

МОДЕЛИРОВАНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕРЕЗОРБИРУЕМЫХ КАРКАСНЫХ МЕМБРАН

часть 1 окаймляющий маргинальный разрез,

простое и двойное дублирование

к.м.н Смбатян Б.С., проф. д.м.н. Ломакин М.В.

МГМСУ

Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний (зав. каф. проф. Базикян Э.А.)

Кафедра реконструктивной хирургической стоматологии ФПДО (зав. каф. проф. Ломакин М.В.)

Одними из наиболее важных этапов при установке нерезорбируемых каркасных мембран является контур разреза и метод ушивания мягких тканей.

От выбранного контура разреза зависит площадь и следовательно объем хирургического вмешательства, а так же последующая, после периода постоперационной реабилитации, форма пограничных с разрезом мягких тканей. При создании углов разреза по проекции пришеечной области зубов может быть спровоцирована рецессия десны и обнажение корня. При проведении внутрибороздковых разрезов и последующему откидыванию лоскута происходит разрыв связочного аппарата периодонта. Для дальнейшего формирования вторичного прикрепления в данной области между маргинальной десной и поверхностью корня требуется длительный период ожидания (от 2 до 6 месяцев). Т.е. на протяжении данного периода мы не будем иметь прочный барьер на пути инфекции. На протяжении активного периода заживления (3 недели после оперативного вмешательства), в данной области мы имеем свободное для миграции инфекции пространство. По этой причине при проведении реконструкций с применением каркасных нерезорбируемых мембран нами предложено использование разреза и формирование формы лоскута с сохранением краевой десны для наиболее скорого заживления операционной раны, т.к. разрез мягких тканей заживает 5-10 дней (Рис. 1). При проведении данного

разреза сохраняется краевая десна (приблизительно 1.5мм) на вестибулярной и апроксимальных поверхностях. С оральной стороны разрез плавно переходит во внутрибороздковый, т.к. в данной области, как правило, не производится откидывание лоскута. Таким образом, мы сохраняем активно кровоснабжаемую краевую десну и создаем условия для скорого заживления (Рис. 2,3,4,5).

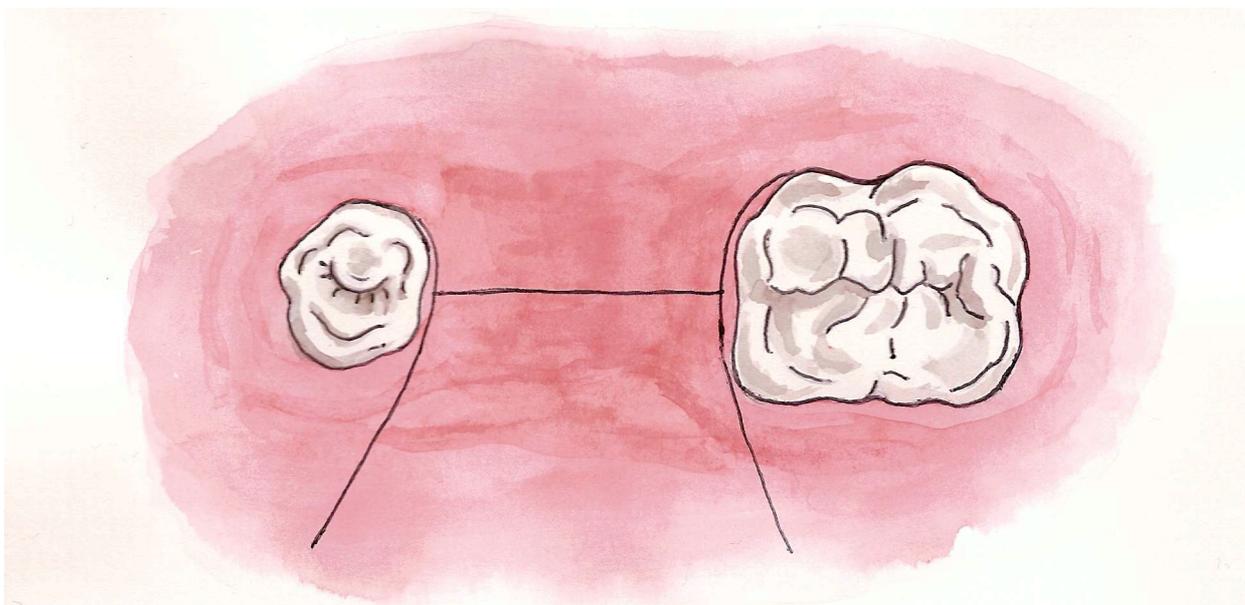


Рис. 1 схема проведения окаймляющего маргинального разреза

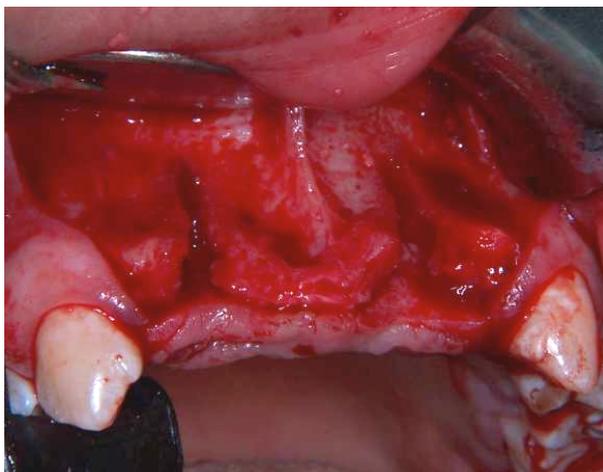


Рис. 2 пример проведения окаймляющего маргинального разреза во фронтальном отделе верхней челюсти



Рис. 3 пример проведения окаймляющего маргинального разреза в обл. зуба 13 (фотография через внутриротовое зеркало)

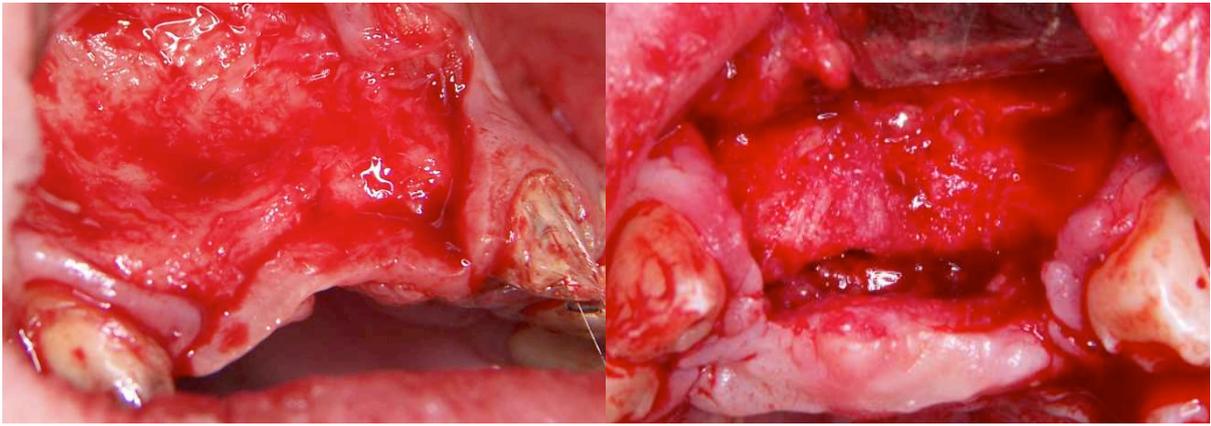


Рис. 4 пример проведения окаймляющего маргинального разреза при проведении реконструкции в области отсутствующих зубов 11,12
Рис.5 пример проведения окаймляющего маргинального разреза при проведении реконструкции в области 11,12,21,22

Следующим этапом, описываемым в нашей статье, является моделировка мягких тканей и их ушивание.

Для предотвращения возможной экспозиции мембраны в постоперационном периоде недостаточно обычного ушивания тканей одним слоем, как это делается при большинстве операций в хирургической стоматологии, необходимо создание второго, биологически активного слоя, который будет дополнительно прикрывать поверхность мембраны, на случай расхождения швов первого слоя. Вторым, биологически активным слоем, наиболее эффективно может являться периост. При расщеплении лоскута мы получаем два слоя тканей которые можем моделировать и ушивать отдельно один от другого.

1. Простое дублирование

Наиболее простым вариантом применения расщепленного лоскута является его одностороннее расщепление с мобилизацией периоста и дальнейшим перетягиванием под противоположный лоскут с созданием сплошного слоя под линией разреза (Рис. 6-10).



Рис. 6 состояние до операции - выраженная атрофия фронтального отдела нижней челюсти

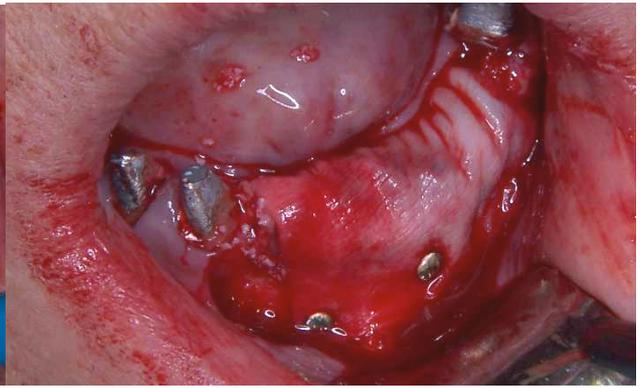


Рис.7 проведена костная аугментация, фиксирована резорбируемая мембрана

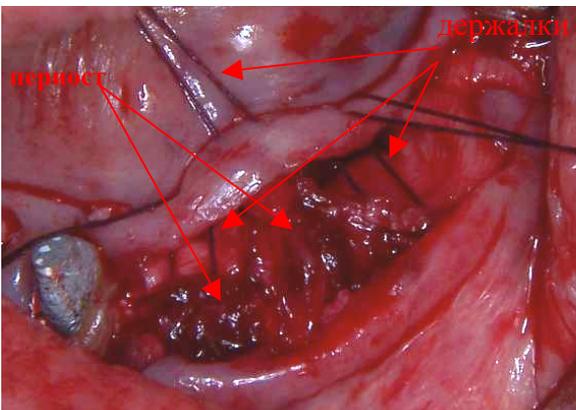


Рис. 8 проведено расщепление лоскута, мобилизация периоста и его натягивание на держалках

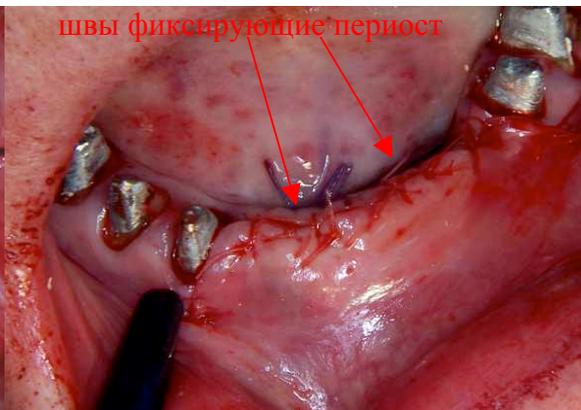


Рис.9 рана ушита в два слоя



Рис. 10 состояние через 7 дней после операции

2. Двойное дублирование

Одним из наиболее эффективных методов формирования мягких тканей над нерезорбируемыми каркасными мембранами является двустороннее расщепление лоскутов с последующим двухуровневым ушиванием. Данный

вариант операции наиболее эффективно применим в дистальных отделах верхней челюсти, т.к. здесь мы имеем выраженный периост с вестибулярной стороны и соединительнотканную прослойку неба, которую можно отделить от слизистой и тем самым создать достаточно стабильный слой тканей, который невозможно мобилизовать, но можно использовать как опору для притягивания мобилизованного периоста с противоположной стороны, и тем самым сместить линию ушивания второго слоя более нёбно, по сравнению с линией ушивания первого слоя - слизистой оболочки.

Схематически двустороннее расслаивание-расщепление выглядит следующим образом (Рис. 11-14).

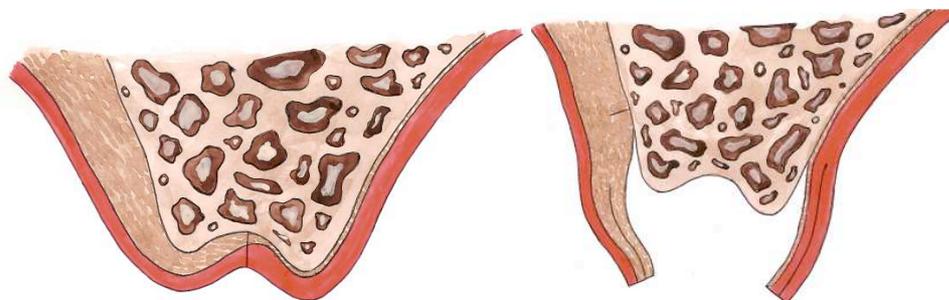


Рис.11 состояние до проведения разреза **Рис.12** проведен разрез с формированием лоскутов с обеих сторон

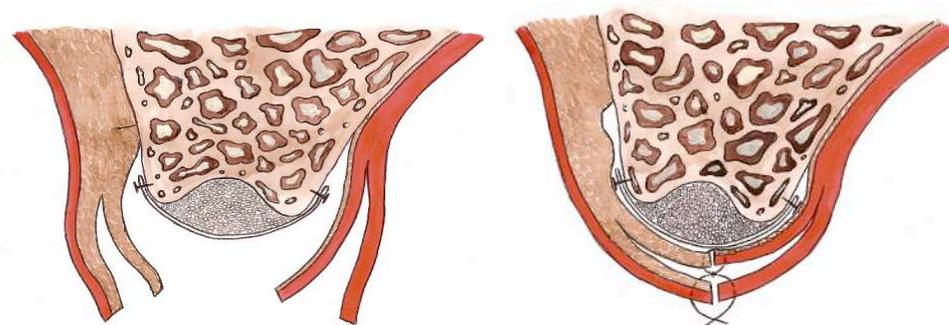


рис.13 проведено расщепление лоскутов **Рис.14** проведена мобилизация периоста вестибулярного лоскута и ткани ушиты на двух уровнях

Представляем вашему вниманию клинические фотографии применения ушивания по методу двустороннего расщепления(Рис. 15-19).

Клинический пример №1

Пациент Н. обратился с жалобами на отсутствие зубов 14,15,16.

D.S. Частичное отсутствие зубов

Пациенту предложена установка имплантатов в области 14,15,16 после предварительного проведения реконструкции альвеолярного гребня путем установки мембраны Gore-Tex TR6Y. Ушивание мягких тканей после фиксации каркасной нерезорбируемой мембраны проведено методом двустороннего дублирования (Рис. 15-16).

соединительнотканная основа неба
периост вестибулярной стороны

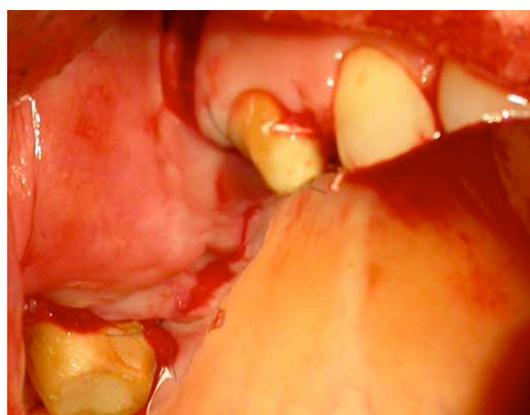
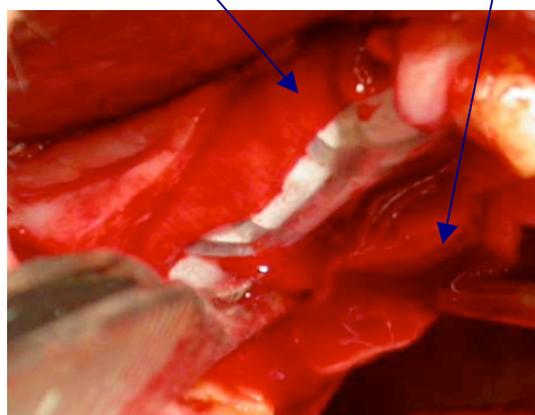


Рис. 15 проведено двустороннее расщепление Рис.16 после ушивания внутреннего слоя достигнуто полное сопоставление краев разреза слизистой оболочки

Клинический пример №2

Пациентка Ф. обратился с жалобами на отсутствие зубов 14,15,16.

D.S. Частичное отсутствие зубов

Пациентке предложена установка имплантатов в области 14,15,16 после предварительного проведения реконструкции альвеолярного гребня путем установки мембраны Gore-Tex TR6Y. Ушивание мягких тканей после фиксации каркасной нерезорбируемой мембраны проведено методом двустороннего дублирования (Рис. 17-19).

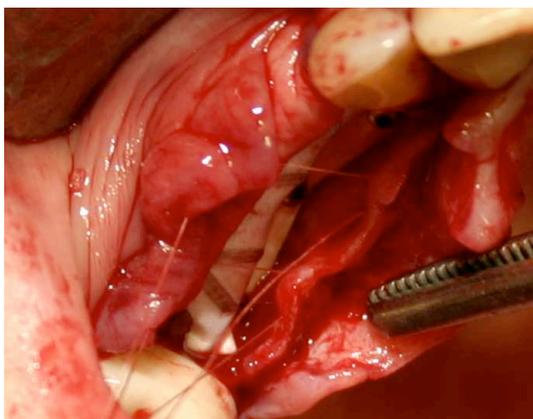


Рис. 17 проведено расщепление вестибулярного и нёбного лоскутов



Рис. 18 после ушивания внутреннего слоя достигнуто полное сопоставление краев разреза слизистой оболочки



Рис.19 состояние через 2 месяца после операции

Существующие раньше стереотипы, что лучшая мембрана это периост, или что полное заживление мягких тканей на нерезорбируемых мембранах невозможно, остались в прошлом. Для соответствия современным требованиям, как в функции, так и особенно в эстетике применение нерезорбируемых мембран необходимо, а полное формирование мягких тканей является обязательным компонентом успеха, так как все остальное это компромисс.