

Стимулирование репаративного остеогенеза фактором роста при лечении рецессии десны

А.И.Мусяенко, к.м.н., асс.
Кафедра ортопедической стоматологии ОмГМА.

Stimulation of reparative osteogenesis by the growth factor in treating recession of gum

Musienko A.I., OSMA, Omsk
Chair of orthopedic stomatology of OmGMA.

Резюме

В статье рассматриваются актуальные клинические проблемы, связанные с дефицитом кости челюстей при заболеваниях пародонта. Использование для ускорения регенерации тканевых факторов роста становится все более распространенным. Одним из источников тромбоцитарных факторов роста является концентрированная аутогенная тромбоцитарная плазма (FRP), получаемая при фракционировании крови пациента. Обсуждаются клинические аспекты применения FRP и оценка его эффективности. Используемый способ лечения рецессии десны по авторской методике приводит к морфофункциональному восстановлению тканей пародонта. **Ключевые слова:** фактор роста, регенерация, параимплантология, тромбоцитарная плазма

Summary

Summary. The relevant clinical problems to be connected with deficiency of jaw bones by parodontosis are regarded in the paper. An application of tissue growth factors for speeding up regeneration is becoming increasingly common. One of the platelet-derived growth factors sources is the concentrated autogenetic platelet-derived plasma (FRP) to be obtained by fractionating patient's blood. On using the author's method the persistent clinical morphofunctional data have been achieved.

Key words: growth factor, regeneration, paraimplantology, platelet rich fibrin (FRP)

Для стимуляции репаративного остеогенеза в хирургической стоматологии предложены достаточно эффективные методы и различные пластические материалы(2,3,4). В то же время отсутствует четкий алгоритм выбора того или иного материала, вида оперативного вмешательства у больных с воспалительно-деструктивными процессами на фоне патологии соединительной ткани. В пародонтологии использование F.R.P. облегчает адаптацию лоскута в межзубных промежутках и обеспечивает хорошую фиксацию остеогенного материала(4,5,6).

В настоящем исследовании оценивалась эффективность применения F.R.P. (тромбоциты с высоким содержанием фибрина) для костной регенерации[ADDA F. 2001]. Комплексная оценка состояния пародонта проводилась с помощью общеклинических, морфометрических, рентгенологических методов исследования.

Для стоматолога, занимающегося пародонтологией, имплантацией, восстановление

утраченной костной ткани является чрезвычайно важной задачей.

Наряду с аутотрансплантологией для регенерации костных дефектов применяется широкий спектр различных костных заменителей. Большое количество новинок, появляющихся на рынке, часто ставит врача в затруднительное положение, поэтому при выборе остеопластического материала всегда следует основываться на клинических и научных исследованиях и учитывать его биологические свойства.

С 2000 года мы используем в своей практике фактор роста (F.R.P.)-тромбоциты с высоким содержанием фибрина, для улучшения костной регенерации. Это один из остеопластических материалов, который применяется в общей медицине.

В последние годы в параимплантологии наблюдается значительный подъем использования биоматериалов – расширились возможности хирургических операций.

Таблица 1

Группа лиц, которым применяли F.R.P. тромбоциты с высоким содержанием фибрина при лечении рецессии десны.

Возраст	Женщины		Мужчины	
	21-40	41-60	21-40	41-60
Фронтальная группа зубов (генерализованная форма)	20	23	15	20
Фронтальная группа зубов (локальная форма)	24	25	14	15
Боковая группа зубов (генерализованная форма)	22	21	16	22
Боковая группа зубов (локальная форма)	19	23	15	21
Итого:	85	92	60	78

Таблица 2

Группа лиц, которым не применяли F.R.P. тромбоциты с высоким содержанием фибрина при лечении рецессии десны (Сравнительная группа).

Возраст	Женщины		Мужчины	
	21-40	41-60	21-40	41-60
Фронтальная группа зубов (генерализованная форма)	5	4	5	4
Фронтальная группа зубов (локальная форма)	4	5	6	5
Боковая группа зубов (генерализованная форма)	6	5	3	5
Боковая группа зубов (локальная форма)	7	6	5	3
Итого:	22	20	19	17

Однако, для обеспечения оптимизации и прогнозируемости результатов пареоимплантологических операций, необходимо овладеть хирургам-стоматологам элементами рубцевания.

Эти обстоятельства легли в основу интенсивных исследований процессов рубцевания на молекулярном уровне. Представляется, что, среди таких элементов, комбинированный стимулирующий эффект на клетки твердых и мягких тканей могут оказывать содержащиеся в тромбоцитах факторы роста [Wenz В. 2004].

Цель работы

Создать алгоритм выбора методов амбулаторных оперативных вмешательств для устранения рецессии десны, используя для улучшения репаративной регенерации фактор роста.

Факторы роста - это естественные пептиды, близкие к гормонам, но, в противоположность последним, их действие локально, и они не существуют в крови в свободной форме. При высвобождении факторов роста в рубце они обеспечивают мобилизацию необходимых для заживления клеток. Они

захватываются особыми рецепторами, находящимися в клетках-мишенях, получающие биохимические сообщения [Tadic D, Eprlc M. 2003].

Периодонт способен к регенерации. Это не вызывает сомнения. Так почему же при лоскутных операциях после удаления поддесневых зубных отложений и грануляций не происходит восстановления тканей периодонта? Дело в том, что клетки мягких тканей десны быстро заполняют дефект, препятствуя медлительным клеткам периодонта и кости регенерировать [Модина Т.М. 2006].

Материалы и методы

В период с 2000 года по 2008 год нами прооперированно 325 пациентов в возрасте от 21 до 60 лет, женщин и мужчин с рецессией десны I, II, III класса по Миллеру. (Таблица 1)

Все больные поделены по возрасту на две группы:

1. От 21 до 40 лет
2. От 41 до 60 лет

Сравнительную группу составили 78 пациентов с рецессией десны I, II, III класса по Миллеру. В качестве материала для костной регенерации использовали фактор роста (F.R.P.). (Таблица 2)

Перед хирургическим лечением было получено информированное согласие на проведение манипуляций (Рис.1*). Способ осуществляют следующим образом: проводят анестезию Sol. Septonesti с адреналином 1:100000; Sol.Ultracaini; Sol Ubistesini по показаниям. Обнаженные участки корней отшлифовывают, сглаживают. Производят углообразный разрез слизистой, отслаивают лоскут. Проводят компакстотомию обратноконусным бором, при этом операционное поле орошают 0,9% изотоническим раствором. Лоскут перемещают и укладывают без натяжения, устраняют дефект с введением тромбоцитов с высоким содержанием фибрина (фактора роста F.R.P.). Накладывают швы викрилом или проленом 5/0 по показаниям. В послеоперационном периоде пациентов ежедневно наблюдают в течение 10 дней. Швы снимают на 7-8 сутки. При этом необходимо помнить, что для получения прироста компактной кости с фактором роста, необходимо добиваться заживления послеоперационной раны первичным натяжением. Это

можно достичь путем достаточной мобилизацией лоскутов и надежной питающей ножкой. В качестве гигиенического полоскания применяют настой шалфея, в течение 5 дней препарат «Трихопол» в дозировке 0,25 г., 3 раза в день, после еды внутрь. Контрольные осмотры в первый месяц каждые 10 дней, в последующем каждые 3 месяца в течение 3 наблюдаемых лет (Рис.2).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования за группой лиц с рецессией десны, эффективность применяемого нами метода достигла 91%. Успех костной регенерации оценивался на основании стойкой стабилизации полученных результатов. Контрольные рентгенологические исследования выявили образование костной ткани в имеющихся дефектах, при этом уровень высоты кости оставался стабильным. Особое внимание уделялось послеоперационному уходу. Холод местно на протяжении 5 часов, исключение грубой, твердой пищи. Не жевать на оперированной стороне. Отмечается гиперемия, отечность слизистой и мягких тканей 1 – 3 сутки. Отек распространяется за пределы лоскута. Пальпация слегка болезненна. Швы состоятельны, сохранены. На 4-5 сутки отечность сокращается, давление на швы меньше, лоскут соприкасается на всем протяжении. Пальпация поверхностная, безболезненная. Оперированный зуб и рядом стоящие устойчивы. На 8-10 сутки слизисто-надкостничный лоскут закрывает дефект, практически ни чем не отличается от окружающей слизистой. Полностью перекрыт имеющийся ранее дефект слизистой. При более глубокой пальпации определяется нечетко выраженная бугристость наружной компактной пластинки, в проекции оперированного участка. Зубы устойчивы. Перкуссия горизонтальная, вертикальная безболезненны. Десневой край плотно облегает шейку зуба. Удаляли швы на 7-8 день. Заживление первичным натяжением во всех случаях. Дефект закрыт. Эстетика восстановлена.

При наблюдении за пациентами контрольной группы в послеоперационном периоде отмечалось следующее: 1-3 сутки швы состоятельны, значительная гиперемия и отечность слизистой оперированного участка. На 4-5 сутки отечность сокращалась, лоскут соприкасался на всем протяжении, пальпация слегка болезненна. Оперированный

*Рисунки 1-2 см. на 3 обложке

зуб не подвижен. На 3-10 сутки слизисто-надкостничный лоскут закрывал дефект, при глубокой пальпации компактная пластинка сглажена, ровная. Перкуссия горизонтальная и вертикальная безболезненна. Десневой край не всегда плотно облегал шейку зуба. Швы снимались на 7-8 день.

Полученные данные позволят углубить знания патогенеза репаративных нарушений у больных с воспалительно-деструктивными процессами челюстно-лицевой области, улучшить результаты оперативных вмешательств в амбулаторной стоматологической практике, снизить частоту послеоперационных осложнений.

Таким образом, анализ результатов лечения рецессии десны, разработанный нами с учетом F.R.P технологий, свидетельствует о положительном влиянии лоскутной операции на стабилизацию процесса, при этом снижается количество рецидивов за-

болевания, что является основанием для широкого внедрения данной методики в практическое здравоохранение, отделения хирургической стоматологии поликлиник. При использовании данного метода отпадает необходимость в каких-либо химических препаратах, что повышает его безопасность для пациента и сокращает время проведения данной операции.

Литература

1. Роль пластической пародонтальной хирургии при увеличении прикрепленной десны для устранения локальной и генерализованной рецессии / Т.Н.Модина, Л.А.Григорянц, И.Р.Гранжа, М.В.Болбат, Э.Г.Старикова, Е.Ю.Блинова // Клиническая стоматология - 2006/2 - С.36-39.
2. Кулаков А.А. Клинические аспекты увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка при его атрофии на этапах зубной имплантации / А.А.Кулаков // Клиническая имплантология - 2005/5 - С.70-74.

Дефекты зубов и зубных рядов в процессе их реабилитации

Р.Т.Насыров, Ф.Ф.Маннанова, Л.Б.Новикова

Defects of teeth and dental series in their recovery

RT Nasirov, FF Mannanova, LB Novikova

Резюме

Определены показатели качества жизни у стоматологических больных с различной топографией дефектов зубных рядов в процессе их реабилитации с использованием русской версии опросника MOS SF - 36. Выявлено статистически значимое улучшение показателей качества жизни по шкалам ролевого эмоционального функционирования (РЭФ), социальной активности (СА), психологического здоровья (ПЗ) после лечения. Тенденция улучшения показателей качества жизни отмечена по всем остальным шкалам.

Ключевые слова: стоматологические больные, качество жизни, дефекты зубных рядов, реабилитация.

Summary

Were identified indexes of quality of life of dental patients with varying topography of defects of dental series in their recovery, using the Russian version of the questionnaire MOS SF - 36. Was brought out a statistically significant improvement in the indexes of quality of life for the scales of role emotional functioning (REF), social activity (SA), mental health (MH) after treatment. The tendency of improvement in the quality of life is marked on all other scales.

Keywords: : dental patients, quality of life, defect of dental series, rehabilitation.

Введение

Понятие качество жизни (КЖ) включает в себя характеристики физического, психологического, эмоционального и социального

функционирования человека. В современной медицине КЖ является дополнительным критерием оценки эффективности проводимого лечения, а также позволяет прово-

“ОЦЕНКА МИКРОСТРУКТУРЫ ПОВЕРХНОСТИ НОВОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТА ИЗ НАНОТИТАНА В СРАВНЕНИИ С ИЗВЕСТНЫМИ”.

Хасанова Л.П., Бахтизин Р.З.

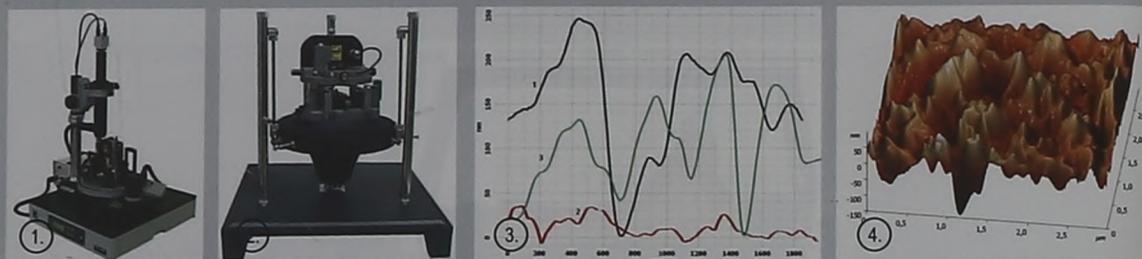


Рис.1 Сканирующий зондовый микроскоп Ntegra. Рис.2 Сканирующий зондовый микроскоп Solver-P47.

Рис.3 Сравнительная оценка микроструктуры поверхности исследуемых материалов.

1 – нанотитан, 2 – имплантант «Конмет», 3 – имплантант «Имплантиум».

Рис.4. АСМ - изображение микроструктуры материала из нанотитана в нанометрах. Размер скана 1,8×1,8 мкм.

“СТИМУЛИРОВАНИЕ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ФАКТОРОМ РОСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ”

А.И.Мусяенко.



Рис.1.Рецессия десны у 41 зуба. Рис.2.Клиническое состояние десны у 41 зуба через 3 года.