

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц



2017г.

Регистрационный № 120-1117

**МЕТОД ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КРЫЛА НОСА
КОМБИНИРОВАННЫМ ПЛАСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ**

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

АВТОРЫ: к.м.н., доцент Иванов С.А., к.м.н., доцент Шляга И.Д.,
Савенко Ю.Н.

Гомель, 2017

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
22.12.2017
Регистрационный № 120-1117

**МЕТОД ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КРЫЛА НОСА
КОМБИНИРОВАННЫМ ПЛАСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Гомельский государственный медицинский университет», учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. С.А. Иванов, канд. мед. наук, доц. И.Д. Шляга, Ю.Н. Савенко

Гомель 2017

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод реконструкции крыла носа (далее — КН), основанный на использовании пластического материала (далее — ПМ) с включением модифицированного сдвижного кожного лоскута из медиальной части щеки и хрящевого аллогraftа (далее — ХАГ), который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на лечение пациентов с приобретенными дефектами крыла носа.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов-онкологов, врачей-оториноларингологов, врачей-челюстно-лицевых-хирургов, других врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с приобретенными дефектами крыла носа в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Комплект инструментов для операций на носу и околоносовых синусах.
2. Антисептические средства для местного применения.
2. Стол операционный, приспособления съемные.
3. Комплекты белья и предметы операционного белья одноразовые.
4. Биопрепарат — реберно-хрящевой комплекс от трупного донора.
5. Лекарственные средства для местной анестезии: раствор новокаина 0,5 %, раствор лидокаина 1,0 %.
6. Цефазолин 2 г или цефуроксим 1,5 г.
7. Материал хирургический шовный моноволоконный нерассасывающийся с атравматической иглой (этилон, пролен), нить 4/0, материал хирургический рассасывающийся с атравматической иглой (максон, ПДС), нить 4/0.
8. Набор перевязочный.
9. Маркер хирургический.
10. Полимерные пластины для изготовления шаблонов.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Приобретенная деформация носа (M95.0 по МКБ-10) с наличием дефекта в области крыла носа.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Гнойно-воспалительные процессы в области вмешательства.
2. Острые и хронические заболевания в стадии декомпенсации, исключающие возможность хирургических вмешательств.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Предоперационная подготовка

Производится разметка планируемого минимального объема иссечения тканей вокруг дефекта или опухоли, заготовка пластиковых шаблонов на основе параметров интактного контралатерального КН, при необходимости — ультразвуковое исследование подкожных тканей лица с доплеровским картированием для обнаружения осевых сосудов в донорской зоне. При наличии

распадающейся опухоли выполняется посев отделяемого из патологического очага для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Периоперационная антибиотикопрофилактика проводится согласно приказу МЗ Республики Беларусь № 1301 от 29.12.2015 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов».

Пластическое замещение дефекта КН

Хирургическое вмешательство выполняется под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина 0,5 % или лидокаина 1,0 %. При невозможности операции под местной анестезией проводится общее обезболивание. Иссечение тканей производится скальпелем по заранее намеченным контурам. Отступление от краев злокачественной опухоли выполняется в соответствии с действующими алгоритмами лечения (приказ МЗ РБ № 258 от 11.03.2012). Решение о достаточности объема резекции принимается на основании интраоперационного гистологического исследования краев отсечения. При наличии рубцовой деформации следует удалить измененные участки, обуславливающие нарушение структуры и функции. Если обнаружены нежизнеспособные ткани, следует решить вопрос об их иссечении с целью обеспечения адекватной способности к заживлению.

Дефект наружной кожи КН замещают модифицированным сдвижным кожным лоскутом. Кожный лоскут в медиальной части щеки формируем в виде выступа округлой формы (рисунок 1). Кожную площадку мобилизуют, удаляя жировой слой в дистальной части выступа и сохраняя его в области основания. Перемещение в область дефекта производится методом сдвижения.

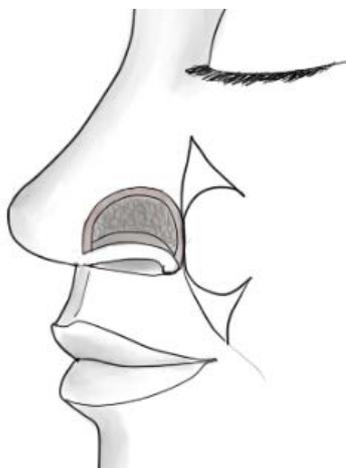


Рисунок 1. — Дизайн кожного лоскута

На границе выступающей части лоскута выкраивается полоска поверхностных тканей шириной 0,2 см и глубиной 0,2 см. Выступающую часть сгибают по ходу образовавшегося углубления (рисунок 2).

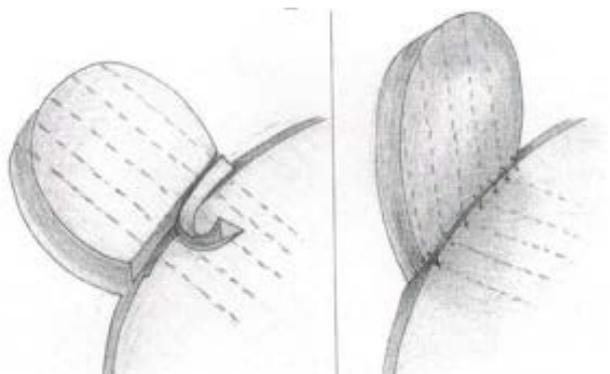


Рисунок 2. — Формирование углубления в основании лоскута

Для восстановления утраченного свободного края носового отверстия используется перегибание нижней части лоскута в виде дубликатуры. Размер кожной площадки формируется с учетом утраченного эпителиального покрова наружной и внутренней поверхности КН. Для большей точности используют пластиковые шаблоны, соответствующие параметрам интактной субъединицы. Нижнюю часть лоскута складывают в виде дубликатуры (рисунок 3) и фиксируют к краю раны внутренней выстилки шовным материалом с нерассасывающейся нитью.

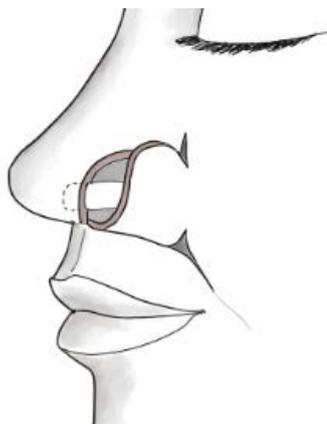


Рисунок 3. — Формирование свободного края носового отверстия дубликатурой из нижней части лоскута

Восстановление наружной кожи и внутренней выстилки КН дополняется неанатомической трансплантацией ХАГ. Хрящевой трансплантат формируют из реберно-хрящевого комплекса трупного донора. Длина графта должна превышать горизонтальный размер дефекта на 0,6–0,7 см, ширина — 0,4–0,5 см, толщина — 0,1 см. В краях дефекта создают субдермальные «карманы», в которые погружают концы ХАГ (рисунок 4) и фиксируют шовным материалом с рассасывающейся нитью. Неанатомическая трансплантация хрящевого графта обеспечивает стабильное положение неокрыла носа в период формирования рубца. Затем раневой дефект с трансплантатом укрывают верхней частью сдвижного кожного лоскута. Края наружной кожной раны фиксируют шовным материалом с нерассасывающейся нитью. Рану обрабатывают антисептиком и закрывают асептической повязкой.

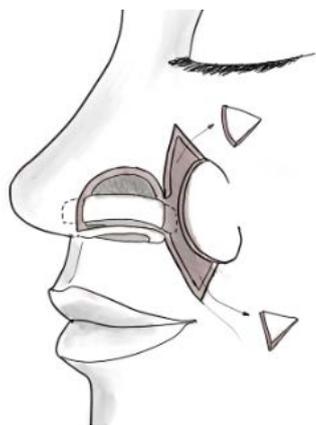


Рисунок 4. — Неанатомическая трансплантация ХАГ в КН

Послеоперационный период

В течение 1–3 сут после вмешательства пациент находится в стационаре. В этот период назначают ненаркотические анальгетики и антигистаминные средства в среднесуточной дозе.

Производится двукратная ежедневная обработка раны антисептическими средствами для местного применения и смена асептической повязки. После выписки из стационара проводятся мероприятия по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в амбулаторных условиях.

Осложнения и их профилактика

Раневая инфекция. Возможные причины: сахарный диабет, распадающаяся опухоль, гематома. Профилактика: соблюдение асептики и антисептики, периоперационная антибиотикопрофилактика, надежный гемостаз.

Парциальный некроз лоскута. Возможные причины: странгуляция лоскута, нарушение кровообращения лоскута при мобилизации лоскута, сдавление гематомой. Профилактика: прецизионная техника, контроль жизнеспособности при формировании и перемещении лоскута, надежный гемостаз.

Лизис ХАГ. Возможные причины: инфицирование графта, нарушение правил хранения биопрепарата. Профилактика: соблюдение правил хранения биопрепарата, периоперационная антибиотикопрофилактика.

Обоснование целесообразности практического использования замещения дефектов крыла носа комбинированным пластическим материалом

Устранение дефектов крыла носа является актуальной проблемой, что обусловлено, сложным рельефом, косметической и функциональной значимостью, особенностями анатомической субъединицы, высокой распространенностью доброкачественных и злокачественных опухолей и травматических повреждений этой локализации. Для устранения изъянов крыла носа используются полнослойные графты из аурикулы, транспозиционные лоскуты из медиальной части щеки, сдвижные лоскуты из медиальной части щеки, переворотный лоскут из медиальной части щеки, хрящевые ауто- или аллографты, силиконовые или титановые имплантаты. Недостатки полнослойных аурикулярных графтов: невозможность устранения дефектов шириной более 1 см, высокий риск развития некроза трансплантата, высокая частота деформации неокрыла носа, дополнительная травма ушной раковины. Недостатки транспозиционных мелолабиальных лоскутов: несоответствие толщины лоскута толщине крыла носа, неестественный вид носощечной борозды из-за выпячивания в основании лоскута. Недостатки сдвижного лоскута из медиальной части щеки (shark island flap): невозможность устранить изъян всего крыла носа, невозможность комбинировать с хрящевым графтом. Недостатки переворотного лоскута из медиальной части щеки: риск развития ишемии кожной площадки при двукратном перегибании на 180°, риск пролапса неокрыла из-за отсутствия хрящевого каркаса, асимметрия средней зоны лица из-за недостаточно выраженной носощечной борозды. Недостатки хрящевых аутографтов: ограниченность материала, дополнительная операционная травма. Недостатки искусственных материалов: высокая стоимость, сложность изготовления, риск отторжения и формирования асептических гранулём. Преимущество модифицированного сдвижного кожного лоскута: формирование естественных границ неокрыла носа, минимальные изменения в донорской зоне, достаточное количество материала для устранения тотальных дефектов крыла носа, относительно простая техника исполнения реконструкции. Преимущество хрящевых аллографтов: биологическая совместимость, соответствие механических характеристик, неограниченность в количестве материала, дешевизна, возможность изготовления трансплантатов любой формы и размера, удобство хранения и транспортировки, отсутствие дополнительной травмы в донорской зоне, возможность формирования фрагмента любой величины и конфигурации, стоимость меньше, чем искусственные материалы.

Экономическая значимость при практическом применении предлагаемого способа определяется следующими эффектами:

1. Снижение частоты послеоперационных осложнений, сокращение пребывания в стационаре после вмешательства и затрат на корригирующие операции по поводу рубцовых деформаций после хирургического лечения по сравнению с использованием мелолабиального лоскута и хрящевого аутографта.

2. Отсутствие затрат на приобретение искусственных материалов для замещения утраченных хрящевых структур.

3. Сокращение затрат на социальные выплаты по временной нетрудоспособности работающих пациентов при уменьшении послеоперационного периода и числа вмешательств с корригирующей целью.

4. Расширение показаний к назначению более экономичного хирургического лечения при местно-распространенном раке кожи носа вместо лучевой терапии при сохранении косметического эффекта.

5. Улучшение качества жизни пациентов при более высоких косметических и функциональных результатах операции, а также улучшение противоопухолевой эффективности лечения при сокращении отказов пациентов от операции, мотивированной боязнью грубого изменения рельефа лица.