

5. **Ярема Р. И.** Комплексная лимфологическая терапия воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (лимфотропно претрахеально и эндолимфатически) / Р.И. Ярема // Сб. тр. VI Всерос. науч.-практ. конф. «Образование, наука и практика в стоматологии». – С.-Петербург, «Человек», 2009. – С. 221 – 223.

6. **Чернух А. М.** Микроциркуляция / А. М. Чернух, П. Н. Александров, О. В. Алексеев // М.: Медицина, 1975. – 456 с.

7. Панченко Р. Т. Лимфостимуляция / Панченко Р. Т., Ярема И.В., Сильманович Е.Н Москва, «Медицина», 1986. – 360 с.

8. Буянов В. М. Лекарственное насыщение лимфатической системы / Буянов В. М., Данилов К. Ю., Радзиковский А.П. Киев, «Наукова думка», 1991. – 250 с.

9. **Комский М. П.** Оригинальная методика лечения хронической стадии травматического остеомиелита / М.П. Комский // Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины: тез. конф. – Днепропетровск, 1992. – С. 214 – 215.

10. **Комский М. П.** Экспериментально морфологическое обоснование нового метода внутриартериальной регионарной лимфотропной терапии / М. П. Комский // Фахове видання наукових праць II Національного Конгресу анатомів, гістологів, ембріологів і топографо-анатомів [“Актуальні питання морфології”]. – Луганськ, 1998. – С. 138-141.

11. **Комский М. П.** Внутриартериальная регионарная лимфотропная терапия травматических повреждений нижней челюсти / М. П. Комский. – Днепропетровск: ДМИ НМ, 1998. – 132 с.

12. **Комський М. П.** Технічне забезпечення довготривалої регіонарної внутрішньоартеріальної лімфотропної терапії запальних процесів щелепнолицьової ділянки / М.П. Комський // Матеріали наук. – практ. конф.: «Актуальні проблеми стоматології. Нові методики та технології».- Львів: Галдент, 1998. – С. 123-124.

Поступила 04.08.14



УДК 616.716.1/4 - 089.844:616.314.29 – 633

*А. І. Швець, к. мед. н.*

Вищий державний науковий заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

### **ВИКОРИСТАННЯ БІОКЕРАМІКИ «КЕРГАП» З «МАГНІКОЛІНОМ» У ПЕРЕДПРОТЕЗНІЙ ХІРУРГІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА, З МЕТОЮ ЗАКРИТТЯ ОРО-НАЗАЛЬНИХ І ОРО-АНТРАЛЬНИХ СПОЛУЧЕНЬ**

*Обстежено 58 пацієнтів з частковою або повною вторинною адентією і несприятливими клінічними умовами для протезування, обумовленими дефектами і деформаціями кісткової основи протезного ложа. Пластичні реконструктивні операції на щелепах проводили, застосовуючи біокераміку КЕРГАП в композиції з Магніколіном. Успіх операцій залежить від наступних чинників: спеціальних інструментів, шовного матеріалу, макро-мікроскопічного контролю хірурга за своїми маніпуляціями. Остеопластичні оперативні втручання дозволяють значно підвищити ефективність протезування.*

**Ключові слова:** остеопластична корекція, щелепи, протезне ложе, Кергап, Магніколін.

*А. И. Швец*

Высшее государственное учебное заведение "Украинская медицинская стоматологическая академия"

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОКЕРАМИКИ «КЕРГАП» С «МАГНИКОЛИНОМ» В ПРЕДПРОТЕЗНОЙ ХИРУРГИИ ПОЛОСТИ РТА, С ЦЕЛЮ ЗАКРЫТИЯ ОРО-НАЗАЛЬНЫХ И ОРО-АНТРАЛЬНЫХ СОУСТИЙ**

*Обследовано 58 пациентов с частичной или полной вторичной адентией и неблагоприятными клиническими условиями для протезирования обусловленными дефектами и деформациями костной основы протезного ложа. Пластические реконструктивные операции на челюстях проводили применяя биокерамику КЕРГАП в композиции с Магнициолином. Успех операций зависит от следующих факторов: специальных инструментов, шовного материала, макро-микроскопического контроля хирурга за своими манипуляциями. Остеопластические оперативные вмешательства позволяют значительно повысить эффективность протезирования.*

**Ключевые слова:** остеопластическая коррекция, челюсти, протезное ложе, Кергап, Магнициолин.

*A. I. Shvetc*

Higher medical educational institution of Ukraine "Ukrainian medical stomatological Academy"

**ANTEPROSTHETIC OSTEOPLASTIC CORRECTION  
OF ORTHOPEDIC BED OF JAWS WITH APPLICATION  
OF BIOCERAMICS "KERGAP" AND "MAGNICOLIN"**

*The clinical research, the surgical and orthopaedic threatment of 58 patients aged 42 to 70 (of which 30 were males and 28 females) have been conducted. Traditional radiological and electromyographic research was used to establish a diagnosis.*

*Types of conducted osteoplastic surgery (with patients break-down) as follows: 1. Immediate anaplasty of alveola after removal of individual teeth – 6 patients. 2. Direct innerseptum alveolaplasty – 7patients. 3. Correction of irregular surface of the bone of the alveolar ridge – 14 patients. 4. Removal of exostosis of maxillae – 11 patients. 5. Removal of hypertrophic palantine torus – 6 patients. 6. Decrease of palatine protrusion – 5 patients. 7. Mandible grafting - 4 patients. 8. Anaplasty of the maxillary bone defects – 5 patients.*

*Clinical and lab technologies of manufacturing removable laminar dental prosthesis were developed with due consideration of the recommended guidelines of prosthodontists (3). Statistical analysis was conducted using the Student criteria. Statistical differences were considered significant for  $p < 0,05$ .*

*The research of 58 subjects (patients) with partial or complete secondary adentia (edentulism) and unfavourable clinical conditions for prosthetics due to defects and deformations of the bone area of the basal seat was carried out. Plastic reconstruction surgery was conducted on the supermaxilla and mandibula using bioceramics KERGAP in conjunction with MAGNICOLIN. Immediate anaplasty of alveola after removal of individual teeth – bioceramics composite was used to fill in the alveolar socket, while Magnicolin was used to treat the sutures on the socket. Direct innerseptum alveolaplasty –KERGAP was used to fill in the alveolar socket, Magnicolin applied as above. Correction of irregular surface of the bone of the alveolar ridge – after hemostasis the composite of KERGAP and Magnicolin was applied to the whole surgery area and smoothed with a spatula, after which the composite was treated with the helium-neon laser. Removal of exostosis of maxillae - after the hemostasis a thin layer of KERGAP and Magnicolin composite was applied to the bone area of the wound. Osteoplastics correction of hypertrophic palantine torus - after the torus removal the bone area was treated with the KERGAP layer, subjected to helium-neon laser, following which a Magnicolin – saturated bandage was applied to the part of the palate. Decrease of palatine protrusion – after the bone protrusion was chiseled /corrected to the satisfactory shape, the bone area of the wound was filled with KERGAP and treated with laser according to the standard methods. Mandible grafting - KERGAP and MAGnicolin were used to perform contour anaplasty and achieve a desired shape; the wound was treated with Magnicolin and laser therapy. Anaplasty of the maxillary bone defects – wax-modelled bone base was used to create a porous bioceramics block in the KERGAP laboratory. In all types of the described above surgery KERGAP and Magnicolin were successfully used for surgery and post-surgical recovery. No complications or unwanted effects of using KERGAP and Magnicolin were observed.*

*The success of the surgery was identified to be also determined by the following factors: specialized equipment; suture material; surgeon's macroscopic control over his/her own manipulations. Osteoplastic surgical interventions allow to considerably increase the prosthetics effectiveness.*

**Key words:** *osseoplastic correction, jaw, orthopedic bed, KERGAP,*

**Вступ.** Потреба в знімному протезуванні щелеп, особливо у осіб похилого віку, досить значна і за даними окремих авторів сягає майже 100 відсотків [5]. Майже всі клінічні випадки потребують передпротезного хірургічного втручання [4]. На жаль до сьогодні подібні втручання виходять за межі участі лікаря стоматолога-ортопеда в широкій клінічній практиці. Тому необхідність в передпротезній остеопластичній корекції протезного ложа щелеп зумовлюється рядом факторів: атрофія альвеолярного відростка, його деформація, наявність екзостозів, гострий та напівгострий край щелепно-підязикової лінії, виступ підборідного бугорка [2]. Дослідження свідчать що новоутворення кісткової речовини перебуває під моніторингом гранулята гідроксиапатита, який слугує своєрідним матриксом для формування кісткового репарату [6]. На відміну від біоенергетної кераміки, біоактивна

включається в природний метаболізм і дозволяє новоутвореній кістковій тканини вrostати в нього, що підтримує механічну цілісність кістки [1, 6]. Попередніми експериментальними дослідженнями нами одержані результати, які дозволяють застосовувати дану композицію в клініці [7].

**Метою роботи** було дослідження ефективності протезування щелеп знімними конструкціями шляхом передпротезної остеопластичної корекції протезного ложа із застосуванням композиту біокераміки Кергап та Магніколіну.

**Об'єкт та методи дослідження.** Проведено клінічне дослідження, хірургічне та ортопедичне лікування 58 пацієнтів (30 чоловіків та 28 жінок) у віці від 42 до 70 років. Для встановлення діагнозу користувались загальноприйнятими, рентгенологічними та електроміографічними дослідженнями. Різновиди остеопластичних операцій: 1. Безпосередня пластика альвеол після ви-

далення поодиноких зубів – 6 хворих. 2. Безпосередня внутрішньоперегородочна альвеолопластика – 7 хворих. 3. Корекція нерівних поверхонь кістки альвеолярного відростка щелеп – 14 хворих. 4. Видалення екзостозів на щелепах – 11 хворих. 5. Видалення гіпертрофірованого піднебінного валика (торуса) – 6 хворих, 6. Зменшення піднебінного виступу – 5 хворих. 7. Нарощування нижньої щелепи – 4 хворих. 8. Пластика дефектів верхньої щелепи – 5 хворих.

Клінічні та лабораторні технології виготовлення знімних пластинкових протезів проводили з урахуванням рекомендацій лікарів стоматологів-ортопедів [3]. Статистична обробка результату проводилась з впровадженням t-критерію Стьюдента. Різниця вважалась достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** 1. Безпосередньо після видалення поодиноких зубів на нижній щелепі пластика альвеол проведена у 2 хворих, та після видалення 2-3 зубів у 4 хворих. Під бінокулярною лупою збільшенням в  $6^x$  проводилась деепітелізація краю клаптів та ревізія лунки, яка заповнювалась біо-керамічним композитом на всю глибину. Ушита лунка оброблялась Магніколіном, нанесеним на марлевий тампон протягом 10 хвилин. Потім знімався відбиток, ранева поверхня оброблялась гелій-неоновим лазером 5 хв. Безпосередньо проводилось перебазування старого знімного протезу з постановкою відсутніх зубів. До виготовлення постійного знімного протезу, протез слугував, як тимчасовий.

2. Безпосередня внутрішньоперегородочна альвеолопластика була проведена у 7 пацієнтів, 6 з яких користувались частково знімними протезами. Подальші етапи операції виконувались у вигляді тампонад і заповнення лунок композитом «Кергапу» та ушиванням клаптів, як і в першому випадку. Подальша тактика не відрізнялась від описаної.

Корекція нерівної поверхні кістки альвеолярного відростка щелеп. Проведена нами у 14 хворих, з яких у 12 на верхній щелепі. Для створення нормальної альвеолярної дуги викроювали слизово-окисний клапоть на всьому протязі нерівності у всіх випадках з вестибулярної сторони. Після гемостазу на все операційне поле накладали композицію «Кергапу» з «Магніколіном», який згладжували шпателем. Зона рани оброблялась гелій-неоновим лазером. На четверту добу після операції знімався відбиток і виготовлявся пластинковий знімний протез.

Видалення екзостозів. Операція проведена у 11 хворих. Екзостози розглядали як симетричні остеоми на язикових поверхнях тіла нижньої щелепи. Кожну ділянку деформованої кістки оголя-

ли викроюванням трапецієподібного слизово-окисного клаптя основою до низу. Екзостози видаляли пласким долотом з наступним згладжуванням кістки фрезою. Після гемостазу на кісткову рану накладався тонкий шар композиту «Кергапу» з «Магніколіном».

Остеопластична корекція гіпертрофованого піднебінного валика (торуса). Проведена у 6 хворих. У всіх випадках знімні протези виготовлялись пацієнтам вперше. Гіпертрофію торуса ми також розглядали як остеоми. Торус видаляли тільки фрезою з метою профілактики перфорації піднебіння, часто розпилюючи на частини. Поверхню кістки згладжували. Кісткову рану покривали шаром композиту Кергапу. Рану опромінювали гелій-неоновим лазером. На ділянку піднебіння накладали марлеву пов'язку просякнуту магніколіном, яку фіксували шовковими швами. Фіксація протеза, процес адаптації до нього були задовільними.

6. Зменшення підборідного виступу. Проведено 5 пацієнтам, які впродовж декількох років користувались повними знімними протезами на нижній щелепі лише як естетико-косметичними. У всіх хворих спостерігалась значна атрофія нижньої щелепи. Слизово-окисний клапоть мобілізували з язичного боку. Поверхнево лежачі пучки підборідно-язикового м'яза відсікали. Долотом збивали виступ, а фрезою згладжували поверхню кістки. Кісткову рану заповнювали композитом «Кергапу». М'яз не підшивали. Клапоть фіксували вузловими швами. Рану опромінювали лазером по вказаній методиці. У всіх випадках після-операційних ускладнень не спостерігали. Шви знімали на 6 день.

Нарощування нижньої щелепи. Проведено нами у 4 хворих, у яких відмічалася її значна атрофія. Двом пацієнтам провели контурну пластику композицією гранулярного «Кергапу» з «Магніколіном», враховуючи податливість слизової оболонки альвеолярного відростка. Одночасно з реконструктивною остеопластикою альвеолярного відростка проводилось поглиблення присінка порожнини рота. Загоєння рани проходило на тлі лазерного опромінення та тампонів змочених «Магніколіном». В результаті корекції альвеолярний відросток набув потрібної форми, а присінок поглибився до задовільної глибини для протезування.

Пластика дефектів верхньої щелепи. Проведена у 5 хворих. У двох з приводу ороантрального сполучення та у трьох з приводу ороназального сполучення. У всіх випадках використовували комбіновану муко-окістну та біо-керамічну остеопластику. З воску моделювали недостаючу кісткову основу без нависаючих країв, з якого в ла-

бораторії фірми "Кергап" спікалі пористий блок біокераміки. Післяопераційний період у всіх випадках перебігав без ускладнень.

**Висновки.** 1.Остеопластичні реконструктивні операції на щелепах доцільно проводити застосовуючи біокераміку "Кергап" в композиції з "Магніколіном" в вигляді гранул та пористих блоків.

2.Успіх остеопластичних операцій в значній мірі залежить від технологічних чинників їх проведення: спеціальних інструментів, шовного матеріалу та за умови макро-мікроскопічного контролю хірурга за своїми маніпуляціями. Це дозволяє значно підвищити ефективність майбутнього протезування.

### **Список літератури**

1. **Гапкол** – Новый остеопластический материал / Р. К. Абоянц, Л. П. Истранов, А. Б. Шехтер [и др.] // Стоматология. – 1996. – № 5. – С. 23-25.
2. **Гаджиев С. А.** Хирургические реконструктивные операции на альвеолярном отростке при предортопе-

дической подготовке больных / С.А. Гаджиев, Т.К. Хамраев // Стоматология. – 1993. – № 4. – С.88-93.

3. **Єрис Л. Б.** Підвищення ефективності протезування пацієнтів з повною втраатою зубів та несприятливими клінічними умовами на нижній щелепі: автореф. дис. на здобуття ступеню канд. мед наук: спец. 14.01.22. "Стоматологія" / Л. Б. Єрис. – К., 2000. – 15 с.

4. **Калинина И. В.** Протезирование при полной потере зубов / И. В. Калинина, В. А. Загорский – Москва: Медицина. – 1990. – 22 с.

5. **Луцкая И. К.** Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп / И. К. Луцкая // Стоматология. – 1995. – №4. – С.62-65.

6. Применение биокерамики для лечения посттравматических дефектов нижней челюсти [Тимофеев А.А., Каминский В.В.] // Вісник стоматології, – 2000. -Ка 5. – С. 125-127.

7. **Деклараційний** України патент на винахід (корисну модель) №45858А Україна (МПК 2002) А61С 9/00. Спосіб корекції протезного ложа. Швець А.І., Митченко В.І., Ульянович Н.В.; заявники та патентовласники Швець А.І., Митченко В.І., Ульянович Н.В. – № 2001075389 опубл. 15.04.2002. Бюл. N94.

Надійшла 11.08.14



УДК 616-083.2.34-002-036.4.8:616.716.8-002-001-056.24

*Л. А. Анисимова*

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академи МЗ Украины»

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*Проведен анализ результатов лечения 18 больных с переломом нижней челюсти на фоне пародонтита. Фиксация перелома осуществлялась назубные шины с межчелюстной тягой. У 18 пациентов был проведен металло остеосинтез титановых мини пластинами. Также пролечено 24 пациента с флегмонами дна полости рта, которым в первые сутки госпитализации произведено вскрытие флегмоны. У 24 больных с переломом нижней челюсти и 14 с флегмонами дна полости рта в комплексном лечении применили дополнительную нутриционную поддержку. В качестве раннего энтерального питания использовали препарат «Osmeral BS Instant». Клинические наблюдения показали сокращение сроков нормализации перистальтики кишечника, лабораторно обнаружена нормализация показателей белкового обмена. Полученные результаты подтверждают эффективность применения раннего энтерального питания в комплексном лечении перелома нижней челюсти и флегмон челюстно-лицевой области и профилактике осложнений.*

**Ключевые слова:** раннее энтеральное питание, хирургическая стоматология.

*Л. А. Анисимова*

Державна установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ І ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛІПНИЙ-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Проведено аналіз результатів лікування 18 хворих із переломом нижньої щелепи на тлі пародонтиту. Фіксація перелому здійснювалася назубними шинами із міжщелепною тягою і у 18 пацієнтів був проведений метало остеосинтез титановими міні пластинами. Також проліковано 24 пацієнта із флегмонами дна порожнини*