

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# Волынская

## больница

медицинский вестник №29 / 2024



## ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ



В ЭТОМ НОМЕРЕ:

### СЕПТОПЛАСТИКА

ОПЕРАЦИЯ ПО УСТРАНЕНИЮ ИСКРИВЛЕНИЯ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

СТР.  
5

### ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ

НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ ЧЕРЕЗ НОС

СТР.  
6

### РИНОПЛАСТИКА

ОПЕРАЦИЯ ПО ИСПРАВЛЕНИЮ ДЕФЕКТОВ НОСА

СТР.  
10

### СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

ОСТАНОВКИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

СТР.  
12





## ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

В современном мире неотложная помощь довольно часто встречается в практике оториноларинголога. К неотложным состояниям оториноларингологии относят: травмы ЛОР-органов, инородные тела верхних дыхательных путей, носовые кровотечения и стенозы гортани.

Следует помнить, что любая неотложная помощь начинается с этапа само- и взаимопомощи. После чего наступает этап скорой помощи, и, наконец, когда пациент доставлен в многопрофильный стационар, этап специализированной медицинской помощи.

Очень важно соблюдение преемственности этапов медицинской помощи и включение высоких технологий в ее стандарты.

Так, например, носовое кровотечение, которое ранее останавливалось марлевой тампонадой, в настоящее время уже на этапе скорой медицинской помощи останавливается современным атравматичным тампоном. Далее уже ЛОР-врачом принимается решение об удалении тампонады и, при необходимости, пациенту выполняется эндоскопическая ревизия полости носа с точечной коагуляцией источника кровотечения. Если этого недостаточно для остановки кровотечения, то привлекаются рентген-эндovasкулярные хирурги, которые при выполнении ангиографии могут увидеть аномалии сосудистого русла и выполнить ультраселективную эмболизацию сосуда, ответственного за кровотечение.

Врачу челюстно-лицевому хирургу приходится встречаться с большим количеством неотложных состояний, связанных с травмой ЧЛО, воспалительными заболеваниями ЧЛО, кровотечениями.



**Бояринцев Валерий Владимирович**  
Заместитель начальника Главного медицинского управления УДП РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, заслуженный врач РФ.

Чтобы оказывать помощь при данных состояниях как можно качественнее, необходимо использовать высокие технологии на каждом из этапов медицинской помощи.

Проблема иммобилизации челюстей при переломах на этапе скорой медицинской помощи решается при помощи использования специальных пращевидных повязок. Использование современных методов компьютерной диагностики и планирования операций при переломе челюсти позволяет выполнять репозицию фрагментов головки височно-нижнечелюстного сустава, моделирование размеров и форм косного трансплантата для восстановления челюсти, а также проектирование имплантата для функциональной взаимосвязи фронтальной части челюсти с ветвью нижней челюсти. ■



## КОЛОНКА ГЛАВНОГО ВРАЧА

Челюстно-лицевая хирургия является одним из приоритетных видов оперативной деятельности в ФГБУ «Клиническая больница №1».

В 2018 году под патронажем Главного медицинского управления нами была создана пока единственная в системе Управления делами Президента специализированная служба челюстно-лицевой хирургии. В нее вошли высококвалифицированные врачи с большим практическим опытом, которые выполняют высокотехнологичные плановые операции при аномалиях и деформациях лицевого скелета, онкологических заболеваниях. А также оказывают экстренную хирургическую помощь при гнойно-воспалительных заболеваниях и при травматических повреждениях челюстей, костей скуло-орбитального комплекса и носа.

Для операций используется современное оборудование, которое включает навигационные системы, операционные микроскопы, а также аппараты плазменной и молекулярно-резонансной хирургии.

Заболевания верхнечелюстных пазух, травмы лицевого скелета и многие другие заболевания зоны лица и шеи находят на стыке оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии, поэтому отделение имеет все возможности для выполнения совместных операций и послеоперационного ведения пациентов, являясь в полном смысле отделением «Головы и шеи».

При сочетанных и комбинированных травмах челюстно-лицевые хирурги работают совместно с врачами анестезиологами-реаниматологами, нейрохирургами, офтальмологами, оториноларингологами и стоматологами.

Одним из важных направлений работы отделения является помощь онкологическим больным с заболеваниями органов головы и шеи. Последовательный подход к лечению позволяет выполнять операции по удалению новообразований и затем приступить к реконструктивно-пластическому этапу лечения. ■



**Журавлёв Сергей Викторович,** Главный врач ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.





# ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

В оториноларингологическом отделении оказывается экстренная круглосуточная и плановая помощь больным с патологией ЛОР-органов и челюстно-лицевой области.

Отделение занимается как консервативным, так и хирургическим лечением и стоит на первом месте в клинике по количеству и разнообразию проводимых операций.

Предпочтение отдаётся функциональным малоинвазивным методикам, эндоскопическим вмешательствам на околоносовых пазухах, saniрующим и слухоулучшающим операциям на ухе, функциональным операциям при травмах лицевого скелета, saniрующим операциям при воспалительных процессах в области головы и шеи.

Для операций используются самые современные инструменты и оборудование, включая навигационную систему, операционный микроскоп с высоким разрешением, аппарат плазменной хирургии, молекулярно-резонансный аппарат.

Хирургические вмешательства проводятся под общей комбинированной анестезией, что позволяет избежать «эффекта присутствия» пациента на собственной операции, и связанного с этим эмоционального напряжения.

Проводится всестороннее обследование больных с применением новейших лабораторных, инструментальных методик,

компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

В отделении проводится консервативное лечение широкого спектра острых заболеваний ЛОР органов. Проводится антибактериальная и противовоспалительная терапия, физиотерапия.

При наличии показаний в условиях процедурного кабинета выполняются «малые» операции — вскрытия абсцессов, фурункулов и гематом уха, горла, носа, шунтирование барабанной полости при экссудативном среднем отите.

Проводится лечение как острой, так и хронической нейросенсорной тугоухости. Используется сосудисто-метаболическая терапия и физиотерапия, направленные на улучшение обменных процессов, призванных восстановить функцию внутреннего уха.

Для лечения острых и хронических синуситов проводится

*Для операций используются самые современные инструменты и оборудование, включая навигационную систему, операционный микроскоп с высоким разрешением, аппарат плазменной хирургии, молекулярно-резонансный аппарат.*

антибактериальная и противовоспалительная терапия, широко используются методы физиотерапевтического лечения.

Диагностические возможности Волынской больницы включают в себя все новейшие методы исследований.



**Пелиушенко  
Татьяна Георгиевна,**  
заведующий отделением, врач-оториноларинголог, к.м.н.

**Отомикроскопия** позволяет визуализировать минимальные изменения наружного и среднего уха.

При помощи **тимпанометрии** стало возможно определить степень подвижности барабанной перепонки и проводимости слуховых косточек.

**Тональная пороговая аудиометрия** определяет порог восприятия слуха к звуковым волнам различной частоты.

Обследования проводятся на современном оборудовании, оснащённом видеоэндоскопическими системами. ■



СМОТРИТЕ  
ВИДЕО НА САЙТЕ  
ВОЛЫНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ



# СЕПТОПЛАСТИКА

– операция по устранению искривления носовой перегородки.

*Пелищенко Т.Г., заведующий отделением, врач-оториноларинголог, к.м.н.,  
Корягин Ф.Н., врач-оториноларинголог.*

Одной из самых частых причин для обращения к ЛОР-врачу является жалоба на затруднение носового дыхания. Самой частой операцией, выполняемой в отделении оториноларингологии Волынской больницы является коррекция перегородки носа — септопластика.

Перегородка носа представляет собой костно-хрящевую пластину, разделяющую полость носа на две равные половины. Существует множество причин для возникновения ее деформации. Среди самых распространенных — несоответствие скорости роста костной и хрящевой части, а также травмы.

Стоит отметить, что выраженность искривления перегородки носа не отображает степень затруднения носового дыхания. Другими словами, может быть выраженное искривление перегородки носа, но при этом сохраняться удовлетворительное носовое дыхание, и наоборот, небольшая деформация может стать причиной снижения качества жизни.

Основным показанием к хирургическому лечению искривления перегородки носа являются именно жалобы на затруднение носового дыхания. Кроме того,

нарушение движения воздушных потоков в полости носа может приводить к нарушению вентиляции околоносовых пазух и быть причиной развития хронического риносинусита.

Основной метод лечения искривления перегородки носа — хирургический, то есть операция.

В последнее время можно было услышать про «передовые» методы лечения искривления перегородки носа с помощью лазера или баллона. Но ни лазер, ни баллон не могут исправить действительно кривую перегородку.

Лазерный метод, или, как правильно называется методика, лазерная септохондрокоррекция действительно работает, но исключительно при изолированных деформациях хрящевой части перегородки, что наблюдается в считанных случаях.

Баллонная коррекция перегородки носа и вовсе является переосмысленным методом редрессации (надламывания) перегородки носа, известной уже более 150 лет, поставленной на коммерческие рельсы.

Так что единственным методом, заслуживающим внимания в контексте лечения де-

формаций перегородки носа, является операция септопластика, то есть щадящая операция, при которой удаляются исключительно искривленные фрагменты перегородки носа, ремоделируются (выпрямляются) и реимплантируются обратно. Операция может выполняться под контролем эндоскопа, что повышает точность, снижает риск кровотечения и повреждения внутриносовых структур.

Среди пациентов, приходящих на консультации, часто можно услышать фразы «долбить перегородку», «выламывать кости». Так вот, задачей ЛОР-хирурга является не удалить все возможные структуры, находящиеся в носу, а оперировать максимально щадяще, сохраняя функционально важные, неизмененные участки перегородки носа.

Одной из причин боязни пациентов являются рассказы старшего поколения, перенесшего операцию под местной анестезией. В Волынской больнице все операции на полости носа выполняются под наркозом, применение которого позволяет избежать участия пациента в операции, сократить время операции, а также полностью исключить болевой синдром. ■



# ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ РИНИТ

– нарушение дыхания через нос из-за разрастания слизистой оболочки, желез и костной ткани полости носа.

*Пелишенко Т.Г., заведующий отделением, врач-оториноларинголог, к.м.н.,  
Корягин Ф.Н., врач-оториноларинголог.*

## СИМПТОМЫ

- постоянная заложенность носа или затруднение при дыхании через нос;
- отделяемое из носа, нередко имеющие гнойный характер;
- потеря обоняния;
- нарушение сна из-за пробуждений вследствие заложенности носа.

**Г**ипертрофический ринит — одна из форм постоянного воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа, сопровождающаяся утолщением слизистой, увеличением количества желез в ней, разрастанием костных носовых раковин. Гипертрофический ринит является причиной постоянного затруднения носового дыхания.

Многие пациенты вынуждены постоянно пользоваться сосудосуживающими спреями и каплями, которые негативно влияют на организм. Ниже приведен список побочных явлений одних весьма распространенных капель для носа:

**Местные реакции:** реактивная гиперемия, набухание слизистой оболочки полости носа, раздражение слизистой оболочки полости носа, при применении более 1 недели — отек слизистой оболочки полости носа, атрофический ринит.

**Системные реакции:** возможны, преимущественно у детей и пациентов пожилого возраста — бледность кожных покровов, тахикардия, боли в области сердца, повышение артериального давления, усиление потоотделения, дрожь, головная боль, возбуждение, тошнота, сонливость, головокружение.



## ДИАГНОСТИКА

К методам диагностики гипертрофического ринита относят: передняя риноскопия, риноманометрия, рентгенография и компьютерная томография придаточных пазух носа.

**Передняя риноскопия** — метод, позволяющий изучить структуры носа (перегородку, носовые ходы, передние и средние отделы носа). Выполняется

с помощью оториноларингологического зеркала. При гипертрофическом рините при осмотре полости носа с помощью носового зеркала отмечается гипертрофия нижних носовых раковин, которые не сокращаются после анемизации.

При **передней активной риноманометрии** измеряется давление и объем воздуха, про-

ходящего через нос во время вдоха и выдоха, а при **акустической ринометрии** измеряется площадь поперечного сечения полости носа.

Совокупность этих исследований позволяет не только установить диагноз, но и констатировать степень тяжести заболевания и определить тактику лечения пациента.

## ЛЕЧЕНИЕ

К сожалению, часто изменения в полости носа достигают такой степени, что консервативное (безоперационное, лекарственное) лечение уже не может избавить пациента от этой проблемы.

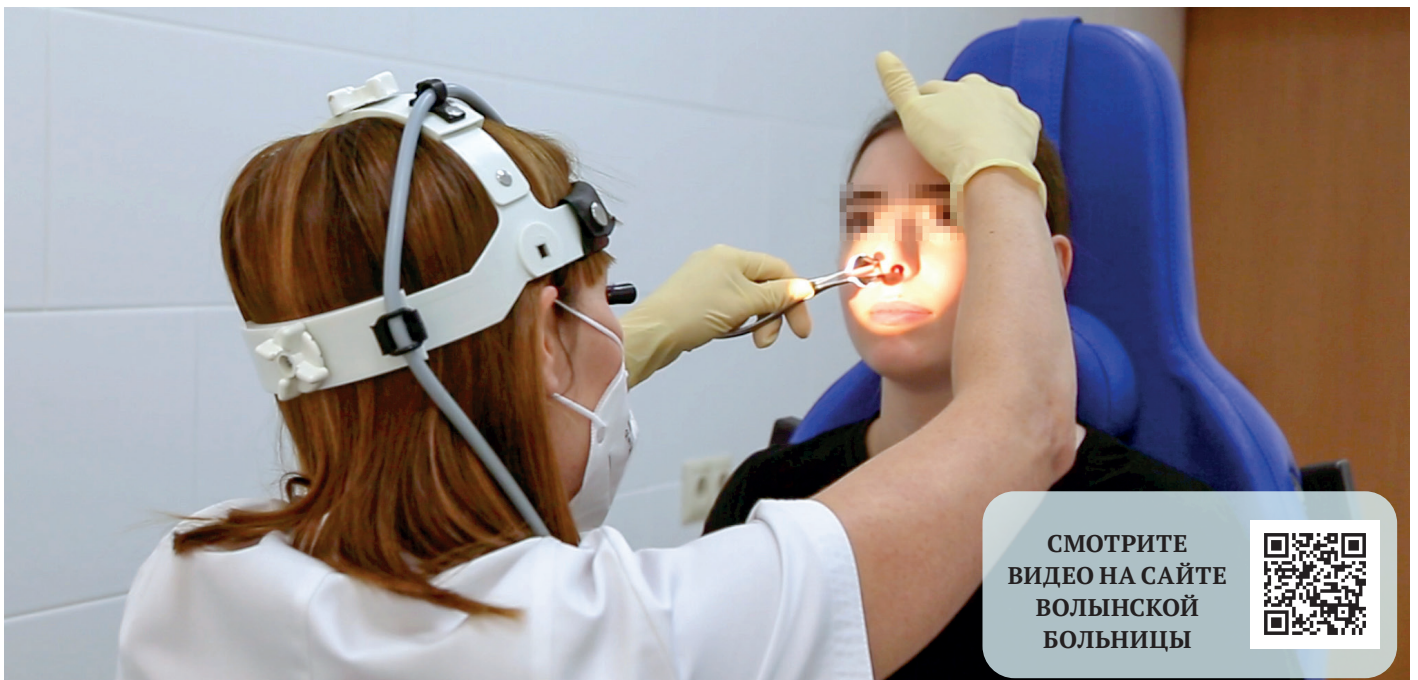
В этом случае пациентам рекомендуется проведение **подслизистой вазотомии** нижних носовых раковин, совмещенной с **латеропексией** (надламыванием) нижних носовых раковин. Смысл данной операции заключается в разрушении сосудов, располагающихся под слизистой оболочкой носовых раковин — структур полости носа, отвечающих за регулирование

воздушного потока, проходящего через нос. В последующем при заживлении происходит склерозирование тканей, уменьшение их объема, и, как следствие, улучшение носового дыхания.

Классическая операция подразумевает разрез слизистой оболочки и механическое разрушение сосудов при помощи специального инструмента — распатора. Вслед за разрушением сосудов наступает кровотечение, причем объем кровопотери может быть весьма велик, поэтому после данной операции в полость носа устанавливаются тампоны.

**Холодноплазменный аппарат Coblator** в зоне разрушения моментально запечатывает сосуды, предотвращая кровотечение, в значит и позволяет избежать установку тампонов и сохранить носовое дыхание в раннем послеоперационном периоде.

Принцип работы заключается в воздействии узкофокусированного (50-100 мкм) облака натриевой плазмы, сформированного на конце электрода в среде физиологического раствора (0,9% хлористого натрия). Температура в зоне воздействия не превышает 60°, а близлежащие ткани и вовсе не претерпевают термического воздействия. ■



СМОТРИТЕ  
ВИДЕО НА САЙТЕ  
ВОЛЫНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ





# ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ

*Пелищенко Т.Г., заведующий отделением, врач-оториноларинголог, к.м.н.*

**П**олипозный риносинусит представляет собой хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, основным клинико-морфологическим проявлением которого является образование и рецидивирующий рост полипов.

Полипы полости носа — выросты гипертрофированной слизистой оболочки полости носа или околоносовых пазух. Полипы носа имеют незаметное постепенное течение и приводят к выраженным нарушениям носового дыхания, снижению или полному отсутствию обоняния. Следствием затрудненного дыхания носом могут стать головная боль, нарушения сна, сниженная работоспособность, ухудшение слуха, нарушения прикуса и развития речи у детей.

Полипы носа являются довольно распространенной патологией. По различным статистическим данным они наблюдаются у 1-4% людей. Страдают преимущественно взрослые. Образование полипов связано с избыточным разрастанием (гипертрофией) слизистой оболочки носа, которое обычно возникает в результате длительного воспалительного процесса. Со временем происходит истощение защитных функций слизистой оболочки, тогда ее площадь увеличивается за счет гипертрофического разрастания, в результате которого и появляются полипы.

## СИМПТОМЫ ПОЛИПОВ ПОЛОСТИ НОСА

Как правило, полипы носа начинают свой рост в решетчатой пазухе и верхних отделах носовой полости. В начале своего развития эти изменения в носу остаются малозаметными для пациента. Со временем полипы носа медленно увеличиваются, что приводит к затруднению носового дыхания.

Первое время пациент использует сосудосуживающие назальные капли и они действительно приносят облегчение, поскольку уменьшают отечность слизистой. Однако при больших размерах полипов носа сосудосуживающие капли перестают оказывать какой-либо эффект. Именно в этот период большинство пациентов впервые обращаются к оториноларингологу с жалобами на заложенность носа и затрудненное носовое дыхание.





## ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ НОСА

Выявить нарушение носового дыхания даже при отсутствии жалоб пациента позволяет гнусавый оттенок голоса. Следующим диагностическим шагом является определение причины нарушенного носового дыхания. Пациенту проводится риноскопия, которая в случае полипов носа выявляет характерные гроздевидные разрастания слизистой оболочки.

Полипы носа диагностируются также на основании результатов эндоскопического осмотра полости носа, рентгенологического и томографического исследования околоносовых пазух. Дополнительно проводят фарингоскопию, отоскопию, общий анализ крови, бактериологические исследования.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Консервативные методы лечения направлены на ликвидацию провоцирующих факторов: исключение воздействия на организм инфекционных агентов и аллергенов, а также потенциальных пищевых аллергенов; санирование очагов хрониче-

Она сопровождается эндовидеохирургической визуализацией с выводом изображения операционного поля на монитор. При эндоскопическом методе полипы носа удаляются при помощи специального электроинструмента, который втягивает полипозную ткань в отверстие своего наконечника и сбрасывает ее у основания. Высокая точность шейвера и хорошая визуализация позволяют тщательно удалять полипы носа и полипозную ткань, находящуюся в околоносовых пазухах. Удаляя полипы носа эндоскопическим методом, хирург имеет возможность корректировать внутреннюю анатомическую архитектуру носа с целью улучшения дренажа придаточных пазух.

## ГЕННО-ИНЖЕНЕРНО БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Но до недавнего времени частота рецидивов полипоза у пациентов оставалась высокой, поэтому разрабатывались альтернативные пути решения данной проблемы.

Сегодня тем пациентам, у которых в основе развития полипозного процесса лежит воспаление второго типа, врачи рекомендуют генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).

*Сегодня тем пациентам, у которых в основе развития полипозного процесса лежит воспаление второго типа, врачи рекомендуют генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ).*

ской инфекции и лечение воспалительных заболеваний носоглотки; противоаллергическая терапия и иммунокоррекция. Применяются интраназальные кортикостероиды и системные глюкокортикоиды.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Существуют и различные виды хирургических вмешательств, наиболее щадящее из которых — эндоскопическая операция на околоносовых пазухах.

Биологические препараты, которые в течение вот уже двух лет применяются в Волынской больнице, воздействуют на интерлейкины (ИЛ) и приводят к очень хорошим результатам. Препарат «Дупилумаб» воздействует на ИЛ-4 и ИЛ-13, а «Меполизумаб» — на ИЛ-5.

В результате у пациентов восстанавливается носовое дыхание, обоняние, уменьшается количество выделений, улучшается качество жизни. Такое лечение проводится и по системе ОМС. ■





СМОТРИТЕ  
ВИДЕО НА САЙТЕ  
ВОЛЫНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ



## ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Челюстно-лицевая хирургия Волынской больницы работает на базе оториноларингологического отделения и занимается проведением операций в области головы, лица и шеи, направленных на устранение травм и их последствий, удаление опухолей, а также на восстановление различных функциональных нарушений, в том числе прикуса и зубного ряда.

Одно из важнейших направлений работы челюстно-лицевых хирургов — это **реконструктивно-восстановительные операции** посттравматических деформаций челюстно-лицевой области.

Такие вмешательства проводятся для устранения дефектов и воссоздания утраченных органов или тканей лица и шеи с последующим восстановлением их функции. Для этого используется технология перемещения собственных тканей, а также применяются методики эктопротезирования.

Для планирования операций используется компьютерное моделирование, которое позволяет максимально точно реконструировать лицевой скелет. Современное оборудование помогает спланировать не только сам ход

хирургического вмешательства, но и смоделировать необходимые индивидуальные имплантаты для фиксации фрагментов костей лицевого скелета. Применение данных технологий способствует сокращению времени хирургического вмешательства и минимизации травматичности самой операции.

**Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области** чаще всего связаны с патологией зубов и десен и требуют экстренного хирургического вмешательства. Важная составляющая лечения — устранение причин воспалительного процесса.

Особого внимания заслуживают **онкологические заболевания** челюстно-лицевой области. Последовательный подход к лечению позволяет выполнять операции по удалению новообразований и затем приступить к реконструктивно-пластическому этапу лечения.

**Ортогнатические операции** — это хирургические вмешательства, проводимые на верхней и нижней челюстях с целью исправления их размера, положения, формы и соотношения. С помо-

щью данной операции корректируется прикус, восстанавливаются пропорции лица. Современные методики позволяют выполнять все хирургические разрезы внутри полости рта, тем самым избегая формирования грубых рубцов на лице.

Одно из преимуществ больницы — возможность проведения **симультаных**, то есть одномоментных операций. Во время одного хирургического вмешательства с пациентом работает сразу несколько бригад хирургов, решая ряд проблем во время одного общего наркоза. Так, при исправлении носового дыхания одновременно может быть проведена **ринопластика** (пластика носа), а при исправлении аномалий прикуса — **гениопластика** (пластика подбородка).

Челюстно-лицевые хирурги не только помогают пациентам излечиться от заболеваний, но и решают социально-значимые задачи. Устраняя врожденные или приобретенные недостатки, высококвалифицированные врачи дают пациентам возможность жить полной жизнью, быть трудоспособными и привлекательными. ■



# РИНОПЛАСТИКА

– операция по исправлению врожденных или приобретенных дефектов носа.

**Н**ос несет важнейшую функцию по идентификации личности в социуме, являясь фокусной точкой лица. Именно поэтому любые косметические дефекты носа неизбежно становятся тяжелейшим психотравмирующим фактором независимо от пола и возраста пациента. Дефекты кожи и опорных структур различных отделов носа являются в основном результатом хирургических вмешательств (удаление опухолей), травм, ожогов, отморожений, врожденных пороков развития.

Реконструкция носа (**реконструктивная ринопластика**) является сложной задачей, как правило, требующей нескольких последовательных операций. Количество этапов зависит от обширности и глубины поражения. Для восстановления утраченных компонентов могут быть использованы как ткани самого пациента (лоскуты или трансплантаты), так и инородные материалы искусственного (импланты) и биологического происхождения (специально обработанные фрагменты тканей животных или других людей).

Выбор применяемых методик реконструкции, последовательность и общее количество операций определяется индивидуально в зависимости от особенностей деформации и дефекта, общего состояния пациента (наличия сопутствующих заболеваний).



*Геворков Г.Л., челюстно-лицевой хирург, к.м.н.*

## ПЛАНИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ

Планирование операции подразумевает следующие этапы:

- Проведение медицинской оценки имеющейся деформации и дефекта наружного носа на основании данных объективного обследования, а также специальных исследований (МСКТ, МРТ и УЗИ при необходимости), для определения оптимального метода пластики с учетом индивидуальных особенностей пациента.
- Проведение медицинской оценки общего состояния организма пациента на основании данных объективного обследования, а также данных лабораторных и специальных исследований, предоставленных пациентом. Этот этап необходим для определения степени риска предстоящего оперативного вмешательства.
- Выполнение перед операцией фотографических снимков (скульптурных слепков и т.д.) для рационального планирования операции с учетом индивидуальных особенностей пациента и возможности объективной оценки результатов операции.

- Ознакомление пациента с планом операции, особенностями ее проведения, возможными осложнениями, последствиями, ожидаемыми результатами, течением послеоперационного периода, а также степенью риска, связанного с проведением оперативного вмешательства.

- Ознакомление пациента с правилами поведения в период подготовки к операции и в послеоперационном периоде.

Анатомические и косметические недостатки, присущие деформациям наружного носа, обуславливают не только нарушение такой жизненно важной функции, как дыхание, но и отрицательно влияют на внешний вид и психоэмоциональное состояние больного. Поэтому анатомические и эстетические результаты корригирующих операций должны рассматриваться не только как восстановление анатомической формы наружного носа, но и как средство социальной реабилитации больных с деформациями наружного носа и верхней губы различного происхождения.

## ПОВТОРНАЯ РИНОПЛАСТИКА

Повторная ринопластика (реконструктивная ринопластика) — это операция, направленная на восстановление эстетичной формы наружного носа и полноценного носового дыхания после неудачной пластики носа.

Необходимость выполнения подобного корректирующего вмешательства может быть обусловлена как возникновением

непредсказуемых осложнений в послеоперационном периоде — например грубого рубцевания под кожей носа, так и ошибками врача в хирургической тактике.

Также повторная ринопластика позволяет скорректировать дефекты, появление которых было спровоцировано нарушением рекомендаций врача в послеоперационном периоде.





Рис. 1. Устранение деформации носа с использованием 4-х угольного хряща пациента. Фотографии до и после операции.

## ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПОВТОРНОЙ РИНОПЛАСТИКИ

- Нарушение дыхательной функции из-за деформации клапана носа;
- деформация типа «клюв попугая» (остаточная хрящевая горбина);
- искривление спинки носа относительно центральной оси лица;
- остеофиты, оставшиеся после остеотомии, выполненной в ходе первичной ринопластики;
- слишком широкая спинка носа (если остеотомия при первичной операции была выполнена не полностью);
- опущение кончика носа, за счет дефицита опоры;
- деформация кончика и дефицит хрящевой ткани крыльев носа после деструктивной ринопластики;
- деформация кончика и спинки носа, как следствие образования грубых подкожных рубцов.

Вторичная ринопластика считается более сложной операцией, чем

первоначальная. Это объясняется тем, что в зоне операции имеются уже сформировавшиеся рубцы, и врачу приходится работать в условиях измененной анатомии.

Чаще всего повторная операция требует реконструкции, то есть воссоздания поврежденных, деформированных или отсутствующих структур. Для восстановления могут быть использованы материалы двух типов:

- собственные ткани пациента,
- высокотехнологичные полимерные имплантаты.

Вторичная ринопластика иногда проводится закрытым способом — разрезы выполняются внутри носовых ходов. Если же деформация значительна и требует сложной коррекции, более целесообразно проведение открытой ринопластики.

В ходе вторичной ринопластики, без проведенной септопластики ранее, выполняется забор аутоотрансплантата из четырехугольного хряща. А в ходе реконструктивной ринопластики для восстановления утраченных структур носа требуется забор хрящей из ушных раковин или ребер пациента.

Хирургическая коррекция позволяет избавиться от большинства деформаций и скорректировать результат неудавшейся пластики. Однако вторичная ринопластика сложна во многом не только для хирурга, но и для самого пациента. Ведь, столкнувшись с неблагоприятным исходом операции однажды, пациент начинает любого пластического хирурга подозревать в некомпетентности.



Рис. 2. Устранение деформации хрящевого и костного отделов носа с использованием реберного аутоотрансплантата. Фотографии до и после операции.



## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ

Одной из сложных проблем в пластической хирургии челюстно-лицевой области и ринологии является **восстановление после первичной хейлоринопластики** у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Современные способы реконструктивной ринопластики не позволяют полностью восстановить естественную форму и функции носа у таких пациентов. Испытанием времени выдержали лишь несколько разработанных методов.

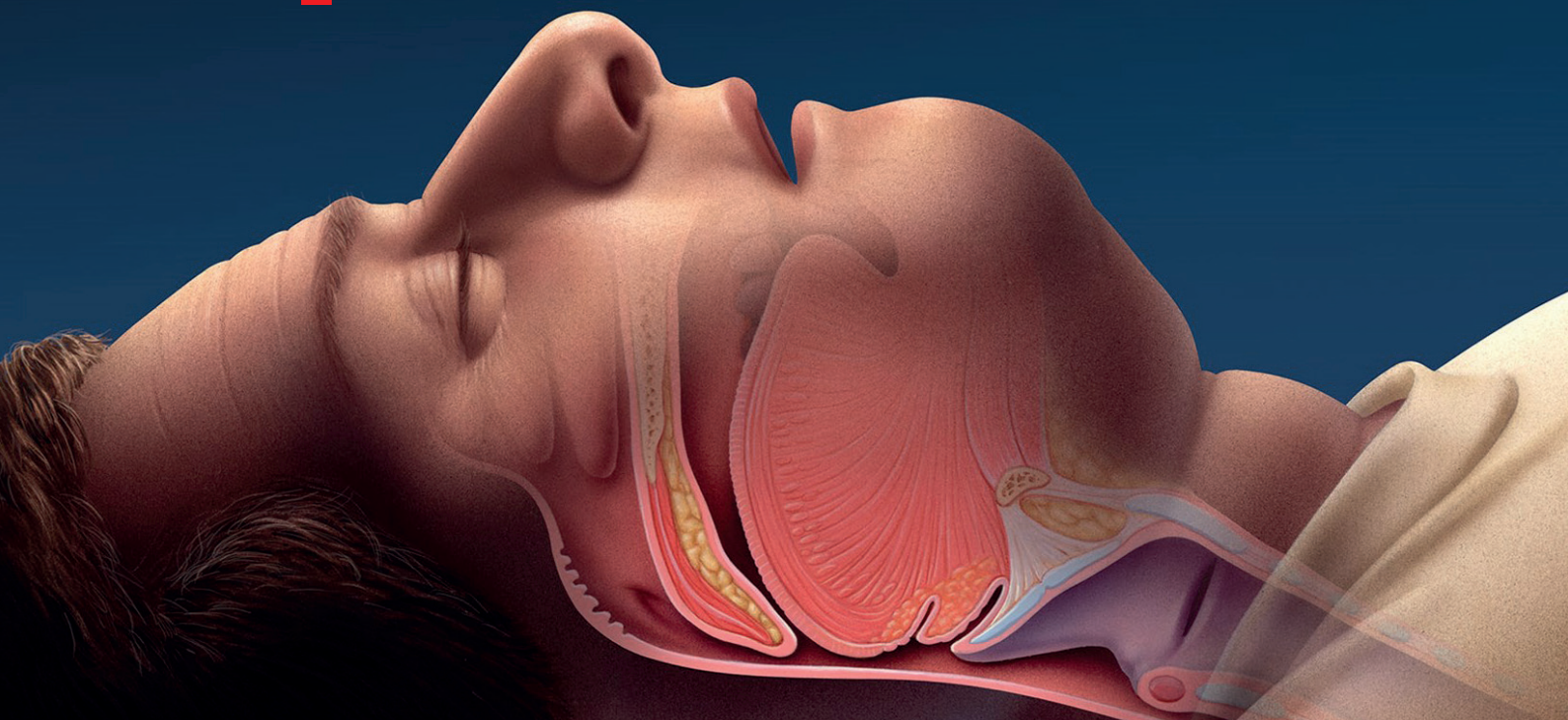
Основной целью операции является улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения у пациентов с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики, а также выбор хирургических приемов, позволяющих рационально использовать ткани наружного носа, создавая при этом оптимальные условия для устранения имеющихся анатомических и функциональных нарушений. ■



Рис.3. Реконструктивная хейлоринопластика. До и после операции.







# СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

*Абдуллаев А.А., челюстно-лицевой хирург.*

Синдром обструктивного апноэ сна — тяжелое заболевание, с грозными осложнениями, поражающими жизненно важные системы организма. СОАС признан фактором риска, развития ишемической болезни сердца. Новые данные указывают, на причинно-следственную связь СОАС с такими заболеваниями, как резистентность к инсулину,

гипертония, сердечная недостаточность и ишемия миокарда.

Распространенность СОАС составляет в среднем 7% от всего населения старше 30 лет. У лиц старше 60 лет частота СОАС значительно возрастает и составляет около 30% у мужчин и около 20% у женщин. Показатели превышают распространенность бронхиальной астмы.

Несмотря на отсутствие абсолютных противопоказаний, CPAP терапия по данным зарубежных источников в виду отсутствия комплаентности не эффективна у 46-83% а в долгосрочном периоде у более чем 50% пациентов. Это вынуждает специалистов в области респираторной сомнологии привлекать хирургов к комплексному лечению.

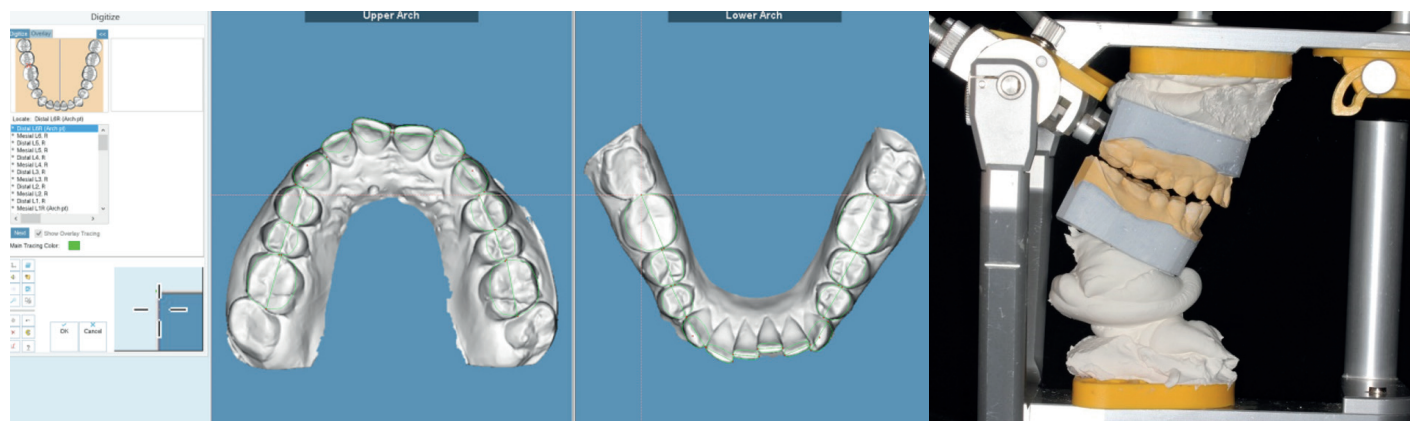


Рис.1. Оценка моделей зубных рядов.



Основным показанием к хирургическим методам лечения пациентов с СОАС средней и тяжелой степени является некомплаентность к СРАР терапии — неинвазивной вспомогательной вентиляции легких аппаратом, поддерживающим постоянное положительное давление воздуха во время сна.

Комплексное оперативное лечение пациентов с аномалией окклюзии осложненной СОАС в ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ выполняется через поэтапное обследование пациентов, консультацию врачей смежных специальностей, планирование комплексного ортодонтико-хирургического лечения.

**Предоперационное планирование** пациентов с СОАС с применением методики ортогнатической хирургии с максилло-мандибулярным выдвиганием заключается в прецизионном анализе моделей зубных рядов и объема воздухоносных путей глотки. Выполняется антропометрический и цефалометрический анализ данных реконструкции конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) головы пациента в центральном соотношении челюстей (ЦС) и естественном положении головы (ЕПГ) по методике Arnett/Gunson FAB 3D.

Определяются этапы ортодонтической подготовки к ортогнатической операции и послеоперационного ведения. Проводится компьютерное 3D-моделирование ортогнатической хирургии с максилло-мандибулярным выдвиганием с использованием программы 3D компьютерного планирования bonabyte с учетом увеличения объема воздухоносных путей глотки.

Эффективность лечения оценивается на основании данных полисомнографии или кардиореспираторного мониторинга. ■

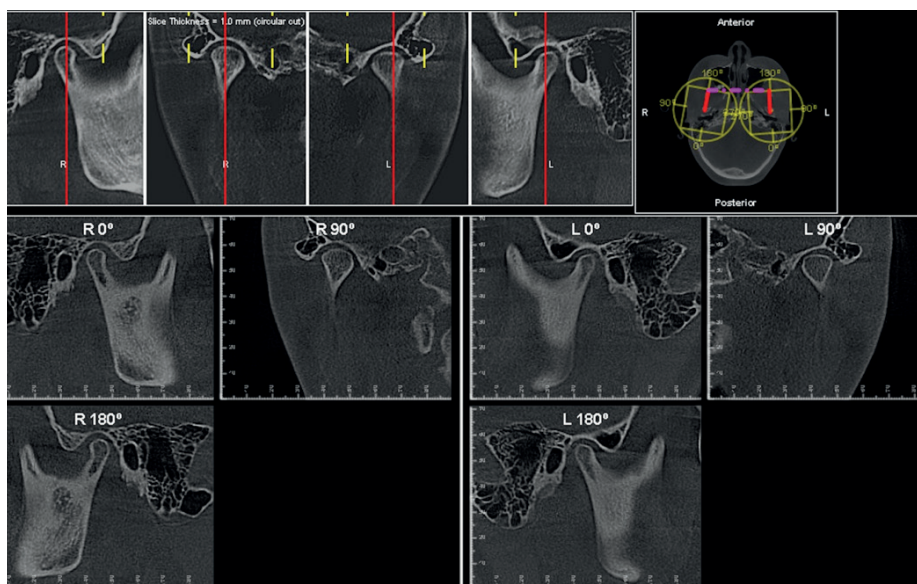


Рис.2. Оценка моделей зубных рядов на основании анализа Bolton.

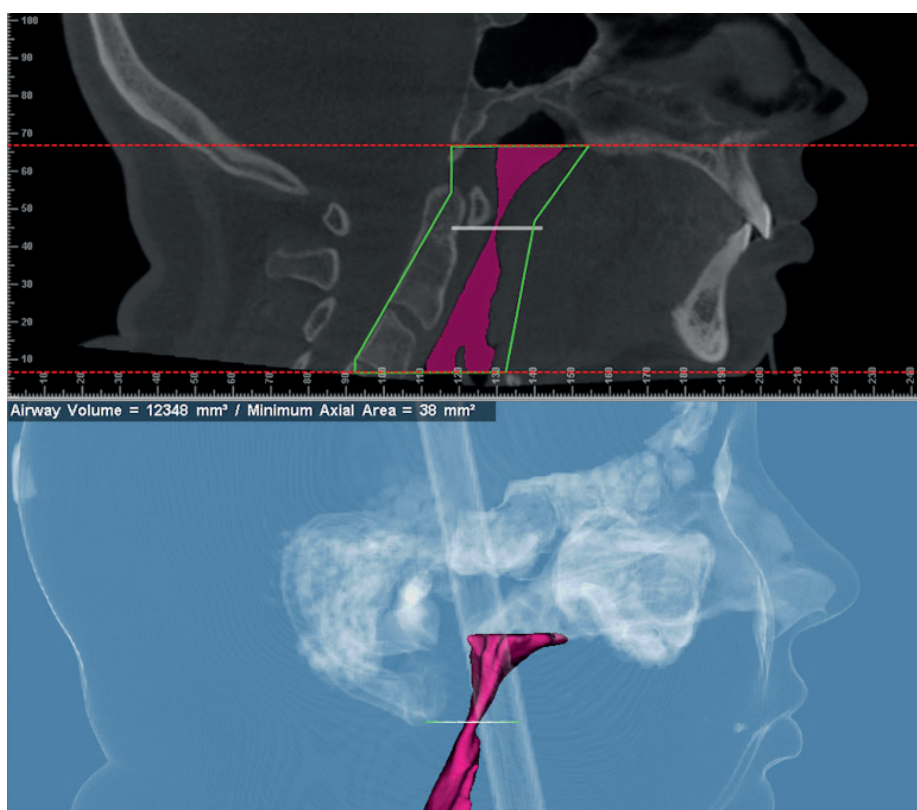


Рис.3. Реконструкция КЛКТ височно-нижнечелюстного сустава.

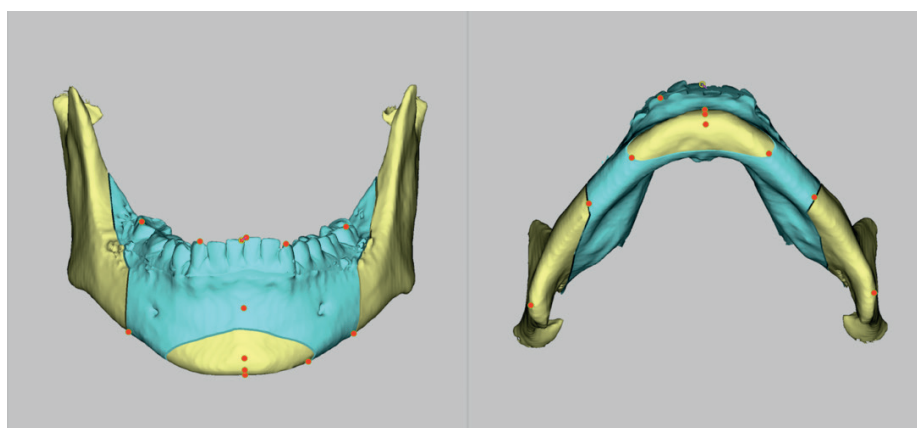


Рис.4. Оценка объема и минимального дыхательного просвета глотки.



# Диагностика и лечение **апноэ** и других нарушений сна

Консультация  
врача-сомнолога

Кардио-респираторный  
мониторинг

Полисомнографическое  
исследование

Множественный тест  
латентности сна  
(MSLT-тест)

Исследование  
по протоколу «split-night»

Подбор CPAP-терапии

Пребывание в комфортной  
одноместной палате  
на время проведения  
исследования



## Центр медицины сна



Больше информации  
и сомнологические онлайн-тесты  
на странице Центра медицины сна  
Волынской больницы

[volynka.ru/sleep](http://volynka.ru/sleep)

Обратитесь  
к сомнологу  
если у Вас имеются:

- Храп
- Задержки дыхания во сне
- Чрезмерная дневная сонливость
- Бессонница
- Отсутствие освежающего эффекта ночного сна
- Неприятные ощущения в ногах вечером и ночью
- Избыточный вес
- Головная боль по утрам
- Повышение артериального давления
- Нарушения ритма сердца и проводимости
- Скрежетание зубами во сне (бруксизм)



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ  
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Колл-центр:  
**(495) 620-80-95**

Сайт:  
**volynka.ru**

Моб. приложение:  
**«Больница №1»**

Telegram канал:  
**@volynka\_vestnik**