لیزرپزشکی؛ ۱۳۹۰، دورهٔ ۸، شمارهٔ ۴، صفحات: ۱۴-۶.

مقاله پژوهشی

کاربرد پیوند استخوانی اتوژن به‌تنهایی و به‌همراه کاربرد لیزرکم‌توان در درمان ضایعات پریودنتال داخل استخوانی دو و سه‌دیواره

نادر ابوالفضلی[۱]
مهرنوش صدیقی شمامی[۲]
مهرناز صدیقی شمامی[۳]
سهند ریخته‌گران[۴]

[۱]دانشیار پریودنتیکس،دانشکدهٔ دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
[۲]رزیدنت پریودنتیکس، دانشکدهٔ دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
[۳]رزیدنت پریودنتیکس، دانشکدهٔ دندانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان
[۴]استادیار ترمیمی و لیزر، دانشکدهٔ دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

نویسنده* مسئول: مهرنوش صدیقی شمامی ، تلفن ۰۹۱۴۴۱۲۸۴۰۲
پست الکترونیک:MEHRNOOSH1378@YAHOO.COM

خلاصه

مقدمه: ضایعات داخل استخوانی ایجادشده در اثر بیماری‌های پریودنتال از نظر درمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. این‌گونه ضایعات نیز با روش‌های مختلفی ازجمله استفاده از پیوند استخوان اتوژن یا آلوژن، رژنراسیون هدایت‌شدهٔ بافتی (GTR)، استفاده از پروتئین‌های ماتریکس مینایی(EMP) یا ترکیبی از این روش‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند. اخیراً، روش کاربرد لیزرکم‌توان(Low-level lasertherapy (LLLT به‌عنوان یکی از روش‌های جدید بهبود ترمیم استخوان مورد مطالعه قرار گرفته است. گزارش شده است که تحریک بافتی ایجادشده درنتیجهٔ LLLT با بهبود شرایط ترمیم در مطالعات آزمایشگاهی و بالینی به ترمیم تسریع‌یافتهٔ ضایعات استخوانی منجر می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای کاربرد پیوند استخوانی اتوژن به‌تنهایی و به‌همراه LLLT در درمان ضایعات پریودنتال داخل استخوانی دو و سه‌دیواره در انسان می‌باشد.

روش بررسی: چهارده بیمار مبتلا به پریودنتیت متوسط تا شدید دارای حداقل یک‌جفت ضایعهٔ داخل استخوانی مشابه در ناحیهٔ اینترپروگزیمال با عمق پروبینگ بیشتر یا مساوی ۵ میلی‌متر و عمق ضایعهٔ مساوی یا بیشتر از ۳ میلی‌متر انتخاب شدند. در روند جراحی پس از پرتاب سکه به‌صورت اتفاقی در یک سمت از استخوان اتوژن به‌تنهایی و در سمت مقابل بعد از قراردادن استخوان اتوژن و بستن زخم، تابش لیزر انجام شد. لیزر مورد استفاده در این مطالعه یک لیزر کم‌توان gallium-aluminum-arsenide GaAlAs; LX2 Diode Lasers,Thor company,UK)) با طول موج ۸۳۰ نانومتر بود. تابش به‌صورت continuous wave(CW) با توان ۴۰ میلی‌وات و جریان انرژی معادل ۴ ژول بر سانتی‌متر مربع با دانسیتهٔ کلی انرژی ۱۶ ژول بر سانتی‌متر مربع انجام شد. زمان تابش لیزر۶۰ ثانیه بود و لیزردرمانی در روزهای ۳، ۵ و ۷بعد از جراحی تکرار شد. سه ماه پس از جراحی نسبت به انجام جراحی reentry اقدام شد. متغیرهای مربوط به بافت سخت و نرم هم در حین جراحی اولیه و هم در جراحیreentry با استفاده از استنت توسط یک پریودنتیست که از نوع مداخلهٔ انجام‌شده آگاهی نداشت، اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: کاربرد لیزر کم‌توان با پارامترهای ذکرشده به‌طور معنی‌داری باعث کاهش عمق پروبینگ (۳/۷۸±۰/۷۲ میلی‌متر در مقابل۲/۳۹±۱/۰۲ میلی‌متر)، بهبود حد چسبندگی بالینی (۳/۴۲±۰/۹۳ میلی‌متر در مقابل۲/۲۵±۱/۱۲ میلی‌متر)، کاهش فاصلهٔ عمیق‌ترین ناحیهٔ ضایعه تا استنت(۳/۲۱±۱/۰۳ میلی‌متر در مقابل۱/۴۴±۰/۲۰ میلی‌متر) و کاهش بیشتر عمق ضایعه (۱/۳۳±۰/۱۸ میلی‌متردر مقابل ۲/۵۰±۰/۹۱ میلی‌متر) نسبت به گروه کنترل شد. درحالی‌که برروی فاصلهٔ مارجین لثه از استنت و موقعیت کرست استخوان نسبت به استنت تأثیر معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه استفادهٔ همزمان از لیزر کم‌توان با پارامترهای ذکرشده و استخوان اتوژن باعث بهبود پارامترهای کلینیکی عمق پروبینگ، حد چسبندگی بالینی و عمق ضایعهٔ استخوانی در جراحی مجدد(بعد از سه ماه) نسبت به گروه کنترل(استفاده از استخوان اتوژن به‌تنهایی) شده است.

واژه‌های کلیدی: ضایعات داخل استخوانی، لیزر کم‌توان، استخوان اتوژن

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

مقدمه

هدف از درمان پریودنتال ایدئال تنها پیشگیری از بیماری پریودنتال و محدود کردن آن نیست بلکه شامل بازسازی بافت‌های ازدست‌رفتهٔ ناشی از بیماری نیز می‌باشد[۱]. درراستای نیل به درمان پریودنتال ایدئال، روش‌های درمانی جدیدی برای رژنراسیون ضایعات استخوانی طی دو دههٔ گذشته معرفی شده‌اند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به استفاده از استخوان اتوژن یا جایگزین‌های سنتتیک آن و نیز به تکنیک رژنراسیون هدایت‌شدهٔ بافتی(GTR)[1] اشاره کرد[۲].

از میان ضایعات استخوانی که توسط بیماری پریودنتال ایجاد می‌شوند، ضایعات داخل استخوانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. ضایعات داخل استخوانی عمیق در زمرهٔ نواحی با ریسک بالا از نظر پیشرفت بیماری پریودنتال قرار می‌گیرند[۳]. این‌گونه ضایعات نیز با روش‌های مختلفی ازجمله استفاده از پیوند استخوان اتوژن یا آلوژن، رژنراسیون هدایت‌شدهٔ بافتی (GTR)، استفاده از پروتئین‌های ماتریکس مینایی(EMP) یا ترکیبی از این روش‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند[۴]. استخوان اتوژن تنها ماده‌ای است که به‌صورت همزمان دارای خاصیت استئوژنزیس[2] و osteoconduction می‌باشد[۵]. اولین‌بار Hegedus در ۱۹۲۳ از پیوند استخوانی اتوژن با منشأ داخل دهانی جهت بازسازی ضایعات استخوانی در بیماران پریودنتال استفاده کرد[۶] و این روش مجدداً در سال ۱۹۶۵ توسط Nabers وO'Leary به‌کار گرفته شد[۷]. ازجملهٔ منابع استخوان اتوژنbone chips است که حین استئوپلاستی و استکتومی ناحیهٔ جراحی توسط وسایل دستی تهیه می‌شود. Nabers و همکاران در یک مطالعهٔ بالینی و بافت‌شناسی نشان دادند که با استفاده از bone chips سمان، استخوان و الیاف جدید تشکیل می‌شود[۸]. علی‌رغم قابلیت بالای رژنراسیون بافت استخوانی برای بازسازی خصوصیات مکانیکی و ساختاری خود، دلایلی مثل تغذیهٔ خونی ناکافی، متحرک بودن پیوند در ناحیهٔ گیرنده و وجود سایر بافت‌ها در محل می‌توانند مانع حصول نتایج بالینی مطلوب گردند. در این راستا استفاده ازتکنیک‌های جراحی مناسب، غشاءهای قابل جذب و غیر قابل جذب، پروتئین‌های ماتریکس مینایی و پلاسمای غنی از فاکتورهای رشدی برای بهبود ترمیم استخوان مورد توجه و بررسی قرار گرفته‌اند.

اخیراً روش کاربرد لیزر کم‌توان(LLLT)[3]به‌عنوان یکی از روش‌های جدید بهبود ترمیم استخوان مورد مطالعه قرار گرفته است. گزارش شده است که تحریک بافتی ایجادشده درنتیجهٔ LLLT با بهبود شرایط ترمیم منجر به ترمیم تسریع‌یافتهٔ ضایعات استخوانی در مطالعات آزمایشگاهی و بالینی می‌شود[۹]. اثرهای مرتبط با LLLT در بافت استخوانی شامل تحریک جریان خون بافتی، فعال‌سازی سلول‌های استئوبلاست، افزایش استخوان‌سازی، اثرهای ضد التهابی و کاهش فعالیت استئوکلاستیک می‌باشد[۱۰].

Denadai و همکاران در سال ۲۰۰۴ به بررسی اثر لیزر کم‌توان GaAlAs برروی BMP[4] در رژنراسیون ضایعات استخوانی ایجادشده برروی استخوان فمور در ۲۴ موش آزمایشگاهی پرداختند. BMP پروتئینی است که باعث تمایز سلول‌های مزانشیمی غیر دیفرانسیه به استئوبلاست و کندروبلاست می‌شود و به این نتیجه رسیدند که کاربرد همزمان لیزر کم‌توان با یک مادهٔ القاءکنندهٔ تشکیل استخوان نتایج بهتری نسبت به استفاده از لیزر کم‌توان یا BMP به‌تنهایی دارد[۱۱].

AboElsaad و همکاران در سال ۲۰۰۹ مطالعه‌ای برروی اثر لیزر کم‌توان GaAlAs به‌همراه bioactive glass در رژنراسیون ضایعات استخوانی ایجادشده در مندیبل ۳۶ موش آزمایشگاهی انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که کاربرد لیزر به‌همراه bioactive glass به‌طور معنی‌داری باعث بهبود رژنراسیون استخوان می‌شود (بعد از ۴ هفته و ۸ هفته)، هرچند بعد از ۱۲ هفته به‌دلیل ترمیم کامل ضایعهٔ استخوانی این تفاوت معنی‌دار نبود[۱۲]. همین محققان مطالعه‌ای مشابه را برروی ضایعات داخل استخوانی ۲۰ بیمار مبتلا به پریودنتیت متوسط تا شدید انجام دادند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از بهبود معنی‌دار رژنراسیون استخوان در ارزیابی ۳ ماهه بعد از لیزردرمانی با لیزر کم‌توان و کاربرد bioactive glass در مقایسه با گروه کنترل bioactive glass به‌تنهایی بود هرچند در بعد از ۶ ماه این تفاوت معنی‌دار نبود[۱۳]. Weber و همکاران در سال ۲۰۰۶ به بررسی تأثیر استفاده از استخوان اتوژن به‌تنهایی و به‌همراه LLLT در درمان ضایعات استخوانی ۶۰ موش آزمایشگاهی پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که استفادهٔ همزمان از LLLT برروی پیوند استخوانی اتوژن و ناحیهٔ گیرندهٔ پیوند یا فقط در ناحیهٔ گیرندهٔ پیوند نتایج بهتری نسبت به استفاده از

1. Guided Tissue Regeneration
2. Osteoinduction
3. Low-level lasertherapy
4. Bone Morphogenic Protein

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

LLLT فقط برروی پیوند استخوانی یا عدم درمان(گروه کنترل) دارد[۱۴].

لیزر کم‌توان GaAlAs دارای حداکثر توان ۲۰۰ میلی‌وات می‌باشد و لیزرهای درمانی با توان کمتر از ۵۰۰ میلی‌وات به‌طور کلی بی‌خطر می‌باشند و از نظر طبقه‌بندی FDA در دستهٔ "ابزارهای با ریسک پایین" قرار می‌گیرند[۱۵]. کاربرد لیزر در محدودهٔ دوزهای منطقی موجب آسیب میکروسکوپیک یا ماکروسکوپیک به بافت نمی‌شود و تابه‌حال گزارشی مبنی بر کارسینوژن بودن آن منتشر نشده است[۱۶]. تنها ملاحظهٔ مهم در کاربرد لیزر درخصوص ایمنی چشم درمانگر و بیمار می‌باشد. از لحاظ ایمنی، استفاده از لیزرکم‌توان GaAlAs در دستهٔ IIIb قرار می‌گیرد و درصورت برخورد با چشم بدون حفاظ به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم امکان آسیب وجود خواهد داشت لذا، استفاده از عینک طبق دستور کارخانهٔ سازنده ضروری است[۱۷].

علی‌رغم مطالعات و شواهدی که به آن‌ها اشاره شد، اثرهای بافتی گزارش‌شده ازLLLT در مقالات مختلف با هم تناقض دارند.. مطالعات متعددی به اثرهای مثبت LLLT برروی ترمیم استخوان و بافت نرم اشاره کرده‌اند[۱۸و۱۹] درحالی‌که سایر مطالعات تأثیر معنی‌داری ازLLLT برروی ترمیم استخوان و بافت نرم گزارش نکرده‌اند[۲۰]. با توجه به اینکه مطالعاتی که به‌صورت کلینیکی به اثرهایLLLT برروی ترمیم ضایعات پریودنتال داخل استخوانی پرداخته‌اند محدود می‌باشند و اطلاعات موجود در این زمینه ناکافی می‌باشد به‌علاوه در مطالعات انجام‌شده استفاده از استخوان اتوژن به‌همراه LLLT کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌است، هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای کاربرد پیوند استخوانی اتوژن به‌تنهایی و به‌همراه LLLT در درمان ضایعات پریودنتال داخل استخوانی دو و سه‌دیواره در انسان می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه به‌صورت کارآزمایی بالینی split-mouth انجام شد. جمعیت هدف مطالعه شامل بیماران مراجعه‌کننده به بخش تخصصی پریودنتیکس از اول اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۰ تا پایان دی‌ماه ۱۳۹۰ بودند.

نمونه‌گیری به‌روش نمونه‌گیری غیر تصادفی ساده انجام شد. نمونه‌ها از بین بیماران مبتلا به پریودنتیت متوسط تا شدید که در ارزیابی رادیوگرافیک دارای حداقل دو ضایعهٔ داخل استخوانی دو و سه‌دیوارهٔ مشابه به‌صورت دوطرفه بودند، انتخاب شدند. برای تمام بیماران درج اطلاعات اولیه و تشکیل پرونده انجام شد. فاز اول، درمان شامل scaling و rootplaning، کشیدن دندان‌هایhopeless، تصحیح اورهنگ‌ها و رستوریشن‌های نامناسب درصورت وجود برای همهٔ بیماران انجام شد. ارزیابی دوباره پس از انجام فاز اول درمان بعد از ۳ هفته انجام شد. بعد از ارزیابی دوباره بیمارانی با معیارهای ورود به مطالعهٔ زیر وارد مطالعه شدند:

- ۲۰درصد≤FMPI[5]
- درصد نواحی که در عرض ۳۰ ثانیه بعد از پروب کردن خونریزی می‌کنند کمتر یا مساوی ۲۰درصد باشد.
- در ارزیابی رادیوگرافیک که با bone sounding تأیید شد، هر بیمار دارای حداقل یک جفت ضایعهٔ داخل استخوانی مشابه در ناحیهٔ اینترپروگزیمال با عمق پروبینگ بیشتر یا مساوی ۵ میلی‌متر و عمق ضایعهٔ بیشتر یا مساوی ۳ میلی‌متر بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد زیر بود:

- وجود بیماری‌های سیستمیک که با جراحی پریودنتال و روند ترمیم تداخل داشته باشند.
- مصرف سیگار
- وجود ترومای اکلوژن
- سابقهٔ مصرف طولانی‌مدت داروهایی که بر متابولیسم استخوان اثر دارند مثل بیسفسفونات‌ها
- بارداری و شیردهی
- مصرف آنتی‌بیوتیک در شش ماه گذشته یا در حین انجام مراحل مطالعه

برای بیمارانی که واجد شرایط مطالعه بودند، مراحل تحقیق به‌صورت شفاهی توضیح و فرم رضایتنامه آگاهانه در اختیار بیمار قرار داده شد درصورت ابراز رضایت بیمار به‌صورت کتبی بیمار وارد مطالعه گردید. نهایتاً ۱۴ بیمار با ضایعات دوطرفهٔ داخل استخوانی وارد مطالعه شدند.

از همهٔ بیماران برای تهیهٔ کست با آلژینات قالب‌گیری به‌عمل آمد و برای همهٔ بیماران استنت ساخته شد. استنت مزبور از جنس رزین شفاف و با استفاده از دستگاه خلأ به‌نحوی ساخته‌شد که سطح اکلوزال تمام دندان‌های قوس دندانی مربوطه را بپوشاند و دارای گسترش آپیکالی به میزان یک‌سوم کرونالی سطوح باکال و لینگوال دندان‌ها باشد. قبل از شروع جراحی، استنت در محل قرار داده شد و مسیر ورود پروب به داخل پاکت پریودنتال در

[5] Full mouth plaque index

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

روی آن با مداد علامت‌گذاری گردید و سپس با فرز فیشور در محل شیار ایجاد شد تا اندازه‌گیری عمق پروبینگ تکرارپذیر[6] باشد. متغیرهای کمّی بافت نرم عمق پروبینگ(PPD-S)، حد چسبندگی کلینیکی(CAL) و سطح مارجین آزاد لثه-FGM (S) توسط پروب UNC-15 (Hu-Friedy) اندازه‌گیری گردید. جراحی تحت بی‌حسی موضعی با لیدوکائین ۲ درصد با اپی‌نفرین ۱/۸۰۰۰۰ انجام شد. برش سالکولار در سمت باکال و لینگوال داده شد و سپس فلپ به‌صورت full thickness کنار زده‌شد. بعد از دبریدمان کامل ضایعه، انجام جرم‌گیری و تصحیح سطوح ریشه توسط وسایل دستی و اولتراسونیک، اندازه‌گیری‌های بافت سخت فاصلهٔ لبهٔ تحتانی استنت تا رأس ضایعهٔ استخوانی (CR-S)، فاصلهٔ لبهٔ تحتانی استنت تا عمیق‌ترین نقطهٔ ضایعهٔ استخوان(DD-S) و تغییرات عمق ضایعهٔ استخوانی از همان شیار استنت ثبت شد. سپس بعد از پرتاب سکه به‌صورت اتفاقی در یک سمت از استخوان اتوژن به‌تنهایی و در سمت مقابل بعد از قراردادن استخوان اتوژن و بخیه‌زدن، تابش لیزر انجام شد. متعاقباً فلپ‌ها کرونالی با استفاده از نخ سیلک 0-3 بخیه شدند(بخیهٔ ماترس افقی و عمودی). لیزر مورد استفاده در این مطالعه یک لیزر کم‌توان(GaAlAs; gallium-aluminum-arsenide LX2 Diode Lasers,Thor company,UK) با طول موج ۸۳۰ نانومتر بود. تابش به‌صورتCW[7] با توان۴۰ میلی‌وات و جریان انرژی[8] معادل ۴ ژول بر سانتی‌متر مربع با دانسیتهٔ کلی انرژی[9] ۱۶ ژول بر سانتی‌متر مربع انجام شد. پرتوی لیزر توسط فیبر نوری و با فاصلهٔ ۱ سانتی‌متری از بافت نرم پوشانندهٔ ناحیه تابانده شد. زمان تابش لیزر ۶۰ ثانیه بود و لیزردرمانی در روزهای ۳، ۵ و ۷ بعد از جراحی تکرار شد. روش برداشت استخوان اتوژن از ناحیهٔ جراحی به‌صورت bone chips توسط bone scraper از طریق استئوپلاستی دندان‌های مجاور بود.

مراقبت‌های بعد از عمل

کپسول آموکسی‌سیلین ۵۰۰ میلی‌گرم هر هشت ساعت به‌مدت یک‌هفته و نیز دهان‌شویهٔ کلرهگزیدین ۰/۲ درصد برای مدت ۲ هفته برای بیماران تجویز شد. بخیه‌ها بعد از ۷ تا ۱۰ روز برداشته شدند. جلسات کنترل جهت انجام کنترل پلاک دقیق هر دوهفته یک‌بار برای بیماران برنامه‌ریزی گردید. سه‌ماه پس از جراحی، نسبت به انجام جراحی reentry اقدام شد. متغیرهای مربوط به بافت سخت و نرم بعد از قرار دادن استنت مجدداً اندازه‌گیری شدند.

نتایج

داده‌های به‌دست‌آمده از این مطالعه به‌وسیلهٔ روش‌های آمار توصیفی(میانگین±انحراف معیار)، آزمون تحلیل واریانس دوعامله و آزمون T مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۵ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. دراین مطالعه مقدار P<۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی‌دار تلقی شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها به‌وسیلهٔ نمودار P-P و آزمون کلوگرف اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت.

این مطالعه برروی ۱۱ زن و ۴ مرد با میانگین سنی ۳۵/۱۴ سال انجام شد. همهٔ بیماران تا پایان مطالعه همکاری نمودند. ۷ ضایعهٔ دودیواره و ۷ ضایعهٔ سه‌دیواره در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) و ۶ ضایعهٔ سه‌دیواره و ۸ ضایعهٔ دودیواره در گروه شاهد (گروه استخوان اتوژن به‌تنهایی) تحت درمان قرار گرفتند. تغییرات عمق پاکت(PPD-S)، حد چسبندگی کلینیکی(CAL)، موقعیت مارجین لثه(FGM-S)، موقعیت کرست استخوان (CR-S)، فاصلهٔ عمق ضایعه(DD-S) تا استنت آکریلی و تغییرات عمق ضایعه(میزان پر شدن ضایعه) در جداول ۱ تا ۶ آورده شده‌اند.

جدول ۱: میانگین عمق پروبینگ (PPD-S) قبل و بعد از درمان در گروه آزمون وکنترل

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل		P.value
	میانگین± انحراف معیار	دامنه	میانگین± انحراف معیار	دامنه	
قبل‌از درمان	۶/۷۱±۱/۳۴	۵-۹	۶/۶۴±۱/۳۳	۵-۹	P=۰/۰۴۹
در زمان جراحی مجدد(سه ماه بعد)	۲/۹۲±۱/۲۰	۲-۵	۴/۲۵±۰/۹۵	۳-۶	P=۰/۰۰۵
تغییرات پروبینگ	۳/۷۸±۰/۷۲		۲/۳۹±۱/۰۲		
P.value	P<۰/۰۰۱		P<۰/۰۰۱		

میانگین عمق پروبینگ در گروه آزمون قبل از درمان ۶/۷۱±۱/۳۴ میلی‌متر بود. کمترین میزان عمق پروبینگ ۵ میلی‌متر و بیشترین ۹ میلی‌متربود. بعد از انجام مداخلهٔ درمانی در زمان انجام جراحی مجدد، میانگین عمق پروبینگ در این گروه ۲/۹۲±۱/۲۰ میلی‌متر بود. کمترین میزان عمق پروبینگ ۲

[6] reproductible
[7] continious wave
[8] fluence
[9] total energy density

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

میلی‌متر و بیشترین ۵ میلی‌متر بود(میزان کاهش ۳/۷۸±۰/۷۲ میلی‌متر).

میانگین عمق پروبینگ در گروه کنترل قبل از درمان ۶/۶۴±۱/۳۳ میلی‌متر بود. کمترین میزان عمق پروبینگ ۵ میلی‌متر و بیشترین ۹ میلی‌متر بود. بعد از انجام مداخلهٔ درمانی در زمان انجام جراحی مجدد، میانگین عمق پروبینگ در این گروه ۴/۲۵±۰/۹۵ میلی‌متر بود. کمترین میزان عمق پروبینگ ۳ میلی‌متر و بیشترین ۶ میلی‌متر بود.(میزان کاهش ۲/۳۹±۱/۰۲ میلی‌متر)

براساس آزمون‌های آماری انجام‌شده:

- میانگین عمق پروبینگ قبل از درمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین عمق پروبینگ بعد از درمان در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود(P=۰/۰۰۵).
- درمان هم در گروه آزمون و هم در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری باعث کاهش میانگین عمق پروبینگ شده بود.

جدول ۲: میانگین حد چسبندگی بالینی (CAL) قبل و بعد از درمان در گروه آزمون وکنترل

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل		P.value
	میانگین± انحراف معیار	دامنه	میانگین± انحراف معیار	دامنه	
قبل‌از درمان	۷/۳۵±۱/۱۱	۶-۱۰	۷/۱۴±۱/۳۵	۵-۱۰	P=۰/۱۳۵
در زمان جراحی مجدد(سه‌ماه بعد)	۳/۹۲±۱/۱۲	۲-۶	۴/۸۹±۰/۷۳	۴-۶	P=۰/۰۰۵
تغییرات حد چسبندگی بالینی	۳/۴۲±۰/۹۳		۲/۲۵±۱/۱۲		
P.value	P<۰/۰۰۱		P<۰/۰۰۱		

آزمون‌های آماری انجام‌شده نشان دادند که:

- میانگین حد چسبندگی بالینی قبل از درمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین حد چسبندگی بالینی بعد از درمان در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل (گروه استخوان اتوژن به‌تنهایی) بود (P=۰/۰۰۵).
- درمان به‌طور معنی‌داری باعث بهبود حد چسبندگی بالینی هم در گروه آزمون و هم در گروه کنترل شده است.

جدول ۳: میانگین فاصلهٔ مارجین لثه تا استنت آکریلی (FGM-S) قبل و بعد از درمان در گروه آزمون و کنترل

زمان	گروه‌آزمون		گروه کنترل		P value
	میانگین± انحراف معیار	دامنه	میانگین± انحراف معیار	دامنه	
قبل از درمان	۹/۶۷±۲/۷۲	۵-۱۲	۱۰/۰۳±۳/۰۰	۵-۱۳	P=۰/۶۶
در زمان جراحی مجدد (سه ماه بعد)	۹/۶۳±۲/۶۶	۵-۱۲/۵	۱۰/۰۳±۲/۶۲	۴/۵-۱۳	P=۰/۷۴۹
تغییرات(FGM-S)	۰/۴۶±۰/۱۳		۰/۰۰±۰/۲۳		
P value	P=۰/۶۵		P=۰/۱۶		

براساس آنالیز های آماری انجام شده:

- میانگین فاصلهٔ مارجین لثه تا استنت آکریلی قبل از درمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین فاصلهٔ مارجین لثه تا استنت آکریلی بعد از درمان در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) و گروه کنترل (گروه استخوان اتوژن به‌تنهایی) تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین فاصلهٔ مارجین لثه تا استنت آکریلی در هر دو گروه قبل و بعد از مداخلهٔ درمانی تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

جدول۴: میانگین فاصلهٔ کرست استخوان تا استنت آکریلی(CR-S) قبل و بعد از درمان در گروه آزمون و کنترل

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل		P.value
	میانگین± انحراف معیار	دامنه	میانگین± انحراف معیار	دامنه	
قبل از درمان	۱۱/۶۷±۲/۲۴	۶/۵-۱۵	۱۱/۷۸±۲/۰۴	۷-۱۴	P=۰/۶۲۵
در زمان جراحی مجدد (سه ماه بعد)	۱۱/۳۹±۲/۱۱	۶/۵-۱۴	۱۱/۷۸±۱/۹۷	۸-۱۴/۵	P=۰/۱۰۹
تغییرات CR-S	۰/۲۸±۰/۱۶		۰/۰۰±۰/۱۱		
P.value	P=۰/۸۶		P=۰/۸۹		

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

براساس آنالیزهای آماری انجام شده:

- میانگین فاصلهٔ کرست استخوان تا استنت آکریلی قبل از درمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین فاصلهٔ کرست استخوان تا استنت آکریلی بعد از درمان در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) و گروه کنترل (گروه استخوان اتوژن به‌تنهایی) تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین فاصلهٔ کرست استخوان تا استنت آکریلی در هر دو گروه قبل و بعد از مداخلهٔ درمانی تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

جدول ۵: میانگین فاصلهٔ عمیق‌ترین نقطهٔ ضایعه تا استنت آکریلی (DD-S) قبل و بعد از درمان در گروه آزمون و کنترل

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل		P.value
	میانگین± انحراف معیار	دامنه	میانگین± انحراف معیار	دامنه	
قبل از درمان	۱۶/۲۱±۲/۳۹	۱۲-۲۰	۱۵/۸۹±۲/۱۳	۱۲-۱۸	P=۰/۷۴۲
در زمان جراحی مجدد (سه ماه بعد)	۱۳/۰۰±۲/۰۰	۸/۵-۱۵/۵	۱۴/۴۵±۱/۷۷	۱۱-۱۷	P=۰/۰۰۳
تغییرات(DD-S)	۳/۲۱±۱/۰۳		۱/۴۴±۰/۲۰		
P.value	P<۰/۰۰۱		P<۰/۰۰۱		

براساس آزمون‌های آماری انجام‌شده:

- میانگین فاصلهٔ عمق ضایعه تا استنت آکریلی قبل از درمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین فاصلهٔ عمق ضایعه تا استنت آکریلی بعد از درمان در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (P=۰/۰۰۳).
- درمان هم در گروه آزمون و هم در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری باعث کاهش میانگین فاصلهٔ عمق ضایعه تا استنت آکریلی شده بود.

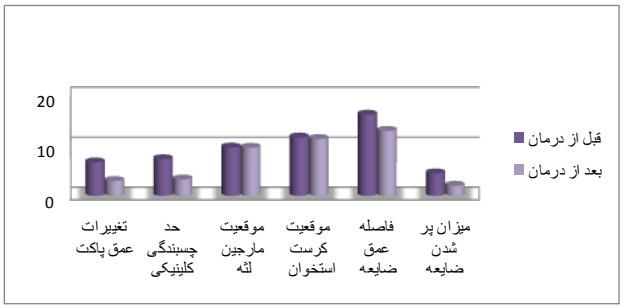
جدول ۶: میانگین عمق ضایعه قبل و بعد از درمان در دو گروه آزمون و کنترل

زمان	گروه آزمون		گروه کنترل		P.value
	میانگین± انحراف معیار	دامنه	میانگین± انحراف معیار	دامنه	
قبل از درمان	۴/۴۹±۰/۹۷	۳-۶	۴/۱۷±۰/۸۲	۳-۵	P=۰/۹۸۴
در زمان جراحی مجدد (سه‌ماه بعد)	۲/۰۳±۰/۸۰	۱-۳/۵	۲/۸۴±۰/۸۱	۲-۵	P=۰/۰۰۴
تغییرات عمق ضایعه(میزان پرشدن ضایعه)	۲/۵۰±۰/۹۱		۱/۳۳±۰/۱۸		
P.value	P<۰/۰۰۱		P<۰/۰۰۱		

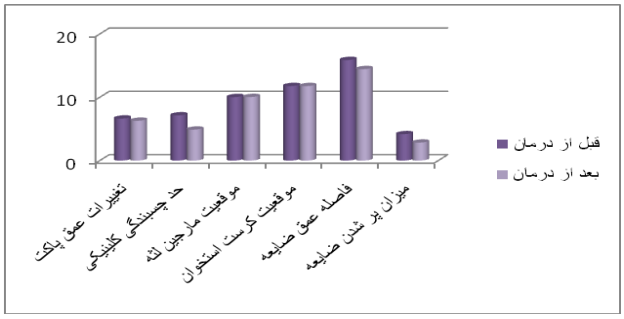
براساس آزمون‌های آماری انجام شده:

- میانگین عمق ضایعه تا استنت آکریلی قبل از درمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت.
- میانگین عمق ضایعه تا استنت آکریلی بعد از درمان در گروه آزمون (گروه لیزر و استخوان اتوژن) به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود(P=۰/۰۰۴).
- درمان به‌طور معنی‌داری باعث کاهش میانگین فاصلهٔ عمق ضایعه تا استنت آکریلی هم در گروه آزمون و هم در گروه کنترل شده است(P<۰/۰۰۱).

شکل۱: مقایسهٔ متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمون قبل و بعد از درمان



شکل۲: مقایسهٔ متغیرهای مورد بررسی درگروه کنترل قبل و بعد از درمان



[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

بحث

با توجه به اینکه مطالعات اندکی در زمینهٔ استفادهٔ توأم از LLLT و استخوان اتوژن در درمان‌های پریودنتال وجود دارد، هدف از طراحی این مطالعه بررسی اثر LLLT در درمان ضایعات پریودنتال داخل استخوانی دو و سه‌دیواره به‌همراه استخوان اتوژن به‌عنوان مادهٔ پیوندی در بیماران مبتلا به پریودنتیت مزمن بود.

براساس نتایج این مطالعه استفادهٔ همزمان از لیزر کم‌توان با پارامترهای ذکرشده و استخوان اتوژن به‌طور معنی‌داری باعث بهبود پارامترهای کلینیکی عمق پروبینگ، حد چسبندگی بالینی و عمق ضایعهٔ استخوانی در جراحی مجدد(بعد از سه ماه) نسبت به گروه کنترل(استفاده از استخوان اتوژن به‌تنهایی) شد، درحالی‌که تفاوت بین موقعیت مارجین لثه و کرست استخوان بین دو گروه بعد از سه ماه معنی‌دار نبود.

یافته‌های مطالعهٔ انسانی حاضر اثربخشی لیزر کم‌توان را در فاز اولیهٔ ترمیم نشان می‌دهد. درطی فاز اولیهٔ ترمیم، ضایعهٔ استخوانی جزء سلولار ترمیم غالب می‌باشد و بیشتر تحت تأثیر لیزرLLLT قرار می‌گیرد. در فاز بعدی ترمیم ضایعهٔ استخوانی، ماتریکس استخوانی جزء غالب ترمیم است. هرچه تناوب دفعات لیزردرمانی در مراحل اولیهٔ ترمیم (که استئوبلاست‌ها درحال افزایش هستند) بیشتر باشد، در مرحلهٔ بعدی ماتریکس استخوانی بیشتری رسوب خواهد کرد[۱۳]. بااین‌حال مکانیسم واقعی اثر لیزر برروی بافت‌های مختلف هنوز به‌درستی شناسایی نشده است و نظریات مختلفی در این زمینه ارائه شده است. براساس یک گزارش، لیزر باعث تحریک پورفیرین‌ها وسیتوکروم‌ها می‌شود و از این طریق باعث افزایش فعالیت سلول می‌گردد لذا در اثر لیزر غلظت ATP، ALP وCa افزایش می‌یابد[۲۱]. مکانسیم‌های احتمالی دیگر شامل تحریک سلول‌های مغز استخوان توسط انرژی لیزر[۲۲]، بهبود واسکولاریزاسیون و نیز تغییر در فعالیت میتوکندری‌ها می‌باشند[۲۳].

نتایج کاربرد متوالی لیزر در روزهای ۰، ۳، ۵ و۷ در این مطالعه که منجر به بهبود پارامترهای کلینیکی شد، همراستا با مطالعات Satio وهمکاران و De Souza Meril و همکاران می‌باشد که اثربخشی مشخص‌تری را در طی چند روز اول ترمیم گزارش کردند[۲۴ و ۲۵].

طی انجام لیزردرمانی، پرتوی لیزر به اطراف حاشیه‌های ناحیهٔ پیوندشده (بعد از بخیه زدن و با فاصلهٔ یک سانتی‌متری از بافت نرم ناحیه) تابانده شد. استفاده از این پروتکل براساس نتایج مطالعات قبلی مانند مطالعهٔ Weber و همکاران و Pinheiro و همکاران صورت گرفت. براساس مطالعهٔ Weber تابش لیزر به بستر ناحیهٔ پیوند در حین جراحی باعث ریمدلینگ استخوانی و تشکیل استخوان جدید بیشتری در مقایسه با گروه کنترل و گروهی که تابش لیزر تنها به مادهٔ پیوندی انجام شده‌است، می‌شود[۱۴].

پارامترهای لیزر کم‌توان استفاده شده در این مطالعه مشابه پارامترهای استفاده‌شده در مطالعات قبلی بود که ۵-۱ J/cm^2را برای القای آثار مثبت بافت نرم و سخت پیشنهاد کرده‌اند[۲۶و ۲۷].

کاهش عمق پروبینگ و بهبود حد چسبندگی بالینی مهم‌ترین نتایج درمان‌های رژنراتیو پریودنتال محسوب می‌شوند[۱۳]. میانگین کاهش عمق پروبینگ در مطالعهٔ حاضر در گروه آزمون۰/۷۲±۳/۷۸میلی‌متر و در گروه کنترل ۱/۰۲±۲/۳۹ میلی‌متر بود. باتوجه به اینکه با جستجوی بانک‌های اطلاعاتی تا پایان سال ۲۰۱۱ در مجموعهٔ مقالات هیچ مطالعه‌ای که به بررسی اثر لیزر کم‌توان و استخوان اتوژن در درمان ضایعات پریودنتال داخل استخوانی دو و سه‌دیواره پرداخته باشد، یافت نشد. مقایسهٔ نتایج این مطالعه با مطالعات قبلی میسر نمی‌باشد. AboElsaad و همکاران به بررسی اثر لیزر کم‌توان GaAlAs و bioactive glass به‌عنوان مادهٔ پیوندی پرداختند. پارامترهای لیزر مورد استفاده در مطالعهٔ آن‌ها مطابق با مطالعهٔ حاضر بود. براساس نتایج مطالعهٔ AboElsaad و همکاران بعد از سه ماه پارامترهای کلینیکی عمق پروبینگ، حد چسبندگی بالینی و پرشدن ضایعهٔ استخوانی نسبت به گروه کنترل (bioactive glass به‌تنهایی) بهبود معنی‌داری را نشان دادند. در این مطالعه عمق پروبینگ در گروه آزمون بعد از سه‌ماه از ۰/۵ ± ۸/۴۸ میلی‌متر به ۰/۷±۳/۹ میلی‌متر و حد چسبندگی بالینی از ۰/۳۵±۷/۲۱ میلی‌متر به ۰/۶۵±۴/۵۸ میلی‌متر رسید. همین طور میزان پر شدن ضایعهٔ استخوانی بعد از سه‌ماه ۰/۴±۲/۸ میلی‌متر بود. در مطالعهٔ حاضر عمق پروبینگ در گروه آزمون بعد از سه‌ماه از ۱/۳۴±۶/۷۱ میلی‌متر به ۱/۲۰±۲/۹۲ میلی‌متر و حد چسبندگی بالینی ۱/۱۱±۷/۳۵ میلی‌متر به ۱/۱۲±۳/۹۲ میلی‌متر رسید. میزان پر شدن ضایعه نیز ۰/۹۱±۲/۵۰ میلی‌متر بود. علت تفاوت نتایج مسلماً تفاوت در نوع مادهٔ پیوندی مورد استفاده در دو مطالعه است.

در مطالعهٔ Froum و همکاران، میزان پر شدن ضایعهٔ استخوانی متعاقب استفاده از استخوان اتوژن به شکل bone blending بعد از شش ماه ۲/۹۸ میلی‌متر گزارش شد[۲۸] که با مقدار به‌دست‌آمده درگروه آزمون این مطالعه (لیزر کم‌توان و استخوان اتوژن) بعد از سه‌ماه تفاوت کمی دارد (۰/۹۱±۲/۵۰

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

میلی‌متر) که این خود نشان‌دهندهٔ تأثیر لیزر کم‌توان در تسریع روند ترمیم است.

در مطالعهٔ Hiatt و Schalhon میزان پر شدن ضایعهٔ استخوانی با استفاده از استخوان اتوژن از منابع داخل دهانی بعد از شش ماه ۳/۵ میلی‌متر گزارش شده است که کمتر از مقدار به‌دست‌آمده درگروه کنترل مطالعهٔ حاضر می‌باشد(۱/۳۳±۰/۱۸). علت تفاوت فوق تفاوت در زمان انجام جراحی مجدد و همین‌طور ماهیت استخوان اتوژن استفاده‌شده در مطالعهٔ Hiatt و Schalhon[۲۹] که استخوان اسفنجی خالص اتوژن بود، می‌باشد زیرا براساس مطالعهٔ Bischop استخوان اتوژن اسفنجی بهترین مادهٔ پیوندی است.

زمان سه‌ماه برای بررسی نتایج ترمیم استخوان و نیز نتایج لیزردرمانی زمان کوتاهی است و باتوجه به نتایج مطالعهٔ AboElsaad جهت این بررسی انتخاب شده است ولی بدیهی است که پاسخ به این سؤال که آیا درمان با لیزر کم‌توان می‌تواند باعث بهبود نتایج درمان ضایعات داخل استخوانی دو و سه‌دیواره شود در گرو انجام مطالعات ارزیابی دوره‌ای طولانی‌مدت‌تری است.

نتیجه گیری

براساس یافته‌های این مطالعه استفادهٔ همزمان از لیزر کم‌توان با پارامترهای ذکرشده و استخوان اتوژن باعث بهبود پارامترهای کلینیکی عمق پروبینگ، حد چسبندگی بالینی و عمق ضایعهٔ استخوانی در جراحی مجدد(بعد از سه ماه) نسبت به گروه کنترل(استفاده از استخوان اتوژن به‌تنهایی) شده است.

پیشنهادها

باتوجه به اینکه پروتکل درمان استاندارد در GTR شامل استفاده از غشاءهای قابل جذب نیز می‌شود و با توجه به اینکه در مجموعهٔ مقالات درخصوص تأثیر استفاده از لیزر کم‌توان و غشاءهای قابل جذب، مطالعات نادری وجود دارد، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- انجام مطالعاتی درخصوص تأثیر استفاده از تابش لیزر کم‌توان بر روی غشاءهای قابل جذب از لحاظ عمق نفوذ لیزر و نیز تغییر در خصوصیات غشاء در invitro
- انجام مطالعات کلینیکی درخصوص تأثیر لیزر کم‌توان در درمان ضایعات داخل استخوانی دو و سه‌دیواره به‌همراه غشاءهای قابل جذب با زمان‌های پیگیری سه و شش ماهه

References

1. Karring T, Lindhe J, Cortellini P. Regenerative periodontal therapy. In: Lindhe J, Lang NP, eds. Clinical periodontology and implant dentistry, 4th ed. Oxford, UK: Blackwell Munksgaard 2003: 650-704.
2. Schulean A, Barbe G, Chiantella GC, Arweiler NB, Berakdar M, Brecx M. Clinical evaluation of an enamel matrix protein derivative combined with a bioactive glass for the treatment of intrabony periodontal defects in humans. J Periodontol 2002; 73: 401-8.
3. Papapanou PN, Wennstrom JL. The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss. J Clin Periodontol 1991; 18: 317-22.
4. Thrombelli L. Which reconstructive procedures are effective for treating the periodontal intraosseous defects. Periodontol 2000 2005; 37: 88-105.
5. Misch CE, Misch-Dietsh F. Keys to bone grafting and bone grafting materials. In: Misch CE. Contemporary implant dentistry, 3rd ed. Mosby 2008: 858.
6. Hegedus Z. The rebuilding of the alveolar process by bone transplantation. Dent Cosmos 1923; 65: 736-9.
7. Nabers CL, O'Leary TJ. Autogenous bone transplant in the treatment of osseous defects. J Periodontol 1965; 36: 5-14.
8. Nabers CL, Reed OM, Hammer JE. Gross and histologic evaluation of an autogenous bone graft 57 months postoperatively. J Periodontol 1972; 43: 702-4.
9. Pinheiro AL, Gebri ME. Photo engineering of bone repair process. Photomed Laser Surgery 2006; 24: 178-96.
10. Nicolau RA, Jorgetti V, Rigau J, Zangaro RA. Effects of low-power GaAlAs laser(660nm) on bone structure and cell activity. Laser Med Sci 2003; 18: 89-94.

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]

11. Denadai AS, Carvalho PTC, Reis FA, Belchior AC. Morphometric and histological analysis of low-power laser influence on bone morphogenic protein in bone defects repair. Laser Med Sci 2009; 24: 689-95.
12. AboElsaad N, Soory M, Gadalla L, Dunne S. Effect of soft laser and bioactive glass on bone regeneration in the treatment of bone defects (an experimental study). Laser Med Sci 2009; 24: 527-33.
13. AboElsaad N, Soory M, Gadalla L, Dunne S. Effect of soft laser and bioactive glass on bone regeneration in the treatment of infra-bony defects (a clinical study). Laser Med Sci 2009; 24: 387-95.
14. Weber JB, Pinheiro AL, Oliveira MG, Oliveira FA, Ramalho LM. Laser therapy improves healing of bone defects submitted to autologous bone graft. Photomed Laser Surg 2006; 24: 38-44.
15. Tuner J, Beck-kristensen P. Low-level lasers in dentistry. In: Convissar RA. Principles and practice of laser dentistry, 1st ed. Mosby; 2011: 266.
16. Tuner J, Hode L. Biostimulation. In: Tuner J, Hode L. The laser therapy handbook,1st ed. Primabooks AB; 2007: 104.
17. Tuner J, Beck-kristensen P. Laser safety. In: Convissar RA. Principles and practice of laser dentistry, 1st ed. Mosby; 2011: 37.
18. Silva Junior AN, Pinheiro ALB, Oliveira MG, Weismann R. Computerized morphometric assessment og the effect of low-level laser therapy on bone repair: an experimental animal stydy. J Clin Laser Med Surg 2002; 20: 83-7.
19. Pinheiro AL, Nascimento SC, Veira AL. Effects of LLLT on malignant cells: study in vitro. In: Rechmann P, Fried D, Henning T,eds. Laser in dentistry vII, 1st ed. SPIE, Billngham; 2001: 56-60.
20. Luger EJ, Rochkind S, Wollman Y, Kogan G, Dekel S. Effects of low-power laser irradiation on the mechanical properties of the bone fracture healing in rats. Laser Surg Med 1998; 22: 97-102.
21. Freitas, IGF, Baranauskas V, Cruz-Höfling MA. Laser effects on osteogenesis. Appl. Surf. Sci 2000; 154: 548–54.
22. Pyczek, M, Sopala, M, Dabrowski Z. Effect of low energy laser power on the bone marrow of the rat. Folia Biol 1994; 42: 151–6.
23. Maegawa Y, Itoh T, Hosokawa T. Effects of near infrared low-level laser irradiation on microcirculation. Lasers Surg. Med 2000; 27: 427–37.
24. Satio S, Shimizu N. Stimulatory effects of low power laser irradiation on bone regeneration in mid-palatal suture during expansion in the rat. J Orthod Dentofac Orthop 1997; 111: 525-32.
25. De Souza Merli LA, Santos MTB, Genovese WJ, Floppa F. Effect of low-intensity laser irradiation on the process of bone repair. Photomed Laser Surg 2005; 23: 212-5.
26. Dortbudak O, Haas R, Mailath PG. Biostimulation of bone marrow cells with a diode soft laser. Clin Oral Implants Res 2000; 11: 540–5.
27. Guzzardella GA., Tigani D, Torricelli P, Fini M, Martini L, Morrone G, Giardino R. Low-power diode laser stimulation of surgical osteochondral defects. Results after 24 weeks. Artif Cells Blood Substit Immobil Biotechnol 2001; 29: 235–44.
28. Froum SJ, Ortiz M, Witkin RT, Thaler R, Scopp IW, Stahl SS. Osseous autograft.III. Comparison of osseous coagulum-bone blends with open curettage. J Periodontol 1976; 47: 287-94.
29. Hiatt WH, Schallhorn RG. Intraoral transplants of cancellous bone and marrow in periodontal lesions. J Periodontol 1973; 44: 194-208.

[Downloaded from icml.ir on 2026-11-18]