

---

---

# СТОМАТОЛОГІЯ

---

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

УДК 616-089

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

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦЕСІЙ ЯСЕН

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

davidplast@rambler.ru

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, що виконується на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Вроджені та набуті морфофункціональні порушення зубо-щелепно-лицевої системи, органів та тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування», № державної реєстрації 011U006301.

**Вступ.** 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 стоматологічного лікування. Тому естетична пародонтальна хірургія нестримно розвивається, покращуючи якість лікування пацієнтів і дозволяє хірургам-стоматологам досягти 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 анатомо-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 фізіологічного стирання твердих тканин зубів, нераціонально проведено 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 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 та наявності чинників ризику, естетичних очікувань пацієнта.

**Об'єкт і методи дослідження.** У нашій клініці за 10 років були прооперовані 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 ділянці усуненої рецесії [2].

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

**Результати досліджень та їх обговорення.** 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 рецесії і досягнення максимального естетичного результату було використання коронально переміщеного слизово-окістного клаптя, а латерально або мезіально від рецесії – латерально переміщеного клаптя.

При недостатності кератинизованих тканин рецесії ми використовували подвійний сосочковий, а латерально і мезіально від рецесії – напівмісяцевий клапоть. Проте за відсутності кератинизованих

тканин, множинних або широких глибоких рецесій 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 залежали також від рівня кісткової тканини міжзубних перегородок, а також від 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. Vernimoulin (1975), особливо при тонкому фенотипі ясен.

Одношарові методики вимагають товщини слизової оболонки не менше 1,0 мм, і їх рекомендується використовувати 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 кератинізованої слизової оболонки достатньої ширини і товщини [3]. При товщині клаптя менше 0,8 мм можливе лише часткове усунення рецесії [5]. Найчастіше в клінічній практиці використовували трапецієподібний або напівмісяцевий корональний зміщений клапоть. Трапецієподібний клапоть формували для усунення множинних рецесій, а напівмісяцевий – для усунення тинізовано прикріплених ясен і усунення рецесій. Щільні прикріплені тканини ясен успішно протистоять механічним навантаженням, довгий час стабільні та 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 слизової оболонки 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 клаптем, а також методикою конверта.

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

**Висновок.** Таким чином, існує низка 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.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальших дослідженнях планується розробка нового методу лікування рецесій ясен, враховуючи біомеханічні можливості слизово-окістних клаптів порожнини рота.

## 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 / К. Демирель // 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. Baldi C. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness all relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series / C. Baldi, G. Pini-Prato, U. Pagliaro [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.

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.

**Резюме.** У даній статті представлені основні критерії вибору різних методик хірургічного лікування рецесій ясен, в залежності від її ширини і глибини, ширини і товщини прикріпленої слизової оболонки апікальніше рецесії, біотипу ясен, етіології і наявності чинників ризику, естетичних очікувань пацієнта. Дані критерії були

встановлені після проведення хірургічного лікування 124 пацієнтів з рецесією ясен 1-го та 2-го класів за Р. Міллер протягом 10 років в клініці щелепно-лицевої хірургії.

**Ключові слова:** рецесія ясен, хірургічне лікування, пародонтологія.

УДК 616-089

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ**

**Аветиков Д. С., Яценко И. В., Локес Е. П., Ставицкий С. А., Каплун Д. В.**

**Резюме.** В данной статье представлены основные критерии выбора различных методик хирургического лечения рецессии десны, в зависимости от ее ширины и глубины, этиологии и наличия факторов риска, эстетических ожиданий пациента. Данные критерии были установлены после проведения хирургического лечения 124 пациентов с рецессией десны 1-го и 2-го классов по Р. Miller в течение 10 лет в клинике челюстно-лицевой хирургии.

**Ключевые слова:** рецессия десны, хирургическое лечение, пародонтология.

UDC 616-089

### **Modern Approaches to Surgical Treatment of Gingival Recession**

**Avetikov D. S., Yacenko I. V., Lokes K. P., Stavickij S. O., Kaplun D. V.**

**Abstract.** The main criteria for the selection of different methods of surgical treatment of gingival recession, depending on its width and depth, etiology and presence of risk factors, the aesthetic expectations of the patient are introduced in this article.

The problem of improving the efficiency of various types of surgical treatment of periodontal tissue recession is an urgent problem. This is due to the high prevalence, opaque etiology in each case and lack the desired result in elimination of the recession.

It is known that the main etiological factors of recession are: features of anatomical and morphological structure of periodontal tissue, shallow vestibule of the oral cavity, lip frenulum attachment anomalies, crowded teeth, poor hygiene and implementation of preventive measures, orthodontic treatment (primarily vestibular tooth movement), lack of physiological abrasion of dental hard tissues, irrationally held therapeutic and surgical treatment.

These criteria were established after the surgical treatment of 124 patients with gingival recession of the 1st and 2nd classes by P. Miller for 10 years in the clinic of maxillofacial surgery.

Algorithm of selection of monolayer methods of surgical removal of gingival recession is determined by individual anatomical features of the patient.

If insufficient of keratinized tissue of recession, we used double papillary flap, and laterally and mezially of recession – semilunar flap. However, in the absence keratinized tissue at multiple or wide deep recession we often used a two-layer technique.

But it is not enough to consider only the anatomical parameters of surrounding soft tissues. Successful surgery and completeness closure of bare root surface is also dependent on the level of interdental bone walls, and of the characteristics of the recession.

Connective tissue autograft is usually used in combination with coronal displaced, laterally displaced flap and envelope method.

There are different types of autografts. The full flap is composed by epithelium, connective, fatty tissue and periosteum. The split flap does not include all layers of the mucose membrane of the hard palate, and it can be quite epithelial, epithelial strip of (combined) and connective tissue. The thin flap is 0,5-0,8 mm, average thickness (average flap) – 0,9-1,5 mm thick and (thick flap) – 1,5-2,0 mm or more.

Number of recession, which was operated by two-layer method, was always limited by extent of connective tissue graft. A dual-layer technique is technically more difficult and more traumatic because of the presence of the second surgical area. But the indisputable advantage of these methods is to increase the area keratinized attached gingiva, removal of recession, increasing the thickness of gingiva (change of its biotype) and the ability to restore of gingival papillae.

**Keywords:** gingival recession, surgical treatment, parodontology.

*Рецензент – проф. Рибалов О. В.*

*Стаття надійшла 11. 02. 2015 р.*