

Орещенко О.В., Безмен А.А.
**ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПОРОЗА НА МИКРОСТРУКТУРУ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ И СПОСОБЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ**

Научный руководитель: ассист. Сеч М.А.

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Остеопороз – это тяжелое прогрессирующее заболевание скелета, отмечающееся такими симптомами, как снижение костной массы, нарушение микроархитектуры и повышение хрупкости костей. Это приводит к увеличению риска возникновения тяжелых переломов. Из-за уменьшения костной массы уменьшается высота межзубной костной перегородки, снижается место прикрепления десны.

Остаются актуальными вопросы структурных и функциональных возрастных изменений костной ткани, определения ультраструктурных и биомеханических характеристик альвеолярного отростка, а также каким образом с возрастом происходят адаптационные процессы перестройки костной ткани, направленные на поддержание сопротивления и целостности зубочелюстной системы.

Не менее актуальны вопросы костной регенерации с применением остеопластических материалов, что имеет практическое значение в таких областях медицины, как ортопедия, травматология, а также в челюстно-лицевой хирургии и хирургическая стоматология.

Целью исследования являлось изучение влияния остеопороза на структурные изменения в альвеолярных отростках челюстей, роли инволютивных дистрофических изменений тканей пародонта в развитии остеопороза верхней челюсти у пациентов разного возраста и пола, а также регенерации костной ткани альвеолярного отростка с использованием костнопластических материалов в клинической практике.

Согласно современным данным, гистологические изменения в препаратах альвеолярных отростков верхней челюсти у пациентов зрелого, пожилого и старческого возрастов с частичной и полной адентией зубного ряда характеризуются выраженными изменениями гистоархитектоники и ангиоархитектоники. Наиболее яркими признаками являются чередование участков с сохраненной структурой кости и участков, в которых нарушена ориентация костных пластинок, наличие обширных бессосудистых зон, уменьшение диаметра артерий и резкое увеличение диаметра вен.

Для коррекции данных изменений используется костнопластический материал, служащий для регенерации костной ткани. При его использовании отмечалось повышение синтетической активности остеобластов, на поверхности надкостницы вблизи края костного отломка появлялись первичные костные балки, содержащие коллагеновые волокна, основу которых составляет преимущественно коллаген первого типа, а также третьего и пятого типов, неколлагеновые белки и гликозаминогликаны. Однако большая часть дефекта была выполнена грануляционной тканью типичного строения с обширными очагами воспалительной инфильтрации. В результате жизнедеятельности остео-, хондро- и фибробластов дефект заполнялся межклеточным матриксом.

Результаты данного анализа подчеркивают важное значение гистологических методов исследования альвеолярных отростков верхней челюсти для последующего грамотного стоматологического лечения.