

ХІРУРГІЧНА ПІДГОТОВКА М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА ПЕРЕД ПРОТЕЗУВАННЯМ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

mn_koptev@ukr.net

Робота є фрагментом НДР «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», № державної реєстрації 0116U003821.

Вступ. Не зважаючи на прогрес у розвитку стоматології, знімне протезування продовжує і нині залишатися актуальним, оскільки потреба в ньому серед старших вікових груп населення України сягає близько 80%. Часті ускладнення після протезування вимагають покращення якості ортопедичних конструкцій та ортопедичного лікування взагалі, висуваючи перед лікарями-стоматологами завдання пошуку нових шляхів із запобігання невдалому лікуванню. Серед чинників неякісного протезування можна виділити багато складових, але чільне місце посідають зміни м'яких тканин порожнини рота: слизової оболонки та окістя альвеолярних відростків щелеп. Зумовлені вони рубцевими деформаціями, хронічною травмою, яка призводить до гіперпластичних процесів, зменшенням склепіння присінка порожнини рота, вираженістю вуздечок губ, язика, наявністю слизових та м'язових тяжів, які контактують з альвеолярною дугою [1,3,4,5,6].

В останні роки, особливо за кордоном, розроблені способи передпротезної хірургічної корекції м'якотканинних утворів та захворювань порожнини рота, які також знайшли широке клінічне застосування [7]. Потрібно зазначити, що запропоновані авторами оперативні втручання досить часто супроводжуються запальними ускладненнями та функціональними змінами муко-окісних утворів, які суттєво впливають на подальший процес адаптації та фіксацію до пластинкових протезів.

Для профілактики вказаних недоліків, на наш погляд, досить перспективним є використання композиції гідроксиапатиту Біомін у вигляді дрібнодисперсних гранул та бальзаму «Жива».

Мета дослідження. Вивчити ефективність протезування щелеп знімними пластинковими протезами при реконструктивній пластиці м'якотканинних утворів порожнини рота із застосуванням композиту Біомін та бальзаму «Жива».

Об'єкт і методи дослідження. Проведено клінічне обстеження, хірургічне та ортопедичне лікування 80 пацієнтів (47 чоловіків і 33 жінок) віком від 53 років до 76 років. Для встановлення діагнозу та підтвердження ефективності протезування користу-

вались загальноклінічними та електроміографічними дослідженнями.

Різновиди реконструктивної пластики м'яких тканин порожнини рота:

- Усунення слизових та м'язових тяжів присінка порожнини рота – 11 хворих;
- Видалення надлишку запально змінених тканин у зоні протезного ложа – 12 хворих;
- Зменшення об'єму тканин ретромоллярної ділянки – 8 хворих;
- Видалення надлишку м'яких тканин альвеолярної дуги – 12 хворих;
- Подовження вуздечки язика – 14 хворих;
- Подовження вуздечки нижньої та верхньої губи – 14;
- Поглиблення присінка порожнини рота – 9.

При проведенні муко-окісних реконструктивних пластичних операцій використовували композиції дрібних гранул Біоміну 50-100 мкм та бальзаму «Жива» у співвідношенні 7:3, який накладали тонким рівномірним шаром на кортикальну пластинку скелетованої щелепи. Розрізи для мобілізації слизово-окісних клаптів здійснювали лише одноразовим скальпелем під контролем бінокулярної лупи зі збільшенням у 6 разів. Після фіксування слизово-окісних клаптів ниткою «Біофіл» рана оброблялась низькочастотним гелій-неоновим лазером «ЕЛОУ-2» із густиною напруги 100-200 мВт/см², експозицією 5 хвилин після її ушивання, на 2 та на 3 день після операції.

Виготовлення знімних пластинкових протезів розпочинали на 5-7 день після пластики з урахуванням рекомендацій Л.Б. Єрис щодо особливостей клінічних та лабораторних етапів [2,3].

Реєстрація біострумів жувальних м'язів здійснювалась за методикою вказаного автора за допомогою чотириканального електроміографа фірми «Медікор» (УНР), а також спеціальних нашірних електродів D-7 мм із постійною міжелектродною відстанню 15 мм [2,3]. Режим запису такий: жування-ковтання. Кожному пацієнту запис електроміограм проводили в день здачі конструкцій та через 3 місяці користування ними. Електроміографічне дослідження проводилось у лабораторії ЕМГ кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології УМСА під керівництвом професора Ткаченко П.І. Статистична обробка результатів проводилась із застосуванням критерію Ст'юдента та

PC фірми IBM за спеціальною програмою. Різниця вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. У 9 хворих нами діагностовані симетричні слизові тяжі на верхній щелепі та у 2 хворих м'язовий тяж у зоні прикріплення підборідно-язикового м'яза. Вказані тяжі призводили до погіршення клінічних умов для протезування, що слугувало показанням до передпротезної хірургічної корекції. Операції проводили під відповідним анестезіологічним забезпеченням згідно з технологією, описаною в методах дослідження. Розсікали складки серединним розрізом на всю їх довжину, формували зустрічні трикутні клапті під кутом $45-50^\circ$, мобілізували їх, накладали на кістку шар композиту Біомін, клапті взаємно переміщували і фіксували швами, при цьому склепіння присінка поглиблювалось. Після загоєння рани, на 5-7 день після оперативного втручання, стан слизової оболонки дозволяв розпочати протезування. Всі пацієнти в процесі адаптації до протеза скарг не висували, фіксація протеза була задовільною. Результати кількісного аналізу електроміограм (ЕМГ) довільного жування новими протезами наведені в таблиці.

Порівнюючи дані таблиці, отримані в день здачі протезів та через 3 місяці користування ними, можна зробити висновок про покращення біоелектричної активності жувальних м'язів.

Видалення запально змінених м'язових тканин у зоні протезного ложа, зменшення об'єму тканин ретромоларної ділянки та видалення надлишку м'язових тканин альвеолярної дуги проведено у 32 пацієнтів. Причинами виникнення вказаної патології майже у всіх випадках слугували неякісно виготовлені протези, які неадекватно фіксувалися. Під час оперативного втручання застосували вище зазначені технології з обов'язковим застосуванням композиту Біомін та опроміненням ушитих ран гелій-неоновим лазером у післяопераційному періоді. Післяопераційний період у всіх випадках не мав ускладнень. Протезування розпочинали через 5-7 днів після операції. 29 пацієнтів у процесі адаптації до протезів скарг не висували. Фіксація та стабілізація протезів була задовільною. У 3 пацієнтів процес адаптації відбувався з корекцією базису протезу. Біоелектрична активність жувальних м'язів, досліджена в день здачі протезів, достовірно покращувалась через 3 місяці користування ними.

Подовження вуздечки язика, верхньої та нижньої губи, поглиблення присінка рота проведено нами у 37 пацієнтів. Подовження вуздечки язика проводили двома способам. У першому випадку (14 хворих) проводили горизонтальний її розріз на максимально можливу довжину з оголенням м'язів язика. Слизову оболонку мобілізували і вшивали, зблизивши краї рани за рахунок еластичності тканин.

У шести пацієнтів вуздечку, яка прикріплювалася безпосередньо до альвеолярної дуги, відсікали трикутним розрізом, на нижній поверхні язика мобілізували клапоть слизової оболонки і зашивали глибокими швами ниткою «Біофіл». Біомін в усіх випадках не застосували, а користувались лише бальзамом «Жива» та опроміненням гелій-неоновим лазером у післяопераційному періоді протягом 3-4 днів.

Подовження вуздечок верхньої та нижньої губ проведено нами в 14 пацієнтів у випадках, коли ті утруднювали фіксацію зубних протезів. Операцію проводили за двома методиками. У випадку прикріплення вуздечки губ до альвеолярної дуги на значній ділянці проводили френулектомію з підшиванням мобілізованої слизової оболонки до окістя з попереднім нанесенням шару композиту Біомін. Рана ушивалась атравматичною ниткою на всю довжину окістя. У другому випадку проводилась френулотомія з виділенням та переміщенням трикутних клаптів за Лімбергом. У цьому випадку також використовували композит Біомін із бальзамом «Жива».

Поглиблення присінка порожнини рота у 9 пацієнтів проводили за методикою Кларка. Розріз слизової оболонки та окістя проводили від ікла до ікла по межі рухомої і нерухомої слизової оболонки присінка, який поглиблювався розрізом м'язових тканин паралельно альвеолярному відростку на глибину до 15 мм. Мобілізована слизова у вигляді язикоподібного клаптя вкладалася на дно рани і фіксувалася до окістя ниткою «Біофіл». Рану альвеолярного відростка закривали смужкою гідроксиапатиту ГАПКОЛ. У післяопераційному періоді рану опромінювали гелій-неоновим лазером та обробляли бальзамом «Жива». Недостатнє поглиблення присінка порожнини рота спостерігалось в 1 хворого, в якого відбулося небажане заповнення сформованого поглиблення грануляційною тканиною. Виготовлення знімних пластинкових протезів розпочинали на 5-7 день після операції у двох перших випадках та через 2 тижні при поглибленні присінка. Всі пацієнти в процесі адаптації до протезів скарг не висували. Фіксація та стабілізація протезів була задовільною, 1 па-

Таблиця.

Результати кількісного аналізу ЕМГ після повторного протезування

		Параметри ЕМГ	Довільне жування протезами виготовленими після реконструктивної пластики присінка порожнини рота при n=7	
			Жування протезами у день здачі	Жування через 3 місяці
Жувальний м'яз				
Правий жувальний м'яз	Середній час активності (мс)		213±26,1	181±13,4
	Середній час спокою (мс)		159±16,4	164±12,4
	K*		1,18±0,1	1,09±0,03
	Амплітуда макс. (мкВ)		294±18,4	380±39,4
Лівий жувальний м'яз	Середній час активності (мс)		251±24,4	174±19,5
	Середній час спокою (мс)		159±19,3	161±19,4
	K*		1,54±0,18	1,08±0,2
	Амплітуда макс. (мкВ)		261±35,4 $p < 0,051$	334±26,4 $p < 0,051$

цієнт потребував корекції протеза. Біоелектрична активність жувальних м'язів, досліджена в день здачі протезів, достовірно покращувалась через 3 місяці користування ними.

Висновки

1. Неприятливі клінічні умови для протезування щелеп пластинковими протезами зумовлені наявністю м'якотканинних утворів, які погіршують фіксацію та стабілізацію протезів і потребують передпротезної хірургічної корекції.

2. Остаточний результат муко-окісних реконструктивних пластичних операцій у порожнині рота значно покращується із застосуванням технологічних чинників їх проведення: спеціальних інстру-

ментів, шовного матеріалу, макро- мікроскопічним контролем хірурга за перебігом операції та застосуванням композиту Біомін з бальзамом «Жива».

3. Муко-окісні реконструктивні пластичні операції за вказаною технологією дозволяють значно підвищити ефективність протезування щелеп знімними конструкціями.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити ефективність протезування щелеп знімними пластинковими протезами при реконструктивній пластичній м'якотканинних утворів порожнини рота із застосуванням композиту Біомін та бальзаму «Жива» у віддаленіші терміни (понад 3 місяці).

Література

1. Ашукіна Н.О. Регенерація кісткової хрящової рани при використанні кальцій-фосфатних керамік: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. біол. наук: спец. 14.03.09 «Гістологія, цитологія, ембріологія» / Н.О. Ашукіна. – К., 2002. – 19 с.
2. Єрис Л.Б. Математичне обґрунтування раціонального розподілу міжальвеолярної висоти та вибору конструкції повних знімних протезів / Л.Б. Єрис // Вісник стоматології. – 1999. – № 3. – С. 45-46.
3. Єрис Л.Б. Підвищення ефективності протезування пацієнтів з повною втраатою зубів та несприятливими клінічними умовами нижньої щелепи: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л.Б. Єрис. – Полтава, 2000. – 15 с.
4. Лабунец В.А. Методи підготовки тканин протезного ложа к протезированию съёмными пластинчатыми протезами / В.А. Лабунец, И.Е. Морозов, В.Б. Новицкий // Вісник стоматології. – 2000. – № 1. – С. 62-64.
5. Робустова Т.Г. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию / Т.Г. Робустова. – Хирургическая стоматология. – М., 2000. – 666 с.
6. Тимофеев А.А. Применение биокерамики для лечения посттравматических дефектов нижней челюсти / А.А. Тимофеев, В.В. Каминский // Вісник стоматології. – 2000. – № 5. – С. 125-127.
7. Georgiade G. Plastic, maxillo-facial and reconstructive Surgery / G. Georgiade, R. Riefkohl, L. Levin. – New York: Williams, Wikins, 1998. – P. 670.

УДК 616.314-089.-633

ХІРУРГІЧНА ПІДГОТОВКА М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА ПЕРЕД ПРОТЕЗУВАННЯМ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ

Швець А. І., Горбаченко О. Б., Коптев М. М., Рожнов В. Г.

Резюме. Обстежено 80 пацієнтів з частковою або повною вторинною адентією і несприятливими клінічними умовами для протезування, обумовлені деформаціями м'яких тканин порожнини рота. Встановлено, що пластичні реконструктивні передпротезні оперативні втручання рекомендується проводити з використанням технологічних факторів: спеціальних інструментів, шовного матеріалу, композиту Біомін і бальзаму «Жива» під макро- і мікроскопічним контролем хірурга під час оперативного втручання і післяопераційним опроміненням гелій-неоновим лазером, що значно покращує остаточний результат і дозволяє в короткі терміни приступити до протезування. Передпротезна реконструктивно-пластична хірургія м'яких тканин порожнини рота дозволяє значно підвищити ефективність протезування щелеп знімними конструкціями.

Ключові слова: протезування щелеп, знімні пластинкові протези, композит Біомін, бальзам «Жива».

УДК 616.314-089.-633

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Швец А. И., Горбаченко О. Б., Коптев М. Н., Рожнов В. Г.

Резюме. Обследовано 80 пациентов с частичной или полной вторичной адентией и неблагоприятными клиническими условиями для протезирования, обусловленными деформациями мягких тканей полости рта. Установлено, что пластические реконструктивные предпротезные оперативные вмешательства рекомендуется проводить с использованием технологических факторов: специальных инструментов, шовного материала, композита Биомин и бальзама «Жива» под макро- и микроскопическим контролем хирурга за течением оперативного вмешательства и послеоперационным облучением гелий-неоновым лазером, что значительно улучшает окончательный результат и позволяет в короткие сроки приступить к протезированию. Предпротезная реконструктивно-пластическая хирургия мягких тканей полости рта позволяет значительно повысить эффективность протезирования челюстей съёмными конструкциями.

Ключевые слова: протезирование челюстей, съёмные пластиночные протезы, композит Биомин, бальзам «Жива».

UDC 616.314-089.-633

SURGICAL PREPARATION OF THE SOFT TISSUES OF THE ORAL CAVITY BEFORE PROSTHETICS REMOVABLE LAMINAR DENTURES

Shvets A. I., Gorbachenko O. B., Koptev M. M., Roznov V. G.

Abstract. Despite advances in dentistry, removable prosthesis is relevant. Also frequent complication after prosthetics require improving the quality of orthopedic designs and orthopedic treatment in general, making the tasks by motivated to seek new ways to reduce the percentage of complications and failures for dentist.

We have conducted clinical examination, surgical and orthopedic treatment of 80 patients (47 men and 33 women) aged from 53 years to 76 years.

In carrying out reconstructive plastic surgery, we used the composition of small granules Biomin 50-100 microns balm and «Jiva» in the ratio of 7:3, which is superimposed a thin uniform layer on the cortical plate of the skeletal jaw. Prostheses started 5-7 days after plastic on the advice L.B. Yerys features on clinical and laboratory stages. Registration bioenergy masticatory muscles was performed by the method specified by the author, using four-elektromiograf company «Medikor» (UPR) and special skin electrodes D-7 mm constant interelectrode distance of 15 mm. Record mode is: chewing – swallowing. Each patient performed elektromiogram record the date designs and 3 months use.

In 9 patients we diagnosed symmetrical mucous strands on the upper jaw. In 2 patients with muscular cord in the area attachment of language-chin muscle. These bands led to worsening of clinical conditions for prosthetics, which served as an indication for after-orthopedic surgical correction.

In 32 patients conducted removal altered inflammatory soft tissue in the area of prosthetic bed, reducing the volume of a pear-shaped tissue areas and removing excess soft tissue alveolar arch.

Causes of the indicated pathology in almost all cases serve as a poorly made dentures are properly recorded. During surgery, we used the above technology with mandatory use of composite Biomin, radiation wounds stitched helium-neon laser in the postoperative period. The postoperative period in all cases had no complications. Prosthetic started 5-7 days after surgery. 29 patients in the process of adaptation to the prosthesis had no complaints. Fixation and stabilization of prostheses was satisfactory. In 3 patients the adaptation process took place with the correction of base prosthesis. Bioelectric activity of masticatory muscles, examined the date of prostheses, improved significantly after 3 months of use.

Extending the frenulum of the tongue, upper and lower lips, deepening the vestibule of mouth we conducted in 37 patients.

Extending tongue carried out in two ways. In the first case (14 patients) conducted its horizontal incision at the maximum possible length of exposing the muscles of the tongue. Mucosa mobilized and sewed, combined wound edge by the elasticity of tissues. In six patients whose bridle was attached directly to the alveolar arch, we cut off a triangular cut on the bottom surface of the tongue we mobilized flap of mucosal and sewn blind stitching thread «Biofil». Biomin in all cases not used, and used only balm «Jiva» and radiation helium-neon laser in the postoperative period for 3-4 days.

Extending bridles upper and lower lips conducted by us in 14 patients where recent hindered fixing dentures. The operation was carried out by two methods. Postoperatively, the wound irradiated with helium-neon laser and treated balm «Jiva».

Deepening the oral vestibule in 9 patients was performed by the method of Clark. Postoperatively, the wound irradiated with helium-neon laser and treated balm «Jiva».

In the first two cases, the prostheses started at 5-7 days after surgery. And after 2 weeks at deepening vestibule. All patients in the process of adaptation to the prosthesis had no complaints. Fixation and stabilization of prostheses was satisfactory.

Keywords: maxillofacial prosthetics, removable laminar dentures, composite Biomin, balm «Jiva».

Рецензент – проф. Аветіков Д. С.

Стаття надійшла 11.12.2016 року