

болезненность не определялись. Данные исследования динамики состояния ВНЧС по клиническому индексу М. Helkimo до и после проведенного зубопротезирования представлены в таблице 2.

Показатель индекса (в баллах)	До лечения		После лечения		После 3-х лет с момента лечения	
	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
Отсутствие дисфункции	-	-	39	45,9	44	51,8
Легкая степень (1-4 балла)	47	55,3	41	48,2	37	43,5
Средняя степень (5-9 баллов)	38	44,7	5	5,9	4	4,7

Таблица 2. Показатели дисфункции ВНЧС у пациентов с двусторонними концевыми дефектами зубных рядов по индексу М. Helkimo
о и после проведенного ортопедического лечения (n = 85)

Таким образом, из таблицы 2 следует, что после проведенного лечения, показатель отсутствия признаков дисфункции ВНЧС зафиксирован у 39 человек и составил 45,9% от общего числа обследуемых. По прошествии 3-х лет количество пациентов с отсутствием патологии ВНЧС увеличилось и составило 44 человека (51%).

Также было отмечено снижение количества пациентов с лёгкой степенью дисфункции, которая отмечалась у 41 человека (48,2%) сразу после лечения и у 37 человек (43,5%) через 3 года после лечения.

Частота проявления дисфункции средней степени по шкале Helkimo свелась к минимальным значениям после лечения и обследования у 5 чел. (5,9%) и сохранилась у 4 чел. (4,7%) после 3-х лет с момента возмещения двусторонних концевых дефектов зубных рядов протезами.

Заключение. В результате проведенного исследования было установлено, что ортопедическое лечение двусторонних концевых дефектов зубных с использованием различных конструкций зубных протезов рядов позволяет не только восстановить целостность зубного ряда, но и улучшить функциональное состояние височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Адекватные реабилитационные мероприятия заметно снижают показатель степени выраженности боли, что характеризуется улучшением самочувствия и отсутствием неудобств у пациентов. Физиологический прикус способствует более качественному пережевыванию пищи, что улучшает пищеварение, приводит к восстановлению артикуляции и окклюзии, формирует новые стереотипы движений челюсти при жевании, глотании и речи, что неизбежно изменяет функциональное состояние элементов ВНЧС и жевательной мускулатуры, и, следовательно, повышает уровень качества жизни пациентов в целом.

Поварков С.М.¹, Петров Б.В.¹, Оганесян А.А.², Кубкина А.В.¹, Одарченко К.С.²
СЛУЧАЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С ДЕФЕКТОМ ДНА ПОЛОСТИ
РТА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ И ПЛАСТИКОЙ
ЛОСКУТОМ С НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ

¹Воронежский областной клинический онкологический диспансер, г. Воронеж

²Межрегиональный центр стоматологических инноваций
им. Б.В. Трифонова НИУ «БелГУ», Белгород

Актуальность. Несмотря на широкий спектр методов ранней диагностики, более 60% опухолей полости рта выявляются на III-IV стадиях. В настоящее время стандартизованный показатель заболеваемости раком полости рта в России в 2021 году на 100 тысяч населения

составил: среди мужчин – 9,16 случаев, среди женщин – 3,93 случаев. В 2021 году в России было зарегистрировано 9217 новых случаев рака слизистой оболочки полости рта, при этом средний возраст заболевших составил 62 года. В связи с этим выявление факторов, способных улучшить результаты лечения, уменьшить частоту послеоперационных осложнений, повлиять на прогноз или качество жизни пациентов, можно рассматривать как актуальную область исследований. При этом, важной проблемой является определение хирургической тактики в применении наиболее оптимального метода реконструкции для устранения образовавшегося дефекта.

Цель исследования: определение наиболее оптимального метода хирургической реконструкции дефекта у пациентов со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. Мы располагаем случаем реабилитации пациента Б. в возрасте пятидесяти пяти лет с диагнозом рак дна полости рта ст. II T2N0M0, гистологический диагноз – плоскоклеточный ороговевающий рак. В 2021 год в БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер» было проведено хирургического лечения в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи справа, резекцией дна полости рта с одномоментной реконструкцией дефекта лоскутом с носогубной складки. Оперативное лечение заключалось в удалении опухоли с последующим замещением дефекта лоскутом с носогубной складки. Носогубной лоскут относится к кожным лоскутам, который обладает тонкой кожей, но способной в полной мере заместить дефект слизистой оболочки дна полости рта. Формировался лоскут по соотношению ширины к длине 1:3. В послеоперационном периоде проведен курс лучевой терапии СОД 70 Гр. (рисунок 1, 2).



Рисунок 1.

Рисунок 2.

Результаты исследования и их обсуждение. Серьезных послеоперационных осложнений в применении данной методики обнаружено не было. Отмечено полное приживление лоскута. При этом в полной мере у пациентов сохранились функции речи, жевания и глотания. Замещение дефекта вышеизложенной методикой выполнялись у пациента с полной вторичной адентией. Особенностью данного способа является то, что после вторичной реваскуляризации лоскута, а также проведения корректирующих операций возможно улучшение условий фиксации съемного протеза. Ортопедическая реабилитация проведена в МЦСИ им. Трифонова Б.В. НИУ «БелГУ» проведено полное съемное протезирование с применением современных высокотехнологических акрилатных материалов (рисунок 3,4).

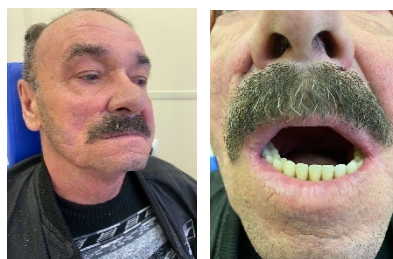


Рисунок 3

Рисунок 4

Заключение. Кожный лоскут с носогубной складки можно рассматривать как надежный вариант реконструкции дефектов дна полости рта при распространенности опухоли соответствующих T1-T2 и полной вторичной адентии. При использовании указанного лоскута при реконструкции дефектов дна полости рта можно добиться стабильной фиксации съемного протеза с получением удовлетворительных эстетических и функциональных результатов.

Пашук А.П., Пашук А.П., Пискур В.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Без преувеличения, развитие лазерных технологий в стоматологии идет стремительными темпами. Совершенствуются сами лазеры, появляются новые методики и протоколы малоинвазивных высокоэффективных вмешательств. Наконец, падают цены на это совсем недешевое оборудование.

Однако необходимо отметить, что лазерные установки еще не получили широкого распространения в стоматологических кабинетах и на сегодняшний день.

Что необходимо сделать для того, чтобы лазер занял свое место в перечне стоматологического оборудования? Что надо изменить для того, чтобы весь потенциал, заложенный в эту многообещающую инновационную технологию, был полностью реализован? Какие назрели изменения в системе образования в связи с постоянным появлением новых технологий в стоматологии?

В медицине и, в частности, в стоматологии технологический прорыв в последние несколько лет прослеживается буквально по всем направлениям. Это и применение уникальных систем в рентгенодиагностике – появились дентальные компьютерные томографы, которые позволяют даже в небольших клиниках иметь новые возможности планирования стоматологических операций. Это и появление уникальных возможностей в эндодонтии, которые заставляют пересматривать подходы к последующему лечению. Это, конечно же, лазерные технологии, которые применяются практически во всех областях новейших технологических разработок.

Можно бесконечно говорить о клиническом применении лазера для препарирования мягких и твердых тканей, эндодонтического лечения, его использовании при проведении сложнейших операций – я имею в виду, не технологически сложных, а периодонтологически и имплантологически связанных с лечением пациентов, имеющих соматическую патологию. Существует много противопоказаний для современных методов лечения, в том числе и костной пластики, связанных с наличием соматических патологий, при которых резистентность тканей нарушена, очень плохо и вяло идет регенерация, а после операций мы вынуждены назначать антибиотики и антибактериальную терапию, что резко еще более ухудшает состояние и регенерацию тканей, а также общее соматическое состояние пациента. Все это сильно ограничивает широкое применение подобного рода периодонтологических и имплантологических операций у лиц, имеющих сопутствующую патологию.

Все мы прекрасно понимаем, что и периодонтология, и имплантология в первую очередь касаются людей в возрасте с пошатнувшимся здоровьем. Использование лазера – это путь применения щадящего препарирования и послеоперационного ведения, который позволяет, с одной стороны, уменьшить послеоперационную травму и селективно работать на измененных тканях, оставляя здоровые, и облегчить послеоперационный период с другой. Уже сейчас мы можем говорить, что даже после самых сложных и объемных операций мы можем вести послеоперационных пациентов без каких-либо антисептиков