

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 неваскуляризованного 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: 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 пациентов, в т. ч. у 4 (12,5%) пациентов после ранее проведенной (более 3-х лет) резекции нижней челюсти по поводу доброкачественной опухоли (адамантиномы 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 мышцелкового 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 мышцелкового 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 мышцелкового 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 мышцелкового 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 мышцелкового 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) АТГПК, 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 АТГПК 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 АТГПК.

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Использование невааскуляризованного АТГПК 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 АТГПК, отмоделированных в виде моно- или многоблочных фрагментов, позволили добиться успешных результатов оперативного лечения пациентов с такой патологией в 96,8% случаев.

3. При моделировании АТГПК 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. 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.