

групп наблюдалось улучшение индексов: гигиены, РМА, ПИ, уменьшение степени кровоточивости, глубины пародонтальных карманов по сравнению с данными до начала терапии. При этом лечебно-профилактический эффект был более выражен у больных основной группы. Выводы: при применении анасепгеля стойкий терапевтический эффект возникает в более короткие сроки по сравнению с традиционными средствами.

Ключевые слова: анасепгель, воспалительные заболевания пародонта, гингивит, пародонтит, традиционная терапия.

Maqsad: zamonaviy Anasepgel preparati yordamida bemorlarda periodontitni kompleks davolash samaradorligini baholash. Materiallar va usullar: aniq somatik patologiyasiz yoki remissiya holatida surunkali umumiy kataral gingivit va surunkali generalizatsiyalangan periodontitning dastlabki bosqichlari bo'lgan 20-45 yoshdagi har ikki jinsdagi 124 bemor kuzatuv ostida edi. Natijalar: davolash kursidan so'ng asosiy va nazorat guruhlari bemorlari indekslar yaxshilanganligini ko'rsatdilar: gigiena, PMA, PI, qon ketish darajasining pasayishi, periodontal cho'ntaklar chuqurligi boshlanishidan oldin ma'lumotlarga nisbatan. terapiya. Shu bilan birga, terapevtik va profilaktik ta'sir asosiy guruhdagi

bemorlarda ko'proq sezilgan.

Xulosa: anasepgeldan foydalanganda barqaror terapevtik ta'sir an'anaviy vositalar bilan taqqoslaganda qisqa vaqt ichida sodir bo'ladi.

Kalit so'zlar: anasepgel, yallig'lanishli periodontal kasalliklar, gingivit, periodontit, an'anaviy terapiya.

Objective: To evaluate the effectiveness of complex treatment of periodontitis in patients with the help of the modern drug Anasepgel. Material and methods: 124 patients of both sexes aged 20-45 years with the initial stages of chronic generalized catarrhal gingivitis and chronic generalized periodontitis of mild degree without pronounced somatic pathology or in remission were under observation.

Results: After the course of treatment, the patients of the main and control groups showed an improvement in the indices: hygiene, PMA, PI, a decrease in the degree of bleeding, the depth of periodontal pockets in comparison with the data before the start of therapy. Moreover, the therapeutic and prophylactic effect was more pronounced in the patients of the main group. Conclusions: When using anasepgel, a stable therapeutic effect occurs in a shorter time compared to traditional means.

Key words: anasepgel, inflammatory periodontal diseases, gingivitis, periodontitis, traditional therapy.

Хирургическая стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-08>
УДК: 616.314-089.28/29:616.314.17-008.1-003.93

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ



Сабилов Э.Э., Боймуратов Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день на первый план выходит проблема эстетики в стоматологии, и одной из важных задач пародонтальной пластической хирургии являются устранение и профилактика возникновения рецессии десны. Пародонтальная пластическая хирургия становится приоритетным направлением. Возможности пародонтальной хирургии все более расширяются с появлением усовершенствованных хирургических методик и средств, стимулирующих репаративные процессы мягких тканей [4].

Неотъемлемой частью современной пародонтологии являются хирургические вмешательства, такие как лоскутные операции, пластика уздечек и тяжелой слизистой оболочки полости рта, коррекция размеров преддверия полости рта, закрытие рецессии десны, увеличение объема кератинизированной десны [2,3].

Существует несколько теорий возникновения рецессии десны, в которых рассматриваются как генетические факторы (I), так и влияние экзогенных раздражителей (II). Одной из наиболее популярных теорий является генетическая (Dieter Dr., Lange E., 1999).

I. Гингиво-альвеолярная атрофия возникает первично после прорезывания зубов, т.к. генетически закладывается неправильное соотношение размеров, формы (признаков искривления) корней по отношению к толщине кости альвеолярного отростка челюсти. После прорезывания зубов под слизистой оболочкой образуются клинически не выявленные участки костной резорбции, а также свищевые ходы над корнями. В период функционирования зуба и с возрастом у пациента наступает истончение десневой связки, возникают трофические

нарушения, которые особенно увеличиваются при растягивании связок и при недостаточном объеме прикрепленной десны. Одним из неблагоприятных анатомических факторов является нарушение анатомии коронки зуба, при котором экваториальная часть не выражена и близка по объему к пришеечной его части. В результате неправильного перераспределения жевательного давления на коронку зуба пришеечная поверхность и связочный аппарат зуба испытывают повышенную нагрузку.

II. Теория возникновения рецессии под влиянием экзогенных факторов учитывает влияние ортопедических конструкций на пародонта (Maynard and Wilson, 1979), влияние ортодонтических аппаратов (Maynard and Ochenbein, 1975), натяжение слизистых тяжей и уздечки, мелкого преддверия полости рта, скученности зубов. Такие вредные привычки как держание ручки или карандаша, сосание языка и его переднее положение (инфантильный тип глотания), которое нередко сохраняется с раннего возраста, также могут влиять на состояние тканей пародонта. При такой ситуации язык упирается в язычную поверхность десны нижних резцов, что приводит к рецессии и последующему воспалению в этой области. Быстро прогрессирующие процессы в тканях пародонта, особенно при ювенильных формах, а также хирургическое лечение (кюретаж, лоскутные операции и др.) могут способствовать десневой рецессии. Глубокое резцовое перекрытие может являться также важным фактором, который приводит к обнажению шеек и корней зубов, т.к. данное состояние может способствовать механической травме маргинального края, особенно в области небной поверхности верхних резцов и вестибулярной поверхности нижних резцов.

Цель исследования

Изучение современного этиопатогенеза и оценка результатов хирургического лечения рецессии десны.

Материал и методы

Исследование проводили посредством контентанализа данных литературы с элементами структурного анализа. Объектом служили данные о современной методике ликвидации рецессии десны.

Результаты и обсуждение

Различные методики, предложенные для устранения косметических дефектов десны, были объединены термином «периодонтальная пластическая хирургия». Этот термин был предложен Миллером в 1969 г. Автор считает, что «периодонтальная пластическая хирургия – это целое направление в пародонтологии, использующее хирургические методы для коррекции анатомических или травматических деформаций десны и альвеолярной кости». На

сегодняшний день прогноз десневой пластики считается благоприятным в отношении рецессии 1-го и 2-го классов. Хирургические операции для закрытия дефектов 3-го и 4-го классов малоперспективны. В настоящее время в периодонтальной хирургии выделилось достаточно перспективное направление – методика направленной регенерации тканей (НТР) с использованием мембран, выполняющих барьерную функцию. НТР позволяет улучшить отдаленные результаты хирургических вмешательств за счет более совершенной трансформации кровяного сгустка под мембраной.

Еще одна группа хирургических методик стала применяться относительно недавно – использование матричных протеинов как факторов роста. К этой группе относится методика с использованием АллоДерма и Эмдогейна. Исследования матричных протеинов находятся на ранних этапах. Первые клинические испытания были проведены в 1991 г. Следует отметить, что в ходе периодонтальной регенерации происходит восстановление альвеолярной кости, цемента и периодонтальной связки зуба (Американская академия пародонтологии, 1993).

По данным В. Lange, Loe (1972), ширина кератинизированной десны должна быть не менее 2 мм. В 80-х годах к основным методикам, используемым для увеличения объема кератинизированной десны, причисляли вестибулопластику и десневой аутоотрансплантат. На сегодняшний день для увеличения объема кератинизированной десны используются различные процедуры.

N. Sato в 2000 г., резюмируя опыт ряда авторов, перечисляет следующие процедуры, способствующие увеличению объема кератинизированной десны: 1) расщеплено апикально направленный лоскут; 2) перемещение полностью или частично расщепленного лоскута: латерально направленный; двойной сосочковый; множественный межзубный сосочковый лоскут; 3) свободный тканевой аутоотрансплантат: десневой трансплантат с неба; подэпителиальный; аллотрансплантат – АллоДерм; 4) пластика уздечки и преддверия полости рта.

P.D. Miller, H.E. Grupe, R.G. Cafesse, S. Nyman (1982) указывают в своих статьях, что для выбора метода десневой пластики необходимо учитывать следующие параметры: количество зубов, ограничивающих область рецессии, ширину и глубину рецессии, расположение рецессии в области моляров. N. Sato [5] дополняет этот перечень несколькими условиями: объемом и толщиной кератинизированной десны, граничащей с областью рецессии, соотношением между высотой междесневых сосочков, примыкающих к области рецессии, местоположением рецессии к области улыбки, необходимостью десневой пластики после

реставрации или ортопедического лечения зубов. J.L. Wennstrom (1981) дополняет этот перечень тем, что в случае перемещения вертикальных лоскутов размер прилегающих десневых сосочков должен быть достаточным для успешной десневой пластики.

Специалисты ссылаются на разнообразные параметры, подтверждающие успешный результат десневой пластики. Однако, по данным Zucchelli и соавт. (2000), множественные рецессии десны встречаются в клинической практике значительно чаще, чем одиночные [1]. В случае множественных рецессий десны (МРД) аваскулярная поверхность корней является более обширной, что наряду с тонким биотипом десны, узкой зоной прикрепленной кератинизированной десны (ПКД) и выступающими поверхностями корней зубов, усложняет выбор хирургической методики лечения.

Langer (1985) впервые применил хирургическую методику, при которой ССТ перекрывают расщепленным лоскутом. Недостатком коронально смещенного лоскута являлась необходимость выполнения вертикальных послабляющих разрезов, что негативно отражается на эстетическом результате. В дальнейшем Raetzke (1985) предложил технику «конверта» для закрытия одиночных рецессий, при которой ССТ укладывают в конверт, выполненный по методике коронально смещенного лоскута, но без проведения вертикальных послабляющих разрезов.

Allen (1994) описал применение данной методики при устранении множественных рецессий [1]. Zabelgui и соавт. (1999) разработали тоннельную технику, которая представляет собой соединение «множественных конвертов» с сохранением десневых сосочков. В 2002 г. Azzi описал модификацию данной методики: он предложил формировать слизисто-надкостничный тоннель через внутрибороздковые разрезы. В 2007 г. Otto Zuhrt предложил использовать модифицированную микрохирургическую тоннельную технику для устранения множественных рецессий. Модификация заключается в фиксации ССТ под частично расщепленным лоскутом с вестибулярной стороны. Достоинством этой методики является исключение не только вертикальных, но и горизонтальных разрезов, благодаря чему улучшается кровоснабжение ССТ из области десневого сосочка и прилегающих тканей [3].

В 2000 г. Zucchelli, De Sanctis описали методику одновременного устранения нескольких рецессий с помощью коронального смещения лоскута. Эта методика подразумевает отслаивание конвертного лоскута с применением латерального или фронтального доступа без вертикальных послабляющих разрезов, который затем смещают

в корональном направлении для устранения рецессий.

Выводы

1. Лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти: $91,1 \pm 18,8\%$ для модифицированной тоннельной методики и 100% в случаях применения коронально смещенного лоскута ($p < 0,01$).

2. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты: $86,3 \pm 17,6\%$ в случаях применения коронально смещенного лоскута и $70,9 \pm 19,9\%$ – для модифицированной тоннельной методики ($p > 0,01$).

3. Применение критерия Краскела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что метод коронально смещенного лоскута показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ($p < 0,01$).

Литература

1. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний. – М.: Мед. информ. агентство, 2016. – 96 с.
2. Коэн Э.С. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта/ Пер. А. Островского. – М.: Практ. медицина, 2011. – 512 с.
3. Смирнова С.С. Оптимизация лечения рецессии десны (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 111 с.
4. Февралёва А.Ю., Давидян А.Л. Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз. – М.: ПолиМедиа Пресс, 2007. – 152 с.
5. Sato N. Пародонтальная хирургия: клинический атлас. – Quintessence, 2000.

Цель: изучение современного этиопатогенеза и оценка результатов хирургического лечения рецессии десны. **Материал и методы:** Исследование проводили посредством контент-анализа данных литературы с элементами структурного анализа. Объектом служили данные о современной методике ликвидации рецессии десны. **Результаты:** сегодня прогноз десневой пластики считается благоприятным в отношении рецессии 1-го и 2-го классов. Хирургические операции для закрытия дефектов 3-го и 4-го классов малоперспективны. **Выводы:** целью этих операций является хороший эстетический результат и профилактика ряда нарушений в тканях пародонта, возникающих у пациентов с возрастом, после ортопедического или ортодонтического лечения, имплантации.

Ключевые слова: этиология, условия развития, рецессия десны.

Objective: To study modern etiopathogenesis and assess the results of surgical treatment of gum

recession. Material and methods: The research was carried out by means of content analysis of literature data with elements of structural analysis. The object was the data on modern techniques for eliminating gum recession. Results: Today the prognosis for gingival repair is considered favorable in relation to the recession of the 1st and 2nd grade. Surgical operations for the closure of defects of the 3rd and 4th classes are not very promising. Conclusions: The purpose of these operations is a good aesthetic result and prevention of a number of disorders in the periodontal tissues that occur in patients with age, after orthopedic or orthodontic treatment, and implantation.

Key words: etiology, developmental conditions, gum recession.

Maqsad: zamonaviy etiopatogenezni o'rganish va tish go'shtining retsessiyasini jarrohlik davolash

natijalarini baholash. Materiallar va metodlar: Tadqiqot tarkibiy tahlil elementlari bilan adabiyot ma'lumotlarini tarkibini tahlil qilish orqali amalga oshirildi. Ob'ekt saqichning turg'unligini yo'q qilishning zamonaviy texnikasi to'g'risidagi ma'lumotlar edi. Natijalar: bugungi kunda tish go'shtini tiklash prognozi 1 va 2-sinflar turg'unligiga nisbatan qulay hisoblanadi. 3 va 4-sinflarning nuqsonlarini yopish bo'yicha jarrohlik operatsiyalari unchalik istiqbolli emas. Xulosa: ushbu operatsiyalarning maqsadi yaxshi estetik natija va ortopedik yoki ortodontik davolanish va implantatsiyadan so'ng yoshi bor bemorlarda paydo bo'ladigan periodontal to'qimalarda yuzaga keladigan bir qator kasalliklarning oldini olishdir.

Kalit so'zlar: etiologiya, rivojlanish sharoitlari, saqich retsessiyasi.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-09>
УДК 616.716.4-002:616.314-085 ББК 12.03.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.



Рахимов З.К., Назаров Ж.Э., Нематова Ф.Ф.

Бухарский Государственный медицинский институт.

Актуальность. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области составляют от 60 % до 90 % коечного фонда специализированных челюстно-лицевых стационаров наблюдается тенденция к росту числа больных с данной патологией. Несмотря на совершенствование методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений травм костей лицевого скелета; проблема гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии продолжает оставаться актуальной. Важным патогенетическим звеном в развитии воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти является нарушение местной иммунной защиты, регионального кровообращения и иннервации в зоне перелома, ухудшение гигиены полости рта и нарушение жевательной функции.

Материалы и методы исследования:

Нами, для решения поставленной цели, все изучаемые больные были разделены на 2 группы. При этом одной группе больных проводилась традиционная терапия, в то время как во второй группе дополнительно к традиционной, было проведено специальное лечение.

К препаратам, используемым в традиционной

терапии входили: Фурацилин, Хлоргексидин, и Бифидумбактерин. В тоже время к препаратам используемым в качестве специальной терапии использовались: Cerrata, Sekstophag, Азитромицин и Florbiolact.

Для оценки эффективности использования лечебных препаратов, как в традиционном, так и специальном способе нами было проведено изучение количественных и качественных показателей флоры полости рта в динамике лечения (1-7-14-30 дней).

У большинства обследуемых больных с переломами нижней челюсти, нами также было изучено состояние колонизационной резистентности наиболее важных биотопов полости рта: десна, поверхность языка, щёки и нёба. Для этого первоначально были подготовлены гильзы с определенной площадью поверхности, после их стерилизации они были залиты высокоселективными питательными средами, помещены в чашки Петри и внесены в холодильник. При обследовании больных, этими гильзами прикасались к слизистым оболочкам биотопов полости рта, на 2-3 сек, а затем эти гильзы обратно помещали в чашки Петри, и затем их вносили в термостат при t 37° на 18-24 часа (рис).