

BARIŞ ÇAKIR

AESTHETIC SEPTORHINOPLASTY

 **Springer**

БАРЫШ ЧАКЫР

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СЕПТОРИНОПЛАСТИКА

Перевод с английского под редакцией А.В. Глушко



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

Оглавление

Введение	11
Предисловие к изданию на русском языке	14
Предисловие к изданию на турецком языке	17
Предисловие к изданию на английском языке	19
Список сокращений и условных обозначений	20
Глава 1. Предоперационная подготовка	21
1. Фотосъемка пациентов	21
1.1. Приемы фотографирования	25
1.2. Предоперационные фотографии	26
1.3. Световые ловушки	26
1.4. Широкоугольный объектив	27
1.5. Съемка на смартфон	27
1.6. Настройка камеры фотоаппарата	28
1.7. Настройки парной вспышки	29
1.8. Обработка снимков	31
1.9. Затенение снимков	33
2. Хирургические записи и ведение архива	38
2.1. Архив фотографий	39
2.2. Резервное хранение	39
3. Уход за кожей и ринопластика	39
3.1. Прием витамина А орально	40
4. Менструация	41
5. Введение жира под кожу лба	41
5.1. Метод	42
6. Челюсть и щеки	50
6.1. Влияние щек	54
7. Набор инструментов для ринопластики	56
7.1. Ретрактор для спинки носа	57
7.2. Малый ретрактор	57
7.3. Пинцеты	57
7.4. Иглодержатель	57
7.5. Ножницы	57
7.6. Ножницы по кости	58
7.7. Рашпиль и пила	58
7.8. Остеотомы	58
7.9. Элеваторы	59
7.10. Крючок	59
7.11. Долото для остеотомии	59

7.12. Латеральные остеотомы	59
7.13. Точильный камень «Арканзас»	60
7.14. Шовный материал	60
Глава 2. Как рисовать нос	61
1. Упражнения	61
1.1. Наброски анфас	62
1.2. Наброски со стороны	64
1.3. Наброски: вид сверху и снизу	66
2. Изучение фотографий пациента	70
Глава 3. Многогранники носа	73
1. Подкончиковый треугольник кончика носа	75
2. Точка проекции кончика носа	75
3. Что такое фасет?	75
4. Неподвижная часть носа	76
5. Область подвижного кончика	76
5.1. Множественные многогранники	76
5.2. Полые многогранники	76
6. Точки излома кончика (купола)	76
7. Треугольники куполов	76
8. Внутрикупольный треугольник	80
8.1. Дивергенция куполов	82
9. Поддольковый многогранник	83
10. Многогранник колумеллы	83
11. Многогранники ости носа (основания медиальной ножки)	85
12. Многогранник фасета	86
12.1. Взаимосвязь многогранников фасета и купола	88
13. Многогранники латеральных ножек	89
14. Угол покоя	89
14.1. Тест на вертикальную компрессию	90
14.2. Неправильный угол покоя и его влияние на крыло	94
14.3. Широкие латеральные ножки	95
14.4. Длинные латеральные ножки	95
14.5. Выпуклые латеральные ножки	101
14.6. Цефалическая диспозиция	102
15. Изогнутый фасет	104
16. Изогнутая линия	107
17. Многогранник хрящевой части спинки носа	107
18. Многогранник костной части спинки носа	109
19. Многогранники верхнего латерального хряща	109
20. Многогранники латеральной кости	110
21. Эстетические линии спинки носа	111
21.1. Резюме: эстетические линии спинки носа	114
22. Латеральные эстетические линии	115
23. Модель многогранника	116
Глава 4. Хирургия	119
1. Расположение пациента и эндотрахеальная интубация	119

2. Местная анестезия.....	121
3. Головной свет.....	123
4. Очищение.....	123
5. Освещение в операционной.....	124
6. Рисунки.....	124
7. Основные хирургические этапы.....	125
8. Раковина.....	125
8.1. Подслизистая резекция раковины.....	125
9. Хирургия спинки носа.....	131
9.1. Трансфикционный разрез.....	131
9.2. Межхрящевой разрез.....	132
9.3. Доступ в спинку носа через септальный угол.....	133
9.4. Поднадхрящичная отслойка при открытом доступе.....	135
9.5. Рассечение надкостницы.....	138
9.6. Почему следует применять именно поднадхрящичную отслойку?.....	145
9.7. Диссекция слизистой оболочки верхнего латерального хряща.....	147
9.8. Резекция хряща спинки носа.....	149
9.9. Резекция спинки носа.....	151
9.10. Корень носа.....	153
10. Перегородка.....	154
10.1. Диссекция.....	154
10.2. Извлечение перегородки.....	160
10.3. «Десневая улыбка».....	161
10.4. В каких случаях «десневая улыбка» чрезмерна...	161
11. Основания.....	163
11.1. Сужение многогранника основания.....	163
12. Хирургия кончика носа.....	166
12.1. Рассечение.....	166
12.2. Авторотация крыла.....	168
12.3. Поднадхрящичная отслойка медиальной ножки.....	185
12.4. Открытие куполов.....	191
12.5. Разметка и резекции.....	198
12.6. Как был поврежден нос.....	200
12.7. Наблюдения и теория.....	200
13. Результаты.....	208
13.1. Хирургия.....	210
13.2. Как проводить смещение основания кзади.....	210
13.3. Процедура укорачивания латеральной ножки.....	215
13.4. Проверка симметричности купола.....	217
13.5. Цефалический шов купола.....	219
13.6. Контроль 1.....	221
13.7. Контроль 2.....	221
13.8. Сшивание медиальной ножки внакладку.....	229

13.9. Сшивание куполов	234
13.10. Подпирающий трансплантат колумеллы	236
13.11. Контурный трансплантат каудальной внутридольковой части	245
13.12. Стабилизация многогранника колумеллы	251
13.13. Закрытие рассечений концевой части носа	254
13.14. Асимметрия концевого отдела носа	255
13.15. Цефалическая диспозиция	261
13.16. Чрескупольный трансплантат	274
14. Спинка носа	274
14.1. Положение высоты спинки носа	274
14.2. Остеотомия	274
14.3. Остеоэктомия	277
14.4. Методика остеозэктомии	278
14.5. Костная пыль и хрящевая паста	298
14.6. Короткие кости носа	300
14.7. Реконструкция спинки носа у мужчин	302
14.8. Стабилизация концевого отдела носа	303
14.9. Реконструкция изогнутой линии	305
15. Внутренние шины	310
16. Функции внутреннего клапана	310
17. Дренажи	311
18. Связка Питанги	311
19. Поверхностная часть SMAS	313
20. Внутреннее тейпирование	313
20.1. Новая анатомия SMAS	313
20.2. Значение связки Питанги для надкончиковой области	315
21. Реконструкция кожи	317
21.1. Границы отслойки	317
21.2. Как использовать связки для реконструкции ..	319
21.3. Почему именно внутреннее тейпирование?	319
21.4. Камуфляж	320
22. Дополнительные трансплантаты	320
22.1. Дополнительная распорка колумеллы	320
22.2. Хрящевой трансплантат края ноздри	321
23. Хирургия ноздри	322
23.1. Проблемы и решения	322
23.2. Толстое основание крыла: простое эллиптическое иссечение	322
23.3. Большие ноздри: авульсивное перемещение крыльев	325
23.4. Большая ноздря и толстое основание крыла: комбинация авульсивного перемещения лоскута и эллиптического иссечения	330
23.5. Свисающие крылья: иссечение края крыла	334
24. Тейпирование (повязка)	340
25. Послеоперационный уход	341
26. Как исправить сколиоз носа	343

26.1. Как произошло отклонение носа?	343
26.2. Контрольные точки.	344
26.3. Иссечение спинки носа	346
26.4. Септопластика	347
26.5. Хирургия кончика носа	349
27. Хрящевые аутотрансплантаты	358
27.1. Хрящ для перегородки носа	358
27.2. Реберный хрящ.	358
28. Видимость колумеллы.	362
28.1. Провисающая колумелла	365
29. Назначения	374
Глава 5. Клинические случаи.	377
1. Клинический случай 1: обычный пациент	377
2. Клинический случай 2: толстая кожа	381
3. Клинический случай 3: толстая и жирная кожа	383
4. Клинический случай 4: исправление моего собственного случая	385
5. Клинический случай 5: толстая кожа и большая горбинка	388
6. Клинический случай 6: скорость заживления при закрытой ринопластике	389
7. Клинический случай 7: время заживления надкончиковой части	392
8. Клинический случай 8: широкая спинка, широкий корень, бульбообразный кончик с чрезмерной проекцией	394
8.1. Первая операция	395
8.2. Исправления через 2 года	396
9. Клинический случай 9: нос с переломом, дважды прооперированный	399
9.1. Хирургия	401
10. Клинический случай 10: длинный нос	401
11. Клинический случай 11: цефалическая деформация положения	402
11.1. Хирургические фотографии	403
12. Клинический случай 12: исправление закрытой ринопластики	405
12.1. Операция	406
12.2. Операционные фотографии.	407
13. Клинический случай 13: седловидный нос с чрезмерной ротацией	407
13.1. Первая операция	409
13.2. Вторая операция	409
13.3. Хирургия	409
14. Клинический случай 14: тонкая кожа.	413
15. Клинический случай 15: тонкая кожа, сломанный нос, асимметрия кончика.	414
16. Клинический случай 16: асимметрия кончика носа	415

17. Клинический случай 17: толстая кожа, низкий корень и цефалическая деформация положения	416
17.1. Хирургия	417
18. Анализ случая: седловидный нос, сплюснутая ноздря	418
18.1. Хирургические фотографии	419
19. Клинический случай 19: очень короткая подольковая часть, очень узкий многогранник фасета	420
19.1. Хирургические фотографии	421
19.2. Хирургия	421
20. Клинический случай 20: седловидный нос, свисающие ноздри.	421
21. Клинический случай 21: бульбообразный кончик носа	422
22. Клинический случай 22: тонкая кожа, большой нос	423
23. Клинический случай 23: тонкая кожа, псевдоцефалическая деформация положения, асимметрия кончика носа.	424
24. Клинический случай 24: стянутый нос	425
24.1. Хирургия	426
25. Клинический случай 25: тонкая кожа, стянутый нос.	427
26. Клинический случай 26: идеальный пациент для закрытой ринопластики	428
26.1. Хирургия	428
27. Клинический случай 27: обучение на пациенте	428
28. Клинический случай 28: бульбообразный кончик носа	429
29. Клинический случай 29: тонкая кожа, отклонение оси и проблемы с дыханием.	431
30. Клинический случай 30: толстая кожа, бульбообразный кончик и сломанный нос.	432
31. Анализ случа 31: кожа средней толщины	433
31.1. Хирургия	433
31.2. Хирургические фотографии	434
32. Клинический случай 32: исправление обвисшего кончика носа	437
32.1. Хирургия	437
33. Что не следует есть перед операцией	439
34. После операции: некоторые рекомендации	440
Предметный указатель.	441

Глава 3

Многогранники носа



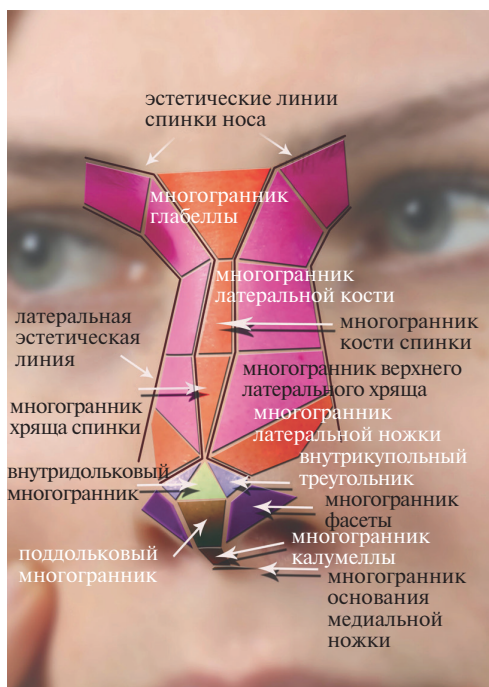
Вы можете рисовать носы и делать слепки носа по методу многогранников Чакыра (Çakır). Более того, этот метод также подойдет для придания формы хрящам при хирургии носа. Мы работали данные многогранники совместно с моим учителем скульптуры. С 2010 г. я и мой учитель по скульптуре

организуем мастер-классы по рино-скульптуре на конгрессах по ринопластике, где ассистенты пластических хирургов изучают рисунки носов и их моделирование. Многогранники — одна из главных тем обучения. Подробно данный метод описан в статье: Çakır B., Doğan T., Öreroğlu A.R., Daniel R.K. Rhinoplasty: surface aesthetics and surgical techniques // *Aesthet Surg J.* — 2013. — Vol. 33. — N 3. — P. 363–375.

В чем отличие метода многогранников Чакыра от принципов эстетики Шина (Sheen)?

Джек Шин (Jack Sheen) описал идеальную форму кончика носа как «два равносторонних геодезических треугольника с общей основой, образованной линией, соединяющей оба купола. Наивысшая выступающая часть кончика носа должна пролегать вдоль апогея изогнутой линии, которая соединяет своды между собой». Всем нам известны подкончикова, надкончикова части и мягкие треугольные боковые хрящи.

Sheen J.H., Sheen A.P. *Aesthetic Rhinoplasty*. 2nd ed. — St Louis, MO: CV Mosby, 1987.



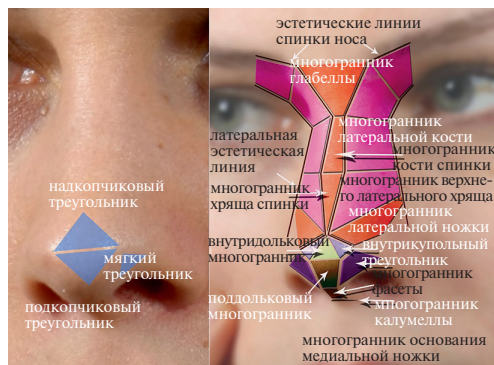
Щитоподобные трансплантаты используются для воссоздания подкончикового треугольника. Однако наблюдается постоянное изменение имплантата со временем. Применение щитоподобного трансплантата Y-образной фор-

мы — весьма распространенная техника, потому что короткие ножки имплантата, а также полость между ними дают более натуральный результат. Размещение блокирующего хряща с целью предотвращения смещения щитоподобного

трансплантата — одно из самых распространенных отличий. Блокирующий трансплантат одновременно поддерживает щитоподобный трансплантат и в то же время образует вторую точку проекции кончика носа на 2–3 мм ниже точки проекции, образованной хрящевым трансплантатом. Таким образом пациенты с тонкой кожей защищены от деформации вновь сформированного кончика. Эстетические понятия, описанные Шином, не могут соответствовать потребностям техники открытой ринопластики. Учитывая, что в данной книге многогранники будут подробно изучены, их можно считать обновленной версией эстетических понятий Шина по открытой ринопластике.

1. Подкончиковый треугольник кончика носа

Используя щитоподобный трансплантат, мы пытаемся создать этот треугольник. Я использую данную методику только для реконструкции значительно деформированных носов. Полагаю, что при первичной ринопластике в этой технике нужды нет. Мы описали данную область с помощью многогранников и добавили больше деталей о кончике носа.



2. Точка проекции кончика носа

При применении щитоподобного трансплантата с целью увеличения проекции кончик становится заостренным. Чтобы избежать этого, используется блокирующий хрящ, установленный поверх щитоподобного. Ториуми (Toriumi) постоянно упоминает данную технику использования хряща. Мы описали область кончика носа двумя треугольниками в области куполов и межкуповым треугольником.

Внимание

Я восхищаюсь подходом, основанным на эстетическом понятийном описании 30-летней давности. Лично для меня Шин (Sheen) — один из легендарных хирургов. Топографическая анатомия является более важным понятием для хирургов, практикующих закрытую ринопластику; нам же приходится придерживаться определяющих изменений на коже, которые создаются с помощью хряща.

3. Что такое фасет?

Это многогранные плоские области, окруженные трехмерными объектами. Это самый легкий способ для создания скульптуры. Можете представить округлые органические формы, состоящие из нескольких фасетов. Их размеры, углы, а также пропорции между ними очень важны. Анализ органических форм с помощью кубических форм является основным методом рисования.

4. Неподвижная часть носа

Это множество сосредоточенных в одном месте многогранников. Они состоят из хряща и кости.

- Многогранник глабеллы.
- Многогранник кости спинки.
- Многогранник хряща спинки.
- Многогранники латеральной кости.
- Многогранники верхнего латерального хряща.

5. Область подвижного кончика

5.1. Множественные многогранники

- Треугольники куполов.
- Многогранники латеральной ножки.

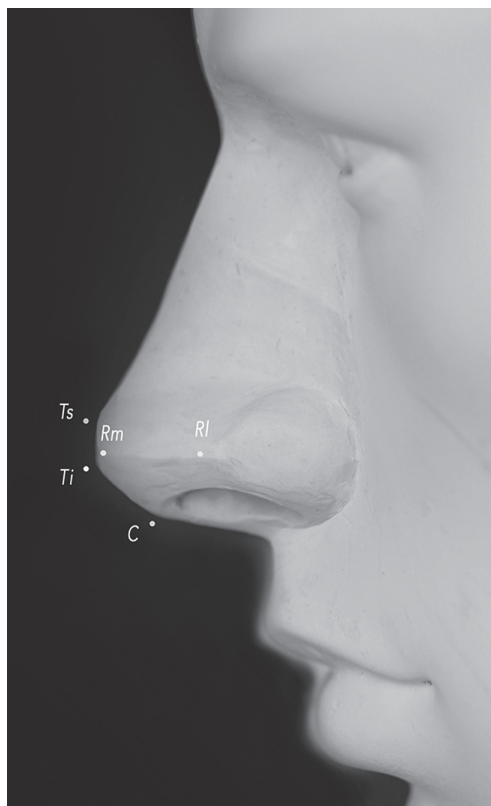
5.2. Полые многогранники

- Межкупольный многогранник.
- Многогранник фасета.
- Многогранник колумеллы.
- Многогранник основания (в этом месте мы не поднимаем кожу).
- Внутридольковый многогранник.
- Эти многогранники не видны при поднятой коже.

6. Точки излома кончика (купола)

При виде сбоку на такой же вертикальной плоскости кончик носа образует две точки излома. Мы называем верхнюю точку излома Ts (превосходящий кончик), а нижнюю — Ti (низший кончик). Высшие точки треугольников свода об-

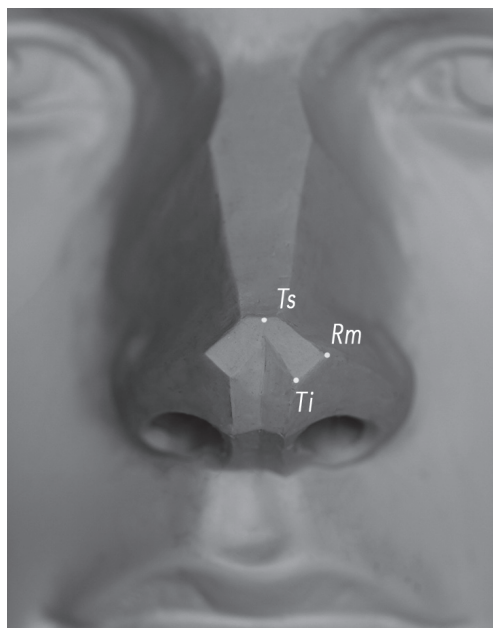
разуют Ts. Нижние внутренние края треугольников сводов образуют точки Ti.



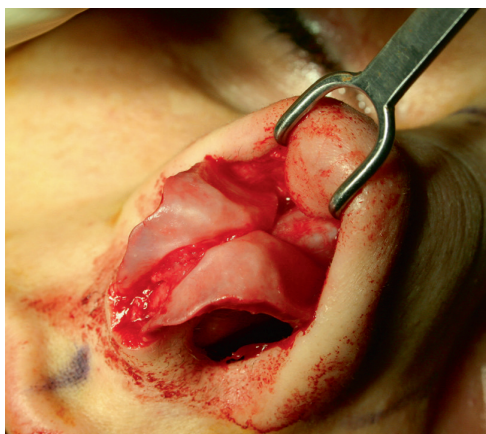
Обратите внимание на рисунки многогранника. По возможности рисуйте их сами. Легче всего начать рисунок с межкупольного многогранника.

7. Треугольники куполов

Это треугольники, образуемые точками Ti, Ts и Rm. Существует два купольных треугольника. Многогранники куполов должны быть направлены четко вперед.



В 2008 г. правый купол одного из моих пациентов, у которого были красивые определяющие точки правого купола, имел треугольную форму. Чтобы придать аналогичную форму левому куполу, я сделал его треугольным. Понятие о треугольном своде отображено с помощью данной фотографии.



Купол — точка пересечения латеральной и медиальной ножек. Латеральная и медиальная ножки не сформированы кривой плоского прямоугольного хряща от центра под одним углом. Если вы заставите их наклониться в одну плоскость с помощью швов, то расположение купола, латеральной и медиальной ножек может быть неправильно изменено. Многогранник поддольковой части увеличится, верх многогранника фасета закроется, а каудальные грани латеральных ножек будут направлены к ноздрям.

Латеральная и медиальная ножки соединяются друг с другом под углом 15–20°. Сочленение под таким углом создает треугольник соединения. У некоторых пациентов вы четко можете рассмотреть данный треугольник. Чаще всего переходы между данными треугольниками более мягкие.

Пример на пациенте

Перед операцией давайте рассмотрим анатомию хряща пациента с четко выраженными многогранниками концевого отдела носа. Поскольку кожа пациента тонкая, нам легче увидеть под ней анатомию хрящей. Вы можете четко видеть многогранники. Так как размер угла покоя латеральной ножки является удовлетворительным, мы можем заметить световой рефлекс, образуемый каудальным краем латеральной ножки.



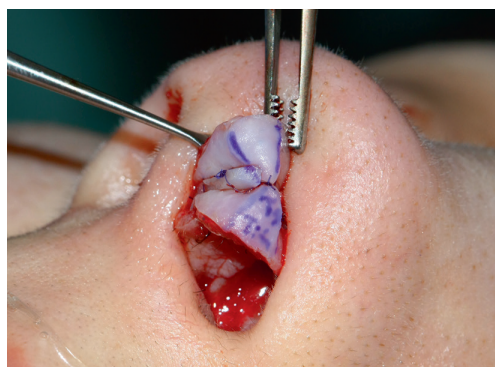
Правый купол кончика носа пациента представлен более четкой треугольной формой. Посмотрите, как близко друг к другу расположены медиальная и латеральная ножки на цефалическом краю купола. Мы пытаемся воссоздать такую форму с помощью швов на кончике.



Тем не менее левый свод пациента не представляет собой треугольник. Линия сгиба рядом с латеральной ножкой более изогнута по сравнению с другой стороной. Более того, линия сгиба рядом с латеральной ножкой имеет более сильный излом у цефалического края свода. Общими характеристиками левого и правого купола является то, что медиальные и латеральные ножки на каудальных краях свода, которые сформируют кончик многогранника, находятся далеко друг от друга. Наложение швов на цефалический свод даст возможность сделать его схожим с правым сводом. Наложение швов на цефалический купол не приведет к созданию четкого треугольника, но эта форма может быть достигнута с помощью треугольного многогранника. Треугольная форма может быть полу-

чена, если использовать два чрескупольных шва, расположенных относительно друг друга под углом 30–40°, но четкой эстетики добиться не удастся.

Ниже вы видите фотоснимки пациентки, обладающей четкими треугольниками свода.



На фотографиях ниже изображены дооперационные снимки одной из моих

пациенток, которая была прооперирована в 2007 г. Я создал треугольники куполов, разместив два разных горизонтальных матрасных шва под углом 30–40°. Четкая треугольная форма была придана куполам, но планирование и проведение операции не были легкими.

Я не использовал этот способ с 2008 г. Хотя цефалический шов купола не делает купола такими треугольными, как изображено выше, это наиболее подходящий метод.

Важно

Во время рисования изменяйте органические формы на кубические. Это сделает изучение более легким. Средняя длина такого треугольника, образующего свод, около 3 мм, и эта длина продолжает основание многогранника фасета.

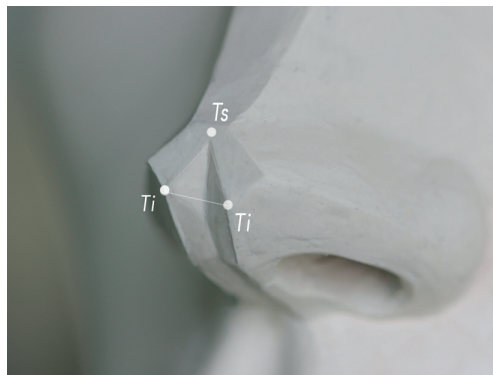
Важно

Горизонтальный матрасный шов, именуемый швом, стягивающим купол, межкуповольный или формирующий шов купола, не является подходящим швом для воссоздания анатомии купола концевой отдела носа. Шов, который лучше всего повторяет треугольную анатомию купола и в то же время является самым простым, состоит из цефалического шва купола. Цефалический шов купола носа воссоздает форму купола путем сужения верхней части треугольника. Не накладывайте никаких швов в каудальной части куполов. На фотоснимках ниже вы можете увидеть пример на пациенте, где я применял стягивающий купола или межкуповольный шов в 2008 г. Я старался не повредить фасетные многогранники, накладывая швы на цефалические грани купола. Если вы стянете шов слишком сильно, грани могут быть повреждены; в то же время если вы натянете недостаточно сильно, то не будет результата. Технически это непростой шов. Он не может исправить угол покоя латеральной ножки должным образом.

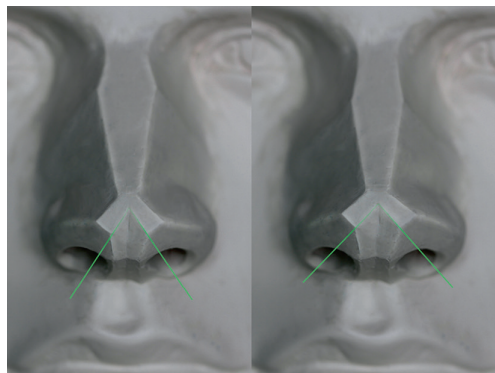


8. Внутрикупольный треугольник

Внутрикупольный треугольник — это место между точкой T_s и обеими точками T_i . Как и многогранник купола, он направлен вперед.



Для эстетических целей, на мой взгляд, вам следует видеть не только грани, но и пространство между ними. Верхний угол межкуповольного треугольника — 80° для мужчин и 100° для женщин.



Постарайтесь рассмотреть границы светового рефлекса, пропускаемого через кончик носа. Вы заметите, что они образуют треугольник.



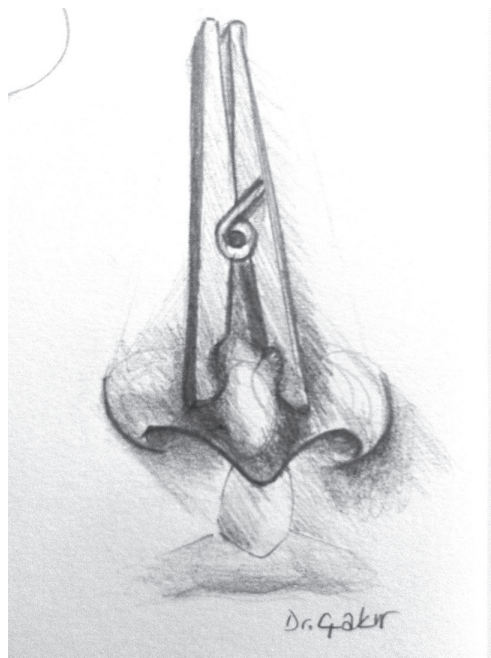
Внимание

Я обнаружил размеры данных углов через измерения, которые проводил на красивых носах в программе Photoshop. Допустимое отклонение угла колеблется от 5 до 10°. Основываясь на своих исследованиях, замечу, что вершина угла межкупового многогранника у мужчин узкая.

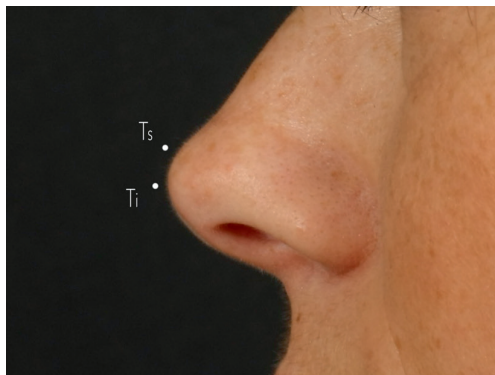
Важно

Поскольку ротация кончика носа увеличивается, каудальные грани куполов расходятся. Отличие вершин угла носов женщин и мужчин обусловлено разницей ротации.

Треугольники свода соединяются друг с другом лишь в точках Ts. Между точками Ti должно быть место. Если вы закроете это место швом, эстетика кончика существенно ухудшится. Многогранники фасета расширяются горизонтально; следовательно, вы должны подумать о хрящевом трансплантате в области каудального края крыла носа. Выраженность эффекта стянутого носа увеличивается по мере более медиального перемещения каудальных краев латеральных ножек больших крыльных хрящей.



В итоге я рекомендую никогда не перекрывать межкуповый многогранник.

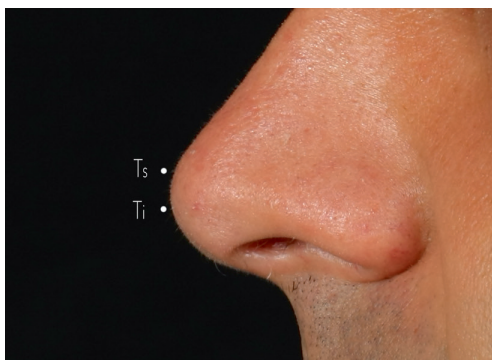


8.1. Дивергенция куполов

Это спорный момент, который до сих пор не был четко объяснен. Он обсуждался в теории, но еще не применялся на практике. Возможно, недостаточное объяснение межкупольного пространства, основанного на дивергенции свода, вызывало замешательство. На некоторых рисунках дивергенция купола была отображена как место между цефалическими гранями сводов. Тем не менее своды соприкасаются или находятся близко друг к другу, даже если есть тонкие соединения между ними.

Важно

Точки T_i и T_s должны быть в одной и той же вертикальной плоскости. У женщин точка T_i может располагаться кпереди на 1–2 мм от точки T_s .



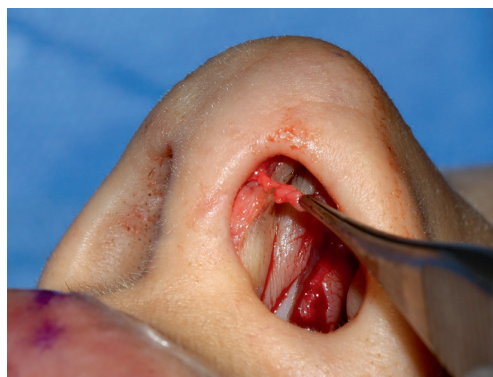
Образует ли межкупольный треугольник ямку на коже?

На красивых от природы носсах межкупольный треугольник существует всегда. Его редко можно рассмотреть на носсах с толстой кожей, но он более заметен на носсах, покрытых тонкой кожей. Межкупольный треугольник может быть виден снаружи как фасет или маленькая бороздка. В анатомии хряща эта бороздка более заметна. Поверхностная часть SMAS (поверхностная мышечно-апоневротическая система) и межкупольные связи заполняют пространство между ними. Поверхностная часть SMAS должна быть защищена во время рассечения. Если вы оставите поверхностную часть SMAS на хряще во время поднятия крыла и продельвания резекции, пока она находится между хрящами, эта область будет пустой, когда крыло будет снова закрыто.

Подпирающий трансплантат должен быть прикреплен к цефалическим краям медиальной ножки. Иначе мы не сможем защитить межкупольный треугольник. Необходимо оставить пространство для поверхностной части SMAS между медиальными ножками. На носсах с толстой кожей этот многогранник можно сделать заметным с помощью небольших разрезов от надхрящницы и SMAS.



нике. Если подпирющий трансплантат расположен близко к каудальному краю медиальной ножки, то внутридольковый многогранник приобретает округлую форму. Внутридольковый многогранник сформирован самой слабой частью нижнего латерального хряща, которая называется «средняя ножка». После разреза эта часть ослабевает, и понадобится трансплантат, поддерживающий форму, чтобы укрепить ее. Мы опишем данную тему в главе по методам хирургии.

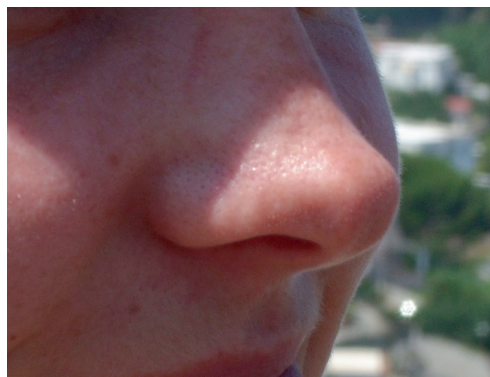


Важно

Не стоит отсекай слишком много, потому что вы можете повредить артерии, вены и нервы.

9. Поддольковый многогранник

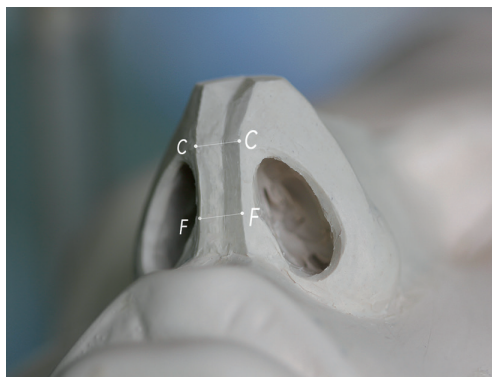
Внутридольковый многогранник — это прямоугольник между точками T_i и C , названный по имени Роллина Даниеля (Rollin Daniel). Внутридольковый многогранник направлен вниз под углом 45° . Это полый многогранник. Поверхностная часть SMAS наполняет это пространство и придает ей четкую форму. Подпирющий трансплантат также расположен в данном многогран-



10. Многогранник колумеллы

Многогранник колумеллы — это полый многогранник между точками C и многогранником ости носа. Многогранник колумеллы направлен вниз. Пространство между каудальными краями меди-

альной ножки должно быть защищено. Часто встречающаяся ошибка — использование чрезмерных трансплантатов в данной области или расположение каудальных краев слишком близко друг к другу. Чрезмерная трансплантация увеличивает многогранник мягкотканой перегородки. Сшивание каудальных краев сужает многогранник колумеллы. Тем не менее на нормальном и красивом носе многогранник мягкотканной перегородки легко просматривается. Небольшое углубление выглядит естественным и не будет беспокоить пациента. Медиальные ножки направлены вбок и вверх для того, чтобы образовать ости носа. В случае если многогранник колумеллы короткий, его возможно удлинить, скрепив ости между собой.



По окончании хирургии кончика носа поверхностная часть SMAS и надхрящница могут образовать выпячивание многогранника колумеллы. Вы можете провести резекцию выпячивания на многограннике колумеллы либо сделать небольшие лоскуты и повернуть их к пространству в междольковом многограннике. Ниже выпячивание в точке С было исправлено с помощью лоскута из надхрящницы.





Многогранник основания медиальных ножек, многогранник колумеллы и губа могут быть нечетко отделены друг от друга. Как в примере ниже, губа, колумелла или основание медиальных ножек могут превалировать.



11. Многогранники ости носа (основания медиальной ножки)

Эти плоскости сформированы основанием медиальных ножек больших крыльных хрящей. Они направлены в стороны и вниз.



У женщин он может быть увеличен. У мужчин нередко можно встретить его формирующий острый угол с губой. На сплюсненном носу избыток каудальной задней части перегородки располагается между основаниями медиальных ножек и увеличивает этот многогранник. У пациентов, имеющих короткие многогранники перегородки, возможно удлинить их путем сшивания оснований медиальных ножек. Данные многогранники могут быть достаточно широкими, приводя к затрудненному дыханию. Во время операции эта область может быть сужена.