

Использование факторов роста при хирургическом лечении десневой рецессии.

Клинический случай

Т. Н. Модина

д. м. н., профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова Росздрава, генеральный директор клиники «Арпа-Классик», Москва

И. Р. Ганжа

к. м. н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста СамГМУ, врач высшей аттестационной категории

Жалобы на оголение корней зубов часто приводят пациентов к стоматологу. Эти люди говорят о том, что им трудно принимать холодную и горячую пищу, есть фрукты и ягоды. Они жалуются на эстетические недостатки улыбки. Распространенность рецессии десен колеблется, по данным разных авторов, в пределах от 9,7 % у 15-летних подростков до 99,3 % у взрослого населения.

По мнению К. Н. Rateischak, 1986 г., рецессия десны представляет собой ограниченную атрофию тканей пародонта, проявляющуюся в клиновидном или овальном снижении высоты десны с вестибулярной поверхности и обнажении корня зуба без явления воспаления. В результате рецессии десны происходит потеря маргинальной ткани и альвеолярной кости. Она более выражена на выпуклостях корня в щечной, язычной и небной проекциях. На сегодняшний день выделяют несколько причин, способствующих формированию и развитию рецессии десны:

- 1) повторяющаяся или однократная травма десны;
- 2) мукогингивальные аномалии и деформации (мелкое преддверие полости рта, тяжи и уздечки слизистой оболочки полости рта);
- 3) аномалии развития зубов, зубных рядов и прикуса;
- 4) микробный фактор (твердые и мягкие зубные отложения);
- 5) анатомо-физиологические особенности строения альвеолярного отростка;
- 6) неудачное ортодонтическое лечение в области тех зубов, к которым применяется силовое воздействие;
- 7) ятрогенные факторы в развитии десневой рецессии;
- 8) хроническая травма органов полости рта элементами пирсинга.

Большое значение для формирования рецессии десен имеют конституциональные особенности строения тканей и органов полости рта, так называемый **биотип** (морфотип) строения тканей пародонта (Smukler & Chaibi, 1997). Он определяется толщиной мягких тканей десны и подлежащей кости, формой и строением зубов, в частности их вестибулярно-оральным размером.



Рис. 1. Тонкий биотип строения тканей пародонта.



Рис. 2. Фибриновая мембрана PRF, полученная при однократном центрифугировании крови пациента.



Рис. 3. Состояние зубов пациентки при обращении в клинику.



Рис. 4. Проведена пластика рецессии десны, донорский участок костной ткани, т. е. вновь сформированное преддверие покрыто аутомембраной PRF.



Рис. 5. Внешний вид зоны операции на 3-и сутки.



Рис. 6. Вид через 6 мес. после хирургии.

Чаще всего в стоматологии выделяют и рассматривают два наиболее крайних биотипа строения тканей пародонта: **тонкий** и **толстый**. Безусловно, варианты строения тканей пародонта не ограничиваются этими двумя диаметрально противоположными видами. Поэтому целесообразно учитывать и промежуточный, так называемый **средний**, или **нормальный морфотип**. Чаще всего

рецессия десны развивается у людей с тонким биотипом строения тканей пародонта, для которого характерны:

- узкие, вытянутые зубы;
- точечные межзубные контактные пункты;
- тонкие и атрофичные ткани пародонта, небольшое количество межзубной ткани, тонкий десневой край;

- тонкий и высокий межзубной сосочек, вытянутый по высоте;
- слизистая оболочка десны тонкая, пришеечная часть десневого края узкая и не выступает в вестибулярной части (нет утолщения);
- кортикальная пластинка вестибулярной кости тонкая, возможны очаги резорбции и фенестрации;
- зубодесневая борозда едва выражена (менее 0,69 мм) (рис. 1).

С учетом высокой распространенности десневой рецессии у взрослого населения актуальным остается вопрос лечения этой патологии. Сегодня в пародонтологии применяется множество хирургических методик для коррекции данного состояния. Большинство этих методов сложны в своем техническом исполнении и требуют значительных материальных затрат, а также весьма травматичны для пациента.

Нами в клинической практике используется метод хирургического лечения рецессии десны с одновременным углублением преддверия полости рта (И. Р. Ганжа и Т. Н. Модина, 2005, патент на изобретение № 2301030). Этот способ предполагает использование для закрытия донорского участка костной ткани фибриновой мембраны. Ее получают из тромбоцитарного геля (методика PRF), содержащего факторы роста и дифференциации (рис. 2). Данный метод

также позволяет достичь необходимого углубления преддверия полости рта и свести количество рецидивов к минимуму.

Клинический случай

Пациентка С., 28 лет. Обратилась в клинику со следующими жалобами:

- повышенная чувствительность передних верхних зубов на температурные раздражители;
- оголение корней 21-го и 23-го зубов, эстетический недостаток (рис. 3).

Данные клинического обследования показали:

- десневую рецессию 21-го и 23-го зубов I класса по Миллеру;
- уздечка верхней губы низко прикрепленная и широкая;
- патологию прикуса и отдельных зубов.

После проведения профессиональной гигиены пациентке была проведена пластика рецессий десны в области 21, 22, 23-го зубов с одновременным углублением преддверия полости рта по авторской методике; пластика уздечки верхней губы (рис. 4: проведена пластика; донорский участок кости — вновь сформированное преддверие покрыто аутомембраной PRF; рис. 5: зона операции на 3-е сутки). По окончании хирургической операции пациенту выдается памятка, содержащая следующие рекомендации по уходу за полостью рта:

- прикладывать пузырь со льдом на кожу в зоне операции в течение 2—3 часов после перенесенного хирургического вмешательства с интервалами в 10—15 минут;
- не чистить зуб/зубы в зоне операции с помощью зубной щетки в течение 3—4 недель;
- использовать для полоскания полости рта и обработки зубов (с помощью ватной палочки или зубной щетки с очень мягкой щетиной), входящих в зону операции, антисептические растворы, содержащие хлоргексидин;
- применять (при отсутствии аллергических реакций) адгезивную дентальную пасту «солкосерил — дента» на область хирургического вмешательства 2—3 раза в день в течение 10—14 дней.

Через 6 месяцев после операции (рис. 6) состояние десневого края стабильное, зоны рецессии десны закрыты практически на 100 %.

Таким образом, применение факторов роста для хирургического лечения рецессии десны является обоснованным методом и позволяет достигнуть прогнозируемых и стабильных результатов на длительное время. А также свести риск рецидивов к минимуму. ■

Список литературы находится в редакции