

Эстетическая коррекция десневого края. Биологическая концепция.

Зограбян Артавазд, Шторина Анастасия, г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме

В статье указана неоправданность существующих методов лечения короно-корневых и слизисто-твёрдотканых дефектов. Наглядно представлена необходимость междисциплинарного подхода оперирующего стоматолога-хирурга (пародонтолога) и стоматолога-терапевта для получения оптимального результата. Продемонстрирована «биологическая» методика восстановления таких сочетанных дефектов. Концепция реставрационно-пародонтальной терапии позволяет достичь прекрасного клинического результата в устранении рецессии десны, ассоциированной с выраженной абразией твёрдых тканей зуба.

Ключевые слова: рецессия десны, некариозные поражения, десневой край, эстетическая стоматология, биологическая концепция.

Рецессия десны часто ассоциируется с кариозными и некариозными дефектами (рис. 1). Сочетание рецессии десны с некариозными дефектами наблюдается у людей с хорошей гигиеной полости рта. Некариозные дефекты могут локализоваться не только на корне зуба с формированием глубокой «ступеньки» в области цементно-эмалевого соединения, но и вовлекать одновременно цемент корня и эмаль коронки зуба. В последнем случае, линия цементно-эмалевого соединения разрушается с образованием углубления. Такие дефекты могут быть устранены с помощью реставраций или пародонтологического лечения. Косметический недостаток и повышенная чувствительность зуба являются показаниями к реставрационно-пародонтальной терапии.

В настоящее время многие клиницисты закрывают короно-корневой и слизисто-твёрдотканый

дефект (дефект десны, цемента корня и эмали коронковой части зуба) пломбировочным материалом. На наш взгляд это абсолютно недопустимо по следующим причинам:

- Пломбировочный материал для цемента корня зуба является раздражающим элементом, что влечет за собой более активную рецессию десневого края от пломбировочного материала (рис. 2);

- Пломбирование дефекта корня приводит к удлинению видимого размера коронки зуба, что неэстетично (рис. 3);

- Невозможно герметично адаптировать пломбировочный материал на границе десневого края, так как под десневым краем отмечается дополнительная утрата цемента корня с образованием ступеньки (рис. 4);

- При попытке пришлифовать адаптированный пломбировочный материал, кончик бора истончает десневой край, что приводит к дополнительному ускорению имеющейся рецессии десны.



Рис. 1. Сочетание рецессии десны с кариозными / некариозными дефектами коронок и корней зубов.



Рис. 3. Увеличение видимой длины коронки зуба в связи с пломбированием как дефекта коронковой части, так и цемента корня зуба.

Анализируя данные литературы, а также и по нашему мнению, существует одностороннее решение проблемы короно-корневых дефектов. И вот почему.

При выборе хирургического решения проблему, пародонтолог обычно сглаживает абразию, устраняет острые края и сглаживает поверхность зуба в области цементно-эмалевого соединения для максимальной адаптации лоскута и /или соединительно-тканного трансплантата к поверхности зуба и устранения опасности формирования мертвых пространств под лоскутом и /или трансплантатом. Ошибка данного подхода в том, что, сглаживая линию цементно-эмалевого соединения, врач удлиняет корень зуба за счет укорочения длины коронковой части зуба, это приводит к чрезмерному корональному смещению, а при использовании соединительнотканного трансплантата и чрезмерному утолщению десневого края, что выражается в невозможности адекватно



Рис. 2. Десневой край 33, 43 зубов смещен апикально от пломбировочного материала.



Рис. 4. Под пломбировочным материалом всегда есть ступенька. Это провоцирует развитие кариеса корня и дальнейшего прогрессирования рецессии десны.

проводить индивидуальную гигиену полости рта (за счет чрезмерно толстого десневого края), и нарушению естественных форм зуба, а это нарушение эстетики (рис. 5).

Для решения вышеописанных проблем, нами применяется концепция междисциплинарного взаимодействия, а именно — оперирующего стоматолога-хирурга (пародонтолога) и стоматолога-терапевта. Одной из ключевых особенностей данной концепции является точное воспроизведение потерянной линии цементно-эмалевого соединения, что определяет успех лечения. На этапе диагностики, стоматолог-хирург (пародонтолог) и стоматолог-терапевт определяют необходимость восстановления линии цементно-эмалевого соединения и намечают ее контуры. После проведения профессиональной гигиены полости рта и обучения навыкам индивидуальной гигиены полости рта, пациент приходит на прием к врачу стоматологу-терапевту. Врач стоматолог-терапевт восстанавливает твердые ткани в пределах коронковой части зуба до цементно-эмалевого соединения пломбировочным материалом с формированием естественного рельефа экватора зуба. Далее, стоматолог-хирург (пародонтолог) пластическими методами смещает лоскут коронально и накладывает швы в заданной позиции. Тип лоскута, корональное смещение лоскута, в различных модификациях или выбор тоннельной методики — все это зависит от глубины ступеньки и выраженности острого края корня зуба под десневым краем. Если ступенька в пределах корня менее 1 мм и требуется лишь восстановление цементно-эмалевого соединения пломбировочным материалом, мы рекомендуем использовать тоннельную методику в комбинации с соединительнотканым трансплантатом (рис. 6, 7). Соединительнотканый трансплантат может быть субэпителиальным или деэпителизированным.

Ступенька более 1 мм и значительная выраженность выступа корня под десневым краем требует применения методики ко-



Рис. 5 а. Множественная рецессия десны 21, 22, 23 и 24 зубов в сочетании с нарушением границы эмалево-цементной границы. Требуется пародонтологическая подготовка десневого края перед ортодонтическим лечением.



Рис. 6 а. Рецессия десны I класса по Миллеру в области 22 и 23 зубов. Рецессия десны осложняется отсутствием четко выраженной линии эмалево-цементного соединения.



Рис. 7 а. Пациент направлен ортодонтом для коррекции десневого контура 31, 41 зубов перед ортодонтическим лечением. Отмечается рецессия десны I класса по Миллеру в сочетании с некариозным дефектом пришеечной области.

ронального смещения лоскута (рис. 8).

Рецессия десны часто ассоциируется с дефектом твердых тканей в области шейки зуба, которая создает ступеньку между эмалью и цементом. В подобных случаях стоматологи обычно стараются устанавливать пломбировочный материал не учитывая морфологию зуба (рис. 3). К сожалению, это приводит к прогрессированию рецессии десны и повышенной чувствительности зуба.



Рис. 5 б. Рецессия десны полностью устранена, однако, в связи с тем, что линия цементно-эмалевого соединения не восстановлена, десневой край выглядит неестественно «толстым».



Рис. 6 б. Линия эмалево-цементного соединения восстановлена пломбировочным материалом. Рецессия десны устранена тоннельным методом с использованием соединительнотканного трансплантата. Достигнут гармоничный естественный десневой контур.



Рис. 7 б. Тоннельная методика устранения рецессии десны является достойной альтернативой как корональному смещению лоскута, так и пересадке свободного десневого трансплантата. Достигнутый результат превзошел все ожидания как пациента, так и лечащего ортодонта.

Цель настоящей статьи заключается в демонстрации наличия более современных и биологических методов восстановления таких сложных сочетанных дефектов.

В заключение можно сказать, что представленные случаи демонстрируют возможность устранения рецессии десны, ассоциированной с выраженной абразией твердых тканей зуба, и достижения прекрасного клинического результата с помощью концепции реставрационно-пародонтальной терапии.



Рис. 8. Малый объем преддверия полости рта, отсутствие кератинизированной десны 41 зуба, рецессия десны в сочетании с некариозными дефектами 41, 31, 32 зубов.



Рис. 8 а. Предварительно проведена вестибулопластика с пересадкой свободного десневого трансплантата. Стоматолог-терапевт по согласованию со стоматологом-хирургом (пародонтологом) проводит восстановление дефекта коронковой части с формированием линии цементно-эмалевого соединения.



Рис. 8 б. После отслаивания слизисто-полнослойно-сизистого лоскута, проводится полирование пломбировочного материала в медиально-апикально-латеральном направлении, сглаживается выступ корня зуба.



Рис. 8 в. Тщательная «двухэтажная» мобилизация надкостницы позволяет без натяжения адаптировать лоскут корональные линии цэс на 2 мм.



Рис. 8 г. Прекрасный эстетический результат достигнут благодаря щадящему отношению хирурга к тканям пародонта.

Gingival margin aesthetic correction. The biological concept

Zograbyan Artavazd,
Shtorina Anastasia,
Saint-Petersburg, Russia

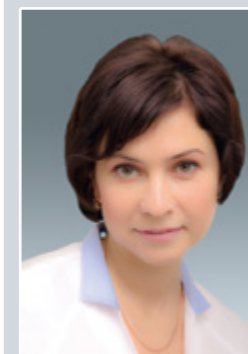
Summary:

Unjustified existing treatments crown-root and muco-hardtissue defects is indicated in the article. The authors show the need for an interdisciplinary approach, the operating surgeon-dentist (periodontist) and dental therapist for optimal results. «Biological» method of associated defects recovery demonstrated by the authors. The concept of restoration and periodontal therapy can achieve a nice result in the elimination of clinical gingival recession associated with severe abrasion of dental hard tissues.

Keywords: gum recession, non-cariou lesions, gingival margin, aesthetic dentistry, biological concept.



Зограбян Артавазд, врач стоматолог-хирург, пародонтолог-имплантолог, выпускник Владивостокского ГМУ (2008 г.), главный врач клиники «Миллион Яблок».



Шторина Анастасия, врач-стоматолог-ортопед-терапевт стоматологического центра «Петродент», выпускница СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова (2002 г.), к.м.н., асс. кафедры стоматологии ГБОУ ВПО СПбГПМУ, директор учебного центра «Петроденткласс», автор двух патентов, имеет более 30 публикаций.