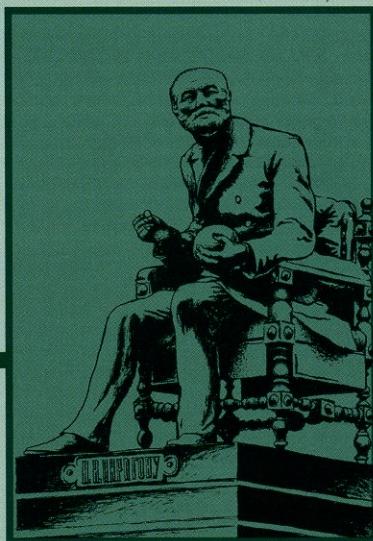


ISSN 0023-1207

ХИРУРГИЯ

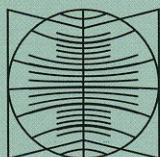
Журнал имени Н.И.Пирогова



6'2012

Научно-практический журнал

Основан в 1925 г.



МедиаСфера

Первичная костная пластика нижней челюсти аутогенным трансплантатом с применением коллагеновой мембраны «Коллост»

Д.М.Н., проф. А.Ф. СУЛИМОВ, А.Б. КУЗНЕЦОВА

The primary bone plasty of the mandibula with the use of autotransplant and the Collost membrane.

A.F. SULIMOV, A.B. KUZNETSOVA

Кафедра челюстно-лицевой хирургии Омской государственной медицинской академии Минздравсоцразвития России

Ключевые слова: костная пластика, дефект нижней челюсти, аутотрансплантат, амелобластома.

Key words: mandibular defect, bone plasty, autotransplant, ameloblastoma.

Введение

В современной челюстно-лицевой хирургии единогласное признание получили радикальные хирургические способы лечения амелобластомы, в основе которых лежит резекция челюсти вместе с опухолью в пределах здоровых тканей. В клинике челюстно-лицевой хирургии широкое применение нашли аутогенные трансплантаты — ребро и малоберцовая кость. С целью усовершенствования метода костной пластики нами было принято решение о применении коллагеновой мембранны «Коллост» для ускорения процессов регенерации в послеоперационной ране и улучшения косметического эффекта [1, 2].

Структурная характеристика коллагена придает препарату выраженные reparative и гемостатические свойства: ускоряет процесс заживления ран, значительно уменьшает продолжительность кровотечения, отек и болевую реакцию. Механизм действия выражается в регулировании уровня протеолитических ферментов, что создает основу для роста, организации и пролиферации клеток тканей. Заполнение дефекта имплантатом не только ускоряет процесс регенерации, но и делает его вполне предсказуемым. Учитывая биосовместимость и физиологическую интеграцию «Коллоста» с тканями организма, его высокую механическую прочность и отсутствие антигенной и аллергенной активности, мы приняли решение об использовании мембранны «Коллост» совместно с аутокостью. В настоящей статье описывается опыт применения комплексного трансплантата из аутогенной кости с применением коллагеновой мембранны «Коллост» для замещения дефекта фронтального отдела нижней челюсти при первичной костной пластике.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной К, 55 лет, поступил в клинику кафедры челюстно-лицевой хирургии ОмГМА 20.04.11. Диагноз при поступлении: амелобластома подбородочного отдела нижней челюсти. Сахарный диабет, тип II, средней степени тяжести.

Проведено обследование: лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, время свертываемости крови и длительность кровотечения, группа крови, резус-фактор, иммуноферментный анализ на вирусные гепатиты, ВИЧ и сифилис), клинико-рентгенологические исследования (ортопантомография и компьютерная томография нижней челюсти, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и электрокардиография).

Больной предъявлял жалобы на наличие объемного образования в области фронтального отдела нижней челюсти.

Данные анамнеза: образование росло в течение 5 лет, обнаружено случайно во время проведения рентгенологического исследования при подготовке к протезированию.

Клиническая картина: при внешнем осмотре незначительная асимметрия лица, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не увеличены, в полости рта определяется деформация альвеолярного отростка фронтального отдела нижней челюсти слева и справа, симптом Венсана отрицательный, симптом «пластмассовой игрушки» отрицательный, острые воспалительные явления в полости рта отсутствуют.

При рентгенографии определяется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными границами во фронтальном отделе нижней челюсти слева до 33-го зуба, распространяющийся на фронтальный отдел нижней челюсти справа и тело нижней челюсти до 45-го зуба (рис. 1).

© А.Ф. Сулимов, А.Б. Кузнецова, 2012

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2012

Khirurgiiia (Mosk) 2012; 6: 62

644043 Омск, ул. Волочаевская, д. 21 а

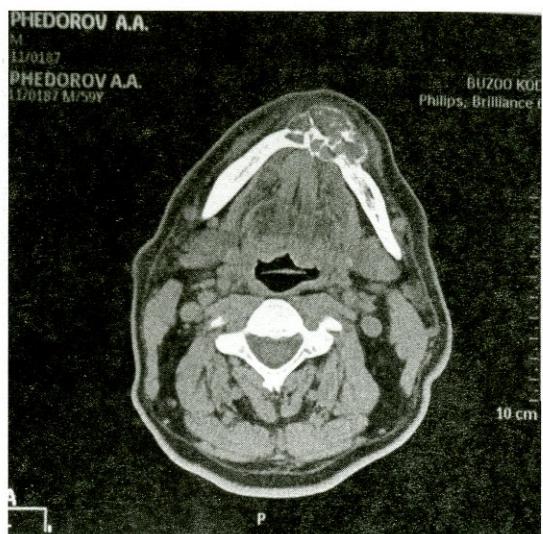


Рис. 1. McКТ больного до операции (22.04.11).

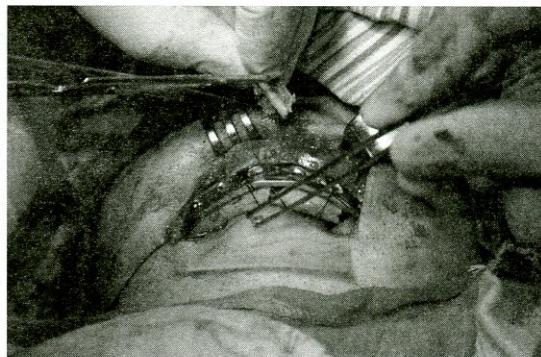


Рис. 3. Замещение дефекта костным аутотрансплантатом с применением титановой пластины и мембраны «Кол-ЛОСТ».



Рис. 2. Удаление опухоли в пределах здоровых тканей.

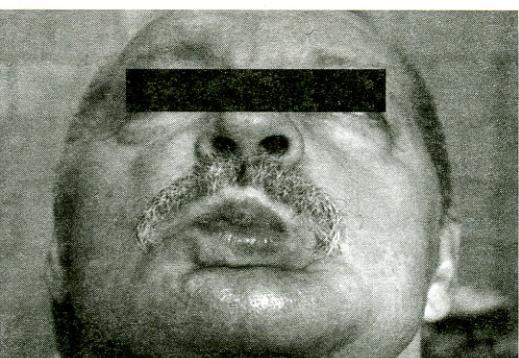


Рис. 4. Внешний вид больного К. через 1 мес после операции.

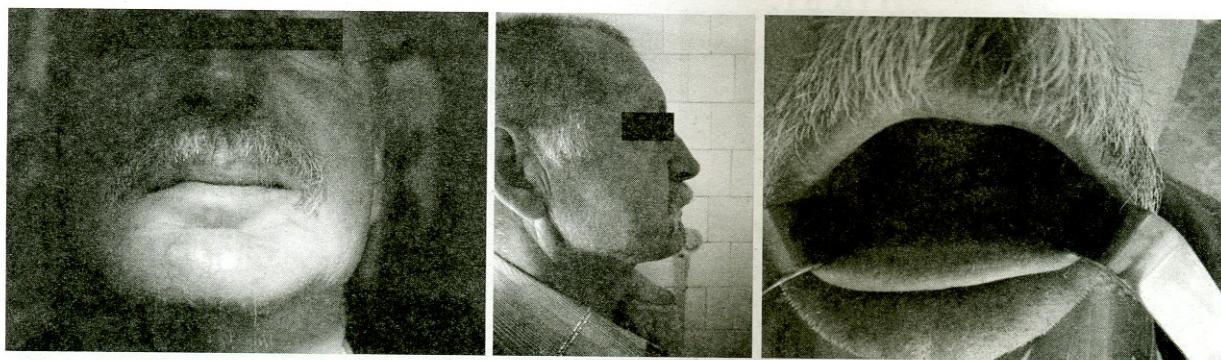


Рис. 5. Внешний вид больного К. через 3 мес после операции.

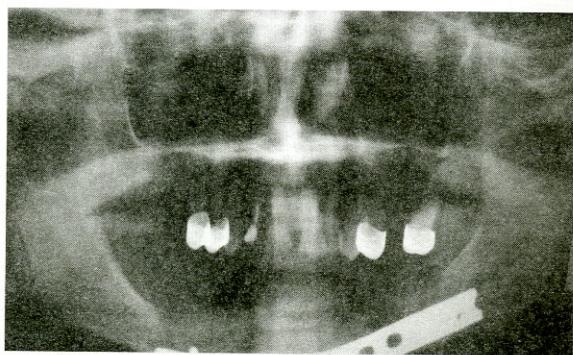


Рис. 6. Контрольная ортопантомограмма через 3 мес после операции.

Клинический диагноз: амелобластома подбороночного отдела нижней челюсти.

Лечение: пациенту произведена резекция фронтального отдела нижней челюсти от 33-го до 45-го зуба в пределах здоровых тканей с первичным пластическим замещением образовавшегося дефекта аутогенным трансплантатом (ребром) с использованием дополнительно костной стружки (рис. 2). Трансплантат фиксирован в ране с помощью титановой минипластины и шурупов. После этого в место дефекта введена коллагеновая мембрана, окутав ее ребро и минипластину, тем самым отграничив трансплантат от окружающих тканей (рис. 3).

Послеоперационный период протекал беъз осложнений, швы на коже и в полости рта сняты в общепринятые сроки.

Контрольный осмотр 22.05.11 (рис. 4): подвижности в области сочленения трансплантата и фронтального отдела нижней челюсти не определяется. Слизистая альвеолярного отростка нижней челюсти физиологической окраски, без признаков воспаления, пальпаторно определяется верхний контур титановой минипластины. Положение трансплантата не нарушено, очагов деструкции костной ткани вокруг них не наблюдается.

При внешнем осмотре лицо симметрично, кожные покровы физиологической окраски, свищей не определяется; со стороны полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, без признаков воспаления (рис. 5).

На ортопантомограмме от 22.08.11: прослеживается структура кости во фронтальном отделе нижней челюсти, оссификация регенерата (рис. 6).

Таким образом, на основании вышеизложенного следует сделать заключение о том, что коллагеновая мембрана «Коллост» изолирует зону трансплантации от мягких тканей, способствует созданию оптимальной среды для заживления раны, тем самым предотвращая осложнения, которые могут возникнуть в результате воспаления. «Коллост» обладает свойствами формообразования и не дает развиваться грубой грануляционной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плотников Н.А. Костная пластика нижней челюсти. М 1979; 270.
2. Шаранда В.А. Современная стоматология (Беларусь) 2005; 3: 34—37.
3. Шаранда В.А., Чудаков О.П., Беззубик С.Д., Раптунович Ю.А. Труды молодых ученых БГМУ. Минск 2006; 164—167.
4. Haas R., Haidvogl D., Donath K., Watzek G. Clin Oral Implants Res 2002; 13: 4: 396—404.