



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **372**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(51) **7 A61C 7/00; 8/00,**
A61B 17/24

(12) **Описание изобретения** **К ПАТЕНТУ**

1

(21) 02000736

(22) 13.03.2002

(46) 13.10.2003, Бюл.№3 (31)

(71)(72) Артыков К.П., Тер-Асатуров Г.П., Кадыров М.Х., Ходжамуродов Г.М. (TJ)

(73) Кадыров М.Х. (TJ)

(56) 1. The osteocutaneous scapular flap for mandibular and maxillary reconstruction. Swartz W.M., Banis J.S., Newton E.D. et al. Plast. Reconstr. Surgery V. 77, p.530, 1986.

2. Лимберг А.А. О предвсворительной биологической подготовке саженцев и ложа при свободной пересадке собственной кости. - В кн.: работа Ленинградских врачей за год Отечественной войны, в.1. Л., 1942, с.66.

(54) СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЛОЖНО-СОСТАВНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно разделу реконструктивной и восстановительной микрохирургии челюстно-лицевой

2

области, а также может быть использовано в хирургической стоматологии, онкологии.

Цель изобретения заключается в оптимизации результатов хирургического лечения и ускорения реабилитации больных с различными сложно-составными дефектами нижней зоны лица и нижней челюсти.

Сущность изобретения. Суть способа заключается в выполнении двухэтапной операции. На первом этапе в зависимости от формы, типа, протяженности и размеров дефекта нижней зоны лица выбирается соответственный вид и тип сложно-составного аутоотрансплантата на сосудистой ножке и предварительно вживляются дентальные имплантаты. На втором этапе после наступления полноценной остеоинтеграции между костной ткани трансплантата и зубного имплантата замешается дефект нижней челюсти и подготавливается условия для протезирования нижнего зубного ряда.

Изобретение относится к области медицины, а именно разделу реконструктивной и восстановительной микрохирургии челюстно-лицевой области. В хирургической практике довольно часто встречаются дефекты нижней челюсти самой различной этиологии, локализации и величины (после огнестрельной ранении, вследствие гнойно-воспалительных процессов и в результате резекции по поводу опухолей). В большинстве случаев дефект нижней челюсти сочетается с утратой покровных мягких тканей лица, слизистой оболочки полости рта и зубных рядов челюстей вместе с альвеолярными отростками и их по составу правильно именуют сложно-составными дефектами нижней зоны лица (НЗЛ). За последние десятилетия отмечается бурный прогресс в области пластической микрохирургии, который дает возможность одноэтапного укрытия больших дефектов мягких тканей и костей путем пересадки сложно-составных лоскутов на микрососудистой ножке.

Известен способ пластики дефектов нижней челюсти путем поднятия сложно-составного лоскута латерального края лопатки на окружающих лопаточных сосудах с последующим переносом на место дефекта [1].

Хорошее кровоснабжение латерального края лопатки за счет артерии, огибающей лопатку позволяет включить его в состав лоскута или использовать как свободный костный трансплантат. Диаметр сосудов лоскута в среднем составляет от 2 до 3,5 мм. Длина сосудистой ножки варьируется от 6 до 9 см, но при необходимости можно доводить до 10-12 см. Преимущество лоскута с наружного края лопатки заключается в следующем: лопаточный лоскут можно использовать в комбинации с соседними лоскутами, кровоснабжение которых осуществляется из системы подлопаточной артерии (широчайшая мышца спины, зубчатая мышца) на единой сосудистой ножке. Кроме того, отмечается несложность выкраивания лоскута, при необходимости можно выделить достаточно длинную ножку трансплантата и необходимой величины сам лоскут.

Из недостатков способа необходимо отметить отсутствие чувствительности лоскута, наложение микрососудистых анастомозов, возможность тромбоза сосудистой ножки, длительность операции, участие нескольких бригад пластических хирургов, отсутствии выраженного альвеолярного гребня и других регенционных пунктов для последующего протезирования нижнего зубного ряда и т.д. Недостатки известных способов пластики зависят также от топографо-анатомической особенности реципиентной зоны.

В качестве прототипа могут служить способы пластики дефектов нижней челюсти с применением свободных аваскулярных реберных ауто-

трансплантатов с предварительной биологической подготовкой саженцев и реципиентного ложа [2]. В основе способа лежит установленный факт повышенной устойчивости костного трансплантата к действию микробов, если он до пересадки в инфицированную рану 10-14 дней находился в жировой клетчатке. Оперативное вмешательство выполняется в два этапа: на I этапе производится резекция наружной пластинки VII ребра и костный аутоотрансплантат помещается в подкожно-жировую клетчатку вблизи дефекта нижней челюсти. Второй этап операции заключается в подготовке реципиентной зоны путем обнажении дистального и проксимального концов отломков, создания воспринимающих площадок и перенос биологически подготовленного саженца к дефекту с последующим их фиксацией тем или иным методом. Из преимуществ данного способа необходимо подчеркнуть техническую простоту выкраивания расщепленного аутоотрансплантата, вмешательство можно выполнять под местным обезболиванием, выгодно подготавливает больного психологически ко второму (основному) этапу операции.

Что касается недостатков способа, следует подчеркнуть относительно малая прочность трансплантата, аваскулярность саженца, отсутствии выраженного альвеолярного гребня для дальнейшего протезирования зубного ряда, длительность периода реабилитации больных, вероятность развития асептического воспаления и рассасывания саженца и т.д.

Цель изобретения заключается в оптимизации результатов хирургического лечения и ускорения реабилитации больных с сложно-составными дефектами нижней зоны лица. Поставленная цель достигается тем, что в способе пластики дефектов нижней челюсти и нижнего зубного ряда предварительно на поверхности будущего костного аутоотрансплантата вживляются различные зубные имплантаты из биоинертного сплава титана (разработан ЗАО "Конмет", Россия) и после наступления полноценной остеоинтеграции вокруг имплантата костно-мягкотканый дефект ликвидируется способом переноса его к дефекту путем перемещения или свободной реваскуляризации. Сложно-составные аутоотрансплантаты с предварительно вживленными зубными имплантатами дают возможность замещать как дефект покровных тканей лица, так и самой нижней челюсти и нижнего зубного ряда, чем и достигается сокращения сроков медицинской реабилитации больных.

Известно, что закрытый способ зубных имплантаций перед открытым методом имеет значительные преимущества, т.е. костная рана и имплантат находятся в герметически закрытой среде, доступ ротовой инфекции минимальная и т.д.

Учитывая вышеизложенное обстоятельство нами разработан двухэтапный способ восстановления сложно-составных дефектов нижней зоны лица. Суть способа заключается в выполнении двухэтапной операции. На первом этапе в зависимости от формы, протяженности и размеров дефекта нижней челюсти выбирается соответственный вид и тип сложно-составного ауто-трансплантата в донорской зоне с включением гребня подвздошной кости, латерального или медиального края лопатки, лопаточной сети, ауторесбра, отрезка лучевой кости или фрагмента малоберцовой кости и т.д. Минимально обнажается наружная поверхность будущего костного трансплантата не нарушая сосудистую ножку. При помощи специальных набор инструментов для остановки зубных имплантатов по заранее намеченным планом в зависимости от толщины, преобладание кортикальной или губчатой кости устанавливается либо пластинчатые либо винтовые виды имплантатов. Ткани над имплантатами послойно ушиваются и так оставляются до наступления полноценной остеоинтеграции между трансплантатом и дентальными имплантатами (31-36 дней). Второй этап операции заключается в выкраивании и замещения огнестрельного дефекта нижней челюсти и нижнего зубного ряда сложно-составным трансплантатом вместе с вживленными дентальными имплантатами в виде единого блока тканей на перемещенной либо на свободной сосудистой ножке для реваскуляризации лоскута. Таким образом, одномоментно замещается дефект нижней челюсти, вживляются

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ восстановления сложно-составных дефектов нижней зоны лица перемещенными или свободными реваскуляризованными сложно-составными ауто-трансплантатами на сосудистой ножке с последующим переносом на место де-

дентальные имплантаты для восстановления отсутствующего зубного ряда и утраченной жевательной эффективности и тем самым ускоряется период реабилитации пациентов.

Способ проиллюстрирован следующими рисунками:

Фиг. 1 - представлен дефект тела и угла нижней челюсти.

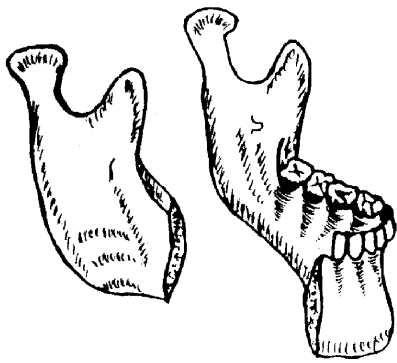
Фиг.2 - сложно-составные трансплантаты медиального, латерального края лопатки, лопаточной сети с предварительно вживленными дентальными имплантатами.

Фиг.3 - схема выкраивания ауто-трансплантата с латерального края лопатки вместе с зубными имплантатами единым блоком на сосудистой ножке.

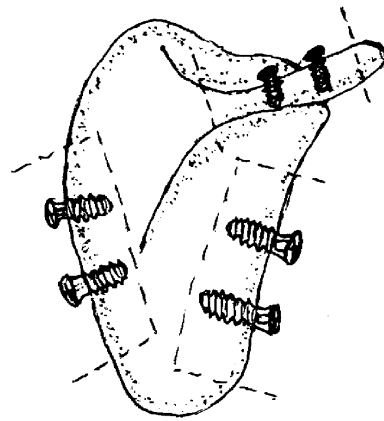
Фиг.4 - костный дефект нижней челюсти замещен свободным сложно-составным ауто-трансплантатом с латерального края лопатки с остеоинтегрированными имплантатами.

Предлагаемый способ пластики сокращает длительность периода реабилитации больных с сложно-составными дефектами нижней зоны лица различного генеза, образуются прочные связи между костной тканью трансплантата и дентального имплантата после предварительной их вживлении закрытым способом. Подготавливаются условия для успешной восстановления зубного ряда нижней челюсти несъемными зубными протезами. Описанным способом оперированы 3 больных. Косметические и функциональные результаты лечения оценены как хорошие.

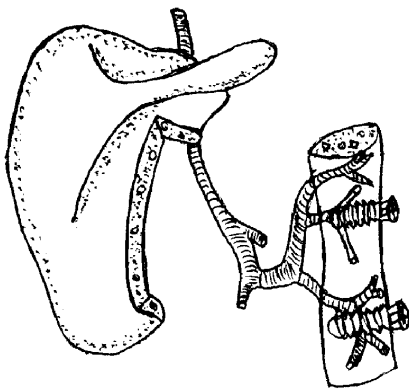
фекта, *отличающийся* тем, что предварительно на трансплантатах приживляют дентальные имплантаты из биоинертного сплава титана закрытым способом имплантации.



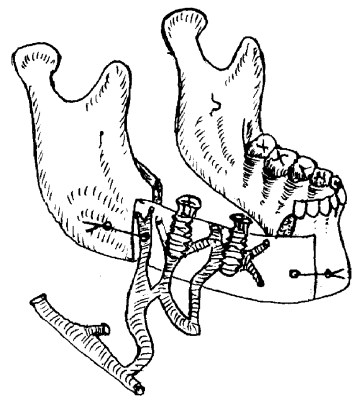
Фиг.1



Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4