

РЕГЕНЕРАЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН В ПОЛОСТИ РТА, ИЗОЛИРОВАННЫХ СИЛИКОНОВОЙ ПОВЯЗКОЙ

Щипский А.В., Хрипунков В.А.

*ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн,
г. Москва, Россия*

Введение. Послеоперационные раны во рту не всегда можно закрыть местными тканями. Использование аутотрансплантатов ограничено дополнительной операцией и их выживаемостью; аллотрансплантатов – этическими проблемами. Эффективность «открытого» применения резорбируемых [1, 3] и нерезорбируемых мембран, разработанных для «Guided Tissue Regeneration», вызывает сомнения [2, 3], в том числе из-за стоимости. В результате продолжают использовать йодоформную марлю [4, 5]. Очевидно, что для изоляции ран в полости рта необходима более универсальная повязка. В её качестве предлагаем использовать мембраны из силикона

(«МЕДСИЛ», Россия), обладающий важными для повязки свойствами: биоинертностью, эластичностью, прочностью и полупроницаемостью (Патент РФ № 2371125, 2009 года) [6].

Цель работы – определить эффективность силиконовой повязки для регенерации послеоперационных ран в полости рта.

Объекты и методы. Анализ лечения 65 пациентов с новообразованиями в области альвеолярного гребня: 33 – с эпулисами, 13 – с фибромами, 8 – с фиброматозом десен (рис. 1), 6 – с цементомами, 2 – с остеомами, по 1 наблюдению – с фибропапилломой, амелобластической фибромой и плоскоклеточным раком. У 3 пациентов рану закрыли местными тканями, у 15 – йодоформной турундой (повязкой) (ИП), у 47 – силиконовой мембраной (повязкой) (СП). Турунду фиксировали швами без защитной пластины, что позволило унифицировать методики. Мембрану фиксировали к слизистой оболочке в 21 наблюдении с помощью узловых, в 26 наблюдениях – с помощью непрерывных швов (рис. 2). Провели анализ эксплуатации повязок в зависимости от разных факторов. Завершающим этапом комплексного лечения было рациональное протезирование, эффективность которого зависела от результатов хирургического лечения.

Результаты. Удаление новообразований провели радикально, что обосновано, так как у одного пациента верифицировали амелобластическую фиброму, у другого – рак (предполагали эпулис). Фиксация СП была лучше по сравнению с ИП. Так, в течение 1-й недели удалили 14 ИП (93%) и только 2 СП (4%). По истечении 1-й недели удалили 1 ИП (7%) и 25 СП (54%) ($p < 0,001$). В течение 2 недель (18 пациентов) и 3 недель (2 пациента) удержалась только СП (рис. 3). Удержать ИП на поверхности гребня швами без защитной пластины сложно. СП – можно, в том числе на сроке до 3 недель. Непрерывный шов позволяет перераспределять нагрузки (рис. 2). В такой ситуации фиксация СП не зависит даже от размера дефекта.

Наименее подготовленными к снятию повязки являлись раны в течение 1-й недели (28 пациентов). Только начинался рост грануляционной ткани. Имелись участки обнаженной кости, что потребовало дополнительных мероприятий. Через неделю после операции рана у 25 пациентов оказалась полностью покрыта грануляциями. Данный срок для снятия повязки допустимый, однако, для регенерации раны с обнаженной костной тканью минимально достаточный. При изоляции раны в течение 2-х недель (18 пациентов) грануляционная ткань созрела и была готова к эпителизации. Данный срок можно считать оптимальным для использования СП. При снятии мембраны у 2 пациентов через 3 недели обнаружили эпителизацию

(рис. 3), которой мембрана не мешала. Срок в течение 3 недель является идеальным для изоляции ран с обнаженной костью, что может обеспечить непрерывный шов. Оптимальное заживление послеоперационных ран в области альвеолярного гребня позволило сохранить протезное ложе у пациентов с предстоящим протезированием (рис. 4).



Рис. 1 Пациентка Е., 71 год.
Диагноз: генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести, гипертрофический гингивит. Фиброматоз десен, диффузная форма.



Рис. 2 Пациентка Е., 71 год
Послеоперационный дефект после иссечения новообразования и Удаления зубов закрыт силиконовой мембраной, которая зафиксирована непрерывным швом.



Рис. 3 Пациентка Е., 71 год. Вид послеоперационной области на 22 день после операции и непосредственно после снятия силиконовой мембраны. Заживление завершилось эпителизацией раны.



Рис. 4 Пациентка Е., 71 год. Сохраненные параметры протезного ложа позволили провести протезирование с хорошим функциональным результатом.

Прозрачный силикон позволял наблюдать за раной и принимать врачебные решения. СП обладала отличными изолирующими и защитными свойствами, распределяла и стабилизировала сгусток крови (рис. 2). Турунда адсорбировала кровь и высушивала рану. СП создавала благоприятные условия для проведения гигиены. Детрит

легко удалялся с СП пациентами во время полоскания полости рта, тогда как у пациентов с ИП требовалось участие врача. Данные преимущества СП позволяют использовать методику амбулаторно.

Заключение. Изоляцию послеоперационных ран в области альвеолярного гребня с обнажением кости можно осуществлять с помощью раневой повязки в виде силиконовой мембраны. С помощью непрерывного шва мембрану можно удерживать в течение всего периода заживления, вплоть до эпителизации. Предложенный метод экономически доступен, технологичен, обладает прогнозируемым результатом и не зависит от величины послеоперационной раны.

Литература.

1. Булатников, А.С. Комплексное хирургическое и ортопедическое реконструирование альвеолярного отростка челюсти при одномоментном множественном удалении зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / А.С. Булатников; МГМСУ. – М., 2004.
2. Калайдов, А.Ф. Использование барьерных мембран в дентальной имплантации. С чего начать? / А.Ф. Калайдов // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6, – С. 59-62.
3. Оценка эффективности новой нерезорбируемой ПТФЭ-мембраны при направленной регенерации тканей пародонта. Контролируемое клинко-морфологическое исследование / М.Д. Перова [и др.]. // Новое в стоматологии. – 2002. – № 6. – С. 47–57.
4. Сабо, Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта / Е. Сабо. – Будапешт: Издательство академии наук Венгрии, 1977. – С. 215–290.
5. Степанов, А.Е. Вспомогательные и основные операции в пародонтологической практике / А.Е. Степанов // Пародонтология. – 1999. – № 5. – С. 18–21.
6. Шинкевич, Д.С. Особенности заживления послеоперационных ран мягких тканей лица в области преддверия рта, изолированных силиконовыми мембранами: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.21 / Д.С. Шинкевич; МГМСУ. – М., 2008. – 23 с.