

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Методы «закрытой» вестибулопластики	8
1.1. Вестибулопластика по методу Л.Ф. Корчак	8
1.2. Вестибулопластика по Кручинскому—Артюшкевичу	10
1.3. Вестибулопластика Кручинского—Артюшкевича в модификации А.Е. Степанова	13
1.4. Вестибулопластика с использованием слизисто-мышечного лоскута на сосудистой артериальной ножке	15
1.5. Вестибулопластика с использованием слизистого лоскута щеки с основанием в области угла рта	18
Глава 2. Методы «открытой» вестибулопластики с применением различных раневых покрытий.	22
2.1. Вестибулопластика по Кларку	22
2.2. Вестибулопластика по Эдлану—Мейхару	26
2.3. Вестибулопластика по Гликману.	29
2.4. Модификация вестибулопластики по Казаньяну с использованием слизистого лоскута на двух ножках в переднем отделе нижней челюсти.	33
2.5. Вестибулопластика с использованием силиконового комплекса по методу Шинкевича—Щипского—Афанасьева (2007 г.)	37
Глава 3. Опыт применения в хирургической предпротезной подготовке больных силиконовых мембран и силиконовых комплексов	48
3.1. Сравнительный анализ результатов применения методики с использованием силиконовой мембраны и силиконового комплекса в качестве раневой повязки в области преддверия полости рта	50
3.2. Результаты вестибулопластики с использованием силиконового комплекса	59
3.3. Значение ортопедического лечения для стабилизации преддверия полости рта, сформированного с помощью силиконового комплекса. Эффективность отсроченного ортопедического лечения у данной категории пациентов	62
3.4. Сравнительный анализ результатов применения раневой повязки в виде силиконовой мембраны и других, традиционно используемых методик ведения послеоперационной раны мягких тканей в области преддверия полости рта	65

Глава 4. Вестибулопластика в комбинации с аугментацией альвеолярного отростка/части челюстей	76
4.1. Липсвич-вестибулопластика в комбинации с установкой имплантатов в сильно резорбированный и атрофированный альвеолярный отросток/часть	76
4.2. Аугментация альвеолярного гребня с использованием венечного отростка ветви нижней челюсти	79
4.3. Аугментация альвеолярной части нижней челюсти с использованием аутотрансплантата свода черепа	85
4.4. «Винирная» пластика альвеолярной части челюсти перед проведением стоматологической имплантации.	90
4.5. Аугментация альвеолярной части нижней челюсти с помощью метода сэндвич-пластики	97
Список используемой литературы	103

ВВЕДЕНИЕ

Преддверие полости рта является передненаружной частью полости рта, ограниченной от собственно полости рта альвеолярными отростками и зубами, спереди губами, по бокам — щеками (Синельников Р.Д., 1967), имеет щелевидную конфигурацию, сообщается с собственно полостью рта в задних отделах в ретромолярных областях (рис. 1). Преддверие рта выстлано слизистой оболочкой. Часть слизистой оболочки, которая покрывает альвеолярный отросток верхней челюсти и альвеолярную часть нижней челюсти, называется десной. Она состоит из двух частей: свободной (в области десневого края) и прикрепленной (не имеющей подслизистого слоя и плотно сращенной с надкостницей). В месте перехода слизистой оболочки губ и щек на десны образуются верхний и нижний своды преддверия рта (Михайлов С.С. и др., 1999).

Анатомические параметры преддверия полости рта представляют практический интерес для стоматологов различных специализаций. По данным пародонтологов, при функционально недостаточной ширине прикрепленной десны и мелком преддверии рта возможны травма пародонта, его воспаление и образование зубодесневых карманов. Преддверие полости рта считается мелким, если его глубина не более 5 мм, средним — 6–10 мм и глубоким — более 10 мм. При мелком преддверии полости рта возникает необходимость в создании широкой зоны прикрепленной десны и его углублении (Корсак А.К. и др., 1995).

В клинике ортопедической стоматологии анатомо-топографические параметры преддверия рта и слизистой оболочки определяют качество протезного ложа и в конечном итоге — результаты протезирования. Отмечается, что даже понятие «неподвижная слизистая оболочка» является относительным, так как прикрепленная десна обладает пассивной подвижностью, которая должна учитываться при изготовлении протеза.

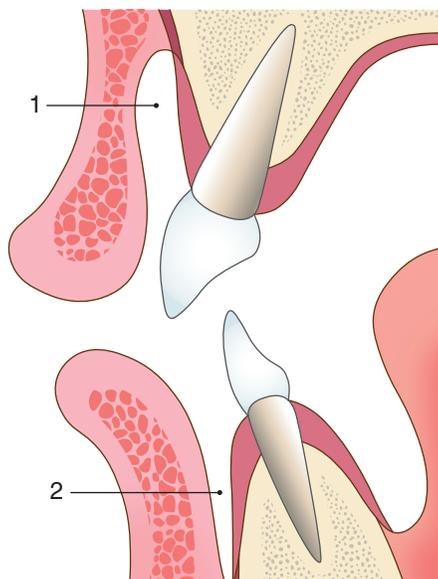


Рис. 1. Сакитальная проекция преддверия полости рта: 1 — верхний свод преддверия полости рта; 2 — нижний свод преддверия полости рта

При атрофическом типе слизистой оболочки протезного ложа базис протеза необходимо дополнять эластичной прокладкой.

После удаления зубов происходит атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Параметры прикрепленной десны и подвижной части слизистой оболочки преддверия полости рта изменяются, а при резкой атрофии альвеолярной части нижней челюсти преддверие рта может переходить непосредственно в подъязычную область. Базис съемного пластиночного протеза в таком случае становится плоским и приобретает значительную свободу к боковым смещениям. Все эти и другие факторы необходимо учитывать при протезировании, чтобы исключить травму слизистой оболочки (Гаврилов Е.И. и др., 1984; Копейкин В.Н. и др., 1993).

Анализ результатов ортопедического лечения пациентов с полной вторичной адентией показал, что до 26–38% пациентов не могут эффективно пользоваться полными съемными протезами (Рединов И.С., 2000).

Хроническая травма слизистой оболочки базисом съемного пластиночного протеза может привести к образованию в области преддверия рта так называемых дольчатых фибром (Копейкин В.Н., 1986; Семенников В.И. и др., 1999). Термин «дольчатая фиброма» известен большинству клиницистов, так как отображает характерный дольчатый вид новообразования и его расположение. В научной литературе дольчатые фибромы рассматриваются под различными названиями: гранулемы (Сабо Е., 1977), травматический папилломатоз (Копейкин В.Н., 1986), фиброзные разрастания (Робустова Т.Г. и др., 1990; Карапетян И.С. и др., 1993). В Международной классификации болезней 10-го пересмотра под данное определение подходят следующие состояния: поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой (K06.2), и гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения (K13.6).

По своей патоморфологической сущности дольчатые фибромы являются новообразованиями, так как верифицируются в виде мягкой или твердой фибромы (Карапетян И.С. и др., 1993).

В стоматологии часто встречаются травмы слизистой оболочки рта — в виде послеоперационных ран, ожогов, повреждений: инструментами, съемными протезами, десны при препарировании зубов под ортопедические конструкции вращающимися инструментами и т.п. (Ушаков Р.В., Арутюнов С.Д. и др., 2002; Ушаков Р.В., Царев В.Н. и др., 2002).

Хирургические вмешательства в области преддверия рта связаны с образованием раневых дефектов, от особенностей заживления которых зависят форма и функциональные возможности мягких тканей преддверия рта.

Заживление первичным натяжением наиболее физиологично для ран в полости рта, однако наложение первичных швов не всегда возможно.

Так, по мнению А.Е. Степанова (1999), пластика местными тканями обширной раны, возникающей при вестибулопластике, затруднительна в связи с дефицитом тканей и может привести к деформации губы. Кроме того, отрицательным фактором является отсутствие фиксации слизистой оболочки к надкостнице в глубине преддверия рта.

Еще в 1916 г. Ганцер и Румпель в условиях Первой мировой войны при проведении вестибулопластики раневую поверхность оставляли заживать вторичным натяжением. Методика Сабо «Открытая вестибулопластика с вторичным заживлением» вызывала рубцевание тканей, что требовало дополнительного хирургического лечения. Это признавал сам автор в статье «Методы предотвращения сращения разъединенной слизистой оболочки рта» (1916) (Härle F., 2000). В настоящее время большинство методик вестибулопластики, которые используются в пародонтологии, являются «открытыми», при этом послеоперационные раны заживают вторичным натяжением с образованием рубцовой ткани. Рану после иссечения дольчатых фибром также часто продолжают оставлять открытой (Семенников В.И., Орешака О.В., 1999).

Наиболее распространенной формой защиты раневых поверхностей в полости рта, в том числе у пациентов после иссечения дольчатых фибром, продолжает оставаться йодоформная турунда (Сабо Е., 1977; Семенников В.И., Орешака О.В., 1999). А.И. Грудянов и А.Е. Степанов (1998; 1999) указывают на серьезные недостатки данной методики. Йодоформную турунду вплоть до эпителизации необходимо периодически менять, что вызывает у пациента болезненность и кровоточивость раневой поверхности. Процесс равномерной эпителизации нарушается и становится более длительным.

Глава 2

МЕТОДЫ «ОТКРЫТОЙ» ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

Так называемая открытая вестибулопластика — это хирургическое вмешательство, осуществляемое в преддверии полости рта с целью его углубления и одновременно расширения кератинизированной (прикрепленной) десны, при котором вследствие недостатка тканей зашить рану наглухо невозможно. По этой причине поверхности раны разобщают и изолируют различными трансплантатами или материалами аллогенного, гетерогенного и ксеногенного происхождения, в дальнейшем послеоперационная рана заживает вторичным натяжением. К таким методам вестибулопластики можно отнести: вестибулопластику по Кларку, вестибулопластику по Эдлану—Мейхару, вестибулопластику по Гликману, различные модификации вестибулопластики по методу Казаньяна, вестибулопластику по методу Шинкевича—Щипского—Афанасьева.

2.1. ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА ПО КЛАРКУ

Операция заключается в формировании слизистого лоскута, который после рассечения слизистой оболочки десны смещается вместе с подслизистыми мягкими тканями вниз на необходимую глубину (не менее 10 мм) с фиксацией их швами на вновь созданной глубине к надкостнице.

Показания к операции

Начальная стадия пародонтита.

Описание метода

Производится проводниковая и инфильтрационная анестезия. Инфильтрационную анестезию производят во всех слоях мягких тканей до надкостницы. Далее скальпелем или электроножом выполняют разрез слизистой оболочки по линии сопряжения прикрепленной десны

и подвижной слизистой оболочки строго параллельно переходной складке от второго премоляра до второго премоляра противоположной стороны (**рис. 2.1**). Надкостницу не рассекают. Затем по всей длине разреза остроконечными ножницами аккуратно мобилизируют слизистый лоскут в направлении к губе (**рис. 2.2**). Не задевая надкостницы, рассекают подслизистый слой на глубину 1 см (**рис. 2.3**). Данную манипуляцию можно выполнять распатором тупым способом, отделяя от надкостницы подслизистый слой и смещая его на необходимую глубину. Для обеспечения местного гемостаза каждый этап операции завершают обработкой раны 3% раствором водорода пероксида (Перекиси водорода*). Отслоенный ранее слизистый лоскут опускают во вновь созданное преддверие рта и фиксируют к надкостнице швами. Первый шов накладывают в районе

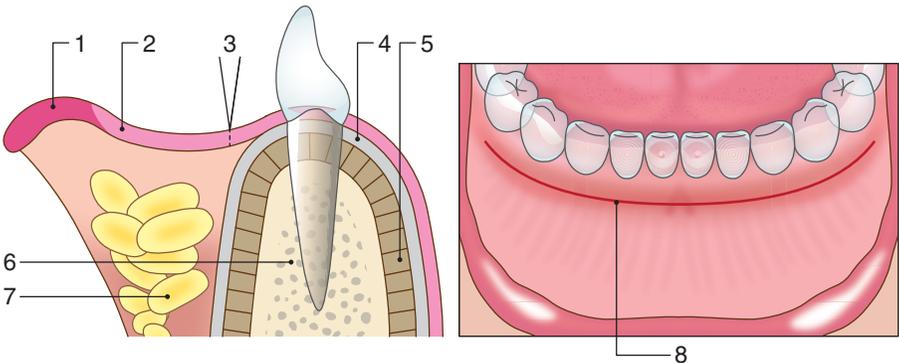


Рис. 2.1. 1 — Красная кайма губы; 2 — слизистая оболочка преддверия полости рта; 3 — линия разреза; 4 — надкостница; 5 — компактная кость альвеолярной части челюсти; 6 — губчатая кость альвеолярной части челюсти; 7 — подслизистый слой мягких тканей; 8 — линия разреза слизистой оболочки прикрепленной десны

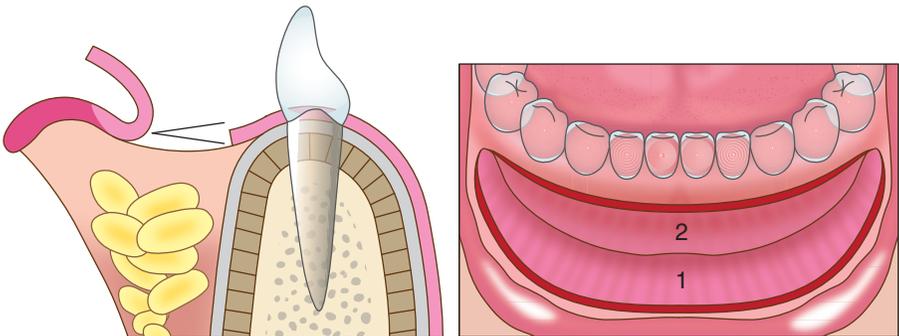


Рис. 2.2. Стрелкой указано направление отслойки и отведения лоскута от подслизистого слоя в направлении красной каймы нижней губы; 1 — слизистый лоскут отсепарирован от подслизистого слоя; 2 — подслизистый слой (вид анфас)

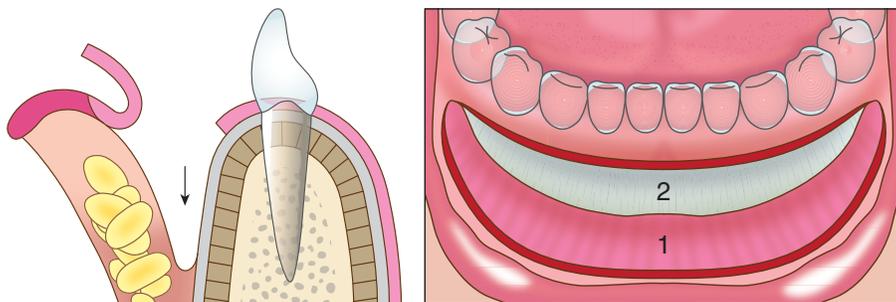


Рис. 2.3. Стрелкой указано направление смещения подслизистых мягких тканей в глубину вновь создаваемого преддверия рта; 1 — слизистый лоскут; 2 — надкостница (вид анфас)

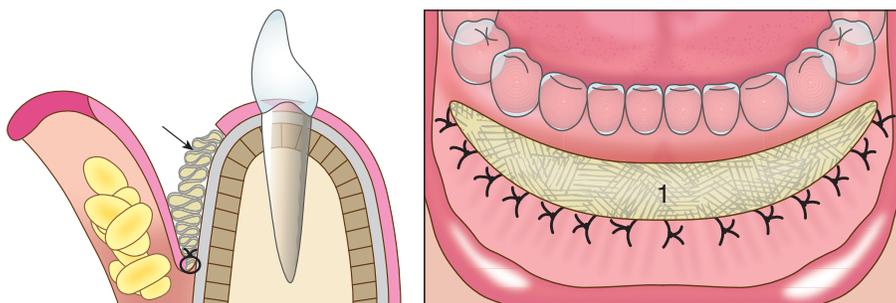


Рис. 2.4. Завершающий этап операции. Закрытие раневого дефекта йодоформной турундой. Стрелкой указана йодоформная турунда, в глубине преддверия показан узловый шов, фиксирующий слизистый лоскут к надкостнице; 1 — йодоформная турунда полностью закрывает раневой дефект (вид анфас)

между центральными резцами, формируя таким образом складку уздечки, последующие швы располагают на расстоянии 3–5 мм друг от друга. Обнаженный участок надкостницы закрывают йодсодержащей марлевой турундой (**рис. 2.4**). Раневой дефект можно закрывать и другими биоинертными материалами: мембраной из силиконовой прозрачной резины, повязкой из цинкопласта, коллагеновой пленкой.

М.Н. Samandari и соавт. (2004) при проведении вестибулопластики по методу Кларка в качестве предпротезной хирургической подготовки изолировали рану свежей амниотической мембраной, взятой у здоровых матерей после кесарева сечения. Мембрану помещали в рану мезенхимальной стороной к надкостнице. Через 1 нед после снятия защитной пластинки авторы обнаружили гиперемированную ткань, покрытую некротическим налетом. К концу 2-й недели наблюдали только гиперемированную ткань. И лишь по прошествии 9 недель зона трансплантации не отличалась от окружающей слизистой оболочки. Редукцию амниона

в ране авторы подтвердили патологоанатомическими исследованиями образцов:

- ▶ **1-недельный образец** жизнеспособный и некротизируется в амниотической ткани, прикрепленной к подлежащим клеткам. Эпителий начинает мигрировать от краев в зону трансплантации, и в подлежащей соединительной ткани, по всей видимости, формируются грануляции.
- ▶ **2-недельный образец** — остаются только маленькие участки амниотической мембраны в нескольких областях. В формирующемся эпителии отмечается акантоз образующихся клеток шиповатого слоя.
- ▶ **3-месячный образец** — область образовавшейся эпителиальной ткани на соответствующую толщину полностью охвачена незначительным акантозом. Подлежащая соединительная ткань состоит из волокнистых компонентов, указывая на нормальное заживление, подобное тканям полости рта.

Достоинства метода

1. Обладает антиадгезивным эффектом. Вероятным механизмом антиадгезивного эффекта является контакт амниона со здоровой тканью, который угнетает быстрый рост тканей. Кроме того, трансплантат из амниотической мембраны может являться анатомическим барьером для быстрой пролиферации фиброзных волокон.
2. Обладает малой иммуногенностью, так как ткань не выделяет большого количества антигенов типа HLA-A, B или DR.
3. Мембрана производит различные факторы роста, включая основной фактор роста фибробластов, фактор роста гепатоцитов.
4. Гюлер в 1997 г. наблюдал быстрое увеличение притока крови к амниотическому трансплантату в течение первых 10 дней, тогда как к трансплантату из нёбной слизистой оболочки было отмечено уменьшение притока крови в течение такого же периода. Через 30 дней приток крови к амниотической мембране возвратился к нормальному.

Недостатки метода

1. Существует вероятность антигенной несовместимости.
2. Lei и соавт. в 1995 г. использовали один слой свежего амниона при хирургическом лечении подслизистых фиброзных разрастаний полости рта и отметили, что после 2-летнего наблюдения глубина преддверия рта уменьшилась на 5–10 мм. Свежий амнион не будет эффективен в одном слое при глубоких дефектах полости рта после удаления подслизистых фиброзных разрастаний.
3. Амнион требует обязательной защиты, поэтому всегда необходимо изготавливать индивидуальную защитную пластинку.

В ожоговой и полостной хирургии широко применяется париетальная брюшина. Она обладает антисептическими, стимулирующими свойствами, улучшает процессы заживления, противостоит воздействию ферментов, пропускает излишки экссудата. А.Е. Степанов (1999) применил данный материал для закрытия раны у пациентов при проведении вестибулопластики по Кларку. Автор отметил положительный эффект в виде снижения отечности и болезненности. По его данным, по сравнению с йодоформной турундой сроки эпителизации сократились почти в 2 раза.

Следует помнить, что использование материалов биологического происхождения связано с необходимостью решения этических проблем. В частности авторы сообщают о необходимости получения от пациента добровольного информированного согласия перед применением *dura mater* (Федяев И.М. и др., 2003). Так как коллагеновые мембраны имеют ксеногенное происхождение, перед операцией пациенту необходимо разъяснить ее происхождение (бычья, лошадиная или свиная). Потенциальные риски должны быть задокументированы в журнале (Sogal A. et al., 1999).

2.2. ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА ПО ЭДЛАНУ–МЕЙХАРУ

Данный метод заключается в выкраивании слизистого лоскута с губы и переносе его в глубину вновь создаваемого преддверия рта. Характеризуется относительно долгосрочной стабильностью. Может выполняться на неизменной слизистой оболочке преддверия полости рта.

Показания к операции

Мелкое преддверие полости рта, при отвесном альвеолярном отростке/части челюсти.

Описание метода

Производится проводниковая и инфильтрационная анестезия, причем инфильтрационная анестезия должна проводиться поднадкостнично, чтобы достичь гидросепаровки надкостницы от компактной пластинки альвеолярного отростка/части челюсти, примерный объем 5 мл. После начала действия анестетика производят разрез слизистой оболочки нижней губы параллельно изгибу дуги альвеолярного гребня. Для удобства в выборе линии разреза расстояние от начала красной каймы губы до границы прикрепленной десны мысленно делят на три части. Окончание первой трети от переходной складки преддверия полости рта и будет границей линии разреза по всей линии зоны операции (рис. 2.5).