



Автографт от ребрен хрущял при уголемяваща риносептопластика

Rib cartilage autograft in Augmentation rhinoseptoplasty

Пл. Недев¹, Д. Марев¹, Р. Ненков²

¹Клиника по УНГ-болести при УМБАЛ "Св. Марина" – Варна

²Клиника по гръдна хирургия при УМБАЛ "Св. Марина" – Варна

Abstract

Rhinoseptoplasty may require the addition of material to augment the nose. Augmentation is necessary for both aesthetic and functional indications. Functional reasons for augmentation include providing structural support for areas deficient of material, such as the upper or lower lateral cartilages. Typically, augmentation rhinoplasty is performed to increase the projection of the nasal dorsum on the profile view. The nasal tip may also be augmented. In addition, grafts may be placed to camouflage irregularities of the bony dorsum and of the upper or lower lateral cartilages. Augmentation may also be required for aesthetic reasons.

Keywords: autograft, rib cartilage, rhinoseptoplasty

Резюме

Риносептопластиката в много случаи изисква допълнителни материали (импланти) за уголемяване на външния нос. Често увеличаването на носа е необходимо както от естетично, така също и от функционално естество. Функционалните основания за уголемяваща риносептопластика са свързани с осигуряването на структурна поддръжка вследствие недостатъчен или липсващ септум и триангуларни хрущяли. Обикновено уголемяващата риносептопластика се прилага за увеличение проекцията и профила на носния дорзум и/или носния връх. В същото време би могла да се използва и за корекция на неравности по костните и хрущялни структури. Увеличавашата ринопластика би могла да се използва и по чисто естетични причини.

Ключови думи: автографт, ребрен хрущял, риносептопластика

Увод

Целта на уголемяващата ринопластика е да запази и/или възстанови нормалната носна функция и да коригира външните носни деформитети. За да се постигне тази цел, се използва широк кръг от импланти, заместващи липсващите или редуцираните в голям обем тъкани. В литературата са познати различни видове присадки, като с най-дълга история е ребреният хрущял (Табл. 1). От функционална гледна точка най-често назалната обструкция е причинена от септални девиации или проблеми с носната клапа (Бенчев Р 2005), а от естетическо естество най-често срещаните деформитети са: седловиден нос, клюновиден нос (polybeak), неравности на носния гръб, деформитети, свързани с отворения покрив, увисване на носния връх, асиметрия на аларните хрущяли, хиперротация на носния връх и др.

Таблица 1. Видове присадки, използвани при ринопластика

Вид	Източник
Автографт	От същия организъм
Ало (хомо) графт	От същия животински вид
Ксенографт	От различен животински вид
Алопласт	От синтетичен произход

Материал и методи

При 27 пациенти (8 жени и 19 мъже) използвахме хрущял от ребро за уголемяваща риносептопластика. При 20 от тях причината за седловиден нос бяха ятрогени, а при 7 след претърпяна травма. Някои от пациентите са били оперирани многократно, като внимание заслужава случай след 7 операции (фиг. 1).



Фиг. 1. Пациент (вляво) след седем операции на носа. Вдясно – три месеца след автографт от ребрен хрущял

Метод за вземане на ребрен хрущял (фиг. 2, 3, 4): Под обща анестезия след щателно почистване на оперативното поле се извърши надлъжен разрез над дисталната част на IX ляво ребро. Послойно се достигна до хрущялната му част, която се отдели с распатор субплеврално и се резецира с костна ножица на протежение 5 см. След щателна хемостаза и поставяне на дренаж тъканите се възстановиха послойно.



Фиг. 2. Инструментариум за вземане на хрущял от ребро



Фиг. 3. Етап от препариране на хрущялната част на IX ребро



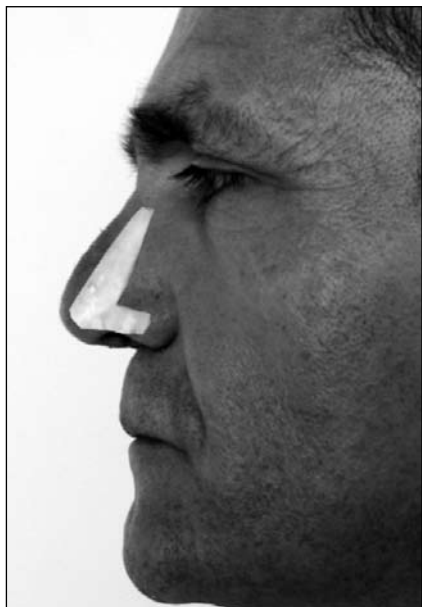
Фиг. 4. Препарат на остранена хрущялна част от реброто

Посредством отворен достъп отпрепарираме аларните, триангуларните хрущяли, костните структури на гърба на носа, носната преграда, spina nasalis anterior. Престъпваме към имплантираме ребрения хрущял под формата на буквата „L“ (фиг. 5, 6) моноблок при 22 пациенти, а при 5 конструкция от



Фиг. 5. Моделиран ребрен хрущял под формата на буквата L

два къса хрущял (фиг. 7). След моделиране на хрущяла го имплантираме дългото рамо под rhinion, а късото рамо стъпва на spina nasalis anterior. След това с помощта на фиксационни матрачни сутури (5 00 нерезорбируем монофил) фиксираме импланта към триангуларните хрущяли, медиалните крачета на аларните хрущяли и към спината (фиг. 8). Допълнително се налага и моделиране и фиксиране на крилата на аларните хрущяли.



Фиг. 6. Схема на имплантиране на хрущяла



Фиг. 7. Моделиране на автографт от два къса хрущял



Фиг. 8. Фиксиране на импланта

Резултати и обсъждане

През 1907 г. Jacques Joseph за първи път описва използването на свободен автогенен хрущял при ринопластика със затворен достъп. През 1941 г. Reeg представя възможностите на техниката и нейните недостатъци. Имената на много хирурзи са свързани с използването на импланти, но с най-много случаи в литературата – над 2000, е това на Tardy (1985), като в същото време докладва за ниска резорбция на хрущяла.

Най-популярна е т.нар L-образна форма на хрущялна присадка. Тя може да бъде автоложна или хомоложна. Прилага се успешно и се препоръчва от редица автори, като: Salinger (1952), Gillies (1957), Cottle (1953), Mikelson (1962), Hellmich (1970), Meyer 2002, Foda (2005) и други.

Дискусията относно хомоложните и автоложните присадки е актуална и днес, тъй като и двата алографта притежават определени предимства и недостатъци. В наши дни с разпространението на редица заболявания, като хепатит, HIV и други, се отдава предпочитание на автоложните присадки. При еквивалентно ниво на интра- и постоперативен стрес, автогенните алографти показват по-висок процент на резорбция. Съвременните изследвания доказват, че използването на собствен хрущял, обвит и предпазен от фасциална обвивка (напр. от fascia lata, fascia temporalis и др.), значително намалява риска от последваща резорбция (Gubisch W. 1995). Някои автори (Onizuka 1988) отдават предпочитание на изкуствените (синтетични) импланти.

Друг важен въпрос е този относно формата на графта: дали той да е единичен и прав, или да следва формата на депресията и на носния дефект. Такива графтове се вземат от осмо, девето или десето ребро. Хрущялите, обработени в L-образна форма, състоящи се от една-единствена част, едновременно изпълняват две важни функции: поддържащата функция на септалния хрущял и мостова (свързваща) функция на гърба на носа.

Нашите резултати показаха резорбция на хрущяла и възвръщане на седловиден нос при 7 от оперираните пациенти – при 5 конструкция от два къса хрущял и 2 при моноблок. При останалите 20 пациенти (с моноблок) се констатира добро приспособяване на импланта, с добър функционален и естетичен резултат. Наблюденията ни показват, че алографти, състоящи се от една част, са по-резистентни на резорбция и дислокация, отколкото сложна конструкция от няколко парченца хрущял. При условие, че не се използва L-образен хрущял, се изисква допълнителна поддръжка на върха на



носа – колумеларен графт. В повечето от случаите при обработката на хрущялите се налага неговото деперихондриране или депериостиране с цел по-успешното им присаждане. Това не дава основание да твърдим, че моноблок поствен хрущял има предимства пред сглобяването на две или няколко къса хрущял.

Заклучени и изводи

Нашият опит ни дава основание да заключим, че хрущялните присадки са най-удачният материал

на избор при уголемяваща ринопластика. Сравнен с всички други материали, хрущялът има основни предимства – притежава определена консистенция и еластичност, които са съвместими с физиологията и структурата на носа. Той лесно се моделира, обработва до желаната форма, заздравителните процеси протичат гладко и бързо. Това позволява използването му при носове с различна форма, дефекти или индивидуални изисквания.

Литература

1. Бенчев Р. Дисфункция на носната клапа – причини, диагностика и възможности за хирургично лечение. Дисертация. София. 2005
2. Meyer, R. Secondary rhinoplasty including reconstruction of the nose, 2002, Springer, Verlag, Heidelberg
3. Foda, H. Rhinoplasty for the multiply revised nose, American Journal of Otolaryngology, Volume 26, Issue 1, Pages 28-34.
4. Gubisch W. The extracorporeal septum plasty: a technique to correct dif. culty nasal deformities. Plast Reconstr Surg 1995; 95: 672–682.
5. Takuya Onizuka, Atsushige Yoshikawa, Shigeru Hori, Yasunori Usami and Takao Jinnai. Augmentation rhinoplasty Aesthetic Plastic Surgery Volume 12, Number 4 / December, 1988, 229-234

