

Способ устранения локальной рецессии десны

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Trunin D.A., Nesterov A.M., Sadykov M.I., Kostionova-Ovod I.A..

Remedy of local gingival recession

Резюме

Одной из наиболее распространённых эстетических проблем, связанных с заболеваниями пародонта является рецессия десны. На сегодняшний день представлено огромное количество методик по лечению данной патологии, причем основную часть предложенных методик составляют хирургические. Применяемые методы по ее устранению зачастую технически сложны и нередко сопровождаются осложнениями, что в совокупности не позволяет в полной мере решить данную проблему. В этой статье представлен альтернативный, менее инвазивный и доступный метод по закрытию рецессии десны, включающий пластику пародонта полулунным лоскутом с использованием коллагеновой мембраны. Результаты лечения при использовании данной процедуры показывают, что предложенный способ может с успехом применяться в качестве альтернативы другим инвазивным техникам.

Ключевые слова. Рецессия десны, коллагеновая мембрана, пародонтология

Summary

One of the most common aesthetic problems associated with periodontal tissue is gum recession. Today presents a huge number of methods for the treatment of this disease, and they are mainly surgical. The methods used to solve it is often technically complex and are often accompanied by complications, which does not fully solve the problem together.

This article provides, an alternative, less invasive and accessible method to close gingival recession comprising plastic crescentic periodontal flap using a collagen membrane. Treatment results using this procedure show that the proposed method can be successfully used as an alternative to other invasive techniques.

Keywords. Gum recession, collagen membrane, periodontics

Введение

На сегодняшний день одной из основных задач современной пародонтологии является устранение рецессии десны, так как прикрепленная десна играет ключевую роль в поддержании здоровья пародонта. Рецессия десневого края - это убыль мягких тканей в апикальном направлении. В результате рецессии обнажается часть корня (корней) зуба и в дальнейшем данная патология ведет к развитию гиперчувствительности зуба, кариесу корня и значительному снижению эстетики [1, 5].

По данным отечественной и иностранной литературы рецессия десны встречается довольно часто. На ее долю приходится около 10% от общего числа всех заболеваний пародонта. Причем, довольно часто рецессия десны имеет ятрогенную этиологию и развивается вследствие острой травмы десневого края во время препарирования зуба, введения ретракционной нити по периметру шейки зуба в области зубодесневого желобка, припасовки и фиксации искусственной коронки [3, 4].

Лечение рецессии десневого края как правило хирургическое. Сегодня предложено огромное количество вариантов лечения данной патологии, но далеко не все

они позволяют получить хороший клинический результат и полностью закрыть дефект мягких тканей. Наиболее часто применяются такие методы как пластика лоскутом на ножке с его смещением, методика направленной регенерации тканей с использованием мембран, использование матриксных протеинов как факторов роста и др. [2, 4, 5].

Наиболее часто используемые методы включают апикально перемещаемые лоскуты которые имеют различные недостатки (открытая периостальная поверхность в корональной части имеет риск резорбции кости, послеоперационный дискомфорт, отличие донорского цвета ткани, смещение прикрепленного лоскута в изначальное положение).

Цель данной работы: описать предложенный нами метод устранения локальной рецессии десны, а также провести исследования эффективности данного метода при лечении локализованной рецессии десневого края.

Материалы и методы

На базе кафедры ортопедической стоматологии СамГМУ нами было проведено устранение одиночных рецессий у 32 пациентов.

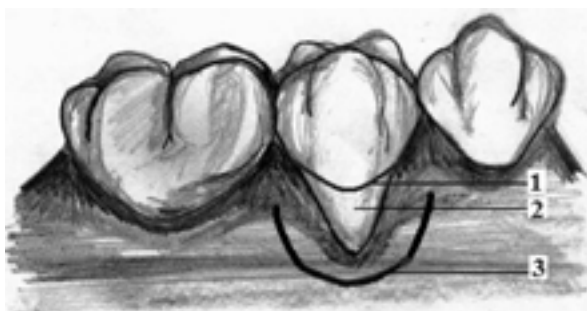


Рисунок 1. Схема части зубного ряда с рецессией десны: 1 – граница прежнего прикрепления десны; 2 – рецессия десны с оголением части корня зуба; 3 – полулунный разрез.



Рисунок 2. Схема части зубного ряда с рецессией десны: 1 – граница прежнего прикрепления десны; 2 – рецессия десны с оголением части корня зуба; 3 – полулунный разрез; 4 – скальпатор



Рисунок 3. Схема части зубного ряда с рецессией десны: 5 – полулунный лоскут; 6 – открытая периостальная поверхность

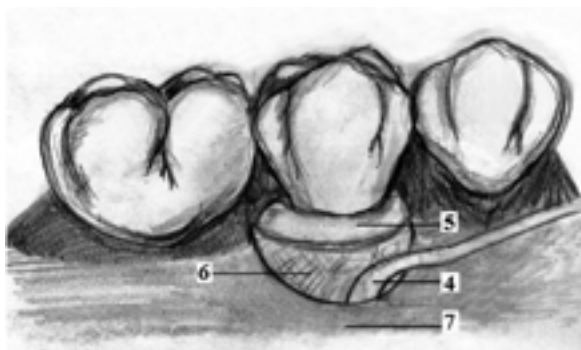


Рисунок 4. Схема части зубного ряда с рецессией десны: 4 – скальпатор; 5 – полулунный лоскут; 6 – открытая периостальная поверхность; 7 – преддверие полости рта

Научное исследование одобрено комитетом по биоэтике Самарского государственного медицинского университета (протокол №184 от 26 апреля 2017г.). До начала лечения все пациенты подписывали информированное добровольное согласие на предстоящее лечение и клинические исследования. Также до начала лечения пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта, выявляли и удаляли этиологические факторы развития рецессии десны, а также давали рекомендации по индивидуальной гигиене полости рта.

Предложенный нами способ лечения рецессии десны заключается в следующем [6]. Пациенту проводят инфильтрационную анестезию в зоне предполагаемого вмешательства. После чего проводят полулунный разрез в зоне рецессии (одиночный или множественный, в зависимости от планируемого объема хирургических вмешательств). Полулунный разрез производят скальпелем до кости, отступя 3-4 мм от вершин межзубных сосочков и 6-8 мм от десневого края с учетом глубины и ширины рецессии кератинизированной десны (Рис.1).

Далее скальпелем малого размера тупо производят отслаивание полулунного лоскута десны (Рис.2).

Затем отслоенный лоскут десны смещают коронально (в сторону коронки зуба) так, чтобы верхняя часть лоскута расположилась на уровне границы прежнего прикрепления десны (Рис.3).

Затем в донорском участке слизистой оболочки производят отслойку тканей слизистой оболочки, подслизистых тяжей и мышечных волокон, таким образом, увеличивая глубину преддверия полости рта (Рис.4).

После этого подбирают коллагеновую мембрану (в данном исследовании использовали мембрану «Коллост») в зависимости от биотипа десны и обрезают ее по форме и размеру дефекта. Перед тем, как использовать коллагеновую мембрану, ее помещают на 10-15 минут в стерильный раствор натрия хлорида изотонического 0,9% для увеличения пластичности. Затем подготовленную мембрану укладывают в образовавшееся пространство между полулунным лоскутом и подвижной слизистой оболочкой таким образом, чтобы край мембраны доходил до границы изначального расположения десны (Рис.5). Для обеспечения полного прилегания мембраны ее адаптируют и удерживают 5 минут. При этом происходит ее склеивание с периостальной поверхностью и цементом оголенного корня зуба.

Далее накладывают шов (например, кетгуттовый) на полулунный лоскут, а кончик нити фиксируют на вестибулярной поверхности коронки зуба при помощи к материалу светового отверждения (Рис.6). При необходимости возможно наложение нескольких швов.

Пациенту рекомендуют щадящую диету, аккуратную чистку зубов и полоскание полости рта растворами антисептиков в течение 2 недель.



Рисунок 5. Схема части зубного ряда с рецессией десны: 5 – полулунный лоскут; 8 – коллагеновая мембрана

Наложенный шов уstraняют через 7 дней после вмешательства.

Для объективной оценки проведенного лечения мы проводили обследование пациента до и после устранения рецессии десны. Обследование включало в себя определение величины рецессии десны, определение индекса рецессии по Казеко, и реографические исследования области вмешательства до проведенной операции и спустя 6 месяцев после операции.

Определение величины рецессии десны проводили при помощи градуированного пародонтального зонда. Измеряли расстояние от эмалево-цементной границы до края десны. Полученное расстояние отмеряли штангенциркулем.

Для определения индекса рецессии десны Казеко проводили определение как качественных, так и количественных показателей по следующим критериям:

- 0 – нет рецессии;
- 1 – рецессия десны от 1 до 2 мм у одной поверхности зуба;
- 2 – рецессия десны от 1 до 2 мм у двух и более поверхностей зуба;
- 3 – рецессия десны от 3 до 6 мм у одной поверхности зуба;



Рисунок 7. Цифровой компьютерный реограф Мицар-PEO (Санкт-Петербург, регистрационное удостоверение № ФСР 2009/05048)

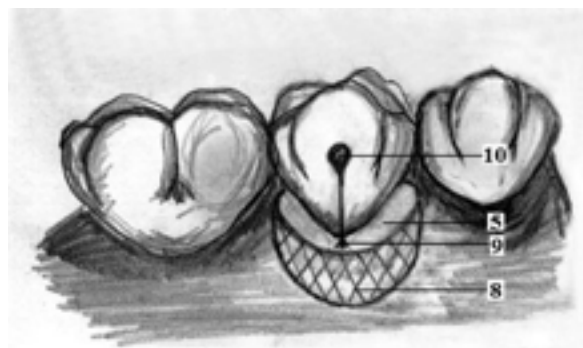


Рисунок 6. Схема части зубного ряда с рецессией десны: 5 – полулунный лоскут; 8 – коллагеновая мембрана; 9 – кетгутый шов; 10 – композиционный материал светового отверждения

4 – рецессия десны от 3 до 6 мм у двух и более поверхностей зуба

5 – рецессия десны более 5 мм у одной и более поверхностей зуба.

Индекс рецессии рассчитывали по следующей формуле:

$$ИР = \frac{\text{сумма кодов}}{\text{кол-во зубов}}$$

Интерпретация индекса рецессии десны:

- 0,1-2,0 – легкая степень тяжести рецессии десны;
- 2,1 – 3,5 – средняя степень тяжести рецессии десны;
- 3,5 – 5,0 – тяжелая степень тяжести рецессии десны.

Полученные данные обрабатывали и вычисляли среднее значение.

Реографию тканей пародонта проводили на цифровом компьютерном реографе Мицар-PEO (рис.7). Для проведения исследования применяли серебряные электроды площадью 3x5 мм. Непосредственно перед наложением электродов на слизистую оболочку исследуемого участка ее высушивали, электроды протирали спиртом и наносили на них электродный гель. Одновременно с проведением реографии проводили запись электрокардиограммы во II отведении для облегчения последующих расчетов.

Обработку полученных реограмм проводили при помощи программы WinREO. Данное программное обеспечение автоматически рассчитывает все необходимые реографические показатели.

При обработке реограмм определяли как качественные (характеристика восходящей и нисходящей части; форма вершины; наличие и выраженность дикротической волны; наличие и расположение дополнительных волн), так и количественные показатели. К количественным показателям относили: индекс периферического сопротивления (ИПС), индекс эластичности (ИЭ), реографический индекс (РИ).

Полученные результаты исследований обрабатывались методами на персональном компьютере с помощью программы STATISTICA v.7.0 (StatSoft-Russia, 1999), Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Срок наблюдения за пациентами составил 6-8 месяцев. Результаты операций во всех случаях успешные.

Спустя 8-9 суток после операции наступала полная эпителизация раны. Сформированный слизистый лоскут визуально имел розовый или бледно-розовый цвет, признаки воспаления в зоне вмешательства отсутствовали.

До начала лечения средняя величина рецессии у пациентов составляла $4,7 \pm 0,7$ мм (при $p \geq 0,05$).

Спустя 6 месяцев после проведенного лечения наблюдалось полное заживление области вмешательства у всех пациентов. Полное закрытие рецессии наблюдалось у 24 пациентов (75%). У 6 пациентов (18,75%) было достигнуто устранение значительной части рецессии. У 2 пациентов наблюдалось неудовлетворительное закрытие рецессии десны, что было обусловлено несоблюдением пациентами предписанных рекомендаций. У данных пациентов наблюдалась неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. Средняя величина рецессии после проведенного лечения составила 0,7 мм.

До проведения операции показатели индекса рецессии десны составляли в среднем: ИР = $2,7 \pm 0,4$, $p > 0,05$. Такой показатель соответствует средней степени тяжести рецессии десны.

Спустя 6 месяцев после проведенного лечения проведение индексной оценки показало следующие результаты: ИР = $0,3 \pm 0,1$, $p > 0,05$. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что проведенные манипуляции позволяют добиться значительного снижения показателя индекса рецессии, что свидетельствует об успешном лечении.

Проведение реографических исследований до начала лечения показало схожую картину исходного состояния гемодинамики слизистой оболочки в области вмешательства.

У всех пациентов наблюдались пологая анакрота, уплощенная вершина, сглаженная дикротическая волна, расположенная близко к вершине. ИПС в среднем состав-

ляла $129,4 \pm 3,8\%$ (норма 80-90%), ИЭ в среднем составил $60,7 \pm 3,4\%$ (норма 70-80%), РИ составил $0,037 \pm 0,02$ Ом (норма 0,01-0,1 Ом). Полученные результаты указывают на неудовлетворительное кровенаполнение слизистой оболочки в данной области и ее атрофию.

Спустя 6 месяцев после проведенного лечения анализ реограмм показал, что у пациентов основной и контрольной групп состояние гемодинамики слизистой оболочки в области проведенного вмешательства приблизилось к норме. Визуально наблюдалась крутая анакрота с выраженной вершиной. Количественные показатели составили ИПС $95,8 \pm 1,9\%$, ИЭ $69,8 \pm 2,1\%$, РИ $0,04 \pm 0,01$ (достоверность при $p < 0,05$). Таким образом, реографические исследования слизистой оболочки свидетельствуют о восстановлении кровенаполнения участков проведенного оперативного вмешательства.

Заключение

Таким образом, предложенный метод устранения рецессии десны позволяет добиться стабильного результата в достаточно короткие сроки, при этом относительно прост в исполнении и не требует от врача стоматолога особых мануальных навыков. Способ является достаточно надежным, чтобы закрыть рецессию десны. Данный метод может быть использован в качестве альтернативы другим инвазивным процедурам. ■

Трунин Д.А., Нестеров А.М., Садыков М.И., Костюнова-Овод И.А. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 443099, г. Самара, Российская Федерация

Литература:

1. Chakrapani Swarna, Surekha Govada, Karyamsetti Susmitha, Chintapalli Sowjanya Increasing the width of attached gingiva by using modified apically repositioned flap – A case series. *J Indian Soc Periodontol.* 2019 Mar-Apr; 23(2): 172–176.
2. Vijayalakshmi Bolla, Pathakota Krishnanjaneya Reddy, 1 Butchibabu Kalakonda, 2 Pradeep Koppolu, 3 and E Manaswini 4 Coronally Advanced Flap with Amniotic Membrane in the Treatment of Gingival Recession: Three Case Reports *Int J Appl Basic Med Res.* 2019 Apr-Jun; 9(2): 111–114.
3. Sarvangala Mythri, Suryanarayan Maiya Arunkumar, Shashikanth Hegde, Shanker Kashyap Rajesh, Mohamed Munaz, Devasya Ashwin Etiology and occurrence of gingival recession - An epidemiological study / *J Indian Soc Periodontol.* 2015 Nov-Dec; 19(6): 671–675.
4. Рунова Г. С., Гугкаева З. Д., Выборная Е. И., Вайцнер Е. Ю. Ликвидация рецессий, современный подход к пластической периодонтальной хирургии // *МС.* 2011. №7-8. С.107-109
5. Л. А. Зюлькина, К. Ю. Кобринчук, П. В. Иванов Механизмы возникновения и методы устранения рецессии десны // *Современные проблемы науки и образования.* -2017. -№ 1. -С. 54.
6. Пат. RU 2649138 C1 Российская Федерация. Способ лечения рецессии десны [Текст] / М.И. Садыков, А.М. Нестеров, М.Р. Сагиров [и др.] - заяв. № 2017102300, заявл. 24.01.2017 - опубл. 29.03.2018.