

# Комплексный метод хирургического лечения пародонтальных рецессий коронально перемещаемым лоскутом

ДАВЛЕТШИНА Л. А., ХУСАИНОВА Л. Р.

ФГУ «Всероссийский Центр глазной и пластической хирургии Росздрава»  
МУ «Стоматологическая поликлиника №2»

Уфа, Россия

---

**РЕФЕРАТ.** Проводится анализ результатов хирургического лечения пародонтальных рецессий коронально перемещаемым лоскутом и введением инъекционной формы биоматериала Аллоплант «Стимулятор регенерации». Показано, что биоматериал стимулирует регенерацию анатомических структур пародонта.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пародонтальная рецессия, хирургическое лечение

---

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения заболеваний пародонта в настоящее время актуальна во всем мире. По данным ВОЗ заболевания пародонта широко распространены среди населения земного шара, и в зависимости от возрастной группы данная патология встречается у 55 — 98% населения. Как отмечалось в первой главе, распространенность заболеваний пародонта в нашей стране достигает 98 %. (Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф., 2003).

В России имеется тенденция к снижению возрастного барьера у пациентов с генерализованными формами пародонтитов, причем с преобладанием деструктивных форм. Прогрессирование заболеваний пародонта может приводить к частичной или полной потере зубов, общей сенсibilизации организма, снижению эффективности иммунной системы, развитие одонтогенных очагов инфекции.

На сегодняшний день существуют различные подходы к лечению пародонтальных рецессий, включающие в себя терапевтическое, хирургиче-

ское, ортопедическое, физиотерапевтическое, медикаментозное лечение. В последнее время для лечения данной патологии в комплексную схему все чаще вводят биоматериалы и стимуляторы регенерации (Цепов Л.М., 1994).

В настоящее время в терапевтической стоматологии широко распространено симптоматическое лечение тканевой рецессии, заключающееся в снижении гиперчувствительности оголенных шеек и корневых поверхностей зубов, реставрации клиновидных дефектов или эрозии твердых тканей, улучшении внешнего вида. В клинике ортопедической стоматологии по отношению к тканевой рецессии также используется паллиативный подход: из соображений эстетики участок тканевой рецессии (особенно во фронтальном отделе) маскируется с помощью десневой керамики. Это довольно скоро приводит к еще большему оголению корня зуба.

В современной пародонтологии для устранения рецессии, а в некоторых случаях и для предотвращения ее возникновения применяются различные хирургические вмешательства. В частности, используются методы как коронарно и латерально смещаемый лоскут, конвертная методика с использованием субэпителиального небного лоскута. Исследования последних лет показали, что послеоперационным результатом является не создание нового прикрепления зуба, а образование соединительного эпителия и следовательно обеспечение репаративного заживления. Так, например, по данным Грудянова А.И. (2006) именно коронарно перемещаемый лоскут обеспечивает прогнозируемую регенерацию пораженных или утраченных тканей.

По нашему мнению, повысить эффективность указанного выше оперативного вмешательства можно, если заключительным этапом будет не ушивание раны, а создание в области разреза депо биологически активного материала. В стоматологической поликлинике №2 г. Уфы накоплен положительный опыт консервативного лечения хронических воспалительных заболеваний пародонта с применением диспергированных форм биоматериала серии Аллоплант. В пародонтологическом отделении разработан комбинированный метод лечения пародонтальных рецессий.

В настоящей работе изучена эффективность комбинированного хирургического метода устранения тканевой рецессии с помощью коронарно перемещаемого лоскута в сочетании с инъекционной формой диспергированного биоматериала Аллоплант.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В период с 2003 г. по 2007 г. под нашим наблюдением находилось 76 пациентов. При этом распределение по степени тяжести пародонтита было следующее:

- хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести — 20 пациентов;
- хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести — 56 пациентов.

Из обследованных пациентов было 26 мужчин и 50 женщин. Распределение по возрасту:

- зрелый возраст 1 период — 25 пациентов;
- зрелый возраст 2 период — 45 пациентов;
- пожилой возраст — 6 пациентов.

Большинство из указанных пациентов имели сопутствующие заболевания. В частности, заболевания желудочно-кишечного тракта (50%), сахарный диабет (10%), гипертоническая болезнь (20%). Только 20 % пациентов не имели в анамнезе сопутствующих заболеваний.

Сравнительную группу составили 50 пациентов с рецессией десны 1 класса по Miller. В основную группу вошли 26 пациентов с локализованными рецессиями десны 1 класса по Miller, которым по окончании оперативного вмешательства проводилось введение инъекционных форм биоматериала Аллоплант «Стимулятор регенерации».

Показаниями к проведению оперативного лечения рецессии десны по классической методике были следующие виды патологий:

- рецессии первого класса по Miller, располагающиеся исключительно в области прикрепленной десны;
- наличие прикрепленной десны шириной не менее 3 мм;
- расстояние от эмалево-цементной границы не более 5 мм.

Противопоказаниями к данной методике являются:

- рецессии второго класса по Miller, захватывающие слизистую оболочку;
- третий и четвертый классы по Miller, включающие в себя рецессии при аномальных положениях зубов.

Для оценки состояния тканей пародонта до и после лечения использовались следующие методы клинического исследования: осмотр, сбор анамнеза, количественная оценка налета и зубного камня с помощью упрощенного индекса гигиены

Greene Wermillion (1964). Данное обследование давало представление об уровне гигиены полости рта. Глубина пародонтального кармана определялась с помощью градуированного пародонтального зонда. Для диагностики состояния костной ткани проводили рентгенологическое исследование (ортопантограммы).

*Методика операции комбинированного лечения пародонтальных рецессий с введением инъекционной формы биоматериала Аллоплант «Стимулятор регенерации»*

После инфильтрационной анестезии оперативный доступ создается вертикально по слизистой оболочке. Разрез проводится медиально по отношению к зубу. Субпериостальная мобилизация лоскута в области слизистой оболочки и прикрепленной десны проводится ретроградно до десневой бороздки и до вершины межзубной альвеолярной перегородки, для данной манипуляции используют распатор.

Только та часть поверхности корня, которая контактирует с полостью рта, подвергается тщательной механической очистке. Все операционное поле промывается 0,9% изотоническим раствором. Затем мобилизованный в сторону коронки зуба слизисто-надкостный лоскут укладывается без натяжения и фиксируется с помощью межзубных пирекидных швов.

У 26-ти пациентов (основная группа) в заключительном этапе проводилось введение биоматериала Аллоплант «Стимулятор регенерации». При этом выполнялась однократная инъекция в область переходной складки слизистой оболочки десны (верхней и нижней челюсти — от 4 до 6 инъекций). Перед введением проводилась инфильтрационная анестезия. Биоматериал разводят в 0,9 % растворе NaCl. Швы снимают через 10 дней после операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность применяемой операции оценивалась по степени закрытия рецессий десной в миллиметрах (полное или частичное). В результате проведенного наблюдения за группой лиц с рецессией десны выявились следующие результаты:

Основную группу составили 26 пациентов, которым была выполнена комбинированная методика

операции. Полное закрытие корней наблюдалось у 88,4 % пациентов. Остаточная рецессия в объеме 0,7 мм встречалась у 7,6% пациентов. Рецессия в 1,0 мм выявлена у 3,8% пациентов.

Сравнительная группа включала 50 пациентов (классическая хирургическая методика — коронально перемещаемый лоскут без применения биоматериалов). При этом были получены следующие результаты:

1. Полное закрытие корней наблюдалось у 70 % пациентов
2. Остаточная рецессия в 1,0 мм установлена у 7% пациентов.
3. Рецессия в 0,7 мм получена у 13% пациентов.
4. Рецессия в 0,5 мм составила 10% пациентов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами проведен сравнительный анализ двух методов закрытия корней коронально перемещаемым лоскутом и данной техники с введением диспергированного биоматериала Аллоплант «Стимулятор регенерации».

Сравнительный анализ результатов работы показал, что время для выполнения комбинированной операции при пародонтальных рецессиях по сравнению с другими пародонтологическими операциями сокращается почти в два раза. Это связано в первую очередь с тем, что на вертикальный разрез слизистой оболочки не накладываются швы, а инъекционно вводится биоматериал Аллоплант «Стимулятор регенерации». Операционная травма минимальна, так как не нарушается целостность десневого сосочка, что всегда проводится при классических методиках закрытия пародонтальных рецессий.

Щадящая техника разрезов обеспечивает перемещение лоскута и предотвращение возникновения послеоперационной боли и формирование рубцов.

Инъекционное введение диспергированной формы биоматериала в слизистую оболочку десны, создает благоприятные условия для регенерации соединительнотканых элементов пародонта.

Использование представляемой методики для закрытия гингивальных рецессий позволяет получить хорошие эстетические результаты.

Представленный материал позволяет рекомендовать данную методику для клинического использования в практику врача — пародонтолога.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев А.П., Рабухина Н.А. Особенности рентгеновского панорамного изображения челюстей. Медицинская техника, 1997; №5: с. 18-21.
2. Артюшкевич А.С., Латышева С.В., Наумович С.А., Трофимова Е.К. Заболевания пародонта. — М.:Медлит., 2006.- 328с.:
3. Гветадзе Р.Ш. Исследование плотности костной ткани нижней челюсти у больных после ортопедического лечения с использованием имплантатов. Стоматология 1999; №3: с. 33-34.
4. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006.- 128 с.
5. Курякина Н.В., Кутепов Т.Ф. «Заболевания пародонта» М.: Медицинская книга, Н. Новгород издательство НГМА, 2003 г. — 250 с.
6. Модина Т.Н. Пародонтальная хирургия в комплексном лечении прогрессирующих и быстро прогрессирующих пародонтитов. Вестник стоматологии, 1997, №1,стр.9.
7. Перова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичева А.В. Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса. Новое в стоматологии. 2005 г.;5:38-45.
8. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., Ставицкий Р.В., Чекирдин Э.Г., Томбак М.И. Совершенствование рентгенодиагностики в стоматологии. Вестник рентгенологии и радиологии, 1992; №3: с. 45-47.
9. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). — М.:Медицина, 2003. — 506с.
10. Трезубов В.Н. Фадеев Р.А., Сологуб О.В., Зубкова Н.В., Арутюнов Д.С., Способ объективной оценки состояния костной ткани челюстей по данным ортопантограмм. Научно-практический журнал. Институт стоматологии, 2006 №1: с. 38 — 40.
11. Фомичева Е.А. Профилактика и лечение рецессии тканей пародонта: Дис. ...канд.мед.наук. Ставрополь 2005; 185.
12. Чибисова М.А. Цифровая и пленочная рентгенография в амбулаторной стоматологии. СПб.: 2004г.
13. Чибисова М.А., Дударев А.Л., Кураскуа А.А. Лучевая диагностика в амбулаторной стоматологии. СПб.:2002г.
14. Щетинин В.В., Гарафутдинов Д.М., Архаров С.Л. Изучение топографии оптической плотности костной ткани нижней челюсти методом компьютерно-томографической денситометрии. Российский стоматологический журнал, 2000; №4: с. 41-45.
15. Knezovic Zlataric D., Celebic A., Lazic B., Baucic I., Komar D., Stipetic-Ovcaricek J., et al. Influence of age and gender on radiomorphometric indices of the mandible in removable denture wearers. Coll Antropol 2002; 26: 259.
16. Vinicius Dutra, Jie Yang, Hugh Devlin et al. Radiomorphometric indices and their relation to gender, age, and dental status. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radilogy, and Endodontology. 2005; 4: с. 479-484.