

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Институт стоматологии - научно-образовательный центр инновационной
стоматологии
Кафедра клиника хирургической стоматологии и ЧЛХ

**Реферат: Рецессия десны. Этиология,
клинические проявления и современные методы
лечения.**

Выполнил: врач-ординатор 2 года
Черниковский Виктор Павлович

Проверил Доцент кафедры клиники
хирургической стоматологии и ЧЛХ
Маругина Татьяна Леонидовна

Красноярск, 2018 г.

Введение

Десневая рецессия представляет собой потерю уровня десны, уменьшение ее объема в апикальном направлении (определение ВОЗ, 2000), которая может быть как локализованной, так и генерализованной. В отечественной литературе для обозначения рецессии десны длительное время применялись термины «ретракция» и «атрофия»; Т.Ф.Виноградова предложила называть эту патологию V-образным атрофическим гингивитом. Большинство авторов указывало на неясную этиологию заболевания, иногда отмечался дистрофический характер.

Десневая рецессия не является отдельным заболеванием, а скорее симптомом, морфологическим проявлением (или исходом) других патологических процессов или состояний. По данным отечественной и зарубежной литературы, доля десневых рецессий составляет 5-10% от всех патологий пародонта, сопровождающихся потерей прикрепления. Причем частота ее возникновения у детей не превышает 8%, а у людей после 50 лет приближается к 100%, что позволяет говорить о важной роли физиологических процессов старения в этиологии рецессий. Кроме того, отмечается тенденция к регистрации учащения возникновения рецессий в индустриально развитых странах с высоким уровнем жизни. Это, с одной стороны, объясняется более высоким уровнем гигиены и частым обращением за ортодонтической помощью (что может служить факторами риска, о чем будет сказано далее), а с другой – заинтересованностью пациентов в устранении этого дефекта. Следует ожидать, что частота встречаемости этой патологии в будущем увеличится, особенно у молодых людей.

Этиология процесса образования рецессий недостаточно изучена, тем не менее, отмечается множество факторов, влияющих на возникновение этого явления. Все эти факторы условно можно разделить на несколько основных групп.

Анатомо-топографические факторы

К этой группе факторов прежде всего нужно отнести тонкую вестибулярную пластинку и выраженную проминенцию корней зубов. В переднем отделе челюстей зубы с массивными корнями (чаще это клыки) имеют тонкий слой кортикальной кости. В подобных случаях внутрикостное кровоснабжение вестибулярных участков кости минимально или вообще отсутствует; кровоснабжение их в основном осуществляется за счет сосудов надкостницы. Повреждение сосудов надкостницы может приводить к потере кортикальной пластинки кости.

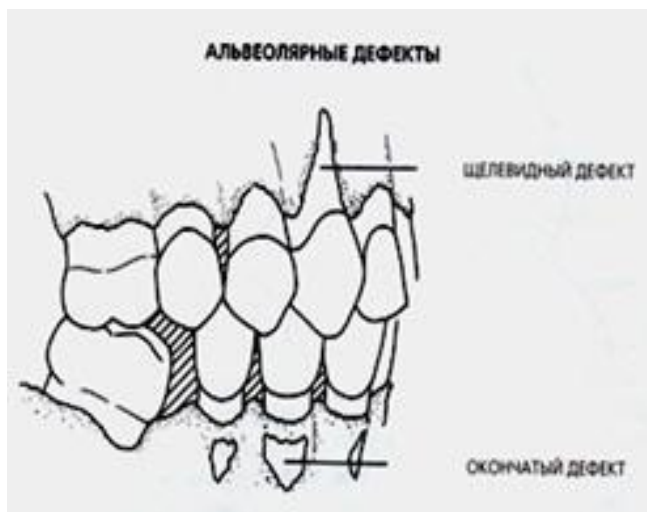


Рис. 1

При этом образуется щелевидный (дигисценция) или окончатый (фенестрация) дефекты (рис.1). В этих местах десна очень чувствительна к механическим повреждениям и микробной нагрузке. Убыль костной ткани, в свою очередь, так же ведет и к снижению уровня прикрепления и развитию рецессии.

Вторым немаловажным фактором является неполноценность тканей пародонта, которая выражается в мелком преддверии, дефиците зоны прикрепленной кератинизированной десны и ее тонком биотипе. Исследованиями Е.А. Горбатовой показано, что большое значение в возникновении рецессии десны имеет не собственно ширина прикрепленной десны, а соотношение величин прикрепленной и свободной десны. При соотношении 1:1 количество пациентов с патологией пародонта составляет 90,5 %, тогда как при соотношении 8:1 этот показатель снижается до 28,6%. В клинике необходимо ориентироваться на оптимальное соотношение 5:1. При этом 5 мм — это минимальный размер, до которого следует расширять зону прикрепленной десны при проведении хирургических манипуляций. Помимо этих основных факторов, существенное влияние оказывает высокое прикрепление уздечек губ и языка, мимической мускулатуры, наличие выраженных тяжей слизистой оболочки, а так же скученность зубов. Отсутствие достаточной величины прикрепленной десны при мелком преддверии полости рта приводит к постоянной травматизации десны пищевым комком, задержке пищевых остатков, нарушению кровоснабжения десны. Возникающие атрофические нарушения приводят к возникновению рецессии десны. Такой же механизм возникновения рецессий при наличии слизисто-альвеолярных тяжей и неправильном прикреплении уздечек верхней и нижней губы (особенно при вплетении соединительно-тканых волокон в межзубный сосочек).

Травматические факторы

Хроническая механическая травма, в частности, средствами гигиены полости рта при их неправильном использовании и/или чрезмерное усилие при проведении гигиенических процедур, постоянное использование высокоабразивных зубных паст и щеток с жесткой незакругленной щетиной. Особенно большой вред наносит чистка зубов горизонтальными

движениями. Причем у правой более выражена рецессия с левой стороны зубного ряда. Ударный контур зубного ряда создает условия, при которых зубы, находящиеся вне зубной дуги, первыми испытывают повреждающее действие зубной щетки.

Травма структур пародонта различного генеза, в том числе обусловленная вредными привычками пациента. Сюда можно отнести: держание ручки или карандаша во рту, неправильное использование зубочисток, десневых стимуляторов, сосание языка, а также его переднее положение (инфантильный тип глотания), которое нередко сохраняется с раннего возраста. При этом язык упирается в язычную поверхность десны нижних резцов, что приводит к рецессии и последующему воспалению в этой области. Играет роль также жевание табака и других агрессивных для слизистой субстанций (бетель, наст и др.). В последнее время возросла травмирующая роль пирсинга (губы, язык).

Следует иметь в виду, что рецессия как результат хронической травмы средствами гигиены часто сочетается с пришеечными дефектами эмали.

Окклюзионные факторы

Включают в себя окклюзионную перегрузку зубов, неправильное положение зуба в зубном ряду, патологии прикуса, деформации зубных рядов в результате частичной потери зубов. Супраконтакты, протрузионное положение зубов в переднем отделе, скученность зубов еще более нарушают кровоснабжение костной ткани с вестибулярной поверхности зубов и предрасполагают к возникновению рецессии. Чем более выражена патология прикуса (особенно открытого и глубокого), тем больше вероятность возникновения рецессии десны. Отсутствие и невыраженный экватор зуба также способствует продавливанию пищевого

комка к десне при жевании и дополнительной травматизации маргинального пародонта. При окклюзионной травме (преждевременный контакт) в периодонтальной связке возникают очаги повышенного сжатия и напряжения (ишемии), что со временем приводит к формированию зон усиленной ремоделировки альвеолярной кости с преобладанием остеокластического компонента. В дальнейшем периодонтальная связка разрушается, а кость подвергается резорбции. При хронической травме происходит воронкообразное расширение периодонтальной связки, резорбция краевой кости и формирование дегисценции. Эти процессы, представляющие собой процесс адаптации тканей пародонта к неадекватному воздействию, ведут к снижению уровня прикрепления и формированию рецессий. Таким образом, окклюзионные факторы – это опосредованные травматические.

При подозрении на окклюзионную травму, как возможную причину рецессии, необходимо сначала выявить и устранить ее, а уже потом проводить оперативное лечение.

Воспалительные факторы

Следствием воспаления является уменьшение высоты кости межзубных перегородок, что ведет к формированию рецессий 3 и 4 класса. Особенно этому способствует длительное вялотекущее воспаление, хотя и агрессивные быстро прогрессирующие (особенно ювенильная форма) пародонтиты могут быть причиной.

Ятрогенные факторы

К этой группе можно отнести травматическое удаление соседних зубов, ожоги мышьяковистой пастой, травмы борами, поддесневое препарирование опорных зубов с нарушением биологической ширины, формирование избыточной толщины и неадекватного нависающего края

коронки или пломбы, ретракцию десны. Достаточно часто рецессия возникает вследствие хронических деструктивных периапикальных процессов, вызванных резорбцией или перфорацией корня, трещинами корня. Как правило, такие перфорации являются результатом эндодонтического лечения или ортопедического лечения с использованием штифтов и культевых вкладок. Процесс резорбции костной ткани идет гораздо быстрее при перфорации вестибулярной поверхности корня и сопровождается выраженной деструкцией кости, появлением свища и рецессии корня. При бессимптомном же течении перфорации именно рецессия часто бывает первым симптомом этой ятрогенной патологии

Отдельно следует выделить операции на пародонте и ортодонтическое лечение. Первые являются причиной в силу образования рубцов, потери нормального зубодесневого прикрепления и нарушения трофики тканей, а неконтролируемое перемещение зубов и приложение чрезмерных сил могут приводить к образованию дигисценции альвеолярной кости, вследствие чего возникают рецессии. Лабиальное передвижение зубов во время ортодонтического лечения может быть причиной истончения вестибулярной десны и альвеолярной кости.



Рис. 2

Ортодонтические брекеты, проволочные ортодонтические конструкции затрудняют удаление зубного налета, способствуют гингивиту. Рецессия десны — это одно из наиболее часто встречающихся осложнений ортодонтического лечения, причем оно сильнее выражено при применении форсированных методик лечения (рис. 2). Учитывая это

обстоятельство, перед лечением ортодонт должен оценить ширину прикрепленной десны и при необходимости направить пациента на консультацию к пародонтологу. При малой ширине прикрепленной десны с вестибулярной стороны передних зубов до ортодонтического лечения рекомендуется проводить ее увеличение. Нетрудно заметить, что ятрогенными все эти факторы называются условно, а по своей сути являются травматическими.

Исходя из всего выше сказанного, можно заключить, что рецессия десны – полиэтиологическое состояние. В основе ее возникновения лежат анатомические предпосылки, такие как костные дегенерации, дефицит зоны кератинизированной десны, тонкий биотип. Под воздействием хронической травмы (агрессивная чистка зубов, окклюзионная перегрузка, ятрогенное воздействие) происходит апикальная миграция десневого края с обнажением поверхности корня. Для получения прогнозируемого результата важно выявить причину развития рецессии. Поэтому нельзя пренебрегать ни одним из указанных факторов и определять этиологию заболевания нужно, последовательно исключая каждый из них во время диагностики.

Классификация рецессий

Sullivan и Atkins (1968 год) классифицировали рецессию десны по четырем группам: глубокая-широкая, мелкая-широкая, глубокая-узкая, мелкая узкая. Они заключили, что глубокая-широкая десневая рецессия является наиболее трудным для устранения дефектом и имеет наименее предсказуемый прогноз. Miller (1985 год) расширил эту классификацию таким образом, чтобы учитывать характер и качество десневой рецессии, а также соотношение с прилегающими межзубными сосочками.

Классификация P.D. Miller

I класс



Подкласс А(Рис. 4)



Подкласс Б (Рис. 5)

— рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А — узкая, подкласс Б — широкая).

II класс



Подкласс А (Рис. 6)



Подкласс Б(Рис. 7)

— рецессия в пределах прикрепленной десны. Потеря кости и/или десны в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А — узкая, подкласс Б — широкая).

III класс



Подкласс А (Рис. 8)



Подкласс Б (Рис. 9)

— рецессия II класса сочетается с поражением апроксимальных поверхностей (подкласс А — без вовлечения соседних зубов, подкласс Б — с вовлечением соседних зубов). При этом десна в межзубных промежутках находится апикальное цементно-эмалевое соединения, но корональное десневого края с вестибулярной поверхности зуба.

IV класс



Подкласс А (Рис. 10)



Подкласс Б(Рис.11)

— потеря десны и кости в межзубных промежутках — циркулярная (подкласс А — у ограниченного количества зубов, подкласс Б — генерализованная горизонтальная потеря десны).

Леус П.А. и Казеко Л.А. определяют рецессию как прогрессирующее смещение десневого края в апикальном направлении с одновременным оголением шейки и корня зуба. В 1993 году авторы предложили клиническую классификацию рецессии десны.

При этом выделяется 3 типа рецессий:

I. Травматическая рецессия:

- локализованная;
- генерализованная.

II. Симптоматическая рецессия:

- локализованная;
- генерализованная;
- системная.

III. Физиологическая рецессия:

- системная.

По степени тяжести выделяется:

легкая (до 3 мм)

средней тяжести (3–5 мм)

тяжелая (6 и более мм)

Также рекомендовано различать 2 типа рецессии: видимую и скрытую. Видимая рецессия может быть определена врачом как

расстояние от эмалево-цементной границы до десневого края (высота рецессии) и расстояние между вертикальными краями рецессии на уровне эмалево-цементной границы (ширина рецессии). Скрытая рецессия обнаруживается только при зондировании.

Показания к лечению

В основном рецессию десны рассматривают как эстетическую проблему, но с обнажением корня зуба могут быть связаны:

- Повышенная чувствительность оголенного участка корневой поверхности
- Кариес корня
- Абфракционные дефекты

Наличие рецессии не является прямым показанием к ее устранению. Только косметические требования пациента или сочетание с другими проблемами определяет необходимость хирургического вмешательства.

Показаниями для устранения рецессии являются:

1. Эстетические требования пациента
2. Гиперчувствительность зубов
3. Подготовка к ортопедическому и ортодонтическому лечению
4. Высокий риск развития кариеса корня
5. Прогрессирующие рецессии

Оценка локального статуса

Локально исследование рецессии включает в себя ряд параметров, которые необходимо заносить в историю болезни пациента или специальную форму.

Глубина и ширина рецессии

Глубина измеряется от эмаево-цементной границы до десневого края. Если имеется клиновидный дефект или пломба, то замер необходимо проводить от наиболее апикальной точки, положение которой останется неизменным в ближайший временной промежуток. Это требуется для оценки степени закрытия рецессии после операции. Ширину рецессии измеряют по наиболее широкой ее части в области эмаево-цементной границы.

Глубина зондирования и состояние тканей пародонта -

Глубина зубодесневой борозды не должно превышать 1-3 мм. Высота межзубного сосочка определяется по заполненности межзубного промежутка. Состояние костной ткани определяется по прицельному снимку.



Рис. 12

Зона кератинизированной десны вокруг рецессии – имеет одно из определяющих значений при планировании операции. Важны два параметра:

Ширина кератинизированных тканей (ШКД) – измеряют от десневого края до слизисто-десневой линии (которая определяется тестом «валика» или окрашиванием слизистой растворами йода).



Рис. 13. Зона прикрепленной кератинизированной десны (ЗПКД) как апикальное рецессии, так медиальное и латеральное ее – Получают вычитанием глубины зубодесневой борозды из ШКД .

Десневой биотип –толщина десны, как и ширина, играет предопределяющую роль при выборе метода лечения. Различают толстый и тонкий десневой биотипы. Тонкий биотип – 1,75 мм и менее. При таком биотипе требуется не только закрыть рецессию, но и увеличить толщину тканей.

Локализация зуба в зубном ряду

Во фронтальном отделе надо помнить не только об устранении рецессии, но и воссоздании эстетики мягких тканей. В области премоляров и моляров нельзя недооценивать натяжение тканей мышцами щеки и небольшую ширину кератинизированной десны.

Выбор метода лечения

После проведенного лечения возможны два результата – репарация и регенерация периодонтальной связки и костной ткани.

Регенерация – полное или частичное восстановление периодонтальной связки и костной ткани на оголенной поверхности корня.

Репарация может быть двух типов:

1. Формирование длинного эпителиального прикрепления по всей поверхности корня за счет прорастания клеток эпителия в рану по внутренней поверхности лоскута или трансплантата
2. Образование соединительнотканного прикрепления. В этом случае прикрепление эпителия к закрываемой поверхности оголенного корня составляет от 0,5 до 1,5 мм, а далее следует прикрепление коллагеновых волокон.

Наиболее желательными исходами операции считаются регенерация и образование соединительнотканного прикрепления. Формирование длинного эпителиального прикрепления – самый нестабильный во времени вид репарации, обычно возникает при осложненном заживлении. Спонтанное полное или частичное закрытие неглубоких (до 2 мм) рецессий первого класса можно наблюдать при создании зоны кератинизированной десны. На сегодняшний день это явление объясняется коронарной миграцией эпителия. В зарубежной литературе этот феномен описывается как «greeping attachment», что дословно переводится как «наползающее прикрепление».

Все методы лечения подразделяются на хирургические и консервативные. В зарубежной и отечественной литературе описано более 50 хирургических решений устранения и профилактики рецессий.

Классификация методов устранения рецессии десны Н. Erpenstein и R. Borchard (2006):

1. Консервативное лечение
2. Хирургическое лечение:

- Однослойные методы
- Двухслойные методы
- Направленная тканевая регенерация
- Дополнительные методики

Алгоритм выбора лечения для однослойных методов на основании анатомических условий по E.G. Bartollucci:

Расположение широкой зоны кератинизированных тканей:

1. апикально рецессии – коронально перемещенный лоскут
2. латерально или мезиально от рецессии – латерально перемещенный лоскут

При недостатке кератинизированных тканей:

1. апикально рецессии – двойной сосочковый лоскут
2. латерально и мезиально от рецессии – полулунный лоскут

Автор указывает на то, что при отсутствии кератинизированных тканей, множественных или широких\глубоких рецессиях желательно использовать двухслойную методику.

Рекомендации по выбору метода лечения по DeSanctis, G. Zucchelli, 1996

Методы	1 класс по Миллеру		2 класс по Миллеру	
	узкие	широкие	узкие	широкие

КПЛ, полулунный, двойной сосочковый	+	+	+	-
По Bernimoulin	+/-	+	+	+/-
Эпителизированный свободный трансплантат	-	+	-	-
Двуслойные	+	+	+	+
НТР	-	-	+	+

Рассматривая только анатомические параметры окружающих мягких тканей недостаточно. Полнота закрытия оголенной поверхности корня будет зависеть от уровня костной ткани межзубных перегородок, а также характеристик самой рецессии. Играет роль и ширина рецессии – при значении до 4 мм возможно применение любого метода. Если таковая более 4 мм устранить ее возможно только с применением направленной тканевой регенерации.

Консервативная терапия рецессий

Контроль гигиены – основное из условий, которое должно неукоснительно соблюдаться. Это касается любого метода лечения рецессии. Первым признаком травмы щеткой может быть Stillman`s cleft – дефект десны в виде расщелины. В дальнейшем она может сочетаться с рецессией корня. Глубина расщелин порой бывает значительная, поэтому вначале рекомендуется провести консервативное лечение для их закрытия. Это возможно только при качественной индивидуальной гигиене полости рта, хорошей кооперации с пациентом и надежной изоляции расщелины. Если эти условия не соблюдаются – результат не будет удачным.

I. Однослойные методики

При применении однослойной методики для закрытия корневой поверхности используют мягкие ткани, располагающиеся апикальнее или апроксимальнее рецессии. Существуют несколько основных техник:

1. Коронально позиционированный лоскут (КПЛ)

описал Harvey в 1965 году, модифицирован Allen и Miller в 1989 году. Последняя модификация – E.G. Bartolucci. Слизистонадкостничный лоскут формируют с помощью двух параллельных вертикальных разрезов, ограничивающих область операции. Эти разрезы ограничивают сосочки, которые будут смещены коронально. Для объединения этих разрезов выполняют фестончатый внутренний скошенный разрез. В области межзубных промежутков аккуратно стараются создать новые сосочки, так чтобы они соответствовали их будущей позиции. Оставшаяся часть сосочков подвергается деэпителизации. Затем лоскут позиционируют на 1 мм корональнее цемента-эмалевого соединения. У основания лоскута надкостницу надсекают. Лоскут ушивают коронально обвивным швом вокруг шейки зуба, латерально используют одиночные швы.

Условия проведения: ширина кератинизированной ткани апикальнее рецессии 4 мм и более, достаточная толщина десны, узкие и широкие мелкие рецессии

Недостатки: не показан при тонкой десне, мелком преддверии полости рта, возможно уменьшение ширины кератинизированной десны. Указанные недостатки устраняются с использованием двойной методики по Bernimoulin (1975). Но при таком подходе требуется два вмешательства.

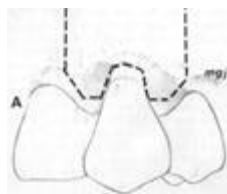


Рис. 14

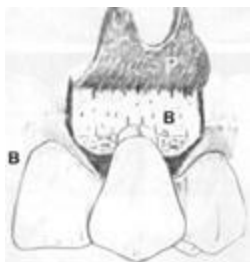


Рис. 15

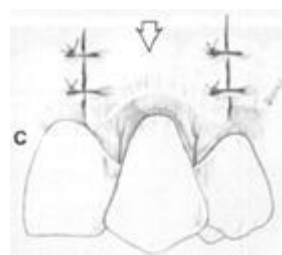


Рис. 16

2. Латерально позиционированный лоскут

Описан Grupe и Warren в 1956 году. Проводят V-образный разрез и создают скошенный край раны в принимающей области. Край лоскута (область наложения шва) должен располагаться над костью. Проводят вертикальный разрез на расстоянии, по меньшей мере, в 1,5 раза превышающем ширину принимающей области. Разрез должен быть немного скошен по направлению к принимающему ложу. Аккуратно, стараясь не повредить основания (т.е. кровоснабжения) лоскута, формируют слизисто-надкостничный или слизистый лоскут.

Рекомендуется сформировать комбинированный лоскут - слизистый в области десны и слизисто-надкостничный в области альвеолярной слизистой. Лоскут располагают так, чтобы он полностью перекрывал дефект. При наличии натяжения лоскут при оттягивании губы или щеки необходимо провести дополнительное отсечение и откидывание лоскута у основания. Далее лоскут фиксируется узловыми швами, для профилактики смещения накладывают обвивной шов. Существуют модификация по Penneletal. - косой ротированный лоскут. Заключается в повороте лоскута на 90°.

Условия проведения: на одном или двух зуба, узкие и мелкие рецессии первого и второго класса, глубокое преддверие полости рта, предпочтителен толстый десневой биотип.

Недостатки: Необходимо достаточно большое количество кератинизированных тканей, техническая сложность, трудно предсказуемый результат, необходимо закрытие донорской зоны при использовании полнослойных лоскутов, трудности при лабиальном положении корня.

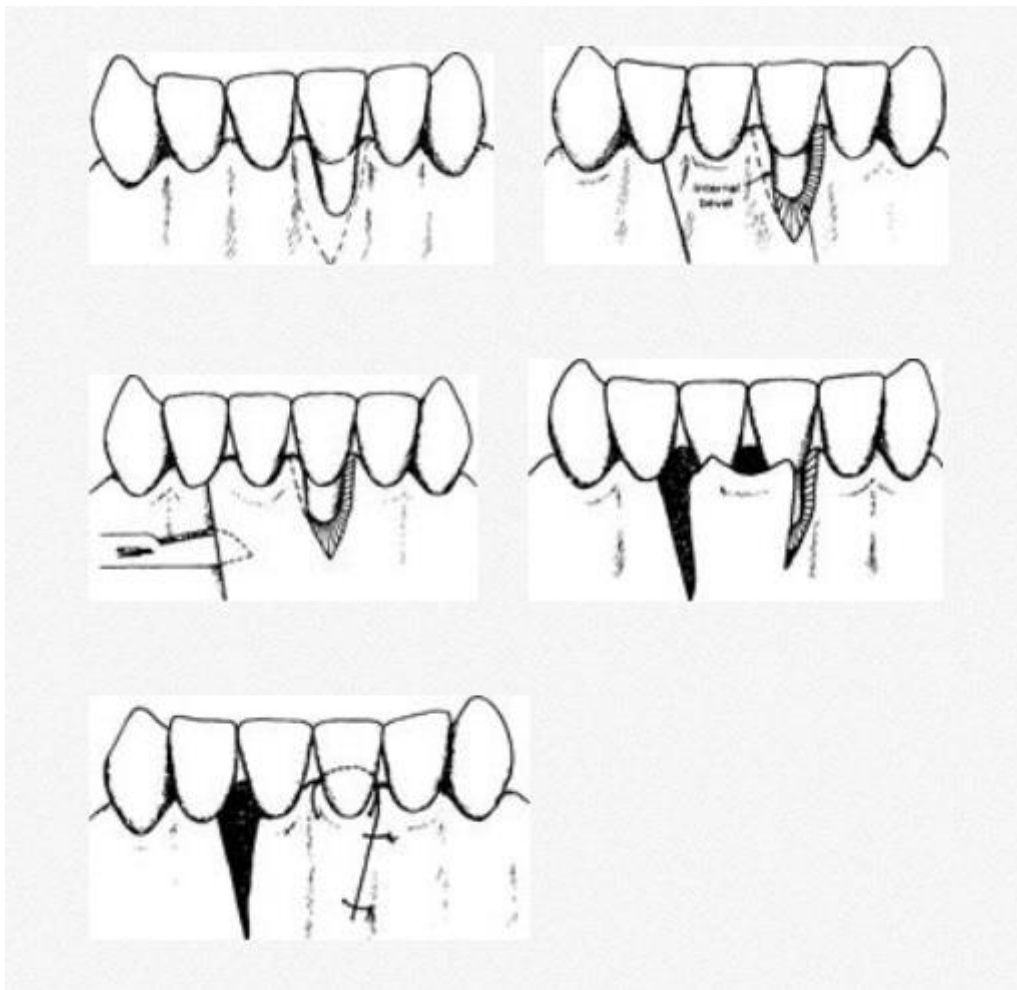


Рис. 17

3. Двойной сосочковый лоскут

– описан Cohen и Ross в 1968 году. С обеих сторон зуба проводят два горизонтальных разреза параллельно цемента-эмалевому соединению. Медиальный и дистальный вертикальные разрезы проводят по касательным соседних зубов и продлевают их за пределы слизисто-десневого соединения, не пересекая надкостницу. Выделенные сосочки перемещают к середине зуба. Суммарная ширина перемещаемых сосочков должна превышать ширину рецессии. Для ушивания лучше использовать микрохирургическую технику и нить толщиной 7-0.

Условия проведения: одиночная рецессия, широкая зона кератинизированных тканей в области межзубных сосочков, высокие сосочки.

Недостатки: ограниченное применение из-за технической сложности (неоправданной получаемым результатом)



Рис. 18

4. Полулунный лоскут

– предложен D.Tarnow в 1986 году. Разрез следует изгибу десневого контура не доходя до уровня кости, затем проводится внутрибороздковый разрез и через него проводится отслойка слизистого лоскута до полулунного разреза. Среднюю часть лоскута смещают коронально до уровня эмалево-цементной границы и подвергают давлению в течении 5 минут. Операция заканчивается наложением пародонтологической повязки.

Условия проведения: достаточное количество кератинизированной десны вокруг рецессии, мелкие рецессии (2 – 3 мм).

Недостатки: ограниченное применение (только мелкие рецессии).

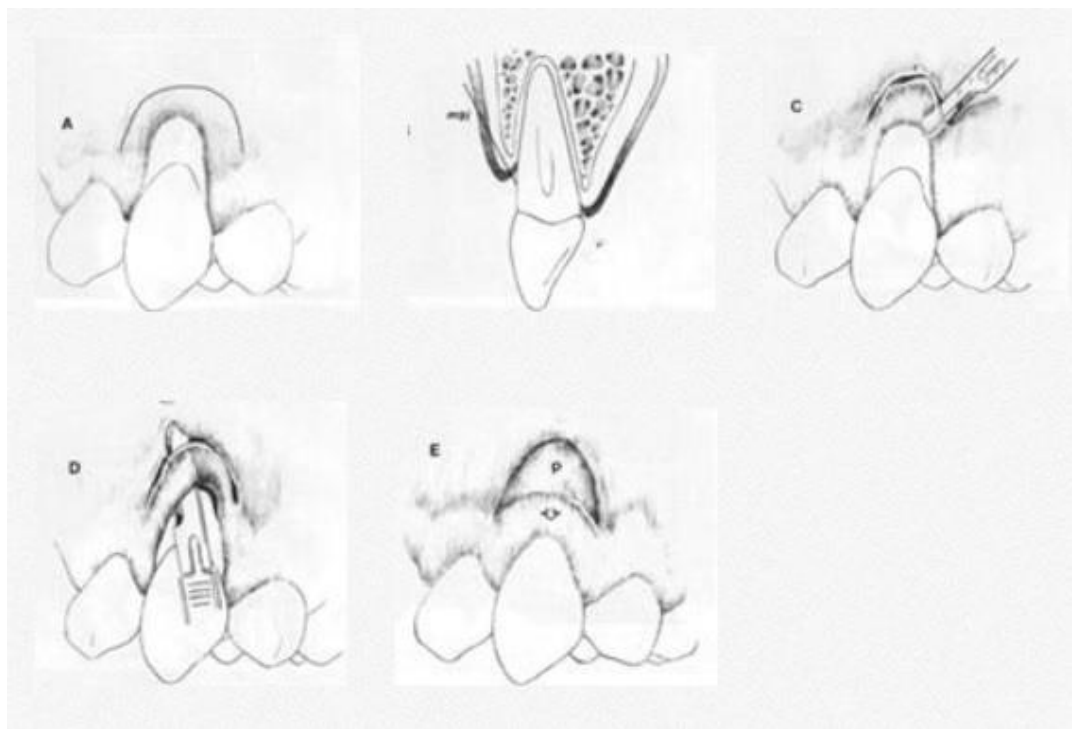


Рис. 19

5. Эпителизированный соединительнотканый трансплантат

описана Bjorn в 1963 году, принципы хирургического протокола сформулированы Sullivan и Atkins в 1968, последняя модификация Miller 1982 год. Горизонтальные сосочковые разрезы выполняют под прямым углом к сосочкам выше уровня цемента-эмалевого соединения с целью создания плотного сопоставления лоскутов. При невозможности – сосочки деэпителизируют. Далее формируют надкостничное ложе, которое должно распространяться во все направления на 4-6 мм. Полученный трансплантат помещают над оголенным корнем на уровне цементно-эмалевой границы. Для стабилизации трансплантата применяется модифицированный шов по Holbrook и Ochsenbein.

Условия проведения: трансплантат должен быть толщиной 1,5 – 2 мм, толщина неба минимум 3 мм.

Недостатки: цвет трансплантата светлее окружающих тканей, 2 хирургические зоны, заживление донорского участка вторичным натяжением, возможно развитие некроза трансплантата (из-за нарушения кровоснабжения при глубоких и широких рецессиях).

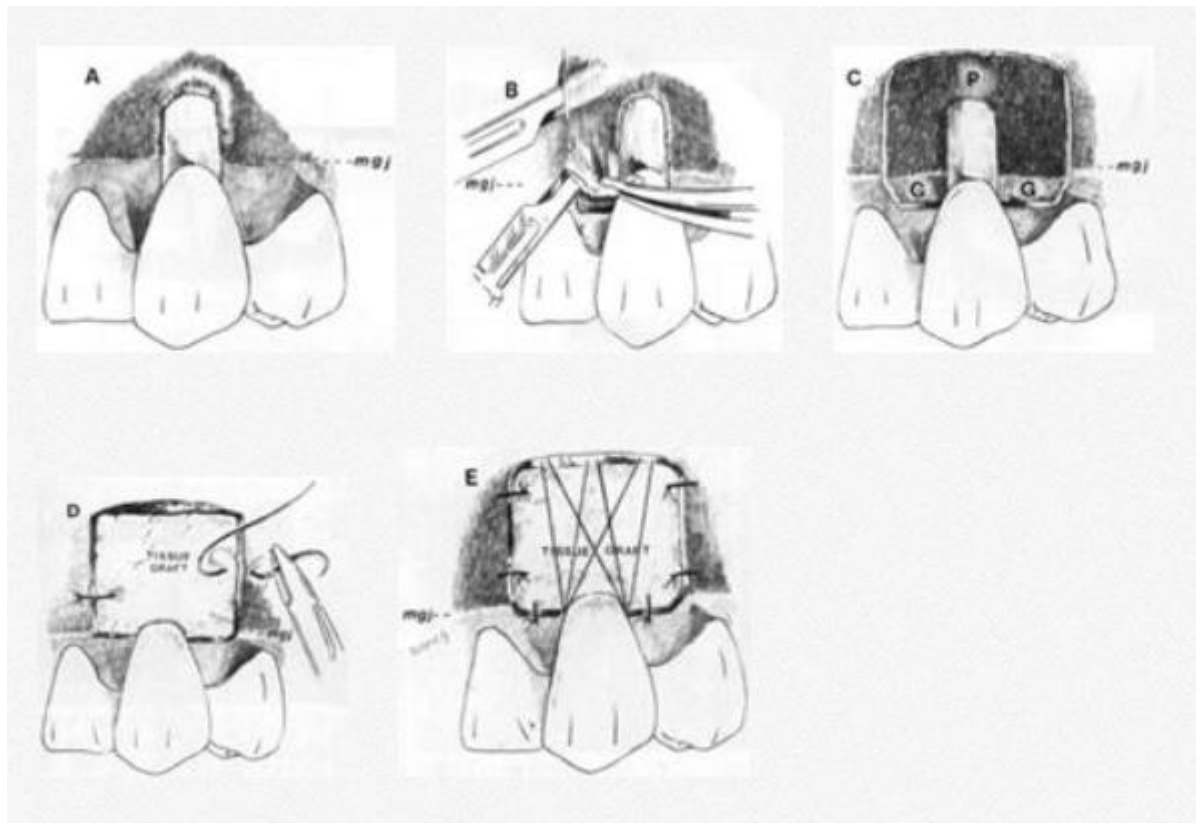


Рис. 20

II. Двухслойные методики

Суть этих методик в том, что между первичным лоскутом и поверхностью корня помещается второй слой – соединительная ткань, полученная, как правило, с области твердого неба . Давно установлено, что подлежащая под слизистой соединительная ткань является хорошим источником клеток для репопуляции эпителия и надежным источником для увеличения зоны кератинизированной десны. Забор аутооттрансплантата проводится из зоны от первого моляра до резцов. В зависимости от вида

получаемого трансплантата (с эпителиальной полоской или без) используются различные техники разреза.

Наиболее распространенные способы:

1. Метод забора трансплантата с 4-х разрезов

– Первый разрез проводится под углом 90 градусов к поверхности кости до надкостницы, второй – на толщину первичного лоскута (~ 1 мм). Расстояние между разрезами 2-3 мм. Препарирование проводится через второй разрез единым движением параллельно небу. Вертикальные разрезы проводят до надкостницы, откидывается первичный лоскут, трансплантат отсекается в основании, затем отделяется от донорского ложа.

2. Метод одного разреза

– Первичный разрез до надкостницы и одномоментная препаровка первичного лоскута с отделением соединительнотканного трансплантата.

3. Метод забора трансплантата с 2-х разрезов

– Первый разрез проводится ближе к зубам до кости. Второй – отступив на требуемую ширину, глубиной 1 мм. Затем трансплантат отсекается по периферии и отделяется от надкостницы.

Фактически все двуслойные методы – это однослойные методы с добавлением аутооттрансплантата.

К ним относят следующие варианты:

1. Langer (1985)

– совмещение коронально перемещенного лоскута и соединительнотканного трансплантата. Препарирование расщепленного

первичного лоскута включает в себя горизонтальные, вертикальные разрезы и деэпителизацию сосочков.

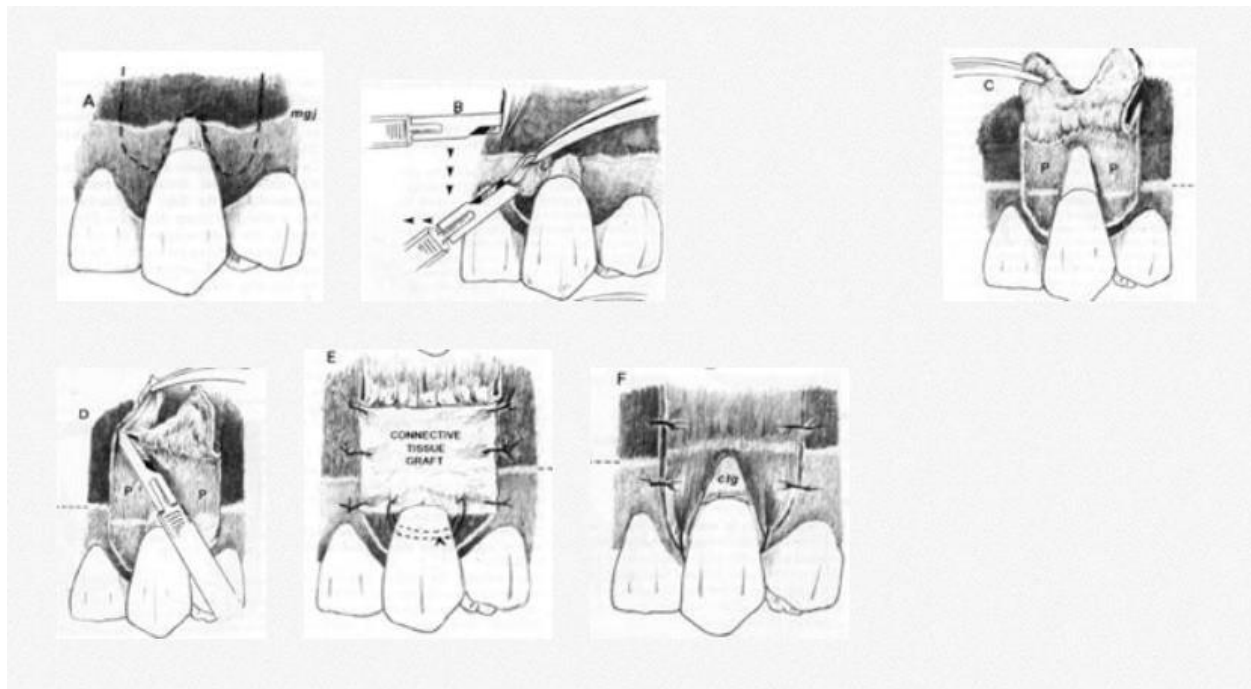


Рис. 21

2.Nelson (1987)

– латерально позиционированный лоскут и соединительнотканый трансплантат. Из-за технической сложности, необходимости в большой зоне кератинизированной десны латерально и медиально от рецессии в настоящее время не используется.

3.Harris (1992)

– двойной сосочковый лоскут и соединительнотканый трансплантат. Не используется по тем же причинам, что и метод Nelson.

4. Bruno (1994)

– модификация метода Langer и Langer без вертикальных разрезов, что улучшило эстетический результат и увеличило площадь кровоснабжения трансплантата. Разрез у сосочков проводится под прямым углом для плотного сопоставления и ушивания краев трансплантата и

донорской раны «стык в стык». Трансплантат всегда помещается на надкостницу, поэтому ткани расщепляются на первичный лоскут и принимающее ложе. Для ушивания без натяжения проводится широкая препаровка в основании и по боковым краям первичного лоскута. Для надежной фиксации трансплантата используются позиционирующие (фиксация в нужном положении) и фиксирующие швы (удержание на принимающем ложе).

5. Raetzke (1985)

– конвертная методика. Полностью исключены разрезы по горизонтали и вертикали. Самый приемлемый подход с точки зрения кровоснабжения и эстетики, но сильно зависит от глубины и ширины рецессии. Препарирование проводят единым круговым движением, избегая перфорации и образования дополнительных кармашков в тканях десны. Препаровка захватывает и сосочки, несколько выше предполагаемого уровня фиксации трансплантата. Соотношение площади аваскуляризированной поверхности и площади трансплантата 1/3.

Методика по Bernimoulin

– Используется при толщине десны 1 мм и менее, а также ширине кератинизированной десны менее 2 мм. Включает в себя два этапа: на первом этапе производится получение и адаптация соединительнотканного или эпителизированного трансплантата. На втором производится корональное смещение лоскута или применяется один из двуслойных методов.

III. Направленная тканевая регенерация

Направленной тканевой регенерацией (НТР) называют вмешательство, направленное на регенерацию утраченных структур пародонта путем избирательного воздействия на ткани (American Academy of Periodontology, 1996). При НТР используются резорбируемые или

нерезорбируемые барьерные мембраны для предупреждения врастания эпителия и соединительной ткани в область устраняемого дефекта. Считается, что это способствует регенерации цемента, периодонта и альвеолярной кости. Теоретически вмешательство направлено на восстановление прикрепления, а не только на устранение дефекта.

Наиболее распространенными материалами, используемыми для изготовления мембран, являются расширенный политетрафторэтилен (рПТФЭ), полимер гликолевой кислоты, полимер молочной кислоты и коллаген. Нерезорбируемые мембраны также изготавливают из титана.

Показания к применению НТР:

- Умеренная или значительная рецессия десны
- Тонкая слизистая неба
- Отказ пациента от использования дополнительного хирургического доступа

Методика проведения:

Поверхность корня тщательно очищается от зубных отложений, обрабатывается тетрациклиновой пастой. Проводятся два вертикальных разреза с сохранением сосочков, продолжающиеся за пределы слизисто-десневого соединения. Вертикальные разрезы соединяются внутрибороздковым, откидывается лоскут на 3 мм апикальнее края кости. Затем рассекают надкостницу и продолжают мобилизацию лоскута (расщепленного). Лоскут должен без натяжения закрывать рецессию. Мембране придается форма, позволяющая полностью закрыть рецессию. Мембрану смещают коронально до уровня цементно-эмалевого соединения и фиксируют к зубу резорбируемой нитью, располагая шов с небной стороны. После фиксации мембраны щечный лоскут смещают коронально и фиксируют к сосочкам отдельными швами. Затем ушивают

вертикальные разрезы. При использовании нерезорбируемых мембран через 6 недель их необходимо удалять.

IV. Дополнительные методы

К дополнительным методикам относят такие, при которых в основе лежит одна из перечисленных выше, но она модифицирована использованием того или иного материала или технологии.

К ним относятся:

1. Применение эмалевых матричных протеинов (ЭМП)

– веществ, активизирующих регенерацию путем образования ацеллюлярного цемента, пародонтальной связки, ингибирующих рост эпителия.

2. Применение аллотрансплантатов

– обычно это бесклеточный материал из человеческой кожи

3. Применение богатой тромбоцитами плазмы (БТП) и плазмы с повышенным содержанием фибрина (ПРФ)

– препараты, содержащие большое количество биологически активных веществ, ускоряющих заживление мягких тканей

4. Обработка корня

– проводится лимонной кислотой, 24% ЭДТА, тетрациклина гидрохлоридом и его производными, или фибронектином. Все эти препараты приводят к удалению «смазанного слоя» и обнажению

коллагеновых волокон на поверхности корня зуба, создавая тем самым благоприятные условия для фиксации фибробластов.

V Микрохирургические методики устранения рецессии десны

В настоящее время хирургическое устранение рецессии и оптимизация эстетики десневого контура получили новое клиническое развитие с применением микрохирургической техники. В хирургической пластической соматологии применение луп и микроскопов, оптимизируют манипулирование микрохирургическим инструментарием, лоскутами и шовным материалом, что повышает положительный исход проводимых вмешательств. Также микрохирургический подход, по сравнению со стандартным, позволяет добиться лучшего эстетического результата, значительно сократить срок заживления и избежать таких обязательных хирургических осложнений как отек, гематома и боль. Основные способы применения микрохирургической техники – это внутрибороздковые разрезы с формированием карманов для соединительнотканых трансплантатов, получение самих трансплантатов, туннельные методики, высокоточное ушивание лоскутов без натяжения, обработка поверхности корня.

Тем не менее применение высокоэффективных микрохирургических методик не допускает пренебрежительного отношения к планированию проводимого лечения. Полноценный сбор и оценка этиологических факторов возникшей рецессии, скрупулезный анализ локального статуса и тщательная проработка этапов предполагаемой операции остаются залогом успеха проводимого вмешательства. Естественно, необходима высокая квалификация хирурга и владение микрохирургической техникой.

Пародонтологические скальпели для микрохирургии:



Рис.22

1 – скальпель для использования сломанного лезвия; 2 – серповидный; 3 – мини-серповидный; 4 – ложковидный 260°; 5 – чешуевидный; 6 – глазной

Преимущества метода:

- Оптимизация манипулирования мягкими тканями
- Ускоренное заживление
- Уменьшение обязательных хирургических осложнений
- Надежное, атравматическое ушивание
- Модифицирование большинства хирургических методик
- Улучшение качества заживления. Первичное натяжение с отсутствием рубцов и тяжей
- Эргономичная поза оператора позволяет сохранять работоспособность долгое время.

Недостатки:

- Необходимость специфического инструментария и оптической техники
- Наличие навыков и опыта взаимодействия оператора-хирурга и ассистента
- Усложнение протокола операции
- Потеря визуального контакта с пациентом

Литература:

1. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии Цур Отто, Хюрцелер Марк 847 с
2. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта. Зукkelли Дж. 2014
3. Хирургия пародонта. Клинический атлас Наоши Сато 2010
4. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Грудянов А.И., Ерохин А.И. 2006 г.
5. Устранение рецессии десны Февралева А.Ю., Давидян А.Л. 2007