

АНАЛИЗ МЕТОДИК ПОДЪЕМА И МОБИЛИЗАЦИИ КОСТНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ИЗ ВНУТРИРОТОВЫХ ДОНОРСКИХ ЗОН

Д.С. Аветиков, Л.Р. Крынычко, С.А. Ставицкий

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

г. Полтава, Украина

Введение. Утрата зубов приводит к значительной атрофии альвеолярной кости, что затрудняет установку имплантатов в оптимальном положении для последующего протезирования [1]. В таких случаях для достижения удовлетворительного эстетического результата и благоприятного соотношения между имплантатом и протезом требуются обширные регенеративные вмешательства. Золотым стандартом при восстановлении кости по-прежнему считается аутогенная кость [2,3].

Цель работы. Проведение ретроспективного анализа методик получения костных внутриротовых аутотрансплантатов.

Объекты и методы исследования. В период с 2012 по 2014 год было проведено 327 операций по поводу увеличения объема опорной кости челюстных костей. В качестве донорских участков забор аутокости нами использовали следующие места забора: стенка верхнечелюстной пазухи, ретромолярная область, подбородочный отдел нижней челюсти.

Для изучения динамики изменения клинической картины нами проводились клинические и параклинические исследования на ранних и поздних послеоперационных этапах. Подбор пациентов данного исследования проводился согласно всех требований биоэтики. На момент исследования пациенты не имели общесоматических заболеваний по данным лабораторных анализов.

Результаты исследования. Все аутотрансплантаты взятые из подбородочного симфиза, ретромолярной области и передней костной стенки

верхнечелюстной пазухи состоят из толстого кортикального и тонкого губчатого слоев и поэтому считаются кортикально-губчатыми.

Толщина кортикального слоя в ретромолярной области в среднем составляла 3 мм, в подбородочном симфизе 3,4 мм, в передней стенке гайморовой пазухи 1,4 мм. Именно эта анатомическая особенность создает определённые оптимальные условия на этапах первичной регенерации (образование параоссальной костной мозоли) и пролонгации срока службы регенерата.

Наиболее частым осложнением при пересадке костного блока из подбородочной области является продолжающееся в течении нескольких месяцев после операции нарушение чувствительности в области нижних резцов, которое наблюдалось у 38,8% пациентов в первые 12 недель после операции. Симптомы отмечались прежде всего после получения крупных блоков в результате поражения мезиальных ветвей нижнечелюстного нерва (ветви нижнего альвеолярного нерва). У 6,84% пациентов указанное нарушение чувствительности в области одного или нескольких нижних резцов продолжалось больше 12 недель.

В 7 из 96 случаев трансплантации костных блоков взятых из подбородочного симфиза для увеличения толщины альвеолярного гребня верхнечелюстных костей заживление первичным натяжением не было достигнуто в результате некроза лоскута и обнажения трансплантата. Во всех других случаях заживление и регенерация трансплантатов были достаточными для установки имплантатов через 4 месяца после регенеративного вмешательства.

На верхней челюсти самыми оптимальными аутооттрансплантатами по результатам нашего исследования были костные блоки, взятые из передней стенки гайморовой пазухи. Число послеоперационных осложнений было минимальным.

Замещение локализованных участков атрофии верхней челюсти костным органотопичным аутоблоком выполнялось одним разрезом в предварительно обезболенном месте.

Выводы

1. При замещении обширных генерализованных атрофий челюстей оптимальным является аутотрансплантат взятый из ретромолярной области, особенно при выраженной наружной кривой линии. Костная регенерация протекает аналогично заживлению после удаления ретенированных третьих моляров. Однако впервые 3-4 недели существует риск перелома нижней челюсти.
2. Непосредственная близость расположения внутриротовой донорской зоны к устраняемому дефекту сокращает продолжительность вмешательства и снижает требования к анестезии, что позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях. Кроме того, такие операции ассоциируются с меньшим послеоперационным дискомфортом, чем трансплантация кости из отдаленных донорских зон.

Литература

1. Boyne PJ. Osseous reconstruction of the maxilla and the mandible: surgical techniques using titanium mesh and bone mineral. Chicago, IL: Quintessence, 2009.
2. Joos U, Ochs G, Ries PE. Influence of Collagenfleece on bone regeneration. Biomaterials 2003; 1: 23-6.
3. Khoury F. Augmentation osseuse et chirurgie implantaire: facteurs de prognostic. Implant 1999; 5:221-37.