

Мукогингвальная хирургия вокруг металлокерамической коронки

А.И. МУСИЕНКО*, к.м.н., доцент

К.И. НЕСТЕРОВА**, д.м.н., профессор

*Кафедра терапевтической стоматологии

**Кафедра оториноларингологии

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Mucogingival surgery around the PFM crown

A.I. MUSIENKO, K.I. NESTEROVA

Резюме

Целью исследования является повышение эффективности лечения больных с рецессией десны. Для этого разработан метод лечения, включающий в себя способ формирования и мобилизации нового вида слизисто-надкостничного лоскута и использование концентрированной аутогенной тромбоцитарной плазмы. Этапы операции, выполненной вокруг металлокерамической коронки, иллюстрированы авторскими фотографиями. Приведены клинично-лабораторные и денситометрические результаты, показывающие перспективность нового вида операции с сохранением имеющихся металлокерамических конструкций и имплантов.

Ключевые слова: лоскутная операция, фактор роста, пародонтология, мукогингвальная хирургия, металлокерамические коронки.

Abstract

The purpose of research — increase the effectiveness of treatment of patients with gingival recession. The author's method includes a method of forming and mobilizing a new kind of muco-periosteal flap and the use of autologous platelet concentrated plasma. Procedural steps performed around the metal-ceramic crowns, illustrated by the author's photographs. Results of clinical-laboratory and densitometric results showing the prospect of a new type of surgery with preservation of existing structures and PFM crown.

Key words: flap surgery, PRF, periodontics, mukogingival surgery, PFM crown.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта представляют серьезную проблему современной стоматологии. Они встречаются в любой возрастной группе пациентов и составляют до 30% от общего числа обращений к стоматологу. Характеризуются скрытым началом, затрудняющим раннюю диагностику, хроническим течением с частыми обострениями, сложностью лечения и реабилитации пациентов [6, 14].

В последние десятилетия периодонтология обогатилась новыми знаниями по вопросам этиологии и патогенеза заболевания, и в некоторой степени — контроля течения патологического воспалительно-деструктивного процесса в пародонте. На этапе реабилитации пациентов имеет большое значение реконструктивная пародонтология, мукогингвальная хирургия.

Хирургическое вмешательство — это обязательный этап комплексного лечения заболеваний пародонта, позволяющий добиться длительной ремиссии даже при агрессивном течении пародонтита [1]. Показанием к мукогингвальной хирургии является средняя и тяжелая степень пародонтита

при глубине карманов до 8 мм, гиперплазия десневых сосочков и десны, оголение шеек зубов и краевая рецессия десны, вертикальная и горизонтальная резорбция альвеолярной кости.

Классическая резективная пародонтальная хирургия имеет свои специфические особенности в полости рта и требует от исполнителя высоких мануальных навыков, глубоких знаний анатомии челюстно-лицевой области [2, 3, 7, 14]. Игнорирование или неадекватное проведение хирургического этапа делает его конечный результат не всегда предсказуемым [4, 10]. Отсутствие гарантированного результата породило интерес к методам направленной тканевой регенерации, создающей благоприятные условия образования нового зубодесневого соединения на основе использования мембранной техники [5, 8, 17].

Для направленной регенерации тканей широко используют резорбируемые мембраны, изготовленные из биодеградируемых материалов [8, 15, 18]. Основными принципами имплантации барьерных мембран являются: сохранение межзубных сосочков; качественное удаление зубных отложений, грануляционных патологических тка-

ней, плотная фиксация мембраны нитью вокруг поверхности зуба; мобилизация и полное перекрытие лоскутом мембраны [9, 11, 13].

Последней инновацией в стоматологии являются подготовка и использование концентрированной аутогенной тромбоцитарной плазмы (PRF), получаемой путем центрифугирования крови пациента [15, 16, 19].

Целью изобретения Мусиенко А. И., Мусиенко А. А. является повышение эффективности лечения больных с рецессией десны.

Метод. Цель достигается путем формирования и мобилизации нового вида слизисто-надкостничного лоскута. Лоскут формируется углообразным разрезом через середину десневых сосочков и десневую борозду фрезой или бором и остро (скальпелем) до подвижной слизистой оболочки с вестибулярной стороны, укладывается без натяжения до полного перекрытия дефекта, и под него на оголенную часть зуба вносятся PRF. Метод отличается от известных тем, что дистальная часть лоскута не рассекается, что позволяет сохранить его трофику. Ход операции у пациентки с рецессией десны и металлокерамической коронкой представлен на рис. 2–4.

Клиническое наблюдение

Больная З., 30 лет, обратилась в клинику с жалобами на попадание и застревание пищи между слизистой альвеолярного отростка и искусственной десной у металлокерамической коронки 2.1, косметический дефект, неприятный запах изо рта. После консервативного подготовительного этапа пациентке предложено хирургическое лечение.

Объективно: полость рта санирована. У 2.1 зуба над металлокерамической коронкой имеется искусственная десна (рис. 1).

Индекс гигиены по Силнес-Лоэ — 0,78, РВИ — 0,4, РМА — 9,1%. Проба Ясиновского: лейкоциты — 35,7 млн, эпителий — 0,78 млн; Формула: эпителий — 26,5%, нейтрофилы — 44%; лимфоциты — 1,3%; Д-РОЭ -25%; Д-РОН — 17,4%, Д-ФН — 11,7%.



Рис. 1. Искусственная десна у металлокерамической коронки 2.1 зуба



Рис. 2. Удалена искусственная десна у металлокерамической коронки 2.1 зуба



Рис. 3. Выполнение разреза через десневую борозду в области 1.1, 2.1 зубов



Рис. 4. Выполнение вертикального разреза для формирования слизисто-надкостничного лоскута 1.1, 2.1, 2.2 зубов

По данным доплерограммы: систолический Vas в кровотоке — 1,63 см/сек и средней (Vam) 0,59 см/сек. Индекс Гослинга — 2,41; Индекс Пурсело — 0,53. По данным денситометрии выявлено снижение костной плотности альвеолярного отростка (табл. 1).

Диагноз: Рецессия десны широкая I класс по Миллеру у 2.1 имплантата.

Лечение: оперативное, по авторской методике с фактором роста (рис. 2–9).

Способ осуществляется следующим образом: анестезию проводят препаратами артикаиновой группы. Искусственную десну у металлокерамической коронки 2.1 острожно отсепааровывают алмазным фиссурным бором и полируют. Лоскут отсепааровывают фрезой или фиссурным бором №1, при скорости 1000 об./мин. от середины межзубных сосочков по десневой борозде в области предполагаемого операционного вмешательства, а затем остро (скальпелем) проводят разрез слизистой и надкостницы от середины десневых сосочков до подвижной слизистой оболочки с вестибулярной стороны вертикально. При этом получают Г- или L-образные разрезы в зависимости от челюсти и стороны оперативного вмешательства.

На рис. 3 представлен этот этап операции: скальпелем произведен L-образный разрез через уздечку верхней губы и фиссурным бором выполнено зубодесневое разъединение в оперируемом участке 1.1; 2.1; 2.2.

Таблица 1. Плотность костной ткани до и после лечения

Челюсти		Верхняя			Нижняя		
Фронтальная группа. Зубы:		1.1 2.1	1.2 2.2	1.3 2.3	4.1 3.1	4.2 3.2	4.3 3.3
межкорневая перегородка	до	787,5	787,4	787,6	567,5	567,6	567,4
	после	793,3	792,9	790,6	568,4	569,9	570,1
у корня зуба	до	678,5	678,5	678,5	343,3	343,2	343,1
	после	680,3	681,4	679,6	346,7	347,8	346,9
Боковая группа. Зубы:		1.4, 2.4, 1.5, 2.5	1.6, 2.6, 1.7, 2.7		4.4, 3.4, 4.5, 3.5	4.6, 3.6, 3.7, 4.7	
межкорневая перегородка	до	565,2	565,4		343,4	343,5	
	после	573,5	574,2		347,7	348,4	
у корня зуба	до	343,5	343,6		212,1	212,2	
	после	346,9	345,7		215,7	214,5	

Затем деэпителизируют внутренний слой и выкраивают полнослойный слизисто-надкостничный лоскут. В проекции границы между подвижной слизистой и альвеолярной десной надкостницу рассекают с медиальной стороны, в дистальной части лоскута надкостницу не отсекают, что позволяет сохранить его трофику (рис. 4).

После этого формируют и мобилизуют слизисто-надкостничный лоскут у 1.1, 2.1 зубов путем щадящего отслаивания (рис. 5).

Затем параллельно проекции корня проводят поверхностно межкорневую вертикальную компактостеотомию обратноконусным бором (рис. 6), при этом операционное поле орошают 0,9% изотоническим раствором, охлаждая костную ткань альвеолярного.

Лоскут перемещают и укладывают без натяжения, под него на оголенную часть корня зуба вносят фибриновую мембрану с высоким содержанием тромбоцитов (рис. 7). Накладывают швы, используя нерассасывающийся шовный материал — викрил или пролен 5/0 по показаниям в отдельных случаях, вначале в области десневых сосочков, а затем в области углообразных разрезов (рис. 8, 9). Возможность стабилизации сгустков крови имеет решающее значение в достижении прогнозируемой пародонтальной регенерации в мягкой ткани в области дефектов. К сожалению, микродвижение может привести к смещению сгустков и ухудшению заживления раны. В современной хирургии техника наложения швов направлена на снижение микродвижности лоскута для обеспечения стабильного положения сгустка.

В послеоперационном периоде пациентов ежедневно наблюдают в течение 10 дней. Швы снимают на 8–10 сутки. При этом необходимо помнить, что для восстановления костной ткани с фактором роста необходимо добиваться заживления послеоперационной раны первичным натяжением.

Этого можно достичь путем достаточной мобилизации лоскутов и сохранением надежной питающей ножки. В постоперационный период назначают антисептиче-

ские полоскания (0,05% р-р хлоргексидина биглюконата, 0,1% раствор мирамистина, отвары трав), в течение пяти дней Трихопол по 0,25 г три раза в день, после еды внутрь. Контрольные осмотры проводят в первый месяц каждые 10 дней, в последующем каждые три месяца в течение трех наблюдаемых лет. Способ позволяет улучшить кровоснабжение лоскута, ускорить заживление операционной раны (патент РФ №2380052).

Динамика изученных индексов показала снижение воспалительной реакции уже на 10-е сутки после операции, уменьшение кровоточивости в пределах 1–2 степени (РВИ = 1,5), восстановление архитектоники межальвеолярных костных перегородок и восстановление денситометрической плотности кости (табл. 1) с последующим стабильным улучшением и удержанием результата более 7 лет.

Результат через 3 года представлен на рис. 10.

Заключение

Особенностью случая является устранение косметического дефекта и жалоб у пациентки без перепротезирования металлокерамической коронки. На клиническом примере показана перспективность мукогингивальной хирургии с использованием фактора у больных с рецессией десны, а также возможность сохранения протезированных и имплантированных зубов, в данном случае — металлокерамической коронки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорович Э. Ш., Городилов Р. В., Арсентьева К. И. Оценка экспрессии маркеров врожденного и приобретенного иммунитета в биоптатах десны пациентов хроническим генерализованным пародонтитом на фоне лечения // Стоматология. 2015. №5. С. 17–21.
2. Grigorovich E. Sh., Gorodilov R. V., Arsent'yeva K. I. Otsenka ekspres-sii markerov vrozhdennogo i priobretennogo immuniteta v biopтатаkh desny patsiyentov khronicheskim generalizovannym parodontitom na fone lecheniya // Stomatologiya. 2015. №5. S. 17–21.
3. Гулюк А. Г., Маланюк Я. В., Лепский В. В. Эффективность использования хирургических методов комплексном лечении заболеваний па-



Рис. 5. Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута 1.1, 2.1, 2.2 зубов



Рис. 6. Компактостеотомия в области 1.1, 2.1 зубов



Рис. 7. Введение фактора роста



Рис. 8. Ушивание слизисто-надкостничного лоскута с фактором роста у 1.1, 2.1 зубов



Рис. 9. Фиксация слизисто-надкостничного лоскута с фактором роста у 1.1, 2.1 зубов



Рис. 10. Результат через три года

родонта: ретроспективное исследование // Вестник стоматологии. 2009. №1 (66). С. 56–60.

Gulyuk A. G., Malanyuk Ya. V., Lepskiy V. V. Effektivnost' ispol'zovaniya khirurgicheskikh metodov kompleksnom lechenii zabolevaniy parodonta: retrospektivnoye issledovaniye // Vestnik stomatologii. 2009. №1 (66). С. 56–60.

3. Мусиенко А. И. Стимулирование репаративного остеогенеза фактором роста при лечении рецессии десны // Уральский медицинский журнал (Стоматология). 2009. №5 (59). С. 55–58.

Musiyenko A. I. Stimulirovaniye reparativnogo osteogeneza faktorom rosta pri lechenii retsessii desny // Ural'skiy meditsinskiy zhurnal (Stomatologiya). 2009. №5 (59). С. 55–58.

4. Нестерова К. И. Комплексное лечение больных негнойными синусогенными орбитальными осложнениями с применением низкочастотного ультразвука // Российская оториноларингология. 2004. №2. С. 80–83.

Nesterova K. I. Kompleksnoye lecheniye bol'nykh negnoynymi sinusogennymi orbital'nymi oslozhneniyami s primeneniyem nizkochastotnogo ultrazvuka // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2004. №2. С. 80–83.

5. Нестерова К. И., Мусиенко А. И., Мусиенко А. А. и др. Перфоративный одонтогенный верхнечелюстной синусит: предпосылки формирования и профилактика с помощью репаративного остеогенеза фактором роста // Российская оториноларингология. 2014. №6. С. 71–76.

Nesterova K. I., Musiyenko A. I., Musiyenko A. A. i dr. Perforativnyy odontogennyy verkhnechelyustnoy sinusit: predposylki formirovaniya i profilaktika s pomoshch'yu reparativnogo osteogeneza faktorom rosta // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2014. №6. С. 71–76.

6. Орехова Л. Ю., Кудрявцева Т. В., Чеминава Н. Р. и др. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) // Пародонтология. 2014. Т. 19. №2. С. 3–5.

Orekhova L. Yu., Kudryavtseva T. V., Chemina N. R. i dr. Problemy stomatologicheskogo zdorov'ya u lits mladogo vozrasta (obzor literatury) // Parodontologiya. 2014. Т. 19. №2. С. 3–5.

7. Орехова Л. Ю., Лобода Е. С. Клинический опыт применения озонотерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. 2013. Т. 18. №3 (68). С. 41–45.

Orekhova L. Yu., Loboda E. S. Klinicheskiy opyt primeneniya ozonoterapii v kompleksnom lechenii vospalitel'nykh zabolevaniy parodonta // Parodontologiya. 2013. Т. 18. №3 (68). С. 41–45.

8. Солодкий В. Г., Овечкина М. В. Применение тромбоцитарной аутологичной плазмы в практике хирургической стоматологии // Пародонтология. 2016. №3. С. 62–66.

Solodkiy V. G., Ovechkiina M. V. Primneniye trombotsitarnoy autologichnoy plazmy v praktike khirurgicheskoy stomatologii // Parodontologiya. 2016. №3. С. 62–66.

9. Цепов Л. М., Орехова Л. Ю., Николаев А. И. и др. Факторы местной резистентности и иммунологической реактивности полости рта. Способы их клинко-лабораторной оценки (обзор литературы). Часть II // Пародонтология. 2005. №3. С. 3–9.

Tsepov L. M., Orekhova L. Yu., Nikolayev A. I. i dr. Faktory mestnoy rezistentnosti i immunologicheskoy reaktivnosti polosti rta. Spособy ikh kliniko-laboratornoy otsenki (obzor literatury) chast' II // Parodontologiya. 2005. №3. С. 3–9.

10. Яременко А. И., Галецкий Д. В., Королев В. О. Осложнения и ошибки при выполнении операции аугментации в области дна верхнечелюстной пазухи. Состояние проблемы. Обзор отечественной и зарубежной литературы и собственный клинический опыт // Институт стоматологии. 2013. №3 (60). С. 58–63.

Yaremenko A. I., Galetskiy D. V., Korolev V. O. Oslozhneniya i oshibki pri vypolnenii operatsii augmentatsii v oblasti dna verkhnechelyustnoy pazukhi. Sostoyaniye problemy. Obzor otechestvennoy i zarubezhnoy literatury i sobstvennyy klinicheskiy opyt // Institut stomatologii. 2013. №3 (60). С. 58–63.

11. Яременко А. И., Зодьян А. А. Разработка инструмента для рассечения связочного аппарата зуба // Пародонтология. 2003. №1. С. 39.

Yaremenko A. I., Zodyan A. A. Razrabotka instrumenta dlya rassecheniya svyazochnogo apparata zuba // Parodontologiya. 2003. №1. С. 39.

12. Coballase-Urrutia E., Pedraza-Chaverri J., Cardenas-Rodríguez N. et al. Hepatoprotective effect of acetonetic and methanolic extracts of *Heterotheca inuloides* against CCl₄ (4)-induced toxicity in rats // Experimental and Toxicologic Pathology. 2011. V. 63. №4. P. 363–370.

13. Eickholz P., Hausmann E. Evidence for healing of class II and class III furcations 24 months after guided tissue regeneration therapy: digital subtraction and clinical measurements // J. Periodontol. 1999. Vol. 70 (12). P. 1490–1500.

14. Kan J. Y., Morimoto T., Roe P. et al. Gingival biotype assessment in the esthetic zone: visual versus direct measurement // International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 2010. №30 (3). P. 237–243.

15. Lee J. W., Kwon O. H., Kim T. K. et al. Platelet-rich plasma: quantitative assessment of growth factor levels and comparative analysis of activated and inactivated groups // Arch Plast Surg. 2013. №40. P. 530–535

16. Platelet-released supernatant induces osteoblastic differentiation of human mesenchymal stem cells: potential role of BMP-2 / S. Verrier, T.R. Meury, L. Kupcsik et al. // European Cells & Materials. 2010. V. 20. P. 403–414.

17. Sanchez M., Anitua E., Cugat R. et al. Nonunions treated with autologous preparation rich in growth factors // Journal of Orthopaedic Trauma. 2009. V. 23. №1. P. 52–59.

18. Sobotkova A., Masova-Chrastinova L., Suttner J. et al. Antioxidants change platelet responses to various stimulating events // Free Radical Biology and Medicine. 2009. V.47, №12. P. 1707–1714.

19. Speroni S., Cicciu M., Maridati P. et al. Clinical investigation of mucosal thickness stability after soft-tissue grafting around implants: a 3-year retrospective study // Indian Journal of Dental Research. 2010. № 21 (4). P. 474–479.

Поступила 15.03.2017

Координаты для связи с авторами:

644043, Омск, ул. Ленина, д. 12

ОмГМУ

**Электронная версия
журнала «Пародонтология» на сайте
www.dentoday.ru**