

АРХИТЕКТОНИКА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «ОСТЕОПЛАСТ»

Чумаченко А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Современная репаративная остеохирургия переходит на новый уровень использования различных фрагментов аутоматериала для возмещения костного дефицита – продуктов генной инженерии и возможностей стволовых клеток. Использование же современных костнопластических материалов приносит определенные положительные клинические результаты за счёт их максимального соответствия сложной схеме репаративного остеогенеза.

Цель исследования состояла в изучении морфологии альвеолярной кости через 14–16 месяцев после удаления доброкачественных новообразований и внесения в дефекты препарата «Остеобласт» в смеси с компонентами фибринового геля аутокрови объёмом 3–4 см³ у 15 пациентов в возрасте 24–48 лет.

Возможность забора биоптата иглой Ямшиди (марка 11G, внешний диаметр 3 мм, производитель Sterylab, Италия) возникала во время дентальной имплантации в областях проведенных ранее оперативных вмешательств, что не противоречило формированию первичного костного канала в имплантологическом протоколе. Биоптат состоял из периоста, компактной и губчатой частей альвеолярной кости. Фиксация и декальцинация – 6% раствором трихлоруксусной кислоты, толщина препарата - 6–8 мкм, окраска – гематоксилин эозин, Ван-Гизон.

Результаты. Клинически (отсутствие жалоб и признаков патологического процесса, параметры альвеолярного отростка) и радиовизиографически (достаточно очерчена петлистость и рентгенологическая плотность костной ткани), альвеолярные отростки всех пациентов удовлетворяли требованиям дентальной имплантации. Результаты патоморфологического исследования показали, что новообразованная альвеолярная кость является стабильной морфологической структурой и имеет все признаки завершившегося репаративного остеогенеза. Однако её строение отличается от такового у здоровых людей: значительно меньшее количество костных и сосудистых пустот в микропрепарате, значительно меньше клеточного материала и не всегда имеет место его круговое расположение вокруг пустот. В центре ранее заполненных препаратом «Остеопласт» костных дефектов новообразованная костная ткань может располагаться между тяжами фиброзной ткани.

Заключение. При использовании больших объёмов костнопластического материала (в данной ситуации «Остеопласт») репаративный остеогенез может завершиться образованием новой кости с отличным от нормальной костной ткани строением. Проведение дентальной имплантации в таких участках должно учитывать костную архитектуру и сниженные репаративные возможности новообразованной кости.