**Хирургическое закрытие зон рецессии у пациентов с рефрактерной пузырчаткой**

**Клинический случай**

**Актуальность**

Рецессия десны характеризуется смещением маргинальной ткани десны апикально к цементно-эмалевой границе [1\*]. Закрытие зоны рецессии представляет собой непростую задачу, особенно в области резцов нижней челюсти, где костная пластинка тонкая, а преддверие неглубокое. Кроме того, неадекватная гигиена полости рта, травма или особенности строения слизистой оболочки могут усугубить проявления [2\*].

Использование коронально-смещенного лоскута и соединительнотканного трансплантата при закрытии выраженных рецессий в области нижних резцов позволяет достичь удовлетворительных эстетических результатов [3,4\*]. В настоящее время мукогингивальные операции по закрытию рецессий проводятся у пациентов с нормальным пародонтологическим и соматическим статусом [2-4\*]. Однако высокие эстетические ожидания хирургического лечения требуют оптимальной терапии рецессий даже у пациентов с системными заболеваниями, сопровождающимися поражениями полости рта.

Обыкновенная пузырчатка (вульгарная, PV) — это аутоиммунное буллезное заболевание, которое может поражать полость рта [5\*]. Сообщается, что уровень распространенности PV составляет 65 случаев заболевания на миллион человек, при этом чаще всего встречается у женщин и пожилых людей [7\*]. Поражения слизистой оболочки обычно обусловлены аутоантителами к десмоглеину-3 (Dsg3), которые расщепляют эпителий и могут встречаться в любой области полости рта [8\*].

Однако особенно характерно распространение зон эрозий с эритемой и/или везикуло-буллезными поражениями в области десны (десквамативный гингивит) [9\*]. У молодых пациентов PV, сопровождающаяся рецессией десны, вызывает как эстетические нарушения, так и является основным фактором ранней потери зубов [10\*].

**Цель**

Цель исследования заключалась в описании междисциплинарного подхода к лечению рецессии десны у пациента, страдающего пузырчаткой обыкновенной.

**Клинический случай**

В 2021 г. в отделение пародонтологии кафедры биомедицинских и нейромоторных наук Университета Болоньи была направлена 36-летняя пациентка с длительно протекающей обыкновенной пузырчаткой в анамнезе для лечения глубоких рецессий в области резцов нижней челюсти, которые были вызваны или усугублены резистентными поражениями десны.

Первые симптомы пузырчатки обыкновенной появились в 2012 году и включали как обширные экстраоральные везикулобуллезные поражения, так и эрозии, затрагивающие слизистую оболочку щек и десен. Несмотря на то, что дерматологические поражения полностью регрессировали при использовании системных и местных стероидов и внутривенного введения иммуноглобулина, поражения слизистой оболочки в полости рта оставались рефрактерными к терапии (Рисунок 1 A, В).

Через 12 месяцев после проведения инфузионной терапии ритуксимабом в области тканей десны наблюдались минимальные остаточные эрозии. Подключение местной терапии обогащенной тромбоцитами плазмой (PRP) в течение 2 месяцев привело к полной клинической ремиссии (Рисунок 1C).

Рисунок 1

****

А. Эрозивные поражения слизистой оболочки полости рта и зоны рецессии.

В. Сохраняющиеся эрозивные поражения десен, связанные с пузырчаткой обыкновенной, усугубляют глубину рецессий десен.

C. Клиническая картина после местного применения PRP.

После более чем 1 года полной и стабильной клинической ремиссии пациентка была направлена на лечение рецессии десны.

В ходе клинического обследования в области передней группы зубов нижней челюсти выявлены множественные рецессии класса RT2 Cairo.

Параметры исходного пародонтологического статуса (Рисунок 1C):

REC (глубина рецессии): 8 мм; PPD (глубина пародонтального кармана): 2 мм; CAL (уровень клинического прикрепления): 10 мм на уровне №26: отсутствие КТ (кератинизированная ткань);

REC: 4 мм; PPD: 2 мм; CAL: 6 мм на уровне №25: 1 мм КТ;

REC: 6 мм; PPD: 3 мм; CAL: 9 мм на уровне №24: отсутствие КТ;

REC: 1 мм; PPD: 2 мм; CAL: 3 мм на уровне #23; 1 мм КТ.

За 4 недели до хирургического закрытия зон рецессии пациенту была проведена профессиональная гигиена полости рта.

Ход пародонтологической операции представлен на Рисунке 2.

Рисунок 2. Клинические фотографии хода пародонтологичекой операции

****

А. Конструкция лоскута.

В. Соединительнотканный трансплантат, полученный с поверхности твердого неба.

С. Закрытие дефекта соединительнотканным трансплантатом.

D. Ушивание лоскута.

**Клинические результаты**

При контрольном визите через год после проведения мукогингивальной хирургии наблюдалось уменьшение рецессии. Признаки рецидива пузырчатки обыкновенной отсутствовали (Рисунок 3).

Были зафиксированы следующие параметры:

REC: 2 мм; PPD: 2 мм; CAL: 4 мм на уровне #26; 3 мм КТ;

REC: 2 мм; PPD: 2 мм; CAL: 4 мм на уровне #25; 5 мм КТ;

REC: 2 мм; PPD: 2 мм; CAL: 4 мм на уровне #24; 5 мм КТ;

REC: 1 мм; PPD: 2 мм; CAL: 3 мм на уровне #23; 3 мм КТ.

Полученный уровень циркулирующих антител к Dsg3в крови пациента указывает на стадию ремиссии пузырчатки обыкновенной.

Рисунок 3. Клиническая картина в полости рта через 12 месяцев после операции

****

**Вывод**

При достижении полной и стойкой клинической ремиссии мукогингивальная хирургия эффективна у пациентов с пузырчаткой обыкновенной. При ведении таких пациентов междисциплинарное сотрудничество между специалистами имеет решающее значение для благоприятного исхода хирургического лечения рецессии десны.