2. Назначение женщинам с МЗО и дефицитом эстрадиола в ПРВ эстрогенсодержащих контрацептивных препаратов способствует снижению частоты и тяжести проявлений ББИМ.

1. Глезер М. Г. Стабильная стенокардия: пособие для врачей общей практики / Глезер М.Г.; Киселева И.В.; Новикова М.В.; Шокина Т.В. - Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова, фак. послевуз. образования врачей, каф. профилактич. и неотлож. кардиологии. - Изд. 2-е, доп. и испр. - Москва: Медиком, 2012. - 125 с.
2. Шимановский Н.Л. Комплексное влияние женских половых стероидных гормонов на сердечно-сосудистую систему: польза и риск //Международный медицинский журнал, 2007. - № 3. – С. 51-55.
3. Сметник В.П. Руководство по климаксу: Руководство для врачей /Под ред. В.И. Кулакова, В.П. Сметник. - М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 685 с., ил.
4. Сметник В.П. Лечение климактерических расстройств. / Медицинский совет // 2007. - № 4. – С.38-43.
5. Азаренкова Т.А. Роль заместительной гормональной терапии в модификации факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин с ранним эстрогенодефицитом /Автореферат дисс. ... к.м.н. – Челябинск, 2011.- 22 с.
6. Ford E. S., Capewell S. Proportion of the decline in cardiovascular mortality due to prevention versus treatment: public health versus clinical care. Annu Rev Public Health. 2011. Apr 21;32:5-22.
7. Dmitriev A.N., Khabibulina M.M. The psychovegetative status and episodes of the without a pain myocardium ischemia of the myocardium at Metabolically healthy adiposity at women in the of menopausal transition period // Norwegian Journal of development of the International Science, 2018, v. 20(1). - p. 35-41.
8. Robertson L.L., Aneni E.C., Maziak W., et al. Metabolically healthy obese phenotype & its association with clinical/subclinical cardiovascular disease and all-cause mortality – a systematic review. // BMC Public Health. 2014;14:14.
9. Christgau S., Tanko L. B., Cloos P. A. et al. Suppression of elevated cartilage turnover in postmenopausal women and in ovariectomized rats by estrogen and a selective estrogen-receptor modulator (SERM) // Menopause. 2004; 11: 508–518.
10. Иоселиани Д. Г. Поражение венечных артерий и клиническое течение ИБС у женщин репродуктивного возраста / Д. Г. Иоселиани, Е. Е. Ковалева // Актуальные вопросы кардиологии. — 2006. — Ч. 3. — С. 391-410.

Максимова Н.В.

Сравнительная оценка послеоперационного периода при различных методиках углубления преддверия полости рта у пациентов с полным отсутствием зубов

ФГБОУ ВО «Рязанский медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»

*Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Рязань)*

doi 10.18411/gq-31-07-2018-08

idsp 000001:gq-31-07-2018-08

Аннотация

В статье приводятся сравнение и клинический анализ течения послеоперационного периода при проведении некоторых методик углубления преддверия полости рта во фронтальном отделе нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов на нижней челюсти.

Ключевые слова: вестибулопластика, полное отсутствие зубов, послеоперационный период, преддверие полости рта.

По данным многих авторов, количество пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов, нуждающихся в протезировании, составляет от 15-46% и с каждым годом неуклонно растёт [1]. Особую проблему для врача-ортопеда представляет собой протезирование пациентов с полным отсутствием зубов и

неблагоприятными клиническими условиям, проявляющиеся в выраженной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти, низким прикреплением мимической и жевательной мускулатуры и как следствием этого, мелким преддверием полости рта [2].

Маленькая глубина преддверия полости рта, особенно на беззубой челюсти является основным показанием к проведению вестибулопластики [3]. На сегодняшний день существует огромное разнообразие методик по хирургической коррекции мелкого преддверия полости рта, большинство из которых уже устарели. Также известно, что многие методики по углублению преддверия полости рта образуют значительных размеров раневой дефект, который заживает вторичным натяжением. Поэтому, актуальным является модифицирование ранее существующих методик хирургического лечения данной патологии с целью улучшения состояния тканей протезного ложа и условий для протезирования пациентов с полным отсутствием зубов.

Целью исследования является проведение анализа некоторых методик по углублению преддверия полости рта в сравнении с модифицированной методикой.

Материал и методы исследования. В ходе данного исследования приняли участие 21 пациент в возрасте от 65 до 75 лет без распределения по гендерному признаку. Все пациенты не имели общесоматических хронических заболеваний в декомпенсированной форме, психических отклонений, острых заболеваний слизистой оболочки полости рта на момент оперативного вмешательства, а также противопоказаний к проведению местного обезболивания. Учитывая возраст больных, от всех было получено разрешение от их лечащих врачей по основному соматическому заболеванию на проведение хирургического вмешательства.

В зависимости от методики хирургического вмешательства по поводу углубления преддверия полости рта при полном отсутствии зубов пациенты были разделены на 3 группы по 7 человек в каждой. Всем больным независимо от группы исследования операцию проводили во фронтальном отделе нижней челюсти под местной инфильтрационной анестезией раствором Артикаина 4%. Пациентам 1 группы проводили вестибулопластику по Кларку, 2 группы – по Эдлану-Мейхеру и 3 группы – по модифицированной методике.

Согласно методике Кларка разрез слизистой оболочки выполняли вдоль альвеолярного края по метсу прикрепления подвижной слизистой оболочки, которую затем по всей длине отслаивали и смещали в сторону красной каймы нижней губы на 10-12 мм с подлежащими мягкими тканями. Отслоенный таким образом лоскут подшивали к надкостнице рассасывающимися швами кетгут 4,0. В результате проведенной операции образовывалась раневая поверхность с вестибулярной стороны альвеолярного отростка [4].

Методика по Эдлану-Мейхеру, которая проводилась пациентам 2 группы, заключалась в формировании слизистого лоскута, отступая в сторону красной каймы нижней губы на 10-12 мм. После отслаивания слизистого лоскута мягкие ткани отслаивались тупым путем с помощью распатора к передней поверхности альвеолярного отростка, покрывая тем самым обнаженную надкостницу, и к ней фиксировали лоскут на всем протяжении рассасывающимися швами. В процессе данной хирургической операции формировалась открытая раневая поверхность на внутренней стороне нижней губы [4].

Пациентам 3 группы исследования проводили хирургическую коррекцию мелкого преддверия полости рта модифицированным способом, сочетающим

формирование лоскута и его апикальное смещение. Для этого производили горизонтальный разрез слизистой оболочки полости рта по границе кератинизированной десны и подвижной части слизистой оболочки преддверия полости рта с образованием слизистого лоскута, отслаивали слизистую оболочку от комплекса подслизистых тканей на глубину 4-7 мм. Отслоенный от линии горизонтального разреза к челюсти слизистый лоскут опускали в глубину вновь созданного преддверия полости рта, при этом подшивая свободный край слизистого лоскута к надкостнице. Образованную раневую поверхность закрывали коллагеновой мембраной, смоченной гелем Клипдент на основе гиалуроновой кислоты.

Для достижения поставленной цели применялись объективные клинические показатели в ранний послеоперационный период - повышение температуры тела, отек окружающих мягких тканей, отек слизистой оболочки в области раны, гиперемия слизистой оболочки, вид и заживление раны и субъективные ощущения выраженность и длительность болевого синдрома. В отдаленный послеоперационный период (на 21 сутки) оценивалась глубина вновь сформированного преддверия полости рта, состояние слизистой оболочки, наличие формирования рубцов.

Результаты исследования. В ранний послеоперационный период жалобы на постоянную боль разной интенсивности предъявляли все пациенты 1 и 2 групп в течение 4 - 6 дней. На протяжении всего периода эпителизации ран пациенты этих групп жаловались на боли при приёме пищи и разговоре. В 3 группе исследования на боли в послеоперационный период в течение первых суток после операции жаловались 2 человека (28,5%). Послеоперационной отёк мягких тканей и инфильтрация нижней губы в области хирургического вмешательства отмечались у пациентов в 1 группе на протяжении 2-3 дней, у больных во 2 группе - на протяжении 3-5 дней. В 3 группе явления послеоперационного отёка наблюдались лишь в области нижней губы в течение 1-2 дней. Повышения температуры тела до субфебрильных цифр в первый день после операции не отмечалось. Эпителизация раневой поверхности слизистой оболочки у пациентов 1 и 2 групп происходила вторичным натяжением к 8-10 дню после операции, тогда как у пациентов 3 группы эти сроки составили 5-7 дней, и заживление раневого дефекта было первичным натяжением.

Визуальный осмотр на 10-е сутки после операции установил, что у пациентов 3 группы коллагеновая мембрана заместила вновь образованными тканями десны, с увеличением глубины преддверия полости рта в среднем на 5 мм, рана зажила без признаков рубцевания, отека тканей не наблюдалось. У пациентов 1 и 2 групп глубина сформированного на 4-5 мм преддверия полости рта сократилась до 2-3 мм. Клинический осмотр места проведения операции на 21-е сутки показал, что у пациентов 1 и 2 групп глубина преддверия во фронтальном отделе нижней челюсти сформировалась на 2-4 мм больше прежних размеров, а в 3 группе, раневая поверхность которым закрывалась коллагеновой мембраной, смоченной гелем Клипдент на основе гиалуроновой кислоты, преддверие сформировалось глубже на 3-5 мм от исходных значений. Хотелось бы отметить, что у пациентов основной группы в послеоперационный период общее состояние не страдало и не наблюдалось обострение соматических фоновых заболеваний. Приём пищи проходил в обычном режиме. У пациентов 1 и 2 групп в связи с более выраженными болевыми ощущениями употребление пищи было затруднено, что в 2- случаях спровоцировало обострение болезненного состояния со стороны желудочно-кишечного тракта.

Вывод. Проведенное исследование показало, что независимо от открытой методики хирургической коррекции мелкого преддверия полости рта, особенной у пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов, лучшие условия для заживления послеоперационного раневого дефекта создаются путем закрытия раны коллагеновой мембраной, а дополнительное использование препаратов на основе гиалуроновой кислоты способствует снижению воспалительных изменений, улучшению эпителизации и ускорению заживления раны образовавшейся после проведения открытых методик по углублению преддверия полости рта. 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 модифицированным методом.

1. Загорский В.А. Протезирование при полной адентии. М: Медицина -2008. 376 с.
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.