

ОПЕРАЦИИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА

**ВЫПОЛНИЛА: СТУДЕНКА
5 КУРСА 12 ГРУППЫ
НИКИТЕНКО Т.С.**

ПЛАН

- Дефекты наружного носа
- Планирование операций
- Устранение тотальных и субтотальных дефектов носа
- Пластическое замещение частичных дефектов нижних отделов наружного носа
- Свободная пересадка кожно-хрящевого трансплантата из ушной раковины по методу Сулова
- Местно-пластические операции
- Пластика лоскутами из отдаленных тканей

ДЕФЕКТЫ НАРУЖНОГО НОСА

бывают приобретенными в результате перенесенных заболеваний (сифилис, нома, волчанка), травмы, а также оперативных вмешательств по поводу опухолей. При осуществлении пластических операций этиологический фактор имеет меньшее значение, чем величина дефекта и его форма. Этиологический фактор главным образом обуславливает сроки проведения пластических операций после излечения основного заболевания.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИЙ.

При построении плана лечения проводят детальное уточнение размеров отсутствующих частей носа и прилежащих к нему отделов лица. Оценивают пластические качества окружающих дефект тканей и выявляют степень нарушения функции утраченного органа.

При полностью отсутствующем наружном носе основания для крыльев намечают в пределах хода вертикальных линий, опущенных от внутренних углов глаз; основание для кожной перегородки - по средней линии лица на 0,3-0,6 см ниже границ оснований крыльев носа. При взгляде на лицо в профиль кожная перегородка носа по отношению к верхней губе образует с ней прямой, тупой или острый угол.

ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕФЕКТОВ НОСА СЛЕДУЕТ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИНЦИПАМИ:

- 1. Ринопластика не может быть начата до устранения острых и хронических воспалительных процессов в мягких тканях, в околоносовых пазухах носа, слезоотводящих путях.
 - 2. Синехии в области носовых ходов, затрудняющие носовое дыхание, необходимо устранить и создать широкие носовые ходы.
 - 3. Прежде чем приступить к ринопластике, необходимо восстановить нормальную ширину и высоту грушевидного отверстия, размеры верхней губы.
 - 4. При сквозном дефекте любого отдела наружного носа в плане должно быть предусмотрено образование не только недостающих наружных покровов носа, но обязательно и внутренней эпителиальной выстилки.
5. При использовании рубцово-измененных и деформированных остатков крыльев кончика и перегородки носа нужно помнить, что вследствие грубых анатомических изменений их тканей они чрезвычайно трудно поддаются мобилизации, послеоперации склонны возвращаться в прежнее положение. Кроме того, следует учитывать, что эстетически лучше воспринимается нос, восстановленный единым лоскутом, чем отдельными кусками тканей.
- 6. При выборе метода пластики у облученных больных следует учесть, что артериализированные лоскуты с автономным питанием дают хорошие результаты даже при атрофии тканей воспринимающего ложа.

УСТРАНЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Традиционным отечественным методом пластики носа является ринопластика стебельчатым лоскутом, предложенная Ф.М.Хитровым в 1949 г. Ф. М. Хитров на основании измерений лица установил, что для целей тотальной ринопластики ширина кожной ленты после распластывания круглого стебля должна быть не менее 8 см, а длина-не менее 14 см. Учитывая, что после этапов перемещения стебля ткани его сокращаются. рекомендуется стебель готовить размером 10 x 24 см. Такой стебель может быть заготовлен на животе или боковой поверхности грудной клетки.

УСТРАНЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Через 14-16 дней после формирования стебля его дистальный конец переносят в область первого межпястного промежутка или на область предплечья. На этот этап требуется в среднем 14-16 дней, после чего второй конец стебля переносят в область корня носа, где полулунным разрезом образуют воспринимающее ложе. Края кожи стебля должны быть сшиты с краями кожи раневой поверхности в области корня носа. Выступающая часть жировой клетчатки на конце стебля заполняет пространство под отсепа I22 рованными краями кожи в области корня носа. На этом этапе пластики иногда наряду с выкраиванием полулунного лоскута приходится для увеличения окружности раневого ложа и создания соответствия с окружностью стебля проводить дополнительный разрез в верхней части раны в сторону лба.

УСТРАНЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Заключительным этапом ринопластики является одномоментное формирование всех частей носа, что осуществляется на 18-21-й день после пришивания стебля к корню носа. Стебель отсекают от руки и оставляют необходимую длину его в соответствии с величиной дефекта и данных антропометрии лица больного. После этого на стебле иссекают продольный рубец, параллельными насечками рассекают жировую клетчатку, а затем иссекают ее до обнажения отчетливо заметной густой сети кровеносных сосудов.

УСТРАНЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Жировую клетчатку рекомендуется иссекать не скальпелем, а острыми ножницами, с таким расчетом, чтобы ее толщина была одинаковой на всем протяжении ленты.

Подготовленную кожную ленту перегибают на 180° и формируют дубликатуру. При этом на задней поверхности дубликатуры появляется продольная складка кожи и отчетливо вырисовываются контуры крыльев, кончика и перегородки. Из внутренней складки кожи путем дополнительного поперечного разреза формируется перегородка носа, а лишняя свисающая часть этой складки полностью отсекается. На среднюю часть кожной дубликатуры и образованной перегородки носа накладывают швы кетгутом.

УСТРАНЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Затем по краям дефекта носа производят разрезы соответственно конфигурации носа и расслаивают края раны. К внутреннему краю пришивают внутренний листок кожной дубликатуры, а к наружному-наружный. Свободный конец сформированной перегородки носа вшивают на верхней губе. Для этого у основания носового отверстия на верхней губе выкраивают небольшой овальной формы языкообразный лоскут с основанием кверху.

УСТРАНЕНИЕ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ НОСА

Листки дубликатуры крепко спаиваются между собой, образуя плотный продольный рубец. Операцию заканчивают наложением фиксирующей повязки: в носовые ходы вводят резиновые трубки, обернутые йодоформной мерлей; на боковые скаты носа с обеих сторон укладывают плотные валики из марли, фиксируемые полосками лейкопластыря.

ПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ НАРУЖНОГО НОСА:

- 1) пластика местными тканями;
- 2) пересадка свободных кожно-хрящевых трансплантатов из ушной раковины;
- 3) пластика лоскутом из носогубной складки;
- 4) пластика медиальным лоскутом со лба;
- 5) пластика тканями филатовского стебля

СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА КОЖНО-ХРЯЩЕВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ИЗ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПО МЕТОДУ СУСЛОВА.

Операция заключается в выкраивании кожно-жирового лоскута в области носогубной складки соответственно форме и размерам дефекта с основанием в подглазничной области и в перемещении его к дефекту хрящевого отдела носа. При сквозных дефектах внутренняя выстилка может быть образована как путем использования местных тканей, так и тканями самого лоскута в результате сгибания концевого его отдела и создания дубликатуры. Рану в донорской области ушивают после широкой препаровки ее краев.

СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА КОЖНО-ХРЯЩЕВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ИЗ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПО МЕТОДУ СУСЛОВА.

На втором этапе через 3 нед ножку лоскута отсекают, возвращая ее на прежнее место, и заканчивают формирование восстанавливаемой части хрящевого отдела носа. В послеоперационном периоде желательно использование носовых вкладышей в течение 2-3 мес с целью формирования носовых ходов.

МЕСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ.

Использование местных тканей за счет их широкой мобилизации или формирования ротационных лоскутов резко ограничено из-за анатомических особенностей области. Несквозной дефект спинки верхней трети носа можно заместить прямым смещением скользящего лоскута со лба. Лоскут выкраивают непосредственно над верхним краем дефекта. Длина и ширина лоскута соответствуют размерам дефекта. Широко мобилизуют кожу лба. В медиальной части надбровных областей, по бокам от лоскута, симметрично справа и слева иссекают треугольные кожно-жировые лоскуты. Таким образом, получают эффект скольжения. Высота иссеченных треугольных лоскутов соответствует вертикальным размерам дефекта, т.е. длине скольжения лоскута.

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ ТКАНЕЙ.

Традиционными способами устранения дефекта внутренней выстилки носа являются срединный лоскут со лба и лоскут из носогубных складок. Срединный лоскут со лба после выкраивания опрокидывают раневой поверхностью кверху и вводят в полость носа через сквозной разрез на спинке носа в области переносья, где фиксируют к раневой поверхности, образованной после иссечения рубцов со стороны полости носа. Лоскут из носогубной области вводят в полость носа через разрез на боковой поверхности спинки носа. При тотальных дефектах слизистой оболочки полости носа выкраивают два лоскута из носогубных складок противоположных сторон. Отрицательным моментом при использовании известных лоскутов является образование дополнительных рубцов на лице.

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ ТРАНЕЙ.

Для предотвращения образования дополнительных рубцов на лице дефект слизистой оболочки носа можно устранить свободным реваскуляризированным эпителизированным трансплантатом височной фасции. Послеоперационные рубцы в донорской зоне незаметны, так как скрыты волосами. В отличие от традиционных способов операция технически сложна, хирурги должны владеть микрохирургической техникой. Способ пластики осуществляют в два этапа.

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ ТРАНЕЙ.

Методика операции.

На первом этапе под местной анестезией на волосистой части височной области выкраивают П-образный лоскут с основанием, обращенным в сторону затылка. Обнажают поверхностную пластинку височной фасции и дублируют ее свободным расщепленным кожным трансплантатом, взятым дерматомом с передней поверхности бедра.

Кожно-жировой лоскут с волосистой части височной области укладывают на место, фиксируют швами. Через 10-12 дней после приживления трансплантата проводят второй этап пластики.

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ ТРАНЕЙ.

По носогубной складке проводят разрез длиной 2-3 см. Выделяют артерию и вену верхней губы. Через носовые ходы со стороны полости носа иссекают рубцы, создавая раневую поверхность и устраняя деформацию наружных кожных покровов. Из раны по носогубной складке проводят подкожный туннель в полость носа. Далее по рубцам в височной области обнажают эпителизированную височную фасцию, выкраивают фасциальный трансплантат на сосудистой ножке, включающей поверхностные височные сосуды. Кожнофасциальный трансплантат проводят через подкожный туннель в полость носа

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ ТРАНЕЙ.

Кожнофасциальный трансплантат проводят через подкожный туннель в полость носа раневой

поверхностью, обращенной к раневой поверхности носа. Затем накладывают микрососудистые анастомозы между донорскими и реципиентными сосудами.

Введенный в полость носа эпителизированный трансплантат фиксируют к раневой внутренней поверхности турундой, введенной в полость носа через носовые ходы

ПЛАСТИКА ЛОСКУТАМИ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ ТКАНЕЙ.

В качестве опоры пластически восстановленного носа применяют аллохрящ и в последнее время- тонкие титановые перфорированные пластины, которые изгибают по форме носа и помещают между внутренней выстилкой и покровными тканями носа с опорой в области сохранившихся костей носа или у краев грушевидного отверстия.