

ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М.Горького Минздрава РФ
*кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии*



*Модифицированный подход при проведении
первичной ураностафилопластики*

Докладчик: к.мед.н., доцент Бугоркова И.А.

Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей представляют собой серьезную не только медицинскую, но и социальную проблему. Литературные источники указывают, что среди всех врожденных пороков развития пороки развития ЧЛО занимают третье место. На ранних сроках эмбрионального развития мы не можем предусмотреть рождение ребенка с дефектами и деформациями ЧЛО.



Не вызывает сомнения, что консультативная помощь семьям должна оказываться до рождения ребенка. Хирургические и реабилитационные этапы лечения мы проводим своевременно и в полном объеме, минимизируя всевозможные риски и осложнения.



В настоящее время по данным ВОЗ частота рождения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) в среднем составляет 1:750 новорожденных.



Европа

1 на 500-
1000

США

1 на 600

Японии

1 на 588

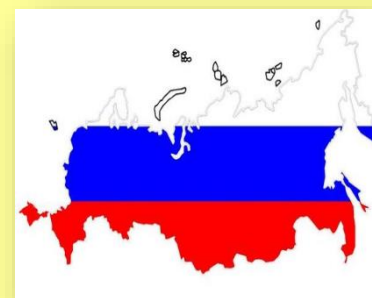


**Африканский
КОНТИНЕНТ**

1 на 2440

**Российская
Федерация**

1 : 630 до
1 : 1280



В Донецком регионе из общего числа новорожденных с различными врожденными аномалиями было рождено 1634 детей с 2019-2022г. Частота рождаемости детей с аномалиями за этот период составляет 1:39,8.

Несмотря на политические и территориальные изменения, возникшие в нашем регионе за последние 5 лет, рождаемость детей с ВРГН остается на стабильно высоком уровне и составляет 1:1000 новорожденных без тенденции к снижению.



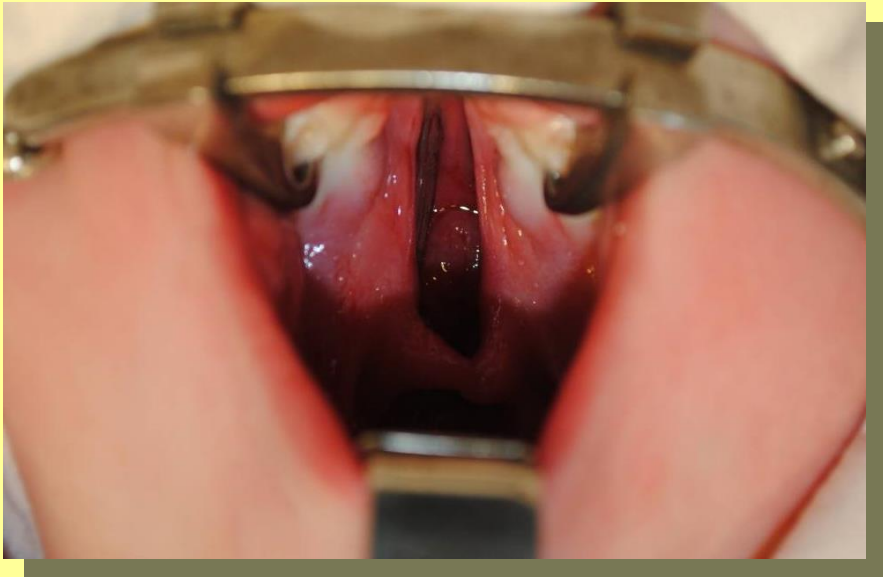


Ежегодно в клинике выполняется от 120 до 150 оперативных вмешательств у детей с различными аномалиями развития ЧЛО, отличающихся по тяжести порока, начиная от самых тяжелых, таких как ВРГН до менее тяжелых, но значимых как функционально, так и эстетически.



Наличие у ребенка врожденной расщелины неба вызывает ряд серьезных эстетических и функциональных нарушений. Дети с врожденными дефектами, а именно с врожденными расщелинами неба, имеют выраженные функциональные нарушения, такие как расстройство функции сосания, глотания, дыхания, речи, а так же косметические деформации лица.

Существенное место в структуре заболеваемости и инвалидности у детей занимают врожденные пороки челюстно-лицевой области, что еще раз подчеркивает актуальность решения медико-социальной проблемы лечения и реабилитации детей в раннем возрасте, и способствует улучшению их здоровья и качества жизни.



Данные литературных источников демонстрируют, что при базовых методиках пластики расщелин неба (ураностафилопластика) частота возникновения вторичных дефектов и деформаций составляет до 31,0 %, проявляющие в образовании массивных рубцов, в следствии длительных сроков эпителизации раневых поверхностей, расхождения краев послеоперационной раны и т.д., требующих в дальнейшем сложной коррекции на этапах реабилитации.

Одной из задач нашей кафедры являлось разработка модифицированных подходов при проведении первичной ураностафилопластики для минимизации образования вторичных дефектов и деформаций.

Анализируя вышеуказанные осложнения мы разработали и внедрили несколько методик по оптимизации хирургического лечения детей с ВРН, посредством применения коллагеновых мембран в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом.



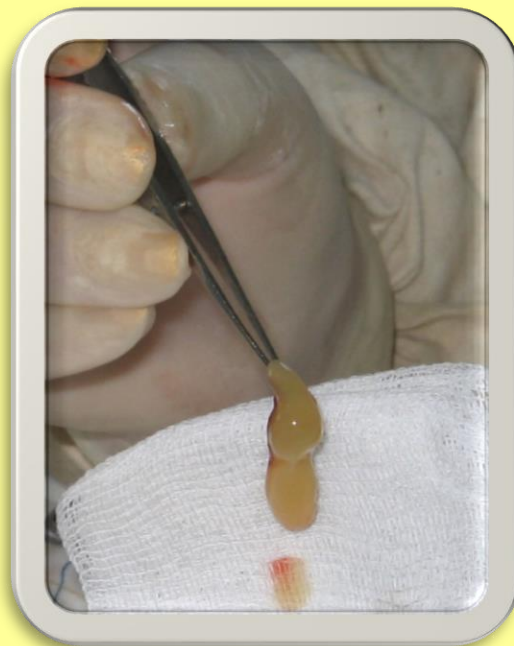
Коллагеновая мембрана является резорбируемой двухслойной мембраной для направленной костной и тканевой регенерации, состоит из коллагена 1 и 3 типа.

Данная мембрана обладает низкой антигенной активностью и характеризуется высокой биосовместимостью, что позволяет использовать её при ураностафилопластике.

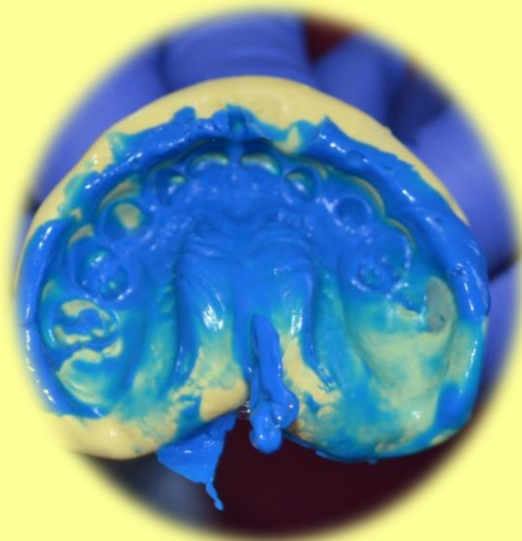
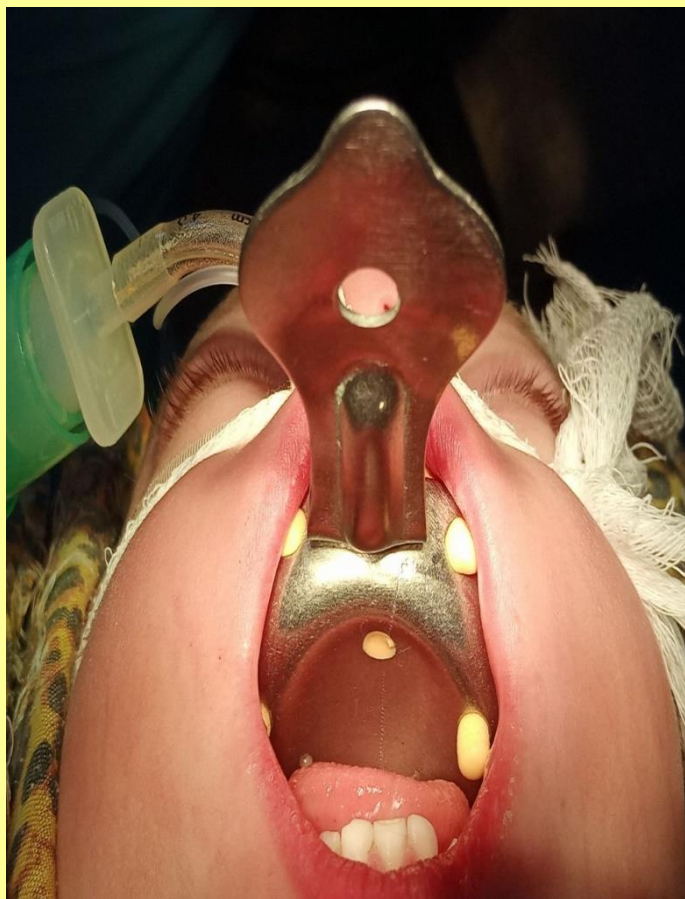


Аутогенный тромбоцитарный концентрат позволяет получить максимально возможный стимулирующий эффект клеточной активности, при увеличении концентрации тромбоцитов увеличивается концентрация нижеперечисленных факторов роста:

- тромбоцитарный фактор роста (PDGF);
- трансформирующий фактор роста (TGF- β);
- фактор роста эндотелия сосудов (VEGF);
- фактор роста эпителия (EGF).



Перед началом оперативных вмешательств врач-ортодонт производит снятие оттиска с целью изготовления индивидуальной съемной защитной пластинки, которая изготавливается в ходе операции.



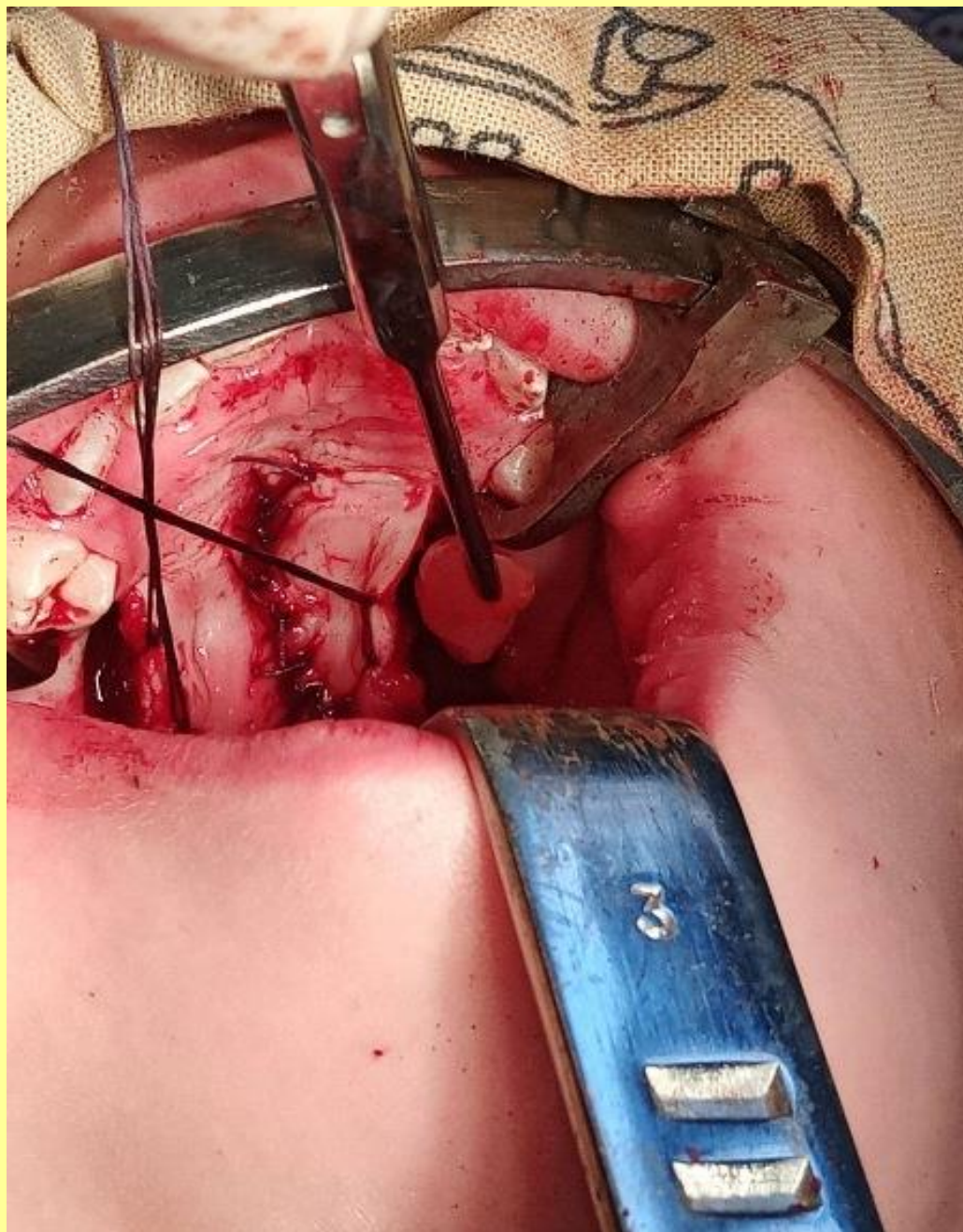
Линии разрезов для перемещения лоскутов осуществляем по стандартной методике.

Производится поэтапное закрытие дефекта путем наложения швов на носовые лоскуты, мышцы мягкого неба и ротовые лоскуты.





Между сшитыми носовыми и ротовыми лоскутами укладывается коллагеновая мембрана в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом для перекрытия оголенных участков кости твердого неба, которые образовались во время мобилизации и дислокации лоскутов. Удаление мембраны не требуется, она рассасывается в течение 24 недель.



В дистальных отделах альвеолярных отростков и ретромолярной области укладываем аутогенный тромбоцитарный концентрат, фиксируем узловатыми швами слизисто-надкостничные лоскуты к слизистой альвеолярного отростка.

На завершающем этапе устанавливаем защитную съемную пластинку с целью минимизации бактериальной контаминации и ограничением контакта мембраны и зоны дефекта со слюной.



- Разработанный модифицированный подход при проведении первичной ураностафилопластики позволил снизить количество осложнений в ранний и поздний послеоперационный период.
- Мембрана в сочетании с аутогенным тромбоцитарным концентратом на ложе твердого нёба, создает оптимальные условия для построения репаративного регенерата на всем протяжении дефекта, тем самым уменьшая образование грубых рубцов, нивелируя влияние некомпенсированных сил, которые являются основными причинами задержки развития верхней челюсти в боковых отделах.
- Полная пенетрация мембраны и аутогенного тромбоцитарного концентрата способствовали лучшей адаптации к костным структурам и мягким тканям в зоне дефекта.



За счет использования инновационных подходов в лечении детей с врожденными расщелинами твердого и мягкого неба нам удалось сократить сроки пребывания в условиях стационара на 1-2 суток.

Реализация предложенной авторской методики (патент № 65175 UA.), при оказании комплексной помощи детям с расщелиной неба, позволила нам снизить число послеоперационных вторичных дефектов и деформаций 1,2 раза.

Достигнута главная цель - дети прооперированные в рекомендуемые сроки и получившие комплексную реабилитацию, посещают дошкольные и школьные учреждения вместе со своими сверстниками.



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!