

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

«Лечение обнажения поверхностей корней»

Выполнила: ординатор 1 года обучения

Энцы Е.И.

Проверила: Доцент ,КМН кафедры хирургической
стоматологии и ЧЛХ,

Маругина Т.Л

Красноярск 2019г

План

Актуальность	3
Введение	3
Лоскуты на питающей ножке	6
Свободный десневой аутоотрансплантат	12
Техника конверта	19
Туннельный метод	21
Соединительнотканый аутоотрансплантат, техника туннельного киста и аугментация альвеолярного гребня.	25
Заключение	26
Список литературы	27

Актуальность

На сегодняшний день проблема эстетики в стоматологии выходит на первый план, и одной из важных задач периодонтальной пластической хирургии является устранение и профилактика возникновения рецессии десны. Периодонтальная пластическая хирургия является приоритетным направлением. В настоящее время возможности периодонтальной хирургии все более расширяются с появлением усовершенствованных хирургических методик и средств, стимулирующих репаративные процессы мягких тканей.

Введение

Рецессия десны – это часто встречающаяся проблема, заключающаяся в апикальном смещении тканей относительно эмалево-цементной границы с обнажением поверхностей корней и часто сопутствующими дефектами твердых тканей зубов. Считают, что главная причина рецессии у молодого возраста, соблюдающих гигиену полости рта, в механических травмах, вызванных слишком интенсивной чисткой зубов или применением твердых щеток. У людей более старшего возраста из факторов риска, на первом месте стоят изменения в пародонте, вызывающие потерю опорных тканей зубов. Так же рецессии часто возникают из-за развития воспалительного процесса, вследствие локальной аккумуляции зубного налета. Эти рецессии наблюдаются в пространствах, где кость альвеолярного отростка истончена или происходит ее дегисценция, а так же при тонком биотипе тканей. Развитие этого типа рецессии объясняют исследования Baker и Seymour, проведенные на животных. Спровоцированная присутствием зубного камня пролиферация клеток покровного эпителия и эпителия кармана в тонкую соединительную ткань вызывает так называемый погружной рост эпителия, что клинически проявляется рецессией десневого края.(рис 1, рис2)



Рис.1 Десневая рецессия у пациента с продолжительным течением заболевания пародонта



Рис.2 Рецессия в области 21, вызванная локальным образованием зубного камня

Успешность хирургического устранения рецессий десны в значительной степени зависит от выявления всех причин ее развития, а также от грамотного планирования и выбора рациональной методики лечения .

Основными критериями при выборе той или иной методики являются ширина и глубина рецессии, ширина и толщина прикрепленной слизистой оболочки апикальнее рецессии, биотип десны, этиология и наличие

факторов риска, эстетические ожидания пациента и степень его сотрудничества.

Очень важно понимать ожидания пациента от предполагаемого лечения и обсудить все возможные исходы, в том числе и неудовлетворительные. Это имеет большое юридическое значение, поскольку операция по устранению рецессий является факультативной (т.е. проводится не по жизненным показаниям).

Особое значение при планировании хирургического лечения следует уделять высоте линии улыбки, которая может быть очень высокой, высокой, средней и низкой. Эстетический исход устранения рецессий предопределяется такими критериями, как степень устранения рецессии; цвет десны в области устраненной рецессии относительно прилежащих тканей; форма и толщина десны в области устраненной рецессии относительно прилежащих тканей; текстура и качество десны в области устраненной рецессии; фестончатость краевой десны.

Классификация Миллера позволяет прогнозировать результаты лечения, т.е. оценить вероятность их хирургического лечения. Показатель этой оценки – состояние тканей в межзубных пространствах. Полного хирургического закрытия обнаженных поверхностей корней можно достичь при рецессии I и II классов. При рецессии III класса можно ожидать только частичного закрытия корней, а рецессия IV класса – противопоказание для проведения хирургической операции.

Общепринятая классификация десневых рецессий, Miller, 1985г.

I класс – рецессия десны отмечается в пределах слизисто-десневого соединения (мелкая). Потеря интрапроксимальной кости и десны (т.е. в

межзубных промежутках) отсутствует (подкласс А - узкая, подкласс Б - широкая) .(рис 3., рис4.)



Рис.3



Рис.4

II класс - рецессия десны выходит за пределы слизисто-десневого соединения (глубокая). Потери костной ткани и/или десны в межзубных промежутках не отмечается (подкласс А - узкая, подкласс Б - широкая). (рис.5,6)

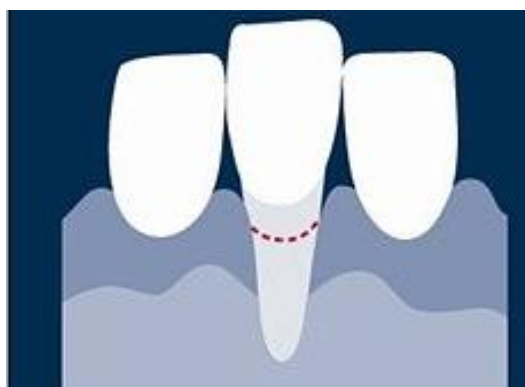


Рис.5



Рис.6

III класс - десневая рецессия класса 1 или 2 с сопутствующей потерей интрапроксимальной кости, при этом десна в межзубных промежутках находится апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональнее десневого края с вестибулярной поверхности зуба. (рис.7,8)



Рис.7



Рис.8

IV класс - потеря десны и кости в межзубных промежутках - циркулярная (подкласс А - у ограниченного количества зубов, подкласс Б - генерализованная горизонтальная потеря десны).(рис.9,10)



Рис.9



Рис.10

В последние десятилетия хирургические методы лечения рецессии прошли эволюцию. Сегодня известны несколько десятков методик и их модификаций, при чем, многие из них сохранили только историческое значение.

С целью закрытия рецессии используются :

1. Свободные аутотрансплантаты мягких тканей (free soft tissue grafts):
 - *Эпителиально-соединительнотканый аутотрансплантант*
 - *Соединительнотканый аутотрансплантант*
2. Аутотрансплантаты мягких тканей на ножке (pedicle soft tissue grafts)

Согласно рекомендациям лечение рецессии в большинстве случаев требует применение свободных аутотрансплантатов- аутотрансплантатов соединительнотканной ткани. Клинические исследования доказали , что их исследование дает наилучшую имитацию полного покрытия поверхности корня и создание наиболее широкой зоны прикрепленной кератинизированной десны по сравнению с другими операционными методиками.

Подготовка поверхности корня перед хирургической операцией

Независимо от избранной операционной методики , перед началом препарирования тканей, поверхность корня нужно отчистить от зубного камня.

Если на поверхности корня обнаруживают дефекты не кариозного происхождения , необходимо их выровнять алмазным бором и загладить резинкой. Пришеичные пломбы нужно удалить, а поверхность корней – сгладить.

Согласно концепции Миллера, поверхность корня следует протравить кислотой для удаления смазанного слоя.

Лоскуты на питающей ножке

Лоскуты на ножке (смещенные латерально или коронарно) или сосочковые лоскуты (одиночные или двойные) в сочетании с трансплантатом из соединительной ткани служат основой современной пародонтальной

хирургии корня. По этой причине необходимо совершенствовать технические навыки этих манипуляций.

Лоскуты на ножке с боковым смещением

При использовании методики бокового смещения лоскута обнаженные в результате рецессии десны поверхности корня покрывают кератинизированной десневой тканью смежных участков. Предпосылкой к применению данной методики является наличие локальных, небольших по площади обнаженных поверхностей корней достаточной ширины, а также здоровая кератинизированная десна на смежных с обнаженной поверхностью участках.

Преимущества

- Один оперируемый участок.
- Хорошая васкуляризация лоскута на ножке.
- Возможность закрыть обнаженную поверхность корня.

Недостатки

- Ограничен количеством прилегающей кератинизированной десны.
- Возможность образования рецессии на донорском участке.
- Дегисценция или фенестрация на донорском участке.
- Ограничен одним или двумя зубами с рецессией десны.

Противопоказания

- Наличие глубоких межзубных карманов.
- Чрезмерное выступание корней.
- Глубокая или обширная стираемость или эрозия корня.

Методика бокового смещения лоскута:

Имеющуюся рецессию срезают и освежают. На смежном с обнаженной поверхностью о зубе выполняют маргинальный разрез десны и у другого смежного зуба — парамедианный вертикальный разрез. Лоскут, образованный таким образом на участке, граничащий обнаженной поверхностью корня, препарируют как слизисто-надкостничный лоскут, а участок лоскута, граничащий с местом забора - как лоскут слизистой оболочки. Вследствие этого при боковом смещении лоскута обнаженную поверхность корня покрывают слизисто-надкостничным лоскутом и на месте забора остается покрытая слоем надкостницы рана, которая затем эпителизируется.

Покрытие обнаженных поверхностей корней свободным трансплантатом слизистой оболочки и соединительной ткани. Обнаженную поверхность корня можно покрывать свободным трансплантатом слизистой оболочки. Эту методику используют при полном отсутствии или наличии очень низкой кератинизированной десны. Свободный трансплантат слизистой оболочки забирают, как правило, из участка слизистой оболочки неба. Десну, окружающую обнаженную поверхность корня, лишают эпителия и освежают, затем тщательно очищают поверхности корня. Некоторые авторы рекомендуют предварительно обрабатывать поверхность корня 1% раствором лимонной кислоты (pH-1,0) на протяжении 3 минут.

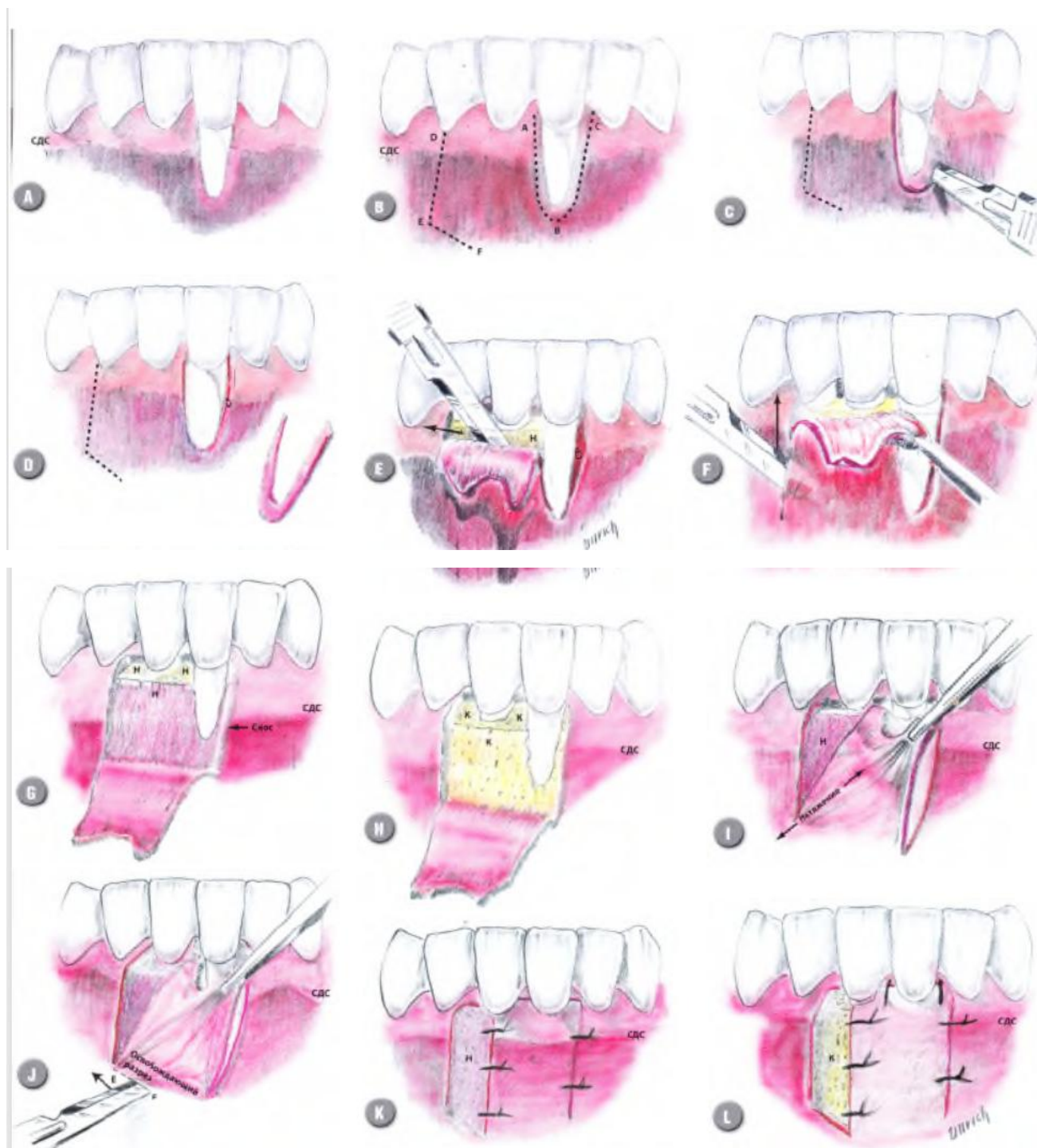


Рис.11 Латерально смещенный лоскут на ножке.

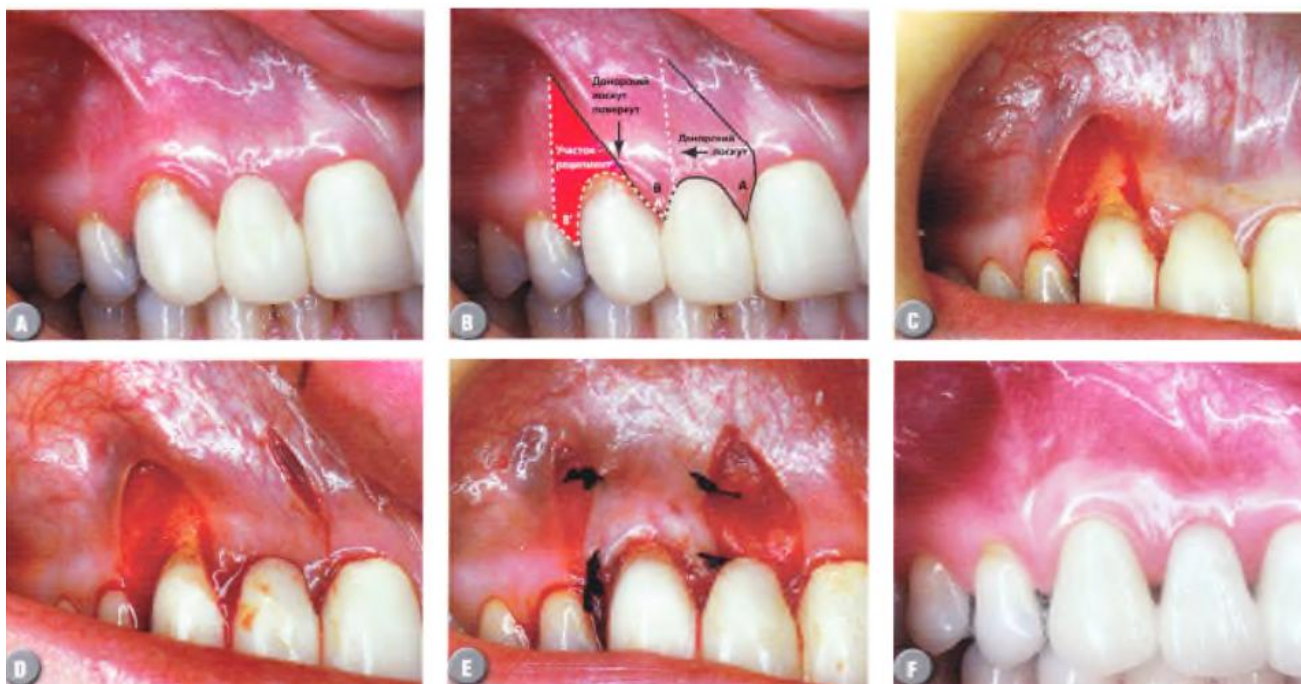


Рис.12 Частично расщепленный латерально смещенный лоскут.

Свободный десневой аутотрансплантат

Методика подсадки свободного десневого аутотрансплантата является наиболее часто используемой в настоящий момент и наиболее эффективной для увеличения зоны прикрепленной десны.

Преимущества

- Высокая эффективность.
- Простота.
- Возможность лечения нескольких зубов одновременно.
- Возможность выполнения в случае недостатка зоны кератинизированной десны в прилегающей участку, куда проводится подсадка аутотрансплантата.

Недостатки

- Наличие двух операционных полей.
- Нарушение кровоснабжения.
- Недостаточная эффективность при попытке закрытия корня.
- Большой дискомфорт.
- Недостаточный гемостаз.
- Фиксация трансплантата.

Методика

Вначале так же, как при использовании латерального лоскута, на питающей ножке скальпелем делают обратный косой разрез десны по краям рецессии и удаляют эпителий десны. Затем скальпелем иссекают эпителий на десне по краям дефекта на ширину 3—4 мм, тем самым готовя воспринимающее ложе для трансплантата. Свободный десневой трансплантат может быть взят на небе, где имеется достаточное количество плотной жевательной слизистой оболочки. Для забора трансплантата нужной формы лучше использовать выкройку из алюминиевой фольги. Толщина свободного трансплантата должна быть 2—3 мм. Перед забором трансплантата участок слизистой оболочки очерчивают по форме выкройки и иссекают скальпелем № 15. На реципиентном участке трансплантат фиксируют тонким атравматическим 5/0—6/0 шовным материалом. После наложения швов трансплантат прижимают пальцем на 2—3 минуты, чтобы выдавить из-под него сгусток крови.

Швы удаляют через неделю, повязку через 2 недели.

Приживление трансплантата по имеет 3 фазы:

1. Начальная фаза (3 дня). В течение этого времени между трансплантатом и воспринимающим ложем имеется тонкий слой экссудата.

Питание трансплантата осуществляется за счет аваскулярной плазматической циркуляции из тканей воспринимающего ложа. Учитывая это, для выживания трансплантата важно, чтобы был тесный и достаточно большой контакт между тканями. Важно помнить, что эпителий трансплантата раньше других структур подвергается дегенерации, слущивается.

2. Фаза реваскуляризации (2—11 дней). Спустя 4—5 дней после переноса трансплантата образуются анастомозы между сосудами воспринимающих тканей и самим трансплантатом. Для этого периода характерно не только разрастание капилляров, но и начало фиброзного соединения между трансплантатом и воспринимающим соединительнотканым ложем. Реэпителизация трансплантата возникает главным образом из эпителия соседних участков десны.

3. Фаза созревания тканей (11 —42 день). В этот период число кровеносных сосудов частично уменьшается, и примерно через 14 дней сосудистая система трансплантата становится нормальной. Эпителиальный покров трансплантата становится зрелым, происходит его кератинизация.

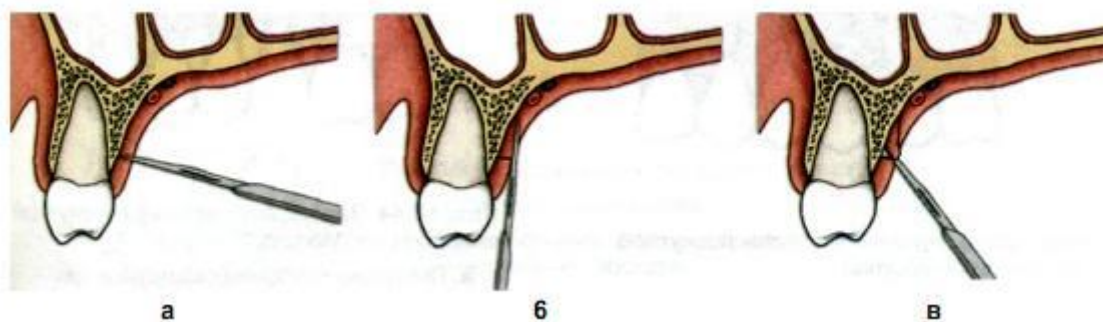
Приживление свободных трансплантатов зависит в первую очередь от ширины и высоты рецессии. Рецессии узкие и неглубокие являются более предпочтительными, чем широкие и глубокие.

Оптимальными являются трансплантаты толщиной 1,5—2,0 мм. Кроме того, приживление трансплантатов зависит от качества обработки поверхности корня зуба, степени прилегания и фиксации трансплантатов на воспринимающем ложе. Противопоказанием для применения свободных слизистых трансплантатов является рецессия классов, отсутствие достаточно

толстого слоя донорской прикрепленной десны. Относительным противопоказанием является различие в цвете донорской слизистой оболочки.

Разновидностью свободных трансплантатов являются подслизистые соединительнотканые трансплантаты. Основным преимуществом субэпителиальных соединительнотканых трансплантатов является их хорошее кровоснабжение, происходящее из двух источников: воспринимающего ложа и покрывающей трансплантат десны. Техника операции заключается в том, что горизонтальным косым разрезом рассекают десну в области рецессии у основания десневых сосочков. Глубина разреза не должна превышать 1 мм, что позволяет сохранить целостность межзубных артерий. При помощи скальпеля № 11 формируют расщепленный слизистый фартукообразный лоскут до границы мукогингивального соединения. При этом важно сохранить лоскут целым и не перфорировать его. Обнаженную поверхность корня зуба полируют, после чего при помощи ватного тампона в течение 2—3 мин корень зуба обрабатывают раствором тетрациклина гидрохлорида. Раствор приготавливают из 250 мг антибиотика и 5 мл дистиллированной воды. Аппликация водного раствора тетрациклина обеспечивает антибактериальный эффект, позволяет удалить поврежденный слой дентина, раскрыть дентиновые каналы и тем самым обнажить концы коллагеновых волокон.

Забор донорского материала лучше производить на небе. После инфильтрационной анестезии делают разрез перпендикулярно альвеолярному отростку на 2—3 мм апикальнее десневого края.



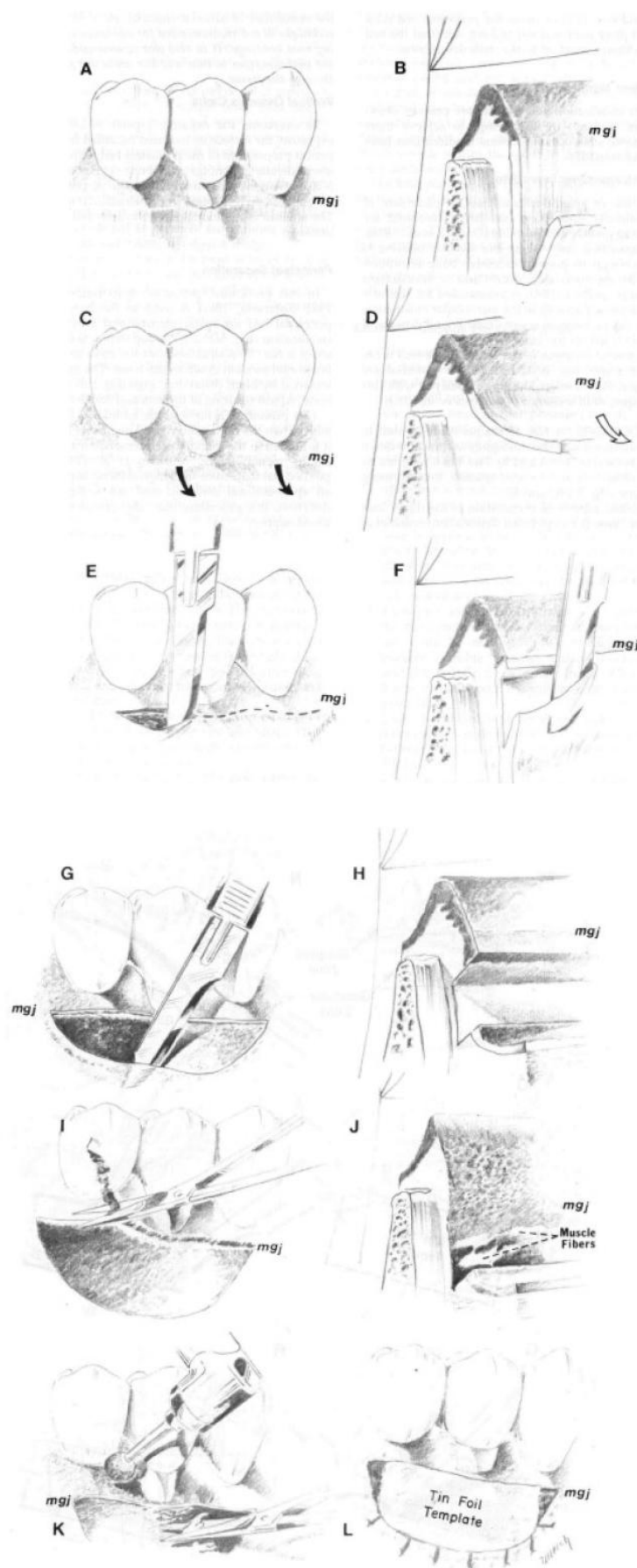
Длина разреза ограничивается размером трансплантата. Второй разрез делают параллельно длинной оси зуба, начиная от края первого разреза.

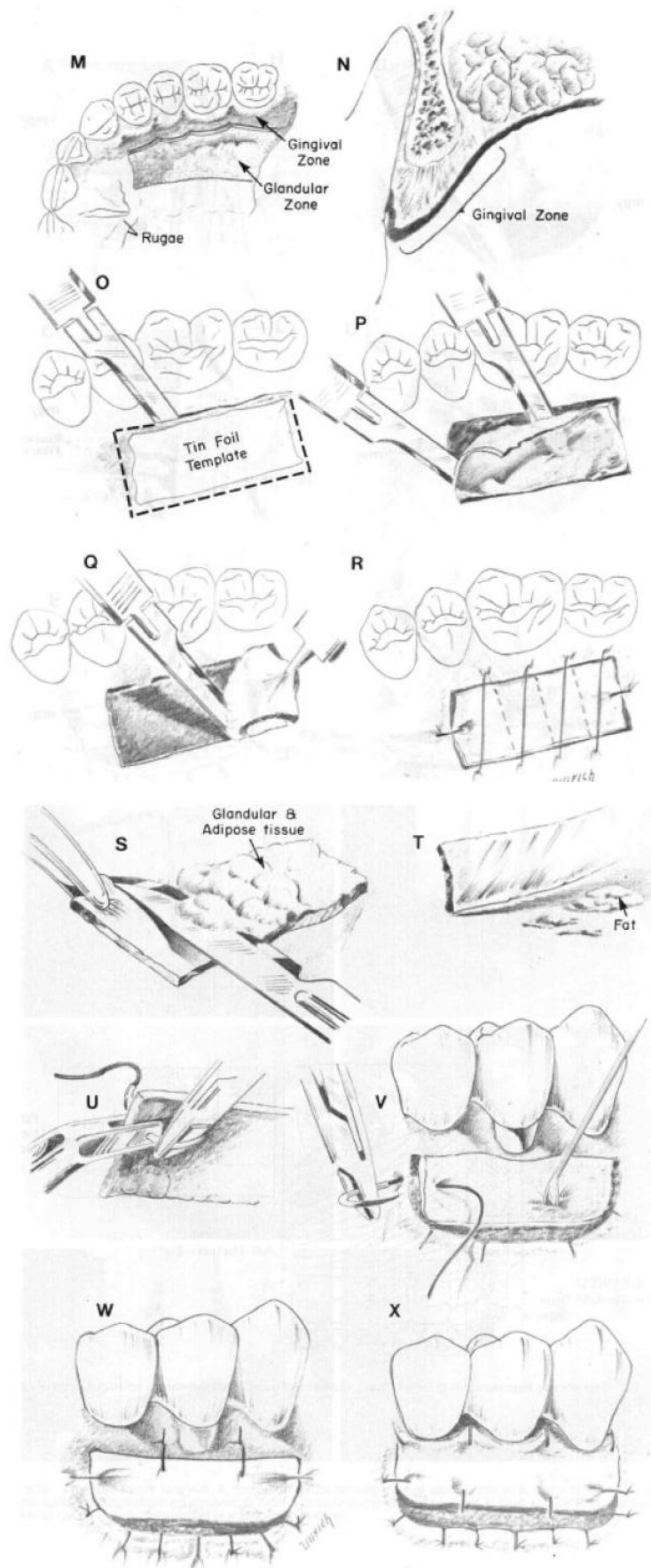
Глубина этого разреза определяется высотой альвеолярного отростка. При нормальной высоте неба разрез делают на глубину 10—12 мм. Отклонение скальпеля от длины оси зуба в сторону небной поверхности чревато повреждением сосудисто-нервного пучка. Подъем свободного трансплантата производят очень осторожно, избегая его травмирования. Ушивают рану тонкой (4/0) атравматичной нитью. Трансплантат помещают под расщепленный фартукообразный лоскут в области рецессии и фиксируют к десневым сосочкам одиночными узловыми швами (6/0).

Затем наружным лоскутом максимально закрывают трансплантат и фиксируют швами. Завершается операция наложением защитной повязки сроком на 7 дней. После операции назначают ежедневное полоскание полости рта раствором хлоргексидина, антибиотики (тетрациклин) внутрь.

Схема свободного десневого ауто трансплантата:

Таблица 1





Техника конверта

Данная методика аналогична устранению рецессий десны в области корня или имплантата. Область тщательно промывают и производят горизонтальный разрез от одного прилегающего зуба до другого на уровне цементно-эмалевого соединения (ЦЭС) с каждой стороны рецессии лезвием No 15. Затем лезвие располагают параллельно длинной оси зуба, а кончик лезвия направляют к подлежащей кости во избежание перфорации лоскута. Мягкотканое ложе в виде конверта подготавливают посредством острого рассечения за пределы слизисто-десневой границы для мобилизации лоскута, достаточной для его коронального смещения до уровня ЦЭС причинного зуба. Подготовка «конверта» считается завершенной, если пародонтологическим зондом можно беспрепятственно коронально сместить лоскут до уровня ЦЭС.

На небе вблизи ЦЭС производят два параллельные разреза, перпендикулярные длинной оси зубов (Langer и Langer, 1985). Два вертикальные послабляющие разреза облегчают отслаивание поверхностной части лоскута и высвобождение подлежащего соединительнотканного трансплантата. При проведении манипуляции следует оставаться в безопасной зоне, которая ограничивается проекцией передней границы небного корня первого моляра и линией, проходящей на расстоянии 12 мм от ЦЭС. После получения трансплантата успех процедуры не зависит от удаления эпителиальной границы трансплантата (Bouchard et al., 1994).



Рис.13 Получение соединительнотканного трансплантата на небе

Трансплантат вводят в подготовленное ложе под слизистый лоскут . Корональную часть трансплантата располагают на уровне или немного коронарное ЦЭС и фиксируют его к сосочкам одиночными узловыми швами из резорбируемого материала. После этого вестибулярный лоскут натягивают поверх трансплантата и фиксируют обвивным швом .Такой подход обеспечивает максимальное перекрытие и кровоснабжение трансплантата.



Рис.14 Соединительнотканый трансплантат установлен в мягкотканый "конверт"

На данном этапе перед ушиванием вестибулярного лоскута целесообразно ввести изогнутый кончик распатора (24 G или Причарда, Хью-Фриди; Hu-Friedy) между трансплантатом и лоскутом. Это позволяет правильно направить иглу, которая скользит по распатору и не захватывает трансплантат. Таким образом, удастся добиться коронального смещения вестибулярного лоскута независимо от положения трансплантата. Во избежание образования «мертвого» пространства на лоскут надавливают марлевой салфеткой, смоченной в физиологическом растворе. Затем область раны на одну неделю закрывают пародонтологической повязкой. Заживление обычно протекает без особенностей и приводит к предсказуемому результату.

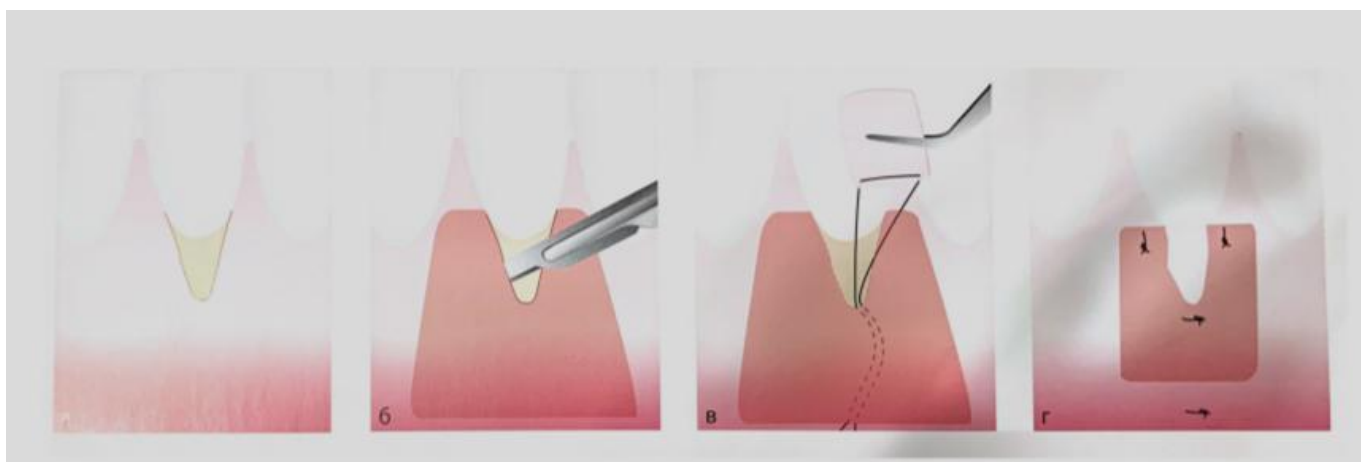


Рис.15 Техника конверта (схема)

Туннельный метод

В основе техники выполнения туннеля над надкостницей с последующим соединением отпрепарированных тканей в проекции рецессии. Препарирование туннеля происходит согласно с правилами расщепления лоскута над надкостницей. Следует быть осторожным, чтобы не рассечь краевую десну и десневые сосочки, а также не перфорировать лоскут и в дальнейшем деликатно ввести соединительнотканый трансплантат в туннель. Введение трансплантата в туннель требует укрепления «вожжей» на обоих его краях. Трансплантат фиксируют узловыми швами в межзубных пространствах. При закрытии обширных рецессий можно выполнить незначительное коронковое перемещение лоскута после наложения крестовидных удерживающих швов.
(рис.16,17,18,19,20)



Рис.16 Прокол иглой слизистой оболочки в проекции апикальной части надкостничного конверта.



**Рис.17 Прокол иглы во внутреннюю поверхность аутотрансплантата
(около 1,5 мм от края трансплантата)**

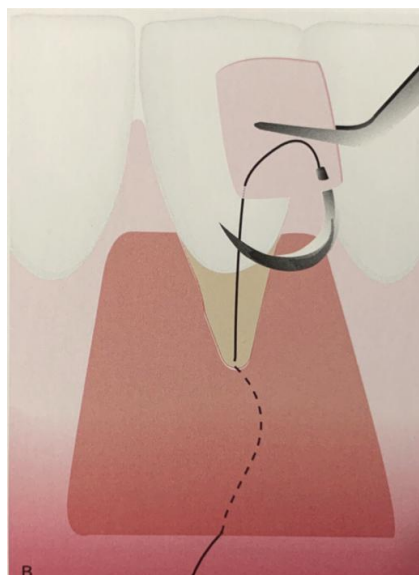


Рис.18 прокол иглы с внешней стороны трансплантата



Рис.19 Введение иглы в конверт. Выход иглы с внутренней стороны - игла должна пройти сквозь лоскут вблизи первого прокола.



Рис.20 подтягивание концов нити позволит ввести аутотрансплантат под лоскут.

***Соединительнотканый аутотрансплантат, техника
туннельного кисета и аугментация альвеолярного гребня.***

Цель методики заключается в закрытии рецессии десны , независимо от того, ассоциируется она или нет с вертикальной атрофией альвеолярного гребня в области зубов с рецессией.

На первом этапе проводится разрез ниже слизистодесневого прикрепления , а также внутрибороздковый разрез вокруг смежных зубов., чтобы сформировать туннель под всеми мягкими тканями с вестибулярной стороны. Создание кисета с вестибулярной стороны позволяет переместить коронково все лабильные ткани и ткани альвеолярного отростка.

Небный соединительно тканый аутотрансплантат забирают и позиционируют в апикально - коронковом направлении в кисет, затем все ткани репозиционируют коронково, закрывая рецессии десны на смежных зубах, ограничивающих дефект, и перемещая гребень более коронково. По истечению 8 недель заживления устанавливают следующий трансплантат соединительной ткани между щечным и небным лоскутом для увеличения их длины и ширины , восстанавливая контур гребня. Спустя 2 мес проводят формирование контуров аугментированного альвеолярного гребня алмазным бором и устанавливают временный мостовидный протез с овоидной формой промежуточной части. Затем постоянный цельнокерамический протез фиксируют через 6-8 недель. (рис.21)



Рис.21

Заключение

Хирургическое лечение рецессий десны с использованием аутотрансплантатов планируется в зависимости от биотипа реципиентной области, параметров рецессии, электродинамического состояния тканей десны. На основании анализа полученных результатов исследования уточняются показания для использования различных видов аутотрансплантатов при закрытии рецессии десны в зависимости от биотипа десны с целью получения максимально стабильного прогнозируемого результата.

Список литературы:

1. Зюлькина Л.А., Кобринчук К.Ю., Иванов П.В., Капралова Г.А.
/МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ
ДЕСНЫ // Современные проблемы науки и образования. – 2017. –
№ 1.;
2. Отто Цур, Марк Хюрцелер /Пластическая и эстетическая хирургия в
пародонтологии и имплантологии.. 2016. -847с.
3. Малгожата Петруска, Ян Петруска/ Пародонтально-
имплантологическая пластическая хирургия
ГалДент, 2016. - 282 с.
4. Андре Саадун /Эстетика мягких тканей в области зубов и
имплантатов Андре Саадун Львов: ГалДент, 2014. - 179 с.
5. Грудянов А. И., Ерохин А. И./ Хирургические методы лечения
заболеваний пародонта. М.: МИА, 2007.
6. Джованни Зуккелли./ Пластическая хирургия мягких тканей полости
рта. Обложка: твердая. 2014 -816с.
7. Ибрагим Э.Р. /Туннельная реконструкция альвеолярного отростка
верхней челюсти с одномоментной пластикой мягких тканей для
проведения дентальной имплантации: Дис. ... канд. мед. наук. М.
2011.
8. Наоши Сато Хирургия пародонта : клинический атлас /; пер. Мария
Короленкова и Анастасия Никифорова (гл. 1) ; науч. ред. пер.
Михаил Ломакин. - Москва [и др.] : Азбука, 2010. - 447 с.