

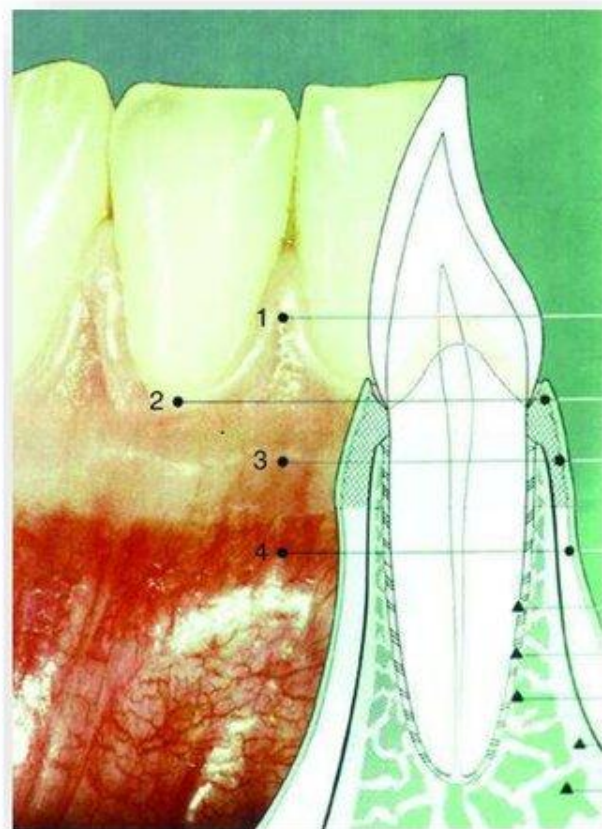
Интернатура және резидентура кафедрасы

Тақырыбы: ҚЫЗЫЛ ИЕКТІҢ РЕЦЕССИЯСЫН ЖОЮ



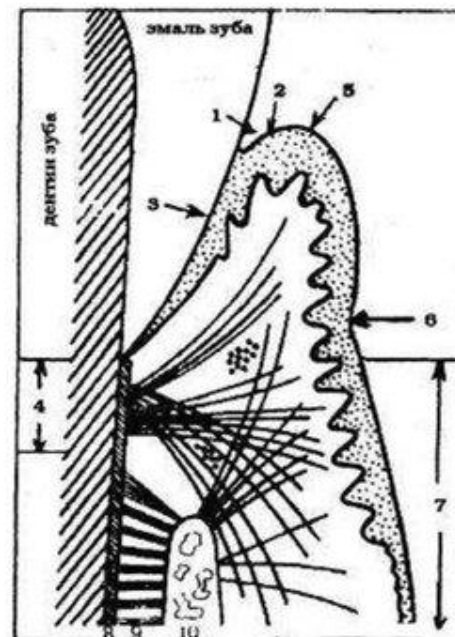
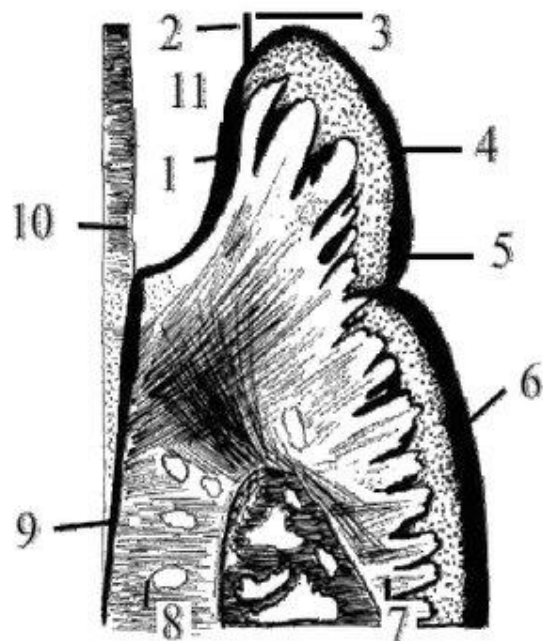
Орындаған: Амангелді А.
Курс: 6
Факультет: Стоматология
Топ: 004-02
Қабылдаған: Айтбаев Ж.Ж.

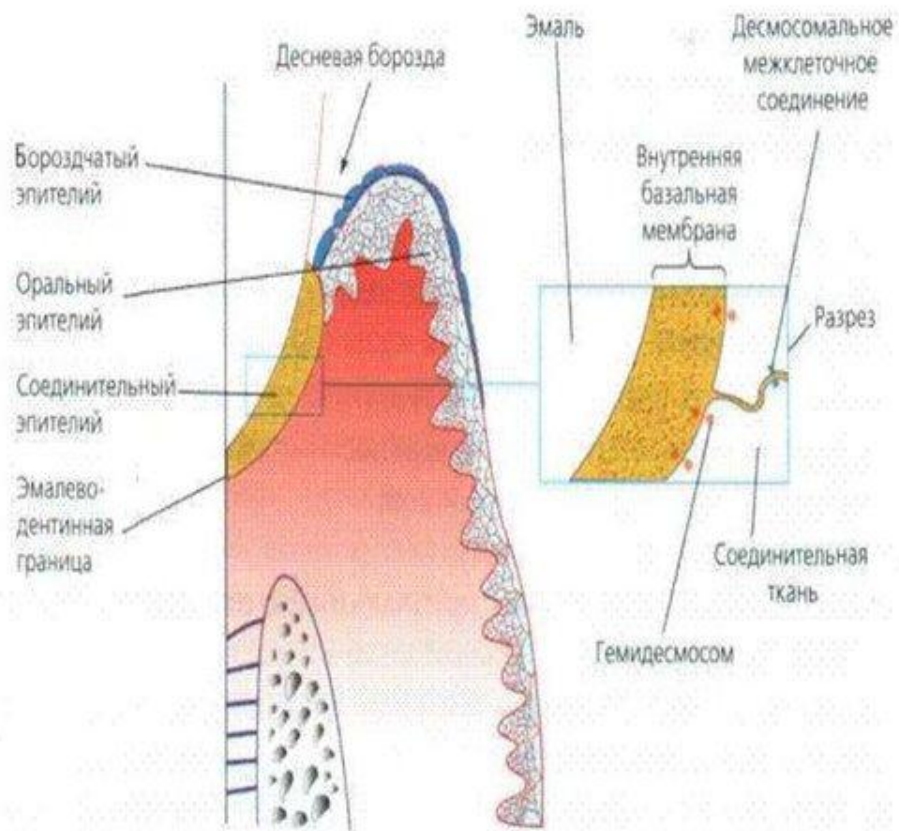
► **Қызылиек** - деп ауыз кілегейлі қабығының жақ сүйектерінің альвеола өсіндісін жауып тұрған бөлігін айтады және ол пародонттың маңызды құрамы болып саналады.



1 — тісаралық бүртік, 2 — еркін қызыл иек, 3 — бекіген қызыл иек, 4 — қозғалмалы қызыл иек

- Жиіктік қызылиек – тістің мойнын айналдыра тығыз жанасқан альвеолалық қызылиектің қозғалмалы бөлігі.
- Альвеолалық қызылиек – қызылиектің альвеола өсіндісін жауып жатқан қозғалмайтын бөлігі. Ұрт жағынан альвеолалық қызылиек альвеола өсіндісінің табанында жақ сүйек денесін жауып тұрған кілегейлі қабыққа және ауыспалы қатпарға ауысады, ал тіл жағынан қатты таңдай (жоғарғы жақта) және ауыз табаны (төменгі жақта) кілегейлі қабығына ауқысады





Ясна борозна. Прикріплення зеднозального епітелію до поверхні зуба (Э. Хельвіг и співвіт., 1999)

Тіс пен қызыл иек арасында кеңістік бар – ол **қызыл иек сайы**. Ол қалыпты жағдайда **0,5 – 2,5 мм.**

Апикальды бағытта қызыл иек өтпелі қатпарға ауысады. Арасындағы шекара тегіс емес толқын тәрізді жолақ тәрізді болады. (**муко-гингивальды байланыс**).

Еркін қызыл иек пен бекінген қызыл иек арасында терең емес қызыл иек науашығы орналасады, ол қызыл иек жиегіне параллельді **0,5— 1,5 мм қашықтықта** орналасады.


Қалыпты жағдайда қызылиек сайының табаны кіреуке-дентин шекарасы деңгейінде орналасқан, ал адамның жасы ұлғайған сайын біраз төмендей немесе жоғарылай түседі.

Тісаралық қызылиек бүртiгi пішіні үшкір ұшы тістердің тістеу қырына немесе шайнау бетіне бағытталған конусқа, ал ал ауыз кіреберісі үшбұрышқа ұқсас келеді және көршілес тістер арасындағы кеңістікті тығыз толтырып тұрады. Тістер сирек орналасқан жағдайда (тістер арасында түйісу орны болмаған кезде) қызылиек бүртiгi үшбұрышқа ұқсас пішінін жоғалтып, тістердің мойын деңгейінде альвеолалық қызылиекке ауысады

- ▶ Гистологиялық құрылымы жағынан қызылиек екі қабаттан тұрады. Беткі қабаты - көпқабатты жазық эпителий немесе жабынды эпителий, астыңғы қабаты - нағыз кілегейлі қабық қабаты немесе нағыз дәнекертін пластинасы деп аталады.



жабынды эпителийдің үш түрі



Қызылиек сайы эпителийі оның қызылиекке қараған қабырғасын жауып жатады, базальды және тікенекті қабаттардан тұрады. Тікенекті қабат жұқа болып келеді, оның үстінгі қатарларындағы клеткалары жалпақталған, эпителий астындағы дәнекертін бүртіктері жақсы дамымаған.

Біріктіруші эпителий немесе тіс-қызылиек бекімінің эпителийі тіс бетіне параллелді орналасқан ұзынша клеткалардың бірнеше қатарынан тұрады. Бұл клеткалар басқаларына қарағанда жиі және жылдам жаңарып отырады (регенерациялану мүмкіндігі өте жоғары). Эпителий клеткаларында РНК, гликоген (аз мөлшерде), гликозамингликандар анықталған. Олар трофикалық және жаңару үрдістеріне үлкен рөл атқарады

Нағыз қызылиек эпителийі тістераралық бүртіктерді, қызылиек жиегін және бекіген қызылиекті жауып жатады, бірақ қалыңдау келеді және толассыз мүйізгектенуге ұшырайды. Бұл эпителий әртүрлі клеткалардың төрт қабатынан тұрады. Олар – базальды, тікенекті, түйіршікті немесе дөңді және мүйізгектенген қабаттар.

- Қызылиекті ұсақ қанайналым торабы жақсы дамыған, венулалар және артериола-венулалық анастомоздар. Қызылиектегі қалыпты зат алмасуды қамтамасыз етуде капиллярлар торабының маңызы зор.
- Қызылиек сайы мен тіс-қызылиек бекімі аймағында ұсақ қанайналым торабының өзіндік ерекшелігі бар: капиллярлар ілмексіз, эпителий қабатына өте жақын орналасады және оларға өте жоғары өткізгіш қасиет тән. Осыған байланысты қызылиек сайына толассыз сұйық бөлініп тұрады және ол «**қызылиек сайы сұйығы**» (десневая жидкость) деп аталады.

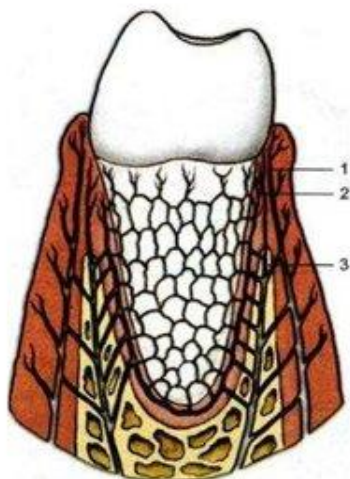


Рис. 1.19. Основные артерии, принимающие участие в кровоснабжении десны: 1 — супрапериостальная артерия; 2 — артерия периодонтальной связки; 3 — внутрикостная артерия.

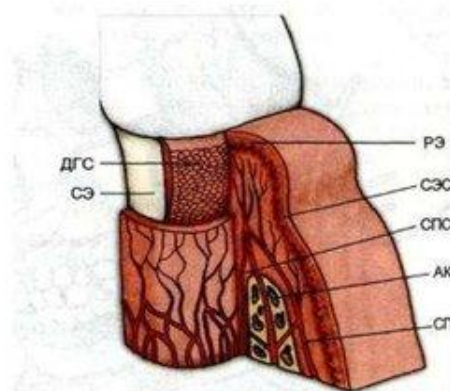
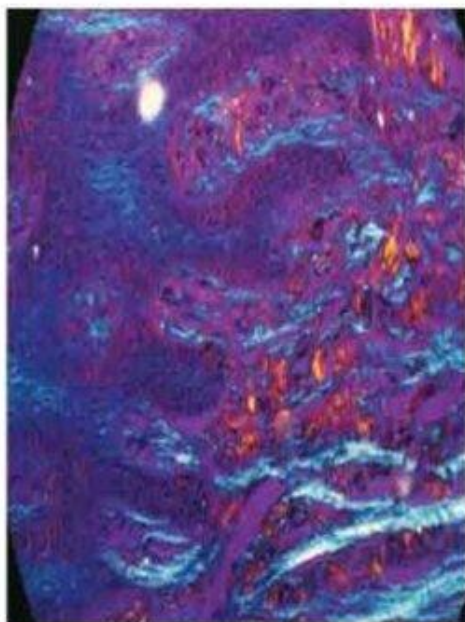


Рис. 1.20. Взаимосвязь эпителия десны с сосудистой сетью: РЭ — ротовой эпителий; СЭС — субэпителиальное сплетение; СПС — сосуды периодонтальной связки; АК — альвеолярная кость; СП — супрапериостальные сосуды; ДГС — дентогингивальное сплетение; СЭ — соединительный эпителий.

- ▶ Қалыпты жағдайда 2,4+5,5 мл тәулігіне қызылиек сұйығы ауыз ішіне бөлінеді. жоғарғы тістер қызылиек сайынан төменгі тістер қызылиек сайына қарағанда сұйық көбірек бөлінеді деген мәлімет бар.
- ▶ Қызылиек сұйығы қан сарысуының трансудаты болғандықтан, құрамы жағынан қан сарысуының құрамына ұқсас. Қызылиек сұйығында қызылиек тіндеріне қарағанда натрий және калий иондарының мөлшері жоғары, ал кальций, фосфор, магний, цинк, күкірт, хлор және фтордың мөлшері ондағымен бірдей.



- ▶ Қызылиек сұйығындағы және қан сарысуындағы белоктың құрамы бірдей. Белоктың глобулинді фракциясына ферменттер, иммуноглобулин G кіреді. Қызылиектің қабынуы кезінде сұйықтың мөлшері жоғарылайды, бірақ белоктың мөлшері өзгермейді. Экспериментальдық зерттеулермен дәлелденгендей, адреналиннің әсерінен қызылиек сұйығының бөлінуі бәсеңдейді, ал гистамин керісінше бөлінуін күшейтеді (қантамырлар қабырғаларының өткізгіштігі жоғарылауы нәтижесінде). Ересек адамдардың қызылиек сұйығында нейтрофилдер (95-97%), лимфоциттер (1-2%), моноциттер (2-3%) кездеседі, ал 8-16 жастағы балар мен жасөспірімдерде бұл көрсеткіштер 82-86, 13-18 және 1% құрайды. Мононуклеарлық лейкоциттердің 24% Т-лимфоциттердің, ал 58% В-лимфоциттердің үлесіне тиеді.

Эпителиальды бекіну тіс жанындағы тіндерді инфекциядан және қоршаған ортаның зиянды агенттерінен қорғауда маңызды рөл атқарады. Ол «эпителиальды құлып» тәрізді.

Патологиялық процессте бұл барьер бұзылып, қызыл иек сайының тереңдеуіне алып келіп пародонтальды қалта немесе қызыл иек рецессиясы пайда болады.

Рецессия десны - патологическое состояние, характеризующееся снижением объема десны в направлении апекса с оголением шейки и корня зуба.



- Рецессия десны – апикальная миграция маргинальной десны. Среди общего числа заболеваний пародонта, сопровождающихся потерей зубоэпителиального прикрепления, рецессию десны выявляют у 10% пародонтологических больных. В детском возрасте частота обнажения корня составляет около 8%, тогда как у людей после 45-50 лет характерные признаки дефицита маргинальной десны обнаруживают практически у каждого пациента. Есть сведения о том, что в экономически развитых странах распространенность рецессии десны выше по сравнению со странами с низким уровнем жизни, что объясняется высокой частотой проводимого ортодонтического лечения. Риск развития рецессии десны определяется соотношением двух основных показателей – ширины прикрепленной десны и величины свободного десневого края. При равенстве этих показателей вероятность возникновения рецессии десны достигает 90%. Оптимальным соотношением стоматологи считают 5:1.

- Рецессия десны – это полиэтиологическое состояние, которое в большинстве случаев является симптомом или следствием другого патологического процесса. Одной из основных причин возникновения локальной рецессии десны считают травматизацию десневого края во время неправильной чистки зубов. Приложение чрезмерного давления при выполнении горизонтальных движений приводит к повреждению вестибулярной пластинки клыков, находящихся в зубном ряду со щечным наклоном. Так как кровоснабжение истонченной кортикальной части кости осуществляется за счет кровеносных сосудов надкостницы, травматизация последней ведет к ишемии этой зоны, в результате чего наблюдается убыль костной ткани вместе со снижением высоты десны.



Рецессия десны

- Часто рецессию десны выявляют при глубоком прикусе, дизокклюзии в переднем участке, что объясняется неравномерным распределением жевательного давления. Отсутствие нагрузки на зуб, точно так же как и его перегрузка, отрицательно сказывается на состоянии маргинального периодонта. Мелкое преддверие полости рта в сочетании с малой величиной кератинизированной десны и невыраженностью экваторов зубов способствуют развитию рецессии десны, так как во время жевания пища беспрепятственно проталкивается в направлении краевой десны, дополнительно травмируя ее. Скученность зубных рядов, массивные слизисто-эпителиальные тяжи, высокое прикрепление уздечек, протрузионное положение зубов – все эти анатомические особенности также повышают риск развития рецессии десны.

Рецессия десны

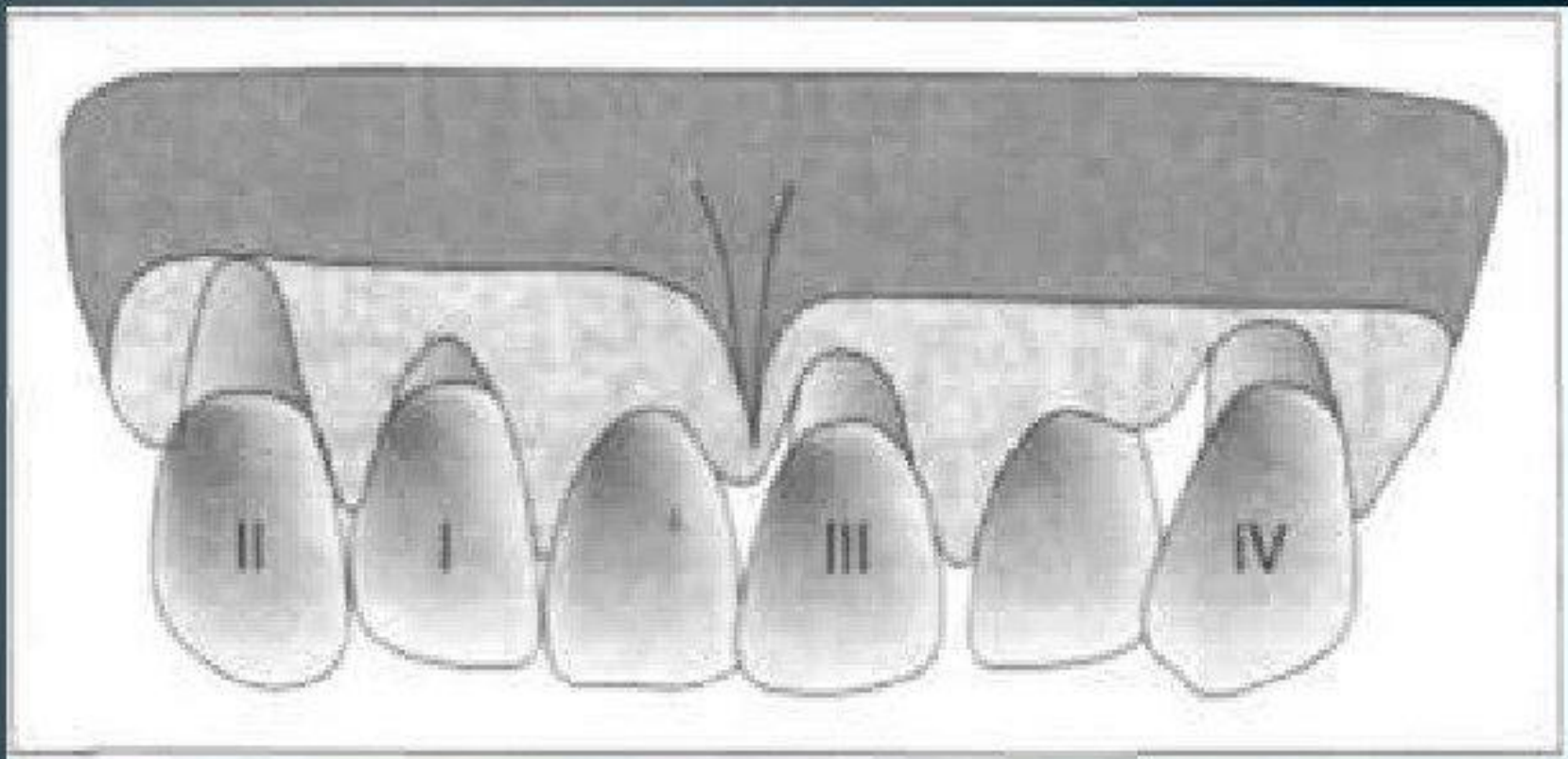


Рецессия десны

- Симптоматическая рецессия десны возникает при воспалительных, воспалительно-деструктивных или дистрофических заболеваниях пародонта. При хроническом пародонтите, пародонтозе наряду с убылью костной ткани наблюдается дефицит маргинальной десны. Перфорация корня зуба, нарушение правил проведения интралигаментарной анестезии, глубокое препарирование уступа, повреждение зубоэпителиального соединения краем коронки, нависающие края пломб, форсированные методики ортодонтического лечения – все эти факторы ятрогенного происхождения также способны вызвать локальную рецессию десны. Завышение высоты прикуса при восстановлении жевательной поверхности зуба фотополимером, вкладкой или коронкой ведет к появлению супраконтакта – точки повышенного жевательного давления. В результате этого в маргинальной десне происходят процессы сжатия, ремоделировка кости с преобладанием остеокластического компонента. Снижение высоты костной ткани сопровождается рецессией десны.

Классификация по Миллеру

- Miller (1985) с целью облегчения планирования и прогнозирования лечения предложил следующую классификацию рецессии десны:
- 1 класс. Плоская и узкая или плоская и широкая рецессия, не достигающая до мукогингивального соединения; без потери межзубной ткани. Прогноз: очень хороший.
- 2 класс. Глубокая и узкая или глубокая и широкая рецессия, распространяющаяся апикально от мукогингивального соединения; без потери межзубной ткани. Прогноз: хороший.
- 3 класс. Рецессия как в I и II классах, но с частичной потерей межзубной ткани (включая кость). Прогноз: полное покрытие корня невозможно.
- 4 класс. Рецессия распространяется апикально от мукогингивального соединения. Наблюдается выраженное разрушение межзубных тканей. Прогноз: плохой.



Первые признаки образования рецессии:

- развитие кариеса в корневой и пришеечной зоне в месте опущенной десны;
 - высокая чувствительность зубной эмали к воздействию высоких (низких) температур, химических веществ;
 - обнажение корня зуба;
 - уменьшение уровня десны;
 - болезненные ощущения во время приема пищи.
-
- На стадии активного развития болезни опускаются десны и обнажается корень, признаки рецессии:
 - расшатывание коронки;
 - образование «карманов» десны;
 - кровоточивость;
 - возникновение гноя;
 - кариес;
 - отечность.

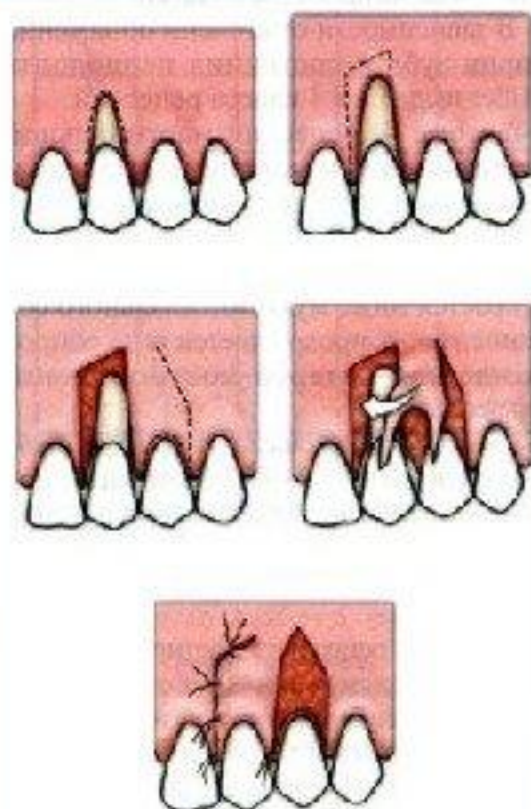


- На стадии активного развития болезни открытой формы, когда опускаются десны и обнажается корень, могут образоваться следующие признаки рецессии:
 - расшатывание коронки;
 - образование «карманов» десны;
 - кровоточивость;
 - возникновение гноя;
 - кариес;
 - отечность.
 -
- При скрытой форме течения болезни выявить рецессию возможно только при зондировании, так как она протекает бессимптомно.

Лечение десны

- Рецессия десны устраняется различными методами в зависимости от степени и тяжести развития болезни. Консервативные способы применимы к рецессиям только I и II степени. Лечение заболевания III степени требует неотложного хирургического вмешательства. Рецессия IV степени оперированию не подлежит. Существует несколько наиболее эффективных способов устранения дефекта:
- Лотеральный лоскут.
- Метод лотерального лоскута используется на ранней, средней стадии болезни. Сущность метода заключается в следующем: на корни накладывается лоскут-донор, позволяющий уменьшить рецессию на 1-2 мм. Применение данного метода позволяет оперативно и быстро устранить дефект на долгое время. В редких случаях подсаженная ткань отторгается или не приживается.
-
- Нерезорбируемые мембраны.
- Хирургический метод предполагает установку жестких мембран на пораженное место с последующим их удалением после проведения операции. Данный способ воздействия позволяет восстановить до 70% поврежденных мягких тканей полости рта.

- Медикаментозная терапия.
- Безоперационный способ лечения дефекта предполагает максимально быстрое и эффективное восстановление мягких тканей с использованием специальных препаратов, в состав которых входят белковые ферменты и амелогегин. Уникальный состав компонентов, входящих в состав препаратов, позволяет естественно нарастит здоровые мягкие ткани, закрыть при этом корни зубов и сформировать ровную и крепкую зубную эмаль.
-
- Коллагеновый имплантат.
- Классический метод лечения дефекта ротовой полости заключается в установке коллагенового имплантата, способствующего устранению воспалительных процессов и закрытию рецессии. Использование данного метода продуктивно только на начальной стадии развития болезни.



Ликвідація ретрозії дооці при
помощі латерального лоскута.



ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- ▶ Д.М. Мезгілбаева Терапиялық стоматология
- ▶ Е. В. Боровского ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ
- ▶ А.И.Николаев, Л.М.Цепов Практическая терапевтическая стоматология
- ▶ www.google.ru
- ▶ www.stomfak.ru



Назарларыңызға рахмет