

А.І. Швець

## ВИКОРИСТАННЯ БІОКЕРАМІКИ "КЕРГАП" ІЗ "МАГНІКОЛІНОМ" У ПЕРЕДПРОТЕЗНІЙ ХІРУРГІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ДЛЯ ЗАКРИТТЯ ОРОНАЗАЛЬНИХ І ОРОАНТРАЛЬНИХ СПОЛУЧЕНЬ

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія“

**Вступ.** Потреба в знімному протезуванні щелеп, особливо в 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, досі подібні втручання виходять за межі участі лікаря стоматолога-ортопеда в широкій клінічній практиці. Тому необхідність у передпротезній остеопластичній корекції протезного ложа щелеп зумовлюється низкою факторів: атрофія альвеолярного відростка, його деформація, наявність екзостозів, гострий та напівгострий край щелепно-під'язикової лінії, виступ підборідного горбика [2]. Дослідження свідчать, що новоутворення кісткової речовини перебуває під моніторингом грануляту гідроксоапатиту, який слугує своєрідним матриксом для формування кісткового препарату [6]. На відміну від біоінертної кераміки, біоактивна включається в природний метаболізм і дозволяє новоутвореній кістковій тканині вrostати в нього, що підтримує механічну цілість кістки [1,6]. За допомогою попередніх експериментальних досліджень ми отримали результати, які дозволяють застосовувати цю композицію в клініці [7].

**Метою роботи** було дослідження ефективності протезування щелеп знімними конструкціями шляхом передпротезної остеопластичної корекції про-

тезного ложа із застосуванням композиту біокераміки "Кергап" і "Магніколіну".

### **Об'єкт і методи дослідження.**

Проведено клінічне дослідження, хірургічне й ортопедичне лікування 58 пацієнтів (30 чоловіків і 28 жінок) віком від 42 до 70 років. Для встановлення діагнозу користувалися загальноприйнятими, рентгенологічними й електроміографічними дослідженнями. Різновиди остеопластичних операцій: 1. Безпосередня пластика альвеол після видалення поодиноких зубів - 6 хворих; 2. Безпосередня внутрішньоперегородкова альвеолопластика - 7 хворих; 3. Корекція нерівних поверхонь кістки альвеолярного відростка щелеп - 14 хворих; 4. Видалення екзостозів на щелепах - 11 хворих; 5. Видалення гіпертрофованого 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 застосовували з урахуванням рекомендацій лікарів стоматологів-ортопедів [3]. Статистичну обробку результатів проводили за критерієм Ст'юдента. Різницю вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

### **Результати дослідження та їх обговорення**

1. Безпосередньо після видалення поодиноких зубів на ниж-

ній щелепі пластика альвеол проведена у 2 хворих та після видалення 2-3 зубів - у 4 хворих. Під біноккулярною лупою збільшенням у 6 $\times$  проводили деетермізацію краю клаптів та ревізію лунки, яку заповнювали біокерамічним композитом на всю глибину. Ушиту лунку обробляли "Магніколіном", нанесеним на марлевий тампон протягом 10 хв. Потім знімали відбиток, ранову поверхню обробляли гелій-неоновим лазером 5 хв. Безпосередньо проводили перебазування старого знімного протеза з постановкою відсутніх зубів. До виготовлення постійного знімного протеза протез слугував як тимчасовий.

2. Безпосередня внутрішньоперегородкова альвеолопластика була проведена в 7 пацієнтів, 6 із яких користувалися частково знімними протезами. Подальші етапи операції виконували у вигляді тампонад, заповнення лунк композитом "Кергапу" і вшиванням клаптів, як і в першому випадку. Подальша тактика не відрізнялася від описаної.

Корекція нерівної поверхні кістки альвеолярного відростка щелеп проведена нами в 14 хворих, із яких у 12 - на верхній щелепі. Для створення нормальної альвеолярної дуги викроювали слизово-окісний клапот по всій протяжності нерівності у всіх випадках із вестибулярного боку. Після гемостазу на все операційне поле накладали композицію "Кергапу" з "Магніколіном", який

згладжували шпателем. Зону рани обробляли гелій - неоновим лазером. На четверту добу після операції знімали відбиток і виготовляли пластинковий знімний протез.

Видалення екзостозів. Операція проведена в 11 хворих. Екзостози розглядали як симетричні остеоми на язикових поверхнях тіла нижньої щелепи. Кожну ділянку деформованої кістки оголяли викроюванням трапецієподібного слизово-окісного клаптя основою донизу. Екзостози видаляли плоским долотом, потім згладжували кістку фрезою. Після гемостазу на кісткову рану накладали тонкий шар композиту "Кергапу" з "Магніколіном".

Остеопластична корекція гіпертрофованого піднебінного валика (торуса). Проведена в 6 хворих. У всіх випадках знімні протези виготовляли пацієнтам уперше. 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, просочену магніколіном, яку фіксували шовковими швами. Фіксація протеза,

процес адаптації до нього були задовільними.

6. Зменшення підборідного виступу. Проведено 5 пацієнтам, які впродовж кількох років користувалися повними знімними протезами на нижній щелепі лише як естетично-косметичними. У всіх хворих спостерігалася значна атрофія нижньої щелепи. Слизово-окісний клапоть мобілізували з язикового боку. Поверхневій 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 за вказаною методикою. У всіх випадках післяопераційних ускладнень не спостерігали. Шви знімали на 6 день.

Нарощування нижньої щелепи. Проведено нами в 4 хворих, у яких виявили її значну атрофію. Двом пацієнтам провели контурну пластику композицією гранулярного "Кергапу" з "Магніколіном", урахувавши податливість слизової оболонки альвеолярного відростка. Одночасно з реконструктивною остеопластикою альвеолярного відростка проводили поглиблення переддвер'я порожнини рота. Загоєння рани проходило на тлі лазерного опро-

мінення і тампонів, змочених "Магніколіном". Унаслідок корекції альвеолярний відросток набув потрібної форми, а переддвер'я - задовільної глибини для протезування.

Пластика дефектів верхньої щелепи. Проведена в 5 хворих. У двох - із приводу ороантрального сполучення та в трьох - із приводу ороназального сполучення. У всіх випадках використовували комбіновану мукоокісну і біокерамічну остеопластику. З воску моделювали недостаючу кісткову основу без навислих країв, з якого в лабораторії фірми «Кергапу» спікали пористий блок біокераміки. Перебіг післяопераційного періоду у всіх випадках був без ускладнень.

#### Висновки

1. Остеопластичні реконструктивні операції на щелепах доцільно проводити, застосовуючи біокераміку «Кергапу» у композиції з «Магніколіном» у вигляді гранул і пористих блоків.

2. Успіх остеопластичних операцій значною мірою 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.

#### Література

1. Гапкол - новый остеопластический материал / Абоянц Р.К., Истранов Л.П., Шехтер А.Б. [и др.] // *Стоматология*. - 1996. - № 5. - С. 23-25.
2. Гаджиев С.А. Хирургические реконструктивные операции на альвеолярном отростке при предортопедической подготовке больных / Гаджиев С.А., Хамраев Т.К. // *Стоматология*. - 1993. - № 4. - С. 88-93.
3. Єрис Л.Б. Підвищення ефективності протезування пацієнтів з повною втратою зубів та несприятливими клінічними умовами на нижній щелепі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л.Б. Єрис. - Полтава, 2000. - 15 с.
4. Калинина И.В. Протезирование при полной потере зубов / И.В. Калинина, В.А. Загорский. - М.: 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. Тимофеев А.А. Применение биокерамики для лечения посттравматических дефектов нижней челюсти. / А.А. Тимофеев, В.В. Каминский // Вісник стоматології. - 2000. - № 5. - С. 125-127.

7. Пат. України на корисну модель № 45352А. Спосіб корекції протезного ложа / Швець А.І., Митченко В.І., Ульянич Н.В.; заявник і патентовласник Українська медична стоматологічна академія. - № 2001075389; заявл. 27.07.01; опубл. 15.04.02, Бюл. № 94.

Стаття надійшла  
20.03.2012 р.

### Резюме

Обстежено 58 пацієнтів із частковою або повною вторинною адентією і несприятливими клінічними умовами для протезування, зумовленими дефектами і деформаціями кісткової основи протезного ложа. Пластичні реконструктивні операції на щелепах проводили, застосовуючи біокераміку "Кергап" у композиції з "Магніколіном". Успіх операції залежить від низки 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"

### Резюме

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"

### Summary

58 patients with partial or complete secondary adentia and adverse clinical conditions for prosthesis caused by versatile defects and by the deformations of osseous basis of prosthesis bed were examined. Plastic reconstructional operations on the jaws were carried out with the application of bioceramics "Kergap" combined with "Magnicolinum". The success of these operations depends on such factors as the use of special tools and suture material, macro-microscopic control of surgeon's manipulations. The realization of osseoplastic operations under specified conditions allows increasing considerably the efficiency of prosthesis.

**Key words:** osseoplastic correction, jaws, prosthesis bed, "Kergap", "Magnicolinum"