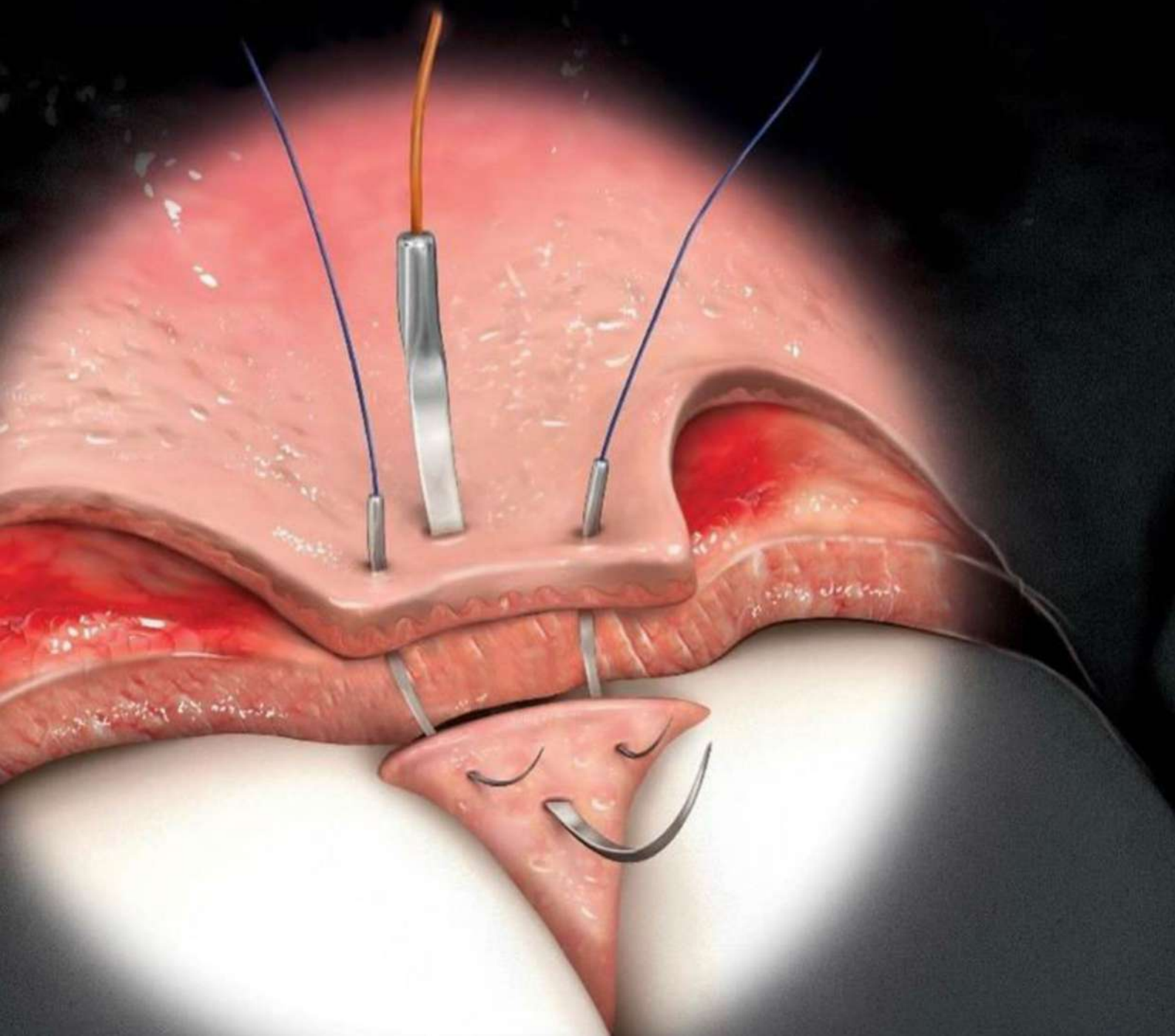


БРУНО НИКОЛОВСКИ

ВЕРА РАДОЈКОВА НИКОЛОВСКА

ПАРОДОНТАЛНИ ХИРУРШКИ РЕШЕНИЈА НА МУКОГИНГИВАЛНИТЕ ОТСТАПУВАЊА



**МУКОГИНГИВАЛНА ТЕРАПИЈА –
ПАРОДОНТАЛНА ПЛАСТИЧНА
ХИРУРГИЈА**

ВОВЕД	4
ГИНГИВАЛНА АУГМЕНТАЦИЈА	6
ГИНГИВАЛНА ДИМЕНЗИЈА И ПАРОДОНТАЛНО ЗДРАВЈЕ	7
МАРГИНАЛНА ТКИВНА РЕЦЕСИЈА	9
МАРГИНАЛНА ТКИВНА РЕЦЕСИЈА И ОРТОДОНТСКИ ТРЕТМАН	
ГИНГИВАЛНА ДИМЕНЗИЈА И РЕСТАВРАТИВНА ТЕРАПИЈА	18
ИНДИКАЦИИ ЗА ГИНГИВАЛНА АУГМЕНТАЦИЈА	20
АУГМЕНТАЦИСКИ ПРОЦЕДУРИ	21
ЗАЗДРАВУВАЊЕ ПО АУГМЕНТАЦИСКИТЕ ПРОЦЕДУРИ	
КОРЕНСКО ПРЕПОКРИВАЊЕ	28
ПРОЦЕДУРИ ЗА КОРЕНСКО ПРЕПОКРИВАЊЕ	30
ПРИДОБИВКА ОД ПРОЦЕДУРИТЕ ЗА КОРЕНСКО ПРЕПОКРИВАЊЕ	
МЕКОТКИВНО ЗАЗДРАВУВАЊЕ НАД ПРЕПОКРИЕНАТА КОРЕНСКА ПОВРШИНА	50
РЕКОНСТРУКЦИЈА НА ИНТЕДЕНТАЛНА ПАПИЛА	63
ХИРУРШКИ ТЕХНИКИ	65
ПРОЦЕДУРИ ЗА КЛИНИЧКО ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА КОРОНКА	65
ПРЕКУМЕРНА ГИНГИВАЛНА ВИДЛИВОСТ	
ЕКСПОНИРАЊЕ НА ЗАБНА СУПСТАНЦА	70
ЕКТОПИЧНА ЕРУПЦИЈА НА ЗАБ	72
ДЕФОРМИРАН АЛВЕОЛАРЕН ГРЕБЕН	79
ПРЕВЕНЦИЈА НА МЕКОТКИВЕН КОЛАПС ПО ЕКСТАКЦИЈА НА ЗАБ	81
КОРЕКЦИЈА НА ДЕФЕКТИ НА АЛВЕОЛАРЕН ГРЕБЕН СО УПОТРЕБА НА МЕКОТКИВЕН ГРАФТ	
ХИРУРШКИ ПРОЦЕДУРИ ЗА КОСКЕНА АУГМЕНТАЦИЈА	82
ЛИТЕРАТУРА	96

Мукогингивална терапија претставува општ термин кој се користи да се опишат пародонталните хируршки процедури вклучени во третман за корекција на дефекти во морфологијата, поставеноста, и / или соодносот на меките ткива и коските како базична поддршка на забите и денталните импланти (Речник на термини во пародонтологија 2001/ Glossary of Terms in Periodontology 2001).

Терминот мукогингивална хирургија е воведен во 1950-те години од страна на Friedman (1957) и е дефиниран како "хируршки процедури дизајнирани за презервација на гингивалното ткиво, отстранување на девијантните ткивни ресички (френулуми) или мускулни припои, како и зголемување на длабочината на *vestibulum oris*". Често, терминот "мукогингивална хирургија" е користен за да се опишат сите хируршки процедури кои ги инволвираат гингивата и алвеоларната слузница. Како резултат на тоа, овде припаѓаат не само техниките дизајнирани за да се зголеми гингивалниот појас и да се корегираат дефектите на меките ткива, туку во мукогингивалните третмански модалитети се вклучуваат и процедурите за елиминирање на пародонталните џебови. Во 1993 година, Miller го предложува терминот "пародонтална пластична хирургија", со оглед на унапредувањето на мукогингивалната хирургија од, до тогаш, традиционалниот третман на проблемите асоцирани со износот на гингивалното ткиво и дефектите со гингивална рецесија. Така, оваа нова терминологија ги вклучува и корективните процедури на формата на алвеоларната и мекоткивната естетика. **Пародонталната пластична хирургија** сега се дефинира како "хируршки процедури кои се изведуваат за превенција или корекција на анатомските, развојните, трауматските или инфламаторно асоцираните дефекти на гингивата, алвеоларната слузница или алвеоларна коска" (Proceedings of the World Workshop in Periodontics, 1996).

Меѓу третманските процедури што се вклучуваат во рамките на оваа дефиниција се различни хируршки постапки врз меките и тврдите ткива во насока на:

- Гингивална аугментација
- Корекција на коренска експозиција
- Отстранување на мукозни дефекти кај дентални импланти
- Клиничко продолжување на коронка
- Презервација на гингива при ектопична ерупција на забите
- Отстранување на девијантни френулуми
- Превенција на алвеоларна ресорпција по екстракција на заб
- Аугментација на беззаб гребен.

Во фокусот на овој труд, главно ќе бидат презентирани хируршките процедури за корекција на дефекти кај меките ткива во однос на забите и беззабиот алвеоларен гребен.

Прегледот на литературата за постапките за аугментација на гингивата открива дека оправданоста за зголемување на ширината на гингивата, како основа за промовирање на гингивалното здравје и подобрување на нивото на припој е слабо поткрепена со научни докази. Клиничкото искуство, приказите на случаи и нецелосно поткрепените информации често се користат како главна референца за да се оправда некоја хируршка интервенција. Од тој аспект, дискусијата и неодговорените прашања кои ги предизвикуваат достапните научни докази за улогата која ја има гингивата во заштита на пародонтот, се чинат соодветни.

Многу години наназад, присуството на "соодветна" гингивална зона се сметало од суштинско значење за одржување на здравјето на маргинално гингивално ткиво и за превенција на континуирана загуба на припојот на сврзното ткиво.^{1,2} Авторите го застапуваат ставот дека регии со тесна гингивална зона се повеќе предиспонирани кон инфламација, додека широката зона на гингивата, дури и во соседна регија, останува здрава и без знаци за инфламација. Така се наметнал концептот дека тесната зона на гингивата е инсуфициентна да го заштити пародонциумот од повреди предизвикани од фриксионите сили што се појавуваат за време на мастикацијата и да се спротивстави на повлекувањето на маргиналната гингива поради мускулната влеча во соодветната регија. Покрај тоа, се верувало дека "недоволна" гингивална зона ќе фаворизира формирање на субгингивални формации на дентален плак поради продлабочените гингивални сулкуси како резултат на мобилноста на маргинално ткиво и загуба на атакмент и мекоткивна рецесија, поради намалената ткивна резистентност на апикално мигрирање кај гингивалните плак асоцирани лезии.^{3,4} Исто така, се смета дека тесен гингивален појас во комбинација со плиток вестибуларен форникс може да ја фаворизира импакцијата на храна при мастикација и да го попречат изведувањето на правилни орално-хигиенски мерки.

Постојат различни мислења изразени во однос на она што може да се смета дека е "соодветна" или "доволна" димензија на гингивата. Некои автори од 20-от век го застапуваат ставот дека димензија на гингивата помала од 1 mm може да биде доволна, други тврдат дека апико-коронарната висина на кератинизираната гингива треба да надминува 3 mm.^{5,6} Трета група автори имаат повеќе биолошки пристап кон прашањето и изјавуваат дека соодветен износ на гингивата е секоја димензија на гингивата која е компатибилна со здравјето на гингивата или го спречува повлекување на маргиналната гингива за време на движењето на алвеоларната слузница.⁷

Една од првите студии во кои биле направени обиди да се оцени сигнификантноста на гингивалната зона за одржување на пародонталното здравје била спроведена од страна на Lang и Löe кај студенти по стоматологија чии што заби секојдневно биле професионално четкани во траење од шест седмици.⁸ Сите букални и лингвални површини биле испитувани за присуство/отсуство на дентален плак, гингивалната кондиција и апико-коронарната висина на гингивата. Резултатите покажале дека и покрај тоа што од површините на забите бил елиминиран денталниот плак, сите забни површини со гингива чија висина е помала од 2 mm, бележеле клинички знаци на инфламација. Врз основа на ова набљудување авторите сугерираат дека 2 mm на гингивата е соодветна ширина за одржување на гингивалното здравје. Подоцнежните клиничките испитувања, сепак, не успеваат да го поткрепат овој концепт за потребната минимум димензија на гингивата.^{9,10} Всушност, овие клинички испитувања демонстрираат дека е можно да се задржи клинички здрава гингива дури и во области со помалку од 1 mm ширина на прикрепената гингива.

На прашањето дали цврсто прикрепениот дел на гингивата е од суштинско значење за заштита на пародонциумот, одговараат Wennström и Lindhe користејќи како модел куче од расата Бигл.¹¹ Во овие студии експериментално биле утврдени денто-гингивални униии со различни клинички карактеристики; единици со тесна и мобилна зона на кератинизирана гингива и единици со широка, цврсто припоена гингива. Со секојдневни мерки за контрола на денталниот плак, гингивалните единици можат да се одржуваат без клинички и хистолошки знаци за воспаление, без оглед на присуството или отсуството на прикрепениот дел од гингивата. Кога била овозможена акумулација на бактерискиот плак во тек на 40 дена, се јавиле и клиничките знаци за воспаление (црвенило и едем), особено во регии со мобилно гингивално ткиво компарирани со области со присуство на широка и цврсто прикрепена гингивална зона. Сепак, хистолошката анализа покажала дека големината на воспалителниот клеточен инфилтрат и екстензијата во апикален правец (проценка која индиректно може да се користи како одредиште за апикална миграција на бактерискиот плак) биле слични во двете категории на дентогингивални единици. Откритието дека клиничките знаци на гингивална инфламација не соодветствуваат со големината на воспалителниот клеточен инфилтрат ја илустрира тешкотијата која се наметнува при интерпретација на податоците од клиничките испитувања направени во области со различна ширина на гингивата. Ова треба да се има

на ум кога се интерпретираат податоците од страна на Lang и Löe кои покажуваат дека клинички видливи знаци на воспаление, како што се црвенило и оток, се почести во области со помалку од 2 mm висина на гингивата отколку во области со поширока гингивална зона.¹²

Неопходноста и ефективноста од гингивалната аугментација во одржувањето на пародонталниот атачмент била испитувана од страна на Dorfman.¹³ Кај деведесет и два пациенти со испитувани вестибуларни површини од забите, билатерално, и минимална зона на кератинизирано гингивално ткиво (т.е. помалку од 2 mm), бил поставен слободен гингивален графт на едната страна, додека контралатералната страна служела како контролна страна. Пред и по интервенцијата пациентите биле подложени на професионално чистење на забите, елиминирање на сите меки и тврди депозити, обработка на постоечките пародонтални џебови и едуцирани за правилно одржување на оралната хигиена во домашни услови. Пост-оперативно, било нотирано зголемување на зоната на кератинизирана гингива во износ и до 4 mm во региите со поставен гингивален графт. Со тоа се зголемила ширината на гингивата, како и нивото на клиничкиот атачмент, во текот на 2 години пост-оперативно следење. Кај контралатералните регии, користени за контрола на ширината на гингивата, истата и натаму останала помала од 2 mm и сигнификантно не се разликувала низ целиот период на обсервација. Нивото на клиничкиот атачмент, исто така, останал непроменет кај контролните регии. Авторите потврдуваат дека загубата на клиничкиот атачмент не била асоцирана со примарната височина (ширина) на гингивата, заклучок кој бил поткрепен со последователно 4- и 6-годишно следење на пациентите.^{14,15}

Понатамошна поддршка на заклучокот дека минималната зона на гингивата не може да го компромитира пародонталното здравје е присутна во голем број лонгитудинални клинички студии.¹⁶⁻¹⁸ Авторите кои ги оценувале долгорочните клинички ефекти на слободните гингивални графтови, заклучуваат дека слободните гингивални графтови претставуваат ефективно решение за проширување на гингивалната зона, но не утврдуваат индикација дека ова зголемување има директно влијание врз пародонталното здравје.

Од до сега изнесените испитувања произлегува заклучокот дека гингивалното здравје може да се одржува независно од неговите димензии. Постојат докази од повеќе експериментални и клинички студии, кај кои во присуство на дентален плак, областите со тесна гингивална зона имаат иста "истрајност" против континуирана загуба на клинички атачмен во однос на региите каде забите поседуваат широка гингивална зона. Според тоа, традиционалното верување за потребата од "адекватна" ширина (во милиметри) на гингивата, или прикрупениот дел на гингивата, за спречување на апикалната миграција на атачменот, не е научно поткрепено.

МАРГИНАЛНА ТКИВНА РЕЦЕСИЈА

Маргинална ткивна рецесија, односно поместување на работ на гингивалното ткиво апикално во насока на емајлово-цементното споиште, со истовремена експозиција на коренска забна површина, е честа појава кај популација со висок стандард на орална хигиена, како и во популации со лоша орална хигиена.^{19,20} Кај популационите групи кои одржуваат високи стандарди на орална хигиена, губење на атачментот и маргинална ткивна рецесија предоминантно застапена на вестибуларните површини, често се асоцирани со присуство на дефект во тврдите забни ткива кој има форма на клин, а е локализиран во делот на вратот од забот, на едната или обете страни на вилицата.^{21,19} Наспроти тоа, сите забни површини обично се зафатени со вакви меко-ткивни дефекти кај популации со пародонтално компромитирано забало, нелекувани регии и регии со лоша орална хигиена, иако преваленцата и сериозноста на дефектите повеќе е нагласена кај еднокорените во споредба со повеќекорените заби.²¹



Сл. 1 (А и Б) Гингивална рецесијата асоцирана со трауматско четкање на забите. Маргиналната гингива е клинички здрава.