

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА МЕЛКОГО ПРЕДДВЕРИЯ РТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

### SURGICAL PREPARATION OF SMALL MOUTH VESTIBULE IN ELDERLY PATIENTS WITH THE ABSENCE OF TEETH ON THE LOWER JAW

**N. Maksimova  
N. Astashina**

**Summary.** Purpose. Evaluation of the effectiveness of collagen membrane COLLOST when closing the wound surface during surgical correction of the mouth vestibule in patients with a complete absence of teeth in the lateral areas of the lower jaw.

**Methods.** 18 patients were operated with Clark's technique of deepening of the oral cavity vestibule. The wound surface was closed by Collost collagen membrane during the operation in patients of the main group (10 people), and the wound surface was left open in patients of the comparison group (8 people) and the wound was healed by secondary tension.

**Results.** Based on the results of surgical correction of the oral cavity vestibule in the lateral parts of the lower jaw, it was revealed that when using the Collost collagen membrane, patients do not have a wound surface in the area of the newly formed vestibule of the oral cavity, there is no pain effect and the depth of the vestibule is formed by 3–5 mm more from the initial values.

**Summary.** Application of collagen membrane COLLOST is to be recommended when conducting vestibuloplasty operations with the aim of closing the wound surface of the newly formed vestibule of the oral cavity.

**Keywords:** removable prosthetics, collagen membrane, COLLOST, vestibuloplasty.

**Максимова Наталья Владимировна**

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Рязанский медицинский университет имени академика И. П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(г. Рязань)  
natali2411@bk.ru

**Асташина Наталья Борисовна**

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е. А. Вагнера» Минздрава России (г. Пермь)

**Аннотация.** Цель. Оценка эффективности использования коллагеновой мембраны КОЛЛОСТ® при закрытии раневой поверхности во время хирургической коррекции преддверия рта у пациентов с полным отсутствием зубов в области боковых отделов нижней челюсти.

**Методы.** Прооперированы 18 пациентов методикой углубления преддверия полости рта по Кларку. Пациентам основной группы (10 человек) раневая поверхность во время операции закрывалась коллагеновой мембраной КОЛЛОСТ®, а раневая поверхность пациентам группы сравнения (8 человек) оставалась открытой и рана заживала вторичным натяжением.

**Результаты.** На основании результатов хирургической коррекции преддверия полости рта в боковых отделах нижней челюсти было выявлено, что при использовании коллагеновой мембраны КОЛЛОСТ® у пациентов отсутствует раневая поверхности в области вновь сформированного преддверия полости рта, отсутствует болевой эффект и глубина преддверия формируется на 3–5 мм больше от исходных значений.

**Выводы.** Применение коллагеновой мембраны КОЛЛОСТ® быть рекомендовано при проведении вестибулопластических операциях с целью закрытия раневой поверхности вновь сформированного преддверия полости рта.

**Ключевые слова:** съемное протезирование, коллагеновая мембрана, КОЛЛОСТ®, вестибулопластика.

**П**о данным официальной статистики, в Российской Федерации свыше 40% населения составляют люди пожилого и старческого возраста [3], у которых страдает не только соматическое здоровье, но и стоматологическое здоровье. В работах ряда авторов отражается, что количество пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов, нуждающихся в протезировании, колеблется от 15 до 46%. [1, 5]. И для данной категории больных, восстановление функции, анатомии и физиологии ротовой полости съемным пластиночным

протезом является самым распространенным видом ортопедической помощи.

Огромное значение для обеспечения долгосрочного положительного прогноза ортопедического лечения данной категории больных имеет специальная подготовка протезного ложа. Известно, что устойчивость протезов на беззубых челюстях обусловлена разнообразными механическими, физическими, физиологическими функциями, возникающими под

влиянием жевательного давления, и физическими процессами, протекающими между базисом протеза и слизистой оболочкой протезного ложа. Протез на беззубой верхней челюсти находится в более благоприятных условиях, в связи с тем, что количество мимических мышц, прикрепляющихся к верхней челюсти, минимально и они существенно не влияют на фиксацию протеза.

В настоящее время проблема ортопедического лечения пожилых пациентов с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, которым необходимо изготовить функционально полноценный протез на беззубую челюсть, представляет собой значительные трудности в виду анатомических возрастных особенностей, таких как небольшая протяженность протезного ложа, большая подвижность нижней челюсти вследствие прикрепленных к ней мышц, выраженная атрофия костной ткани и уменьшение глубины преддверия рта [2, 4].

Известно, что у людей старших возрастных групп затягиваются сроки выздоровления, неэффективными оказываются общепринятые методики лечения, ухудшается прогноз, как следствие, снижается качество жизни [6,7]. Зачастую, врачи-ортопеды, учитывая возраст пациентов и их соматические заболевания, стараются минимизировать объем хирургических вмешательств. Однако, существуют такие клинические ситуации, когда для получения положительного результата протезирования невозможно обойтись без хирургических реконструктивных вмешательств. К таким ситуациям относятся, прежде всего, это углубление мелкого преддверия полости рта.

Несмотря на огромное разнообразие операций по углублению преддверия полости рта, основными методиками применяемыми в отечественной клинической практике являются так называемые открытые операции с вторичной эпителизацией раневых поверхностей. Однако эти методики не всегда приемлемы, так как приводят к образованию обширной раневой поверхности. Такие операции на беззубых челюстях ограничены в связи с проблемой дефицита неизменной слизистой оболочки протезного ложа. Наиболее приемлемым методом углубления преддверия полости рта является операция с применением свободных десневых трансплантатов, позволяющих увеличить объем тканей и границы протезного ложа. Но в связи с тем, что у пациента проходит забирать десневой трансплантат и получать таким образом дополнительную раневую поверхность, эти оперативные методики не получили широкого распространения в отечественной стоматологии.

Продолжается поиск оптимальных хирургических методов коррекции мелкого преддверия полости рта

у пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов на нижней челюсти и особенно заслуживает внимания применение коллагеновой мембраны отечественного производства КОЛЛОСТ®, принцип действия которой заключается в стимуляции естественного процесса заживления повреждений.

Коллагеновое волокно в мембране сохраняет свою структуру, благодаря чему КОЛЛОСТ® способствует активному формированию новой здоровой ткани на месте повреждения. Сама мембрана при этом выполняет роль своеобразной матрицы: волокна из здоровой ткани, окружающей матрицу, внедряются в ее структуру и распространяются строго по ней. Сама по себе мембрана при этом подвергается процессу биодеградации. Использование коллагенового материала КОЛЛОСТ®, помимо основной функции, также предотвращает появление на месте повреждения слизистой оболочки рубцов.

#### Цель исследования

Оценить эффективность использования коллагеновой мембраны КОЛЛОСТ® при закрытии раневой поверхности во время хирургической коррекции преддверия рта у пациентов с полным отсутствием зубов в области боковых отделов нижней челюсти.

#### Материал и методы исследования

В процессе комплексного обследования совместно с врачом-ортопедом были выбраны 18 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, из которых 10 пациентов составили основную группу исследования и 8 — группу сравнения. Распределение пациентов по гендерному признаку не проводилось. Работа была проведена в условиях стоматологической клиники «Прайм-стоматология» (г. Рязань). Критериями включения в исследование стали:

1. Пациенты, которым протезирование проводилось повторно в связи с невозможностью ношения старого протеза из-за его балансировки, постоянного скидывания протеза при приеме пищи и разговоре.
2. Пациенты, у которых утрата зубов произошла более 7–10 лет, что способствовало выраженной атрофии альвеолярного отростка.
3. Пациенты с 2–3 типом атрофии нижней челюсти по Келлеру.
4. Пациенты, слизистая оболочка протезного ложа которых, соответствовала 3 классу по Суппле — разрыхленная слизистая оболочка.

При визуальном осмотре слизистая оболочка протезного ложа физиологической окраски, без рубцов

и высыпаний. Те пациенты, у которых в результате пользования балансирующим съёмным протезом был диагностирован 4 класс по Суппле в виде «болтающегося гребня» в исследовании участия не принимали в виду проведения им других методов хирургической коррекции протезного ложа. Учитывая пожилой и старческий возраст всех, участвующих в исследовании пациентов, и наличием у них соматических заболеваний они были направлены на консультацию к лечащим их врачам-терапевтам, кардиологам. От всех пациентов были получены заключения, разрешающие проведение хирургического лечения. Лечение проводилось после получения письменного согласия от каждого пациента.

Согласно концепции хирургического лечения всем 18 пациентам была проведена операция по углубления преддверия рта в боковых отделах нижней челюсти по методу Кларка: после проведенного адекватного обезболивания производили разрез скальпелем отступя от гребня альвеолярного отростка 2–3 мм и смещали слизистую оболочку с имеющимися тяжами и мышечными волокнами в сторону преддверия рта на 4–6 мм. Слизистую оболочку подшивали к окружающим тканям рассасывающимся шовным материалом кетгут 4,0–5,0. Пациентам группы сравнения (8 человек) после операции накладывали на раневую поверхность пленку диплен-дента и в дальнейшем раневая поверхность зажила вторичным натяжением. Пациентам данной группы были даны рекомендации по уходу за раной в послеоперационный период: обработка водным 0,05% раствором хлоргексидина 2–3 раза в день на протяжении 7 дней, местно холод в течение 2–3 дней после операции, для обезболивания раневой поверхности рекомендовали нанесение на рану геля Камистад, начиная с 4 суток с целью ускорения эпителизации обработка раневой поверхности солкосерил-адгезивной дентальной пастой дней 5–7. Обязательным условием для пациентов данной группы было проведение миогимнастики, начиная с 3–4 суток после операции в течение 14–20 дней с целью предотвращения рецидива.

10 пациентом основной группы во время операции на всю раневую поверхность накладывали коллагеновую мембрану КОЛЛОСТ®, которую дополнительно подшивали к области созданного преддверия рассасывающимся шовным материалом. Согласно инструкции производителя перед использованием мембраны, её моделировали по длине раны (ширину в среднем делали одинаковой — 4–5 мм) для обеспечения полного прилегания ко всем стенкам и дну раны, так как между материалом и раневым дефектом не должно быть полостей. Затем помещали на 10–15 минут в теплый (температура 35–37 °С) стерильный раствор натрия хлорида изотонического 0,9% для увеличения пластичности. Пациентам

данной группы были также даны рекомендации по уходу за раной, которые заключались в антисептической обработке рта водным 0,05% раствором хлоргексидина 2–3 раза в день на протяжении 7 дней, местно холод в течение 2–3 дней после операции.

## Результаты

Результаты работы оценивались на основании таких показателей:

- ◆ раннего послеоперационного периода (до 7 суток), как боль, повышение температуры тела, отек окружающих мягких тканей, отек слизистой оболочки в области раны, гиперемия слизистой оболочки;
- ◆ показателей в отдаленный послеоперационный период (на 21 сутки) — глубина вновь сформированного преддверия полости рта, состояние слизистой оболочки, наличие формирования рубцов;
- ◆ На основании устного опроса выясняли длительность болевого периода, общего дискомфорта в послеоперационный период, трудностей в проведении миогимнастики.

Ранний послеоперационный период у пациентов основной группы протекал без особенностей. Первый осмотр проводился на 2-и сутки после операции. Жалобы на незначительный отек окружающих мягких тканей предъявляли только 2 пациента из 10, по сравнению с подобными жалобами у пациентов группа сравнения — 6 из 8 пациентов. Повышения температуры тела не было отмечено ни у одного пациента. При визуальном осмотре раневой поверхности на 2-сутки выявлено: у пациентов основной группы незначительная гиперемия наблюдалась у 4-х из 10 больных, у пациентов группы сравнения — у всех больных. При повторном осмотре операционной раны на 5-е сутки в основной группе — слизистая оболочка физиологической окраски, в группе сравнения — у 5-ти пациентов сохранялась незначительная гиперемия и отек слизистой оболочки. На болевые ощущения в ране предъявляли жалобы только пациенты группы сравнения, даже при осмотре на 7-сутки. Со слов пациентов основной группы, болезненные ощущения беспокоили их в первые сутки после операции. Визуальный осмотр на 10-е сутки после операции установил, что у пациентов основной группы коллагеновая мембрана заместила вновь образованными тканями десны, с увеличением глубины преддверия полости рта в среднем на 4мм, рана зажила без признаков рубцевания, отека тканей не наблюдалось. У пациентов группы сравнения глубина сформированного на 4–5 мм преддверия полости рта сократилась на 2–3 мм. Осмотр места проведения операции на 21-е сутки показал, что у пациентов группы сравнения глубина преддверия

в боковых отделах нижней челюсти сформировалась на 1–3 мм больше прежних размеров, а в основной группе, раневая поверхность которым закрывалась коллагеновой мембраной, 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 группы сравнения 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

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что у пациентов с неблагоприятными условиями для протезирования беззубой нижней челюсти применение коллагеновой мембраны КОЛЛОСТ® при вестибулопластических операциях даёт положительные результаты разные сроки лечения, такие как отсутствие раневой поверхности в области вновь сформированного преддверия полости рта, отсутствие болевого эффекта и возможность восстановления глубины преддверия при дефиците неизменной слизистой.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Загорский В. А. Протезирование при полной адентии. М: Медицина –2008. 376 с.
2. Дапприх Ю., Ойртманн Э. Протезирование при полной адентии. М: ИД «Азбука стоматолога»–2007. 180 с.
3. Иорданишвили А. К. и др. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2010. Т. 23. № 4. 644–651 с.
4. Методы фиксации стабилизации полного съёмного пластиночного протезов: учеб.-метод. пособие /С. А. Наумович [и др.].— Минск: БГМУ, 2009. — 28 с.
5. Садыков М. И. Успехи и неудачи при реабилитации больных с полным отсутствием зубов. — Самара: Офорт, 2004. — 167 с.
6. Ткаченко Т. Б. Влияние стоматологического статуса на качество жизни пациентов старших возрастных групп // Успехи геронтологии. 2008. Т. 21. № 2. С. 327–320.
7. MacEntee M. I., Nolan A., Thomason J. M. Oral mucosal and osseous disorders in frail elders // Gerodontology. 2004. Vol. 21. № 2. P. 78–84.

© Максимова Наталья Владимировна (natali2411@bk.ru), Асташина Наталья Борисовна.  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Рязанский медицинский университет имени академика И.П. Павлова