

УДК 616.31-089.168

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИКАХ УГЛУБЛЕНИЯ
ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА**

В.Д. Ахмеров

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»

Резюме

Приводятся данные, характеризующие течение послеоперационного периода некоторых современных методик углубления преддверия полости рта.

Ключевые слова: вестибулопластика, послеоперационный период, преддверие полости рта.

Summary

The article provides data that characterize the course of a postoperative period of some modern techniques of deepening of oral cavity vestibule.

Key words: vestibule plastic, postoperative period, vestibule of oral cavity.

Литература

1. Безруков В.М. Амбулаторная хирургическая стоматология / [В.М.Безруков, А.Л.Григорянц, Л.А.Рабухина, В.А.Бадалян] // МИА.- 2003. – С.75.
2. Грудянов А.И. Новая методика хирургической коррекции преддверия полости рта / А.И.Грудянов, А.И.Ерохин // Пародонтология . – 2001. – №4 (22). – С. 3-6.

3. Рибалов О.В. Пародонтит: діагностика та комплексне лікування / О.В.Рибалов, І.Ю.Літовченко .- Полтава, 2000. – 160 с.
4. Скрипніков П.М. Амбулаторна пародонтальна хірургія : [навч. – метод. посіб. для лікарів- інтернів стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів III-IV рів. акредит. післядипломної освіти] / П.М.Скрипніков, С.В.Коломієць. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2010. – 135 с.

Мелкое преддверие полости рта наряду с атрофией альвеолярного отростка является одной из основных причин неудовлетворительной фиксации полного съемного протеза нижней челюсти и представляет собой острую проблему зубопротезирования [2].

Недостаточная глубина преддверия является показанием к хирургической её коррекции – вестибулопластике [3].

В разное время для решения этой проблемы были предложены различные хирургические методики, большинство из которых на сегодняшний день устарели и представляют собой лишь исторический интерес.

Целью данного исследования является сравнительная характеристика некоторых современных методик вестибулопластики, а также анализ их преимуществ и недостатков.

Материалы и методы исследования

По ходу исследования мы наблюдали 15 пациентов в возрасте от 65 до 75 лет, не имевших декомпенсированных форм хронических сопутствующих заболеваний и противопоказаний к амбулаторному вмешательству под местным обезболиванием. Пациенты были распределены на три группы по 5 человек в каждой в зависимости от характера оперативной методики.

Больным первой группы проводили вестибулопластику по Кларку [1, 4]. Во второй группе преддверие полости рта углубляли по Эдлану – Мейхеру [1, 4]. Пациентам третьей группы оперативное вмешательство осуществляли методом «тоннельной» пластики [2]. Во всех случаях операцию выполняли на нижней челюсти, во фронтальном её участке под местным обезболиванием 2 % р-ром лидокаина (без применения вазоконстриктора ввиду пожилого возраста пациентов).

Способом Кларка разрез выполняли вдоль альвеолярного края по месту прикрепления подвижной слизистой от 44 до 34, слизистую отслаивали по всей длине разреза в сторону красной каймы нижней губы на 10-12 мм, после чего мягкие ткани распатором сдвигали вниз по передней поверхности альвеолярного отростка на необходимую глубину и фиксировали швами на этом уровне отслоенный лоскут слизистой к надкостнице. После операции оставалась обнажённая раневая поверхность с вестибулярной стороны альвеолярного отростка [4].

По Эдлану-Мейхеру формировали лоскут слизистой, отступая в сторону красной каймы нижней губы на 10-12 мм. После отслаивания слизистой оболочки мягкие ткани сдвигали распатором вниз с передней поверхности альвеолярного отростка, лоскутом слизистой покрывали обнажённую надкостницу альвеолярного отростка и фиксировали лоскут швами. По завершении вмешательства образовывалась открытая раневая поверхность на внутренней стороне губы [4].

«Тоннельную» вестибулопластику выполняли по следующей методике: производили центральный вертикальный разрез слизистой по уздечке губы и два боковых разреза в области премоляров. Слизистую пересекали до подслизистого слоя. Кровоостанавливающим зажимом проходили из центрального разреза в боковые вдоль передней поверхности альвеолярного отростка, формируя тоннель под слизистой оболочкой преддверия. Затем введенным в тоннель распатором сдвигали вниз мягкие

ткани с передней поверхности альвеолярного отростка на глубину формируемого преддверия, после чего фиксировали эту глубину, подшивая отслоенную слизистую швами к подлежащей надкостнице. Разрезы слизистой оболочки ушивали наглухо. При этой операции не оставалось обнажённой раневой поверхности [2].

В послеоперационный период производили клиническую оценку состояния тканей операционного поля как по субъективным ощущениям (продолжительность и степень выраженности болевого синдрома), так и по объективным показателям (гиперемия и отёк тканей в области вмешательства, повышение температуры тела, сроки и вид заживления раны слизистой оболочки).

Результаты исследования и их обсуждение

В послеоперационный период на постоянную боль разной интенсивности жаловались все больные I и II групп. Эти явления продолжались от 3 до 5 дней. В дальнейшем, до эпителизации ран больные этих групп жаловались на боли при приёме пищи и разговоре.

В III группе на боли в послеоперационный период в течение 1-2 дней жаловались 2 больных (40%). Послеоперационной отёк и инфильтрация нижней губы и тканей в области вмешательства отмечались у больных в I группе на протяжении 2-3 дней, у больных во II группе - на протяжении 3-5 дней. В III группе явления послеоперационного отёка отмечались лишь в области альвеолярного отростка в течение 1-3 дней.

У большинства больных (100% в I группе, 80% в II группе, 60% в III группе) имело место повышение температуры тела до субфебрильных цифр в первый день после операции.

Эпителизация ран слизистой оболочки у больных I и II групп происходила вторичным натяжением к 8-10 дню после операции, в то время как у пациентов III группы эти сроки составили 5-7 дней и раны слизистой оболочки у них заживали первичным натяжением.

Выводы

Методика «тоннельной» пластики мелкого преддверия полости рта выгодно отличается отсутствием открытых раневых поверхностей в послеоперационный период, как это имеет место при методике Кларка (на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка) и Эдлана – Мейхера (на внутренней поверхности нижней губы). Наличие открытых раневых поверхностей, характерных для этих вмешательств, сопровождается длительными болевыми ощущениями, создает неудобства при еде и разговоре, удлиняет сроки эпителизации в среднем на 2-3 суток в сравнении с «тоннельным» методом. Раневая поверхность при способах Кларка и Эдлана-Мейхера заживает вторичным натяжением.

При углублении мелкого преддверия полости рта по методу «тоннеля» после операции не создаётся открытая раневая поверхность, раны слизистой ушиваются наглухо, что обеспечивает их первичное заживление и избавляет пациентов от мучительных ощущений в послеоперационный период.

Таким образом, полученные нами клинические данные, характеризующие течение послеоперационного периода сравниваемых методик углубления мелкого преддверия полости рта, свидетельствуют о преимуществах «тоннельной» вестибулопластики.