

## СИМУЛЬТАННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ПЛАСТИКИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Расширение возможностей аппаратно-хирургической коррекции у пациентов с нарушениями прикуса объясняет пристальный интерес к этой категории больных клиницистов разного профиля. Одним из таких объектов, являющимся смежным для челюстно-лицевого хирурга и оториноларинголога является полость носа и носовая перегородка.

При проведении остеотомии верхней челюсти возможно значительное варьирование дизайном распила в области передней и наружной поверхностей верхнечелюстной пазухи. Задняя и внутренняя поверхность не предоставляют такой возможности. В области бугра челюсти остеотомия проводится непосредственно над уровнем крыло-видно-верхнечелюстного сочленения. В области внутренней поверхности верхнечелюстной пазухи обычно распил проводится на уровне нижнего носового хода. Это предупреждает повреждение нижней носовой раковины и деформацию наружного носа. Уровень пересечения носовой перегородки, как правило, совпадает с уровнем остеотомии боковой стенки полости носа (рис. 1).

С расширением возможностей пространственного перемещения фраг-

ментов верхней челюсти во время операции возникает необходимость вмешательства на перегородке. Это особенно актуально при перемещении верхней челюсти вверх при необходимости укорочения высоты средней зоны лица. При игнорировании этого вопроса приходилось сталкиваться с деформациями, требующими коррекции (рис. 2).

Вопрос необходимости резекции сомнений не вызывает. Встает вопрос о технике выполнения процедуры и об-

ласти резекции, подлежащей удалению.

Стандартная методика проведения остеотомии верхней челюсти по нижнему типу предполагает после выполнения гидропрепаровки тканей проведение остеотомии носовой перегородки либо непосредственно над дном носа по уровню гребня небного ортостка верхнечелюстной кости, либо на уровне стыка гребня с хрящом перегородки. Простейшая опция предполагает спиливание (скусывание) выступающего костного края на мобилизованном костном

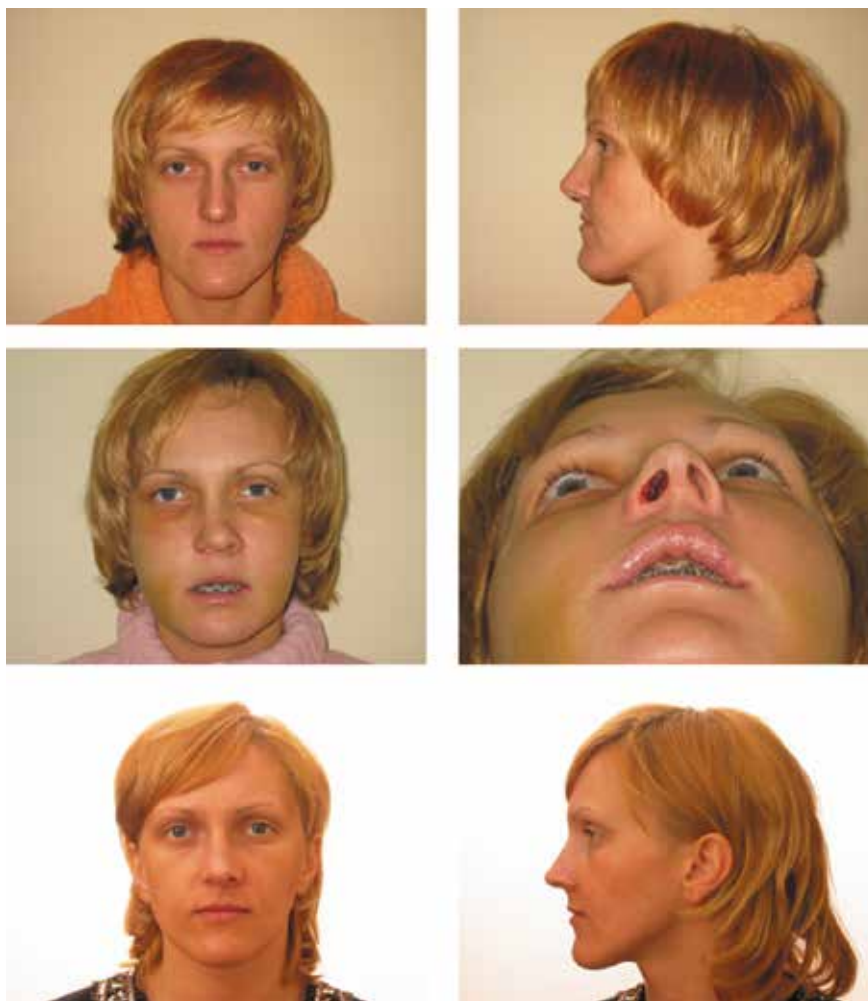


Рис. 2. Пациентка Ф. Л., 31 год. Мезиальный прикус. При проведении остеотомии верхней челюсти не было проведено резекции перегородки носа. На третьи сутки после операции стала очевидной необходимость резекции хрящевого отдела перегородки, вызывавшего деформацию кончика носа. Под местной анестезией эндоназально транссперальным доступом выполнена резекция дистального края носовой перегородки. Устранена асимметрия кончика носа и колумеллы



Рис. 1. Линия распила верхней челюсти в боковом отделе

фрагменте (рис. 3). Либо отслаивание слизистой перегородки с обеих сторон, выделение тупым способом и удаление костного гребня, представляющего нижний край носовой перегородки (рис. 4).

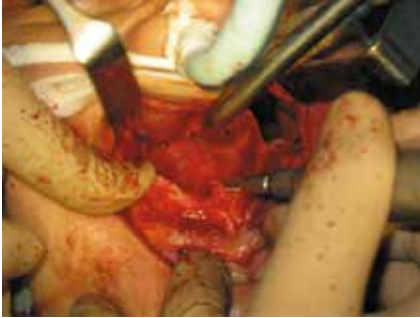


Рис. 3. Спиливание костного гребня по дну носа



Рис. 4. Выделение костного остова нижних отделов носовой перегородки

В тех случаях, когда у пациента имеет место значительная девиация носовой перегородки, проявляющаяся либо асимметрией носа, либо выраженным нарушением носового дыхания необходимо внесение изменений в технику операции. Смысл изменений состоит в резекции искривленной костной части сошника и временной резекции перегородочного хряща, его модификации (удалении наиболее деформированных участков и нанесении насечек) с последующей репозицией. По сути, это стандартная септум-пластика, выполненная из нестандартного для оториноларинголога доступа.

Преимуществом такого подхода является одновременное решение не только стоматологических, но и ЛОР-проблем без сколь-либо значимого увеличения длительности операции. Кроме того, мы получаем широкий обзор операционной раны, выгодно отличающийся от внутриносового полупроницающего доступа. После мобилизации фрагмента верхней челюсти есть возможность выделения опорных структур перегородки на всем ее протяжении до хоан и костей основания черепа.

Мы рекомендуем первым этапом удалить костный гребень в тех случаях, когда он остался фиксированным к перегородке.

### Этапы операции

1. Мобилизованный фрагмент верхней челюсти смещен книзу (рис. 5).



Рис. 5.

2. Резецируемый костный фрагмент нижних отделов перегородки выделяется тупым способом (рис. 6).



Рис. 6.

3. После резекции перегородки важнейшим фактором, гарантирующим успешность операции, является сохранение целостности слизистой оболочки обоих носовых ходов (рис. 7).



Рис. 7.

После этого острым распатором проводится аккуратное (во избежание перфорации слизистой) расслаивание соединительнотканых тяжей (надхрящницы), вплетающихся в перегородку в месте соединения хряща с костью. После преодоления этого препятствия дальнейшая отслойка не представляет никаких трудностей — поднадкостничная диссекция — на необходимой протяженности (рис. 8).

Хрящевая часть перегородки вдоль дна носа может резецироваться (рис. 9).



Рис. 8. Поднадкостничная отслойка

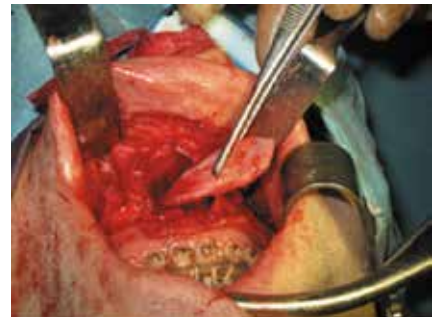


Рис. 9. Резецирован участок хряща нижних отделов перегородки

Вышележащие отделы подвергаются модификации (рис. 10).



Рис. 10. Визуализация верхних отделов хряща: длинным носовым зеркалом разведены выстилки слизистой оболочки обоих носовых ходов

Глубокие костные структуры так же подлежат резекции. Последующие хирургические этапы не требуют каких-либо корректив: два свисающих купола слизистой оболочки дна носа (рис. 11) плотно прилегают к перемещенным в новое положение костным структурам, прижимаются нарастающим отеком, после чего происходит рубцевание.



Рис. 11. Плотное прилегание слизистой оболочки к кости неба после репозиции фрагмента верхней челюсти

Важным является соблюдение зон безопасности — сохранение 7 мм хряща вдоль спинки носа и 4 мм в области септального угла для поддержания опорной функции и сохранения формы носа.

Нами проведено изучение отдаленных результатов операции остеотомии верхней челюсти посредством эндоскопической риноскопии и компьютерной томографии у 30 пациентов. Результаты представлены в табл. 1.

Полученные результаты указывают на широкие возможности симультанного выполнения коррекции нарушений прикуса и деформации носовой перегородки.

Таблица 1.

Распределение пациентов по результатам эндоскопической риноскопии

Осложнение	Количество	Частота
Костный гребень вдоль дна носа	9	39,12%
Дефект перегородки носа (нижние отделы)	4	17,39%
Дивергенция перегородки	7	30,43%
Послеоперационный атрофический рубец	3	13,04%
Костный порог в преддверии носа	3	13,04%
Костный порог в дистальных отделах носа	1	4,35%
Тесное прилегание раковины к дну носа	7 (в т.ч. 3 синехии)	30,43%
Тесное прилегание раковины к перегородке	8 (в т.ч. 2 спайки)	34,78%
Гиперплазия раковины (всегда односторонняя):		
- по нижнему краю раковины	1	4,35%
- по верхней поверхности раковины	1	4,35%
Дефект боковой стенки носа	6 (до 0,5 см)	26,01%

Клинический пример



Рис. 12. Пациентка С. Т., 25 лет. Нейтральное соотношение челюстей, десневая улыбка. Ранее проводилось ортодонтическое лечение с удалением четырёх премоляров

Рис. 14. Удалены полипы из верхнечелюстных пазух. Наложено соустье с нижним носовым ходом



Рис. 13. Выполнена остеотомия верхней челюсти по нижнему типу Le Fort



Рис. 15. Резецирована искривленная нижняя часть носовой перегородки. Верхние отделы хряща временно резецированы, модифицированы и репонированы

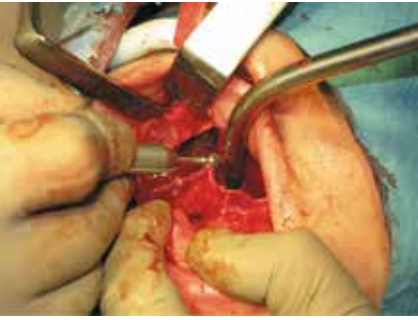


Рис. 16. В ходе операции выполнена шлифовка костной ткани, импакция верхней челюсти для устранения десневой улыбки

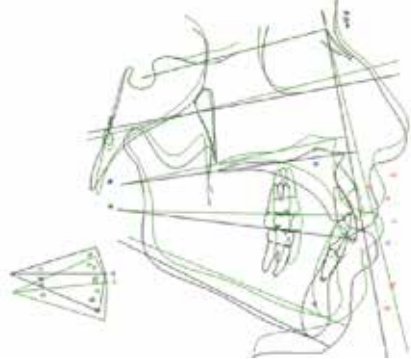


Рис. 18. Наложение обрисовок боковых ТРГ до (чёрная) и после (зелёная) операции



Рис. 17. В результате операции нормализовано носовое дыхание, улучшены пропорции всего лица, носа и улыбки. При этом прикус сохранен — нейтральное соотношение челюстей, а форма носа не претерпела существенных изменений

### Вывод

Резекция перегородки полости носа одновременно с выполнением остеотомии верхней челюсти обоснованна и позволяет в ходе одной операции решить несколько проблем: устранение искривления перегородки, тем самым, улучшая носовое дыхание, устранение

асимметрии колумеллы, улучшение пропорций лица, нормализация прикуса.

Предложенный доступ к перегородке носа позволяет визуализировать её на всем протяжении, что облегчает задачу септум-пластики.

Широкий доступ к хрящевому и кост-

ному отделу перегородки носа предоставляет большие ресурсы для использования больших по размеру трансплантатов, в том числе для двухэтапного вмешательства. В этом случае резецированный фрагмент временно размещается в мягкотканый карман под слизистой оболочкой полости рта.

Для профессионалов,  
которые не останавливаются на достигнутом

### ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ И ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (Томас Ракоші, Томас М. Грабер. Львов: ГалДент. - 2012., 397 с., 1260 илл.).

Данная книга представляет особенный интерес для клиницистов. Этот фундаментальный труд объединил целое созвездие научных и практических школ ортодонтического лечения денто-альвеолярных и скелетных форм аномалий прикуса. В книге очень детально рассмотрены особенности ортопедического (скелетного) ответа на функциональное лечение съёмными и несъёмными аппаратами. При этом исследуются актуальные взгляды на методы ортодонтического и челюстно-лицевого функционального лечения, приводятся ссылки на актуальные практические и научные работы. Клинический подход к лечению подкрепляется научными исследованиями и анализом вылеченных пациентов, который включает оценку зубочелюстных изменений, происходящих в результате лечения функциональными аппаратами.

Следует отметить методичность, которая делает эту книгу очень познавательной и необходимой как для студента, так и для опытного клинициста.

По вопросам приобретения обращайтесь:

СП «Промед»  
тел. 0(44) 278-73-64

«Дентальное депо»  
тел./факс 0(44) 361-81-16

ФЛ-П Сидоренко В.С.  
тел. 0(67) 449-31-24



Гал Дент  
ВИДАВНИЦТВО