

Джумаев Ш.М.

**ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ
НОВООБРАЗОВАНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОПРОТЕЗОВ
СИСТЕМЫ «КОНМЕТ»**

Sh.M. Jumayev

**SUMMARY USE OF RECONSTRUCTIVE TITANIUM PLATE AND THE IMPLANTS
CONDYLAR PROCESS IN THE SURGICAL TREATMENT THE NEOPLASMS OF
MANDIBLE**

УДК:616.716.8-007.24-089.844

В статье приведены результаты хирургического лечения 23 больных с доброкачественными опухолями нижней челюсти и 15 пациентов – с анкилозами височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Образовавшиеся дефекты нижней челюсти после её резекции возмещали титановыми пластинами, артропластику ВНЧС проводили эндопротезами височно-нижнечелюстного сустава системы «Конмет». Полученные хорошие непосредственные и отдалённые результаты свидетельствуют о перспективности этого более доступного и менее травматичного метода лечения.

Ключевые слова: амелобластома, остеобластокластома, анкилоз, височно-нижнечелюстной сустав, артропластика, титановые эндопротезы

The results of surgical treatment of 23 patients with benign tumors of the mandible and 15 patients - with ankylosis of the temporomandibular joint (TMJ) were presented. A defect of the mandible after its resection refunded by titanium plates, TMJ arthroplasty was performed using endoprostheses of temporomandibular joint system «Konmet» Getting a good immediate and long-term results indicate the prospects of a more accessible and less traumatic treatment.

Key words: ameloblastoma, osteoblastoklastoma, ankylosis, temporomandibular joint, arthroplasty, titanium implants .

Введение. Одной из наиболее актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии является, восстановление дефектов нижней челюсти, возникших после выполнения радикальных операций по поводу опухолей данной области [1-3]. Обще-признано, что главным условием успешного излечения амелобластом и остеобластокластом является радикальное удаление опухоли. После выскабливания доброкачественной опухоли, даже дополняемого лучевой терапией, нередко возникают рецидивы, которые увеличивают угрозу малигнизации. В связи с этим, в челюстно-лицевой хирургии единого признания получили радикальные хирургические способы лечения амелобластом и остеобластокластом, в основе которых лежит резекция челюсти в пределах здоровых тканей [1,3,4]. В то же время, после радикального удаления опухоли, поражающей ветвь и мышечковый отросток, возникают большие дефекты нижней челюсти, резко нарушающие её функции и вызывающие деформации нижней зоны лица. Для возмещения возникшего дефекта предложены различные способы костной пластики

ауто-трансплантатами, взятыми из ребра, гребня подвздошной кости, свода черепа, трубчатых костей (большеберцовой, ключицы и др.), а также различными видами аллотрансплантатов. Несмотря на более чем вековую историю, вопрос о способах лечения этих больных до сих пор остаётся открытым, в частности из-за частых послеоперационных рецидивов и деформаций, а также неоднородности и несвоевременности проводимых, как предоперационных, так и послеоперационных реабилитационных мероприятий [2,6]. На сегодняшний день известно много способов возмещения костных дефектов, возникающих при частичной резекции нижней челюсти, поражённой опухолью, а также половинчатой резекции нижней челюсти с экзартикуляцией. Наиболее часто для этих целей используют артропластику ауто- и аллотрансплантатами. Однако использование ауто-трансплантатов сопряжено с дополнительной травмой, категорическим отказом пациентов от дополнительной операции, а применение аллотрансплантатов предполагает наличие предварительно заготовленных трансплантатов, и в то же время не решает проблему тканевой несовместимости. По данным В.В. Рогинского с соавт. (2002), при артропластике в 86 наблюдениях трансплантаты полностью прижились, в 22 случаях отмечено частичное рассасывание, в 4 случаях – полное рассасывание, в 10 случаях – полный рецидив и в 1 случае имел место перелом эндопротеза [6]. Лучшие результаты (93%) отмечаются при использовании формализированных аллотрансплантатов и менее удачный процент приживления трансплантатов при использовании замороженной картимальной пластинки бедренной кости – 58%. По данным разных авторов, частота неудачной костной пластики колеблется от 13% до 49% [1,3]. В последние годы альтернативным направлением является применение биосовместимых материалов (титан, ПолиГАП, углепластик, керамика). Открытие и изучение свойств различных видов биологически совместимых материалов привело к созданию и внедрению в клиническую практику эндопластин и эндопротезов ВНЧС с его элементами. Биологическая совместимость, доступность материалов, а также относительная техническая простота являются серьёзными преимуществами имплантации эндопластин и эндопротезов ВНЧС перед другими методами лечения [6,7].

Цель исследования – оценить эффективность применения титановых пластин и эндопротезов височно-нижнечелюстных суставов системы «Конмет» для возмещения дефектов нижней челюсти и её мышечкового отростка при новообразованиях данной области.

Материал и методы. Объектом для исследования послужили 23 больных с доброкачественными опухолями нижней челюсти (14 – с остеобласто-кlastомами и 9 – с амелобластомами), госпитализированных в отделение пластической и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии (табл.).

Таблица. Распределение больных по заболеванию и полу

	Опухоль нижней челюсти	
	Остеобласто-кlastома	Амелобластома
Мужчины	7	5
Женщины	7	4
Всего	14	9

Всем больным с опухолями произведена резекция поражённой части нижней челюсти в пределах здоровых тканей. У больных анкилозами производили остеэктомию костного конгломерата с последующим формированием суставной ямки. Оперативное вмешательство осуществлялось через подчелюстной разрез, окаймляющий угол нижней челюсти. После фиксации прикуса в положении центральной окклюзии, путём введения по два фиксатора на верхнюю и нижнюю челюсти, подобран соответствующий размер титановой пластины, который подогнан по форме и длине с последующей их титановыми винтами из набора «Конмет». В качестве иллюстрации приводим клинический пример. Больной М.А., 1996 г.р., поступил 25.10.2013г. в клинику Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с жалобами на опухоль в правой половине лица, заполняющую полость рта и затрудняющую речь и приём пищи. Из анамнеза: начало заболевания связывает с полученной травмой в детском возрасте. После травмы осталась незначительная асимметрия за счёт припухлости в правой половине лица, на которую родители не обращали внимания в связи с отсутствием каких-либо жалоб. Вследствие резкого увеличения припухлости в размере, обратились в НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. При обращении опухоль полностью занимала полость рта. Язык не виден, так как оттеснён опухолью вниз и влево (рис.1). Вследствие длительного отказа от лечения, опухоль, прорастая в мягкие ткани, достигла внушительных размеров (рис.2).



РИС. 1. Амелобластома правой половины нижней челюсти у больного м. до операции



РИС. 2. Макропрепарат удалённой опухоли у больного м.

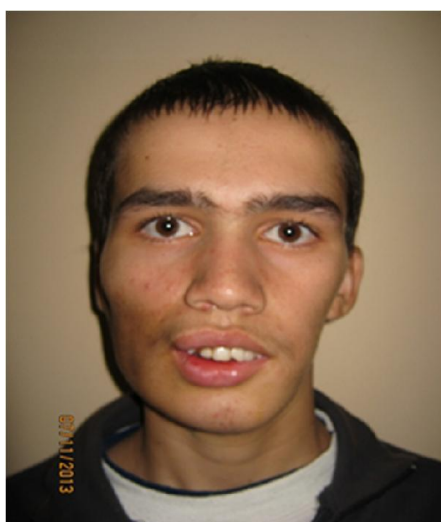
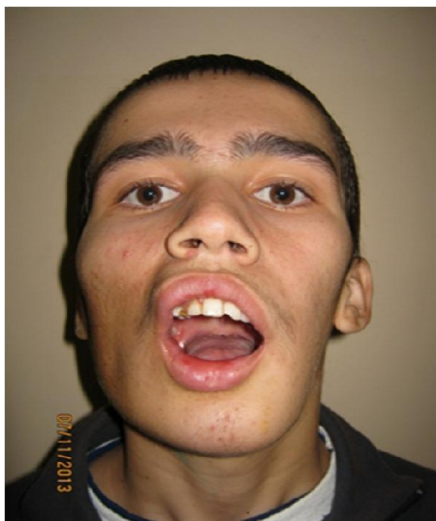


РИС. 3. Вид больного м. после операции

На основе клинических и рентгенологических данных установлен предварительный диагноз: амелобlastома правой половины нижней челюсти. РИС. 1 произведена резекция поражённой половины нижней челюсти с экзартикуляцией и одномоментное возмещение возникшего дефекта титановым эндопротезом фирмы «Конмет». Достигнуто полное восстановление функций нижней челюсти (рис.3). Результаты и их обсуждение. Учитывая указанные недостатки использования ауто- и аллотрансплантатов, нами в отделении реконструктивной и пластической хирургии НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с 2004 года, для возмещения дефектов нижней челюсти и её мышечкового отростка при опухолях, применяются титановые пластины и эндопротезы височно-нижнечелюстных суставов системы «Конмет». Ближайший и отдалённый послеоперационный периоды протекали гладко. На контрольных рентгенограммах положение эндопротезов стабильное (рис.4,5). Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. На контрольных рентгенограммах положение эндопротезов стабильное. Срок наблюдения составил от 3 до 6 лет. Рецидивов анкилоза не наблюдалось. Во всех

случаях достигнуто восстановление функции нижней челюсти. Для устранения сопутствующей анкилозу асимметрии у 6 пациентов в последующем выполнена контурная пластика силиконовыми имплантатами. В 2 (5,26%) случаях отмечались осложнения. В одном случае (2,63%) наблюдали рецидив свища, который ранее функционировал и источником которого являлся воспалительный процесс в пирамиде височной кости. Во втором случае (2,63%) отмечен рецидив опухоли (амелобlastомы) нижней челюсти, связанный с сохранением рентгенологически не поражённого нижнего края челюсти при резекции и потребовавший повторного вмешательства. Существующее многообразие методов реконструкции нижней челюсти при новообразованиях ставит перед хирургом задачу выбора оптимального метода устранения костных дефектов [1,6,8].



РИС. 4. Ортопантомограмма больного м. до операции

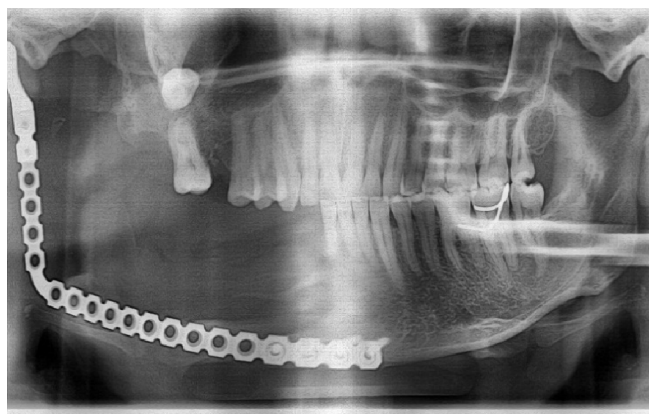


РИС. 5. Ортопантомограмма больного м. после операции

Таким образом, установка титановых пластин и эндопротезов ВНЧС при устранении дефектов нижней челюсти, образующихся после частичной и половинчатой её резекции по поводу новообразований, позволяет одномоментно восстановить непрерывность нижней челюсти и избежать выраженного нарушения функции жевания и эстетики лица. Наш опыт применения титановых пластин и эндопротезов сустава позволяют рекомендовать применение данного метода при лечении опухолей нижней челюсти. Полученные хорошие непосредственные и

отдалённые результаты свидетельствуют о перспективности этого более доступного и менее травматичного метода лечения, особенно в тех лечебных учреждениях, где имеется проблема с профильными специалистами и технической оснащённостью, а также учитывая ограниченные возможности пациентов для проведения альтернативных методов оперативного вмешательства.

Литература:

1. Никитин Д.А. Хирургическое лечение и реабилитация больных с дефектами, деформациями и атрофией нижней челюсти с применением инновационных технологий: автореф.... дис. канд. мед. наук / Д.А.Никитин. – М. – 2012. – 27с.
2. Арсенина О.И. Ранние ортодонтические и ортопедические мероприятия в комплексном лечении пациентов с дефектами и деформациями нижней челюсти: дис.... д-ра мед. наук / О.И.Арсенина. – М. – 1998. – 316 с.
4. Циклин И.Л. Реконструкция дефектов челюстей с применением ревааскуляризованных рёберных трансплантатов / И.Л.Циклин, Д.А.Никитин // Материалы II науч.-практ.конф. «Современные технологии в экспериментальной и клинической стоматологии». – М. – 2011. – С.133-134.
4. Использование титановых имплантатов для замещения дефектов мышечкового отростка нижней челюсти / В.С.Агапов, Т.П.Шипкова, А.О.Дробышев, О.Ф.Гусев // Актуальные вопросы стоматологии. – М. – 2003. – С. 6.
5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. – М. – 2000. – Т. 2. – 488 с.
6. Рогинский В.В. Применение титановых конструкций в детской черепно-челюстно-лицевой хирургии / В.В.Рогинский [и др.] // Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии – 10 лет: результаты, итоги, выводы. – М.: Детстомиздат.– 2002.– С. 257-270.
7. Таиров У.Т. Применение реконструктивных титановых пластин и эндопротезов при хирургическом лечении анкилозирующих поражений височно-нижнечелюстного сустава / У.Т. Таиров, З.Я. Юсупов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2010. – № 4. – С. 44-48.
8. Osawa H. Periodontal regeneration of transplanted rat molare after cryopreservation / H.Osawa, K.Irie // Arch. Oral Biol. – 2006. – Vol. 51 (4). – P. 195-209.

Рецензент: к.м.н. Мирзоев М.Ш.