

переважання симпатичної ланки регуляції вегетативної нервової системи, що пупілометрично виражалось у зменшенні часу розширення зіниці і загальної тривалості зіничної реакції, а також збільшення частоти моргань до 12–14 за 30 із (при нормі 2–3) під час акомодативної конвергенції, прямої і співдружньої реакції зіниць на пред'явлення світлового імпульсу. Пупілометричні показники розподілилися за періодами за таким порядком: латентний період становив не менше 0,4 с, час активного звуження зіниці — від 1,71 до 4,5 с, стан звуженої зіниці — не більше 10,0 с, час швидкого відновлення зіниці — від 0,39 до 0,87 с, час повільного відновлення зіниці — від 1,25 до 3,35 с.

Висновок

Таким чином, на відміну від узвичаєних клінічних і психофізіологічних засобів оцінки ВНС, метод пупілометрії дозволяє визначити в усіх пацієнтів специфічні кількісні критерії порушень ВНС при ХГ із порушенням секреторної функції шлунка і вірогідно корелює із показниками рН-метрії, ФГДС і УЗД.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Inauen: Gastroduodenale Ulkuskrankheit: Therapiemoglichkeiten // Schweiz Rundschau Med. Prax.* — 1995. — N 84. — S. 585-589.
2. *Любан-Плоцца Б.* Психосоматичний хворий на прийомі в лікаря. — К.: АДЕФ-Україна, 1997. — С. 72-76.
3. *Alexander F.* Psychological factors in gastro-intestinal disturbances // *Psychoanal Q.* — 1934. — Vol. 3. — P. 506-516.

4. *Митьков В. В.* Клиническое пособие по ультразвуковой диагностике: В 4 томах. — Т. 4. — М.: ВИДАР, 1997. — С. 13-15.

5. *Гоженко А. І., Соломка С. Л.* Динамічне дослідження методом пупілографії вегетативних розладів у пацієнтів з астеновегетативним синдромом // *Запоріж. мед. журнал.* — 2002. — № 3. — С. 88-89.

6. *Маколкин В.И.* Внутренние болезни. — М.: Медицина, 1989. — С. 226-228.

7. *Кост Е. А.* Пособие по клиническому лабораторному методу исследования. — М.: Медицина, 1975. — 253 с.

8. *Дворяковский И. В.* Эхография внутренних органов у детей. — М.: Медицина, 1994. — С. 151-153.

9. *Биссет Р. А. Л., Хан А. Г.* Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании. — Витебск: Белмедкнига, 1997. — 98 с.

УДК 616.314-089.28/29:615.4

А. І. Швець

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА СПОСОБОМ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГАПКОЛУ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Рівень забезпеченості пластинковими знімними протезами в Україні серед міського населення сягає лише 27–35 % від загальної потреби [3]. Щодо осіб похилого віку, то потреба у знімному протезуванні у них майже стовідсоткова [4]. Однак 25–40 % пацієнтів, яким виготовили знімні пластинкові протези, особливо на нижню щелепу, ними не користуються. Майже у половини пацієнтів факторами «кишенькових» протезів є несприятливі клінічні умови протезного ложа як кісткового, так і м'якотканинного генезу, які не можуть нівелюватися на етапах виготовлення ортопедичних конструкцій, а тому потребують хірургічного втручання [6].

Сьогодні передпротезна хірургія набула обґрунтованої

підтримки як в Україні, так і за кордоном. Їй присвячені монографії, розділи в підручниках і посібниках [2; 5]. Хірургічні втручання на м'яких тканинах порожнини рота, які створюють несприятливі клінічні умови для протезування, окрім додаткової психологічної травми пацієнтам, подовжують термін виготовлення протезів і не завжди минають без безпосередніх та віддалених ускладнень. Фактори ускладнень переважно залежать від невинуватеної травматизації тканин операційного поля, інфікування ран мікрофлорою порожнини рота, вікових параметрів хворих, зниження репаративних можливостей м'яких тканин.

Мета дослідження — підвищити ефективність протезу-

вання щелеп знімними конструкціями шляхом удосконалення методів хірургічної корекції м'яких тканин протезного ложа, а саме пластики присінки порожнини рота з використанням остеотропного препарату гапкол. Дослідження є фрагментом ініціативної комплексної теми УМСА «Механізми пошкодження зубо-щелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань», номер державної реєстрації 0197U018550.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клінічне обстеження, хірургічне та ортопедичне лікування 15 пацієнтів з



мільким присінком порожнини рота (8 жінок і 7 чоловіків) віком від 55 до 73 років. Для встановлення діагнозу користувалися загальноклінічними методами діагностики. Контроль за динамікою загоєння операційних ран здійснювали цитологічним методом. Для цього знімали мазки-відбитки з рани стерильною гумкою на 2, 4 та 6-й день після операції. Перенесли їх на предметне скло, яке фіксували протягом 5 хв у метиловому спирті. Забарвлення мазків-відбитків здійснювали за методом Романовського — Гімзи і вивчали під різними збільшеннями світлооптичного мікроскопа.

Ступінь вираженості місцевої реакції в зоні ушитої рани досліджували також термометричним методом. Термометричне дослідження здійснювали за допомогою апарата ТЕМП-1, точковим датчиком з діапазоном виміру температури від 16 до 42 °С. Дослідження проводили також на 2, 4 та 6-ту добу після операції. Здійснювали виміри в умовах стоматологічного хірургічного кабінету. Контакт датчика зі слизовою оболонкою на боках від ушитої рани зберігали до повної зупинки стрілки термометра. Інтервал між дослідженнями втримували до повернення стрілки до рівня температури навколишнього середовища (в середньому 6–7 с). Сила тиску датчика на тканини була рівномірною. Виміри проводили в чотирьох точках — дві з одного боку рани і паралельно дві з другого боку. Цифрові

дані оброблялися за критеріями Стьюдента — Фішера. Вірогідною вважалася різниця $P < 0,05$.

Для оцінки ефективності виготовлених протезів ми використовували методику реєстрації біострумів жувальних м'язів чотириканальним електроміографом фірми «Медикор» (УНР) та спеціальними наскірними електродами діаметром 7 мм і постійною міжелектродною відстанню 15 мм. У день здачі повних знімних протезів електроміограму записували двічі: жування беззубими щелепами та жування новими протезами.

Вдруге записували електроміограму через 3 міс користування повними знімними протезами.

Втретє проводили запис електроміограми через 12 міс.

Результати дослідження та їх обговорення

Вісім хворих раніше користувалися знімними ортопедичними конструкціями, 6 звернулися вперше і були направлені ортопедом-стоматологом для хірургічної підготовки протезного ложа, 1 хвора звернулася з тяжкими слизовою оболонкою присінка порожнини рота (в анамнезі раніше перенесена операція вестибулопластики методом взаємного переміщення трикутних шматків).

Зазначена патологія не забезпечувала якісної фіксації та стабілізації знімних конструкцій і тому потребувала хірургічної корекції (рис. 1).

У 9 випадках операцію вестибулопластики проводили

видозміненим нами способом Кларка: розріз слизової оболонки здійснювали до окістя на межі рухомої та нерухомої слизової оболонки від 43 до 33. В межах операційного поля тупо відшаровували слизову оболонку нижньої губи в підслизовому шарі на глибину до 1 см. Гостро відшаровували м'які тканини паралельно до альвеолярного відростка на глибину до 1 см. Мобілізований край слизової оболонки нижньої губи опускали в глибину заново сформованого присінка порожнини рота і фіксували швами з кетгуту. Відкриту рану ми закривали смужкою гапколу з насиченням його магніколіном, яку фіксували ситуаційними швами до слизової оболонки (рис. 2).

У 6 хворих ми використовували рекомендації Л. Я. Богашової щодо модифікації способу Кларка, але зі своїми уточненнями. Суть модифікації полягає у тому, що горизонтальний розріз проводився до кістки. По краях розрізу проводилися два допоміжні розрізи під кутом 110° в бік губи довжиною 6–8 мм. Слизово-окисний шматок фіксували в глибині рани до підборідного та квадратного м'язів. Оголену кісткову рану закривали смужкою гапколу, який фіксували ситуаційними кетгутівими швами до країв слизової оболонки зверху та окістя клаптя знизу.

Після оперативного втручання всім пацієнтам призначали опромінення рани гелій-неоновим лазером потужністю



Рис. 1. Хвора Г. з мільким присінком порожнини рота



Рис. 2. Хвора Г. після поглиблення присінка порожнини рота модифікованим методом Кларка



Рис. 3. Хвора Г. протезована пластинковими протезами після операції поглиблення присінка порожнини рота

5 Гц з експозицією 1 хв протягом 5 днів.

Цитологічна характеристика загоєння ран показала, що на 2-й день після операції в мазках-відбитках, взятих на межі гапкол — слизова оболонка, превалювали нитки фібрину та нейтрофільні лейкоцити, деякі з них вміщували поодинокі мікроорганізми кокової природи. Ядра їх володіли гіперхромією та пікнозом.

На 4-й та 6-й день після операції у відбитках з рани в зоні гапкол-слизова оболонка кількість нейтрофільних лейкоцитів помітно зменшувалася, з'являлися мононуклеарні клітини-гістіоцити, лімфоцити та плазматичні клітини.

Поява у відбитках мононуклеарних клітин в ранні терміни, на нашу думку, є досить яскравим доказом переходу в регенеративний період загоєння рани зі сприятливим прогнозом.

Термометричні обстеження хворих проводили на 2, 4 та 6-ту добу після операції. Дані термографії (табл. 1) свідчать про сприятливий прогноз загоєння рани.

Електроміографічні показники, подані в табл. 2, свідчать, що у процесі звикання до знімних протезів покращується біоелектрична активність власне жувальних м'язів. А саме: покращується взаємодієння між фазами біоелектричної активності та біоелектричного спокою, зменшується коефіцієнт К, який через рік користування протезами наближається до показників довільного жування інтактними зубними рядами, що характеризує якість виготовлення протезів (рис. 3).

У всіх прооперованих післяопераційний період перебігав без запальних ускладнень.

Протезування починали через 14–18 днів після операції.

Висновки

1. Несприятливі клінічні умови для протезування щелеп пластинковими протезами

Таблиця 1
Температура тканин у зоні післяопераційної рани прооперованих з приводу поглиблення присінка порожнини рота в динаміці спостережень, °С, М±m

Термін обстеження хворих	Кількість обстежених	Абсолютні показники, Р<0,01	Термоасиметрія, Р<0,01
До операції	15	32,4±0,3	0,53±0,09
На 3-тю добу після операції	15	35,1±0,4	1,16±0,01
На 6-ту добу після операції	15	33,1±0,6	0,64±0,01
Контрольна група	15	32,5±0,3	0,5±0,1

Таблиця 2

Результати кількісного аналізу ЕМГ після протезування у хворих, прооперованих з приводу поглиблення присінка порожнини рота, М±m

Параметри ЕМГ	Довільне жування протезами, виготовленими після реконструктивної пластики присінка порожнини рота, n=18		
	У день здачі	Через 3 міс	Через 12 міс
Правий жувальний м'яз			
середній час активн., мс	213,0±26,1	181,0±13,4	162,0±12,1
середній час спокою, мс	159,0±16,4	164,0±12,4	169,0±14,2
К*	1,18±0,10	1,09±0,03	1,01±0,06
амплітуда макс., мкВ	294,0±18,4	380,0±39,4	498,0±41,2
Лівий жувальний м'яз			
середній час активн., мс	251,0±24,4	174,0±19,5	159,0±18,3
середній час спокою, мс	159,0±19,3	161,0±19,4	173,0±8,8
К*	1,54±0,18	1,18±0,20	1,09±0,07
амплітуда макс., мкВ	261,0±35,4	334,0±26,4	439,0±48,4
	Р<0,05	Р<0,05	Р<0,05

зумовлені наявністю м'якотканних утворів, що погіршують фіксацію та стабілізацію протезів і потребують передпротезної хірургічної корекції.

2. Завдяки комплексному використанню остеотропного препарату гапкол з насиченням його магніоліном та опромінення післяопераційної рани гелій-неоновим лазером нам вдалося досягти сприятливого перебігу післяопераційного періоду без ускладнень у всіх хворих.

3. Вестибулопластика завдяки удосконаленій нами методиці дає можливість прискорити протезування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абоянц Р. К., Истратов Л. П., Шехтер А. Б. Гапкол — новый остеопластический материал // Стома-

тология. — 1996. — № 5. — С. 23-25.

2. Богашова Л. Я., Сырык В. А., Мельник В. Л. Хирургические методы в комплексном лечении зубочелюстных аномалий и деформаций: Метод. рекомендации. — Полтава, 2001. — 20 с.

3. Варес Э. Я. Нуждаемость населения в зубных протезах // Стоматология. — 1983. — № 2. — С. 79-80.

4. Лабунец В. А. Рівень забезпеченості дорослого міського населення України зубними протезами // Новини стоматології. — 1999. — № 2. — С. 49-50.

5. Лабунец В. А., Морозов И. Е., Новицкий В. Б. Методы подготовки тканей протезного ложа к протезированию съёмными пластиночными протезами // Вісник стоматології. — 2000. — № 1. — С. 62-64.

6. Davis H. Preprosthetic surgery // Fonseca K., Davis H. Reconstructive preprosthetic oral and maxillofacial surgery. — London: Mosby, 1995. — P. 733-742.

