Chirurgia regeneracyjna wyrostka zębodołowego

Dr n. med. Marzena Dominiak
Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Konsekwencją urazu lub procesu zapalnego toczącego się w obrębie kości wyrostka zębodołowego są zaburzenia morfologiczne i czynnościowe otaczających tkanek twardych i miękkich wyrostka. Odtworzenie ciągłości tkanek bez przywrócenia im zróżnicowania i funkcji, które najczęściej występuje w procesie naturalnego gojenia, prowadzi do wytworzenia blizny łącznotkankowej. Powoduje to zniekształcenie lub znaczną utratę kości wyrostka zębodołowego prowadzącą do utrudnienia leczenia protetycznego i implantologicznego, utratę struktur podporowych otaczających zębów, czego konsekwencją może być rozchwianie sąsiednich zębów, zaburzenia estetyczne. Może powodować również niespecyficzne dolegliwości bólowe w okolicy gojących się dużych ubytków kostnych. Celem chirurgii regeneracyjnej jest rekonstrukcja kształtu i funkcji uszkodzonych tkanek. Proces regeneracji, znacznie różniąc się od reparacji, uzyskany w wyniku zastosowania zdobyczy inżynierii tkankowej (biomimetyki), oznacza rekonstrukcję tkanek na wzór procesów embrionalnych, będących powtórzeniem tworzenia się i ich różnicowania tak jak w embriogenezie. Celem pracy było przedstawienie w praktyce możliwości zastosowania najnowszych zdobyczy inżynierii tkankowej w regeneracji różnych ubytków kostnych. Wystąpienie, bogato ilustrowane, porusza zarówno aspekty klinicznego wykorzystania różnych materiałów regeneracyjnych ze wskazaniem ich praktycznego zastosowania oraz omawia wskazania i przeciwwskazania do ich zastosowania.

Najnowsze osiągnięcia implantacji jednofazowej z natychmiastowym obciążeniem

Dr Elżbieta Krężlik i dr Arkadiusz Krężlik
(Klinika Artdentis w Tomaszowie Mazowieckim)

Dzięki implantologii stomatologicznej pacjenci nawet z całkowitym bezzębiem mogą uzyskać rehabilitację narządu żucia w postaci uzupełnień stałych-mostów wspartych na implantach. Jednakże cele implantologii to nie tylko uzyskanie uzupełnienia stałego i eliminacja protezy ruchomej, ale także poprawa funkcji żucia poprzez satysfakcjonującą stabilizację protezy ruchomej wspartej na implantach, unikanie szlifowania zębów oraz zapobieganie resorpcji kości.
Aktualne kierunki rozwoju implantologii stomatologicznej dążą do skracania czasu leczenia, do ograniczania traumatyczności zabiegów i możliwości osiągnięcia „zęba w jeden dzień".
Postępowaniem realizującym powyższe cele jest stosowanie implantacji jednofazowej z natychmiastowym obciążeniem. Wykorzystywane są wtedy zalety implantu jednofazowego

- atraumatyczny przebieg leczenia – w czasie jednego zabiegu chirurgicznego otrzymujemy filar protetyczny (brak drugiego zabiegu odsłonięcia implantu, wyeliminowanie etapu śrub gojących).
- możliwość natychmiastowego obciążenia ze względu na stożkowy kształt i samogwintującą konstrukcję części wewnątrzkostnej implantu.
- możliwość natychmiastowego zaopatrzenia protetycznego w dniu implantacji ze względu na obecność części naddziąsłowej.
- brak szczeliny między częścią nad- i poddziąsłową co eliminuje ryzyko „mikroprzecieku" rozwoju bakterii i występowania stanów zapalnych

– skrócony do minimum czas leczenia dla lekarza i pacjenta co zwiększa akceptację planu leczenia przez pacjenta, a zmniejszenie ilości wizyt może obniżyć koszty leczenia.

Powyższe postępowanie nie jest skomplikowane w dobrych warunkach kostnych. Natomiast prawdziwym osiągnięciem implantologii jest możliwość uzyskania „zęba w jeden dzień" w przypadkach rozległych zaników kostnych i współistniejących okołowierzchołkowych stanach zapalnych. Jest to możliwe dzięki skojarzonemu leczeniu polegającemu na jednoczasowej ekstrakcji zębów, dokładnym usunięciu zmian okołowierzchołkowych, natychmiastowej implantacji z jednoczesnym zastosowaniem technik sterowanej regeneracji kości i skutecznej, bakteriobójczej osłonie antybiotykowej (Clindamycin MIP 600mg 2x1 tabl.). Takie postępowanie wymaga doświadczenia imlantoprotetycznego od lekarza.

Wykorzystanie zawiesiny autologicznych keratynocytów hodowanych *in vitro* w gojeniu ran błony śluzowej jamy ustnej

Dr n. med. Joanna Zarzecka
Pracownia Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Instytutu Stomatologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Wzrastająca liczba rozległych zabiegów z zakresu chirurgii przedprotetycznej i korekcyjnej tkanek miękkich jamy ustnej, wiąże się z koniecznością poszukiwania nowych metod pozyskiwania materiału rekonstrukcyjnego. Stosowane w tych przypadkach wolne przeszczepy skóry, błony śluzowej, podnabłonkowej tkanki łącznej i różnego rodzaju plastyki płatowe, są metodami sprawdzonymi – jednak poza zaletami mają wiele wad. Natomiast wykorzystanie zaawansowanych pod względem biotechnologicznym statycznych substytutów błony śluzowej jamy ustnej pełnej grubości i arkuszy nabłonkowych ma charakter eksperymentalny.
Brak doniesień na temat wykorzystania klinicznego w stomatologii zawiesin komórkowych w fibrynowym kleju tkankowym (substytuty dynamiczne nabłonka), było główną przesłanką podjęcia w tym kierunku badań własnych. Celem badań było opracowanie modelu doświadczalnego gojenia ubytków błony śluzowej jamy ustnej królika, pokrytych fibrynowym klejem tkankowym oraz zawiesiną hodowanych *in vitro* autologicznych keratynocytów w fibrynowym kleju tkankowym oraz opracowanie metody wykorzystania zawiesiny hodowanych *in vitro* autologicznych keratynocytów w fibrynowym kleju tkankowym w usprawnieniu procesu gojenia błony śluzowej u pacjentów poddanych plastyce przedsionka jamy ustnej.

Badania doświadczalne przeprowadzono na zwierzętach laboratoryjnych, a część kliniczną zrealizowano w grupie pacjentów Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej oraz Pracowni Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją Instytutu Stomatologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Tak w części doświadczalnej jak i w klinicznej zastosowano metody badań w opracowaniu własnym.

W części klinicznej do badań zakwalifikowano 20 pacjentów. Stwierdzono: wąską strefę dziąsła przyrośniętego u 19 osób (95%), u 1(5%) spłycającą przedsionek bliznę pooperacyjną. Dodatkowe rozpoznania to: u 7 osób (35%) wysoki przyczep wędzidełka i u 16 (80%) wędzidełka dodatkowe oraz recesje dziąsłowe w 8 przypadkach (40%). Opracowano algorytm postępowania przedoperacyjnego, operacyjnego i pooperacyjnego (wczesnego i późnego). Fazę chirurgiczną poprzedzono profesjonalnym usunięciem złogów nazębnych i korektą nawyków higienicznych. Po wykonaniu zabiegu poszerzenia strefy dziąsła przyrośniętego zgodnie z procedurą opisaną przez Clark'a (w modyfikacji Corn'a) powierzchnię rany pokrywano KFGS i zabezpieczano indywidualną płytą akrylanową. We wczesnym okresie pooperacyjnym (do 10 doby), do czasu zdjęcia płyty stabilizującej, zalecano: