

# Эстетическая и функциональная коррекция кривого носа

Редакция благодарит за подготовку и проведение дискуссии

*Кирилла ПШЕНИСНОВА, доктора медицинских наук, профессора, заведующего курсом пластической хирургии ФУВ (Ярославль),*

*а также участников дискуссии:*

*Анатолия БЕЛОУСОВА, доктора медицинских наук, профессора, генерального директора Центра пластической и реконструктивной хирургии (Санкт-Петербург);*

*Владимира ВИССАРИОНОВА, доктора медицинских наук, профессора, директора ФГУП «Институт пластической хирургии и косметологии» МЗ РФ (Москва);*

*Леонида ПАВЛЮЧЕНКО, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой эстетической медицины Университета дружбы народов (Москва)*



Кирилл ПШЕНИСНОВ



Владимир ВИССАРИОНОВ



Анатолий БЕЛОУСОВ



Леонид ПАВЛЮЧЕНКО

*денин?*

**Л. Павлюченко:** Принципы моего подхода в данном наблюдении являются отражением концепции эстетической септоринопластики и векторной теории.

Наблюдение представляет собой картину кифосколиоза носа с функциональными нарушениями. Желания пациентки сводятся только к эстетической проблеме: «исправить искривление перегородки и уменьшить нос». Но анамнестически она отмечает и затруднение дыхания через правую половину носа, и длительные, частые насморки. Очевидно, что решение только эстетической стороны проблемы приведет к усугублению функциональных расстройств.

В данном случае я бы планировал одномоментную операцию, состоящую из 3 частей.

1 часть — септопластика с медиализацией перегородки носа и возможной коррекцией носовых раковин.

2 часть — уменьшающая пластика носа с резекцией спинки и концевой части.

3 часть — достижение симметрии спинки, кончика, ноздрей, колумеллы.

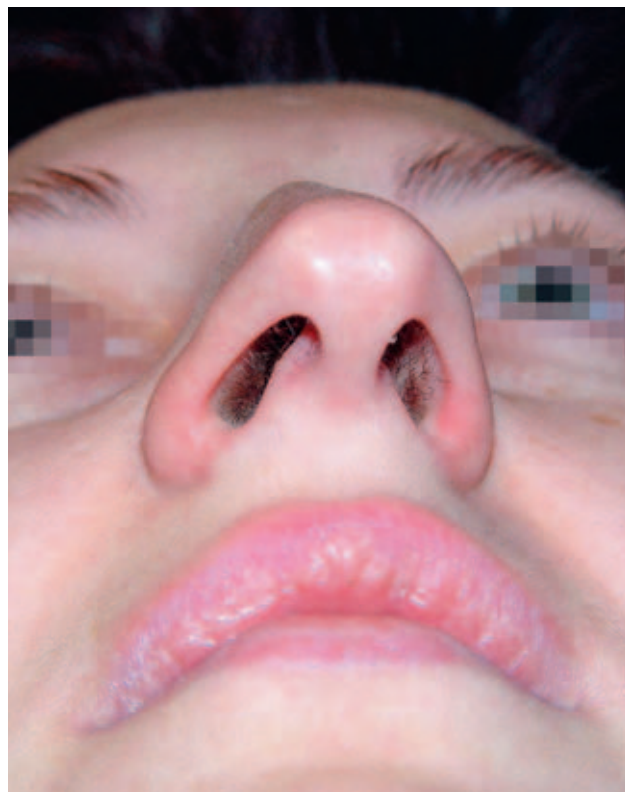
Деление на части достаточно условно, чисто умозрительно, поскольку это одномоментная операция, при которой, например, медиализация перегородки невозможна без устранения сколиоза «наружного» носа.

Цель операции, с учетом пожеланий пациентки, устранить искривление, уменьшить размеры носа и улучшить функцию дыхания.

**К. Пшениснгов:** Первая пациентка — женщина 34 лет, обратившаяся с основным желанием «исправить искривление перегородки и уменьшить нос». Деформацию носа связывает с неподтвержденной травмой в детском возрасте. Отмечает частые длительные насморки, иногда беспокоит затрудненное дыхание через правую половину носа. При передней риноскопии обнаружен гребень премаксиллы слева. Перегородка носа С-образно искривлена вправо. На компьютерных томограммах это искривление выявляется во фронтальной и горизонтальной плоскостях. Также обнаруживается шип в костном отделе перегородки справа, который упирается в нижнюю носовую раковину.

*Вопрос профессору Павлюченко: каковы принципы Вашего хирургического подхода в данном наблюдении?*

**К. Пшениснгов:** Леонид Леонидович, какие конкретные технические приемы при выполнении



*Пациентка 1*

нии обозначенных этапов закрытой ринопластики больше всего отвечают задачам разработанной Вами векторной теории ринопластики при исправлении перегородки носа, а также при обеспечении симметрии костной пирамиды носа и его кончика у данной пациентки?

**Л. Павлюченко:** Описание конкретных технических приемов всегда скучное и достаточно абстрактное занятие. Для меня важны общая концепция, план, точный диагноз, целостная картина деформации. Техника вторична и всегда носит характер импровизации.

Что касается данного конкретного случая, протокол операции следующий.

Разрез по переднему краю четырехугольного хряща слева, отслойка мукоперихондрия на протяжении вогнутой части перегородки до костного отдела. Доступ к участкам деформации. Их резекция (или репозиция), освобождение перегородки от премаксиллы и максиллы с обеих сторон. Освобождение хряща с обеих сторон у перехода в спинку носа. Продольная резекция премаксиллы. Все эти приемы обеспечат мобилизацию перегородки.

Далее – передний эндоназальный разрез, доступ к большим хрящам крыльев носа, асимметричная резекция их цефальных частей.

Далее – доступ к спинке носа. Удаление горбины вне мягких тканей, боковые, поперечные остеотомии. Эти приемы ослабляют динамические свойства мобилизованного четырехугольного хряща и, возможно, этого будет достаточно для медиализации перегородки носа. При сохраняющейся избыточной опорности носа по высоте допустима резекция четырехугольного хряща в виде полоски 1–3 мм вдоль максиллы. Затем фиксация четырехугольного хряща к премаксилле (пролен 5/0). Необходима коррекция профилограммы свободного края четырехугольного хряща до степени эстетической приемлемости.

Контроль проходимости носовых ходов и возможное вмешательство на нижних и средних носовых раковинах для оптимизации проходимости средних и нижних носовых ходов.

Шов между куполами больших крыльчатых хрящей с сужением области кончика носа и повышением его опорности. Поперечные швы между перегородкой и медиальными ножками больших хрящей крыльев носа, швы на раны (викрил 5/0). Тампоны в резиновых оболоч-

ках. Гипсовая повязка.

Таким образом, эстетическая септоринопластика включает в себя как необходимый момент пластику перегородки носа самым щадящим способом (типа мобилизации). Деформации же хрящевого отдела перегородки устраняются при выполнении эстетических этапов операции.

То есть исправить кривой нос можно только, сочетая воздействие как на перегородку, так и на структуры наружного носа. В итоге необходимо создать новую устойчивую биомеханическую конструкцию прямого носа.

**А. Белоусов:** У пациентки – субкомпенсированное нарушение носового дыхания, обусловленное двумя факторами: анатомическим (относительно короткие носовые кости, очень узкая хрящевая часть спинки носа и ее девиация влево) и травматическим (искривление носовой перегородки и прочие изменения элементов внутреннего носа). Можно не сомневаться, что в будущем нарушения носового дыхания будут прогрессировать по мере возрастного уменьшения эластичности мягких тканей.

Пожелания пациентки – улучшить носовое дыхание и уменьшить нос – несовместимы, что и нужно ей объяснить.

Решение:

1. Создание условий для стойкого улучшения носового дыхания, плюс следующее:

- минимальное понижение спинки носа в сочетании с удалением горба (повышение уровня корня носа, обработка горба и хрящевой части спинки носа) плюс расширение спинки носа с помощью продольных «стропил» (!);

- боковые «стропила» для укрепления боковых стенок носа (надкрыльчатые зоны);

- комплекс операций на внутренних элементах носа (септопластика, удаление выступающей части гребня, латеропексия нижних носовых раковин, стенты на 3 недели).

2. Устранение деформации хрящевой части спинки носа и повышение гармоничности профиля с минимальным понижением спинки носа и депроекцией кончика носа.

3. Только открытый доступ.

**К. Пшениснов:** Вторая пациентка 27 лет жалуется на искривление спинки и перегородки носа влево с затруднением дыхания, также больше слева. Травм не было. В течение послед-





*Пациентка 2*

них 10 лет отмечает большую выраженность сколиоза. При осмотре полости носа перегородка S-образно искривлена, причем каудальный ее отдел утолщен за счет смещения влево, а центральный отдел четырехугольного хряща изогнут вправо. Также в правую сторону выстит гребень премаксиллы. Клапан носа слева более узкий, чем справа. При резком вдохе зоны клапана носа смыкаются с обеих сторон.

**Вопрос профессору Белоусову:** какую операцию Вы предложили бы этой пациентке?

**А. Белоусов:** Сложность данного случая определяется:

1. Образованием деформации в результате травмы, полученной в детстве. Поэтому существующие искривления (сужения и др.) сформировались в периоды роста (созревания) пациентки, а элементы внутреннего носа (прежде всего раковины) – адаптированы к этим деформациям. Исправление деформаций может потребовать коррекции и соответствующих элементов внутреннего носа.

2. Неблагоприятными анатомическими особенностями носа, повышающими вероятность нарушения функции носового дыхания:

- короткие носовые кости;
- узкое основание носовой пирамиды;
- возможно, значительная толщина стенок пирамиды;
- вероятно, «мягкий» нос, слабость надкрыльных зон.

3. Наличием значительного сколиоза спинки носа.

Решение:

I. Содержание операции:

1. Корректирующая (полная) остеотомия носовых костей с целью устранения сколиоза.

2. Комплекс мер, направленных на улучшение проходимости носовых ходов:

- Септопластика:
  - удаление деформированного задне–среднего отдела перегородки;
  - удаление деформированной премаксиллы (в рациональных пределах) в самом переднем отделе – при необходимости ее перемещение, расширяющее правый носовой ход;
  - пластика неудаляемой части четырехугольного хряща (по мере необходимости и соответствующим образом).

– Коррекция нижних носовых раковин (по показаниям): латеропексия, электрокоагуляция.

3. Комплекс мер, направленных на укрепление «мягкой части» носовой пирамиды:

- Продольные «стропила» с целью расширения спинки носа.
- Боковые «стропила» для укрепления надкрыльных зон.

4. Только открытый доступ: иначе эту работу сделать качественно невозможно.

II. Послеоперационный комплекс мер:

1. Фиксация прочной повязкой – 2 недели.
2. Стенты (ринопротекторы) в носовые ходы – 3–4 недели.

**К. Пшениснгов:** Анатолий Егорович, каким методом Вы предпочитаете убирать костно-хрящевой горб спинки носа, если это необходимо? Еще вопрос: каковы обычные размеры продольных «стропил» для расширения спинки носа, и одинакова ли должна быть их ширина (толщина) при искривлениях носа?

**А. Белоусов:** По первому дополнительному вопросу (отношение к горбу спинки): чаще всего с минимально возможной резекцией, что предполагает использование трансплантатов для повышения уровня переносицы (корня носа). Удаляю горб обычно поэтапно с обработкой рашпилем (кости), а затем скальпелем (хрящевой части спинки), как правило, с дополнительным дренированием, что позволяет уменьшить объем формирующихся после операции рубцов. При тонкой коже нужен покрывающий трансплантат на зону костно-хрящевой перехода.

По второму вопросу: размеры и форма поперечного сечения «стропил» определяются на операционном столе в зависимости от ряда факторов: исходные длина, ширина и форма хрящевой части спинки носа, толщина доступных трансплантатов и др. Ширина «стропил» может отличаться в зависимости от того, имеется односторонний клапан или двусторонний, а также от конкретных ситуаций. Их варианты можно описывать долго. Могут изменяться и источники трансплантатов. Чаще всего это – хрящ перегородки или передний край верхнелатерального хряща (при одновременном понижении спинки носа).

**К. Пшениснгов:** Третья пациентка – 20-летняя девушка, полгода назад получившая прямой удар в нос. При обращении к ЛОР-врачам на 10 день после травмы репозиции костей носа не





*Пациентка 3*

выполнялось. Отмечает вдавление тканей спинки носа и его укорочение с искривлением влево. Хочет вернуть прежний облик прямого удлиненного носа с достаточно высокой спинкой. При клинических пробах дыхание больше затруднено слева. Перегородка в переднем хрящевом отделе резко утолщена и смещена в левую сторону. На компьютерной томограмме гребень перегородки также слева.

*Вопрос профессору Виссарионову: в чем особенности Вашей хирургической техники при посттравматической седловидной деформации короткого сколиотического носа? В какие наиболее ранние сроки Вы бы стали оперировать эту пациентку?*

**В. Виссарионов.** При осмотре пациентки отмечается клиническая картина вдавленного перелома костей носа со смещением влево. У меня вызывает сомнение трактовка понятия укороченного носа. На мой взгляд, он не укорочен, носогубный угол почти прямой.

Учитывая наличие анатомических и функциональных нарушений, обусловленных смещением всего остова носа влево и деформации носовой перегородки, хирургическое вмешательство должно производиться на всех структурах. Для этого я использую средний эндоназальный разрез. При этом легко мобилизуются четырехугольный хрящ и костный выступающий фрагмент носовой перегородки. Истончаем четырехугольный хрящ слева, удаляем при выявлении костные шипы, гребни.

После этого производим остеотомию парамедиально и латерально, надламывая кости скатов носа и легко перемещая их в требуемое положение.

При рассмотрении фотоснимка лица пациентки снизу создается впечатление уплощения кончика носа за счет отсутствия хрящевой опоры. Не исключено, что до травмы у пациентки была операция на перегородке с резекцией дистального отдела четырехугольного хряща. Основание мембранозной перегородки также слегка втянуто. Для выдвигания и укрепления колумеллы мобилизуем ткани между медиальными ножками хрящей до носовой ости, в сформированный туннель вводим имплантат в виде «сапожка» из материала, который предпочитает оперирующий хирург. В область спинки также вводим смоделированный имплантат, фиксируя у переносья поднадкостнично, а в области кончика – на верхний край перегородочного имплантата.

По фотоснимку трудно судить о наличии клапанного механизма нарушения дыхания, когда вследствие изменения конфигурации крыльчатых хрящей при интенсивном вдохе они еще больше втягиваются в полость носа, создавая обструкцию. Если эти изменения имеют место, то для коррекции мы используем резекцию дистальных отделов латеральных ножек больших хрящей крыльев носа, а вместо них вводим тонкие прямые пластинки из аллохряща, фиксируя на 3–4 дня П-образными швами.

На края ран слизистой накладываем швы из викрила, на область носа – гипсовую формирующую повязку на 10–12 дней, носовые ходы тампонируем на 3–4 дня.

**К. Пшениснев:** Владимир Алексеевич, спасибо за исчерпывающий ответ. Прошу уточнить некоторые подходы и особенности Вашей оперативной техники.

Первое: через какое самое раннее время после травмы Вы бы стали оперировать данную пациентку? Второе: укажите, пожалуйста, наибольшую толщину трансплантата (имплантата) для увеличения спинки носа, который можно поместить под надкостницу в области корня носа. Третье: как бы Вы поступили, если бы пациентка, показав свои фотографии до травмы, убедила Вас удовлетворить пожелание удлинить нос (устранить запрокидывание кончика кверху)?

**В. Виссарионов.** Жаль, что ЛОР-врачи не провели репозицию костей носа на 10 день после травмы. Можно было бы все привести в дооперационное состояние, хотя вследствие процесса рубцевания могли бы произойти некоторые изменения формы носа. Исходя из нашего опыта, мы проводим ринопластику через 10–12 месяцев после травмы. В тех случаях, когда кожа концевого отдела носа толстая, с операцией вообще не следует торопиться, то есть не ранее, чем через год после травмы. Толщина трансплантата для повышения высоты спинки носа составляет до 3 мм, он выглядит в виде «кораблика» с желобом в расширенной части, что позволяет ему хорошо фиксироваться, то есть без излишней подвижности. Что касается пожелания пациентки удлинить нос, то оно не будет являться для меня основополагающим в данном конкретном случае. Имплантат (трансплантат) имеет длину всей спинки носа, а если





*Пациентка 4*



он будет длиннее, то его вершина будет способствовать нарушению трофики кожи кончика носа с возникновением пролежня. К счастью, я имел возможность наблюдать только два таких случая, когда, вероятно, пытались аналогичным образом удлинить нос.

**К. Пшениснов:** Четвертая пациентка – 25-летняя женщина, которую не устраивает асимметрия кончика и крыльев носа. Указывает на выступание хрящей кончика носа влево от средней линии, низкое положение столбика носа. За последние 10 лет трижды выполнялись закрытые ринопластики, направленные на сужение кончика и уменьшение длины носа. После первой операции было воспаление, которым она и объясняет деформацию носа. Последняя операция была сделана пять лет назад. Проблем с дыханием через нос нет.

*Вопросы профессора Павлюченко и Белоусову: можете ли вы предугадать при осмотре характер повреждений нижних латеральных хрящей при ранее выполненных операциях и в чем вы видите преимущества и недостатки открытого и закрытого доступов для вторичной коррекции кончика носа?*

**Л. Павлюченко:** Тщательный осмотр, изучение фотоматериалов в стандартных проекциях, дополнительные методы исследования (риноскопия, компьютерная томография и др.) могут позволить не гадать, а поставить достаточно полный диагноз характера деформаций хрящей концевой части носа (врожденного, травматического, ятрогенного характера). Я не применяю открытые методы коррекции и поэтому не могу сравнивать открытый метод с закрытым. Меня устраивает закрытый доступ в моей модификации для решения задач вторичной и повторной ринопластик.

**А. Белоусов:** Латеральные ножки больших крыльчатых хрящей, судя по фотографиям, сохранились, хотя наверняка – резецированы в той или иной степени. Они вертикально ориентированы и находятся в латеральной позиции, что значительно усложняет решение проблемы эстетических характеристик кончика носа. В какой мере изменены купола и медиальные ножки – покажет операция. Вероятен краевой дефект каудального края левой латеральной ножки, что определяет более высокое положение

левого крыла носа. Однако возможно, что это – результат неточного подкрыльного доступа. Возможно и то, и другое.

Целью операции может быть коррекция формы кончика носа (уменьшение его полноты, сужение, улучшение очерченности) с комплексом мер по профилактике ухудшения носового дыхания. Показана пластика каудального края левой латеральной ножки с целью устранения асимметрий в уровне крыльев носа. Технически это – набор довольно сложных решений, качественная реализация которых (а некачественно уже делали) возможна только из открытого доступа.

**К. Пшениснов:** Леонид Леонидович, возможно ли при Вашем доступе увидеть хрящевую основу кончика носа в естественном анатомическом положении, без растяжения и смещения тканей, а также определить визуально степень симметричности структур? Еще один вопрос: что и как Вы бы сделали для исправления кончика носа в данном наблюдении?

**Л. Павлюченко:** Несколько слов о моем доступе к кончику носа. Это закрытый «максимально открытый» передний доступ. Он предполагает тщательное дооперационное обследование с получением четких представлений хирурга о деталях не только анатомии хрящей крыльев носа, но и особенностей перегородки, связок, мышц и кожи носа.

В отличие от открытого доступа, передний закрытый доступ дает возможность видеть анатомическое положение хрящей поочередно справа и слева. Но предоперационная картина и вид справа-слева дают целостное представление об анатомии концевой части носа. А это руководство к действию.

Теперь конкретно о пациентке 4. Ей 25 лет, первую операцию она перенесла 10 лет назад, то есть пациентке было в то время 15 лет. Ранний возраст для ринопластики (по анатомическим и физиологическим причинам), ранний возраст по осознанию эстетической направленности необходимой операции. Три операции были направлены на удовлетворение желания пациентки сузить кончик и укоротить нос. Принципиально хирурги выполнили эти задачи. Во всяком случае, нос укорочен (носо-губный угол больше 120°, возможно сужен, но концевая часть носа асимметрична, асиммет-

ричны колумелла и ноздри. Таким образом, налицо асимметрия не только кончика носа, но и всего комплекса концевой части носа. Возможно, искривлен концевой отдел перегородки (необходима дополнительная информация: данные риноскопии и компьютерной томографии).

Принципиально возможны два варианта операций, позволяющие изменить вид носа.

Первый, простой, направлен на сужение, симметризацию и увеличение высоты кончика носа.

Второй, сложный, но потенциально более эффективный. Симметризация достигается путем коррекции концевого отдела перегородки носа, далее на этой основе «собирается» симметричный кончик носа. Эстетический эффект дополняется изменением носо-лобного угла – уменьшением высоты спинки носа.

Технические приемы по первому варианту:

1. Асимметричная резекция цефальных частей больших крыльчатых хрящей, сшивание куполов.

2. Трансплантат на кончик носа (ауто-, алло).

Технические приемы по второму варианту:

1. Доступ к концевому отделу перегородки носа, его медиализация, многоплоскостные остеотомии, парциальные резекции спинки носа с целью изменения высоты и угла спинки.

2. Далее – симметризация концевой части по варианту 1 с возможным дополнением симметризацией медиальных ножек больших хрящей крыльев носа.

**К. Пшениснoв:** Анатолий Егорович, что для Вас является приоритетным при исправлении контурных деформаций ранее оперированного кончика носа: реконструкция поврежденных (асимметрично пересеченных) нижних латеральных хрящей с использованием опорных трансплантатов или применение хрящевых трансплантатов «внакладку» по Шину или Пеку для камуфлирования обнаруженных при открытом доступе дефектов и неровностей?

**А. Белоусов:** Слово «приоритет», на мой взгляд, не очень точно подходит к этой ситуации, так как возможны любые решения. Они всегда индивидуальны и основаны на оценке трех факторов:

1. Особенности конкретной деформации.
2. Состояние окружающих мягких тканей.

3. Особенности доступного пластического материала.

Можно говорить только об общих приоритетах, к которым относятся:

1. Максимально возможное устранение деформации.
2. Максимальная реализация пожеланий пациентки (они ведь могут сильно отличаться).
3. Сохранение или улучшение (но только не ухудшение!) функции носового дыхания.

**К. Пшениснoв:** Последний в данной серии пациент – мужчина 23 лет, которому с годовалого возраста и до 5 лет было проведено несколько операций по устранению расщелины верхней губы и неба. На момент осмотра пациента не устраивает искривление носа в правую сторону и затруднение дыхания через правый носовой ход. При передней риноскопии перегородка S-образно искривлена с подворачиванием каудального отдела хряща в правую сторону. На КТ перегородка искривлена влево, в ее задних отделах определяется большой костный гребень (шип), блокирующий левый носовой ход. Нижние носовые раковины в передних отделах гипертрофированы.

*Вопрос профессору Виссарионову: прошу дать Вашу экспертную оценку данной деформации и посоветовать оптимальные способы ее устранения.*

**В. Виссарионов.** У пациента имеется типичная деформация носа, связанная с левосторонней врожденной расщелиной верхней губы и неба. Наблюдается гипертрофия правой половины носа относительно левой половины за счет хрящевых и костных структур. Носовое дыхание нарушено за счет S-образного искривления перегородки в хрящевом и костном отделах.

Исходя из анализа многочисленных наблюдений деформаций подобного характера, мы сформировали достаточно щадящий, на наш взгляд, подход к проведению септоринопластики.

Средний эндоназальный разрез. Кожу носа отслаиваем. Мобилизуем четырехугольный хрящ по дну носа в дистальном отделе, делаем вертикальные насечки с правой стороны. Слева удаляем шипы и гребни, блокирующие носо-



*Пациент 5*



вой ход. Справа производим частичную резекцию латеральной ножки большого хряща крыла и насечки вертикально на латеральном хряще. Остеотомия справа парамедиально и латерально с небольшим смещением стенки носа кнутри до достижения симметрии. Мобилизуем ткани между медиальными ножками хрящей и вводим хрящевой аллоимплантат в виде «стропилки».

Учитывая небольшое втяжение основания мембранозной перегородки слева, производим Z-пластику в области основания кожной части перегородки носа или резекцию небольшого участка слизистой в виде вертикальной полоски позади основания медиальной ножки крыльцевого хряща справа.

Благодаря остеотомии справа и вмешательству на перегородке слева, носовой ход слева тампонируем плотно, а справа – более рыхло. При этом «не выбивается» кнаружи костный отдел спинки в исходное положение, а перегородочные структуры стабильно фиксируются на 3–4 дня тампонами.

**К. Пшениснов:** Владимир Алексеевич, пользуетесь ли Вы, как профессор Белоусов, расширяющими трансплантатами спинки носа или другими приемами для устранения V-образных деформаций на стыке костного и хрящевого отделов? Стоит ли предлагать пациентам-мужчинам при аналогичных деформациях увеличение высоты (проекции) кончика носа и нужно ли стремиться в данном клиническом случае к еще большему достижению симметрии кончика носа?

**В. Виссарионов:** Я имею многочисленные наблюдения за больными, которым проводились коррекции носа, связанные с расщелиной верхней губы, в различных клиниках, и убеждаюсь в том, что устранить деформации одноэтапно очень трудно из-за специфики врожденного характера. При этом фактически мы выбираем новое положение для адаптированных структур, являющееся новой «деформацией», хотя результат всеми воспринимается как достижение варианта нормы.

Учитывая ответ профессора Павлюченко при анализе деформаций у первой пациентки, я также хочу подчеркнуть, что устранение искривления перегородки целесообразно сочетать с вмешательством на костно-хрящевых

структурах наружного носа. Мы не пользуемся расширяющими трансплантатами спинки носа для устранения V-образных деформаций. Что касается кончика носа, то удлинять колумеллу (как я уже указывал в случае 3) беспредельно невозможно – рубцы или «вытолкнут» хрящевую «стропилку» через линию разреза, или она даст пролежень на кончике. В данном конкретном случае можно улучшить форму кончика носа, но это во многом будет зависеть от согласованности мнений врача и пациента.

Что касается остальных представленных к рассмотрению случаев, то здесь необходимо согласиться с мнением С. Нудельмана, высказанным в ходе первой панельной дискуссии, о необходимости тщательного анализа психологического статуса пациента и соизмерения его желаний с хирургическими возможностями, которые, увы, определяются не только нашим умением, но и некоторой непредсказуемостью рубцевания. В 90% случаев мы используем закрытую ринопластику, при которой, кстати, тоже можно получить хороший обзор структур носа, и лишь в 5% – открытую. Причем последний вариант применяем при наличии длинного носа и толстой кожи, которая обладает ограниченной возможностью к сокращению, и которую приходится частично резецировать.

**К. Пшениснов.** Благодарю всех участников Консилиума за активность в обсуждении представленной мною группы сложных пациентов с проблемными кривыми носами. Особенно признателен всем за то, что данное обсуждение проведено в период летних отпусков. Это, на мой взгляд, характеризует высокий профессионализм и обостренное чувство долга врачей, приглашенных на Консилиум, а также подчеркивает их особо трепетное отношение к теме эстетической риносептопластики.

Вторая панельная дискуссия для «Эстетической медицины» была проведена несколько по другому сценарию, если сравнить с той, что опубликована в №3 за 2004 год. При подборе и представлении пациентов я постарался максимально приблизить к практической ту цель, которую поставила перед нами редакция журнала: обсудить четко поставленную клиническую задачу. Поэтому участники дискуссии не придумывали, что и как сделать с лицом на той или иной фотографии, дабы оно лучше смотрелось, а по-врачебному исходили из жалоб кон-

кретного пациента, анамнеза жизни и истории болезни, знали о предыдущих вмешательствах, имели наиболее важные сведения об обследовании, в том числе с применением дополнительных методов. Именно такой подход соответствует понятиям «consilium» (лат.) – совещание врачей для выяснения болезни и установления способов ее лечения (Словарь иностранных слов. Под ред. И.В. Лехина, Ф.Н. Петрова, изд. 5-е, М., 1955) и «panel discussion» (англ.) – публичное обсуждение группой отобранных специалистов важного вопроса (Большой англо-русский словарь. Под ред. И.Р. Гальперина, Э.М. Медниковой, Т. П., М., Русский Язык, 1988).

Да, такая форма общения специалистов не совсем привычна для нашего сообщества эстетических пластических хирургов. Помню, год назад во время Международного конгресса ICPRAS в Ярославле ко мне подходили всеми уважаемые специалисты, редакторы профильных научных журналов, председатели обществ и спрашивали – что мы должны делать, как себя вести на такой дискуссии. Роль модератора как инициатора обсуждения часто подменялась привычной ролью председателя, оглашающего очередное выступление и настойчиво утверждающего свою точку зрения. В данной панельной дискуссии по кривым носам я не просто удовлетворен ответами всех приглашенных профессоров (у меня не было мысли проверять их знания, ведь я находился в более выгодном положении, поскольку оперировал всех обсуждаемых пациентов). Я открыл для себя новые измерения философских взглядов, хирургической логики и особенностей технологий, прежде всего, в плане возможностей оперирования из закрытого доступа, как это предложили Л. Павлюченко и В. Виссарионов, поскольку для меня, как, очевидно, и для А. Белоусова, кривой нос – это одно из показаний к открытой ринопластике.

Как в боевиках с участием виртуозного Джеки Чана между титрами показывают фрагменты репетиций его трюков, так и мне хотелось в беседе с профессором Павлюченко «раскрыть» его на то, чтобы он показал, как он мастерски воплощает на практике свои известные теории ринопластики. Но после ответов на два «круга» моих вопросов оказалось, что «Эстетическая медицина» уже вывела секреты Леонида Леонидовича по исправлению перегород-

ки при кривых носсах. В №3 за 2004 год была опубликована его статья «Вмешательства на перегородке носа при эстетической ринопластике». Я увидел журнал, когда уже сел печатать заключение к дискуссии. Это породило новые вопросы к его технике операции. Так, у меня возникли сомнения в долговременном сохранении опорности и осевой симметрии четырехугольного хряща после его полной мобилизации по методу Павлюченко. Сохранения его связей с надхрящницей с одной стороны, на основе моего опыта, бывает явно недостаточно для стабильности конструкции хрящевого каркаса носа. Разобшение структур в «ключевой» зоне через год-два неизбежно приводит к западению тканей в области костно-хрящевого стыка и формированию седловидной деформации. Вместе с тем, дополнительная ремарка Леонида Леонидовича в нашей дискуссии о том, что он фиксирует нитью 5/0 пролен четырехугольный хрящ к премаксилле, как и упоминания о других стабилизирующих швах (между куполами, перегородкой и медиальными ножками нижних латеральных хрящей), приоткрывает новые тайны получения им блестящих результатов, о которых он не пишет в журнальной статье.

Некоторые вопросы, по которым разошлись мнения участников дискуссии, наверное, не имеют принципиального значения в целом, хотя могут быть делом принципа для каждого из хирургов. Так, Л. Павлюченко и В. Виссарионов в качестве пластического материала для формирования носа предпочитают консервированный аллохрящ, стараясь не задействовать собственные донорские ресурсы пациента, особенно в области перегородки носа. Мой личный опыт здесь больше согласуется с теми алгоритмами реконструктивных приемов пластики кривых носов, которые предложил для ряда пациентов А. Белоусов. Речь идет о формировании L-образной опорной части перегородки носа после взятия трансплантатов из ее искривленной центральной части, об использовании расширяющих «стропил» для шинирования переднего (дорзального) края искривленного хряща и расширения клапана носа, а также о возможности удлинения носа за счет удлинения перегородки носа аналогичными приемами. Добавлю, что последние четыре года после знакомства с работами Wolfgang Gubisch (Германия) при особо сложных деформациях пере-

городки провожу ее экстракорпоральное выправление с последующей реплантацией и жесткой фиксацией швами в опорных точках.

К сожалению, у меня, как и у других участников дискуссии, нет «безотказных» рецептов по остеотомиям для моделирования асимметричных костей пирамиды носа. Очевидно, в таких ситуациях следует особое внимание уделять информированию пациента о возможном сохранении остаточных деформаций и признаков изначально существовавших асимметрий. В таких ситуациях как раз могут быть полезны трансплантаты «внакладку» для камуфлирования видимых дефектов. Важно, что все участники дискуссии на первое место при коррекции кривых носов поставили именно анатомическое исправление деформаций, а камуфлированию дефектов отвели вспомогательную роль.

Возвращаясь к важности для меня лично таких панельных дискуссий, отмечу еще одно: представленный материал – это не «базовый» уровень лекции, а «продвинутый» вариант совершенствования мастерства уже состоявшегося специалиста. При таком обсуждении у каждого на сцене и в зале выбрасывается необходимая доза адреналина, которая заставляет напряженно работать мысль, собирая воедино знания, опыт и хирургическую интуицию. Дискуссия для журнала, возможно, лишена той эмоциональной остроты и непредсказуемости, как в режиме реального времени. Вместе с тем, охват огромной аудитории, методические возможности печатного слова делают свое очень важное дело в образовании и повышении квалификации специалистов.

С другой стороны, я бы не стал переоцени-

вать роль панельных дискуссий в нашей дисциплине. К сожалению, на многих международных форумах, конгрессах и съездах, которые, кроме решения научно-практических задач представляют вид устойчивого бизнеса, участие в приглашенных лекциях и панелях бывает расписано заранее и считается престижным, поскольку работа идет «вне конкурса» и панелист освобождается от регистрационных взносов (как правило, весьма ощутимых). Поэтому я готов поспорить с А. Боровиковым и считаю, что без коротких сообщений и докладов, которые рецензируются и отбираются для презентации, а также без журнальных статей, которые также должны тщательно рецензироваться, на вершину «хирургического Олимпа» новым мастерам честно попасть просто нереально.

Несмотря на виртуальный характер нашего общения, в ответах на поставленные вопросы были хорошо узнаваемы приглашенные хирурги как личности, а также, что для меня самое важное, четко проявилось их отношение к той или иной проблеме в ринопластике. Это потрясающая эрудиция, «инженерный» ум и военная четкость в изложении постановки задач и планов скорее реконструктивных, чем чисто эстетических действий А. Белоусова; большая потребность в передаче громадного опыта и готовность к многоуровневому сотрудничеству В. Виссарионова; изысканность степеней свободы давно обретенного мастерства Л. Павлюченко. Еще раз благодарю их за то, что они проконсультировали меня и моих пациентов. Кстати, в Американском обществе пластических хирургов консультацией считается только письменное заключение специалиста по направлению от его коллеги.