

# EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS TECHNIQUES FOR CORRECTING THE VESTIBULE OF THE ORAL CAVITY AT THE TOOTHLESS MANDIBLE IN PREPARATION FOR PROSTHETICS

**Maksimova N.V. (Russian Federation) Email: Maksimova56@scientifictext.ru**

*Maksimova Natalia Vladimirovna - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
DEPARTMENT OF SURGICAL DENTISTRY,  
RYAZAN MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER ACADEMICIAN I.P. PAVLOV  
MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION, RYAZAN*

**Abstract:** *the article evaluates the effectiveness of various techniques for correcting the vestibule of the oral cavity in patients with complete absence of teeth on the lower jaw in elderly and senile patients on the basis of clinical analysis of the course of the postoperative period. The aim of the study was to evaluate the effectiveness of various techniques for correcting the vestibule of the oral cavity in patients with complete absence of teeth on the lower jaw in elderly and senile patients on the basis of clinical analysis of the course of the postoperative period.*

*In the study, in which 61 elderly patients with unfavorable clinical conditions on the lower jaw took part, the most frequently used techniques for surgical correction of the oral cavity were considered, and in connection with which the patients were divided into 4 study groups. To achieve this goal, objective clinical indicators were used in early postoperative as well as subjective sensations in the form of severity and duration of pain syndrome. Based on the results of the study, it can be concluded that the patients of the 4 groups who used the modified oral cavity correction technique were less painful after the surgery, the healing and epithelization processes were shortened, and this technique was recommended for effective correction of the small-sized oral cavity in elderly patients with full absence of teeth on the lower jaw at the stage of pre-prosthetic preparation of the oral cavity.*

**Keywords:** *attached gingiva, vestibuloplasty, depth of the vestibule of the oral cavity, technique of deepening the vestibule.*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК КОРРЕКЦИИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА НА БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ Максимова Н.В. (Российская Федерация)

*Максимова Наталья Владимировна - кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра хирургической стоматологии  
Рязанский медицинский университет имени академика И.П. Павлова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань*

**Аннотация:** *в статье приводится оценка эффективности различных методик коррекции преддверия полости рта у пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста на основании клинического анализа течения послеоперационного периода. Целью исследования явилась оценка эффективности различных методик коррекции преддверия полости рта у пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста на основании клинического анализа течения послеоперационного периода.*

*В исследовании, в котором приняли участие 61 пациент пожилого возраста с неблагоприятными клиническими условиями на нижней челюсти рассматривались наиболее часто используемые методики по хирургической коррекции преддверия полости рта и в связи с чем пациенты были разделены на 4 группы исследования. Для достижения поставленной цели применялись объективные клинические показатели в ранний послеоперационный, а также субъективные ощущения в виде выраженности и длительности болевого синдрома. По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что пациентам 4 группы, которым применялась модифицированная методика коррекции преддверия полости рта послеоперационный период менее болезненен, сократились сроки процессов заживления и эпителизации, позволяет рекомендовать данную методику для эффективной коррекции мелког преддверия полости рта у пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов на нижней челюсти на этапе предпротезной подготовки полости рта.*

**Ключевые слова:** *прикрепленная десна, вестибулопластика, глубина преддверия полости рта, техники углубления преддверия.*

В настоящее время демографические показатели свидетельствуют о том, что отмечается неуклонный рост числа пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов [1]. Протезирование беззубой нижней челюсти у пожилых пациентов представляет определенные трудности для врачей- ортопедов в связи с неблагоприятными клиническими условиями, которые проявляются выраженной атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти, низким прикреплением мимической и жевательной мускулатуры и, соответственно, уменьшением глубины преддверия полости рта [2]. По данным литературных источников наличие таких предрасполагающих факторов как мелкое преддверие, уровень прикрепления уздечек губ, подслизистых тяжей оказывают огромное влияние на фиксацию и стабилизацию съемного протеза [3, 4]. На сегодняшний день известно много методик по хирургической коррекции мелкого преддверия полости рта. Однако большинство методик по углублению преддверия полости рта образуют раневой дефект значительных размеров, который заживает вторичным натяжением. Многие авторы отмечают, что в связи с возрастными изменениями происходит замедленное заживление послеоперационных ран, что связано с микроциркуляторными изменениями в зоне хирургического вмешательства. Актуальной представляется задача модифицирования ранее существующих методов хирургического лечения данной патологии с целью улучшения состояния тканей протезного ложа и условий для протезирования пациентов с полным отсутствием зубов.

**Целью работы** является оценка эффективности различных методик коррекции преддверия полости рта у пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста на основании клинического анализа течения послеоперационного периода.

**Материал и методы исследования.** Объектом данного исследования стали 61 пациент в возрасте от 65 до 75 лет без распределения по гендерному признаку. Критериями включения в исследование стали пациенты с выраженной атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти 2-3 типа по Келлеру и слизистая оболочка протезного ложа которых соответствовала 3 классу по Суппле. При визуальном осмотре слизистая оболочка протезного ложа физиологической окраски, без рубцов и высыпаний. Все пациенты на момент хирургического лечения не имели общесоматических хронических заболеваний в декомпенсированной форме, психических отклонений, острых заболеваний слизистой оболочки полости рта, 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 4 группы по 17 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 (17 человек) проводили вестибулопластику по Кларку, 2-я группа — пациенты, которым проводилась туннельная вестибулопластика по Грудянову—Ерохину (17 человек), 3 группа (17 человек) — по Эдлану-Мейхеру и 4 группа (17 человек) — по модифицированной методике с использованием коллагеновой мембраны для закрытия раневого дефекта.

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 и обсуждение.** В ранний послеоперационный период жалобы на постоянную боль разной интенсивности предъявляли все пациенты 1 и 3 групп в течение 4 - 6 дней. На протяжении всего периода эпителизации ран пациенты этих групп жаловались на боли при приеме пищи и разговоре. Пациенты 2 группы предъявляли жалобы на умеренные боли в течение двух дней после операции. В 4 группе исследования на боли в послеоперационный период в течение первых суток после операции жаловались 2 человека (11,8%). Послеоперационной отёк мягких тканей и инфильтрация нижней губы в области хирургического вмешательства отмечались у пациентов в 1 и 3 группах на протяжении 2-3 дней, у больных во 2 группе - на протяжении 3-5 дней. В 4 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 3 групп происходила вторичным натяжением к 8-10 дню после операции, тогда как у пациентов 3 и 4 групп 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 4 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 4 группы в послеоперационный период общее состояние не страдало и не наблюдалось обострение соматических фоновых заболеваний. Приём пищи проходил в обычном режиме. У пациентов 1, 2 и 3 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:** учитывая данные проведенного исследования, показывающие, что у пациентов 4 группы, которым применялась модифицированная методика коррекции преддверия полости рта послеоперационный период менее болезненен, сократились сроки процессов заживления и эпителизации, позволяет рекомендовать данную методику для эффективной коррекции мелкого преддверия полости рта у пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов на нижней челюсти на этапе предпротезной подготовки полости рта.

#### *Список литературы / References*

1. *Загорский В.А.* Протезирование при полной адентии. М: Медицина 2008. с. 376 / *Zagorsky V.A.* Prosthesis with full adentia. M: Medicine 2008. p. 376.
2. *Грудянов А.И.* Новая методика хирургической коррекции преддверия полости рта / А.И.Грудянов, А.И.Ерохин // Пародонтология. 2001. №4 (22). с. 3-6 / *Grudyanov A.I.* A new technique for surgical correction of the oral cavity forward / A.I. Grudyanov, A.I. Erokhin // Parodontology. 2001. № 4 (22). p.3-6
3. *Грудянов А.И., Ерохин А.И.* Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. с. 128 / *Grudyanov AI, Erokhin AI* Surgical methods of treatment of periodontal diseases. M.: Medical news agency, 2006. p. 128.
4. *Степанов А.Е.* Френулопластика, вестибулопластика и основные операции на тканях пародонта. — М.: Паритет, 2000. с. 368 / *Stepanov AE* Frenuloplasty, vestibuloplasty and basic operations on periodontal tissues. M.: Parity, 2000. p. 368.