

ФАКТОРЫ РИСКА И АЛГОРИТМ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АУТОКОСТНОЙ ПЛАСТИКЕ ЧЕЛЮСТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

RISK FACTORS AND ALGORITHM FOR PREDICTING COMPLICATIONS IN AUTOBONE PLASTIC SURGERY OF THE JAWS. A CLINICAL EXAMPLE

**A. Mityushin
I. Amkhadov
M. Abdurakhmanova
M. Dzhabrailova**

Summary. Autobone plastic surgery of the jaws allows to restore the lost volume of the alveolar ridge by vertical and horizontal replacement of the lost bone. The choice of bone plastic interventions depends on the volume and nature of the lost bone tissue. With a high volume of lost bone, it is relevant to restore the defect using one's own bone tissue.

Keywords: autobone plastic surgery, complication.

Митюшин Артем Анатольевич

Аспирант, ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Амхадов Ислам Султанович

Доцент, ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Абдурахманова Меседо Шехахмедовна

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

abdurahmanova.mesedo@mail.ru

Джабраилова Марьям Абуевна

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Аннотация. Аутокостная пластика челюстей позволяет восстановить утраченный объем альвеолярного гребня, путем вертикального и горизонтального замещения утраченной кости. В зависимости от объема и характера утраченной костной ткани, зависит выбор костно-пластических вмешательств. При высоком объеме утраченной кости актуальным является восстановление дефекта с использованием собственной костной ткани.

Ключевые слова: аутокостная пластика, осложнение.

Аннотация

Для надежного функционирования дентальных имплантатов необходим достаточный объем костного материала вокруг имплантата для их адекватного позиционирования и функционирования. [1][2][3] После потери зубов, резорбция костной ткани необратима, в результате чего в этой области отсутствует достаточный объем костной ткани для успешного имплантационного лечения. Воссоздание утраченного объема костной ткани при дефектах альвеолярного отростка остается актуальным на сегодняшний день. [4][5][6]

При высоком объеме утраченной кости актуальным является восстановление дефекта с использованием собственной костной ткани. Важным фактором выбора техники забора аутоотрансплантата, является протяженность костного дефекта и размер донорского участка. Среди различных видов донорских зон наиболее распространенной является область наружной косой линии. [7][8][9][10]

Цель исследования

Оценить факторы риска развития осложнений при аутокостной пластике челюстей.

Материал и методы

Пациентка А., 1972 года рождения, обратилась в клинику с жалобами отсутствия зубов на нижней челюсти.

При осмотре: наблюдается частичная вторичная адентия в третьем и четвертом сегменте альвеолярного гребня, атрофия альвеолярного гребня. В качестве дополнительного исследования была проведена компьютерная томография (КТ).

После проведения основного дополнительного обследования пациентке было спланировано проведение пластики аутокостными блоками с наружной косой линии нижней челюсти одноименной стороны.

Первым этапом был проведен забор и аутоотрансплантация в области четвертого квадранта. После отслоения слизисто-надкостничного лоскута, вышли на наружную косую линию, далее был выполнен продольный и два латеральных послабляющих пропила предполагаемого костного блока, с дальнейшим извлечением кнаружи с помощью стоматологического долота. Острые края блока, были сглажены одноразовым костным скребком с помещением в изотонический раствор.

Вторым этапом подготовили ложе реципиента: глубокая декортикация, поверхностное соскабливание

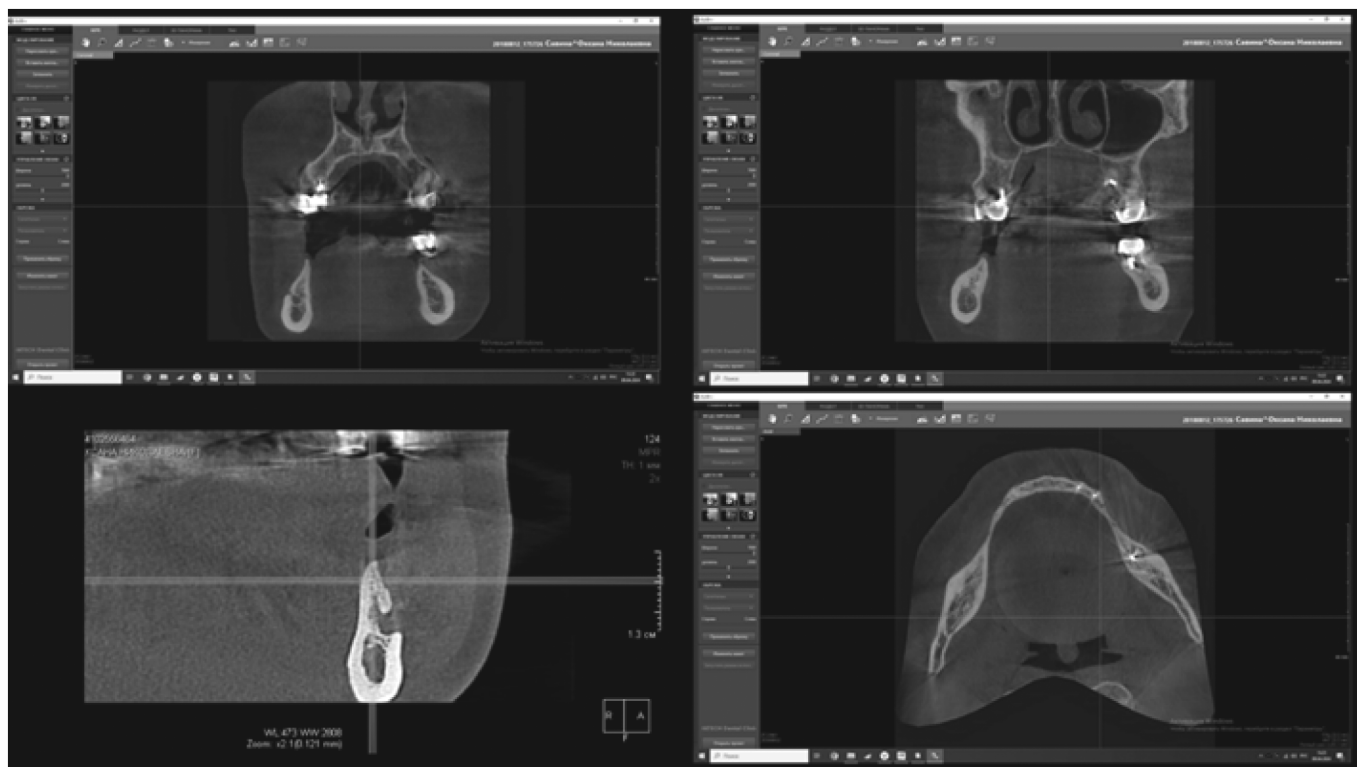


Рис. 1. Компьютерная томография (КТ) до начала лечения



а



б

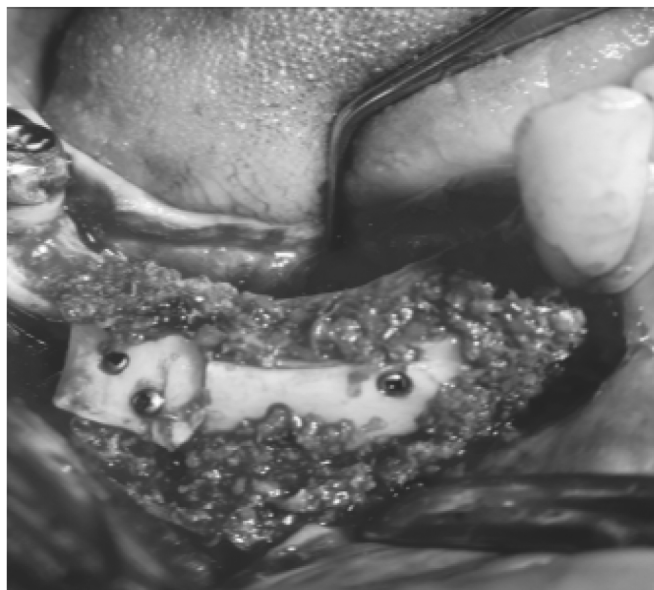
Рис. 2. Четвертый сегмент. а — отслоен слизисто-надкостничный лоскут, выполнен трапециевидный пропил. б — подготовка ложа реципиента: проведена декортикация

кортикального слоя одноразовым костным скребком. Произведена фрагментация блока и фиксация его к принимающему ложу при помощи винтов для остеосинтеза. Дополнительно, полученную аутокостную стружку пропитали капиллярной кровью и уложили по периметру костного блока. Слизисто-надкостничный лоскут уложен на место, рана ушита каскадным трехъярусным ушиванием.

Спустя десять месяцев после первой операции отслоили слизисто-надкостничный лоскут, была получена полная интеграция костного блока в четвертом сегменте. Цвет и кровоточивость полученного регенерата, говорит о его полной васкуляризации. Ширина гребня составила 8 мм, границы принимающего ложа и аутоблока не прослеживаются, что говорит об успешности проведенной процедуры.



а



б

Рис. 3. Четвертый сегмент. а — сегментация блока, фиксация блока винтами.
б — по периметру блока выложена ауто стружка



Рис. 4. Итоговая ортопантомограмма (ОПТГ) слева

Пять месяце спустя после операции в четвертом сегменте, было принято решение провести аналогичную операцию — пластика аутогенными костными блоками на противоположной стороне. Отличительной особенностью в третьем сегменте, служило присутствие корня зуба 3.7., который был оставлен с целью сохранения медиального костного пика. Дополнительно, было принято решение использовать изолирующую мембрану, длительного срока резорбции.

Результаты и их обсуждение

Через два месяца после проведения операции в третьем сегменте пациент предъявил жалобы на диском-

форт в области нижней челюсти слева. При осмотре отмечаются грануляционные разрастания и обнажение краев мембраны. Мембрана была извлечена хирургическим пинцетом. Ввиду обилия грануляций и воспалительных явлений в области вмешательства, было принято решение об удалении оставшейся части мембраны, блока и винтов.

Обсуждение

После повторного анализа рентгенографии и фото-протокола, была выявлена предполагаемая причина дезинтеграции костного блока, это оставление компрометированного корня зуба 3.7., так как по периметру корня отмечали грануляционную ткань и наличие кариеса под культевой вкладкой.

Таким образом, мы считаем, что при планирование комплексного стоматологического вмешательства в целом и пластики аутогенными костными блоками в частности, следует исключить все негативные факторы, которые могут привести к неконтролируемому результату.

Выводы. Детальное планирование с учетом возраста пациента и нивелирования всех предрасполагающих негативных факторов (удаление корней инфицированных зубов, удаление грануляций), позволяет в дальнейшем более прогнозируемо планировать аугментацию аутогенными костными блоками.



а



б

Рис. 5. Четвертый сегмент. а — фото полости рта спустя десять месяцев, б — спустя десять месяцев раскрытие операционного поле



а



б

Рис. 6. Третий сегмент. а — отслоен слизисто-надкостничный лоскут, б — выполнен трапециевидный пропил



а



б

Рис. 7. Третий сегмент. а — подготовка ложа реципиента, проведена декортикация, б — сегментация блока, фиксация блока винтами

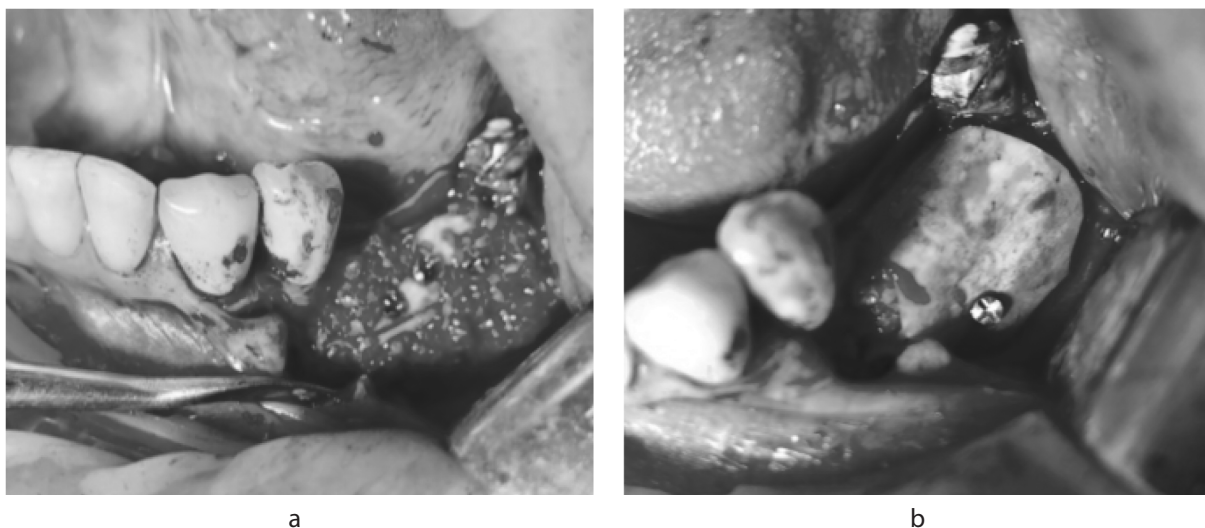


Рис. 8. Третий сегмент. а — по периметру блока выложена ауто стружка, б — фиксация мембраны



Рис. 9. Третий сегмент. Итоговая ортопантограмма (ОПТГ) справа.

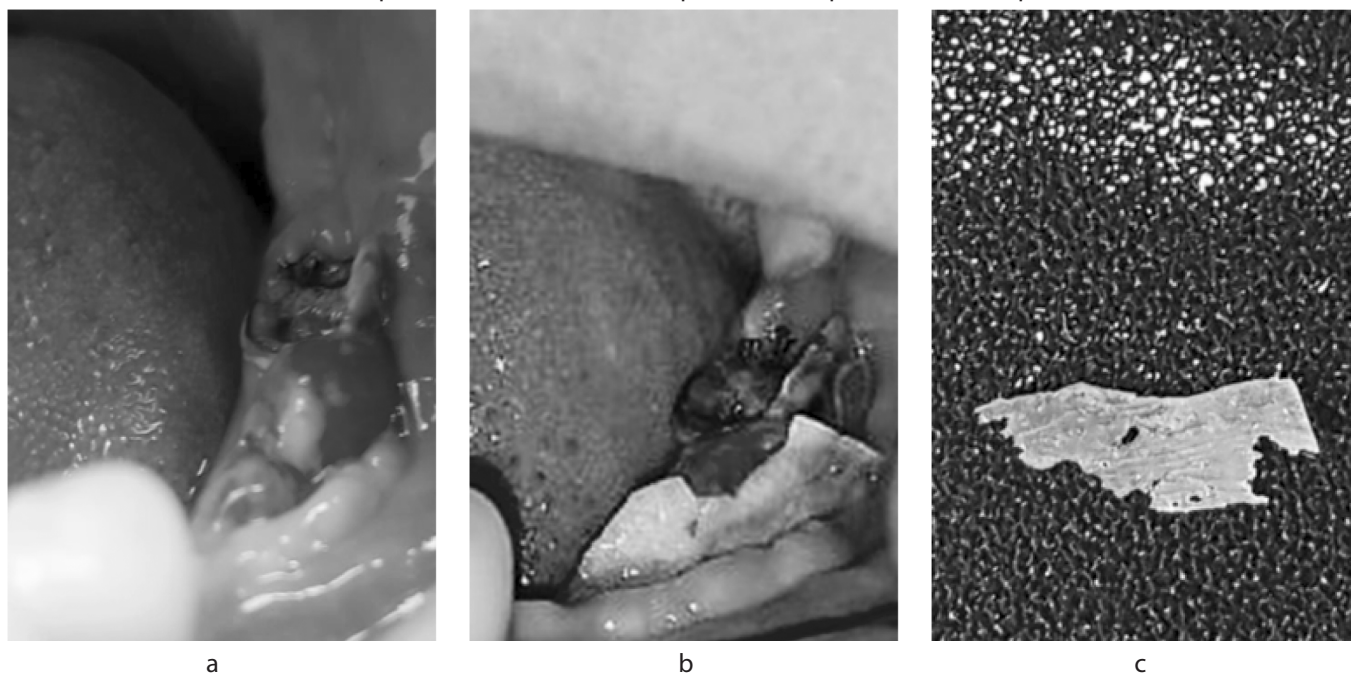


Рис. 10. Третий сегмент. а, б — фото в полости рта спустя два месяца, с — мембрана вне полости рта

ЛИТЕРАТУРА

1. Амхадова М.А., Ашуров Г.Г., Исмоилов А.А., Каримов С.М., Джураев Д.Э. Влияние неблагоприятных медико-социальных факторов на состояние пародонтологического статуса взрослого населения с зубочелюстными аномалиями. Российский стоматологический журнал. 2019; 23 (3–4): 140–143.
2. Полупан П.В., Сипкин А.М. Костная пластика в хирургии полости рта: результаты применения и факторы успеха // Институт Стоматологии. — 2022. — № 1. — С. 56–59.
3. Редько Н.А., Дробышев А.Ю., Лежнев Д.А. Презервация лунки зуба в предимплантационном периоде: оценка эффективности применения костнопластических материалов с использованием данных конусно-лучевой компьютерной томографии // Кубанский научный медицинский вестник. 2019; 26(6): С. 70–79.
4. Харитонов Д.Ю., Антонян А.Б., Новомлинский В.В. Некоторые послеоперационные осложнения в дентальной имплантологии и способы их устранения // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2018. Т. 17, № 1. С. 63–66
5. Королев В.М. Клинико-рентгенологическое обоснование выбора и использования костных трансплантатов при дентальной имплантации: специальность 14.00.21: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Королев Вениамин Михайлович. — Москва, 2006. — 111 с. — EDN MGNPFI.
6. Новиков С.В. Качество жизни пациентов после реабилитации их с использованием костнопластических операций редуцированных альвеолярных отростков и метода дентальной имплантации (ретроспективное исследование) / С.В. Новиков // Медико-фармацевтический журнал Пульс. — 2023. — Т. 25, № 11. — С. 32–36. — DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2023-25-11-32-36. — EDN WPWJTW.
7. Исакова З.Ш. Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей / З.Ш. Исакова, Ф.Ш. Исакова, Д.Б. Нарзиева // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2022. — Т. 25, № 4. — С. 20–25. — EDN KPXLXB.
8. Сельский Н.Е. Остеопластика альвеолярной части нижней челюсти комбинированными костными трансплантатами / Н.Е. Сельский, А.В. Трохалин, Д.М. Мухамадиев // Креативная хирургия и онкология. — 2019. — Т. 9, № 3. — С. 199–208. — DOI 10.24060/2076–3093-2019-9-3-199–208. — EDN NONJUO.
9. Прогнозирование результатов костнопластических операций в полости рта / А.М. Сипкин, П.В. Полупан, В.П. Лапшин, Н.В. Титова // Медицинский алфавит. — 2024. — № 11. — С. 48–52. — DOI 10.33667/2078–5631-2024-11-48-52. — EDN USBJIY.
10. Характеристика осложнений при использовании метода дентальной имплантации в условиях атрофии альвеолярной кости челюстей / Н.В. Попов, Е.А. Ищенко, Е.В. Новикова [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. — 2019. — № 1(37). — С. 97–102. — EDN BUBRCL.

© Митюшин Артем Анатольевич; Амхадов Ислам Султанович;
Абдурахманова Меседо Шехамедовна (abdurahmanova.mesedo@mail.ru); Джабраилова Марьям Абуевна
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»