УДК 616.314-089.28/.29:616.314.17 – 008.1 – 003.93

**А.С. Щербаков, М.Б. Кузнецова, С.И. Виноградова, В.В. Зобачева, А.М. Васильев, В.А. Егорова, С.Б. Иванова**

# РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

*Кафедры ортопедической стоматологии, пародонтологии, хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ»*

**Описаны причины, условия развития и классификации рецессий десны. Указана роль травматических факторов, важные особенности планирования лечения и профилактики, проведен анализ и оценка различных методов лечения.**

***Ключевые слова:*** *причины рецессий десны, их этиология, условия развития, травматические факторы, ретракция, лечение и предупреждение.*

# GINGIVAL RECESSIONS: ETIOPATHOGENESIS, ESPECIALITIES PLANNING OF TREATMENT AND PREVENTION

**A.S. Sherbakov, M.B. Kuznetsova, S.I. Vinogradova, V.V. Zobacheva, A.M. Vasiliev, V.A. Egorova, S.B. Ivanova.**

**The reasons, conditions development and classification of gingival recessions described. The retraction of marginal gingival may lead to negative consequences depending on the type of impregnating matter and on exposure period. Important part of the traumatic factors, espesialities planning of treatment and prevention indicated, different methods of treatment analysed and estimated.**

***Key words:*** *Reasons of gingival recessions, conditions development, traumatic factors, retraction, treatment and prevention.*

Одна из наиболее частых причин, вызывающих необходимость повторного протезирования несъемными конструкциями, – это обнажение шейки или корня зуба. Больных обычно беспокоит эстетика, повышенная чувствительность обнаженных корней зубов, неприятные ощущения при их чистке, кариес [60].

Вопросы этиологии и терминологии данного процесса остаются спорными и противоречивыми. Термин «рецессия» имеет достаточно широкий смысл, происходя от латинского «recessus» – отступление. Этот термин уже встречался в классификации болезней пародонта. Еще C.G. Davis [50] считал рецессию десны с минимальным воспалением или без него отдельной формой деструктивного заболевания околозубных тканей. G.C. Armitage [56] включил это состояние в свою классификацию заболеваний пародонта. В последующем она была рекомендована к применению Американской стоматологической ассоциацией.

В ранних публикациях использовался термин «ретракция десны». В настоящее время он обычно применяется для обозначения целенаправленных и обратимых изменений контура десны при препарировании зубов, снятии оттисков, пломбировании или реставрации. Ведущие отечественные пародонтологи используют термин «рецессия десны». Поэтому мы вслед за О.О. Янушевичем [52], А.И. Грудяновым [16], М.Д. Перовой с соавт. [35] считаем возможным объединение симптомов деструктивных и атрофических процессов разной этиологии в пародонте под терминами «рецессии тканей пародонта», «рецессия десны» или «тканевая рецессия».

По определению Х.П. Мюллера [32], рецессия десны – это расстояние между клиническим уровнем потери прикрепления и глубиной зондирования бороздки (кармана). Клиническая потеря прикрепления – расстояние между эмалево-цементной границей и клинически зондируемым дном кармана. При этом автор отмечает, что фактическое дно кармана или борозды невозможно определить зондом на передних зубах. Х.П. Мюллер [32] выделял в зависимости от причины две формы рецессии десны:

1) *травматической этиологии,* когда десна практически не имеет признаков воспаления;

2) *воспалительного генеза* – при деструктивных заболеваниях пародонта.

Детально систематизировать рецессии и правильно обосновать и выбрать метод лечения помогают классификации. Одной из наиболее известных и часто применяющихся является классификация P.D. Miller [69].

*Класс I – рецессия не доходит до слизисто-десневой границы.*

*Класс II – рецессия переходит слизисто-десневую границу.*

*Класс III – потеря прикрепления также аппроксимальная (потеря десневых сосочков).*

*Класс IV – аппроксимальная потеря прикрепления в сочетании с нарушением положения зуба.*

H.W. Gilmore с соавт. [62] сформулировали проблемы рецессии, установив ее связь с повреждением десны и периодонтальной связки при препарировании, налетом в области десневого края, необратимыми изменениями в тканях пародонта при недопустимом увеличении времени экспозиции нитей в бороздке, незнанием и непониманием химических и тканевых реакций. О возможности травмы пародонта при ретракции писали H. Loe, J. Silness [69], С.И. Абакаров [1].

Эпителий десны – многослойный плоский ороговевающий. Ороговение эпителия рассматривают как

защитную реакцию на раздражение [25, 46]. Эпителий десневой борозды лишен ороговевающего слоя, у вершины межзубного сосочка он переходит в ороговевающий эпителий десны, а в направлении шейки зуба соединяется с многослойным плоским эпителием прикрепления [6, 46]. Последний выстилает дно десневой борозды и образует вокруг зуба манжетку, прочно связанную с поверхностью эмали, которая покрыта первичной кутикулой. Предложено много названий этого пространства: десневая борозда, десневая щель, десневой желобок и др. Отдельные авторы считают, что при здоровом пародонте десневой борозды не существует. Однако большинство отмечают, что такое пространство между десневой стенкой и эмалью зуба наблюдается в норме [61, 64]. Глубина десневой борозды отличается вариабельностью, колеблясь от 0 до 2 мм [29]. Базальная мембрана является барьером для перемещения инфекции из десневой борозды в соединительную ткань. В мембране обнаружены специальные тоннели, через которые бактерии могут проникать в подлежащие ткани периодонта и способствовать тканевой деструкции в нем. Присутствие бактерий без их проникновения в соединительную ткань не является активной инвазией, а означает лишь пассивный перенос микроорганизмов [18, 37].

Фундаментальные исследования морфологии десневой борозды и ее значения при протезировании и ортодонтическом лечении последовательно проводили Д.А. Калвелис [22] и Г.Ю. Пакалнс [34]. Они подтвердили данные А.Е. Горвица [13] о том, что форма десневого края может изменяться, чаще при клиновидных дефектах. Они предупреждали о возможности возникновения травмы десны при препарировании зубов под десной, особенно у молодых пациентов. А.Е. Горвиц [13] одним из первых в отечественной литературе заметил, что рецессия десны чаще всего является следствием трения по ней зубной щеткой. Позднее П. Феди и соавт. [33], Х.П. Мюллер [32] систематизировали этиологические и сопутствующие рецессиям факторы, выделив: плохую гигиену несъемных протезов; травматическую чистку зубов; вредные привычки; травму десны пищей при ее задержке между зубами; чрезмерную окклюзионную нагрузку. Они же отметили значение клинических особенностей тканей пародонтального комплекса в области наиболее выступающих зубов (клыков и премоляров). Следует иметь в виду, что зона кератинизированной десны чаще узкая и при высоко прикрепленной уздечке и/или мелком преддверии, при движении губы или щеки может произойти смещение свободного десневого края, и вполне вероятно появление рецессии.

Признавая роль травматических факторов, И. Шефф [50] призывал «стремиться максимально сохранять ткани, не допуская небрежной работы врачей, превращающей настоятельно необходимое применение коронковых протезов в качестве предохраняющих приспособлений для зубов и корней в нечто противоположное. Эти подготовительные операции должны проводиться при помощи целесообразных инструментов, аккуратно, стремясь избежать повреждения окружающих тканей». З.П. Гельфандт и Э.Э. Гаффнер [11] отмечали, что неправильная методика изготовления и неправильная конструкция несъемных протезов ведет к заболеваниям пародонта опорных зубов. Позже их в этом отношении поддерживал М.П. Жаков [19]. При слишком глубоком продвижении коронки под десневой край, как правило, возникает хронический гингивит [27].

Остается открытым вопрос о возможностях регенерации пародонта после травмы при препарировании. Мнения ученых здесь противоречивы. Некоторые авторы считают, что после отделения тканей периодонта от поверхности зуба их связь не восстанавливается. Другие указывали, что связь с эмалью не восстанавливается, а связь с цементом регенерирует. Третьи полагали, что при хорошей сопротивляемости организма восстанавливается эпителиальная выстилка десневого кармана толстым эпителием, но функционально такой эпителий неполноценен [34]. Кроме того, результатом травмы может быть апикальное прорастание эпителия, обнажение корня, расшатывание зуба [20].

Часто хроническое воспаление заканчивается атрофией десны с последующей ее необратимой ретракцией и обнажением шейки зуба [5, 9]. Е.А. Брагин [7] описывал такие изменения, возникающие в течение первого года после фиксации искусственной коронки, как результат эпителиальной редукции. Исследователи объясняют это по-разному: одни – как прогрессирующий процесс воспаления в пародонте, другие – как отдаленное проявление травмы во время препарирования. Вероятность травмы мягких тканей десны возрастает при препарировании с уступом, особенно поддесневым [12, 24, 76, 78].

По мнению А.С. Григоряна [14], «повреждения тканевых элементов являются обязательной и универсальной компонентой всех известных патологических процессов и при ближайшем рассмотрении представляют собой их основу». Повреждение является отправным моментом для возникновения воспалительного процесса в десне. К сожалению, травма часто носит ятрогенный характер, поскольку является следствием лечебных манипуляций. В 70–80-х годах многие исследователи отмечали в основном преимущества препарирования с уступом, указывая на уменьшение в результате этого острой и хронической травмы слизистой десны. Позже углубленные клинические и специальные методы исследования выявили побочное действие несъемных протезов в виде наличия хронического воспаления и атрофических изменений пародонта. J.M. Newcomb [72] считал, что чем глубже субгингивальный край коронки приближается к основанию десневой борозды, тем больше вероятность воспаления пародонта. N. Lang, R. Kiel [68] полагали, что поддесневой край реставрации, расположенный слишком близко к прикрепленному эпителию, может вызвать воспаление с последующей рецессией. Самая эффективная мера профилактики травмы пародонта при препарировании – наддесневое расположение уступа [29, 43, 59, 63, 69, 73, 79, 81]. Такое расположение уступа явля-

ется обязательным при глубине десневой борозды от 0 до 0,25 мм [29, 43]. Если необходимо поддесневое расположение уступа, то нужно стремиться к атравматичному препарированию [81]. Для этого рекомендуют использовать ретракционные нити, кольца, пасты, «мягкие» вяжущие средства (типа хлорида алюминия), десневой протектор или узкий металлический шпатель а качестве «десневого зеркала» – препарирование параллельно десневому краю.

Для предупреждения рецессии важно определить биотип десны и правильно спланировать расположение и форму уступа. По мнению J.C. Kois [66], J.C. Kois, R.T. Vakay [67], Y. Nameta, Y. Odanaka [71], Х.П. Мюллера [32], R.T. Kao и соавт. [65], в целях объективной оценки регенеративных способностей пародонта, а также прогноза возникновения рецессий, необходимо провести измерение биологической ширины и зубодесневого комплекса. Биологическая ширина – это ширина эпителиального и соединительно-тканного прикрепления. Определить его можно, если прозондировать вершину альвеолы под анестезией. Зубодесневой комплекс – это ширина эпителиального прикрепления вместе с десневым краем.

Использование современных технологий, инструментов и материалов позволяет свести травму десневого края к минимуму, но полностью исключить ее пока не представляется возможным. Если избежать травмы полностью не удается (часто на оральной или контактных поверхностях боковых зубов), снятие оттиска лучше отложить. После завершения препарирования в маргинальном отделе пародонта протекают репаративные процессы, часто сочетающиеся с образованием рубца, приводящего к изменению конфигурации и уровня расположения десневого края. Поэтому выбор времени снятия окончательного оттиска должен соответствовать завершению репарации. Однако среди ученых и клиницистов нет единого мнения по данному вопросу. Одни из них [21] считают возможным получать оттиски непосредственно после препарирования при условии отсутствия травмы. А.Н. Ряховский и М.М. Уханов [42] полагают, что оттиск должен выполняться после заживления десны, но не более чем через неделю. Е.А. Брагин [7] рекомендует снимать оттиск через 2–3 недели после препарирования (но при этом у больных пародонтитом препарирование часто сочеталось с одномоментным кюретажем). J.R. Strub и соавт. [80] полагают, что при поддесневом препарировании оттиск лучше снимать не сразу, а через 2–3 недели. При выборе времени получения оттиска авторы учитывают различные критерии. Это и средние сроки заживления, и опасность усиления воспаления десны в результате рассасывания временного цемента, и адгезии в придесневой зоне зубного налета.

О.Н. Аль-Хадж [3], изучая влияние несъемных зубных протезов на краевой пародонт, обнаружила папиллит, гингивит, пародонтит, возникающие не только от непосредственного воздействия протезов, но и из-за препарирования зубов, в особенности при формировании поддесневого уступа, ретракции десны, при проверке коронок с длинным неплотно прилегающим утолщенным краем. Л.А. Григорьянц и соавт. [15] клинически подтвердили возможность формирования рецессий в результате механической травмы бором, дисками, а также вследствие хронических деструктивных периапикальных процессов, вызванных резорбцией, перфорацией или трещинами корня. Как правило, перфорации корня зуба являются следствием ортопедического лечения с использованием штифтов или культевых вкладок. При бессимптомном течении перфорации именно рецессия бывает первым признаком этой ятрогенной патологии. Даже такие «щадящие» конструкции, как адгезивные, могут приводить к травме пародонта с последующей атрофией десневого края, особенно при технологических просчетах [77, 82].

Основная часть исследователей описывает деструктивные изменения в пародонте при или после протезирования несъемными конструкциями. Однако существуют работы [4, 10, 54, 58, 83], посвященные роли съемных протезов в обнажении шейки и даже корня зуба.

Довольно часто обнажение шейки зуба возникает при ортодонтическом лечении, в особенности при вестибулярном наклоне и/или перемещении зубов [53, 55].

Наряду с местными факторами важную роль играют заболевания внутренних органов: нейрососудистые изменения, стрессы, возраст, физиологическая гормональная перестройка в организме, вредные привычки (особенно курение), гематологические заболевания (агранулоцитоз, острый хронический лейкоз и др.), генетические факторы (генотип IL-1), остеопороз, прием лекарств [29]. В последние годы много работ посвящено изучению связи заболеваний пародонта с потерей минеральной плотности периферического скелета. С.Д. Арутюнов и соавт. [5] обнаружили, что у пациентов с остеопорозом и даже остеопенией чаще проявлялись симптомы патологии пародонта, в том числе обнажение корня. И.В. Майбородина и соавт. [28] установили, что концентрация минеральных веществ в премолярах больше у мужчин, чем у женщин, и эта разница с возрастом увеличивается. Причем связь состояния твердых тканей зубов с возрастом выражена меньше, чем с полом. А.Е. Михайлов и соавт. [31] определили, что репаративные возможности пародонта снижаются при ишемической болезни сердца, хронических заболеваниях легких, иммунологическом дисбалансе, дефиците микро- и макроэлементов. А.А. Стафеев [45] установил более высокую частоту патологических изменений в пародонте после ортопедического лечения металлокерамическими протезами у лиц с дисплазией соединительной ткани. А.В. Брагин [8] обнаружил, что снижение функциональных возможностей организма (в виде уменьшения двигательной активности) тесно коррелирует с показателями как системного, так и регионального кровотока, в том числе и в тканях пародонта. Установление функционального типа конституции (ФТК) у лиц с разным уровнем привычной двигательной активности и различной устойчивостью к патологии пародонта

обосновывает индивидуальный подход к системной профилактике пародонтита, выявление контингента риска, формирование группы диспансерного наблюдения, разработки индивидуальной оздоровительной программы с целью повышения резистентности к заболеванию. Поскольку вероятность травмы пародонта при препарировании зубов, ретракции, снятии оттиска, проверке коронок и других этапах велика, а течение репаративных процессов зависит от условий, в которых они протекают, целесообразно проводить тщательное обследование и подготовку зубов и пародонта к ортопедическому лечению несъемными протезами. В первую очередь необходима коррекция личной гигиены полости рта и обязательно выполненная в полном объеме профессиональная гигиена рта [2, 23, 80].

Эффективным инструментом профилактики и, по мнению отдельных авторов, лечения рецессии является устранение и предупреждение окклюзионной травмы [29, 33, 48]. После ликвидации преждевременных окклюзионных контактов в доклиническом периоде механическая стимуляции десен жесткой или средней жесткости зубной щеткой или использование для этих целей ирригатора является эффективным методом профилактики тканевых рецессий [35].

Х.-П. Мюллер [32] полагает, что рецессии I и II классов по P.D. Miller устраняются хирургическим способом. При III и IV классах возможно только частичное ее устранение. Перед оперативным лечением необходима тщательная подготовка [36]: мотивация пациента к личной гигиене полости рта; удаление над- и поддесневого камня и налета; шлифовка и полировка поврежденного корня зуба; рекомендации по контролю факторов риска (прекращению курения); при необходимости – противомикробная местная и системная терапия. Оперативное лечение включает разные реконструктивные методы на пародонте:

- увеличение объема прикрепленной десны, особенно при вестибулярном смещении зубов, мелком преддверии полости рта;
- пластика высоко расположенных уздечек и тяжей при наличии симптома «натяжения»;
- модифицированная техника закрытия корней зубов коронально перемещаемым лоскутом, свободная пересадка небного лоскута, использование латерально перемещенных лоскутов на питающей «ножке»;
- введение в область после удаления зуба трансплантата для предупреждения атрофии альвеолярного гребня;
- регенерация межзубных сосочков;
- применение методики НТР [15, 17, 47, 48, 52, 75].

Для предупреждения рецессии (апикального смещения десны) после хирургических операций целесообразно прекратить чистить данный участок зубной щеткой одну неделю, на край десны наносить гель, содержащий хлоргексидин или 1% глазную мазь «Ауреомицин» 3 раза в день в течение 2 недель. В дальнейшем важно при чистке зубов совершать только движения по оси зуба [49]. Правильное ведение больного в послеоперационном периоде способствует стабильности нового уровня прикрепления как в процессе лечения, так и после него.

При сочетании направленной регенерации тканей и ортодонтического лечения у взрослых важно применять слабые силы воздействия, чтобы избежать повреждения зубодесневого соединения в области вмешательства. При этом существенно увеличивается ретенционный период ортодонтического лечения, вплоть до пожизненного [53].

При выраженной рецессии десны, противопоказаниях к их хирургическому лечению или рецидиве рецессии достаточно широко используются десневые протезы, которые позволяют устранить эстетические и фонетические нарушения. А.Н. Ряховский с соавт. [40] описали способ изготовления комбинированного десневого протеза из силоксановой композиции и бесцветной пластмассы.

Таким образом, изучение литературы показало относительно высокую вероятность возникновения рецессий ятрогенной этиологии. При этом большое значение отводится планированию, тактике и качеству стоматологического лечения. Хирургическое лечение таких дефектов является достаточно сложным и дорогостоящим, а в определенных клинических ситуациях и безуспешным, поэтому для эффективной профилактики рецессий десны целесообразно учитывать их этиологические факторы.

## Литература


1. *Абакаров С.И.* Клинико-лабораторное обоснование конструирования и применения металлокерамических протезов [Текст]: Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.21. Абакаров Сайдулла Исупбекович. – М., 1993. – 30 с.
2. *Абакаров С.И.* Современные конструкции несъемных зубных протезов [Текст] / С.И. Абакаров. – М.: Высшая школа, 1994. – 95 с.
3. *Аль-Хадж О.Н.* Особенности течения краевых пародонтитов и меры их профилактики [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21. Аль-Хадж Ольга Николаевна. – СПб., 2001. – 18 с.
4. *Аль-Хадж О.Н.* Побочное действие несъемных протезов на краевой пародонт [Текст] / О.Н. Аль-Хадж, В.Н. Трезубов // Пародонтология. – 2001. – № 1–2. – С. 6.
5. *Арутюнов С.Д.* Профилактика осложнений при применении металлокерамических зубных протезов [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21. Арутюнов Сергей Дарчоевич. – М., 1990. – 24 с.
6. *Боровский Е.В.* Биология полости рта [Текст] / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. – М.: Медицина, 1991. – 304 с.
7. *Брагин Е.А.* Тактика зубодесневого сохранения при протезировании несъемными зубными протезами [Текст] / Е.А. Брагин // Стоматология. – 2003. – № 4. – С. 44–47
8. *Брагин А.В.* Индивидуально-типологические особенности системного кровообращения, физической работоспособности и регуляции сердечной деятельности у лиц с различной устойчивостью к заболеваниям пародонта [Текст] / А.В. Брагин // Стоматология. – 2008. – № 3. – С. 28–31.
9. *Гаврилов Е.И.* Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. Изд. второе, перераб. и дополненное [Текст] / Е.И. Гаврилов. – М.: Медицина, 1973. – С. 328–333.
10. *Гаврилов Е.И.* Протез и протезное ложе [Текст] / Е.И. Гаврилов. – М: Медицина, 1974. – С. 49.
11. *Гельфандт З.П.* О влиянии несъемных протезов на пародонт опорных зубов / З.П. Гельфандт, Э.Э. Гаффнер // XL сб. научных работ. – Лен.: Лен. ин-т усов. врачей им. С.М. Кирова, 1940. – С. 102–107.
12. *Глазов О.Д.* Клинико-технологические этапы изготовления металлокерамических протезов с использованием комплекса отечественных материалов [Текст]: Автореф. дис. …

канд. мед. наук: 14.00.21/ Глазов Олег Дмитриевич ЦНИИС М., 1986. – 24 с.

13. *Горвиц А.Е.* К вопросу о патогенезе так называемых «клиновидных дефектов» [Текст] / А.Е. Горвиц // XL сб. научных работ. – Лен.: Лен. ин-т усов. врачей им. С.М. Кирова, 1940. – С. 20–25.

14. *Григорян А.С.* Роль и место феномена повреждения в патогенезе заболеваний пародонта [Текст] / А.С. Григорян // Стоматология. – 1999. – № 1. – С. 16–20.

15. *Григорьянц Л.А.* Алгоритм лечения пациентов с локальной рецессией десны, осложненной перфорацией корня зуба [Текст] / Л.А. Григорьянц, Т.М. Модина // Клиническая стоматология. – 2002. – № 4. – С. 30–32.

16. *Грудянов А.И.* Заболевания пародонта и вопросы травматической окклюзии в клинике ортопедической стоматологии [Текст] / А.И. Грудянов, Ю.А. Стариков // Новое в стоматологии. – 2001. – № 4. – С. 3–18.

17. *Грудянов А.И.* Техника проведения операций по устранению рецессий десны [Текст] / А.И. Грудянов, А.И. Ерохин, И.В. Безрукова // Пародонтология. – 2002. – № 1–2. – С. 12–16.

18. *Дмитриева Л.А. и др.* Современные аспекты клинической пародонтологии [Текст] / Под ред. Л.А. Дмитриевой. – М.: Медпресс, 2001. – 127 с.

19. *Жаков М.П.* Нерешенные вопросы лечения зубов и несъемного протезирования [Текст] / М.П. Жаков // Стоматология. – 1955. – № 1. – С. 11–19.

20. *Зиновьев Г.И.* Оценка качества полных металлических коронок и экспериментальные данные о реакции краевого пародонта на травму [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21 / Зиновьев Г.И. – Днепропетровск, 1970. – 21 с.

21. *Ибрагимов Т.И.* Оттискные материалы в стоматологии [Текст] / Т.И. Ибрагимов, Н.А. Цаликова. – М.: Практическая медицина, 2007. – 125 с.

22. *Калвелис Д.А.* Морфология десневого кармана и его значение при изготовлении искусственных коронок [Текст] / Д.А. Калвелис // Стоматология. – 1959. – № 4. – С. 58–61.

23. *Князева М. Б.* Подготовка зубов и пародонта к применению металлокерамических протезов [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21 / Князева М. Б. – М.: ЦНИИС, 1997. – 16 с.

24. *Каламкаров Х.А.* Опыт изготовления несъемных протезов с применением фарфора / Х.А. Каламкаров // Стоматология. – 1978. – № 5. – С. 48–52.

25. *Лемецкая Т.И.* Дифференцированные диагностические признаки болезней пародонта [Текст] / Т.И. Лемецкая // Стоматология. – 1984. – № 6. – С. 59–62.

26. *Лемецкая Т.И.* Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-диагностической помощи больным с патологией пародонта: [Текст] автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.21 / Лемецкая Т.И. [ММГСУ]. – М., 1998. – 54 с.

27. *Либинзон В.Б.* Об ошибках в несъемном протезировании [Текст] / В.Б. Либинзон // Стоматология. – 1956. – № 5. – С. 45–47.

28. *Майбородина И.В.* Регенерация тканей периодонта после лечения хронического периодонтита с учетом пола и возраста [Текст] / И.В. Майбородина [и др.] // Стоматология. – 2008. – № 1. – с. 31–38.

29. *Малый А.Ю.* Влияние металлокерамических протезов на кровообращение в краевом пародонте [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук:14.00.21 / Малый А.Ю.; [ММГСУ]. – М., 1989. – 18 с.

30. *Малый А.Ю.* Типичные ошибки в практике стоматолога-ортопеда, приводящие к развитию конфликтных ситуаций, и их предупреждение [Текст] / А.Ю. Малый // Современная ортопедическая стоматология. – 2003. – № 3. – С. 3–8.

31. *Михайлов А.Е.* Особенности сопутствующей патологии у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом [Текст] / А.Е. Михайлов, Н.Л. Кузнецова, С.И. Блохина // Клиническая стоматология. – 2009. – № 2. – С. 34–37.

32. *Мюллер Х.П.* Пародонтология [Текст] / Ханс-Петер Мюллер. – Львов: «ГалДент», 2004. – 256 с.

33. *Пародонтологическая* азбука / Под ред. П. Феди, А. Вернино, Д. Грей. – М.: Изд. дом «Азбука», 2003. – 287 с.

34. *Пакалнс Г.Ю.* Морфология маргинального пародонта и изменения его в протезной стоматологии и ортодонтии [Текст]: Автореф. дис. … доктора мед. наук:14.00.21 / Г.Ю. Пакалнс. – Рига, 1970. – 63 с.

35. *Перова М.Д.* Факторы успеха при коррекции тканевых рецессий [Текст] / М.Д. Перова, Е.А. Фомичева, А.В. Фомичева // Мат. XXXVIII научно-практ. конф.: Актуальные проблемы стоматологии», краевой форум // Стоматология Ставрополья. – Ставрополь, 2005. – С. 174–177.

36. *Перова М.Д.* Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления [Текст] / М.Д. Перова. – М.: Триада Лтд., 2005. – 312 с.

37. *Рыбаков А.И.* Клиника терапевтической стоматологии [Текст] / А.И. Рыбаков, В.С. Иванов. – М.: Медицина, 1980. – 316 с.

38. *Ряховский А.Н.* Значение качества краевого прилегания цельнолитых коронок к культе зуба в профилактике осложнений при ортопедическом лечении [Текст] / А.Н. Ряховский, В.В. Воронков // Стоматология. – 2000. – № 5. – С. 48–50.

39. *Ряховский А.Н.* Система оценки и критерии качества протезирования искусственными коронками [Текст] / А.Н. Ряховский, М.М. Антоник // Панорама ортопедической стоматологии. – 2001. – № 4. – С. 2–7.

40. *Ряховский А.Н.* Отечественный силоксановый эластомер для изготовления эластичных десневых протезов [Текст] / А.Н. Ряховский, И.Я. Поюровская, Е.В. Кириллова // Стоматология. – 2006. – № 1. – С. 57–60.

41. *Ряховский А.Н.* Ретракционные пасты. Клинический обзор [Текст] / А.Н. Ряховский, Е.А. Ерошкина, М.М. Уханов // Панорама ортопедической стоматологии. – 2008. – № 2. – С. 2–11.

42. Ряховский А.Н. Обзор методов препарирования зубов под металлокерамические коронки. Часть 1. Теоретические основы [Текст] / А.Н. Ряховский [и др.] // Панорама ортопедической стоматологии. – 2008. – № 4. – С. 3–13.

43. *Серов А.Б.* Разработка методов профилактики развития хронических локализованных пародонтитов при протезировании несъемными протезами [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21 / А.Б. Серов. – Н. Новгород, 2009. – 117 с.

44. *Скорова А.В.* Клинико-лабораторная диагностика и лечение окклюзионных нарушений при воспалительных заболеваниях пародонта [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук / А.В. Скорова. – М: ММГСУ, 2008. – 22 с.

45. *Стафеев А.А.* Оценка параметров зубодесневой бороздки при ортопедической реабилитации металлокерамическими зубными протезами у лиц с дисплазией соединительной ткани [Текст] / А.А. Стафеев // Клиническая стоматология. – 2007. – № 3 – С. 70–72.

46. *Фалин Л.И.* Гистология и эмбриология полости рта и зубов [Текст] / Л.И. Фалин. – М.: Медицина, 1968. – 219 с.

47. *Февралева А.Ю.* Устранение рецессии десны [Текст] / А.Ю. Февралева, А.Л. Давидян. – М.: Поли-Медиа-Пресс, 2007. – 152 с.

48. *Фомичева Е.А.* Профилактика и лечение рецессии тканей пародонта [Текст]: Автореф. дис. … канд. мед. наук:14.00.21 / Е.А. Фомичева. – Ставрополь, 2005. – 24 с.

49. *Уайз М.* Ошибки протезирования. Лечение пациентов с несостоятельностью реставраций зубного ряда [Текст] / М. Уайз. – М.: Азбука, 2005. – С. 1. – С. 28–197.

50. *Шефф И.* Руководство к лечению зубных болезней. Том 3. [Текст] / И. Шефф. – Харьков: Изд. Я.О. Фрейфельда, 1898. – 442 с.

51. *Щербаков А.С.* Ортопедическая стоматология: Учебник. – 4-е изд. [Текст] / А.С. Щербаков [и др.]. – СПб.: Изд. «Комета», 1994. – 542 с.

52. *Янушевич О.О.* Разработка и внедрение в практику реконструктивных методов лечения заболеваний пародонта [Текст]: Автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.21 / О.О. Янушевич. – М.: МГМСУ, 2001. – С. 45.

53. *Aguirre-Zorzano L.A.* Стабильность нового уровня прикрепления после направленной регенерации тканей и ортодонтического перемещения зубов. Сообщение по двум клиническим наблюдениям [Текст] / L.A. Aguirre-Zorzano [и др.] // Квинтэссенция. – 2001. – № 5/6. – С. 5–14.

54. *Akaltan F.* An evaluation of the effects of two distal extension removable partial denture designs on tooth stabilization and periodontal health [Текст] / F. Akaltan, D. Kaynak // J. Oral Rehabil. – 2005. – P. 823–829.

55. *Allais D.* Does labial movement of lower incisors influence the level of gingival margin? A case-control study of adult orthodontic patients [Текст] / D. Allais, B. Melsen // Eur. J. of Orthod. – 2003. – P. 25, 343–352.

56. *Armitage G.C.* Periodontal diseases. Diagnosis [Текст] / G.C. Armitage //Ann. Periodontology. – 1996. – Vol. 37. – № 1 – P. 215–231.

57. *Armitage G.C.* Классификация заболеваний пародонта – вечная дилемма [Текст] / G.C. Armitage // Perio iQ. – 2005. – Вып. 4. – С. 13–28.

58. Drake C.W. The oral status of elderly removable partial denture wearers [Текст] / C.W. Drake, J.D. Beck // J. Oral Rehabil. – 1993. – P. 20, 53–60.

59. *Hubalkova Hana* Основные принципы препарирования зубов для несъемных протезов / Hana Hubalkova // Новое в стоматологии. – 2003. – № 2. – С. 47–50.

60. *Johnson J.F.* Modern practice in crown and bridge prosthodontics [Текст] / J.F. Johnson, R.W. Phillips, R.W. Dykema // Operative Dentistry. – Philadelphia: 1971. – P. 184–186.

61. *Gargiulo A.W.* Dimensions and relations of the dentogingival junctions in humans [Текст] / A.W. Gargiulo, F.M. Wentz, B. Orban // J. of Periodontology. – 1961. – Vol. 32. – P. 261–267.

62. *Gilmore H.W.* Operative Dentistry / H.W. Gilmore [и др.]. – St. Louis: CV Mosby Co, 1982. – P. 268–274.

63. *Gunay H.* Placement of the preparation line and periodontal health – a prospective 2-year clinical study [Текст] / H. Gunay [и др.] // Int. J. Periodontics Restorative Dent. – 2000. – P. 173–181.

64. *Ingber J.S.* The «biologic width» – a concept in periodontics and restorative dentistry [Текст] / J.S. Ingber, L.F. Rose, J.G. Coslet // Alpha Omegan. – 1977. – Vol. 70. – № 3. – P. 62–65.

65. *Kao R.T.* Thick vs. thin gingival biotypes: a key determinant in treatment planning for dental implants [Текст] / R.T. Kao, M.C. Fagan, G.J. Conte // J. Calif. Dent. Assoc. – 2008. – Vol. 36. – № 3. – P. 193–198.

66. *Kois J.C.* The restorative-periodontal interface: biological parameters [Текст] / J.C. Kois // J. of Periodontology. – 1996. – Vol. 11. – P. 29–38.

67. *Kois J.C.* Relationship of the periodontium to impression procedures [Текст] / J.C. Kois, R.T. Vakay // J. Compendium of Continuing Education in Dentistry. – 2000. – Vol. 21. – № 8. – P. 684–692.

68. *Lang N.* Clinical and microbiological effects of subgingival restoration with overhangs or clinically perfect margins [Текст] / N. Lang, R. Kiel // J. of Clinical Periodontology. – 1983. – № 10. – P. 563–578.

69. *Loe H.* Tissue reaction to string packs used in fixed restoration [Текст] / H. Loe, J. Silness // J. of Prosthetic Dentistry. – 1963. – Vol. 13 – P. 318–323.

70. *Marcum J.S.* The effect of crown margin depth upon gingival tissue [Текст] / J.S. Marcum // J. of Prosthetic Dentistry. – 1967. – Vol. 17. – P. 479–493.

71. *Miller P.D.* A classificaition of marginal tissue recession [Текст] / P.D. Miller // Int. J. Periodontal Restor. Dent. – 1985. – Vol. 5 (2). – P. 9–13.

72. *Nameta Y.* Предупреждение утраты десневых сосочков [Текст] / Y. Nameta, Y. Odanaka // Квинтэссенция. – 2001. – № 5/6. – С. 5–14.

73. *Newcomb J.M.* The relationship between the location of subgingival crown margins and gingival inflammation [Текст] / J.M. Newcomb // J. Periodontology. – 1974. – Vol. 45. – P. 151–154.

74. *Orkin D.A.* The relationship of position of crown margins to gingival health [Текст] / D.A. Orkin, J. Reddy, D. Bradshaw // J. Prosthetic Dentistry. – 1987. – Vol. 57. – P. 421–424.

75. *Rawal S.Y.* Traumatic lesions of the gingival: a case series [Текст] / S.Y. Rawal, L.J. Claman, J.R. Kalmar D.N., Tatakis // J. Periodontology. – 2004. – Vol. 75. – P. 762–769.

76. *Reinhardt S.* Модифицированная техника закрытия корней зубов коронально перемещаемым лоскутом [Текст] / S. Reinhardt, F. Kuhlmann, B. Druke // Квинтэссенция. – 1997. – № 3. – С. 25.

77. *Riley E.J.* Ceramo-metal restoration state of the science [Текст] / E.J. Riley // Dent Clin. N. Amer. – 1977. – Vol. 21. – № 4. – P. 550–558.

78. *Romberg E.* 10-year periodontal response to resin bonded bridges [Текст] / E. Romberg, M. Wood, V.P. Thompson, G.V. Morrison, J.B. Suzuki // J. of Periodontology. – 1995. – Vol. 66. – P. 973–977.

79. *Sozio R.B.* A precision ceramo-metal restoration with facial margin [Текст] / R.B. Sozio, E.J. Riley // J. Prosth. Dent. 1977. – Vol. 37. – № 5. – P. 517–521.

80. *Stetler K.J.* Significance of the width of keratinized gingival on the periodontal status of teeth with submarginal restorations [Текст] / K.J. Stetler, N.F. Bissada //J. of Periodontology. – 1987. – Vol. 58. – P. 696–700.

81. *Strub J.R.* Техника препарирования зубов в ортопедической стоматологии [Текст] / J.R. Strub [и др.] // Квинтэссенция. – 1997. – № 2. – С. 5–10.

82. *Tarnow D.* Human gingival attachment responses to subgingival crown placement. Marginal remodeling [Текст] / D. Tarnow, S.S. Stahl, A. Magner, J. Zamzok // J. of Clinical Periodontology. – 1986. – Vol. 13. – P. 563–569.

83. *Wood M.* Resin-bonded fixed partial dentures. II. Clinical findings related to prosthodontic characteristics after approximately 10 years [Текст] / M. Wood, V.P. Thompson, E. Romberg, G. Morrison // J. of Prosthetic Dentistry. – 1996. – Vol. 76. – P. 368–373.

*Иванова С.Б. (контактное лицо). Телефон 32-07-69; 42-21-48; e-mail: ivanovasvb@gmail.com.*