

*Драгана Габрич Пандурич,  
Марко Миличич,  
Крешимир Добланович,  
Мато Сужич,  
кафедра хирургии Загребского медицинского университета  
(г. Загреб, Республика Хорватия)*

*[dgabric@sfzg.hz](mailto:dgabric@sfzg.hz)*

*Dragana Gabric Panduric,  
Marko Milicic,  
Kresimir Doblancovic,  
Mato Susic*



## **Усовершенствованная изоляция послеоперационных ран — пародонтальная повязка Резо-Пак**

**ADVANCED ISOLATION OF ORAL SURGICAL WOUNDS  
WITH PERIODONTAL BANDAGE RESO-PAC**

**Резюме** Раны в полости рта имеют свои особенности, они очень хорошо поддаются лечению и очень быстро самовосстанавливаются. Но в некоторых ситуациях оральные раны требуют изоляции от окружающей среды в полости рта (от микробной колонизации). Диапазон клинических показаний к использованию пародонтальной повязки довольно широк — от простого удаления зуба до открытой лоскутной хирургии, покрытия и стабилизации швов. Также они применяются при лечении некротического язвенного гингивита и периимплантита, для использования медицинских препаратов на пародонтальной повязке в качестве переносчика.

**Ключевые слова** хирургическая стоматология, имплантология, рана, пародонтальная повязка, стоматология, пародонтология, Резо-Пак.

**Abstract** Wounds in the oral cavity are characterized by an extremely well-healing property and self-recovering (self-healing). Aside from that, some circumstances require the isolation of intra-oral wounds from the environment of the oral cavity and the presence of microbial colonization. The range of these clinical indications is wide, ranging from simple tooth extraction, to the open flap surgery, and covering and stabilization of the sutures. The same requirements are applied for the treatment of ulcerative gingivitis and peri-implantitis, using medical preparations on periodontal bandage as a carrier.

**Key words** oral surgery, dental implantology, wound, bandage, dentistry, periodontology, Reso-Pac.

Раны в полости рта характеризуются чрезвычайно хорошей пролиферацией и быстрым самовосстановлением. Несмотря на это, в некоторых случаях требуется изоляция ран от полости рта для предотвращения микробной колонизации. Диапазон таких клинических случаев широк, от привычной экстракции зуба до открытой лоскутной хирургии, закрытия и стабилизации швов. Те же требования предъявляются для лечения язвенного гингивита и периимплантита. Повязка может становиться носителем лекарственного средства, когда это необходимо. Большинство пародонтальных повязок основаны на оксиде цинка, эвгеноле и/или полимерах метакрилата, которые обеспечивают механическую фиксацию повязки в области применения. Классические повязки требуют смешивания различных компонентов непосредственно перед нанесением и контактом со слизистой. Огромный минус таких твердых повязок в том, что их сложно удалять. Это является причиной дискомфорта для пациента и потенциальной причиной боли, а возможно и повторного травмирования раны при снятии повязки. Физиологическое кровотечение останавливается в течение 5 минут, в то время как для формирования надежной защиты раны организму необходимо до 90 минут. К сожалению, это научное утверждение не распространяется на раны слизистой, где слюна ополаскивает и вымывает все. Чтобы обеспечить заживление хирургических ран полости рта, адекватная пародонтальная повязка должна иметь следующие качества:

1. Хорошую саморастворимость, чтобы исключить необходимость физического удаления повязки с раны.
2. Удержание на поверхности до 30 часов.
3. Адгезию, а не только механическое прилипание, так как только прочное сцепление с тканями обеспечивает полную изоляцию от среды полости рта и пищи.
4. Эластичность и мягкость материала во время нанесения и моделирования повязки.
5. Комфорт для пациента, нейтральный запах и вкус материала повязки.

Существенный прогресс и своего рода революция в области пародонтальных повязок произошли с разработкой нового рецепта. Резо-Пак/Reso-Пас абсолютно отличается от привычных пародонтальных повязок, так как является гидрофильным материалом с хорошими адгезивными свойствами на слизистой. В основу повязки входит целлюлоза, содержащая экстракт мирры и ароматические смолы, полученные из дерева Коммифора мирра. Она имеет антисептические, вяжущие и кровоостанавливающие свойства и не вызывает аллергических реакций. Повязка

готова к использованию и очень проста в работе, нет необходимости смешивания компонентов — это делает материал уникальным. Необходимо только смочить перчатки, скатать материал и наклеить на рану или шов. Через 3 минуты материал обретает консистенцию желатина. Повязка абсолютно эластична и не меняет свою консистенцию даже после нанесения в полости рта, что предотвращает механическое травмирование и не влияет негативно на кровообращение слизистой. Повязка прилипает как на мокрую слизистую, так и на кровоточащую, и сохраняется там вплоть до 30 часов, полностью изолируя участок от внешней среды. Процесс заживления проходит намного быстрее, так как рана или шов защищены от движений языка во рту и попадания пищи. Повязка отлично связывается с эмалью зубов, костной тканью, реставрациями и швами. Нет необходимости снятия повязки, так как она сама полностью рассасывается максимум через 3 дня без остатка на слизистой (срок зависит от внешнего воздействия). В клинической практике обычно достаточно однократного применения материала, чтобы покрыть рану фибрином. В сложных случаях, где период исцеления затягивается, повязку необходимо наложить повторно. Резо-Пак может быть использован как носитель лекарственного средства (антисептика, антибиотика и др.), гемостатика или препарата фтора, это решающее преимущество при имплантации, протезировании и в пародонтологии.

**Широкий спектр использования повязки Резо-Пак:**

- 1) изоляция ран у заядлых курильщиков;
- 2) дополнительная защита ран у пациентов с геморрагическим диатезом;
- 3) защита швов (например, в случае хирургического закрытия соустья верхнечелюстной пазухи и полости рта);
- 4) защита краевого пародонта после гингивэктомии;
- 5) адаптация тканей в лоскутной хирургии;
- 6) после глубокого кюретажа;
- 7) при лечении гингивита, десенных карманов и периимплантита в сочетании с назначенными процедурами;
- 8) лечение гиперчувствительности пришеечных областей зубов в сочетании со фтором;
- 9) защита шеек зубов после фторирования;
- 10) закрытие пересаженных участков мягких тканей;
- 11) временная или постоянная подкладка под съемные протезы;
- 12) закрытие операционного участка после кортикотомии;
- 13) защита пересаженной костной ткани, замена кости или мембраны после снятия швов.

## Клинический случай

Пациент, 25 лет, после вертикального перелома корня верхнего левого центрального резца. После удаления корня одномоментно был установлен имплантат. Спустя три месяца проведена повторная имплантация из-за неудовлетворительных функциональных и эстетических результатов первичной операции, после которой остался дефект кости класса 5 по классификации Шерера и Фейера (1999). Использовался внутриротовой костный трансплантат того же пациента из ретромолярной области. Поврежденный участок заполнен собственной костной тканью и искусственным костным материалом. Затем была установлена коллагеновая мембрана.

На третий день после операции с небной и вестибулярной поверхностей было видно, что мягкая ткань затянула уже треть костного трансплантата. На седьмой день были сняты швы. День спустя при обследовании было выявлено расхождение краев раны и начата кислородная терапия, которая проводилась ежедневно в течение 7 дней, но не привела к успеху. На 14-й день после операции на рану впервые была нанесена повязка Резо-Пак, которая обновлялась через день на протяжении 10 дней. Операционное поле затянулось эпителиальной тканью, и была установлена временная реставрация без функциональной нагрузки.



Фото 1. Клиническая картина перед эксплантацией импланта.

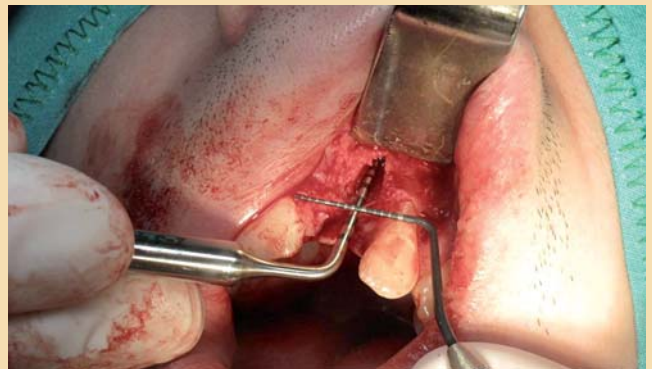


Фото 2. Описанный дефект костной ткани после удаления импланта.

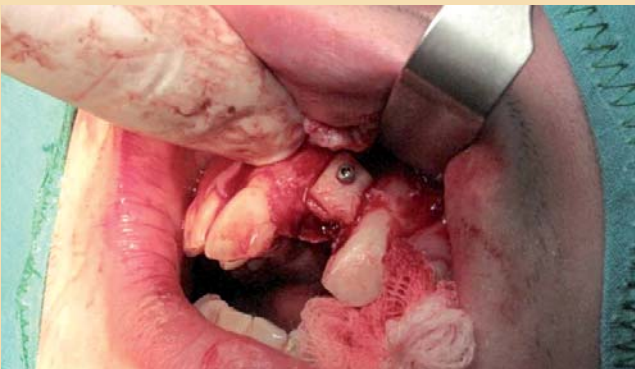


Фото 3. Собственный костный материал, полученный из ретромолярной области и зафиксированный в области дефекта.



Фото 4. Операционное поле после костной пластики.



Фото 5. Покрытие коллагеновой мембраной.

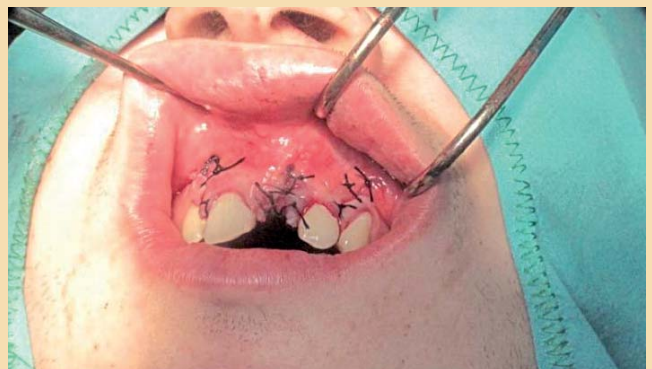


Фото 6. Комбинация из обычных и рассасывающихся швов.



Фото 7. Клиническая картина раны через день после операции.



Фото 8. Спустя 3 дня.



Фото 9. Операционная область сразу после снятия швов.

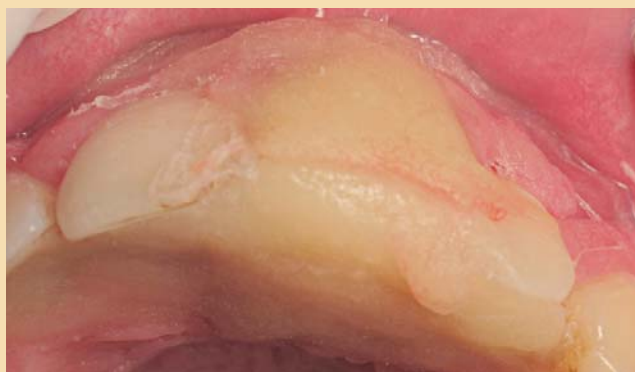


Фото 10. Нанесение пародонтальной повязки Резо-Пак, 14-й день после операции.



Фото 11 и 12. Эпителиальная ткань закрыла послеоперационный участок.



Фото 13. Клиническая картина спустя 8 дней после применения пародонтальной повязки Резо-Пак.



Фото 14. На 10-й день применения повязки установлена временная реставрация.