

Дослідження біометричних показників стану щічного коридору в пацієнтів з різними типами обличчя при хірургічному заборі щічного жирового тіла

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Резюме. Мінімізація післяопераційних ускладнень при автотрансплантації жирового тіла щоки можлива за рахунок удосконалення оперативної техніки, насамперед шляхом його індивідуалізованого забору в залежності від типології обличчя пацієнтів. Тому в сучасній міждисциплінарній стоматологічній діагностиці естетично-функціональна оцінка стану щічної ділянки повинна доповнюватись індивідуалізованими дослідженнями показника так званого щічного коридора.

Мета: у зв'язку з цим проведено клінічне дослідження біометричної характеристики показника щічного коридора в пацієнтів з різними типами обличчя з метою обґрунтування подальших етапів оперативного втручання при заборі ЩЖТ.

Матеріал і методи дослідження. Проведено обстеження 17 пацієнтів різної статі віком від 22 до 45-ти років з різними типами обличчя при наявних дефектах тканин альвеолярних паростків щелеп. Передопераційні дослідження включали повноцінне загальностоматологічне обстеження із клінічно-рентгенологічним аналізом щічних ділянок. Тип обличчя пацієнтів установлювали за значеннями Prosuric index. Проводили клінічне обстеження всіх пацієнтів з різними типами обличчя з установленням величини зовнішнього та внутрішнього щічного коридорів.

Результати та їх обговорення. Отримані результати статистичного порівняння відносного показника величини зовнішнього щічного коридора (Д) у пацієнтів з різними типами обличчя об'єктивно свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними результатами. У середньому доліхофаціали мають більше значення даного показника в 1,25 разу в порівнянні з мезофаціалами та в 1,44 разу в порівнянні із брахіфаціалами. Порівняльний статистичний аналіз показників ВЩК у пацієнтів з різними типами обличчя вказує на наявну відмінність значень його об'єму із правої та лівої сторін, які є більшими із правої сторони в 0,98–1,03 разу. Достовірної відмінності між показниками об'єму внутрішнього щічного коридора в мезо- та доліхофаціалів не встановлено, що, очевидно, потребує збільшення кількості обстежень у подальших наукових дослідженнях. При порівнянні значень досліджуваного показника в мезо- та брахіаціалів його значення достовірно відмінні й більше в межах 1,3–1,32 разу в доліхофаціалів при порівнянні з показниками ВЩК у мезофаціалів та в 1,5–1,54 разу більше, ніж у брахіфаціалів.

Висновки. Ураховуючи всі підсумкові результати, слід уважати доцільним застосування біометричного визначення клінічного показника об'єму внутрішнього щічного коридора для діагностичної оцінки стану тканинного щічного шельфу в бічних відділах верхньої щелепи при автотрансплантації ЩЖТ.

Ключові слова: щічний коридор, біометрія, автотрансплантація, щічне жирове тіло, типи обличчя пацієнтів – мезо-, доліхо- та брахіфаціальний.

Вступ

Концепція вільної автотрансплантації щічного жирового тіла (ЩЖТ), запропонована для заміщення дефектів тканин ротової порожнини набула поширення в сучасній хірургічній стоматологічній практиці. Уроджені та набуті дефекти незначних або середніх розмірів ефективно заміщуються після одно- або двостороннього забору вільного трансплантату ЩЖТ (Adeyemo W.L. et al., 2004, Khojasteh A. et al., 2016, Panda S. et al., 2016, Darr A. et al., 2018). Доведено, що реконструкція дефектів відбувається з незначними больовими відчуттями, з меншою операційною травмою та меншим часом втручання. Забір щічного відростка жирового тіла Біша доступніше й легше на відміну від вискового та крилоподібного, які локалізуються глибше, мають менші об'єми та складніший оперативний підхід (Youn T. et al., 2012, Biglioli F., 2017). Вільний автотрансплантат ЩЖТ має виражені антимікробні та репаративні властивості, не викликаючи при отриманні порушень функціонального стану стоматогнатичної системи (СГС) та деформації обличчя пацієнтів (Galletti C. et al., 2016, Gaffrìe G. et al., 2017). Гістологічними дослідженнями стану тканин після трансплантації дефектів ЩЖТ встановлено повну епітелізацію пересаженої тканини, а біопсія на глибині 6–8 мм підтверджує відсутність жирових клітин і наявність у препаратах повноцінної сполучної тканини (Ю.В. Поляченко та співавт., 2013, Кирик В.М., 2010, Fan Lijie et al., 2002, N. Salehi-Nik et al., 2017,

Ercan E. et al., 2016). Однак, як і всі інші вільні трансплантати, пересадка ЩЖТ може реально викликати різні післяопераційні ускладнення, які призводять до втрати саджанця. Мінімізація післяопераційних ускладнень можлива за рахунок удосконалення оперативної техніки, насамперед шляхом індивідуалізованого забору ЩЖТ в залежності від типології обличчя пацієнтів. Дослідженнями Ружицької О.В. та співавт., 2016, а також Вовк Ю.В. та співавт., 2018, встановлено необхідність передопераційного клінічно-біометричного діагностичного дослідження параметрів бічних відділів верхньої щелепи напередодні проведення автотрансплантації ЩЖТ. У сучасній міждисциплінарній стоматологічній діагностиці естетично-функціональна оцінка стану латеральної (щічної) ділянки повинна доповнюватись індивідуалізованими дослідженнями показника так званого щічного коридору (Ritter D.E. et al., 2006, Tikku T. et al., 2012). У його морфо-функціональній побудові вирізняють зовнішній щічний коридор – простір між губною комісурою й візуально видимими дистально розташованими верхньощелепними зубами та внутрішній щічний коридор – анатомічну шельф-борозну між слизовою щічної ділянки та слизовою щічного альвеолярного відростка в ділянці кутніх зубів верхньої щелепи. Ряд авторів (Gianelly A.A., 2003, Sarver D.M., 2001) підкреслюють наявність прямо пропорційної залежності величини щічного коридору від індивідуальних особливостей скелетної будови лицевого черепа. При цьому також відомо, що типи

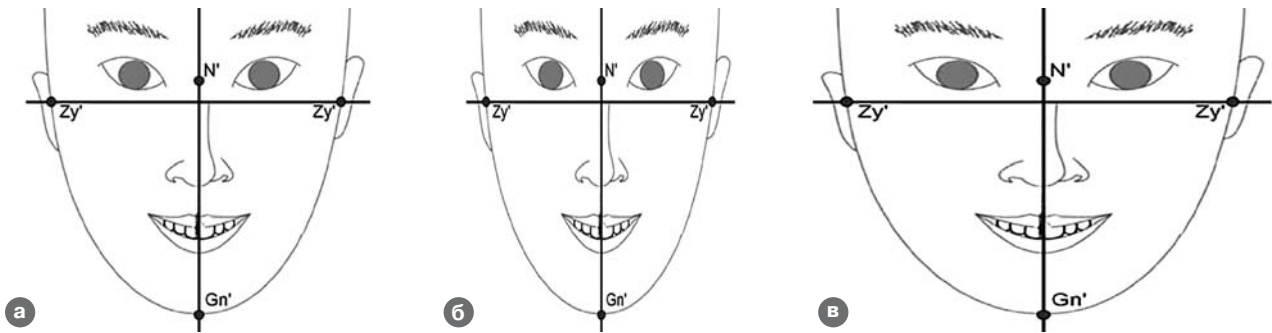


Рис. 1. Схематичне зображення обстежених типів лица пацієнтів – мезофаціал (а), доліхофаціал (б), брахіфаціал (в).

обличчя пацієнтів характеризуються особливою формою зубної дуги. Так, у мезофаціалів спостерігається параболоїдна форма посереднього розміру, у брахіфаціалів – овоїдна форма, широка за розміром, а в доліхофаціалів – трикутна видовжено-звужена форма зубних дуг верхньої щелепи. Однак Sprahl et al., 2003, виявлено, що звуження зубних дуг обумовлює симетричне розширення щічного коридору при функціональному навантаженні СГС незалежно від типології обличчя пацієнтів, а дослідженнями Branco N. et al., 2012, доведено, що стоншений основний жувальний м'яз викликає під час функціонування симетричне звуження щічних коридорів лише у доліхофаціалів. Таким чином, клінічні тлумачення вже проведених досліджень є суперечливими та неоднозначними. У зв'язку з цим нас зацікавило проведення власного клінічного дослідження біометричної характеристики показника щічного коридору в пацієнтів з різними типами обличчя з метою обґрунтування подальших етапів оперативного втручання при заборі ПЖТ.

Матеріал і методики дослідження

Проведено обстеження 17 пацієнтів обох статей віком від 22 до 45 років з різними типами обличчя при наявних дефектах тканин альвеолярних відростків щелеп. Передопераційні дослідження включали повноцінне загальностоматологічне обстеження із клінічно-рентгенологічним аналізом щічних ділянок. Тип обличчя пацієнтів установлювали за співвідношенням його висоти (Nasion-Gnathion) і ширини (Zygion dextra-Zygion sinistra) за показником *Prosopic index*. Згідно з Martin R., 1925, а також Maina M.B., 2012, для мезофаціалів (mesoprosopic) індекс визначався в оптимумі від 85 до 89,9 од., доліхофаціалів (leptoprosopic) – 90–94,9 од., брахіфаціалів (europrosopic) – 80–84,9 од. (рис. 1).

Провели клінічне обстеження всіх пацієнтів з різними типами обличчя з установленням величини зовнішнього щічного коридору (ЩК). Для цього голова пацієнтів фіксувалась на підголовнику стоматологічного крісла й зі стандартної відстані 91 см (30 дюймів) проводилася фотозйомка обличчя пацієнтів у фас при широкій посмішці з використанням фотокамери з автофокусом «Sony» (Японія) згідно з методикою Ritter D.E. et al., 2006. Отримані цифрові фотографії кореспондувались у програмне середовище Windows 10, далі досягали стандартного масштабування знімків (1:1) і за допомогою біометричних цифрових гаджетів проводились лінійні вимірювання горизонтальної відстані між куточками рота пацієнта (В) та відстані між дистальними візуально видимими зубами (А) та різниці між ними (С) згідно з методикою Nurfitriah A. et al., 2017 (рис. 2).

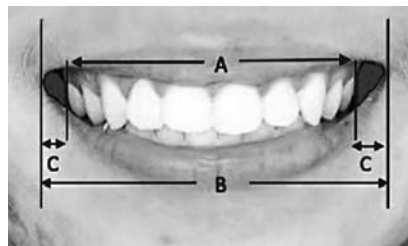


Рис. 2. Абсолютні лінійні параметри зовнішнього щічного коридору пацієнтів.

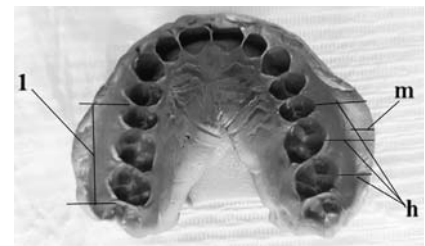


Рис. 3. Показники біометричних вимірів, які застосовувалися для оцінки стану внутрішнього щічного коридору пацієнтів.

Отримані результати слугували для встановлення відносного значення величини зовнішнього щічного коридору (Д), яке визначали у відсотках (%) у відповідності з методикою Yang I.-H. et al., 2008:

$$D (\%) = 100 - A \times 100/B.$$

Величину внутрішнього щічного коридору (ВЩК) діагностували в такій запропонованій нами послідовності. Спочатку отримували анатомічні відбитки з верхньої щелепи пацієнтів при допомозі базисного конденсованого силіконового відбиткового матеріалу «Consiflex» (Україна). Далі, після відливання гіпсових моделей, проводили виготовлення індивідуальних ложок. Після їх припасування наносили коригуючу масу «Consiflex» (Україна) так, щоб вона виходила за межі зовнішнього краю індивідуальної ложки. Із введенням індивідуальної ложки пацієнтам рекомендували виконати в повному обсязі функціональні проби Хербста для верхньої щелепи. Після полімеризації матеріалу проводили біометричні виміри висоти (h), товщини (m) та довжини (l) функціонально сформованого матеріалу із щічної сторони індивідуальної ложки у проекції 15 (25), 16 (26), 17 (27) зубів (рис. 3).

Вимірювання проводили за допомогою клінічної прикусної лінійки Willis мікрометра з точністю $\pm 0,1$ мм.

Значення внутрішнього щічного коридору (D в мм³) із правої та лівої сторін установлюються на основі розрахунку об'єму полімеризованого силікону ($V = h \times m \times l$), сформованого під впливом стандартизованих функціональних проб згідно з формулою:

$$D = V15 (25) + V16 (26) + V17 (27).$$

За отриманим показником об'єму можна судити про стан просторової організації внутрішнього коридору щічної ділянки пацієнтів.

Для статистичного аналізу отриманих показників щічного коридору пацієнтів проводився аналіз незалежних вибірок параметричним способом та їх порівняння за Стьюдентом з пороговим значенням достовірності $p < 0,05$.

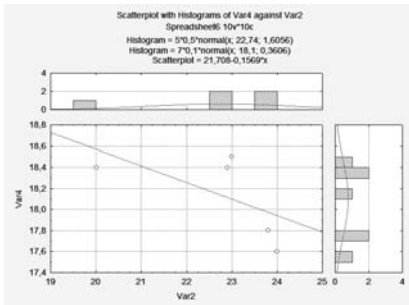


Рис. 4. Графічне зображення підсумкових результатів статистичного порівняння показників відносного значення величини зовнішнього щічного коридору в пацієнтів з доліхофациальним (Var. 2) та мезофациальним (Var. 4) типами обличчя.

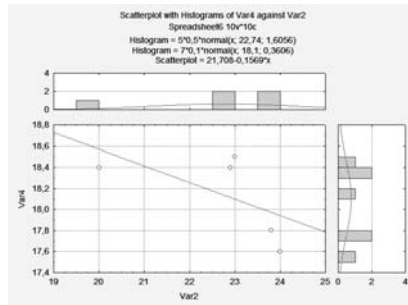


Рис. 5. Графічне зображення підсумкових результатів статистичного порівняння показників відносного значення величини зовнішнього щічного коридору в пацієнтів з мезофациальним (Var. 2) та брахіфациальним (Var. 4) типами обличчя.

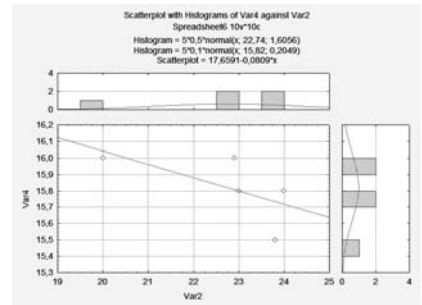


Рис. 6. Графічне зображення підсумкових результатів статистичного порівняння показників відносного значення величини зовнішнього щічного коридору в доліхофациалів (Var. 2) та брахіфациалів (Var. 4).

Результати дослідження

У результаті клінічного дослідження встановлено, що в пацієнтів з мезофациальним типом лица відносний показник величини зовнішнього щічного коридору (Д) становить $18,14 \pm 0,36\%$, у пацієнтів з доліхофациальним типом обличчя – $22,74 \pm 1,61\%$ ($p < 0,0055^*$) (рис. 4).

У пацієнтів із брахіфациальним типом обличчя досліджуваній показник (Д) становив $15,82 \pm 0,21\%$ ($p < 0,0001^*$) (рис. 5).

Також виявлено статистично достовірну різницю при аналізі результатів порівняння зовнішнього щічного коридору в доліхофациалів $22,74 \pm 1,61\%$ та брахіфациалів – $15,82 \pm 0,21\%$, яка становила $p < 0,00089^*$ (рис. 6).

Отримані результати статистичного порівняння відносного показника величини зовнішнього щічного коридору (Д) у пацієнтів з різними типами обличчя об'єктивно свідчать про наявність статистично значущих відмінностей між досліджуваними результатами. У середньому доліхофациали мають більше значення даного показника в 1,25 рази в порівнянні з мезофациалами та в 1,44 рази в порівнянні із брахіфациалами. Це об'єктивно підтверджує, що показник величини зовнішнього щічного коридору (Д) може слугувати клінічним критерієм диференціальної оцінки морфо-функціонального стану бічних відділів щічної ділянки в пацієнтів з різними типами обличчя для індивідуалізованого вибору оперативного підходу при заборі ІЩЖТ.

При порівнянні біометричного показника внутрішнього щічного коридору (ВЩК) у пацієнтів з різними типами обличчя окремо визначалися його значення із правої та лівої сторін щічного шельфу-сулькусу. У результаті дослідження було виявлено, що із правої сторони в пацієнтів з мезофациальним типом обличчя об'єм

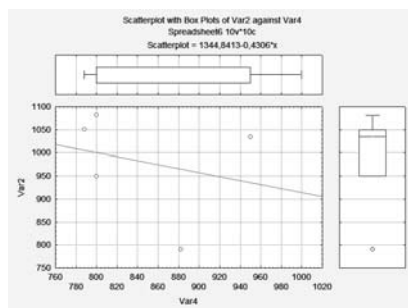


Рис. 7. Результати статистичного порівняння об'єму внутрішнього щічного коридору справа в мезофациалів (Var. 2) та доліхофациалів (Var. 4).

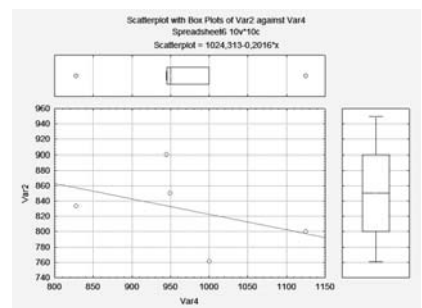


Рис. 8. Результати статистичного порівняння об'єму внутрішнього щічного коридору з лівої сторони в мезофациалів (Var. 2) та доліхофациалів (Var. 4).

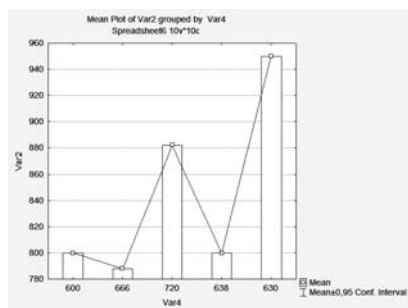


Рис. 9. Результати статистичного порівняння об'єму ВЩК справа в мезофациалів (Var. 2) та брахіфациалів (Var. 4).

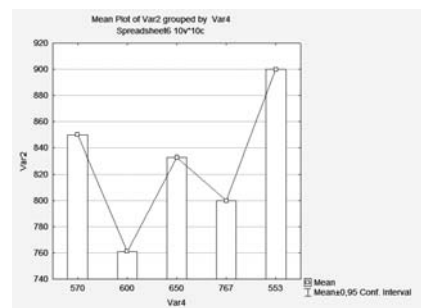


Рис. 10. Результати статистичного порівняння об'єму ВЩК зліва у мезофациалів (Var. 2) та брахіфациалів (Var. 4).

внутрішнього щічного коридору складав $844,0 \pm 70,16 \text{ мм}^3$, а в доліхофациалів становив $981,4 \pm 117,6 \text{ мм}^3$ ($p < 0,11$) (рис. 7).

При дослідженні проаналізованого показника з лівої сторони виявлено, що в мезофациалів об'єм ВЩК складав $828,8 \pm 52,35 \text{ мм}^3$, а в доліхофациалів становив $969,6 \pm 107,37 \text{ мм}^3$ ($p < 0,084$) (рис. 8).

При міжгруповому порівнянні показників ВЩК у пацієнтів з мезофациальним типом обличчя його об'єм із правої

Примітка: статистичне порівняння проводилось у порівнянні з результатами, отриманими в мезофациалів. Достовірне значення відмінностей позначалось як «*».

сторони складав $844,0 \pm 70,16 \text{ мм}^3$, а у брахіфаціальів становив $650,8 \pm 45,27 \text{ мм}^3$ ($p < 0,005^*$) (рис. 9).

У результаті порівняння об'єму ВЩК у пацієнтів з мезофаціальним типом обличчя його об'єм з лівої сторони складав $828,8 \pm 52,35 \text{ мм}^3$, а у брахіфаціальів становив $628,0 \pm 85,99 \text{ мм}^3$ ($p < 0,02^*$) (рис. 10).

Проведено дослідження показника внутрішнього щічного коридору в пацієнтів з доліхофаціальним типом обличчя із правої сторони дозволило виявити, що його значення коливається в межах $981,4 \pm 117,6 \text{ мм}^3$, а у брахіфаціальів показник ВЩК становив $650,8 \pm 45,27 \text{ мм}^3$ ($p < 0,0078^*$) (рис. 11).

У результаті порівняння об'єму ВЩК у пацієнтів з доліхофаціальним типом обличчя його об'єм з лівої сторони складав $969,6 \pm 107,37 \text{ мм}^3$, а у брахіфаціальів становив $628,0 \pm 85,99 \text{ мм}^3$ ($p < 0,0012^*$) (рис. 12).

Отже, результати дослідження ефективності клінічної значущості показника об'єму внутрішнього щічного коридору в ділянці кутніх зубів з обох сторін верхньої щелепи дозволили виявити такі його особливості. Порівняльний статистичний аналіз показників ВЩК у пацієнтів з різними типами обличчя вказує на наявну відмінність значення його об'єму ШЗ правої та лівої сторін, які більше із правої сторони в 0,98–1,03 рази. Достовірної відмінності між показниками об'єму внутрішнього щічного коридору в мезо- та доліхофаціальів не встановлено, що очевидно потребує збільшення кількості обстежень у подальших наукових дослідженнях. При порівнянні значень досліджуваного показника в мезо- та брахіфаціальів його значення достовірно відмінні й більше в межах 1,3–1,32 рази в доліхофаціальів при порівнянні з показниками ВЩК у мезофаціальів та в 1,5–1,54 рази більше, ніж у брахіфаціальів. Ураховуючи всі підсумкові результати, слід вважати доцільним застосування біометричного визначення клінічного показника об'єму внутрішнього щічного коридору для діагностичної оцінки стану тканинного щічного шельфу в бічних відділах верхньої щелепи при автотрансплантації ІЩЖТ.

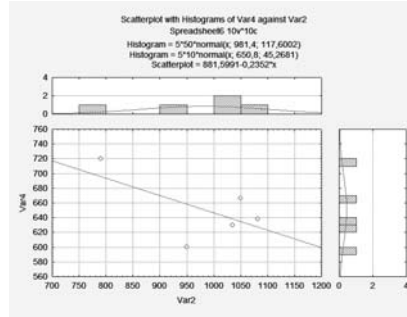


Рис. 11. Результати статистичного порівняння об'єму ВЩК справа у доліхофаціальів (Var. 2) та брахіфаціальів (Var. 4).

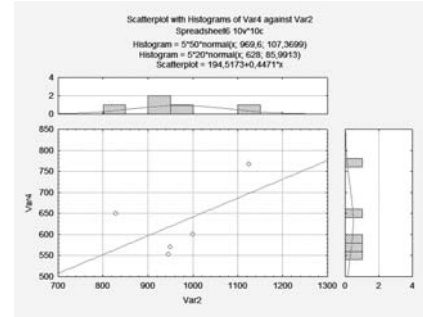


Рис. 12. Результати статистичного порівняння об'єму ВЩК зліва в доліхофаціальів (Var. 2) та брахіфаціальів (Var. 4).

Висновки

1. Величини зовнішнього щічного коридору (Д) у пацієнтів з різними типами обличчя достовірно відрізняються між собою, й у середньому доліхофаціальі мають його більше значення в 1,25 рази в порівнянні з мезофаціальами та в 1,44 рази в порівнянні із брахіфаціальами.
2. Установлено достовірну відмінність при порівнянні двосторонніх значень показника ВЩК у мезо- та брахіфаціальів і доліхо- та брахіфаціальів. Отримані показники в доліхофаціальів більше в 1,5–1,54 рази та в мезофаціальів в 1,3–1,32 рази, ніж у брахіфаціальів.
3. Виявлено відсутність достовірної відмінності між показниками об'єму ВЩК у мезо- та доліхофаціальів, що потребує подальших досліджень зі збільшенням кількості спостережень.
4. Порівняльний статистичний аналіз даних ВЩК у пацієнтів з різними типами обличчя дозволив установити в усіх досліджуваних випадках присутність більших у 0,98–1,03 рази показників з правої сторони.
5. Запропонований клінічний діагностичний підхід оцінки зовнішнього та внутрішнього щічних коридорів дає можливість оцінити морфофункціональні особливості стану щічної ділянки в пацієнтів з різними типами обличчя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вовк Ю.В. Результати дослідження клінічно-рентгенологічних показників щічних ділянок пацієнтів з різними типами лица при підготовці до автотрансплантації дефектів тканин ротової порожнини жировим тілом щоки / Ю.В. Вовк, О.В. Ружицька, В.Ю. Вовк // Новини стоматології. – 2018. – № 2. – С. 35–38.
2. Кирик В.М. Стволовые клетки из жировой ткани: основные характеристики и перспективы клинического применения в регенеративной медицине (обзор литературы) / В.М. Кирик, Г.М. Бугенко // Журнал АМН Украины. – 2010. – Т. 16, № 16. – С. 576–604.
3. Поляченко Ю.В. Направлена диференціація стовбурових клітин, що виділені із жирової тканини / Ю.В. Поляченко, Е.М. Запольська, Р.В. Салютін // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 1. – С. 92–96.
4. Ружицька О.В. Результати експериментального дослідження морфологічних особливостей жирового тіла щоки людей в залежності від форм їх голови та обличчя / О.В. Ружицька, Ю.В. Вовк // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – Вип. 2, т. 2 (129). – С. 284–290.
5. Adeyemo W.L. Closure of oro-antral fistula with pedicled buccal fat pad. A case report and review of literature / W.L. Adeyemo, M.O. Ogunlewe, A.L. Ladeinde // Afr. J. Oral Health. – 2004. – Vol. 1, № 1. – P. 42–46.
6. Biglioli F. Versatility of the buccal fat pad flap / F. Biglioli // Italian J. Dent. Med. – 2017. – № 2/4. – P. 137–143.
7. Buccal Fat Pad as a Potential Source of Stem Cells for Bone Regeneration: A Literature Review / N. Salehi-Nik, M.R. Rad, L. Kheiri et al. // Stem Cells Int. J. – 2017. – № 1. – P. 1–13.
8. Clinical application and histological observation of pedicled buccal pad grafting / L. Fan, G. Chen, S. Zhao, J. Hu // Chin. Med. J. – 2002. – № 10. – P. 1556–1559.
9. Dental implants after the use of Bichat's buccal fat pad for the sealing of oro-antral communications. A case report and literature review / G. Gaffrue, R. Santos, V. Cupello et al. // J. Clin. Exp. Dent. – 2016. – № 3. – P. 31–35.
10. Esthetic Influence of Negative Space in the Buccal Corridor during Smiling / D.E. Ritter, L.G. Gandini, A. dos Santos Pinto, A. Locks // Angle Orthod. – 2006. – Vol. 76. – P. 198–203.
11. Gianelly A.A. Arch width after extraction and nonextraction treatment / A.A. Gianelly // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2003. – Vol. 123 (1). – P. 25–28.
12. Hyung Y. Which Hard and Soft Tissue Factors Relate with the Amount of Buccal Corridor Space during Smiling? / Y. Hyung, D.-S. Nahm, S.-H. Baek // Angle Orthod. – 2008. – № 1. – P. 5–11.
13. Khojasteh A. Application of buccal fat pad-derived stem cells in combination with autogenous iliac bone graft in the treatment of maxillo-mandibular atrophy: a preliminary human study / A. Khojasteh, N. Sadeghi // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2016. – Vol. 45. – P. 864–871.
14. Maina M.B. Craniofacial forms among three dominant ethnic group of Gombe State, Nigeria / M.B. Maina, O. Mahdi, G.G. Kalayi // Int. J. Morphol. – 2012. – № 1. – P. 211–216.
15. Martin R. Anthropometrie: Anleitung zu Selbstständigen Anthropologischen Erhebungen und deren Statistische Verarbeitung / R. Martin. – Berlin-Heidelberg. – 1925. – 129 p.
16. Nurfitriah A. Comparison of esthetic smile perceptions among male and female Indonesian dental students relating to the buccal corridors of a smile / A. Nurfitriah, C. Christnawati, A. Alhasyimi // Dent. J. – 2017. – № 3. – P. 127–130.

17. Paredes L. Secondary Reconstruction of Posttraumatic Enophthalmos with Titanium Mesh and Buccal Fat Pad Graft: Case Report / L. Paredes // *The Surgery*. – 2017. – № 3. – P. 101–106.

18. Pedicled buccal fat pad graft for root coverage in severe gingival recession defect / S. Panda, M. Del Fabbro, A. Satpathy, A. Chandra // *J. Indian Soc. Periodontol.* – 2016. – № 2. – P. 216–219.

19. Role of buccal corridor in smile esthetics and its correlation with underlying skeletal and dental structures / T. Tikku, R. Khanna, R. Maurya, N. Ahmad // *Ind. J. Dent. Res.* – 2012. – Vol. 23. – P. 187–194.

20. Sarver D.M. The importance of incisor positioning in the esthetic smile: the smile arc / D.M. Sarver // *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* – 2001. – Vol. 120. – P. 98–111.

21. Spahl T.J. Premolar extractions and smile esthetics / T.J. Spahl // *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* – 2003. – Vol. 124 (1). – P. 167–174.

22. Three-layered technique to repair an oronasal fistula using a posterior-pedicled inferior turbinate, buccal fat pad and buccal mucosal advancement flap / A. Darr, K. Jolly, T. Martin et al. // *British J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2018. – № 7. – P. 638–639.

23. Treatment of Severe Gingival Recession Using Pedicled Buccal Fat Pad: Histological and Clinical Findings / C. Ercan Esra, C. Zandirli, C. Uysal et al. // *Clin. Exper. Health Sci.* – 2016. – № 6. – P. 191–194.

24. Use of the pedicled buccal fat pad in the reconstruction of intraoral defects: a report of five cases / Y. Youn, L. Choong-Sang, K. Hye-Sun et al. // *J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* – 2012. – № 2. – P. 116–120.

25. Width of buccal and posterior corridors: Differences between cases treated with asymmetric and symmetric extractions / C.C. Branco Nuria, J. Guilherme, R. de Freitas Marcos, J. Morais // *Dent. Press. J. Orthod.* – 2012. – Vol. 17 (5). – P. 138–144.

Исследование биометрических показателей состояния щечного коридора у пациентов с различными типами лица при хирургическом заборе щечного жирового тела

Ю.В. Вовк, О.В. Ружицкая, В.Ю. Вовк

Резюме. Минимизация послеоперационных осложнений при аутотрансплантации жирового тела щеки возможна за счет совершенствования оперативной техники, прежде всего путем его индивидуализированного забора в зависимости от типологии лица пациентов. Поэтому в современной междисциплинарной стоматологической диагностике эстетически-функциональная оценка состояния щечного участка должна дополняться индивидуализированным исследованием показателя так называемого щечного коридора.

Цель: в связи с этим проведено клиническое исследование биометрической характеристики показателя щечного коридора у пациентов с различными типами лица с целью обоснования дальнейших этапов оперативного вмешательства при заборе ЩЖТ.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 17 пациентов разного пола в возрасте от 22 до 45-ти лет с различными типами лица при имеющихся дефектах тканей альвеолярных отростков челюстей. Предоперационные исследования включали полноценное общестоматологическое обследование с клинико-рентгенологическим анализом щечных участков. Тип лица пациентов устанавливали по значениям Prosopic index. Проводили клиническое обследование всех пациентов с разными типами лица с установлением величины внешнего и внутреннего щечных коридоров.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты статистического сравнения относительных показателей величины внешнего щечного коридора (Д) у пациентов с различными типами лица объективно подтверждают наличие статистически значимых различий между исследуемыми результатами. В среднем долихофациалы имеют большие значения данного показателя в 1,25 раза по сравнению с мезофациалами и в 1,44 раза по сравнению с брахиофациалами. Сравнительный статистический анализ показателей ВЩК у пациентов с различными типами лица указывает на имеющееся различие значений его объема с правой и левой сторон и больше с правой стороны в 0,98–1,03 раза. Достоверное различие между показателями объема внутреннего щечного коридора у мезо- и долихофациалов не установлено, что, очевидно, требует увеличения количества обследований при дальнейших научных исследованиях. При сравнении значений исследуемого показателя у мезо- и брахиофациалов его значения достоверно отличаются и больше в пределах 1,3–1,32 раза у долихофациалов при сравнении с показателями ВЩК у мезофациалов и в 1,5–1,54 раза больше, чем у брахиофациалов.

Выводы. Учитывая все итоговые результаты, следует считать целесообразным применение биометрического определения клинического показателя объема внутреннего щечного коридора для диагностической оценки состояния тканевого щечного шельфа в боковых отделах верхней челюсти при аутотрансплантации ЩЖТ.

Ключевые слова: щечный коридор, биометрия, аутотрансплантация, щечное жировое тело, типы лица пациентов – мезо-, долихо-, брахиофациальный.

The study of biometric parameters of the state of buccal corridor in patients with different types of face with surgical extraction of buccal fat pad

Yu. Vovk, O. Ruzhytska, V. Vovk

Summary. Minimizing placering complications of autotransplantation of buccal fat pad is possible through improved operational techniques, especially through individualized fence it depending on the typology of the faces of the patients. Therefore, in modern interdisciplinary dental diagnostics aesthetically-functional assessment of the state of buccal area should be complemented by an individualized study of the parameter of so-called buccal corridor.

The aim. In this regard a clinical study of the biometric characteristics of the parameter of buccal corridor in patients with different types of face, in order to justify the further stages of surgery in sampling of buccal fat pad was conducted.

Material and methods. The examination of 17 patients of different sex aged 22 to 45 years, with different types of face, with existing tissue defects of the alveolar sprouts of the jaw was conducted. Preoperative studies included a full general dental examination with clinical and radiological analysis of the buccal areas. The patients' facial type was determined by the values of Prosopic index. All patients with different types of face were clinically examined to determine the size of the external and internal buccal corridor.

Results and its discussion. The obtained results of statistical comparison of the relative value of the external buccal corridor in patients with different types of face objectively confirm the presence of statistically significant differences between the studied results. On average, dolichofacial patients have more value of this parameter in 1.25 times compared to mesofacial patients and in 1.44 times compared to brachiofacial patients. Comparative statistical analysis of

the values of the internal buccal corridor in patients with different types of face indicates the difference in the value of its volume on the right and left sides, more on the right side in 0.98–1.03 times. The significant differences between the indicators of volume of the internal buccal corridor in the meso- and doliphofacials not installed, which obviously requires the increase of examinations in further research. When comparing the values of studied parameter in the meso- and brachiofacial its value is significantly different and more within 1.3–1.32 times in dolihofacials in compared with the values of the internal buccal corridor in mesofacials and in 1.5–1.54 times more than brachiofacials.

Conclusions. Taking into account all the final results, it should be considered appropriate to use biometric determination of clinical parameter of the internal buccal corridor volume for diagnostic assessment of the tissue buccal shelf in the lateral parts of the upper jaw at the autotransplantation of buccal fat pad.

Key words: buccal corridor, biometry, autotransplantation, buccal fat pad, the patients' facial types – mesofacial, dolichofacial, brachyfacial.

Ю.В. Вовк – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна.

О.В. Ружицка – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна.

В.Ю. Вовк – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна.



Галицькі Експозиції® 2019

9-11 КВІТНЯ
ЛЬВІВ

МІЖНАРОДНА СТОМАТОЛОГІЧНА ВИСТАВКА

«ДЕНТАЛ – ЕКСПО» 2019

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)

- ДЕМОНСТРАЦІЯ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ
- ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ОСНАЩЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КАБІНЕТІВ ТА КЛІНІК
- ПРЕДСТАВЛЕННЯ НАУКОВИХ ІДЕЙ, НОВИХ РОЗРОБОК
- СУЧАСНЕ СТОМАТОЛОГІЧНЕ ОБЛАДНАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЙ
- СЕРВІСНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБЛАДНАННЯ
- ЗАСОБИ ГІГІЄНИ ТА ДЕЗИНФЕКЦІЇ



СПЕЦІАЛІЗОВАНА ЕКСПОЗИЦІЯ

«СТОМАТОЛОГІЧНА КЛІНІКА МРІЇ» +
«ЗУБОТЕХНІЧНА ЛАБОРАТОРІЯ МРІЇ»

www.galexpo.com.ua/stomat

www.facebook.com/Dental.Ukraine.Lviv/

ЗА ПІДТРИМКИ:

Міністерства охорони здоров'я України
Департаменту охорони здоров'я ЛОДА

ОРГАНІЗАТОР: **Гал-ЕКСПО**[®]
АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
(032) 2671369, 2970628
www.galexpo.com.ua



Галицькі Експозиції® 2019

23-25 ЖОВТНЯ
ЛЬВІВ

МІЖНАРОДНА СТОМАТОЛОГІЧНА ВИСТАВКА

«ДЕНТАЛ® – УКРАЇНА» 2019

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)

- НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ
- СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ
- ПРЕДСТАВЛЕННЯ НАУКОВИХ ІДЕЙ, НОВИХ РОЗРОБОК
- СУЧАСНЕ СТОМАТОЛОГІЧНЕ ОБЛАДНАННЯ ТА ІНСТРУМЕНТАРІЙ
- ЗАСОБИ ГІГІЄНИ ТА ДЕЗИНФЕКЦІЇ
- РЕНТГЕНІВСЬКЕ ОБЛАДНАННЯ ТА МАТЕРІАЛИ



МІЖНАРОДНИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ



www.dental-ukraine.info

www.facebook.com/Dental.Ukraine.Lviv/

ЗА ПІДТРИМКИ:

Міністерства охорони здоров'я України
Департаменту охорони здоров'я ЛОДА