

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ МИНГОРИСПОЛКОМА
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛОРУССКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
ОО «АССОЦИАЦИЯ ОРАЛЬНЫХ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ
ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ
ПРИ РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

Сборник трудов
Национального конгресса с международным участием
«Паринские чтения 2016»

Минск, 5—6 мая 2016 г.

Минск
Издательский центр БГУ
2016

УДК 616.31-089(082)+617.52-089(082)

ББК 56.65я43+56.68я43

О-13

Под общей редакцией
д-ра мед. наук проф. *И. О. Походенько-Чудаковой*

Редакционная коллегия

д-р мед. наук проф. *Д. С. Аветиков*, Полтава (Украина); д-р мед. наук проф. *А. В. Анохина*, Казань (Россия); д-р мед. наук проф. *М. Ю. Антонянко*, Киев (Украина); д-р мед. наук проф. *А. С. Артюшкович*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *Е. С. Билбас*, Екатеринбург (Россия); д-р мед. наук проф. *О. С. Гилева*, Пермь (Россия); д-р мед. наук проф. *С. Н. Григорос*, Харьков (Украина); д-р мед. наук проф. *Л. Н. Дедова*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *А. Ю. Дробышев*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *Т. М. Елошкова*, Екатеринбург (Россия); д-р мед. наук проф. *М. В. Козлова*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *И. Г. Лесова*, Харьков (Украина); д-р мед. наук проф. *И. К. Лудкая*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *В. Ф. Микола*, Львов (Украина); д-р мед. наук, проф., чл.-кор. НАМН Украины *В. А. Митанчук*, Киев (Украина); д-р мед. наук проф. *А. А. Митчин*, Оренбург (Россия); д-р мед. наук проф. *Ю. А. Медведев*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *Е. П. Меркулова*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *М. Н. Митрозова*, Ставрополь (Россия); д-р мед. наук проф. *Р. С. Назарян*, Харьков (Украина); д-р мед. наук проф. *С. А. Нармолич*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *М. Я. Нидольский*, Полтава (Украина); д-р мед. наук проф. *В. В. Романский*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *Г. И. Розожников*, Пермь (Россия); д-р мед. наук проф. *Ю. Г. Романова*, Одесса (Украина); д-р мед. наук проф. *Г. П. Рузин*, Харьков (Украина); д-р мед. наук проф. *Е. Н. Рябоконь*, Харьков (Украина); д-р мед. наук проф. *А. А. Сказар*, Рига (Латвия); д-р мед. наук проф. *И. И. Соколова*, Харьков (Украина); д-р мед. наук проф. *С. В. Тарасенко*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *Т. Н. Тарихова*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *Т. Э. Чкадуа*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *О. П. Чудков*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук проф. *С. М. Шустов*, Винница (Украина); д-р мед. наук проф. *И. А. Шустайлов*, Москва (Россия); д-р мед. наук проф. *Н. А. Юдина*, Минск (Беларусь); д-р мед. наук доц. *И. Н. Костина*, Екатеринбург (Россия); д-р мед. наук доц. *Ю. В. Миздра*, Екатеринбург (Россия); канд. мед. наук доц. *А. А. Власов*, Екатеринбург (Россия); канд. мед. наук доц. *С. А. Кабанова*, Витебск (Беларусь); канд. мед. наук асс. *К. В. Вильмуция* (секретарь), Минск (Беларусь)

Обеспечение демографической безопасности при решении актуальных вопросов хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии : сб. тр. Нац. конгр. с междунар. участием «Паринские чтения 2016», Минск, 5—6 мая 2016 г. / под общ. ред. *И. О. Походенько-Чудаковой*; редкол. : *Д. С. Аветиков* [и др.]. — Минск : Изд. центр БГУ, 2016. — 628 с.

ISBN 978-985-553-345-1.

В сборнике трудов конференции представлены статьи по разработке основных научных направлений, результаты исследований отечественных и зарубежных специалистов в области челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, восстановительной медицины, а также смежных специальностей.

Адресуется широкому кругу ученых и медицинских работников.

УДК 616.31-089(082)+617.52-089(082)

ББК 56.65я43+56.68я43

ISBN 978-985-553-345-1

© Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2016
© Комитет по здравоохранению Мингорисполкома, 2016
© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2016
© ОО «Ассоциация оральных и челюстно-лицевых хирургов Республики Беларусь», 2016
© Оформление. РУП «Издательский центр БГУ», 2016

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО АУТОКОСТНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ ПРИ КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Тесевич Л. П., Горбачев Ф. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра челюстно-лицевой хирургии, г. Минск, Беларусь*

Введение. В современной челюстно-лицевой хирургии для возмещения дефектов нижней челюсти (НЧ) с восстановлением нарушенной непрерывности нижнечелюстной кости (НЧК) используется невакуляризованный аутооттрансплантат из гребня подвздошной кости (АТГПК), который по своей структуре относится к кортикально-губчатому с преимущественным содержанием губчатого костного компонента. Он обладает выраженными остеогенными, остеоиндуктивными и остеокондуктивными свойствами [1, 2, 3].

Цель работы – исследование результатов использования невакуляризованных АТГПК при костной пластике НЧ с восстановлением непрерывности НЧК.

Объекты и методы. Проанализирован архивный и клинический материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я клиническая больница» г. Минска, на базе которого в период с 2008 по 2014 гг. 32-м взрослым пациентам (12 мужчинам (37,5%) 21–46 лет и 20 женщинам (62,5%) 21–67 лет) по показаниям была проведена костная пластика НЧ с восстановлением непрерывности НЧК с использованием невакуляризованного АТГПК. При этом исследовались результаты лечения пациентов в зависимости от характера и локализации дефекта НЧ с нарушением ее непрерывности и вариантов такой костной пластики.

Результаты. Первичные дефекты НЧ с нарушением непрерывности НЧК устранялись у 26 пациентов, в том числе после резекции НЧ по поводу: аденоиды – 14 (43,75%) наблюдений; центральной остеобластокластомы – 10 (31,25%) наблюдений; фиброзной остеодисплазии – 2 (6,25%) наблюдения. Вторичные дефекты НЧ с нарушением непрерывности НЧК и устранялись у 6 пациентов, в том числе: у 4 (12,5%) пациентов после ранее проведенной (более 3-х лет) резекции НЧ по поводу доброкачественной опухоли (аденоиды или центральной остеобластокластомы) и отторжения первичного аллогенного трансплантата (вследствие его болезни) и у двух (6,25%) пациентов после огнестрельного ранения тела НЧ. Устраненные дефекты у данных пациентов локализовались: в области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела НЧ – 8 первичных и 2 вторичных (25,0% и 6,25% от общего

числа, соответственно); в области бокового отдела тела, угла и ветви НЧ без экзартикуляции суставной головки мышцелкового отростка – 10 первичных и 4 вторичных (31,25% и 12,5%, соответственно); в области бокового отдела тела, угла и ветви НЧ с экзартикуляцией суставной головки мышцелкового отростка – 8 первичных (25,0%).

При локализации первичного или вторичного дефекта в области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела НЧ костная пластика с восстановлением непрерывности НЧК проводилась с использованием отмоделированного моноблочного (в 8 наблюдениях) или двухблочного (в 2 наблюдениях) (25,0% и 6,25% от общего числа, соответственно) бикортикально-губчатого АТПК с восстановлением контуров нижней трети лица.

При локализации первичного или вторичного дефекта в области в области бокового отдела тела, угла и ветви НЧ, когда верхняя граница дефекта находилась ниже основания мышцелкового отростка, костная пластика с восстановлением непрерывности НЧК проводилась или с использованием отмоделированного моноблочного бикортикально-губчатого трансплантата (у 8 пациентов – 25,0%), или монокортикально-губчатого (расщепленного) АТПК, состоящего из 1–3 блоков (у 2 пациентов – 6,25%). Если верхняя граница такого вида дефекта планировалась выше основания мышцелкового отростка, то в таких ситуациях резекция НЧ проводилась с экзартикуляцией суставной головки из височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сохраняя суставной диск и капсулу. Последующая первичная костная пластика с восстановлением непрерывности НЧК выполнялась с использованием отмоделированного монокортикально-губчатого (расщепленного) АТПК, состоящего из 1–3 блоков и с реплантацией суставной головки в полость сустава (у 4 пациентов – 12,5%).

При поражении патологическим процессом суставной головки мышцелкового отростка резекция НЧ проводилась с экзартикуляцией суставной головки из ВНЧС, сохраняя суставной диск и капсулу. Образовавшийся первичный дефект устранялся костной пластикой с восстановлением непрерывности НЧК с использованием отмоделированного монокортикально-губчатого (расщепленного) АТПК, состоящего из 1–3 блоков, с формированием из *spina iliaca anterior superior* новой суставной головки, которая вводилась в полость ВНЧС (артропластика) (у 4 пациентов – 12,5%). Успешные результаты костной пластики с восстановлением непрерывности НЧК с использованием АТПК были достигнуты у 31 пациента (96,8%).

Заключение. Использование невааскуляризованного АТПК по-прежнему является методом выбора при хирургическом устранении первичных и вторичных дефектов НЧ с восстановлением непрерывности НЧК. При моделировании АТПК целесообразно сохранять избыток его

губчатого вещества по толщине восстанавливаемых отделов НЧК (для бикортикального – не менее 30%; для монокортикального (расщепленного) не менее – 50%).

Литература.

1. Тесевиц, Л. И. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области свободной пересадкой тканей: учеб.-метод. пособие / Л. И. Тесевиц, В. В. Барьяш. – Минск: БГМУ, 2010. – 63 с.
2. Тимофеев, А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие / А. А. Тимофеев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 696 с.
3. Moy, P. K. Clinical experience with osseous site development using autogenous bone, bone substitutes and membrane barriers / P. K. Moy // Oral. Maxillofac. Surg. Clin. North. Am. – 2001. – Vol. 13. – P. 493–509.

USE NONVASCULARIZED ILIAC BONE AUTOGRAFT FOR MANDIBULAR CONTINUITY DEFECTS RECONSTRUCTION

Tesevich L. I., Harbachou F. A.

Belorussian State Medical University, Minsk, Belarus

Introduction. In modern maxillofacial surgery for reconstruction continuity mandibular defect the nonvascularized iliac bone autograft is used. It possesses the expressed osteogenic, osteoinductive and osteoconductive properties.

Aim. To study of results of use nonvascularized iliac bone autograft for continuity mandibular defects reconstruction.

Objects and method. Clinical records and X-ray dates of 32nd adult patients (to 12 men (37.5%) of 21–46 years and 20 women (62.5%) of 21–67 years) of maxillofacial surgery hospital department on the basis of which the continuity mandibular defects reconstruction with use of nonvascularized iliac bone autograft was carried out to the period from 2008 to 2014 were studied.

Results. Simultaneous bone autografting were performed in 26 patients (81.25% of cases), secondary – in 6 (18.75% of cases). For reconstruction symphysis and lateral mandibular defects used bicortical-spongy single (25.0% of cases) or double (6.25% of cases) fragments bone blocks. For subcondilar lateral angle and ramus defects used single bicortical-spongy (25.0% of cases) or multiple monocortical-spongy (6.25% of cases) fragments bone blocks. For ramus with condylar neck defects after exarticulation used multiple fragments monocortical-spongy bone blocks with condylar head replantation in a temporomandibular joint cavity (12.5% of cases). For ramus with condylar head defects after exarticulation used multiple fragments monocortical-spongy bone blocks with condylar head modeling from spina iliaca anterior bone autograft and fascia lata (12.5% of cases). Successful long term results of continuity mandibular defects reconstruction with use of nonvascularized iliac bone autograft were achieved in 31-st patients (96.8% of cases).

Conclusion. The method of use nonvascularized iliac bone autografting is alternative method the management of surgical removal the primary and secondary defects of the lower jaw with restore the mandibular continuity. Performing the main principles of the surgery using the single and multiple bicortical-spongy or monocortical-spongy blocks iliac bone autografts result in success postoperative outcomes in 96.8% cases. When modeling nonvascularized iliac bone autograft it is expedient to keep surplus of its

spongy substance on thickness of the restored departments of a mandibular bone (for bicortical-spongy – not less than 30%; for monocortical-spongy not less – 50%).

Keywords: mandibular defect, mandibular reconstruction, iliac bone graft.