

Ибраимова А.А.

**ТАРАЛГАН ПАРОДОНТИТТИ ЖАНА БҮЙЛӨ РЕЦЕССИЯСЫНЫН
АР КАНДАЙ ТҮРЛӨРҮН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООГО
ЗАМАНБАП КӨЗ КАРАШ (адабиятка карап чыгуу)**

Ибраимова А.А.

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА И РАЗЛИЧНОГО
ВИДА РЕЦЕССИЙ ДЕСНЫ (обзор литературы)**

A.A. Ibraimova

**CONTEMPORARY POINT OF VIEW AT THE SURGICAL
TREATMENT OF THE GENERALIZED PERIODONTITIS AND DIFFERENT
TYPES OF RECEDED GUM (literature review)**

УДК: 616.311.2-089

Макалада Жалпы периодонтиттин хирургиялык дарылоо жана ар кандай тиш ишиүү рецессиялары боюнча адабияттарга анализ берилген. 100 булак талданган. Бардык хирургиялык ыкмалар төрт топко бөлүнгөн. Сыпатталган методдордун артыкчылыктары жана кемчиликтери келтирилген. Бүйлө рецессиясы бир катар авторлордун маалыматы боюнча пародонт патологиясынын бардык формаларынын 10%на чейин түзөт. Ал бардык курактык топтордо аныкталат жана өтө өзгөрүлмө, бул 23төн 99,3%га чейин түзөт. Рецессиянын таралышы. А. Леус жана Л.А. Казеко маалыматы боюнча 15 жаштагыларда 9,7%дан чоңдордо 99,3%га чейин болот; А.М. Хамадееванын маалыматы боюнча 45,5%дан 85,1%га чейин болот. Бул дарт менен Жер калкынын болжол менен 60%ы жабыркагандыктан - бүйлө рецессиясы - хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатууга муктаж көйгөй катары, заманбап хирургиялык стоматологияда зор кызыгууну жаратат.

Негизги сөздөр: жалпы пародонтит, сагыз рецессиясы, мукопериостелдик жапкычтар, мембраналар, ткандардын регенерациясы.

В статье приводится анализ к литературе по хирургическому лечению Генерализованного периодонтита и различного рода рецессий десны. Проанализированы 100 источников. Все хирургические методы были разделены на четыре группы. Приведены достоинства и недостатки описанных методик. Рецессия десны по данным ряда авторов составляет до 10% от всех форм патологии пародонта. Распространенность рецессии колеблется от 9,7 % у 15-летних до 99,3% у взрослых по

данным П.А. Леуса и Л.А. Казеко; и от 45,5 % до 85,1% по данным А.М. Хамадеевой. Цель - изучение эффективности хирургических методов лечения рецессии десны при болезнях пародонтита.

Ключевые слова: генерализованный периодонтит, рецессия десны, слизисто-надкостничные лоскуты, мембраны, направленная тканевая регенерация.

The article provides an analysis of the literature on the surgical treatment of Generalized periodontitis and various kinds of gingival recessions. Analyzed 100 sources. All surgical techniques were divided into four groups. The advantages and disadvantages of the described methods are given. According to authors' point of view, receded gum amounts to 10% from all form of periodontitis. It is revealed at all age groups and it is extremely variable representing 23 to 99.3% on average. Prevalence of receded gum is about from 9.75% in 15-year-olds up to 99.3% in adults according to P.A. Leus and L.A. Kaseko; and from 45.5% to 85.1% according to A.M. Khamadeev. Receded gum - as a problem, which needs improvement of the effectiveness of surgical treatment gains more and more interest in the modern surgical dentistry since about 60% of the world's population suffer from this disease.

Key words: generalized periodontitis, gum recession, mucoperiosteal flaps, membranes, directed tissue regeneration.

Методики по устранению рецессии десны были объединены Миллером в 1969г. в термин «периодонтальная пластическая хирургия». Н. Erpenstein и R. Borchard (2006) разделили методы устранения рецессии десны на консервативные и хирургические.

Методы хирургического лечения рецессии десны:				
I Однослойные				II Двухслойные
I.1 Слизисто-надкостничные/ротационные лоскуты				III НТР
I.1/1 Латерально-смещенный лоскут	I.1/2 Двойной сосочковый лоскут	I.2/1 Трапециевидный лоскут	I.2/2 Полулунный лоскут	IV.1 Использование биологических медиаторов
				IV.2 Биомодификация поверхности корня зуба
				IV.3 Использование резорбируемой мембраны
				IV.4 Использование резорбируемой естественной или искусственной мембраны;
				IV.5 Производное эмалевого матрикса «Emdogain» (EMD);
				IV.6 Богатый тромбоцитами фибрин (Platelet rich fibrin, PRF)

Основой однослойных способов заключается в использовании мягких тканей, находящихся апикальнее или апроксимальнее рецессии [2].

I.1/1 Латерально смещенный лоскут используется для устранения изолированных рецессий десны в области резцов нижней челюсти и медиальных корней первых моляров. Проводят V-образный разрез и создают скошенный край раны в принимающей области, имеется необходимость в достаточно большом количестве кератинизированной ткани. После того как край лоскута располагается над костью проводят вертикальный, немного скошенный к принимающему лону, разрез, превышающий ширину принимающей области в 1,5 раза. Далее сформированным слизистым и слизисто-надкостничным лоскутом перекрывают дефект и фиксируют его узловыми швами [5,1,6].

I.1/2 Двойной сосочковый лоскут (Double papilla flap), разработанный в 1698 г. Cohen D. W. и Ross S.E. имеет относительно адекватную ширину и высоту прикрепленной кератинизированной десны. Проводятся медиальный и дистальный разрезы, проходящих параллельно цемент-эмалевому соединению, выделяя сосочки, по высоте превышающие ширину рецессии, которые после перемещают к середине зуба. Недостатки техники: ограниченность единичными дефектами рецессии и плохая предсказуемость, необходимостью широкой зоны кератинизированной десны в области высоких межзубных сосочков. Достоинства: полное соответствие цвета слизистой донорской и реципиентной зоны [1,7,8].

I.2 Коронально смещенный (позиционированный) лоскут (Coronal advanced flap, CAF) – корональное смещение десны, расположенной апикальнее рецессии. В основе метода лежит формирование слизисто-надкостничного лоскута при помощи двух параллельных вертикальных разрезов, ограничивающими область операции, что делает невозможным операцию при мелком преддверии полости рта и тонком

биотипе десны. Поэтому эти разрезы объединяют фестончатым внутренним скошенным разрезом, создавая таким образом новые сосочки и дезэпителизируют оставшиеся. Метод не используют при аномальном положении причинного зуба, слишком выпуклом корне и мелком преддверии полости рта. Достоинства: полное эстетическое восстановление дефекта [1,9].

I.2/1 При трапециевидном лоскуте формируются два вертикальных послабляющих разреза, что составляет один или два зуба запасными для прочности тканей. Оба вертикальных разреза должны расходиться в апикальном направлении и распространяться на 3-4 мм за слизисто-десневое соединение, сосочек представляется как часть лоскута. Достоинства техники: достаточная мобилизация лоскута, уменьшение его натяжения при ушивании раны. Недостатки: возможна повторная рецессия десен [6].

I.2/2 Полулунный лоскут состоит из разрезов, первый следует изгибу десневого контура, не доходящий до уровня кости, второй – внутрибороздковый разрез с отслойкой слизистого лоскута до полулунного разреза. Среднюю часть лоскута сдавливают в течении пяти минут, после того как сместят коронально до уровня эмалево-цементной границы. После операции накладывают парадонтологическую повязку. Недостаток в том, что возможно закрытие только мелких рецессий [5,10].

II Двухслойные методы. Включают в себя смещение лоскута десны в корональном либо латеральном направлении и использование трансплантата соединительной ткани с неба, бугра верхней челюсти и размещением его над дефектом рецессии. По данным Chambrone L.; Dohan Ehrenfest D.M.; Keceli H.G. процент восстановления тканей с двухслойными методами составляет от 79,9% до 89,6%. И все же данные методики имеют свои недостатки: болевой синдром, сложность проведения операции, необходимость взятия донорской ткани с кровотечением, при котором

донорский участок остается открытым, проявляется раздражение на многие физические раздражители, вероятность воспаления операционной области и дальнейшее отторжение трансплантата. Для успешной операции необходимо закрыть трансплантат покрывным лоскутом, так как отсутствие кровоснабжения соединительнотканного трансплантата вынуждает создать искусственную васкуляризацию [1,3].

Свободный десневый ауотрансплантат (СДТ)

– это участок мягких тканей, включающий эпителиальный и соединительнотканые слои, который изымают из донорской части – неба и пересаживают на место дефекта. Бывают: full flap (эпителий, соединительная, жировая ткань и надкостница) и split flap (эпителизированная, частично эпителизированная и соединительная ткани). Имеются трудности обеспечения надежного гемостаза донорской зоны, низкий косметический эффект, заживление с образованием выраженных рубцовых изменений вплоть до келоидного рубца. СДТ применяются для устранения узких рецессий III и IV класса по Миллеру, когда целью операции является восстановить преддверие полости рта. Использование СДТ противопоказано при широких и глубоких рецессиях, глубоких апикальных карманов апикальное рецессии [1,4,6]. **Субэпителиальный соединительнотканый ауотрансплантат (ССТ)**, в отличие от СДТ высоко предсказуем, имеет в особенностях: хорошее питание между трансплантатом и донорской зоной за счёт 2-х источников питания, незначительная раневая поверхность на небе после забора трансплантата, хороший гемостаз и быстрый комфортный процесс заживления, наилучший косметический эффект, объем применения этой методики ограничен только максимальными размерами трансплантата, возможно лечение сразу нескольких зубов, одноэтапность. Показаниями для ССТ являются: увеличение толщины слизистой оболочки в области зубов и имплантатов, устранение обнажения корня любой степени, устранение просвечивания или оголения имплантата, или абатмента, устранение локальной и множественной рецессии десны, увеличение объема гребня (в области адентии), также по косметическим показаниям. Противопоказанием является: широкое и мелкое нёбо, из-за опасности повреждения нёбной артерии, подслизистая ткань нёба в месте забора ауотрансплантата богата жировой и железистой тканью [1,3].

II.1 Коронально смещенный лоскут с ССТ: Корональное смещение лоскута может проводиться с использованием нерезорбируемых и резорбируемых мембран, эмалевых матриксных протеинов, ксеногенного коллагенового матрикса. Методика заключается в отслаивании лоскута на протяжении нескольких зубов с множественными рецессиями, подготовка принимающего ложа, фиксация лоскута швами поверх

трансплантата. Данный метод помогает сохранить апикальное обнаженной поверхности корня зоны кератинизированной прикрепленной десны шириной минимум в 1 мм. Достоинства методики: благоприятный эстетический результат с долгосрочным прогнозом. Противопоказанием является – сочетание рецессии десны с потемнением корня, наличием искусственных коронок и рецессия десны в области имплантов [2,11].

II.2 Латерально смещенный лоскут с ССТ: используется при закрытии одиночных узких рецессий, преимущественно средней ширины. Методика операции: проводят V-образный разрез вокруг оголенного корня, далее фестончатый парасулькулярный скошенный разрез, соединенный с одной стороны с гранью V-образного разреза, с другой – с вертикальным разрезом на донорском участке. Дистальная часть лоскута состоит из слизистой, а закрывающая рецессию часть – послойная (слизистая и надкостница), обеспечивая механическую устойчивость. После обработки корневой поверхности иссеченный эпителий и соединительную ткань удаляют, и укладывают лоскут, перекрывая край коронки зуба на 1,5-2 мм, фиксируя швами. Накладывают защитную повязку на 7 суток, снятие швов на 10 суток [3].

II.4 Конвертная техника была впервые использована Roetzke P.B. в 1985 г. для закрытия изолированных рецессий десны. Оголенный корень покрывался цианакрилатным клеем, чтобы улучшить фиксацию ССТ. Основные преимущества данной техники: использование вертикальных послабляющих разрезов, для обеспечения лучшей мобилизации лоскута и смещения его в корональном направлении при устранении особо глубоких рецессий; расширенный доступ под визуальным контролем. Для широких рецессий используется конвертная методика с использованием субэпителиального небного лоскута, при широком и мелком нёбе существует риск повреждения нёбной артерии. Важно, чтобы десна по краям рецессии была толщиной не менее 1,5 мм, чтобы ее можно было рассечь и поместить лоскут, поэтому истонченная десна является основным противопоказанием данной методики [1,9].

III.4 Туннельная техника (TUN) была создана в 1994 Alien A. Закрытие десны при данной методике зависело лишь от открытой части ССТ, потому как попыток коронального смещения лоскута не проводилось. Достоинства методики: меньше количество разрезов, отличное кровообращение и питание лоскута с трансплантатом, быстрое заживление и эстетический результат. Недостатки: смещение лоскута из-за его мобильности и вследствие - ушивании в корональном положении, что может ограничить закрытие одиночных рецессий. И все же Zuhre O. и соавторы утверждали, что туннель с расщепленным препарированием

лоскута благодаря усиленному кровоснабжению повышает степень выживаемости соединительнотканного трансплантата [1,3].

III. Направленная тканевая регенерация (НТР) - вмешательство, направленное на регенерацию утраченных структур пародонта путем избирательного воздействия на ткани. По Hitti R.A., Kerns D.G. метод включает использование механического барьера для отделения анатомического участка для улучшения заживления нужных тканей. НТР мембраны подразделяются на: *биорезорбируемые, биодеградируемые и нерезорбируемые*. НТР активирует рост альвеолярной кости, способствует регенерации цемента, периодонта и предотвращает врастание эпителия и соединительной ткани в области дефекта. Имеются недостатки: необходимость второго хирургического этапа для удаления нерезорбируемой мембраны через 6 недель, что повышает риск инфицирования раны и усложняет процесс заживления, ограничение единичными рецессиями из-за конструкции и свойств материала мембраны, поэтому было предложено добавление: производных эмалевого матрикса (EMD) и богатой тромбоцитами плазмы, фибрина [11,9].

III.1 Синтетические нерезорбируемые мембраны: Gore-tex в современное время применяется редко.

III.2 Искусственные резорбируемые мембраны: Vicryl - готовая к применению мембрана для различных костных дефектов; Atrisorb - используется в жидком виде для заполнения костного дефекта, который отвердевает в контакте с водой или другим водным раствором, формирует барьер, принимая необходимую конфигурацию вне полости рта; Osseoquest - мембрана, показана для метода НРК, период ее резорбции - 6 месяцев.

III.2 Натуральные резорбируемые мембраны: Bio-Gide - состоит из коллагена 1 и 3 типов, полученных из свиных связок; Biomend - состоит из коллагена 1 типа, из ахилесовых сухожилий коров. Alloderm - аллогенный материал, состоящий из коллагена кожи человека [1,2,3].

III.3 Производное эмалевого матрикса «Emdogain» (EMD) это экстракт из зуба свиного эмбриона, с амелогенинами различной молекулярной массы, что ведет к формированию эмали, периодонтальной связки и альвеолярной кости [1].

III.4 Богатый тромбоцитами фибрин (Platelet rich fibrin, PRF) – это структурированный плотный фибриновый базис со специфическим медленным высвобождением факторов роста (TGF- β 1, PDGF-AB, и VEGF и гликопротеинов) [9,11].

IV. К дополнительным методикам относят: применение биологических медиаторов (богатой тромбоцитами плазмы, эмалевых матричных протеинов) и биомодификация поверхности корня зуба

(гидрохлоридом тетрациклина, 3%-й лимонной кислотой, этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТА) [1,2].

IV.1 Эмалевые матричные протеины (ЭМП) – это вещества, способствующие регенерации ацеллюлярного цемента, пародонтальной связки, эпителия.

IV.2 Биомидификация (кондиционирование) корней – это очищение корней от связанных с цементом эндотоксинов, препятствующих регенерации и новому прикреплению с помощью химиотерапевтических средств: 3% лимонная кислота, тетрациклина гидрохлорид, фибронектин, ЭДТА [2].

В 2010 году Атаканова З.А. провела экспериментальное исследование на белых крысах, используя коровье мозозиво – Колострум, объясняя это нормализацией ротовой среды и повышением общей реактивности организма. [12] Эксперимент был основан на методе лигатурного вшивания, для травматизации десневых тканей и вызывания таким образом воспалительной клиники, после чего подопытным были даны измельченные таблетки Колострума. А в 2017 году Шомуродова Б.С. также провела исследование с использованием Пластины «ЦМ» также как и Атаканова З.А. с Колострумом - в целях этиотропной, симптоматической, противовоспалительной терапии, что можно было бы использовать при предоперационной и послеоперационной терапии. Пластиной «ЦМ» явилось медленно рассасывающимися пластинами на основе желатина, в состав которых входят водорастворимые лиофилизированные экстракты лекарственных растений (тысячелистник, зверобой, шалфей), витамины (С и В1). Результаты и у Шомуровой Б.С. и у Атакановой З.А. были положительными, у экспериментальных групп отмечались снижения воспалительных процессов: отека, гиперемии и запаха [13].

Многообразие методик позволяет использовать различные виды лоскутов, ведущих к тканевой регенерации и восстановлению корригирующей функции. Учитывая, что однослойные и двухслойные методики, будучи основными в плане хирургического лечения, восстанавливают десну, однако по данным многих исследователей процент восстановления тканей после двухслойных методов находится в диапазоне от 79,9% до 89,6% [1,3], что показывает, что даже наиболее эффективные методы еще до конца не разработаны и требуют дальнейших разработок новых методик.

Литература:

1. Костионова-Овод И.А. Оптимизация хирургического лечения локальной формы рецессии десны. / Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. - Самара, 2020.
2. Рунова Г.С., Гугаева З.Д. Ликвидация рецессий, современный подход к пластической периодонтальной хирургии [Текст научной статьи]. - Москва, 2011.

3. Гарибян Э.А. Сравнительный анализ хирургических методов увеличения ширины кератинизированной прикрепленной десны у пациентов при устранении рецессий. / Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. - Москва, 2020.
4. Козн Э.С. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта. / Практическая медицина. 3-е изд. – 2011. - С.117-120.
5. Долгалева А.А., Зеленский В.А., Амхадова М.А. Опыт применения отечественных ксеноматериалов для направленной костной регенерации в дентальной имплантации. [Текст научной статьи]. / Медицинский алфавит. - Т. №1. – 2017.
6. Зуккели Дж. Пластическая хирургия. / Практическое руководство. – 2014. - С.330-374, 323, 380-397, 398.
7. Yalamanchili P.S. Root Coverage using Double Papilla Preservation Flap: A Case Report. / Research article. – 2014.
8. Sebaoun A., Nemcovsky C.E. Modified Tunnel Double Papilla Procedure for Root Coverage in the Anterior Mandible. / Research article, 2019.
9. Ричи Дж. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. / Практическое руководство. – 2015. - С.240-242, 258-259, 508-520.
10. Chambrone L. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies. / Research article, 2010.
11. Герберт В. Пародонтология. / Практическое руководство. - 2014. - С.352-362, 365-366.
12. Атаканова З.А. Влияние препаратов из Молозива на развитие пародонтита. / Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана, 2010, №. 3. - С.120-122 (<http://www.science-journal.kg/media/Papers/nntiik/2010/3/nntiik-2010-N3-120-122.pdf>)
13. Шомуродова Б.С. Оптимизация лечения хронического пародонтита с использованием фитопрепаратов. / Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана – 2017. - №.1. - С. 67-69 (<http://www.science-journal.kg/media/Papers/nntiik/2017/1/nntiik-2017-N1-67-69.pdf>).