

УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Бейсенбаев Н.К.¹ Тожиев Ф.И.¹ Анорбоева И.Д.²

beysenbaev2020@mail.ru

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

²Ташкентская медицинская академия

Восстановление костной целостности нижней челюсти после удаление опухоли является наиболее актуальной проблемой современной онкологии и челюстно-лицевой хирургии. Ведущую роль в восстановительной хирургии лицевого скелета занимают костно-пластические операции при дефектах нижней челюсти. Последствия оперативных вмешательств по поводу опухолей нижней челюсти, вызывают значительные нарушения функции нижней челюсти и обезображивание мягких тканей нижней зоны лица [1, 2, 9]. В связи с чем последнее время ведется активный поиск новых эффективных методов устранения дефектов нижней челюсти, как отечественными, так и зарубежными специалистами [1, 2].

Исходя из этого, цель оперативного вмешательства на нижней челюсти состоит не только в радикальном удалении опухоли, но и в одномоментном восстановлении непрерывности нижнечелюстной дуги для предупреждения возможных функциональных и косметических нарушений [5].

В частности, для замещения костных дефектов, возникающих при обширных хирургических вмешательствах, необходимы соответствующие материалы. С этой целью разрабатывают, испытывают и используют различные как природные, так и искусственные материалы, пригодные для имплантации [10].

Применение одномоментной пластики позволяет получить хорошие функциональные и косметические результаты. Это, в свою очередь, дает возможность некоторым больным вернуться к трудовой деятельности, которой они

занимались до начала заболевания.

На основании вышеперечисленных можно сказать, что разработка адекватных методов реконструктивно-восстановительных операций у больных с опухолями нижней челюсти является актуальным [8].

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что множественные поражения опухолью нижней челюсти, при несвоевременном лечении приводят к выраженным анатомо-функциональным и косметическим нарушениям.

По данным (*Никитина А. А. и соавт.* 2012) использование реконструктивной пластины осуществимо гораздо чаще, чем реваскуляризированных костных ауто трансплантатов, которые применимы только в условиях высокотехнологичной оснащённости, т. е. в избранных медицинских учреждениях. Наиболее распространёнными методами устранения данных нарушений являются костная пластика с использованием трансплантатов различного характера: ауто-, алло-, комбинированных; замещение дефектов биосовместимыми материалами [6].

Однако данные методы имеют **ряд недостатков:**

- Одномоментное устранение дефекта нижней челюсти после удаления опухоли с использованием биотрансплантата не всегда возможно;
- Тенденция трансплантата к отторжению и инкапсуляции;
- Рассасывание костного трансплантата;
- Использование ауто трансплантата сопряжено с дополнительной травмой для пациента;

В последние годы в медицине нашли довольно широкое применение биологически инертные **конструкции из титана**

Основными преимуществами их являются:

- отсутствие фактора биологической несовместимости;
- характеризуется достаточной механической прочностью;
- применение реконструктивных пластин позволяет осуществлять замещение дефектов нижней челюсти без проведения костной пластики;

- форма пластин предполагает возможность их моделирования в различных плоскостях;
- сравнительная простота изготовления;
- удобство хранения и стерилизации, и возможность стандартизованного изготовления.

В настоящее время для устранения сегментарных дефектов нижней челюсти применяют реконструктивные титановые пластины.

Показанием к использованию титановых реконструктивных пластин являются дефекты нижней челюсти в области угла, тела и ветви, а также дефекты нижней челюсти с экзартикуляцией, имеющие место после онкологических заболеваний, когда проведение одномоментной костной пластики для устранения дефекта кости невозможно в силу ряда обстоятельств (воспалительного процесса в зоне операции, онкологического заболевания, послеоперационная лучевая терапия) [1,2,8].

Таким образом, вышеперечисленные способы могут быть рекомендованы для реконструктивно-восстановительных операций при опухолях нижней челюсти, выбор реконструктивного материала зависит от размера опухоли, расположение опухоли на нижней челюсти, от уровня клинике и специалистов где проводится реконструктивно-восстановительные операции.

Литература:

1. Безруков В.М., Робустова Т.Г. *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, т.2.* - М.: Медицина., 2000. - 487 с.\
2. Бернадский Ю.И. *Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области.* - 3-е изд., перераб. и доп., - М.: Медицинская литература. 1999. - 456 с.;
3. Вербо Е. В. *Возможности применения ревазуляризованных аутотрансплантатов при пластическом устранении дефектов лица: дис. ... д-ра мед.наук. М., 2005.*

4. *Калакуцкий Н. В. Костная пластика нижней челюсти васкуляризованными аутотрансплантатами: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2004.*
5. *Кропотов М.А., Соболевский В.А. Первичные опухоли нижней челюсти. Лечение, реконструкция и прогноз. // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. - 2010. - № 2. - С. 9-21*
6. *Никитин А. А. , Стуцилов В. А., Циклин И. Л., и др. Способ одномоментной реконструкции посттравматического дефекта верхней и нижней челюстей рева-скуляризованным реберным аутотрансплантатом. Анналы хирургии, № 5, 2012. Стр. 5-10.*
7. *Кубарев О.Л., Баринов СМ., Фадеева И.В., Комлев В.С. Пористые керамические гранулы на основе гидроксиапатита и трикальций-фосфата для клеточных технологий реконструкции костных тканей. Перспективные материалы 2005; 2: 34-38.*
8. *Орловский В.П., Комлев В.С., Баринов С.М. Гидроксиапатит и керамика на его основе // Неорган. материалы 2002; 38(10): 973-984.*
9. *Поляков А. П., Ребрикова И. В. Современная онкологическая классификация дефектов верхней и нижней челюстей, комбинированных дефектов челюстно-лицевой области // Опухоли головы и шеи. - 2017. --№4. Том 7.- Vol 7.-.С. 11- 23. 7*
10. *Поляков А. П. Микрохирургическая реконструкция челюстно-лицевой зоны реберно-мышечными лоскутами у онкологических больных: дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.*