

# Красивый нос после эстетической ринопластики: к чему стремиться, как этого достичь, какими результатами следует гордиться

Редакция благодарит за подготовку и проведение дискуссии

*Кирилла ПШЕНИСНОВА, доктора медицинских наук, профессора, заведующего курсом пластической хирургии Ярославльской государственной медицинской академии (Ярославль)*

*а также участников дискуссии:*

*Анатолия БЕЛОУСОВА, доктора медицинских наук, профессора, генерального директора, ведущего хирурга ООО «Центр пластической и реконструктивной хирургии» (Санкт-Петербург),*

*Виталия ГОЛОВАЧА, пластического хирурга Центра косметологии и пластической хирургии (Екатеринбург),*

*Леонида ПАВЛЮЧЕНКО, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой эстетической пластической хирургии ФПКМР РУДН, главного врача клиники «Хирургия Красоты», вице-президента ОПРЭХ, президента Ассоциации клиник пластической хирургии и косметологии (Москва),*

*Кирилла ЩЕРБАКОВА, ассистента кафедры эстетической пластической хирургии ФПКМР РУДН, пластического хирурга клиники «Хирургия Красоты», действительного члена ОПРЭХ (Москва).*

**Кирилл Пшениснов:** В феврале 2006 года в рамках Симпозиума по эстетической медицине



Кирилл ПШЕНИСНОВ



Анатолий БЕЛОУСОВ



Виталий ГОЛОВАЧ



Леонид ПАВЛЮЧЕНКО



Кирилл ЩЕРБАКОВ

состоялась панельная дискуссия «Красивый нос после эстетической ринопластики: к чему стремиться, как этого достичь, какими результатами следует гордиться». Ведущие эстетические пластические хирургии страны обсуждали вопросы, связанные с эталонами красоты для носа и лица в целом, в том контексте, что эти стандарты во многом определяются тенденциями массовой культуры и навязываются средствами массовой информации. Обсуждалось влияние рекламных материалов специализированных журналов и сайтов на формирование желаемого облика как у хирургов, так и у российских пациентов.

Перед участниками дискуссии стояли следующие вопросы: в чем заключаются тенденции изменения представлений о красоте и пропорциях носа? Зависят ли они от этнической принадлежности пациента и хирурга? Также обсуждались более частные вопросы, а именно: этично ли демонстрировать потенциальным пациентам фотографии оперированных носов, сделанные в нестандартных проекциях? Достаточно ли одной-двух проекций, чтобы оценить истинный результат ринопластики по фотографии? Способен ли потенциальный пациент разглядеть различия в

▶ чужих носах до и после операции, реально оценить возможности хирурга и преодоленные им в конкретной операции сложности?

Безусловно, и хирургов, и пациентов волнуют и другие вопросы. Всегда ли в интернете демонстрируются только лучшие результаты операций? Полностью ли они соответствуют планированию хирурга и желанию пациента? Перед участниками дискуссии также были поставлены вопросы: является ли признаком мастерства и стиля то, что результатом разных ринопластик становятся «одинаковые носы» и не является ли новым модным типом «славянского» носа нос «лодочкой» с низким корнем и зауженным кончиком?

Панельная дискуссия состояла из двух частей. Первая под названием «Красивый нос – к чему стремиться?» была посвящена тому, как мастера анализируют эстетику лица и носа, как планируют свои ринопластики. Вторая часть касалась технических приемов: «Как достичь желаемого и стабильного результата ринопластики». При этом участникам дискуссии были предложены модели, характеризующие нос при боль-

шом длинном горбатым носе, а также при так называемом характерном «славянском» типе с широким кончиком и низкой спинкой. Хирурги анализировали фотографии пациентов и представленные заранее дополнительные сведения, а также предлагали свои компьютерные модели в отношении прогнозов будущих операций.

Вначале планировалось издание полного отчета панельной дискуссии в журнальном варианте. Вместе с тем, из этических соображений мы сочли нецелесообразным представлять в печатном издании различные варианты компьютерного моделирования конкретных пациентов. Кроме того, большинство участников дискуссии пожелали оформить свои выступления в виде журнальных статей, которые и составляют основную часть научных публикаций данного журнала.

Мы благодарим всех участников дискуссии и авторов за их значительный вклад в развитие и осмысление эстетической ринопластики и надеемся, что эти публикации вызовут большой интерес широкого круга читателей «Эстетической медицины».

# Комплексная оценка лица при планировании результата ринопластики

*«Критериев оценки лица не существует.*

*Оно может лишь доставлять удовольствие или неудовольствие.*

*Критерии отбора должны вырабатываться путем совершенствования вкуса».*

*Кобо Абе «Чужое лицо»*

**Ч**то является целью конкретной пластической операции? Какие задачи она должна решить? От того, как отвечает на эти вопросы пластический хирург, зависит формирование принципов предоперационного планирования, которые, по сути дела, становятся визитной карточкой каждого из нас.

Оценивая лицо с позиций общепринятых канонов красоты, я не могу признать результат пластической операции успешным, если положительный эффект достигнут только в одной зоне, которую пациент обозначил как проблемную.

Идеал красоты сегодня, как и много столетий назад изменяется параллельно с развитием культуры, литературы, музыки и даже экономики. Под воздействием общественной идеологии, с учетом уровня жизни и природно-климатических условий каждая социальная группа вырабатывает свои эстетические взгляды и свое понимание красоты. Оно включает наиболее общие черты, по которым в конкретной социальной группе в отношении конкретного индивидуума оценивается его эстетическая привлекательность.

В каждую эпоху у каждой народности, каждого поколения, каждого общественного слоя формировались свои представления об идеальном человеческом облике. Но всегда красота связывалась, в первую очередь, с лицом, так как именно от того, какое человек имеет лицо, зависит его успешность в обществе.

Не будет ошибкой сказать, что нос, являясь центральной частью лица, композиционно держит его. Нос – это элемент индивидуальности человека, и если его форма гармонично увязывается с остальными чертами лица, то ощущения некрасивого носа не возникает. Нарушение баланса в чертах и пропорциях может привести к тому, что нос, идеально сконструированный хирургом с точки зрения общепринятых идеалов красоты, будет выглядеть на лице одиноко, чужеродно и возможно даже создавать впечатление некрасивого.

Что я принимаю во внимание во время консультирования пациентов, обратившихся по поводу изменения формы носа?

Во-первых, оцениваю лицо пациента с позиций классических канонов красоты. Пропорции

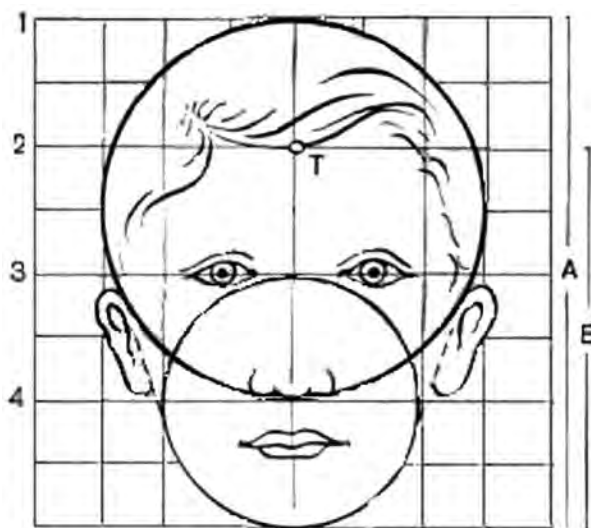


Рис. 1

**В. Головач**

Екатеринбург, Россия

## Комплексная оценка лица при планировании результата ринопластики

► красивого лица в различных интерпретациях (рис. 1) легко можно найти в многочисленных публикациях как зарубежных, так и российских авторов [1], на веб-сайтах клиник, занимающихся реконструктивными операциями на лице, в научно-популярной литературе.

Представления о гармоническом делении отрезков, разработанные древнегреческими математиками и дополненные в XIII веке математиком Фибоначчи [2], были виртуозно применены талантливым математиком, инженером и живописцем Леонардо да Винчи. Он первым заметил, что пропорции отдельных частей человеческого тела очень близки к гармонической пропорции («золотому сечению»): чем ближе отношения размеров отдельных частей человеческой фигуры к числу 1,618, тем более красивым считается человек. Сегодня ни для кого не является открытием, что у пропорционально сложенного человека отношения его роста к расстоянию от пупка до пола, длины руки – к расстоянию от локтя до кончиков пальцев, длины ноги – к расстоянию от колена до пола приближаются к «золотой пропорции».

Ту же «золотую пропорцию» ученые начала XX века и современности находили и в соотношениях черт лица [3], в отношениях размеров носа, и,

например рта (рис. 2), расстояния от кончика носа до подбородка и длиной носа от его корня до кончика [4]. Те же «божественные пропорции» хирурги стремятся найти и в отношении длины носа к проекции кончика носа [5].

Интуитивно чувствуется, что гармония есть во всех пропорциях лица человека, что существуют некоторые идеальные соотношения частей, являющиеся основой эталона красоты (рис. 3). При этом нельзя забывать, что широко используемые описания, математические формулы и «золотые пропорции» являются результатом труда представителей европеоидной расы и, скорее всего, именно поэтому подходят практически в 100% ситуаций, предлагаемых нашими пациентами.

Однако те из коллег, кому приходилось оперировать представителей не европеоидной расы, уверен, подтвердят, что некоторые параметры красивого тела и лица, являющиеся очевидными и значимыми для нас, европейцев, как правило, не только не наделены значимой положительной эмоциональной оценкой у представителей других народностей, но подчас и прямо им противоположны. Так, например, по восприятию жителей Юго-Восточной Азии нос европейца слишком длинный, а представители кавказских национальностей даже при желании уменьшить размер носа не всегда желают расставаться с характерной горбинкой.

Стремление создать геометрическую модель лица, универсального для всех, на мой взгляд,

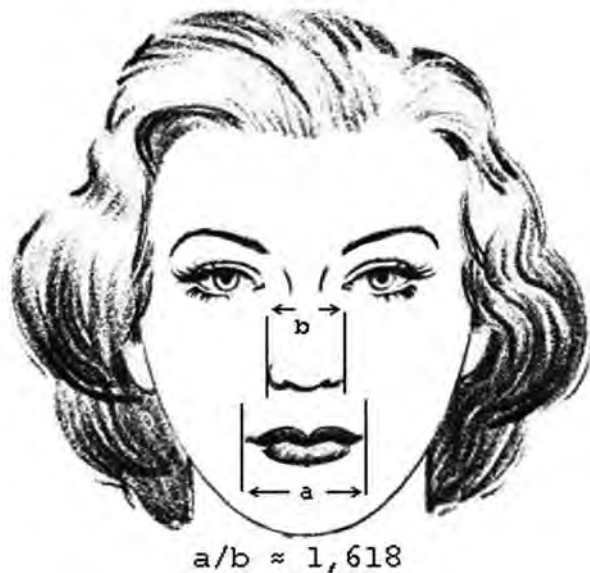


Рис. 2

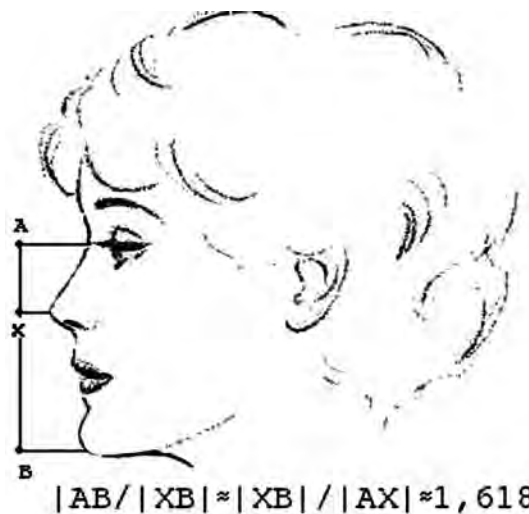


Рис. 3

бесперспективно. Ни одна модель не сможет учесть бесконечного числа индивидуальных форм лица даже у людей одной расовой принадлежности. Ведь именно всевозможные отклонения от «нормы» придают лицу подвижность, жизненность, разнообразие и индивидуальность.

Знание свойств «золотой пропорции» и общепринятых канонов красоты, как мне кажется, необходимо использовать в качестве фундамента, способного придать уверенность пластическому хирургу при принятии решений относительно планируемых изменений на лице. Особенно это важно, когда те или иные черты лица искажены травмой, врожденными или приобретенными дефектами и аномалиями развития черепа.

При этом, на мой взгляд, эстетические предпочтения пациента не менее значимы, чем измерение углов и соблюдение пропорций в соотношениях черт лица.

Не выбор «правильной» формы носа для пациента, а планирование изменений, способных вызвать общее положительное эстетическое восприятие его внешности, определяет объем будущего оперативного вмешательства.

Во-вторых, я обязательно обращаю внимание на физиологическое состояние носа пациента. Приоткрытый рот из-за затрудненного носового дыхания разной этиологии, гнусавый голос вследствие постоянной заложенности носа, «шмыганье» даже идеальным, с точки зрения канонов красоты, носом не будут способствовать позитивному психо-эмоциональному восприятию пациентом результата оперативного вмешательства и не позволят ему оценить послеоперационный результат как отличный или просто хороший.

В-третьих, я также не оставляю без внимания возрастные изменения, затронувшие внешность пациента. Лицо женщины, обратившейся к пластическому хирургу в период перименопаузы с просьбой изменить форму носа, вне всякого сомнения, будет более привлекательным после ринопластики. Однако опущенные брови, «мешки» под глазами, «скорбные» узкие губы, двойной подбородок ни у кого не вызовут эстетического удовольствия.

При этом важно понимать, что далеко не все пациенты в состоянии адекватно оценить причину неудовлетворенности своим внешним видом.

Наглядно увидеть предлагаемые хирургом изменения помогает пациенту компьютерное моделирование. Демонстрация не только

«новой» формы носа, но и гармонии лица в целом играет значимую роль в принятии пациентом решения о необходимом и достаточном объеме оперативного вмешательства.

Вопрос «Что можно сделать с формой носа?» задает большинство пациентов на приеме. Я же всегда пытаюсь найти ответ на вопрос: «Почему пациент стремится к этим изменениям?»

«Что» является поводом обращения, а «почему» вскрывает истинную причину, побудившую пациента обратиться в клинику. Очевидно, что при одном и том же «что» могут быть разные «почему»: кому-то хочется изменить форму носа и придать лицу новое выражение, кого-то беспокоит функциональное состояние носа, и операцию эти пациенты рассматривают как способ решения проблем носового дыхания, а кто-то в действительности хотел бы выглядеть моложе.

Люди редко могут точно сформулировать свои желания, чаще всего ими движет желание перемен или ощущение их необходимости. Специалисты в области продаж говорят, что не более 20% покупателей, заходя в магазин, точно знают, чего они хотят, и, соответственно 80% покупок совершается спонтанно!

Я ни в коем случае не ставлю знак равенства между клиникой пластической хирургии и супермаркетом, между пластическим хирургом и продавцом, но считаю, что закономерностями, действующими в обществе, нельзя пренебрегать. Они достойны внимания, и их учет позволит сделать общение с пациентами эффективным, пластическую операцию – успешной, а оценку ее результатов и хирургом и пациентом – более высокой.

Планируя результат операции, необходимо исходить из объективной оценки своих знаний и навыков. Далеко не все изменения, которых мог бы достичь в ходе операции опытный хирург, по силам хирургу начинающему, тем более не имеющему отоларингологической практики.

В начале профессионального пути нам доступен ограниченный арсенал средств и приемов, по мере нашего совершенствования применяемые техники становятся разнообразней, а показания к использованию той или иной методики – узкими и специализированными. Могу проиллюстрировать это эволюцией своих взглядов на ринопластику: от закрытого доступа к открытому, от деструктивной техники к шов-

## Комплексная оценка лица при планировании результата ринопластики

► ным методикам, от септопластики и ринопластики к септоринопластике. Пластический хирург должен представить пациенту оптимальный вариант возможных хирургических вмешательств, создать у пациента необходимую мотивацию.

Пластическая хирургия – хирургия плановая, у нас в работе нет понятия «скорая» помощь, мы не спасаем жизни, но лечим души и лечим их красотой. Пластический хирург не может просто «отпускать товар», иными словами – удовлетворять потребность, с которой к нему обратился пациент. Он должен мотивировать пациента на улучшения и должен представить перспективу возможных изменений, о которых пациент даже не догадывается, но которые, по глубокому убеждению хирурга, придадут лицу

пациента эстетическую привлекательность.

У кого-то возникнет впечатление, что это манипулирование сознанием пациентов. Безусловно, грань между мотивированием и манипулированием очень тонкая, и по какую сторону от этой грани находится врач, определяется, прежде всего, целями, которые он преследует при беседе с пациентом. Если вы руководствуетесь идеей «мой выигрыш – прежде всего выигрыш пациента», вы мотивируете пациента. Если же ваша цель – выгода за счет пациента, например, за счет увеличения объема оперативного вмешательства, или вы сознательно скрываете от пациента необходимость дополнительных вмешательств с целью достижения наилучшего косметического эффекта, это ни что иное, как манипуляция.

Как добиться результатов, которые удовлетворят и хирурга, и пациента, избегая манипулирования сознанием пациента и не обижая его?

Только разъясняя, поясняя и убеждая. Обсуждая операцию, на мой взгляд, очень важно четко ответить для себя на два воп-

### ТАБЛИЦА. АЛГОРИТМ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ

<i>Наименование этапа</i>	<i>Работа с пациентом</i>
<i>I Осмотр и оценка внешнего состояния носа: его строение и форма, взаимосвязь с пропорциями лица, структура кожи.</i>	<i>Объяснение причин дискомфорта при восприятии пациентом собственного облика. Обсуждение возможных коррективов. Обсуждение недостижимых изменений.</i>
<i>II Осмотр внутреннего состояния носа и оценка его функционального состояния как органа дыхательной системы человека.</i>	<i>Разъяснение зависимости между функциональным состоянием носа и его внешним видом. Пояснение важности свободного носового дыхания. Определение объема необходимого вмешательства.</i>
<i>III Формирование планируемого имиджа.</i>	<i>Моделирование желаемого результата с использованием специальной компьютерной программы, отталкиваясь от собственных представлений о красоте и гармонии лица, с обязательным учетом имеющегося в нашем распоряжении арсенала навыков и технических приемов. Внесение коррективов в планируемое послеоперационное изображение с учетом пожеланий пациента, построенных на эстетических идеалах внешности, характерных для его социальной группы.</i>
<i>IV Комплексная оценка лица.</i>	<i>Оценка степени возрастных изменений лица пациента. При необходимости: - моделирование возможных изменений в компьютерной программе при условии проведения симультанной операции; - разъяснение преимуществ проведения одномоментных изменений.</i>
<i>V Планирование объема и даты операции.</i>	



Фото 1. Пациентка 19 лет обратилась с жалобами на деформацию носа, объективно: увеличен передне-задний размер носа из-за наличия костно-хрящевого горба, ткани смещены влево от средней линии, кожа носа умеренной толщины, носовое дыхание затруднено из-за искривления перегородки носа в обе стороны, нижние носовые раковины отечны, недостаточная проекция ментального отдела нижней челюсти (а, б); через 1,5 года после операций септоринопластики, вазотомии нижних носовых раковин, аугментации ментального отдела нижней челюсти (в, г)



Фото 2. Пациентка 46 лет обратилась на прием с жалобами на деформацию носа, в дополнительной беседе выявлена неудовлетворенность внешним видом, объективно: кончик носа расширен, имеет гиперпроекцию из-за гипертрофии крыльчатых хрящев, носовое дыхание не затруднено, тургор тканей лица и шеи снижен, овал лица изменен из-за птоза тканей щек, лобная мышца находится в гипертонусе, компенсируя птоз бровей, большое количество мелких морщин (а, б); через 5 лет после операций ринопластики, эндоскопического лифтинга тканей лба, верхней и нижней блефаропластики, SMAS, липосакции шеи, платизмоластики (в, г)

роса: «Что лично для меня, как для хирурга, будет целью оперативного вмешательства и какие задачи я буду стремиться решать, оперируя пациента?» Для меня целью ринопластики или септоринопластики является создание психологического комфорта пациента за счет формирования положительных эстетических эмоций не только у него самого, но и у его окружения. А основная задача, которую я стремлюсь решить – хирургическое преобразование тканей и частей лица, направленное на улучшение внешности и физиологического состояния пациента.

У каждого хирурга свой порядок ведения беседы с пациентом, я придерживаюсь следующего алгоритма (см. таблицу).

Доверительно общаясь на приеме, повышая уровень информированности пациентов, я стремлюсь вызвать у них чувство сопричастности к процессу создания нового облика. Я хочу максимально гарантировать пациентам право на получение правдивой информации о тех улучшениях, которые способен дать каждому из них.

## Выводы

1. Комплексная оценка лица при планировании ринопластики заключается не только в оценке структуры кожного покрова и костного скелета вкупе с оценкой функционального состояния носа. Под комплексностью понимается совокупность особенностей отдельных частей лица и степень их влияния друг на друга при созда-

нии нового облика пациента. При этом необходимо учитывать и эстетические предпочтения пациента.

2. В отношениях пациент – пластический хирург, хирургу отводится активная роль. Он должен быть ведущим, а не ведомым в диалоге с пациентом, он должен управлять ситуацией, а для этого ему необходимо научиться брать на себя ответственность не только за результат конкретной операции, но и за психо-эмоциональную удовлетворенность пациента за его психо-эмоциональное состояние после операции.

3. Только внутренний настрой хирурга определяет границу между манипулированием сознанием пациента и мотивированием на изменения, способные улучшить качество его жизни.

## Литература

1. *Куприянов ВВ, Стовичек ГВ. Лицо человека: анатомия и мимика. М, Медицина, 1988.*
2. *Лаврус ВС. Золотое сечение. Электронная библиотека «Наука и техника», 15 марта 2000.*
3. *Фришберг ИА. Эстетическая хирургия лица. ИКЦ Академкнига, 2005.*
4. *Gunter J, Rohrich RJ, Adams WP. Dallas rhinoplasty. Quality Medical Publishing, Inc, St. Louis, Missouri, 2002.*
5. *Ersek RA. A new nose for new look and a new outlook. MWW Publishers, 1999.*

## Отзыв на статью В. Головача «Комплексная оценка лица при планировании результата ринопластики»

**К. Пшениснoв**, доктор медицинских наук  
Ярославль, Россия

*«В искусстве – я, в науке – мы»*

*Кристиан Бернарф*

Статья доктора Головача представляет собой по форме не столько научный труд, сколько литературное эссе о принципах работы с пациентами, обращающимися в Екатеринбургский «Центр косметологии и пластической хирургии» с просьбой об изменении формы наружного носа. Это первое в своем роде печатное выступление, где отстаиваются особые принципы врачебной практики даже не с точки зрения «художника» или «скульптора человеческого тела» (как себя называют многие эстетические хирурги, не всегда имеющие полноценное образование по общей пластической хирургии), сколько с коммерческих позиций «специалиста эстетической медицины».

Перед нами работа врача, основным делом (то есть бизнесом) которого, по его утверждению, является красота. Здесь мы, безусловно, должны быть благодарны автору, который делится секретами успешного ведения бизнеса. При этом доктор Головач уже с первых фраз бросает вызов «классическим» эстетическим пластическим хирургам, которые научены сами и учат других быть предельно деликатными со своими пациентами и не оперировать те части тела, изменений в которых они не хотят.

Автор утверждает, что операция в зоне, обозначенной только самим пациентом, не может быть признана успешной. При этом он считает себя в «первую очередь консультантом в вопросах «красоты», который лучше знает, что надо сделать пациенту для того, чтобы «выглядеть моложе, чувствовать себя уверенней», то есть быть счастливым. Доктор Головач пишет, что заявив о себе как о профессионале в области прекрасного, «пластический хирург не может просто «отпускать товар», иными словами – «удовлетворять потребность, с которой к нему обратился пациент». При этом он сравнивает труд хирурга с работой продавца в супермарке-

те, и хотя, к его чести, не ставит знак равенства между ними, но указывает на «необходимость увеличения успешных продаж».

Здесь доктор Головач, возможно и невольно, пытается увести эстетическую хирургию от гиппократовской медицины в сторону так называемой «коммерческой медицины», где речь о здоровье человека вроде как и не идет. Автор не отрицает, что долг пластического хирурга как врача – помочь пациенту. Но, по нашему убеждению, если это делается платно, то хирург продает не красивые носы в частности и лица в целом, и даже не услугу, а право на сотрудничество с ним, на использование своего мастерства и опыта в достижении важных для пациента целей [1]. Именно в себе должен разобраться пациент и сам выбрать, о чем ему попросить хирурга. Безусловно, хирург должен разъяснить пациенту, обращающемуся за ринопластикой, каковы последствия уменьшения размеров носа и как это влияет на функцию дыхания. Также не секрет, что сбалансированность пропорций определяет соотношения носа, подбородка и скул [2]. Бесспорно, никакая ринопластика не поможет улучшить внешний вид пациента при оксифалии или другой врожденной черепно-лицевой патологии. И тут мы вполне согласны с автором статьи в том, что пациент вправе получить об этом правдивую информацию. Но одно дело – сбалансированность пропорций лица, другое – какие еще лицевые операции и в каком возрасте этично предложить пациенту.

Здесь претензии «консультанта по вопросам красоты» могут завести несколько дальше желания «помочь». Так, узнав из публикаций, что сексуальную удовлетворенность партнеров повышают эстетические операции не лица, а молочных желез и тела, кто-нибудь из коллег сразу предложит пациенткам, недовольным формой носа, увеличить молочные железы и ягодицы, а может, и подготовит статью «Комплексная оценка тела при планировании результата ринопластики». Некоторые хирурги так и делают, убежденные, что если дверь их эстетического центра переступил потенци-

альный «клиент», то он «созрел» и его надо «раскручивать по полной программе». К сожалению, потом пациенты в прямом смысле шарахаются от всех, кто без права и по праву называют себя пластическими хирургами, как от зазывал на восточном базаре.

Позиционируя себя как высококлассный специалист, а свою концепцию работы с пациентами современной и прогрессивной, доктор Головач мог бы подтвердить свои успехи разными способами. Например, сравнить количество пациентов, пришедших к нему на ринопластику и согласившихся на комплексные операции, с количеством отказавшихся от них. По нашим данным [2], в серии из 104 пациентов каждому третьему, обратившемуся для ринопластики, предлагали имплантат подбородка, а согласился лишь каждый десятый. Или можно было сопоставить доходы клиники или самого хирурга в период работы, когда выполняли пожелания самого пациента и оперировали только нос, с тем, когда перешли к принципу комплексных операций. Это было бы очень демонстративно и убедительно для читателей. Есть и другая сторона – недовольство пациента результатом операции, на которую он не был изначально настроен, как покупателя – навязанной ему ненужной покупкой. В таких ситуациях с ростом «продаж» и доходов закономерно возрастают и финансовые риски. Освещение этой теневой стороны еще больше добавило бы достоверности высказываниям автора.

Доктор Головач выбрал способ подтверждения написанного им двумя наблюдениями из практики. В первом клиническом случае риносептопластика при кифосколиозе длинного носа сочетается с ментопластикой. Судя по представленным фото (по две позиции из шести стандартных), получены очень хорошие эстетические результаты (подтверждения функциональных результатов не предъявлено). Вместе с тем, эти результаты не полностью соответствуют классическим канонам красоты, с описания которых начал свое повествование автор. Так, на фото 1 нос пациентки 19 лет остался длиннее, чем требуют «идеальные» пропорции. При виде спереди подкончиковая долька нависает, и пациентка не может видеть просвет ноздрей в зеркало, как этого требует эстетика носа [3, 4]. Носо-губной угол менее 90°. Обращает внимание то, что наружные углы глаз девушки находятся ниже внутренних.

Это можно было считать неточностью установки при фото анфас. Однако и до, и после ринопластики между радужкой и нижним веком есть просвет белочной оболочки – так называемое «scleral show». О важности размещения латерального кантуса в более эстетически выгодном положении недавно в «Эстетической медицине» сообщил С. Нудельман [5]. В такой ситуации выполнить кантопексию – вот самое простое, что можно было предложить девушке с целью «хирургического преобразования тканей и частей лица, направленном на улучшение внешности пациента и физиологического состояния», о чем так красиво написал доктор Головач, но почему-то не сделал. Какие здесь причины: не смог разъяснить пациентке необходимость этой операции, или, «поясняя и убеждая», сам не заметил проблемы? На этих нюансах автор не остановился.

Выбранное для второй пациентки 46 лет (фото 2) сочетание ринопластики и подтяжки лба, пластики век и лица также представляется довольно частым. По нашим данным, сужение и поднятие кончика носа выполняется в 10% наблюдений комплексного омоложения лица [6]. Доктор Головач и в данном наблюдении получил стабильный результат. Но поскольку в статье речь идет о ринопластике в первую очередь, можно заметить, что спинка носа в профиль, особенно в области корня носа, осталась ниже идеального уровня [3]. При этом анфас спинка выглядит уплощенной и, на наш взгляд, просматривается нежелательная V-образная деформация костно-хрящевого стыка. Если же писать о комплексной оценке лица, то у пациентки 46 лет, также есть диспропорции, обратные таковым пациентки 19 лет, а именно нарушение прикуса по типу нижней про- или макрогнатии. Нам известно, что в Екатеринбургском Центре ринопластику доверено выполнять только ЛОР-врачам, каковым по базовому образованию является доктор Головач. Хотелось бы знать, какова роль других специалистов, помимо более узко специализирующихся пластических хирургов, например, челюстно-лицевых хирургов, в комплексной оценке лица пациента в этом Центре.

Помимо высказанных принципиальных возражений есть и некоторые незначительные замечания по форме и содержанию представленной работы. Свое отношение к авторскому стилю повествования мы выражаем в выбран-

ном нами эпиграфе. Кроме того, в отличие от научных статей, имена иностранных авторов в представленной работе приведены не в оригинальных транскрипциях. Использованные иллюстрации не цитированы в списке литературы. Содержимое иллюстраций не расшифровано в подписях к ним, а также в тексте статьи. Сами рисунки выбраны не вполне удачно. Так, на рис. 1 средняя часть лица и, соответственно нос, представляются неестественно длинными. С другой стороны, есть опасность, что, имея в запасе набор картинок с вариантами пропорций лица по разным авторам, искусственный «в разъяснении, пояснении и убеждении» хирург всегда может преподнести полученный результат как «красивый и идеальный». При этом, обсуждая идеальные носы, автор сводит пригодность «божественных пропорций 1:1,618» только к европеоидной расе. Напомним, что и представители других рас, которые постоянно обитают на территориях, заселенных выходцами из Европы, предпочитают выглядеть как коренные жители. Доминирующее население европеоидной расы будет воспринимать близкие себе черты других рас как более привлекательные (пример – известные модели, Наоми Кэмпбелл).

В приведенном автором алгоритме ведения беседы с пациентом отсутствует очень важный пункт, который знает каждый врач, изучавший пропедевтику. Пункт, задающий самое отношение врач-пациент. Это жалобы. Нет в порядке «ведения беседы» доктора Головача с пациентом и вопросов по анамнезу. Свое мнение об алгоритме работы с пациентом, интересующимся ринопластикой, мы изложили в «Эстетической медицине» [7]. Вызывает также недоумение, почему комплексная оценка лица проводится после формирования компьютерного имиджа. Все это вытекает из приверженности доктора Головача своей доминирующей роли в общении с пациентом.

В конце работы автор статьи все-таки делает оговорку, что не стремится к 100% продажам и старается учитывать эстетические предпочтения самого пациента. Возникает вопрос – так будет ли доктор Головач делать ринопластику, если он предложил сделать ее вместе с пластикой подбородка и подтяжкой бровей, а пациент от этих дополнительных вмешательств отказался? В самом начале статьи он сам определил такой вариант как заведомую неудачу. Не

секрет, что некоторые эстетические хирурги считают такие операции, как верхние блефаропластики, или отопластики невыгодными в финансовом плане и изолированно их не выполняют.

Другой вывод статьи относительно ведущей роли хирурга в управлении ситуацией и до, и после операции: мы считаем, что эта роль не должна быть патерналистской. Взаимопонимание возможно только при реальном сотрудничестве с пациентом.

Последний вывод относительно «внутреннего настроения» хирурга, который «определяет границу между манипулированием сознанием пациента и мотивированием на (позитивные) изменения» также требует обсуждения. На наш взгляд, пациент должен быть защищен не только «внутренним настроением» хирурга, но и: 1) системой подготовки, переподготовки и сертификации пластических хирургов с их специализацией по эстетической хирургии; 2) деятельностью профессиональных обществ и функциями контроля над соблюдением устава и этического кодекса. Эти задачи надо ставить перед нашими профессиональными сообществами и органами здравоохранения. Отсутствие специальности «пластическая хирургия» в нашей стране делает проблему защиты пациента (да и хирурга), особенно злободневной.

Что касается успеха конкретной пластической операции, то он определяется удовлетворенностью пациента ее результатом. По нашему опыту, этим результатом пациент будет доволен только тогда, когда он точно знает, чего он хочет. В отличие от доктора Головача, именно жалобу (личностную проблему и просьбу) пациента мы ставим во главу наших профессиональных отношений с ним. Здесь, безусловно, надо помнить о другой крайности, когда хирург считает целью своей работы то, что кажется красивым пациенту (например, пышная грудь с трехлитровыми имплантатами). Но, как известно, пластический хирург отличается от свободного художника тем, что у него много ограничений, связанных с биологическим характером материала, а также с этическими нормами.

Действительно, элективность эстетической хирургии состоит, кроме прочего, еще и в том, что пациент выбирает хирурга по его визитной карточке (реклама, научные статьи и выступления, мнение пациентов и коллег и т.д.). Но и хирург должен правильно для себя выбрать

пациента и операцию, которую ему следует или не следует сделать. Как указывалось ранее, мы предпочитаем того пациента, который на 100% знает, чего хочет. В этом есть доля и науки, и искусства – все это в сплаве с личным опытом, знаниями и нравственными устоями каждого конкретного хирурга.

Хочется поздравить доктора Головача с достижением высот профессионального мастерства, блестящими результатами представленных эстетических операций лица и ринопластики, в частности. Нужно всячески приветствовать публикации в «Эстетической медицине» врачей столь обширной и успешной практики. Ставшая традиционной дискуссия среди коллег должна улучшить взаимопонимание и восприятие не только хирургических технологий, но и принципов работы, прежде всего, во благо пациентов.

## Литература

1. Боровиков А. Хирург и пациент: любовь или сделка? *Эстетическая медицина* 2005;4(3):303-306.
2. Пшениснoв КП. Лицевые силиконовые имплантаты при биоразмерной ринопластике/ *Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов. Материалы III Международной конференции. Ред. АА Адамян. Москва 1998;233-234.*
3. Пшениснoв КП, Гагарин ВВ. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица. *Избранные вопросы пластической хирургии* 2000;1(4):48.
4. Цепколенко ВА, Грубник ВВ, Пшениснoв КП. *Пластическая эстетическая хирургия. Современные аспекты. Киев, Здоров'я, 2000;232.*
5. Нудельман С. Перiorбитальное омоложение средней зоны лица (метод жесткой фиксации). *Эстетическая медицина* 2006;5(2):145-154.
6. Пшениснoв К, Краева Е. Эволюция техники пластики лба (личный опыт). *Эстетическая медицина* 2005;4(2):123-130.
7. Пшениснoв К, Пшениснoва Е. Ринопластика. Особенности первичного приема пациента. *Эстетическая медицина* 2004;3(3):239-243.

# Красивый нос и принципы функциональной ринопластики

**К**ак выглядит наш нос? Найти людей, равнодушных к этому вопросу, довольно трудно. Иметь красивый нос хотят практически все. И каждый представляет его по-своему. Для того чтобы ответить на вопрос «Что же такое красивый нос?», необходимо вспомнить о существующих моделях красоты: математической, социально-исторической, этнической и биологической.

## 1 МОДЕЛИ КРАСОТЫ И ФУНКЦИИ НОСА

В соответствии с математической моделью, красивый нос можно описать как геометрическую конструкцию, построенную с учетом определенной величины углов, сторон, плоскостей и их соотношений. Данный подход бесспорно полезен и используется врачом при анализе особенностей носа конкретного пациента. Однако представления о стандартах красоты отличались в различные периоды истории, да и сегодня часто не совпадают в разных социальных группах людей. А этнические эталоны идеального носа (европейского, африканского, азиатского) – вообще далеки друг от друга. Все эти модели пластический хирург использует в своей работе, одновременно опираясь на пожелания конкретного пациента.

В то же время при планировании операции ринопластики с позиций функциональных принципов основной является биологическая модель, в соответствии с которой нам кажется красивым то, что биологически целесообразно. Как известно, главная функция носа – это

носовое дыхание, и следовательно, восприятие запахов, согревание, очищение и увлажнение вдыхаемого воздуха (рис. 1) [1–4]. Дыхательная функция носа – чрезвычайно важна для человека и значительно влияет на его здоровье и качество жизни. Ее сохранение в полном объеме позволяет человеку продолжить свой род и, в конечном счете, сохраниться как вид. Понимание этого не умаляет значения еще одной функции носа – эстетической, осознание которой возникло с развитием цивилизации.

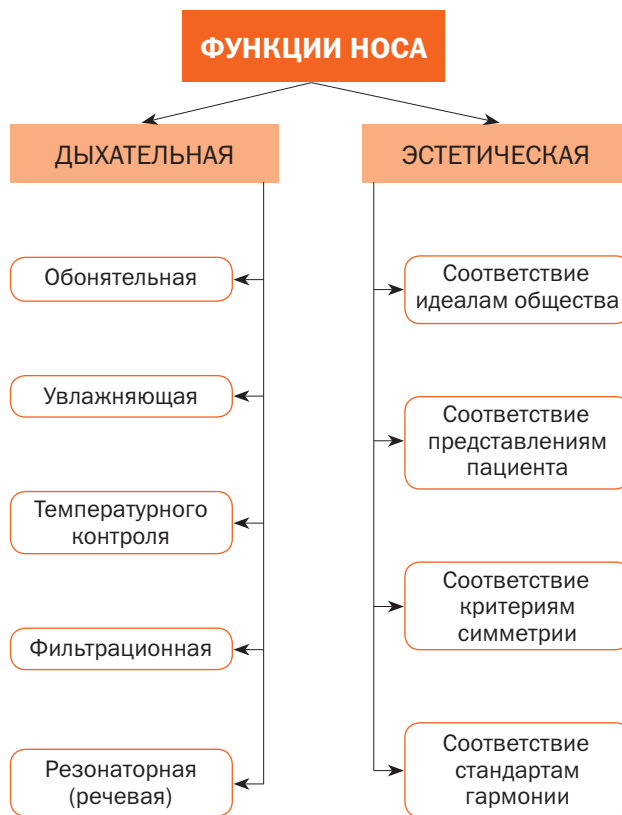


Рис. 1. Основные и дополнительные функции носа

**А. Белоусов**, доктор медицинских наук  
Санкт-Петербург, Россия

Нос – наиболее выступающая часть лица – во многом определяет индивидуальный облик человека и его привлекательность. В XX веке значение фактора внешности стало исключительно велико, а развитие пластической хирургии сделало возможным улучшить форму носа, что, по мнению прибегающих к операции пациентов, может сделать их более успешными, как в личной, так и в профессиональной жизни.

## 2 ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РИНОПЛАСТИКА И ФУНКЦИИ НОСА

### А. Пожелания пациентов при обращении к пластическому хирургу

1. Большинство людей хотят сделать операцию ринопластики по эстетическим соображениям (например, из-за слишком «большого носа», чрезмерно «широкого кончика или крыльев носа», наличия горбинки и т. д.). При этом представления пациентов о красивом носе – идеальное выражение лишь одной эстетической функции носа, с биологической точки зрения второстепенной.

2. Чаще всего пациенты хотят так или иначе уменьшить объемы наружного носа («уменьшить, сузить, понизить...» те или иные его элементы).

Для решения этих задач хирург может использовать упрощенный – «резекционный» метод, либо более сложный – функциональный подход, цель которого – улучшение эстетических характеристик носа при сохранении (улучшении) его дыхательной функции.

### Б. «Резекционная» ринопластика

При «резекционном» методе хирург уменьшает те или иные размеры костного и (или) хрящевого скелета носа и, тем самым, нарушает созданную природой анатомическую систему, где более слабые (узкие, более подвижные) звенья компенсируются более сильными (широкими, менее подвижными). Результатом этого во многих случаях является послеоперационное ухудшение носового дыхания, которое значительно снижает качество жизни пациента и заставляет его обращаться к врачу уже по другому поводу [5]. Вероятность развития такого осложнения во многом зависит от особеннос-

тей исходной анатомии носа.

### В. Анатомические особенности носа и их влияние на результат операции

При наличии следующих анатомических признаков нос становится более чувствительным к любым внешним воздействиям, в том числе и к ринопластике (рис. 2):

- узкое основание носовой пирамиды (при котором носовые ходы относительно сужены и даже небольшое сближение боковых стенок носа может привести к нарушению функции внутреннего носового клапана);

- узкая спинка носа (по тем же причинам затрудняет носовое дыхание при любой травме, так как даже небольшие искривления носовой перегородки и спинки носа могут сопровождаться критическим снижением дыхательной функции носа);

- значительная толщина боковых стенок носовой пирамиды (при которой ее нормальные наружные размеры могут сочетаться с относительно узкими носовыми ходами);

- короткие носовые кости, что делает «мягкую» часть боковых стенок носовой пирамиды длиннее, увеличивает амплитуду их флотации (при носовом дыхании) и тем самым повышает вероятность развития дисфункции внутреннего носового клапана;

- вертикальная ориентация латеральных ножек больших крыльчатых хрящей (при которой компенсаторно ослаблен задний опорный комплекс крыльчатых хрящей носа, а резекция выступающей части латеральных ножек в ходе коррекции бульбообразно расширенного кончика носа может значительно ослабить зону внутреннего носового клапана с нарушением его функции);

- узкие и мягкие крылья носа в сочетании с латеропозицией оснований медиальных ножек больших крыльчатых хрящей (когда значительно сужается просвет ноздрей). В данной ситуации сужение расширенных куполов и (или) устранение выпуклых латеральных ножек больших крыльчатых хрящей дополнительно уменьшает просвет наружного носового клапана (влияя при этом и на внутренний клапан), тем самым создавая основу для нарушений носового дыхания.

Подчеркнем, что все вышеперечисленные варианты анатомии носа являются нормальными, так как слабые и сильные анатомические структуры носа обычно уравновешивают друг друга, поддерживая носовое дыхание на доста-

## Красивый нос и принципы функциональной ринопластики

точном уровне. Однако эти же анатомические особенности можно с полным основанием назвать неблагоприятными по одной очень важной причине. Практика показала, что чем больше неблагоприятных признаков встречается у одного человека, тем более вероятно, что нормальный баланс анатомии и функции носа будет нарушен либо с возрастом (в результате старения тканей), либо в результате травмы и (или) операции [5].

### Г. Функциональная ринопластика

Учитывая сказанное, целесообразно использование термина «функциональная ринопластика», обозначающего выполнение пластики носа с учетом неразрывного единства его эстетической и дыхательной функций.

#### 1. Основные положения функциональной ринопластики:

– любая ринопластика влияет на носовое дыхание;

#### ТАБЛИЦА. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ, РЕШАЕМЫЕ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ, И СПОСОБЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

Задачи операции	Способы решения
1. Минимальное понижение спинки носа (без уменьшения угла внутреннего носового клапана) с одновременным устранением сколиотической деформации.	1.1. Повышение уровня корня носа. 1.2. Репроекция кончика носа. 1.3. Понижение и расширение спинки носа. 1.4. Корригирующая остеотомия.
2. Компенсация ослабления надкрыльных зон носа.	2.1. Расширение спинки носа. 2.2. Надкрыльные ребра жесткости из хрящевых трансплантатов.
3. Минимальное сужение кончика носа.	3.1. Наложение матрацных швов, сужающих купола. 3.2. Укрепление медиальных и средних ножек хрящевым трансплантатом.
4. Улучшение проходимости носовых ходов.	4.1. Септопластика. 4.2. Компрессионная латеропексия нижних носовых раковин. 4.3. Удаление расширенного заднего отдела гребешка верхней челюсти. 4.4. Ринопротекторы (стенты) на 3 недели.
5. Профилактика контурных нарушений спинки носа.	5.1. Покрывающий спинку носа хрящевой трансплантат.

### РИНОПЛАСТИКА



Рис. 2. Влияние операции ринопластики на носовое дыхание в зависимости от особенностей анатомии носа

- любая уменьшающая объем наружного носа ринопластика ухудшает носовое дыхание [5–7];
- у пациентов с неблагоприятной анатомией носа (около 80% случаев) уменьшающая (резекционная) ринопластика может привести к критическому снижению функции носового дыхания из-за нарушения функции носовых клапанов [5].

## 2. Принципы функциональной ринопластики

*Главный принцип:* При коррекции формы и размеров наружного носа внесение хирургом любых изменений, потенциально ухудшающих функцию носового дыхания, должно дополняться другими изменениями, компенсирующими это ухудшение.

*Частные принципы:*

а) принцип трех ограничений – возможные варианты операции ринопластики планируются с учетом трех видов ограничений:

- ограничения, устанавливаемые пациентом (границы приемлемых для него изменений формы и размеров носа);
- ограничения, определяемые хирургом (влияние вносимых изменений на функцию носового дыхания и возможности их хирургической компенсации);
- ограничения, связанные с объективным состоянием тканей пациента и особенностями исходной анатомии его носа (характеристики внутреннего и наружного носа, состояние покровных тканей, наличие достаточного пластического материала и пр.);

б) принцип приоритета дыхательной функции носа: сохранение (восстановление) функции носового дыхания (в том числе и в долгосрочной перспективе) является главным приоритетом. При реализации данного принципа уменьшение объема носовых ходов, и прежде всего на уровне критических зон, возможно лишь в пределах, гарантирующих нормальное дыхание;

в) принцип вторичности эстетических пожеланий пациента: планируя операцию, хирург не должен слепо следовать эстетическим пожеланиям пациента. Врачебное понимание возможного влияния вносимых изменений на дыхательную функцию носа должно стать основой для собеседования с пациентом и выработки приемлемого для него и в то же время научно обоснованного плана ринопластики;

г) принцип анатомической обоснованности

операции: при эстетической ринопластике чем более неблагоприятной (с функциональных позиций) является исходная анатомия носа конкретного пациента, тем более консервативными должны быть действия хирурга по ослаблению боковых стенок носа и уменьшению его наружных (а, следовательно, и внутренних) размеров. Соответственно, тем более радикальными должны быть действия хирурга, направленные на укрепление боковых стенок носа, расширение его внутренних пространств и улучшение носового дыхания.

## Д. Клинический случай

Действие этих принципов на практике иллюстрирует следующий клинический пример.

Больная 18 лет. Жалобы на наличие горбинки спинки носа и ее искривление; на расширенный кончик носа; на затрудненное носовое дыхание (см. фото а–е).

Основными пожеланиями пациентки были устранение горбинки и кривизны спинки носа, а также сужение кончика носа. Носовое дыхание пациентку «...в принципе устраивало...», а перспектива не интересовала.

### Диагноз:

- высокая узкая спинка носа, смещение спинки носа влево 3 степени при коротких носовых костях;
- преимущественно С-образное краниокаудальное искривление носовой перегородки с умеренным сужением правого носового хода, субкомпенсированная функция внутреннего носового клапана справа;
- умеренное расширение, недостаточная очерченность, гипопроекция кончика носа;
- мягкие крылья носа;
- тонкая кожа.

Обоснование операции, согласованное с пациенткой в ходе трех консультаций.

У пациентки узкий, мягкий и искривленный нос при тонкой коже. Не удивительно, что затруднено носовое дыхание. Это сочетание многих весьма неблагоприятных анатомических факторов делает задачу сохранения и улучшения функции носового дыхания (при одновременном улучшении эстетических характеристик носа) трудновыполнимой. В данном случае простое и значительное понижение спинки носа в сочетании с сужением кончика носа вызовет уменьшение объема носовых ходов, а также дополнительную расслабленность мяг-

## Красивый нос и принципы функциональной ринопластики

▶ котканных боковых стенок носа, что неизбежно приведет к блокаде внутренних носовых клапанов – немедленной (сразу после операции) или отсроченной.

С учетом принципов функциональной ринопластики намечен следующий план операции (см. таблицу).

### Последовательность этапов операции:

- открытый доступ;
- взятие фрагмента носовой перегородки с удалением задней части гребешка верхней челюсти;
- обработка рашпилем костной части горбинки;
- выполнение корригирующей остеотомии носовых костей;
- выполнение компрессионной латеропексии нижних носовых раковин;
- выполнение раздельной резекции элементов хрящевой части спинки носа, продольные «стропила» (расширяющие трансплантаты)



Фото. Пациентка до операции (а-е); через год после операции (ж-м)

(справа толще, чем слева);

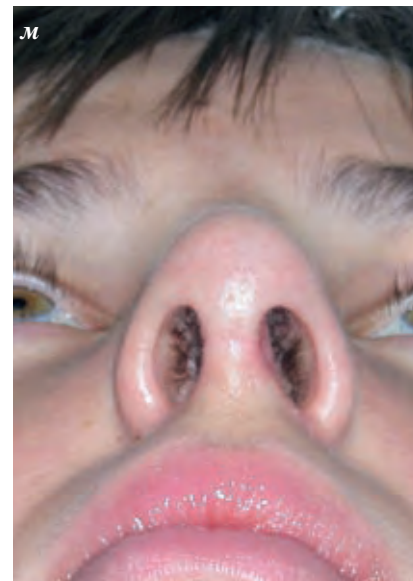
- установка укрепляющего трансплантата в область медиальных и средних ножек;
- установка надверхушечного трансплантата с целью репроекции кончика носа;
- выполнение окончательной коррекции каудальных краев медиальных ножек и куполов;
- установка боковых «стропил» (ребер жесткости) в надкрыльных зонах;
- установка покрывающего спинку носа трансплантата с дополнительным трансплантатом в области переносицы;
- ушивание раны;

- установка ринопротекторов;
- наложение повязки;
- удаление бородавки в области левого крыла носа с помощью электрокоагуляции.

Через год получен хороший эстетический результат при хорошем носовом дыхании (см. фото ж-м).

### 3 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературных данных и личный опыт автора свидетельствуют о том, что на современ-



## Красивый нос и принципы функциональной ринопластики

► ном этапе развития пластической хирургии носа у большинства первичных пациентов отчетливо прослеживается преобладание эстетических жалоб над функциональными, а у повторных больных (уже перенесших ринопластику) – значительное увеличение удельного веса жалоб на нарушение дыхательной функции. Причина этого заключается в том, что при упрощенном подходе к выполнению операций ринопластики уникальное соотношение формы и функции носа нередко превращается в их «противостояние». И если эстетические устремления пациента (по изменению формы носа) не контролируются научно обоснованным мнением хирурга, отрицательный функциональный результат ринопластики – весьма вероятен. Поэтому ознакомление пациента с принципами функциональной ринопластики является важнейшей задачей врача. Ее решение в сочетании с анализом исходной анатомии носа и оценкой психологического портрета пациента позволяет хирургу спланировать и выполнить полноценную операцию ринопластики, результатом которой будет хорошо дышащий и красивый нос.

### Литература

1. Пальчун ВТ, Магомедов ММ, Лучихин ЛА. *Оториноларингология*. М.: Медицина, 2002;576.
2. Пискунов ГЗ, Пискунов СЗ, Козлов ВС, Лопатин АС. *Заболевания носа и околоносовых пазух*. М.: Коллекция «Совершенно секретно» 2003;208.
3. Howard BK, Rohrich RJ. *Understanding the nasal airway: principles and practice*. *Plast reconstr Surg* 2002;109(3):1128-1144.
4. Regnault P, Daniel RK. *Septorhinoplasty*. In P. Regnault, R.K. Daniel ed. *Aesthetic plastic surgery. Principles and techniques*. Little, Brown and Co. Boston/Toronto. 1984;101-172.
5. 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.
6. Grymer LF. *Reduction rhinoplasty and nasal patency: change in cross-sectional area of the nose evaluated by acoustic rhinometry*. *Laryngoscope* 1995;105: 429-431.
7. Jung D-H, Choi S-H, Moon H-J et al. *Cadaveric analysis of the ideal costal cartilage graft for asian rhinoplasty*. *Plast Reconstr Surg* 2004;114(2):545-550.

## Отзыв на статью А. Белоусова «Красивый нос» и принципы функциональной ринопластики»

**К. Пшениснов**, доктор медицинских наук  
Ярославль, Россия

Статья профессора Белоусова непосредственно основана на материалах его выступления на панельной дискуссии «Красивый нос после эстетической ринопластики». Учитывая, что Симпозиум по эстетической медицине в рамках «INTERCHARM professional» проводится под эгидой журнала «Эстетическая медицина», именно эстетику носа мы ставили во главу обсуждения. А. Белоусов расширил рамки дискуссии своим основным положением, что красив тот нос, который биологически целесообразен, то есть функционален. При этом автор несколько по-новому классифицировал функции носа, выделив две основные (дыхательную и эстетическую) (рис. 1).

Функция (от лат. *functio* – отправление, деятельность) в биологическом смысле – это специфическая деятельность органа или организма [1]. В этом смысле, как бы нам, пластическим хирургам, этого ни хотелось, эстетику носа нельзя признать активной деятельностью, то есть функцией. Специалисты в области болезней уха, горла и носа определили основные функции носа: дыхательная (с резистентностью носа воздушному потоку, носовым циклом, влияющая на все основные органы и системы), защитная (мукоцилиарный клиренс, защитные свойства слизистой оболочки, согревание и увлажнение воздуха в полости носа), всасывательная (об этой функции в статье упоминаний нет) и обонятельная [2]. А. Белоусов добавил еще резонаторную (речевую) функцию, и, разделив без объяснений защитную функцию на три составные части – увлажняющую, температурного контроля и фильтрационную, – свел их все вместе с обонянием в дыхательную функцию носа.

Как известно, перу профессора Белоусова принадлежат выдающиеся, практически энциклопедические научные труды и руководства для врачей в области реконструктивно-пластической хирургии и микрохирургии [3-5]. Все они

являются настольными книгами для большинства отечественных пластических хирургов. Большим тиражом вышло популярное издание для пациентов по косметической хирургии [6]. С учетом многообразной научно-практической деятельности А. Белоусова, написание отзыва на статью, поданную к рассмотрению научно-практическим журналом, очевидно, требует именно научной требовательности к рассматриваемой работе. Однако стиль представленной статьи по ринопластике нельзя отнести к чисто научному или научно-практическому.

В построении данной статьи нет традиционных «материалов и методов», «собственного материала», а также «обсуждения». Вся работа воспринимается как введение в проблему, а также обзор литературы, правда, с очень небольшим списком источников (7), украшенные одним очень демонстративным клиническим наблюдением, где выводы делаются на основе изначальных убеждений автора, без какой либо дискуссии. Осуждая почти вековой давности «резекционную» ринопластику Джозефа, как изначально порочный метод, автор статьи подробно описывает анатомические особенности носа, которые могут негативно сказаться на результате (очевидно, уменьшающей ринопластики) с точки зрения дыхательной функции носа. Этому были посвящены работы многих современных сторонников «недеструктивной» пластики носа, о чем мы ранее также писали в своих обзорах литературы [7, 8].

Мы полностью согласны со всем, что повествует по поводу принципов функциональной ринопластики А. Белоусов, но с небольшой разницей. Для того, чтобы наши высказывания в пользу сложных по исполнению, продолжительных по времени и реконструктивных по содержанию ринопластик были более убедительными для тех, кто за рабочий день выполняет 6–7 резекционных вмешательств по деструктивным методам, мы в дополнение к анализу литературы и собственным впечатлениям, провели совместную научную работу с ЛОР-специалистами с применением объективных современных методов исследования (ком-

пьютерная томография, акустическая ринометрия, риноманометрия) и после обсуждения результатов этой работы на нескольких международных форумах посчитали возможным опубликовать ее в научном журнале [9–12].

При общей схожести с А. Белоусовым подходов к функциональной и эстетической ринопластике и технологий ее выполнения нами были сделаны следующие выводы: «При выполнении современной ринопластики по эстетическим показаниям формирование кончика носа шовными методами не приводит к сужению зоны минимального поперечного сечения у большинства пациентов. Ринопластика также не сопровождается уменьшением зоны клапана при сочетании латеральных остеотомий и септопластики. В группе пациентов с нарушением функции дыхания было достигнуто радикальное улучшение геометрии полости носа с расширением зоны минимального поперечного сечения. Ринометрические параметры и объем полости носа после ринопластики в этих наблюдениях существенно увеличиваются. Данные риноманометрии также указывают на улучшение вентиляционной функции со значительным уменьшением суммарного сопротивления потоку воздуха» [12].

## Литература

1. Алехин ИВ, Петров ФН. *Словарь иностранных слов.* Москва 1955;853.
2. Пискунов ГЗ, Пискунов СЗ. *Клиническая ринология.* Москва, «Миклош», 2002;390.
3. Белоусов АЕ, Ткаченко СС. *Микрохирургия в травматологии.* Ленинград, «Медицина», 1988;224.
4. Белоусов АЕ. *Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.* Санкт-Петербург: «Гиппократ», 1988;744.
5. Белоусов АЕ. *Рубцы и их коррекция. Очерки пластической хирургии.* Санкт-Петербург, «Командор», 2005;1;128.
6. Белоусов АЕ. *Красота и хирургия.* Санкт-Петербург, «Специальная литература», 1999;48.
7. Пшениснoв КП. *Ринопластика III: Осложнения в эстетической хирургии носа и вторичная ринопластика. Избранные вопросы пластической хирургии 2001;1(6);44.*
8. Constantian M. *Four common anatomic variants that predispose to unfavorable rhinoplasty results: a study based on 150 consecutive secondary rhinoplasties. Plast Reconstr Surg 2000;105(1):316-331.*
9. Pshenishnov KP, Pshenishnova ES. *Functional and aesthetic results of modern open rhinoplasty. Abstr. 16th ISAPS Congress. Istanbul, Turkey 2002:126-127.*
10. Pshenishnova ES, Pshenishnov KP. *Predictable shape and improved function of the nose via non destructive techniques in open rhinoplasty. Abstracts of the 17th Congress of International Society of Aesthetic Plastic Surgery. Houston, USA, August 28-31, 2004;46.*
11. Pshenishnov KP, Pshenishnova ES. *Optimizing functional results in aesthetic rhinoplasty via open approach. Abstracts. 10th Congress ESPRAS. Vienna, August 30th- September 3 th, 2005;41.*
12. Пшениснoв КП., Козлов ВС, Державина ЛЛ., Пшениснoва ЕС. *Функциональные аспекты современной эстетической ринопластики. Российская ринология 2005;3:6-14.*

# Пластика «армянских» носов

## 1 ОСОБЕННОСТИ «АРМЯНСКОГО» НОСА

«Происхождение и расовые особенности армян остаются загадочными. Одно время считалось, что они пришли всем племенем из Эгейского региона и с Балкан примерно за тысячу лет до нашей эры. Однако последние изыскания указывают на то, что современная армянская нация есть результат этнического смешения, продолжавшегося несколько тысяч лет в Закавказье, а также в горах и долинах Араратско-Ванского

региона. Сегодняшние армяне обычно имеют крепкое телосложение, рост не выше среднего, часто отмечаются необычной формы головы с прямым затылком и сужающейся макушкой. Уплощенный затылок нередко сочетается с выдающимся носом, иногда кривоватым или горбатым, иногда висячим» [1]. Эти признаки прослеживаются и в произведениях искусств армян (рис. 1).

Итак, очевидно, что носы армян – результат многотысячелетней «селекции» разных евроазиатов на территории Закавказья (армянское плато). Их основные признаки – внушитель-



Л. Павлюченко, доктор медицинских наук  
К. Щербаков,  
Москва, Россия

Рис. 1. К.С. Симонян. Автопортрет (а);  
М. Сарьян. Идущая женщина. 1914. (б)

## Пластика «армянских» носов

▶ ные размеры и крючковатость (горбатость). Такие носы, однако, не привилегия армян, они встречаются и у других народов – европейцев, евроазиатов, арабов, индейцев и др. (фото 1). Вместе с тем, внимательное изучение собствен-

но «армянских» носов позволяет выявить их некоторые особенности, среди которых можно отметить следующие (фото 2):

- 1) тонкая кожа спинки;
- 2) толстая кожа концевой части;
- 3) умеренная высота горба спинки;
- 4) низкая проекция концевой части;
- 5) асимметрия спинки и концевой части с невыраженными функциональными нарушениями.

Особенности строения концевой части носа



Фото 1. Разные типы «горбатых» носов: лицо грузинки (а, б, в); лицо чеченки (г, д, е)

представляют исключительный интерес в свете необходимой хирургической коррекции. Большие хрящи крыльев носа у армян устроены так, что область куполов (интермедиальная часть) проекционно ниже собственно крыльев (латеральных ножек больших крыльных хрящей). В этом «секрет» армянских носов (рис. 2).

Только анализ и учет специфики армянских носов позволил нам добиться удовлетворительных результатов пластики.

Под нашим наблюдением в течение последних 3 лет находилось 15 армян (13 женщин, двое мужчин) в возрасте от 18 до 48 лет, которым были выполнены разные виды пластики носа. Асимметрия носа отмечалась у всех 15 (100%) пациентов. В 12 случаях асимметрия сопровождалась существенным искривлением перегородки носа и функциональными нарушениями. Тонкая кожа спинки носа при толстой коже концевой части отмечалась в 12



Фото 1. Разные типы «горбатых» носов: лицо русской (ж, з, и); арабское лицо (к, л, м)

# Пластика «армянских» носов



Фото 2. «Армянский» нос и его особенности

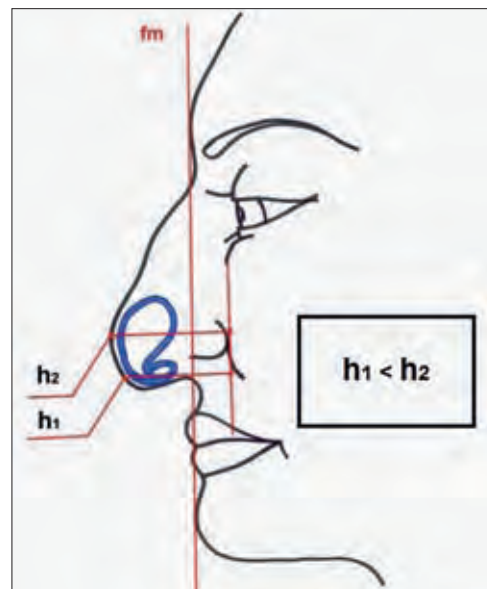


Рис. 2. Определяющая особенность «армянского» носа

случаях, толстая кожа всего носа – в 3 случаях. Умеренная высота спинки носа отмечалась в 10 случаях, значительная – в 5. Недостаточная проекция концевой части отмечалась во всех 15 (100%) случаях (см. таблицу).

Все 15 пациентов были оперированы нами в течение последних 3 лет, срок обязательного наблюдения составил 1 год.

## ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Число пациентов	15
Женщины	13
Мужчины	2
Асимметричные носы	15
Носы с выраженным искривлением носовой перегородки и нарушением функции дыхания	12
Первичные операции	13
Повторные операции	2

## 2 МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ПЛАСТИКИ «АРМЯНСКИХ» НОСОВ

Она многообразна и в каждом конкретном случае вариабельна. Нами выработан принципиальный «алгоритм» пластики «армянских» носов:

1. Предоперационное обследование:
  - тщательный сбор анамнеза;
  - обязательная риноскопия;
  - компьютерная томография носа и придаточных пазух;
  - общий анализ крови, свертываемость, RW, ВИЧ, гепатиты;
  - компьютерное моделирование (при необходимости);
  - консультация ЛОР-врача (при необходимости);
  - фотодокументирование.
2. Заключение договора, оформление документации.
3. Наркоз эндотрахеальный.
4. Разрезы, доступы<sup>1</sup>:
  - передний эндоназальный по краю крыль-



Рис. 3. Варианты септопластики «армянского» носа

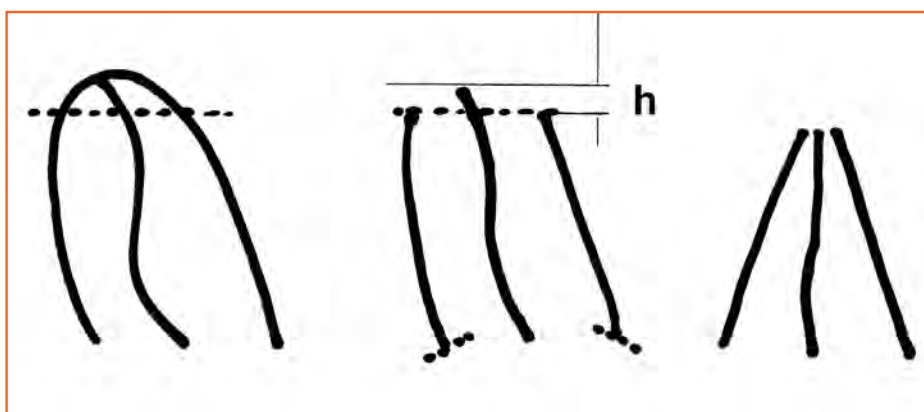


Рис. 4. Двухэтапное удаление горба носа

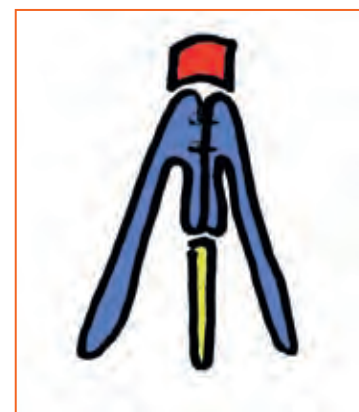


Рис. 5. Схема пластики концевой части «армянского» носа

ных хрящей – для доступа к большим хрящам крыльев носа и спинке носа;

– передний эндоназальный по краю четырехугольного хряща – для доступа к перегородке носа;

– интраназальный – для боковых остеотомий, для доступа к шипам и гребням перегородки, при вмешательствах на раковинах;

– чрескожный – для остеотомий долотами 1 и 2 мм, для чрескожных, укрепляющих швов.

5. После переднего эндоназального разреза доступ к крыльным хрящам, их визуализация, выявление асимметрий. Маркировка симметричных точек инъекционной иглой и красителем для последующих швов. Необходимая резекция латеральных, медиальных ножек,

резекция куполов, фигурная резекция больших хрящей крыльев носа [2].

6. Через тот же разрез субнадхрящичное и субнадкостничное отделение мягких тканей спинки носа.

7. Через эндоназальный разрез по переднему краю четырехугольного хряща одно- или двусторонний доступ к перегородке носа. Последующие вмешательства на перегородке носа (рис. 3):

– мобилизация, редрессация, резекция каудальной части [3];

– эстетическая септоринопластика [4];

– резекция-реплантация [5, 6].

8. Удаление горба спинки носа:

– методом шлифования [7];

– методом резекции [8];

– методом вдавления [9].

Примечание. При удалении горба «армянского» носа, даже после вмешательства на пере-

<sup>1</sup> Авторы принципиально не используют открытую ринопластику

## Пластика «армянских» носов

▶ родке носа, упругость, векторность в сагиттальной плоскости может оставаться избыточной [10]. Поэтому бывает необходима так называемая двойная резекция горба носа: сначала собственно резекция спинки как первый этап, затем резекция выступающей перегородки носа (рис. 4).

9. Боковые остеотомии носа:

- через интраназальный разрез прямым долотом 6 мм;
- дополнительно долотами 1 и 2 мм чрескожно [11].

10. Ручная репозиция (неопозиция) боковых частей спинки носа.

11. Придание концевой части носа необходимой высоты (проекции) с целью «европеизации» носа. Здесь возможны следующие приемы (рис. 5):

- повышающие швы [12];
- «стропилка» под внутренние ножки [13];
- трансплантат внакладку с подшиванием к большим крыльным хрящам [14];
- свободные трансплантаты, моделирующие кончик носа [15];
- другие.

12. При необходимости коррекция контуров спинки носа трансплантатом из аутохряща, твердой мозговой оболочки, аллодерма и проч.

13. Коррекция средних и нижних носовых раковин [16]: латеропозиция, частичная резекция, ультразвуковая и другие виды деструкции.

14. Эндоскопический контроль (при необходимости) структур наружного и внутреннего носа.

15. Гемостаз коагулятором (при необходимости). Наложение швов на мягкие ткани (пролен 5/0).

16. Тампонада носовых ходов тампонами в оболочке (по Г. Пискунову), тампонада преддверий носа марлевыми тампонами.

17. Пластырно-гипсовая повязка в пределах носа.

18. Особенности ведения пациента в послеоперационном периоде:

- антибиотикотерапия в течение 3 дней;
- удаление тампонов, как правило, через сутки;



Фото 3. Пациентка до операции (а, в, д, ж); после пластики носа (б, г, е, з)



Фото 4. Пациентка до операции (а, в, д, ж); после пластики носа (б, г, е, з); дооперационная компьютерная томограмма (и, к, л, м)

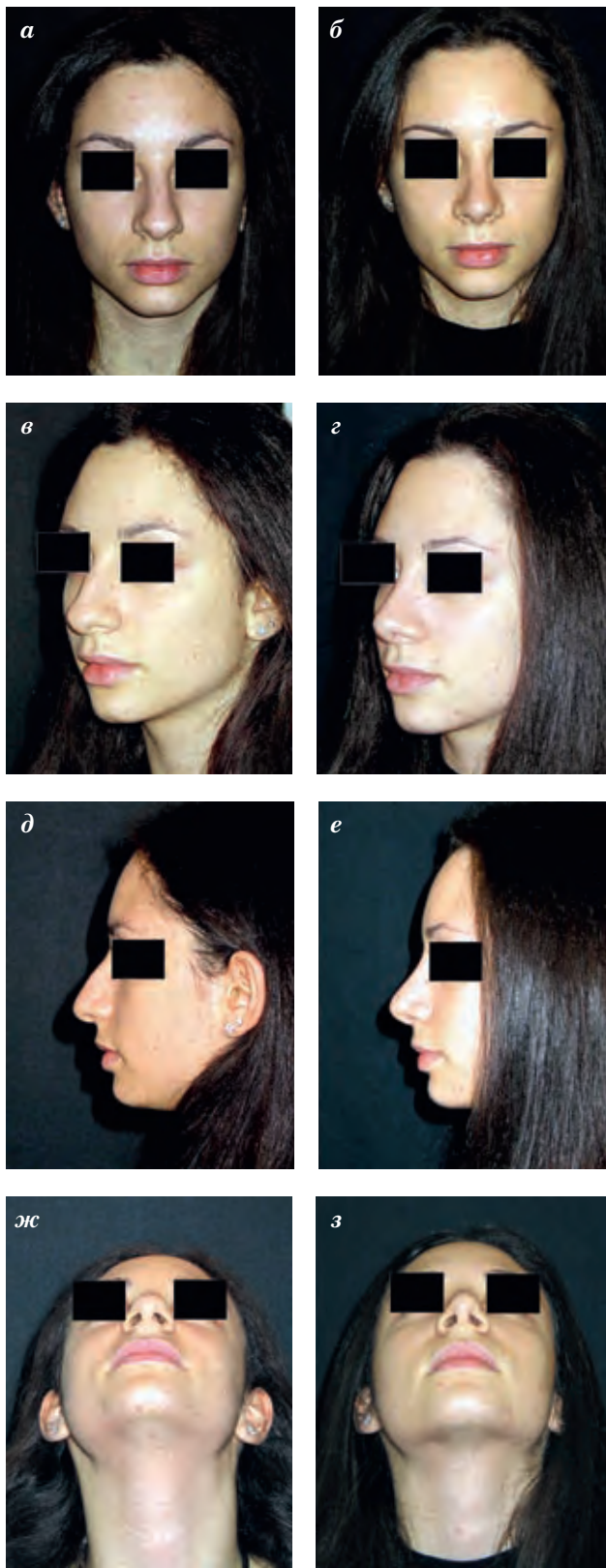


Фото 5. Пациентка до операции (а, в, д, ж); после пластики носа (б, г, е, з)

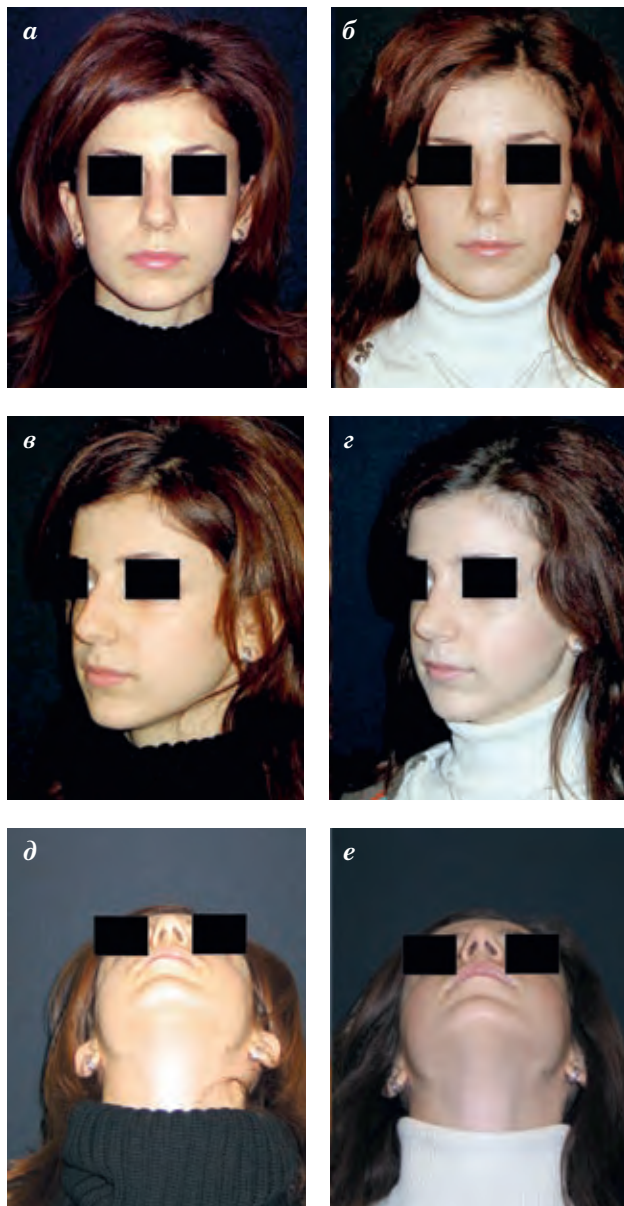


Фото 6. Пациентка до операции (а, в, д); после пластики носа (б, г, е)

- первая перевязка, вакуумирование носовых ходов, гемостаз, обеспечение нормального дыхания;
- промывание носовых ходов физиологическим раствором (обязательно научить этому пациента и рекомендовать делать промывание 2–5 раз в день до нормализации дыхания, в последующем хотя бы 1 раз в день, иногда пожизненно);
- снятие швов и повязки на 8 день после операции. При отеке возможно увеличение срока еще на неделю;

– анализ результата через 3–4 недели, фото-документирование;

– наблюдение в течение года – срока, на который заключен договор. Ведение текущей фотодокументации. Смысл этого наблюдения заключается в возможности коррекции вторичных дефектов и деформаций носа путем ручного пособия или «контурной пластики» (дипроспан, кеналог, перлайн, сайметра и другие разрешенные филлеры);

– изучение результатов через год, выводы, фотодокументирование.

### 3 РЕЗУЛЬТАТЫ

В 13 случаях из 15 результаты признаны удовлетворительными, в 2 – неудовлетворительными. Удовлетворительные результаты: нос правильный европеоидный с хорошим дыханием, пациент и родственники довольны. Неудовлетворительные результаты: 1 случай – «нос попугая» (выполнена реоперация), 1 случай – ухудшение дыхания (реоперация – частичная резекция средней носовой раковины).

### 4 ВЫВОДЫ

1. Отличительные признаки «армянского» носа:

- тонкая кожа спинки носа;
- толстая кожа концевой части носа;
- умеренно высокая спинка;
- низкая концевая часть, где купола больших хрящей крыльев носа ниже крыльев;
- высокая частота выраженного искривления носовой перегородки с функциональными нарушениями.

2. Основные приемы пластики «армянского» носа:

- субнадхрящичная и субнадкостничная отслойка мягких тканей;
- септоринопластика;
- прецизионное двухэтапное удаление горба;
- максимальное (оптимальное) увеличение высоты (проекции) концевой части носа.

### Литература:

1. Лэнг ДМ. Армяне. Центрполиграф, Москва, 2005;23.
2. Павлюченко ЛЛ, Шахов АА. Эстетическая коррекция кончика носа. Материалы III Международного конгресса по пластической реконструктивной и эстетической хирургии, Москва, 19-21 февраля 2002;113.
3. Павлюченко ЛЛ. Вмешательства на перегородке носа при эстетической ринопластике. Эстетическая медицина 2004;3(3):224-231.
4. Павлюченко ЛЛ, Щербаков КГ. Варианты эстетической септоринопластики. Российская ринология 2005;3:14-21.
5. Юго С, Падован НД. Декортикационный (наружный) доступ в ринопластике – хирургическая техника. Российская ринология 1996;1:34-35.
6. Лопатин АС. Реконструктивная хирургия деформаций перегородки носа. Российская ринология 1994;прил.1:29.
7. Тапия-Фернандес В. Проблемы эстетической ринопластики. Можно ли их избежать? Сборник научных трудов. Компания Майер Джей Экспо 2004;92-93.
8. Rochrich RJ, Janis JE. Osteotomies in rhinoplasty. Aesthet Surg J 2003;23(1):56-58.
9. Руденко ИС, Фришберг ИА. Способы пластики носа в хирургической косметологии (Методические рекомендации). Москва, 1976;6.
10. Павлюченко ЛЛ. Векторная теория ринопластики и клиническая практика. Эстетическая медицина 2003;2(2):128-137.
11. Nolst-Trenite G. Trauma reduction in rhinoplastic surgery. Rhynology 1991;29(2):111-116.
12. Tebbets J. Primary rhinoplasty. A new approach to the logic and the technique. St. Louis. 1999;708.
13. Rees T. Aesthetic plastic surgery. 1980;1:153-176.
14. Gubisch W. Вторичная эстетическая ринопластика. Материалы V Международного конгресса по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. Лекция. 13 апреля 2006, Эрбуни, №1, Ереван, 2006.
15. Sheen J. Rhinoplasty: personal evolution and milestones. Plast Reconstr Surg 2000;105(5):1820-1822.
16. Пискунов ГЗ, Пискунов СЗ. Клиническая ринология. Москва, 2002;325.

## Отзыв на статью Л. Павлюченко и К. Щербакова «Пластика «армянских» носов»

**К. Пшениснoв**, доктор медицинских наук  
Ярославль, Россия

Мы не уверены, что слово «армянский» в данном контексте следовало брать в кавычки, нет ли доли нарицательности в этом. Но вот само название статьи выглядит несколько двусмысленно. Если принять во внимание, что пластика – это формирование или создание чего-либо, то работа посвящена именно «созданию армянских носов» с их отличительными чертами. По смыслу авторы, напротив, из «армянских» формируют «европейские» носы.

Основные «секреты армянских носов» и выводы по их особенностям автор сделал уже во введении статьи, очевидно, на основе 15 собственных наблюдений пациентов, оперированных им за последние три года. При столь незначительном количестве собственного материала закономерно возникают вопросы по достоверности сделанных выводов, которые гласят, что тот нос «армянский», у которого тонкая кожа спинки, толстая кожа кончика носа, умеренная высота горба, низкая проекция концевой части, а также имеется асимметрия носа. Можно надеяться, что Л. Павлюченко и К. Щербаков внимательно следили за «пятой графой» в анкете пациента. Однако нет уверенности, что среди родителей пациентов не было смешанных браков. Кроме того, положения статьи коснулись только тех армян, которых оперировал автор по поводу указанных им выше отклонений. Поэтому вряд ли справедливо говорить, что названные черты характерны для армянского носа, а не являются отклонениями от него.

Сама работа написана очень лаконично, тезисно, местами – в «телеграфном» стиле. К сожалению, заявленный «алгоритм пластики «армянских» носов» не раскрыт в полной мере. Авторы не поясняют, какой из подпунктов метода и техники в какой ситуации следует выбрать и почему. Представлены лишь перечисления вариантов методик обследования и хирургических приемов. Так, хотелось бы

знать, выполняется ли кому-нибудь из пациентов рентгенография носа или всем без исключения производится более дорогостоящая компьютерная томография? Какая необходимость может побудить хирурга сделать компьютерное моделирование, и в каких случаях прибегают к консультации ЛОР-врача? Очевидно, что заключение договора с пациентом и оформление документации никакого отношения ни к методу, ни к технике пластики носа отношения не имеют.

Как известно, школа Л. Павлюченко принципиально пропагандирует закрытую ринопластику. Но и здесь не совсем понятно, когда вмешательством на перегородке носа становится мобилизация и редрессация, когда – септопластика, а в каких ситуациях – «резекция-редрессация». То же самое можно сказать в отношении удаления горба спинки носа (шлифование, резекция или вдавление). Ранее Л. Павлюченко отмечал, что для него конкретные хирургические приемы интереса не представляют [1], возможно, в этом причина такого лаконизма в изложении технологий. Не вполне понятен смысл «эндоскопического контроля структур наружного носа» и «вакуумирования носовых ходов». Самостоятельное промывание носовых ходов пациентом в первые сутки и, особенно, пожизненно представляется нам нереальным. Снятие швов (непонятно, каких при закрытой ринопластике) при выраженном отеке на 15 сутки, «ручное пособие... коррекции вторичных дефектов и деформаций носа» – положения, которые также нуждаются в расшифровке. Мы также не согласны с направлением, заданным авторами на рисунке, для резекции костной части горба кривого носа. О том, что при девиации носа иссечение горба следует проводить наискось, в меньшей степени понижая более вертикально ориентированную кость, мы говорили ранее [2]. Из рис. 3 непонятно, как авторам удавалось стабилизировать четырехугольный хрящ после разобращения в ключевой зоне. Начинаящий хирург вряд ли сможет использовать рис. 5 как схему или план для

выполнения соответствующих манипуляций по поднятию кончика носа.

На наш взгляд, вопрос оценки результата требует особого обсуждения. Мы не готовы признавать результат операции удовлетворительным или неудовлетворительным только по трем критериям (нос европеоидный или нет, хорошее ли дыхание, довольны или нет пациент и родственники), как предлагает автор. Оценку эстетических результатов следует давать с точек зрения и хирурга, и пациента, а также независимых экспертов.

На умении «увидеть» через кожный покров особенности строения и взаимоположение подлежащих костных и хрящевых структур действительно основывается мастерство диагностики эстетического хирурга перед ринопластикой. Однако «принципиальный» отказ Л. Павлюченко и К. Щербакова от открытого доступа при ринопластике, на наш взгляд, значительно ограничил возможности в познании топографо-анатомических особенностей «армянских» носов. Зримость костно-хрящевой основы при закрытой ринопластике можно сравнить с подглядыванием в замочную скважину, в то время как открытый способ – это вид в распахнутую дверь. Только открытый доступ позволяет оценить структуры носа в естественном положении, без смещений из-за натяжения покровных тканей. Как раз при открытом доступе можно было бы непосредственно измерить толщину покровных слоев спинки и кончика носа (говорить о толщине только кожи неверно, так как в отслаиваемом в ходе ринопластики лоскуте должно содержаться четыре слоя тканей). Наверное, поэтому у тех, кто предпочитает закрытую ринопластику и принципиально использует ее не только для практической работы, но и как метод познания, по-прежнему остается много «секретов» в ринопластике.

Поводом для обращения армян, находившихся под нашим наблюдением, как правило, действительно служили длинные носы при

продолговатой средней части лица с умеренно выраженным кифозом и широким, несколько ротированным книзу кончиком носа. Обращала на себя внимание характерная втянутость фасеток области мягкого треугольника при некотором нависании крыла носа над основанием столбика в профиль. При относительно высоком стоянии крыльев носа столбик представлялся у всех смещенным каудально. Ни у одного из наших пациентов не было расположения латеральной ножки больших крыльчатых хрящей своей выпуклой частью кпереди от куполов ни внешне, ни после операционного обнажения. Те же особенности просматриваются на всех фотографиях носов армян в статье Л. Павлюченко и К. Щербакова.

Считаем, что низкая проекция (высота) кончика носа после редрапировки кожей объясняется тем, что купольные зоны у наших пациентов армянской национальности при достаточно толстой коже находились менее чем на 6-8 мм кпереди от хрящевой спинки носа. Поэтому кончик носа внешне находился вровень или даже проекционно ниже его спинки [3]. Авторы статьи при закрытой ринопластике технически не могли измерить это расстояние. Мы полагаем, что природа надкончикового возвышения здесь заключается в несбалансированности, с точки зрения стандарта европеоидной расы, высоко проецированной спинки и недостаточно выступающего кончика.

## Литература

1. Павлюченко Л. Эстетическая и функциональная коррекция кривого носа. *Эстетическая медицина* 2004;3(4):404-417.
2. Пшениснев КП. Секреты открытой ринопластики. *Избранные вопросы пластической хирургии* 2004;1(10);56.
3. Пшениснев КП, Гагарин ВВ. Хирургическая анатомия носа и анализ пропорций лица. *Избранные вопросы пластической хирургии* 2000;1(4);48.

**Кирилл Пшениснов:** Вниманию читателей «Эстетической медицины» были предложены статьи лидеров эстетической ринопластики в нашей стране, уважаемых профессоров Белоусова (Санкт-Петербург) и Павлюченко (Москва), а также замечательного доктора Головача (Екатеринбург). Всех их отличают

разные подходы, различные технологии, самобытные стили работы с пациентами. Вместе с тем, все эти работы объединяет высокий профессионализм, преданность профессии, техническое мастерство. Обо всем этом свидетельствуют блестящие результаты операций, представленные в клинических наблюдениях.

## Послесловие

**А. Боровиков,** доктор медицинских наук, научный редактор журнала «Эстетическая медицина», Москва, Россия

Мы искренне благодарим профессора Пшениснова за труд, не меньший, чем взяли на себя авторы трех рецензированных им статей. Его усилиями эти статьи повернуты новыми неожиданными гранями, существенно расширяющими постановку проблемы, ставящими углубленные вопросы там, где поверхностное чтение могло бы оставить читателя равнодушным. Уверены, что после этих рецензий многие снова перечитают оригинальные статьи, их авторы зарядятся продуктивным азартом в оттачивании своих позиций, и все это, благодаря профессору Пшениснову, станет нашим новым достоянием.

Вопрос поставлен и перед нами. Достаточно ли профессионален уровень публикуемых материалов, интересны и достоверны ли они? Вот мнение К. Пшениснова о представленных публикациях. О статье Л. Павлюченко и К. Щербакова: «Основные ... выводы ... автор сделал уже во введении статьи, очевидно, на основе 15 ... наблюдений...». О статье А. Белоусова: «...стиль ...статьи... нельзя отнести к чисто научному или научно-практическому. В построении ... нет традиционных «материалов и методов», «собственного материала», а также «обсуждения». Вся работа воспринимается как введение в проблему, а также обзор литературы.... украшенные одним ... клиническим наблюдением, где выводы делаются на основе изначальных убеждений автора, без какой либо дискуссии». Работа доктора Головача названа, и справедливо, не научной статьей, а «литературным эссе».

Существует ли проблема «научности» уровня наших публикаций? Безусловно, как и во всей без исключения русскоязычной профильной периодике. Каково ее происхождение?

Англоязычные научные журналы выдержаны в строгих правилах Peer Reviewed Magazines (рецензируемых научных журналов), что требует точной формулировки цели статьи, пунктуального описания материалов и методов, хорошо иллюстрированных результатов, их сопоставления с литературой. Что касается состояния отечественной пластической и реконструктивной хирургии, то такой специальности в России вообще не существует, и коммерческая эффективность зачастую выступает единственным критерием профессиональной состоятельности. Практики не могут и не желают тратить время и средства не только на исследования, но даже на анализ собственных результатов. Между тем, бум косметической хирургии продолжает ежегодно рекрутировать сотни новичков, испытывающих огромный информационный голод. Да и зрелые хирурги, среди которых большинство все же стремится к профессионализму, с жадностью глотают печатное слово. Три-четыре отечественных журнала абсолютно неадекватны этому голоду.

Одна из целей редакции «Эстетической медицины» – создать поле обмена мнениями профессионалов в эстетической пластической хирургии, а основным инструментом достижения этой цели редакция считает ваши статьи.

На сегодня наиболее информативным и честным оказывается тот самый жанр «эссе», в котором практик, не обременяя себя скрупулезной выверкой результатов, представляет свои взгляды и основанную на личном опыте позицию. Редакция считает этот жанр вполне соответствующим поставленной цели. Специфика

косметической хирургии выводит личностную позицию на роль основной валюты обмена между профессионалами. В научной работе достоверность и практическая значимость требуют цифрового обоснования, в то время как личная позиция по самой сути уже вытекает из практической ее работоспособности, а достоверность ее тождественна вере автора, что он лечит правильно.

Но личная авторская позиция проходит через жесткое горнило – рецензирование равновеликими профессионалами. Не только отечественные, но и мало какие англоязычные журналы могут похвастаться такой напряженной полемикой. Только в споре рождается истина. Полемика – одна из форм подачи материала в нашем журнале. И полемика в этом номере – даже не самый яркий пример. Обратитесь к другим номерам «Эстетической медицины» и вы увидите, как спор обога-

щает и углубляет любую поднятую тему. «Консилиумы» – ни что иное, как столкновение различных позиций. Читателю мы дарим самую выгодную из них – наблюдателя, «тигра на горе», открываем все пути.

Мы почитаем за честь публиковать таких авторов, как профессор Белоусов, профессор Павлюченко, доктор Головач. Но читателю не нужны наши пиететы. Ему нужно приближение к истине. И это сделал Кирилл Пшениснов. Согласны вы с ним или нет, но без его критики яркие этюды авторов не оставили бы такого следа в памяти. Уверены, что хирурги, в конечном счете, примут наш стиль и наш способ отделять зерна от плевел. «Тьмы низких истин нам дороже нас возвышающий обман». Может, нам и дороже, но не читателю. Думаем, что статья доктора Головача, самая далекая от академизма, вызовет и самые живые отклики, которые мы опубликуем в следующих номерах.