



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК  
A61B 17/56 (2018.08)

(21)(22) Заявка: 2017135828, 09.10.2017

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:  
09.10.2017

Дата регистрации:  
02.10.2018

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 09.10.2017

(45) Опубликовано: 02.10.2018 Бюл. № 28

Адрес для переписки:

119991, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 16, ФГБУ  
"ЦНИИС и ЧЛХ", патентная группа

(72) Автор(ы):

Чкадуа Тамара Зурабовна (RU),  
Гилёва Ксения Сергеевна (RU),  
Романова Екатерина Михайловна (RU),  
Мохирев Михаил Аркадьевич (RU),  
Абдуллаев Камиль Фирудинович (RU),  
Кудрявцев Александр Владимирович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное государственное бюджетное  
учреждение "Центральный  
научно-исследовательский институт  
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии"  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете  
о поиске: RU 2594945 C1, 20.08.2016. RU  
2476163 C1, 27.02.2013. RU 2458643 C1,  
20.08.2012. US 20100160920 A1, 24.06.2010.  
ВЕРБО Е.В. и др., Реконструкция лица  
реванскуляризированными  
аутотрансплантатами. - М.: Медицина, 2008,  
с.24-30.

(54) Способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к челюстно-лицевой хирургии, и предназначено для использования при устранении расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба. Подготавливают воспринимающее ложе. После проведения окаймляющего разреза рубцово-измененной слизистой по краям расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти ушивают ее для закрытия ротоносового соустья вывороточными швами. Проводят отслаивание и мобилизацию слизистых лоскутов с вестибулярной и небной сторон по всему периметру расщелины альвеолярного отростка,

скелетируют переднюю поверхность верхней челюсти до грушевидного отверстия. Затем проводят выделение и подготовку реципиентных сосудов (лицевые артерия и вена). С одноименной стороны в области слизистой щеки выполняют вертикальный разрез, тупым путем отслаивают щечную мышцу, визуализируют, выделяют и берут на держалки лицевую артерию и вену. Формируют тоннель под слизистой щеки от выделенных сосудов в сторону расщелины альвеолярного отростка по вестибулярной поверхности верхней челюсти. После подготовки воспринимающего ложа и выделения сосудов проводят забор бедренного надкостнично-

кортикального аутоотрансплантата по линии доступа в нижней трети бедра. От переднемедиального эпифиза бедренной кости проводят Г-образный разрез кожи, подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) длиной 10-12 см по проекционной линии бедренной артерии от медиального эпифиза бедренной кости кверху. Рассекают кожу, ПЖК, поверхностную фасцию бедра без повреждения медиального кожного нерва и большой подкожной вены. Мобилизуют внутренний край медиального брюшка четырехглавой мышцы бедра и проходят вдоль него до кости. Выделяют сосудистую ножку, включающую нисходящие коленные артерию и вену, отходящие от поверхностных бедренных артерий и вены, которые берут на держалку. Рассекают надкостницу по поверхности бедренной кости, отступив 1-2 см по краям планируемого аутоотрансплантата. Проводят линии остеотомии по переднемедиальной поверхности эпифиза бедренной кости в соответствии с интраоперационным шаблоном размерами 2-3 см в длину, 1,5-2 см в ширину, 0,5-1 см в толщину. Проводят перевязывание сосудистой ножки в проксимальном отделе.

Сосудистую ножку аутоотрансплантата отсекают. Адаптируют и фиксируют бедренный надкостнично-кортикальный аутоотрансплантат в области расщелины альвеолярного отростка при помощи микровинтов и/или мини-пластин. Сосудистую ножку аутоотрансплантата проводят через ранее сформированный тоннель под слизистой оболочкой щеки. Накладывают анастомозы: лицевые артерия и вена с нисходящими коленными артерией и веной аутоотрансплантата (9) по типу «конец в конец». Способ позволяет повысить функциональный и эстетический результат костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба, благодаря использованию реваскуляризированного бедренного надкостнично-кортикального аутоотрансплантата, имеющего самостоятельное питание, независящее от кровоснабжения воспринимающего ложа, рубцовых изменений слизистых тканей, с возможностью протезирования несъемной ортопедической конструкцией с опорой на дентальные имплантаты в области костной расщелины. 3 ил., 1 пр.



FEDERAL SERVICE  
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC  
*A61B 17/56* (2018.08)

(21)(22) Application: **2017135828, 09.10.2017**

(24) Effective date for property rights:  
**09.10.2017**

Registration date:  
**02.10.2018**

Priority:

(22) Date of filing: **09.10.2017**

(45) Date of publication: **02.10.2018** Bull. № 28

Mail address:

**119991, Moskva, ul. Timura Frunze, 16, FGBU  
"TSNIIS i CHLKH", patentnaya gruppa**

(72) Inventor(s):

**Chkadua Tamara Zurabovna (RU),  
Gileva Kseniya Sergeevna (RU),  
Romanova Ekaterina Mikhailovna (RU),  
Mokhirev Mikhail Arkadevich (RU),  
Abdullaev Kamil Firudinovich (RU),  
Kudryavtsev Aleksandr Vladimirovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Federalnoe gosudarstvennoe byudzhethnoe  
uchrezhdenie "Tsentralnyj  
nauchno-issledovatel'skij institut stomatologii i  
chelyustno-litsevoj khirurgii" Ministerstva  
zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii (RU)**

(54) **METHOD FOR ABOLITION OF CLEFT OF UPPER ALVEOLAR RIDGE**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to medicine, namely, maxillofacial surgery, and is intended for use in abolition of the cleft of the upper alveolar ridge in patients with cleft lip and palate. Prepare the sensory bed. After the fringing incision is made, the scar-altered mucosa along the edges of the cleft of the upper alveolar ridge is sutured to close the mouth-nose anastomosis by the lapping sutures. Spread and mobilize mucosal flaps from the vestibular and palatal sides along the perimeter of the cleft of the alveolar ridge, skeleton the anterior surface of the upper jaw to the pear-shaped aperture. Then, the isolation and preparation of the recipient vessels (facial artery and vein) is carried out. On the same side, a vertical incision is made in the region of the mucous cheek, the buccal muscle is stripped by blunt dissection, visualized, and the facial artery and vein are extracted and taken to the holders. Form a tunnel under the cheek mucosa from the allocated vessels towards the cleft of the alveolar process along the vestibular surface of the upper jaw. After the preparation of the receiving bed and vascular isolation, a femoral periosteal cortical autograft is taken through the access line in the lower third of the thigh.

From the anteromedial epiphysis of the femur, an L-shaped incision of the skin, 10–12 cm long subcutaneous fat (SCF), along the projection of the femoral artery from the medial epiphysis of the femur to the top, is performed. Dissect the skin, SCF, superficial fascia of the thigh without damaging the medial cutaneous nerve and the large saphenous vein. Mobilize the inner edge of the medial belly of the quadriceps muscle of thigh and extend along it to the bone. Isolate the vascular pedicle, including the descending knee artery and vein, extending from the superficial femoral arteries and veins, which are taken on the holder. Cut the periosteum over the surface of the thigh bone retreating 1–2 cm along the edges of the planned autograft. Osteotomy lines along the anterior medial epiphyseal surface of the thigh bone are made in accordance with the intraoperative template 2–3 cm in length, 1.5–2 cm in width, 0.5–1 cm in thickness. Conjugate the vascular pedicle in the proximal part. Vascular pedicle of the autograft is cut off. Adapt and fix the femoral periosteal cortical autograft in the area of the alveolar ridge cleft with micro-screws and/or mini-plates. Vascular pedicle of the autograft is guided through a previously formed tunnel under the mucous

membrane of the cheek. Anastomoses are imposed: the facial artery and the vein with the descending articular artery and autograft (9) of the end-to-end type.

EFFECT: method makes it possible to increase the functional and aesthetic result of osseous surgery of the alveolar process of the upper jaw in patients with cleft lip and palate, thanks to the use of a revascularized

femoral periosteal cortical autograft having an independent diet independent of the blood supply to the sensory bed, cicatricial changes in the mucous tissues, with the possibility of prosthetics with a permanent orthopedic design with support for dental implants in the area of bone cleft.

1 cl, 3 dwg, 1 ex

R U 2 6 6 8 8 0 7 C 1

R U 2 6 6 8 8 0 7 C 1

Изобретение относится к медицине, а именно к челюстно-лицевой хирургии, и может быть использовано для устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба.

Пациенты с врожденными расщелинами альвеолярного отростка верхней челюсти имеют дефект костной ткани альвеолярного отростка.

Для восстановления целостности альвеолярного отростка верхней челюсти и предупреждения деформации верхнего зубного ряда таким пациентам показана костная пластика альвеолярного отростка.

Известен способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти, включающий проведение окаймляющего разреза рубцово-измененной слизистой в области краев расщелины и закрытие ротоносового соустья ушиванием слизистой, с дальнейшим отслаиванием и мобилизацией мягких тканей и слизистых лоскутов с вестибулярной поверхности до основания грушевидного отверстия с обнажением расщелины альвеолярного отростка.

Слизистые лоскуты ушивают, формируя заднюю и верхнюю стенки ложа для помещения аутотрансплантата. Нижнюю стенку формируют сшиванием мобилизованных слизистых лоскутов с небной стороны. Затем ложе выстилают биodeградируемой мембраной Bio-Gide, гладкой поверхностью к мягким тканям, шероховатой к костному аутотрансплантату, забранному из гребня подвздошной кости в виде губчатого вещества или костного блока кортикальной пластины.

Края расщелины альвеолярного отростка освежают с помощью долота или бора.

В сформированное ложе помещают костный аутотрансплантат, который сверху укрывают мембраной Bio-Gide, шероховатой поверхностью к кости, перекрывая край расщелины на 1-2 мм, с продолжением на нижнюю стенку ложа. Мембрану укладывают таким образом, чтобы под ней оставалось небольшое пространство для осуществления направленной регенерации. Сверху укладывают слизистые лоскуты, рану ушивают П-образными или одиночными узловыми швами. [Патент РФ №2594945, А61В 17/56, 2015].

Недостатками данного способа являются расхождение швов в послеоперационном периоде за счет сильного натяжения слизистых лоскутов с оголением костной конструкции и быстрая патологическая резорбция аутотрансплантата в области расщелины альвеолярного отростка из-за отсутствия кровоснабжения костной ткани.

Наиболее близким к предложенному способу является способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти, при котором выполняют окаймляющий разрез рубцово-измененной слизистой в области краев расщелины альвеолярного отростка, закрытие ротоносового соустья ушиванием слизистой, отслаивание и мобилизацию слизистых лоскутов с вестибулярной стороны верхней челюсти по всему периметру расщелины, скелетирование альвеолярного отростка с вестибулярной поверхности верхней челюсти до грушевидного отверстия.

Затем проводят остеотомию верхней челюсти по Ле Фор I. Полученные в ходе распилов сегменты верхней челюсти сближают в области расщелины и проводят остеосинтез с использованием минипластин и винтов [J.C. Posnick, Principles and practice orthognathic surgery. - Published by Saunders, an imprint of Elsevier Inc., 2014, P. 1058].

Недостатками данного способа являются низкие функциональный и эстетический эффекты за счет избыточного сужения верхней челюсти после сближения ее сегментов, что приводит к еще большей деформации верхней челюсти и зубного ряда.

Также возникает высокая вероятность асептического некроза кости альвеолярного отростка в результате нарушения кровообращения в области отслоенных слизистых

лоскутов и возникновения сквозного дефекта, что затрудняет реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде.

Техническим результатом предлагаемого способа является повышение функционального и эстетического результатов за счет полноценного кровоснабжения реваскуляризованного бедренного надкостнично-кортикального аутотрансплантата.

Технический результат достигается тем, что в способе устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти путем проведения окаймляющего разреза рубцово-измененной слизистой в области краев расщелины, закрытия ротоносового соустья ушиванием слизистой, отслаивания и мобилизации слизистых лоскутов по всему периметру расщелины, скелетирования альвеолярного отростка верхней челюсти до грушевидного отверстия и закрытия расщелины костным аутотрансплантатом, отличительной особенностью является то, что проводят выделение лицевых артерий и вены путем внутриротового доступа с одноименной стороны слизистой щеки, а в качестве костного аутотрансплантата используют реваскуляризованный бедренный надкостнично-кортикальный аутотрансплантат, взятый с переднемедиальной поверхности эпифиза бедренной кости длиной 2-3 см, шириной 1,5-2 см, толщиной 0,5-1 см с надкостницей, размером, превышающим в 1,5-2 раза длину и ширину костной части аутотрансплантата на сосудистой ножке, включающей нисходящие коленные артерию и вену, отходящие от поверхностных бедренных артерии и вены, ротированных и проведенных через тоннель под слизистой оболочкой щеки с одноименной стороны расщелины к вестибулярной поверхности верхней челюсти и анастомозированные через лицевые артерию и вену.

Способ осуществляют следующим образом (Фиг. 1-3):

На основании мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) костей лицевого скелета оценивают размеры костной расщелины (1) альвеолярного отростка верхней челюсти и изготавливают интраоперационные стереолитографические шаблоны для забора и моделировки аутотрансплантата.

Подготавливают воспринимающее ложе. После проведения окаймляющего разреза (2) рубцово-измененной слизистой по краям расщелины (1) альвеолярного отростка верхней челюсти ушивают ее для закрытия ротоносового соустья вывороточными швами. Проводят отслаивание и мобилизацию слизистых лоскутов (3) с вестибулярной и небной сторон по всему периметру расщелины (1) альвеолярного отростка, скелетируют переднюю поверхность (4) верхней челюсти до грушевидного отверстия (5). Оценивают дефект.

Затем проводят выделение и подготовку реципиентных сосудов (лицевые артерия и вена) (6).

С одноименной стороны в области слизистой щеки выполняют вертикальный разрез (7), тупым путем отслаивают щечную мышцу, визуализируют, выделяют и берут на держалки лицевую артерию и вену. Формируют тоннель (8) под слизистой щеки от выделенных сосудов в сторону расщелины альвеолярного отростка (1) по вестибулярной поверхности верхней челюсти. После подготовки воспринимающего ложа и выделения сосудов проводят забор бедренного надкостнично-кортикального аутотрансплантата (9) по линии доступа в нижней трети бедра.

От переднемедиального эпифиза (10) бедренной кости проводят Г-образный разрез (11) кожи, подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) длиной 10-12 см по проекционной линии бедренной артерии от медиального эпифиза бедренной кости кверху. Рассекают кожу, подкожно-жировую клетчатку (ПЖК), поверхностную фасцию бедра без повреждения медиального кожного нерва и большой подкожной вены. Мобилизуют

внутренний край медиального брюшка четырехглавой мышцы бедра и проходят вдоль него до кости. Выделяют сосудистую ножку (12), включающую нисходящие коленные артерию и вену, отходящие от поверхностных бедренных артерии и вены, которые берут на держалку.

5       Рассекают надкостницу по поверхности бедренной кости, отступив 1-2 см по краям планируемого аутотрансплантата. При помощи осциллирующей и реципрокной пил проводят линии остеотомии по переднемедиальной поверхности эпифиза (10) бедренной кости в соответствии с интраоперационным шаблоном размерами 2-3 см в длину, 1,5-2 см в ширину, 0,5-1 см в толщину. Проводят перевязывание сосудистой ножки (12) в проксимальном отделе. Сосудистую ножку (12) аутотрансплантата (9) отсекают.

10       Адаптируют и фиксируют бедренный надкостнично-кортикальный аутотрансплантат (9) в области расщелины (1) альвеолярного отростка при помощи микровинтов и/или минипластин. Сосудистую ножку (12) аутотрансплантата (9) проводят через ранее сформированный тоннель (8) под слизистой оболочкой щеки. Накладывают анастомозы 15 (13): лицевые артерия и вена (6) с нисходящими коленными артерией и веной аутотрансплантата (9) по типу «конец в конец».

Сосудистая ножка (12) аутотрансплантата (9) без перекрута и перегиба сохраняет продольное направление с ламинарным током крови. Над фиксированным ревазуляризованным бедренным надкостнично-кортикальным аутотрансплантатом 20 (9) слизистые лоскуты (3) ушивают П-образными и узловыми швами.

Способ позволяет повысить функциональный и эстетический результат костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба, благодаря использованию ревазуляризованного бедренного надкостнично-кортикального аутотрансплантата, имеющего самостоятельное питание, 25 не зависящее от кровоснабжения воспринимающего ложа, рубцовых изменений слизистых тканей, с возможностью протезирования несъемной ортопедической конструкцией с опорой на дентальные имплантаты в области костной расщелины.

#### Пример

30       Пациент, К., 20 лет, находился в отделении челюстно-лицевой хирургии, микрохирургии и эктопротезирования ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" с диагнозом: Расщелина альвеолярного отростка в области зубов 2.2, состояние после ряда операций по поводу врожденной односторонней расщелины губы и неба.

Из анамнеза: заболевание пациента врожденное, полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Прооперирован по поводу данного 35 заболевания 5 раз: в возрасте 8 месяцев - первичная хейлопластика, в 5 лет - уранопластика, в 15 лет - костная пластика верхней челюсти слева аутотрансплантатом с гребня подвздошной кости.

В 2011 г. двусторонняя сагиттальная остеотомия нижней челюсти и остеотомия верхней челюсти по Ле Фор 1, во время которой в области расщелины у основания 40 грушевидного отверстия слева был удален свободный аутотрансплантат (отторгшийся), размером 1,7×1,2 см.

В 2012 г. проведена реконструкция костно-хрящевого отдела носа, открытая реконструктивная септоринопластика.

В 2013 г. ортогнатическая операция путем двусторонней сагиттальной остеотомии 45 нижней челюсти, удаление зуба 2.2.

В 2014 г. проведено пластическое устранение дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием костного аутотрансплантата с подбородочного отдела нижней челюсти.

Пациент проконсультирован в отделении реконструктивно-восстановительной челюстно-лицевой хирургии с микрохирургией и эктопротезирования ЦНИИС и ЧЛХ о возможности проведения реконструктивно-восстановительной операции в объеме устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием реваскуляризованного бедренного надкостнично-кортикального аутотрансплантата и создания условий для оптимальной ортопедической реабилитации.

При внешнем осмотре головы и шеи грубой асимметрии не выявлено. Конфигурация лица изменена за счет западения контуров мягких тканей верхней губы и дефекта подлежащих костных структур верхней челюсти. Носогубные складки выражены преимущественно слева.

Прикус адаптированный, на зубах установлена брекет-система. Отмечена костная расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти слева в области зуба 2.2.

Рубцовая деформация преддверия полости рта слева с уменьшением глубины до 0,5 см.

В клинике, после полного клинико-лабораторного обследования в условиях эндотрахеального наркоза проведена операция предлагаемым способом.

Перед операцией по данным компьютерной томографии костей лицевого скелета и бедренной кости оценили размеры костной расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти и изготовили интраоперационные стереолитографические шаблоны для забора и моделирования аутотрансплантата.

Подготовили воспринимающее ложе.

После проведения окаймляющего разреза рубцово-измененной слизистой по краям расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти ушили ее для закрытия ротоносового соустья вывороточными швами Лонсорб 5-0. Провели отслаивание и мобилизацию слизистых лоскутов с вестибулярной и небной сторон по всему периметру расщелины альвеолярного отростка, скелетировали переднюю поверхность верхней челюсти до грушевидного отверстия.

При заборе бедренного надкостнично-кортикального аутотрансплантата по линии доступа в нижней трети бедра по проекционной линии бедренной артерии, от переднемедиальной поверхности эпифиза бедренной кости провели Г-образный разрез кожи длиной 10 см, затем подкожно-жировой клетчатки (ПЖК).

Провели выделение медиального кожного нерва и большой подкожной вены, с сохранением их. Отвели портняжную мышцу кзади, обнажили приводящий канал и нашли нисходящие коленные артерию, вену и подкожный нерв. Мобилизовали внутренний край медиального брюшка четырехглавой мышцы бедра, вдоль которого пройдено до кости. Выделили сосудистую ножку, включающую нисходящие коленные артерию и вену, отходящие от поверхностных бедренных артерии и вены.

Рассекли надкостницу по поверхности бедренной кости, отступив 2 см от края планируемого аутотрансплантата. Распатором отделили надкостницу от кости, отступив 1 см от края планируемого распила костного аутотрансплантата. При помощи осциллирующей и реципрокной пил провели остеотомию по переднемедиальной поверхности эпифиза бедренной кости, в соответствии с интраоперационным шаблоном размерами 2 см в длину, 1,5 см в ширину, 0,8 см в толщину. Провели перевязывание сосудистой ножки в проксимальном отделе нитью Викрил 3-0. Сосудистую ножку аутотрансплантата отсекали. Выполнили гемостаз методом электрокоагуляции.

Установили активный дренаж под мышцы в область костного дефекта, выполнили послойное ушивание мышцы, фасции, подкожно-жировой клетчатки нитями Викрил 3-0,4-0. Интрадермальный и узловый швы наложены на кожу нитью Пролон 4-0. Наложили

стерильную повязку на рану, провели эластическое бинтование бедра.

Подготовили реципиентные сосуды. Со стороны слизистой оболочки щеки с одноименной стороны расщелины выполнили вертикальный разрез, тупым путем провели отслаивание щечной мышцы. Визуализировали и выделили лицевые артерию и вену, взяли на держалки. При помощи распатора создали тоннель под слизистой оболочкой щеки с одноименной стороны расщелины к вестибулярной поверхности верхней челюсти.

При помощи фрез смоделировали костную часть аутооттрансплантата в соответствии с размером интраоперационного шаблона. После припасовки бедренный надкостнично-кортикальный аутооттрансплантат зафиксировали в области расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти при помощи микропластины и микровинтов. Размеры надкостницы 4 см в длину, 2,5 см в ширину. Размеры костной части аутооттрансплантата составили 2 см в длину, 1,5 см в ширину, 0,8 см в толщину.

Сосудистую ножку надкостничной части аутооттрансплантата провели через ранее сформированный тоннель в область с реципиентными сосудами (лицевые артерия и вена). С использованием микрохирургической техники наложили анастомозы: лицевая артерия и лицевая вена с артерией и веной бедренного надкостнично-кортикального аутооттрансплантата по типу «конец в конец» нитью Пролен 9-0. Пуск кровотока.

Сосудистая ножка без перекрута и перегиба сохранила продольное направление с ламинарным током крови. Установили перчаточный дренаж в области анастомозов и вывели со стороны кожи щечной области. Рану в области слизистой щеки ушили непрерывными и узловыми швами нитью Лонсорб 5-0. Над фиксированным реваскуляризированным бедренным надкостнично-кортикальным аутооттрансплантатом слизистые лоскуты ушили П-образными и узловыми швами нитью Лонсорб 5-0.

В послеоперационном периоде проводили инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную, антиагрегантную, антигистаминную, анальгезирующую терапии; ежедневные перевязки. Швы в полости рта сняли на 14-е сутки, в области кожи медиальной поверхности бедра - на 20-е сутки.

В результате проведенной операции устранили расщелину альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Выполнили МСКТ костей лицевого скелета на сроках наблюдения 1, 3, 6 месяцев после операции. По контрольному рентгенологическому исследованию через 6 месяцев размеры костной части аутооттрансплантата составили 2 см в длину, 1,2 см в ширину, 0,6 см в толщину, тем самым созданы условия для последующей внутрикостной дентальной имплантации.

Таким образом, предлагаемый способ может быть использован для устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба с возможностью дальнейшей дентальной имплантацией в эту область.

Предлагаемый способ имеет ряд преимуществ, таких как:

1. Возможность устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти при помощи реваскуляризированного бедренного надкостнично-кортикального аутооттрансплантата, имеющего самостоятельное питание, не зависящее от кровоснабжения воспринимающего ложа и рубцовых изменений слизистой полости рта.
2. Отсутствие патологической резорбции аутооттрансплантата за счет наличия в его составе кровоснабжаемой надкостницы, обладающей высокой остеотропной способностью, позволяет сохранять его объем, что создает условия для последующей дентальной имплантации в область пересаженного аутооттрансплантата.

3. Устранение расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти бедренным надкостнично-кортикальным аутоотрансплантатом на всю высоту костной расщелины от альвеолярного отростка до края грушевидного отверстия позволяет стабилизировать сегменты верхней челюсти в области расщелины и создает костную поддержку для опоры крыла носа на стороне расщелины, что приводит к получению хороших эстетических результатов после проведения последующих корригирующих операций.

(57) Формула изобретения

Способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти путем проведения окаймляющего разреза рубцово-измененной слизистой в области краев расщелины, закрытия ротоносового соустья ушиванием слизистой, отслаивания и мобилизации слизистых лоскутов по всему периметру расщелины, скелетирования альвеолярного отростка верхней челюсти до грушевидного отверстия и закрытия расщелины костным аутоотрансплантатом, отличающийся тем, что проводят выделение лицевых артерий и вены путем внутриротового доступа с одноименной стороны слизистой щеки, а в качестве костного аутоотрансплантата используют ревааскуляризованный бедренный надкостнично-кортикальный аутоотрансплантат, взятый с переднемедиальной поверхности эпифиза бедренной кости длиной 2-3 см, шириной 1,5-2 см, толщиной 0,5-1 см с надкостницей, размером, превышающим в 1,5-2 раза длину и ширину костной части аутоотрансплантата на сосудистой ножке, включающей нисходящие коленные артерию и вену, отходящие от поверхностных бедренных артерии и вены, ротированных и проведенных через тоннель под слизистой оболочкой щеки с одноименной стороны расщелины к вестибулярной поверхности верхней челюсти и анастомозированные через лицевые артерию и вену.

25

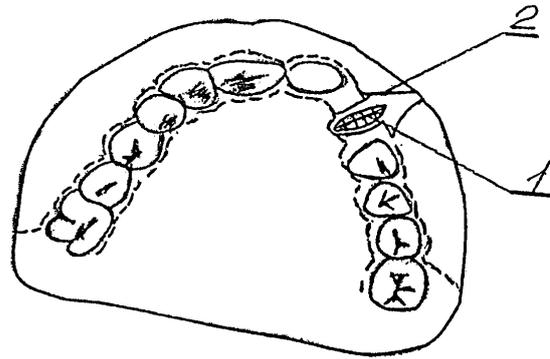
30

35

40

45

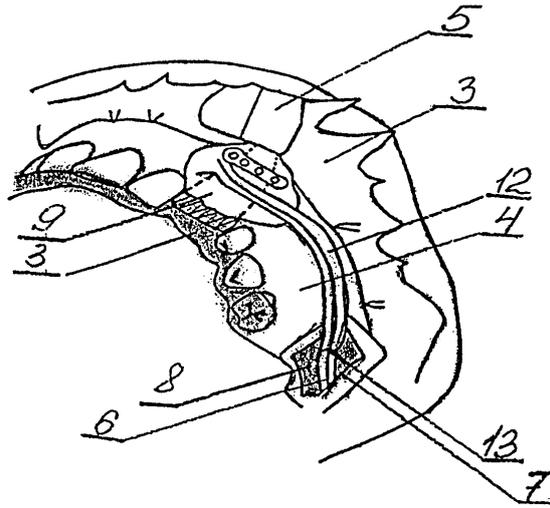
Способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней  
челюсти



Фиг. 1

Авторы: Чкадуа Т.З.  
Гилёва К.С.  
Романова Е.М.  
Мохирев М.А.  
Абдуллаев К.Ф.  
Кудрявцев А.В.

Способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней  
челюсти



Фиг. 2

Авторы: Чкадуа Т.З.

Гилёва К.С.

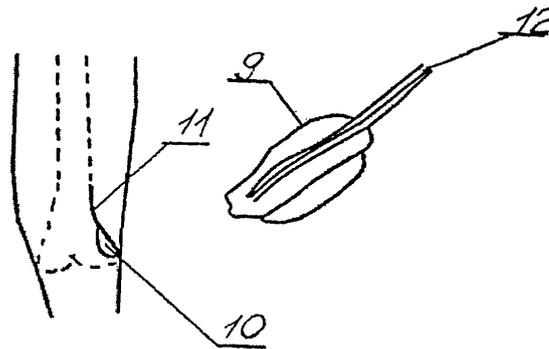
Романова Е.М.

Мохирев М.А.

Абдуллаев К.Ф.

Кудрявцев А.В.

Способ устранения расщелины альвеолярного отростка верхней  
челюсти



Фиг. 3

Авторы: Чкадуа Т.З.  
Гилёва К.С.  
Романова Е.М.  
Мохирев М.А.  
Абдуллаев К.Ф.  
Кудрявцев А.В.