

Мукогингива льная пластика

ВЫПОЛНИЛИ: МАЛИКОВА ЗАРЕМА
КУРБАНАЛИЕВНА

ШАМИЛОВ КАМИЛЬ ЭЛЬДАРОВИЧ
5 КУРС, СТОМАТ. ФАК-Т, 12 ГРУППА



Мукогингивальная хирургия заключается в хирургических мероприятиях, направленных на устранение обнаженных участков пародонта, фиброзных натяжений, вызываемых аномально прикрепленными уздечками и пучками мышечных волокон, увеличении площади прикрепленной и кератинизованной десны, создании достаточно глубокого преддверия.

Цели:

- 1) Прекращение рецессии десны
- 2) Увеличение ширины прикрепленной десны
- 3) углубление преддверия полости рта
- 4) Закрытие участков рецессии.

Задачи 1-3 решаются с помощью следующих хирургических процедур:

- рассечение уздечки(френотомия)
- пересадка свободного эпителизированного десневого(слизистого) лоскута(СДЛ)

задача 4:

- пластика лоскутом на ножке
- прямое закрытие свободным десневым лоскутом (СДЛ)
- пластика соединительнотканым лоскутом(СТЛ)
- направленная регенерация тканей(НРТ)
- факторы роста и протеины эмалевого матрикса

Пересадка свободного десневого лоскута(СДЛ)

Операция впервые была описана в 1963 г. Bjorn, систематизирована в 1986 Sullivan и Atkins. Операция заключается в увеличении размеров десны за счет ороговевающей слизистой оболочки, которую берут чаще с поверхности неба. Зоны рецессии не закрывают.

Показания:

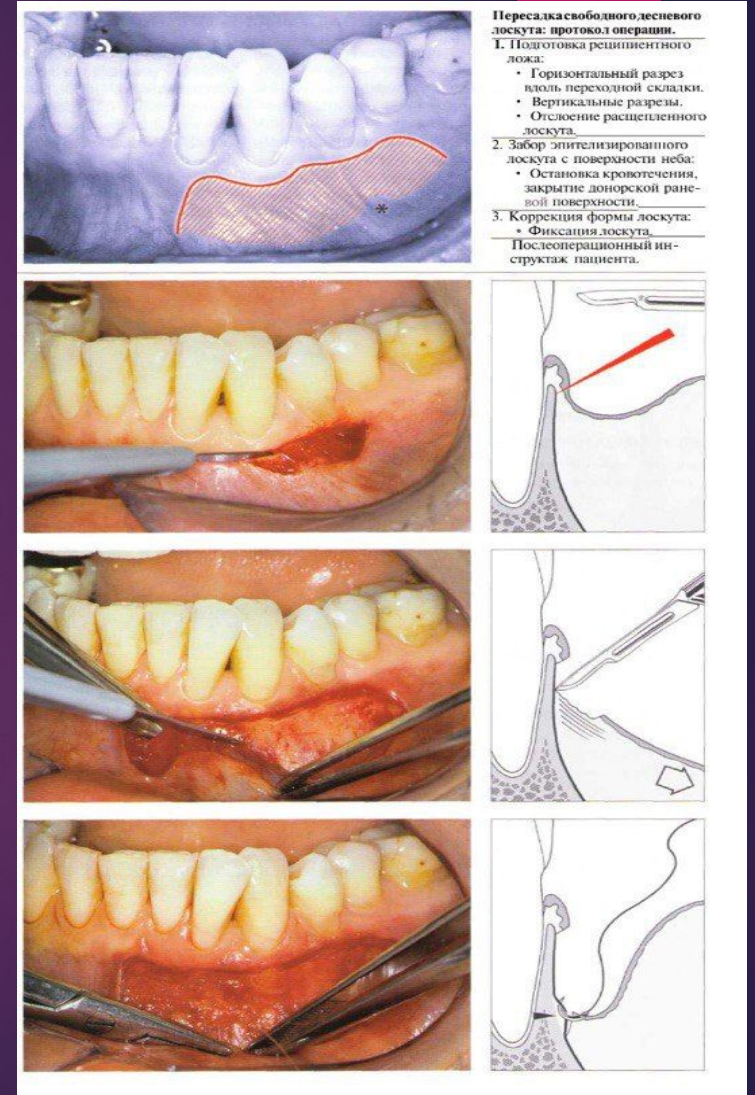
- безуспешность терапевтического лечения локальной рецессии десны
- при выходе рецессии десны за пределы переходной складки
- генерализованная рецессия(в основном техника Edlan-Mejchar) .

Противопоказания:

- стабилизированная рецессия, без участков воспаления или явных эстетических нарушений.

Принципы операции:

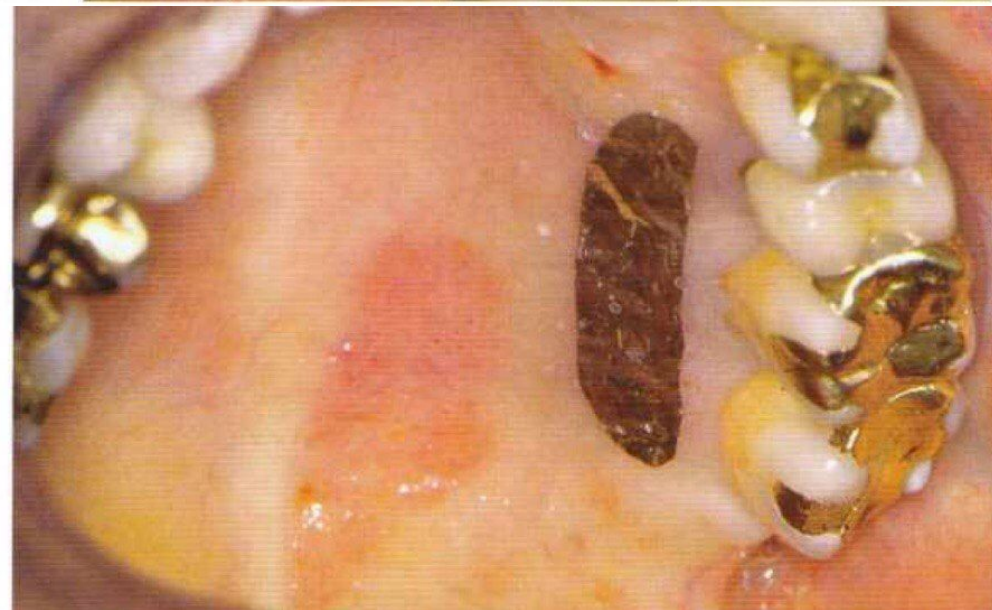
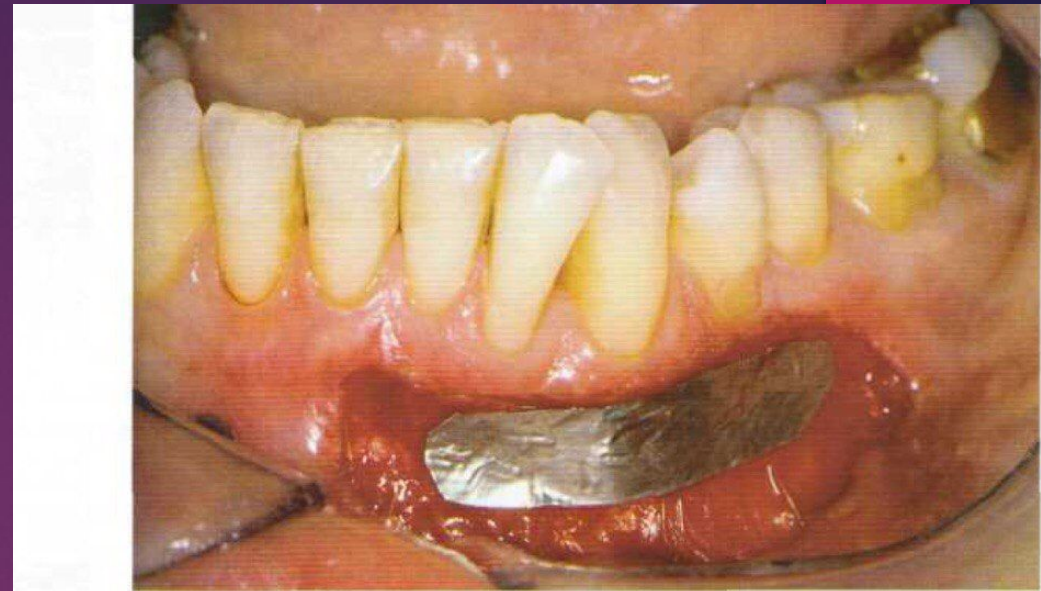
1. Проводится проводниковая анестезия. Операционное поле дополнительно инфильтрируется анестетиком.
2. Подготовка реципиентного поля, расположенного в апикальном направлении от зоны рецессии. Вдоль переходной складки выполняется горизонтальный разрез. Если прикрепленная десна полностью отсутствует, разрез выполняется на расстоянии 1-2 мм от края десны. Разрез проникает сквозь слизистую оболочку в подслизистый слой, не достигая надкостницы. С мезиальной и дистальной сторон разрез плавно закругляется и переходит в вертикальную плоскость. Разрез заканчивается на уровне зубов, в области которых прикрепленная десна имеет нормальное строение. Слизистая оболочка, подслизистая соединительная ткань и мышцы аккуратно отделяются от надкостницы. Образуется реципиентное поле, покрытое надкостницей.

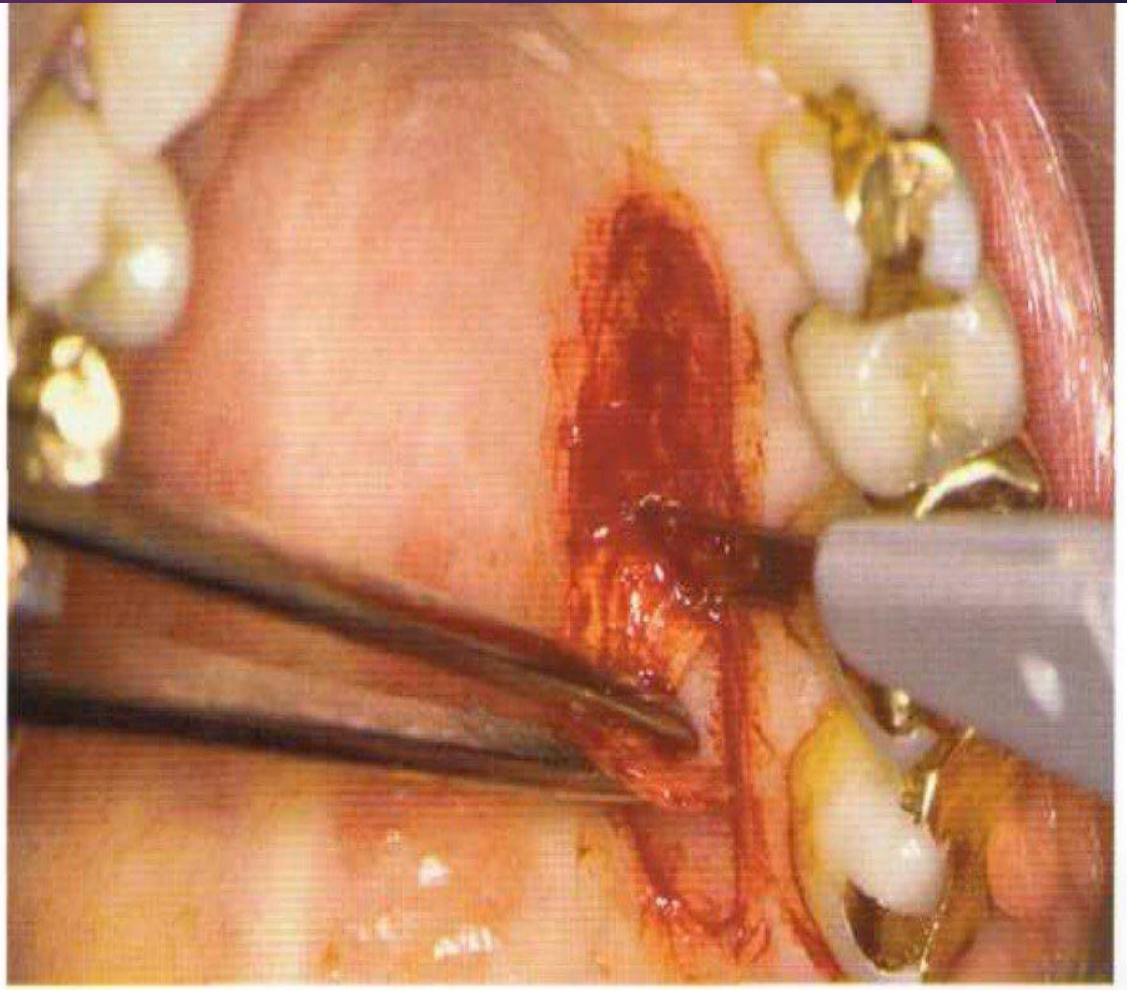


3. Из стерильной алюминиевой фольги изготавливается шаблон по форме реципиентного ложа. Ширина шаблона примерно на 2 мм меньше ширины ложа. Если нужен прямой лоскут можно обойтись без шаблона.

4. Забор свободного лоскута индивидуальной формы с поверхности неба.

Фольгу располагают на небе, на расстоянии 2-3 мм от десневого края. Скальпелем №15 выполняют разрез на глубину 1 мм вокруг шаблона. С помощью ножа для гингивэктомии лоскут отслаивают от подлежащих тканей. Скальпелем освобождают лоскут, помогая пинцетом или крючком.





Также для забора слизистой с поверхности неба используют специальные инструменты-МУКОТОМЫ.

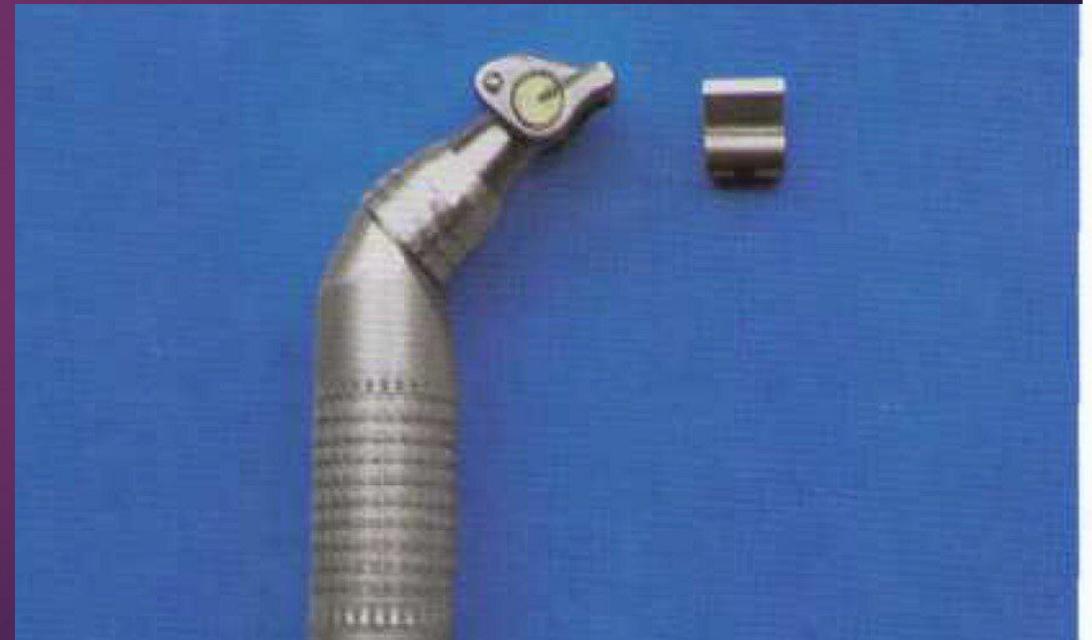
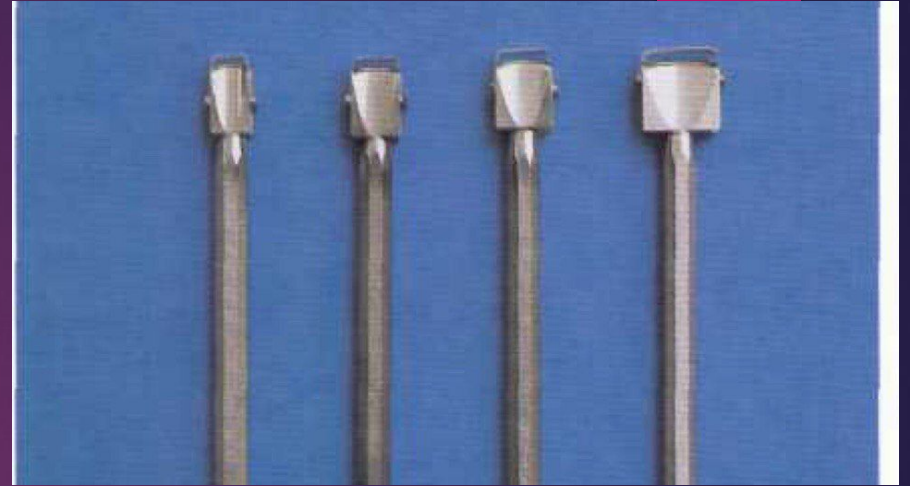
Ручной мукотом позволяет получить фрагменты слизистой различных размеров и толщины.

Ручные мукотомы(Deppeler)) состоят из ручки и режущей головки, на которую устанавливаются одноразовые лезвия(стальные). Ручки могут быть прямыми и угловыми. Размеры:

- PR 1- ширина 7 мм
- PR 4- ширина 9 мм
- PR 2 – ширина 11 мм
- PR M – ширина 16 мм

Машинный мукотом (Aescular) позволяет получать лоскуты фиксированной ширины и толщины.

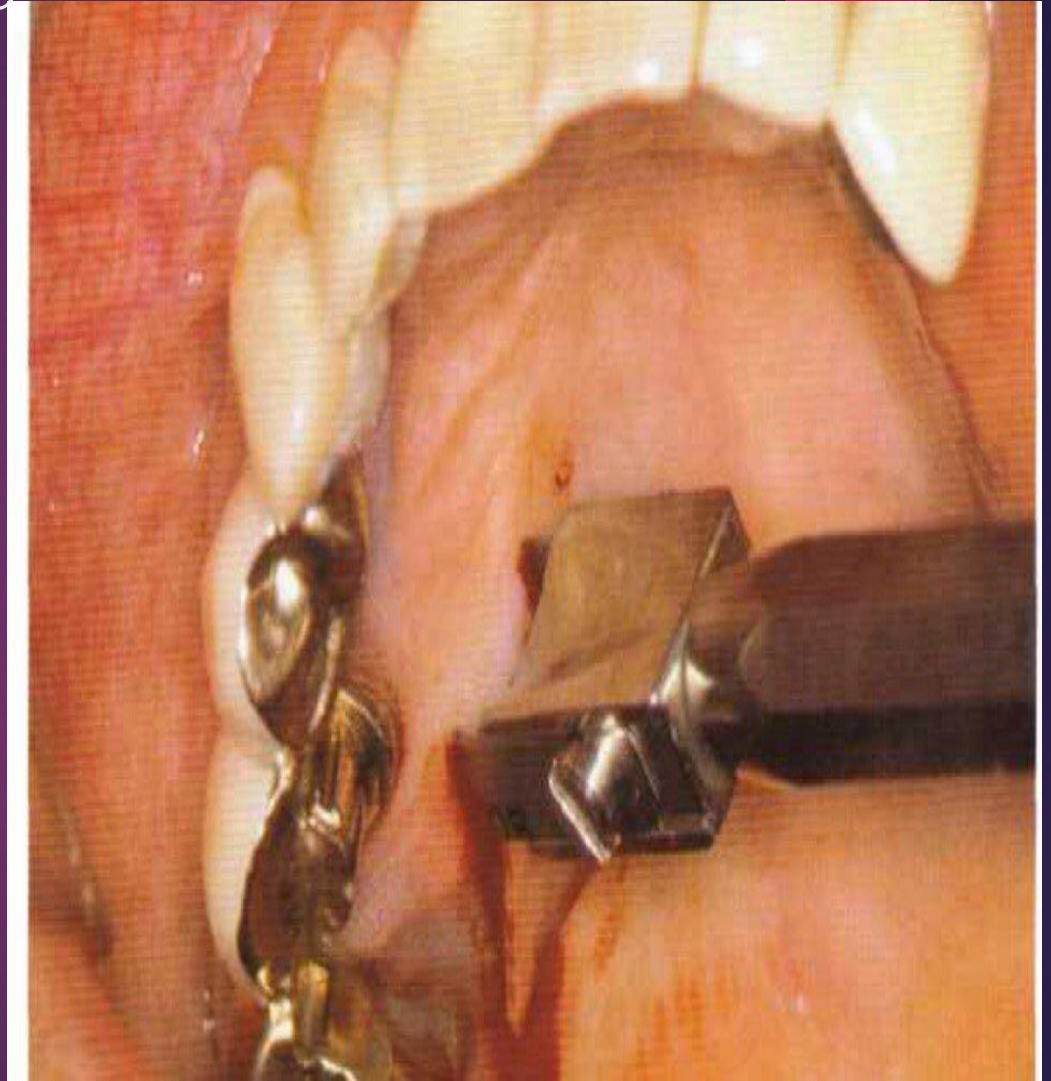
- ширина 6,5 мм
- толщина 0,75 мм



С помощью ручного или машинного мукотома забирают фрагмент ткани прямоугольной формы, который затем корректируют по форме реципиентного поля. Забор ткани с поверхности неба выполняется под местной анестезией. Если раствор анестетика вводится под давлением, слизистая оболочка неба слегка приподнимается и ее легче отделить от твердых тканей после выполнения разрезов. Разрезы не должны быть слишком глубокими, иначе можно повредить небную артерию.

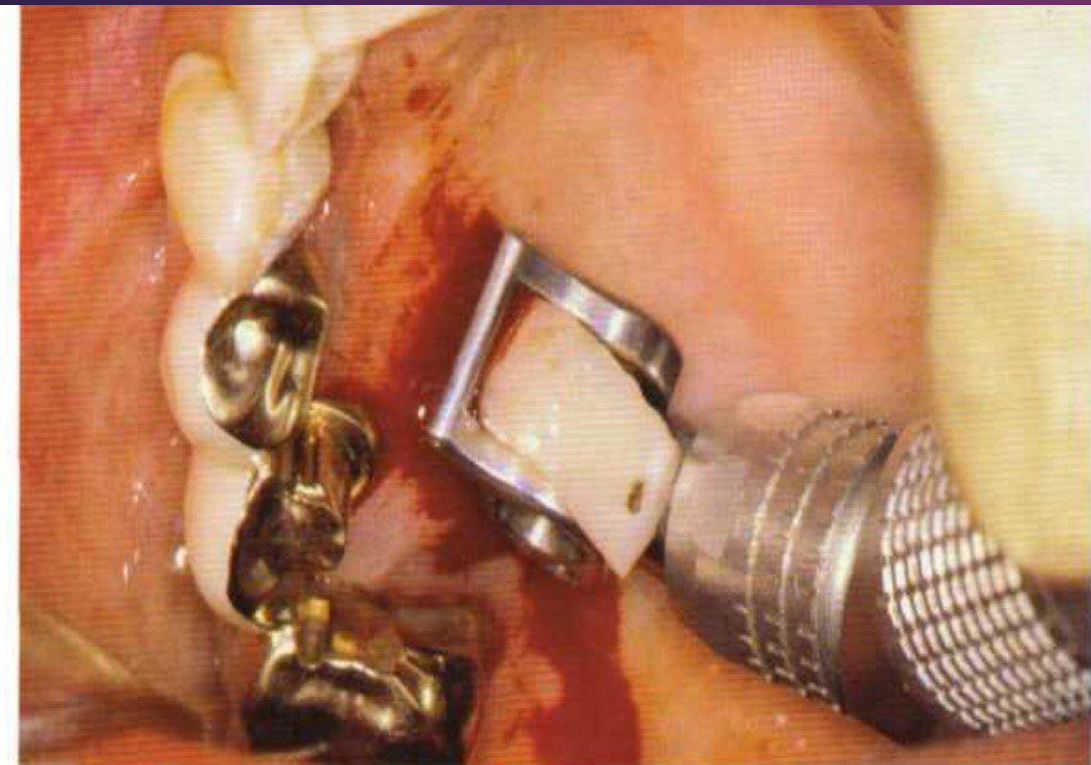
-Получение небного лоскута с помощью ручного мукотома PR 1 (7 мм)

режущую головку слегка сдвигают вперед-назад. Чтобы разрез был точным, можно направлять инструмент указательным пальцем левой руки. Идеальный лоскут имеет равномерную толщину не более 1 мм.



Получение небного фрагмента с помощью машинного мукотома.

Головкой инструмента слегка нажимают на слизистую оболочку неба, чтобы лезвие погрузилось в ткани. Полученный лоскут имеет ровную толщину. Следует предварительно маркировать эпителиальную поверхность, чтобы не допустить неправильного расположения лоскута в реципиентном поле.



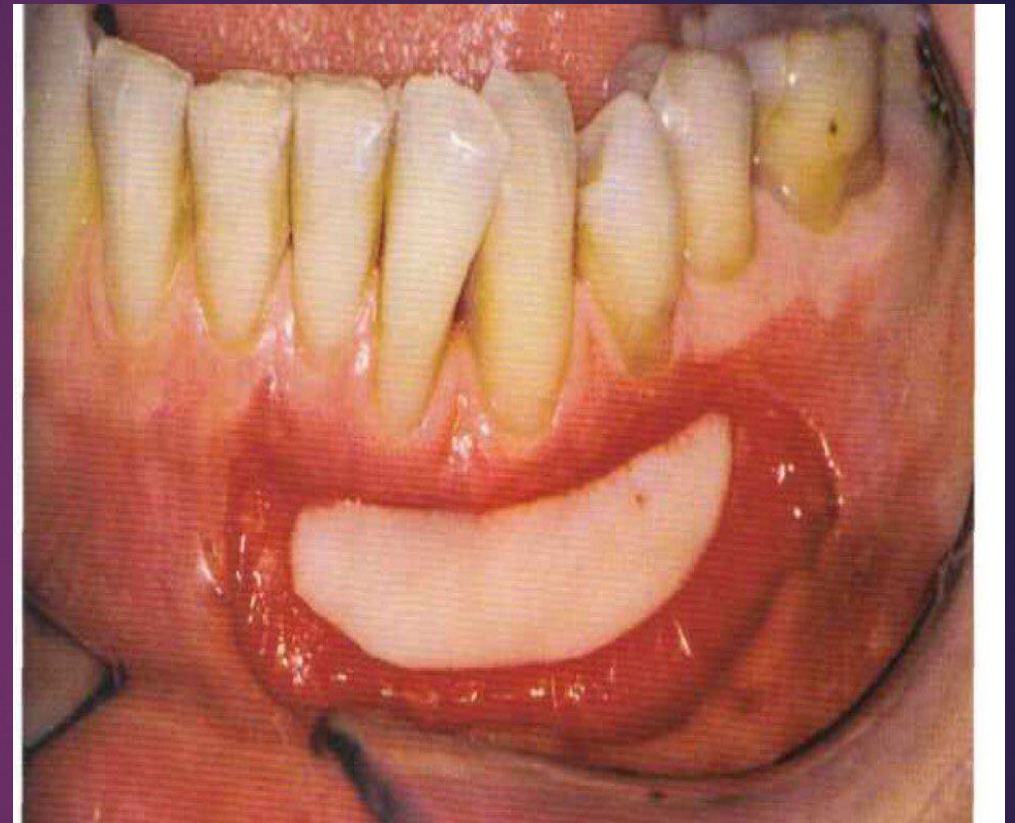
ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ТРАНСПЛАНТАТА С ПОМОЩЬЮ МАШИННОГО МУКОТОМА НУЖНО УЧИТЫВАТЬ, ЧТО НИЖНЯЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ТАКОГО ЛОСКУТА СТОЛЬ ГЛАДКАЯ, ЧТО ЕЕ МОЖНО СПУТАТЬ С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ. ПОЭТОМУ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ СЛЕДУЕТ ПОМЕТИТЬ ЭПИТЕЛИЙ НЕТОКСИЧНЫМ ВОДОСТОЙКИМ МАРКЕРОМ. ЕСЛИ ПЕРЕСАДИТЬ ЛОСКУТ НЕПРАВИЛЬНОЙ СТОРОНОЙ, ОН НЕ ПРИЖИВЕТСЯ!!!!

Лечение донорской раны.

Кровотечение останавливают, прижимая к ране марлевый тампон. Затем можно покрыть раневую поверхность цианаткрилатом или гемостатическим тампоном. Рекомендуется также закрыть рану пародонтальной повязкой, чтобы защитить ее от механического воздействия и обеспечить пациенту комфорт. Заживление происходит за 10-14 дней.

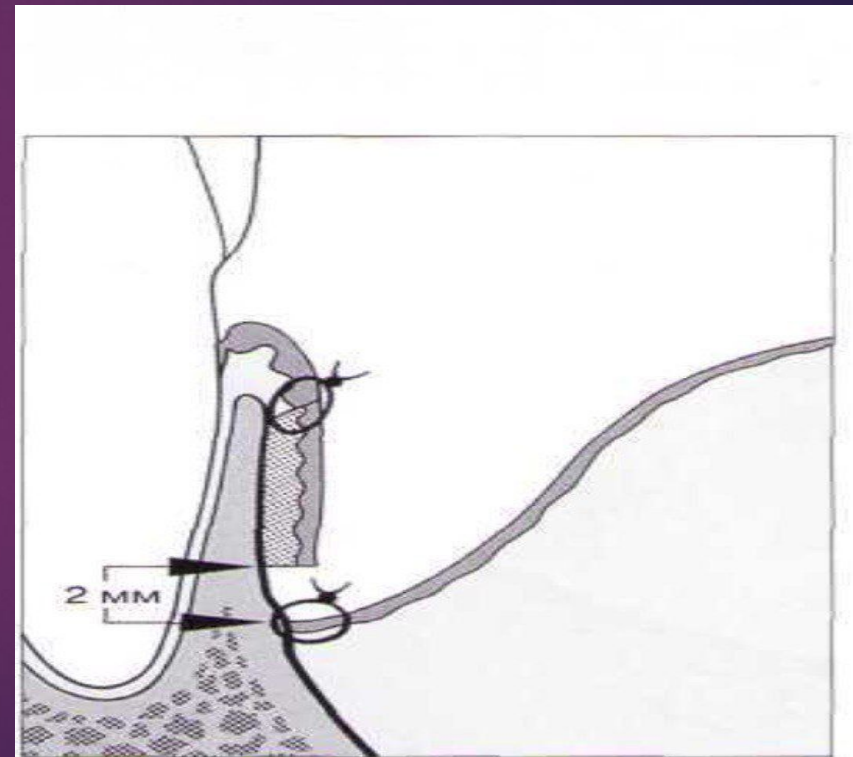
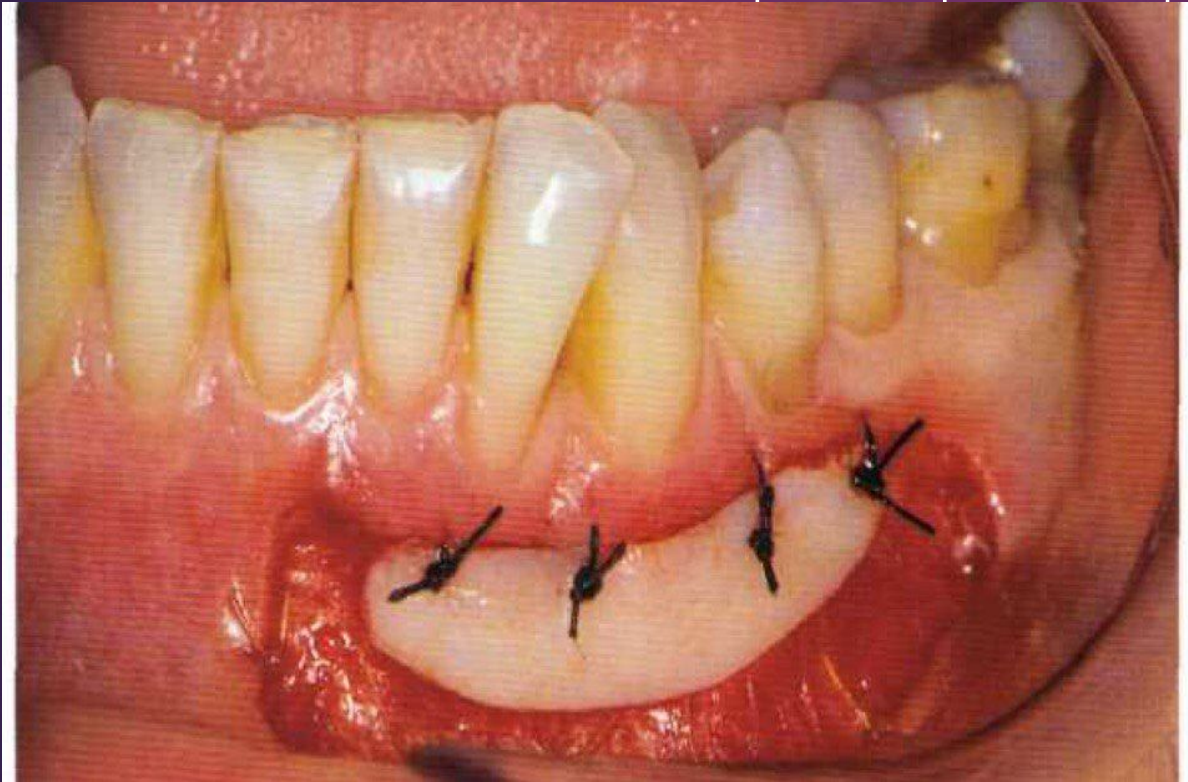
5. Пересадка свободного десневого лоскута.

Верхний край СДЛ располагается вблизи линии разреза, а нижний не доходит до нее примерно на 2 мм. Необходимо обеспечить полную неподвижность раневой поверхности на ближайшие несколько дней.

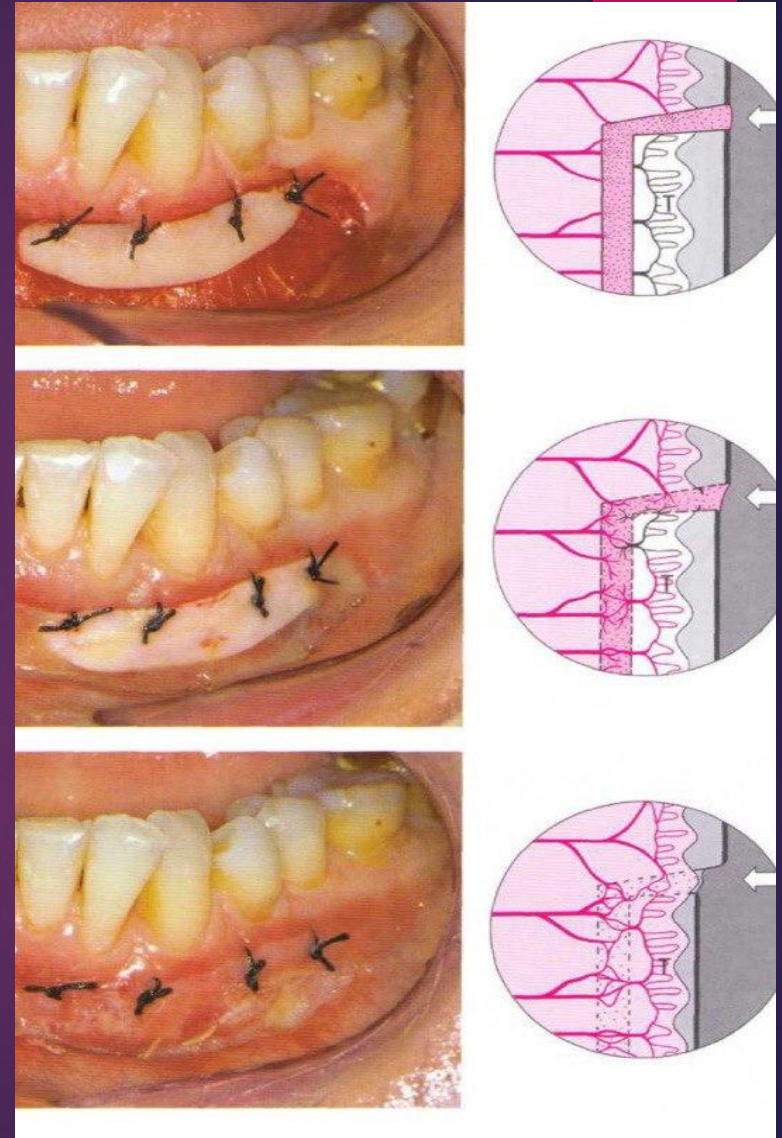


6. Фиксация СДЛ

Лоскут фиксируют, используя атравматичный шовный материал и острую изогнутую иглу, а затем на несколько минут прижимают влажным марлевым тампоном. Механическая чистка зубов в зоне операции отменяется на 14 дней. Назначают полоскания раствором хлоргексидина.



СДЛ приживается без осложнений, если при толщине 1 мм он содержит не только эпителий, но и собственную пластинку слизистой оболочки (0,5 мм). Примерно через 2 дня после операции часть эпителия отшелушивается. При этом лоскут на первый взгляд кажется некротизированным. Дело в том, что успех приживления зависит не от эпителия, а от соединительнотканного слоя. Новая эпителизация начинается с десневого края реципиентного ложа. Даже те клетки, которые нарастают на лоскут с подвижной слизистой оболочки, дифференцируются затем в ороговевающий «небный» эпителий. Через 1 нед. лоскут полностью приживается к поверхности ложа и покрывается новым эпителием. Полное ороговение занимает примерно 4 нед.



Благоприятный исход спустя 6 нед. после операции: произошло полное заживление. Прикрепленная десна стала шире, глубина прддверия рта увеличилась.



Преимущества СДЛ:

- остановка процесса рецессии десны
- углубление преддверия рта
- увеличение ширины прикрепленной десны
- простота хирургической методики.

Недостатки:

т.к. СДЛ берут с поверхности твердого неба, где слизистая оболочка кератинизирована, то после трансплантации лоскут сохраняет беловатый цвет, контрастируя с окр. тканями. Если лоскут забирают с переднего отдела неба, то он может содержать небные складки. Также под пересаженной тканью формируются экзостозы, толщина которых достигает нескольких мм. Причина – травма надкостницы во время пересадки лоскута, которая стимулирует формирование костной ткани.

Спасибо за внимание)))