

Концепция долгосрочного сохранения и восстановления функций жевательно-речевого аппарата путем целевого, системного, комплексного, последовательного предупреждения утраты костной ткани альвеолярной части челюстей (проект)

Project concept for the long-term preservation and restoration of masticatory and speech functions through a targeted, structured, and comprehensive stepwise prevention of alveolar bone loss



Авторы текста проекта Концепции: проф., д. м. н. М.М. Соловьев, проф., д. м. н. А.И. Яременко, проф., д. м. н. Л.Ю. Орехова, д. м. н. А.М. Соловьева

Соловьев М.М. – д.м.н., профессор кафедры стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова МЗ РФ

Концепция долгосрочного сохранения и восстановления функций жевательно-речевого аппарата путем целевого, системного, комплексного, последовательного предупреждения утраты костной ткани альвеолярной части челюстей (далее – Концепция) базируется на общих принципах профилактической медицины и основана на подходах, изложенных в «Федеральной государственной программе первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России», одобренной решением Совета Стоматологической ассоциации России от 26 апреля 2011 г.

В соответствии с предлагаемой Концепцией, медицинская тактика при оказании консультативно-диагностической и лечебно-профилактической помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями должна обеспечивать системный подход к целенаправленному последовательному комплексному предупреждению утраты костной ткани альвеолярной части челюстей (далее – АЧЧ).

Необходимость разработки Концепции продиктована возросшими требованиями населения к качеству реабилитации функций жевательно-речевого аппарата, в том числе после утраты естественных зубов; растущей численностью пациентов преклонного возраста; дефицитом единства и преемственности в клинической тактике стоматологов различных специализаций относительно долгосрочного сохранения и морфофункциональной реабилитации жевательно-речевого аппарата.

Предпосылками разработки Концепции стали современные биотехнологические достижения, связанные со значимым повышением эффективности морфофункциональной реабилитации жевательно-речевого аппарата у пациентов с утратой естественных зубов методом протезирования с опорой на остеоинтегрированные дентальные имплантаты. При этом наиболее существенным местным ограничением для применения подобного подхода является уменьшение размеров (редукция) АЧЧ за счет утраты костной ткани. Дефицит костной ткани затрудняет или делает невозможным применение внутрикостных дентальных имплантатов, вынуждая использовать более

агрессивные (травматичные и рискованные) методы создания опоры для протезных конструкций.

Проблеме изучения причин прогрессирующей утраты костной ткани АЧЧ посвящены многочисленные научные исследования, в том числе работы представителей академических школ Ленинграда – Санкт-Петербурга. К их числу относятся исследования М. М. Соловьева и его учеников, посвященные вопросам изучения патогенеза деструктивных форм одонтогенной инфекции.

Костная ткань зубоальвеолярного комплекса на протяжении жизни человека может подвергаться прямому повреждающему воздействию разнообразных экзо- и эндогенных факторов, а также страдать вследствие различных патологических процессов.

Среди факторов, оказывающих непосредственное повреждающее воздействие на морфологические структуры зубоальвеолярного комплекса, наряду с экзогенными факторами биологической, механической, химико-физической природы, важная роль принадлежит эндогенным факторам, в том числе хронической травме пародонта при травматической окклюзии на фоне первичных ортодонтических аномалий, вторичных зубочелюстных дефектов и деформаций, а также вследствие нефизиологичного распределения жевательной нагрузки с перегрузкой отдельных зубоальвеолярных сегментов в результате нерационального стоматологического лечения.

К числу патологических процессов, ведущих к утрате костной ткани АЧЧ, относятся: инфекционно-воспалительный процесс при пародонтите, верхушечном периодонтите, воспалительных заболеваниях челюстей; травматическое повреждение, сопровождающее операции удаления зубов, кист, опухолей челюстей; атрофия как следствие отсутствия физиологической функциональной нагрузки на костные структуры после удаления зубов; лекарственные, лучевые некрозы челюстей; эссенциальные поражения костной ткани челюстей, сопряженные с влиянием генетических и эпигенетических факторов.

Понимание патогенеза редукции АЧЧ как результата нарушения синхронности, сбалансированности

процессов утраты костных структур (вследствие некроза, рассасывания или отторжения) и процессов репаративного остеогенеза определяет потенциальные направления персонализации прогнозирования динамики редукции АЧЧ, например путем поиска генетических и эпигенетических биомаркеров повышенной склонности к костной резорбции.

К числу прогностических биомаркеров костной резорбции относятся такие факторы как: возраст, уровень физической активности, особенности питания, гормональные заболевания (диабет, метаболический синдром), дефицит витаминов (А, С, D, К), особенности микробиоты и уровень гигиены полости рта, прием лекарственных препаратов, длительное употребление алкоголя, табакокурение, первичные и вторичные иммунодефицитные состояния при злокачественных опухолях, заболеваниях крови, лучевой болезни и проч.

Изучение клиничко-генетических параллелей свидетельствует о существовании генетических маркеров риска предрасположенности к прогрессирующей утрате костной ткани АЧЧ. Например, в исследованиях М. М. Соловьева и соавторов обнаружено достоверное повышение уровня редукции АЧЧ у пациентов с различными формами одонтогенной инфекции челюстей на фоне сочетанного полиморфизма трех генов, участвующих в механизмах воспаления костной ткани и репаративного остеогенеза: гена супероксиддисмутазы SOD2 (V16A); генов проколлагенов Colla1 (+1245G→T); гена рецептора витамина D – VDR (Bsm1).

С целью прогнозирования течения и исхода процесса редукции АЧЧ важно учитывать характер и темпы костной резорбции АЧЧ как в области сохраняющихся естественных зубов, так и в зонах адентии. В связи с этим оценка динамики состояния костной ткани АЧЧ должна быть неотъемлемым компонентом периодического диспансерного обследования зубочелюстной системы, наряду с оценкой состояния твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта. С целью обеспечения унификации и сопоставимости результатов динамического наблюдения за базовую структурно-функциональную единицу оценки рекомендуется принимать дентоальвеолярный комплекс одного зуба. К критериям оценки состояния костной ткани АЧЧ при регистрации местного стоматологического статуса необходимо относить как выраженность поражения костных структур АЧЧ по распространенности и глубине, так и темпы поражения костных структур АЧЧ по данным динамического клиничко-рентгенологического обследования. Полученные данные используются при формировании групп диспансерного наблюдения и при разработке индивидуально ориентированных программ комплексной профилактики, лечения и реабилитации пациентов с повышенным риском развития редукции АЧЧ.

Следует подчеркнуть, что предлагаемая Концепция не противоречит клинической стратегии длительного сохранения естественных зубов, однако предполагает разработку научно обоснованных критериев принятия решения в случаях клинической дилеммы «сохранение зуба или костных структур АЧЧ».

Основными направлениями предлагаемой Концепции являются:

1. Профилактика утраты костной ткани АЧЧ с учетом генетических, эпигенетических, системных и локальных факторов риска.

2. Динамическая оценка характера и темпов редукции АЧЧ в рамках диспансерного наблюдения на основе персонализированного прогнозирования риска развития осложнений и исхода стоматологических заболеваний.

3. Системный биопсихосоциальный персонализированный подход к разработке и осуществлению индивидуально ориентированных программ комплексной профилактики, лечения, предупреждения осложнений и морфофункциональной реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями. Формирование между лечащим врачом и пациентом доверительных, доброжелательных отношений, осознанного стремления к сотрудничеству.

4. Комплексный, междисциплинарный подход к предупреждению утраты костной ткани альвеолярной части челюстей, лечению осложнений и реабилитации пациентов. Командный принцип с участием специалистов стоматологического профиля и врачей-интернистов.

5. Совершенствование методов удаления зубов и оперативных вмешательств на АЧЧ с целью минимизации травмы костных структур.

6. Разработка научно обоснованных критериев для принятия решения о клинической целесообразности дальнейшего сохранения зубов при прогрессирующем течении пародонтита, сопровождающемся ускоренными темпами утраты костной ткани АЧЧ.

7. Совершенствование методов профилактики и лечения деструктивных форм одонтогенного остеомиелита челюстей, лекарственных и лучевых некрозов челюстей.

8. Разработка программы междисциплинарного модуля профессиональной подготовки по тематике предлагаемой Концепции для студентов, клинических ординаторов и врачей.

В разработке Концепции принимали участие многие представители Санкт-Петербургских академических структур и практического здравоохранения, в том числе М. М. Соловьев, А. И. Яременко, Л. Ю. Орехова, А. М. Соловьева, В. Н. Трезубов, Г. А. Хацкевич, З. К. Раад, А. В. Силин, А. Л. Рубежов, Р. А. Фадеев, А. В. Васильев, Е. А. Сатыго, М. М. Соловьев (мл.), А. П. Григорьянц, Е. М. Черновол, А. А. Сакович, Е. С. Лобода, Э. В. Гриненко и другие.

Рабочий вариант концепции был обсужден и одобрен Стоматологической ассоциацией Санкт-Петербурга и Научным медицинским обществом стоматологов Санкт-Петербурга.

Работа над Концепцией продолжается. Идет активное обсуждение.

Контакты для связи:

Орехова Людмила Юрьевна
prof_orekhova@mail.ru, terstomlo@mail.ru

Соловьева Анна Михайловна
soloveva_a_m@almazovcentre.ru