

**пластика**  
**Пластика уздечки**  
**верхней губы**  
**и языка**  
**Вестибулопластика**

---

**Выполнила:**

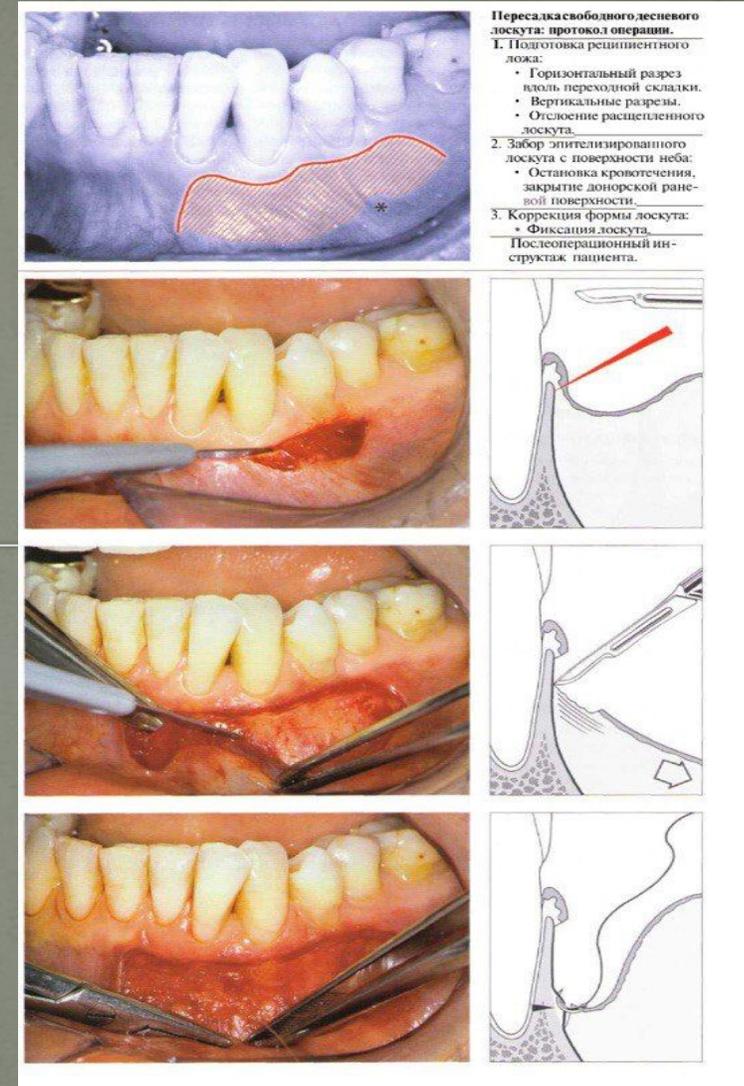
**Никитенко Т.С.**

**5 курс, стомат. фак-т, 12 группа**



# 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.

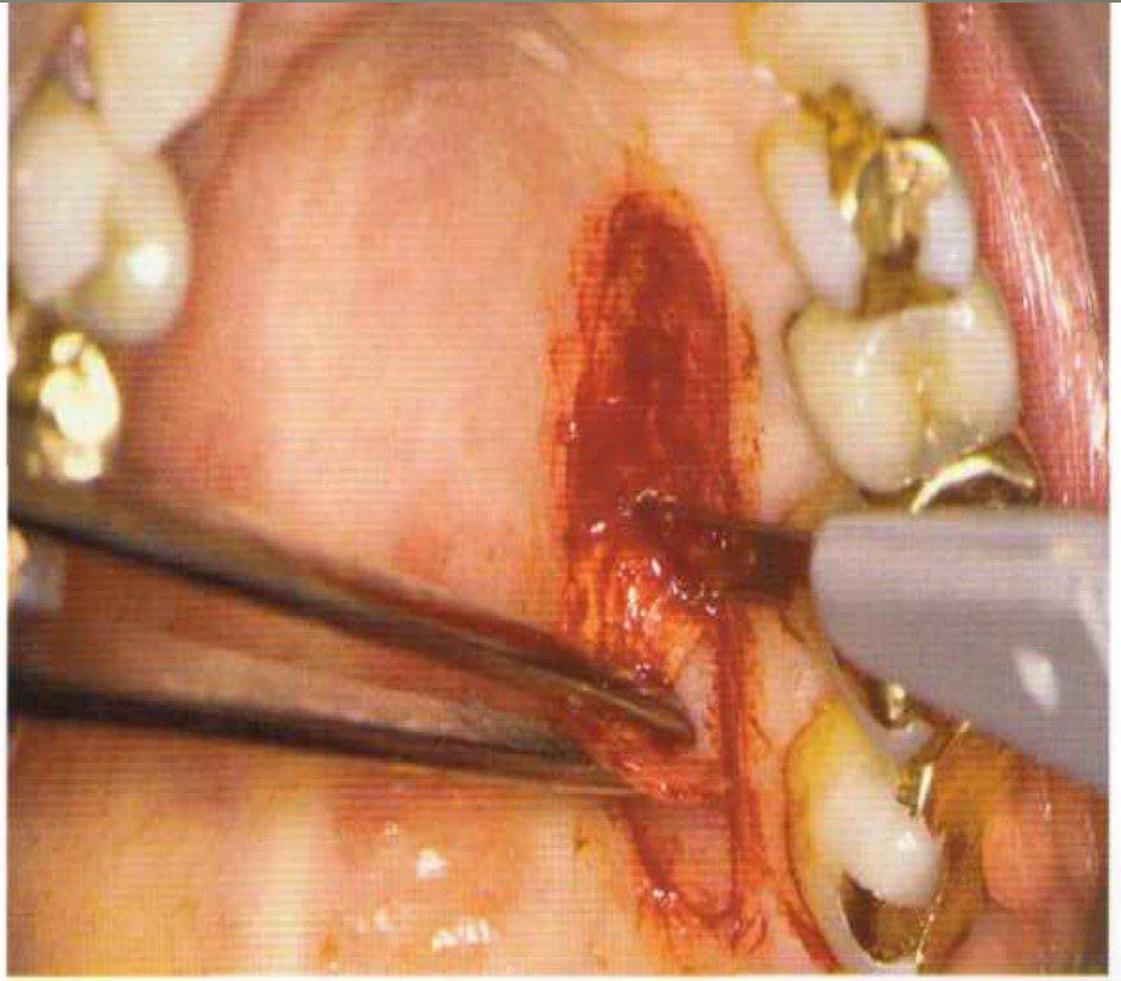


3. Из стерильной алюминиевой фольги изготавливается шаблон по форме реципиентного ложа. Ширина шаблона примерно на 2 мм меньше ширины ложа. Если нужен прямой лоскут можно обойтись без шаблона.

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 гингивоэктомии лоскут отслаивают от подлежащих тканей. Скальпелем освобождают лоскут, помогая пинцетом или крючком.





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

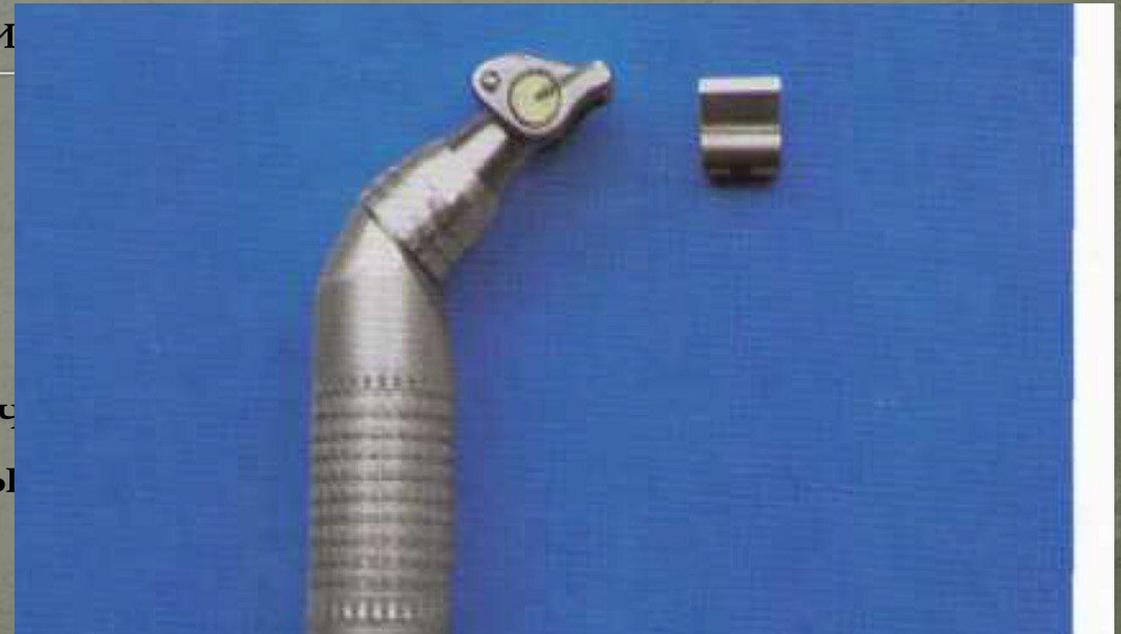
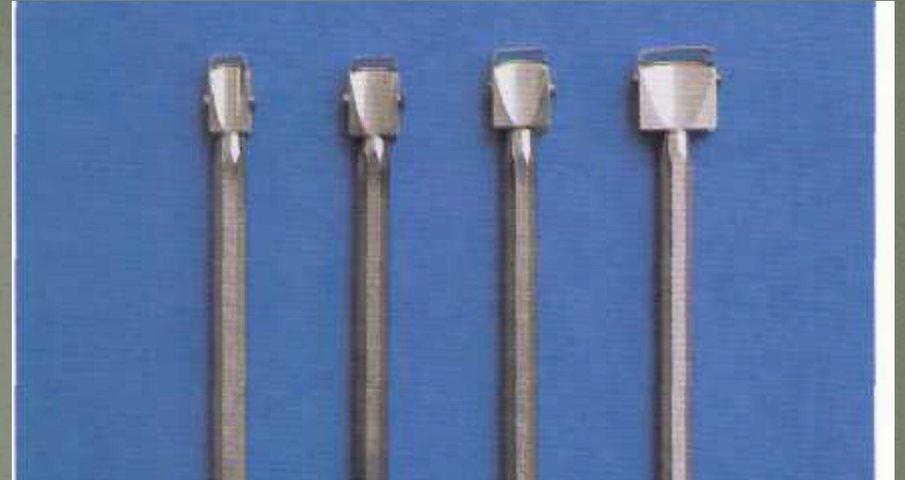
**Ручной мукотом** позволяет получить фрагменты слизистой различных размеров и толщины. Ручные мукотомы(Deppeler)) состоят из ручки и режущей головки, на которую устанавливаются одноразовые лезвия(стальные). Ручки могут быть прямыми

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



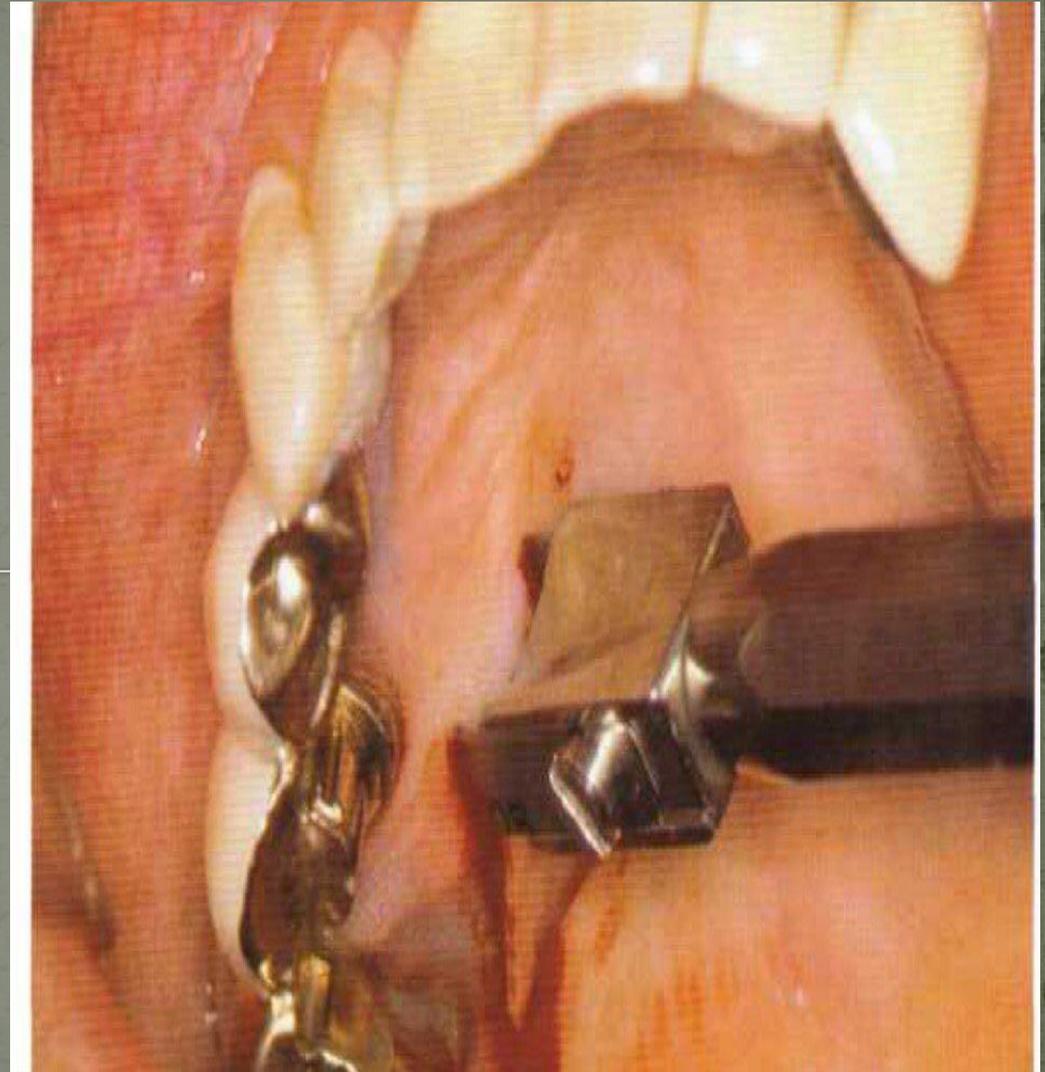
С помощью ручного или машинного мукотома забирают фрагмент ткани прямоугольной формы, который затем корректируют по форме реципиентного поля. Забор ткани с поверхности неба выполняется под местной анестезией. Если раствор анестетика вводится под давлением, слизистая оболочка неба слегка приподнимается 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.

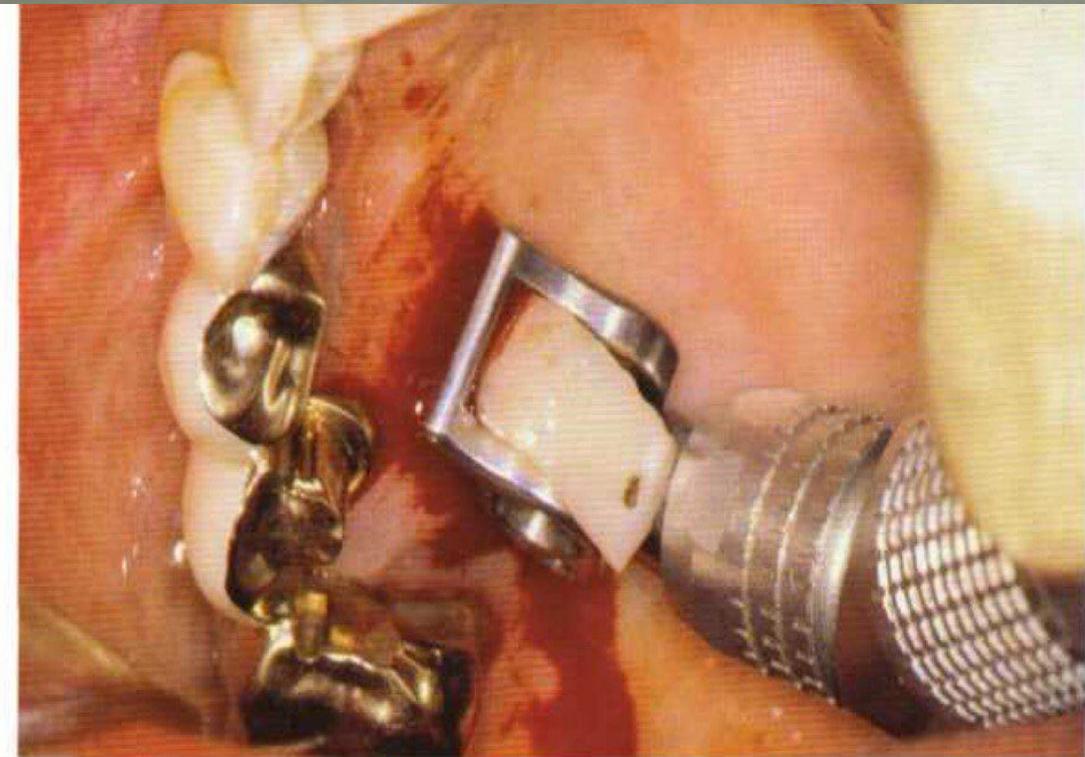
Чтобы разрез был точным, можно направлять инструмент указательным пальцем левой руки.

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.



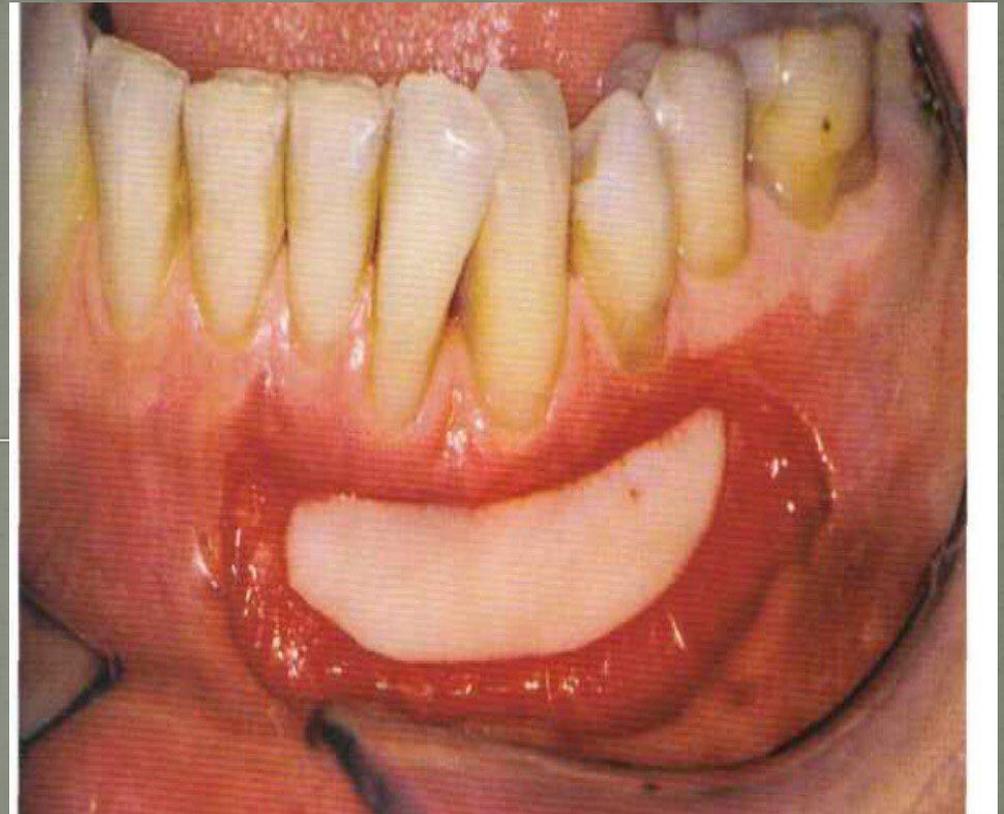
- При получении трансплантата с помощью машинного мукотома нужно учитывать, что нижняя
- соединительнотканная поверхность такого лоскута столь гладкая, что ее можно спутать с эпителиальной. Поэтому перед операцией следует пометить эпителий нетоксичным водостойким маркером. Если пересадить лоскут неправильной 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.

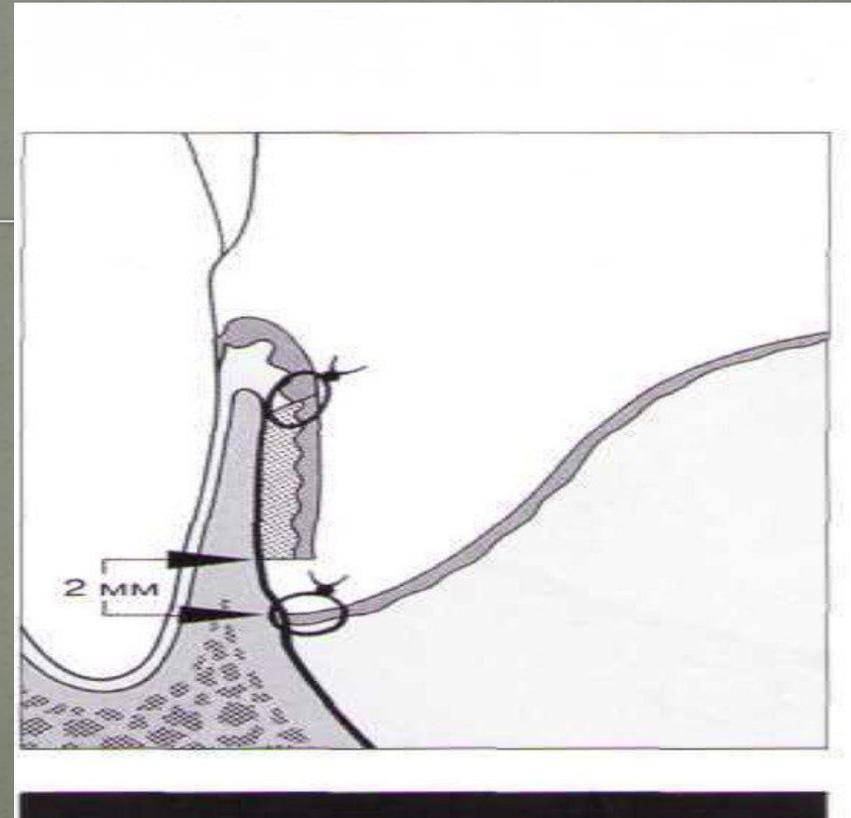
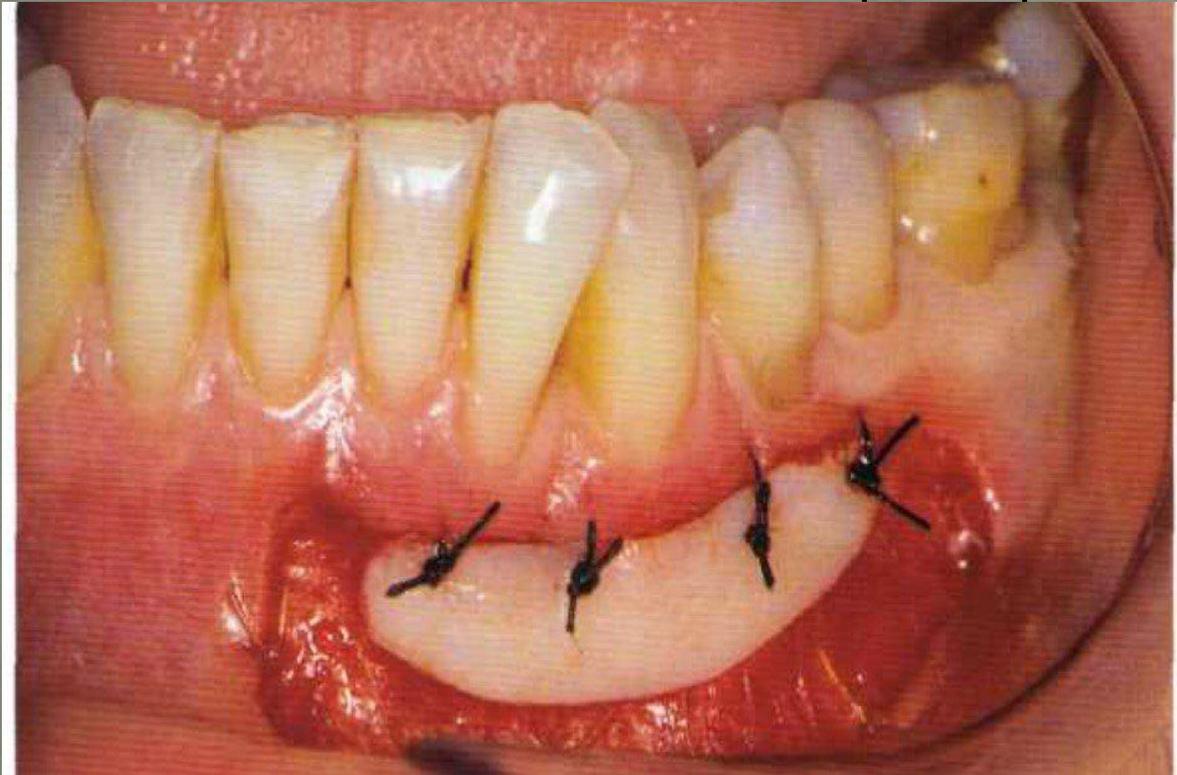
### 5. Пересадка свободного десневого лоскута.

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.

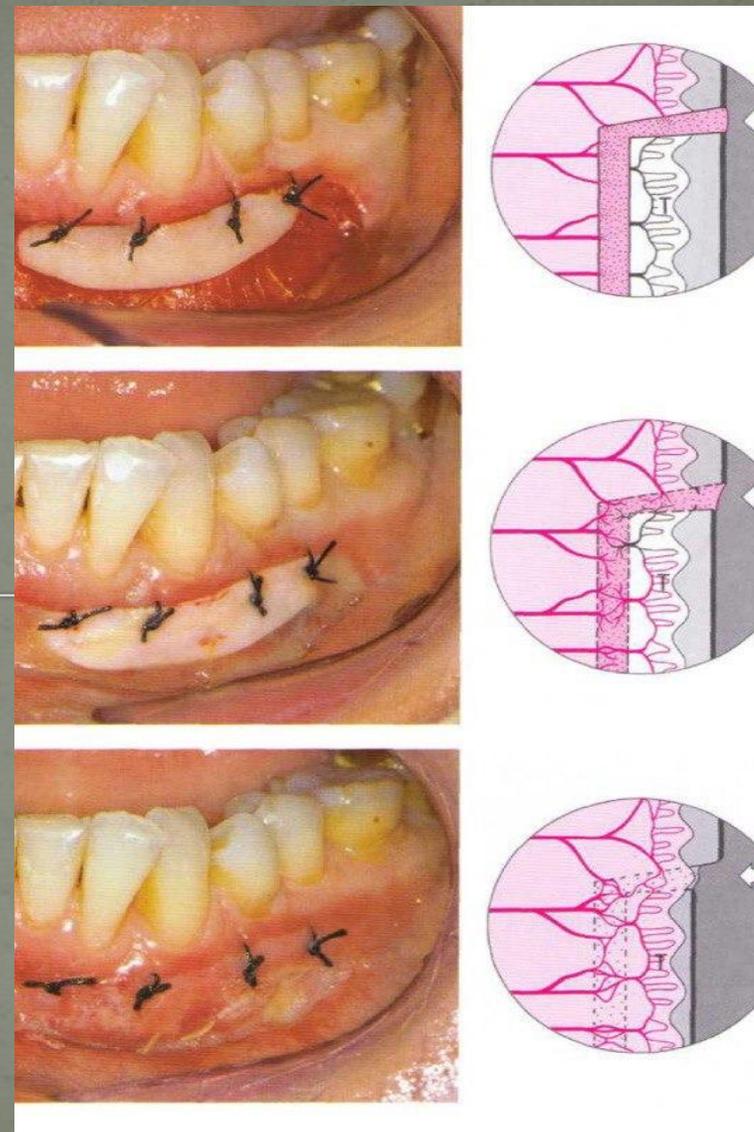


## 6. Фиксация СДЛ

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.



# Пластика уздечки верхней губы и языка



Рис. 18.17. Пластика уздечки верхней губы встречными треугольными лоскутами. отличаются от пластики уздечки губы.

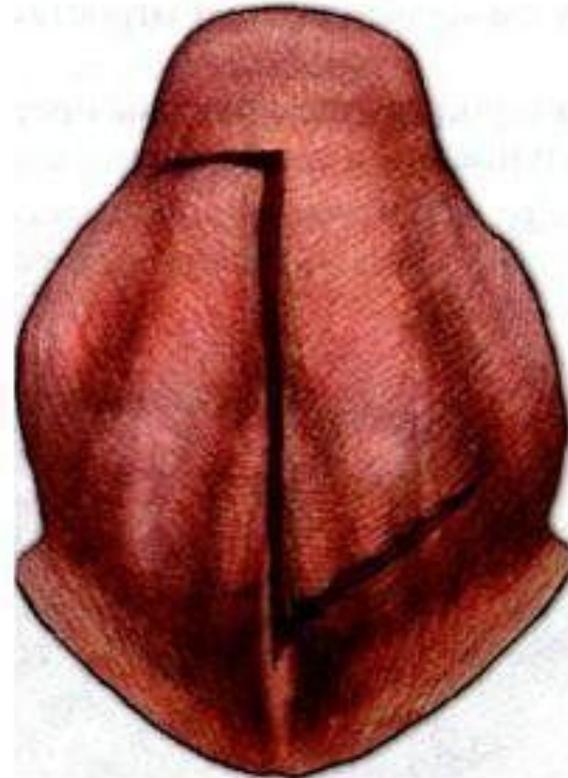


Рис. 18.18. Пластическое рассредоточение короткой уздечки языка при помощи встречных треугольных лоскутов.

- После инфильтрационной анестезии оттягивают губу и рассекают уздечку продольно по гребню на всем протяжении (около 3 см) от точки прикрепления на альвеолярном отростке почти до внутреннего края красной каймы (рис. 18.17). Слизистую оболочку губы ножницами широко мобилизуют в подслизистом слое по обе стороны от разреза. Затем производят 2 дополнительных разреза: один — на альвеолярном отростке под углом в  $70^\circ$ , а второй — на губе под углом в  $80^\circ$  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 (рис. 18.18). Рассредотачивается только большая верхняя ее часть. Последующие этапы пластики уздечки языка ничем не отличаются.

## Вестибулопластика по Эдлану—Мейхеру [1963]

### Техника операции.

После инфильтрационной анестезии — желательно по методу гидропрепарирования для более легкого последующего отслаивания слизистого лоскута — скальпелем делают разрез слизистой оболочки параллельно изгибу челюсти, отступив от слизисто-десневой границы на 10-12 мм на участке от клыка до клыка и на 7-10 мм в области премоляров и моляров (хотя в этом участке следует строго ориентироваться на место выхода сосудисто-нервного пучка).

После этого подслизистые ткани (мышцы, сухожилия) перемещают вдоль надкостницы на глубину 10 мм во фронтальном отделе и на 6-7 мм — в боковых. На нижней челюсти следует крайне аккуратно работать в области подбородочных отверстий. Очень важным моментом является удаление оставшихся мышечных и фиброзных волокон с раневых поверхностей надкостницы и слизистого лоскута, так как их наличие обычно приводит к рецидиву тяжей.

Отслоенный слизистый лоскут фиксируют к надкостнице швами из кетгута в глубине сформированного преддверия.

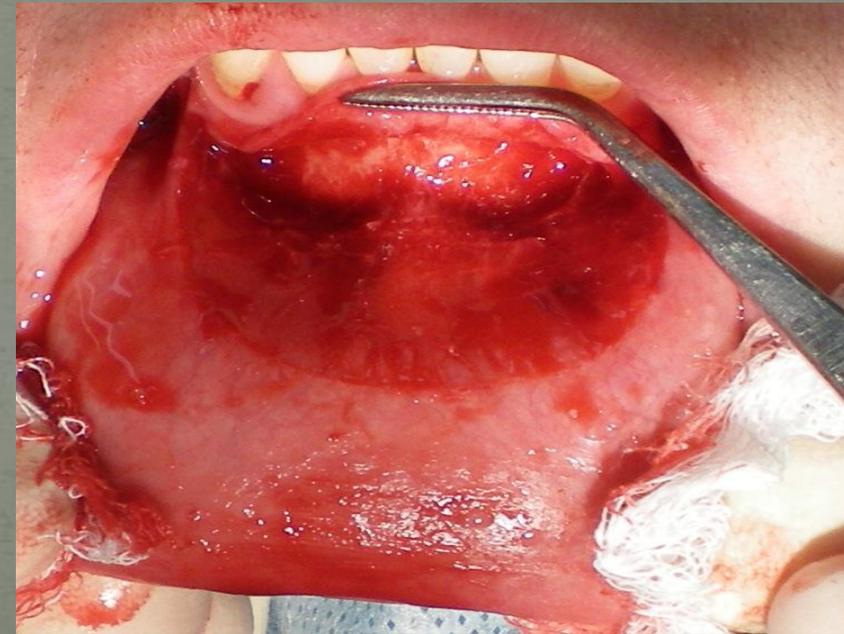
Слизистый лоскут зафиксирован к неподвижной надкостнице швами

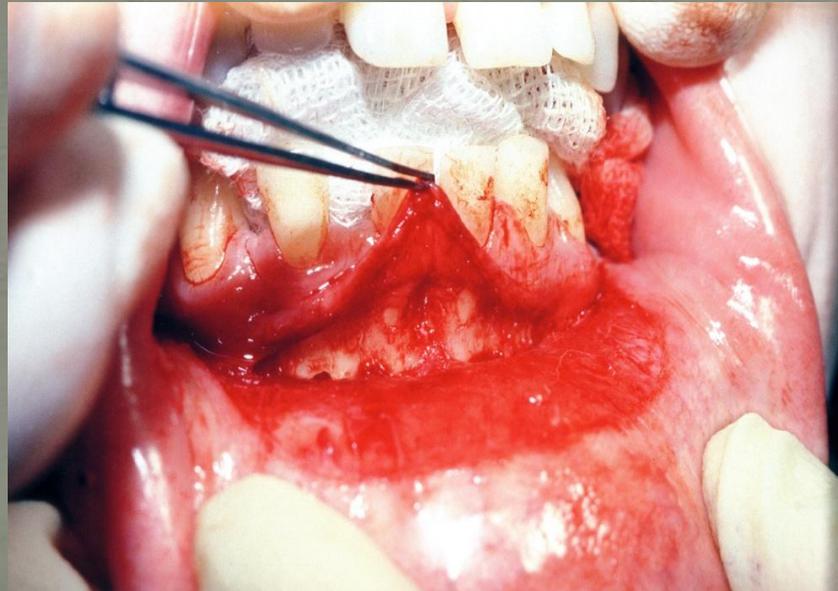
На оставшийся раневой дефект накладывают защитную повязку. Раньше с этой целью на рану накладывали йодоформную турунду, марлевый тампон, пропитанный кератопластическими препаратами, и т. д. В настоящее время безусловный приоритет остается за пленкой «Диплендента» с лидокаином и хлоргексидином: во-первых, он надежно закрывает раневую поверхность до формирования защитной фибриновой пленки; во-вторых, устраняет болевую чувствительность и предупреждает инфицирование. В итоге все это существенно облегчает состояние пациента в послеоперационном периоде.

При проведении вестибулопластики используются всего 3 инструмента:

скальпель (№15),  
пинцет для фиксации лоскута (TR41, TR42, TR43 или SP20),  
распатор для отслаивания мышечно-надкостничного лоскута (P14).











— Спасибо за внимание! —