridel RW. External septorhinoplasty: a tool for teaching and for improved results. Laryngoscope 1981;91:945-51.
6. Gunter JP, Rohrich RJ. External approach for secondary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1987;80:161-74.

Abstract

REVISION SEPTORHINOPLASTY

M. Mamanov, E. Inci

Istanbul University Cerrahpasa Medical School
Otolaryngology Department

We reviewed 17 patients before and after revision septorhinoplasty, marked the most common complications of septorhinoplasties, as well as the ways how they can be avoided, and methods of removing them in the events. We should carefully evaluate patients before secondary septorhinoplasty, determine the localization of primary septorhinoplasties defects and the correction methods we can use to eliminate defects. It should be noted that secondary surgery is much more complicated than primary septorhinoplasty, so it is advisable to secondary septorhinoplasties doing more experienced surgeons.

Key words: revision septorhinoplasty, operations, nose, surgeon.

УДК -616.33-005.1-89

Н.М. Абишев

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА МАЛЛОРИ - ВЕЙССА

Аннотация

Ведущим дифференциально-диагностическим тестом в постановке источника кровотечения желудочно-кишечного тракта, является эндоскопическое исследование. Лечебно-диагностическая программа в установлении диагноза Маллори-Вейсса на современном этапе предусматривает консервативно-выжидательную тактику. При профузном кровотечении из трещин в кардии и пищеводе показана экстренная операция по устранению источника артериального кровотечения из глубоких трещин.

Ключевые слова: Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), острая почечная недостаточность (ОПН), Центральное венозное давление (ЦВД), эзофагоскопия.

Актуальность: Внедрение в медицинскую практику современных эндоскопических методов исследования с волоконной оптикой значительно расширило возможности врачей эндоскопистов и хирургов в ран-

нем распознавании грозного для жизни пациента синдрома Маллори-Вейсса. Только при желудочных кровотечениях данное заболевание встречается до 8%. Чаще трещины появляются в кардио-пищеводном от