

Пирсинг как один из факторов риска развития десневой рецессии.

Закрытие локальной рецессии десны при проведении вестибулопластики (клинический случай)

Т.Н. МОДИНА, д.м.н., проф. кафедры клинической стоматологии и имплантологии Национального медико-хирургического центра им. Пирогова, г. Москва,
И.Р. ГАНЖА, к.м.н., врач-стоматолог, клиника «Семейный врач», г. Самара,
М.В. БОЛБАТ, директор стоматологической клиники «Для Вас», г. Бердск, Новосибирская область

Стоматологи предупреждают, что пирсинг губ, уздечек опасен для десен и может привести к потере зубов. Американские ученые штата Огайо (Ohio State University), изучив 58 молодых людей, установили, что частота развития атрофических и воспалительных процессов в деснах в два раза выше у тех, кто увлекается пирсингом по сравнению с теми, кто таких «украшений» не носит.

Профессор Джимми Стил (Jimmy Steele) из университета Ньюкасла считает, что металлические элементы пирсинга, постоянно воздействуя как на десну, так и на шейку зуба, приводят к выраженной рецессии и расшатыванию зуба. Как правило, это локальный процесс, при котором повреждаются один или два зуба передних зуба, то есть те, которые никогда не хочется терять.

В статье мы приводим случай закрытия рецессии у девушки 18 лет, которая носила металлический пирсинг в течение двух лет на уздечке нижней губы. Периодически пациентка испытывала дискомфорт, связанный с вос-

палением десны и болезненностью в области 41 зуба. В последние три месяца появилась подвижность 41 зуба и заметная «потеря» десны. После появления данных симптомов девушка была вынуждена удалить пирсинг и обратилась в клинику.

При осмотре отмечается выраженная рецессия десны в области 41 зуба размером 5 мм, зона прикрепленной десны составляет 2 мм. Уздечка нижней губы крепится к десневому краю двумя тяжами (рис. 1). Со слов пациентки, в результате ношения пирсинга произошел разрыв уздечки. Отмечается воспаление десневого края в области 41 и 42 зубов.

Диагноз: локальная рецессия десны 41 зуба. Явление гингивита.

Учитывая, что у пациентки имеется мелкое преддверие полости рта, мы приняли решение закрыть рецессию при одновременном проведении вестибулопластики по Эдлану.



Рис. 1.
Локальная рецессия десны



Рис. 2.
Перемещение прикрепленной десны для закрытия рецессии



Рис. 3.
Послеоперационное состояние через 2 недели



Рис. 4.
Проведение вестибулопластики




Рис. 5.
Состояние маргинальной части десны через 2 месяца после операции



Рис. 6.
Пирсинг языка

Была проведена профессиональная гигиена и с помощью кюрет и щеточек тщательно очищена поверхность зуба. Затем под инфильтрационной анестезией, отступив на 10 мм от зоны прикрепленной десны, был сделан полуовальный разрез до линии прикрепленной десны за 35 и 45 зубы. Далее была отсепарирована слизистая оболочка губы до альвеолярного отростка, рассечена надкостница и тупым путем с помощью распатора проведено отслаивание надкостнично-мышечного лоскута для освобождения костной поверхности альвеолярного отростка. Тонким распатором была отделена прикрепленная десна до десневого края в области 41 зуба так, чтобы полностью отходила от шейки зуба и была мобильной. Подвижная часть маргинальной десны была

смещена в сторону рецессии и адаптирована путем простого прижатия лоскута с помощью тампона в течение 3-5 мин. После операции пациентке была зафиксирована давящая повязка снаружи под нижней губой. Послеоперационный период проходил без осложнений, отека не отмечалось. Пациентке было рекомендовано в течение 12 дней не пользоваться щеткой для чистки зубов на нижней челюсти, а использовать полоскания хлоргексидином. Через три недели произошло полное заживление раневой поверхности и закрытие рецессии.

Однако молодость беспечна... И девушка уже через два месяца носила пирсинг на языке. Остается ждать результатов?! 

Поступила 01 ноября 2005 г.

Новые технологии в комплексном лечении пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом

Т.Н. МОДИНА, д.м.н., проф. кафедры клинической стоматологии и имплантологии 7ГОУ ИПК «Медбиоэкстрем» ФУ МЗ РФ, С.С. МОЛЬКОВА, асс. кафедры НМХЦ им. Пирогова, Н.А. КОПЫЛОВА, врач-стоматолог ООО «АРПА КЛАССИК», г. Москва, М.В. БОЛБАТ, директор стоматологической клиники «Для Вас», С.В. ГЕРАСЬКИНА, врач-стоматолог ООО «Стопроцентная стоматология», г. Бердск, Новосибирской области

New technologies in complex treatment of patients with rapidly progressing periodontitis

T.N. MODINA, S.S. MOLKOVA, N.A. KOPYLOVA, M.V. BOLBAT, S.V. GERASKINA

Резюме

Новые технологии, применяемые в комплексном лечении деструктивных форм пародонтита, направлены на восстановление гомеостаза в тканях пародонта. Эти методы основаны на использовании новых материалов, свойства которых отвечают всем требованиям, предъявляемым к материалам для регенерации тканей пародонта, а также внедрения методов тканевой инженерии, способных индуцировать ангио- и остеогенез.

Ключевые слова: быстро прогрессирующий пародонтит, лимфогенное введение антибиотиков, кальцийфосфатные биоматериалы

Summary

The new technologies used in complex treatment of destructive forms of a periodontitis are directed on restoration of a homeostasis in periodontal tissues. These methods are based on use of new materials which properties meet all requirements showed to materials for regeneration of periodontal tissues, and also introductions of methods of the fabric engineering, capable to induce angi- and osteogenesis.

Key words: quickly progressing periodontitis, endolymphatic introduction of antibiotics, calcium phosphatic biomaterials.

На сегодняшний день модель развития быстро прогрессирующего пародонтита (БПП) представляет собой интегральный механизм взаимодействия этиотропного фактора, патогенеза развития и клинических проявлений. Стратегия лечения БПП включает в себя подбор патогенетически обоснованных тестов диагностики, выбора соответствующих индивидуальных этапов лечения, включающих антибактериальную терапию, шинирование, хирургическое лечение с использованием остеопластических материалов, ортодонтический и ортопедический этапы лечения, поддерживающая терапия.

Необходимо отметить, что вопросы остановки воспалительного процесса и регенерации тканей пародонта являются основными при лечении пародонтита. Применение новых методов лечения в пародонтологии способствует положительному решению многих задач, поставленных перед врачом-исследователем.

Новые технологии, применяемые в комплексном лечении деструктивных форм пародонтита, направлены на восстановление гомеостаза в тканях пародонта, на использование новых материалов, свойства которых отвечают всем требованиям, предъявляемым к мате-

риалам для регенерации естественных костных и зубных тканей, в том числе и тканей пародонта, а также внедрения методов тканевой инженерии (ТИ), способных индуцировать ангио- и остеогенез.

Результат многолетних исследований показал (Модина Т.Н., 1999-2002), что одним из эффективных методов коррекции гомеостаза и патогенети-

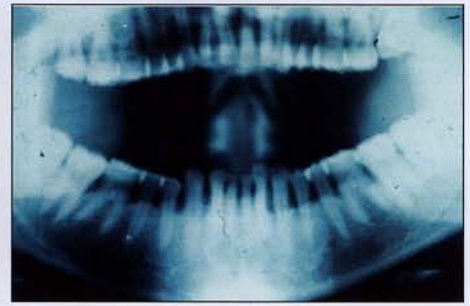


Рис. 1,2. Пример комплексного лечения пациентки Щ., 42 лет с БПП

ческих изменений в организме пациента с быстро прогрессирующим пародонтитом, является лимфогенный (эндолимфатический и лимфотропный) путь введения лекарственных препаратов, способствующий не только санации воспалительного очага тканей пародонта, но и усилению ее дренажной функции. Введение антибиотиков через лимфатическую систему создает достаточно высокую концентрацию препаратов в лимфоузлах по ходу тока лимфы. Показано, что лимфоциты способны абсорбировать на своей поверхности до 50% клафорана, содержащегося в лимфатическом узле (С.В. Лохвицкий, 1986). Насыщенные препаратом лимфоциты поступают в кровяное русло, а затем в соответствии с патогенезом воспалительной реакции мигрируют в патологический очаг, создавая дополнительный пул препарата в месте борьбы с инфекцией. При этом концентрация антибиотика в лимфоцитах в 10 - 100 раз выше, чем в жидкой части лимфы и крови (С.В. Лохвицкий, 1986).

Таким образом, основными транспортерами лекарственных препаратов при эндолимфатическом и лимфотропном введениях являются лимфоциты. При этом данный метод введения лекарственных препаратов по данным результатов биохимического, морфологического и морфометрического исследований способствует снижению активности белков острой фазы, уменьшению показателя объемной доли нейтрофилов, увеличению содержания иммунокомпетентных клеток, нормализации показателя функциональной активности нейтрофилов у пациентов с БПП.

Основные принципы метода тканевой инженерии заключаются в создании новых биокомпозиционных материалов, в разработке и применении их при имплантации в поврежденный орган или ткань носителей из биодеградирующих материалов, которые используются в сочетании с донорскими клетками и/или с биоактивными веществами. Поэтому для закрытия костных дефектов в последнее время используются искусственные композиты в сочетании с биоактивными молекулами (костные морфогенетические белки, факторы роста и т.д.), способными индуцировать остео- и ангиогенез. Среди материалов, применяемых для регенерации пародонта, особое место занимают искусственные композиты, на основе препаратов кальция.

Метод тканевой инженерии (ТИ) меняет отношение врача к планированию лечения и ломают сложившиеся стереотипы привычной стратегии на различных этапах лечения. Использование данных технологий позволяют в комплексе решить проблемы восстановления утраченных структур при пародонтите при определенной стратегии и тактике лечения пациентов в различных клинических ситуациях.

Клинический пример пациентки Щ., 42 лет с БПП показал, что при атипичной клинической картине и отсутствии жалоб (отмечалась лишь вторичная деформация прикуса и незначительная подвижность зубов) (рис. 1,2), мор-

фологическое исследование выявило активный воспалительный процесс в тканях пародонта (объемная доля нейтрофилов была увеличена по сравнению с нормой в 10 раз) (рис.3). Применение лимфотропного введения клафорана (рис.4), использование на этапах хирургического лечения искусственного композита коллагана, ортодонтического лечения в комплексе лечебных мероприятий позволило остановить воспалительный процесс, стимулировать репаративные процессы в тканях пародонта, что способствовало длительному процессу ремиссии в течение 5 лет у данной пациентки (рис. 5-12).

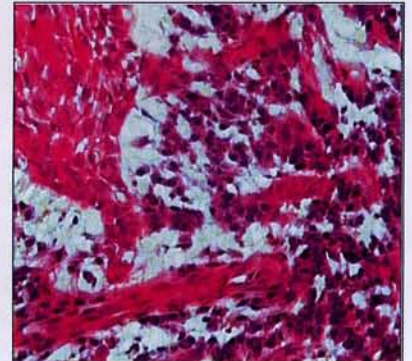


Рис. 3. Слизистая оболочка десны пациента с БПП до лечения. Преобладание нейтрофилов в составе лейкоцитарно-лимфоплазматического инфильтрата. Гематоксилинэозин



Рис. 4. Лимфотропное введение клафорана с применением аппарата АПКУ-5



Рис. 5-7. Лоскутная операция по Рамфьорд (заполнение костных карманов «Коллапаном») и вестибулопластика по Эдлан



Рис. 8-9. Этап ортодонтического лечения



Рис. 12. Состояние тканей пародонта и зубов через 5 лет после комплексного лечения



Рис. 10, 11. Шинирование зубов с одновременной реставрацией системой Fiber-Cor (волоконно-укрепленный композит)

нию регенерации костной и мягких тканей пародонта. Выведение данных препаратов в периапикальное пространство и дно костного кармана способствует протеолизу и стерильности, быстрому образованию кальциево-карбонатной мембраны. Мембрана смягчает диффузию растворившейся гидроокиси кальция, приводя к возникновению

При тяжелых формах пародонтита с деструктивными процессами в тканях пародонта особое место среди материалов для регенерации пародонта занимают препараты кальция, кальций-фосфатных биоматериалов и керамики. Данные препараты применяются как при эндодонтическом лечении, так и при заполнении костных карманов во время лоскутной операции. Хорошие результаты были получены при эндодонтическом лечении зубов у пациентов с пародонтитом кальцийсодержащими препаратами «Каласепт», «Витапекс» и «Коллапан-гель». Данные препараты не токсичны, обладают высокой поливалентной перманентной бактерицидной активностью, способствуют стимулированию

такой щелочной среды, которая способствует новообразованию дентина и костной ткани; запускает механизмы интеграции цементобластов, стимулируя образование «апикальной пробки», что в дальнейшем будет служить естественным биологическим барьером от тканей периодонта при obturации корневого канала (рис. 13-15).

Однако, при определенных ситуациях и дефектах тканей пародонта простое применение этих соединений оказывается малоперспективно, а иногда и просто безрезультатно. Поэтому, для лечения тяжелых форм пародонтита с целью полноценной регенерации пародонтальных структур применяется метод тканевой ин-

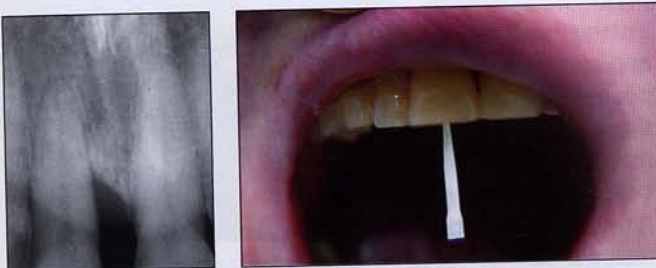


Рис. 13,14,15. Пациентка Г., 26 лет, эндодонтическое лечение с использованием «Витапекса»



Рис. 16. Пациентка Щ., 51 год