



Использование реконструктивных титановых пластин и имплантатов мышечного отростка при хирургическом лечении новообразований нижней челюсти

У.Т. Таиров, З.Я. Юсупов, Ш.М. Джумаев

Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Душанбе, Таджикистан

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

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].

Общепризнано, 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 единогласное признание 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 мышечный 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- и аллотрансплантатами, 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 неоднозначности 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- и аллотрансплантатов 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 кортикальной 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 остеобластокластомами и 9 – с амелобластомами), госпитализированных в отделение пластической и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии (табл.).

ТАБЛИЦА. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ И ПОЛУ

	Опухоль нижней челюсти	
	Остеобластокластома	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 фиксацией 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 отеснен опухолью вниз и влево (рис.1). Вследствие длительного отказа от лечения, опухоль, прорастая в мягкие ткани, достигла внушительных размеров (рис.2).

На основе клинических и рентгенологических данных установлен предварительный диагноз: амелобластома правой половины нижней челюсти.

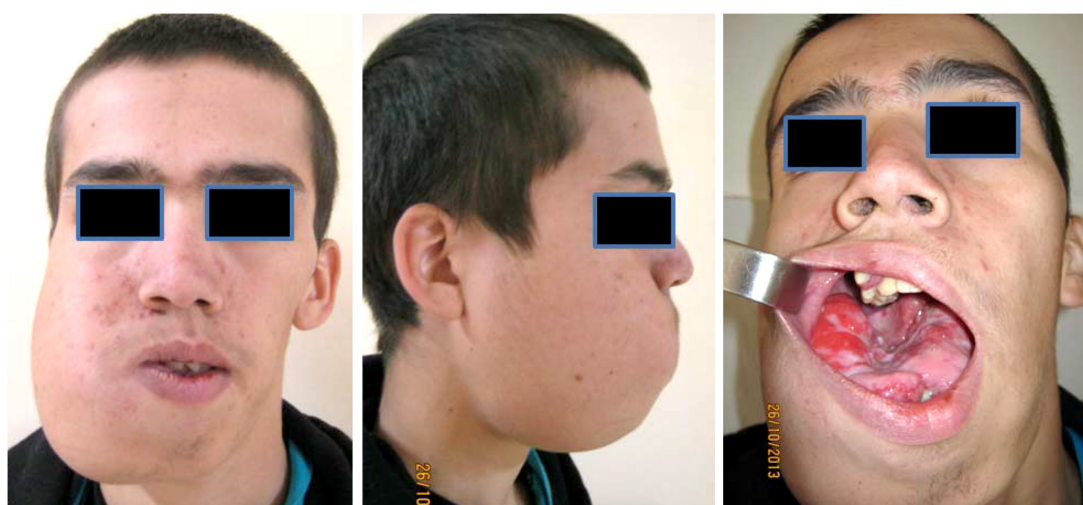


РИС. 1. АМЕЛОБЛАСТОМА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНОГО М. ДО ОПЕРАЦИИ



РИС. 2. МАКРОПРЕПАРАТ УДАЛЁННОЙ ОПУХОЛИ У БОЛЬНОГО М.

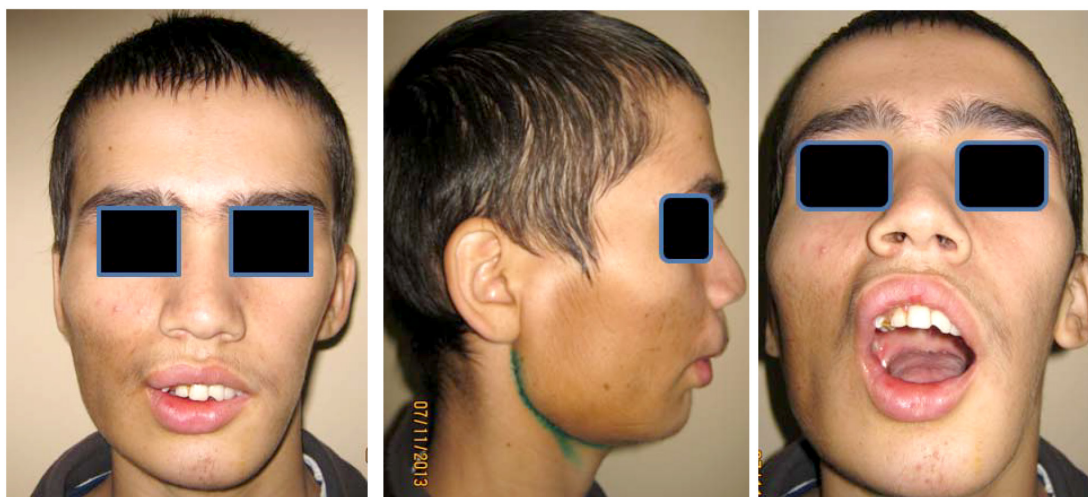


РИС. 3. ВИД БОЛЬНОГО М. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

26.10.2013г. произведена резекция поражённой половины нижней челюсти с экзартикуляцией и однокомпонентное 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 (амелобластомы) 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].

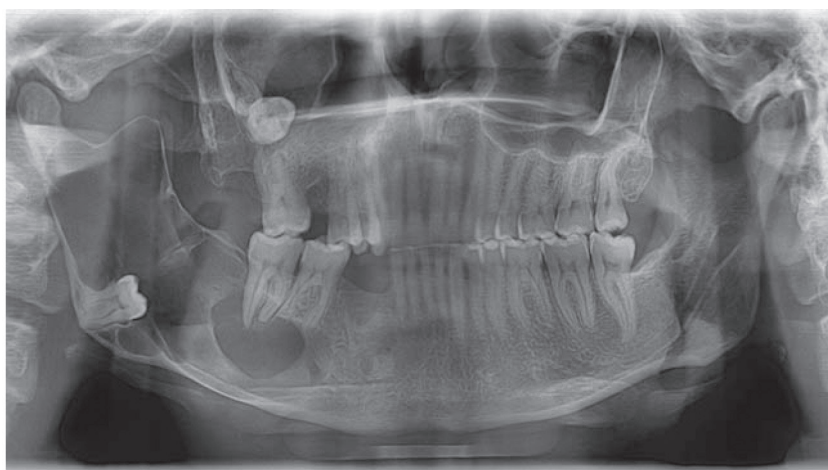


РИС. 4. ОРТОПАНТОГРАММА БОЛЬНОГО М. ДО ОПЕРАЦИИ

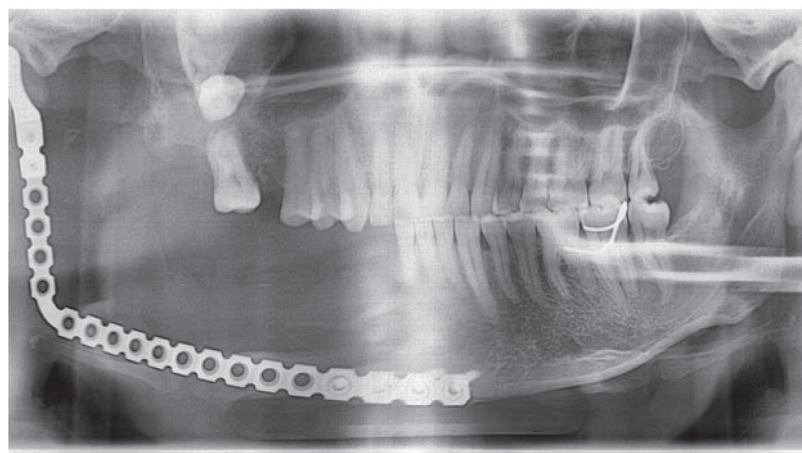


РИС. 5. ОРТОПАНТОГРАММА БОЛЬНОГО М. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Таким образом, установка титановых пластин и эндопротезов ВНЧС при устранении дефектов нижней челюсти, образующихся после частичной и половинчатой её резекции по поводу новообразований, позволяет одновременно 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.
3. Циклин И.Л. Реконструкция дефектов челюстей с применением реvascularизованных 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 мышечного 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.

Summary

Use of reconstructive titanium plate and the implants condylar process in the surgical treatment the neoplasms of mandible

U.T. Tairov, Z.Ya. Yusupov, Sh.M. Jumayev

Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Dushanbe, Tajikistan

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 endoprotheses 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

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Таиров Умар Таирович – научный руководитель Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Худжанди, 13
E-mail: Stomatologi@mail.ru