

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ



**IV Український Міжнародний конгрес**

# **«Стоматологічна імплантація. Остеоінтеграція»**

**14-15 ТРАВНЯ  
2010**

**КИЇВ**

## ВИКОРИСТАННЯ ФІБРИНОВОГО ГЕЛЮ АУТОКРОВІ ТА ОСТЕОПЛАСТУ-К ПРИ ВІДНОВЛЕННІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ДЕФЕКТАХ ЩЕЛЕП ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

*Чумаченко О.В., Салогуб Т.В.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ*

Сьогодні вважається, що замість стимуляції репаративного остеогенезу необхідно переходити до його оптимізації шляхом створення умов в ділянці оперативного втручання, які відповідають фізіологічним процесам.

Широке клінічне застосування остеопластичних композицій з компонентами аутоматеріалів в щелепно-лицевій хірургії дозволяє значно покращити результати лікування та знизити післяопераційну атрофію перед дентальною імплантацією. В якості наповнювача післяопераційних кісткових дефектів у 14 хворих нами використана суміш остеобласту та компонентів фібринового гелю аутокрові.

Вирішальними критеріями такого вибору стали:

1. Суміш не суперечить природній схемі репаративної регенерації кістки, а гармонійно вливатися в неї.
2. Допомогає значному відтворення морфологічних характеристик кістки та утримує об'єм не залежно від розмірів та розташування післяопераційного дефекту.
3. Має технологічну простоту.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення ефективності суміші Osteoplast-K і рідини з фібринового гелю ауто крові, а також мембран, що утворюються після механічного стискання фібринового гелю, для відтворення об'єму і архітектоніки кістки альвеолярного паростка.

**Матеріали і методи досліджень.** Проведено лікування та обстеження 14 хворих віком від 24 до 60 років з кістами верхньої щелепи. Після видалення новоутворень у всіх пацієнтів утворювалися порожнини об'ємом від 3,5 мл до 9 мл і виникала необхідність моделювати альвеолярний паросток на перспективу подальшої дентальної імплантації.

Протокол оперативного втручання включав:

1. Приготування фібринового гелю з аутокрові.

2. Забір фібринового гелю, його механічне стискання для отримання рідкої частини та щільних фібринових пластин.

3. Змішування Остеопласту-К з рідиною фібринового гелю.

4. Декоритикація кісткового дефекту до легкої «кров'яної роси» при дотриманні температурного режиму для кістки (на зразок протоколу дентальної імплантації).

5. Наповнення дефекту вказаною сумішшю, з невеликим надлишком, з урахуванням необхідних параметрів паростка.

Оцінка ефективності запропонованого лікування проводилася на основі клінічних та радіовізіографічних показників (характеристика архітектоніки та оптичної щільності).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Післяопераційний період у всіх хворих протікав без ускладнень. Результати вимірювання оптичної щільності приведені в таблиці.

*Таблиця.*

Відсоток оптичної щільності альвеолярної кістки у обстежених хворих у порівнянні з умовною нормою (*виділена в таблиці*) – оптичною щільністю сусідніх здорових ділянок.

До операції	Одразу після операції	Через 6 місяців після операції	Через 12 місяців після операції
197,64±2,71 ум.од (умовна норма) - 78,33±3,22%	- 21,43±2,77%	- 28,23±4,21%	- 10,88±3,47%

Радіовізіографічна картина альвеолярних кісток у всіх хворих мала досить типову картину:

1. До оперативного втручання резорбція досить великих об'ємів кісткової тканини з чіткими межами.

2. Одразу після оперативного втручання - зерниста структура ділянки кісткового дефекту, що відповідає структурі внесеного матеріалу.

3. Через 6 місяців після втручання – нерівномірна щільність та слабо виражені ділянки новоутвореної кістки сітчастої структури.

4. Через 12 місяців переважала чітко окреслена сітчастість нової кісткової тканини, щільність була дещо нерівномірною, інколи простежувалася слабка демаркаційна лінія між здоровою та новоутвореною тканинами.

Динаміка показників оптичної щільності свідчить про досить значні втрати кісткової тканини перед оперативним втручанням (в основному за рахунок втрати губчастого компоненту). Зниження щільності в період 6 місяців, у порівнянні з раннім післяопераційним періодом, відбувається за рахунок резорбції кістковопластичного матеріалу. На фоні клінічного позитивного результату, гарного самопочуття хворих та відновлення радіовізіографічної архітектури кістки, щільність останньої не досягла рівня здорових ділянок в жодному випадку.

Таким чином, використання суміші остеопласту-к та фібринового гелю аутокрові дозволяє отримати позитивні клініко-рентгенологічні результати при відновленні об'єму та структури альвеолярної кістки верхньої щелепи. Неповне відновлення щільності кісткової тканини, найвірогідніше всього, пов'язане з розмірами післяопераційних дефектів та особливостями остеорепаративних можливостей верхньої щелепи.

**Висновки.** Втрати кісткової тканини при кістах верхньої щелепи можуть бути, великою мірою, компенсовані за рахунок вдосконалення оперативних технологій, які направлені на створення оптимальних та фізіологічно адекватних умов для репаративного остеогенезу. Запропонований протокол оперативного лікування дозволяє отримати гарний результат перед проведенням дентальної імплантації.