

Симоновски М., Атанасова Е., Ставревска А.

ПОЛИЕФЕКТИ ОД ПРИМЕНАТА НА ЛАТЕРАЛНИОТ МУКОПЕРИОСТАЛЕН (PEDICLE) КАЛЕМ ВО ТРЕТМАНОТ НА МУКОГИНГИВАЛНИТЕ ОТСТАПУВАЊА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на устата и пародонтот

Имајќи го предвид фактот дека мукогингивалните отстапувања претставуваат сложен етиотерапевтски проблем во секојдневната пародонтолошка практика, целта на трудот е насочена кон стекнување сопствени сознанија од примената на латералниот мукопериостален (pedicle) калем во неговото решавање. Студијата е реализирана преку клиничко-биометриска евалуација во тек на деветмесечен опсервационски период, кај 18 пародонтални болни со клинички верифицирани мукогингивални отстапувања од типот на изолирана гингивална рецесија, тесна зона на прикрепена гингива и плитка вестибуларна длабочина, при што предоперативно детерминираниите димензии ја сочинуваа контролната група.

Констатираните наоди укажаа на фактот дека примената на латералниот мукопериостален графт резултира во високо сигнификантно изразена редукција на вертикалната димензија на денудираната коренова ареа ($p < 0,001$), нова функционална зона на прикрепена гингива ($p < 0,001$) и прогресија на вестибуларната длабочина, на крајот од опсервационскиот период, во споредба со контролната група претставена од предоперативно детерминираниите димензии.

Ваквиот наод го сугерира латералниот мукопериостален автокалем како преферибилен терапевтски метод во реконструкцијата на сложените мукогингивални проблеми, но само при случаите со верифицирана оптимална функционална зона на прикрепена гингива во латералниот мукогингивален сегмент.

Мукогингивалните отстапувања најчесто сретнувани во вид на заеднички феномен, односно орално-ткивен синдром, претставен од инсуфициентна зона на прикрепена гингива, недоволно изразена вестибуларна длабочина и неадекватна плика или френурум инсерција, редовно следени од изолирана гингивална рецесија и последична денудираност на забниот корен, претставуваат сложен етиотерапевтски проблем во секојдневната пародонтолошка практика.

Рецесијата на маргиналната гингива и последичната болна осетливост и естетски дискомфорт, лимитирајќи ја оптималната механичка и физиолошка елиминација на плак-формацијата, го овозможуваат влијанието на т.н. плак-либерирачки продукти кои, иницирајќи промени од типот на гингивална инфламација, деструиран атачмент и нагласена алвеоларна ресорпција, ја фаворизираат апикално насочената ткивна деструкција, односно предвременото губење на забите.

Елиминирањето на таквиот етиопатогенетски придонес може да се реализира преку изнудување на што е можно понагласена функционална зона на прикрепена гингива, и тоа преку користење на мукогингивалните, односно мукопериосталните графтови, за кои во стручната литература се наидува на различни ставови во однос на ефектите на нивната примена (2, 5, 8).

Сакајќи да добиеме сопствени искуства и сознанија во однос на решавањето на сложените мукогингивални проблеми, ја формиравме целта на трудот, која се состои во клиничко-биометричка евалуација на терапевтските ефекти од примената на латералниот мукопериостален (pedicle) автокалем, при што како основен параметар за процена, покрај реализираната нова функционална зона на прикрепена гин-

Клучни зборови: гингива; гингивопластика; пародонтални заболувања

БОЛЕСТИ НА УСТАТА И ПАРОДОНТОТ

гива и вестибуларна длабочина, е користена метричката динамика на гингивална рецесија, односно денудираниот коренова ареа во тек на опсервациски период.

Материјал и метод

Испитувањето е реализирано кај 18 пациенти со дијагностицирани отстапувања, со различно изразена локализирана гингивална рецесија, широчина на прикремената гингива и вестибуларна длабочина, верифицирана кај 12 канини и 6 премоларни заби.

Самата студија и селекцијата на случаите е реализирана на Клиниката за болести на устата и пародонтот при Стоматолошкиот факултет во Скопје и е базирана врз следниве критериуми:

- локализирана гингивална рецесија од над 3 mm во апикален и латерален (мезиодистален) правец, која како фреквентен морфолошки тип е користена како клинички опсервациски модел;
- рдг-отсуство на интерпроксимална коскена ресорпција или нејзина иницијална изразеност;
- интерпроксимална длабочина на пародонталниот џеб под 3 mm;
- интерпроксимална височина на интерденталната папила во ниво на емајл-цементното споиште;
- оптимално изразена функционална зона на прикремена гингива, отсутна гингивална рецесија и задоволителна вестибуларна длабочина на латералниот мукогингивален сегмент.

Контролната група ја формираа предоперативно детерминираниите димензии на селектираните заби со денудирани забнокоренски ареи. Кај сите испитаници беше сугерирана и одржувана оптимална плак контрола.

Клиничко-метричките анализи, заради детерминирање на димензијата на денудирани-

та цементна ареа, прикремената гингива и вестибуларната длабочина, се спроведени пред и 1, 3, 6 и 9 месеци по оперативниот третман, при што од инцизалниот раб како референтна точка (р) се одредувани следниве дистанци:

- А - до емајл-цементното споиште;
- Б - до најдлабокиот дел на гингивалната рецесија;
- В - до мукогингивалната граница;
- Г - до дното на вестибулумот.

Испитаниците се третирани со латерален мукопериостален автокалем, според принципите и критериумите на техничка изведба предложени од страна на Ruben и сор (7).

Статистичката обработка на податоците од спроведените клиничко-биометрички испитувања е реализирана на тој начин што за секој истражуван параметар се пресметувани: средната аритметичка големина (\bar{X}), стандардната девијација (Sd), стандардната грешка (Se) и сигнификантноста на разликите на вредностите преку користење на Student-овата t-дистрибуција според методите на Johanson Norman и Fred Leone (6) и Buyas (1).

Резултати

Резултатите од реализираната клиничко-биометричка евалуација и статистичката обработка на податоците се претставени во табеларни прикази, дадени во прилог.

Податоците од табеларните прикази ни ја презентираат метричката динамика на гингивалната рецесија, односно нејзината вертикална големина, како дистанца од емајл-цементното споиште до најдлабокиот дел на маргиналната гингива пред и 1, 3, 6 и 9 месеци по примената на латералниот мукопериостален автокалем, аплициран врз претходно максимална механичко-хемиска обработка на денудираниите коренски ареи.

ТАБЕЛА 1. МЕТРИЧКА ДИНАМИКА НА ГИНГИВАЛНАТА РЕЦЕСИЈА

Опсервациски период/ месеци	n	X	Sd	Se	"t"	p	
Предоперативно	-	18	4,48	0,50	0,12		
Постоперативно	1	18	0,80	0,22	0,05	28,660	0,001
	3	18	1,50	0,10	0,02	29,048	0,001
	6	16	1,22	0,20	0,05	25,548	0,001
	9	16	1,26	0,18	0,04	25,616	0,001

Податоците укажуваат на фактот дека уште првиот месец по спроведениот третман доаѓа до значајна редукција на големината на

изолираната гингивална рецесија што е карактеристично и за крајот на опсервацискиот период, резултирајќи со многу високо сигни-

фигантно изразена редуција на вертикалната димензија на денудираниот ареа во споредба со нејзината предоперативна вредност.

На табела 2 се дадени податоците кои се однесуваат на широчината на прикрепената гингива изразена како растојание од дното на пародонталниот џеб до мукогингивалната граница.

ТАБЕЛА 2. ШИРИНА НА ПРИКРЕПАНАТА ГИНГИВА

Опсервациски период/ месеци	n	X	Sd	Se	"t"	p	
Предоперативно	-	18	1,12	0,10	0,02		
Постоперативно	1	18	5,20	0,42	0,10	40,000	0,001
	3	18	4,60	0,38	0,09	39,130	0,001
	6	16	4,42	0,40	0,05	33,398	0,001
	9	16	4,38	0,36	0,09	36,344	0,001

Податоците укажуваат на фактот дека прогресијата на вертикалната димензија на прикрепената гингива е најизразена првиот месец по спроведениот третман, за потоа, во дијектна корелација со опсервацискиот период, да дојде до опаѓање на вертикалната големина, меѓутоа задржувајќи ја на крајот од опсервацискиот период својата статистички многу високо изразена сигнификантност (p=0,001).

Клиничко метричката анализа на вестибуларната длабочина, изразена како дистанца од инцизалниот раб до дното на вестибуларниот сулкус, минус растојанието од инцизалниот раб до коронарниот дел на маргиналната гингива, укажува на одредена прогресија на вестибуларната длабочина уште првиот месец постоперативно, на што ни укажуваат податоците во табела 3.

ТАБЕЛА 3. ДЛАБОЧИНА НА ВЕСТИБУЛУМОТ

Опсервациски период/ месеци	n	X	Sd	Se	"t"	p	
Предоперативно	-	18	6,26	1,10	0,26		
Постоперативно	1	18	7,70	1,44	0,27	3,860	0,001
	3	18	7,82	1,26	0,30	3,959	0,001
	6	16	7,86	1,12	0,28	4,042	0,001
	9	16	7,90	1,28	0,32	3,990	0,001

Дискусија

Примарната цел на пародонталната терапија се состои во што е можно поцелосна реконструкција на ледираниот пародонтален ткивен комплекс (10), при што, покрај максималната елиминација на плак формацијата, трауматскиот стрес-фактор и патолошкиот супстрат од пародонталните дефекти, таа се базира и на примената на таков пародонтално-реконструктивен метод кој ќе резултира во можна регенерирачка индикација на нова, т.н. атачмент формација со што е можно понагласена коронарна дистрибуција, што, според Egelberg (4), претставува своевиден "терапевтски клуч", како и во пластично-хируршката креација на вестибуларно мукогингивална ареа.

Резултатите од нашата клиничко-биометриска евалуација, спроведена заради терапевтска проценка на реконструктивните полиефекти од примената на латералниот мукопериостален (pedicle) калем во третманот на изолираната гингивална рецесија, укажува на фактот дека тој метод е придружен со значајно изразена редуција на вертикалната димензија на дефектот во сите испитувани фази, па и на крајот од опсервацискиот период ($1,22 \pm 0,80$ mm во однос на $4,48 \pm 0,50$ mm), што и клинички претставува реализација на висок терапевтски ефект.

Ваквиот наш наод е во согласност и со констатациите на Smukler (9), кој, користејќи го латералниот мукопериостален (pedicle) калем во третманот на изолираната гингивална рецесија кај 15 пародонтално болни, независно од нејзината големина и морфолошките

карактеристики, кај 58% реализирал позитивен реконструктивен ефект.

Детерминираниот наод од нашата клиничко-биометричка евалуација укажува на високо сигнификантно реализиран терапевтски ефект, како во третманот на гингивалната рецесија, така и во реализацијата на нова функционална зона на прикрепена гингива, во сите испитувани фази и на крајот од опсервациониот период ($p < 0,001$).

Ваквиот наод, како и статистички високата екстензија на вестибуларната длабочина, карактеристичен за крајот на опсервациониот период, сметаме дека се должи и на зачуваната "intrinsic" васкуларизација и присуството на периосталниот супстрат како интегрален дел на "pedicle"-от, кој како примарно репараторно ткиво, аплицирано врз денудираниот ареа, заедно со околното периостално, ендостално и периодонтално лигаментарно ткиво во резипиентната регија, посебно во услови на хируршка траума, го карактеризира потенцијал за репродукција на нагласен и резистентен, т.н. графт атачмент, преку неоцементен и сврзоткивен депозит. Тоа истовремено го сугерира латералниот мукопериостален "pedicle" калем како преферабилен терапевтски метод во третманот на мукогингивалниот проблем, но само при случаите со верифицирана оптимална функционална зона на прикрепена гингива во латералниот сегмент.

POLY EFFECTS OF USING THE LATERALLY MUCOPERIOSTAL "PEDICLE" GRAFT IN THE TREATMENT OF MUCOGINGIVAL DISEASES

Simonovski M., Atanasova E., Stavrevska A.

Summary

Mucogingival problem presents varying problem to maintain oral health function and esthetics.

In an attempt to evaluate the effects of laterally mucoperiostal "pedicle" graft in the treatment of the mucogingival disease, a clinic biometric study from 9 months observation period in 18 periodontal patients with localized gingival recession, a shallow functional zone of attached gingiva and vestibular depth, was undertaken.

The preoperative measurements were used as a control group.

Our clinical and biometrical evaluation showed that the use of laterally mucoperiostal "pedi-

cle" graft is followed by the significant reduction of vertical dimension of gingival recession, a new functional dimension of the attached gingiva and vestibular depth in all the examined phases (1, 3, 6, and 9 months) as well as at the end of the observation period compared with the control group ($p < 0,001$).

Our findings suggest the fact that laterally mucoperiostal "pedicle" autograft is absolutely preferable reconstructive method for treatment of complicated mucogingival problems, but only with verified optimum functional zone of attached gingiva in the lateral mucogingival area.

Key words: gingiva; gingivoplasty; periodontal diseases

Литература

1. BUYAS Z. Uvod u metode eksperimentalne psihologije. Zagreb, 1974.
2. CAFFESE R, GUINARD GA. Treatment of the localized gingival recession. Part IV. Results after 3 years. J Periodontol 1980; 51: 167.
3. CAMMON J, McFALL WJH Jr. The effect of citric acid on attachment of laterally positioned flaps. J Periodontol 1983; 34: 9-18.
4. EGELBERG J. The blood vessels of the dentingingival junction. J Periodont Res 1966; 1:163.
5. GRUPE HE, WAREN RF. Repair of gingival defects by sliding flap operation. J Periodontol 1956; 27: 92.
6. GUINARD GA, CAFFESKE RG. Treatment of localized gingival recession, Part I. Lateral sliding flap. J Periodontol 1978; 49: 351.
7. JOHANSON NL, LEONE F. Statistical and physical science. John Villen & Sons, New York, 1964.
8. RUBEN MP, GOLDMAN HM, JOHNSON W. Biologic considerations fundament of successful employment of laterally positioned pedicle flaps and free gingival grafts in periodontal therapy. In: Stahl S. (ed). Biologic basis technique. Springfield II, Charles C Thomas, 1976: 235-8.
9. SMUKLER H. Laterally positioned mucoperiostal grafts in the treatment of the denuded roots. J Periodontol 1976; 47: 590.
10. STAHL SS. Repair potential of the soft tissue root interface. J Periodontol 1977; 48: 545-52.