

Закрытие рецессии десны с использованием факторов роста

И.Г. ГАНЖА, к.м.н., врач-стоматолог, клиника «Семейный врач», г. Самара,
Т.Н. МОДИНА, д.м.н., проф. кафедры клинической стоматологии и имплантологии
ГОУ ИПК «Медбиоэкстрем» ФУ МЗ РФ, г. Москва

М.В. БОЛБАТ, директор стоматологической клиники «Для Вас», Новосибирская область, г. Бердск

Closing of a gingiva recession by use of the growth factors

I.G. GANJA, T.N. MODINA, M.V. BOLBAT

Резюме

Закрытие рецессии десны стало актуальной проблемой и часто является основной причиной обращения пациента к пародонтологу. Поэтому многие стоматологи овладевают теоретическими и практическими знаниями по пластической пародонтальной хирургии, все чаще используя в своей практике различные методы закрытия рецессии с помощью перемещенного лоскута или свободной пластики.

Ключевые слова: рецессия десны, факторы роста, пародонтальная хирургия.

Summary

The recession of a gingiva closing became a urgent problem and frequently is the basic reason of reversion of the patient to periodontologist. Therefore many dentists take possession of theoretical and practical knowledge on periodontal plastic surgery, even more often utilizing in the practice various methods of closing of a recession with the help of the displaced flap or free plastic surgery.

Key words: gingiva recession, growth factors, periodontal surgery.

Сегодня, когда пациенты предъявляют всё большие требования к своему внешнему виду, стремясь выглядеть моложе, успешнее и привлекательнее, одним из вопросов в создании красивой и белоснежной улыбки остается устранение рецессии десны. В последние годы закрытие рецессии десны становится для многих актуальной проблемой и иногда является основной причиной обращения пациента к стоматологу. Поэтому многие врачи-стоматологи стараются овладеть теоретическими и практическими знаниями по пластической пародонтальной хирургии, все чаще используя в своей практике различные методы закрытия рецессии с помощью перемещенного лоскута или свободной пластики.

В последнее время во многих научных изданиях идёт обсуждение целесообразности и значения применения тромбоцитарных факторов роста, их влияния на процессы регенерации. Факторы роста применяют в различных отраслях медицины: для местного лечения диабетических процессов – трофических язв и ожоговых поражений и т.д. Большую популярность приобрело применение богатой тромбоцитами плазмы (БТП) в различных отраслях стоматологии, таких как пародонтология, имплантология, амбулаторная и челюстно-лицевая хирургия.

По мнению многих ученых, БТП является аутоген-

ным источником факторов роста, который получают в результате разделения крови методом центрифугирования. С помощью данного метода концентрация тромбоцитов увеличивается примерно на 300% по сравнению с периферической кровью. Тромбоцитарные факторы роста представляют собой класс биологических медиаторов, которые играют важную роль в заживлении ран, ускоряют и регулируют ключевые клеточные процессы, включая митогенез, хемотаксис, дифференциацию и метаболизм, стимулируют остеогенез и ангиогенез.

Необходимо отметить, что пациенты с рецессией десны, как правило, предъявляют следующие жалобы: повышенная чувствительность корней (гиперчувствительность), абразия поверхности корня (формирование клиновидных дефектов), эстетический недостаток (оголение эмалево-цементной границы и края искусственной коронки), кариес корня, травма десневого края во время еды и чистки зубов.

Существуют разнообразные методики закрытия рецессий, но далеко не всегда можно получить идеальный клинический результат и полностью закрыть рецессию. Все существующие методики имеют свои положительные и отрицательные характеристики.

В данной статье мы предоставляем вашему вниманию клинические работы, где пациентам применялся ме-



Рис. 1.
Рецессия десны в области 16 зуба



Рис. 2 а.
Цикл центрифугирования



Рис. 2 б.
Полученный тромбоцитарный гель



Рис. 3.
Фибриновая мембрана



Рис. 4.
Отжатая мембрана



Рис. 5.
Фиксация фибриновой мембраны в
область раневой поверхности



Рис. 6 .
Препараты компании «Пьер Фабр»



Рис. 7 .
Состояние мягких тканей через неделю



Рис. 8 .
Состояние тканей десны через месяц



Рис. 9 .
Состояние тканей через 3 месяца после операции



Рис. 10 .
Состояние маргинальной десны
в момент обращения



Рис. 11 .
Проведение вестибулопластики
по Эдлану



Рис. 12.
Состояние мягких тканей и преддверия полости рта на 5 сутки после операции



Рис. 13.
Состояние маргинальной десны на 5 сутки после операции



Рис. 14.
Состояние маргинальной десны через три недели после закрытия рецессии



Рис. 15.
Состояние мягких тканей десны и преддверия полости рта до лечения



Рис. 16.
Состояние мягких тканей и преддверия полости рта через месяц после вестибулопластики



Рис. 17.
Состояние мягких тканей на пятые сутки после закрытия рецессии



Рис. 18 а, б, в.
В процессе ортодонтического лечения

тод закрытия рецессии полулунным лоскутом, впервые предложенный в 1986 году Д. Тарноу. Для закрытия дефекта мягких тканей в области раневой поверхности использовался тромбоцитарный гель (FRP), который был получен при помощи одноэтапного центрифугирования 9 мл крови пациента в пробирках Ранье без цитрата.

Клинический пример № 1.

Пациент Г., 30 лет, обратился с жалобами на повышенную чувствительность корня в области 16 зуба.

При осмотре выявлена рецессия десны 16 зуба высотой 7 мм, абразия поверхности корня, повышенная чувствительность (рис. 1).

Было принято решение о проведении операции по закрытию рецессии полулунным лоскутом. Перед оперативным вмешательством у пациента было взято 10 мл венозной крови и запущен цикл центрифугирования при 2400 оборотах 12 минут для получения тромбоцитарного геля (рис. 2 а, б). Под инфильтрационной анестези-

ей был сделан полулунный разрез, отступив на 10 мм от десневого края. Затем с помощью распатора было проведено отслаивание и коронарное смещение лоскута в зону рецессии, предварительно очистив корневую поверхность кюретами и обработав ее тетрациклиновой смесью, которая была приготовлена непосредственно перед операцией. Для закрытия образованного дефекта мягких тканей в область раневой поверхности была уложена фибриновая мембрана, которая была сформирована в результате отделения светлой части пробирки и отжатия ее в марлевом тампоне (рис. 3, 4). Затем лоскут и мембрану для первичной стабилизации и гомеостаза адаптировали пальцами в течение 35 минут (рис. 5). После операции назначали холод в течение двух часов с 10-минутными интервалами.

После операции назначали полоскание полости рта «Элюдрил»-водным 3 раза в день. Раневую поверхность обрабатывали гелем «Пансорал» и рекомендовали не чистить зубы в зоне операции в течение двух