Ринопластика

RHINOPLASTY

УДК 616.212.3. - 089.844

Татарчук Павел Алексеевич, Кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общей хирургии, анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Россия, г. Симферополь

Узбекова Лейла Джавадовна, Студентка, 4 курс, 2 медицинский факультет, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Россия, г. Симферополь

Касаева Гульзара Рустемовна, студентка, 4 курс, 1 медицинский факультет Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Россия, г. Симферополь

Tatarchuk Pavel Alekseevich

Uzbekova Leyla Javadovna

Kasaeva Gulzara Rustemovna, gulzara.kasaeva@bk.ru

Аннотация

Ринопластика - одна из самых популярных операций в мире. Только в Соединенных Штатах в 2018 году было выполнено более 200 000 операций, что делает его третьей по количеству проведенных пластических операций в стране. Эта процедура значительно изменилась за годы, прошедшие с момента первой эстетической процедуры, описанной Джоном Роу в 1887 году. Этот длительный эволюционный процесс был не только техническим, но и, что более важно, философским. Несмотря на этот сдвиг парадигмы, ринопластика в настоящее время остается одной из самых сложных хирургических процедур в пластической хирургии. Как центральный ориентир, пропорции носа и

симметрия напрямую связаны с эстетической составляющей лица. [2] Технические трудности, широкий спектр различных описанных методик и борьба за достижение последовательных результатов могут быть сложными даже для очень опытных хирургов. Ринопластика как операция, помимо косметического эффекта, также направлена на поддержание носовой функции или ее улучшение, если у пациента уменьшился поток воздуха из-за обструктивного процесса, искривления носовой перегородки. Это усложняет операцию, так как внутренние носовые структуры должны быть изменены, чтобы исправить функциональные проблемы.

Annotation

Rhinoplasty is one of the most popular surgeries in the world. In the United States alone, more than 200,000 surgeries were performed in 2018, making it the third most plastic surgeries performed in the country.

This procedure has changed significantly in the years since the first aesthetic procedure described by John Rowe in 1887. This long evolutionary process was not only technical but, more importantly, philosophical. Despite this paradigm shift, rhinoplasty remains one of the most difficult surgical procedures in plastic surgery today. As a central reference point, nose proportions and symmetry are directly related to the aesthetic aspect of the face. [2] The technical difficulties, the wide range of different techniques described, and the struggle to achieve consistent results can be challenging even for very experienced surgeons. Rhinoplasty as an operation, in addition to the cosmetic effect, is also aimed at maintaining nasal function or improving it if the patient has a decreased air flow due to an obstructive process, curvature of the nasal septum. This complicates the operation as the internal nasal structures must be changed to correct functional problems.

Ключевые слова: ринопластика, пластическая операция, носовой проход, носовая перегородка.

Keywords: rhinoplasty, plastic surgery, nasal passage, nasal septum.

Ринопластика может быть выполнена по функциональным вопросам, эстетическим вопросам или и тем, и другим. Важно подчеркнуть, что пациенты,

изначально стремящиеся исключительно к функциональному улучшению, часто предъявляют жалобы на эстетику носа во время собеседования, а в послеоперационном периоде они придают большее значение эстетическим результатам, чем своей способности правильно дышать.[1] Это одна из причин, почему тщательное собеседование с пациентом ринопластики играет такую важную роль.

На первых консультациях опрос имеет первостепенное значение для того, чтобы узнать, достижимы ли ожидания пациента, поскольку удовлетворенность пациента после операции является определяющим фактором успеха операции.[2]. Задавая открытые вопросы о жизни пациента и его / ее контексте (состав семьи, социальные отношения и т. д.), Врач может слушать, а также интерпретировать невербальные характеристики, которые могут быть полезны для представления общего образа человека.

После глобального анализа важно обсудить специфические особенности, которые они не любят в своем носу (Дорсальный горб, носовое отклонение, проблемы с кончиком и т. д.), и объяснить шаг за шагом, что можно улучшить и как [3]. Это можно сделать с помощью компьютерного моделирования. Это полезный инструмент, который помогает идентифицировать пациентов с нереалистичными ожиданиями, используя реальные образы человека и моделируя приблизительный результат хирургического вмешательства [4]. Он начал набирать популярность среди хирургов в последние годы, и в опросе, проведенном в 2017 году, 63% из них сообщили, что используют его в консультациях по ринопластике. Доступны как 2-D, так и 3-D инструменты моделирования.

Функциональный анализ включает в себя переднюю риноскопию для поиска общих причин непроходимости, таких как гипертрофия турбин и отклонения перегородки. У пациентов с обструкцией дыхательных путей без видимой причины носовая эндоскопия может быть полезна для диагностики других причин обструкции, таких как полипы [5]. Предоперационные фотографии должны быть сделаны для предварительного анализа и планирования, а также в медико-правовых целях. Фронтальный, оба профиля, и базальный вид-это

минимальные требования. Они должны быть сделаны с использованием темного фона с хорошими настройками освещения.

Информированное согласие, как и в любой хирургической процедуре, должно быть серьезно обсуждено с пациентом, чтобы он полностью понимал каждый шаг операции с ее рисками и преимуществами, альтернативами и возможными исходами. С возрастом эта операция обычно выполняется, когда носовые структуры полностью развились, и форма носа не будет продолжать сильно меняться [7]. Это примерно 15 лет для женщин и 17 лет для мужчин.

Общие противопоказания для ринопластики включают пациентов с нестабильным психическим состоянием во время консультации или операции, пациентов с дисморфическим расстройством тела или нереалистичными ожиданиями, обструктивным апноэ сна, активных потребителей кокаина и пациентов с сопутствующими заболеваниями, которые противопоказаны хирургическим процедурам.

Анестезия: закрытая ринопластика может быть выполнена либо под общим наркозом, либо под местной анестезией и седацией, причем обе операции дают сходные результаты в опытных руках.Больного укладывают в лежачее положение, с небольшим обратным Тренделенбургом, чтобы свести к минимуму кровотечение [8]. Независимо от того, используется ли общая анестезия или седация, инфильтрационная анестезия является первым шагом процедуры, и она должна быть выполнена очень тщательно, чтобы вызвать не только онемение в области носа, но и бескровное операционное поле [9]. Перед инъекцией на слизистую оболочку носа может быть нанесен местный сосудосуживающий препарат, такой как оксиметазолин.

Для анестезирующего раствора предпочтителен 1% лидокаин с адреналином в разведении 1: 100 000. Около 5 мл до 10 мл раствора должно быть достаточно, чтобы инфильтрировать область носа и слизистую оболочку перегородки, если это необходимо. Инфильтрация может начаться в корне носа и спуститься к боковым стенкам носа, колумеллярной области и верхнечелюстной дуге, чтобы сжать основные сосуды и нервы без большого искажения носа. В местах разреза может быть выполнена инфильтрация слизистой оболочки [10]. Если

планируется реконструкция перегородки или сбор хряща, то инфильтрация в слизистой оболочке перегородки помогает предотвратить кровотечение при подъеме лоскутов и производит гидравлическое рассечение. Перед инфильтрацией носовые вибриссы выбривают, а на слизистую оболочку носа наносят раствор повидона-йода,затем все лицо подготавливают и драпируют. Если планируется сбор ушного хряща, то уши должны быть включены в хирургическое поле.

Разрезы и обнажение: Ретрактор помещается, удерживая край Алара сверху, и небольшое давление выполняется для того, чтобы вывернуть слизистую оболочку и визуализировать межхрящевую канавку. В зависимости от хирургического планирования, доступ к области наконечника может осуществляться через доставку или недоставку нижних боковых хрящей [11]. Недоставочный подход может быть осуществлен путем выполнения трансхрящевого (рассечение через нижний латеральный хрящ) или межхрящевого разреза (в месте соединения верхнего и нижнего латеральных хрящей), соединенного с трансфиксионным разрезом, проходящим через мембранозную перегородку [12].

Трансхрящевой разрез обычно выполняется в контексте пациента с луковичным или квадратным наконечником, и планируется головная отделка нижних боковых хрящей. После разреза с помощью крючка производят выворот слизистой оболочки носа, а лишний хрящ отсоединяют ножницами. Во избежание защемления наконечника или коллапса внешнего клапана следует поддерживать по крайней мере 5-миллиметровую полосу обода.

Техника доставки используется, когда планируются более сложные модификации наконечника. Это позволяет лучше визуализировать то, что обеспечивает открытый подход. Она выполняется краевым разрезом от латеральной голени к медиальной и двусторонним межхрящевым разрезом, который соединяется по средней линии и может продолжаться до гемитрансфиксионного разреза. Мягкие ткани между краевым и межхрящевым разрезом рассекаются таким образом, что нижние боковые хрящи могут быть “доставлены” из разрезов, чтобы модифицировать их [13]. Эти изменения могут

включать в себя обрезку цефальной части верхних боковых хрящей, меж-или внутридомовые швы, концевые трансплантаты и контролируемое ослабление хрящей. После этого этапа с помощью надкостничного элеватора отделяют мягкие ткани от хрящевой и костной спинки в субперихондриальной и субпериостальной плоскости.

Модификации наконечника: подход к носовому наконечнику требует тщательного планирования и выполнения. Проекция наконечника, определение, симметрия и морфология могут быть изменены и могут быть исправлены с помощью различных методов. Лечение области наконечника со временем эволюционировало от деструктивной и иногда необратимой к менее агрессивной стратегии, используя процедуры формирования хряща и лучшего размещения трансплантатов. [14]

Турбинэктомия: гипертрофия нижней турбины-это распространенная находка, которая может вызвать различное количество обструкции дыхательных путей. Его лечение будет зависеть от степени непроходимости. Традиционные методы включают подслизистую турбинэктомию, турбинопластику, радиочастотную и лазерную терапию. Если были устранены клапанные проблемы и/или септальные отклонения, то только Турбинная выходная трещина может быть удовлетворительной для обеспечения адекватного размера дыхательных путей.

Закрытие и перевязка: после того, как разрезы слизистой оболочки закрываются рассасывающимися швам. Силастические шины помещаются и сшиваются с каждой стороны перегородки, чтобы обеспечить поддержку перегородки и улучшить заживление слизистой оболочки.[15] несколько полос бумажной ленты распределяют по спинке и накладывают на нее гипс, который удаляют через 7 дней после операции.

Как уже говорилось ранее, ринопластика является одной из самых сложных хирургических процедур, и одной из главных причин этого является ее ограниченная предсказуемость. Непосредственный хороший результат после операции может быть не таким через год. Это можно объяснить главным образом многими переменными, участвующими в процессе исцеления. Индивидуальные

реакции различных тканей носа не всегда предвидятся, и поэтому могут возникнуть неблагоприятные результаты. Хотя риск серьезных осложнений невелик, функциональные и, главным образом, эстетические осложнения могут вызвать социальные и психологические проблемы и привести к юридическим проблемам для хирурга. Хирургические осложнения могут быть определены как геморрагические, инфекционные, травматические, функциональные и эстетические.

Либо для улучшения внешнего вида носа, либо для коррекции функциональных проблем ринопластика может обеспечить отличные результаты в опытных руках. Хорошее понимание носовой функции, формы и анатомии, а также использование хирургической техники, которая уважает критические структуры, являются жизненно важными особенностями, которыми должен обладать хирург-ринопластик.

Как уже упоминалось ранее, важным шагом является тщательный отбор хирургических кандидатов для достижения высоких показателей удовлетворенности пациентов. Также необходимо, чтобы пациент ответственно соблюдал послеоперационные показания и своевременно связывался с хирургической бригадой при появлении тревожных признаков или симптомов. Удовлетворенность результатами ринопластики может улучшить качество жизни пациента, измеряемое улучшением шкалы ROE и других шкал после хирургической процедуры, как это было продемонстрировано многими авторами на протяжении многих лет.

Литература

1.

1. Роджерс БО. Джон Орландо Роу-не Жак Жозеф-отец эстетической ринопластики. Эстетическая Пластическая Хирургия. 1986;10(2):63-88.
2. Carvalho B, Ballin AC, Becker RV, Berger CA, Hurtado JG, Mocellin M. Ринопластика и асимметрия лица: анализ субъективных и

антропометрических факторов в Кавказском носу. Int Arch Оториноларингол. 2012 Oct;16(4): 445-51.

3. Dinis PB, Dinis M, Gomes A. Психосоциальные последствия эстетической и функциональной хирургии носа: контролируемое проспективное исследование в ЛОР-условиях. Ринология. 1998 Mar;36(1): 32-6.
4. Khan N, Rashid M, Khan I, Ur Rehman Sarwar S, Ur Rashid H, Khurshid M, Khalid Choudry U, Fatima N. Удовлетворенность пациентов после ринопластики с использованием опросника оценки результатов ринопластики. Курей. 2019 Jul 30;11(7): e5283.
5. Persing S, Timberlake A, Madari S, Steinbacher D. Трехмерная визуализация в ринопластике: сравнение моделируемого и фактического результата. Эстетическая Пластическая Хирургия. 2018 Oct;42(5): 1331-1335.
6. Сингх П., Перлман С. Использование компьютерной визуализации в ринопластике: Обзор практики пластических хирургов лица. Эстетическая Пластическая Хирургия. 2017 Aug;41(4): 898-904.
7. Бьорнссон АС, Диди Эр, Филлипс ка. Дисморфическое расстройство тела. Диалоги Клина Неврологии. 2010;12(2):221-32.
8. Thungana Y, Moxley K,Lachman A. Body dysmorphic disorder: A diagnostic challenge in Teenage. S Afr J Психиатр. 2018;24: 1114.
9. Славин С. А., Голдвин Р. М. Потребитель кокаина: потенциальный проблемный пациент для ринопластики. 1990 Sep;86(3): 436-42.
10. Yazici ZM, Sayin I, Erdim I, Gunes S, Kayhan FT. Влияние курения табака на результаты септопластики: проспективное контролируемое исследование. Гиппократия. 2015 Июль-Сентябрь;19(3): 219-24.
11. Ли МР, Унгер Дж. г., Рорих Р. Дж. Ведение спинки носа при ринопластике: систематический обзор литературы по технике, исходам и осложнениям. Пласт Реконструирует Хирургию. 2011 Nov;128(5):538e-550e.
12. Рорих Р. Дж. Остеотомии в ринопластике: обновленная методика. Aesthet Surg J. 2003 Jan-Feb;23(1): 56-8.

13. Шин Дж. Распространяющийся трансплантат: метод реконструкции крыши среднего свода носа после ринопластики. Пласт Реконструирует Хирургию. 1984 Feb;73(2): 230-9.
14. Гавами а, Янис жэ, Ацикел с, Рорих РЖ. Формирование наконечника при первичной ринопластике: алгоритмический подход. Пласт Реконструирует Хирургию. 2008 Oct;122(4): 1229-41.
15. Byrd HS, Andochick S, Copit S, Walton KG. Трансплантаты для расширения септальной области: метод контроля формы проекции наконечника. Пласт Реконструирует Хирургию. 1997 Sep;100(4): 999-1010.

Literature

1. Rogers BO. John Orlando Rowe is not Jacques Joseph, the father of aesthetic rhinoplasty. Aesthetic Plastic Surgery. 1986; 10 (2): 63-88.
2. Carvalho B, Ballin AC, Becker RV, Berger CA, Hurtado JG, Mocellin M. Rhinoplasty and facial asymmetry: an analysis of subjective and anthropometric factors in the Caucasian nose. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012 Oct; 16 (4): 445-51.
3. Dinis PB, Dinis M, Gomes A. Psychosocial consequences of aesthetic and functional nasal surgery: a controlled prospective study in an ENT setting. Rhinology. 1998 Mar; 36 (1): 32-6.
4. Khan N, Rashid M, Khan I, Ur Rehman Sarwar S, Ur Rashid H, Khurshid M, Khalid Choudry U, Fatima N. Patient satisfaction after rhinoplasty using a rhinoplasty outcome assessment questionnaire. Kurei. 2019 Jul 30; 11 (7): e5283.
5. Persing S, Timberlake A, Madari S, Steinbacher D. Three-dimensional imaging in rhinoplasty: comparison of simulated and actual results. Aesthetic Plastic Surgery. 2018 Oct; 42 (5): 1331-1335.
6. Singh P., Perlman S. The use of computer imaging in rhinoplasty: a review of the practice of facial plastic surgeons. Aesthetic Plastic Surgery. 2017 Aug; 41 (4): 898-904.
7. Bjornsson AS, Didi Er, Phillips Ka. Dysmorphic disorder of the body. Neurology Wedge Dialogues. 2010; 12 (2): 221-32.

8. Thungana Y, Moxley K, Lachman A. Body dysmorphic disorder: A diagnostic challenge in Teenage. S Afr J Psychiatrist. 2018; 24: 1114.
9. Slavin SA, Goldwin RM Cocaine user: a potential problem patient for rhinoplasty. 1990 Sep; 86 (3): 436-42.
10. Yazici ZM, Sayin I, Erdim I, Gunes S, Kayhan FT. The effect of tobacco smoking on septoplasty results: a prospective controlled trial. Hippocracy. 2015 Jul-Sep; 19 (3): 219-24.
11. Lee MR, Unger JG, Rorich RJ Management of the dorsum in rhinoplasty: a systematic literature review on technique, outcomes and complications. Plast Reconstructs Surgery. 2011 Nov; 128 (5): 538e-550e.
12. Roerich R. J. Osteotomy in rhinoplasty: an updated technique. Aesthet Surg J. 2003 Jan-Feb; 23 (1): 56-8.
13. Shin J. Propagating graft: a method for reconstruction of the roof of the middle nasal vault after rhinoplasty. Plast Reconstructs Surgery. 1984 Feb; 73 (2): 230-9.
14. Gavami a, Janis zhe, Atsikel s, Rorikh RZh. Tip shaping in primary rhinoplasty: an algorithmic approach. Plast Reconstructs Surgery. 2008 Oct; 122 (4): 1229-41.
15. Byrd HS, Andochick S, Copit S, Walton KG. Grafts for expanding the septal region: a method for controlling the shape of the tip projection. Plast Reconstructs Surgery. 1997 Sep; 100 (4): 999-1010.