

А.Ф. Верапатвелян<sup>1</sup>,  
к.м.н., врач-стоматолог-ортодонт высшей  
категории, доцент кафедры детской  
стоматологии, ортодонтии и челюстно-  
лицевой хирургии

К.К. Гаспарян<sup>1</sup>,  
врач-стоматолог-хирург высшей категории,  
кафедра детской стоматологии, ортодонтии  
и челюстно-лицевой хирургии

А.В. Топольян<sup>2</sup>,  
врач-стоматолог-ортодонт

А.С. Мосесова<sup>1</sup>,  
врач-стоматолог-хирург, кафедра детской  
стоматологии, ортодонтии и челюстно-  
лицевой хирургии

С.С. Стрельникова<sup>1</sup>,  
студентка V курса стоматологического  
факультета

Н.В. Нуйкина<sup>1</sup>,  
студентка IV курса стоматологического  
факультета

<sup>1</sup> КубГМУ

<sup>2</sup> ООО «Вера Дент», Краснодар

## Протокол комплексного ортодонтно-хирургического лечения рецессии десны у детей

**Резюме.** Комплексная диагностика, раннее выявление и своевременное устранение травмирующих факторов путем ортодонтического лечения помогают предотвратить усугубление рецессии десны. Первые признаки данной патологии проявляются в сменном прикусе. Проведение конусно-лучевой компьютерной томографии позволяет выявить особенности строения зубочелюстной системы пациента и предвидеть зону риска. В зону риска попадают пациенты с тонким биотипом десны. При наличии рецессий у таких пациентов требуется хирургическая коррекция до и после ортодонтического лечения.

**Ключевые слова:** рецессия десны, ортодонтическое лечение, хирургическая коррекция, комплексная диагностика

**Summary.** Complex diagnosis, early detection and timely removal of traumatic factors by orthodontic treatment helps to prevent the worsening of gum recession. The first signs of this pathology are manifested in a replaceable bite. Conducting computer tomography allows to reveal the peculiarities of the structure of the patient's dentoalveolar system and to anticipate the risk zone. Patients with a subtle biotype of the gum fall into the risk zone. In the presence of recessions, such patients require surgical correction before and after orthodontic treatment.

**Key words:** gum recession, orthodontic treatment, surgical correction, complex diagnostics

Исследования полости рта детей Краснодарского края свидетельствуют о высокой распространенности такой патологии, как скученность зубов. В работах авторов [1, 3, 4, 11] указано, что почти у 75% детей наблюдаются нарушения прикуса разной степени сложности. У 12–47% из них ортодонтическая патология сопровождается заболеваниями слизистой оболочки полости рта: гингивитом, хейлитом, рецессией десны и др. [5, 8, 10, 12].

Рецессия десны (РД) — это изменение уровня десневого края относительно цементно-эмалевой границы, которое ведет к обнажению корня зуба [2].

Цель исследования: сформулировать протокол комплексного ортодонтико-хирургического лечения РД у пациентов со сменным и постоянным прикусом, учитывая этиологию РД.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено стандартное клиническое стоматологическое обследование детей с РД до ортодонтического лечения в возрасте 8–17 лет: 17 — со сменным и 14 — с постоянным прикусом. Измерение РД проводилось пародонтологическим

зондом по ВОЗ. Изучены диагностические модели челюстей, данные рентгенологических исследований — ортопантограмма (ОПТГ), телерентгенограмма головы в прямой проекции (ТРГ), конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первые признаки РД проявляются при сменном прикусе на этапе прорезывания постоянных резцов, чаще на нижней челюсти (рис. 1). У 2 пациентов наблюдали РД с небной поверхности верхних резцов при травмирующей глубокой окклюзии.

Величина РД при сменном прикусе составила  $2 \pm 1$  мм, в постоянном —  $3,0 \pm 0,75$  мм.

При клиническом обследовании пациентов выявляли факторы, влияющие на образование РД (см. таблицу). Из таблицы видно, что при сменном прикусе причиной рецессий чаще является травматическая окклюзия, аномалия преддверия и уздечек губ и протрузия резцов.

При планировании лечения у пациентов с постоянным прикусом



Рис. 1. До ортодонтического лечения: рецессия в области зуба 3.1

**Факторы, влияющие на образование РД, и их частота (в %)**

Прикус	Травматическая окклюзия резцов	Тонкий биотип слизистой оболочки в области резцов	Низкое преддверие полости рта	Аномальное прикрепление уздечек губ	Скученность резцов	Протрузия резцов	Дефицит апикального базиса	Макродентия резцов
Сменный	85	47	33,3	25	10	57,5	5	24,75
Постоянный	30	52	17,4	16,8	45	35	16,5	21,5

определяли толщину костной ткани на КЛКТ. Это позволяет выявить индивидуальные особенности строения зубочелюстной системы пациента и предвидеть зону высокого риска. Наличие кортикальной кости с вестибулярной поверхности зуба в сочетании с толстым биотипом десны наиболее благоприятно для ортодонтического лечения.

При определении типа роста лицевого скелета по данным ТРГ обратили внимание, что у детей с горизонтальным типом роста кортикальная пластинка значительно толще, чем с вертикальным (рис. 2). На верхней челюсти кортикальная пластинка всегда толще, чем на нижней у брахицефалов [7]. У долихоцефалов на верхней челюсти кортикальная пластинка всегда толще нижней в переднем отделе, и наоборот — в боковых отделах. По данным ОПТГ получали информацию только о количестве зубов и наличии или отсутствию сверхкомплектных.

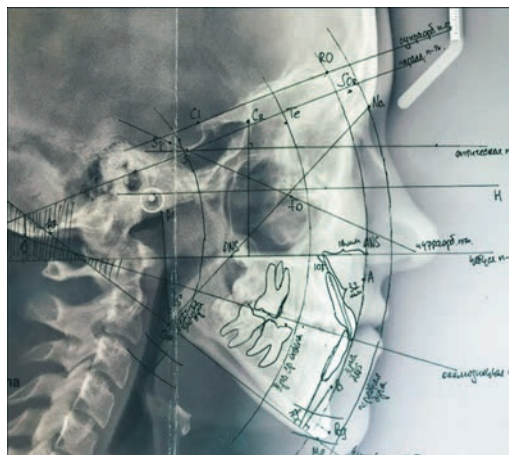


Рис. 2. ТРГ перед ортодонтическим лечением: пациент с вертикальным типом роста и тонким биотипом десны

Принятый нами протокол комплексного ортодонтического-хирургического лечения данной патологии в сменном прикусе заключался:

1. В устранении травмирующего фактора путем разобщения прикуса с помощью съёмных ортодонтических устройств (рис. 3);
2. Хирургическая коррекция патологического влияния уздечек, тяжей и углубление преддверия полости рта [6, 9] (рис. 4);
3. Проведение ортодонтического лечения через 3—6 месяцев после хирургического вмешательства, направленное на расширение зубных дуг с помощью съёмных устройств.

Обращает на себя внимание тот факт, что при перемещении нижних зубов лингвально из лабиальной позиции, т.е. при устранении протрузии, происходило уменьшение РД без ее пластики, на наш взгляд, за счет утолщения слизистой оболочки. В таких случаях хирургическая коррекция не проводилась. Этот процесс мы наблюдали у 3 растущих пациентов.

При постоянном прикусе у пациентов с РД преобладает скученность резцов и тонкий биотип слизистой оболочки десны. Поэтому хирургическая подготовка перед ортодонтическим лечением заключалась в изменении биотипа десны путем пластики свободным соединительнотканым лоскутом. Далее лечение проводили на несъемной безлигатурной технике, с применением адекватных сил (рис. 5). В этом возрасте не наблюдали самопроизвольного устранения РД во фронтальном отделе верхнего зубного ряда. Чтобы не усугублять этот дефект и снизить натяжение мягких тканей пародонта и уменьшить размер зубов при макродентии проводили аппроксимальную редукцию эмали. Однако при перемещении нижних резцов из лингвальной позиции вестибулярно у 2 пациентов наблюдали появление



Рис. 3. Тот же пациент на этапе ортодонтического лечения: выведение резцов из травмирующего прикуса с помощью ортодонтического устройства — процесс стабилизирован



Рис. 4. Отдаленный результат лечения рецессии в области зуба 3.1 при сменном прикусе. После перемещения зуба из вестибулопозиции орально проведена пластика преддверия



Рис. 5. Тот же пациент на этапе лечения несъемной техникой



Рис. 6. Рецессия в области зуба 3.1, возникшая в процессе ортодонтического лечения



Рис. 7. Пластика десны, закрытие рецессии в области зуба 3.1

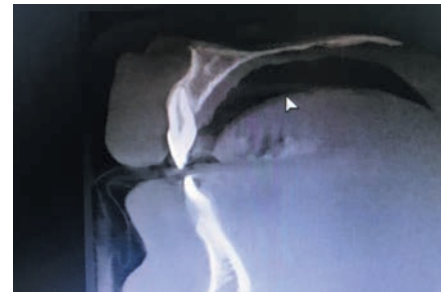


Рис. 8. КЛКТ пациента перед ортодонтическим лечением

и у 1 углубление РД. Это осложнение ортодонтического лечения устраняли пластикой десны в ретенционном периоде (рис. 6, 7).

## ВЫВОД

Рецессия десны возникает при сочетании нескольких факторов. Протокол комплексного ортодонтико-хирургического лечения данной патологии индивидуален

для каждого пациента и зависит от его возраста, этиологии, глубины и степени поражения, места локализации процесса. При отказе от лечения патологический процесс усугублялся в постоянном прикусе. Ортопантомограмма как метод диагностики для оценки толщины кортикальной кости у резцов малоинформативна при данной патологии и следует отдавать предпочтение диагностической конусно-лучевой компьютерной томографии (рис. 8).

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Восканян А.Р., Аюпова Ф.С., Алексеенко С.Н., Зобенко В.Я. Стоматологический статус детей Апшеронска и станции Крыловской Краснодарского края по результатам профилактического осмотра. — *Вестник БашГМУ*. — 2017; 4: 35—40.
2. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 548 с.
3. Дудник О.В., Мамедов А.А., Дыбов А.М., Харке В.В., Мазурина Л.А. Ортодонтическое лечение скученного положения зубов у детей с применением комплексной диагностики. — *Стоматология детского возраста и профилактика*. — 2016; 4 (59): 43—44.
4. Занин С.А., Волобуев В.В., Сухинин А.А. Оценка стоматологического статуса студентов первого курса КубГМУ. — *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2015; 3—4: 618—22.
5. Медведева Е.Ю. Диагностика и лечение рецессии десны у пациентов с зубочелюстными аномалиями: автореф. дис. ... к.м.н. — Санкт-Петербург, 2015. — 30 с.
6. Модина Т.Н., Акишева А.Р., Мамаева Е.В. Вестибулопластика у детей младшего школьного возраста. — *Пародонтология*. — 2016; 2 (79): 48—9.
7. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 28.
8. Соболева Т.Ю. Организация и проведение профилактики стоматологических заболеваний у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. — *Пародонтология*. — 2015; 4 (77): 59—60.
9. Amine K., El Amrani Y., Chemlali S., Kissa J. Alternatives to connective tissue graft in the treatment of localized gingival recessions: A systematic review. — *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. — 2018; 119 (1): 25—32.
10. Jati A.S., Furquim L.Z., Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. — *Dental Press J Orthod*. — 2016; 21 (3): 18—29.
11. Morris J.W., Campbell P.M., Tadlock L.P., Boley J., Buschang P.H. Prevalence of gingival recession after orthodontic tooth movements. — *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. — 2017; 151 (5): 851—9.
12. Mijuskovic M., Gebistorf M.C., Pandis N., Renkema A.M., Fudalej P.S. Tooth wear and gingival recession in 210 orthodontically treated patients: a retrospective cohort study. — *Eur J Orthod*. — 2017; 14. doi: 10.1093/ejo/cjx083.