

Należy pamiętać, że blizna nigdy nie uzyskuje takiej elastyczności i wytrzymałości na rozciąganie i zrywanie, jaką ma skóra. Czas dostatecznego zrostu brzegów pod względem wytrzymałości na rozejście się rany zależy od rodzaju rany, jej umiejscowienia, wieku chorego, sposobu gojenia itp. Nie ma ścisłych reguł czasowych utrzymania szwów rany. W okolicach, gdzie nie ma napięcia dobrze unaczynionych tkanek i nie są one narażone na znaczne napięcie (głowa, twarz), a proces gojenia przebiegał prawidłowo, po 5–7 dniach zrost rany jest wystarczająco mocny, aby było można usunąć szwy, zwłaszcza kiedy oczekuje się ładnej kosmetycznie blizny. W innych okolicach dopiero po okresie 10–14 dni blizna uzyskuje dostateczną wytrzymałość, aby można było usunąć szwy. Blizna początkowo twarda i zaczerwieniona wraz z upływem czasu staje się coraz mniej czerwona i dopiero po 3–6 miesiącach jest elastyczna i biała. Jest to okres tzw. dojrzewania blizny. Czasami blizna pokryta naskórkiem nadal przerasta, co jest skutkiem nieprzerwanego tworzenia się sieci kapilarnej w jej obrębie. Następuje to zwłaszcza wówczas, gdy podczas gojenia rana była narażona na rozciąganie lub ucisk. Przerost koloidowy blizny jest prawdopodobnie cechą osobniczą. Jest szczególnie często spotykany u pewnych populacji afrykańskich. Stosowanie miejscowe steroidów lub innych leków przeciwzapalnych może zmniejszyć przerost blizny, ale wydłuża czas gojenia.

## RANY CHIRURGICZNE W JAMIE USTNEJ

Rany w jamie ustnej najczęściej powstają z powodu zamierzonego cięcia tkanek w wyniku zabiegów chirurgicznych na wyrostku zębodołowym z zakresu periodontologii, implantologii czy chirurgii stomatologicznej. Niezależnie od rodzaju zabiegu chirurgicznego warunkiem prawidłowo przeprowadzonego cięcia jest:

1. dokładna znajomość topografii pola zabiegowego, w tym rozległości ubytków kostnych,
2. zapewnienie wystarczającego odżywienia płata przez wytworzenie odpowiednio szerokiej podstawy,
3. oszczędzenie sąsiednich struktur anatomicznych i brodawek dziąsłowych,
4. wytworzenie wystarczającego wglądu w pole zabiegowe (wielkość płata),
5. możliwość przedłużenia cięcia,
6. sposób takiego wytworzenia płata, który pozwala na swobodną jego repozycję, bez nadmiernych napięć.

Cięcia w chirurgii wyrostka ogólnie dzielą się

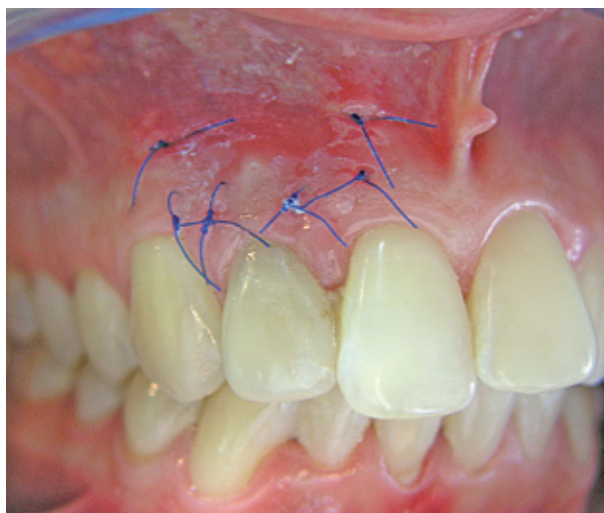
na pionowe, poziome i półkoliste, pozwalające na wykonanie płatów obrotowych.

Cięcia pionowe, zwane inaczej uwalniającymi, w tzw. chirurgii estetycznej są przeciwwskazane. Powodują najczęściej powstanie ściągających blizn i recesji pozabiegowych. Jeżeli są konieczne do przeprowadzenia, powinny być wykonane przynajmniej o jeden ząb dalej od pola zabiegowego, najlepiej nie w miejscu estetycznym. Jeżeli jest to możliwe, również powinny być zastąpione przez cięcia skośne przebiegające w obrębie dziąsła zrogowaciałego. Warunkiem estetycznego gojenia rany jest przeprowadzenie cięcia w obrębie dziąsła związanego, umożliwiającego uzyskanie maksymalnego kontaktu tkanki łącznej (dziąsła zrogowaciałego) odpowiadającej za gojenie *per primam*.

Cięcia poziome, które przeprowadza się w celu wytworzenia płata kopertowego, powinny być prowadzone:

1. przez szczyty brodawek dziąsłowych (SPPF – uproszczona metoda zachowania brodawek dziąsłowych),
2. u podstawy brodawek dziąsłowych (MPPF – zmodyfikowana metoda zachowania brodawek dziąsłowych),
3. z ominięciem brodawek dziąsłowych, w połowie szerokości dziąsła zrogowaciałego (warunkiem do przeprowadzenia tego typu cięcia jest co najmniej 4 mm szerokość dziąsła związanego) (ryc. 8.20). Wybór rodzaju cięcia jest uzależniony od morfologii dziąsła, potrzebnego dojścia operacyjnego, rozległości procesu zapalnego dotyczącego przyzębia brzeżnego i/lub okołowierzchołkowego.

Cięcia poziome lub półkoliste prowadzone w obrębie ruchomej błony śluzowej nie są wskazane (ryc. 8.21). Są bowiem najczęściej przyczyną gojenia *per secundam* w wyniku braku możliwości uzyskania stabilności płata. Odpowiada za to



**Ryc. 8.20.** Cięcie poziome prowadzone w połowie szerokości dziąsła zrogowaciałego – gojenie *per primam*.