

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет
Белорусская медицинская академия последипломного образования

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Материалы
научно-практической конференции,
посвященной 30-летию

УЗ «10-я многопрофильная клиническая больница»

28 мая 2015 года

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ НЕПРЕРЫВНОСТИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ИЗ ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

Тесевич Л.И, Горбачев Ф.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Р. Беларусь

Введение. В современной челюстно-лицевой хирургии для возмещения дефектов нижней челюсти с восстановлением нарушенной непрерывности нижнечелюстной кости используются невакуляризированные и ревакуляризированные аутотрансплантаты из гребня подвздошной кости, ребра, лопатки, большой или малой берцовой кости [1, с. 923; 2, с. 12; 3, с. 319]. Каждый такой донорский материал и оперативная техника его применения имеют свои преимущества и недостатки и поэтому не являются идеальными при восстановлении непрерывности нижнечелюстной кости. Неваскуляризированный аутотрансплантат из гребня подвздошной кости (АТГПК) 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, остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства [4, с. 493].

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов использования невакуляризированных аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости при костной пластике нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости.

Материалы и методы исследования. Изучен архивный материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии «УЗ 11-ой клинической больницы г. Минска», на базе которого в период с 2008 по 2014 г.г. взрослым пациентам по показаниям была проведена костная пластика нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости с использованием невакуляризированного АТГПК. При этом изучались результаты лечения больных в зависимости от характера и локализации дефекта нижней челюсти с нарушением ее непрерывности и вариантов такой костной пластики. Для оценки вида АТГПК 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-х и более фрагментов подвздошной кости). Всего за указанный период в отделении было прооперировано (в том числе и лично авторами) 32 таких пациента, из них 12 мужчин (37,5%) 21- 46 лет и 20 женщин (62,2%) 21- 67 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Первичные дефекты нижней челюсти с нарушением непрерывности нижнечелюстной кости устранялись у 26-ти пациентов, в том числе после сегментарной резекции нижней челюсти по поводу: адамантиномы – 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-ти пациентов, в том числе: у 4-х (12,5%) пациентов после ранее проведенной (более 3-х лет) сегментарной резекции нижней челюсти по поводу доброкачественной опухоли (адамантиномы или центральной остеобластокластомы) и отторжения первичного аллогенного трансплантата (вследствие его болезни) и у 2-х (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 мышелкового 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 мышелкового отростка - 8 первичных (25,0%).

Сведения о характеристике невакуляризованных АТПК, использованных у больных при основных вариантах костной пластики нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика невакуляризованных аутоотрансплантатов из гребня подвздошной кости, использованных у больных при основных вариантах костной пластики нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости

Вариант костной пластики нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости Количество больных (% от общего количества)	Характеристика аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости			
	Моно-кортикальный о-губчатый Количество больных (% от общего количества)	Би-кортикальный о-губчатый Количество больных (% от общего количества)	Моно-блочный Количество больных (% от общего количества)	Моно-о-блочный Количество больных (% от общего количества)
В области фронтального (подбородочного) и бокового отделов тела нижней челюсти - 12 (37,5%)	0	12 (37,5%)	10 (31,25%)	2 (6,25%)
В области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти - 12 (37,5%)	4 (12,5%)	8 (25,0%)	8 (25,0%)	4 (12,5%)
В области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти с реплантацией суставной головки ВНЧС - 4 (12,5%)	4 (12,5%)	0	0	4 (12,5%)
В области бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти с артропластикой ВНЧС - 4 (12,5%)	4 (12,5%)	0	0	4 (12,5%)
ВСЕГО: 32 (100%)	12 (37,5%)	20 (62,5%)	18 (56,25%)	14 (43,75%)

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 или двухблочного 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 мыщелкового отростка, костная пластика с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости проводилась или с использованием отмоделированного моноблочного бикортикально-губчатого трансплантата, или монокортикально-губчатого (расщепленного) АТПК, состоящего из 1-3-х блоков, в зависимости от размеров ветви и возможности забора достаточного объема материала из гребня подвздошной кости. Если верхняя граница такого вида дефекта планировалась выше основания мыщелкового 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-х блоков и с реплантацией

суставной головки в полость сустава. Это позволяло значительно технически упростить методику проведения такого варианта костной пластики.

При поражении патологическим процессом суставной головки мыщелкового 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-х блоков, с формированием из *spina iliaca anterior superior* новой суставной головки, которая вводилась в полость ВНЧС (артропластика).

Успешные результаты костной пластики с восстановлением непрерывности нижней челюсти с использованием АТПК были достигнуты у 31 пациента (96,8%). Только у 1-ой пациентки с первичным дефектом

после резекции бокового отдела тела нижней челюсти по поводу фиброзы остеодисплазии в послеоперационном периоде отмечалось нагноение костной раны и неприживание моноблочного бикортикального АТПК с его секвестрацией.

Выводы:

1. Использование невааскуляризованного АТПК является методом выбора при хирургическом устранении первичных и вторичных дефектов нижней челюсти с восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости.
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 приживания.

Литература

1. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев.- Киев, 2002.- 1022 с.
2. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области свободной пересадкой тканей: учебно-методич. пособие / Л.И. Тесевиц, В.В. Барьяш.- Мн.- 63 с.
3. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский.- М., 2003.- 456 с.
4. Moy, P.K. Clinical experience with osseous site development using autogenous bone, bone substitutes and membrane barriers // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am.- 2001.- V.13.- P. 493-509.