

Streszczenie

Recesje dziąsła są często spotykaną nieprawidłowością polegającą na dowierzchołkowym przemieszczeniu brzegu dziąsła w stosunku do połączenia szkliwno cementowego z odsłonięciem powierzchni korzeni. Stanowią poważne zaburzenie różowej estetyki oraz mogą być przyczyną powstania ubytków twardych tkanek zębów. Często, odsłonięcie korzeni może powodować zwiększoną wrażliwość zębów na bodźce termiczne związane z ekspozycją zębiny korzeniowej. Obecność tych nieprawidłowości sprawia, że recesje dziąsła, w ogromnej większości przypadków, powinny być leczone chirurgicznie.

Jedną z metod leczenia recesji dziąsła jest technika tunelowa. Technika ta cechuje się małą inwazyjnością, ale wymaga pobrania przeszczepu tkanki łącznej z podniebienia. W ostatnich latach pojawiły się na rynku substytuty tkanki łącznej pochodzenia zwierzęcego. Zastosowanie komercyjnego produktu zastępującego autogeny przeszczep łącznotkankowy jest z punktu widzenia pacjenta bardziej komfortową metodą. Zabieg jest mniej inwazyjny ponieważ nie powstaje rana w miejscu dawczym, technika zabiegowa jest łatwiejsza, a czas trwania zabiegu krótszy. Dotychczasowe dane z piśmiennictwa nie dają jednak odpowiedzi, czy substytuty tkanek miękkich mogą być tak samo efektywne jak przeszczepy autogenne w leczeniu recesji dziąsłowych.

Wobec powyższego, celem badań była ocena skuteczności metody tunelowej z wykorzystaniem tkanki łącznej i jej substytutu w leczeniu recesji dziąsła klasy I i II wg Millera.

Grupę badaną stanowiło 20 ogólnie zdrowych osób, w tym 13 kobiet w wieku 20-56 lat i 7 mężczyzn w wieku 23-43 lat, u których stwierdzone zostały w zuchwie mnogie recesje dziąsła klasy I i II wg Millera. Badanie zostało zaplanowane jako randomizowane, oparte na modelu podzielonej jamy ustnej (split-mouth study). Polegało na wykonywaniu zabiegu pokrycia recesji dziąsła techniką tunelową z przeszczepem podnabłonkowej tkanki łącznej (SCTG) po jednej stronie łuku zębowego (46 recesji) oraz z matrycą kolagenową (CM) (mucoderm®, bottis biomaterials, Niemcy) po stronie przeciwnej (45 recesji). Badanie kliniczne zostało wykonane dwukrotnie - przed zabiegiem i 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym i polegało na ocenie następujących parametrów: wysokości (GR) i szerokości (RW) recesji dziąsła, głębokości sondowania (PD), klinicznego położenia przyczepu (CAL), szerokości dziąsła zrogowaciałego (KT), grubości dziąsła (GT), zakresu pokrycia recesji

(ARC), procentu pokrycia recesji (%RC), całkowitego pokrycia recesji (CRC), zysku dziąsła skeratynizowanego (KT gain) i zysku grubości dziąsła (GT gain). Wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu Statistica 12.0.

Przed leczeniem nie stwierdzono żadnych różnic w wartościach badanych parametrów pomiędzy grupami. Po leczeniu, po stronie po której zastosowano SCTG średnia wysokość recesji dziąsła istotnie zmniejszyła się z $1,94 \pm 0,66$ mm do $0,38 \pm 0,67$ mm, podobnie jak po stronie leczonej z użyciem CM, z $1,95 \pm 0,76$ mm do $0,87 \pm 0,79$ mm. Także szerokość recesji znamienne zmniejszyła się z $3,04 \pm 0,73$ mm do $0,81 \pm 1,33$ po zastosowaniu SCTG i z $2,97 \pm 0,75$ mm do $1,86 \pm 1,41$ mm po CM. Po leczeniu wykazano istotne różnice w powyższych parametrach pomiędzy stronami.

Po zastosowaniu SCTG średni procent pokrycia recesji wyniósł $84,07 \pm 27,32\%$, zaś po zastosowaniu CM - $58,06 \pm 37,53\%$. Zakres pokrycia recesji wyniósł natomiast odpowiednio $1,56 \pm 0,59$ mm i $1,07 \pm 0,68$ mm.

W grupie, w której zastosowano SCTG stwierdzono istotnie większy przyrost szerokości dziąsła skeratynizowanego z $1,28 \pm 0,72$ mm do $2,90 \pm 1,49$ mm (zysk - $1,61 \pm 1,27$ mm) w porównaniu z grupą, w której użyto CM, w której parametr ten zmienił się z $1,38 \pm 0,68$ mm do $1,75 \pm 0,80$ mm (zysk - $0,36 \pm 0,57$ mm). Podobne różnice dotyczyły grubości dziąsła - GT. W grupie leczonej SCTG parametr ten wzrósł z $0,76 \pm 0,31$ mm do $2,07 \pm 0,54$ mm (zysk - $1,31 \pm 0,59$ mm), zaś w grupie leczonej CM z $0,82 \pm 0,3$ mm do $1,17 \pm 0,37$ mm (zysk - $0,35 \pm 0,33$ mm).

Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto następujące wnioski:

1. Zastosowanie techniki tunelowej z przeszczepem podnabłonkowej tkanki łącznej lub matrycy kolagenowej pozwala na skuteczne leczenie recesji dziąsłowych I i II klasy wg Millera zlokalizowanych na zębach żuchwy.
2. Przeszczep podnabłonkowej tkanki łącznej pozwala na osiągnięcie lepszych efektów leczenia recesji dziąsła w porównaniu z matrycą kolagenową.
3. Zastosowanie przeszczepu podnabłonkowej tkanki łącznej skutkuje znacznie większym poszerzeniem dziąsła skeratynizowanego w stosunku do matrycy kolagenowej.
4. Użycie przeszczepu podnabłonkowej tkanki łącznej daje lepsze pogrubienie dziąsła w porównaniu z matrycą kolagenową.