

Выбор костного материала для ликвидации дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти в зависимости от его объема

Васьковская Мария Александровна

Национальный медицинский университет, Киев

Научный(-е) руководитель(-и) – доктор медицинских наук, профессор Яковенко

Людмила Николаевна, Национальный медицинский университет, Киев

Введение

Для ликвидации дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти используют трансплантаты различного происхождения: аутогенное, аллогенное, аллопластическое и ксеноматериалы. Стандартом костной пластики альвеолярного отростка считается аутогенная кость из за её остеоиндуктивные, остеокондуктивные и остеогенные свойства. На выбор места забора костного материала влияет объем дефекта альвеолярного отростка.

Цель исследования

Провести сравнительный анализ репаративной остеорегенерации аутотрансплантата разного происхождения в дефекте альвеолярного отростка верхней челюсти у крыс. Определить по КТ исследованию верхней челюсти объем дефекта альвеолярного отростка для выбору места забору костного трансплантата.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на 90 белых лабораторных крысах линии Вистар (от 200 г массы тела), которым в образованный дефект альвеолярного отростка верхней челюсти проводили пересадку костного трансплантата с нижней челюсти (первая группа) и большой берцовой кости (вторая группа), а также контрольная группа – без подсадки костного трансплантата. Проанализировано КТ верхней челюсти и определен объем дефекта альвеолярного отростка у 14 детей с врожденным несращением альвеолярного отростка в возрасте от 11 до 17 лет.

Результаты

Установлено, по данным гистологического исследования, что у животных, что выводились из эксперимента на 14, 30 и 60 сутки в контрольной и во второй группе наблюдалась выраженная воспалительная реакция костной ткани, в отличии от первой группы, в которой эта реакция проявлялась меньше. Уже на 90 и 120 сутки в первой группе мы наблюдаем полную регенерацию костной ткани в области дефекта, чего нельзя сказать о контрольной группе – в которой мы наблюдаем еще воспалительную реакцию и разрастание соединительной ткани, во второй – наблюдаются явления воспаления и резорбции трансплантата. Одним из показаний к выбору места забора костного трансплантата для ликвидации дефекта альвеолярного отростка, при врожденном несращении его, является объем. Проанализированы 14 КТ у детей с дефектом альвеолярного отростка в возрасте от 11 до 17 лет, определено, что у 80% объем дефекта альвеолярного отростка составлял больше $\pm 1,5 \text{ см}^3$, этим детям проводилась подсадка костного трансплантата с большой берцовой кости, в связи с дефицитом костного материала на нижней челюсти. У остальных 20% проводили трансплантацию с нижней челюсти. У детей, которым проводилась костная пластика с использованием материала с нижней челюсти, наблюдалось лучшее заживление и меньшая резорбция трансплантата.

Выводы

Полученные данные гистологического исследования указывают на то, что регенерация лучше происходит с использованием трансплантата с нижней челюсти. Если объем дефекта альвеолярного отростка составлял меньше $\pm 1,5 \text{ см}^3$ - показано использование трансплантата с нижней челюсти.