

**Ботвич С.С.**

## **ВИДЫ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ**

**Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Шевела Т.Л.**

*Кафедра хирургической стоматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Дефекты костной ткани, возникающие в результате травмы, воспалительных заболеваний, опухолевых процессов, вызывают значительные сложности для проведения имплантологического и ортопедического лечения. Перед хирургом стоит непростая задача в реконструкции альвеолярной кости, а наличие большого разнообразия имплантируемых материалов свидетельствует об актуальности данной темы. В настоящее время в хирургической практике широкое применение получили ауто- и аллотрансплантаты, синтетические биоматериалы и клеточные технологии, однако аутогенный костный трансплантат считается золотым стандартом за счет наличия остеогенных клеток, биосовместимости и отсутствия иммуногенности. Аугментация альвеолярного гребня может производиться с использованием разных методик: дистракционный остеогенез, трансплантация костных блоков, вертикальная направленная костная регенерация, расщепление альвеолярного гребня, PSP-техника, мембранная методика.

**Цель:** изучить способы забора аутоотрансплантата при проведении хирургического вмешательства на биологических моделях.

**Материалы и методы.** Проведено экспериментальное исследование с использованием автоклавируемого костного скребка и набора фрез для костной аутопластики Auto-Max. Исследования проводились на биологической модели (ребро свиное). При заборе костного материала оценивали полученный объем кости, качество костной ткани, атравматичность манипуляции (формирование размера костной раны участка-донора).

**Результаты и их обсуждение.** Костный скребок состоит из ручки и лезвия. При контакте лезвия с кортикальной костью образуются своеобразные ошурки, которые перемешиваются с кровью и помещаются в костный дефект. Набранный костный материал можно сразу адаптировать в области дефекта или сначала переместить его в хирургическую чашку. При применении костного скребка для забора костного материала объем кости составил 0,5 см<sup>3</sup>, костная ткань была представлена кортикальным слоем, плотная, размер костного дефекта на донорском участке составил 1,0 см длиной, глубина повреждения тканей была 0,3 см. Однако забор образца костной ткани требует надавливания на лезвие инструмента в направлении поверхности кости с повторным перемещением инструмента по донорскому участку, что создает дополнительную нагрузку на ткани.

При применении фрез для костной аутопластики Auto-Max была получена костная стружка объемом 2,0 см<sup>3</sup>, костная ткань представлена компактным и губчатым слоем, эластична, размер костной раны участка-донора составил 0,3 см длиной, глубина повреждения тканей была 1,0 см. При этом, применение фрез обеспечивает минимальную травматизацию за счет уменьшения теплового эффекта при высокой скорости касания металла к костной ткани и однократного перемещения по донорскому участку.

**Выводы.** При реконструктивных операциях применение аутокостных материалов стимулирует остеогенез, выбор забора донорского материала зависит от объема костного дефекта, преимуществом обладает кортикально-губчатый костный материал, получаемый при помощи фрез для костной пластики.