

616.31(06)

C 91



МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

“СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ”

З НАГОДИ

**90-ЛІТТЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ ДЕКАНА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ
КИЇВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ,
ПРОФЕСОРА**



**КОВАЛЕНКО
ВАСИЛІСИ СТЕПАНІВНИ**

КИЇВ-2011



ЕФЕКТИВНІСТЬ СУМІШІ ОСТЕОБЛАСТУ-К ТА ФІБРИНОВОГО ГЕЛЮ АУТОКРОВІ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА КОМІРКОВОМУ ПАРОСТКУ

Чумаченко О.В., Салозуб Т.В.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця; Київ, Україна

На сьогодні існують пропозиції використання фібринового гелю з кістковопластичними матеріалами для заповнення комірок після видалення зубів та кіст. Для цього використовуються достатньо дорогі імпорتنі пристрої для центрифугування крові, які дозволяють досягати підвищеної концентрації тромбоцитів. Деякі фахівці вважають, що саме надмірна кількість тромбоцитів (за 1 000 000 в 1 мкл.) може стимулювати репаративний остеогенез. Проте, на сьогодні починає домінувати думка, що ніякий синтетичний матеріал не може стимулювати репаративний остеогенез, його можна тільки оптимізувати шляхом створення умов, які відповідають фізіологічній регенерації.

Мета роботи – вивчити можливість спрощеного отримання ефективного фібринового гелю аутокрові з фізіологічною кількістю тромбоцитів, та його ефективність при загоєнні слизово-окісної рани та відновленні кісткової тканини альвеолярного паростка після видалення зубів.

Матеріали і методи. Проведено видалення 65 зубів на верхній щелепі у 50 хворих.

Комірки після видалення заповнювалися нещільно сумішшю Остеобласту-К та сироватки ауто крові хворого. Вхідний отвір в комірку закривався мембраною, отриманою при пальцевому стиканні фібринового гелю, яка заводилася під краї окістя. Рана закривалася плівкою Диплен-дента ХГ (вміщує хлоргексидін та гентаміцин) та вініловою капою товщиною 0,25 мм «SOF-TRAY SHEETS» виробництва німецької фірми «Ultradent Products.Inc» (U.S. Patent. Nos.:5,667,386; 5,759,037; 5,846,038), та заповнення простору між капою та післяопераційною поверхнею тампоном з препаратом ербісол і проведення курсового парентерального прийому ербісолу.



Для з'ясування морфології фібринового гелю проведено його дослідження у наших хворих. Після 12-хвилинного центрифугування, при 3 000 об/хв в лабораторній центрифугі ОПН-3. 10 мл щойно набраної венозної крові, без будь-яких реактивів, в пробірках утворювалися 3 шари: сироватка, фібриновий гель та еритроцитарна маса. На предметне скло наносили сироватку, рідину з фібринового гелю та тонкий шар гелю у вигляді щільної мембрани. Фіксували розчином Майн-Грюнвальда та фарбували розчином Романовського. Мікроскопія показала наявність великої кількості поодиноких та агрегованих тромбоцитів в сироватці та рідині з гелю, поодинокі та гронаподібні скупчення тромбоцитів в мембрані на фоні фібрил. Кількість тромбоцитів у сироватці з пробірки та в рідині після виділення з фібринового гелю становить від $197 \cdot 10^9$ до $458 \cdot 10^9$ мкл, в червоному осаді (еритроцитарна маса) до $50 \cdot 10^9$ мкл (обчислення велось на аналізаторі Advia 60, Siemens Healthcare Diagnostics Inc. USA). Таким чином, можна вважати, що рідина з фібринового гелю та сироватка містять фізіологічну концентрацію тромбоцитів.

Оцінку ефективності використання кістковопластичної суміші проводили клінічно, антропометрично (заміряли висоту альвеолярного паростка) та радіовізіографічно (визначали оптичну щільність кістки на вершині паростка) після втручання та через 1,3,6 і 12 місяців потому. Результати порівнювали з аналогічними показниками умовної норми для кожного хворого, отриманих в сусідніх або симетричних ділянках паростків. В разі потреби майбутньої дентальної імплантації моделювали висоту паростків з надлишковою кількістю матеріалу.

Аналіз отриманих даних. Ускладнення у вигляді гострого запалення констатоване у 8 хворих з 50 (16,00%). З них повне розходження швів відбулося у 1 хворого, часткове – у 2 пацієнтів (всього 6,00%). У інших 5 хворих запальний процес був ліквідований за рахунок внесення на рану протизапальних гелевих сумішей (захисна пластина слугувала контейнером). Таким чином, успішне завершення раневого процесу констатоване у 94% хворих. В перебігу раневого процесу не відмічалось кровотеч, вираженого набряку та виділень рідини з рани.



З моменту оперативного втручання, до 12 місяців після операції, відсоток динаміки модельованої висоти альвеолярних паростків, по відношенню до умовної норми, становив в ділянці різців від + 7,27% до - 6,37%, в ділянці премолярів від + 8,72% до 6,66%, в ділянці молярів від +4,27% до -7,73%.

Ширина змінювалася наступним чином: в ділянці різців від +2,82% до - 1,43%, в ділянці премолярів від +9, 24% до -1, 89%, в ділянці молярів від +12, 97 % до -4, 59%.

Динаміка відсотку оптичної щільності, по відношенню до умовної норми на вершині альвеолярного паростка на рівні різців, змінювалася від +3, 67% до -7, 79%, на рівні пре- молярів від +9, 29% до -10, 72%, на рівні молярів від +10, 31 % до -12,48%.

Радіовізіографія кісткової тканини свідчить про утворення сітчастої структури в ділянках внесення запропонованої суміші, в період 6 – 12 місяців після втручання.

На період можливого проведення дентальної імплантації (через 12 місяців після втручання) альвеолярний паросток у 47 хворих був достатньої висоти і не мав патологічних ознак.

Висновки:

1. Спрощена методика отримання фібринового гелю дозволяє мати в структурі останнього фізіологічну норму концентрацію тромбоцитів.
2. Використання запропонованої нами суміші показало достатньо високу репаративну ефективність при підготовці кістки для дентальної імплантації.
3. Формування під час оперативного втручання «надлишку» об'єму паростка дозволяє через 1 рік утримувати необхідну висоту, не дивлячись на процеси резорбції кістково пластичного матеріалу та атрофії, які особливо виражені в верхній частині альвеолярної кістки.