

травмою (ЛЧМТ) у віддаленому періоді, а також поліграфічне дослідження вегетативних функцій, що включало електрокардіографію, оцінки шкірних симпатичних викликаних потенціалів у 85 хворих. Зіставлення порушень вегетативних функцій з рівнем і ступенем іризації медіо-базальних структур головного мозку за даними ЕЕГ дозволило визначити ступінь порушення компенсації механізмів регуляції вегетативних функцій при легкого ступеня тяжкості ЧМТ.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, неспецифічні структури головного мозку.

Стаття надійшла 24.01.2014 р.

craniocerebral trauma (CCT) in remote period. Polygraphic study of autonomic functions including ECG, evaluation of dermal sympatic evoked potential were performed in 85 patients. A comparison of the disorders in autonomic functions both with a level and a degree of irritation of brain stem structures, according to EEG-data permitted to define a degree of impairment of compensatory mechanisms responsible for autonomic functions' regulation in CCT of mild severity.

Keywords: craniocerebral trauma, nonspecific brain structures.

Рецензент Литвиненко Н.В.

УДК 616.31-089.844

А. І. Панькевич, І. А. Колісник, А. М. Гоголь
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТУНЕЛЬНОЇ ТА ВІДКРИТОЇ МЕТОДИК ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ

У статті наведені результати порівняння ефективності відкритої та тунельної методик вестибулопластики. Результати оцінювали через 1 та 6 місяців. Відмічено, що при тунельній вестибулопластиці перебіг післяопераційного періоду менш тривалий, в той час, як при відкритій вестибулопластиці за методом Кларка визначається більший приріст глибини присінка порожнини рота.

Ключові слова: присінок ротової порожнини, вестибулопластика, тунельна методика, методика Кларка.

У наукових дослідженнях вітчизняних і зарубіжних авторів доведено, що мілкий присінок порожнини рота у дітей є одним із етіологічних факторів розвитку зубощелепних аномалій, а у дорослих – захворювань пародонта [7, 8]. Поширеність захворювань пародонта у дітей за даними Наукової групи ВОЗ (1980) перевищує 80 % [9], а поширеність мілкого присінка, за літературними даними становить 8-62,6% [12]. В основі патогенезу пародонтиту в осіб із мілким присінком ротової порожнини лежить порушення кровопостачання, наявність сполучнотканинних та м'язових тяжів, рубцевих деформацій у цій ділянці [8]. Порушення кровообігу при мілкому присінку також сприяє розвитку діастем, трем, скупченості зубів, утворенню пародонтальних та кісткових кишень у локальній ділянці пародонту. Встановлено, що в 41,15 % дітей 7-12 років глибина присінку має тенденцію до позитивної динаміки – вона з роками збільшується, а у дорослих збільшення глибини присінку можливе лише за рахунок оперативних втручань. Для профілактики та лікування цієї аномалії існує ряд методик оперативного поглиблення присінку ротової порожнини, основною метою яких є пересування межі між нерухомою частиною ясен та рухомою частиною слизової оболонки губи подалі від ясеневого краю [1, 2, 4, 5]. Методики вестибулопластики мають свої показання та протипоказання. Вибір тактики хірургічного втручання і стратегії післяопераційного ведення хворого залежить від хірурга-стоматолога і цілого ряду об'єктивних факторів. Намагання отримати максимальне поглиблення присінка без ускладнень в післяопераційному періоді з мінімізацією травми тканин під час оперативного втручання зумовлює постійний пошук ефективної методики вестибулопластики. Найбільш розповсюдженими методиками вестибулопластики на нижній щелепі, згідно сучасних даних, є тунельна і відкрита в модифікації Кларка [10, 11].

Найбільш частими післяопераційними ускладненнями, описаними в літературі, є грубі рубцеві зміни. За деякими даними це складає від 10 до 30,5% випадків [3], що пов'язують із невдалим вибором методу вестибулопластики, або неправильним веденням пацієнта у післяопераційному періоді. Також може бути незначний приріст глибини присінка, що не задовольняє як лікаря, так і пацієнта.

Метою нашого дослідження стало порівняння ефективності тунельної та відкритої методик вестибулопластики.

Матеріал та методи дослідження. Нами проліковано 30 пацієнтів із мілким присінком ротової порожнини у віці від 12 до 50 років (дітей – 16, дорослих – 14). Показанням до оперативного втручання був мілкий присінок, що спричинював скупчення зубів у дітей, або хронічний локалізований пародонтит у дорослих. Глибину присінку ми вимірювали від ясеневого краю до нижнього склепіння за допомогою спеціальної лінійки. Мілким вважали присінок ротової порожнини глибиною 3-5 мм (рис. 1, 2).

Усі хворі склали дві групи: перша – 19 пацієнтів, яким проведено відкриту вестибулопластику за методом Кларка (рис. 3, 4), друга – 11 пацієнтів, яким виконано тунельну вестибулопластику (рис. 5). Тканини усім пацієнтам фіксували швами з ПТФЕ (політетрафторетилену) (рис. 6). Шви знімали на 7-10 добу. Оголене окістя у пацієнтів 1 групи покривали марлею, просоченою йодоформом (рис. 7), яку

знімали на 7-8 добу. Одному пацієнту першої групи була виготовлена післяопераційна капа з метою фіксації йодоформної марлі на 7 днів (рис. 8, 9). Рана загоювалась вторинним натягом. У пацієнтів 2 групи приріст глибини присінку зумовлений податливістю мобілізованої слизової оболонки, а раньовий дефект мінімальний, що не потребує використання йодоформної марлі.



Рис. 1. Мілкий присінок ротової порожнини.



Рис. 2. Мілкий присінок ротової порожнини, V-подібний дефект слизової оболонки в ділянці 41 у дорослого.



Рис. 3. Розтин і поглиблений присінок при оперативному втручанні за методом Кларка у дитини.

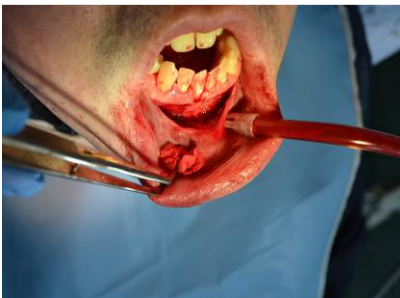


Рис. 4. Поглиблений присінок і мобілізована слизова оболонка нижньої губи при відкритій вестибулопластиці за методом Кларка у дорослого.



Рис. 5. Розтини при тунельній вестибулопластиці.



Рис. 6. Мобілізована слизова оболонка фіксована в глибині заново сформованого присінка ротової порожнини швами з політетрафторетилену.

У післяопераційному періоді усім хворим призначали анальгетики, рекомендували щадячий прийом їжі. За пацієнтами спостерігали на наступний після операції день, через 1 та 2 тижні, 1 та 6 місяців. Оцінювання результатів лікування проводили за перебігом післяопераційного періоду, приростом глибини присінку та розвитком ускладнень.



Рис. 7. Окістя, покрите тампоном з йодоформу.



Рис. 8. Виготовлена капа для фіксації йодоформної марлі.



Рис. 9. Йодоформна марля фіксована капою.



Рис. 10. Вигляд новоствореного присінку ротової порожнини після оперативного втручання за Кларком на 8 добу.

Усі результати досліджень оцінювали як добрі, задовільні та незадовільні. Добрими вважали результати, коли відбувався приріст глибини присінку та ширини прикріплених ясен за відсутності запальних явищ і рецидиву [1]. Задовільними – випадки без приросту глибини присінку та ширини прикріплених ясен за відсутності рецидиву. Незадовільними – випадки, коли глибина присінку після

операції зменшувалась, а в м'яких тканинах розвивались рубцеві зміни.

Результати дослідження та їх обговорення. На наступний після оперативного втручання день було відмічено, що післяопераційний період легше протікав у пацієнтів 2 групи (наявність менш інтенсивного післяопераційного болю). Набряк м'яких тканин підборіддя спостерігали у пацієнтів обох груп, який зникав на 2-3 добу. Через тиждень проводили зняття швів і йодоформних тампонів (рис. 10).

Через місяць у пацієнтів першої групи відзначено збереження глибини новоствореного присінку ротової порожнини та ширини прикріплених ясен в ділянці 31, 41, що становило $8,74 \pm 0,168$ та $3,82 \pm 0,14$ мм відповідно. Протягом 6 місяців рецидивів не виникало. У пацієнтів другої групи глибина присінку та ширина прикріплених ясен в ділянці 31, 41 зростала до $7,72 \pm 0,195$ та $3,64 \pm 0,18$ мм відповідно. Протягом 6 місяців спостереження рецидивів також не виникало. Незадовільних результатів у пацієнтів обох груп ми не спостерігали.

Надумок

Застосування обох методик вестибулопластики дозволило отримати позитивні результати. Однак при застосуванні тунельної вестибулопластики приріст глибини присінку ротової порожнини був достовірно ($P < 0,001$) меншим, ніж при використанні методики Кларка. На наш погляд, це відбувається за рахунок того, що податливість слизової оболонки і м'язових волокон не завжди забезпечує достатньо міцну фіксацію слизового клаптя в глибині заново сформованого присінка. Однак, перебіг післяопераційного періоду при тунельній вестибулопластиці легший за рахунок мінімізації раньового дефекту.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому буде вивчено віддалені результати виконаних оперативних втручань.

Список літератури

1. Безрукова А. П. Хирургическое лечение заболеваний пародонта / А. П. Безрукова. – Москва. – 1987. – 160 с.
2. Бородулина И. И. Способ проведения вестибулопластики у детей / И. И. Бородулина // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2006. – № 1. (47). – С. 13-15.
3. Базунова І. В. Вплив стану присінку порожнини рота в осіб молодого віку на вибір тактики стоматологічних втручань: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата мед. наук: 14.01.22 – Стоматологія / Інна Володимирівна Базунова. – Одеса. - 2007. – 16 с.
4. Вашкевич В. П. Хирургическое лечение мелкого нижнего свода преддверия рта у детей / В. П. Вашкевич, С. В. Дьякова, А. С. Пекус // Российский стоматологический журнал. – 2000. – № 3. – С. 16-19.
5. Грудянов А. И. Методики вестибулопластики и френулопластики в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А. И. Грудянов, А. И. Ерохин // ФГУ "ЦНИ ИС и ЧЛХ Рос. мед. технологий, - 2008. – 19 с.
6. Карасюнок О. О. Особливості лікування дітей із зубошелепними аномаліями в сполученні з мілким присінком порожнини рота: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата мед. наук: 14.01.22 – Стоматологія / Оксана Олександрівна Карасюнок. – Полтава, - 2001. – 14 с.
7. Мельничук Г. М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз : особливості лікування / Г. М. Мельничук, М. М. Рожко, Л. В. Завербна. – Івано-Франківськ. - 2011. – 328 с.
8. Ожоган З. Р. Вестибулопластика як необхідний крок у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит із мілким присінком рота / Ожоган З. Р., Махлинець Н. П., Павелко Н. М. [та ін.] // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 4. (68). – С. 103-107.
9. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. Доклад научной группы ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения // Серия техн. докл. – № 621. – Женева, 1980. – 66 с.
10. Andersson Edited by Lars. Oral and Maxillofacial Surgery / Edited by Lars Andersson, Karl-Erik Kahnberg, M. Anthony Pogrel. - Blackwell Publ. Ltd. - 2010. – 1274 p.
11. Basavaraj C. Sikkerimath. Comparison of vestibular sulcus depth in vestibuloplasty using standard Clark's technique with and without amnion as graft material / C. Sikkerimath Basavaraj, Dandagi Satyajit, S. Gudi Santosh, Jayapalan Deeptha // Ann Maxillofacial Surg. – 2012. – № 2(1). – P. 30-35.
12. Oyarzun A. Involment of MT1-MMP and TIMP-2 in human periodontal disease / A. Oyarzun, R. Arancibia // Oral Dis. – 2010. – Vol. 16 (4). – P. 388-395.

Реферати

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТУННЕЛЬНОЙ И ОТКРЫТОЙ МЕТОДИК ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ

Панькевич А.І., Колісник І.А., Гоголь А.М.

В статье приведены результаты сравнения эффективности открытой и туннельной методик вестибулопластики. Результаты оценивали через 1 и 6 месяцев. Отмечено, что при туннельной вестибулопластике течение послеоперационного периода менее длительное, в то время, как при открытой вестибулопластике по методу Кларка определяется больший прирост глубины преддверия полости рта.

Ключевые слова: преддверие полости рта, вестибулопластика, туннельная методика, методика Кларка.

Стаття надійшла 1.03.2014 р.

COMPARISON OF THE TUNNEL AND OPEN METHODOLOGIES OF VESTIBULOPLASTY EFFICIENCY

Pan'kevich A.I., Kolesnik I.A., Gogol' A.M.

The results of comparing the effectiveness of flap and submucosal tunneling techniques of mandibular vestibuloplasty are represented. Results were evaluated after 1 and 6 months. Postoperative period was more shorter by submucosal techniques of vestibuloplasty, while by Clark technique was determined larger increase of vestibular depth.

Key words: vestibule of mouth, vestibuloplasty, submucous (tunneling) technique, Clark technique.

Рецензент Ткаченко П.І.