

## ТЕХНІКА ПЕРЕДПРОТЕЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА ХІРУРГІЧНИМ ШЛЯХОМ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

(м. Полтава)

Робота виконана в рамках науково-дослідної роботи кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології «Оптимізація консервативного та хірургічного лікування хворих, що мають дефекти та деформації тканин щелепно-лицевої ділянки», № державної реєстрації 0110UD4629.

**Вступ.** Потреба в знімному протезуванні серед населення України особливо старших вікових груп сягає майже 80-100%, а досить часті після протезування ускладнення ставлять перед стоматологами завдання щодо покращення якості ортопедичного лікування цієї групи пацієнтів і змушують умотивовано відшукувати шляхи зниження ускладнень та невдач. Серед чинників неякісного протезування значне місце займають зміни м'яких тканин порожнини рота – слизової оболонки та окістя альвеолярних відростків щелеп [4]. 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 [3].

В останні роки розроблені та знайшли широке клінічне застосування, особливо за кордоном, способи передпротезної хірургічної корекції м'якотканинних утворів та захворювань порожнини рота [5].

Однак запропоновані авторами оперативні втручання досить часто супроводжуються запальними ускладненнями та функціональними змінами муко-окісних утворів, які суттєво впливають на процес адаптації та фіксацію до пластинкових протезів.

Для профілактики вказаних недоліків, на наш погляд, досить перспективним є застосування в процесі реконструктивних оперативних втручань композиції гідроксиапатиту «Кергап» у вигляді дрібнодисперсних гранул розміром 50-100 мкм [2] та магніколіну.

**Мета дослідження:** підвищити ефективність протезування щелеп знімними пластинковими протезами шляхом реконструктивної пластики м'якотканинних утворів порожнини рота і застосуванням композиту «Кергапу» та магніколіну.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено клінічне обстеження, хірургічне та ортопедичне лікування 55 пацієнтів (39 чоловіків та 16 жінок) віком

від 55 до 73 років. Для встановлення діагнозу та підтвердження ефективності протезування користувались загальноклінічними та електроміографічними дослідженнями.

Різновиди реконструктивної пластики на м'яких тканинах порожнини рота:

1. Усунення слизових та м'язових тяжів присінка порожнини рота - 7 хворих.

2. Видалення надлишку запально змінених тканин у зоні протезного ложа - 8 хворих.

3. Зменшення об'єму тканин ретромоллярної ділянки - 5 хворих.

4. Видалення надлишку м'яких тканин альвеолярної дуги - 8 хворих.

5. Подовження вуздечки язика - 9 хворих.

6. Подовження вуздечки верхньої та нижньої губи - 11 хворих.

7. Поглиблення присінка порожнини рота - 7 хворих.

При проведенні муко-окісних реконструктивних пластичних операцій використовували композиції з дрібних гранул «Кергап» 50-100 мкм та магніколіну у співвідношенні 7:3, який накладали тонким рівномірним шаром на кортикальну пластинку скелетованої щелепи. Розміри для слизово-окісних клаптів здійснювали лише одноразовим скальпелем під контролем бінокулярної лупи збільшенням у 6 разів. Після фіксування слизово-окісних клаптів ниткою «Біофіл» рана оброблялась низькочастотним гелій-неоновим лазером «ЕЛОУ-2» густиною напруги 100-200 мВт/см<sup>2</sup> з експозицією 5 хв. Після її ушивання та на 2-ий і 3-ій день після операції.

Виготовлення знімних пластикових протезів розпочинали на 5-7 день після пластики з урахуванням особливостей клінічних та лабораторних етапів.

Реєстрація біострумів жувальних м'язів здійснювалась [1] за допомогою чотириканального електроміографа фірми «Медікор» (УНР), а також спеціальних наскірних електродів D-7мм з постійною міжелектродною відстанню 15 мм. Режим запису такий: жування-ковтання. Кожному пацієнту запис електроміограм проводили в день здачі знімних протезів та через 3 місяці користування ними. Електроміографічне дослідження проводилось у лабораторії ЕМГ кафедри ортопедичної стоматології УМСА під керівництвом професора В.В.Рубаненка. Статистична обробка результатів проводилась із

Результат кількісного аналізу ЕМГ після повторного протезування

Жувальний м'яз		Параметри ЕМГ	Довільне жування протезами, виготовленими після реконструктивної пластики присінка порожнини рота при $n = 7$	
			Жування протезами в день здачі	Жування через 3 місяці
Правий жувальний м'яз	Середній час активн. (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 активн. (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 $p < 0,051$

застосуванням критерію Ст'юдента. Різниця вважалась достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 6 хворих нами діагностовані симетричні слизові тяжі на верхній щелепі та у 1 хворої – 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 їхню довжину, формували зустрічні трикутні клапті під кутом 45-50°, мобілізували їх, накладали на кістку шар композиту «Кергап», 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 мали, фіксація протеза була задовільною. Результати кількісного аналізу електроміограм довільного жування новими протезами представлені 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 ретромолярної ділянки та видалення надлишку м'язових тканин альвеолярної дуги проведено у 21 пацієнта. Причинами виникнення вказаної патології майже у всіх випадках слугували неякісно виготовлені протези, які неадекватно фіксувалися.

Під час оперативного втручання застосовували вищенаведені технології з обов'язковим застосуванням композиту «Кергап» з магніколіном та

опромінення ушитих ран гелій-неовим лазером у післяопераційному періоді. Післяопераційний період не мав ускладнень у всіх випадках. Протезування розпочинали через 5-7 днів після операції. 19 пацієнтів у процесі адаптації до протезів скарг не зблизивши краї рани за рахунок еластичності тканин. У трьох пацієнтів, у яких вуздечка кріпилася безпосередньо до альвеолярної дуги, останню відсікали трикутним розрізом, на нижній поверхні язика мобілізували клапоть слизової оболонки і зашивали рану глухими швами ниткою «Біофіл». «Кергап» в усіх випадках не застосовували, а користувались лише магніколіном та опроміненням гелій-неоновим лазером у післяопераційному періоді протягом 3-4 днів.

Подовження вуздечок верхньої та нижньої губ проведено нами в 11 пацієнтів у випадках, коли останні ускладнювали фіксацію зубних протезів. Операцію проводили за двома методиками. У випадку прикріплення вуздечки губи до альвеолярної дуги на значній ділянці проводили френулектомію з підшиванням мобілізованої слизової оболонки до окістя з попереднім нанесенням шару композиту «Кергап» з магніколіном. Рана ушивалась атравматичною ниткою на всю довжину з окістям. У другому випадку проводилась френулотомія з виділенням та переміщенням трикутних клаптів за Лімбергом. У цьому випадку також використовували композит «Кергап» з магніколіном.

Поглиблення присінка порожнини рота у 7 пацієнтів проводили за модифікованою методикою Кларка. Розріз слизової оболонки та окістя проводили від ікла до ікла по межі рухомої і нерухомої частин слизової оболонки присінка рота, який поглиблювався розрізом м'язових тканин паралельно альвеолярному відростку на глибину до 15 мм. Мобілізована слизова у вигляді язикоподібного клаптя вкладалася на дно рани та фіксувалася до окістя ниткою «Біофіл». Рану альвеолярного відростка закривали смужкою

гідроксиапатиту «Гапкол». У післяопераційному періоді рану опромінювали гелій-неоновим лазером та обробляли магніколіном. Недостатнє поглиблення присінка порожнини рота спостерігалось у 1 хворого, у 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 скарж не відмічали. Фіксація та стабілізація протезів була задовільною. 1 пацієнт потребував корекції протеза. Біоелектрична активність жувальних м'язів, досліджена в день здачі протезів, достовірно покращувалась через 3 місяці користування ними.

### Висновки.

1. Несприятливі клінічні умови для протезування щелеп пластинковими протезами зумовлені наявністю м'якотканинних утворів, що погіршують

фіксацію та стабілізацію протезів і потребують передпротезної хірургічної корекції.

2. Остаточний результат муко-окісних реконструктивних пластичних операцій у порожнині рота значно покращується застосуванням технологічних чинників їх проведення: спеціальних інструментів, шовного матеріалу, макро-мікроскопічним контролем хірурга за перебігом операції і застосуванням композиту «Кергап» з магніколіном.

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

**Перспективи подальших досліджень.** Надалі планується провести дослідження по виявленню варіантів застосування композитних матеріалів з ранозаживляючими препаратами при передпротезній корекції та результати їх сумісної дії на тканини.

## Список літератури

1. Ерис Л.Б. Математичне обґрунтування раціонального розподілу міжальвеолярної висоти та вибору конструкції повних знімних протезів // Вісник стоматології. - 1999. - № 3. - С. 45-46.
2. Лабунец В.А., Морозов И.Е., Новицкий В.Б. Методы подготовки тканей протезного ложа к протезированию съёмными пластинчатыми протезами // Вестник стоматологии. - 2000. - № 1. - С. 62-64.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая подготовка полос-ти рта к протезированию // Хирургическая стоматология. - М., 2000. - 666 с.
4. Georgiade G. Plastic maxillofacial and reconstructive Surgery / Georgiade G., Riefkohl R., Levin L. // New York: Williams, Wilkins, 1998. – P. 670.
5. Tucker M. Advanced preprosthetic surgery / Tucker M. // Peterson L Contemporary oral and maxillo-facial Surgery. – New York: Mosby, 1994. – P 331.

УДК 616.314 - 089.29 -633

### ТЕХНІКА ПЕРЕДПРОТЕЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА ХІРУРГІЧНИМ ШЛЯХОМ

Швец А.І., Горбаченко О.Б., Половик О.Ю.

**Резюме.** Обстежено 55 пацієнтів з частковою або повною вторинною адентією і несприятливими клінічними умовами для протезування, обумовленими деформаціями м'яких тканин порожнини рота. Встановлено, що пластичні реконструктивні передпротезні оперативні втручання рекомендується проводити із застосуванням технологічних чинників: спеціальних інструментів, шовного матеріалу, композиту «Кергап» з магніколіном під макро-мікроскопічним контролем хірурга за перебігом операції і післяопераційним опромінюванням рани 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:** порожнина рота, м'які тканини, передпротезна хірургічна корекція, пластинкові протези.

УДК 616.314 - 089.29 -633

### ТЕХНИКА ПЕРЕДПРОТЕЗНОЙ КОРРЕКЦИИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ХИРУРГИЧЕСКИМ ПУТЕМ

Швец А.И., Горбаченко О.Б., Половик А.Ю.

**Резюме.** Исследовано 55 пациентов с частичной или полной вторичной адентией и неблагоприятными клиническими условиями для протезирования, обусловленными деформациями мягких тканей полости рта. Установлено, что пластические реконструктивные передпротезные оперативные вмешательства рекомендуется проводить с применением технологических факторов: специальных инструментов, шовного материала, композита «Кергап» с магнициолином под макро-микроскопическим контролем хирурга за течением операции и послеоперационным облучением раны 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:** полость рта, мягкие ткани, предпротезная хирургическая коррекция, пластиночные протезы.

UDC 616.314 - 089.29 -633

### **Technique Of Pre-Prosthetic Correction Of Soft Fabrics Of Mouth's Cavity Removable Plate Prosthetic Appliances Surgical Way**

**Shvec A.V., Gorbachenko O.B., Polovik A.Yu.**

**Summary.** There were examined 55 patients with partial or full second adentia and unfavorable clinical conditions for prosthetics stipulated by deformations of soft tissens of the oral cavity. It was determined that plastic reconstructive predenture operative interventions is recommended to be conducted with use of technological factors: special instruments, sutural material, Kergap composite with magnecolin under macro-microscopic surgeons control on the operation and postoperative irradiation of the wound by the helium-neon laser that improves the final results and allows to start prosthetics in short time. The predenture reconstructive-plastic surgery of soft tissues of the oral cavity allows to increase the effect of prosthetics with removable constructions.

**Key words:** cavity of mouth, soft fabrics, pre-prosthetic surgical correction, plate prosthetic appliances.

*Стаття надійшла 22.05.2012 р.*

*Рецензент – проф. Король М.Д.*