

Г.С.РУНОВА, к.м.н., доцент, З.Д.ГУТКАЕВА,  
Е.И.ВЫБОРНАЯ, Е.Ю.ВАЙЦНЕР, МГМСУ, Москва

# Ликвидация рецессий,

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПЛАСТИЧЕСКОЙ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**На сегодняшний день проблема эстетики в стоматологии выходит на первый план, и одной из важных задач периодонтальной пластической хирургии является устранение и профилактика возникновения рецессии десны. Периодонтальная пластическая хирургия является приоритетным направлением. В настоящее время возможности периодонтальной хирургии все более расширяются с появлением усовершенствованных хирургических методик и средств, стимулирующих репаративные процессы мягких тканей.**

*Ключевые слова: ликвидация рецессий, периодонтальная хирургия*

Неотъемлемой частью современной пародонтологии являются хирургические вмешательства, такие как: ■ лоскутные операции; ■ пластика уздечек и тяжелой слизистой оболочки полости рта; ■ коррекция размеров преддверия полости рта; ■ закрытие рецессии десны; ■ увеличение объема кератинизированной десны.

Пластическая периодонтальная хирургия решает достаточно сложные вопросы коррекции анатомии слизистой оболочки полости рта.

Проблема хирургического устранения рецессии десны еще далека от своего разрешения. Из общего числа всех заболеваний пародонта на долю рецессии десны приходится 10%.

Десневая рецессия увеличивается с возрастом: встречается в различных проявлениях от 8% у детей, приближаясь к 100% после 50 лет. Рецессия может быть физиологическим процессом старения, а также результатом прогрессирующих воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта. Различная по своей форме и глубине, эта патология пародонта поставила ученых перед необходимостью разработки методов и средств, позволяющих наиболее эстетично устранять различные формы данной патологии пародонта. Помимо косметических недостатков, для рецессии десны характерны гиперчувствительность шеек зубов и кариозные процессы эмали и цемента корня зуба.

В норме десневой край возвышается над эмалево-цементной границей зуба примерно на 1 мм. Рецессия десны представляет собой ограниченную атрофию тканей пародонта, проявляющуюся в клиновидном или овальном снижении высоты десны с вестибулярной поверхности и обнажении корня зуба без явления воспаления. В результате этого происходит потеря маргинальной ткани и альвеолярной кости на выпуклостях корня в щечной, язычной и небной проекциях.

Ряд ученых определяют рецессию как «гингиво-пародонтальную атрофию». Обычно при рецессии отсутствует воспа-

ление, десна имеет бледно-розовый цвет. Чаще всего рецессия десны появляется в тех местах, где компактная пластинка альвеолы имеет фенестрацию (окончатый дефект).

В этой ситуации может возникнуть прободение (нарушение целостности) десны (трещина или щель Штильмана, Stillman's Clefts), которая чаще всего напоминает разрез десневого края различных размеров. Штильман описал данное явление как результат травмы, которое иногда может встречаться и при воспалительно-эрозивном процессе маргинальной десны.

Образование уплотненного десневого валика (фестон Маккола, McCall's festoon) — есть результат адаптации десны, который обычно бывает выражен на вестибулярной поверхности в области клыка и премоляров. Вначале десна в области валика имеет нормальную консистенцию и цвет, но позже при аккумуляции пищевых остатков на десневом крае возникают вторичные воспалительные изменения.

### ТЕОРИИ, ОБЪЯСНЯЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

Существует несколько теорий возникновения рецессии десны, в которых рассматриваются как генетические факторы (I), так и влияние экзогенных раздражителей (II). Одной из наиболее популярных теорий является генетическая (Dr.Dietter, E.Lange, 1999).

I. Гингиво-альвеолярная атрофия возникает первично после прорезывания зубов, т.к. генетически закладывается неправильное соотношение размеров, формы (признаков искривления) корней по отношению к толщине кости альвеолярного отростка челюсти.

После прорезывания зубов под слизистой оболочкой образуются клинически не выявленные участки костной резорбции, а также свищевые ходы над корнями. В период функционирования зуба и с возрастом у пациента наступает истончение десневой связки и трофические нарушения, которые особенно увеличиваются при растягивании связок и при недостаточном объеме прикрепленной десны. Одним из неблагоприятных анатомических факторов является наруше-

**■ На долю рецессии десны приходится 10% от общего числа всех заболеваний пародонта.**

**■ Генетическая теория, объясняющая возникновение рецессии десны, является наиболее популярной.**

ние анатомии коронки зуба, при котором экваториальная часть не выражена и близка по объему к пришеечной его части. В результате неправильного перераспределения жевательного давления на коронку зуба пришеечная поверхность и связочный аппарат зуба испытывают повышенную нагрузку.

II. Теория возникновения рецессии под влиянием экзогенных факторов учитывает влияние ортопедических конструкций на пародонт (Maynard and Wilson, 1979), влияние ортодонтических аппаратов (Maynard and Ochenbein, 1975), натяжение слизистых тяжей и уздечки, мелкого преддверия полости рта, скученности зубов.

Такие вредные привычки, как держание ручки или карандаша, сосание языка и его переднее положение (инфантильный тип глотания), которое нередко сохраняется с раннего возраста, также могут влиять на состояние тканей пародонта. При такой ситуации язык упирается в язычную поверхность десны нижних резцов, что приводит к рецессии и последующему воспалению в этой области.

Быстро прогрессирующие процессы в тканях пародонта, особенно при ювенильных формах, а также хирургическое лечение (кюретаж, лоскутные операции и др.) могут способствовать десневой рецессии.

Глубокое резцовое перекрытие может являться также важным фактором, который приводит к обнажению шеек и корней зубов, т.к. данное состояние может способствовать механической травме маргинального края, особенно в области небной поверхности верхних резцов и вестибулярной поверхности нижних резцов.

По данным морфофункциональных исследований пародонта (реопародонтография и полярография), в области рецессии десны снижается исходный уровень парциального давления кислорода, что способствует течению дистрофических процессов. Для рецессии десны также характерно повышение сосудистого тонуса.

Десневая рецессия может быть локальной и генерализованной. Локальная рецессия чаще всего возникает в местах низкоприкрепленной уздечки или эпителиальных тяжей (складок) преддверия полости рта, вестибулярном расположении зубов, чаще всего клыков. Генерализованная рецессия прежде всего возникает при аномалии прикуса и мелком преддверии полости рта и конституционных особенностях пациента. Нередко генерализованная рецессия является результатом длительно протекающего пародонтита без выраженных пародонтальных карманов, а также атипичных форм проявления быстро прогрессирующего пародонтита, в котором потеря десны может быть единственной жалобой пациента. Данный процесс встречается у пациентов при недостаточном объеме прикрепленной десны, вестибулярном расположении анатомически крупных зубов и выраженном сокращении круговой мышцы губы (чаще всего это встречается у актеров, оперных певцов и среди других специальностей, где необходима профессиональная дикция и постоянная работа мимической мускулатуры). Нередко образованию десневой

рецессии способствует травматическая ситуация (перегрузка зуба, наличие супраконтактов) в тех участках, где возникают боковые силы.

При несоблюдении правил чистки зубов зубной щеткой рецессия десны появляется как результат хронической травмы десневого края.

В современной классификации по ВОЗ (Женева, 1997) рецессия различается на:

- постинфекционную;
- послеоперационную;
- генерализованную;
- локализованную;
- неуточненной этиологии (идиопатическую).

Наиболее популярной для клинициста считается классификация рецессии десны, предложенная Р.Миллером в 1985 г. Автор различает четыре класса рецессии, основными критериями которой являются ширина и длина потери десны.

- Класс 1 — узкая или широкая рецессия на уровне зубодесневого соединения без его структурных нарушений.
- Класс 2 — узкая и широкая рецессия на уровне зубодесневого соединения с нарушением его целостности. Костная ткань в области корня исследуемого зуба не изменена.
- Класс 3 — уровень рецессии ниже зубодесневого соединения, имеется резорбция кости в области корня исследуемого зуба.
- Класс 4 — самая тяжелая форма рецессии десны. Зубодесневое соединение полностью отсутствует, резорбция кости отмечается не только в области корня исследуемого зуба, но и захватывает межальвеолярную область.

#### МЕТОДИКИ ЛИКВИДАЦИИ РЕЦЕССИЙ

Различные методики, предложенные для устранения косметических дефектов десны, были объединены термином «периодонтальная пластическая хирургия». Этот термин был предложен Миллером в 1969 г. Автор считает, что «периодонтальная пластическая хирургия — это целое направление в пародонтологии, использующее хирургические методы для коррекции анатомических или травматических деформаций десны и альвеолярной кости».

На сегодняшний день прогноз десневой пластики считается благоприятным в отношении рецессии 1 и 2 классов. Хирургические операции для закрытия дефектов 3 и 4 классов мало перспективны. В настоящее время возможности периодонтальной хирургии все более расширяются с появлением усовершенствованных хирургических методик и средств, стимулирующих репаративные процессы мягких тканей.

Современные материалы и средства, используемые для пластических операций на пародонте, претерпели значительные изменения. Можно по праву говорить о микрохирургии пародонта, т.к. для современных оперативных вмешательств используются микроскопы, микрохирургический инструмент и усовершенствованный шовный материал.

В настоящее время в периодонтальной хирургии выделилось достаточно перспективное направление — методика на-

**■ Термин «периодонтальная пластическая хирургия», предложенный Миллером в 1969 г., объединяет различные методики, предложенные для устранения косметических дефектов десны.**

правленной регенерации тканей (НТР) с использованием мембран, выполняющих барьерную функцию. НТР позволяет улучшить отдаленные результаты хирургических вмешательств за счет более совершенной трансформации кровяного сгустка под мембраной.

Еще одна группа хирургических методик обособилась относительно недавно — использование матричных протеинов как факторов роста. К этой группе относится методика с использованием АллоДерма и Эмдогейна. Исследования матричных протеинов находятся на ранних этапах. Первые клинические испытания были проведены в 1991 г.

Следует отметить, что в ходе периодонтальной регенерации происходит восстановление альвеолярной кости, цемента и периодонтальной связки зуба (Американская академия пародонтологии, 1993).

Одним из важных условий успешного закрытия рецессии десны является создание достаточного объема кератинизированной ткани.

Прикрепленная десна покрыта многослойным плоским эпителием, состоящим из базальной мембраны, базалиоцитов, базального и шиповидного слоев, нескольких рядов полигональных клеток и кератинизированного слоя, где находятся кератиноциты. Такое строение способствует тому, что эта часть альвеолярной десны является «буферной зоной» и выполняет амортизирующую и защитную функции для зубов и более глубоких слоев пародонта.

По данным V.Lange and Loe (1972), ширина кератинизированной десны должна быть не менее 2 мм.

В 80-х гг. к основным методикам, используемым для увеличения объема кератинизированной десны, причисляли вестибулопластику и десневой аутографт.

На сегодняшний день для увеличения объема кератинизированной десны используются различные процедуры. N.Sato в 2000 г., резюмируя опыт ряда авторов, перечисляет следующие процедуры, способствующие увеличению объема кератинизированной десны:

1. Расщепленно апикально направленный лоскут.

2. Перемещение полностью или частично расщепленного лоскута:

- латерально направленный;
- двойной сосочковый;
- множественный межзубный сосочковый лоскут.

3. Свободный тканевой аутографт:

- десневой трансплантат с неба;
- подэпителиальный;
- аллотрансплантат — АллоДерм.

4. Пластика уздечки и преддверия полости рта.

P.D.Miller, H.E.Grupe, R.G.Cafesse, S.Nyman (1982) указывают в своих статьях, что для выбора метода десневой пластики необходимо учитывать следующие параметры: количество зубов, ограничивающих область рецессии, ширина и глубина рецессии, расположение рецессии в области моляров. N.Sato (1990) дополняет этот перечень несколькими условиями: объемом и толщиной кератинизированной десны, гранича-

щей с областью рецессии, соотношением между высотой междесневых сосочков, примыкающих к области рецессии, местоположением рецессии к области улыбки, необходимостью десневой пластики после реставрации или ортопедического лечения зубов.

J.Lindhe, S.Nyman (1980) отмечают, что для успешного закрытия рецессии десны донорская ткань должна иметь следующие характеристики: необходим достаточный объем кератинизированной ткани, ширина ее должна быть не менее 1 мм, поверхность альвеолярной кости на донорском участке должна быть без признаков резорбции. J.L.Wennstrom (1981) дополняет этот перечень тем, что в случае перемещения вертикальных лоскутов размер прилегающих десневых сосочков должен быть достаточным для успешной десневой пластики.

В литературе различные авторы ссылаются на разнообразные параметры, подтверждающие успешный результат десневой пластики. H.Com, H.M.Goldman, D.W.Cohen (1980) к критериям успешной пластики десны относят следующие

клинические показатели: в области рецессии десневой край находится на уровне цементно-эмалевой границы зуба, глубина десневой борозды не превышает 1 мм, нет кровотечения при зондировании.

Важным показателем успешной пластики рецессии десны является увеличение объема кератинизированной (прикрепленной) десны.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А.И., Ерохин А.И., Безрукова И.В. Техника проведения операций по устранению рецессий десны // Пародонтология. — 2002. — №1–2. — С. 12–16.
2. Жданов Е.Ф., Февралева А.Ю. Анализ значения десневого фенотипа при выборе хирургического метода закрытия рецессии десны // Пародонтология. — 2006. — №1. — С. 33–39.
3. Артюшкевич А.С. Заболевания пародонта. Москва, 2006.
4. Февралева А.Ю., Давидян А.Л. Устранение рецессии десны. М.: Полимедия пресс, 2007.
5. Янушевич О.О. Хирургическое лечение локальной рецессии десны с применением препарата Коллапол. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Москва, 1996. — С. 19–25.
6. Питер Феде «Пародонтологическая азбука», М.: Азбука, 2003.
7. Peter F. Fedi, Arthur R. Vernino, Jonatan L. Gray. The periodontal syllabus. Lippincott Williams & Wilkins. Статья была опубликована в журнале «Проблемы стоматологии», №1, 2005. С. 9–13.
8. Kassab M.M., Cohen R.E. The etiology and prevalence of gingival recession. J American Dent. Ass. 2003; 134(2):225.
9. Pini Prato G., Rotundo R., Magnani C., Ficarra G. Viral etiology of gingival recession: a case report. J Periodontol 2002; 73(1): 110–114.
10. Paolantonio M. Treatment of Gingival recessions by combined periodontal regenerative technique, guided tissue regeneration, and subpedicle connective tissue graft: A comparative clinical study. J Periodontol 2002; 73(1): 53–62.
11. Maurer S., Hayes C., Leone C. Width of keratinized tissues after gingivoplasty of healed subepithelial connective tissue grafts. J Periodontol 2000; 11: 1729–1736.