

Т.Н. МОДИНА,
д.м.н., профессор кафедры
клинической стоматологии
и имплантологии;
ген. директор клиники
«АРПА КЛАССИК»,
Москва

Л.А. ГРИГОРЯНЦ,
профессор ЦНИИС,
Москва

И.Р. ГАНЖА,
к.м.н.; врач-стоматолог клиники
«Семейный врач»,
г. Самара

М.В. БОЛБАТ,
директор стом. клиники «Для Вас»,
г. Бердск Новосибирской области

Э.Г. СТАРИКОВА,
к.м.н.; врач-пародонтолог
ООО «Эдкар»,
г. Калининград

Е.Ю. БЛИНОВА,
врач-стоматолог клиники
«АРПА КЛАССИК»,
Москва

Роль пластической пародонтальной хирургии при увеличении прикрепленной десны для устранения локальной и генерализованной рецессии

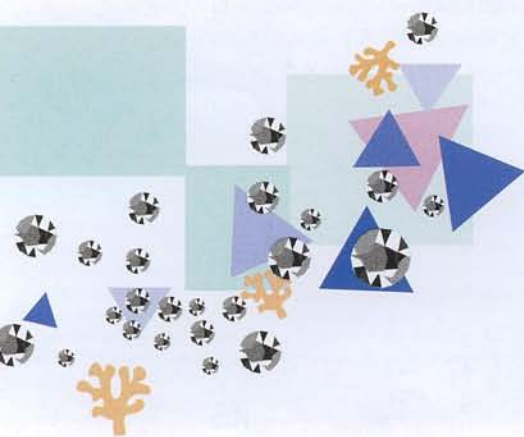
В пародонте важной составляющей является десна, которая разделяется на межзубную, маргинальную и альвеолярную. Альвеолярная часть делится на две части: прикрепленную и свободную (рис.1) [2]. Дефицит или отсутствие прикрепленной десны в сочетании с патологией прикуса, скученностью зубов и их вестибулярным расположением в альвеолярной дуге, тонкая вестибулярная пластинка и явление фенестрации, мелкое преддверие полости рта и травматическое расположение уздечек и эпителиальных тяжей способствуют образованию локальной и генерализованной рецессии десны. Известно, что немаловажную роль при этом играют неправильная чистка зубов и вредные привычки, такие как держание и покусывание губы, пальца, ручки, карандаша. По данным анамнеза, у детей и подростков были отмечены такие вредные привычки, как закусывание и сосание воротника. При этом нередко формирование патологического прикуса сопровождалось образованием локальной рецессии. Воспалительные заболевания пародонта, которые сопровождаются выражен-

ными пародонтальными карманами и потерей костной ткани альвеолярного отростка, также способствуют возникновению рецессии десны, а при отсутствии комплексного лечения и потерей зубов. В последние годы нередко локальная рецессия возникает у молодых людей при наличии пирсинга на губе или уздечки.

Прикрепленная десна покрыта многослойным плоским эпителием, состоящим из базальной мембраны, базалиоцитов, базального слоя, нескольких рядов полигональных клеток, шиповидного слоя и кератинизированного слоя, где находятся кератиноциты. Такое строение способствует тому, что эта часть альвеолярной десны является «буферной зоной» и выполняет амортизирующую и защитную функции.

Поэтому закрытие рецессии с одновременным увеличением прикрепленной десны является одной из важных задач в комплексе лечебных мероприятий у пациентов с заболеваниями пародонта, на ортопедическом и ортодонтическом приеме, при установке имплантатов.

Решение такой задачи возможно лишь на этапе хирургического вме-



ляционной ткани и формирование десневого края в области 14-11 зубов (рис. 17,18). Полное заживление через 35 дней.

Необходимо отметить, что рецессия у пациентки была больших размеров (ширина 5 мм, длина 6 мм) (класс III по Миллеру), а прикрепленная десна практически отсутствовала. Таким образом, использование аутолоскута было недостаточно для одномоментного полного закрытия рецессии. В противном случае пересадка большого размера аутолоскута могла бы привести к его отторжению. Данная хирургическая манипуляция позволила увеличить зону прикрепленной десны слева и справа на 4 мм, однако рецессия полностью была не закрыта. Тем не менее пациентка осталась довольна, так как уже не предъявляла жалоб на постоянную травму десны (рис. 19).

Через два года пациентке было предложено повторное оперативное вмешательство, при котором проводилось коронарное смещение лоскута с закрытием открытого дефекта фибриновой мембраной, полученной методом центрифугирования ее крови, взятой из локтевой вены в количестве 9 мм (для каждой стороны).

Ход операции: под инфильтрационной анестезией был сделан полуовальный разрез в области каждого зуба, где проводилось закрытие рецессии. Затем с помощью распатора был отслоен слизисто-надкостничный лоскут как апикально, так и в сторону маргинальной десны. Маргинальная десна полностью отслаивалась от зуба и была мобильной. Затем коронарно смещенный лоскут аккуратно перемещался в сторону

рецессии и с помощью надавливания в течение 3 мин фиксировался пальцами. Затем заранее подготовленный тромбоцитарный гель, который был получен путем одномоментного центрифугирования крови пациентки на центрифуге «Labofuga 300», был отжат, и полученная мембрана фиксировалась на раневую поверхность также надавливанием в течение 3-5 мин. Сразу после операции пациентке была наложена давящая повязка, и назначен холод каждые 5 мин с перерывами в 10 мин в течение 30-40 мин. Затем такую процедуру рекомендовалось провести дома, а также полоскания хлоргексидином в течение 10-12 дней без чистки зубов. Полное заживление тканей наблюдалось через три недели - месяц. Второй этап хирургического вмешательства проходил поэтапно: сначала слева, а затем справа.

При обсуждении полученных результатов, прежде всего обращает на себя внимание тот факт, что операции по закрытию рецессии аутолоскутом, аллодермой, а также коронарно смещенным лоскутом с фибриновой мембраной проводились одной пациентке. Это дало возможность наиболее объективно оценить полученные результаты. Во-первых, при анализе хода операции по закрытию рецессии справа отсутствует этап забора аутолоскута с неба, поэтому отсутствует дополнительная травма и дискомфорт у пациентки. Во-вторых, простота использования. При аутолоскуте необходимо правильно готовить лоскут, в противном случае может наступить его отторжение. При работе с аллодермой такая опасность отсутствует, поскольку она имеет определенные

параметры, заданные производителем, и легко фиксируется к раневой поверхности. В-третьих, второй этап хирургического закрытия рецессии с помощью коронарно смещенного лоскута и фибриновой мембраны был достаточно прост, так как на предварительных операциях мы смогли добиться создания значительного «депо» прикрепленной десны, что способствовало стабильным результатам.

Полученные положительные результаты дают возможность практикующим врачам использовать данную методику не только для закрытия рецессии, но и решать проблему дефицита тканей прикрепленной десны для установки имплантатов. Наличие только некератинизированной свободной десны не обеспечивает «буферной зоны», не снижает нагрузки от постоянной тяги мышц и травмы (пищей, щеткой и т.д.) десневого края, тем самым увеличивая риск образования пародонтальных карманов и перимплантитов.

КЛАССИЧЕСКАЯ
КОЛЛЕКЦИЯ ОТ

TBI
COMPANY



читайте
на стр. 10-11

www.tbi.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. **Боровский Е.В.** *Терапевтическая стоматология*. М.: МИА, - 2003. - С. 798
2. **Carranza F.A, Newman M.G.** / *Clinical periodontology* / - Philadelphia: W.B. Saunders Co., - 1996. - 782 p.
3. **Naoshi Sato.** *Periodontal Surgery: A clinical atlas -Japan.* -2000. - 447 p.
4. **Bartolucci E.G.** *Periodontology: Text - Atlas.* - Milan. - 2001. - 343p.

шатательства с применением свободной аутопластики перемещенного лоскута, препаратов направленной регенерации, а также в сочетании с тромбоцитарным гелем, полученным из крови пациента методом центрифугирования.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

В клинику обратилась пациентка Р., 26 лет, основными жалобами которой являлись потеря десны в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти, болезненность и постоянная травма десневого края, нарушение эстетики.

При обследовании отмечается мелкое преддверие полости рта (1 мм), рецессия десны в области 14,13,12,11,21,22,23,24 зубов и отсутствие зоны прикрепленной десны в области 23,24 зубов. При зондировании десневой край плотный, пародонтальные карманы отсутствуют.

Диагноз: генерализованная рецессия, мелкое преддверие полости рта.

После проведения профессиональной гигиены была сделана вестибулопластика по Эдлану. Заживление проходило в течение двух недель (рис. 3). Через месяц в области 21-24 зубов было проведено хирургическое вмешательство по закрытию рецессии (рис. 4). Для этого был использован аутолоскут с твердого неба.

Ход операции: под инфильтрационной анестезией был сделан разрез по маргинальному краю десны, не затрагивающий сосочковую часть (рис. 5). Затем проведена отслойка лоскута и обработка корня зуба (сошлифовывание, полирование и обработка 3% раствором лимонной кислоты). Обращает на себя внимание тот факт, что потеря компактной пластинки вестибулярной кости составила 30%. (см. рис. 5). Затем после проведенной анестезии с неба был взят лоскут шириной 5 мм. Для этого, отступая на 5-7 мм от десневого края в области 24-26 зубов, были проведены два параллельных разре-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.



Рис. 13.



Рис. 14.



Рис. 15.



Рис. 16.



Рис. 17.



Рис. 18.



Рис. 19.

за, затем субэпителиально проведена отслойка лоскута. Отслоенный лоскут, после выравнивания его поверхности, поместили в заранее подготовленную стерильную чашку Петри, наполненную физиологическим раствором. Затем лоскут адаптировали на раневую поверхность в области маргинальной десны, постоянно смачивая физиологическим раствором, и зафиксировали швами (рис. 6). Раневая поверхность на небе была закрыта иодоформной турундой (рис. 7). Полное заживление через 30 дней (рис. 8—11).

Через полтора месяца в области 14—11 зубов была проведена операция по закрытию рецессии (рис. 12) с использованием коллагеновой мембраны Alloderm (рис. 2). Данный материал представляет собой деминерализованный лиофилизированный аллогенный коллагеновый матрикс, полученный путем удаления эпидермиса и клеток кожи. Начальный этап подготовки раневой поверхности проходил также (рис. 13, 14), как и при оперативном вмешательстве в области 21—24 зубов. Затем подготовленную коллагеновую мембрану разделили на две равные части, закрыли раневую поверхность и зафиксировали швами (рис. 16).

Заранее были подготовлены две стерильные чашки Петри с физиологическим раствором. В первой чашке аллодерма с основой после извлечения из пакета находилась в течение 5—7 мин. Затем после отделения от основы сама аллодерма была перенесена в другую чашку с чистым раствором и оставалась до полного насыщения в течение 5 мин (рис. 15). (Изначально аллодерма, извлеченная из стандартного пакета, напоминает переводную детскую картинку и соответственно все действия с ней проводятся аналогично перенесению картинки с основы на листок).

Через 15 дней после самостоятельного отделения аллодермы наблюдается активный рост грану-