

научно - практический журнал

# НОВОЕ В СТОМАТОЛОГИИ

[www.newdent.ru](http://www.newdent.ru)

5/241/2019

TEAM  
WORK  
MEDIA

dental publishing  
Deutschland



S. Tansella, K. Spino, M. Beretta

## Использование биосовместимого композита для закрытия нескольких двусторонних рецессий десны

Перевод: Д. А. Павлов

Биосовместимый, эстетичный, компактный, гадарон-кальций-хлорид, адгезивное покрытие.

### ВВЕДЕНИЕ

В последнее время для пациентов все более важное значение имеет эстетика. Их беспокоят такие проблемы, как клиновидные дефекты, возникшие в результате стирания твердых тканей зубов, а также вопросы токсичности стоматологических материалов. Клиновидные дефекты возникают не в результате кариеса, а из-за травмирующих нагрузок на зубы в пришеечной области. Они часто возникают из-за неправильной чистки зубов, а также в результате окклюзионной травмы, их еще называют абфракционные дефекты. Наличие некариозных клиновидных дефектов (НКД) может привести к таким последствиям, как гиперчувствительность на горячее и холодное, аккумуляция налета и эстетические проблемы. Показания к устранению НКД включают эстетические причины, когда они изменены в цвете, сочетаются с десневой рецессией, вызывают повышенную чувствительность дентина или деминерализацию из-за повышенного скопления зубного налета. Иногда отсутствует видимое цементно-эмалевое соединение (ЦЭС). Обнажение ЦЭС является показателем необходимости хирургического вмешательства

для закрытия десневой рецессии. Для достижения положительного результата при мукогингивальной хирургии ЦЭС должно быть восстановлено. В случае глубоких НКД следует создать новый качественный профиль зубов. Композитная реставрация по V классу предполагает создание нового ЦЭС и максимальное закрытие корня зуба (МЗК), при этом ЦЭС могло ранее находиться на другом уровне. После правильно проведенной композитной реставрации и хирургического закрытия рецессии десны композит будет находиться с ней в контакте. При этом важно, чтобы наши пломбы не препятствовали процессу заживления. Поэтому для таких работ следует выбирать биосовместимые материалы. В представленном клиническом случае было проведено лечение молодой пациентки с множественными рецессиями путем их закрытия реставрациями по V классу в сочетании с хирургией десны.

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка, 29 лет, обратилась в нашу клинику со множественными рецессиями десны и гиперчувствительностью без



Рис. 1. Исходный вид зубных рядов спереди.  
Рис. 2, 3. Вид сбоку первого и второго квадрантов.



Рис. 4. Отсутствие корректного профиля до лечения и вновь сформированный профиль после лечения.

Рис. 5. Хирургический разрез.

Рис. 6. Пассивное расположение лоскута, без натяжения.

Рис. 7. Через 14 дней после операции.

Рис. 8. Через 3 мес после операции.

значительных осложнений в анамнезе. Клинический осмотр показал рецессии десны и НКД на верхней и нижней челюстях (рис. 1).

Причинами таких поражений были механическая травма при чистке зубов и парафункция прикуса. Пациентка отказалась от ортодонтического лечения. Мы решили снизить влияние парафункциональных привычек с помощью сплин-терапии после завершения хирургического лечения. Дефекты по типу рецессии десны – I класса по Миллеру, измерили путем расчета расстояния между цементно-эмалевым соединением (ЦЭС) и десневым краем, это значение приняли за высоту рецессии (hR). Если в области клиновидного дефекта ЦЭС не наблюдалось, измерение проводили после выполнения реставрации по V классу с целью МЗК.

По согласованию с пациенткой мы решили разделить все лечение на два хирургических этапа. Сначала мы планировали восстановить клинические коронки с целью МЗК. У зубов 1.6, 1.5, 1.4, 2.4 и 2.5 ЦЭС не определялось, отсутствовал десневой карман (ДК) и было недостаточно кератинизированной десны (КД) (рис. 2).

После проведения профессиональной гигиены были выполнены реставрации по V классу в области зубов 1.4, 1.5, 2.4 и 2.5. Для определения правильной высоты двух реставраций было предварительно проведено хирургическое вмешательство для определения возможности МЗК. Выбранной хирургической техникой было корональное перемещение лоскута с мезиальным послабляющим разрезом в области множественной рецес-

сии в первом квадранте и корональное перемещение лоскута без разреза во втором квадранте (Zucchellis Technique). После определения цвета выбрали материал Enamel Plus HRi Dentine B05 в качестве дентиновой основы реставрации и ENA HRi BIO FUNCTION BF1 в качестве эмалевого слоя. Выбор материала ENA HRi BIO FUNCTION BF1 определялся его биосовместимостью, механическими и функциональными свойствами, схожими с естественной эмалью. Отсутствие в его составе сомономеров и Bis-GMA обеспечивает создание благоприятных условий на поверхности зуба в зоне контакта с десневым лоскутом, что способствует его успешному заживлению. Вестибулярную поверхность зубов загнули круглым бором (rosette), на корональной стороне сделали длинный ског, который затем полировали красными резинками наконечником с синим кольцом. Травлящий гель ENetch наносили на 30 с и промывали поверхность в течение 30 с водой. С помощью микробраша наносили раствор диглюконата хлоргексидина 0,2%. Наносили Ena Bond в течение 60 с, который полимеризовали в течение 30 с. Наносили и втирали материал Ena Seal в течение 30 с и в течение 30 с полимеризовали. После завершения адгезивной подготовки накладывали слой дентина из материала B05 и засвечивали. Заканчивали реставрацию материалом BF1, восстанавливая тем самым корректный профиль зубов и ЦЭС (рис. 4).

Проводили тщательную полировку реставраций. Хорошо отполированная реставрация накапливает меньше зубного налета, более благоприятна для тканей пародонта и дольше сохраняет эстетику. Был составлен план хирургического лече-



Рис. 9. Хирургический разрез и депителизация сосочков.  
 Рис. 10. Через 14 дней после операции.  
 Рис. 11. Через 1 мес после операции.  
 Рис. 12, 13. Вид сбоку через 12 мес после операции.  
 Рис. 14, 15. Вид сбоку через 18 мес после операции.  
 Рис. 16. Через 18 мес после операции, контур десны напоминает «крылья альбатроса».

ния. Сначала под местной анестезией провели корональное перемещение лоскута с созданием послабляющего разреза мезиальнее первого премоляра (рис. 5). Для исключения натяжения сформировали расщепленный лоскут на полную ширину (рис. 6).

Провели скейлинг и сглаживание поверхности обнаженной части корня, а также обработку раствором ЭДТА 24%. После депителизации анатомических сосочков ушили рану резорбируемым материалом PGA 6/0.

Послеоперационный уход включал фармакологическую поддержку и инструкции в отношении гигиены: полоскание хлоргексидином 0,2% дважды в день в течение 7 нед, в течение которых было запрещено чистить зубы щеткой и пользоваться флоссом.

Через 2 нед сняли швы и дали инструкции по гигиене – использовать в течение 2 мес ультрамягкую зубную щетку и легкую плоскую зубную нить (рис. 7). Пациентку наблюдали в течение 1 мес, и через 3 мес был получен удовлетворительный результат закрытия рецессии (рис. 8).

Для второго квадранта была выбрана другая хирургическая техника закрытия рецессии – корональное перемещение лоскута без послабляющего разреза (Zucchellis Technique) (рис. 9). Сформировали расщепленный лоскут на полную ширину, провели скейлинг и сглаживание поверхности обнаженного корня, а также обработку раствором ЭДТА 24%. Депителизацию анатомического сосочка провели с помощью микрохирургических ножниц и ушили рану с помощью матрасных швов из резорбируемого материала PGA 6/0. Пациентке дали аналогичные инструкции в отношении послеоперационной гигиены. Через 2 нед сняли швы и дали новые инструкции по гигиене (рис. 10). Пациентку наблюдали 1 мес, и через 3 мес был получен удовлетворительный результат заживления (рис. 11).

Через 12 и 18 мес после операции результат закрытия рецессии сохранился (рис. 12–15).

Ответ тканей на реставрацию композитом был оптимальным: признаков воспаления не наблюдали. Уровни закрытия рецессии были стабильными, появилась кератинизированная десна. Качественный профиль был достигнут, вероятно, за счет использования биосовместимого материала ENA BIOFUNCTION, отсутствовал в его составе Бисфенола А, который выделяется у других материалов при полимеризации. Это обеспечило хорошее состояние тканей и отсутствие воспаления (рис. 16).

Sebastion Tansella

DMSc, ассистент профессора ортодонта, Отделение реабилитации челюстной рты, Миланский университет, Италия.

Katia Spina

Старший стоматолог, IRCCS стоматологический факультет, Миланский университет, Италия.

Mario Beretta

DCS, MSc, PhD, клинический доцент, Стационар челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, Миланский университет, Италия.