

**УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Д.А. Ешиев, А.М. Ешиев

Ошская межобластная объединенная клиническая больница
г. Ош, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье отражены результаты усовершенствованной костной пластики дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти на примере 60 больных, получивших оперативное лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ).

Ключевые слова: Врожденная расщелина губы и неба, костный дефект альвеолярного отростка, аутокостная пластика.

**ҮСТҮҢКУ ЖААКТЫН АЛЬВЕОЛЯРДЫК ӨСҮНДҮСҮНҮН КЕМТИГИН,
СӨӨК ПЛАСТИКАСЫ МЕНЕН ТОЛУКТООНУН ӨРКҮНДӨТҮЛГӨН ЫКМАСЫ**

Д.А. Ешиев, А.М. Ешиев

Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасы
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада үстүңкү жаактын альвеолярдык өсүндүсүнүн кемтигин, сөөк пластикасы менен толуктоонун өркүндөтүлгөн ыкмасы менен 60 бейтапка операция Ош облустар аралык бириккен клиникалык оорукананын бет-жаак бөлүмүндө жасалганы баяндалган.

Негизги сөздөр: Үстүңкү эриндин жана таңдайдын тубаса жырыгы, альвеолярдык өсүндүнүн кемтиги, өз сөөгү менен толуктоо.

IMPROVED BONE PLASTIC DEFECTS OF ALVEOLAR UPPER JAW

D.A. Eshiev, A.M. Eshiev

Osh Interregional United Clinical Hospital
Osh, the Kyrgyz Republic

Summary: This article reflects the results of improved bone plasticity of the defect of the alveolar process of the upper jaw by the example of 60 patients who received surgical treatment in the maxillofacial department of the Osh Interregional United Clinical Hospital.

Key words: congenital cleft lip and palate, bone defect of alveolar process, autosteal plastic.

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН), являясь одним из наиболее часто встречающихся пороков развития челюстно-лицевой области, с самого рождения ребенка сопровождается не только косметическим дефектом, но и тяжелыми функциональными нарушениями. Устранение расщелины альвеолярного отростка (РАО) верхней челюсти является одной из проблем, которая стоит на одном из первых мест в программе комплексной реабилитации детей с ВРГН.

Большинство авторов [1,2,4] указывают на положительный эффект костной пластики при устранении дефектов альвеолярного отростка в различных возрастных группах, что связано с формированием в результате оперативного вмешательства благоприятных условий для симметричного роста верхней челюсти и средней зоны

лица, при этом уменьшается частота зубо-челюстных аномалий. Врожденная расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти – это дефект между краями десны в проекции промежутка между первым и третьим молочными (или постоянными) зубами. Нередко в этом участке находится ротоносовое соустье – сообщение преддверия полости рта с полостью носа.

Костный дефект – это один из основных факторов, способствующих потере постоянных зубов, расположенных по его краям. Корни первого, второго (при наличии) и третьего постоянного зуба, в отличие от других зубов, не полностью закрыты костной тканью в области дефекта.

У большинства детей с врожденными расщелинами верхней губы и небаналиченствует отсутствие второго постоянного зуба или он располагается в области костного дефекта. Таким образом, образуется промежуток в верхнем зубном

ряду. Это обуславливает необходимость его замещения. Наиболее часто применяются 2 способа восстановления дефекта верхнего зубного ряда: 1) ортодонтический путь (смещение первого и третьего зубов навстречу друг другу или перемещение второго зуба в зубной ряд); 2) протезирование или имплантация (замещением дефекта зубного ряда протезом). Независимо от способа замещения данного промежутка в верхнем зубном ряду, дефект альвеолярного отростка должен быть заполнен костной тканью с целью устранения подвижности (и нестабильности) костных фрагментов по отношению друг к другу в области дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти.

В качестве трансплантата при устранении расщелина альвеолярного отростка большинство исследователей [1,2,3,4,5,6] используют аутологичный материал (ребро, гребешок подвздошной кости и др.).

Цель оперативного лечения: восстановление непрерывности костной основы верхней челюсти с учетом обеспечения оптимальных условий для проведения ортодонтического лечения и формирования привлекательного верхнего зубного ряда и прикуса.

Материалы и методы исследования

Замещение дефекта верхней челюсти обеспечивается путём использования разнообразных трансплантатов (наиболее часто – ауто трансплантатов из гребня подвздошной кости ребёнка). Пиковый возраст для проведения костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти – 8-12 лет (после прорезывания центральных зубов и перед прорезыванием клыка на стороне расщелины). Наиболее оптимальные результаты пластики альвеолярного отростка верхней челюсти могут быть достигнуты только в том случае, если операция выполнена в указанном возрастном интервале, после предварительно проведённого ортодонтического лечения и с последующим динамическим наблюдением хирурга и ортодонта.

Нами была проведена аутокостная пластика усовершенствованным методом 60 больным с диагнозом врожденная расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти. Ранее данным больным проведено 2а этапа оперативного лечения – хейлопластика и ураностафиллопластика по поводу врожденных расщелин. Ход операции: На первом этапе проводили забор донорского материала из передней 1/3 гребня подвздошной кости. Операционный разрез проходил параллельно кожным складкам, отступая вверх от передней верхней подвздошной кости примерно на 5 см.

Длина разреза составляла 4,5-5 см. Распатором отделяли ростковую зону на питающей ее мышечно-надкостничной ножке и надкостницу от медиальной поверхности крыла подвздошной кости. С помощью бормашин и 5-ти миллиметрового прямого долота забирали костный ауто трансплантат из донорского места. Рану зашивали. Второй этап оперативного лечения начинали с реконструирования дна носовой полости, подготовки реципиентного ложа для костного трансплантата. Затем выкраивали слизисто-надкостничный лоскут для укрытия трансплантата с вестибулярной стороны. В этот лоскут включали кератинизированную слизистую оболочку, которая перемещалась на вершину формируемого альвеолярного гребня. После реконструкции дна носа, была изготовлена изоляционная пластинка из кортикального слоя кости, которая устанавливалась в основание носа, с целью изоляции полости носа и передней 1/3 твердого неба, приступали к помещению взятого свободного костного фрагмента непосредственно в дефект альвеолярного отростка. Костный ауто трансплантат размягчали с помощью специального инструментария и подгоняли по форме и размерам дефекта таким образом, чтобы он входил в него с некоторым усилием, укладывали в дефект. Затем приступали к завершающему этапу операции. Трансплантат укрывали вестибулярным слизисто-надкостничным лоскутом и ушивали рану. В послеоперационном периоде пациентам назначали щадящую диету, антибактериальное, обезболивающее лечение, физиотерапию. Уход за донорской раной заключался в ежедневной смене асептической повязки в течение 5-ти дней. В полости рта швы снимали на 10-12-е сутки, из донорской раны шов удаляли на 10-е сутки. Проводили рентгенологическое исследование – панорамное и дентальное, области расщелины и денситометрическое. Перечисленные методы исследований позволили оценить условия для проведения хирургического вмешательства, направленного на устранение расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти, определить хирургическую тактику, объективизировать результаты лечения.

Результаты исследования их обсуждение

Результаты проведенного вмешательства оценивали посредством клинических наблюдений и динамического рентгенологического контроля, а также денситометрического метода. Результаты оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Успешно проведенной считалась операция, после которой практически полностью восстанавливалась высота и глубина

альвеолярного отростка. У всех обследованных в этот период было отмечено полное восстановление трудоспособности, улучшилась функция жевания и речи.

Спустя три месяца при контрольном осмотре после операции, у 93% больных восстановилась высота и глубина альвеолярного отростка, это считается хорошим результатом аутокостной пластики усовершенствованным методом. У 7% больных отмечен удовлетворительный результат, сюда отнесены случаи, когда гребень восстановленного альвеолярного отростка верхней челюсти находился на уровне между 1/2 и верхней 1/4 длины корня прилежащего к расщелине зуба.

В отдаленные сроки, через шесть месяцев после проведения вмешательства, результаты костной пластики альвеолярного отростка оценены у 58 пациентов: (96,6%) с хорошими результатами костной пластики, у 2 больных (3,4%) – удовлетворительные результаты.

Результаты рентгенологического исследования: у всех 60 (100%) больных через 6 месяцев отмечалось образование зрелой костной ткани, что подтверждают также данные денситометрии – $1297 \pm 12,9$.

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что установленная в основание носа изоляционная пластинка из кортикального слоя кости, с целью изоляции полости носа, значительно улучшает результаты аутокостной пластики при врожденных расщелинах альвеолярного отростка верхней челюсти, что и подтверждается результатами клинико-рентгенологических и денситометрических исследований. Восстановление костной ткани у больных с дефектом альвеолярного отростка верхней челюсти проходило в 1,5 раза быстрее чем при классической пластике, а комбинация костного трансплантата с колапановым гелем позволило достичь хороших результатов без осложнений.

Литература

1. *Алексеева, Ю.Н. Устранение врожденного дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием биорезорбируемых мембран (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. кан. мед. наук / Ю.Н. Алексеева. - М., 2002. - 22 с.*
2. *Артюшкевич, А.С. Костная пластика у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / А.С. Артюшкевич, О.С. Яцкевич // Современ. стоматология. - 2003. - №1. - С.42-44.*
3. *Давыдов, Б.Н. Аномалии развития и деформации лицевого скелета у больных с врожденными пороками лица и их хирургическое лечение (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. д-ра. мед. наук / Б.Н. Давыдов. - М., 1984. - 48 с.*
4. *Ешиев, А.М. Костная аутопластика альвеолярного отростка при врожденных расщелинах с последующим ортодонтическим лечением / А.М. Ешиев, Н.Т. Таалайбеков // Международный журнал экспериментального образования. - Москва, 2015. - №11 (часть3). - С. 362-364.*
5. *Мамедов, Ад.А. Системные нарушения речи у детей с врожденной патологией лица и челюстей / Ад.А. Мамедов, О.А. Бандример, А.И. Соловьев // Материалы шестого межресп. школьн. семинара «Интерактивные системы». - Батуми, 1994. - С. 415-416.*
6. *Фролова, Л.Е. Объем помощи детям с расщелиной неба на этапах комплексного лечения / Л.Е. Фролова, Э.У. Махкамов // Основные стоматологические заболевания. - Ташкент, 1981. - С. 70-73.*