

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ПЛАСТИН В
СОЧЕТАНИИ С ПЛАСТИКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТАМИ ИЗ
ГРЕБНЯ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ И ПОСЛЕДУЮЩЕГО
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ
УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕОПУХОЛЕВЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ**

Горбачев Ф.А., Тесевич Л.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, РБ

Введение. Для хирургического устранения послеопухолевых дефектов нижней челюсти с восстановлением ее контуров и непрерывности в настоящее время применяются стандартные и индивидуально изготовленные реконструктивные пластины из титана как в виде самостоятельной конструкции, так и в сочетании с не- и реваскуляризированными аутотрансплантатами [2-4]. Последующее восстановительное ортопедическое лечение является важной и актуальной проблемой, завершающей комплекс лечебных мероприятий у таких пациентов.

Цель работы: оценить клинические аспекты использования хирургической методики устранения послеопухолевых дефектов нижней челюсти с восстановлением ее непрерывности с помощью неваскуляризированных аутотрансплантатов из гребня подвздошной кости (АТГПК) и модифицированных нами индивидуальных реконструктивных пластин (МИРП) из титана и последующего ортопедического восстановительного лечения.

Материалы и методы. На базе 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-ая клиническая больница г. Минска» в период с апреля 2014 по октябрь 2016 г.г. 12-ти взрослым пациентам (6-ти женщинам 27- 45 лет и 6-ти мужчинам 24-53 лет) были проведены операции резекции сегмента нижнечелюстной кости, диффузно пораженного доброкачественной опухолью, с одномоментной костной пластикой и восстановлением непрерывности нижнечелюстной кости с использованием АТГПК и МИРП. На основании полученных данных предоперационного рентгенологического обследования (в том числе и рентгеноконтрольной томография с 3d реконструкцией челюстно-лицевой области) определялся объем и планируемый уровень сегментарной резекции нижней челюсти. На базе НП ООО «Медбиотех» (Республика Беларусь) с помощью 3d принтера (Mankati Fullscale XT Plus, Китай, позволяющий осуществлять быстрое прототипирование объекта с использованием системы объемного автоматизированного проектирования и аддитивных технологий) из пластика

(ABS- пластика) воспроизводились реальные объемные модели нижней челюсти, на которых осуществлялось моделирование МИРП с последующим ее изготовлением и использованием при хирургическом восстановительном лечении у таких пациентов [1]. Последующее восстановительное ортопедическое лечение осуществлялось на базах профильных отделений стоматологических поликлиник по месту жительства пациентов с учетом индивидуальных особенностей и рекомендаций послеоперационного периода.

Результаты. МИРП из титана в сочетании с АТГПК использованы нами при лечении 12-ти пациентов с установленными диагнозами опухолевого процесса с соответствующей локализацией: кальцинирующей эпителиальной одонтогенной опухолью (Pindborg's tumor) фронтального, бокового отделов тела, угла и ветви нижней челюсти с одной стороны – 1 человек (8,3%); адамантиномы бокового отдела тела, угла и ветви нижней челюсти с одной стороны – 7 человек (58,4%); адамантиномы бокового отдела тела нижней челюсти с одной стороны – 1 человек (8,3%); миксомы фронтального отдела нижней челюсти – 1 человек (8,3%); остеобластокластомы тела, угла и ветви нижней челюсти с одной стороны – 2 человека (16,7%). У всех вышеуказанных пациентов было проведено удаление опухоли в пределах здоровых тканей с сегментарной резекцией нижней челюсти с нарушением ее непрерывности (у 3-х пациентов (25%) – с экзартикуляцией и последующей реплантацией суставной головки мышечелкового отростка). Устранение образовавшихся послеопухолевых дефектов нижней челюсти вышеуказанной локализации осуществлено первичной костной пластикой с помощью забранного бикортикально- губчатого АТГПК (в зависимости от протяженности дефекта отмоделированного в виде одного (у 6-ти (50%) пациентов), 2-х (у 5-ти (41,7%) пациентов) или 3-х блоков (у 1-го (8,3%) пациента)) и данной МИРП. Послеоперационный период протекал без осложнений в сроки наблюдения до 1,5 лет. Это позволило осуществить у 2-х (16,6%) пациентов проведение дентальной имплантации (в том числе с введением дентальных имплантатов в

зону прижившего аутотрансплантата нижней челюсти (см. рис. 1) и последующее несъемное ортопедическое восстановительное лечение (при этом в зоне трансплантата могут проявляться возможные осложнения дентальной имплантации). Остальные пациенты (83,4%) предпочли последующее ортопедическое восстановительное лечение съёмными зубными протезами, которые были изготовлены уже через 3-4 месяца после операции (при этом применяемая ортопедическая конструкция должна исключать травмирование слизистой оболочки полости рта в зоне трансплантата и реконструктивной пластины).



Рисунок 1 - Контрольная ортопантомограмма нижней челюсти пациентки Кр-о, 44 лет, через 9 месяцев после операции резекции нижней челюсти по поводу кальцинирующей эпителиальной одонтогенной опухоли (Pindborg's tumor) фронтального, бокового отделов тела, угла и ветви нижней челюсти справа с устранением первичного послеопухолевого дефекта с помощью отмоделированного двухблочного бикортикально-губчатого АТГПК и МИРП с последующей дентальной имплантацией (на дентальные имплантаты установлены формирователи десневой манжеты)

Заключение. Использование МИРП из титана в сочетании с АТГПК является современным методом выбора при хирургическом устранении послеопухолевых дефектов нижней челюсти с восстановлением ее контуров и непрерывности, который позволяет оптимизировать методику жесткой

фиксации таких пластин в зонах костного трансплантата и сохраненных фрагментов нижнечелюстной кости. Это в свою очередь позволяет более полноценно и в более ранние сроки после операции использовать возможности последующего восстановительного ортопедического лечения таких пациентов, в том числе и несъемное зубное протезирование на дентальных имплантатах в реципиентной зоне костного аутоотрансплантата.

Литература:

1. Горбачев, Ф.А. Пластическое устранение послеопухолевых дефектов нижней челюсти с помощью модифицированных индивидуальных реконструктивных пластин в сочетании с неваскуляризированными аутоотрансплантатами из гребня подвздошной кости/ Ф.А.Горбачев, Л.И.Тесевич // Стоматолог.- 3 (18).- 2015.- С.18-28.

2. Coletti D.P. Mandibular reconstruction and second generation locking reconstruction plates: outcome of 110 patients / D.P. Coletti, R. Ord, X. Liu // Int. J. Oral Maxillofac. Surg.- 2009.- V. 38 (9).- P. 960- 963.

3. Fang S.L. Use of extended vertical lower trapezius island myocutaneous flaps to cover exposed reconstructive plates/ S.L. Fang, Y.Y. Wang, W.L. Chen, D.M. Zhang // J. Oral Maxillofac. Surg.- 2014.- V. 72 (10).- P. 2092- 2097.

4. Harsha G. Mandibular reconstruction using AO/ASIF stainless steel reconstruction plate: a retrospective study of 36 cases / G. Harsha, S.G. Reddy, S. Talasila [et al.] // J. Contemp. Dent. Pract.- 2012.- V. 13 (1).- P. 75- 79.