

**СОВРЕМЕННОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦЕССИВНОЙ УБЫЛИ ТКАНЕЙ
ПАРОДОНТА**

И.Б. Сулайманов, А.А. Субанова

Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина
(ректор - д.т.н., проф, академик НАН КР Нифадьев В.И.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью проведенного исследования является – посредством анализа соответствующей литературы и описания клинического опыта выделить основные схемы ведения пациента с рецессивной убылью тканей пародонта, рекомендации проведения манипуляций при диагностике и лечении, варианты консервативного сопровождения терапии. По окончанию работы были представлены алгоритмы лечения, рекомендуемые в зависимости от того какой класс по Миллеру наблюдается в клинической картине. Также были выявлены ключевые моменты ведения такого рода пациентов.

Ключевые слова: рецессия десны, диагностика рецессии десны, хирургическая стоматология, пародонтальная пластика, ортопедическая стоматология, органические медикаменты, лоскутные операции.

**ПАРОДОНТ ТКАНДАРЫНЫН РЕЦЕССИВДУУ ЖОГОТУЛУШУН
КОМПЛЕКСТУУ ЗАМАНБАП МЕДИЦИНАЛЫК КОЛДОО МЕНЕН
ДАРЫЛОО**

И.Б. Сулайманов, А.А. Субанова

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети
(Ректор - техника илимдеринин доктору, профессор, Кыргыз Республикасынын
Улуттук илимдер академиясынын академиги Нифадьев В.И.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты - тиешелүү илим изилдөө адабияттарды жана клиникалык тажрыйбаларды анализдөө, пародонт ткандарынын рецессивдүү жоготуусу менен ооруган адамдарга негизги диагностика жана консервативдик дарылоо ыкмаларын сунуштоо. Изилдөөнүн аягында Миллер классынын клиникалык көрүнүштөрүн, кандай байкалгандыгына жараша сунушталган дарылоо алгоритмдери келтирилди. Ошондой эле, бейтаптарды дарылоонун негизги амалдары аныкталды.

Негизги сөздөр: пародонт оорусунун рецессиясы, рецессиянын диагностикасы, хирургиялык стоматология, пародонт пластикасы, ортопедиялык стоматология, органикалык дары-дармектер, жамоо операциялары.

MODERN MEDICAL SUPPORT FOR COMPLEX TREATMENT OF RECESSIVE PERIODONTAL TISSUE LOSS

I.B. Sulaimanov, A.A. Subanova

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin (Rector - Doctor of Technical Sciences, Professor, Academician of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic V.I. Nifadiev), Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The aim of the study is - by analyzing the relevant literature and describing clinical experience, to highlight the main schemes for managing a patient with recessive loss of periodontal tissue, recommendations for manipulations in diagnosis and treatment, options for conservative maintenance of therapy. At the end of the work, treatment algorithms were presented, recommended depending on which Miller class is observed in the clinical picture. Also, the key points of management of such patients were identified.

Key words: dentistry, gum recession, periodontal disease, periodontal disease, recession diagnosis, surgical dentistry, periodontal plastics, orthopedic dentistry, organic medicines, patchwork operations.

Введение. Рецессивная убыль тканей пародонта на сегодняшний день заслуживает особого внимания, и требует применения своевременных методов профилактики, диагностики и лечения. Известно, что высокий уровень заболеваний пародонта выпадает на возраст 20 – 44 года (от 65 – 95%) и 15 – 19 лет (от 55 – 89%) [1,2,3]. Актуальной проблемой является медикаментозная терапия при различных формах рецессии: легкой, средней или тяжелой степени, видимой или скрытой формах, по принадлежности к одному из 4х классов по P.D. Miller, и по этиологическим факторам.

Этиология также является очень вариабельной: неудовлетворительная гигиена полости с обильными зубными

отложениями, механические травмы, различные осложнения ортодонтического лечения, токсическое воздействие мышьяка и его заменителей, вредные привычки, анатомические аномалии, воспалительные процессы, патология крепления уздечек губ.

По ВОЗ (Женева, 1997) выделяют следующие формы заболевания: постинфекционные и послеоперационные; генерализованные, локализованные и неуточненной этиологии (идиопатические) рецессии. Рецессия зубодесневого края может считаться ятрогенной патологией если она обусловлена деструктивными периапикальными процессами, вызванными резорбцией или перфорацией корня, трещинами корня,

что может являться результатом эндодонтического или ортопедического лечения с использованием штифтов и культевых вкладок. При перфорации вестибулярной поверхности корня наблюдается более быстрая рецессия, выраженной деструкцией кости и появлением свища. Также к рецессии десны могут привести избыточная реконтурировка костной ткани при пародонтологических операциях и неправильно проведенные вертикальные разрезы при хирургических операциях (через середину коронки зуба). Также рецессию может вызвать применение абатментов, способствующих накоплению налета при операции имплантации [4,5]. Хирургическое лечение при отсутствии соответствующего медикаментозного сопровождения не может гарантировать желаемых результатов по восстановлению тканей пародонта.

Цель. Выделить и рекомендовать методы консервативного лечения пациентов с рецессивной убылью тканей пародонта при сопутствующем хирургическом лечении и без него.

Материалы и методы. Посредством анализа научной литературы и клинических случаев изучены методы консервативного лечения данного заболевания.

Диагностика.

Наиболее популярной для клинической практики считается классификация, разработанная Р. Миллером (1985 г.), где рецессии десны в зависимости от ширины и длины поделены на четыре класса: 1. Узкая или широкая рецессия на уровне

зубодесневого соединения без его структурных нарушений; 2. Узкая и широкая рецессия на уровне зубодесневого соединения с нарушением его целостности, костная ткань в области корня исследуемого зуба не изменена; 3. Уровень рецессии ниже зубодесневого соединения, имеется резорбция кости в области корня исследуемого зуба; 4. Самая тяжелая форма рецессии десны, зубодесневое соединение полностью отсутствует, резорбция кости отмечается не только в области корня исследуемого зуба, но и захватывает межальвеолярную область [6].

Окончательный диагноз рецессии десны ставится на основании данных анамнеза, выявления факторов риска, клинического обследования, получения рентгенограмм и результатов микробиологических методов исследования [7]. На рентгеновском снимке наблюдаются деструкция костной ткани, выражающейся рассасыванием костных балочек и замещением их грануляционной тканью, костная ткань восстанавливается посредством местного использования препаратов на основе гидроксиапатита [8]. После определения диагноза составляется план лечения, который содержит: индивидуальный алгоритм лечения для каждого пациента, выяснение необходимости санации полости рта, метода реконструктивной операции, вероятности заживления дефекта по костному типу с образованием анкилоза зуба, частоты клиничко-рентгенологического контроля после проведенного лечения [9]. Эффективность зависит от трех

основных факторов: раннего выявления, целенаправленного лечения и доступности пародонтологической помощи населению. При наличии совокупности вышеперечисленных факторов можно рассчитывать на устойчивую ремиссию у большинства пациентов [10,11].

Хирургическое лечение.

Методы хирургического лечения рецессии десны можно разделить на:

1. Профилактическая вестибулопластика у детей при её необходимости. Приводит к уменьшению или полному исчезновению рецессий десневого края, значительному увеличению прикрепленной десны, длительной ремиссии воспалительно-деструктивного процесса в маргинальном пародонте [12].

2. Лоскутная операция с цементотомией, с иммобилизацией зубов и созданием так называемых «муфт-манжетов» [13].

3. Аутологическая пересадка соединительной ткани нёбного лоскута, преимущество которого над латерально-корональным перемещенным полнослойным лоскутом на питательной ножке подтверждается стабильными отдаленными результатами в виде увеличения размеров прикрепленной десны [14].

4. Модифицированный коронально смещенный лоскут, клинически и статистически превосходящий методику модифицированной тоннельной техники [15].

5. Свободные соединительнотканые трансплантаты с сохранённой эпителиальной краевой полоской по

«конвертной» технике даёт хороший эстетический результат и повышение функциональной стабильности с эффективностью в 95,7%, а при предварительном проведении костнопластических репаративных мероприятий и направленной регенерации тканей наступает полное закрытие рецессий 3-го класса. И свободные соединительнотканые трансплантаты в сочетании с коронарно смещённым слизистым лоскутом - хороший эстетический результат и закрытие рецессии 1–2-го и в некоторых случаях 3-го класса по Миллеру глубиной не более 3 мм в 93,5% случаев, особенно в переднем отделе нижней челюсти и в боковых отделах верхней челюсти, где выражены натяжения окологотовых мимических мышц [16].

6. Другие лоскутные операции, открытый кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, операции с применением фибриновой мембраны, стимуляции восстановительных процессов, коллагеновая имплантация, лечения рецессии лазером.

При выборе методики следует учитывать преимущества двухслойных лоскутов, заключающиеся в их надежности и стабильности, обусловленные хорошим кровоснабжением на некровоснабженной поверхности корня, возможностью применения даже при тонком биотипе десны, когда нет возможности коронального либо латерального смещения десен соседних зубов, несмотря на необходимость двух операционных зон при пересадке и малопригодность при генерализованной

рецессии (ограничение объема ткани забираемой с неба) [17].

В 2000 г. N.Sato для увеличения объема кератинизированной десны предложил: расщепленно апикально направленный лоскут, перемещение полностью или частично расщепленного лоскута (латерально направленный; двойной сосочковый; множественный межзубный сосочковый лоскуты), свободный тканевой аутотрансплантат (десневой трансплантат с неба; подэпителиальный; аллотрансплантат — АллоДерм), пластику уздечки в преддверие полости рта.

Авторы P.D.Miller, H.E.Grupe, R.G.Cafesse, S.Nyman (1982) и N.Sato (1990) рекомендуют для выбора метода лечения учитывать: количество зубов, ограничивающих область рецессии, ширину и глубину рецессии, расположение, объем и толщину кератинизированной десны, граничащей с областью рецессии, соотношение между высотой междесневых сосочков, примыкающих к области рецессии, местоположение рецессии к области улыбки, необходимость десневой пластики после реставрации или ортопедического лечения зубов.

Авторы J.Lindhe, S.Nyman (1980) и J.L.Wennstrom (1981) выделяют такие требования к донорской ткани, как: достаточный объем кератинизированной ткани, ширина ее должна быть не менее 1 мм, поверхность альвеолярной кости на донорском участке должна быть без признаков резорбции, в случае перемещения вертикальных лоскутов размер, прилегающих десневых сосочков должен быть достаточным для успешной

десневой пластики. Критериями успешной пластики десны являются: в области рецессии зубодесневой край должен быть на уровне цементно-эмалевой границы зуба, глубина десневой борозды не превышать 1 мм, отсутствие кровоточивости при зондировании (H.Com, H.M.Goldman, D.W.Cohen (1980)) и увеличение объема кератинизированной (прикрепленной) десны [6].

Ортопедическое лечение.

Ортопедический этап начинается уже на этапе консервативного лечения (функциональное исследование, избирательное пришлифовывание зубов, лечение сниженного прикуса), продолжается на этапе хирургического лечения (шинирование, определение окклюзионных контактов, временное протезирование) и заканчивается уже после проведения курса лечения (восстановление целостности зубных рядов с помощью постоянных ортопедических конструкций) [18]. При правильном расчете резервных возможностей каждого элемента зубочелюстной системы, а также при применении инновационных открытий в области гигиены, эндодонтии, терапии, хирургической пародонтологии, ортодонтии, рационального протезирования с применением имплантатов с памятью формы (95,7% эффективности) возможно добиться долгосрочной ремиссии у пациентов с воспалительным процессом в тканях пародонта [19]. Смысл наложения шины (адгезивного протезирования) как элемента современных ортодонтических и пародонтологических мероприятий

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

при комплексном лечении заболеваний пародонта заключается в хорошей фиксации зубов и сохранении межзубных промежутков свободными для соблюдения гигиены полости рта [13,20]. Временные шины применяются до момента наложения постоянного шинирующего аппарата. Они позволяют разорвать патогенетическую цепь: воспаление – кровоснабжение –

дистрофия – функция жевания, что способствует улучшению трофики тканей пародонта, снятию воспалительного процесса [19].

Терапевтическое лечение.

Рекомендуемые нами стратегии в зависимости от класса по Миллеру с обязательным устранением причины:

Проводимые мероприятия	Класс 1	Класс 2	Класс 3	Класс 4
Вестибуло-пластика как профилактика у детей	<p>До: местная анестезия (м/а).</p> <p>После: на рану, остающуюся на губе - пленки «Диплен дента» с лидокаином и солкосерилом; после фиксации давящей повязки – холод местно, 5-дневная антибиотикотерапия; щадящая диета, соблюдение гигиены полости рта, ванночки на основе хлоргексидина; диспансерное наблюдение (через 1, 7, 14, 30 дней и в дальнейшем каждые 3 месяца в течение года) [12].</p>			
Только консервативное лечение	<p>Профессиональная чистка зубов.</p> <p>Формирование устойчивой мотивации пациента.</p> <p>Обильная антисептическая обработка пародонтальных карманов (0,02% раствор фурацилина, 0,1% раствор перманганата калия, 1% H₂O₂, 0,2% раствор хлоргексидина или 0,01% раствор</p>	<p>Профессиональная чистка зубов.</p> <p>Формирование устойчивой мотивации пациента.</p> <p>Пародонтальные повязки, аппликации с препаратом и прием внутрь препарата «Пантокрин», оказывающего иммунокорректирующее, антиоксидантное, антимикробное действие.</p> <p>Уменьшение сосудистой проницаемости, отечности,</p>	Мероприятие не проводится	

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

	<p>Мирамистина); настои, настойки растительных растений, жевательные резинки</p> <p>Лекарственные растения: зверобой продырявленный, ромашка аптечная, календула и т.д.</p> <p>Гидрокортизон, бутадион, гепариновая мазь, асепта, пародонтоцид, метронидазол, оксикорт и т.д. [21].</p>	<p>кровоочистности, улучшение кровообращения, обмена веществ в тканях пародонта) [22].</p>	
<p>Депульпация зуба (если глубина пародонтального кармана больше 6 мм)</p>	<p style="text-align: center;">Мероприятие не проводится</p>		<p>Формирование устойчивой мотивации пациента. Профессиональная и личная гигиена полости рта, суперфлосс, подобранные по размеру ёршики, ирригатор, мягкая зубная щетка (5460 щетинок), зубная паста «PARADONTAX». Антисептическая обработка зубодесневых карманов; метод фотоактивируемой дезинфекции</p>

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

		(ФАД). После: Проведение депульпации по всем требованиям лечения [19].		
Избирательное шлифовывание и лечение сниженного прикуса.	Стандартные ортопедические мероприятия с соблюдением правил асептики, антисептики, анестезии и приемлемой гигиены полости рта в последующем. Также рекомендуется проводить избирательное шлифовывание после шинирования [23].			
Временное протезирование	Мероприятие не проводится	Восстановление включенного дефекта зубного ряда в случае наличия такового [24].	Проф. чистка. Формирование устойчивой мотивации пациента. Адгезивные волоконные шины («Риббонд», «Сплинт-ит», «Гласспан»), коррекция шин 1 раз в 3–4 месяца, ортодонтической крученной флекс-проволокой ReSPOnD толщиной около 0,4–0,6 мм, не проволочные шины при скученности зубов [18].	Местное противомикробное лечение, неинвазивное шинирование из фотокомпозитного материала Filtek supreme XT (3M), лечебная клеевая композиция на основе цианакрилатов и мирамистина [25].
Несъемные ортопедические конструкции на дентальных имплантатах	Мероприятие не проводится		Препараты резорбтивного применения (витамины (С, В1, В2, В6, D)), анаболики нестероидной природы (метилурацил, оротат калия), ингибиторы костной	

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

		резорбции (кальцитонин, ксидифон, остеогенон-оссеин, иприфлавон (фитогель)), препараты для реминерализации [26].	
Открытый кюретаж	<p>До: применение гепона (коррекция иммунных нарушений и улучшение регенерации эпителия десны).</p> <p>После: сокращение сроков заживления на 3 дня(около недели), урежение осложнений в 2 раза (около 5%), повторный курс через 6 месяцев [27].</p> <p>Во время: предварительная обработка цемента зуба лимонной кислотой, применение антибактериальной противовоспалительной клеевой композиции («Сульфакрилат» и аналоги). Купирование воспалительного процесса к 14 суткам [28].</p>		
Оперативное лечение лазером	Мероприятие не проводится	<p>Во время: купирование и стабилизация воспалительного процесса с использованием лазерных аппаратов «Vector» и полировочной суспензии Fluid Polish.</p> <p>После: после положительной динамики в плане нормализации цитологических показателей, наблюдается значительное уменьшение элементов гр. р.Candida; повышается мотивации к проведению поддерживающего лечения [29].</p>	Мероприятие не проводится
Лоскутные операции	<p>Во время: внесение в рецессию I или II классов дополнительного клеточного материала с мало дифференцированными элементами (липоаспирата), которые индуцируют рост новых структур клинического прикрепления, увеличивают ширину и плотности кератинизированной десны, тем самым обеспечивают стабильные долговременные результаты [30].</p> <p>Остеотропные препараты, введенные в зону костных дефектов. После: за 1-3 месяца-стойкая ремиссия, за 5-7 дней до этого- антибактериальная терапия, назначается амоксиклав</p>		<p>Остеопластические материалы (нормализация обменных процессов в костной ткани) (“Гиалуост”- материал на основе нанодисперсного гидроксиапатита кальция, и аналоги) для почти двукратного улучшения результатов [31].</p>

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

	(аугментин) 250-375 мг, 3 раза в день + метронидазол 250 мг, 2-3 раза в день в течение 5-7 дней. С целью нормализации обменных процессов в костной ткани назначают препараты кальция [19].	
Зубосохраняющие операции (гемисекция и ампутация зуба).	Мероприятие не проводится	Во время: заполнение костного дефекта и области фуркации, или лунки после проведенного вмешательства гранулами «КоллапАн» (и аналогами). После: снижение необходимости приема сильнодействующих анальгетиков, антибиотиков (высвобождение из препарата в течение 20 суток). Рекомендуется установка съемных шинирующих конструкции через 1-1,5 месяца по показаниям, физио- и витаминотерапия [32].
Удаление зуба (по показаниям).	Мероприятие не проводится	Хирургическая манипуляция с соблюдением правил асептики, антисептики, анестезии и приемлемой гигиены полости рта в последующем.

В наше время достаточно перспективным можно считать разработку методов применения мезенхимальных стволовых клеток в устранении рецессии десны. В проведенных экспериментах на крысах при их совместном использовании со стерильным биопластическом коллагеновом материалом «Коллост» геля 7% наблюдались: свойства геля как матрикса при биодеградации, в котором происходит образование собственной соединительной ткани, которая обеспечивает адгезию и трансформацию стволовых клеток в про- и фибробласты, нивелирование атрофических и дистрофических изменений десны, уменьшение рецессии и глубины кармана. Начиная с 14-х и к 28-м суткам – у крыс полностью исчезали признаки воспаления, к 24-м суткам заметное

нарастание процессов регенерации зубодесневого края, а к 38-м суткам общего наблюдения – полное восстановление зубодесневых сосочков и отсутствие рецессии десны. В конце проведенного исследования были сделаны следующие выводы, что наиболее оптимальным является применение комбинации суспензии клеточного трансплантата — мезенхимальных стволовых клеток — и биопластического коллагенового материала [33,34].

Результаты и их обсуждение

На основании проведенного исследования, мы выделили **рекомендации** терапии в зависимости от того, лечение какого класса по классификации Миллера необходимо пациенту:
1 класс. Вестибулопластика как

профилактика у детей, только консервативное лечение, избирательное пришлифовывание и лечение сниженного прикуса, открытый кюрретаж, лоскутные операции.

2 класс. Вестибулопластика как профилактика у детей, только консервативное лечение, временное протезирование, открытый кюрретаж, оперативное лечение лазером, лоскутные операции, зубосохраняющие операции.

3 класс. Вестибулопластика как профилактика у детей, избирательное пришлифовывание и лечение сниженного прикуса, временное протезирование, несъемные ортопедические конструкции на дентальных имплантатах, открытый кюрретаж, оперативное лечение лазером, лоскутные операции, зубосохраняющие операции, удаление зуба.

4 класс. Вестибулопластика как профилактика у детей, депульпация зуба (если глубина пародонтального кармана

больше 6 мм), избирательное пришлифовывание и лечение сниженного прикуса, временное протезирование, несъемные ортопедические конструкции на дентальных имплантатах, открытый кюрретаж, лоскутные операции, зубосохраняющие операции, удаление зуба.

Заключение. Таким образом, учитывая этиологический полиморфизм данного заболевания, мы можем убедиться в сложности подбора индивидуального эффективного лечения, основными требованиями которого являются: профилактика, устранение причины, противовоспалительная терапия в стадии активного воспаления, которая всегда сопровождается убылью тканей зубодесневого края, хирургическое и ортопедическое лечение в стадии ремиссии и вне её, и контроль состояния в период реабилитации.

Литература

1. Булгакова А.И. Клинико-иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита / А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев. – Уфа: Издво ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2010. – С.116. [Bulgakova A.I. *Clinical and immunological aspects of the treatment of chronic generalized periodontitis* / A.I. Bulgakova, Yu.A. Medvedev. - Ufa: Publishing House of the State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education BSMU Ministry of Health and Social Development of Russia, 2010. - P.116. (In Russ.)].
2. Орехова Л.Ю. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) / Л.Ю. Орехова, Т.В. Кудрявцева, Н.Р. Чеминава, В.В. Тачалов, Е.С. Лобода // *Пародонтология*. – 2014. – №2. –С. 3-5. [Orekhova L.Yu. *Problems of dental health in young people (literature review)* / L.Yu. Orekhova, T.V. Kudryavtseva, N.R. Chemina, V.V. Tachalov, E.S. Loboda // *Periodontology*. - 2014. - No. 2. -FROM. 3-5. (In Russ.)].
3. Цепов Л.М. Некоторые аспекты этиологии и патогенеза хронических воспалительных генерализованных заболеваний пародонта (обзор литературы). Ч. I / Л.М. Цепов [и др.] // *Пародонтология*. – 2005. – № 2. – С. 3-6. [Tsepov L.M. *Some aspects of the etiology and pathogenesis of chronic inflammatory generalized periodontal diseases (literature review). Part I* / L.M. Tsepov [et al.] // *Periodontology*. - 2005. - No. 2. - S. 3-6. (In Russ.)].
4. Закиров Т.В. К вопросу об этиологии рецессии десны. Проблемы стоматологии. 2005. №1. С. 9-13. [Zakirov T.V. *On the etiology of gum recession. Dentistry problems*. 2005. No. 1. S. 9-13. (In Russ.)].

5. Темиркулов Н.С. Сравнительный анализ показателей эстетичности и атрофии десны у индивидуально изготовленных циркониевых и титановых абатментов. / Н.С. Темиркулов // Вестник КРСУ. 2019. Т. 19. № 1. С. 53-55. [Temirkulov N.S. Comparative analysis of indicators of aesthetics and gingival atrophy in custom-made zirconium and titanium abutments. / N.S. Temirkulov // Bulletin of the KRSU. 2019. Vol. 19. No. 1. P. 53-55. (In Russ.)].
6. Рунова Г.С., Гугкаева З.Д., Выборная Е.И., Вайцнер Е.Ю. Ликвидация рецессий, современный подход к пластической периодонтальной хирургии. Медицинский совет. 2011. № 7-8. С. 107-109. [Runova G.S., Gugkaeva Z.D., Vybornaya E.I., Vaitzner E.Yu. Elimination of recessions, modern approach to plastic periodontal surgery. Medical advice. 2011. No. 7-8. S. 107-109. (In Russ.)].
7. Юдина Н.А. Диагностика болезней пародонта. Современная стоматология. 2011. № 1. С. 26-32. [Yudina N.A. Diagnostics of periodontal diseases. Modern dentistry. 2011. No. 1. S. 26-32. (In Russ.)].
8. Луцкая И.К., Коржев А.О., Есьман А.А., Шевела Т.Л. Рентгенодиагностика и хирургическое лечение заболеваний, сопровождающихся резорбцией костных структур. Современная стоматология. 2017. № 3. С. 30-34. [Lutskaya I.K., Korzhev A.O., Esman A.A., Shevela T.L. X-ray diagnostics and surgical treatment of diseases accompanied by resorption of bone structures. Modern dentistry. 2017. No. 3. S. 30-34. (In Russ.)].
9. Закиров Т.В., Стати Т.Н. Опыт сохранения «Безнадёжных» зубов у пациентов с тяжёлым пародонтитом. Проблемы стоматологии. 2005. № 5. С. 9-13. [Zakirov T.V., Stati T.N. The experience of preserving "Hopeless" teeth in patients with severe periodontitis. Dentistry problems. 2005. No. 5. S. 9-13. (In Russ.)].
10. Зорина О.А., Абаев З.М., Домашнев Д.И., Борискина О.А. Расчет среднего времени, затрачиваемого на оказание пародонтологической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 5. С. 42-47. [Zorina O.A., Abaev Z.M., Domashnev D.I., Boriskina O.A. Calculation of the average time spent on the provision of periodontal care. Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. 2012. No. 5. S. 42-47. (In Russ.)].
11. Блашкова С.Л., Макарова Н.А. Протокол ведения больных с хроническим генерализованным пародонтитом. Практическая медицина. 2009. Т. 1 № 33. С. 63-67. [Blashkova S.L., Makarova N.A. Protocol for the management of patients with chronic generalized periodontitis. Practical medicine. 2009. T. 1 No. 33. S. 63-67. (In Russ.)].
12. Закиров Т.В., Стат Т.Н., Бимбас Е.С. Оценка эффективности проведения вестибулопластики в профилактике и лечении заболеваний пародонта у детей. Проблемы стоматологии. 2010. № 1. С. 51-53. [Zakirov T.V., Stat T.N., Bimbass E.S. Evaluation of the effectiveness of vestibuloplasty in the prevention and treatment of periodontal diseases in children. Dentistry problems. 2010. No. 1. S. 51-53. (In Russ.)].
13. Луцкая И.К., Коржев А.О. Хирургические вмешательства в комплексном лечении пародонтита. Современная стоматология. 2016. № 3. С. 25-28. [Lutskaya I.K., Korzhev A.O. Surgical interventions in the complex treatment of periodontitis. Modern dentistry. 2016. No. 3. S. 25-28. (In Russ.)].
14. Перова М.Д., Фомичева Е.А., Хаджиева Э.Г. Клиническая оценка отдалённых результатов хирургической коррекции рецессии тканей пародонта. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2008. № 4. С. 38-42. [Perova M.D., Fomicheva E.A., Khadzhieva E.G. Clinical evaluation of long-term results of surgical correction of periodontal tissue recession. Medical Bulletin of the North Caucasus. 2008. No. 4. S. 38-42. (In Russ.)].
15. Баландина М.А., Кобозев М.И., Мураев А.А., Иванов С.Ю. Сравнительный анализ эффективности хирургических методик закрытия множественных рецессий десны. Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2016. № 1. С. 103-106. [Balandina M.A., Kobozev M.I., Muraev A.A., Ivanov S.Yu. Comparative analysis of the effectiveness of surgical techniques for closing multiple gum recessions. Medical and pharmaceutical journal "Pulse". 2016. No. 1. S. 103-106. (In Russ.)].
16. Беспалова Н.А., Дурново Е.А., Шапурина С.В. Возможности хирургического устранения и профилактики рецессии десны с использованием различных видов трансплантационной техники.

- Медицинский альманах. 2015. № 3. С. 150-155. [Bespalova N.A., Durnovo E.A., Shashurina S.V. Possibilities of surgical removal and prevention of gum recession using various types of transplanted techniques. Medical almanac. 2015. No. 3. S. 150-155. (In Russ.)].*
17. Смирнова С.С. Выбор метода устранения рецессии десны. *Проблемы стоматологии. 2008. № 4. С. 13-19. [Smirnova S.S. Choosing a method to eliminate gum recession. Dentistry problems. 2008. No. 4. S. 13-19. (In Russ.)].*
 18. Жегалина Н.М., Еловицова Т.М., Баян Л.Н., Елизарьева Е.А. Значение устранения травматической окклюзии и патологической подвижности зубов в консервативном лечении воспалительных заболеваний пародонта. *Проблемы стоматологии. 2005. № 1. С. 13-15. [Zhegalina N.M., Elovikova T.M., Balyan L.N., Elizariyeva E.A. The value of eliminating traumatic occlusion and pathological tooth mobility in the conservative treatment of inflammatory periodontal diseases. Dentistry problems. 2005. No. 1. S. 13-15. (In Russ.)].*
 19. Трифонов Б.В., Козлов О.С. Комплексная реабилитация больных с тяжёлой формой пародонтита. *Актуальные проблемы медицины. 2011. № 16. С. 180-183. [Trifonov B.V., Kozlov O.S. Complex rehabilitation of patients with severe periodontitis. Actual problems of medicine. 2011. No. 16. S. 180-183. (In Russ.)].*
 20. Мягкова Н.В., Закиров Т.В. Использование современных минимально инвазивных методов лечения в комплексной реабилитации пациентов с агрессивным пародонтитом. *Проблемы стоматологии. 2010. № 3. С. 44-48. [Myagkova N.V., Zakirov T.V. The use of modern minimally invasive methods of treatment in the complex rehabilitation of patients with aggressive periodontitis. Dentistry problems. 2010. No. 3. S. 44-48. (In Russ.)].*
 21. Мамедова Айтан Амир Гызы. Лечение детских пародонтитов с использованием растительного противовоспалительного средства. *Вестник науки и образования. 2019. № 20. С. 92-96. [Mamedova Aytan Amir Gizi. Treatment of childhood periodontitis using a herbal anti-inflammatory agent. Bulletin of Science and Education. 2019. No. 20. P. 92-96. (In Russ.)].*
 22. Сулейменова Д.М., Каниева Г.К. Препараты традиционной медицины в комплексном лечении заболеваний пародонта. *Наука и здравоохранение. 2013. № 2. С. 77-78. [Suleimeneva D.M., Kanieva G.K. Traditional medicines in the complex treatment of periodontal diseases. Science and health care. 2013. No. 2. S. 77-78. (In Russ.)].*
 23. Исаков Э.О., Бекбосунова А.Б. Ортодонтическое лечение в комплексной терапии заболеваний тканей пародонта. *Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева. Вестник КГМА. Сборник материалов конференции. Бишкек 2018. № 1. С. 183-188. [Isakov E.O., Bekbosunova A.B. Orthodontic treatment in the complex therapy of periodontal tissue diseases. Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva. KSMA Bulletin. Collection of conference materials. Bishkek 2018. No. 1. P. 183-188. (In Russ.)].*
 24. Иванова Д.В., Коледа П.А., Жолудев С.Е. Клинические возможности замещения единично отсутствующего зуба при заболеваниях пародонта. *Проблемы стоматологии. 2012. № 2. С. 57-61. [Ivanova D.V., Koleda P.A., Zholudev S.E. Clinical possibilities of replacing a single missing tooth in periodontal diseases. Dentistry problems. 2012. No. 2. S. 57-61. (In Russ.)].*
 25. Сирак С.В., Щетинин Е.В., Петросян Г.Г., Гатилю Ю.Ю., Сирак А.Г., Дыгов Э.А. Патогенетическое обоснование комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта при использовании несъемных ортопедических конструкций на денальных имплантатах. *Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 4. С. 110-114. [Sirak S.V., Shchetinin E.V., Petrosyan G.G., Gatilo Yu.Yu., Sirak A.G., Dygov E.A. Pathogenetic substantiation of the complex treatment of inflammatory periodontal diseases using fixed orthopedic structures on dental implants. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2016. No. 4. S. 110-114. (In Russ.)].*
 26. Усова Н.Ф. Воспалительные заболевания пародонта: патогенез, принципы комплексного лечения. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2013. № 1. С. 141-144. [Usova N.F. Inflammatory periodontal diseases: pathogenesis, principles of complex treatment. Siberian Medical Journal (Irkutsk). 2013. No. 1. S. 141-144. (In Russ.)].*
 27. Ведяева А.П., Булкина Н.В., Смирнов Д.А., Захарова Н.Б. Оптимизация комплексного лечения больных быстро-прогрессирующим пародонтитом с применением

- иммунокорректирующей терапии. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. № 2. С. 485-490. [Vedyayeva A.P., Bulkina N.V., Smirnov D.A., Zakharova N.B. Optimization of complex treatment of patients with rapidly progressing periodontitis with the use of immunocorrective therapy. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2011. No. 2. S. 485-490. (In Russ.)].
28. Молоков В.Д., Большедворская Н.Е. Методика применения клеевой композиции «Сульфакрилат» и оценка ее клинической эффективности в комплексном лечении пародонтита. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2011. № 1. С. 172-175. [Molokov V.D., Bolshedvorskaya N.Ye. Method of application of the glue composition "Sulfacrylate" and evaluation of its clinical efficacy in the complex treatment of periodontitis. *Siberian Medical Journal (Irkutsk)*. 2011. No. 1. S. 172-175. (In Russ.)].
29. Олейник О.И., Сорокина М.А., Ерина С.В., Кубышкина К.П. Оценка эффективности применения Вектор-системы в комплексном лечении пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени. Вестник новых медицинских технологий. 2013. № 2. С. 138-143. [Oleinik O.I., Sorokina M.A., Erina S.V., Kubyshkina K.P. Evaluation of the effectiveness of the Vector-system in the complex treatment of patients with moderate chronic generalized periodontitis. *Bulletin of new medical technologies*. 2013. No. 2. S. 138-143. (In Russ.)].
30. Перова М.Д., Лапина Н.В., Фомичева Е.А., Карпюк В.Б., Тропина А.В. Оценка аутотрансплантации соединительнотканного небного лоскута в сочетании с васкуляростромальноклеточной фракцией липоаспирата при тканевой рецессии (10 лет наблюдений). Российский стоматологический журнал. 2016. № 20. С. 260-266. [Perova M.D., Lapina N.V., Fomicheva E.A., Karpuyuk V.B., Tropina A.V. Assessment of autotransplantation of a connective tissue palatine flap in combination with vascular-stromal cell fraction of lipoaspirate in tissue recession (10 years of observation). *Russian dental journal*. 2016. No. 20. S. 260-266. (In Russ.)].
31. Сторожева М.В., Григоров С.Н., Рекова Л.П., Осипов М.В., Давыдов А.А. Применение препарата «Гиалуост» в комплексном лечении хронического пародонтита. Актуальные проблемы современной медицины: Вестник украинской медицинской стоматологической академии. 2016. № 4. С. 38-40. [Storozheva M.V., Grigorov S.N., Reкова L.P., Osipov M.V., Davydov A.A. Application of the drug "Gialuost" in the complex treatment of chronic periodontitis. *Actual problems of current medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Stomatological Academy*. 2016. No. 4. P. 38-40. (In Russ.)].
32. Козлов С.В., Туманова А.С., Труханов Е.Ф., Терещук С.В. Применение "КоллапАна" при хирургическом лечении заболеваний пародонта. Главный врач Юга России. 2013. № 3. С. 35-36. [Kozlov S.V., Tumanova A.S., Trukhanov E.F., Tereshchuk S.V. Application of "CollapAn" in the surgical treatment of periodontal diseases. *Chief physician of the South of Russia*. 2013. No. 3. S. 35-36. (In Russ.)].
33. Рубникович С.П., Денисова Ю.Л., Андреева В.А., Панасенкова Г.Ю., Хомич И.С. Применение клеточных технологий в лечении рецессии десны в эксперименте. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. № 3. С. 169-174. [Rubnikovich S.P., Denisova Yu.L., Andreeva V.A., Panasenkova G.Yu., Khomich I.S. The use of cell technologies in the treatment of gum recession in an experiment. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*. 2018. No. 3. P. 169-174. (In Russ.)].
34. Рубникович С.П., Денисова Ю.Л., Владимирская Т.Э., Андреева В.А., Квачева З.Б., Панасенкова Г.Ю., Волотовский И.Д. Регенеративные клеточные технологии в лечении рецессии десны. Современные технологии в медицине. 2018. № 4. С. 94-104. [Rubnikovich S.P., Denisova Yu.L., Vladimirskaya T.E., Andreeva V.A., Kvacheva Z.B., Panasenkova G.Yu., Volotovskiy I.D. Regenerative cell technologies in the treatment of gum recession. *Modern technologies in medicine*. 2018. No. 4. S. 94-104. (In Russ.)].