

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО**(12) Описание изобретения**
К ПАТЕНТУ

(21) 02000749

(22) 28.06.2002

(46) Бюл.37 (1), 2005

(76) Кадыров М.Х.(TJ); Артыков К.П.(TJ); Тер-Асатуев Г.П.(TJ); Ходжамуродов Г.М. (TJ)

(56) 1.RU 2056799 C1, 27.03.1996

2. SU 848005 A, 23.07.1981

3. SU 1797485 A3, 23.02.1993

4. RU 2103405 C1, 27.01.1998

5. Швырков М.Б. и др. Огнестрельные ранения лица, лорорганов и шеи, М., Медицина, 2001, 325-329

(54) СПОСОБ ЗАМЕЩЕНИЯ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к разделу реконструктивной и восстановительной микрохирургии челюстно-лицевой области, а также может быть использовано в хирургической стоматологии, онкологии.

Цель изобретения заключается в оптимизации результатов хирургического лечения и ускорении реабилитации больных с концевыми дефектами нижней челюсти.

В зависимости от формы, протяженности и размеров дефекта нижней челюсти выбирается соответственный вид и тип сложно-составного аутооттрансплантата в донорской зоне с включением гребня подвздошной кости, латерального или медиального края лопатки или фрагмента малолберцовой кости и т.д. Минимально обнажается проксимальная часть костного трансплантата. При помощи специальных инструментов устанавливается имплантант мышечкового отростка нижней челюсти. Головку имплантата помещают в суставную впадину и проксимальная часть аутооттрансплантата фиксируется к воспринимающей площадке челюсти при помощи минипластин или костным швом.

Изобретение относится к медицине, а именно к разделу реконструктивной и восстановительной микрохирургии челюстно-лицевой области. В практике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются концевые дефекты нижней челюсти самой различной этиологии, локализации и величины (после огнестрельных ранений, вследствие гнойно-воспалительных процессов и в результате резекции по поводу опухолей). Под термином «концевые дефекты» нижней челюсти следует понимать:

1.Отсутствие суставного отростка (одно- или двустороннее);

2.Отсутствие суставного отростка и собственно. ветви (одно- или двусторонние);

3.Отсутствие суставного отростка, ветви и частично тела нижней челюсти (одно- или двусторонние);

4.Половинный дефект нижней челюсти (право- и левосторонний).

Позапное развитие в области пластической микрохирургии дает возможность одноэтапного замещения концевых дефектов нижней челюсти путем пересадки сложно-составных костных аутооттрансплантатов на микрососудистой ножке.

Известен способ пластики концевых дефектов нижней челюсти путем применения ортотопического аллотрансплантата – лиофилизированной трупной кости нижней челюсти [1].

Ортотопическим аллотрансплантатом нижней челюсти можно замещать дефекты самой различной локализации и величины при первичной костной пластике нижней челюсти. Преимущество данного метода пластики заключается в воссоздании хороших контуров лица, восстановлении жевательной функции нижней челюсти, отсутствии дополнительной травмы для больного, что имеет место при аутопластике и др. Кроме того, отмечается несложность подгонки и фиксации трансплантата.

Из недостатков способа необходимо отметить частое нагноение аллотрансплантата, полное или частичное рассасывание их, иногда отсутствие сращения в области одного конца трансплантата, рецидив дефекта, тканевая несовместимость и т.д.

В качестве прототипа может служить способ пластики концевых дефектов нижней челюсти с применением свободных реvascularизированных аутоуставов второго или третьего пальцев стопы [2]. В основе способа лежит устранение анкилоза височно- нижнечелюстных суставов и частично нижнечелюстной микрогении с применением II пальца стопы на сосудистой ножке. Намечают разрезы кожи от межпальцевых промежутков в проксимальном направлении, соединяя их в области второго плюснефалангового сустава по тыльной и подошвенной поверхностям плюсны. Разрезом по тыльной поверхности стопы выделяют большую подкожную вену и тыльную артерию стопы.

Выделяют и оценивают первую тыльную плюсневую артерию, сохраняя тыльные пальце вые артерии второго пальца. Далее перепиливают вторую плюсневую кость. После пересечения сосудистой ножки, ауто-трансплантат немедленно переносится в область дефекта суставного конца нижней челюсти и накладывается микроанастомоз с сосудами реципиентной области.

Из преимуществ данного способа необходимо подчеркнуть техническую простоту выкраивания ауто-трансплантата, хорошее восстановление подвижности нижней челюсти в вертикальном направлении.

Что касается недостатков способа, следует подчеркнуть нарушение опороспособности стопы, иногда отсутствуют или аномалийно располагаются тыльные артерии стопы, длительность операции, наложение ауто-венозных вставок из-за короткой сосудистой ножки, замещение только изолированных дефектов суставных отростков и т.д.

Цель изобретения заключается в оптимизации результатов хирургического лечения и ускорения реабилитации больных с концевыми дефектами нижней челюсти. Поставленная цель достигается тем, что в способе пластики концевых дефектов нижней челюсти выкраивается костный аутоотрансплантат на сосудистой ножке (из гребня подвздошной кости, наружного или медиального краев лопатки, лучевой кости либо малоберцовой кости). В качестве суставного отростка используют имплантат мышечкового отростка нижней челюсти из титана (разработан ЗАО «Конмет», Россия). При использовании данной методики восстанавливаются все движения нижней челюсти, достигается сокращение сроков медицинской реабилитации больных.

Учитывая частое возникновение «концевых дефектов» нижней челюсти нами разработан способ их восстановления. Суть способа заключается в выполнении одноэтапной операции. В зависимости от формы, протяженности и размеров дефекта нижней челюсти выбирается соответственный вид и тип сложно-составного аутоотрансплантата в донорской зоне с включением гребня подвздошной кости, латерального или медиального края лопатки или фрагмента малоберцовой кости и т.д. Минимально обнажается проксимальная часть костного трансплантата, не нарушая сосудистую ножку. При помощи специальных инструментов для установки имплантатов по заранее намеченному плану устанавливается имплантат мышечкового отростка нижней челюсти при помощи винтов. Головку имплантата помещают в суставную впадину и проксимальная часть аутоотрансплантата фиксируется к воспринимающей площадке челюсти при помощи минипластин или костным швом. Ткани послойно ушиваются и до наступления полноценной консолидации отломков выполняется иммобилизация нижней челюсти. Таким образом одномоментно замещается концевой дефект нижней челюсти костным аутоотрансплантатом в комбинации с имплантатом мышечкового отростка из титана, и тем самым восстанавливается утраченная жевательная эффективность и ускоряется период реабилитации пациентов.

Способ проиллюстрирован следующими рисунками:

Фиг.1 - представлен концевой дефект суставного, венечного отростков и собственно ветви нижней челюсти справа.

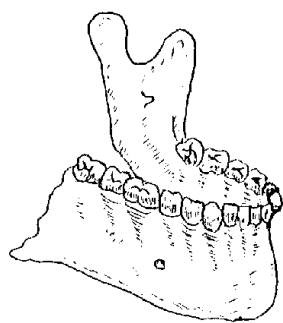
Фиг.2 - аутоотрансплантат латерального края лопатки с фиксированным имплантатом мышечкового отростка из титана.

Фиг.3 - концевой дефект нижней челюсти справа замещен свободным реvascularизированным ауто-трансплантатом с латерального края лопатки в комбинации с имплантатом мышечкового отростка из титана.

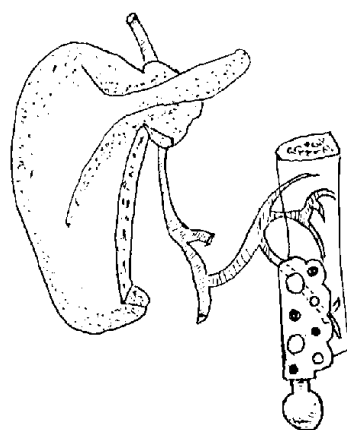
Предлагаемый способ пластики заметно сокращает длительность периода реабилитации больных с концевыми дефектами нижней челюсти различного генеза, восстанавливает функцию нижней челюсти.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

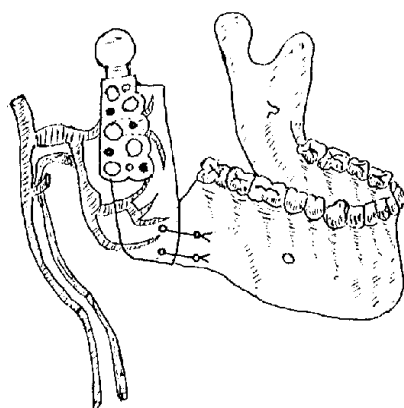
Способ восстановления концевых дефектов нижней челюсти свободными реvascularизированными аутоотрансплантатами на сосудистой ножке с последующим переносом на место дефекта, **отличающийся тем, что** предварительно на трансплантатах фиксируется имплантат мышечкового отростка нижней челюсти из биоинертного сплава титана.



Фиг. 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.