

© А. С. Әлмұратова, 2017

УДК 616.311.2

А. С. Әлмұратова

ҚЫЗЫЛ ИЕК РЕЦЕССИЯСЫ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті бала жасындағы стоматология және хирургиялық стоматология кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан)

Әдебиеттік шолуда қызыл иек рецессиясының таралуы туралы мәселе қарастырылды. Қызыл иек рецессиясының таралуының жоғары болу мәселелері туралы әдебиеттік мәліметтердің сараптамасы, сондай-ақ тіс-жақ жүйесінің аномалиялары және тістердің дистопиясы бар науқастарда қызыл иек рецессиясының таралуы мен білінетін ерекшеліктерінің аз зерттелуі, болжау және мүмкін болатын асқынуларды бағалау мақсатында диагностикалық және профилактикалық алгоритмдерді құрастырудың қажет екендігін сипаттайды.

Кілт сөздер: таралуы, қызыл иек рецессиясы, пародонт аурулары, тістер

Стоматологиялық денсаулық – ағзаның жалпы әл-ауқатының ажырамас бөлігі. Стоматологиялық денсаулық түсінігіне мамандардың араласуын талап ететін қандай да бір аурулар мен аномалиялардың, жарақат пен операциялар салдарының жоқтығы кіреді [18]. Әдебиеттердегі мәліметтер бойынша ауыз қуысына жүргізілетін санация мен алдын алу шараларына қарамастан, стоматологиялық аурулардың таралуы жоғары және жылдан жылға өсіп келе жатқаны байқалады [2, 16, 17, 20, 22, 24, 26, 28, 48]. Пародонт аурулары стоматологиялық аурулардың арасында тіс-жегіден кейінгі орынды алады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша пародонт ауруларының таралуы жоғары. Сау пародонт тек 2 - 10% жағдайда кездеседі [1, 3, 6, 7, 8, 15, 34, 43].

Тістердің жоғалуымен өтетін пародонт аурулары тістердің тісжегісі мен оның асқынуларына қарағанда, тіс-жақ аппаратының патологиялық өзгерістеріне жиі әкеледі. [23, 47, 51].

Қызыл иек рецессиясы – бұл қызыл иек деңгейінің тіс түбірі бөлігі беткейімен қабыну белгілерінсіз сына тәрізді немесе сопақша пішінді төмендеуімен сипатталатын пародонт тінінің атрофиясы [52]. Г. Ф. Вольф және басқа авторлардың ойы бойынша (2008), қызыл иек рецессиясы бұл ауру емес, тек әртүрлі факторлардың әсерінен туындайтын пародонт құрылымының морфологиялық өзгерісі болады, бірақта бүгінгі күні ХАЖ-10 бойынша (Женева, 1995) қызыл иек рецессиясы жеке нозология ретінде қарастырылады.

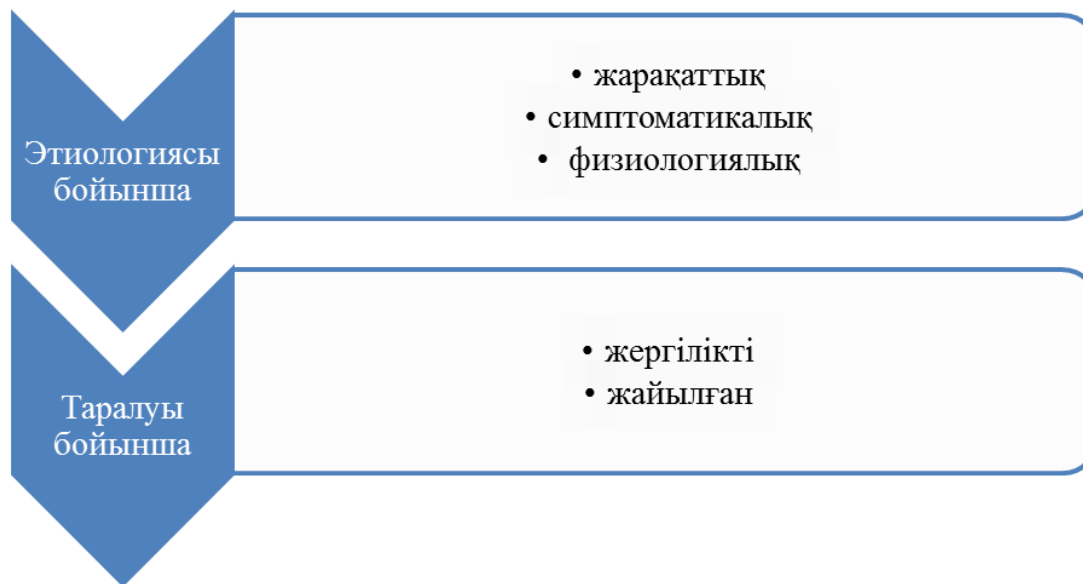
Ғалымдардың қатары қызыл иек рецессиясының себебі анық емес екенін көрсетеді және патологияның дистрофиялық сипатта болатынын айтады. Әдетте, қызыл иек рецессиясы бар науқастар механикалық және химиялық тітіркендіргіштерге тістің қатты тін-

дерінің гиперестезиясының пайда болуына және тістің түбір бөлігінің жалаңаштануынан эстетикалық жеткіліксіздіктерге шағымданады [40, 41, 54].

Қызыл иек рецессиясының патогенезіне арналған жануарларға жасалған жалғыз тәжірибелік зерттеу 1976 жылы жарияланды. [36]. Авторлар аурудың дамуы негізінде клиникалық тұрғыдан қызыл иек рецессиясы ретінде байқалатын дәнекер тіндік бекінудің бұзылуын тудыратын және эпителидің апикальді миграциясына және пролиферациясына әкелетін, жергілікті қабыну үрдістері жататынын көрсетті.

П. А. Леус [23] бойынша, қызыл иек рецессиясы ересек адамдардың арасында 99,3% жетеді. Америкалық пародонтология академиясының деректері бойынша [47], халық арасындағы тіндік рецессиясының таралуы 23% құрайды. Л. А. Казеко және Я. И. Тимчук [21] айтуынша, қызыл иек рецессиясы адамның кез-келген жасында кездеседі және 39% құрайды. Смирнова С.С. мәліметтері бойынша, қызыл иек рецессиясы 77,2% жағдайда, әсіресе жұқа биотипі бар адамдарда кездеседі [28]. Польшаның жақ-бет хирургиясы департаментінің зерттеулері бойынша адамдардың жасы мен этностық тиесілілігіне қарамастан, халықтың 60%-да қызыл иек рецессиясы бар [42].

Қызыл иек рецессиясының әртүрлі ұсынылған жіктемелері бар. Р. D. Miller [49] тісаралық бүртіктердің жағдайын және тісаралық аймақтағы сүйек тіндерінің деңгейін, рецессияның өтпелі қатпар деңгейіне және қозғалмайтын қызыл иектің көлемін ескере отырып, қызыл иек рецессиясы жіктелуінің жаңартылған түрін ұсынды. Осылайша, ол қызыл иек рецессиясын жабу бойынша хирургиялық емдеудің нәтижесіне болжам жасады:



1 сурет – П. А. Леус және Л. А. Казеко бойынша қызыл иек рецессиясының таралуы

I класс. Өтпелі қатпарға жетпейтін, альвеола сүйектерінің бұзылуынсыз жүретін рецессия (жіңішке немесе жуан). Болжамы: рецессияны толығымен жоюға болады.

II класс. Өтпелі қатпарға дейін жететін, альвеола сүйектерінің бұзылуынсыз жүретін рецессия (жіңішке немесе жуан). Болжамы: рецессияны толығымен жоюға болады.

III класс. Өтпелі қатпарға дейін жететін, альвеола сүйектерінің бір жақ беткейінің бұзылуымен жүретін рецессия (жергілікті несеме көпшілік). Болжамы: рецессияны толығымен жою мүмкін емес.

IV класс. Альвеола сүйегінің (өсіндісінің) барлық беткейінің зақымдануымен жүретін рецессия (шектелген немесе жайылған). Болжамы: рецессияны толығымен жою мүмкін емес.

1993 жылы П. А. Леус және Л. А. Казеко қызыл иек рецессиясының клиникалық жіктемесін ұсынды. Бұл жіктеме бойынша қызыл иек рецессиясы келесі түрлерге бөлінеді (1 сурет) [23].

Л. Н. Дедова қызыл иек рецессиясының келесі түрлерін ажыратады [11]: анатомиялық, физиологиялық, симптоматикалық.

Қызыл иек рецессиясының анатомиялық түрінің пайда болу себебі тіс-жақ аппаратының анатомо-топографиялық ерекшеліктері болып табылады. Қызыл иек рецессиясының физиологиялық түрінің этиологиясына адамның табиғи жас өзгерістерінің нәтижесі жатады. Қызыл иек рецессиясының симптоматикалық түрі пародонт ауруларының нәтижесі ретінде дамиды. Анатомиялық рецессия кезінде қабыну процесстері болмайды, тісаралық бүртіктер жоғалмайды. Көбінесе, қызыл иек рецессиясы

жоғарғы ит тістер мен кіші азу тістер аймағында, сондай-ақ төменгі ит тістер мен күрек тістер аймағында вестибулярлы беткейінде болады. Пародонт аурулары ке-зінде рецессия (симптоматикалық) баяу дами-ды, кейде көптеген жылдар бойы қызыл иектің жиегін және тісаралық бүртіктерін зақымдайды. Физиологиялық рецессия адам жасының ұлғаюына байланысты болады, бұл жағдайда қызыл иектің жиегі және қызыл иектің бүртіктері зардап шегеді [12].

Әдебиеттердегі мәліметтер бойынша қызыл иектің анатомиялық рецессиясы 20 - 29 жас аралығында 16-39% кездеседі. Жас ұлғайған сайын аурудың таралуы мен қарқындылығы ұлғая түседі. Осылайша, жастың ұлғаюына байланысты қызыл иектің анатомиялық рецессиясының таралуы 15,7%-ға дейін төмендейді, өйткені симптоматикалық рецессияның үлесі өседі, ал 35 жастан қызыл иектің физиологиялық рецессиясы ұлғаяды. Сонымен қоса, әдебиеттерде тістің түбір бөлігінің жалаңаштануы немесе қызыл иектің төмен түсуінің көлеміне байланысты қызыл иек рецессиясының ауырлық дәрежесі сипатталған: жеңіл – 3 мм дейін; орташа – 3-5 мм; ауыр – 6 мм және одан көп [21]. Т. В. Закиров (2005) қызыл иек рецессиясының 2 түрін ажыратады: көрінетін және жасырын [19]. Көрінетін рецессия қараған кезде көрінеді. Рецессияның биіктігі – цемент-эмаль шекарасынан қызыл иек жиегіне дейінгі қашықтықпен, ал рецессия ені – цемент-эмаль шекарасы деңгейіндегі қызыл иек жиегі аралығындағы қашықтықпен анықталады. Жасырын рецессия көрінбейді және зондпен тексергенде

байқалады. Ол көбінесе жергілікті пародонтит көрінісі болып табылады.

Әртүрлі жіктелулер өз арасында бір-бірін толықтырады, бірақ клиникалық тәжірибеде P. D. Miller жіктемесі кеңінен қолданылады.

Көптеген авторлардың мәліметтері бойынша қызыл иек рецессиясын тудыратын факторлар екі топқа бөлінеді: бірінші – қызыл иек рецессиясының дамуына әсер ететін анатомо-топографиялық факторлар, екінші – өршуіне әсер ететін факторлар, оларға қабыну, созылмалы механикалық жарақаттар (жағымсыз қылықтыр, пирсинг), ортопедиялық және ортодонтотиялық құрылғылар, тістердің тығыз орналасуы, кілегей қабаты және ерін, тіл үзберелерінің тартуы, ауыз қуысы кіреберісінің аласа болуы, гигиеналық шаралардың дұрыс орындалмауы жатады [32].

Сау пародонты бар адамдарда альвеола өсіндісінің жиегі қызыл иек жиегінен және кіреуке-дентин шекарасынан 2 мм төмен орналасады. Күрек тістер мен ит тістер түбірлерінің немесе жуан түбірлері бар тістердің вестибулярлы жағында жақсүйектің альвеола бөлігінің кортикальді табақшасы жұқа болады. Мұндай жағдайларда жақсүйектің вестибулярлы аймағының сүйекшілік қанмен қамтамасыз етілуі аз болып, сүйекүсті қабатының тамырлары арқылы жүзеге асырылады. Осы аймақтағы қызыл иек механикалық зақымдануларға және микробтық әсер етулерге сезімтал келеді, бұл сүйек ақауларының дамуына бастама болып, қызыл иек рецессиясының дамуына әкеледі [8]. Шетелдік авторлардың мәліметтерінде генетикалық теория бойынша жақсүйек ақаулары 99,57% жағдайда жақсүйектің альвеола өсіндісінің кортикальді табақшасының вестибулярлы беткейінде орналасады. Жақсүйектің альвеола өсіндісінің кортикальді табақшасының вертикальді ақауларының екі вертикальді ақауы ажыратылады: дегисценция және фенестрация. Дегисценция – бұл тістің түбір бөлігінің бойымен сопақша пішіндес жалаңаштануы. Фенестрация – жоғарғы және төменгі жақсүйек тістерінің түбір бөлігінің апикальді 1/3 деңгейінің жалаңаштануымен сипатталады. Дегисценция мен фенестрацияның жас адамдар арасында жоғары деңгейде таралуы сүйек ақаулары жақсүйектің альвеола өсіндісінің көлемі мен тіс түбірінің көлемінің сәйкес келмеуі түбір аймағындағы сүйектің жұқаруын және сорылуын тудырады. Осының нәтижесінде қызыл иек байламдары жұқарады, трофикалық бұзылыстар туындайды және осылайша рецессия дамиды [50]. М. Д. Перованың [27] еңбегінде

жақсүйек ақауының кездесу жиілігінің орташа көрсеткіші – 20% екендігі көрсетілген, бірақ оларды анықтау әдістері, сондай-ақ орналасуы бойынша бөлінулері көрсетілмеген. Отандық әдебиеттерде жақсүйек ақауларының таралуы туралы мәліметтер аз.

Қызыл иек рецессиясының дамуында оның биіктігі мен қалыңдығы маңызды рөл атқарады. Қызыл иек жақсүйектің альвеола өсіндісінің сүйекүсті қабатын жауып жатады, сыртқы факторлардың әсерінен қорғайды. Пародонт тіндерін қорғау үшін қызыл иектің қозғалмайтын бөлігінің биіктігі 2 мм кем болмау керек [9]. Е. А. Фомичева өзінің зерттеулерінде қозғалмайтын қызыл иектің ені 2 мм екендігін анықтады [33]. Бірақта Е. А. Горбатова рецессияның дамуында қозғалмайтын қызыл иек қалыңдығының маңызы жоқ екендігін, өтпелі қатпар мен қозғалмайтын қызыл иек көлемінің ара қатынасына байланысты екендігін көрсетті. Қатынасы 1:1 болғанда пародонтологиялық патологиясы бар науқастар саны 90,5 % құрайды, егер қатынасы 8:1 болса, бұл көрсеткіш 28,6% төмендейді [5]. Шетелдік зерттеушілерің айтуынша қызыл иек биіктігіне қарағанда, қалыңдығының клиникалық маңызы зор. Бұл мәліметтер бірнеше рет зерттеулер арқылы дәлелденді [10, 55]. Қызыл иектің қалыңдығына байланысты 2 биотипін ажыратады: қалың және жұқа [10]. И. Р. Ганжа және авторлардың мәліметтері бойынша қызыл иек қалыңдығының әртүрлі болуы ондағы патологиялық үрдістердің даму мүмкіндігін және айқындылық дәрежесін болжауға мүмкіндік береді. Алайда отандық және шетелдік әдебиеттерде әртүрлі қызыл иек фенотипі бар науқастардың тісін ортодонтотиялық жылжыту бағыты мен әдістерін таңдау бойынша ұсынымдардың нақты критерилері жоқ [4].

Тіс-жақ аномалиялары пародонт ауруларымен қосарласады. Бұл мәлімет бірнеше рет әдебиеттерде айтылып, клиникалық тәжірибеде дәлелденді [14].

16-25 жас аралығындағы адамдарда тістері вестибулярлы орналасқан жағдайда қызыл иек рецессиясы 40%-да кездеседі [41]. Тіс-жақ аномалиясы әрқашан жеке тістер аймағында артық қысымның әртүрлі түсуіне байланысты окклюзиялық жарақаттанумен қосарласып жүреді [38]. Отандық және шетелдік әдебиеттерде пародонт тіндерінің жағдайына окклюзиялық жарақаттанудың әсері туралы біркелкі мәліметтер жеткіліксіз.

Авторлардың ойынша, ортодонтотиялық емдеулер кезінде тістерді жақсүйектің

альвеола өсіндісінен тыс, шамадан артық қысым түсіріп жылжитқаннан пародонт тіндерінің вестибулярлы беткейінің бекуі бұзылады және осының салдарынан қызыл иек рецессиясы дамиды [45, 53]. Басқа авторлар, қызыл иек рецессиясының дамуын тістердің жылжуымен байланыстыратын дәлелдердің жоқ екендігін айтады [43, 35].

Тістерді жақсүйектің альвеола бөлігінің вестибулярлы табақшасынан жылжитқаннан сүйек қайта қалыптасады. Бірақ, қайта қалыптасу сүйектің жеткіліктілігі негізінде болады [39]. Сүйектің қайта қалыптасу жылдамдылығы пародонтқа әсер ететін қалыпты функциональдық қысымға және сүйектің қасиетіне байланысты [46].

Соңғы 10 жылдағы әдебиеттер талдамасы қызыл иек рецессиясы мәселесіне ғылыми қызығушылықтың артқанын көрсетті. Жарияланымдардың көпшілік бөлігі емдеудің жалғыз әдісі ретінде хирургиялық әрекеттесулердің түрлі әдістерін дамытуға, енгізуге, салыстыруға арналған [4, 31, 37, 44]. Сонымен қатар, рецессия рецидиві себептерінің сараптамасы көрсетілмей жүргізілген операциялардың клиникалық қорытындысының болмауы байқалады [29, 30, 56]. Авторлардың қатары ғылыми жарияланымдарда патологияның дамуының мүмкін болатын себептерін қарастырады және кешенді емдеудің нұсқаларын ұсынады [12, 13, 25]. Бірақ берілген үлгілерде нақты диагностикалық критерийлер жоқ, ал бұл емдеу әдісін таңдауды және аурудың даму болжамын күрделендіреді. Қызыл иек рецессиясының жоғары таралуы және жүргізіліп жүрген емдеу әдістері тиімділігінің төмендігі оны жоспарлауда сапалы тәсілді жасаудың қажет екендігін айтады.

Осылайша, қолжетімді әдебиеттерде тіс-жақ аномалиясы бар науқастарда қызыл иек рецессиясының таралуы және көріну ерекшеліктері туралы мәліметтер жеткіліксіз, ал тістердің дистопиясы кезіндегі өзгерістер туралы мәліметтер жоқ. Сондай-ақ әдебиеттердегі мәліметтер бойынша анамнезінде ортодонтиялық емдеу жасалынған науқастардың қызыл иек рецессиясының таралуы туралы мәліметтері жоқ. Қызыл иек рецессиясының таралуы және көріну ерекшеліктері туралы мәліметтердің болуы стоматологтарға кешенді емнің жоспарын құруға және оған сапалы әсер етуге мүмкіндік берер еді. Осыған байланысты, бүгінгі күні стоматологияда осы өзекті мәселені егжей-тегжейлі зерттеу талап етіледі.

ӘДЕБИЕТ

1 Аболмасов Н. Г. Современные пред-

ставления и размышления о комплексном лечении заболеваний пародонта /Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, П. Я. Гелетин //Рос. стоматол. журн. – 2009. – №5. – С. 26-32.

2 Волкова Ю. Профилактика стоматологических заболеваний /Ю. Волкова, Е. Шапиро, И. М. Липовская. – М.: Изд-во «МедПресс», 2008. – 72 с.

3 Гажва С. И. Распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта (обзор литературы) /С. И. Гажва, Р. С. Гулуев //Обозрение. Медтехника. – 2012. – №1 (75). – С. 13-14.

4 Ганжа И. Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: учебное пособие для врачей /И. Р. Ганжа, Т. Н. Модина, А. М. Хамадеева. – Самара: Содружество, 2007. – 84 с.

5 Горбатова Е. А. Топографические особенности отделов десны //Пародонтология. – 2003. – №4 (29). – С. 19-20.

6 Григорян А. С. Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний пародонта /А. С. Григорян, О. А. Фролова //Стоматология. – 2006. – №3. – С. 11-17.

7 Грудянов А. И. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта /А. И. Грудянов, В. В. Овчинникова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 80 с.

8 Грудянов А. И. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 2009. – 332 с.

9 Грудянов А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта /А. И. Грудянов, А. И. Ерохин. – М.: МИА, 2006. – 128 с.

10 Давидян А. Л. Модифицированная микрохирургическая методика ушивания при устранении рецессии десны соединительнотканым трансплантатом //Пародонтология. – 2006. – №4. – С. 75-78.

11 Дедова Л. Н. Периодонтология: Учеб.-метод. пособие. – Мн.: БГМУ, 2009. – 67 с.

12 Дедова Л. Н. Диагностика болезней пародонта: Учеб.-метод. пособие. – Минск, 2004. – 70 с.

13 Денисова Ю. Л. Комплексное лечение пациентов с рецессией десны в сочетании с зубочелюстными аномалиями и деформациями //Стоматол. журн. – 2007. – Т. 8, №4. – С. 328-332.

14 Денисова Ю. Л. Современные ортодонтические мероприятия в комплексном лечении рецессии десны у пациентов с зубочелюстными аномалиями //Пародонтология. – 2008. – № 4. – С. 74-79.

15 Дмитриева Л. А. Пародонтит. – М: МЕДпресс-информ, 2007. – 250 с.

- 16 Есембаева С. С. Распространенность заболеваний пародонта среди сельских жителей Республики Казахстан //Экология и гигиена. – 2005. – №4. – С. 24-29.
- 17 Еслямгалиева А. М. Стоматологический уровень здоровья подростков города Караганды //Астана мед. журн. – 2006. – №1. – С. 58-60.
- 18 Жармагамбетова А. Г. Распространенность стоматологических заболеваний /А. Г. Жармагамбетова, С. Т. Тулеутаева, С. Б. Ахметова //Астана мед. журн. – 2017. – №2 (92). – С. 51-59.
- 19 Закиров Т. В. К вопросу об этиологии рецессий десны //Проблемы стоматологии. – 2005. – №1. – С. 9-13.
- 20 Зыкеева С. К. Лекции по стоматологии детского возраста. – Алматы: Стомлит, 2006. – С. 101.
- 21 Казеко Л. А. Рецессия десны: Учеб.-метод. пособие /Л. А. Казеко, Я. И. Тимчук. – Минск, 1998. – 21 с.
- 22 Леус П. А. Доказательная стоматология как основа программ профилактики кариеса зубов у детей //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – №2. – С. 3-7.
- 23 Леус П. А. Особенности клинических проявлений рецессии десны /П. А. Леус, Л. А. Казеко. – Минск, 1993. – 232 с.
- 24 Лукиных Л. М. Болезни пародонта: клиника, диагностика, лечение и профилактика /Л. М. Лукиных, Е. Н. Жулев, И. Н. Чупрунов. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2007. – 322 с.
- 25 Мишутин Е. А. Распространенность основных стоматологических заболеваний у детей и подростков г. Смоленска /Е. А. Мишутин, В. Г. Морозов, П. Н. Гелетин //Математическая морфология. – 2014. – Т.13, №1. – С. 15-18.
- 26 Модина Т. Н. Изучение этиологии и патогенеза рецессии десны у детей и подростков /Т. Н. Модина, Н. Х. Хамитова, Е. В. Мамаева //Пародонтология. – 2009. – №3. – С. 8-14.
- 27 Перова М. Д. Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса /М. Д. Перова, Е. А. Фомичева, А. В. Фомичева //Новое в стоматологии. – 2005. – №5. – С. 38-45.
- 28 Смирнова С. С. Оптимизация лечения рецессии десны (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 22 с.
- 29 Черныш В. Ф. Устранение локальной рецессии десны пластикой угловым мукогингивальным лоскутом /В. Ф. Черныш, Г. С. Чепик, А. А. Иванникова //Пародонтология. – 2010. – №2. – С. 32-37.
- 30 Фадеев Р. А. Диагностические возможности денальной компьютерной томографии /Р. А. Фадеев, М. А. Чибисова, Н. М. Батюков //Пародонтология. – 2007. – №1. – С. 50-54.
- 31 Февралева А. Ю. Устранение рецессии десны: планирование, современные методы лечения, прогноз /А. Ю. Февралева, А. Л. Давидян. – М.: ПолиМедиаПресс, 2007. – 152 с.
- 32 Феде П. Пародонтологическая азбука. – М.: Азбука, 2003. – 312 с.
- 33 Фомичева Е. А. Профилактика и лечение рецессий тканей пародонта: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Ставрополь, 2005. – 23 с.
- 34 Янушевич О. О. Болезни пародонта /О. О. Янушевич, И. Н. Кузмина //Рос. стоматол. журн. – 2009. – №1. – С. 43-45.
- 35 Allais D. Does labial movement of lower incisors influence the level of the gingival margin? A case-control study of adult orthodontic patients /D. Allais, D. Melsen //Eur. J. Orthod. – 2003. – №4(25). – Pp. 43-52.
- 36 Baker D. L. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat /D. L. Baker, G. J. Seymour //J. Clin Periodontol. – 1976. – №3 (4). – Pp. 208-219.
- 37 Balaji V. R. Management of gingival recession with acellular dermal matrix graft: A clinical study /V. R. Balaji, D. Manikandan, R. Lambodharan //J. Pharm. Bioallied. Sci. – 2016. – V. 8. – Pp. 59-64.
- 38 Bollen A. M. The effects of orthodontic therapy on periodontal health. A systematic review of controlled evidence /A. M. Bollen, J. Cunha-Cruz, D. W. Bakko //J. Clin. Periodontol. – 2008. – V. 139(4). – Pp. 413-422.
- 39 Boyce B. F. Biology of RANK, RANKL, and osteoprotegerin /B. F. Boyce, L. Xing //Review Arthritis Research & Therapy. – 2007. – №9. – Pp. 34-41.
- 40 Chrysanthakopoulos N. A. Aetiology and Severity of Gingival Recession in an Adult Population Sample in Greece //Dent. Res. J. – 2011. – №8(2). – Pp. 64-70.
- 41 Colin R. Is Gingival Recession a Consequence of an Orthodontic Tooth Size and/or Tooth Position Discrepancy? «A Paradigm Shift» //J. Clin. Periodontol. – 2011. – №20. – Pp. 301-310.
- 42 Dominiak M. New perspectives in the diagnosis of gingival recession /M. Dominiak, T. Gedrange //Adv. Clin. Exp. Med. – 2014. – V. 23 (6). – Pp. 857-863.

43 Djeu G. Correlation between mandibular central incisor proclination and gingival recession during fixed appliance therapy /G. Djeu, C. Hayes, S. Zawaideh //Angle Orthod. – 2002. – №72 (3). – Pp. 238-245.

44 Jenabian N. Gingival unit graft versus free gingival graft for treatment of gingival recession: a randomized controlled clinical trial /N. Jenabian, M. Y. Bahabadi, A. Bijani //J. Dent. (Tehran). – 2016. – V. 13(3). – Pp. 184-192.

45 Jia-Hui Fu. Tissue Biotype and Its Relation to the Underlying Bone Morphology /Fu Jia-Hui, Yeh Chu-Yuan, Chan Hsun-Liang //J. Periodontol. – 2010. – V. 12. – Pp. 569-574

46 Hankenson K. D. Mice lacking thrombospondin 2 show an atypical pattern of endocortical and periosteal bone formation in response to mechanical loading //Bone. – 2005. – №11. – Pp. 234-237.

47 Griffin S. Oral health needs among adults in the United States with chronic diseases /S. Griffin, L. Barker, P. Griffin //J. Am. Dent. – 2009. – №140 (10). – Pp. 1266-1274.

48 Matas F. Ten year longitudinal study of gingival recession in dentists /F. Matas, J. Sentís, C. Mendieta //J. Clin. Periodontol. – 2011. – V. 38(12). – Pp. 1091-1098.

49 Miller P. D. A classification of marginal tissue recession //Int. J. Periodontics Restorative Dent. – 1985. – V. 5, №2. – Pp. 8-13.

50 Nimigean V. R. Alveolar bone dehiscences and fenestrations: an anatomical study and review /V. R. Nimigean, V. Nimigean, M. A. Bencze //Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2009. – №50(3). – Pp. 391-397.

51 Pischon N. Obesity, Inflammation, and periodontal Disease /N. Pischon, N. Heng, J. P. Bernimoulin //J. Dent. Res. – 2007. – №86. – Pp. 400-409.

52 Rateitschak K. H. Atlas de parodontology: Medicine sciens, Flammarion / K. H. Rateitschak, M. Edith. – Paris, 1986. – 320 p.

53 Reichert C. Interfaces between orthodontic and periodontal treatment: their current status /C. Reichert, M. Hagner, S. Jepsen //J. Orofac, Orthop. – 2011. – №72 (3). – Pp. 165-186.

54 Sykes L. M. Dentine hypersensitivity: a review of its aetiology, pathogenesis and management //SADJ. – 2007. – V. 62(2). – Pp. 66-71.

55 Yared K. F. Periodontal status of mandibular central incisors after orthodontic proclination in adults /K. F. Yared, E. G. Zenobio, W. Pacheco //Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2006. – №130. – Pp. 61-68.

56 Wennström J. L. Mucogingival considerations in orthodontic treatment //Semin. Orthod. – 1996. – №2 (1). – Pp. 46-54

REFERENCES

1 Abolmasov N. G. Sovremennye predstavlenija i razmyshlenija o kompleksnom lechenii zabojevanij parodonta /N. G. Abolmasov, N. N. Abolmasov, P. Ja. Geletin //Ros. stomatol. zhurn. – 2009. – №5. – S. 26-32.

2 Volkova Ju. Profilaktika stomatologicheskikh zabojevanij /Ju. Volkova, E. Shapiro, I. M. Lipovskaja. – M.: Izd-vo «MedPress», 2008. – 72 s.

3 Gazhva S. I. Rasprostranennost' i intensivnost' vospalitel'nyh zabojevanij parodonta (obzor literatury) /S. I. Gazhva, R. S. Guluev //Obozrenie. Medtehnika. – 2012. – №1 (75). – S. 13-14.

4 Ganzha I. R. Recessija desny. Diagnostika i metody lechenija: uchebnoe posobie dlja vrachej /I. R. Ganzha, T. N. Modina, A. M. Hamadeeva. – Samara: Sodruzhestvo, 2007. – 84 s.

5 Gorbatova E. A. Topograficheskie osobennosti otdelov desny //Parodontologija. – 2003. – №4 (29). – S. 19-20.

6 Grigorjan A. S. Morfofunkcional'nye osnovy klinicheskoy simptomatiki vospalitel'nyh zabojevanij parodonta /A. S. Grigorjan, O. A. Frolova //Stomatologija. – 2006. – №3. – S. 11-17.

7 Grudjanov A. I. Profilaktika vospalitel'nyh zabojevanij parodonta /A. I. Grudjanov, V. V. Ovchinnikova. – M.: Medicinskoe informacionnoe agenzstvo, 2007. – 80 s.

8 Grudjanov A. I. Zabojevanija parodonta. – M.: MIA, 2009. – 332 s.

9 Grudjanov A. I. Hirurgicheskie metody lechenija zabojevanij parodonta /A. I. Grudjanov, A. I. Erohin. – M.: MIA, 2006. – 128 s.

10 Davidjan A. L. Modificirovannaja mikrohirurgicheskaja metodika ushivaniya pri ustranении recessii desny soedinitel'notkannym transplantatom //Parodontologija. – 2006. – №4. – S. 75-78.

11 Dedova L. N. Periodontologija: Ucheb.-metod. posobie. – Mn.: BGMU, 2009. – 67 s.

12 Dedova L. N. Diagnostika boleznej periodonta: Ucheb.-metod. posobie. – Minsk, 2004. – 70 s.

13 Denisova Ju. L. Kompleksnoe lechenie pacientov s recessiej desny v sochetanii s zubochelejstnyimi anomalijami i deformacijami //Stomatol. zhurn. – 2007. – T. 8, №4. – S. 328-332.

14 Denisova Ju. L. Sovremennye ortodonticheskie meroprijatija v kompleksnom lechenii recessii desny u pacientov s zubochelejstnyimi

- anomalijami //Parodontologija. – 2008. – № 4. – S. 74-79.
- 15 Dmitrieva L. A. Parodontit. – M: MEDpress-inform, 2007. – 250 s.
- 16 Esembaeva S. S. Rasprostranennost' zabolovaniy parodonta sredi sel'skih zhitelej Respubliki Kazahstan //Jekologija i gigiena. – 2005. – №4. – S. 24-29.
- 17 Esljamgalieva A. M. Stomatologicheskij uroven' zdorov'ja podrostkov goroda Karagandy //Astana med. zhurn. – 2006. – №1. – S. 58-60.
- 18 Zharmagambetova A. G. Rasprostranennost' stomatologicheskikh zabolovaniy /A. G. Zharmagambetova, S. T. Tuleutaeva, S. B. Ahmetova //Astana med. zhurn. – 2017. – №2 (92). – S. 51-59.
- 19 Zakirov T. V. K voprosu ob jetiologii recessij desny //Problemy stomatologii. – 2005. – №1. – S. 9-13.
- 20 Zykeeva S. K. Lekcii po stomatologii detskogo vozrasta. – Almaty: Stomlit, 2006. – S. 101.
- 21 Kazeko L. A. Recessija desny: Ucheb.-metod. posobie /L. A. Kazeko, Ja. I. Timchuk. – Minsk, 1998. – 21 s.
- 22 Leus P. A. Dokazatel'naja stomatologija kak osnova programm profilaktiki kariesa zubov u detej //Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. – 2008. – №2. – S. 3-7.
- 23 Leus P. A. Osobennosti klinicheskikh javlenij recessii desny /P. A. Leus, L. A. Kazeko. – Minsk, 1993. – 232 s.
- 24 Lukinyh JI. M. Bolezni parodonta: klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika /JI. M. Lukinyh, E. N. Zhulev, I. N. Chuprunov. – N. Novgorod: Izd-vo NGMA, 2007. – 322 s.
- 25 Mishutin E. A. Rasprostranennost' osnovnyh stomatologicheskikh zabolovaniy u detej i podrostkov g. Smolenska /E. A. Mishutin, V. G. Morozov, P. N. Geletin //Matematicheskaja morfologija. – 2014. – T.13, №1. – S. 15-18.
- 26 Modina T. N. Izuchenie jetiologii i patogenezu recessii desny u detej i podrostkov /T. N. Modina, N. H. Hamitova, E. V. Mamaeva //Parodontologija. – 2009. – №3. – S. 8-14.
- 27 Perova M. D. Recessija tkanej parodonta. Sovremennoe sostojanie voprosa /M. D. Perova, E. A. Fomicheva, A. V. Fomicheva //Novoe v stomatologii. – 2005. – №5. – S. 38-45.
- 28 Smirnova S. S. Optimizacija lechenija recessii desny (jeksperimental'no-klinicheskoe issledovanie): Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Ekaterinburg, 2010. – 22 s.
- 29 Chernysh V. F. Ustranenie lokal'noj recessii desny plastikoj uglovym muko-gingival'nyim loskutom /V. F. Chernysh, G. S. Chepik, A. A. Ivannikova //Parodontologija. – 2010. – №2. – S. 32-37.
- 30 Fadeev R. A. Diagnosticheskie vozmozhnosti dental'noj komp'juternoj tomografii /R. A. Fadeev, M. A. Chibisova, N. M. Batjukov //Parodontologija. – 2007. – №1. – S. 50-54.
- 31 Fevraleva A. Ju. Ustranenie recessii desny: planirovanie, sovremennye metody lechenija, prognoz /A. Ju. Fevraleva, A. JI. Davidjan. – M.: PoliMediaPress, 2007. – 152 s.
- 32 Fedi P. Parodontologicheskaja azbuka. – M.: Azbuka, 2003. – 312 s.
- 33 Fomicheva E. A. Profilaktika i lechenie recessij tkanej parodonta: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Stavropol', 2005. – 23 s.
- 34 Janushevich O. O. Bolezni parodonta /O. O. Janushevich, I. N. Kuzmina //Ros. stomatol. zhurn. – 2009. – №1. – S. 43-45.
- 35 Allais D. Does labial movement of lower incisors influence the level of the gingival margin? A case-control study of adult orthodontic patients /D. Allais, D. Melsen //Eur. J. Orthod. – 2003. – №4(25). – Pp. 43-52.
- 36 Baker D. L. The possible pathogenesis of gingival recession. A histological study of induced recession in the rat /D. L. Baker, G. J. Seymour //J. Clin Periodontol. – 1976. – №3 (4). – Pp. 208-219.
- 37 Balaji V. R. Management of gingival recession with acellular dermal matrix graft: A clinical study /V. R. Balaji, D. Manikandan, R. Lambodharan //J. Pharm. Bioallied. Sci. – 2016. – V. 8. – Pp. 59-64.
- 38 Bollen A. M. The effects of orthodontic therapy on periodontal health. A systematic review of controlled evidence /A. M. Bollen, J. Cunha-Cruz, D. W. Bakko //J. Clin. Periodontol. – 2008. – V. 139(4). – Pp. 413-422.
- 39 Boyce V. F. Biology of RANK, RANKL, and osteoprotegerin /B. F. Boyce, L. Xing //Review Arthritis Research & Therapy. – 2007. – №9. – Pp. 34-41.
- 40 Chrysanthakopoulos N. A. Aetiology and Severity of Gingival Recession in an Adult Population Sample in Greece //Dent. Res. J. – 2011. – №8(2). – Pp. 64-70.
- 41 Colin R. Is Gingival Recession a Consequence of an Orthodontic Tooth Size and/or Tooth Position Discrepancy? «A Paradigm Shift» //J. Clin. Periodontol. – 2011. – №20. – Pp. 301-310.
- 42 Dominiak M. New perspectives in the diagnostic of gingival recession /M. Dominiak, T. Gedrange //Adv. Clin. Exp. Med. – 2014. – V. 23

(6). – Pp. 857-863.

43 Djeu G. Correlation between mandibular central incisor proclination and gingival recession during fixed appliance therapy /G. Djeu, S. Hayes, S. Zawaideh //Angle Orthod. – 2002. – №72 (3). – Pp. 238-245.

44 Jenabian N. Gingival unit graft versus free gingival graft for treatment of gingival recession: a randomized controlled clinical trial /N. Jenabian, M. Y. Bahabadi, A. Bijani //J. Dent. (Tehran). – 2016. – V. 13(3). – Pp. 184-192.

45 Jia-Hui Fu. Tissue Biotype and Its Relation to the Underlying Bone Morphology /Fu Jia-Hui, Yeh Chu-Yuan, Chan Hsun-Liang //J. Periodontol. – 2010. – V. 12. – Pp. 569-574

46 Hankenson K. D. Mice lacking thrombospondin 2 show an atypical pattern of endocortical and periosteal bone formation in response to mechanical loading //Bone. – 2005. – №11. – Pp. 234-237.

47 Griffin S. Oral health needs among adults in the United States with chronic diseases /S. Griffin, L. Barker, P. Griffin //J. Am. Dent. – 2009. – №140 (10). – Pp. 1266-1274.

48 Matas F. Ten year longitudinal study of gingival recession in dentists /F. Matas, J. Sentís, C. Mendieta //J. Clin. Periodontol. – 2011. – V. 38 (12). – Pp. 1091-1098.

49 Miller P. D. A classification of marginal tissue recession //Int. J. Periodontics Restorative

Dent. – 1985. – V. 5, №2. – Pp. 8-13.

50 Nimigean V. R. Alveolar bone dehiscences and fenestrations: an anatomical study and review /V. R. Nimigean, V. Nimigean, M. A. Bencze //Romanian Journal of Morphology and Embryology. – 2009. – №50(3). – Pp. 391-397.

51 Pischon N. Obesity, Inflammation, and periodontal Disease /N. Pischon, N. Heng, J. P. Bernimoulin //J. Dent. Res. – 2007. – №86. – Pp. 400-409.

52 Rateitschak K. H. Atlas de parodontology: Medicine sciens, Flammarion / K. H. Rateitschak, M. Edith. – Paris, 1986. – 320 p.

53 Reichert C. Interfaces between orthodontic and periodontal treatment: their current status /C. Reichert, M. Hagner, S. Jepsen //J. Orofac. Orthop. – 2011. – №72 (3). – Pp. 165-186.

54 Sykes L. M. Dentine hypersensitivity: a review of its aetiology, pathogenesis and management //SADJ. – 2007. – V. 62(2). – Pp. 66-71.

55 Yared K. F. Periodontal status of mandibular central incisors after orthodontic proclination in adults /K. F. Yared, E. G. Zenobio, W. Pacheco //Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2006. – №130. – Pp. 61-68.

56 Wennström J. L. Mucogingival considerations in orthodontic treatment //Semin. Orthod. – 1996. – №2 (1). – Pp. 46-54

Поступила 26.01.2018

A. S. Almuratova

GINGIVAL RECESSION

Department of children's dentistry and surgical dentistry Karaganda state medical university (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

The presented review studies the prevalence of gingival recession. Analysis of the published data on the problem of the high prevalence of gingival recession, as well as the poorly studied prevalence and the peculiarities of the gingival recession manifestation in patients with dentofacial anomalies and teeth dystopia, indicate the need for the development of a diagnostic and prophylactic algorithm in order to estimate the prognosis and possible complications and also to make effective complex treatment.

Key words: prevalence, gum recession, periodontal disease, teeth

A. С. Алмуратова

РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ

Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии Карагандинского государственного медицинского университета (Караганда, Казахстан)

В представленном литературном обзоре рассматриваются вопросы о распространенности рецессии десны. Анализ данных литературы о проблеме высокой распространенности рецессии десны, а также малоизученность распространенности и особенности проявления рецессии десны у пациентов с зубочелюстными аномалиями и дистопией зубов свидетельствует о необходимости разработки алгоритма диагностики и профилактики с целью оценки прогноза и возможных осложнений, а также для составления эффективного комплексного лечения.

Ключевые слова: распространенность, рецессия десны, заболевания пародонта, зубы