

(19)



**Евразийское
патентное
ведомство**

(11) **044286**

(13) **B1**

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОМУ ПАТЕНТУ**

(45) Дата публикации и выдачи патента
2023.08.11

(51) Int. Cl. *A61B 17/24* (2006.01)
A61F 2/18 (2006.01)

(21) Номер заявки
202290641

(22) Дата подачи заявки
2022.02.17

(54) **СПОСОБ УВЕЛИЧЕНИЯ НИЗКОЙ ПРОЕКЦИИ СПИНКИ НОСА ПРИ
РИНОПЛАСТИКЕ**

(43) **2023.08.10**

(96) **2022000010 (RU) 2022.02.17**

(71)(73) Заявитель и патентовладелец:
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ "САНКТ-
ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО СПбГПМУ МИНЗДРАВА
РОССИИ) (RU)**

(56) **МАХАМБЕТОВА Эльза Алихановна.**
Этнические аспекты риносептопластики в
казахской популяции. Диссертация на соискание
ученой степени доктора медицинских наук.
Астана, 2019, с. 64, абзац 1, с. 117, абзац 3, с. 118,
абзац 1

DRESNER Harley S.M.D. et al. An Overview
of Nasal Dorsal Augmentation. SEMINARS IN
PLASTIC SURGERY, Vol. 22, No 2, p. 65-73, 2008,
p. 68, col. 2, paragraph 3
RU-C1-2565105

(72) Изобретатель:
**Жолтиков Виталий Владимирович,
Кораблева Наталья Петровна,
Лебедева Юлия Владимировна (RU)**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к пластической хирургии, и может применяться при первичной ринопластике у пациентов с толстой кожей (тяжелыми мягкими тканями носа) и при вторичной ринопластике при слишком низкой проекции спинки носа для получения стабильного увеличения проекции спинки носа на 4 мм и более. В способе увеличения проекции спинки носа при ринопластике, заключающемся в том, что используют фасцию, заполненную хрящевой крошкой, устанавливают высокие расширяющие трансплантаты, между которыми помещают заполняющий трансплантат. Заявляемый способ позволяет эффективно проводить увеличение проекции спинки носа на 4 мм и более, с плавными переходами между отделами носа. В результате применения данного способа достигаются стабильные результаты и отсутствуют послеоперационные осложнения, такие как недостаточная проекция спинки носа, слишком большой прогиб спинки носа, неестественный результат.

B1

044286

044286

B1

Изобретение относится к медицине, в частности к пластической хирургии, и может применяться при первичной ринопластике у пациентов с толстой кожей (тяжелыми мягкими тканями носа) и при вторичной ринопластике при слишком низкой проекции спинки носа для получения стабильного увеличения проекции спинки носа на 4 мм и более.

Известен способ хирургической коррекции низкой проекции спинки носа, который предполагает применение хряща, обернутого Surgicel [Erol O.O. The Turkish delight: a pliable graft for rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg.* - 2000. - 105(6). - P. 2229-2241].

Недостатками данного способа являются (1) способность Surgicel в ряде случаев растворяться, в результате чего происходит потеря формы и объема трансплантата; (2) высокая стоимость материала; (3) чужеродность и риски отторжения Surgicel.

Ближайшим к заявляемому является способ хирургической коррекции низкой проекции спинки носа, который предполагает применение височной или абдоминальной фасции, сложенной вдвое, сшитой в виде чехла, куда при необходимости помещается мелко нарубленный хрящ [Zholtikov V.V. et al. Rhinoplasty: Aesthetic Augmentation With Improvement of Dorsal Aesthetic Lines / *Aesthetic Surgery Journal* // 2021. - Vol. 41. - No. 7. - P. 759-769].

Недостатком способа, выбранного в качестве прототипа, является то, что возможность увеличения спинки носа в нем ограничена и составляет не более 3,5-3,8 мм. При необходимости более высокого увеличения проекции спинки данный способ не подходит, так как емкость фасции для наполнения хрящевой крошкой ограничена ввиду мягкости самой фасции. Кроме того, толстая кожа может не дать требуемого эффекта коррекции, поскольку будет давить на фасцию.

Задачей настоящего изобретения является эффективное и стабильное увеличение проекции спинки носа на 4 мм и более.

Технический результат поставленной задачи достигается тем, что в способе увеличения проекции спинки носа при ринопластике, заключающемся в том, что используют фасцию, заполненную хрящевой крошкой, устанавливают высокие расширяющие трансплантаты, между которыми помещают заполняющий трансплантат.

Высокие расширяющие трансплантаты позволяют создать дополнительную проекцию для спинки носа от костной части до кончика носа, а также являются дополнительной опорой (платформой) для фасции. Благодаря высокому расположению (выше, чем уровень четырехугольного хряща) расширяющих трансплантатов достигается увеличение низкой проекции спинки носа на 1-2 мм краниально и на 4-5 мм в каудальном отделе средней трети носа. При накладывании сверху заполненной хрящевой крошкой фасции на высокие расширяющие трансплантаты создается увеличение проекции спинки носа на 4 мм и более.

Заполняющий трансплантат между установленными расширяющими трансплантатами позволяет (1) предотвращать смещение трансплантатов; (2) заполнить пространство между ними; (3) предотвращать деформацию хрящевых трансплантатов и (4) обеспечить более широкую платформу для фасции.

Способ осуществляется следующим образом. Методика открытой ринопластики используется у всех пациентов. Кожный лоскут в области носа поднимают через трансколумеллярный V-образный разрез и подхрящевые разрезы вдоль каудального края нижних латеральных хрящей. Диссекция кожи и мягких тканей проводится над нижними и верхними латеральными хрящами в надхрящевой плоскости, а над костной пирамидой - в поднадкостничной плоскости. Изменение формы кости и частичная остеотомия являются предпочтительным методом для достижения желаемой формы костного свода, поскольку легче поддерживать стабильность всей пирамиды носа.

Далее забирают фасцию прямой мышцы живота и реберный хрящ. Фасция прямой мышцы живота обнажается ниже фасции Скарпа. Трансплантат фасции прямой мышцы живота затем берут ножницами поперечным разрезом примерно на 3 см ниже мечевидного отростка и на 1-1,5 см латеральнее белой линии живота. При тщательной диссекции над прямой мышцей и контртракции на приподнятой фасции кусок фасции живота минимального размера длиной от 4,0 до 5,0 см и шириной от 3,0 до 4,0 см отделяется от мышцы.

Как правило, используется V или VI ребро в зависимости от его размера и положения. После забора фасциального и хрящевых трансплантатов устанавливают дренаж и послойно восстанавливают донорский участок. Закрытие раны завершается сближением мышечного и фасциального слоев с помощью абсорбируемых швов Vicryl 3-0. Закрытие кожи выполняется внутритрикожно швами Monocryl 5-0.

Вырезание высоких расширяющих трансплантатов.

Сначала отрезается нижний край реберного блока, чтобы получился прямой край. Затем в косом направлении нарезается несколько полос различной толщины (1-3 мм). Полоски помещают в ванночку с солевым раствором на 30 мин, чтобы исключить деформацию.

Фундаментальный слой состоит из высоких расширяющих трансплантатов и заполняющего трансплантата (гар-графта). Для расширителей предпочтительны центральная и прямая части реберного хряща, так как их стандартная длина чаще всего находится в диапазоне 30-40 мм. Они могут быть различной ширины (толщиной 1-3 мм) в зависимости от требований. Высота расширяющих трансплантатов обычно составляет от 5 до 8 мм. Трансплантаты сильно сужены на обоих концах, что позволяет легко вводить их

цефалически, где они фиксируются к костному своду.

Заполняющий трансплантат размещается между высокими расширяющими трансплантатами, он обычно короче (10-20 мм), чем они, и имеет одинаковую толщину (1-2 мм) и высоту (5-2 мм). Заполняющий трансплантат ограничен каудально удлиняющим перегородку трансплантатом и цефалически каудальным концом верхних латеральных хрящей. В большинстве случаев заполняющий трансплантат также заострен на головном конце.

Таким образом, получается достаточно высокая проекция спинки носа, с хорошим фундаментом и с ровным покрытием в виде фасции и с ровными эстетическими линиями носа.

Далее выполняется формирование концевого отдела носа согласно анатомическим ориентирам. Затем производят закрытие ран послойным ушиванием тканей носа. С помощью погружных швов в области внутренних клапанов проводится их восстановление, при необходимости - резекция основания и/или преддверия ноздрей.

В полость носа устанавливаются внутренние силиконовые шины с воздухопроводящими полутрубками. Вводятся силиконовые дренажи вдоль линий латеральных остеотомии. Накладывается пластырная повязка с укреплением внешней термопластической шиной, которая удаляется через 10-14 дней после операции. Назначается стандартная противовоспалительная и антимикробная терапия, а также реабилитационные процедуры.

Пример. Пациентка Ж. 35 лет, поступила 20.01.2020 в клинику "Академия пластической хирургии" г. Санкт-Петербург с диагнозом "Врожденная деформация наружного носа. Состояние после риносептопластики от 14.10.2018". Пациентка жаловалась на слишком низкую спинку носа, "сильный прогиб" и непропорциональность отделов носа друг другу. Выполнена ринопластика с применением композитного увеличения низкой проекции спинки носа на 4,5 мм по заявляемому способу. Осложнений в раннем и отдаленном периодах не было выявлено. Достигнут стойкий эстетический результат увеличения проекции спинки носа.

Заявляемый способ позволяет эффективно проводить увеличение проекции спинки носа на 4 мм и более, с плавными переходами между отделами носа.

В результате применения данного способа достигаются стабильные результаты и отсутствуют послеоперационные осложнения, такие как недостаточная проекция спинки носа, слишком большой прогиб спинки носа, неестественный результат.

Способ доступен врачам - пластическим хирургам, сокращает время операции и не травмирует мягкие ткани покрова носа. Выполнение заявляемого способа дает возможность корректировать низкую проекцию спинки носа, при которой другие методы неэффективны или в послеоперационном периоде приводят к нестабильному результату в виде недостаточной проекции спинки носа или смещению и деформации трансплантатов.

Заявляемый способ является эффективным методом эстетической ринопластики при низкой проекции спинки носа и толстой коже.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ увеличения проекции спинки носа при ринопластике у пациентов с толстой кожей, заключающийся в том, что устанавливают хрящевые расширяющие трансплантаты высотой от 5 до 8 мм, между которыми помещают заполняющий трансплантат в виде фасции, заполненной хрящевой крошкой, при этом заполняющий трансплантат имеет длину 10-20 мм, толщину 1-2 мм и высоту 2-5 мм.

