

УДК 616.212.3-089.844

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО НЕСВОБОДНОГО-ПЕРЕМЕЩЕННОГО ТРАНСПЛАНТА ИЗ КАУДАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЧЕТЫРЕХУГОЛЬНОГО ХРЯЩА ПРИ ОТКРЫТОЙ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ

А.В. Бреславец

Центр пластической реконструктивной и эстетической хирургии «Медикор плюс», г. Донецк

Реферат. Устранение надкончикового западения спинки носа, увеличение проекции кончика носа и пластика медиальных ножек крыльчатых хрящей сочетается с необходимостью имплантации различных видов тканей. В связи с чем нами предложен вариант использования васкуляризированного трансплантата из каудального отдела носовой перегородки с колумеллярными артериями. Выполнено 20 оперативных вмешательств коррекции надкончикового западения с уменьшением длины кончика носа. В 9 случаях нами использовался васкуляризированный трансплантат каудального отдела носовой перегородки. Клиническое наблюдение на протяжении 2 лет показало стабильность полученного результата. Рецидива западения и вторичного смещения трансплантата на участке имплантации ни разу не наблюдалось.

Ключевые слова: ринопластика.

Одной из задач ринопластики является восстановление сбалансированных контуров наружного носа. Особенно это касается воссоздания его профиля и, в частности, спинки носа. Наличие ринолордоза различной этиологии, врожденного западения каудального отдела спинки носа, которое определяется как надкончиковое западение, а так же опущения кончика носа, связанное с недостаточностью медиальных ножек врожденного и травматического генеза, являются частыми жалобами на эстетическую неудовлетворенность контурами носовой пирамиды. Одним из возможных решений подобных деформаций является использование трансплантатов. Последнее время в литературе широко освещаются вопросы использования различных трансплантатов и осложнений связанных с их смещением и резорбцией, приводящей к вторичному смещению в отдаленном послеоперационном периоде. Васкуляризированные трансплантаты решают вопросы иммунной несовместимости и резорбции. Составной частью большинства ринопластик является использование аутооттрансплантатов: хрящевых, фасциальных или костных. Однако при их использовании нередко возникают смещение, скручивание, резорбция, визуализация контуров и кальцификация, что сводит полностью или

частично на нет результаты проведенной операции [1-7, 9-12].

Нами предложен вариант применения васкуляризированного несвободного-перемещенного трансплантата с каудального отдела четырехугольного хряща. Основой его васкуляризации являлся дистальный отдел поверхностного мышечно-апоневротического слоя носа (SMAS), расположенного над крыльчатыми хрящами.

Материал и методы

Между подкожножировой клетчаткой и надхрящницей на спинке носа расположен SMAS, подапоневротический жировой слой и надхрящница. Мышечно-апоневротический слой представлен пучками коллагеновых волокон, которые окружают мышцы носа, формируя поверхностные и глубокие фасции для каждой мышцы. Васкуляризация каудального отдела четырехугольного хряща носа, по перегородке осуществляется парными ветвями передней решетчатой артерии и колумеллярной артерией (r. septi nasi) [8], ветви которых проходят в мышечно-апоневротическом подкожном жировом слое и отдают ветви через надхрящницу к хрящу.

Путем ультразвукового исследования, были измерены диаметры вышеперечисленных артерий здоровых, женщин первого периода зрелого возраста. Далее, с использованием оригинальной компьютерной программы Vasculograph и результатов морфометрии, были воссозданы физические модели полных графов артериальных русел наружного носа до сегментов с внутренним диаметром 0,1 мм, (т.е. до начала гемомикроциркуляторного русла. Следующим этапом, программа рисовала плоскостную картину полученных в результате генерации физических моделей артериальных русел. Получив координаты всех сегментов, находились минимальные и максимальные значения по координатам X и Y, и затем рассчитывались площади участков области наружного носа, кровоснабжаемые данными артериальными руслами.

Этот анализ позволил нам подтвердить адекватность васкуляризации трансплантата, а следовательно его жизнеспособность при заборе каудального фрагмента четырехугольного хряща для пластики западения каудального отдела спинки носа, увеличение проекции кончика носа и пластики медиальных ножек крыльчатых хрящей.

Результаты и обсуждение

В период с 2006 г. по 2010 г. в 9 случаях нами использовался васкуляризированный трансплантат каудального отдела четырехугольного хряща. Для пластики западения каудального отдела спинки носа в 3 случаях, для увеличения проекции кончика носа в 4 случаях, и в 2 случаях для пластики ножек крыльчатых хрящей.

Во всех случаях использовалась открытая ринопластика. Через разрез по Рауэру в нижней трети колумеллы мобилизовалась кожа кончика носа с обнажением арочных, крыльчатых хрящей, переднего отдела спинки носа – области межкончикового углубления на границе подкожно-жировой клетчатки и апоневроза. Таким образом сохранялась апоневротическая система в области колумеллы с проходящими колумеллярными артериями и боковыми носовыми артериями, участвующими в формировании анастомозов в области каудального отдела четырехугольного хряща. Путем разъединения арочных хрящей и медиальных ножек до основания носа освобожден передний отдел перегородки. С дистального угла переднего его отдела до его основания каудальная часть перегородки освобождалась от слизистой без нарушения надхрящницы до уровня предполагаемой резекции. Выделение трансплантата начинали снизу от гребня верхней челюсти до спинки носа (рис. 1а). При этом сохраняли его связь с апоневрозом спинки носа и приходящими в нем артериями к надхрящнице трансплантата (рис. 1б). Выделенный фрагмент ротировался, перемещался выше (дистальнее) и фиксировался узловыми швами поверх арочных хрящей (рис. 1в). Таким образом достигали увеличения проекции кончика носа. С целью коррекции надкончикового углубления, освобождали передний отдел перегородки. Затем мобилизовали в каудальном направлении на апоневротических связях до арочных хрящей с целью сохранения его кровоснабжения. Освобожденный от апоневроза краниальный отдел трансплантата путем ротации вокруг точки связи его с апоневрозом адаптировался и фиксировался к хрящам спинки носа на уровне крани-

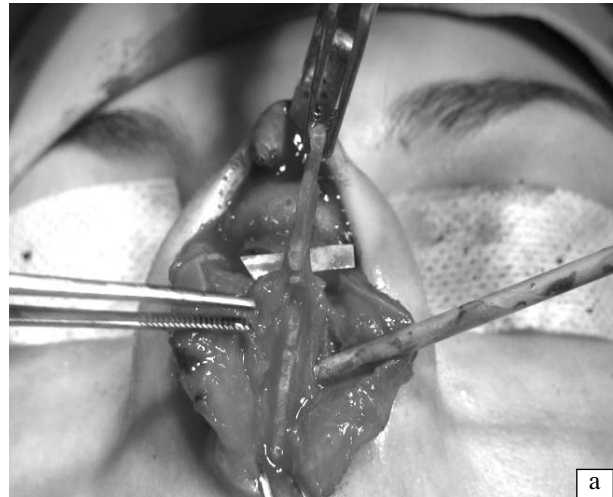


Рис. 1. Этапы выделения трансплантата.

ального края надкончикового западения. Каудальный конец трансплантата с входящими в него колумеллярными и боковыми носовыми артериями фиксировали двумя швами соответственно к правому и левому арочному хря-



Рис. 2. Выравнивание спинки носа (до и после операции).

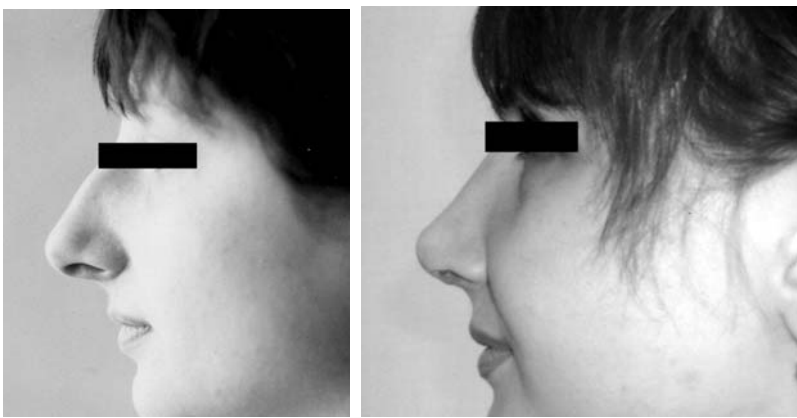


Рис. 3. Коррекция недостаточности медиальных ножек (до и после операции).



Рис. 4. Увеличение проекции кончика носа (до и после операции).

шу, перекрывая зону надкончикового западения. Кожа адаптировалась на прежнее место с прежним сопоставлением краев доступа. Имобилизация носовой пирамиды гипсовой шиной на 10 дней. Фиксацию осуществляли гипсовой шиной на 10 суток.

У всех пациентов было получено адекватное поставленной задаче – выравнивание

спинки носа (рис. 2), коррекция недостаточности медиальных ножек (рис. 3) и увеличение проекции кончика носа (рис. 4). Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений. Во всех наблюдениях приживление трансплантата прошло без реакции окружающих тканей. Осмотр пациентов проводили через 2 недели, 3 месяца, 12 месяцев после операции. Наблюдение в течение 2 лет показало стабильность достигнутого в результате операции эффекта. При УЗИ спинки носа ни в одном случае биодеградации со стороны аутоотрансплантата в отдаленные сроки мы не наблюдали.

Рецидива западения и вторичного смещения трансплантата в области имплантации не наблюдали ни в одном случае.

Выводы

1. Использование васкуляризованного несвободного-перемещенного трансплантата в технике открытой ринопластики позволяет местными тканями надежно корригировать контурные дефекты связанные с западением каудального отдела спинки носа, а также низкую проекцию кончика носа.

2. Васкуляризованная аутокань трансплантата является профилактикой процессов резорбции хрящевой ткани, и позволяет сохранить первозданную структуру хрящевого трансплантата, определяет стабильность полученного контура моделированного в момент операции, что подтверждается клиническими наблюдениями в течение более 2 лет.

ВИКОРИСТАННЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАНОГО НЕВІЛЬНОГО-ЗМІЩЕНОГО ТРАНСПЛАНТАТУ З КАУДАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЧОТИРИКУТНОГО ХРЯЩА ПРИ ВІДКРИТІЙ ЕСТЕТИЧНІЙ РІНОПЛАСТИЦІ

А. В. Бреславець

Реферат. Усунення надкінцевого западиння спинки носу, збільшення проекції кінчика носу, та пластика медіальних ніжок крильних хрящів поєднується з необхідністю імплантації різних

видів тканин. В зв'язку з чим нами запропоновано варіант застосування васкуляризованого трансплантату з каудального відділу носової переділки з колумеллярними артеріями. Виконано 20 оперативних втручань заради корекції надкінчикowego западіння з скорочуванням довжини спинки носу. В 9 випадках нами застосовувався васкуляризований трансплантат каудального відділу носової переділки. Клінічне спостереження на протязі 2-х років довело стабільність отриманого результату. Рецидиву западіння і вторинного змищення трансплантату в ділянці імплантації жодного разу не було.

Ключові слова: ринопластика.

APPLYING OF THE VASCULARIZED TRANSPLANTANT FROM THE CAUDAL PART OF QUADRANGULAR CARTILAGE AT THE OPENED AESTHETIC RHINOPLASTY

A.V. Breslavets

Abstract. Elimination of supratip retraction of nasal dorsum by aesthetic rhinoplasty conjugates with the demand of different kinds of tissues grafting. Therefore we suggested a variant of application of vascularized graft from caudal part of nasal septum on columelling arteries. More than 20 surgeries on remodeling the supratip retraction with shortening of nasal dorsum were performed. In 9 cases caudal part nasal septum vascularized graft was used. Two-year clinical observation shows the stability of the original surgery effects. None of the case of relapse of retraction, resorption, and redislocation of graft was occurred.

Key words: rhinoplasty

ЛИТЕРАТУРА

1. Михельсон Н.М. Косметические операции лица / Н.М. Михельсон, Г.В. Кручинский, Л.А. Крикун. – М.: Медицина. – 1965. – 254 с.
2. Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов. – М.: Миклош. – 2002. – 390 с.
3. Пшениснов К.П. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица. Избранные вопросы пластической хирургии. – 2000. – Т 1, № 4. – С. 6
4. Пшениснов К.П. Секреты открытой ринопластики. Избранные вопросы пластической хирургии. – 2001. – Т 1, № 6. – С. 22-28.
5. Эзрохин В.М., Никитин А.А./ В.М. Эзрохин, А.А. Никитин Применение трансплантата крыльных хрящей для устранения дефектов хрящевого отдела спинки носа // Вестн. оториноларингологии. – 1995. – № 4. – С. 47-48.
6. Безденежных Д.С. Реабилитация при коррекции концевого отдела носа / Д.С. Безденежных, В.М. Эзрохин, М.Ю. Герасименко // Сб. науч. тр. международного конгресса. – Кисловодск., 2003. – С. 44.
7. Кицера А.Е. Хондроинверсия - вариант реимплантации хряща носовой перегородки / А.Е. Кицера, А.А. Борисов // Актуальные вопросы оториноларингологии. – Алма-Ата. – 1979. – С. 153-155.
8. Daniel R.K. Rhinoplasty: an atlas of surgical techniques./ R.K. Daniel. – New York.: Springer-Verlag, 2002. – P. 1503-1512.
9. Sheen J. H. Aesthetic Rhinoplasty./ J.H. Sheen. – St.Louis.: Mosby, 1978. – P. 608
10. Teichgraeber J. F. Nassal surgery complication. Dallas rhinoplasty symposium. – Dallas, 2000. – P. 123-129.
11. Armstrong D.P. Aggressive management of the hanging columella / D.P. Armstrong // Plast. Reconstr. Surg. – 1980. – Vol. 65. – P. 513-516.