

**ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА СИЛИКОНОВЫМ КОМПЛЕКСОМ
У ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА**

Щипский А.В., Шинкевич Д.С.

*ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет»,
г. Москва, Россия*

Введение. Посттравматические стяжения в преддверии рта являются препятствием для протезирования, что требуют удаления рубцовой ткани и воссоздания преддверия рта. Методы, используемые в пародонтологии, для этой цели не применимы. Йодоформные повязки могут привести к ещё большему рубцеванию. Перемещение лоскутов со щеки трудоёмкий, травматичный и не совсем эффективный вариант [5]. Использование кожного аутотрансплантата на стенсовом вкладыше

[1, 2] требует дополнительной операции в донорской области. Аутотрансплантат может сокращаться, деформироваться и некротизироваться. Кожа отличается от слизистой оболочки, в преддверии полости рта могут расти волосы.

Для решения проблемы предложен метод вестибулопластики с помощью силиконового комплекса (СК) (Патент РФ № 2297187, 2007 года), который имеет преимущества по сравнению с известными методами и лишен их недостатков.

Цель работы – обоснование эффективности вестибулопластики силиконовым комплексом у пациентов с рубцовыми изменениями слизистой оболочки преддверия полости рта.

Объекты и методы. Лечение 35 пациентов заключалось в иссечении рубцовой ткани с вестибулопластикой преддверия полости рта СК. Для этого раневой дефект изолировали силиконовой мембраной, которую фиксировали к слизистой оболочке по периферии раны узловыми швами. На мембрану помещали силиконовый валик, который фиксировали в глубине преддверия с помощью чрескожных швов с протекцией кожи стерильными пуговицами. СК снимали через 2–3 недели, и сразу же пациент начинал использовать формирующий имедиат-протез. Съёмный протез изготавливали после окончательной стабилизации мягких тканей преддверия полости рта. В динамике наблюдали за функциональными качествами протеза и стабильностью преддверия полости рта.

Результаты. Предложенный метод сходен со способом вестибулопластики по Bethman–Zoltan [4]. В отличие от прототипа СК можно использовать для углубления преддверия полости рта не только при неизменной слизистой оболочке, но и при рубцовых изменениях различной степени выраженности. Так, с помощью СК смогли сформировать преддверие полости рта у всех 35 пациентов, независимо от клинического состояния, возраста и сопутствующих заболеваний. Метод позволил отказаться от проведения операций в донорских участках для забора аутотрансплантатов. Важным достоинством СК является простота выполнения и прогнозируемый результат. Так, эластичной силиконовой мембраной можно изолировать дефекты любой формы и конфигурации (рис. 1). Для этого во время фиксации мембрану прижимали пальцем к раневой поверхности (рис. 2), корректируя неровности ножницами. Валик укладывали на мембрану в глубине преддверия полости рта между предварительно проведенными через кожу нитями. После фиксации валик выполнял формирующую для преддверия функцию в течение всего периода заживления (рис. 3).

СК гарантировал, что сформированное во время операции преддверие полости рта сохраняло требуемую анатомическую форму (рис. 4).



Рис. 1 Пациентка А., 82 года. Диагноз: твердая фиброма («дольчатая фиброма») в области верхнего свода. После иссечения рубцовой ткани в области преддверия рта образовался послеоперационный дефект



Рис. 2 Пациентка А., 82 года. Изоляция послеоперационного дефекта в преддверии рта силиконовой мембраной



Рис. 3 Пациентка А., 82 года. Силиконовый комплекс зафиксирован в преддверии рта.



Рис. 4 Пациентка А., 82 года. Результат вестибулопластик с использованием силиконового комплекса.

Силиконовая мембрана надежно защищала рану от механического воздействия и инфицирования, не нарушая при этом в силу своей микропористой структуры газообмен. Кроме того, мембрана выполняла гемостатическую функцию, в том числе у пациентов со склонностью к повышенной кровоточивости. Заживление под мембраной происходило вторичным натяжением без образования грубой рубцовой ткани. В основании преддверия полости рта образовывалась более плотная соединительная ткань, так называемая, «положительная» рубцовая ткань [3], которая после снятия СК поддерживала стабильность воссозданного преддверия (рис. 4). Подвижную часть мягких тканей СК отодвигал от альвеолярного гребня, что положительно сказывалось на стабильности съемного протеза у пациентов с выраженной атрофией

альвеолярного отростка (части) челюстей. Использование после снятия СК формирующего имедиат-протеза позволило окончательно стабилизировать преддверие рта. В данной ситуации базис протеза имел полуовальную форму (рис. 5), что приводило к равномерному распределению нагрузки на мягкие ткани и исключало травму.

Применение у пациентов СК оптимизировало течение послеоперационного периода, что положительно воспринималось пациентами. Во время заживления пациенты могли проводить гигиену в полости рта и на коже, что даёт основание рекомендовать вестибулопластику СК для амбулаторного применения.



Рис. 5 Пациентка А., 82 года. Правильная форма базиса съёмного пластиночного протеза

Заключение. Метод вестибулопластики с помощью силиконового комплекса является универсальным, простым в исполнении и отличается прогнозируемыми результатами. С его помощью можно сформировать (воссоздать) преддверие полости рта у пациентов с рубцовыми стяжениями слизистой оболочки даже в тех ситуациях, когда другие методы по тем или иным причинам не могут быть использованы, или их результативность может вызывать сомнение. Метод может быть использован и в амбулаторной практике, если для этого нет противопоказаний.

Литература.

1. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М.: «Медицинская литература», 1999. – С. 134–136.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: руководство для врачей: под ред. Н.М. Александрова. – Л.: «Медицина», 1985. – С. 147–151.
3. Степанов, А.Е. Значение и роль рубцовой ткани после формирования преддверия полости рта при заболеваниях пародонта / А.Е. Степанов // Клиническая имплантология и стоматология. – 1999. – Т. 9-10. – № 2-3. С. 62-65.
4. Bethmann, W. Operations methoden der plastischen chirurgie / W. Bethmann, J. Zoltan. – Jena, 1968. – 439 s.
5. Commis sure-Based Buccal Mucosal Flap. Plast. And Reconstruct. Surg. / E. Tezel [et al.]. – 1998. – № 101. – P. 1223-1227.
6. Use of facial artery musculo-mucosal flap for closure of soft tissue defects of the mandibular vestibule / M. Hatoko [et al.]. // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2002. – № 31. – P. 210–211.