



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет**



Асоціація стоматологів Дніпропетровської області

Асоціація стоматологів Запорізької області

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична
конференція
«Стоматологія Придніпров'я»**

19 квітня 2019

Дніпро-Запоріжжя

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвєєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

включающий первичный или «простудный» неврит в самые ранние сроки назначают мощную нейротропную, противовирусную и противоотечную терапию (дексаметазон, герпевир, zelitrex, прозерин или галантамин, церебролизин, витамины группы В, мочегонные, симптоматические препараты, а также упражнения на мимическую группу мышц лица по В.А.Кузьмину, А.К.Попову (А.А.Тимофеев).

Хирургическому лечению постоянного паралича лицевого нерва посвящены многие работы, а хирургические приемы стали классическими:

- Пересадка свободного мышечного трансплантата без сосудистых анастомозов (Thompson);
- Метод смежной мышечно-лицевой пластики (Gillies);
- Трансплантация нерва со свободным васкуляризованным мышечным трансплантатом (В. McCO`Brien);
- Различные способы нейропластики ствола лицевого нерва с другими близлежащими двигательными нервами, например жевательный, подъязычный.

Однако, несмотря на сложность хирургических вмешательств, включая микрохирургическую технику, удельный вес стабильно положительных результатов колеблется от 13 до 68%, что вынуждает хирургов прибегать к статической пластике парализованной части лица.

В нашей клинике за последние 9 лет статическую пластику провели у 14 больных, у которых причиной паралича были:

- 11 случаев в результате операций удаления злокачественных новообразований околоушной слюнной железы;
- 2 случая после нейрохирургических внутричерепных операций;
- 1 случай травматического повреждения ствола лицевого нерва.

Операции выполнены следующим образом: производили разрез кожи и клетчатки начиная в височной области, по границе с волосистой частью головы, опускались к ушной раковине и далее по Ковтуновичу, примерно, как при круговой подтяжке лица. Далее, не повреждая SMAS, отслаивали кожно-жировую клетчатку лица и иссекали избыток свисающей кожно-жировой клетчатки. В дальнейшем производили туннели, направленные от уровня сосцевидного отростка, верхнего уровня ушной раковины, височной мышцы к углам рта и глаза, подтягивали и закрепляли к апоневрозам прочными узлами в эстетически выгодной позиции. Причем следует отметить, что во избежание выворота с уровня середины щеки нити погружали в глубокие мышечные слои угла рта и закрепляли узловыми швами.

Во всех случаях мы получили удовлетворительные и хорошие косметические и функциональные результаты.

Комок А.А., Москаленко Я.И., Алексюк С.А..

МЕСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ ИЗЪЯНОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ЕЁ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ЗАПУЩЕННОГО РАКА.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», Кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и парадонтологии. Украина
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им.И.И. Мечникова»*

Наш опыт и собственные предложения основаны на хирургическом лечении запущенных форм рака нижней губы у больных в Днепропетровской областной клинической больнице им. И.И. Мечникова. Опыт показывает, что рак этой локализации встречается достаточно часто, причем тенденции к сокращению запущенных форм не наблюдается. По данным онкологов, рак губы встречается чаще в возрасте от 40-60 лет. В нашу клинику для хирургического лечения онкологическими диспансерами направляются больные именно в таком возрасте, причем каждый второй случай госпитализируемых больных по поводу рака нижней губы – запущенный (Т3 – Т4).

Большинство злокачественных опухолей нижней губы является плоскоклеточным раком. Чаще встречается плоскоклеточный ороговевающий рак, отличающийся сравнительно медленным течением. Региональные метастазы при раке нижней губы развиваются, как правило, поздно. Наиболее агрессивным для распространения и развития метастазов является низкодифференцированный рак нижней губы.

Бородавчатая, язвенная и язвенно-инфильтрационная формы рака нижней губы наиболее часто встречаются среди запущенных опухолей. В клиническом и хирургическом плане, в плане возможности возникновения послеоперационных рецидивов наиболее сложным, требующим особого внимания, тщательного обследования является язвенно-инфильтративный рак.

При язвенно-инфильтративной форме язва углубляется, принимает неправильную форму с неровным дном. Края язвы приподняты над уровнем губы, вывернуты и инфильтрированы. При пальпации язва безболезненная, края и основание ее плотные, а границы инфильтрации теряются в окружающих тканях.

Диагностика основывается на клинической картине и результатах морфологического исследования опухоли (после пункции или биопсии).

Наиболее распространенным методом лечения является оперативное лечение и лучевая терапия. В начальных стадиях такая тактика обеспечивает отсутствие рецидивов в течении 5 лет у 95-100% больных.

В настоящее время лечение рака губы строится с учетом стадии процесса и клинической формы. Хирургический метод лечения складывается из двух этапов : эксцизия в пределах здоровых тканей опухолевого очага на губе и удаления шейной клетчатки. Резекция губы с опухолью предпочтительно осуществлять путем электроэксцизии.

Следует учитывать, что радикальное иссечение опухоли неизбежно приводит к возникновению значительных дефектов, которые могут быть устранены только пластическими операциями. Умение радикально иссекать раковую опухоль губы и одновременно сделать правильный выбор

пластической операции для восстановления формы и функции губы имеет большое функционально-эстетическое значение.

Существуют многочисленные способы замещения дефектов нижней губы за счет окружающих тканей – это клиновидная резекция нижней губы, прямоугольная резекция с формированием встречных лоскутов в различных модификациях (опухоль 16-20мм) (Шимановский, Раков и др.)

Исключительно сложными являются операции пластики послеоперационных изъянов при тотальной и субтотальной резекции нижней губы, особенно сочетающимися с резекцией угла рта.

При центральном дефекте нижней губы достигающего до $2/3$ ее поражения Т. Nakajima предлагает использовать следующий метод.

После иссечения образования, производится криволинейный разрез отступя от нижней губы на 1,5-2 см до крыла носа с двух сторон по круговой мышце рта. Ширина выкраенного лоскута должна равняться дефекту губы. Образующиеся лоскуты поворачиваются и перемещаются закрывая дефект и формируя губу.

Для восстановления половины нижней губы удобен способ Морестена. Лоскут выкраивается в области носо-губной складки с соответственной стороны во всю толщщу щеки, причем внутренний край лоскута при образовании ограничивает наружный край дефекта нижней губы.

При тотальной резекции нижней губы используют методы Брунса, Диффенбаха, Кохера. С различными модификациями дополнительные сквозные разрезы на щеках ведут от углов рта наружу в обе стороны – к переднему краю жевательной мышцы; отсюда разрезы направляют вниз и вперед до середины подбородочной области. Кожно-мышечно-слизистый лоскут отсепаровывают от наружной поверхности нижней челюсти, сохраняя ее надкостницу. Путем перемещения этих щечных лоскутов к средней линии и сшивая друг с другом устраняют дефект нижней губы. За последние 5 лет нами прооперированно 28 больных с раком нижней губы с тотальным и субтотальным поражением в различных клинических стадиях.

Наш опыт применения выше перечисленных методик свидетельствует о том, что в дальнейшем после таких операций формируются рубцовые слизисто-мышечные контрактуры в полости рта, ограничивающие движения нижней челюсти, влияющие на акт жевания, прием пищи, что в целом снижает качество жизни пациента.

Нами несколько видоизменен метод. Лоскут выкраивали толщиной только в пределах кожи и кожно-жировой клетчатки в 2 раза шире, чем высота удаленной губы. Перемещали в сторону дефекта в виде дубликатур с целью возмещения и слизистого, и кожного участков губы. Благодаря изобилию и хорошей смещаемости кожи в пожилом возрасте донорские дефекты было несложно закрыть.

Приводим клинический случай.

Больная Р., прооперирована 16.03.14.г



Получен хороший косметический и функциональный результат.

Следующий случай:

Больная З., прооперирована 04.03.13.г



Выполнена операция – тотальная резекция нижней губы, углов рта, с одномоментной пластикой нижней губы кожно-жировыми лоскутами со щек по нашей методике.

Заживление протекало без осложнений как снаружи, так и в полости рта.

Получен хороший клинический результат.

Заключение : При субтотальных и тотальных поражениях нижней губы раком после экстирпации нижней губы с опухолью с успехом могут применяться как кожно-мышечно-слизистые лоскуты, так и кожно-подкожножировые широкие лоскуты, полностью возмещающие послеоперационный изъян, причем качество жизни пациентов после операций по нашей методике предпочтительнее.

**Комок А.А., Комок А.С., Москаленко Я.И., Вихрова В.В., Книга Т.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ В ЗОНЕ АТО В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ
ОБЛАСТЬ.**