

пациента, указывающего на характер репаративных процессов (патент №2169370, приоритет от 27.07.2000). В метрoаспирате средний уровень белка не превышал 3,0 г/л, а белковый коэффициент, составляющий в среднем $2,3 \pm 0,05$, указывал на вторичность процессов заживления раны матки после кесарева сечения, значимо не отличаясь в сравниваемых группах ($p > 0,05$).

Для подтверждения сделанного вывода, нами проводилось динамическое исследование цитологии аспирата из матки на 3 и 7 сутки после операции у всех родильниц. Анализ показал, что во всех группах имело место достоверное уменьшение нейтрофилов, и увеличение макрофагов, при отсутствии динамики уровня лимфоцитов ($P < 0,05$). Уровень иммуноглобулинов в метрoаспирате не только указывал на местный характер воспаления, но и степень его остроты и выраженности. Показатели гуморального и местного иммунитета во всех группах подтверждали наличие локального, острого воспалительного процесса, без значительных отличий по группам и отсутствием каких-либо закономерностей. В тоже время можно думать, что наибольшая острота воспаления имела место в третьей группе родильниц, в которой констатировались более высокие показатели Ig M как в метрoаспирате, так и в сыворотке крови (табл. 4).

При изучении характера кровотока в маточных артериях и его динамики по показателям доплерометрии выявлено прогрессирование воспалительного процесса в области разреза матки, что косвенно подтверждает

вторичность заживления раны на матке во всех группах женщин независимо от методики зашивания раны.

Таблица 4

Показатели местного и гуморального иммунитета в послеоперационном периоде у женщин с разной степенью риска инфекционных осложнений

Параметры		1 группа	II группа	III группа
Метрoаспират	Ig G, г/л	1,7 $\pm$ 0,08	1,6 $\pm$ 0,08	1,8 $\pm$ 0,04
	Ig M, г/л	2,06 $\pm$ 0,07	2,16 $\pm$ 0,07	2,7 $\pm$ 0,03
	Ig A, г/л	2,8 $\pm$ 0,08	2,48 $\pm$ 0,08	2,34 $\pm$ 0,4
Сыворотка крови	Ig G, г/л	15,8 $\pm$ 0,05	17,57 $\pm$ 0,08	18,64 $\pm$ 0,02
	Ig M, г/л	2,69 $\pm$ 0,07	2,38 $\pm$ 0,07	3,05 $\pm$ 0,03
	Ig A, г/л	2,4 $\pm$ 0,08	2,65 $\pm$ 0,08	2,63 $\pm$ 0,03
	ЦИК, у.е.	68,9 $\pm$ 0,09	61,5 $\pm$ 0,09	64,9 $\pm$ 0,5

Таким образом, при равных условиях степени риска развития септических осложнений, идентичного морфоструктурного состояния миометрия, практически одинаковой частоте осложнений, нами не выявлено каких-либо преимуществ определенной технологии зашивания раны. Во всех группах родильниц, по нашим данным, произошло вторичное заживление раны на матке. Следовательно, в условиях высокой степени риска септических заболеваний ведущим фактором в определении характера заживления раны на матке является не технология зашивания разреза матки, а степень риска развития септических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баев О.Р., Рыбин М.В. Современные тенденции развития техники операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 1997. — №2. — С.3-7.
2. Крамарский В.А., Раевская Л.Ю., Дудакова В.Н. Морфологический индекс как прогностический критерий заживления раны на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 2002. — №6. — С. 56-56.
3. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мащакевич Л.И., Нецветаева Т.Д. Оценочные критерии качества заживления раны на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 2003. — №3. — С. 29-31.
4. Кулаков В.И., Чернуха Е.А. Дискуссионные вопросы ке-

сарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 109-112.

5. Пекарев О.Т., Лузянин Ю.Ф., Поздняков И.М. Доплерометрические критерии эффективности интраоперационной сорбентной профилактики у родильниц из групп высокого инфекционного риска после абдоминального родоразрешения // Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — Том XLIX. — №2. — С.21-23.

6. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. — М.: Медицина, 1998. — 304 с.

7. Хирургические аспекты абдоминального родоразрешения: Методические рекомендации МЗРФ/В.И.Краснопольский, И.И.Левашова, Л.С.Мареева и др. — М., 1993. — С.16.

Адрес для переписки: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, Крамарский В.А. — профессор, проректор по учебной работе.

© АРСЕНОВА И.А., ТРОФИМОВ А.С. — 2009

ПЛАСТИКА ПРЕДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА РАЗЛИЧНЫМИ МУКОЗНЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ

И.А. Арсенова, А.С. Трофимов

(Новосибирский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.О.Маринкин, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.А.Ильин)

Резюме. Данная статья посвящена проблеме вестибулопластических операций с применением свободных мукозных трансплантатов. На основании данных клинических исследований, а также биомикроскопии и индекса дифференцировки клеток было установлено, что вестибулопластика свободным мукозным трансплантатом является эффективным методом лечения при дефиците неизменной слизистой оболочки полости рта. Наиболее оптимальным методом является использование свободного мукозного трансплантата, забранного с твердого неба.

Ключевые слова: вестибулопластические операции, свободных мукозных небный, щечный, альвеолярный трансплантат, оптимальный метод.

VESTIBULOPLASTY BY DIFFERENT MUCOUS TRANSPLANTS

I.A. Arsenova, A.S. Trofimov.

(Novosibirsk State Medical University)

Summary. This article is devoted to the problem of vestibuloplasty with the use of free mucosal grafts. On the basis of clinical investigations and data of biomicroscopy and cell differentiation index it has been established that mucosal graft vestibuloplasty is an effective method of treatment in normal oral mucosa deficiency. More optimal method is vestibuloplasty with the use of free palatal mucosal grafts.

Key words: vestibuloplasty, free mucosal grafts, free palatal mucosal grafts.

Мелкое преддверие является наиболее распространенной аномалией строения слизистой оболочки полости рта, которое по оценкам различных авторов встречается в 5,3-27% наблюдений [1, 3, 5].

Данная аномалия сопровождается различными патологическими процессами зубочелюстной системы, такие как деформации зубных рядов и челюстей, атрофии альвеолярных отростков, заболевания пародонта и т.д. Кроме того, углубление мелкого преддверия полости рта является важным компонентом подготовки полости рта к протезированию, включая протезирование на дентальных имплантатах и при ортодонтическом перемещении зубов [2, 6, 7, 8, 10].

Несмотря на огромное разнообразие вестибулопластических операций, основными методиками применяемыми в отечественной клинической практике являются вестибулопластика с вторичной эпителизацией раневых поверхностей. Однако, данные методики не всегда приемлемы, так как приводят к образованию обширной раневой поверхности. Кроме того, при определенных патологических процессах зубочелюстной системы, таких как полная или частичная адентия, атрофия альвеолярных отростков челюстей, рубцовые деформации преддверия, применение данных методик ограничено в связи с проблемой дефицита неизменной слизистой оболочки полости рта. В связи с этим наиболее приемлемым методом пластики преддверия полости рта является вестибулопластика с применением свободных мукозных трансплантатов. К сожалению, данные оперативные методики не получили широкого распространения в отечественной стоматологии.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 38 человек с мелким преддверием полости рта, из них 20 женщин и 18 мужчин, в возрасте от 16 до 67 лет, которым было выполнено 38 вестибулопластических операций с применением свободных мукозных трансплантатов, из них 12 — в области верхней челюсти, 26 — в области нижней челюсти. Вестибулопластики выполнялись у пациентов с различными патологическими процессами зубочелюстной системы. Распределение вестибулопластик в соответствии с группами пациентов представлено в табл. 1.

Таблица 1
Распределение вестибулопластических операций по группам пациентов

№ п/п	Группы больных	Количество операций	
		Абс.	Отн. (%)
1	С частичной и полной адентией	14	36,84
2	С рубцовой деформацией преддверия	11	28,94
3	С заболеваниями пародонта	8	21,05
4	С аномалиями прикуса	5	13,15
Всего		38	100

Забор мукозного трансплантата производился в основном с твердого неба (26 операций) по методикам D.Hall (1965), D.Hall, A.O'Steen (1970); с щечной области (4 операции) по методике E.W.Steinhauser (1969), M.Radnay, A.Feher, A.Fazecas (1993); с области альвеолярного отростка (8 операции). Первый этап операции заключался в подготовке ложа для трансплантата в области преддверия полости рта. Для этой цели производился разрез слизистой оболочки по переходной складке или иссекался патологически измененный очаг слизистой, отслаивалась слизистая оболочка, подслизистые мягкие ткани до надкостницы и перемещались на необходимую глубину. На верхней челюсти при необходимости резецировалась передняя носовая ость. При заборе мукозного трансплантата с твердого неба при помощи стерильной алюминиевой фольги измерялся участок-реципиент преддверия полости рта, увеличенный на 1 мм, и изготавливался шаблон. Трансплантат

забирался с участка, расположенного дистальнее передней складки в боковом отделе неба, имеющего наименее выраженный подслизистый слой (участок от клыка до первого моляра, отступая 1-2 мм от десневой края). Затем на твердом небе по шаблону выкраивался эпителиально-соединительнотканый трансплантат толщиной 0,5-1,25 мм, после чего на небо надевалась защитная пластина для обеспечения надежного гемостаза. Затем с внутренней стороны трансплантата удалялась жировая и железистая ткань, корригировался размер трансплантата с помощью ножниц. При заборе мукозного трансплантата со щеки основным ориентиром проксимальной границы являлось устье выводного протока околоушной слюнной железы, которое располагается на уровне второго большого коренного зуба. Лоскут с подслизистой основой тщательно отделялся от мышечного слоя, учитывая то обстоятельство, что глубже проходят крупные сосуды, щечный и лицевой нервы. Дефект слизистой щеки ушивали атрауматической нитью. Забор мукозного трансплантата с альвеолярного гребня осуществлялся от границы прикрепленной десны до переходной складки, где выкраивался эпителиально-соединительнотканый трансплантат необходимого размера. После забора свободного мукозного трансплантата он помещался на подготовленное ложе в области альвеолярного отростка и фиксировался швами. Снятие швов обычно проводилось на 10-12 сутки после операции. Контроль за состоянием пациентов осуществлялся путем клинического наблюдения на 1, 3, 7, 10 сутки после операции и через 1, 3, 6 месяцев. Отдаленные сроки наблюдения составили от 1 до 3 лет.

Для определения адекватности приживления трансплантата использовалась бесконтактная прижизненная биомикроскопия [4]. Для биомикроскопии использовали фотомикроскоп, щелевую лампу ШЛЗГБП. Микрососудистое русло наблюдали при увеличении $\times 10$. Оценивались интраваскулярные, экстраваскулярные изменения, состояние сосудов. Определялось время появления микроциркуляции в трансплантате, как один из основных критериев его приживления. Внутрисосудистые изменения в капиллярах оценивались по состоянию кровотока. При оценке состояния сосудов оценивалась их форма и расположение. Экстраваскулярные изменения определялись по изменению фона (окраски) слизистой оболочки.

Для оценки физиологического состояния слизистой оболочки трансплантата до и после операций, использовался индекс дифференцировки клеток эпителия (ИДК) по методике Г.В. Банченко с соавт. (1987) [2]. Материалом для светомикроскопического исследования служили мазки, полученные со слизистой оболочки участка реципиента после операции. Цитологическое исследование проводилось при помощи биологического рабочего микроскопа ЛАБОВАЛ 3 при увеличении (окуляр $\times 10$, $\times 16$, $\times 200$, $\times 600$, бинокулярная приставка 1,6 $\times$, объектив 16 $\times$, 40 $\times$. Мазки окрашивали гематоксилин-эозином, малахитовым зеленым. ИДК рассчитывали по формуле $A=1a+2b+3v+4g+5d+6e$, где A — индекс дифференцировки клеток, 1-6 — цифровые обозначения степеней дифференцировки клеток, а, б, в, г, д, е — процент клеток соответствующей дифференцировки.

Статистическая обработка выполнялась по критерию Уитни. Значимые различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Критериями положительных результатов оперативных вмешательств служили приживление мукозного эпителиально-соединительнотканного трансплантата, сохранение восстановленной глубины преддверия (более 1 см) в течение 1 года и более, отсутствие рецидива и воспалительных изменений слизистой оболочки полости рта. В соответствии с данными критериями положительные результаты были получены при 35 (92,1%), отрицательные — при 3 (7,9%) операциях. У 2 па-

циентов отрицательные результаты были получены после вестибулопластики на фоне рубцовой деформации преддверия полости рта, что, по-видимому, связано с выраженными рубцовыми изменениями тканей воспринимающего ложа и как следствие ухудшением питания трансплантата; у одного пациента — при полной адентии нижней челюсти на фоне атеросклероза.

Согласно данным биомикроскопии первые признаки жизнеспособности небного трансплантата появляются на $3,0 \pm 0,2$ сутки после операции, у трансплантата с альвеолярного отростка на $3,0 \pm 0,4$ сутки, у трансплантата со щеки на $3 \pm 0,5$ сутки в виде гиперемии и появления прерывистого кровотока по периферии трансплантата. Полное восстановление микроциркуляции у небного трансплантата наблюдается на $7 \pm 0,5$ сутки, с альвеолярного отростка на $8 \pm 0,15$ сутки, со щеки — $8 \pm 0,2$ сутки трансплантата после операции. А полное приживление трансплантата у небного трансплантата наблюдалось на $9,3 \pm 2,5$ сутки, со щеки — на $12 \pm 1,5$, у трансплантата с альвеолярного отростка на 10 ± 2 (значимое различие между сроками приживления свободных мукозных трансплантатах, при $p=0,0001$)

Наибольший показатель ИДК наблюдался в группе с свободным небным трансплантатом $540 \pm 16,1$, свободный щечный трансплантат $495 \pm 6,7$, Трансплантат с альвеолярного отростка $491 \pm 8,7$. Согласно проведенному анализу значений ИДК при приживлении различных мукозных трансплантатов нами было установлено, что наиболее выраженной адаптивной способностью обладает трансплантат, забор которого был произведен с неба, о чем свидетельствует повышение показателя ИДК, следующим по адаптивным способностям является трансплантат, забранный с щечной области, затем — с области альвеолярного отростка (табл.2).

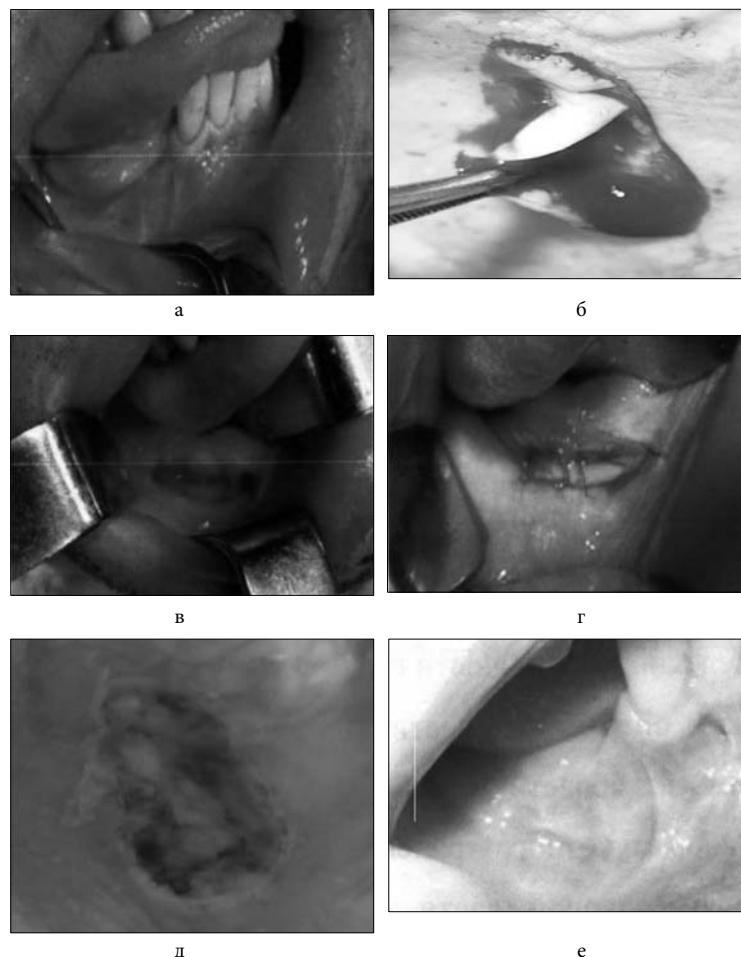


Рис. 1. Пациентка Б., 22 года. Этапы проведения вестибулопластики свободным небным трансплантатом: а) мелкое преддверие полости рта до операции; б) забор небного трансплантата; в) подготовленное ложе для свободного мукозного трансплантата; г) фиксация свободного мукозного трансплантата; д) рана на небе через 14 дней; е) преддверие полости рта через 1 месяц после операции.

Таблица 2

Значения ИДК до и после операции
свободной вестибулопластики, ($M \pm m, *p < 0,05$)

Вид трансплантата	Количество наблюдений	ИДК до операции	ИДК после операции
Небный трансплантат	26	$504 \pm 11,6$	$540 \pm 16,1$
Трансплантат со щеки	4	$466 \pm 2,8$	$495 \pm 6,7$
Трансплантат с альвеолярного отростка	8	$485 \pm 44,4$	$491 \pm 8,7$

По нашему мнению, наиболее приемлемым для углубления преддверия полости рта является использование свободного небного трансплантата. Забор данного трансплантата дает возможность получить достаточное количество слизистой без развития в последующем рубцовой деформации мягких тканей донорского участка. Однако возможность забора небного трансплантата может быть ограничена особенностями строения твердого неба.

Клинический пример: Пациентка Б., 22 года, находилась на лечении в хирургическом отделении МУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» в январе 2008 г. с диагнозом: остеокластома тела нижней челюсти справа, состояние после резекции нижней челюсти с одномоментной костной пластикой аутогребнем подвздошной кости, состояние после остеотомии верхней и нижней челюстей, мелкое преддверие полости рта в области нижней челюсти, частичная адентия (IV класс по Кеннеди).

Объективно: лицо асимметрично за счет деформации нижней челюсти, открывание рта свободное. В

полости рта: 44, 45, 46, 47, 48 зубы отсутствуют, слизистая оболочка преддверия полости рта в области нижней челюсти бледно-розового цвета. Вместе отсутствующих зубов имеются слабо выраженные рубцы, атрофия альвеолярного отростка 3 типа по Оксману. Глубина преддверия полости рта в области нижних резцов — 10 мм., в боковом отделе нижней челюсти справа — 2 мм (рис.1).

Проведена операция: вестибулопластика свободным мукозным небным трансплантатом в области бокового отдела нижней челюсти справа (рис. 1г). Забор мукозного трансплантата производился с твердого неба при помощи скальпеля.

При осмотре через 1 месяц после операции: глубина преддверия сохраняется 10 мм, слизистая оболочка бледно-розового цвета, трансплантат слегка отличается по цвету от окружающей слизистой оболочки, симптом натяжения слизистой отсутствует (рис. 1е).

Забор щечного трансплантата больших размеров может привести к рубцовой деформации щеки, в связи с этим применение этой методики ограничено. Забор трансплантата с беззубого альвеолярного отростка связан со степенью атрофии кости и количеством слизистой, покрывающей альвеолярный отросток. Так при выраженной атрофии альвеолярного отростка при полной потере зубов возникает проблема дефицита слизистой оболочки, что приводит к трудностям забора данного вида трансплантата и, в итоге, к невозможности выполнения данной манипуляции.

Таким образом, вестибулопластические операции с применением свободного мукозного трансплантата являются методом выбора при различных патологиче-

ских процессах зубочелюстной системы: деформациях зубных рядов и челюстей, атрофии альвеолярных отростков, рубцовых деформациях преддверия, заболеваний пародонта. Положительные результаты вестibuлопластических операций с использованием свободного мукозного трансплантата были достигнуты в 92,1% (87,9%-94,1%) наблюдений в сроки от 1 до 3 лет ($p=0,05$), что свидетельствует в пользу эффективности данного метода углубления преддверия полости рта, особенно при состояниях, сопровождающихся дефицитом неизменной слизистой оболочки. Преимуществом тран-

сплантации слизистой оболочки при вестibuлопластике является отсутствие раневой поверхности в области преддверия полости рта и возможность восстановления глубины преддверия при дефиците неизменной слизистой. Основные недостатки способа заключаются в сложности и травматичности забора трансплантата, ограниченном количестве слизистой оболочки, пригодной для пересадки, сокращение лоскута на этапах его приживления. Кроме того, для выполнения операции необходимо создание дополнительной раневой поверхности в месте забора трансплантата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балин В.Н. Практическая периодонтология. — СПб., 1995. — 255 с.
2. Быкова И.А., Агаджанян А.А., Банченко Г.В. Цитологическая характеристика отпечатков слизистой оболочки полости рта с применением индекса дифференцировки клеток. // Лабораторное дело. — 1987. — № 1. — С.33—35.
3. Грудянов А.И. Критерии оценки лечения мелкого преддверия полости рта. // Пародонтология. — СПб., 1998. — №3. — С.37-39.
4. Прохончуков А.А., Логинова Н.К. Функциональная диагностика в стоматологической практике. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.
5. Цепов Л.М. Диагностика и лечение заболеваний пародонта — М., 2002. — 192 с.
6. Харрис Р., Миллер Р., Миллер Л.Х., Харрис К. Осложнения трансплантации соединительнотканного лоскута: анализ 500 клинических случаев // Perio IQ., — 2005. — № 1. — С. 42-52.
7. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое. Книга III — М.: Ортодент-Инфо, 2001. — 174 с.
8. Wimmer G., Parsche E., Ruda C., et al. Preprosthetic plastic soft-tissue surgery. Vestibular gingival extension with a free mucosal graft // Schweiz Monatsschr Zahnmed. — 2000. — Vol.110, — №5. — P. 484-495
9. Rose Louis F., Mealey Brian L. Periodontics medicine, surgery and implants. // Elsevier Mosby. — 2004. — 578 p.
10. Radnai M. Improvement of the stability of the total lower prosthesis by vestibuloplasty // Fogorv Sz. — 1993. — Vol. 86 — №6. — P.187-191.

Адрес для переписки: 630099 г.Новосибирск, Красный проспект, 52. Арсенова Ирина Александровна — проф.кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Электронная почта anton-1-5@mail.ru

© КУЛИКОВ Л.К., ШАЛАШОВ С.В., СМЕРНОВ А.А., БУСЛАЕВ О.А., ЦЫБИКОВ С.Г., ЕГОРОВ И.А. — 2009

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Л.К. Куликов¹, С.В. Шалашов², А.А. Смирнов¹, О.А. Буслаев², С.Г. Цыбиков², И.А. Егоров²

(¹ Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра хирургии с курсом эндоскопии, зав. — д.м.н., проф. Л.К. Куликов; ²Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «Российская железная дорога», гл. врач — к.м.н. Е.А. Семенищева)

Резюме. Разработан метод герниопластики «без натяжения» при паховых грыжах. Существенным отличием от операции I.L.Lichtenstein является характер фиксации сетчатого протеза в тканях. При этом, для его имплантации не используют глубокие структуры пахового канала. В работе изложена техника герниопластики. При этом не требуется специальных инструментов. Изучен уровень боли в раннем послеоперационном периоде у двух групп больных. Основная группа — пациенты с пластикой в разработанном варианте, группа клинического сравнения — больные после операции I.L.Lichtenstein.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, способ, боль.

PAINFUL SYNDROME AS THE INDICATOR OF EFFECTIVE INGUINAL GERNIOPLASTY

L.K. Kulikov¹, S.V. Shalashov², A. A. Smirnov¹, O. A. Buslaev², S.G. Tsybikov², I.A. Egorov²

(¹Irkutsk State Postgraduate Institute for Doctors, ²Railways hospital at station Irkutsk-Passenger)

Summary. The method of «tension-free» hernioplasty for inguinal hernias is presented. Essential difference from Lichtenstein operation consists in character of fixing of polypropylene mesh. For mesh fixing thus deep structures of inguinal area are not used. In this article the technics of operation is stated. The operation does not demand special tools. Pain level in the early postoperative period in two groups of patients is investigated. The basic group — patients with plastic in the offered variant, control group — patients after operation I.L.Lichtenstein.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, method, pain.

Наружные грыжи живота являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний и встречаются у 3-7% населения [5,7]. Частота встречаемости грыж в разных странах с годами существенно не меняется. Грыжесечение является наиболее частой операцией в хирургии и составляет 10-15% от общего числа всех операций [9]. Паховые грыжи выявляются у 1-5% мужчин и 0,3-2% женщин, составляя до 80% от всех видов грыж живота [8,13]. Доминирующим принципом хирургического лечения грыж в настоящее время является выполнение пластики «без натяжения» с использо-

ванием современных синтетических материалов. При паховых грыжах получила распространение операция, предложенная американским хирургом I.L.Lichtenstein в 1989 году. Хирургов привлекает надежность и техническая простота выполнения операции, что оказывает существенное влияние на распространение методики в сети общехирургических лечебных учреждений. Имеющиеся данные подтверждают высокую эффективность применения безнатяжных методик при оперативном лечении паховых грыж независимо от доступа (традиционного или лапароскопического).