

УДК 616.311.2-089

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ**Гордеева А.И., Рагулина Д.Д., Саютина Л.В.***Научный руководитель: Ноздрачев В.Г.**ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ,
Саратов, e-mail: looney_tunes_sasha@mail.ru*

Рецессия десны – патологический процесс, при котором происходит оголение корня зуба в результате снижения уровня десны. В современном мире множество людей подвержены факторам риска развития рецессий, следовательно, возрастает и число пациентов с данным состоянием [1]. Был проведен анализ научно-исследовательской литературы, а также лоскутные операции по двум разным методикам на верхней челюсти свиньи. Терапевтическое лечение возможно только на ранних стадиях заболевания и не всегда дает результаты. Более эффективным является устранение рецессии десны хирургическим путем. В данной статье проведено сравнение метода коронального смещения лоскута в сочетании с субэпителиальным соединительнотканым трансплантатом и тоннельной методики с пересадкой аутогенного соединительнотканного трансплантата для устранения одиночной рецессии.

Ключевые слова: рецессия десны, субэпителиальный соединительнотканый трансплантат (ССТ), корональное смещение лоскута, тоннельная методика.

MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF GUM RECESSION**Gordeeva A.I., Ragulina D.D., Sayutina L.V.***Razumovsky SSMU, Saratov, e-mail: looney_tunes_sasha@mail.ru*

Gum recession is a pathological process at which the root is uncovered as a result of a lowering of gum level. In the modern world a lot of people are exposed to risk factors of gum recession, therefore number of patients with this condition is increasing. We have analyzed scientific and research literature and also flap operations using two different techniques on the upper jaw of a pig. Therapeutic treatment is possible only in the early stages of the disease and does not always give a result. Surgical treatment of gum recession is more effective. In this article the coronally positioned flap combined with connective tissue graft was compared with the tunnel technique with transplantation of autogenic connective tissue graft for eliminating a single gum recession.

Keywords: gum recession, connective tissue graft, coronally positioned flap, tunnel technique.

Актуальность

Рецессия десны – патологический процесс, при котором происходит оголение корня зуба в результате снижения уровня десны. В современном мире множество людей подвержены факторам риска развития рецессий, следовательно, возрастает и число пациентов с данным состоянием [1]. Развитию рецессии десны способствует неудовлетворительная гигиена полости рта или, наоборот, слишком интенсивная и продолжительная чистка зубов щеткой с жесткой щетиной в сочетании с высокоабразивными пастами; анатомические особенности (высокое прикрепление уздечек, слишком вестибулярное положение зуба), патологический прикус; вредные привычки [2]. Наибольший интерес представляет хирургический способ устранения рецессий как наиболее надежный и долгосрочный [3]. От числа всех патологий тканей пародонта на рецессию десны отводится 10%, что указывает на высокий уровень распространенности данного заболевания [4]. Патологию рецессии десны можно связать с тем, что прикрепленная десна, а именно ее часть, лишается своей основы в виде компактной

костной пластинки и надкостницы из-за развития патологической резорбции. В результате этого уровень прикрепления десны к «каркасу» изменяется, и происходит оголение вестибулярной поверхности корня [5].

Цель: предложить оптимальный метод устранения одиночной рецессии десны.

Задачи:

1) Оценить имеющиеся методы лечения рецессии десны с целью выбора оптимальной методики;

2) Провести сравнительный анализ метода коронального смещения лоскута в сочетании с субэпителиальным соединительнотканым трансплантатом с тоннельной методикой с пересадкой аутогенного соединительнотканного трансплантата для устранения одиночной рецессии.

Материалы и методы

Был проведен анализ научно-исследовательских работ с целью изучения различных методик лечения рецессии десны. В качестве материала для практической части была использована верхняя челюсть свиньи. За счет большого сходства с человеком в процессах закладки и развития зубов их

часто используют для изучения различных проблем в стоматологии. На правой и левой стороне верхней челюсти свиньи нами была смоделирована клиновидная рецессия десны первого премоляра I класса по Миллеру. Были проведены лоскутные операции по двум разным методикам. На правой стороне была проведена операция по методу коронального смещения лоскута в сочетании с субэпителиальным соединительнотканном трансплантатом, на левой – тоннельная методика с пересадкой аутогенного соединительнотканного трансплантата для устранения одиночной рецессии. Оценка результатов была проведена непосредственно после завершения манипуляций.

Результаты и обсуждение

Терапевтическое лечение осуществляется путем очистки поврежденной области, а именно с помощью профессиональной гигиены полости рта. При этой манипуляции зубной налет и камень, скопившийся на поверхности зуба, в том числе и под линией десен, тщательно удаляются, обнаженная область корня подвергается шлифовке. В результате чего затрудняется прикрепление бактерий к поверхности зубов. Так как в данной области имеется патогенная микрофлора, то всем пациентам назначаются антибиотикотерапия (перорально) [13]. В настоящий момент пользуется большой популярностью такой инновационный метод, как плазмолифтинг. В ткани инъекционно вводится плазма, богатая тромбоцитами, которую получают из крови пациента. После взятия крови, ее помещают в безвибрационную центрифугу и затем вводят непосредственно в десну. Курс лечения составляет 3-5 посещений с перерывом в 5-6 дней [6].

Терапевтическое лечение возможно только на ранних стадиях заболевания и не всегда является эффективным. Более тяжелые поражения десны можно устранить лишь хирургическим путем [7].

Хирургическое вмешательство является наиболее распространенным методом лечения данной патологии.

Существует несколько методик:

- 1) Применение латерального лоскута для наложения на область рецессии.
- 2) Перемещение десневого лоскута на место расположения рецессии.
- 3) Трансплантация тканевого лоскута из области твердого неба.
- 4) Сочетание перемещения лоскута десны с добавлением небольшого лоскута, взятого с твердого неба.

5) Направленная регенерация тканей [8].

В свою очередь методика перемещения латерального лоскута имеет более быстрое завершение периода восстановления, за счет совпадения цветов тканей, но возможен большой дискомфорт в донорской области. Перемещение десневого лоскута возможно только при достаточном объеме десны. Нерезорбируемые мембраны нуждаются в повторной операции для их удаления, но обладают большей эффективностью, чем резорбируемые.

Для устранения рецессии чаще всего применяют лоскутные операции с пересадкой небного субэпителиального соединительнотканного трансплантата (ССТ).

Направленная тканевая регенерация (лоскутные операции) – это метод избирательного воздействия на ткани пародонта, с целью регенерации утраченных структур [9]. Целью вмешательства является не только устранение дефекта тканей, но и восстановление их прикрепления к костной основе.

Использовать ССТ впервые предложили Langer В. и Langer L. в 1985 г., объясняя это хорошим кровоснабжением пересаженного участка с внешней и внутренней стороны, в результате чего обеспечивается приживаемость трансплантата [10]. Также имеет значение и долгосрочность результата данной методики, потому что если цель лечения не сохраняется спустя время, то оно не имеет смысла. Имеются отдаленные наблюдения, доказывающие, что лоскутные операции с применением ССТ являются наиболее эффективным методом устранения рецессии, при котором снижается рецессия и происходит значительное увеличение количества кератинизированной ткани [11].

Успешность операции определяется достаточным объемом кератинизированной ткани. Особенность гистологического строения десны определяет ее функцию в качестве амортизации и защиты зубов, а также тканей пародонта. По данным В.LangeandLoe (1972), кератинизированная десна должна быть шириной не менее 2 мм [5].

Мы произвели закрытие рецессий: на правой стороне была проведена операция по методу коронального смещения лоскута в сочетании с субэпителиальным соединительнотканном трансплантатом, на левой – тоннельная методика с пересадкой аутогенного соединительнотканного трансплантата [12].

По методу коронального смещения лоскута в сочетании с субэпителиальным соединительнотканном трансплантатом в области сосочков мы выполнили основной

разрез длиной 2 мм лезвием №15С. Затем провели два послабляющих С-образных разреза лезвием 12D для обеспечения лучшей мобильности лоскута. Далее нами был осуществлен внутрибороздковый разрез. После этого мы отделили лоскут от надкостницы с помощью распатора. Деэпителизировали участки, которые будут перерезаны лоскутом.

Забор субэпителиального соединительнотканного трансплантата (ССТ) осуществлялся с неба в области 2-3 премоляра. Ушивание донорской зоны произвели перекрестным швом.

Трансплантат адаптировали в принимающем ложе и фиксировали перекрестными горизонтальными обвивными швами, которые наложили шовным материалом «Vicryl 5-0»). Иглу ввели в основание мезиального сосочка с небной стороны, вывели с вестибулярной с захватом ССТ. Горизонтальный обвивной шов наложили с дистальной стороны на мезиальную с захватом надкостницы. Иглу вывели на небную поверхность через трансплантат и основание сосочка.

Накладывая второй параллельный горизонтальный обвивной шов с целью иммобилизации лоскута, иглу провели с мезиальной стороны через лоскут, трансплантат, основание сосочка и вывели на небную поверхность. На дистальной стороне иглу провели с небной поверхности вестибулярно через вершину сосочка и лоскут, не захватывая трансплантат. На дистальной стороне иглу провели небоно через лоскут, трансплантат и сосочек. Далее иглу провели через мезиальный сосочек и вывели через лоскут.

Затем ушили послабляющие разрезы простыми узловыми швами.

Согласно тоннельной методике с пересадкой аутогенного соединительнотканного трансплантата, нами был осуществлен внутрибороздковый разрез лезвием №15С. Разрез распространили на 1 зуб дистальнее (2 моляр) и на 2 мм медиальнее для избегания перфорации при создании принимающего тоннельного ложа. Маленьким распатором осуществили отслойку лоскута. Сосочки отслоили только с вестибулярной стороны.

ССТ получили с неба в области 2-3 премоляра. Ушивание донорской зоны произвели перекрестным швом.

Трансплантат ввели в ложе с помощью позиционирующего шва. Для этого иглу провели через тоннель в область рецессии, трансплантат захватили изнутри наружу и снаружи внутрь. Далее иглу снова провели через тоннель в обратном направлении.

Рану ушили двумя вертикальными двойными перекрестными швами материалом «Vicryl 5-0»). Они позволяют надежно фиксировать лоскут и трансплантат, а также плотно прижимают их к корню. Иглу ввели с вестибулярной стороны, захватывая ССТ. Выкол осуществили с небной стороны. Через режущие края иглу вернули на вестибулярную сторону и вывели на небную под контактным пунктом, не захватывая ткани.

Второй шов начали с небной стороны, иглу провели через основание сосочка без захвата трансплантата. Выкол осуществили с вестибулярной стороны, затем вывели на небную поверхность и снова вернули на вестибулярную. Завязали узел и удалили позиционирующие швы.

Небольшую часть ССТ оставили открытой для увеличения зоны кератинизированной десны.

Основываясь на собственном опыте, мы пришли к выводу, что тоннельная методика с пересадкой аутогенного соединительнотканного трансплантата по сравнению с методом коронального смещения лоскута в сочетании с субэпителиальным соединительнотканым трансплантатом позволяет достичь необходимого эффекта при меньшей затрате времени, меньшей травматизации тканей и является более удобной для выполнения.

Выводы

1) В настоящий момент возможно как хирургическое, так и терапевтическое лечение рецессии десны. Но сфера применения терапевтического лечения минимальна, поэтому хирургическое вмешательство является преимущественным методом при выборе тактики лечения рецессии десны. Его можно осуществить на любой стадии развития заболевания, при грамотном проведении операции результат гарантирован.

2) Метод коронального смещения лоскута более травматичен. Послабляющие разрезы являются дополнительной раной и создают неудобства пациенту. Кроме этого повышается риск послеоперационных осложнений. Тоннельная методика включает меньше этапов и требует намного меньше времени, потому что быстрее осуществляется фиксация трансплантата и отсутствуют дополнительные разрезы, требующие времени на ушивание.

Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. Москва, 2006.
2. Питер Феде «Пародонтологическая азбука», М.: Азбука, 2003.

3. Янушевич О.О. Хирургическое лечение локальной рецессии десны с применением препарата Коллапол. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Москва, 1996. – С. 19–25.
4. Грудянов А.И., Ерохин А.И., Безрукова И.В. Техника проведения операций по устранению рецессий десны // Пародонтология. – 2002. – №1–2. – С.12–16
5. Т. Н. Модина, И. Р. Ганжа, М. В. Болбат, С. С. Молькова, Э. Г. Старикова, Е. Ю. Блинова, г. Москва – С. 25
6. Жданов Е.Ф., Февралева А.Ю. Анализ значения десневого фенотипа при выборе хирургического метода закрытия рецессии десны // Пародонтология. – 2006. – №1. – С. 33–39.
7. Олейник О. И., Красникова О. П., Алферова Е. А., Кубышкина К. П., Глазьев В. К. Современные подходы к консервативному лечению заболеваний пародонта (обзор) [Текст] // Новые задачи современной медицины: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2016 г.). – СПб.:Своеиздательство, 2016. – С. 47-51.
8. Paolantonio M. Treatment of Gingival recessions by combined periodontal regenerative technique, guided tissue regeneration, and subpedicle connective tissue graft: A comparative clinical study. J Periodontol 2002; 73(1) :53–62.
9. Pini Prato G., Rotundo R., Magnani C., Ficarra G. Viral etiology of gingival recession: a case report. J Periodontol 2002; 73(1) : 110–114.
10. American Academy of Periodontology, 1996
11. Langer B. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage/ B. Langer, L. Langer // J Periodont. – 1985. – 12:715
12. Отто Цур, Марк Хюрцелер. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии. – Москва: Азбука, 2014 г. с. 319-334, с. 357-369.
13. Randall J. Harris. Root Coverage With Connective Tissue Grafts: An Evaluation of Short- and Long Term Results. J Periodontol. – September 2002 с. 1054-1058
14. Выявление и учет степени риска стоматологической патологии при использовании фиксированной ортодонтической аппаратуры. Гриценко Е.А., Суетенков Д.Е., Фирсова И.В. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9. № 3. С. 375-379.
15. Комплексное лечение и профилактика заболеваний пародонта. Булкина Н.В., Ерокина Н.Л., Поспелов А.Н., Суетенков Д.Е. Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Физика. 2013. Т. 3. № 1. С. 48.
16. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков. Гриценко Е.А., Суетенков Д.Е., Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 234-239.
17. Диагностическое обеспечение взаимодействия ортодонта и пародонтолога: оценка фиксирующей способности пародонта. Суетенков Д.Е., Акулович А.В., Фирсова И.В. Пародонтология. 2010. Т. 15. № 4. С. 26-30