

УДК 616 - 089. 843: 617. 528 - 004. 8

МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПРОТЯЖЕННЫХ ДЕФЕКТАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ

Кулаков О. Б., Хачатрян Т. С.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России, кафедра травматологии челюстно-лицевой
области Всероссийский Центр заболеваний слюнных желез,
г. Москва, Российская Федерация*

Введение. Положительные результаты дентальной имплантации во многом определяет объем кератинизированной слизистой оболочки.

Цель работы – определить эффективность применения свободной расщепленной кожи в качестве трансплантата для формирования кератинизированной десны в области верхней и нижней челюсти.

Объекты и методы. Наблюдали 10 пациентов в возрасте 26-68 лет (8 – женщин, 2 – мужчин) с различными дефектами и/или атрофией альвеолярной костной ткани в области верхней и нижней челюсти. Из них у 2 пациентов послеоперационные дефекты верхней и нижней челюсти, у 8 – вертикальная и горизонтальная атрофия альвеолярной части нижней челюсти. Пациентам проводили обследование в объеме: опрос, осмотр, пальпация, определяли глубину преддверия полости рта, высоту свободной и прикрепленной десны, лучевые методы исследования для определения размеров дефекта и/или атрофии альвеолярного участка челюстей. У 3 пациентов дефекты в области альвеолярной части кости были замещены ауто трансплантатами из гребня подвздошной кости, у 7 пациентов – ауто трансплантатами из ветви нижней челюсти. Всем пациентам через 4-6 месяцев были установлены дентальные имплантаты. Формирование мягких тканей выполняли через 16-20 недель после операции дентальной имплантации.

Результаты. В послеоперационном периоде отмечали полную интеграцию пересаженной расщепленной кожи, морфологическая структура которой была схожей с кератинизированной слизистой оболочкой полости рта.

Заключение. Кожа с внутренней поверхности плеча является надежной экстраоральной донорской зоной для замещения протя-

женных дефектов кератинизированной десны и мягких тканей полости рта.

Ключевые слова: кератинизированная слизистая оболочка полости рта; расщепленный кожный лоскут; свободный кожный лоскут; дентальный имплантат.

METHODS OF FORMATIN OF KERATINIZED MUCOSA IN THE AREA OF DENTAL IMPLANTS WITH EXTENDED DEFECTS OF THE ALVEOLAR BONE USING SPLIT SKIN

Kulakov O. B., Khachatryan T. S.

*Moscow State University of Medicine and Dentistry
named by A. I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation*

Introduction. The volume of keratinized mucosa plays an important role in achieving long-term and positive results after dental implantation.

Aim. The main goal is to determine the effectiveness of using free split skin as a graft for formation of keratinized gums in the upper and lower jaw area.

Objects and methods. 10 patients aged 26 to 68 years (8 – women, 2 – men) with various defects and/or atrophy of alveolar bone tissue in the upper and lower jaw were under observation. In three cases, the alveolar bones were restored with iliac crest autotransplants; in all other cases, lower jaw branch autotransplants were used. All patients had dental implantations 4–6 months after. Soft tissue formation was performed after 16–20 weeks. In order to form keratinized mucous membrane in the area of implants, gum shapers were installed with a single-stage plasty of the oral vestibule with a free split skin from the inner surface of the shoulder.

Results. The findings of the study showed a complete integration of the transplanted split skin in the postoperative period.

Conclusion. The skin on the inner surface of the shoulder is a reliable extraoral donor zone for replacing defects of keratinized gums and soft tissues in the oral cavity.

Keywords: keratinized mucosa; slit skin graft; free skin flap; dental implant.

Введение. Для достижения долгосрочных положительных результатов при проведении дентальной имплантации важную роль играет объем кератинизированной слизистой оболочки [1-3]. Иногда при атрофии и дефектах альвеолярной кости формирование кератинизированной слизистой оболочки полости рта с помощью лоскутов из интраоральных донорских зон является недостаточным или невоз-

можным. В связи с этим становятся актуальными вопросы поиска экстраоральных донорских зон и совершенствования оперативных методов для достижения желаемого результата.

Цель работы – определить эффективность применения свободной расщепленной кожи в качестве трансплантата для формирования кератинизированной десны в области верхней и нижней челюсти.

Объекты и методы. Под наблюдением находилось 10 пациентов в возрасте от 26 до 68 лет (8 – женщин, 2 – мужчин) с различными дефектами и/или атрофией альвеолярной костной ткани в области верхней и нижней челюсти. Из них у 2 пациентов послеоперационные дефекты верхней и нижней челюсти, у 8 – вертикальная и горизонтальная атрофия альвеолярной части нижней челюсти в результате потери зубов на фоне осложненного кариеса или операции сложное атипичное удаление зубов.

Всем пациентам проводили комплексное обследование в объеме: опрос, осмотр, пальпация, определяли глубину преддверия полости рта, высоту свободной и прикрепленной десны. Осуществляли обследование с применением лучевых методов: ортопантомографию, компьютерную томографию для определения размеров дефекта и/или атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти и последующего планирования костной пластики.

У 3 пациентов дефекты в области альвеолярной части кости были замещены ауто трансплантатами из гребня подвздошной кости, у 7 пациентов – ауто трансплантатами из ветви нижней челюсти. Всем пациентам через 4-6 месяцев были установлены дентальные имплантаты. Всего в области верхней и нижней челюсти было установлено 38 дентальных имплантатов. Формирование мягких тканей выполняли через 16-20 недель после операции дентальной имплантации. На этапе установки формирователей десны повторно определяли глубину преддверия полости рта, которая у данной группы пациентов была от 1 до 3 мм. Учитывая, протяженность дефектов зубных рядов, составлявших у указанных лиц от 5 до 28 зубов (35-230 мм) и рубцовых изменений твердого неба, формирование мягких тканей при помощи трансплантатов из внутриротовых донорских зон не предоставлялось возможным. В связи с этим, с целью формирования прикрепленной кератинизированной десны в проекции дентальных имплантатов выполняли установку формирователей десны с одномоментной пластикой преддверия полости рта свободным расщепленным кожным ауто трансплантатом с внутренней поверх-

ности плеча. Толщина тонкого кожного лоскута при заборе в области внутренней поверхности плеча составляла 0,8–1,2 мм. При проведении оперативного вмешательства иссекали края неизменной подвижной слизистой оболочки и рубцово-измененной ткани, формировали реципиентное ложе для будущего трансплантата. Далее учитывая размер воспринимающего ложа, проводили забор расщепленного кожного трансплантата с внутренней поверхности плеча. Под инфильтрационной анестезией Sol. Articaini hydrochloride 4% – 1,7 x 3, разведенный в 20 мл Sol. NaCl 0,09% выполняли 2 дугообразных сходящихся разреза в пределах дермы на уровне наибольшего птоза мягких тканей в области внутренней поверхности плеча. Далее при помощи скальпеля в пределах сетчатого слоя дермы осуществляли забор трансплантата. После забора кожного трансплантата накладывали многорядные швы в пределах подкожно-жировой клетчатки и дермы. Накладывали швы на кожу. Рана заживала первичным натяжением. Учитывая, что некоторые методики после забора трансплантата предполагают вторичное заживление донорского участка, следует подчеркнуть тот факт, что данная методика забора трансплантата всегда сопровождалось первичным заживлением раны донорской зоны, а значит сокращением сроков лечения. Кожный трансплантат множественно перфорировали и фиксировали направляющими швами по краям дефекта и в центре при помощи Premilene 6/0, 5/0. У 2 пациентов были изготовлены индивидуальные шаблоны из поливинилсилаксанов для лучшей адаптации и фиксации кожного трансплантата. На протяжении 10 суток проводили послеоперационное динамическое наблюдение. Воспалительных явлений в области донорских участков и области пересадки кожных трансплантатов выявлено не было. На 8 сутки швы снимали. Расхождения швов не наблюдали. Трансплантаты были интактны, фиксированы, в том числе по краям дефекта. Затруднений в открывании рта отмечено не было.

Результаты. В послеоперационном периоде отмечали полную интеграцию пересаженной расщепленной кожи, морфологическая структура которой становилась схожей с кератинизированной слизистой оболочкой полости рта. При использовании дополнительных методов адаптации (индивидуальные шаблоны из поливинилсилаксана (Exaflex Putty, GC) был отмечен полноценный контакт с воспринимающим ложем.

Заключение. Кожа с внутренней поверхности плеча является надежной экстраоральной донорской зоной для замещения протяженных дефектов кератинизированной десны и мягких тканей полости рта.

Литература.

1. Петров, Ю. Ю. Экспресс-диагностика состояния локального иммунного гемостаза слизистой оболочки полости рта / Ю. Ю. Петров // Тихоокеанский мед. журн. – 2013. – № 1. – С. 14–17.
2. Acellular dermal matrix graft for gingival augmentation; A preliminary clinical, histologic and ultrastructural evaluation / A. Scarano [et al.] // J. Periodontol. – 2009. – Vol. 80. – P. 253–259.
3. Comparative 6-month clinical study of a subepithelial connective tissue graft and acellular dermal matrix graft for the treatment of gingival recession / A. B. Jr. Novaes [et al.] // J. Periodontal. – 2001. – Vol. 72. – P. 1477–1484.