

ХИРУРГИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ



Боймуратов Ш.А., Сабилов Э.Э.
Ташкентская медицинская академия

Рецессия десны, по разным данным, встречается в 77,2% и даже в 99,2% случаев, в основном у пациентов с тонким биотипом. Из факторов, способствующих развитию и прогрессированию формирования рецессий, наиболее значимыми являются общесоматические заболевания (в первую очередь заболевания сердечно-сосудистой системы, шейный остеохондроз), наличие травматических уздечек и выраженных мышечных тяжей, травмирующие движения при чистке зубов, присоединившийся вторичный пародонтит, неправильное проведение разрезов на десне, зубо-альвеолярное удлинение, ортодонтические аномалии положения зубов и окклюзии [1,4,6].

Возможности хирургического устранения рецессии десны во многом зависят от клинической ситуации и причины её развития. В классификации ВОЗ (Женева, 1997) выделяют следующие рецессии: постинфекционную, послеоперационную, генерализованную, локализованную и неуточненной этиологии (идиопатическую) [2].

Кроме того, возможно обнаружение не только видимой рецессии, но и скрытой, которая обнаруживается лишь при зондировании. Прогноз полного закрытия рецессий достаточно чётко отражён в классификации Miller (1985):

- класс I. Рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и (или) кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А – узкая, В – широкая). Возможно закрытие на 100%.

- класс II. Рецессия распространяется за уровень переходной складки. Потеря десны и (или) кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А узкая, В – широкая). Возможно закрытие на 100%.

- класс III. Рецессия II класса сочетается с потерей уровня костной ткани с одной из апроксимальных поверхностей (подкласс А – без вовлечения соседних зубов, В – с вовлечением соседних зубов). Невозможно закрытие корня на 100% без НРТ.

- класс IV. Потеря десны и кости в межзубных промежутках – циркулярная (подкласс А – у ограниченного количества зубов, В – генерализованная горизонтальная потеря десны). Закрытие корня невозможно.

Способов закрытия рецессий и увеличения зоны кератинизированной десны известно очень много, но зачастую они обеспечивают хороший результат лишь при неглубоких рецессиях, тогда как при множественном тяжёлом поражении лечение будет состоять из нескольких этапов, а в некоторых случаях, когда речь идёт о восстановлении утраченных тканей пародонта, потребуются проведение дополнительной костной пластики, НРТ или ортодонтической стимуляции образования кости на поверхности корня [3,5,7].

Субэпителиальный соединительнотканый трансплантат (ССТ), который описали Langer и Langer со своими модификациями, используется с 1985 года и позволяет, сохраняя естественную окраску и форму десны, устранить рецессии 1-го и 2-го класса по Миллеру более чем на 90%. Он также может быть использован на 1-м этапе лечения для увеличения объёма тканей и изменения биотипа десны [3,5].

Цель исследования

Анализ эффективности использования различных видов трансплантатов для закрытия десневых рецессий.

Материал и методы

В стоматологической поликлинике 2-й клиники ТМА и в поликлинике №2 Юнусабадского района за 3 года лечение получили 10 пациентов с десневыми рецессиями 1-го и 2-го классов по Миллеру с использованием свободного расщеплённого трансплантата с нёба и 10 – с применением субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута. Использовался трансплантат средней толщины (0,5–0,75 мм). Еще 5 пациентам была проведена операция по закрытию

рецессий ССТ с эпителиальной краевой полоской по конвертной методике. Результат оценивался по данным клинического обследования и измерения величины первоначальной и остаточной рецессии, измерению глубины преддверия оценке биотипа до и после операции. Сроки наблюдения составили 1, 3, 6 месяцев, 1 год и далее до 3-х лет.

Результаты и обсуждение

Наиболее типичными и показательными являются методики оперативной техники, о чем свидетельствует наше наблюдение.

Использование субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута закрытия десневых рецессий. Пациентка К., 28 лет, обратилась с жалобами на обнажение корня зуба 4.1, кровоточивость десны и быстрое увеличение рецессии в последние месяцы. Причинами рецессии послужили выраженное натяжение десневого края со стороны уздечки нижней губы и неудовлетворительная гигиена. При обследовании выявлена рецессия зуба 4.1 глубиной 6 мм, выходящая за переходную складку, с большим количеством мягкого и твёрдого зубного налёта. Прикус близкий к ортогнатическому. Д-з: мелкое преддверие полости рта в области нижней челюсти, щёчно-альвеолярные тяжи, короткая уздечка нижней губы, множественные десневые рецессии 1-го класса по Миллеру в области премоляров и клыков, рецессия 3-го класса (1-й подкласс) зуба 4.1. На лечении выполнено закрытие основной рецессии. Под инфильтрационной анестезией области рецессии сформирован трапециевидный слизистый лоскут через десневой край, внутри мягких тканей отсепарованы тяжи в основании уздечки от надкостницы. Поверхность рецессии обработана керамической фрезой и 18% раствором лимонной кислоты в течение 2–3-х минут для удаления смазанного слоя, и промыта. ССТ, взятый с нёба в области премоляров и 1-го моляра верхней челюсти, внесён в сформированное ложе и фиксирован швами Пролен 6-0 с коронарным смещением десневого края до уровня эмалево-цементного соединения. В послеоперационном периоде назначались ротовые ванночки хлоргексидина биглюконата 0,06% и солкосерил на 14-е сутки. По нашим наблюдениям, подтверждающим данные G. Cordioli и соавт. (2001), A. Hirsch и соавт. (2001), субэпителиальный соединительнотканый трансплантат в сочетании с коронарным смещением лоскута закрытия десневых рецессий 1–2-го класса по Миллеру даёт лучший клинический результат в переднем отделе нижней челюсти. С использованием этого метода лечение получили 10 пациентов.

Использование ССТ в сочетании с коронарно смещённым слизистым лоскутом даёт хороший эстетический результат и позволяет закрыть рецессии 1–2-го и в некоторых случаях 3-го класса по Миллеру глубиной не более 3 мм в 93,5% случаев, особенно в переднем отделе нижней челюсти и в боковых отделах верхней челюсти, где выражены натяжения окологотовых мимических мышц. Хирургическое лечение рецессий 1–2 класса по Миллеру наиболее эффективно при использовании ССТ с сохранённой эпителиальной краевой полоской по конвертной технике и приводит к хорошему эстетическому результату и функциональной стабильности с эффективностью 95,7%.

Выводы

1. Лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти: $91,1 \pm 18,8\%$ для модифицированной тоннельной методики и в 100% случаев применения коронально смещённого лоскута ($p < 0,01$).
2. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты: $86,3 \pm 17,6\%$ в случаях применения коронально смещённого лоскута и $70,9 \pm 19,9\%$ – для модифицированной тоннельной методики ($p > 0,01$).
3. Применение критерия Краскела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что коронально смещённый лоскут показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ($p < 0,01$).

Литература

1. Абдурахманов А.И. и др. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта: Учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 80 с.
2. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. – М.: Мед. информ. агентство, 2016. – 96 с.
3. Давидян А.Л. Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз. – М.: Поли Медиа Пресс, 2007. – 152 с.
4. Ризаев Ж.А. Разработка концепции и программы профилактики заболеваний пародонта у населения Узбекистана на основе комплексных социально – гигиенических исследований: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2015. – 23 с.
5. Смирнова С.С. Оптимизация лечения рецессии десны (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 111 с.
6. Pickron R.N. Etiology of gingival recession // Amer.

- J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2014. – Vol. 146, № 6. – P. 693–694.
7. Schmitt C.M., Tudor C., Kiener K. Vestibuloplasty: porcine collagen matrix versus free gingival graft: a clinical and histologic study // J. Periodontol. – 2013. – Vol. 84, № 7. – P. 914–923.

Резюме

Цель: анализ эффективности использования различных видов трансплантатов для закрытия десневых рецессий. **Материал и методы:** в стоматологической поликлинике 2-й клиники ТМА и в поликлинике № 2 Юнусабадского района за 3 года лечение получили 10 пациентов с десневыми рецессиями 1-го и 2-го классов по Миллеру с использованием свободного расщеплённого трансплантата с нёба и 10 – с применением субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута. Использовался трансплантат средней толщины (0,5–0,75 мм). **Результаты:** лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти: $91,1 \pm 18,8\%$ для модифицированной тоннельной методики и в 100% случаев применения коронально смещенного лоскута. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты: $86,3 \pm 17,6\%$ в случаях применения коронально смещенного лоскута и $70,9 \pm 19,9\%$ –

для модифицированной тоннельной методики. **Выводы:** применение критерия Крассела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что коронально смещенный лоскут показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ($p < 0,01$).

Ключевые слова: рецессии десны, свободный десневой трансплантат, соединительнотканый трансплантат с эпителиальной полоской.

Summary

A comparative study of different methods of transplanting techniques with the use of free gingival, connective tissue and connective tissue with epithelial strip grafts to close gingival recessions 1–2 class (Miller, 1985) shows a highest efficiency for the complete closure method of the last recession of the gums.

Key words: gingival recession, free gingival graft, connective tissue grafts with epithelial strip.

Резюме

Миллер (1985) маълумотларига кўра, 1-2-чи синф милк рецессиясининг турғунлигини ёпиш учун трансплантация техникасининг қиёсий усуллари эркин милк трансплантатлари (CDT), эркин бириктирувчи тўқима трансплантатлари (CCT) ва эпителиал юзали эркин бириктирувчи тўқима трансплантатлари ёрдамида амалга оширилади.

Калит сўзлар: милк рецессияси, эркин милк трансплантати, эпителиал юзали эркин бириктирувчи тўқима трансплантати.

УДК: 616.314-089.819.843:616.314.17-008.1-002]-612.017.2+616.1/8

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОГО РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ



Ярмухамедов Б.Х., Амануллаев Р.А.,
Газиева Э.В., Рахматов А.А., Махмудов М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Дентальная имплантация в последние годы широко применяться у различных групп пациентов [5,6,8,11], однако вопрос о вероятности отторжения дентальных имплантатов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне сахарного диабета до конца не решен [1,3,4]. По нашему мнению, проведение

дентальной имплантации у данной категории больных возможно, но она требует тщательной предимплантационной подготовки. Большое значение имеют морфологические критерии, на основании которых можно оценить возможный риск вмешательства до его начала и в дальнейшем проводить коррекцию метаболических нарушений