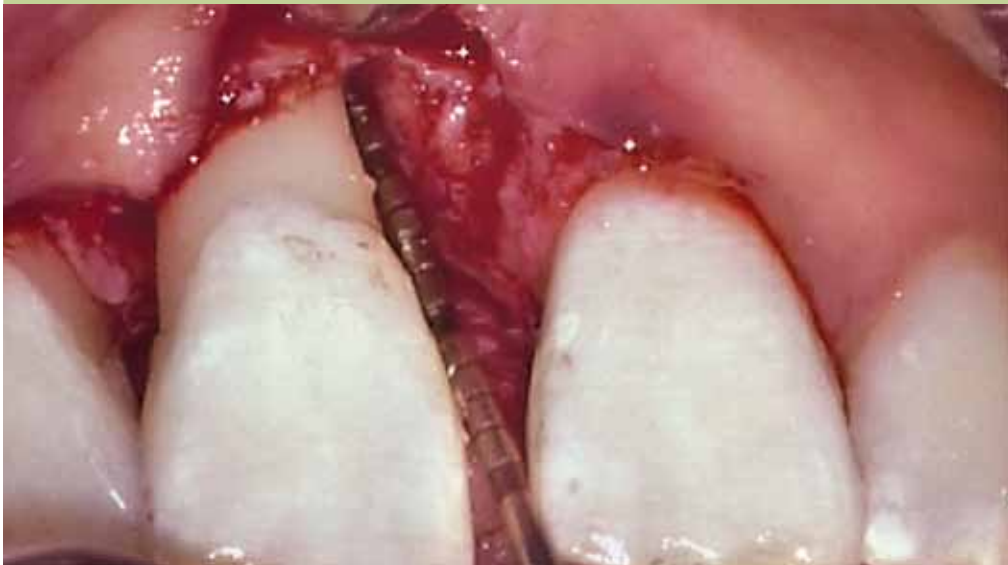


Пародонтальная регенерация



Концепция лечения, предложенная Pierpaolo Cortellini, Флоренция, Италия



- > Пародонтальная регенерация в эстетически значимых областях
- > Генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести
- > Генерализованный гингивит при наличии большого количества зубных отложений
- > Глубокие (10 мм) и широкие 1-стеночные внутрикостные дефекты

1. Клинический профиль

Локализация и параметры дефекта	☒ Эстетически значимая область	☐ Эстетически менее значимая область
	☐ Одиночный дефект зубного ряда	☐ Множественный дефект зубного ряда
Состояние кости	☒ Наличие костного дефекта	☐ Отсутствие костного дефекта
Состояние мягких тканей	☐ Рецессия	☒ Отсутствие рецессии
	☒ Воспаление	☐ Признаки инфицирования
	☒ Толстый биотип	☐ Тонкий биотип
	☒ Заживление первичным натяжением возможно	☐ Заживление первичным натяжением невозможно
	☒ Интактный межзубной сосочек	☐ Отсутствие / дефект межзубного сосочка
	☒ Адекватное количество кератинизированных тканей	☐ Недостаток кератинизированных тканей ☐ Без патологии
Дополнительное обследование пародонта	☒ Индекс зубного налета: 99%	
	☒ Индекс кровоточивости: 100%	

Библиография

¹ Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1993). Periodontal regeneration of human infrabony defects. I. Clinical Measures. Journal of Periodontology 64, 254-260.

² Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1993). Periodontal regeneration of human infrabony defects. II. Re-entry procedures and bone measures. Journal of Periodontology 64, 261-268.

³ Tonetti, M., Pini-Prato, G. & Cortellini, P. (1993). Periodontal regeneration of human infrabony defects. IV. Determinants of the healing response. Journal of Periodontology 64, 934-940.

⁴ Tonetti, M., Pini-Prato, G. & Cortellini, P. (1995). Effect of cigarette smoking on periodontal healing following GTR in infrabony defects. A preliminary retrospective study. Journal of Clinical Periodontology 22, 229-234.

⁵ Tonetti, M., Pini-Prato, G. & Cortellini, P. (1996). Factors affecting the healing response of intrabony defects following guided tissue regeneration and access flap surgery. Journal of Clinical Periodontology 23, 548-556.

⁶ Cortellini, P. & Tonetti, M.S. (2000). Focus on intrabony defects: guided tissue regeneration (GTR). Periodontology 2000 22, 104-132.

⁷ Cortellini P, Tonetti MS. (2005). Clinical performance of a regenerative strategy for intrabony defects: scientific evidence and clinical experience. J Periodontol. Mar;76(3):341-50.

⁸ Cortellini P. Reconstructive periodontal surgery: a challenge for modern periodontology. Int Dent J 2006; 56 suppl 1:250-255.

⁹ Cortellini, P., Carnevale, G., Sanz, M. & Tonetti, M.S. (1998). Treatment of deep and shallow intrabony defects. A multicenter randomized controlled clinical trial. Journal of Clinical Periodontology 25, 981-987.

¹⁰ Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1996). The modified papilla preservation technique with bioresorbable barrier membranes in the treatment of intrabony defects. Case reports. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 14, 8-15.

¹¹ Cortellini, P., Prato, G.P. & Tonetti, M.S. (1999). The simplified papilla preservation flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 19, 589-599.

¹² Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1995). Periodontal regeneration of human infrabony defects with titanium reinforced membranes. A controlled clinical trial. Journal of Periodontology 66, 797-803.

¹³ Cortellini, P. & Tonetti, M. (1999). Radiographic defect angle influences the outcome of GTR therapy in intrabony defects. Journal of Dental Research 78, 381 (abstract).

¹⁴ Tonetti MS, Cortellini P, Lang NP, Suvar JE, Adriaens P, Dubravec D, Fonzar A, Fourmouis I, Rasperini G, Rossi R, Silvestri M, Topoll H, Wallkamm B, Zybutz M. (2004). Clinical outcomes following treatment of human intrabony defects with GTR/bone replacement material or access flap alone. A multicenter randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. Sep;31(9):770-6.

¹⁵ Cortellini, P., Tonetti, M.S., Lang, N.P., Suvar, J.E., Zucchelli, G., Vangsted, T., Silvestri, M., Rossi, R., McClain, P., Fonzar, A., Dubravec, D. & Adriaens, P. (2001). The simplified papilla preservation flap in the regenerative treatment of deep intrabony defects: clinical outcomes and postoperative morbidity. Journal of Periodontology 72, 1701-1712.

¹⁶ Linares A, Cortellini P, Lang NP, Suvar J, Tonetti MS. Guided tissue regeneration/deproteinized bovine bone mineral or papilla preservation flap alone for treatment of intrabony defects. II: radiographic predictors and outcomes. J Clin Periodontol 2006; 33: 351-358.

¹⁷ Tonetti MS, Fourmouis I, Suvar J, Cortellini P, Bragger U, Lang NP; European Research Group on Periodontology (ERGOPERIO). (2004). Healing, post-operative morbidity and patient perception of outcomes following regenerative therapy of deep intrabony defects. J Clin Periodontol. Dec;31(12):1092-8.

¹⁸ Cortellini, P. & Tonetti, M.S. (2001). Microsurgical approach to periodontal regeneration. Initial evaluation in a case cohort. Journal of Periodontology 72, 559-569.

¹⁹ Mayfield L, Tonetti MS, Cortellini P, Lang NP. Microbial colonisation pattern predict the outcomes of surgical treatment of intrabony defects. J Clin Periodontol 2006; 33:62-68.

²⁰ Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1994). Periodontal regeneration of human infrabony defects. V. Effect of oral hygiene on long term stability. Journal of Clinical Periodontology 21, 606-610.

²¹ Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1996). Long term stability of clinical attachment following guided tissue regeneration and conventional therapy. Journal of Clinical Periodontology 23, 106-111.

²² Cortellini P, Tonetti MS. (2004). Long-term tooth survival following regenerative treatment of intrabony defects. J Periodontol. May;75(5):672-8.

Полезная литература

Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1996). Periodontal regeneration of human intrabony defects with bioresorbable membranes. A controlled clinical trial. Journal of Periodontology 67, 217-223.

Cortellini, P., Pini-Prato, G. & Tonetti, M. (1995). The modified papilla preservation technique. A new surgical approach for interproximal regenerative procedures. Journal of Periodontology 66, 261-266.

Cortellini, P. & Tonetti, M. (2000). Evaluation of the effect of tooth vitality on regenerative outcomes in intrabony defects. Journal of Clinical Periodontology 28, 672-679.

Cortellini P, Tonetti MS (2007) A minimally invasive surgical technique (MIST) with enamel matrix derivate in the regenerative treatment of intrabony defects: a novel approach to limit morbidity. Journal of Clinical Periodontology; 34: 87-93.

Cortellini P, Tonetti MS (2007) Minimally invasive surgical technique (MIST) and enamel matrix derivative (EMD) in intrabony defects. (I) Clinical outcomes and morbidity. Journal of Clinical Periodontology; 34: 1082-1088.

Tonetti, M. S., Pini-Prato, G. P., Williams, R. C. & Cortellini, P. (1993). Periodontal regeneration of human infrabony defects. III. Diagnostic strategies to detect bone gain. Journal of Periodontology 64, 269-277.

Tonetti, M., Pini-Prato, G. & Cortellini, P. (1996). Guided tissue regeneration of deep intrabony defects in strategically important prosthetic abutments. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry 16, 378-387.

Tonetti, M., Cortellini, P., Suvar, J.E., Adriaens, P., Baldi, C., Dubravec, D., Fonzar, A., Fourmouis, I., Magnani, C., Muller-Campanile, V., Patroni, S., Sanz, M., Vangsted, T., Zabalegui, I., Pini Prato, G. & Lang, N.P. (1998). Generalizability of the added benefits of guided tissue regeneration in the treatment of deep intrabony defects. Evaluation in a multi-center randomized controlled clinical trial. Journal of Periodontology 69, 1183-1192.

Tonetti, M., Lang, N.P., Cortellini, P. et al. (2002). Enamel matrix proteins in the regenerative therapy of deep intrabony defects. A multicenter randomized controlled clinical trial. Journal of Clinical Periodontology; 29:317-25.

Tsitoura E, Tucker R, Suvar J, Laurell L, Cortellini P, Tonetti M. Baseline radiographic defect angle of the intrabony defect as a prognostic indicator in regenerative periodontal surgery with enamel matrix derivative. J Clin Periodontol 2004; 31:643-647.

Материалы

- > Скальпели: Swann-Morton #15, Swann-Morton LTD, Шеффилд, Великобритания и Micro USM 6900, Sable Industries, Виста, штат Калифорния, США
- > Шовный материал: Gore-tex CV-6 P6K23A иглы RT – 13 и CV-7 P7K13A иглы RT – 11, W.L. Gore & Ass, Флагстафф, штат Аризона, США

Контакты

- > Dr. Pierpaolo Cortellini, Via Carlo Botta 16, 50136 Florence, Italy
telephone: +39 055 243950, fax: +39 055 2478031, e-mail: studiocortellini@cortellini.191.it

Дополнительная информация

- > Дополнительные брошюры Вы найдете на сайте компании: www.geistlich.com
- > Оформить бесплатную подписку на получение брошюр или отказаться от нее Вы можете у регионального дистрибьютора компании.



Эксклюзивный дистрибьютор в России
ГРУППА КОМПАНИЙ „СИМКО“
Москва, Сусальный Нижний пер., д. 7, стр.7;
тел.: +7 (495) 737-80-03, +7 (495) 737-80-04
факс: +7 (495) 737-38-26
E-mail: orders@simkodent.ru
www.simkodent.ru

Geistlich
Biomaterials

®Geistlich Pharma AG
Business Unit Biomaterials
CH-6110 Wolhusen
phone +41 41 492 56 30
fax +41 41 492 56 39
www.geistlich.com

Вводная информация

Пациент:
34 года, направлен в клинику на пародонтологическое лечение.
Первое обследование: январь 2002.
Основные жалобы: воспаление десны, периодическое абсцедирование, боль, смещение и выраженная подвижность зуба 11, запах изо рта, ухудшение эстетики, опасение потерять подвижные зубы.
Анамнез: хорошее состояние общего здоровья, пародонтит у родителей, не курильщик, никогда не проходил лечение по поводу пародонтита.
Обследование пародонта: выраженная гиперемия и отек десны, наличие большого количества твердых и мягких зубных отложений, смещение зуба 11, гнойное выделяемое из карманов зубов 11 и 41, запах изо рта. Индекс налета: 99%. Индекс кровоточивости: 100%. Глубина кармана ≥5 мм в 108 точках.
Диагноз: Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.
Первичный план лечения: этиотропное лечение, объяснение пациенту причинно-следственных связей в развитии основного заболевания, обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена полости рта, включающая удаление наддесневых зубных отложений и сглаживание поверхности корней. Последующий пересмотр плана лечения с возможными дополнениями.
Цели лечения: улучшение состояния пародонта, сохранение зубов, восстановление функций зубочелюстной системы, улучшение эстетики.
Пересмотр плана лечения: через 1 месяц после завершения этиотропной терапии пациент отмечает укрепление зуба 11, а также отсутствие неприятного запаха изо рта, признаков воспаления, гнойных выделений и болезненности. Зуб 11 занимает более правильное положение. Индекс налета: 17%. Индекс кровоточивости: 10%. Глубина зондирования ≥5 мм в 13 точках. Остаточные карманы в области зубов 16, 17, 11. На рентгеновском снимке виден глубокий внутрикостный дефект в области зуба 11^{1,2,3,4,5}.
План хирургического лечения: лоскутная операция в области зубов 16 и 17; пародонтальная регенерация в области зуба 11.

2. Цели лечения

> Цели пародонтальной регенерации в области зуба 11: после 1-го этапа лечения в области зуба 11 остался пародонтальный карман глубиной 11 мм с мезиальной стороны, 9 мм с небной стороны и 7 мм с дистальной стороны. Остался глубокий и широкий внутрикостный дефект. Мягкие ткани хорошо сохранены, имеется достаточное количество толстой прикрепленной десны. На 2-м этапе запланировано проведение пародонтальной регенерации для уменьшения глубины кармана за счет регенерации кости и коронального смещения соединительнотканного прикрепления. Целью данного вмешательства служит предотвращение десневой рецессии и уменьшение степени подвижности зуба. Основной целью лечения является уменьшение глубины карманов, сохранение эстетики и восстановление функций зубочелюстной системы^{6,7,8}.

3. Хирургический протокол



Рис. 1 Исходная ситуация: выраженный отек и гиперемия десны, наличие зубных отложений, смещение зуба 11.



Рис. 2 Купирование воспалительного процесса после 1-го этапа лечения. Небольшая спонтанная репозиция патологически смещенного зуба 11.



Рис. 3 После этиотропного лечения сохраняется небольшое патологическое смещение зуба 11. Десневая рецессия отсутствует. Десна толстая, межзубной сосочек сохранен.



Рис. 4 Рентгенограмма до лечения: глубокий и широкий внутрикостный дефект, захватывающий мезиальную и дистальную стенки альвеолы зуба 11.



Рис. 7 Протяженность лоскута: от дистального края зуба 12 до дистального края зуба 21. Отслоены полнослойные лоскуты с вестибулярной и небной сторон. Хорошо виден 1-стеночный глубокий (10 мм) и широкий дефект в области зуба 11^{1,2,12,13}.



Рис. 10 После адаптации мембраны выполнен послабляющий разрез до надкостницы с вестибулярной стороны дистальнее зуба 12 для мобилизации лоскута и обеспечения заживления первичным натяжением.



Рис. 13 Ситуация на этапе снятия швов через 1 неделю после операции: заживление первичным натяжением.



Рис. 16 Контрольный осмотр через 6 лет. Полная спонтанная репозиция зуба 11. Пациента полностью устраивает эстетика и функция, жалоб нет^{20,21,22}.



Рис. 5 Зондирование кармана перед операцией: глубина кармана с мезиальной стороны составляет 11 мм. Выполнена местная анестезия с вестибулярной и небной сторон.



Рис. 8 После тщательного кюретажа и сглаживания поверхности корня зуба 11 вокруг последнего уложена резорбируемая коллагеновая барьерная мембрана Geistlich Bio-Gide®¹⁴.



Рис. 11 Пассивная фиксация лоскута возможна благодаря многослойным внутренним матрацным швам. Между зубами 11 и 21 наложены 3х-уровневые швы^{12,18}.



Рис. 14 Повторный осмотр через 1 год после операции. Спонтанная репозиция зуба 11, отсутствие десневой рецессии, отсутствие патологической подвижности. Остаточная глубина зондирования составляет 4 мм, корональное смещение уровня соединительнотканного прикрепления на 7 мм, хорошая конфигурация межзубного сосочка^{14,19}.



Рис. 17 Контрольная рентгенограмма через 6 лет после операции подтверждает стабильность результатов регенерации.



Рис. 12 Рентген-контроль после операции: дефект заполнен костнозамещающим материалом.



Рис. 15 Контрольная рентгенограмма через 1 год после операции: отсутствие внутрикостного дефекта.