

УДК 616.318-089.844

О. В. Ружицька**ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЖИРОВОГО ТІЛА ЩОКИ
ДЛЯ ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ЩЕЛЕП**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ

У сучасній хірургічній стоматологічній практиці лікарі часто зустрічаються з необхідністю закриття дефектів м'яких тканин ротової порожнини, які можуть бути як первинними (виникають одразу після операції), так і у вигляді сформованих дефектів, які тривалий час не загоюються після хірургічного втручання [1; 2]. При цьому розмір дефекту м'яких тканин може коливатися від малого (не потребує додаткової пластики) до великого (1–1,5 см і більше).

Така ситуація призводить до деструктивних змін і утворення значних дефектів м'яких тканин альвеолярних відростків щелеп, які можуть бути різної форми та глибини і потребують радикальних хірургічних втручань із закриттям дефекту для відновлення нормальної структури і функції тканин. Для закриття таких дефектів застосовують матеріали біологічного походження і синтетичного виробництва. Це, в першу чергу, резорбуючі мембрани і різні остеопластичні матеріали, якими заповнюють кісткові дефекти, а також гомо- й аутоотрансплантати [3- 6].

При закритті значних дефектів м'яких тканин альвеолярних відростків щелеп хірургу потрібно дотримуватися принципу максимально можливого відновлення опорних тканин і повного загоєння м'яких тканин. Відомо багато способів хірургічного лікування дефектів м'яких тканин альвеолярних відростків щелеп, однак профілактика і хірургічне лікування цих дефектів досі залишаються недостатньо вивченими [2; 5; 7].

Мета роботи – проаналізувати і вивчити літературні дані різних методів застосування жирового тіла щоки для аутоотрансплантації при закритті дефектів щелепно-лицевої ділянки в порівнянні з використанням інших трансплантатів.

Виклад основних результатів досліджень

Деформація контурів альвеолярних відростків щелеп унаслідок дефіциту м'яких тканин супроводжує більшість травматичних ушкоджень, часто трапляється при інфекційних, запальних хворобах, крім цього, стає наслідком різних післяопераційних змін. Дослідження останніх років спрямовані на розробку таких методів операції, які б забезпечували санацію запального вогнища, відродження фізіологічних процесів на місці дефекту м'яких тканин або ж створювали умови для їх відновлення і забезпечували б повноцінну функцію. Особливо це стосується закриття значних післяопераційних дефектів, які неможливо

відновити, використовуючи для пластики місцеві тканини [2; 8].

За останні роки поширилися методи реконструктивної пластики шляхом використання аутоотрансплантатів. Безперечно, використання аутоотрансплантатів знижує ризик відторгнення, інфікування, розвитку алергічних реакцій [9; 10], що різною мірою спостерігається за використання матеріалів біологічного походження і синтетичного виробництва [11-14]. Серед аутоотрансплантатів найчастіше використовують клапті на ніжці, взяті з переддвер'я рота, піднебіння, нижньої поверхні язика, а також вільні слизові (з твердого піднебіння, щоки, нижньої поверхні язика) чи шкірні (з ділянок живота, стегна, завушної чи підключичної ділянок у вигляді тонких (за Thiersch) або розщеплених клаптів) трансплантати [15].

У літературі є дані про позитивні результати хірургічного закриття дефектів тканин за допомогою аутоотрансплантації жирової тканини і зокрема жирового тіла щоки, у прошарках якої є фібробласти, тканинні базофіли, лімфоцити, тонкі колагенові волокна, пролягають кровоносні та лімфатичні судини і їхні капіляри [9; 16-18]. Жирове тіло щоки, крім цього, має власну сполучнотканинну капсулу і добре розвинену судинну сітку, що забезпечує живлення трансплантата. Наявність цих структур сприяє регенерації фіброзної тканини, стимулює ріст епітелію слизової оболонки і швидке загоєння післяопераційної рани. А ще жирове тіло щоки не потребує попередньої підготовки й адаптації до реципієнтного ложа [9].

Жирове тіло щоки – це важливий утвір, який можна використовувати в щелепно-лицевій хірургії для закриття дефектів верхньої щелепи. Через доступність і добре кровопостачання воно може бути використане як трансплантат на ніжці для закриття дефектів м'яких тканин альвеолярних відростків верхньої щелепи і твердого піднебіння. Вигідне анатомічне розташування, добре кровопостачання і практично повна відсутність іннервації полегшують завдання хірурга і дають кращі результати операції [19].

У 1977 році Egedi P. [20] уперше описав метод закриття ороантральних сполучень жировим тілом щоки. Серед його переваг – висока ефективність у відновленні структури і функції в разі, коли інші способи не були успішними. З того часу жирове тіло щоки стало визнаним варіантом для реконструкції малих і середніх дефектів м'яких тканин у порожнині рота. У 1983 році

Neder A. [21] повідомив про використання жирового тіла щоки в ролі вільного трансплантата у 2 пацієнтів із дефектами ротової порожнини, а в 1986 році Tideman H. [22] описав хірургічну техніку і результати реконструкції дефектів ротової порожнини жировим тілом щоки. Є також описані в літературних джерелах (за 2004–2009 рр.) дані про використання жирового тіла щоки для реконструкції вроджених дефектів ротової порожнини [23]. Заслугує на увагу дослідження Toshihiro Y., Nariai Y., Takamura Y. et al. (2013) [24], яке було проведено на 23-х хворих, де жирове тіло щоки використовували для закриття дефектів слизової оболонки різних ділянок ротової порожнини.

При застосуванні жирового тіла щоки для лікування періімплантитів дослідники повідомили про відсутність або низьку інтенсивність болю на 3 добу після операції. Протягом лікування не спостерігали ускладнень, виживання й успіх імплантата становили 97,6 %, а середня гранична втрата кісткової маси через рік після лікування – $0,58 \pm 0,27$ мм [25].

Для успішної кісткової реконструкції дефектів порожнини рота, за даними [26], необхідні насамперед такі фактори як фізичний захист трансплантата від травми, відсутність грубих післяопераційних рубців і добра мікроциркуляція. Дослідникам удалося досягти всіх умов, використовуючи тіло Біша як мембрану, яка підтримує трансплантат кісток.

Kablan F. [27] описує низку досліджень, де ЖТБ використовується в комбінації з кістковими замінниками для регенеративного лікування періімплантиту. Автор підкреслює, що донорська ділянка жирового тіла щоки легко доступна в ротовій порожнині, забір трансплантата не супроводжується ускладненнями, а особливо визначає його швидку епітелізацію. Також дослідженнями встановлено, що жирова тканина здатна трансформувати тонкий біотип тканин пародонта в товстий, покращуючи тим самим якість та об'єм м'яких тканин у реципієнтній зоні. Крім цього, автор отримав відмінні функціональні й естетичні результати без повторення періімплантиту.

Agarwal S. [28] успішно застосував жирове тіло щоки при рецесії ясен III–IV класів за Miller P., лікування яких практично не викликає позитивних наслідків. При цьому автор досліджував достатній об'єм і структуру тканин трансплантата в реконструкційній ділянці.

За даними [25], тіло Біша успішно застосовували в 57-річній пацієнтки з пухлиною малої слинної залози, розташованої на твердому піднебінні. Автори звертали увагу, що видалення пухлини супроводжувалося закриттям дефекту на піднебінні слизовим клаптом, який через 3 місяці відторгнувся. Повторна операція із застосуванням у ролі трансплантата тканин тіла Біша забезпечила позитивну клінічну динаміку у віддалені терміни спостереження.

Низкою бразильських учених [29] усунення

фуркаційних дефектів у комплексному лікуванні запально-деструктивних захворювань тканин пародонта виконувалося за допомогою комбінації аутогенної кістки і жирового тіла Біша в ролі мембрани. Клінічно через 6–12 місяців після лікування визначали кератизований ясенний край, а рентгенологічно об'єктивізувалося повне відновлення кісткової тканини в ділянці фуркації.

Жирове тіло Біша успішно використовується для усунення орально-антрального з'єднання, яке може виникнути після екстракції молярів і встановлення імплантатів. Через 15 місяців спостережень у пацієнтів припинявся біль, зникали закладеність і виділення з носа [30].

Dean A. et al. [31] успішно використовували жирове тіло Біша для реконструкції інтраоральних дефектів, таких як орально-антральна фістула, при втраті кісткової маси нижньої щелепи в ділянках молярів і премолярів, для усунення дефектів при онкологічних патологіях обличчя. Дослідники визначали процес епітелізації ран на 1 тиждень після операційного втручання і стабільний клінічний перебіг без ускладнень у віддалені терміни спостереження.

За даними [32], трансплантація жирового тіла Біша на титановій мембрані мала позитивні клінічні наслідки при усуненні травми орбітальної ділянки, яка може супроводжуватися вторинним ендодфальмітом. Зауважимо, що така лікувальна тактика сприяла швидкій остеоінтеграції, за даними комп'ютерної томографії. За використання цієї техніки відбувається підтримка кісткової мікроархітектури з відповідною мережею кров'яних клітин і власного клітинного вмісту, так само, як природа трансплантованого матриксу і його місцеві активатори у вигляді факторів росту, що вивільняються зі збагаченої тромбоцитами плазми крові, спричиняють формування нової кісткової тканини і як наслідок – механізмів, які включають прямий остеогенез, остеоіндукцію й остеокондукцію.

Вивчаючи макро- і мікроструктуру жирового тіла Біша, не можна обійти увагою антропометричні форми голови й обличчя, від яких суттєво залежать ширина, довжина й об'єм цього утвору.

На величину голови й обличчя впливає не тільки будова лицевого скелета, а й виразність м'яких тканин: м'язів, фасцій, сполучної тканини, підшкірно-жирового шару, шкіри. Індивідуальність обличчя залежить від ступеня його розвитку, від стану здоров'я, расових і конституційних особливостей, віку та статі [33].

Антропометричне дослідження голови полягає у вивченні її розмірів, форми і розмірів обличчя та окремих його частин, а також взаємозв'язку розмірів і форми лицевого відділу черепа і зубоальвеолярних дуг. Вивчаючи голову, використовують три орієнтовані площини за Симоном (1923): серединно-сагітальну, вухочноюмкову і фронтальну. Ці площини розташовані перпендикулярно одна до одної [34].

У мозковому черепі розрізняють лобну, скро-

неві, тім'яні та потиличні ділянки, а також основу черепа. Думки про межі обличчя різні. Одні автори визначають його межі від волосистої частини голови до найбільш випнутої точки підборіддя; інші – від дотичної, проведеної до верхнього краю брів, до найбільш посторально розташованої точки перенісся. Для того, щоб вивчити обличчя пацієнта і провести на ньому різні вимірювання, необхідно знати розташування антропологічних точок на черепі (краніометричних) і на обличчі (цефалометричних).

Для визначення співвідношень ділянок голови запропоновані індекси, за величиною яких розрізняють типи голови й обличчя. Форму голови визначають відповідно за формулою:

широка частина голови / довга частина голови $\times 100\%$.

Показники до 75,9 свідчать про доліхоцефалічну форму голови, від 81,0 до 85,1 – мезоцефалічну, 85,5 і більше – брахіоцефалічну (Williamsta et al., 1995; Панеро, 1979).

Форму обличчя за Гарсоном (1980) визначають відповідно до співвідношення:

морфологічна висота обличчя / ширина обличчя в ділянці виличних дуг $\times 100\%$.

При цьому, 78,9 – дуже широке обличчя (гіперурипрозне); 79,0–83,9 – широке обличчя (еурипрозне); 84,0–87,9 – середнє обличчя (мезопрозне); 88,0–92,9 – вузьке обличчя (лептопрозне); 93,0 і більше – дуже вузьке обличчя (гіперлептопрозне) [33; 34].

Висновки

Отже, аналіз літератури доводить актуальність подальшого дослідження анатомічних особливостей, варіантної анатомії та просторово-часових перетворень топографії жирового тіла Біша. Потреби сучасної щелепно-лицевої хірургії вимагають морфологічного підґрунтя для вдосконалення відомих і розробки нових методів аутотрансплантації.

Література

1. Модина Т. Н. Применение медицинского клея „Сульфакрилат” в стоматологической практике / Т. Н. Модина, М. В. Болбат. – Бийск : Издательский дом „Бия”, 2014. – 66 с.
2. Цислюк В. П. Лікування хворих з післяопераційними дефектами щелеп : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 „Стоматологія” / В. П. Цислюк. – К., 2001. – 20 с.
3. Беліков О. Б. Ортопедична реабілітація хворих з післяопераційними дефектами щелеп і м'яких тканин : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.00.21 „Стоматологія” / О. Б. Беліков. – Полтава, 2006. – 36 с.
4. Вовк Ю. В. Експериментальне вивчення репаративного остеогенезу кісткових дефектів, заповнених кальцій-фосфатним біоматеріалом у поєднанні зі збагаченою тромбоцитами плазмою крові / Ю. В. Вовк, В. Ю. Вовк, О. І. Дельцова // Новини стоматології. – 2009. – № 1. – С. 53–63.

5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія : підручник у 2-х т. ; за ред. В. О. Маланчука. – К. : ЛОГОС, 2011. – 320 с.
6. Использование резорбируемых мембран при увеличении альвеолярного отростка методом аутотрансплантации костных блоков / В. А. Маланчук, О. С. Воловар, И. В. Чуганский [и др.] // Стоматологічна імплантологія. Остеоінтеграція : матеріали II укр. міжн. конгресу. – К., 2006. – С. 83–84.
7. Тимофеев А. А. Хирургические методы дентальной имплантации / А. А. Тимофеев. – К.: ООО „Червона Рута-Турс”, 2007. – 128 с.
8. Вовк Ю. В. Реконструкція післяекстракційних кісткових дефектів зубних лунок за допомогою титанових мембран „Mondeal®” / Ю. В. Вовк, В. Ю. Вовк // Матеріали ювіл. міжнар. наук.-практ. конф. з нагоди 50-річчя стомат. ф-ту ЛНМУ ім. Д. Галицького. – Львів, 2008. – С. 68–70.
9. Висаїтова З. Ю. Об'ємно-контурная пластика лица методом инъекционного введения аутожира: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 „Стоматологія”, 14.00.27 „Хірургія” / З. Ю. Висаїтова. – М., 2009. – 26 с.
10. Butterwick K. J. Facial volume restoration with the fat autograft muscle injection technique / K. J. Butterwick, E. A. Lack // *Dermatol. Surg.* – 2003. – Vol. 29, No.10. – P. 1019–1026.
11. Готь І. М. Застосування біоімплантату з плаценти людини в щелепно-лицевій хірургії : метод. рекомендації / Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького; укл. І. М. Готь, Х. Р. Погранична [та ін.]. – Львів, 2004. – 25 с.
12. Кобильник І. О. Загальна характеристика біоматеріалів, що використовуються у хірургічній стоматологічній практиці для заповнення післяекстракційних тканинних дефектів. Огляд можливостей перспективних біоматеріалів / І. О. Кобильник // *Acta Medica Leopoliensia.* – 2001. – Т.7, № 2. – С. 67–71.
13. Применение костнопластического материала как носителя аутогенных стволовых клеток кролика для замещения костного дефекта челюсти / В. И. Куцевляк, В. Ф. Куцевляк, Ю. Е. Микулинский, Е. А. Щегельская // Стоматологічна імплантологія. Остеоінтеграція : матеріали II укр. міжн. конгресу. – К., 2006. – С. 72–82.
14. Knapp T. R. Injectable collagen for soft tissue augmentation / T. R. Knapp, E. N. Kaplan, J. R. Daniels // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1997. – Vol. 60. – P. 398–405.
15. Основи передпротезної хірургічної підготовки порожнини рота / І. М. Готь, Я. Е. Варес, М. М. Угрин [та ін.]. – Львів : ГалДент, 2008. – 52 с.
16. Берштейн Л. М. Эндокринная функция жировой ткани, или как Вас теперь называть, мистер Ж? / Л. М. Берштейн // *Природа.* – 2005. – № 3. – С. 9–14.
17. Гістологія людини / О. Д. Луцик, А. Й. Іванова, К. С. Кабак [та ін.]. — К. : Книга плюс, 2003. – 280 с.
18. Retrospective study on the treatment outcome of surgical closure of oroantral communications / S. H. Visscher, B. van Minnen, R. R. Bos [et al.] // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2011. – Vol. 69, No. 12. – P. 2956–2961.
19. Anatomical Structure of the Buccal Fat Pad and Its Clinical Adaptations / H.-M. Zhang, Y.-P. Yan, K.-M.

- Qi [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2002. – Vol. 109, No. 7. – P. 2509–2518.
20. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications / P. Egyedi // *J. Maxillofac. Surg.* – 1977. – No. 5. – P. 241–244.
21. Neder A. Use of buccal fat pad for grafts / A. Neder // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 1983. – Vol. 55. – P. 349–350.
22. Tideman H. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft / H. Tideman, A. Bosanquet, J. Scott // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 1986. – Vol. 44. – P. 435–440.
23. Landes C. A. Six years clinical experience with the dorsally pedicled buccal musculomucosal flap / C. A. Landes, O. Seitz, A. Ballon [et al.] // *Ann. Plast. Surg.* – 2009. – Vol. 62, No. 6. – P. 645–652.
24. Toshihiro Y. Applicability of buccal fat pad grafting for oral reconstruction / Y. Toshihiro, Y. Nariai, Y. Takamura [et al.] // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2013. – Vol. 42, No. 5. – P. 604–610.
25. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases / A. D. Rapidis, C. A. Alexandridis, E. Eleftheriadis [et al.] // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2000. – Vol. 58, No. 2. – P. 158–163.
26. Liversedge R. L. Use of the buccal fat pad in maxillary and sinus grafting of the severely atrophic maxilla preparatory to implant reconstruction of the partially or completely edentulous patient / R. L. Liversedge, K. Wong // *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.* – 2002. – Vol. 17, No. 3. – P. 424–428.
27. Kablan F. The use of Buccal fat pad free graft in regenerative treatment of peri-implantitis: A new and predictable technique / F. Kablan // *Ann. Maxillofac. Surg.* – 2015. – Vol. 5, No. 2. – P. 179–184.
28. Agarwal C. An innovative technique for root coverage using pedicled buccal fat pad / C. Agarwal, G. V. Gayathri, D. S. Mehta // *Contemp. Clin. Dent.* – 2014. – Vol. 5, No. 3. – P. 386–388.
29. Autogenous Bone Graft, Combined with Buccal Fat Pad as Barrier in Treatment of Class II Furcation Defect: a Case Report / T. M. Deliberador, R. T. Mendes, A. F. Giovanini [et al.] // *Bull. Tokyo Dent. Coll.* – 2012. – Vol. 53, No. 3. – P. 127–132.
30. Closure of oroantral communications with Bichat's buccal fat pad. Level of patient satisfaction / R. Alonso-Gonzalez, D. Penarrocha-Oltra, A. Aloy-Prosper [et al.] // *J. Clin. Exp. Dent.* – 2015. – Vol. 7, No. 1. – P. 28–33.
31. The buccal fat pad flap in oral reconstruction / A. Dean, F. Alamillos, A. Garcia-Lopez [et al.] // *Head Neck.* – 2001. – Vol. 23, No. 5. – P. 383–388.
32. Малаховская В. И. Опыт трансплантации жировой ткани, обогащенной стромально-васкулярной клеточной фракцией для коррекции дефектов челюстно-лицевой области / В. И. Малаховская // *Вестник эстетической медицины.* – 2013. – № 1. – С. 14–19.
33. Morphological Evaluation of Head and Face Shapes in a North-Eastern Nigerian Population / J. M. Raji, S. H. Garba, A. I. Numan [et al.] // *Austr. J. Bas. Appl. Sci.* – 2010. – Vol. 4, No. 8. – P. 3338–3341.
34. Spelber G. H. Craniofacial Development and Growth (Craniofacial Development) / G. H. Spelber. – London : BC Decker Inc., 2001. – 220 p.

**Стаття надійшла
10.07.2018**

Резюме

У сучасній хірургічній стоматологічній практиці лікарі часто зустрічаються з необхідністю закриття дефектів м'яких тканин ротової порожнини. Дослідження останніх років спрямовані на розробку таких методів операції, які б забезпечували санацію запального вогнища, відродження фізіологічних процесів на місці дефекту м'яких тканин або ж створювали умови для їх відновлення і забезпечували б повноцінну функцію. Легкість доступу до жирового тіла щоки викликає зацікавлення щодо його застосування для закриття дефектів.

Мета дослідження – проаналізувати і вивчити літературні дані різних методів застосування жирового тіла щоки для ауто трансплантації при закритті дефектів щелепно-лицевої ділянки в порівнянні з використанням інших трансплантатів.

Результати досліджень. За останні роки великого поширення набули методи реконструктивної пластики шляхом використання ауто трансплантатів. У літературі є дані про позитивні результати хірургічного закриття дефектів тканин за допомогою ауто трансплантації жирової тканини і зокрема жирового тіла щоки. Жирове тіло щоки має власну сполучнотканинну капсулу і добре розвинену судинну сітку, що забезпечує живлення трансплантата і швидке загоєння післяопераційної рани; не потребує попередньої підготовки й адаптації до реципієнтного ложа. Це дозволяє використовувати його в щелепно-лицевій хірургії для закриття дефектів верхньої щелепи, усунення орально-антрального з'єднання, при реконструкції інтраоральних дефектів, таких як орально-антральна фістула, при втраті кісткової маси нижньої щелепи в ділянках молярів і премолярів, для усунення дефектів при онкологічних патологіях обличчя.

Висновки. Вигідне анатомічне розташування, добре кровопостачання і практично повна відсутність іннервації жирового тіла щоки полегшують завдання хірурга і дають кращі результати операцій. Дослідження доводять процес епітелізації ран на 1 тиждень після операційного втручання і стабільний клінічний перебіг без ускладнень у віддалені терміни спостереження, що доводить актуальність використання жирового тіла щоки в сучасній щелепно-лицевій хірургії з метою удосконалення відомих і розробки нових методів ауто трансплантації.

Ключові слова: жирове тіло щоки; дефекти щелепно-лицевої ділянки; методи реконструктивної пластики; остеопластичні матеріали; ауто трансплантація; віддалені терміни спостереження.

Резюме

В современной хирургической стоматологической практике врачи часто встречаются с необходимостью закрытия дефектов мягких тканей ротовой полости. Исследования последних лет направлены на разработку таких методов операции, которые бы обеспечивали санацию воспалительного очага, возрождение физиологических процессов на месте дефекта мягких тканей или же создавали условия для их восстановления и обеспечивали бы полноценную функцию. Легкость доступа к жировому телу щеки вызывает интерес относительно его применения для закрытия дефектов.

Цель исследования – проанализировать и изучить литературные данные различных методов применения жирового тела щеки для аутотрансплантации при закрытии дефектов челюстно-лицевой области в сравнении с использованием других трансплантатов.

Результаты исследований. За последние годы большое распространение получили методы реконструктивной пластики путем использования аутотрансплантатов. В литературе имеются данные о положительных результатах хирургического закрытия дефектов тканей с помощью аутотрансплантации жировой ткани и, в частности, жирового тела щеки. Жировое тело щеки имеет собственную соединительнотканную капсулу и хорошо развитую сосудистую сетку, обеспечивает питание трансплантату и быстрое заживление послеоперационной раны; не требует предварительной подготовки и адаптации к реципиентному ложу. Это позволяет использовать его в челюстно-лицевой хирургии для закрытия дефектов верхней челюсти, устранения орально-антрального соединения, при реконструкции интраоральных дефектов, таких как орально-антральная фистула, при потере костной массы нижней челюсти в области моляров и премоляров, для устранения дефектов при онкологических патологиях лица.

Выводы. Выгодное анатомическое расположение, хорошее кровоснабжение и практически полное отсутствие иннервации жирового тела щеки облегчают задачу хирурга и дают лучшие результаты операций. Исследования доказывают процесс эпителизации ран на 1 неделю после операционного вмешательства и стабильное клиническое течение без осложнений в отдаленные сроки наблюдения, что доказывает актуальность использования жирового тела щеки в современной челюстно-лицевой хирургии с целью усовершенствования известных и разработки новых методов аутотрансплантации.

Ключевые слова: жировое тело щеки; дефекты челюстно-лицевой области; методы реконструктивной пластики; остеопластические материалы; аутотрансплантация; отдаленные сроки наблюдения.

UDC: 616.318-089.844

PROSPECTS OF THE USE OF BUCCAL FAT PAD FOR CLOSING DEFECTS OF THE ALVEOLAR PROCESS OF THE JAWS

O. V. Ruzhytska

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Summary

In modern surgical dental practice, doctors often face the necessity to close the soft tissue defects of the oral cavity. In recent years numerous studies are aimed at developing such surgical techniques, which and promote the would provide sanation of the inflammatory focus, support physiological processes on sites of soft tissue defects or promote their recovery and normal functioning. The easy access to buccal fat pad continues to attract interest regarding its application for the closure of defects. The aim of work is to analyze and study the literature data on various techniques of application of buccal fat pad in autotransplantation for closing defects of the maxillofacial area in comparison with the use of other transplants. Results. In recent years, the reconstructive plastic surgery techniques in using autotransplantats have been paid much attention. In the literature there are data on the positive results of surgical closure of tissue defects by autotransplantation of adipose tissue and, in particular, the buccal fat pad. The buccal fat pad has its own connective tissue capsule and well-developed vascular net, provides nutrition to the transplant and rapid healing of the postoperative wound; does not require prior preparation and adaptation to the recipient's bed. It allows to use it in maxillofacial surgery to close the defects of the upper jaw, elimination of oral-antral connection, in the reconstruction of intraoral defects such as oral-antral fistula, with loss of bone mass of the lower jaw in the area of molars and premolars, to eliminate defects in cancer pathology of the face. Conclusions. Advantageous anatomical position, a good blood circulation and lack of innervation of buccal fat pad facilitates the task of surgeon and gives better results of operations. The study has shown the process of wound epithelialization occurs within a week after surgery as well as a stable clinical course without complications in the long-term follow-up that proves the relevance of the use of buccal fat pad in modern maxillofacial surgery in order to improve conventional methods of autotransplantation and to develop new ones.

Key words: buccal fat pad (Bichat's fat pad); defects of maxillofacial area; techniques of reconstructive plastic surgery; osteoplastic materials; autotransplantation; long-term follow-up.