

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
11 июля 2008 г.
Регистрационный № 002-0108

**РАННЯЯ ВТОРИЧНАЯ ГИНГИВОПЕРИОСТЕОПЛАСТИКА
С ПРИМЕНЕНИЕМ СРЕДСТВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОСТЕОГЕНЕЗ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. А.С. Артюшкевич, Д.А. Гричанюк

Минск 2008

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Оперативное лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти и неба необходимо проводить в условиях детского отделения челюстно-лицевой хирургии при наличии набора инструментов для хейлоуранопластики и гингивопериостеопластики расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти по предлагаемой методике; используются лабораторная центрифуга для получения обогащенной тромбоцитами плазмы крови (ОТПК), система взятия венозной крови, остеозамещающий материал, обладающий остеокондуктивными свойствами.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами альвеолярного отростка (РАО) верхней челюсти.

Раннюю вторичную гингивопериостеопластику врожденных расщелин альвеолярного отростка верхней челюсти показано производить в следующие возрастные периоды:

- 1) в возрасте 18–24 месяца одновременно с уранопластикой при одно- и двусторонних сквозных расщелинах верхней губы и неба I и II степени;
- 2) в возрасте от 2 до 5 лет как отдельным этапом раннего хирургического лечения врожденных расщелин альвеолярного отростка у детей с врожденными сквозными расщелинами верхней губы и неба III степени.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

За месяц до операции нельзя проводить вакцинацию ребенка АКДС вакциной, так как введение последней сопровождается значительным снижением иммунитета в течение месяца.

Противопоказанием являются общие соматические заболевания, гнойничковые поражения кожи, простой герпес, стоматиты, анемия, нарушения со стороны свертывающей системы крови, общая гипотрофия, пороки сердца в стадии декомпенсации.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Операция состоит из двух этапов. На первом этапе производится забор крови из периферической вены в пробирки объемом 10 мл, содержащие антикоагулянт — цитрат Na 3,2% (1:10). Выбранная вена должна быть наиболее доступна, удобна для пункции и иметь наибольший диаметр; область инъекции следует обработать раствором антисептика. Центрифугирование крови проводится интраоперационно на лабораторной центрифуге методом однократного центрифугирования (при 2800 об./мин в течение 14 мин). Для получения геля тромбоцитов используется тромбин, который разводился 10% раствором хлорида кальция. Активирование ОТПК

происходит путем смешивания ее с раствором тромбин/хлорид кальция в соотношении 10:1 (1 мл ОТПК с 0,1 мл раствора тромбин/хлорид кальция), гель формируется в течение 10 с. Смешивания ОТПК и остеозамещающего материала производится в стерильных чашках Петри до получения моделируемой массы, готовой к имплантации.

Второй этап: ход операции гингивопериостеопластики расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти.

После обработки кожи лица септоцидом операционное поле ограничивается стерильными простынями. Мягкие ткани в области РАО верхней челюсти с небной и вестибулярной стороны инфильтрировали 0,5% раствором новокаина в объеме 2–4 мл с добавлением раствора адреналина в соотношении 1:100000. Спустя 5 мин после анестезии, когда наступала вазоконстрикция, производили разрезы по краям РАО при помощи одноразового скальпеля (размер лезвия № 15), таким образом, чтобы разрез окаймлял дефект с вестибулярной и небной сторон, затем мобилизовали слизисто-надкостничные лоскуты по краям дефекта.

При наличии дефекта твердого неба устранение его производится одновременно с гингивопериостеопластикой расщелины альвеолярного отростка. Для этого линии разрезов нужно продлевать вдоль краев расщелины со стороны твердого неба, отступив на 1 мм от края. Производится осторожное и тщательное выделение и мобилизация носовой слизистой оболочки на всем протяжении вдоль краев расщелины. Слизисто-надкостничные лоскуты опрокидываются внутрь эпителиальной поверхностью и ушиваются погружными швами. Таким образом формируется задняя стенка альвеолярного отростка и дно носовой полости. При мобилизации слизисто-надкостничных лоскутов избегали травматизации тонкой костной пластинки альвеолярного отростка по краю дефекта, закрывающей корни второго резца и клыка, расположенных вдоль расщелины.

Затем приступают к формированию наружной выстилки. На небной поверхности слизисто-надкостничные лоскуты после предварительной мобилизации при помощи прямого и изогнутого распаторов сближают и сшивают между собой П-образными швами. Линия разрезов слизистой оболочки альвеолярного отростка в области перддверия полости рта малого фрагмента производится по межзубным десневым сосочкам до первого моляра, разрез продолжают перпендикулярно к переходной складке на высоту равной половине ширины дефекта альвеолярного отростка в области апикального базиса. Отслаивают латеральный слизисто-надкостничный лоскут, на котором делается послабляющий разрез надкостницы для придания лоскуту мобильности. На большом фрагменте разрез также необходимо продлевать по межзубным десневым сосочкам на длину около 1 см с последующим осторожным отслаиванием медиального слизисто-надкостничного лоскута от кости. Слизисто-надкостничный лоскут большого фрагмента не перемещается значительно и не используется для закрытия имплантируемого материала. Однако его мобилизация необходима для

четкой визуализации костных краев расщелины и обеспечения адаптации краев слизисто-надкостничных лоскутов во время ушивания (рис. 1а).

При двусторонних расщелинах верхней губы и неба алгоритм операционных действий мало отличается от такового у пациентов с односторонними расщелинами. Отличие заключается лишь в том, что с целью сохранения кровоснабжения межчелюстной кости слизисто-надкостничные лоскуты, как с вестибулярной стороны, так и с небной необходимо мобилизовать и поднимать на расстояние, равное дистанции между центральными точками первых резцов (рис. 1б).

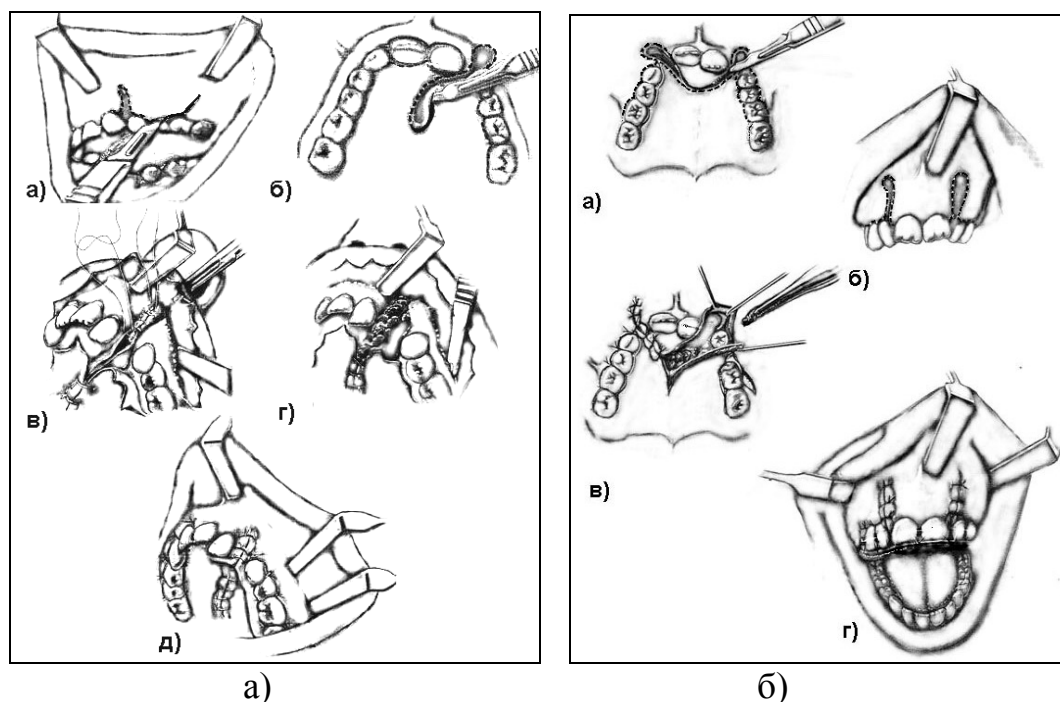


Рис. 1. Схема проведения этапов гингивопериостеопластики при односторонней (а) и двусторонней (б) врожденной РАО верхней челюсти

Образовавшаяся полость, стенки которой представлены надкостницей и обнаженной костью, является воспринимающим ложем для имплантируемого материала. Заполнение сформированной полости ОТПК и остеокондуктивным материалом позволяет воссоздать нормальную высоту и толщину альвеолярного гребня. Основную часть имплантируемого материала необходимо помещать в область гипоплазированного грушевидного отверстия, для того чтобы обеспечить костную опору для основания крыла носа на стороне расщелины.

Мобилизованный слизисто-надкостничный лоскут на вестибулярной поверхности малого фрагмента альвеолярного отростка верхней челюсти смещается вперед и медиально к противоположному краю расщелины таким образом, чтобы он полностью закрыл имплантируемый материал. Лоскут подшивается к слизистой оболочке альвеолярного отростка большего сегмента верхней челюсти с противоположной стороны дефекта П-образными швами либо швом в виде восьмерки из викрила 4/0 на

атравматичной выпуклорежущей игле длиной 16 мм с 1/2 части длины окружности. Кератинизированную слизистую оболочку необходимо перемещать на вершину формируемого гребня альвеолярного отростка и подшивать матрацным швом к слизисто-надкостничным лоскутам твердого неба викрилом 4/0 на атравматичной выпуклорежущей игле длиной 19 мм с 1/2 части длины окружности.

Правила размещения материала в зоне дефекта:

1. Моделируемая масса должна заполнить костный дефект в полном объеме.

2. Выкраиваемые слизисто-надкостничные лоскуты должны быть мобильными и достаточного размера, чтобы без натяжения перекрывать дефект и имплантируемый материал.

3. Необходимо добиваться полной изоляции зоны дефекта альвеолярного отростка и имплантируемого материала от полости рта и носа.

4. У детей старше 5-летнего возраста, когда остеогенный потенциал надкостницы значительно снижается, после обнажения костных краев расщелины последние необходимо обрабатывать фрезой для стимуляции остеогенеза.

Наложение давящей повязки на верхнюю губу на стороне вмешательства обязательно с целью профилактики образования гематом и уменьшения коллатерального отека мягких тканей. Носовой ход на стороне операции тампонируется мазевой турундой с мазью «Левомеколь» на двое суток.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Осложнения, связанные с забором крови, для получения ОТПК: гематома в области венепункции, обусловленная проколом обеих стенок вены или недостаточно туго наложенной повязкой; флебит и тромбофлебит в результате нарушений правил асептики.

2. Неполучение ОТПК из-за нарушения техники ее взятия и режима центрифугирования, а также вследствие забора разбавленной крови из вены, через которую проводится внутривенная инфузия. Во избежание этого необходимо использовать другую вену либо производить забор крови до внутривенной инфузии. Центрифугирование необходимо проводить на устойчивой, ровной поверхности, строго в горизонтальном положении при комнатной температуре.

3. Расхождение или прорезывание швов в области сформированного гребня альвеолярного отростка верхней челюсти. Этот процесс, как правило, возникает за счет недостаточной мобилизации лоскутов и сближения краев раны под натяжением, а также из-за венозного застоя в лоскутах. Травматизация линии швов жесткой пищей является еще одной причиной дегисценции. В результате расхождения швов оголяется имплантируемый материал, вследствие чего постепенно инфицируется, лизируется либо секвестрируется, что в конечном итоге может привести к рефистулизации.

Чтобы избежать этого осложнения, необходимо адекватно мобилизовать лоскуты и сшивать их без натяжения П-образными швами либо швом в виде восьмерки, не затягивая с силой узлы, а также назначать щадящую диету в течение 10 дней после оперативного вмешательства.

4. Краевой некроз слизисто-надкостничных лоскутов вследствие травмирующего фактора хирургическим инструментом во время его фиксации либо собственно некроз слизисто-надкостничного лоскута, которым укрывают трансплантат с вестибулярной стороны. Это, как правило, случается либо вследствие истончения поднимаемого лоскута, травматичной хирургической техники либо из-за нарушения питания этого лоскута. Для предотвращения некроза лоскута следует атравматично поднимать его, фиксировать хирургическим пинцетом за подслизистый слой либо за надкостницу, уделять внимание его толщине в области питающей ножки.