

Оптимизация лечения рецессий десны пациентов с тонким биотипом десны на фоне воспалительных заболеваний пародонта



Смирнова С.С.
аспирант кафедры
терапевтической
стоматологии
ГОУ ВПО УГМА Росздрава,
врач-стоматолог ООО НПФ
«Биодент», г. Екатеринбург

Резюме

В статье описана методика лечения пациентов с тонким десневым биотипом. Лечение проводили в 2 этапа, на первом этапе тренировали десну по авторской методике, на втором — устраняли рецессии двухслойными методами с применением соединительно-тканного трансплантата. В группе контроля на первом этапе увеличивали ширину прикрепленной десны при помощи свободного десневого трансплантата, на втором этапе использовали коронально-смещенный лоскут.

Ключевые слова: рецессии десны, лечение рецессий десны, тонкий десневой биотип.

TREATMENT OPTIMIZATION OF THE GINGIVA RECESSIONS OF PATIENTS WITH THIN GINGIVA BIOTYPE HAVING INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Smirnova S.S.

Summary

In this article the treatment technique of patients with thin gingiva biotype is described. The treatment was 2 staged: firstly, gingiva was trained by an author's technique, then — eliminated recessions by two-layer methods with subepithelial connective tissue graft. In control group on the first stage the width of the attached gingiva was increased by free gingival graft, at the second stage the coronally positioned flap was used.

Keywords: recession of gingiva, the gingiva recessions treatment, thin gingiva biotype.

Актуальность

Воспалительные заболевания пародонта остаются насущной медико-социальной проблемой, и на сегодняшний день их распространенность не уменьшается. Одним из симптомов ВЗП являются рецессии десны, и все чаще к стоматологам обращаются пациенты с жалобами на повышенную чувствительность зубов из-за оголения корней. Наиболее характерно развитие рецессий десны вследствие локальных причин (травма десны при агрессивной чистке зубов зубной щеткой, окклюзионные нарушения, промывания зуба как следствие ортодонтического лечения) на фоне тонкого десневого биотипа [2, 11, 19]. По статистике тонкий биотип десны диагностируется у 75% населения [5], и именно у таких пациентов, при толщине десны менее 1,0 мм, не гарантирован успешный результат после хирургического лечения рецессий десны [1, 7, 11]. Золотым стандартом при устранении рецессий десны считается использование двухслойных методик. Однако их применение ограничено изначальной толщиной десны, так как при тонкой десне повышается риск истончения или перфорации

лоскута при расщеплении тканей, что значительно снижает успешность процедуры [1, 7, 11]. Однослойные методики, а также НТР тоже требуют толщины лоскута не менее 1,0 мм [15,16]. При тонкой десне рекомендуют лечение рецессий проводить в 2 этапа (Bernimoulin, 1975) [17]. Однако данная техника включает два хирургических вмешательства, кроме того, после первого этапа лечения на небе остается открытая раневая поверхность, которой предстоит грануляция и эпителизация, что весьма болезненно для пациента. Поэтому поиск методов увеличения толщины десны позволит улучшить результаты лечения пациентов с рецессиями десны при тонком десневом биотипе.

Ранее предлагались методы тренировки десны при лечении рецессий десны (Goldman and Smukler (1978), T. Ito (1994), Е.А. Фомичева (2005), А.И. Грудянов, А.И. Ерохин (2006)) [3, 11, 12, 18], однако все эти методы использовали только механическую стимуляцию. В Институте Органического синтеза им. И.Я.Постовского УрО РАН под руководством академика О.Н. Чупахина разработаны и запатентованы глицераты кремния, улучшающие процессы регенерации в соединительной ткани, легко совместимые с другими лекарственными веществами и обладающие свойствами трансмукозной проводимости [8, 13, 14], применение которых может значительно повысить эффективность тренировки десны.

Цель исследования

Повышение эффективности лечения рецессий десны у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели исследования в условиях стоматологической клиники «Биодент» нами проведено обследование и лечение 45 пациентов (36% мужчин, 64% женщин) с рецессиями десны на фоне тонкого десневого биотипа в возрасте от 19 до 65 лет (средний возраст 39 лет). При обследовании фиксировали жалобы пациента, анамнез, при осмотре помимо стандартного стоматологического обследования в ИБ заносили данные о глубине, ширине рецессии десны, ширине зоны прикрепленной десны и ее толщине.

Толщину десны измеряли под анестезией при помощи стерильного стального инструмента путем прокола десны. Результат фиксировали при фотографировании инструмента с нанесенной меткой толщины десны в стандартных условиях на миллиметровой бумаге. Для каждого измерения толщины изготавливали 5 фотографий, результатом считали среднее 5 замеров.

В исследование были включены только пациенты, считающие себя соматически здоровыми, из пациентов, включенных в исследование, 37,7% пациентов курили, причем 8 из них (17,7%) по 20 сигарет в день. Ортодонтическое лечение в анамнезе проводилось 26,7% пациентам. Из всех пациентов только 37,7% ежедневную гигиену полости рта проводили с использованием зубных паст пониженной абразивности. 75,6% пациентов чистили зубы зубными щетками средней жесткости, 73,3% пациентов при чистке зубов использовали выметающие движения, а 22,2% — движения зубной щеткой вперед-назад. Состояние полости рта: КПУ=17,6±0,89, ИЗН=1,99±0,12; ИЗК 1,18±0,11; ПМА 1,79±0,10. Кровоточивость десны после зондирования была выявлена у 100% пациентов. У 53,3% пациентов присутствовали пародонтальные карманы (глубина зондирования больше 3 мм) и признаки потери высоты костной ткани межальвеолярных перегородок при рентгенологическом исследовании. Прикрепление тяжелой подвижной слизистой вблизи десневого края отметили у 60% пациентов. Гиперконтакты при центральной окклюзии или при боковых движениях нижней челюсти выявили у 53,3% пациентов кариес, клиновидные дефекты или реставрации в пришеечной области на зубах с рецессией десны были отмечены у 31,1% пациентов. При обследовании выявлено 72 зуба с рецессией десны I класса по Миллеру и 13 зубов с рецессией десны II класса по Миллеру.

На основании обследования пациентов были поставлены диагнозы: хронический генерализованный катаральный гингивит — 21 пациент (46,7%), хронический генерализованный пародонтит от легкого до тяжелой степени тяжести — 24 пациента (53,3%). Рецессии десны I класса по Миллеру — 72 зуба; II класса по Миллеру — 13 зубов.

Всем пациентам проводили инструктаж по правилам и методам индивидуальной гигиены. При этом в первую очередь обращали внимание на выполнение ежедневных гигиенических манипуляций щадящими способами: рекомендовали использование зубных паст с минимальной абразивностью (Elmex sensitive, Sensodyne), подбирали индивидуально зубные щетки с мягкой или ультра-мягкой щетиной. Для межзубной гигиены пациентам рекомендовали нити Сенсодин, зубные ершики для межзубной гигиены. Обучали пациентов методу чистки зубов по Стилману, оголенную из-за рецессии часть корня зуба рекомендовали чистить мягкими монопучковыми щетками «Сигаргох». Пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта, по показаниям — лечение ВЗП. К хирургическому лечению рецессий десны переходили только при достижении здорового внешнего вида десны, уменьшении глубины пародонтального зондирования, если ранее она была увеличена, исчезновению экссудации и кровоточивости десны. ИЗН у пациентов составил 0,63±0,06, ИЗК 0, ПМА 0,53±0,04.

Пациенты с РД и толщиной десны 0,8 мм и менее были поделены на две группы. Пациентам основной груп-

пы проводили лечение по авторской методике, пациентам группы сравнения — по традиционной методике в 2 этапа (Bernimoulin, 1975 г.).

В контрольную группу вошел 21 пациент (8 мужчин, 13 женщин), с выявленными рецессиями десны I и II классов по Миллеру у 41 зубов (24 зоны РД). Лечение пациентам контрольной группы проводили в 2 этапа по Bernimoulin (1975 г.). На первом этапе расширяли зону кератинизированной десны путем переноса в зону апикальное рецессии свободного десневого трансплантата, забранного на небной поверхности верхней челюсти. Трансплантат толщиной 1,2-1,5 мм включал эпителий и соединительную ткань. В зоне-реципиенте готовили принимающее ложе путем проведения расщепляющего разреза десны по муко-гингивальному соединению, после чего, натягивая щеку, продолжали расщепление скальпелем в апикальном направлении для отделения слизистого лоскута от надкостницы, остающейся на кости. Таким образом, получали принимающее ложе длиной 10-15 мм и шириной 6-8 мм. Фиксировали трансплантат на надкостничном ложе при помощи швов (викрил 5-0 (Coated Vicril, Ethicon)). Швы снимали на 7-ой день.

Через 6-7 недель апикальное рецессий десны была сформирована широкая зона прикрепленной десны. Второй этап лечения заключался в корональном смещении полнослойного лоскута. Проводили инструментальную



Рис. 1. Состояние тканей полости рта пациента Б., 26 лет, до лечения; ИЗН=2,7, ИЗК=2,2, ПМА=1,8, РД в области 3.1 зуба, глубина рецессии 3,5 мм, ширина рецессии 3 мм, II класс по Миллеру, зона прикрепленной десны 0,5 мм, толщина десны 0,59 мм



Рис. 2. Состояние тканей полости рта пациента Б., 26 лет, после проведения 1 этапа лечения, апикальное РД создана зона прикрепленной десны шириной 6 мм

обработку корня, кондиционирование раствором лимонной кислоты $pH=1,0$ в течение 2-3 минут. Далее формировали трапециевидный комбинированный лоскут, который смещали в корональном направлении и фиксировали на 1 мм корональное ЦЭС при помощи швов. Для удерживающих швов использовали полипропилен 6-0, для сопоставляющих — полипропилен 7-0. Всем пациентам назначали гипотермию местно, покой для зон вмешательства, полоскания 0,12% раствором хлоргексидина биглюконата 3 раза в день в течение 10-14 дней, анальгетики при болях. Швы снимали на 10-14 день. Результат лечения оценивали через 6, 12 месяцев.

В основную группу вошел 21 пациент (7 мужчин, 14 женщин), с рецессиями десны I и II классов по Миллеру у 47 зубов (25 зон рецессии десны). Пациентам основной группы проводили тренировку десны по следующей методике. Под инфльтрационной анестезией с использова-

нием операционного микроскопа OMPI PICO K.Цейс для визуального контроля при увеличении в 4-6 раз проводили проколы в зоне кератинизированной десны по периметру и апикальное рецессии десны при помощи иглы № 27-29, с колюще-режущим кончиком. При проколе иглу вводили подэпителиально в слой собственной слизистой оболочки, где, не выводя иглу, делали несколько (5-7) микронадрезов для формирования микрогеоматом в слое собственной слизистой десны. При проведении микронадрезов часть из них включала поверхностные слои надкостницы. Все микронадрезы создавали при глубине расположения режущей плоскости не менее 0,3-0,5 мм. Длина каждого микронадреза составила 1-1,5 мм. Проколы и микронадрезы наносили по всему полю будущего вмешательства на расстоянии около 2 мм друг от друга. Затем на поверхность десны наносили композицию, состоящую из препарата «Веторон» (β-каротин, витамин Е, витамин С) — 10% и основы — кремнийорганического глицерогидрогеля состава:



Процедуры нанесения микронадрезов проводили трехкратно, с интервалом в 7-10 дней. В течение всего времени подготовки лоскутов (28-30 дней) композицию «Веторон» + кремний-органический глицерогидрогель наносили на область подготовки 2 раза в день на сухую поверхность десны на 10 минут (Заявка на патент — № 2009137355 от 08.10.2009 г.).

Через 28-30 дней повторно проводили измерение толщины десны. Результаты измерений толщины десны после тренировки десны по описанной методике сравнивали с начальными данными. Во всех случаях использования тренировки лоскутов по описанной методике зафиксировано увеличение толщины десны.

Увеличение толщины десны после тренировки по собственной методике позволило для всех пациентов основной группы при лечении рецессий десны применить двухслойную методику: корональное смещение расщепленного лоскута с использованием соединительно-тканного трансплантата. Лечение проводили следующим образом.

Через 7-10 дней после последнего сеанса тренировки десны под инфльтрационной анестезией растворами местных анестетиков проводили инструментальную обработку оголенного корня, кондиционирование раствором лимонной кислоты $pH=1,0$ в течение 2-3 минут. Далее при помощи микроскальпеля № 67 или № 69 создавали расщепленный лоскут трапециевидной формы, который в дальнейшем смещали в корональном направлении. На небной поверхности верхней челюсти под инфльтрационной анестезией забирали соединительно-тканый трансплантат из области от первого премоляра до первого моляра по методике одного разреза. Длина трансплантата соответствовала расстоянию от первого премоляра до первого моляра; ширина трансплантата — 4-7 мм; толщина 1,0-1,5 мм. Трансплантат освобождали от остатков эпителия, жировой и железистой тканей и закрепляли на подготовленном принимающее ложе при помощи одиночных узловых швов (викрил 5-0 (Coated Vicril, Ethicon), кетгут 5-0 (Gut Cromic, Hu-Friedly)). Ранее созданный расщепленный лоскут смещали в корональном направлении и фиксировали на 1 мм корональное ЦЭС при помощи швов. Для удерживающих швов использовали полипропилен 6-0, для сопоставляющих — полипропилен 7-0.

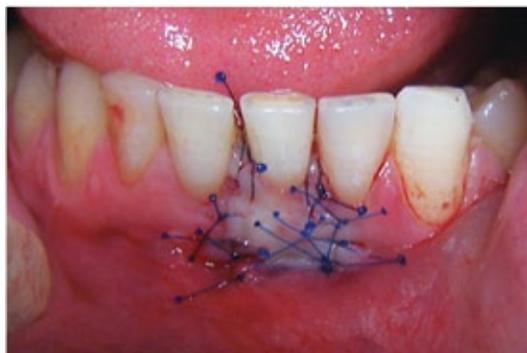


Рис. 3. Последовательные этапы устранения рецессии десны у пациента Б. коронально-смещенным лоскутом (II этап лечения рецессий десны по Veritoulin): проведение разрезов, проверка мобильности лоскута, ситуация после наложения швов

**ИЗГОТОВИМ
ПО ВАШИМ РАЗМЕРАМ**

 **ПРАКТИК
MED**
www.praktikmed.ru

МЕБЕЛЬ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ

ООО "Дентал-Сервис С"
РОССИЯ, Екатеринбург, ул. Фурманова, 123.
Телефон: (343) 216 83 71 (72, 73, 80); 216 03 28
E-mail: mail@dental-ural.ru | www.praktikmed.ru

Рану на небе ушивали нерезорбируемыми шовными материалами. Всем пациентам назначали гипотермию местно, покой для зон вмешательства, полоскания 0,12% раствором хлоргексидина биглюконата 3 раза в день в течение 10-14 дней, анальгетики при болях. Швы снимали на 10-14 день. Результат лечения оценивали через 6, 12 месяцев.

Все хирургические манипуляции проводили под визуальным контролем с увеличением в 4-6 раза (операционный микроскоп К. Цейс).

Результаты лечения

В период с 2005 по 2009 годы было пролечено 24 зоны рецессий при тонком фенотипе десны у 21 пациента на фоне ВЗП. Получил лечение 41 зуб с рецессией десны I-II класса по Миллеру, из которых 8 зубов с рецессией II класса, остальные — с рецессией I класса по Миллеру; глубина рецессий до лечения в среднем составила $2,59 \pm 0,13$ мм, ширина рецессий до лечения — $4,01 \pm 0,21$ мм, толщина десны до лечения — $0,59 \pm 0,01$ мм.

Боль после проведения 1 этапа лечения по контрольной методике 19% пациентов описали как легкую, 61,9% пациентов — как ощущения средней интенсивности, 19% пациентов отметили выраженную боль после проведения 1 этапа лечения. После проведения 2 этапа лечения 9,5% пациентов не отметили присутствия болевых ощущений, 76,2% пациентов отметили небольшую боль, 14,3% пациентов описали свои ощущения как боль умеренной интенсивности. Средний балл оценки болевых ощущений после лечения по 4-балльной шкале (0 — отсутствие боли, 1 — небольшие болевые ощущения, 2 — умеренная боль, 3 — выраженная боль) для 1 этапа лечения по контрольной методике — 2,05, для 2 этапа лечения — 1,05. Сумма оценок для методики по результатам опроса пациентов составила 3,1 балла.

Через 6 месяцев после завершения лечения эффективность лечения в контрольной группе 83,7%. Через 6 месяцев после лечения гиперестезия беспокоила 43% пациентов, пролеченных по контрольной методике. Эстетическим результатом лечения были полностью удовлетворены 71,4% пациентов, частично довольны 28,6% пациентов. После завершения лечения через 6 месяцев 48,8% рецессий десны удалось устранить полностью, закрытие рецессии зафиксировали в 17,1% случаев, удалось ликвидировать рецессии десны в 22% случаев. Глубина рецессий десны через 6 месяцев после завершения лечения — $0,49 \pm 0,09$ мм, прирост прикрепления — $2,12 \pm 0,12$ мм.

Через 1 год после лечения его эффективность составила 77,7%, гиперестезия все еще беспокоила 9,5% пациентов, пролеченных по контрольной методике. Эстетическим результатом лечения были полностью удовлетворены 61,8% пациентов, частично довольны 38,1% пациентов. Через 1 год после завершения лечения по контрольной методике в 31,7% случаев удалось устранить рецессии полностью, закрытие рецессии на зафиксировали в 19,5% случаев, удалось ликвидировать рецессии десны в 24,4% случаев. Глубина рецессий десны через 1 год после лечения — $0,62 \pm 0,09$ мм, прирост прикрепления в результате лечения — $1,99 \pm 0,12$ мм.

В период с 2009 по 2010 годы было пролечено 25 зон рецессий при тонком фенотипе десны у 21 пациента на фоне ВЗП по предлагаемой методике. Получили лечение 47 зубов



Рис. 4. Состояние тканей полости рта пациентки К., 34 лет, после лечения ВЗП, но до тренировки десны; рецессия десны в области 2.3 зуба, глубина рецессии 2,5 мм, ширина рецессии 4 мм, I класс по Миллеру, зона прикрепленной десны 0,5 мм



Рис. 5. Тренировка десны у пациентки К. по авторской методике: механическое раздражение десны



Рис. 6. Тренировка десны у пациентки К. по авторской методике: нанесение лекарственной композиции

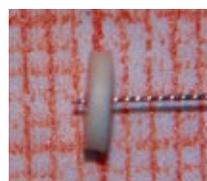


Рис. 7. Пациентка К. до лечения: внешний вид десны и измерение толщины десны экспресс-методом (0,64 мм)

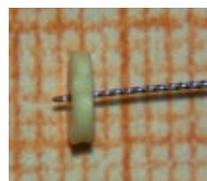


Рис. 8. Пациентка К. после тренировки десны в области 2.3 зуба: внешний вид десны и измерение толщины десны экспресс-методом (1,0 мм)



Рис. 9. Последовательные этапы устранения рецессий десны у пациентки К. коронально-смещенным лоскутом + ССТТ (II этап лечения рецессий десны по авторской методике): проведение разрезов, забранный с неба трансплантат; фиксация трансплантата при помощи швов; вид неба после забора трансплантата; лоскут смещен коронально и наложены швы

с рецессией десны I-II класса по Миллеру, из которых 8 зубов с рецессией II класса, остальные — с рецессией I класса по Миллеру. Глубина рецессий до лечения в среднем составила $2,51 \pm 0,12$ мм, ширина рецессий до лечения — $3,96 \pm 0,15$ мм, толщина десны до лечения — $0,61 \pm 0,01$ мм.

В основной группе после проведения 1 этапа (тренировка десны по предлагаемой методике) изменилась толщина десны. Толщина десны после тренировки — $0,91 \pm 0,04$ мм, таким образом, прирост толщины десны в результате тренировки по авторской методике — $0,30 \pm 0,03$ мм (50,3%). Такой прирост толщины десны позволил у всех пациентов провести лечение рецессий десны с использованием 2-слойной методики (ССТТ + корональное смещение комбинированного лоскута).

После проведения первого этапа методики небольшую болезненность отметили 23,8% пациентов, 76,2% сообщили об отсутствии болевых ощущений после 1 этапа. После прове-

дения второго этапа методики 52,4% пациентов описали свои ощущения как легкую боль, 42,9% пациентов как умеренные болевые ощущения, и 4,8% пациентов — как сильную боль. Средний балл оценки болевых ощущений после лечения по 4-балльной шкале для 1 этапа лечения по авторской методике 0,24, для 2 этапа лечения — 1,52. Сумма оценок для методики по результатам опроса пациентов составила 1,76 балла.

Через 6 месяцев после завершения лечения эффективность лечения в основной группе — 95,9%. Гиперестезия в эти сроки все еще беспокоила 23,8% пациентов. Эстетическим результатом лечения были полностью удовлетворены 85,7% пациентов, частично довольны 14,3% пациентов. В 78,7% случаев удалось закрыть рецессии полностью, устранение рецессии не отмечено в 6,4% случаев, не удалось ликвидировать рецессии десны в 14,9% случаев. Глубина рецессий десны через 6 месяцев после завершения лечения $0,11 \pm 0,03$ мм, прирост прикрепления — $2,40 \pm 0,11$ мм.

Через 1 год после лечения его эффективность 94,3%. При этом жалоб на гиперестезию пациенты основной группы не предъявляли. Эстетическим результатом лечения



Рис. 10. Состояние тканей полости рта пациента Б., 26 лет, через 1 месяц после лечения рецессии десны в области 3.1 зуба по Bernimoulin; ИЗН=0,5, ИЗК=0, РМА=0,2, рецессия десны в области 3.1 зуба отсутствует, прирост прикрепления 3,5 мм, закрыто 100% оголенного корня



Рис. 11. Состояние тканей полости рта пациентки К., 35 лет через 6 месяцев после лечения; ИЗН=0,4, ИЗК=0, РМА=0,5, рецессия десны в области 2.3 зуба отсутствует, прирост прикрепления 2,5 мм, рецессия устранена полностью

удовлетворены полностью 85,7% пациентов, частично довольны 14,3% пациентов. Полное закрытие рецессий десны отмечено в 72,3% случаев, устранение рецессии не зафиксировали в 2,3% случаев, не удалось закрыть рецессии десны в 18,2% случаев. Глубина рецессий десны через 1 год после лечения — $0,15 \pm 0,04$ мм, прирост прикрепления — $2,36 \pm 0,11$ мм.

Анализ полученных результатов

При лечении пациентов с рецессией десны I и II классов по Миллеру при тонком биотипе десны на фоне ВЗП обе методики показали свою эффективность. Однако первый этап лечения по Bernimoulin у пациентов вызывал выраженные болевые ощущения, что сказывалось на ожидании болезненности во время и после проведения второго этапа (коронального смещения лоскута). После первого этапа лечения по авторской методике, напротив, болевые ощущения у большинства пациентов отсутствовали либо имелись лишь небольшие болевые ощущения. В результате пациенты не воспринимали первый этап лечения (тренировку десны) как хирургическое вмешательство, что уменьшало их беспокойство и способствовало более позитивному восприятию процесса лечения, чем проведение 2 последовательных хирургических вмешательств, как при лечении по традиционной методике. То есть в целом процесс лечения рецессий при тонком биотипе десны пациенты с ВЗП воспринимали как более комфортный при использовании авторской методики по сравнению с методикой по Bernimoulin.

Применение двухслойной методики лечения у пациентов основной группы стало возможным благодаря увеличению толщины десны в результате тренировки (прирост толщины десны — $0,30 \pm 0,03$ мм (50,3%)). Нанесение микротравм на десну приводит к образованию микрогематом в зоне собственной пластинки слизистой. Запускаемый процесс организации гематом включает формирование грануляционной ткани, богатой в ранние сроки сегментоядерными лейкоцитами, макрофагами, а в последующем — фибробластами. Грануляционная ткань постепенно прорастает тонкими коллагеновыми волокнами, идет дифференцировка эндотелиальных и соединительнотканых клеток с образованием сети капилляров и артериол. То есть в зоне механического раздражения образуются новые коллагеновые волокна, формируется внеклеточный матрикс, увеличивается количество клеточных элементов. Параллельно прорастающие в зону тонкостенные сосуды обеспечивают усиленный обмен веществ регенерата.

Столь значительный прирост толщины десны, полученный у пациентов основной группы, стал возможен, на наш взгляд, благодаря сочетанию механического раздражения и медикаментозного воздействия. Большое значение кремния для соединительной ткани неоднократно показывалось ранее и связано с его присутствием в качестве структурного компонента в составе глюкозаминогликанов и белковых комплексов, представляющих остов соединительной ткани и придающих ей прочность и упругость. Кремний обеспечивает рост и созревание ткани, как при эмбриональном развитии, так и при заживлении ран. Кремний также регулирует транспорт ионов, метаболитов и воды в соединительной ткани [4]. Еще в начале 20 века Г. Шульц пришел к заключению, что кремниевая кислота является строитель-

ным материалом и стимулятором роста соединительной ткани и имеет для нее такое же значение, как железо для эритроцитов [4]. Глицераты кремния обладают свойством трансмукозной проводимости и легко совмещаются с известными фармакологическими веществами различных групп [8, 13, 14]. Веторон состоит из β -каротина, аскорбиновой кислоты, α -токоферола ацетата. β -каротин в организме превращается в ретинол, участвующий в процессах роста и дифференциации эпителиальных и костных тканей [9, 10]. Витамин С участвует в синтезе коллагена и про-коллагена, в регенерации тканей, способствует поддержанию коллоидного состояния межклеточного вещества и нормальной проницаемости капилляров (вследствие угнетения активности гиалуронидазы). Витамин Е — один из самых известных антиоксидантов [6, 9, 10].

Заключение

Таким образом, для лечения пациентов с рецессией десны I и II классов по Миллеру при тонком биотипе десны на фоне ВЗП обе методики показали свою эффективность. Эффективность авторской методики, однако, оказалась выше, чем традиционной по Bernimoulin, как по средней величине закрытия корня (94,3% и 77,7%), так и по показателю общего количества рецессий, устраненных полностью (72,7% и 31,7% соответственно). Через 1 год после лечения гиперестезия не беспокоила пациентов, пролеченных по предлагаемой методике, и отмечалась у 9,5% пациентов контрольной группы. Эстетическим результатом лечения были полностью довольны 85,7% пациентов основной группы и 62% пациентов группы контроля. Глубина рецессий десны через 1 год после завершения лечения по предлагаемой методике составила $0,15 \pm 0,04$ мм, в группе контроля — $0,62 \pm 0,09$ мм. Прирост прикрепления в основной группе — $2,36 \pm 0,11$ мм, в группе контроля — $1,99 \pm 0,12$ мм.

Литература

1. Грудянов А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, А.И.Ерохин. — М.: МИА, — 2006. — 128 с.
2. Закиров Т.В. К вопросу об этиологии рецессий десны / Т.В. Закиров // Проблемы стоматологии, — 2005. — № 1. — С. 9–13.
3. Коен Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии: / Э. Коен, перевод А. Островский. — 2-е изд. — М.: Московские учебники, — 2003. — 416 с.
4. Кремний и жизнь: Биология, фармакология и токсикология соединений кремния / Воронков М.Г., Зелчан Г.И., Лукевич Э.Я. — 2-е изд. — Рига: Зинатие, 1978. — 588 с.
5. Лорензони М. Ästhetische Implantologie — eine Symbiose aus Chirurgie, Parodontologie und Prothetik / M. Lorenzoni, G. Wimmer // Новое в стоматологии, — 2007. — № 5 (145); — С. 44-49.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Часть II/ 12 издание/ М.Д. Машковский. — М.: «Медицина», 1993. — 688 с.
7. Пародонтит / Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. — М.: МЕДпресс-информ, — 2007. — 504 с.

8. **Сабирзянов Н.А.** Синтез биологически активных гелей для лечения и профилактики поражений мягких и костных тканей. / Н.А. Сабирзянов, Т.Г. Хонина, Е.А. Богданова, С.П. Яценко, Л.П. Ларионов, Н.Г. Саркисян, Г.И. Ронь // Химико-фармацевтический журнал. — 2009. — № 1. — С. 41-43.
9. **Смирнов В.А.** Витамины и коферменты, учебное издание / В.А. Смирнов, Ю.Н. Климошкин. — Самара: Типография Самарского государственного технического университета, — 2008. — 91 с.
10. Справочник Видаль. Лекарственные препараты России. 16 издание/ М. АстраФармСервис, — 2010. — 1728 с.
11. **Февралева А.Ю.** Устранение рецессии десны: планирование, современные методы лечения, прогноз / А.Ю. Февралева, А.Л. Давидян. — М.: Поли Медиа Пресс, — 2007. — 152 с.
12. **Фомичева Е.А.** Профилактика и лечение рецессий тканей пародонта. [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Фомичева Елена Александровна, — Ставрополь, — 2005. — 23 с.
13. **Хонина Т.Г.** Кремнийорганические глицерогидрогели — новая мазевая основа фармацевтических композиций. / Т.Г. Хонина, А.Л. Суворов, О.Н. Чупахин. // Сборник докладов Научно-практической конференции «Перспективные химические материалы и технологии для различных отраслей народного хозяйства». — Екатеринбург. — 2005. — С. 1-7.
14. **Чернышева Н.Д.** Клинический опыт лечения инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта с использованием препарата на основе кремний органического глицерогидрогеля. / Н.Д. Чернышева, Г.И. Ронь, Т.Г. Хонина, О.Н. Чупахин // Уральский медицинский журнал: Стоматология. — 2008. — № 10 (50) — С. 59-60.
15. **Эрпенштейн Х.** Criteria for the Selection of Root Coverage Procedures. Part 1: Intention, Indication, Methods / Dr Heinz Erpenstein, Raphael Borchard // J. Perio IQ. — 2006. — № 7. — С. 29-40.
16. **Эрпенштейн Х.** Criteria for the Selection of Root Coverage Procedures. Part 2: Patient Factors, Defect Factors, Predictability of Coverage, Nature of Post-Operative Attachment/ Dr Heinz Erpenstein, Raphael Borchard // J. Perio IQ. — 2006. — № 8. — С. 63-78.
17. **Bernimoulin JP** Coronally repositioned periodontal flap. Clinical evaluation after one year. / Bernimoulin J.P., Lüscher B., Mühlemann H.R.// J. Clinical Periodontology, — 1975. — № 2(1). — С. 1-13.
18. **Ito T.** Color atlas of periodontal surgery./ Ito T., Johnson J. D. — Barcelona: Mosby — Wolfe, — 1994. — 319 с.
19. **Moawia M.** The etiology and prevalence of gingival recession / Moawia M. Kassab And Robert E. Cohen // Journal of the American Dental Association. — 2003. № 134. — С. 220-225.

ПРОДАЖА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПО ЛУЧШИМ ЦЕНАМ С ДОСТАВКОЙ В ЛЮБУЮ ТОЧКУ РОССИИ

НОВЫЙ КАТАЛОГ PROCLINIC 2010

7 ПРИЧИН ДЛЯ ПОКУПКИ В PROCLINIC

1. У нас клиент ВСЕГДА прав.

Если приобретенный у нас товар не устроил Вас на 100%, мы вернем Вам деньги.

2. Одни из самых низких цен на рынке.

Круглый год цены как на выставке!

3. Огромный ассортимент.

Постоянно в наличии на складе более 3.500 наименований товаров российских и международных брендов. Ежедневно мы включаем в ассортимент новые товары и бренды.

4. Сделать заказ очень просто:

все, что нужно для Вашей практики по бесплатному телефону 8-800-100-3939.

5. Гарантии качества товаров.

Все товары мы закупаем для вас напрямую у производителей и храним на складе класса А. Все это для того, чтобы сохранить высочайшее качество товара.

6. Наши высококвалифицированные операторы.

проконсультируют вас по характеристикам товара и помогут сделать заказ.

7. Широкий ассортимент товаров

под собственным брендом PROCLINIC. Лучшее соотношение цена/качество.

ПРОСТО, БЫСТРО, НЕДОРОГО И УДОБНО!!!



WWW.PROCLINIC.RU

Звоните и размещайте свой заказ

8-800-100-3939