

ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВОБОДНОГО ТРАНСПЛАНТАТА С НЕБА

¹Лукьяненко А.А., ²Гоценко С.М., ¹Казанцева Н.Н.

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, (400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1).

² МУЗ Стоматологическая поликлиника № 8 (г. Волгоград, ул. Республиканская 13)

В статье приводятся методика вестибулопластики с использованием свободного трансплантата с неба и отдаленные результаты операции.

Повышение эффективности вестибулопластики с использованием свободного трансплантата при наличии сформированной рецессии десны в области нижних фронтальных зубов.

В ходе исследования был выявлен ряд факторов, которые так или иначе оказывают влияние на течение процесса заживления: 1) ширина рецессии десны и уровень высоты межзубных костных перегородок (класс по Миллеру); 2) положение трансплантата по отношению к оголенному участку корня зуба; 3) положение зуба в зубной дуге; 4) гигиеническое состояние полости рта.

В результате исследования мы заметили, что при ширине рецессии десны до 3 мм положительный результат более вероятен, нам удавалось наблюдать практически полное закрытие оголённых корней (77,3 %). При величине рецессии более 4 мм закрытие корня происходило в среднем на 34 %. Рассматривая время течения этого процесса, следует отметить, что данный процесс протекает длительно, в среднем в течение 7–10 месяцев, поэтому необходимо дальнейшее наблюдение. Таким образом, используя вестибулопластику у лиц с генерализованными или локализованными рецессиями, можно обойтись без применения дорогостоящих, трудоёмких, а главное, никогда полностью не прогнозируемых операций по устранению уже сформировавшейся рецессии.

Ключевые слова: вестибулопластика, феномен напозающего прикрепления десны, рецессия десны.

VESTIBULOPLASTY WITH THE USE OF PALATAL FREE GRAFT

¹Lukyanenko A.A., ²Gotsenko S.M., ¹Kazantseva N.N.

¹ Volgograd State Medical University, (Volgograd. 400131. Pavshikh Bortsov Sq., 1).

² Municipal establishment of public health services, dental clinic №8, (Volgograd, Respublikanskaya St., 13).

This study is carried out to show effectiveness of oral vestibule correction technique based on the mechanism of creeping attachment.

Efficiency increase vestibuloplastic with use of a free transplant in the presence of the generated recession of a gum in the field of the bottom face-to-face teeth.

During research a number of factors, which anyhow influencing a current of process of healing has been revealed: 1) width of recession of a gum and level of height of intertooth bone partitions (a class on Miller); 2) transplant position in relation to the bared site of a fang; 3) position of tooth in a tooth arch; 4) a hygienic condition of an oral cavity.

As a result of research we have noticed that at width of recession of a gum to 3 mm the positive result is more probable - it was possible to us to observe almost full closing of the bared roots (77,3 %). At size of recession more than 4 mm root closing occurred on the average on 34 %. Considering time of a current of this process, it is necessary to notice that the given process proceeds is long, on the average within 7–10 months, the further supervision therefore is necessary. Thus, using vestibuloplastic at persons with generalized or the localized recessions, it is possible to do without application expensive, labour-consuming, and the main thing – never completely predicted operations on elimination of already generated recession.

Keywords: vestibuloplasty, creeping attachment, gum recession.

Патология прикрепления мягких тканей преддверия полости рта является одной из основных причин развития рецессии десны. В связи с этим операция вестибулопластики яв-

ляется основным и необходимым компонентом лечебных мероприятий. Существует много методик коррекции преддверия полости рта [1,5]. Процедуры по аугментации десны делятся на техники углубления преддверия (vestibular/gingival extension procedures) и техники трансплантации (grafting procedures) [7].

Вестибулопластика – хорошо известная процедура, направленная на увеличение ширины прикрепленной десны в целях устранения механической травмы краевого пародонта мышечными тяжами мышц приротовой области (губных, подбородочных, щёчных, язычных и мимических) и, как результат этого, для предупреждения развития деструктивных процессов в пародонте. При наличии у пациента сформированной рецессии десны проведение вестибулопластики позволяет добиться улучшения состояния из-за наблюдаемого феномена «наползающего прикрепления» [1,2,3,7]. Существует множество методик углубления преддверия. Обобщает их следующая классификация:

- 1) техника оголения кости (denudation technique);
- 2) техника оголения надкостницы (periosteal retention/split flap);
- 3) апикально смещённый лоскут (apically reposition flap) [7].

Весьма удобно деление методик вестибулопластики на:

- 1) открытые (по Эдлану – Мейхару, Гликману, Кларку, Казаньяну);
- 2) закрытые (по Лимбергу, Кручинскому – Артюшкевичу, Обведжезеру, туннельная методика по Грудянову – Ерохину [1]);
- 3) методики с использованием свободного кожного или слизистого трансплантата, биологических тканей (брюшины, перикарда, амниотической/мозговой оболочки и пр.) [1,3,4,6].

В нашей статье мы хотели бы уделить пристальное внимание методике вестибулопластики с использованием свободного трансплантата с нёба и, в частности, отдаленным результатам этой операции. За рубежом данная методика является общепринятой и применяется при формировании более глубокого преддверия полости рта при наличии сформированной рецессии десны, при создании зоны прикрепленной кератинизированной десны в области установленных имплантатов, постепенно вытесняя традиционные техники «открытых» вестибулопластик [1,2,3,7].

В литературе встречаются два механизма, посредством которых происходит закрытие оголенной части корня (рецессии) десной: первым механизмом является так называемый контактный механизм, который может быть определен как механизм приживления ткани (свободного трансплантата) в результате прорастания в нее сосудов тканей реципиента, что в свою очередь запускает механизмы роста и деления клеток, и трансплантат вживляется в ткань реципиента. Этот механизм изучен достаточно и довольно часто встречается в практической деятельности [5].

Вторым механизмом, посредством которого рецессия десны может быть устранена, является наименее изученный механизм, получивший название «феномена наползающего прикрепления десны», который в зарубежной литературе описан как «creeping attachment» [1,3,6]. Впервые этот механизм был описан Н.М. Goldman, D.W. Cohen в 1964 г. как «последовательная миграция маргинальной части десны в корональном направлении по оголенному участку корня» в результате проведения операции по устранению недостатка неподвижной части десны с помощью пересадки свободного трансплантата [3]. Механизм этого явления до конца не изучен. По-видимому, оно обусловлено улучшением условий для нормализации метаболизма в мягких тканях и регенерацией мягкотканых структур после устранения состояния постоянного натяжения и ухудшенного вследствие этого кровоснабжения [1,3].

Клинически этот феномен проявляется в том, что на участке вмешательства спустя 5–7 дней после операции в краевой десне формируется мощная капиллярная сеть. Поэтому именно около оголенных шеек зубов появляется тканевый валик ярко-розового цвета, который со временем увеличивается в объеме до 1–1,5 мм. В последующем апикальная часть полоски десны меняется в цвете: становится бледнее и сравнивается по структуре с прикреплённой десной, а в коронарном направлении опять наблюдается описанный выше процесс разрастания. Исследователи отмечают, что этот рост может быть разным по интенсивности и по времени. Тем не менее, обычно это увеличение не превышает 2 мм, а по времени сам процесс, по данным различных авторов, колеблется от 1 мес. до 1 года [1,4,6]. Было также отмечено, что процесс наползающего прикрепления десны протекает более благоприятно во фронтальном отделе нижней челюсти в области резцов [3,4].

Цель исследования: повышение эффективности вестибулопластики с использованием свободного трансплантата при наличии сформированной рецессии десны в области нижних фронтальных зубов.

Материал и методы: на обследовании и лечении находилось 19 человек. Протокол исследования включал: 1) жалобы, анамнез, осмотр; 2) рентгенография; 3) постановка диагноза; 4) информированное согласие; 5) профессиональная гигиена полости рта; 6) местное обезболивание; 7) проведение вестибулопластики с использованием свободного трансплантата с нёба [1,3,5,7]; 8) послеоперационное наблюдение, снятие швов на 10-й день после операции; 9) клинический контроль через 3 месяца после оперативного вмешательства.

Методика подразумевает забор расщепленного эпителиального трансплантата со свода нёба в области от клыка до первого моляра включительно и формирование двух зон – реципиентной и донорской [1,3,5,7].

1) Проводится местная инфильтрационная анестезия с помощью 4 % раствора артикаина, содержащего адреналин в соотношении 1:100000 (Ультракаин Д-С форте, Aventis Pharma) в объеме 3,4 мл с одновременной анестезией на участке большого нёбного отверстия.

2) Подготовка реципиентного ложа трансплантата:

- супранадкостничный разрез на слизисто-десневой границе по ширине зубов, на участке которых проводится вмешательство;
- супранадкостничное радикальное препарирование слизистого лоскута (исключить вероятность повреждения ментального нерва на участке премоляров нижней челюсти);
- отсечение мышечных прикреплений десневыми ножницами;
- апикальная фиксация слизистой оболочки возвратным швом;
- изготовление шаблона, соответствующего ложу трансплантата, напр., из стерильной упаковочной бумаги шовного материала.

3) Забор индивидуального десневого трансплантата из участка между вторым премоляром и вторым моляром и его фиксация:

- шаблон накладывают на слизистую оболочку нёба 2 мм посередине относительно свободного края десны;
- скальпелем очерчивается фрагмент слизистой оболочки, подлежащей перемещению в соответствии с шаблоном (разрез глубиной 1,5 мм);
- препарируется трансплантат толщиной 1–1,5 мм;
- трансплантат помещается в физиологический раствор, а дефект на нёбе закрывается гемостатической губкой или препаратом “Alvogyl” (Septodont, Франция), фиксируя материал к краям дефекта;
- поверхность соединительнотканного участка трансплантата выравнивается десневыми ножницами или скальпелем для обеспечения равномерной толщины слоя и соответствия величины, формы ложа трансплантата;
- коронарная фиксация трансплантата на реципиентном участке 2–3 единичными узловатыми швами и одиночным «корзиночным» швом.

4) Традиционная послеоперационная противоифекционная профилактика и послеоперационное лечение:

- для гемостаза и минимизации кровяного сгустка немедленно после наложения швов трансплантат плотно прижимается влажным марлевым тампоном на 5 минут;
- после этого к кожным покровам на стороне операции накладывается охлаждающий пакет на срок до 6 часов (обязательно с интервалами по 10-15 мин);

- нестероидные противовоспалительные препараты: «Нурофен» или «Кетонал» (150 мг) – по 1 таб. каждые 6–8 часов в течение 1-х суток после операции, в последующие дни – по 1 таб. при наличии болевых ощущений;
- антибиотикотерапия – амоксициллином клавуланатом (Амоксиклав или Аугментин 2 – 1000 мг, по 1 таб. 2 р/день, 5 дней); при аллергии на пенициллины – азитромицином (Сумамед 500 мг, по 1 таб. 1 р/день, 3 дня);
- в области операции пациент должен избегать чистки оперированного участка зубной щёткой в течение 2–3 недель и регулярно использовать 0,05 % раствор хлоргексидина биглюконата либо ополаскиватель для полости рта «Corsodyl» или «Асепта» в течение 7–10 дней.

5) Снятие швов через 12–14 дней после операции, повторный осмотр через 3 месяца.

Результаты и обсуждение

Нами было проведено лечение 22 рецессий десны (I класс по Miller) в области нижних фронтальных зубов, вызванных мелким преддверием полости рта, у 19 пациентов с использованием свободного трансплантата с нёба. Данная методика является достаточно травматичной в связи с образованием дополнительного операционного участка в области твёрдого нёба и длительным заживлением раны вторичным натяжением. Через 3 месяца феномен «наползающего прикрепления» наблюдался у 21 из 22 дефектов (95,5 %), у 18 из 19 пациентов (94,7 %). С помощью зондирования выявляется плотное прикрепление десневого края к шейкам зубов, с восстановлением десневой борозды. Полное закрытие корня зуба произошло в области 17 дефектов (77,3 %), у 15 из 19 пациентов (78,9 %). Средняя величина «наползающего прикрепления» составила 0,8 мм. У 1 пациента наблюдалась лишь стабилизация уровня оголения корней нижних фронтальных зубов.

В ходе исследования был выявлен ряд факторов, которые так или иначе оказывали влияние на течение процесса заживления: 1) ширина рецессии десны и уровень высоты межзубных костных перегородок (класс по Миллеру); 2) положение трансплантата по отношению к оголенному участку корня зуба; 3) положение зуба в зубной дуге; 4) гигиеническое состояние полости рта.

В результате исследования мы заметили, что при ширине рецессии десны до 3 мм положительный результат более вероятен – нам удавалось наблюдать практически полное закрытие оголённых корней (77,3 %). При величине рецессии более 4 мм закрытие корня происходило в среднем на 34 %. Рассматривая время течения этого процесса, следует отметить, что данный процесс протекает длительно, в среднем в течение 7–10 месяцев, поэтому необходимо дальнейшее наблюдение. Таким образом, используя вестибулопластику у лиц с генерализованными или локализованными рецессиями, можно обойтись без применения дорого-

стоящих, трудоёмких, а главное – никогда полностью не прогнозируемых операций по устранению уже сформировавшейся рецессии.

Список литературы

1. *Грудянов А.И.* Заболевания пародонта. – М.: Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
2. *Camargo P.M., Melnick P.R., Kenney E.B.* The use of free gingival grafts for aesthetic purposes // *Periodontology* 2000. – 2001. – Vol. 27. – P. 72–96.
3. *Cohen E.S.* Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery. 3rd edition. – BC Decker Inc, 2007.
4. *Haeri A., Parsell D.* Creeping attachment: autogenous graft vs. dermal matrix allograft // *Compen Contin Educ Dent.* – 2000. – Vol. 29 (9). – P. 725-729.
5. *Lindhe J., Lang N. P., Karring T.* Clinical periodontology and implant dentistry. 5th edition. – Blackwell Munksgaard, 2008. – 1448 p.
6. *Otero-Cagide F.J., Otero-Cagide M.F.* Unique creeping attachment after autogenous gingival grafting: case report // *Can Dent Assoc.* – 2003. – Vol.69 (7). – P. 432–5.
7. *Sato N.* Periodontal surgery: a clinical atlas. – Quintessence Publishing Co, Inc, 2000. – 452 p.

Рецензент-

Фомичев Е.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград.