

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ШИРИНЫ ЗУБА**А.В.Смирнова, Д.А.Кузьмина, Н.В.Прозорова****COMPLEX TREATMENT OF THE LOCALIZED PERIODONTAL DISEASE OF TRAUMATIC CHARACTER TAKING INTO ACCOUNT THE BIOLOGICAL WIDTH OF TOOTH****A.V.Smirnova, D.A.Kuz'mina, N.V.Prozorova***Институт медицинского образования НовГУ, dianaspb2005@rambler.ru*

Многосторонний подход к лечению заболеваний пародонта является стандартом оказываемой стоматологической помощи пародонтологическим пациентам. Однако не всегда должным образом учитывается локальный стоматологический статус, в том числе качество имеющихся реставраций, особенно при внедрении их в зону биологической ширины зуба, что приводит к неудачам в лечении локализованного пародонтита.

Ключевые слова: *локализованный пародонтит, биологическая ширина, комплексное лечение*

The gold standard of periodontal therapy of patients is multiple approach to treatment. But insufficient evaluation of local stomatological conditions, restorations quality, disturbance of biological width of tooth lead to failures of treatment of localized periodontitis.

Keywords: *localized periodontitis, biological width, multiple treatment*

Введение. Основным условием получения запланированного результата с долгосрочным положительным прогнозом является отсутствие патологических изменений в тканях пародонта, как на момент составления плана ортопедического лечения и проведения всех его этапов, так и на весь последующий период после его окончания [1, 2]. Для достижения запланированного результата при лечении локализованного пародонтита травматического характера (ЛПТХ) необходимо создать условия для купирования воспаления в тканях пародонта, и прежде всего это соблюдение биологических параметров при препарировании зубов под ортопедические конструкции — сохранение биологической ширины [3]. Осложнения, возникающие при внедрении реставрации в зону биологической ширины, зависят от биотипа десны и от расстояния от края реставрации до уровня костной ткани, особенностей индивидуальной гигиены полости рта [4-6]. При тонком десневом биотипе может развиваться рецессия десневого края и резорбция костной ткани, в то время как при толстом биотипе десны чаще наблюдается гиперплазия краевого пародонта с минимальной потерей костной структуры [7]. Применение костнопластических или других биоматериалов во время проведения хирургических вмешательств на тканях пародонта позволяет увеличить уровень костной ткани, клинического эпителиального прикрепления, снизить глубину зондирования [8, 9], однако отсутствуют данные применения данных методов при локализованном пародонтите травматического характера.

Целью исследования явилось определение оптимального комплекса лечебных мероприятий при локализованном пародонтите травматического характера с учетом соблюдения биологических параметров и реконструкции биологической ширины для нормализации функционирования тканей пародонта.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование и комплексное лечение 86 пациен-

тов с верифицированным диагнозом локализованный пародонтит травматического характера легкой и средней степени тяжести и глубиной пародонтальных карманов до 6 мм. Возраст пациентов составил от 25 до 59 лет, среди них 72 женщины и 14 мужчин. Основными жалобами пациентов являлись наличие неприятного запаха и застревание пищи, дискомфорт после приема пищи, воспаление десневого сосочка в локальной области зубного ряда. Перед основным лечением была осуществлена профессиональная гигиена и санация полости рта. Все пациенты методом случайных чисел были распределены на 2 группы: основная группа и группа сравнения. В основной группе пациенты были разделены на 2 подгруппы в зависимости от степени тяжести ЛПТХ (26 человек с легкой степенью тяжести и 20 человек со средней степенью тяжести ЛПТХ). В группе сравнения также было предпринято разделение на подгруппы и составило 28 человек с легкой степенью тяжести и 12 человек со средней степенью тяжести ЛПТХ. Различие между подгруппами заключалось в малоинвазивном оперативном вмешательстве на тканях пародонта (открытый кюретаж с использованием остеопластического материала по показаниям (вертикальные костные дефекты).

Нанесение на обнаженную поверхность корня при операции комплекса 24% геля ЭДТА для кондиционирования поверхности «PrefGel» и «Emdogain Gel» специального резорбируемого материала, состоящего из гидрофобных протеинов эмалевого матрицы с эффектом биоимитации, способствовало вторичному росту специфических твердых и мягких тканей и приводило к улучшению клинического эпителиального прикрепления. Особенностью комплекса являлась высокая эффективность в труднодоступных участках зубного ряда.

На начальном этапе проводили снятие оттисков до лечения и изготовление временных пластмассовых мостовидных конструкций в основной группе в

области локализованного пародонтита, одиночных коронок в группе сравнения. На следующем этапе препарировали зубы под металлокерамические/циркониевые коронки, фиксировали временные мостовидные конструкции и проводили курс местной противомикробной терапии. В основной группе соединительная часть мостовидного протеза была модифицирована в соответствии с распространением пародонтальных карманов (ширина межзубного промежутка, распространение пародонтальных карманов на небную и вестибулярную поверхность) для перекрытия зоны пародонтальных карманов. Следили за толщиной стенок коронок и устраняли объемные толстые края в области шеек зубов. В группе сравнения пластмассовые коронки были изолированы друг от друга, у 16 пациентов на зубах проводили замену старых реставраций с восстановлением плотного плоскостного контактного пункта.

На третьем этапе в подгруппе с ЛПТХ средней степени тяжести (20 и 12 человек соответственно в основной группе и группе сравнения) временные мостовидные конструкции и пластмассовые коронки были укорочены на 1—2 мм выше десневого края для обеспечения индивидуальной гигиены во время послеоперационного периода и зафиксированы на опорных зубах. Затем выполняли открытый кюретаж пародонтальных карманов, проводили предварительную подготовку поверхности корня 24%-ным гелем ЭДТА и наносили материал из протеинов эмалевого матрицы, а при наличии костных карманов область вертикальных костных дефектов заполняли остеопластическим материалом и накладывали швы. Через 2—3 месяца на следующем этапе оценивали наличие и степень рецессии десны, проводили коррекцию границы препарирования зубов в соответствии с концепцией соблюдения биологических параметров и сохранения биологической ширины, осуществляли перебазировку пластмассового мостовидного протеза в случае необходимости. Затем получали оттиски зубных рядов и изготавливали постоянные металлокерамические/циркониевые мостовидные или одиночные конструкции. Всего в основной группе было изготовлено 36 металлокерамических мостовидных протезов и 4 мостовидных протеза на основе диоксида циркония. В группе сравнения было зафиксировано 64 одиночные коронки (6 на основе диоксида циркония и 58 металлокерамических коронок).

В случае глубоких кариозных полостей или травмы коронковой части, при которых имелся риск внедрения реставрации в зону биологической ширины, у 2 пациентов проводили хирургическое удлинение коронковой части зуба с целью восстановления биологической ширины зуба и оптимального расположения края ортопедической реставрации.

Контактный пункт в мостовидных протезах и между одиночными коронками и пломбами размещали на расстоянии 1,5—2,5 мм от линии уступа, при этом расстояние от границы препарирования до костной части альвеолярного гребня составляло 2,5—3 мм, что определяли с помощью «трансгингивального» зондирования (по J.C.Kois, 1994). Замеры проводили в наиболее значимых зонах краевого пародонта:

в области дистальных и медиальных десневых сосочков и в области зубодесневого прикрепления по нижнему краю свободной части десны с вестибулярной и оральной стороны [5] под инфильтрационной анестезией с помощью пародонтального зонда.

При получении высокоточного силиконового оттиска проявляли особую внимательность к этапу ретракции десны с помощью нитей и ретракционной пасты (не применяли значительные усилия при закладывании нити во избежание травмирования соединительнотканного прикрепления и возникновения рецессии). У пациентов с тонким биотипом десны и с вертикальными костными карманами ретракция десны не проводилась, край реставрации располагался над десной.

Результаты и обсуждение. Исчезновение дискомфорта, связанного с застреванием пищи, отсутствие неприятного запаха и чувства распирания, зуда в области пародонтальных карманов в основной группе составило 100%, 90%, 100% соответственно и сохранялось весь период наблюдения. Дополнительным преимуществом было улучшение самочувствия и самооценки пациентов по сравнению с группой сравнения на 40%. В группе сравнения через 6 месяцев после лечения в 27,5% случаев возобновился неприятный запах в полости рта, застревание пищи из-за наличия небольшой щели между зубами.

Уменьшение глубины зондирования пародонтальных карманов имело положительную динамику в обеих группах. Более выраженные цифры были получены в основной группе (0,94 мм при легкой степени и 1,7 мм при средней степени ЛПТХ), в то время как в группе сравнения уменьшение глубины зондирования составило 0,42 мм при легкой степени и 1,15 мм при средней степени ЛПТХ, что связано с различием ортопедического лечения (применение мостовидных протезов в основной группе).

При оценке рентгенограмм спустя 12 месяцев, проведенной врачом-рентгенологом, выявлено исчезновение очагов остеопороза костной ткани в группе ЛПТЭ легкой степени тяжести в основной и группе сравнения на 50%, образование замыкающей пластинки (в 19,2% в основной группе и в 21,4% в группе сравнения), у 50% пациентов обеих групп были выявлены признаки уплотнения рисунка костной ткани и отсутствовало прогрессирование изменений межзубных перегородок, периодонтальная щель была без признаков деформации. При ЛПТХ средней степени тяжести отмечались стабилизация патологического процесса, появление кортикальной пластинки, усиление четкости контуров межальвеолярных перегородок и уменьшение порозности кости в 80% в основной группе и в 83,3% в группе сравнения, частичное восстановление резорбированных участков межальвеолярных перегородок (17%) (в том числе за счет увеличения плотности костной ткани), рентгенологическая картина без изменений наблюдалась у 8,3% в группе сравнения, прогрессирование процесса у 6% в группе сравнения.

Во всех группах после лечения (через 6 месяцев) отмечали плотное прилегание краев ортопедических конструкций на опорных зубах, отсутствие вос-

палительных явлений было у 38 человек в основной группе и 33 пациентов в группе сравнения. Чаще всего в основной группе (5%) наблюдали гиперемию десневого сосочка, что было связано с погрешностями индивидуальной гигиены полости рта, а в группе сравнения (17,5%) — кровоточивость, неприятный запах, гиперемию десны с образованием небольшого промежутка между зубами (до 0,2 мм) и последующей повторной задержкой пищевых остатков в межзубном промежутке. В 12,5% случаев у пациентов группы сравнения наблюдали разрастание десневого сосочка с оральной/вестибулярной стороны.

По данным ЛДФ отмечали усиление кровотока в области пародонтальных карманов в обеих клинических группах при легкой степени тяжести ЛПТЭ на 41,1% в основной группе и на 25,6% в группе сравнения, при средней степени тяжести ЛПТЭ в основной группе перфузия увеличилась на 55,1%, а в группе сравнения на 9,5%.

Выводы. Индивидуальный подход к пациенту при комплексном лечении ЛПТХ предусматривает соблюдение биологических параметров и сохранение биологической ширины у каждого зуба. Учитывание биотипа десны и расположение края реставрации в 2,5-3 мм от края альвеолярного гребня позволяет минимизировать осложнения, которые могут возникнуть в отдаленный период после лечения. Уровень погружения края ортопедической конструкции в область зубодесневой борозды не должен превышать 0,5 мм (по J.C.Kois). При тонком биотипе десны для профилактики рецессий необходимо атравматичное препарирование и снятие оттисков.

Использование мостовидных ортопедических конструкций, созданных с соблюдением биологической ширины зуба, улучшает исход лечения ЛПТЭ легкой и средней степени тяжести, что подтверждается клиническими исследованиями.

1. Смирнова А.В., Мороз Б.Т. Комплексное лечение пациентов с локализованным пародонтитом травматической этиологии // Институт Стоматологии. 2010. № 1(46). С. 70.
2. Смирнова А.В., Мороз Б.Т. Шинирование зубов при локализованном пародонтите травматической этиологии // Институт Стоматологии. 2011. № 1(50). С. 84-85.
3. Jorgić-Srdjak K. et al. Periodontal and Prosthetic Aspect of Biological Width Part I: Violation of Biologic Widt // Acta Stomatol Croat. 2000. Vol. 34. Br. 2. P. 195-197.
4. Francu L.L. et al. Guided tissue regeneration in localized gingival recession // Romanian Journal of Oral Rehabilitation. April-June 2013. Vol. 5. № 2. P. 39-44.
5. Мадай Д.Ю., Гривков А.С. Инновационные точки плани-

рования дизайна краевого пародонта, доступные лечащему врачу // Биомедицинский журнал Medline.ru. 2013. Т. 14. Ст. 37 (С. 433-439).

6. Гривков А.С. Решение проблемы планирования дизайна краевого пародонта при эстетической реабилитации пациентов // Вестник Новгородского государственного университета. 2014. № 78. С. 88-91.
7. Ерохин А.И., Кузин А.В. Хирургическое лечение хронического пародонтита, протекающего в условиях тонкого биотипа пародонта // Пародонтология. 2011. № 3. С. 60-65.
8. Reynolds M.A. et al. The efficacy of bone replacement grafts in the treatment of periodontal osseous defects. A systematic review // Ann Periodontol. 2003 Dec. Vol. 8(1). P. 227-265.
9. Nguyen T.T. et al. Regeneration of Tissues of the Oral Complex: Current Clinical Trends and Research Advances [Электр. ресурс] // J Can Dent Assoc 2013;79:d1. Available at: <http://www.jcda.ca/sites/default/files/d1/d1.pdf> (дата обращения: 01.09.2017).

References

1. Smirnova A.V., Moroz B.T. Kompleksnoe lechenie patsientov s lokalizovannym parodontitom travmaticheskoy etiologii [Complex treatment of patients with the localized periodontal disease of a traumatic etiology]. Institut Stomatologii, 2010, no. 1(46), p. 70.
2. Smirnova A.V., Moroz B.T. Shinirovanie zubov pri lokalizovannom parodontite travmaticheskoy etiologii [Splicing of teeth at the localized periodontal disease of a traumatic etiology]. Institut Stomatologii, 2011, no. 1(50), pp. 84-85.
3. Jorgić-Srdjak K. et al. Periodontal and Prosthetic Aspect of Biological Width Part I: Violation of Biologic Widt. Acta Stomatol Croat., 2000, vol. 34, br. 2, pp. 195-197.
4. Francu L.L. et al. Guided tissue regeneration in localized gingival recession. Romanian Journal of Oral Rehabilitation, April-June 2013, vol. 5, no. 2, pp. 39-44.
5. Maday D.Yu., Grivkov A.S. Innovatsionnye tochki planirovaniya dizayna kraevogo parodonta, dostupnye lechashchemu vrachu [Innovation in marginal periodontium design project available to a physician in charge]. Biomeditsinskiy zhurnal Medline.ru, 2013, vol. 14, art. 37 (pp. 433-439).
6. Grivkov A.S. Reshenie problemy planirovaniya dizayna kraevogo parodonta pri estetichekoy reabilitatsii patsientov [Addressing regional planning design in periodontal esthetic rehabilitation patients]. Vestnik of NovSU, 2014, no. 78, pp. 88-91.
7. Erokhin A.I., Kuzin A.V. Khirurgicheskoe lechenie khronicheskogo parodontita, protekayushchego v usloviyakh tonkogo biotipa parodonta [Surgical treatment chronic periodontitis which occur in thin gingival biotype]. Parodontologiya, 2011, no. 3, pp. 60-65.
8. Reynolds M.A. et al. The efficacy of bone replacement grafts in the treatment of periodontal osseous defects. A systematic review. Ann Periodontol., 2003 Dec., vol. 8(1), pp. 227-265.
9. Nguyen T.T. et al. Regeneration of Tissues of the Oral Complex: Current Clinical Trends and Research Advances. J Can Dent Assoc 2013;79:d1. Available at: <http://www.jcda.ca/sites/default/files/d1/d1.pdf> (accessed: 01.09.2017).