

СРАВНИТЕЛЬНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО- МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕКОТОРЫХ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ КАЛЬЦИЙ-ФОСФАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА АКТИВИЗАЦИЮ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова, Москва.

Берченко Г.Н., Кесян Г.А.

Уразгильдеев Р.З., Арсеньев ИГ.,

Микелаишвили Д.С., Болбат М.В.

Опубликовано в «Бюллетень Восточно-сибирского
научного центра Сибирского отделения РАН»
№4 2006 г. стр. 327-332

Пластическое замещение дефектов костной ткани является одной из актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Наиболее часто для заполнения дефектов костной ткани и активизации остеогенеза используются аутотрансплантаты и аллоимплантаты. Однако костная ауто- и аллопластика наряду с очевидными преимуществами имеет и ряд серьезных недостатков (дополнительная операция, риск инфекционных осложнений, возрастные ограничения, сложности в заготовке, хранении, транспортировке трансплантатов и др.).

В последние годы широко применяются для заполнения костных дефектов и активизации остеогенеза различные кальций-фосфатные материалы [3, 8, 15]. Однако отсутствуют работы, посвященные сравнительному изучению используемых в клинике различных кальций-фосфатных материалов.

В настоящем исследовании была поставлена задача провести сравнительное экспериментально-морфологическое изучение некоторых кальций-фосфатных материалов: «Хронос», «Остим», «КоллапАн», «Церасорб», — определить наиболее оптимальный препарат для замещения дефектов костной ткани и активизации репаративного остеогенеза в травматолого-ортопедической практике

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе использовались следующие кальций-фосфатные материалы:

1) препарат «КоллапАн» — биоконпозиционный материал на основе синтетического гидроксиапатита, коллагена и антибиотика (производится отечественной фирмой «Интермедапатит»);

2) препарат «Остим» (Ostim) — синтетический гидроксиапатит ультравысокой дисперсности в виде пасты (Osartis, Германия);

3) препарат «Хронос» (chronOs) — гранулы β-трикальций-фосфатной керамики (Mathys Medical Ltd, Швейцария);

4) препарат «Церасорб» (Cerasorb) — гранулы β-трикальций-фосфатной керамики (Curasan, Германия).

В связи с поставленными задачами опыты проведены на 170 животных (лабораторные беспородные крысы — самцы весом 260 ± 20 г), разделенных на пять групп (в каждой группе по 20 животных). Под внутримышечным наркозом (0,5 мл кетамина) производился разрез кожи и мышц в проекции верхней трети правой голени крысы. Тупым и острым путем обнажались мышечки и верхняя треть большеберцовой кости на уровне проксимальной головки малоберцовой кости. Далее с помощью шаровидной фрезы диаметром 2,5 мм производилась трепанация большеберцовой кости в метаэпифизарной зоне с формированием дефекта диаметром и глубиной до 3,5 мм, с обнажением костномозгового канала. В дефект имплантировался исследуемый материал. Далее всем животным производилось послойное ушивание послеоперационной раны наглухо.

В первой контрольной группе животных в костный дефект ничего не вводили, во второй группе в дефект имплантировали гранулы «Хроноса», в третьей — гранулы «Церасорба»; в четвертой — пасту «Остим», в пятой — гранулы «КоллапАна». Животных выводили из опыта на 30-е сутки, через два и три месяца после операции (по шесть животных на каждый срок). Исследуемый материал фиксировали в жидкости Карнуа, декальцинировали в 10-процентной азотной кислоте, депарафинированные срезы окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гистологическое исследование материала из области костного дефекта показало следующее:

Через месяц после операции в контрольной группе животных в области костного дефекта определяются элементы первичной костно-хрящевой мозоли. При этом в основном представлены интермедиарная и эндостальная мозоли, тогда как периостальная мозоль почти не развита. Спаивание кортикальной костной пластинки в области дефекта отмечается лишь у отдельных животных с помощью хрящевой ткани типа гиалинового хряща. У части животных в области интермедиарной мозоли располагается хрящевая ткань вперемешку с рыхлой соединительной.

В области эндостальной мозоли выявляются новообразованные костные трабекулы, формирующиеся преимущественно энхондральным путем.

Во второй группе животных в области костного дефекта выявляются элементы имплантированной керамики «Хронос», при этом внутрь ее пор активно вырастает рыхлая соединительная ткань. Следует подчеркнуть, что лишь в отдельных участках на поверхности стенок керамики формируются незрелые костные трабекулы, тогда как в основном выявляется лишь рыхлая соединительная ткань (рис. 1).

В третьей группе животных область костного дефекта заполнена гранулами керамики «Церасорб». Также как и во второй группе животных внутрь пор керамики вырастают тяжёлые рыхлой соединительной ткани. На поверхности керамики, в том числе и внутри пор, формируется рыхлая соединительная ткань, а в отдельных периферических участках — новообразованные трабекулы незрелой кости (рис. 2).

В четвертой группе животных в области дефекта определяется первичная костная мозоль, соединяющая опилы поврежденной кости. Опилы соединяются интермедиарной мозолью, в которой так же, как и в эндостальной мозоли, определяются различной величины лакуны, заполненные «Остимом». Эти лакуны окружены новообразованными тонкими костными трабекулами остеοидного типа (рис. 3), здесь же определяются элементы кроветворного костного мозга. Новообразованная кость формируется непосредственно на поверхности «Остима». В области интермедиарной и эндостальной мозоли формируется большее количество новообразованной костной ткани по сравнению со второй и третьей группами животных.

В пятой группе животных в области костного дефекта располагается первичная мозоль, в которой, по сравнению с другими группами, в наибольшей степени преобладают процессы остеогенеза. В области интермедиарной мозоли формируется относительно широкий пласт новообразованной кости, внутри которой определяются постепенно лизируемые частицы «КоллапАна» (рис. 4), в межбалочных пространствах — элементы кроветворного костного мозга. В области эндостальной мозоли формируются более многочисленные и массивные костные трабекулы, по сравнению с другими группами животных. Новообразованная кость формируется непосредственно на поверхности гранул «КоллапАна», прослоек рыхлой соединительной ткани между ними не выявляется. В области костного дефекта отсутствуют свободно лежащие частицы «КоллапАна», на поверхности которых не формируется кость.

Через два месяца после операции в контрольной группе лишь у отдельных животных наблюдается постепенное «спаивание» опилов кортикальной пластинки, при этом в области интермедиарной мозоли новообразованная кость имеет незрелый характер, о чем свидетельствует слабая выраженность пластинчатого строения, начальные проявления формирования остеонной структуры кости. У части животных по краю дефекта в области кортикальной пластинки и костномозгового канала выявляется замыкательная пластинка, формирующаяся за счет интерпозиции в область дефекта прилежащих мягких тканей.

Во второй и третьей группах животных в области интермедиарной и эндостальной мозоли выявляются элементы имплантированной керамики «Хронос» и «Церасорб» соответственно. Вокруг имплантатов определяется слой костной ткани, имеющей пластинчатое строение. В периферических участках имплантатов наблюдается вра-

стание в поры керамики сосудов, элементов кроветворного костного мозга, с формированием на стенках пор керамики тонких костных трабекул. По сравнению с предыдущим сроком исследования значительно реже обнаруживаются прослойки рыхлой соединительной ткани на поверхности и внутри пор керамики. Следует отметить, что более активное врастание сосудов и заполнение элементами кроветворного и жирового костного мозга периферических отделов имплантатов наблюдается при использовании керамики «Хронос», что, очевидно, объясняется наличием в этой керамике более крупных пор.

В четвертой и особенно пятой группах животных в области интермедиарной мозоли увеличивается объем новообразованной костной массы, при этом можно видеть постепенное образование остеонов, признаки пластинчатого строения кости. При использовании пасты «Остим» сохраняются крупные фрагменты имплантированного материала, на поверхности которого располагаются тонкие трабекулы новообразованной кости. В области эндостальной мозоли увеличивается количество, объем и степень зрелости костных трабекул, при этом наибольший прирост новообразованной костной массы определяется при имплантации «КоллапАна». Свободно лежащих элементов «КоллапАна» или «Остима», не связанных с процессами остеогенеза, не обнаруживается.

Через три месяца после операции в первой контрольной группе у отдельных животных наблюдается «спаивание» опилов кортикальной пластинки. Интермедиарная мозоль замещается костью, приобретающей пластинчатое строение. В области эндостальной мозоли в некоторых случаях отмечается исчезновение замыкательной пластинки и восстановление просвета костномозгового канала. В результате ремоделирования кости наблюдается некоторое уменьшение числа костных трабекул. Между последними располагаются элементы кроветворного и жирового костного мозга. У части животных замыкательная пластинка сохраняется.

Во второй и третьей группах животных в области интермедиарной и эндостальной мозоли наблюдается дальнейшее медленное замещение β -трикальций-фосфатной керамики новообразованной костью. При этом внутри пор «Хроноса» определяются более многочисленные костные трабекулы (рис. 5) по сравнению с «Церасорбом» (рис. 6).

Наиболее активно репаративный остеогенез развивается в пятой группе животных, что проявляется в формировании наибольшего объема новообразованной костной массы. Если в четвертой группе в новообразованной кости сохраняются крупные лакуны, заполненные «Остимом» (рис. 7), что, по-видимому, тормозит созревание кости, то в пятой группе новообразованная кость имеет более зрелый характер, о чем свидетельствует более выраженное пластинчатое строение, формирование остеонов (рис. 8), при этом в области дефекта определяются лишь отдельные мелкие частицы лизируемого «КоллапАна».

Следует отметить, что на всех сроках исследования образование исследуемых кальций-фосфатных материалов происходит без видимого участия гистиоцитов и многоядерных остеокластоподобных клеток. На поверхности имплантатов оссификация происходит лишь интрамембранозным путем. Признаков воспалительной реакции, вызванной имплантированными материалами, не наблюдалось. Имплантируемые кальций-фосфатные материалы предотвращают прорастание в область костного дефекта рыхлой соединительной ткани и формирование замыкательной пластинки.

ДИСКУССИЯ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Костные трансплантаты широко используются для активизации репаративной регенерации кости при травмах, после резекции опухолей, с целью формирования спондилодеза. Их подразделяют в основном на ауто трансплантаты, аллоимплантаты и синтетические материалы и их комбинации. Губчатая аутокость остается «золотым стандартом» для костных трансплантатов, так как обладает остеогенными (содержит живые клетки, способные дифференцироваться в остеобласты), остеоиндуктивными (выделяет биологически активные вещества, способствующие дифференцировке клеток ложа реципиента в остеобласты) и остеокондуктивными (вызывает аппозиционное формирование кости на ее поверхности) свойствами [1]. Отрицательными сторонами использования ауто трансплантатов являются: проведение дополнительного оперативного вмешательства и увеличение времени операции, ограниченная пригодность ауто трансплантата по форме, размерам и количеству необходимого материала, особенно у детей и при наличии больших костных дефектов. Выявляются вторичные осложнения в виде развития тяжелых болей в области забора ауто трансплантата, инфекционного процесса, повреждений сосудов и нервов, формирования больших костных дефектов, увеличения времени нетрудоспособности и др. [6, 7, 9].

При невозможности использования аутокости, в качестве альтернативы применяют аллоимплантаты. Последние обладают механической прочностью, остеокондуктивными и ограниченными остеоиндуктивными (только губчатая кость) свойствами [9]. Однако использование аллоимплантатов сопряжено с риском передачи инфекции, развития реакции гистонесовместимости и хронического воспаления [10, 14]. С целью уменьшения риска проводится более жесткая обработка аллоимплантатов, что значительно уменьшает их механическую прочность и биологическую (остеоиндуктивные свойства) активность [13].

Кальций-фосфатные материалы (гидроксиапатит, трикальций-фосфат), широко используемые в клинической практике уже несколько десятилетий в качестве заменителей ауто- и аллокости, относятся к биоактивным материалам, способствующим образованию на их поверхности новообразованной кости и формированию с последней прочных химических связей. Эти биоматериалы способствуют прикреплению, пролиферации, миграции и фенотипической экспрессии костных клеток, что приводит к аппозиционному росту кости на поверхности имплантата. Синтетический гидроксиапатит является идеальным материалом для использования в тканевой инженерии в качестве матрицы для иммобилизации различных биологически активных веществ [2, 7]. Недостатком большинства этих материалов является слабая механическая прочность и, как принято считать, отсутствие остеоиндуктивных свойств. Однако в ряде работ на модели гетеротопической имплантации гидроксиапатита показано, что некоторые кальций-фосфатные материалы обладают остеоиндуктивными свойствами [10, 11], которые в значительной степени определяются геометрической характеристикой материала. Также хорошо известно, что выраженность активизации остеогенеза зависит от многочисленных характеристик биоматериала, таких как размер, форма, порозность, химический состав, поверхностная микроструктура и др. [12].

Исследование показало, что изученные материалы являются биосовместимыми и резорбируемыми матрицами, на поверхности которых формируется новообразованная кость. Наиболее быстрое формирование и ремоделирование костной мозоли происходит при имплантации «КоллапАна». Имплантация «Остима» сопровождается более медленными резорбцией имплантата и созреванием костной мозоли, β-трикальций-фосфатная керамика подвергается более длительной резорбции с одновременным замещением новообразованной костью. Этот процесс протекает более длительно при имплантации «Церасорба», что, по-видимому, объясняется наличием в нем более мелких пор, по сравнению с «Хроносом». Кальций-фосфатные материалы могут использоваться для направленной тканевой регенерации, так как предотвращают врастание в область костного дефекта рыхлой соединительной ткани и формирование замыкательной пластинки.

Положительный эффект влияния «КоллапАна» на индукцию остеогенеза можно объяснить следующим образом [2]:

1) входящий в состав «КоллапАна» экзогенный коллаген является хематтрактантом для эндотелиоцитов и мезенхимальных клеток-предшественников остеобластов;

2) растворение синтетического гидроксиапатита сопровождается высвобождением ионов Ca^{2+} и PO_3-4 , их обменом с ионами тканевой жидкости с последующей преципитацией и формированием слоя биологического гидроксиапатита на поверхности имплантата;

3) продукты растворения «КоллапАна» и биоактивные молекулы тканевой жидкости — фибронектин, ламинин, остеопонтин и эндогенные костные морфогенетические и остеогенные белки, являющиеся остеоиндуктивными растворимыми сигналами, — адсорбируются на поверхности «КоллапАна» и опосредуют хемотаксис, прикрепление к имплантату и дифференцировку клеток ложа реципиента (мезенхимальные клетки) в остеобласты;

4) связанные с коллагеном антибиотики постепенно (к 18-20 суткам активность антибиотиков составляет менее 50% от исходной) выделяются из «КоллапАна» [3, 5], способствуя подавлению инфекции и оптимизируя условия развития репаративного остеогенеза.

«КоллапАн» может использоваться в качестве матрицы для иммобилизации и средства доставки в очаг поражения различных лекарственных средств, клеточных элементов, ростовых факторов и цитокинов, способствующих подавлению патологического процесса и стимуляции репаративного остеогенеза.

Проведенное экспериментально-морфологическое исследование послужило обоснованием использования «КоллапАна» с целью стимуляции репаративного остеогенеза и предотвращения развития инфекции [4] в комплексном лечении 149 пациентов с оскольчатыми переломами длинных трубчатых костей и 93 пациентов с замедленно срастающимися переломами и ложными суставами. При этом в 99,2% случаев констатирована консолидация переломов, развитие нагноительно го процесса и несращение наблюдалось лишь в двух случаях (0,8%). Тогда как при традиционных методах лечения переломы длинных костей в процессе лечения осложняются несращениями и развитием ложных суставов в 5-10% случаев.

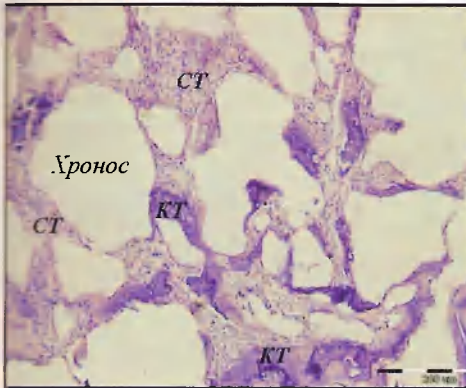


Рис. № 1. Внутри пор керамики Хронос формирование рыхлой соединительной ткани (СТ) и отдельных незрелых костных трабекул (КТ). 2-я группа животных. 30 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X200.

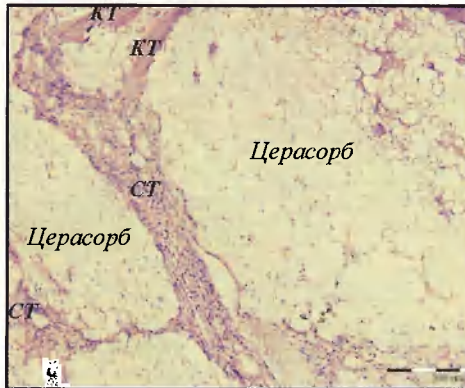


Рис. № 2. На поверхности керамики Церасорб и между отдельными ее гранулами формирование рыхлой соединительной ткани (СТ) и отдельных незрелых костных трабекул (КТ). 3-я группа животных. 30 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X200.

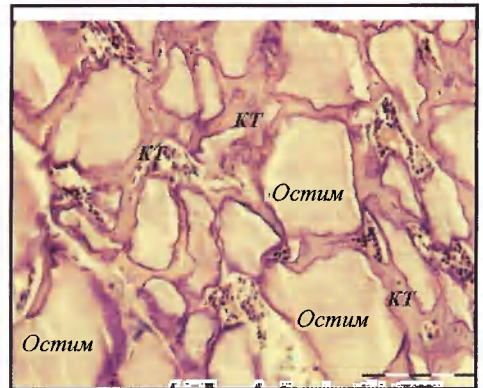


Рис. № 3. В области интермедиарной мозоли видны многочисленные лакуны, заполненные Остимом, на поверхности которого формируются незрелые костные трабекулы (КТ). 4-я группа животных. 30 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X400.

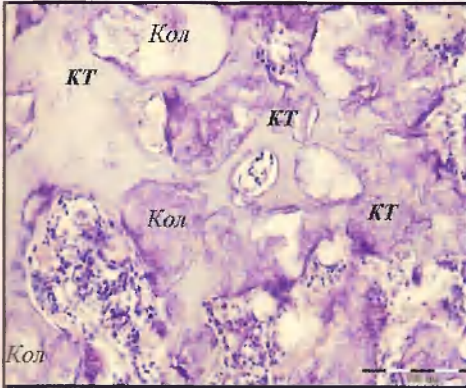


Рис. № 4. В области интермедиарной мозоли пласт новообразованных костных трабекул (КТ), внутри которых определяются частицы Коллапана (Кол). 5-я группа животных. 30 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X400.

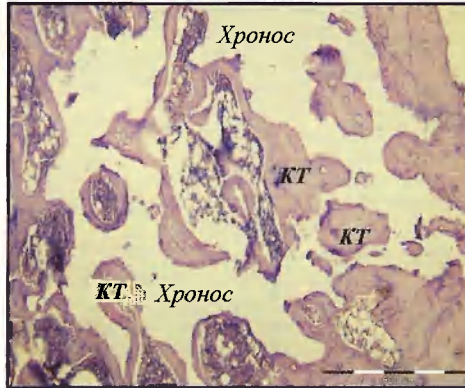


Рис. № 5. Формирование внутри пор керамики Хронос новообразованных костных трабекул (КТ) и элементов костного мозга. 2-я группа животных. 90 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X100.

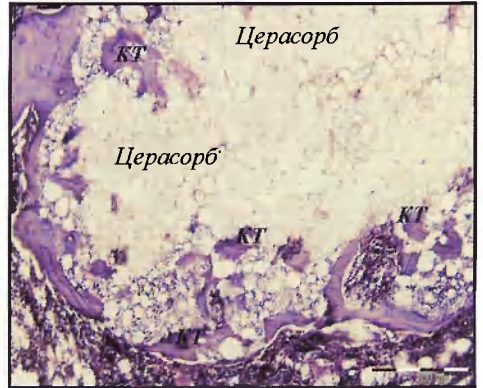


Рис. № 6. Формирование внутри пор краевых участков керамики Церасорб новообразованных костных трабекул (КТ). 3-я группа животных. 90 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X200.

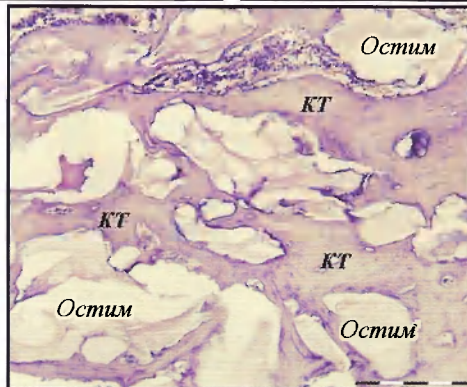


Рис. № 7. В области интермедиарной мозоли между костными трабекулами (КТ) сохраняются крупные лакуны, заполненные Остимом. 4-я группа животных. 90 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X200.

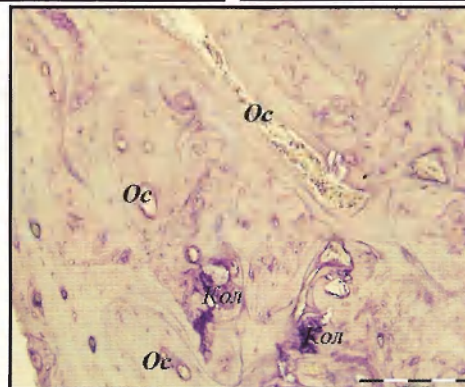


Рис. № 8. В области интермедиарной мозоли зрелый костный массив, в котором формируются остеоны (Ос). Сохраняются отдельные мелкие частицы Коллапана (Кол). 5-я группа животных. 90 суток после имплантации. Окраска гематоксилином и эозином. X200.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берченко Г.Н. Заболевания костно-суставной системы. В кн.: «Патология (руководство)». Под редакцией Пальцева М.А., Паукова В.С., Улумбекова Э.Г. Издательский дом Гэотар-Мед. М., 2002. С. 565-597.
2. Берченко Г.Н. Биоактивные кальций-фосфатные материалы (КФМ) и стимуляция репаративного остеогенеза. Сборник тезисов «Биоимплантология на пороге XXI века». Симпозиум по проблемам тканевых банков с международным участием. М., 2001. С. 37-38.
3. Бушуев О.М. Использование Коллапана в комплексном лечении хронического остеомиелита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1999. - 21 с.
4. Кесян Г.А., Уразгильдеев Р.З., Берченко Г.Н., Арсеньев И.Г.. Дюранный препарат на основе гидроксиапатита в комплексном лечении оскольчатых переломов длинных трубчатых костей. Международная конференция, посвященная 80-летию со дня рождения академика О.Н. Гудушаури. В кн.: «FROM UNCOMMON CASES TO GLOBAL ISSUES». Tbilisi, 2005. P. 42-3.
5. Уразгильдеев З.И., Бушуев О.М., Берченко Г.Н. Применение Коллапана для пластики остеомиелитических дефектов костей. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1998. № 2 С. 31-35.
6. Bojescul J.A., Polly D.W., Kuklo T.R., Allen N. T.W., Wieand K.E. Backfill for iliac-crest donor sites: a prospective, randomized study of coralline hydroxyapatite. American J. Orthopedics. 2005. V. 34, № 8. P. 377-382.
7. Mangano C., Bartolucci E.G., Mazzocco C.. A new porous hydroxyapatite for promotion of bone regeneration in maxillary sinus augmentation: clinical and histological study in humans. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2003. V. 18. P. 23-30.
8. Muschik M., Ludwig R., Haldhubner S., Bursche K., Stoll T.. Beta-tricalcium phosphate as a bone substitute for dorsal spinal fusion in adolescent idiopathic scoliosis: preliminary results of a prospective clinical study. Eur. Spine J. 2001. V. 10. Suppl 2. S. 178-184.

9. Parikh S.N.. Bone graft substitutes: past, present, future. J. Postgraduate Medicine. 2002. V.48, № 2. P. 142-148.
10. Qu S.X., Guo X., Weng J., Cheng J.C.Y., Feng B., Yeung H.Y. Zhang X.D. Evaluation of the expression of collagen type I in porous calcium phosphate ceramics implanted in an extra-osseous site. Biomaterials. 2004. V. 25. P. 659-667.
11. Ripamonti U., Herbst N., Ramoshebi N. Bone morphogenetic proteins in craniofacial and periodontal tissue engineering: experimental studies in the non-human primate Papio ursinus. Cytok. Growth Factor Rev.. 2005. V. 16. P. 357-368.
12. Schopper C., Ziya-Ghazvini F., Goriwoda W., Moser D., Wanschitz F. HA/TCP compounding of a porous CaP biomaterial improves bone formation and scaffold degradation – a long-term histological study. J. Biomed. Mater. Res. Part B: Appl. Biomater. 2005. V. 74B. P. 458-467.
13. Szpalski M., Gunzburg R.. Recombinant human bone morphogenetic protein-2: a novel osteoinductive alternative to autogenous bone graft? Acta Orthop. Belg.. 2005. V.71. P. 133-148.
14. Trotter J.F. Transmission of hepatitis C by implantation of a processed bone graft. A case report. J. Bone Joint Surg.. 2003. V. 85-A. P. 2215-2217.
15. Zijderveld S.A., Zerbo I.R., van den Bergh J.P., Schulten E.A., ten Bruggenkate C.M.. Maxillary sinus floor augmentation using a beta-tricalcium phosphate (Cerasorb) alone compared to autogenous bone grafts. Int J Oral Maxillofac Implants. 2005. V. 20, № 3. P. 432-40.