

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ  
ТА ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ  
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ  
О.О. БОГОМОЛЬЦЯ МОЗ УКРАЇНИ



DEPARTMENT OF ORAL,  
MAXILLOFACIAL SURGERY OF  
NATIONAL O. BOHOMOLETS  
MEDICAL UNIVERSITY MINISTRY  
OF HEALTHCARE OF UKRAINE

УКРАЇНЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ  
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВИХ  
ХІРУРГІВ (УАЩЛХ)



UKRAINIAN ASSOCIATION FOR  
CRANIO-MAXILLO-FACIAL SURGERY  
(UACMFS)

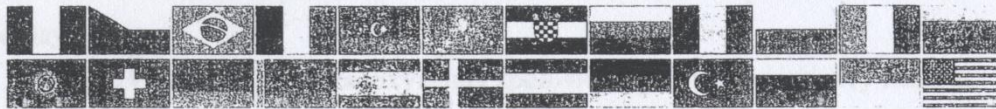
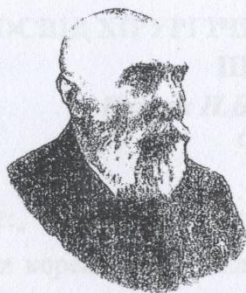
МІЖНАРОДНА АКАДЕМІЯ  
«СТОМАТОЛОГІЧНА ІМПЛАНТАЦІЯ,  
ОСТЕОІНТЕГРАЦІЯ» (ІАДІО)



INTERNATIONAL ACADEMY  
«DENTAL IMPLANTATION,  
OSSEOINTEGRATION» (IADIO)

IV З'їзд  
УКРАЇНЬСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ  
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВИХ  
ХІРУРГІВ

ПРИСВЯЧЕНИЙ ДОСЯГНЕННЯМ ВИДАТНИХ  
ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ



Київ – 15 травня 2015



## **КІСТКОВО-ПІДОКІСНИЙ КЛАПОТЬ ЯК ПРОГНОЗОВАНИЙ МЕТОД ВЕРТИКАЛЬНОЇ АУГМЕНТАЦІЇ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

**Перебийніс П.П., Кузняк Н.Б.**

*Буковинський державний медичний університет*

З кожним роком кількість пацієнтів, які звертаються за імплантологічною допомогою неухильно збільшується, що пояснюється сукупністю факторів: 1) бажання пацієнта та лікаря зберегти вітальність зубів; 2) уникнення знімного протезування; 3) зростання рівня хірургічної стоматології, що проявляється зменшенням інвазивних типових втручань.

Отже, переважна більшість імплантологічних втручань є типовими завданнями щоденної практики стоматологічних клінік. Мета роботи співробітників кафедри хірургічної та дитячої стоматології БДМУ окрім оптимізації надання імплантологічної допомоги впровадити в клінічну практику ефективні та мінімально інвазивні методи усунення складної денто-альвеолярної патології, складних атрофій, що обмежують, або унеможливають встановлення дентальних імплантатів. Враховуючи суттєві напрацювання та фундаментальні наукові дослідження закордонних колег запропонувати аутентичні техніки досить складно, але вдосконалити, оптимізувати та впровадити у клінічну практику хірургів-стоматологів є важливим завданням.

Сегментарна остеотомія (кістково-підокісний клапоть). Техніка, що базується на тих самих принципах, що і дистракція. Але на відміну від дистракції, де щоденно піднімається сегментований фрагмент щелепи, остеотомічному сегменту зі збереженою трофікою інтраопераційно задається необхідна висота. Головною умовою є наявність хоча б 4 мм кісти над судинно-нервовим пучком.

Переваги техніки: 1) одне оперативне втручання; 2) можливість одночасно збільшити об'єм по висоті та по ширині, змінивши кут препаровки остеотомічного сегменту; 3) ушивання рани без додаткової мобілізації; 4) можливість виконання без кістково-пластичних композицій (ризик утворення альвеолярного паростку типу пісочного годинника.



Недоліки: 1) на відміну від класичної дистракції обмеження приросту до висоти до 5-6 мм; 2) ризик перфорації язичного клаптя (нівелюється використанням п'єзо хірургічної апаратури), що вимагає призупинення оперативного втручання; 3) неможливість використання в ранньому постекстракційному періоді; 4) технічні труднощі при вираженій косій лінії язика.

Враховуючи двосторонній ріст судин із боку остеотомічного фрагменту, що зберігає трофіку за рахунок слизово-підокісного клаптя на якому він знаходиться, а також з боку донорської ділянки результати є стабільними у рамках підняття до 5-6 мм, хоча є данні про ефективне підняття до 10 мм. Простір між кістковими фрагментами в повній мірі відновлюється нативною кістковою тканиною (The Osteoperiosteal Flap: A Simplified Approach to Alveolar Bone Reconstruction. 2009 Ole T. Jensen).

Техніка операції: під місцевою анестезією проводиться розріз слизової на 4-6 мм нижче наявного рівня прикріплених ясен від премолярів до ретромолярного простору. Відділення ментального судинно-нервового пучка є обов'язковим для попередження його травмування. Остеотомія фрагменту проводиться відступивши 2 мм від наявних зубів та 2 мм від нижньощелепового каналу. Найчастіше фрагмент сідлоподібної форми, але й інші форми не є виключенням. Найголовнішою умовою є максимально щадна остеотомія, без перфорації язичної частини клаптя. В разі виникнення перфорації оперативне втручання необхідно зупинити, в жодному разі не зміщуючи фрагмент, рану ушити. Повторне втручання у таких випадках можливе через 8 тижнів. Якщо остеотомія вдала, кістковий фрагмент відділяють від донорської ділянки у зручній для оператора спосіб (распатором, елеватором, долотом, тощо) та піднімають на необхідний рівень (максимум 6 мм). Фіксують фрагмент за допомогою титанових пластин та гвинтів, проміжок між фрагментами заповнюють будь-яким кістковопластичним матеріалом. Можлива також фіксація лише на блок ауто- чи ксено-, але такий варіант, враховуючи очікувану резорбцію, що складно передбачити в часовому проміжку, є надто ризикованим на нашу думку. Ушивання рани не потребує додаткової мобілізації і проводиться за загальнохірургічними принципами.



Протягом 2012-2015 рр. нами проведено 16 таких оперативних втручань. У всіх випадках ми використовували невеликі блоки ауто кістки, забрані з кута нижньої щелепи для первинної фіксації остеотомічного фрагменту в рані. Потім додатково проводили фіксацію титановими пластинами. На нашу думку первинна фіксація блоком полегшила проведення репараційних отворів піднятого фрагменту для фіксації титанової пластини гвинтом. Жоден кістково-пластичний матеріал не використовувався. Усі 16 клінічних випадків загоювались первинним натягом, відновлення висоти на заданий рівень відбулось у 15 пацієнтів. Лише в 1-му клінічному випадку регенерація відбулась на 70%. На нашу думку причиною була неповна адаптація титанової пластини, що призвело до травмування м'яких тканин та хронічного запалення.

Наведені дані свідчать про хороші результати вище зазначеної хірургічної техніки, що дає можливість впровадити її на широкий загал. Надалі ми плануємо використовувати сегментарні остеотомії як у дистальних відділах нижньої щелепи так і в інших клінічних випадках.