

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет»**

**БГМУ В АВАНГАРДЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ  
И ПРАКТИКИ**

**Сборник научных трудов**

**выпуск V**

Под редакцией ректора А.В. Сикорского,  
проректора по научной работе О.К. Дорониной

Минск  
2015

## ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОКОСТНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ИЗ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ ПРИ КОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

*Тесевич Л.И., Горбачев Ф.А.*

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь*

**Реферат.** Приведены результаты хирургического лечения 32 пациентов с первичными и вторичными дефектами нижней челюсти с нарушением ее непрерывности с использованием невааскуляризованных аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости. Соблюдение основных хирургических аспектов костной пластики нижней челюсти с использованием как моно-, так и многоблочных трансплантатов из гребня подвздошной кости позволили в 96,8% случаев добиться успешных результатов оперативного лечения таких пациентов.

**Ключевые слова:** дефекты нижней челюсти, костная пластика нижней челюсти, трансплантат из гребня подвздошной кости.

**Summary.** Results of the surgical treatment 32 patients with primary and secondary continuity defects of the mandible using nonvascularized iliac bone grafts were analyzed. Performing the main surgical aspects of the mandibular reconstruction using the single and multiple blocks iliac bone grafts result in success postoperative outcomes in 96.8% cases.

**Keywords:** mandibular defects, mandibular reconstruction, iliac bone graft.

**Введение.** В настоящее время для возмещения дефектов нижней челюсти с восстановлением нарушенной непрерывности нижнечелюстной кости используются невааскуляризованные и ревааскуляризованные аутотрансплантаты из гребня подвздошной кости (АТПК), ребра, лопатки, большой или малой берцовой кости [1–3]. Каждый такой донорский материал и оперативная техника его применения имеют свои преимущества и недостатки и поэтому не являются идеальными при восстановлении непрерывности нижнечелюстной кости. Невааскуляризованный АТПК по своей структуре относится к кортикально-губчатому с преимущественным содержанием губчатого костного компонента и поэтому ему присущи (по сравнению с кортикальными аутотрансплантатами) более выраженные остеогенные, остеиндуктивные и остеокондуктивные свойства [4].

**Цель исследования** — изучение результатов и основных хирургических принципов применения невааскуляризованных аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости при костной пластике нижней челюсти с восстановлением ее непрерывности.

**Материалы и методы.** Изучен архивный материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-я клиническая больница» г. Минска, на базе которого с 2008 по 2014 гг. 32 взрослым пациентам по показаниям была проведена костная пластика нижней челюсти с восстановлением ее непрерывности с использованием невазуляризированного АТПК. При этом изучались результаты лечения в зависимости от характера и локализации дефекта нижней челюсти с нарушением ее непрерывности и вариантов такой костной пластики. Для оценки вида АТПК учитывались следующие факторы: наличие в отмоделированном трансплантате одной или двух поверхностей кортикальной пластинки (моно- или бикортикального соответственно); количество фрагментов, из которых формировался трансплантат (моноблочный — из одного цельного фрагмента или многоблочный — из 2 и более фрагментов подвздошной кости). Всего за указанный период в отделении было прооперировано (в т. ч. и лично авторами) 32 таких пациента, из них 12 мужчин (37,5%) 21–46 лет и 20 женщин (62,2%) 21–67 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Первичные дефекты нижней челюсти с нарушением ее непрерывности устранялись у 26 пациентов, в т. ч. после резекции нижней челюсти по поводу: адентиномы — 14 (43,75%) случаев; центральной остеобластокластомы — 10 (31,25%) случаев; фиброзной остеодисплазии — 2 (6,25%) случая. Вторичные дефекты нижней челюсти с нарушением непрерывности нижнечелюстной кости устранялись у 6 пациентов, в т. ч. у 4 (12,5%) пациентов после ранее проведенной (более 3-х лет) резекции нижней челюсти по поводу доброкачественной опухоли (адентиномы или центральной остеобластокластомы) и отторжения первичного аллогенного трансплантата (вследствие его болезни) и у 2 (6,25%) пациентов после огнестрельного ранения тела нижней челюсти. Устраненные дефекты у данных пациентов локализовались в области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела нижней челюсти — 8 первичных и 2 вторичных (25,0 и 6,25% от общего количества соответственно); в области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти без экзартикуляции суставной головки мышечкового отростка — 10 первичных и 4 вторичных (31,25 и 12,5% соответственно); в области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти с экзартикуляцией суставной головки мышечкового отростка — 8 первичных (25,0%).

В зависимости от варианта костной пластики нижней челюсти производился забор бикортикального костного трансплантата (из которого также могли моделироваться монокортикальные фрагменты кости) или монокортикального (расщепленного с внутренней или наружной поверхности подвздошной кости).

При локализации первичного или вторичного дефекта в области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела нижней челюсти костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости проводилась с использованием отмоделированного моноблочного (в 10 случаях) или двухблочного (в 2 случаях) (31,25 и 6,25% от общего количества соответственно) бикортикально-губчатого АТПК с восстановлением контуров нижней трети лица.

При локализации первичного или вторичного дефекта в области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти, когда верхняя граница дефекта находилась ниже основания мышечкового отростка, костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости 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 4 пациентов — 12,5%) в зависимости от размеров ветви и возможности забора достаточного объема материала из гребня подвздошной кости. Если верхняя граница такого вида дефекта планировалась выше основания мышечкового отростка нижней челюсти, то во избежание травмирования крупных сосудов в таких случаях резекция нижней челюсти проводилась с экзартикуляцией суставной головки из височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сохраняя суставной диск и капсулу. Последующая первичная костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости проводилась 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%). Это позволяло значительно технически упростить методику такого варианта костной пластики.

При поражении патологическим процессом суставной головки мышечного отростка резекция нижней челюсти проводилась с экзартикуляцией суставной головки из ВНЧС, сохраняя суставной диск и капсулу. Образовавшийся первичный дефект устранялся костной пластикой с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости 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 нижней челюсти с использованием АТПК были достигнуты у 31 пациента (96,8%). Только у одной пациентки с первичным дефектом после резекции бокового отдела тела нижней челюсти по поводу фиброзной остеодисплазии в послеоперационном периоде отмечалось нагноение костной раны с секвестрацией и неприживлением моноблочного бикортикального АТПК.

**Заключение.** На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Использование невазуляризованного АТПК по-прежнему является методом выбора при хирургическом устранении первичных и вторичных дефектов нижней челюсти с восстановлением ее непрерывности.

2. Обоснованное применение вариантов как моно-, так и бикортикально-губчатых АТПК, отмоделированных в виде моно- или многоблочных фрагментов, позволили добиться успешных результатов оперативного лечения пациентов с такой патологией в 96,8% случаев.

3. При моделировании АТПК целесообразно сохранять избыток его губчатого вещества по толщине восстанавливаемых отделов нижнечелюстной кости (для бикортикального — не менее 30%; для монокортикального (расщепленного) не менее — 50%), тем самым нивелируя последующую резорбцию объема трансплантированной кости в результате адаптационных процессов ее приживления.

#### Литература

1. Тимофеев, А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учеб. пособие / А.А. Тимофеев. — М.: МИА, 2007. — 696 с.

2. Тесевич, Л.И. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области свободной пересадкой тканей: учеб.-метод. пособие / Л.И. Тесевич, В.В. Барьяш. — Минск: БГМУ, 2010. — 63 с.

3. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. — М.: Мед. лит., 2003. — 456 с.

4. 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.