

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРФОРАЦИОННОГО ПЕРИОДОНТИТА

Э.И.Доля, проф. Е.Н.Рябоконе

Харьковский национальный медицинский университет

В результате повторного эндодонтического лечения существует риск возникновения перфорации. Перфорации зубов составляют 9% всех осложнений эндодонтического лечения [1,6]. Наибольшие трудности в лечении представляют перфорации в области фуркации. Периодонт фуркационной области является менее защищенным от воздействия инфекционных и токсических агентов, более бедным в нейро-трофическом, обладает меньшими пластическими и репаративными свойствами, испытывает более высокую функциональную нагрузку в сравнении с периодонтом периапикальной области [2,10]. В связи с этим межкорневые периодонтиты которые развились в результате перфорации при традиционных методах лечения, имеют неблагоприятный прогноз, являются показанием к удалению зуба [4, 9].

Большинство авторов сходны во мнении, что основной целью лечения является влияние на систему дентинных канальцев и перфорационный канал, а также на область за перфорационным очагом [3,5].

Сегодня все большее распространение в стоматологической практике получает использование богатой тромбоцитами плазмы (БотП) для ускорения роста кости и мягких тканей. Эта биотехнология является новым направлением тканевой инженерии и клеточной терапии, которая сегодня привлекает все большее внимание медицинской общественности [7,11]. БотП используют в стоматологии самостоятельно в виде сгустка либо в качестве биологической мембраны. Тромбоциты в организме играют основную роль в процессе свертывания крови и формирования сгустка при повреждении тканей, и является природным источником факторов роста. Установлено, что специфические белки, так называемые факторы роста,

представляют собой биологически активные полипептидные молекулы. Факторы роста издают биохимические сигналы, которые воспринимаются рецепторами, расположенными на поверхности поврежденных клеток. Рецепторы, получив сигнал, стимулируют деление и рост этих клеток. При увеличении концентрации тромбоцитов увеличивается концентрация факторов роста: тромбоцитарного фактора роста (PDGF-aa, PDGF-bb, PDGF-ab), фактора роста эпителия сосудов (VEGF) и фактора эпителия (EGF). Эти природные факторы роста находятся в биологически предопределенном соотношении. В сгустке крови также содержатся фибрин, фибронектин и витронектин, это адгезивные молекулы, необходимые для миграции клеток, остеиндукции, эпителизации и остеинтеграции. В БоТП эти вещества находятся в том же количестве, что и в нормальном сгустке (т.е. 2-4 г/л). Кроме того, БоТП не обладает остеиндуктивным эффектом, т.е. не может образовывать костную ткань без присутствия костных клеток. БоТП стимулирует ангиогенез (рост сосудов) и митоз клеток, которые участвуют в процессе регенерации тканей [7,11].

«Триоксидент»- эндодонтический реставрационный цемент был разработан фирмой ВладМива (Россия). Его основными компонентами являются трехкальциевый алюминат, трехкальциевый силикат, оксид кальция и оксид кремния. Методом электронного микроанализа установлено, что основными ионами, которые присутствуют в «Триоксидент» являются катионы кальция и фосфат-анионы. Одновременно эти ионы являются главными компонентами тканей зуба, что обуславливает биологическую совместимость данного материала. В качестве активной бактериостатической добавки в материал введена гидроокись меди-кальция. Введенная добавка обеспечивает пролонгированное антисептическое и бактериостатическое действие [8].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения хронического межкорневого перфорационного периодонтита с использованием материала

«Триоксидент» (ВладМива, Россия) и аутогенной богатой тромбоцитами мембраны.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническое исследование было проведено на 16 пациентов в возрасте от 20-74 лет. Было пролечено 16 зубов с диагнозом хронический межкорневой перфорационный периодонтит. Всем пациентам было проведено лечение по предложенному способу. Для проведения качественного лечения область перфорации должна быть хорошо обзрима. Зона перфорации обрабатывалась 0,5% р-р гипохлорита натрия, для остановки кровотечения использовали гемостатического геля ViscoStat (Ultradent). В случае необходимости края перфорации освежались при помощи шаровидного бора. Затем приступали к приготовлению БоТП мембраны. Для этого из локтевой вены пациента в стерильную пробирку проводили забор необходимого объема венозной крови (5 мл) и затем помещали в центрифугу для получения БоТП путем центрифугирования на скорости 3000 об\мин 15 мин [11]. После этого готовили аутогенную мембрану из БоТП пациента для закрытия костного дефекта. Мембрану получали следующим образом: извлеченную из пробирки богатую тромбоцитарную плазму помещали между двумя стерильными марлевыми салфетками и аккуратно прижимали, после чего готовую мембрану освобождали от салфеток. Мембрану размещали в области костного дефекта и уплотняли. После формирования барьера поверх него для герметичного закрытия перфорационного канала его пломбировали цементом «Триоксидент». Маленькими порциями на перфорацию укладывали материал и уплотняли при помощи штопфера большого диаметра для предотвращения проталкивания материала в периодонт, затем покрывали поверхность реставрации увлажненным ватным шариком и временной повязкой. Спустя 12 часов удаляли временную повязку и закрывали полость постоянным пломбирочным материалом. Рентгенологический контроль проводили непосредственно после лечения, затем спустя 1, 6 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение

Контрольные осмотры в отдаленные сроки показали в 3 (18,75%) случаях причинные зубы были удалены по поводу прогрессирования воспалительного процесса в межкорневой области периодонта. В 13 (81,25%) случаях было отмечено отсутствие жалоб пациентов и клинических признаков воспаления. Рентгенологическая картина этих пациентов свидетельствовала о проявлении репаративного остеогенеза с постепенным замещением новообразованной костной тканью и уменьшением патологического очага.

Выводы

Применение аутогенной тромбоцитарной мембраны в качестве биологического барьера в комплексе с цементом «Триоксидент» для пломбирования перфорационного канала в подавляющем большинстве случаев – 87,25% позволяет ликвидировать патологический процесс в межкорневой зоне и сохранить функциональную целостность зуба, что является *перспективным* для применения данного способа лечения в практическом здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология/ Е.В.Боровский - М.: Медицинское информационное агентство, 2004.–256с.
2. Гречишников В.И. Лечение хронических межкорневых периодонтитов/ В.И. Гречишников, С.В. Новиков //Актуальные вопросы медицины. Сборник научных трудов по материалам научно-практической конференции «Новые технологии в стоматологии».: Ставропольская государственная медицинская академия, мат.конф. – Ставрополь,1996.-С.13-14.
3. Джулиан Уеббер. Клиническая тактика при эндодонтических неудачах/ Уеббер Джулиан //Дент Арт.-2008.-№3.-56-63.

4. Кударь А.И. Лечение хронического перфоративного межкорневого периодонтита многокорневого зуба /А.И. Кударь, М.А. Кударь // Стоматолог.-2003.-№2.-С.18-21.
5. Левицкая Е.В. Периодонтит/ Е.В.Левицкая -К.:Здоровье,1973.-127 с.
6. Мамедова Л.А. Этапы в технологии лечения осложненных форм кариеса зубов (Историко-медицинский аспект)/ Л.А. Мамедова //Стоматология для всех.-1999.-№4(9)-С.52-55.
7. Маркс Роберт Богатая тромбоцитами плазма: что можно назвать БоТП, а что нельзя / Роберт Маркс // Dental Market –новости стоматологического рынка.-2003-вып.6.-С.10-13.
8. Скрипников П.Н. Водорастворение и водопоглощение материала «Триоксидент»/ П.Н. Скрипников, В.И. Доценко, С.В. Билоус // Украинский стоматологический альманах.-2006.-№5.-С.91-93.
9. Abedi H.R. Mineral trioxide aggregate: a review of new cement/ H.R.Abedi, J.I.Ingke // J.Calif. Dent. Ass.-1995.-V.23.-№12.-P.36-39.
10. Christy W.H. Endodontics: past, present and future/ W.H. Christy / /J.Calif. Dent. Ass.-2002.-V.56.-№6.-P.503-507.
11. Hom-Lay Wang, Platelet Rich Plasma: Myth or Reality? / Wang Hom-Lay, Gustavo Avila // Eur O Dent.-2007.-Vol.1(14).-P.192-194.