



ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (ПГУ)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра стоматологии

**МУКОГИНГИВАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

Методические рекомендации

Пенза
Издательство ПГУ
2010

УДК 616.311.11
М90

Авторы:

**Мухаев Хамит Хамзеевич,
Ефимов Юрий Владимирович,
Ярыгина Елена Николаевна,
Фомичев Евгений Валентинович,
Иванов Петр Владимирович,
Стоматов Александр Владимирович,
Ефимова Елена Юрьевна,
Максютин Илья Андреевич**

Рецензент:

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой стоматологии общей практики
и стоматологии терапевтической
Пензенского института усовершенствования врачей
А. Д. Романовская

М90 **Мукогингивальные операции в комплексном лечении заболеваний пародонта** : методические рекомендации / Х. Х. Мухаев, Ю. В. Ефимов, Е. Н. Ярыгина [и др.]. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2010. – 48 с.

В настоящем издании отражены современные представления об оперативных вмешательствах на тканях пародонтального комплекса. Акцентируется внимание на тактике врача при хирургическом лечении заболеваний пародонта в зависимости от стадии и тяжести патологического процесса.

Методические рекомендации составлены в соответствии с действующей программой подготовки врачей-стоматологов, предназначены для студентов, обучающихся по специальности 060105 (040400) – Стоматология.

УДК 616.311.11

Рекомендовано к изданию учебно-методической комиссией Медицинского института Пензенского государственного университета.

© ГОУ ВПО «Пензенский государственный университет», 2010

Содержание

Введение	4
1. Френулотомия	5
2. Френулоэктомия	6
3. Френулопластика	8
4. Вестибулопластика	9
4.1. «Открытые» методики вестибулопластики	10
4.1.1. Вестибулопластика по V. Kazanjian (1935)	10
4.1.2. Вестибулопластика по Glikman	12
4.1.3. Вестибулопластика по Н. Edlan – В. Meichar (1963).....	12
4.1.4. Вестибулопластика по Н. Clark (1953).....	13
4.2. «Закрытые» методики вестибулопластики.....	16
4.2.1. Вестибулопластика по В. Г. Кручинскому – А. С. Аргюшкевичу (1981).	16
5. Гингивопластика	20
5.1. Гингивопластика изолированных рецессий десны ...	20
5.2. Гингивопластика с использованием лоскутов на питающей ножке	21
5.3. Гингивопластика с использованием свободных десневых трансплантатов	24
Приложение. Тестовые задания	29
Список литературы	46

Введение

В комплексной терапии заболеваний пародонта приоритетная роль отводится хирургическим методам. Данное издание посвящено методам, с помощью которых можно добиться ликвидации факторов, влияющих на течение воспаления, и обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта.

Авторы попытались описать основные из огромного числа существующих методов мукогингивальной хирургии, сведения о которых носят весьма разрозненный характер.

Настоящие методические рекомендации пополнят арсенал изданий для подготовки будущих врачей-стоматологов и восполнят тот пробел, который существует в разделе пародонтологии.

1. Френулотомия

Показана при тонких, коротких уздечках губы и языка. Применяется чаще в детском возрасте. Френулотомию делают новорожденным, когда тонкая, короткая уздечка языка ограничивает его движение и мешает вскармливанию ребенка. У более взрослых детей данную операцию выполняют по логопедическим, ортодонтическим показаниям, при травмировании краевого пародонта во время движения нижней губы.

Проверить состояние уздечки и ее влияние на десну можно путем проведения пробы «натяжение» (pull Syndrome). Для этого, захватив губу пальцами, тянут ее вверх и вперед. Движение межзубного сосочка и побледнение десны свидетельствуют о травме пародонта (положительный синдром «натяжения»).

Техника операции

После анестезии производят поперечный разрез уздечки как можно ближе к языку, чтобы не повредить язычную артерию и другие ткани дна полости рта. Затем оттягивают язык вверх, сближают края образовавшегося ромбовидного дефекта и фиксируют их кетгутовыми швами (рис. 1).

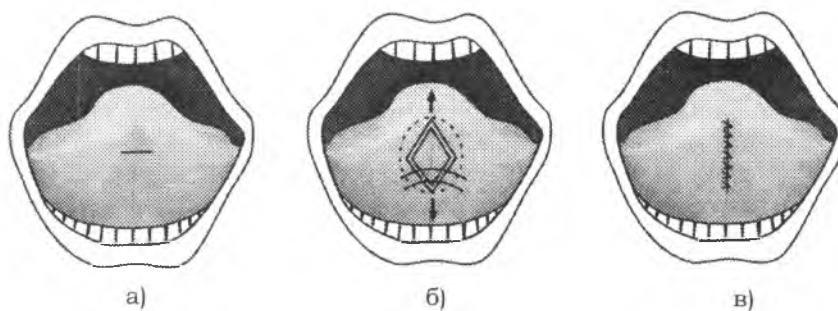


Рис. 1. Френулотомия (схема этапов операции):

а – направление разреза; б – зона отсепаровки краев слизистой оболочки (указана пунктиром), прошитые двумя швами края ромбовидного дефекта, направления дальнейшего перемещения верхнего и нижнего углов раны в процессе наложения швов (указаны стрелками); в – рана ушита

При укорочении уздечки верхней губы операция заключается в отсечении уздечки от десны. Эта операция – самый простой вид данного вмешательства. После антисептической обработки полости рта и анестезии проводят поперечный разрез по границе 1/3 части уздечки, расположенной ближе к зубному ряду, и остальными 2/3 длины ее. После рассечения слизистой (остро наточенными ножницами) рассекают тяжи в области образовавшейся раны, оттягивают губу, стягивают боковые края слизистой оболочки в области разреза и, сближая их, накладывают швы вначале по середине, а затем через каждые 3–4 мм.

Послеоперационное ведение обычное, однако при неправильном выполнении операции и образовании послеоперационных массивных рубцовых изменений возможны рецидивы. В связи с этим рекомендуется оставлять формирующую удерживающую пластину на 2–3 недели. Она фиксирует марлевый тампон, пропитанный лекарственными веществами, способствующими эпителизации. Ежедневно пластинку снимают и обрабатывают зубной пастой и антисептиками.

2. Френулоэктомия

Применяется при диастеме в области медиальных резцов верхней челюсти и хорошо развитой уздечки верхней губы.

Указанная операция более сложная, чем предыдущая.

Техника операции

После антисептической обработки полости рта и анестезии вертикально оттягивают губу, на середину уздечки накладывают зажим. Ассистент удерживает его таким образом, чтобы хирург при помощи ножниц мог сделать два сходящихся разреза по обе стороны зажима. Края образовавшейся раны по всему периметру отслаиваются на 1–3 мм для удобства их стягивания и наложения швов (сначала рядом с зубами, а затем через 3–4 мм в сторону губы). Лечебная тактика в послеоперационном периоде такая же, как и после френулотомии (рис. 2).



Рис. 2. Френулоэктомия (схема):
 а – иссечение ткани вокруг наложенного на уздечку зажима;
 б – рана, ушитая в поперечном направлении

При хорошо выраженной массивной уздечке губы ее иссекают посредством двух сходящихся полудунных разрезов с последующим ушиванием раны (рис. 3).

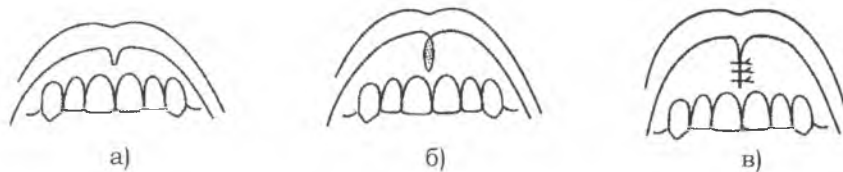


Рис. 3. Френулоэктомия (схема):
 а – состояние уздечки до операции; б – иссечение массивной уздечки двумя встречными полудунными разрезами;
 в – наложение швов

При аналогичной клинической ситуации возможен другой вариант френулоэктомии. Для этого после иссечения уздечки в виде треугольника делают два дополнительных разреза по обе стороны от его основания, отслаивают слизистую и надкостницу в апикальном направлении. Образовавшаяся фигура после наложения швов напоминает латинскую букву Y. На раневую поверхность накладывают йодоформный тампон (рис. 4).



Рис. 4. Френулоэктомия с иссечением массивной уздечки верхней губы (схема): а – иссечение уздечки треугольным разрезом; б – наложение швов

При мелком преддверии полости рта и короткой уздечке губы и невозможности сближения краев раны производят пластику дефекта встречными фигурами слизисто-надкостничных треугольных лоскутов по Лимбергу (рис. 5).

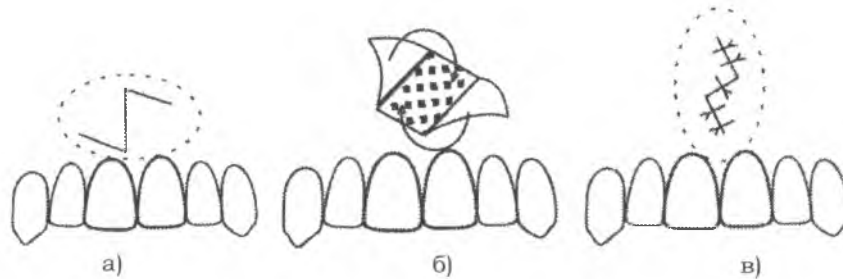


Рис. 5. Френулоэктомия с перемещением встречных фигур треугольных лоскутов слизистой оболочки (схема):
 а – линия разрезов при иссечении уздечки;
 б – выкраивание лоскутов; в – наложение швов

3. Френулопластика

Операция показана во всех случаях, когда уздечка хорошо выражена. Принцип Z-пластики детально описан А. А. Лимбергом. Автор подчеркивал большое значение величины углов треугольных лоскутов, поскольку от этого зависит прирост тканей. Углы треугольных лоскутов должны быть не менее 60° , в противном случае ожидаемого прироста тканей не происходит и, как правило, наступает рецидив короткой уздечки (рис. 6).

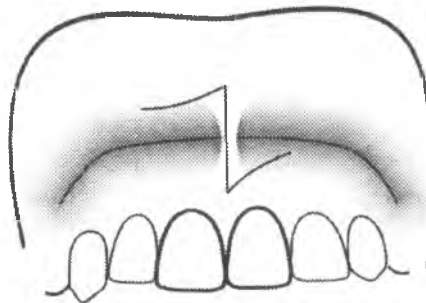


Рис. 6. Пластика уздечки верхней губы встречными треугольными лоскутами

Техника операции

После инфильтрационной анестезии оттягивают губу вверх и рассекают уздечку продольно по гребню на всем протяжении (около 3 см) от точки прикрепления на альвеолярном отростке почти до внутреннего края красной каймы. Слизистую оболочку губы ножницами широко мобилизуют в подслизистом слое по обе стороны от разреза. Затем производят два дополнительных разреза: один – на альвеолярном отростке под углом в 70° , а второй – на губе под углом в 80° длиной 2–2,5 см. На альвеолярном отростке формируют лоскут с меньшим углом для того, чтобы отступить от края десны и максимально сохранить кровообращение маргинального периодонта. Лоскуты мобилизуют, взаимно перемещают и фиксируют швами. При короткой уздечке языка лоскут с меньшим углом формируют со стороны выводных протоков слюнных желез, оставляя их ниже. При этом небольшая часть уздечки, располагающаяся на альвеолярном отростке между зубами и вводными протоками, остается неповрежденной. Рассредотачивается только большая верхняя ее часть. Последующие этапы пластики уздечки языка ничем не отличаются от пластики уздечки губы.

4. Вестибулопластика

Операция заключается в перераспределении мягких тканей за счет перемещения подвижной слизистой оболочки с подслизистым слоем от гребня альвеолярного отростка на расстояние, исключающее натяжение и ишемию прикрепленной части десны.

Показаниями к проведению такой операции служат мелкое преддверие рта (менее 7–8 мм) и узкая (менее 2 мм) зона прикрепленной десны.

В литературе описано довольно много методик углубления преддверия рта, предложены классификации этих операций. Так, Nicolas (1970) известные способы углубления преддверия полости рта систематизировал в четыре группы, взяв за основу принцип щажения краевого периодонта.

К первой группе отнесены операции, позволяющие после углубления преддверия закрывать обнаженную костную поверхность лоскутом слизистой оболочки.

Вторую группу составили операции, при которых костная поверхность альвеолярного отростка остается открытой для эпителизации.

К третьей группе отнесены операции, при которых костная поверхность остается закрытой только надкостницей.

В четвертую группу включены операции «смешанной техники».

V. Braun, H. Sponhols (1977) построили свою классификацию оперативных методик углубления преддверия полости рта, исходя из послеоперационного состояния раны. Ими выделены «открытые» методики с образованием открытой раневой поверхности и «закрытые», предусматривающие закрытие ран на альвеолярном отростке и губе.

Операции, отнесенные авторами к первой группе, разделены на две подгруппы в зависимости от оперативной тактики по отношению к прикрепленной десне: с сохранением и без сохранения ее.

Методики вестибулопластики с сохранением прикрепленной десны предусматривают формирование лоскута тканей, который может иметь питающую ножку на альвеолярном отростке или губе.

Ко второй группе отнесены операции типа «туннеля», а также вмешательства, при которых возникающую раневую поверхность закрывают свободными трансплантатами.

4.1. «Открытые» методики вестибулопластики

Согласно классификации Braun – Sponhols, к группе «открытых» вестибулопластик, предусматривающих сохранение прикрепленной десны путем формирования лоскута, имеющего основание на губе, относятся операции V. Kazanjian, Glikman, H. Edlan – B. Meichar, H. Clark.

4.1.1. Вестибулопластика по V. Kazanjian (1935)

Первые попытки углубления преддверия полости рта с протетической целью были предприняты в 1935 г. V. Kazanjian, использовавшим для этого слизистую оболочку нижней губы.

Этот метод является физиологичным, но вместе с тем имеет существенный недостаток: для формирования преддверия заимствуется материал из передне-заднего отдела слизистой оболочки губы, где и так испытывается его недостаток.

Методика V. Kazanjian заключается в формировании лоскута из слизистой оболочки губы с основанием на альвеолярном отростке. После отсепаровки мышц подбородка от надкостницы лоскут укладывают на альвеолярный отросток и подшивают к надкостнице в наиболее глубоком месте свода преддверия.

Техника операции

После анестезии на середине расстояния от переходной складки до красной каймы губы производят разрез параллельно переходной складке от клыка до клыка. Слизистая оболочка отслаивается в подслизистом слое. Мягкие ткани отслаивают от надкостницы на необходимую глубину, после чего отслоенный край слизистой оболочки опускают во вновь созданное преддверие полости рта и фиксируют в глубине к надкостнице кетгутовыми швами. Раневую поверхность на губе закрывают йодоформным тампоном, свернутым в валик, после чего фиксируют его чрескожными швами так, чтобы валик был натянут и удерживал углубленное преддверие полости рта до окончательного заживления раневой поверхности (рис. 7).

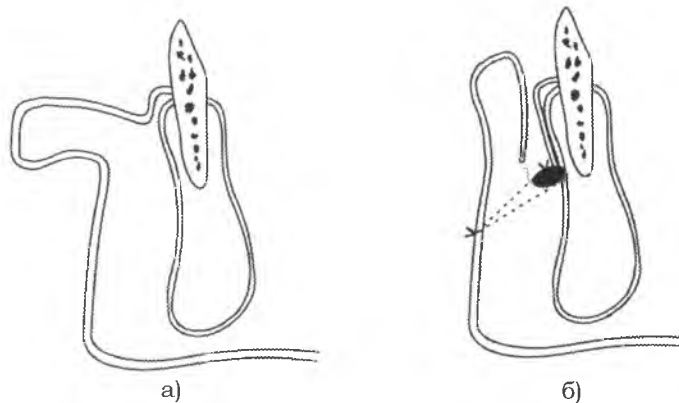


Рис. 7. Углубление преддверия полости рта по V. Kazanjian: а – преддверие полости рта до операции; б – после операции

В 60–70-е гг. XX в. методика V. Kazanjian была модифицирована Т. Ф. Виноградской (1978), J. Shaw (1960), P. Edlan, A. Meichar (1963), J. Kethley – Gamble (1973).

4.1.2. Вестибулопластика по Glikman

Методика заключается в рассечении слизистой оболочки по месту прикрепления подвижной части десны, отслаивании мягких тканей тупым путем на глубину 10–15 мм и подшивании освободившегося края слизистой оболочки в глубине вновь созданного преддверия полости рта к надкостнице.

Показанием для данного способа вестибулопластики является мелкое преддверие полости рта как на всем его протяжении, так и на локализованном участке.

Техника операции

После анестезии рассекают слизистую оболочку от клыка до клыка по переходной складке на границе прикрепления подвижной слизистой. В области уздечки производят V-образное рассечение, острый конец которого должен быть обращен в сторону зубного ряда. Мягкие ткани тупым путем отслаивают от надкостницы на глубину 10–15 мм, соединительнотканые тяжи отсекают ножницами. Подвижный отслоенный край слизистой оболочки опускают во вновь созданное преддверие полости рта и фиксируют к надкостнице кетгутовыми или шелковыми швами. Открытая раневая поверхность на альвеолярном отростке, покрытом надкостницей, заживает вторичным натяжением под йодоформным тампоном.

4.1.3. Вестибулопластика по Н. Edlan – В. Meichar (1963)

Методика Н. Edlan – В. Meichar основана на образовании слизистого лоскута на губе и лоскута из надкостницы альвеолярного отростка и взаимном их перемещении.

Техника операции

После анестезии производят разрез слизистой оболочки в области нижней губы параллельно изгибу дуги нижней челюсти. Разрез проводят на 1/3 расстояния от крас-

ной каймы до переходной складки (рис. 8,а). Слизистый лоскут на губе отслаивают до переходной складки. Скальпелем разрезают надкостницу на всю ширину лоскута, мышечно-надкостничный лоскут отслаивают от кости на глубину 10–15 мм, а также на всю длину отслоенной слизистой оболочки десны (рис. 8,б).

Мышечно-надкостничный лоскут фиксируют кетгутом к краю разреза слизистой на губе. Затем опускают и фиксируют кетгутом край слизистого лоскута в глубине вновь созданного преддверия полости рта к надкостнице. По всей длине раневой поверхности во вновь созданном преддверии полости рта оставляют йодоформной тампон (рис. 8,в).

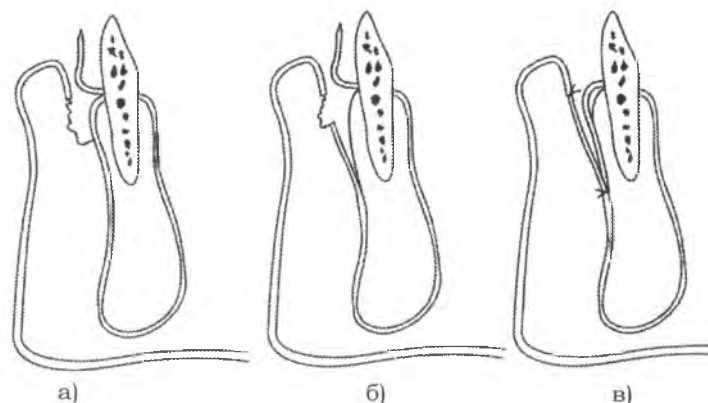


Рис. 8. Вестибулопластика по Н. Edlan – В. Meichar (1963)

А. Е. Степанов (1991) предлагает модификацию данного способа, заключающуюся в подшивании лоскутов за срединную их часть в глубине вновь созданного преддверия полости рта к надкостнице, что обеспечивает улучшение отдаленных результатов по углублению преддверия полости рта.

4.1.4. Вестибулопластика по Н. Clark (1953)

Операция заключается в следующем. Проводят горизонтальный разрез на границе прикрепленной десны и свободной слизистой альвеолярного отростка в пределах 4–6 зубов. От концов горизонтального делают два верти-

кальных расходящихся разреза длиной около 10 мм, формируя трапецевидный лоскут с основанием, обращенным к губе. После отсепаровки слизистый лоскут укладывают в области нового, более глубокого, преддверия и фиксируют кетгутом к оставшейся надкостнице. Раневую поверхность прикрывают йодоформной турундой. В отдаленном периоде вестибулопластики по Н. Clark на месте широко отслоенной слизистой оболочки образуется тонкий рубец (рис. 9).

Техника операции

После антисептической обработки полости рта и анестезии проводят разрез по переходной складке через уздечку до надкостницы. Затем отслаивают на губе слизистый лоскут длиной до 10 мм (рис. 9,а). На такое же расстояние углубляют преддверие и у свода образованного таким образом «нового» преддверия подшивают слизистый лоскут к надкостнице. Раневую поверхность прикрывают йодоформной турундой (рис. 9,б).

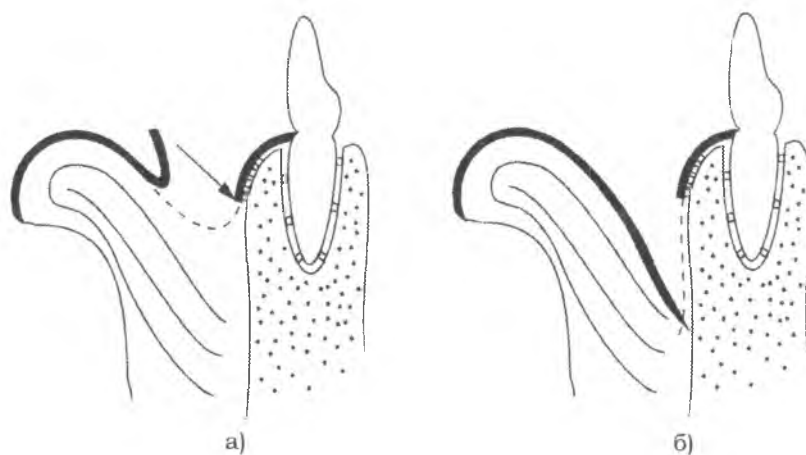


Рис. 9. Вестибулопластика по Н. Clark (1953) (схема)

А. П. Безрукова (1979) разработала методику хирургического лечения пародонтита, одним из элементов которой является «открытая» вестибулопластика. В отличие от способа Н. Clark формирование расщепленного лоскута производится при помощи двух расходящихся разрезов по

краям уздечки, что позволяет углубить преддверие полости рта в месте прикрепления короткой уздечки нижней губы. Важной особенностью предложенной методики является то, что при остеогингивопластике осуществляется радикальное вмешательство на тканях всего периодонтального комплекса с одновременным использованием формализированного аллотрансплантата. Это служит средством патогенетической терапии, направленным на подавление воспалительного процесса, улучшение остеогенеза и кровообращения в тканях пародонта.

Операции вестибулопластики типа H. Clark выполняются как самостоятельные вмешательства, а также в сочетании с гингивэктомией или остеопластикой. Отличительной чертой описанных методик является то, что образовавшаяся открытая раневая поверхность на альвеолярном отростке во всех случаях заживает вторичным натяжением.

Наряду с положительными сторонами данные методики имеют ряд недостатков, среди которых наиболее существенным является резорбция костной ткани альвеолярного отростка в результате вторичной эпителизации раневой поверхности. Было установлено, что наиболее интенсивная потеря костной ткани происходит в первые 2–10 дней. В дальнейшем отмечается частичное восстановление костных структур. Средняя потеря кости составляет 2–3 мм. Длительный срок эпителизации (до 3 недель) также является недостатком открытых способов вестибулопластики. E. Costich, S. Ramfjord (1968) при гистологических исследованиях тканей пародонта, помимо резорбции костной ткани альвеолярного отростка, отмечают более длительные (до 6 недель) сроки заживления ран. Кроме упомянутых недостатков, некоторые авторы, в том числе V. Geiger (1980), указывают на тенденцию рецидива мелкого преддверия полости рта. R. Mutschelknause (1971) сообщает, что при открытых способах вестибулопластики сокращение глубины преддверия через год после операции составляет 30–40 % от непосредственных послеоперационных результатов. Flores de L. Jacoby (1976) приводит данные о 60 %-ной потере ширины прикрепленной десны через месяц после операции.

4.2. «Закрытые» методики вестибулопластики

Вторую большую группу операций вестибулопластики составляют «закрытые» методики. Сюда относят операции типа «туннеля». Впервые такая операция предложена в 1954 г. V. Суурег для углубления преддверия полости рта на беззубых челюстях с целью улучшения фиксации съемных протезов. Метод заключается в том, что через небольшой вертикальный разрез слизистой оболочки в области мелкого преддверия отсепааровывают мягкие ткани в направлении углубляемого преддверия, не повреждая слизистой оболочки.

«Закрытые» способы вестибулопластики являются более щадящими по отношению к пародонту, но и они имеют свои слабые стороны. Одним из наиболее существенных недостатков является рецидив мелкого преддверия. J. Prowler (1972) приводит данные, что через 3 года глубина преддверия полости рта уменьшилась на 50 % по сравнению с непосредственно послеоперационным результатом. H. Obwegeser (1959) сообщает, что довольно частым осложнением метода «туннеля» является повреждение ветвей подбородочного нерва, что приводит к нарушению функции нижней губы.

Наиболее радикальным и физиологичным способом пластического углубления преддверия полости рта является методика, основанная на рациональном использовании слизистой оболочки с боковых отделов нижней губы (В. Г. Кручинский, А. С. Артюшкевич, 1981).

4.2.1. Вестибулопластика по В. Г. Кручинскому – А. С. Артюшкевичу (1981)

Техника первого варианта операции

После анестезии дугообразным разрезом рассекают только слизистую оболочку альвеолярного отростка ниже десневого края на 0,5 см на протяжении от клыка до клыка.

Второй разрез делают параллельно, отступив 0,5–0,8 см от края красной каймы, длиной, равной первому разрезу. Третий косой разрез, соединяющий два предыдущих разреза, производят в средней части губы под углом 70°

(рис. 10,а). Образованные два лоскута широко отслаивают в подслизистом слое. Остро отсепаровывают мышцы подбородка, формирующие дно преддверия полости рта, от альвеолярного отростка на глубину 1–1,5 см. В случае необходимости более радикальной отслойки мышц при очень мелком преддверии (менее 4 мм) делают «окно» в надкостнице (фенестрацию) с перемещением вниз мышц подбородка. Для этого надкостницу рассекают от клыка до клыка. Край ее вместе с вплетающимися мышцами отсепаровывают распатором вниз на 1–1,5 см у взрослых и на 0,5–1,0 см у детей (рис. 10,б). Затем лоскуты слизистой сдвигают по отношению друг к другу с таким расчетом, чтобы наиболее широкие части переместились к средней линии, обеспечив тем самым прирост тканей на месте мелкого преддверия. Лоскуты слизистой оболочки фиксируют швами. Тупой угол при этом раскрывается и трансформируется в прямую линию (рис. 10,в).

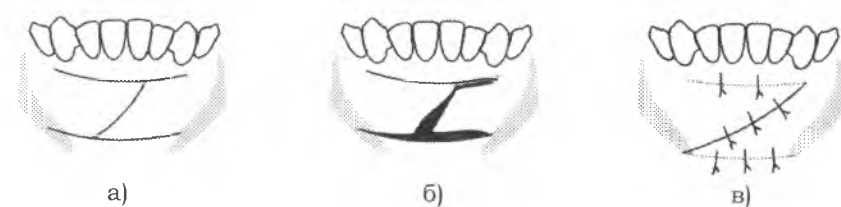


Рис. 10. Вестибулопластика по В. Г. Кручинскому, А. С. Артюшкевичу, первый вариант (схема)

Техника второго варианта операции

Основной разрез делают по гребню уздечки от места ее прикрепления, не доходя до края красной каймы на 0,5 см. Два дополнительных разреза производят под углом не менее 70–75° от краев основного: один – по альвеолярному отростку, а второй – по слизистой оболочке губы.

У детей, учитывая возрастные анатомические особенности строения зубо-челюстной системы, разрезы делают несколько меньших размеров – 1,5–2,0 см (рис. 11,а).

После этого слизистые треугольные лоскуты в подслизистом слое отсепаровывают (рис. 11,б), перемещают вниз мышцы подбородка и, если необходимо, образуют «окно» в надкостнице. Затем лоскуты взаимно перемещают и фиксируют швами (рис. 11,в). Важной деталью операции

является формирование лоскутов с оптимальными углами (70–75,5°).

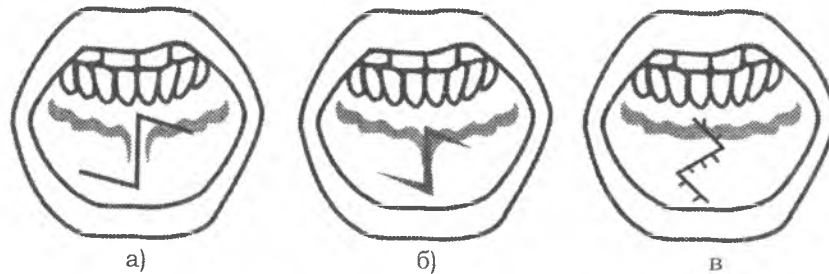


Рис. 11. Вестибулопластика по В. Г. Кручинскому, А. С. Артюшкевичу, второй вариант (схема)

Непосредственно после операции для формирования равномерного по глубине преддверия на две недели накладывают назубную формирующую пластинку (Б. К. Костур, В. А. Миняева, 1985). Швы снимают через 6–7 суток после операции.

Техника операции в модификации А. П. Безруковой

А. П. Безрукова предлагает проводить углубление преддверия полости рта и френулоэктомию одновременно (по показаниям), используя расщепленный лоскут с прикрытием раневой поверхности на альвеолярном отростке биологическими повязками (коллагеновая пленка или свободный слизистый аллогенный трансплантат).

Проводят два сходящихся полуовальных разреза слизистой оболочки до надкостницы через место прикрепления уздечки верхней или нижней губы.

Мягкие ткани тупо отслаивают апикально к основанию челюсти на расстоянии, исключающем травматизацию десневого края (8–10 мм), и кетгутом подшивают слизистую оболочку к надкостнице. На слизистую оболочку губы накладывают направляющие швы. Раневую поверхность на альвеолярном отростке покрывают коллагеновой пленкой или подшивают к ней свободный аллогенный трансплантат слизистой оболочки. Эпителизация слизистой оболочки происходит в течение 4–5 дней, т.е. в 2–3 раза быстрее, чем под йодоформной турундой (как при мето-

дике гингивопластики). Эту методику можно использовать при иссечении щечных тяжей.

Техника операции в модификации В. С. Иванова

В. С. Иванов (1989) предлагает проводить операцию углубления преддверия полости рта одновременно с френулопластикой, используя расщепленный лоскут.

После анестезии двумя сходящимися полуовальными разрезами до надкостницы в месте прикрепления уздечки формируют лоскут. При необходимости разрезы продлевают до премоляров и моляров (рис. 12,а).

После этого слизистую оболочку тупым путем отсепааровывают в апикальном направлении на необходимую глубину (8–10 мм), подшивают к надкостнице у свода вновь сформированного преддверия. На слизистую оболочку губы накладывают 1–2 направляющих шва. Мышцы губы также отсекают от надкостницы, вместе со слизистой оболочкой перемещают и подшивают к надкостнице (рис. 12,б). Заживление раны происходит под йодоформным тампоном вторичным натяжением, эпителизация наступает через 1,5–2 недели.

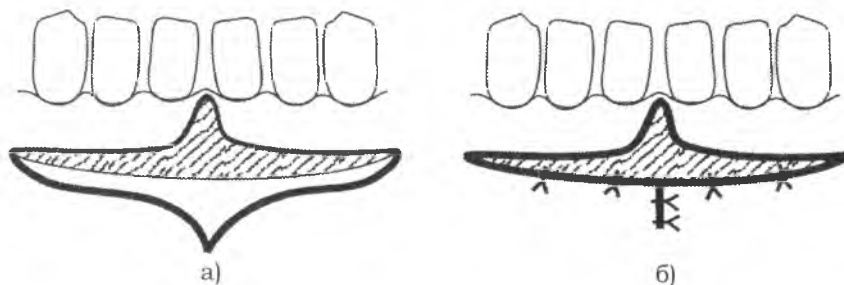


Рис.12. Вестибулопластика с одномоментным перемещением уздечки нижней губы по В. С. Иванову (1989)

Т. В. Никитина (1982) рекомендует прикрывать раневую поверхность коллагеновой губкой или пастой с тирокальцитонином.

В послеоперационном периоде возможны осложнения: появление болезненных эрозий на лоскуте, парестезия губы и боль при открывании рта. Лечение осложнений: тщательный туалет раны в послеоперационном пе-

риоде, щелочные полоскания, антибиотики, метронидазол или бактрим в течение недели, физиотерапия.

Метод апикального перемещения слизистой оболочки приводит к обнажению надкостницы. В процессе заживления вторичным натяжением глубина вновь сформированного преддверия может уменьшаться.

5. Гингивопластика

Гингивопластикой называют иссечение десны для создания более физиологичного контура, который плавно возвышается в межзубных участках и снижается на вестибулярной и язычной (или небной) поверхности зуба.

5.1. Гингивопластика изолированных рецессий десны

Причинами десневой рецессии могут быть: короткая уздечка губы, языка; дистопия зуба; повреждение десны во время неправильной препаровки зуба перед протезированием или при лечении пришеечного кариеса; неправильная травмирующая чистка зубов.

Немаловажным фактором является воспаление десны, обусловленное образованием микробной биопленки.

В зависимости от степени обнажения корня зуба и состояния периодонта Miller выделяет четыре класса рецессии.

1-й класс – рецессия маргинальной части десны с переходом в мукогингивальное соединение, не сопровождается потерей костной ткани альвеолы.

2-й класс – рецессия доходит или простирается ниже мукогингивального соединения, сопровождается или не сопровождается потерей костной ткани альвеолы.

3-й класс – рецессия простирается глубже мукогингивального соединения, сопровождается незначительной потерей межзубной костной ткани и десны. При этом край десны находится коронарнее края кости.

4-й класс – рецессия простирается глубже мукогингивального соединения. Потеря межзубной костной ткани и десны более значительная, их края находятся на уровне апикальной границы рецессии.

Ликвидация изолированных рецессий десны включает в себя прежде всего устранение причинного фактора или факторов данного состояния. К их числу относятся: устранение натяжения короткой уздечки губы или языка, нормализация положения дистопированного зуба, удаление поддесневых зубных отложений, изготовление полноценных пломб и зубных протезов. На втором этапе приступают к непосредственному закрытию рецессии оперативным путем. Все оперативные способы ликвидации изолированных рецессий можно разделить на те, которые основаны на использовании лоскутов на питающей ножке и свободных трансплантатов.

5.2. Гингивопластика с использованием лоскутов на питающей ножке

Одними из первых, кто предложил оперативный способ, позволяющий закрыть обнаженную поверхность корня зуба в результате десневой рецессии и одновременно создать необходимую зону прикрепленной десны, были Grupe и Warren (1956).

Методика заключается в формировании лоскута во всю толщину, включающего слизистую оболочку и десну на участке, прилежащем к рецессии, и перемещении лоскута на обнаженный корень зуба.

В 1964 г. Pfeifer, в 1971 г. Heller модифицировали методику латерально смещенного лоскута, используя вместо полного расщепленного слизистый лоскут, чтобы избежать образования рецессии на донорском участке.

Техника операции

Начинают операцию с подготовки реципиентного участка. Для этого делают окаймляющий рецессию обратный косой разрез так, чтобы лезвие скальпеля было направлено от рецессии к десне. После удаления иссеченного эпителия проводят тщательную обработку корня зуба (рис. 13,а). Затем, отступив от края рецессии примерно на 3 мм, на стороне, противоположной донорскому участку, делают вертикальный разрез в пределах слизистой оболочки. Длина разреза должна быть примерно на 3 мм больше вертикального разреза дефекта. От апикального

конца вертикального разреза делают горизонтальный разрез на ширину рецессии (рис. 13,б). Далее иссекают эпителий и поверхностный слой соединительной ткани на участке десны, образованном вертикальным и горизонтальным разрезами (рис. 13,в).

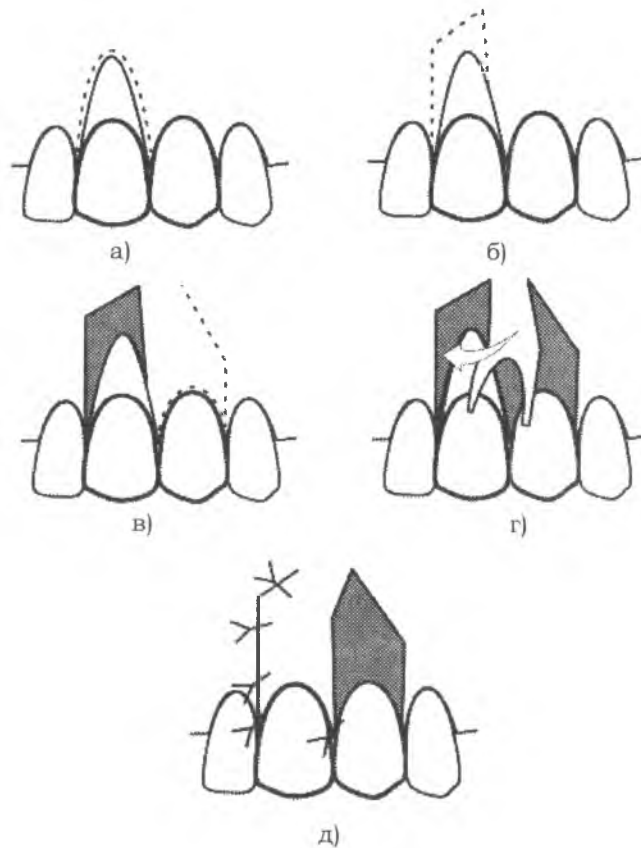


Рис. 13. Гингвиопластика с использованием латерального лоскута

После перемещения лоскута (рис. 13,г) донорский участок остается закрытым тонким слоем соединительной ткани, что предотвращает образование на нем нежелательной рецессии. Лоскут фиксируют на новом месте тонким атравматическим шовным материалом 5/0-6/0 (рис. 13,д). Важно, чтобы не было натяжения тканей, переизгиба ножки лоскута, что нарушает его кровоснабжение. На участках, где

имеется глубокая рецессия десны, величины кератинизированной (прикрепленной) десны бывает недостаточно для того, чтобы полностью закрыть обнаженный участок корня.

Латеральный лоскут позволяет закрыть кератинизированной десной только часть корня. Апикально же расположенный участок лоскута содержит лишь альвеолярную слизистую. В таких случаях лучше заведомо закрыть часть рецессии, расположенной апикально. В конце операции перемещенный лоскут и обнаженный участок десны на донорском участке закрывают периодонтальной защитной повязкой, предварительно поместив под нее стерильный кусочек алюминиевой фольги размером с дефект. Повязку и швы снимают через неделю. При необходимости повязку наносят вновь.

При широких десневых рецессиях лучше использовать двойные латеральные сосочковые лоскуты. Принцип формирования этих лоскутов такой же, как и одиночного латерального лоскута. Преимущество данной методики в том, что условие приживления тканей выше при меньшем риске некроза лоскутов, так как оба лоскута имеют самостоятельные источники кровоснабжения (рис. 14,а).

Для создания большей надежности приживления латерально перемещенный лоскут делают комбинированным, т.е. включающим как слизистую оболочку, так и слизистую оболочку вместе с надкостницей. Комбинированный латеральный лоскут выкраивают с таким расчетом, чтобы участок его, закрывающий корень зуба, был полным, т.е. включающим слизистую оболочку и надкостницу. Соседняя же часть лоскута содержит только слизистую оболочку (рис. 14,б).

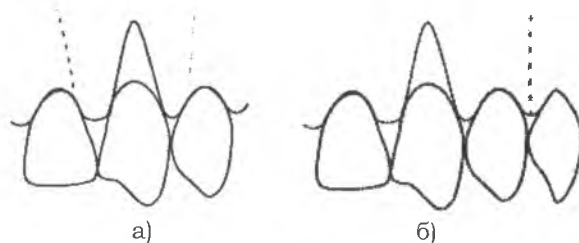


Рис. 14. Гингивопластика с использованием лоскутов на питающей ножке: а – двойной латеральный лоскут; б – комбинированный латеральный лоскут

Таким образом, латеральное перемещение комбинированного лоскута позволяет закрыть корень зуба полноценными тканями и в то же время избежать рецессии на донорском участке. Во всех случаях при использовании латерального, двойных сосочковых, комбинированных лоскутов раневые участки на десне, альвеолярном отростке заживают вторичным натяжением.

5.3. Гингивопластика с использованием свободных десневых трансплантатов

Свободные трансплантаты десны, небной слизистой оболочки используются для создания зоны прикрепленной десны в области одного или группы зубов. Кроме того, данный способ показан при узких рецессиях десны и невозможности применить латеральные лоскуты. Принципы использования свободных десневых трансплантатов были разработаны Sullivan и Atkins (1968). Вначале так же, как при использовании латерального лоскута на питающей ножке, скальпелем делают обратный косой разрез десны по краям рецессии и удаляют эпителий десны. Затем скальпелем иссекают эпителий на десне по краям дефекта на ширину 3–4 мм, тем самым готовя воспринимающее ложе для трансплантата. Свободный десневой трансплантат может быть взят на небе, где имеется достаточное количество плотной слизистой оболочки. Для забора трансплантата нужной формы лучше использовать выкройку из алюминиевой фольги. Толщина свободного трансплантата должна быть 2–3 мм. Перед забором трансплантата участок слизистой оболочки очерчивают по форме выкройки и иссекают. На реципиентном участке трансплантат фиксируют тонким атравматическим шовным материалом. После наложения швов трансплантат прижимают пальцем на 2–3 мин, чтобы выдавить из-под него сгусток крови. Швы удаляют через неделю, повязку через две недели.

Приживление трансплантата по Oliver и соавт. (1969) имеет три фазы:

1. Начальная фаза (3 суток). В течение этого времени между трансплантатом и воспринимающим ложем имеется тонкий слой экссудата. Питание трансплантата осуществляется за счет аваскулярной плазматической циркуляции из тканей воспринимающего ложа. С учетом этого для

выживания трансплантата необходимо, чтобы был тесный и достаточно большой контакт между тканями. Важно помнить, что эпителий трансплантата раньше других структур подвергается дегенерации, слущивается.

2. Фаза реваскуляризации (2–11 суток). Спустя 4–5 суток после переноса трансплантата образуются анастомозы между сосудами воспринимающих тканей и самим трансплантатом. Для этого периода характерно не только разрастание капилляров, но и начало фиброзного соединения между трансплантатом и воспринимающим соединительнотканым ложем. Реэпителизация трансплантата возникает главным образом из эпителия соседних участков десны.

3. Фаза созревания тканей (11–42 дня). В этот период число кровеносных сосудов частично уменьшается, и примерно через 14 суток сосудистая система трансплантата становится нормальной. Эпителиальный покров трансплантата становится зрелым, происходит его кератинизация.

Согласно концепции Sullivan и Atkins, приживление свободных трансплантатов зависит в первую очередь от ширины и высоты рецессии. Рецессии узкие и неглубокие являются более предпочтительными, чем широкие и глубокие. Оптимальными являются трансплантаты толщиной 1,5–2,0 мм. Кроме того, приживление трансплантатов зависит от качества обработки поверхности корня зуба, степени прилегания и фиксации трансплантатов на воспринимающем ложе. Противопоказанием для применения свободных слизистых трансплантатов является рецессия III–IV классов, отсутствие достаточно толстого слоя донорской прикрепленной десны. Относительным противопоказанием является различие в цвете собственной и донорской слизистой оболочки.

Разновидностью свободных трансплантатов являются подслизистые соединительнотканые трансплантаты, которые впервые были внедрены в пародонтологию Langer. Основным преимуществом субэпителиальных соединительнотканых трансплантатов является их хорошее кровоснабжение, происходящее из двух источников: воспринимающего ложа и покрывающей трансплантат десны.

Техника операции

Горизонтальным косым разрезом рассекают десну в области рецессии у основания десневых сосочков. Глубина разреза не должна превышать 1 мм, что позволяет сохранить целостность межзубных артерий. Далее формируют расщепленный слизистый фартукообразный лоскут до границы мукогингивального соединения. При этом важно сохранить лоскут целым и не перфорировать его. Обнаженную поверхность корня зуба полируют, после чего при помощи ватного тампона в течение 2–3 мин корень зуба обрабатывают раствором антибиотика (250 мг антибиотика и 5 мл дистиллированной воды).

После инфльтрационной анестезии делают разрез перпендикулярно альвеолярному отростку на 2–3 мм апикальнее десневого края. Длина разреза ограничивается размером трансплантата (рис. 15,а). Второй разрез делают параллельно длинной оси зуба, начиная от края первого разреза. Глубина этого разреза определяется высотой альвеолярного отростка. При нормальной высоте неба разрез делают на глубину 10–12 мм (рис. 15,б). Отклонение скальпеля от длинной оси зуба в сторону небной поверхности чревато повреждением сосудисто-нервного пучка. Подъем свободного трансплантата производят очень осторожно, избегая его травмирования (рис. 15,в).

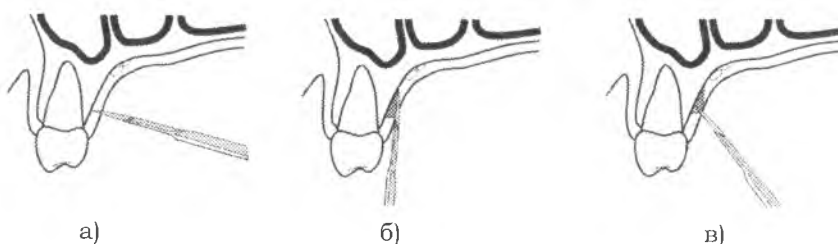


Рис. 15. Забор подслизистого соединительнотканного трансплантата

Ушивают рану тонкой атравматичной нитью. Трансплантат помещают под расщепленный фартукообразный лоскут в области рецессии и фиксируют к десневым сосочкам одиночными узловыми швами. Затем наружным лоскутом максимально закрывают трансплантат и фиксируют швами. Завершается операция наложением защитной повязки сроком на 7 суток.

В последние годы с целью увеличения зоны прикрепленной десны для закрытия обнаженной надкостницы стали применять свободную трансплантацию слизистой оболочки. С удовлетворительным результатом применили свободные аутотрансплантаты Sullivan и Atkin (1969), Voorde (1969), Mazggraf (1980), Nabers (1982) и др.

Техника операции по Сюлливану

Вначале готовят воспринимающее ложе, края раны освежают путем удаления слизистой оболочки до надкостницы, обрабатывают цемент корня зуба. Тщательно останавливают кровотечение. Фольгой или воском определяют границы ложа, чтобы трансплантат строго соответствовал ему. Трансплантат чаще всего формируют из слизистой оболочки твердого неба или прикрепленной десны по размерам фольги и переносят его на подготовленное ложе, фиксируя швами к неподвижной слизистой оболочке и надкостнице. После гемостаза накладывают десневую повязку на 5–7 суток. При восстановлении васкуляризации происходит приживление трансплантата за счет медиального, дистального краев и верхушечной его части (феномен «моста»).

При незначительном обнажении корня рекомендуется брать тонкий лоскут, так как он лучше приживается. Большие дефекты восстанавливают более толстыми трансплантатами, поскольку они лучше васкуляризируются, а частичный некроз не мешает восстановлению десневого края.

В 1970 г. Vernimoulin усовершенствовал этот метод и опубликовал первое сообщение о ходе заживления и его механизме. Слизистую оболочку для свободной пересадки берут на твердом небе, или на беззубых участках альвеолярного отростка, или в области бугра. Трансплантат должен иметь толщину не более 1 мм (Lauge, 1983). Ткань берут мукотомом, который выполнен в виде углового накопника. Трансплантат укладывают на раневое ложе, прижимают тампоном и фиксируют у края десны точечно-образно гистоакрилом.

П. М. Егоров (1987) также рекомендует проводить свободную пересадку десны при узкой зоне прикрепленной десны, мелком преддверии полости рта.

Техника операции по П. М. Егорову

Под местной анестезией очищают обнаженную поверхность корня от зубных отложений и готовят ложе для пересадки свободного лоскута слизистой оболочки. В области узкой зоны прикрепленной десны производят горизонтальный разрез до надкостницы. В апикальном направлении тупым путем отслаивают прилежащие мягкие ткани от надкостницы до тех пор, пока не будет создана достаточная ширина для зоны прикрепленной десны и пересадки в рану свободного лоскута слизистой оболочки. По показаниям проводят гингивэктомию и кюретаж карманов. Стерильной марлевой салфеткой снимают отпечаток с раневой поверхности сформированного ложа. По форме этого отпечатка берут свободный лоскут слизистой оболочки. При взятии лоскута следует обращать внимание на то, чтобы он не содержал жировой и железистой ткани. Этим требованиям удовлетворяет слизистая оболочка прикрепленной десны и твердого неба.

Сформированный свободный лоскут переносят на подготовленное ложе и фиксируют шелковыми швами к окружающим тканям. Проводят тщательный гемостаз. С этой целью в течение 5 мин на перенесенный лоскут оказывают легкое давление при помощи марлевого тампона, пропитанного теплым изотоническим раствором хлорида натрия. Таким образом удаляют из-под лоскута скопления крови и воздуха, которые мешают заживлению раны первичным натяжением. На лоскут накладывают давящую повязку. Швы и повязку снимают через 12–14 дней.

С целью улучшения структурного и функционального состояния тканей пародонта А. П. Безрукова (1987) рекомендует применять свободные аллогенные трансплантаты слизистой оболочки полости рта, консервированные в 0,05 % растворе глутарового альдегида, 0,1 % растворе формалина с добавлением глицерина в соотношении 4:1. Методика операции мало отличается от вышеизложенных. Материал берут со слизистой оболочки твердого неба или альвеолярного отростка. Время консервации тканей – 7–10 суток.

Гингивопластика с использованием свободных аллогенных трансплантатов является перспективной, так как технически легко выполняется и можно получить любое количество материала для восполнения дефекта.

Тестовые задания

1. При выполнении хирургического вмешательства на пародонте следует отдавать предпочтение следующему виду местной анестезии:

- а) инфильтрационной;
- б) интралигаментарной;
- в) поднадкостничной;
- г) проводниковой;
- д) все перечисленное верно;
- е) выбор анестезии не имеет значения.

2. Максимальная дозировка 2 % раствора лидокаина гидрохлорида у здорового человека в сочетании с вазоконстриктором на 1 кг массы тела составляет:

- а) 6,0 мг;
- б) 7,0 мг;
- в) 8,0 мг.

3. Карпула, содержащая 1,8 мл 2 % раствора лидокаина гидрохлорида, соответствует:

- а) 16,0 мг препарата;
- б) 26,0 мг препарата;
- в) 36,0 мг препарата.

4. Максимальное количество 2 % раствора лидокаина гидрохлорида, которое можно ввести пациенту с массой тела 63,5 кг:

- а) 5 карпул;
- б) 7 карпул;
- в) 10 карпул;
- г) 12 карпул.

5. Максимальная дозировка адреналина в течение одного визита к стоматологу у здорового взрослого человека составляет:

- а) 0,1 мг;
- б) 0,2 мг;
- в) 0,3 мг;
- г) 0,4 мг.

6. Максимальное количество карпул анестетика с концентрацией адреналина 1 : 100 000 в течение одного визита к стоматологу у здорового взрослого человека составляет:

- а) 5;
- б) 7;
- в) 10;
- г) 12.

7. Проведение послабляющих разрезов в сторону неба или вдоль язычной альвеолярной пластины нижней челюсти может нарушить кровоснабжение тканей:

- а) медиальнее разреза;
- б) дистальнее разреза;
- в) верны ответы а и б.

8. Вертикальные послабляющие разрезы необходимо проводить:

- а) по касательной к поверхности зуба, чтобы сохранить межзубные сосочки;
- б) в проекции середины корня;
- в) не имеет существенного значения.

9. Хирургическим швом называют нить, которая:

- а) сопоставляет разрезанные поверхности;
- б) перевязывает кровеносные сосуды;
- в) перевязывает лимфатические сосуды;
- г) фиксирует различные повязки;

- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы *а* и *б*.

10. Швы накладывают с целью:

- а) обеспечения заживления первичным натяжением;
- б) обеспечения поддержки тканям до их заживления;
- в) предотвращения обнажения кости;
- г) обеспечения правильной позиции лоскута;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы *а* и *в*.

11. Виды шовного материала:

- а) резорбируемые;
- б) нерезорбируемые;
- в) биологически инертные;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *б*.

12. Виды шовных игл:

- а) колющие;
- б) режущие;
- в) обратнорежущие;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *б*;
- е) верны ответы *а* и *в*.

13. Для ушивания прикрепленной десны наиболее удобна игла:

- а) треугольной формы;
- б) круглой формы;
- в) обратнорежущей треугольной формы;
- г) форма иглы не имеет значения;
- д) верны ответы *а* и *б*.

14. Основной целью пародонтальной хирургии является:

- а) ликвидация зубо-десневого кармана;

- б) иссечение воспаленной десны и удаление некротизированной костной ткани;
- в) создание новой зоны прикрепленной десны;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *в*.

15. Абсолютным показанием к удалению зуба является:

- а) атрофия лунки более $2/3$ длины корня при патологической подвижности зубов II–III степени;
- б) атрофия альвеолярного отростка в пределах $1/2 - 1/3$ длины корня, но при сохранении устойчивости зубов;
- в) функциональная несостоятельность;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *б*.

16. Относительным показанием к удалению зуба является:

- а) атрофия лунки более $2/3$ длины корня при патологической подвижности зубов II–III степени;
- б) атрофия альвеолярного отростка в пределах $1/2 - 1/3$ длины корня, но при сохранении устойчивости зубов;
- в) функциональная несостоятельность;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *б*.

17. Целью кюретажа является:

- а) удаление грануляционной ткани;
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани;
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного приживления десны к тканям зуба;
- г) удаление участков проросшего эпителия десны;
- д) верны ответы *б*, *в* и *г*.

18. Показанием к проведению закрытого кюретажа является глубина патологического зубо-десневого кармана:

- а) 6–7 мм;
- б) до 4мм;
- в) 7–8 мм;
- г) глубина кармана не имеет значения.

19. Показанием к проведению открытого кюретажа является:

- а) глубина пародонтального кармана до 5 мм;
- б) значительное разрастание грануляций и в этой связи деформация межзубных сосочков;
- в) неплотное прилегание десны к зубу;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и в.

20. Показанием к проведению гингивотомии является:

- а) пародонтальный абсцесс;
- б) узкие пародонтальные карманы до 4 мм;
- в) значительное разрастание грануляций и в этой связи деформация межзубных сосочков;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и б.

21. Показанием к проведению гингивэктомии является:

- а) патологические зубо-десневые карманы глубиной более 3 мм;
- б) гипертрофия десны;
- в) неэстетичная или несимметричная топография десны;
- г) создание физиологичного десневого контура после лоскутных манипуляций;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы а и б.

22. Одним из неперемных условий удачного исхода гингивэктомии является зона прикрепленной десны не менее:

- а) 2 мм;
- б) 4 мм;
- в) 6 мм;
- г) не имеет значения.

23. Виды гингивэктомии:

- а) простая;
- б) радикальная;
- в) щадящая;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *б*.

24. Простая гингивэктомия применяется:

- а) при гипертрофическом гингивите;
- б) как этап лоскутных операций;
- в) при любой форме гипертрофического гингивита после предварительного консервативного лечения;
- г) при наличии истинных пародонтальных карманов;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы *а* и *б*.

25. Радикальная гингивэктомия применяется:

- а) при гипертрофическом гингивите;
- б) как этап лоскутных операций;
- в) при любой форме гипертрофического гингивита после предварительного консервативного лечения;
- г) при наличии истинных пародонтальных карманов;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы *а* и *б*.

26. Щадящая гингивэктомия применяется:

- а) при гипертрофическом гингивите;
- б) как этап лоскутных операций;

- в) при любой форме гипертрофического гингивита после предварительного консервативного лечения;
- г) при наличии истинных пародонтальных карманов;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы а и б.

27. Френулотомия – это:

- а) рассечение уздечки;
- б) иссечение уздечки с одномоментным удалением подлежащей костной ткани;
- в) иссечение уздечки;
- г) рассредоточение тканей посредством встречных треугольных лоскутов.

28. Френулоэктомия – это:

- а) рассечение уздечки;
- б) иссечение уздечки с одномоментным удалением подлежащей костной ткани;
- в) иссечение уздечки;
- г) рассредоточение тканей посредством встречных треугольных лоскутов.

29. Френулопластика – это:

- а) рассечение уздечки;
- б) иссечение уздечки с одномоментным удалением подлежащей костной ткани;
- в) иссечение уздечки;
- г) рассредоточение тканей посредством встречных треугольных лоскутов.

30. Френулотомия показана при:

- а) тонкой и короткой уздечке;
- б) диастеме в области медиальных резцов и хорошо развитой уздечке;
- в) короткой, хорошо выраженной уздечке.

31. Френулоэктомия показана при:

- а) тонкой и короткой уздечке;
- б) диастеме в области медиальных резцов и хорошо развитой уздечке;
- в) короткой, хорошо выраженной уздечке.

32. Френулопластика показана при:

- а) тонкой и короткой уздечке;
- б) диастеме в области медиальных резцов и хорошо развитой уздечке;
- в) короткой, хорошо выраженной уздечке.

33. Показанием к проведению вестибулопластики является:

- а) мелкое преддверие рта (менее 7–8 мм);
- б) зона прикрепленной десны менее 2 мм;
- в) снижение высоты альвеолярного гребня;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и б.

34. «Открытые» методики вестибулопластики:

- а) Kazanjian;
- б) Glikman;
- в) Кручинского – Артюшкевича;
- г) все перечисленное верно ;
- д) верны ответы а и б;
- е) верны ответы а и в.

35. «Закрытые» методики вестибулопластики:

- а) Kazanjian;
- б) Glikman;
- в) Кручинского – Артюшкевича;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и в.

36. Наиболее щадящими по отношению к тканям пародонта являются методы вестибулопластики:

- а) открытые;
- б) закрытые.

37. Осложнения, наблюдаемые при выполнении «закрытых» методик вестибулопластики:

- а) рецидив мелкого преддверия;
- б) повреждение подбородочного нерва;
- в) резорбция межзубных перегородок;
- г) образование десневых карманов;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы а и б;
- ж) верны ответы б и г.

38. Рецессия десны представляет собой:

- а) обнажение корня зуба;
- б) обнажение альвеолы;
- в) все перечисленное верно.

39. Причинами рецессии десны могут быть:

- а) короткая уздечка;
- б) повреждение десны во время препаровки зуба;
- в) травмирующая чистка зубов;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и б.

40. Ликвидация изолированных рецессий десны включает:

- а) устранение натяжения короткой уздечки губы или языка;
- б) нормализацию положения дистопированного зуба;
- в) удаление поддесневых зубных отложений;
- г) изготовление полноценных пломб и зубных протезов;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы а и в.

41. Оперативные способы устранения изолированных рецессий десны:

- а) использование лоскутов на питающей ножке;
- б) использование свободных трансплантатов слизистой оболочки;
- в) использование свободных слизисто-надкостничных трансплантатов;
- г) верны ответы *а* и *б*.

42. Для устранения изолированных рецессий десны используют лоскуты:

- а) латеральный;
- б) двойной латеральный сосочковый;
- в) латеральный комбинированный;
- г) верны ответы *а* и *б*;
- д) все перечисленное верно.

43. После перемещения лоскута для устранения изолированных рецессий десны донорская рана заживает:

- а) первичным натяжением;
- б) вторичным натяжением.

44. Свободные трансплантаты десны используют:

- а) для создания зоны прикрепленной десны в области одного зуба;
- б) для создания зоны прикрепленной десны в области группы зубов;
- в) при узких рецессиях десны и невозможности применить латеральные лоскуты;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы *а* и *в*.

45. Забор донорского материала для свободной пересадки слизистой оболочки лучше производить:

- а) на небе;
- б) на щеке;

- в) в области преддверия полости рта;
- г) все перечисленное верно.

46. Противопоказанием для применения свободных трансплантатов слизистой оболочки является:

- а) рецессия, простирающаяся глубже мукогингивального соединения и сопровождающаяся незначительной потерей межзубной костной ткани и десны;
- б) рецессия, простирающаяся глубже мукогингивального соединения и сопровождающаяся значительной потерей межзубной костной ткани и десны;
- в) отсутствие достаточно толстого слоя донорской прикрепленной десны;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и б.

47. Виды свободных десневых трансплантатов:

- а) полнослойные;
- б) расщепленные;
- в) субэпителиальные соединительнотканые;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и б.

48. Оптимальная толщина свободного трансплантата слизистой оболочки:

- а) 1,5–2,0 мм;
- б) 2,0–2,5 мм;
- в) 2,5–3,0 мм;
- г) не имеет значения.

49. Термином «лоскутные операции» называют хирургические вмешательства, которые в своей основе предусматривают формирование:

- а) слизистого лоскута;
- б) слизисто-надкостничного лоскута;
- в) слизисто-надкостнично-костного лоскута;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и б.

50. Основной задачей лоскутной операции является:

- а) ликвидация пародонтальных карманов;
- б) восстановление высоты альвеолярной костной ткани;
- в) ликвидация пародонтальных карманов и восстановление высоты альвеолярной костной ткани.

51. К лоскутным операциям относятся операции по:

- а) Cieszynski – Widman – Neumann;
- б) Kirkland;
- в) Ramfjord и Nissle;
- г) Kazanjian;
- д) Glikman;
- е) Clark;
- ж) все перечисленное верно;
- з) верны ответы а, б, в;
- и) верны ответы г, д, е.

52. Имплантат – это:

- а) жесткая структура, которая крепится к кости или в кость;
- б) орган, ткань или часть тела, используемые для пересадки с целью замены поврежденной части тела.

53. Трансплантат – это:

- а) только живая ткань;
- б) любое вещество, введенное в организм;
- в) верны ответы а и б.

54. Основные качества, которыми должен обладать материал, имплантируемый в кость:

- а) хорошая переносимость тканями и отсутствие нежелательных реакций;
- б) пористость;
- в) биодegradация;
- г) возможность стерилизации без изменения качества;
- д) доступность и низкая цена;

- е) все перечисленное верно;
- ж) верны ответы *а, в, г*.

55. Остеоиндукция – это способность материала:

- а) вызывать остеогенез, цементогенез, рост пародонтальной связки;
- б) играть роль пассивного матрикса;
- в) предотвращать апикальную пролиферацию эпителия.

56. К остеоиндуктивным материалам относятся:

- а) подвздошная кость, ребро;
- б) аллоимплантат деминерализованной лиофилизированной кости;
- в) органический матрикс;
- г) неорганический матрикс;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы *а* и *б*;
- ж) верны ответы *в* и *г*.

57. Остеокондукция – это способность материала:

- а) к остеогенезу, цементогенезу, росту периодонтальной связки;
- б) играть роль пассивного матрикса;
- в) предотвращать апикальную пролиферацию эпителия.

58. Направленная регенерация – это способность материала:

- а) к остеогенезу, цементогенезу, росту периодонтальной связки;
- б) играть роль пассивного матрикса;
- в) предотвращать апикальную пролиферацию эпителия.

59. К остеокондуктивным материалам относятся:

- а) подвздошная кость, ребро;
- б) аллоимплантат деминерализованной лиофилизированной кости;

- в) органический матрикс;
- г) неорганический матрикс;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы а и б;
- ж) верны ответы в и г.

60. Препараты, используемые для направленной тканевой регенерации:

- а) «Гор-Текс»;
- б) «Био-Гайд»;
- в) ламинированная деминерализованная лиофилизированная кость;
- г) «Капсет»;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы б и г.

61. Значительно ли снижает остеоиндуктивный эффект использование окиси этилена в процессе деминерализации и обезжиривания кости:

- а) да;
- б) нет?

62. Материалы, сделанные на основе гидроксиапатита:

- а) животного происхождения;
- б) синтетические рассасывающиеся;
- в) синтетические нерассасывающиеся;
- г) все перечисленное верно;
- д) все перечисленное неверно.

63. Естественные гидроксиапатиты получают из:

- а) костей крупного рогатого скота;
- б) аутогенного костного трансплантата;
- в) аллогенного костного трансплантата;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и в.

64. Препарат «Био-Осс» является неорганической матрицей из:

- а) бычьей кости;
- б) аутогенного костного трансплантата;
- в) аллогенного костного трансплантата;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и в.

65. После завершения формирования кости препарат «Био-Осс» подвергается:

- а) медленной резорбции;
- б) быстрой резорбции;
- в) не резорбируется;
- г) резорбция препарата зависит от индивидуальных особенностей организма.

66. Синтетические рассасывающиеся материалы предназначены для заполнения костных дефектов, имеющих:

- а) одну стенку;
- б) две стенки;
- в) три стенки;
- г) количество стенок не имеет значения;
- д) верны ответы б и в.

67. Обязательно ли при заполнении костного кармана остеоиндуктивным материалом формирование новой кости означает образование нового пародонтального прикрепления с одновременным формированием нового цемента и пародонтальной связки:

- а) да;
- б) нет?

68. После операции на пародонте наиболее быстро происходит разрастание вдоль поверхности корня:

- а) эпителия десны;
- б) соединительной ткани десны;
- в) костной ткани.

69. Материал, предназначенный для направленной регенерации тканей, должен обладать следующими свойствами:

- а) иметь способность к тканевой интеграции;
- б) быть биосовместимым;
- в) служить надежным барьером на пути клеток эпителия;
- г) иметь достаточную жесткость, чтобы не смещаться внутрь дефекта;
- д) все перечисленное верно;
- е) верны ответы а, б, в;
- ж) верны ответы а, б, г.

70. Для получения положительного результата при использовании барьерных мембран необходимо:

- а) максимально соблюдать асептику при операции;
- б) лоскут над мембраной укладывать без натяжения;
- в) обеспечить отсутствие смещения мембраны внутрь дефекта;
- г) все перечисленное верно;
- д) верны ответы а и в;
- е) верны ответы б и в.

Ответы на тестовые задания

1 - а;	36 - б;
2 - б;	37 - е;
3 - в;	38 - а;
4 - г;	39 - г;
5 - б;	40 - д;
6 - в;	41 - г;
7 - в;	42 - д;
8 - а;	43 - б;
9 - е;	44 - г;
10 - д;	45 - а;
11 - д;	46 - г;
12 - г;	47 - г;
13 - а;	48 - а;
14 - а;	49 - г;
15 - а;	50 - а;
16 - б;	51 - з;
17 - в;	52 - а;
18 - б;	53 - а;
19 - г;	54 - е;
20 - д;	55 - а;
21 - д;	56 - е;
22 - а;	57 - б;
23 - г;	58 - в;
24 - е;	59 - ж;
25 - г;	60 - д;
26 - в;	61 - а;
27 - а;	62 - г;
28 - б;	63 - а;
29 - г;	64 - а;
30 - а;	65 - а;
31 - б;	66 - д;
32 - в;	67 - б;
33 - д;	68 - а;
34 - д;	69 - д;
35 - в;	70 - г.

Список литературы

1. Артющкевич, А. С. Клиническая периодонтология : практич. пособие / А. С. Артющкевич, Е. К. Трофимова, С. В. Латышева. – Минск, 2002. – 304 с.
2. Безруков, В. М. Амбулаторная хирургическая стоматология / В. М. Безруков, Л. А. Григорьянц, Е. А. Рабухина, В. А. Бадалян. – М., 2002. – 75 с.
3. Гажва, С. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта : метод. пособие / С. И. Гажва. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2003. – 110 с.
4. Грудянов, А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, А. И. Ерохин. – М., 2006. – 201 с.
5. Маланьин, И. В. Современные методы комплексной терапии заболеваний пародонта : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Маланьин И. В. – Волгоград, 2005.
6. Орехова, Л. Ю. Возможные пути влияния на репаративный остеогенез при заболеваниях пародонта / Л. Ю. Орехова, Т. В. Кудрявцева, О. В. Прохорова // Пародонтология. – 2000. – № 34. – С. 5–10.
7. Ferrario, V. F. Three-dimensional hard tissue palatal size and shape: a 10-year longitudinal evaluation in healthy adults / V. F. Ferrario, C. Sforza, C. Dellavia, A. Colombo, R. P. Ferrari // International Journal of Adult Orthodontics and Orthognatic Surgery. – 2002. – Vol. 17. - № 1. – P. 51–58.
8. Aren, G. Clinical and immunological findings of two siblings in a family with generalized aggressive periodontitis / G. Aren, N. Gurel, F. Yakin, E. Firatti // J. Dent. Child (Chic). – 2003. – Vol. 70. - № 3. – P. 266–270.

Учебное издание

**МУКОГИНГИВАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

*Редактор Е. В. Денисова
Верстка А. А. Стаценко*

Подписано в печать 24.11.10. Формат 60×84¹/₁₆.
Усл. печ. л. 2,79.
Заказ № 634. Тираж 100.

Издательство ПГУ
Пенза, Красная, 40, т.: 56-47-33