

Синев И. И., Москалев Е.
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Нестеров А. М.
Кафедра ортопедической стоматологии
Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Актуальность. Причины рецессии десны часто ятрогенные и заключаются в нанесении острой травмы круговой связки зуба во время его препарирования, введения ретракционной нити по периметру шейки зуба в области зубодесневого желобка, припасовки и фиксации искусственной коронки.

Цель: разработать эффективный метод лечения рецессии десны с применением коллагеновой мембраны.

Материал и методы исследования. На кафедру ортопедической стоматологии СамГМУ обратились 5 человек с жалобами на обнажение корней зубов после изготовления несъемных ортопедических конструкций.

Всем пациентам проводили лечение рецессии десны по предложенному нами методу (заявка на патент РФ № 2017102300/14 (004050) от 16.01.2017). Под инфльтрационной анестезией в зоне предполагаемого вмешательства, открытую поверхность части корня обрабатывали. Затем производили полулунный разрез десны в зоне рецессии. Полулунный разрез производили скальпелем до кости, отступя 3-4 мм от вершин межзубных сосочков и 7-8 мм от десневого края с учетом глубины и ширины рецессии кератинизированной десны.

Распатором малого размера тупо производили отслаивание полулунного лоскута десны. Далее отслоенный лоскут десны смещали в сторону коронки так, чтобы верхняя часть лоскута расположилась на уровне края искусственной коронки.

Затем в донорском участке слизистой оболочки производили отслойку тканей слизистой оболочки, подслизистых тяжей и мышечных волокон, таким образом, увеличивая глубину преддверия полости рта.

Далее подбирали коллагеновую мембрану в зависимости от биотипа десны и обрезали ее по форме и размеру дефекта. Перед тем, как использовать коллагеновую мембрану, ее помещали на 10-15 минут в стерильный раствор 0,9% изотонического хлорида натрия для увеличения пластичности. Затем подготовленную мембрану укладывали в образовавшееся пространство между полулунным лоскутом и подвижной слизистой оболочкой таким образом, чтобы край мембраны доходил до границы искусственной коронки. Для обеспечения полного прилегания мембраны ее адаптировали и удерживали 5 минут. При этом происходило ее склеивание с периостальной поверхностью и цементом корня зуба.

Далее накладывали шов на полулунный лоскут, а кончик нити фиксировали на вестибулярной поверхности искусственной коронки зуба при помощи композиционного материала светового отверждения. При необходимости возможно наложение нескольких швов.

Пациенту рекомендовали щадящую диету, аккуратную чистку зубов и полоскания полости рта растворами антисептиков в течение 2 недель.

Результаты и их обсуждение. Устранение рецессии десны по предложенному нами методу провели у всех 5 пациентов. Срок наблюдения за больными составил 6-8 месяцев. Результаты лечения хорошие. Не произошло ни одного случая смещения и отторжения лоскута. Наступление полной эпителизации раневой поверхности происходило на 7-8 сутки после операции.

Выводы. Предложенный нами способ лечения рецессии десны полностью исключает смещения лоскута, дает возможность проведения лечения большой или несколько расположенных рецессий десны.