

УДК 616-089

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦЕСІЙ ЯСЕН

Аветіков Д.С., Яценко І.В., Локес К.П., Ставицький С.О., Каплун Д.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

З розвитком сучасної стоматології зросли вимоги пацієнтів до якості стоматологічної допомоги. Хворі стали більше уваги приділяти не лише здоров'ю зубів і навколишніх м'яких тканин, але і естетиці кінцевого результату стоматологічного лікування.

Однією з актуальних проблем сучасної пародонтальної хірургії є лікування ясеневих рецесій, поява яких ставить під загрозу якість стоматологічне лікування. Тому естетична пародонтальна хірургія нестримно розвивається, покращуючи якість лікування пацієнтів і дозволяє хірургам-стоматологам добитися необхідних естетичних результатів [1].

Проблема підвищення ефективності хірургічного лікування різного виду рецесій тканин пародонту є актуальною проблемою. Це пов'язано з великою поширеністю, неясністю етіології у кожному конкретному випадку і, як наслідок, відсутністю потрібного результату при усуненні рецесії.

Відомо, що основними етіологічними чинниками розвитку рецесії є: особливості анатоμο-морфологічної будови тканин пародонту, дрібний присінок порожнини рота, аномалії прикріплення вуздечок губ, скупченість зубів, неправильне виконання гігієнічних і профілактичних заходів, ортодонтичне лікування (в першу чергу, вестибулярне переміщення зубів), відсутність фізіологічної стираємості твердих тканин зубів, нераціонально проведене терапевтичне і хірургічне лікування [1].

Успішність хірургічного усунення рецесій ясен в значній мірі залежить від виявлення усіх причин її розвитку, а також від грамотного планування і вибору оптимальної методики лікування цієї патології [3].

Метою дослідження було виявлення основних критерій при виборі тієї або іншої методики хірургічного лікування, в залежності від ширини і глибини рецесії, ширини і товщини прикріпленої слизової оболонки апікальніше рецесії, біотипу ясен, етіології і наявності чинників ризику, естетичних очікувань пацієнта.

В нашій клініці за 10 років було прооперовано 124 пацієнти з рецесією ясен 1-го та 2-го класів за Р. Miller (1985).

Особливе значення при плануванні хірургічного лікування ми приділяли висоті лінії посмішки, яка була дуже високою, високою, середньою і низькою [7]. Естетичний результат усунення рецесій зумовлювався такими критеріями, як колір, формою і товщиною ясен в області усуненої рецесії відносно прилеглих тканин; текстурою і фестончатістю ясен в області усуненої рецесії [2].

В процесі роботи, ми користувалися класифікацією методів усунення рецесії за Н. Erpenstein, R. Borchard (2006). Вони розділили усі методи на консервативні і хірургічні. У свою чергу, серед хірургічних методів виділили так звані «одношарові» і «двошарові» методики, а також метод спрямованої тканинної регенерації. У окрему групу ними винесені додаткові методики, такі як протравлення поверхні кореня зуба (лимонною кислотою, EDTA) і використання біологічних медіаторів (емалевих матричних протеїнів, багатой тромбоцитами плазми)[6].

Алгоритм вибору одношарових методів хірургічного усунення рецесій ясен визначався індивідуальними анатомічними особливостями пацієнта. При розташуванні широкої зони кератинизованих тканин апікально рецесії найбільш доцільним для закриття рецесій і досягнення максимального естетичного результату було використання коронально переміщеного слизово-окістного клаптя, а латерально або мезіально від рецесії — латерально переміщеного клаптя.

При недоліку кератинизованих тканин рецесії ми використовували подвійний сосочковий, а латерально і мезіально від рецесії —

напівмісяцевий клапоть. Проте за відсутності кератинизованих тканин, множинних або широких глибоких рецесіях частіше використовували двошарову методику [3].

Але, як вже було відмічено, недостатньо враховувати лише анатомічні параметри навколишніх м'яких тканин. Успішність оперативного втручання і повнота закриття оголеної поверхні кореня залежало також від рівня кісткової тканини міжзубних перегородок, а також характеристик самої рецесії.

Усунення будь-яких рецесій 1-го і 2-го класів найуспішніше при використанні двошарових методик, а також двоетапної методики за J. P. Bernimoulin (1975), особливо при тонкому фенотипі ясен.

Одношарові методики вимагають товщини слизової оболонки не менше 1,0 мм, і їх рекомендується використати при усуненні рецесій 1-го класу, а також вузьких рецесій 2-го класу. Використання методик направленої тканинної регенерації також показано за наявності рецесій 2-го класу. Застосування епітелізованого вільного трансплантата виправдане лише за наявності широких рецесій 1-го класу [4]. При використанні одношарових методик рецесії усуваються за рахунок переміщення слизово-окістного клаптя. Умовою їх застосування була наявність кератинизованої слизової оболонки достатньої ширини і товщини [3]. При товщині клаптя менше 0,8 мм можливо лише часткове усунення рецесії [5]. Найчастіше в клінічній практиці використовували трапецієвидний або напівмісяцевий корональний зміщений клапоть. Трапецієвидний клапоть формували для усунення множинних рецесій, а напівмісяцевий — для усунення тинизировано прикріплених ясен і усунення рецесій. Щільні прикріплені тканини ясен успішно протистоять механічним навантаженням, довгий час стабільні і є природним буфером для кісткової тканини.

Двошарові методи дістали свою назву із-за наявності сполучнотканинного вільного трансплантата між клаптями і поверхнею кореня зуба. За рахунок цього досягається краще живлення трансплантата,

його краща стабільність, тобто механічне навантаження не призводить до порушення адгезії фібрину до поверхні зуба.

Розрізняють повношаровий трансплантат (full flap), який складається з епітелію, сполучної, жирової тканини і окістя; і розщеплений трансплантат (split flap), що не включає усі шари слизовій оболонці твердого неба, і він може бути повністю епітелізованим, з епітеліальною смужкою (комбінований) і сполучнотканинним. По товщині також виділяють тонкі трансплантати (thin flap) — 0,5-0,8 мм, середньої товщини (average flap) — 0,9-1,5 мм, і товсті (thick flap) — 1,5-2,0 мм і більше.

Сполучнотканинний трансплантат, як правило, використовували в поєднанні з коронально зміщеним, латерально зміщеним клаптом, а також методикою конверта.

Кількість рецесій, що оперували, за двошаровою методикою було завжди обмежене протяжністю сполучнотканинного трансплантата. Двошарові методики технічно складніші і більш травматичні із-за наявності другого хірургічного поля. Але безперечними перевагами цих методик є збільшення зони кератинизованно прикріплених ясен, усунення рецесій, збільшення товщини ясен (зміна її біотипу) та можливість відновлення ясенних сосочків.

Таким чином, існує миска основних критеріїв при виборі тієї або іншої методики хірургічного лікування, в залежності від ширини і глибини рецесії, ширини і товщини прикріпленої слизової оболонки апікальніше рецесії, біотипу ясен, етіології і наявності чинників ризику, естетичних вимог пацієнта.

Література

1. Ганжа И. Р. Рецессия десны: диагностика и методы лечения / И. Р. Ганжа, Т. Н. Модина, А. М. Хамедова. — Самара: Содружество, 2007. — 84 с.
2. Демирель К. Оценка пародонта сточки зрения эстетики // Пародонтология. — 2011. — № 3. — С. 55-58.

3. Жданов Е. В. Анализ значения десневого фенотипа при выборе хирургического метода закрытия рецессий десны / Е. В. Жданов, А. Ю. Февралева // Пародонтология. — 2006. — № 1. — С. 33-39.

4. Февралева А. Ю. Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз / А. Ю. Февралева, А. Л. Давидян. — М.: Поли Медиа Пресс, 2007. — 152 с.

5. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness al relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series / C. Baldi [et al.] // J Periodontol. — 1999. — Vol. 70. — P. 1077-1084.

6. Erpenstein H. Criteria for the selection of root coverage procedures. Part 1: intention, indication, methods // H. Erpenstein, R. Borchard // PERIO. — 2006. — № 2. — P. 139-152.

7. Jensen J. The smile line of different ethnic groups in relation of age and gender / J. Jensen, A. Joss, N. P. Lang // Acta Med Dent Helv. — 1999. — № 4. — P. 38-46.