

## Отзыв на статью А. В. Рыбакина и соавт. «Метод малотравматичной уменьшающей ринопластики» (Пластическая хирургия и косметология, 2009(0):15–23)

# В чем сложность ринопластики?

**А. Е. Белоусов**, доктор медицинских наук,  
пластический хирург Центра пластической  
и реконструктивной хирургии.  
Санкт-Петербург, Россия

В презентационном номере журнала один из ведущих российских хирургов профессор С. А. Васильев, открывая рубрику «Пластическая и реконструктивная ринопластика», совершенно справедливо отметил, что данная операция является самой сложной в пластической хирургии [1]. И я хочу высказать ему свое искреннее уважение за то, что он согласился стать ведущим этой рубрики журнала. Думаю, что она также самая сложная. Почему?

**От упрощений...** Хорошо известно, что многие хирурги выполняют ринопластику по упрощенным схемам и вовсе не считают ее особенно сложной. Так и в жизни: проще о сложностях не знать или закрыть на них глаза. Именно в таком «упрощенном» состоянии пребывал и я в начале своей практики в этой области эстетической хирургии. Пока не появились мои личные наблюдения позднего (через несколько лет после ринопластики!) ухудшения носового дыхания у пациентов, вполне довольных формой своего носа. Вначале это вызывало у меня естественный вопрос: «А при чем тут я?».

**...к пониманию.** Последующее изучение зарубежной литературы показало, что поздние нарушения носового дыхания после пластики носа — распространенное явление [2–4]. Вместе с анализом собственного опыта это заставило меня полностью изменить свои взгляды на ринопластику. Еще через несколько лет я решил переделать и издать в виде отдельной монографии главу своей ранней книги, где были описаны основные приемы ринопластики [5]. Рассчитывая сделать работу довольно быстро, я, увы, который год не могу остановиться. В практически готовой книге уже 29 глав и свыше 1600 иллюстраций. Но очередные операции дают мне новую пищу для размышлений и заставляют вновь и вновь править

уже написанные строки. Я рассчитывал, что все будет проще. Я ошибался.

### ЧТО СЛОЖНЕЕ: ПЛАСТИКА ЛИЦА ИЛИ ПЛАСТИКА НОСА?

**Оценка ситуации и выбор хирурга.** Лифтинг тканей лица, бесспорно, считается одним из наиболее сложных разделов пластической хирургии. По приблизительным расчетам автора этих строк, планируя омоложение лица, хирург оценивает в среднем 35–40 основных (!) показателей (особенности анатомии, характеристики тканей, психологический портрет пациента и пр.) и затем выбирает одну из 20–30 хирургических процедур или их комбинацию.

При планировании ринопластики оценке подлежат не менее 90 клинических показателей, количество используемых хирургических приемов составляет около 200, а число их возможных комбинаций вообще является астрономическим.

**Задачи операции.** В омолаживающей хирургии лица перед хирургом стоят две главные задачи: а) улучшение рельефа тканей (устранение их птоза) и б) уменьшение выраженности морщин. При пластике носа задач может быть значительно больше, и из них не всегда можно выбрать главную. Они взаимосвязаны, и решение одной изменяет условия решения других. Причем почти все действия хирурга так или иначе влияют на носовое дыхание, а его долговременное (!) сохранение на нормальном уровне является базовой, интегральной задачей хирурга. В том числе с учетом неизбежного отрицательного влияния возраста [6, 7].

**Система координат.** На лице хирург работает с единым мягкотканым покровом при стабильном скелете лица и стандартных направлениях лифтинга тканей. При пластике носа врач последовательно изменяет форму, объем и расположение многочисленных элементов костного и хрящевого скелета. И даже миллиметровое смещение каждого из этих элементов может существенно повлиять как на эстетические, так и на функциональные исходы операций. Причем не только в ближайшей, но и в отдаленной перспективе. В этой системе координат

хирург имеет огромный выбор возможных технических решений, но реализует лишь малую часть из них, учитывая при этом влияние большого количества факторов. С этой точки зрения пластика лица значительно проще.

## ЧТО ДЕЛАЕТ РИНОПЛАСТИКУ ПРОСТОЙ ИЛИ СЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ?

**Как упростить?** Ринопластика становится относительно простой операцией, если придерживаться трех облегчающих жизнь хирурга правил: а) корректируя форму наружного носа, всегда идти навстречу пожеланиям пациентов (в этом случае их не нужно обучать, переубеждать и создавать прочие сложности в общении); б) использовать «малотравматичные» упрощенные методы и закрытые доступы (хотя последнее делает практически невозможным качественное выполнение многих технических приемов функциональной ринопластики) и в) особенно не задумываться о носовом дыхании (по принципу «если проблема возникнет не сразу после операции, это уже проблема не хирурга, а пациента»).

**Усложнение как следствие функционального подхода.** Ринопластика становится действительно сложной, только если следует принципу обеспечения (сохранения) долговременной нормальной функции носового дыхания. Именно при таком подходе хирургу приходится включать в операцию сложные технические приемы, реализация которых требует высокого индивидуального мастерства и в большинстве случаев — открытого доступа [8, 9].

Правда, «сложность» — категория относительная. При большом опыте выполнения самых сложных хирургических приемов они «превращаются» для искусственного хирурга в достаточно простые. Именно так, как мне кажется, обстоит дело с методом уменьшающей ринопластики, описанным в статье А. В. Рыбакина с соавт. [10]. Представляя свой подход, авторы, в частности, пишут, что при использовании отработанной ими схемы «...даже начинающие пластические хирурги могут получать стабильно удовлетворительные результаты». Думаю, что начинающим хирургам лучше на это не рассчитывать хотя бы потому, что описанный в статье подход объективно все-таки сложен. Но одновременно он и слишком упрощен.

## ВОЗМОЖНЫ ЛИ УНИВЕРСАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ?

**Коридоры ограничений.** Обратимся к словам профессора Васильева, который пишет, что при выполнении ринопластики хирург вынужден двигаться «...по очень узкому коридору дозволенных отклонений, где не прощается даже небольшая неточность...» [1]. По сути дела свой «коридор» имеет каждый хирур-

гический прием, каждая операция. И границы этого «коридора» устанавливает хирург для каждого конкретного пациента, основываясь на его индивидуальной анатомии и особенностях деформации. При таком подходе действия хирурга просто не могут быть однотипными.

Именно по этим причинам направления и характер остеотомий очень часто отличаются на разных сторонах носа, зависят от толщины костных стенок носовой пирамиды, от ее исходной формы и характера деформации. Особенности завершающего этапа операции на спинке носа (после удаления горбинки и коррекции искривлений) — весьма разнообразны и часто требуют (например, при тонкой коже) применения камуфлирующих прослоек аутоканей, при узкой спинке носа — использования расширяющих ее трансплантатов (лоскутов), а при мягких надкрыльных зонах носа — их армирования. И т. д. [6, 11–13].

**Факторы влияния.** Предлагаемый А. В. Рыбакиным и соавт. алгоритм уменьшающей ринопластики имеет более чем 100-летнюю историю. Основные этапы операции (удаление горба, уменьшение объема носовой пирамиды и кончика носа) впервые объединил за операционным столом выдающийся немецкий хирург J. Joseph в 1898 году. Он подробно описал главные элементы методики в своей монографии в 1931 году [14]. Опыт многих современных хирургов свидетельствует о том, что при определенных условиях таким путем действительно можно получать удовлетворительные результаты [8, 15–17]. Однако (и А. В. Рыбакин с соавт. справедливо указывают на это) описанный алгоритм редуccionной пластики носа — это лишь «базовая техника». С позиций современной функциональной ринопластики содержание операции у конкретного пациента должно учитывать следующие важные обстоятельства и ограничения [9, 18–21]:

- наличие (отсутствие) у пациента неблагоприятных анатомических признаков, существенно повышающих риск развития дисфункции носовых клапанов после уменьшающей ринопластики (узкая спинка носа, узкое основание носовой пирамиды, короткие носовые кости, мягкие и узкие надкрыльные зоны и пр.);
- опасность возникновения значительного несоответствия размеров кожного кармана уменьшенному объему его скелета;
- мягкость надкрыльных зон носа и возрастной прогноз амплитуды их флотации при носовом дыхании;
- толщину покровных тканей, определяющих риск развития контурных нарушений спинки носа.

**О месте упрощенных подходов.** По мнению корифеев ринопластики, уделивших проблеме ее влияния на носовое дыхание многие годы своей работы, упрощенные подходы чисто резекционной

ринопластики могут быть приемлемы лишь примерно у 20% пациентов (с широким жестким носом, при весьма небольших масштабах его уменьшения) [6]. У остальных 80% пациентов операция ринопластики должна, как правило, включать те или иные приемы функциональной ринопластики, к которым, в частности, относятся:

- выполнение операции открытым доступом, который обеспечивает максимально высокую точность реализации сложных хирургических решений в любых отделах носа (**рис. 1**) [8, 9];
- использование разнообразных хрящевых ауто-трансплантатов, позволяющих укрепить ослабленные отделы носа, изменить их объем и форму (**рис. 2**) [22];
- применение трансплантатов и лоскутов, расширяющих спинку носа и предотвращающих ее избыточное сужение в результате устранения «открытой крыши» (**рис. 3**) [11, 12];
- укрепление надкрыльных зон носа при их недостаточной прочности (**рис. 4**) и многое другое [13].

Проблема лишь в том, что на практике без всех этих значительных сложностей можно обойтись, поскольку функциональные проблемы у пациентов часто возникают не сразу, а через несколько месяцев (и даже лет) после операции. Обходился без них и я в начале своего «ринопластического пути». Просто потому, что мало знал, мало читал и не имел возможности надолго бросить все и уехать учиться.

## О ГЛАВНОЙ СЛОЖНОСТИ РИНОПЛАСТИКИ

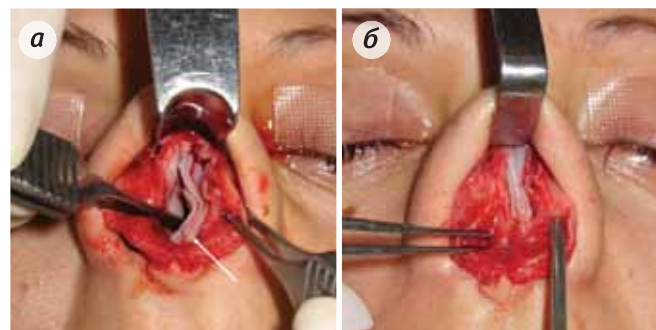
Операция ринопластики становится самым сложным разделом пластической хирургии только при функциональном подходе, так как в этом случае хирург использует весь арсенал методов функциональной ринопластики. Это, без сомнения, трудный и сложный путь к выбору оптимального плана операции для конкретного пациента. Для того чтобы добиться в этом успеха, хирургу необходимо долго накапливать опыт, освоить и даже полюбить такие неотъемлемые сложности ри-



**Рис. 1.** Форма больших крыльчатых хрящей в начале (а) и в конце (б) операции, выполненной из открытого доступа



**Рис. 2.** Сложный трансплантат, камуфлирующий неровности и одновременно повышающий уровень спинки и корня носа после коррекции сколиотической деформации. Одновременная коррекция каудального отдела носа



**Рис. 3.** Установка трансплантатов, расширяющих спинку носа, после ее понижения и образования «открытой крыши» (а, б)



**Рис. 4.** Этапы армирования надкрыльных зон носа при их ослаблении (стрелки — речечные трансплантаты) (а–в)



нопластики, как быстрый анализ большого числа значимых факторов, выполнение всего спектра сложных операций, а также тонкую психологическую работу с пациентом. И целью подобных операций является не только красивый (с точки зрения пациента), но и хорошо дышащий нос. В том числе хорошо дышащий и через 5, и через 15 лет после операции [23, 24].

Но главная сложность операций функциональной ринопластики заключается все-таки в другом. И во все не в их подчас головокружительной технике, большой продолжительности и возможности возникновения новых источников недовольства пациентов. Любой техникой можно со временем овладеть, а все сопутствующие проблемы — научиться минимизировать. Мне кажется, что для хирурга сложнее всего выбрать более трудную дорогу, когда так легко пойти по простой. Но это — проблема уже другого порядка. Это вопрос отношения врача к пациентам, к людям и вообще к ценностям жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев С.А. *Вступительное слово. Пластич. хир. и косметол.*, 2009;(0):14.
2. Ozturan O. *Techniques for the improvement of the internal nasal valve in functional-cosmetic nasal surgery. Acta Otolaryngol*, 2000;120(2):312–315.
3. Sheen JH. *Rhinoplasty: personal evolution and milestones. Plast reconstr Surg*, 2000;105(5):1820–1852.
4. Camirand A, Doucet J, Harris J. *Nose surgery: how to prevent a middle vault collapse – a review of 50 patients 3 to 21 years after surgery. Plast reconstr Surg*, 2004;114(2):527–534.
5. Белоусов А.Е. *Ринопластика. В кн.: Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб.: Гиппократ, 1998:614–659.*
6. Constantian MB, Clardy RB. *The relative importance of septal and nasal valvular surgery in correcting airway obstruction in primary and secondary rhinoplasty. Plast reconstr Surg*, 1996;98(1):38–54.
7. Rohrich RJ, Hollier LH, Janis JE et al. *Rhinoplasty with advancing age. Plast reconstr Surg*, 2004;114(7):1936–1944.
8. Tebbetts JB. *Primary rhinoplasty: a new approach to the logic and the techniques. St. Louis, Mosby Inc, 1998.*
9. Пшениснов К.П. *Ринопластика II: секреты открытой ринопластики. Избранные вопросы пластической хирургии, 2004;1(10).*
10. Рыбакин А.В. и соавт. *Метод малотравматичной уменьшающей ринопластики. Пластич. хир. и косметол.*, 2009;(0):15–23.
11. DL, El-Musa K, Yazdani A, *Autospreader flap. In J.Gunter, et al. Dallas Rhinoplasty (second edition). St.Louis, Missouri: Quality medical Publishing, 2007;1099–1108.*
12. Sheen JN. *Spreader grafts: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhynoplasty. Plast reconstr Surg*, 1984;73(2): 230–237.
13. Troell RJ, Powell NB, Riley RW, et al. *Evaluation of a new procedure for nasal alar rim and valve collapse: nasal alar rim reconstruction. Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000;122(2):204–211.
14. Joseph J. *Nasenplastik und sonstige Gesichtplastik (nebst einem Anhang uber Mammoplastik und einige weitere Operationen aus dem Gebiete ausseren Korperplastik ein Atlas und Lehrbuch). Leipzig, Kabitzsch, 1931.*
15. Gruber R, Chang TN, Kahn DK, Sullivan P. *Broad nasal bone reduction: an algorithm for osteotomies. Plast reconstr Surg*, 2007;119(3):1044–1053.
16. Sullivan PK, Freeman MB, Harshbarger RJ, Oneal RM, Landecker A. *Nasal osteotomies. In J.Gunter et al. Dallas Rhinoplasty (second edition). St.Louis, Missouri: Quality medical Publishing, 2007;245–267.*
17. Becker DG, McLaughlin RB, Loevner LA, et al. *The lateral osteotomy in rhinoplasty: clinical and radiographic rationale for osteotomy selection. Plast reconstr Surg*, 2000;105(5):1806–1819.
18. Reiter D. *Current concepts in functional rhinoplasty. Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery*, 2001;9(4):256–264.
19. Howard BK, Rohrich RJ. *Understanding the nasal airway: principles and practice. Plast reconstr Surg*, 2002;109 (3):1128–1144.
20. Courtiss E, Goldwyn R. *The effects of nasal surgery on airflow. Plast reconstr Surg*, 1983;7(1):18–19.
21. Chand MS, Toriumi DM, Landecker A. *Surgical management of the nasal airway. In J.Gunter, et al. Dallas Rhinoplasty (second edition). St.Louis, Missouri: Quality medical Publishing, 2007;909–928.*
22. Gunter GP, Landecker A, Cochran SC. *Frequently used grafts in Rhinoplasty: nomenclature and analysis. In J.Gunter, et al. Dallas Rhinoplasty (second edition), St.Louis, Missouri: Quality medical Publishing Inc, 2007;159–175.*
23. Белоусов А.Е. *Красивый нос и принципы функциональной ринопластики. Эстетич. медицина, 2006;5(4):524–530.*
24. Rohrich RJ, Hollier LH. *Rhinoplasty with advancing age: characteristics and management. Clin Plast Surg*, 1996;23(2):281–296

---

Редакция обращает внимание читателей, что в презентационном номере журнала «Пластическая хирургия и косметология» в Вопросах и замечаниях к статье А. Е. Белоусова «Лазерное омоложение кожи как вариант эстетической блефаропластики» (стр.45, в ответе на пятый вопрос) следует читать «Преимуществом такого воздействия является отсутствие значительных **альтеративных** изменений более глубоких слоев кожи...»

---