

აწყვერელი ლ., სეხნიაშვილი ნ., ბიბიჩაძე მ., კეპულაძე მ.

პირის კარიბჭის რბილი ქსოვილების ნაწიბუროვანი დეფორმაციის კორექცია ვესტიბულოპლასტიკის ორიგინალური მეთოდის გამოყენებით

თსსუ, ქირურგიული სტომატოლოგიისა და ყბა-სახის ქირურგიის მიმართულება

სტატისტიკური მონაცემებით, მოსახლეობის დაახლოებით მეოთხედს აღნიშნება პირის კარიბჭის დაბალი თაღი, რაც წრმოადგენს პაროდონტის დაავადებების განვითარების ერთ-ერთ ხელშემწყობ ფაქტორს. ასაკოვან პაციენტებში პირის კარიბჭის დაბალი თაღი ქმნის სერიოზულ პრობლემებს მოსახსნელი პროთეზების ფიქსაციის თვალსაზრისით. გარდა აღნიშნულისა, პაციენტებს, პირის კარიბჭის დაბალი თაღით, აქვთ ფუნქციური და ესთეტიკური ხასიათის დისკომფორტი, რაც განაპირობებს მათ განსაკუთრებულ დაინტერესებას ოპერაციული მკურნალობით. პირის კარიბჭის დაბალი თაღის არსებობა შეიძლება იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი (ტრავმული დაზიანებების ფონზე განვითარებული ნაწიბუროვანი დეფორმაციის შედეგი).

ვესტიბულოპლასტიკა ეწოდება პირის კარიბჭის რბილი ქსოვილების პლასტიკურ ოპერაციას, რომელიც აღადგენს კარიბჭის თაღის სიმაღლეს და შესაბამისად, უზრუნველყოფს ფუნქციური და ესთეტიკური ხასიათის დარღვევების აღმოფხვრას. ოპერაცია, თავისი მასშტაბით გულისხმობს პირის კარიბჭის ფართობის გაზრდას რბილი ქსოვილების ადგილობრივი პლასტიკით.

ვესტიბულოპლასტიკა ნაჩვენებია:

1. პაროდონტის დაავადებების პრევენციის მიზნით.
2. უკვე განვითარებული პაროდონტიტის ან პაროდონტოზის დროს, პირის ღრუს ლოკალური სტატუსის გაუმჯობესების მიზნით.
3. პროთეზირებისათვის პირის ღრუს ქირურგიული მომზადების მიზნით.
4. კბილების იმპლანტაციისთვის პირის ღრუს მომზადების მიზნით (იგულისხმება ისეთი კლინიკური შემთხვევები, როდესაც კარიბჭის დაბალი თაღის გამო კუნთებს აქვთ საკმაოდ მაღალი მიმაგრება ალვეოლურ მორჩთან).
5. ორთოდონტიული მკურნალობის დაწყების წინ.
6. გარკვეული ხასიათის ლოგოპედიური პრობლემების დროს.
7. პაროდონტიტის ქირურგიული მკურნალობის, კერძოდ, ნაფლეთოვანი ოპერაციების წარმოების წინ.
8. ღრძილების რეცესიის პროფილაქტიკის მიზნით.

ვესტიბულოპლასტიკის წინააღმდეგჩვენებებია:

1. პირის ღრუს ინფიცირების მაღალი ხარისხი, მაგ. მრავლობითი კარიესები პირის ღრუში.
2. ყბების ოსტეომიელიტი.

3. თავის და კისრის მიდამოს ავთვისებიანი სიმსივნეები.
4. სხივური თერაპიის შემდგომი პერიოდი.
5. პირის ღრუს დაავადებების რეციდივული პროცესები.
6. ცერებრული დაზიანებები.
7. კოლაგენოზები.
8. სისხლის სისტემური დაავადებები.

ვესტიბულოპლასტიკის სადღეისოდ მოწოდებული ოპერაციები, როგორცაა: კლარკის, ედლან – მეიხერის, შმიდტის, გლიკმანის მეთოდები, აგრეთვე, ვესტიბულიპლასტიკის ტუნელიზაციის მეთოდი, საკმაოდ წარმატებით გამოიყენება კლინიკურ პრაქტიკაში.

ვესტიბულოპლასტიკის კლარკის მეთოდი გამოიყენება ძირითადად ზედა ყბაზე, პირის კარიბჭის ვრცელ მონაკვეთზე ჩარევის მიზნით. აღნიშნული ოპერაციის დროს პირის კარიბჭეში კეთდება საკბილე მორჩის პარალელური განაკვეთი. იკვეთება რბილი ქსოვილები, უძრავი და მოძრავი ლორწოვანის საზღვარზე, რის შემდეგაც ხდება მათი ღრმად გახსნა ქირურგიული მკრატლისა და ლანცეტის გამოყენებით. ამასთან, ხდება ტუჩის ლორწოვანის აშრევა არაუმეტეს 10 მმ სიღრმეზე, საკბილე მორჩზე მიმაგრებული კუნთებისა და მყესების გადაკვეთა, ქსოვილების აშრევა რასპატორის გამოყენებით და გადანაცვლება პირის კარიბჭის სიღრმეში, რითაც იზრდება კარიბჭის თაღის სიმაღლე. ოპერაცია მთავრდება ტუჩის აშრევებული ლორწოვანი გარსის ჩაკერებით კარიბჭის თაღის სიღრმეში, საკბილე მორჩის ძვლისსაზრდელასთან, რის შემდეგაც ჭრილობა იფარება დამცავი ანტისეპტიკური ნახვევის ფენით. ოპერაციის შემდეგ რჩება ჭრილობის ღია ზედაპირი ალვეოლური მორჩის ვესტიბულურ ზედაპირზე, რომლის ეპითელიზაციაც მიმდინარეობს დაახლოებით 2 კვირის განმავლობაში ანტისეპტიკური ნახვევის ქვეშ.

ვესტიბულოპლასტიკის ედლან–მეიხერის მეთოდი გამოიყენება ძირითადად ქვედა ყბაზე და თითქმის ანალოგიურია კლარკის მეთოდის, იმ განსხვავებით, რომ საკბილე მორჩის პარალელური განაკვეთის გატარების შემდეგ, ლორწოქვეშა რბილი ქსოვილების გარდა იკვეთება და აშრედება საკბილე მორჩის პერიოსტეუმიც, ხოლო ოპერაციის შემდეგ ჭრილობის ღია ზედაპირი რჩება არა საკბილე მორჩზე, არამედ ქვედა ტუჩის ვესტიბულურ არეში. ამ შემთხვევაშიც, ოპერაციის შემდეგ, ჭრილობის ღია ზედაპირი იფარება ანტისეპტიკური ნახვევის დამცავი ფენით და ჭრილობის ეპითელიზაცია მიმდინარეობს 2 კვირის განმავლობაში.

ვესტიბულოპლასტიკის შმიდტის მეთოდი ფაქტიურად წარმოადგენს ედლან–მეიხერის მეთოდის მოდიფიკაციას. ამ უკანასკნელისაგან განსხვავებით, შმიდტი არ ახდენს ძვლისსაზრდელას აშრევებას, არამედ აწარმოებს კარიბჭის რბილი ქსოვილების გაკვეთას საკბილე მორჩის პარალელური განაკვეთით, ქსოვილოვანი ნაფლეთის თავისუფალი ნაპირის გადანაცვლებას ღრმად და ამ უკანასკნელის ფიქსაციას ნაკერებით, კარიბჭის თაღის მოდელირების შემდეგ.

ვესტიბულოპლასტიკის გლიკმანის მეთოდი, წინა სამი მეთოდისაგან განსხვავებით, შეიძლება გამოყენებული იქნას პირის კარიბჭის როგორც ვრცელ, ისე

მცირე უბნებზე ჩარევის მიზნით. განაკვეთი ტარდება ტუჩის მიმაგრების ადგილას, რის შემდეგაც რბილი ქსოვილების გათიშვა ხდება ჩლუნგი წესით, რასპატორის გამოყენებით, დაახლოებით 15 მმ სიღრმეზე. რბილი ქსოვილების ნაფლეთის თავისუფალი კიდე, სიღრმეში გადანაცვლების შემდეგ, ფიქსირდება კარიბჭის თაღის ქსოვილებთან.

ვესტიბულოპლასტიკის ტუნელიზაციის მეთოდი (ა.ი.გრუდიანოვი, ა.ი.ეროხინი, 2001) წარმატებით გამოიყენება ორივე ყბაზე. იგი, წინა ოპერაციული ჩარევებისაგან განსხვავებით, გამოირჩევა ნაკლები ტრავმულობით და ოპერაციის შემდეგ ტოვებს ჭრილობის ღია ზედაპირებს პირის კარიბჭის გაცილებით მცირე ფართზე. აღნიშნული ოპერაციული მეთოდის დროს კეთდება სამი განაკვეთი – ერთი ვერტიკალური, ტუჩის ლაგამის მთელ სიგრძეზე (დაახლოებით 20–25 მმ.) და ორი ჰორიზონტალური, ორივე მხარეს, პრემოლარების არეში (დაახლოებით 20 მმ). აღნიშნულ განაკვეთებს შორის რასპატორის საშუალებით ხდება ლორწოვანი გარსის აშრევა (ლორწქვეშა ტუნელიზაცია) და ერთდროულად, კარიბჭის რბილი ქსოვილების გათიშვა ვერტიკალური მიმართულებით, სათანადო სიღრმემდე. ამასთან, განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა კუნთოვა ნი ბოჭკოების სრულ ათიშვას საკბილე მორჩის პერიოსტეუმისაგან. აღნიშნული ჩარევის შემდეგ ხდება აშრევებული ქსოვილების გადანაცვლება ღრმად და ფიქსაცია ნაკერებით პერიოსტეუმთან, საკბილე მორჩის კიდიდან დაახლოებით 10–12 მმ დაშორებით. ცენტრალური განაკვეთი იკერება ყრუდ, ლორწოვანი გარსის ფიქსაციით პერიოსტეუმთან, შესაბამის სიღრმემდე, ხოლო გვერდითი განაკვეთების არეში ხდება ლორწოვანი გარსის ნაპირების შემოკერება პერიოსტეუმთან, ჭრილობის ღია ზედაპირების დატოვებით, საკბილე მორჩის კიდიდან დაახლოებით 5–8 მმ დაშორებით. ჭრილობის ღია ზედაპირები იფარება ანტისეპტიკური ნახვევებით. ჭრილობის შეხორცებას ჭირდება დაახლოებით 9–11 დღე.

ვესტიბულოპლასტიკის ზემოთ მოყვანილი მეთოდები ძირითადად უზრუნველყოფს დამაკმაყოფილებელ ფუნქციურ და კოსმეტიკურ ეფექტს პირის კარიბჭის დაბალი თაღის ტიპური შემთხვევების კორექციისას. ამასთან, მათი გამოყენება ნაკლებად ეფექტურია ისეთი დაზიანებების დროს, როდესაც ადგილი აქვს კარიბჭის რბილი ქსოვილების მნიშვნელოვან დეფიციტს (მექანიკური და თერმული დაზიანებები, სიმსივნური წარმონაქმნების ქირურგიული მკურნალობის შემდგომი მდგომარეობა და სხვა). მსგავსი კლინიკური შემთხვევებისთვის ჩვენს მიერ დამუშავებული იქნა ვესტიბულოპლასტიკის მეთოდი, ტუჩის ქსოვილებიდან აღებული ფეხიანი ნაფლეთის გამოყენებით. მოგვყავს საინტერესო კლინიკური შემთხვევა, ოპერაციული ტექნიკის აღწერით.

ავადმყოფი მ.ჩ., 49 წლის ქალი, შემოვიდა კლინიკაში 3.10.2014წ., დიაგნოზით: ქვედა ყბის ძველი მოტეხილობა (ოსტეოსინთეზის შემდგომი მდგომარეობა), პირის კარიბჭის რბილი ქსოვილების ნაწიბუროვანი დეფორმაცია, მნიშვნელოვანი ქსოვილოვანი დეფიციტის არსებობით, ქვედა ფრონტალურ არეში. პაციენტმა მომართვამდე ერთი წლით ადრე, თურქეთში ვიზიტის დროს, სიმაღლიდან ჩამოვარდნით მიიღო ტრავმა თავის არეში. თავის ტვინის შერყევისა და ქვედა ყბის

ძვლის მოტეხილობის დიაგნოზით პაციენტი მოათავსეს ა დგილობრივ ყბა-სახის ქირურგიულ კლინიკაში, სადაც ჩატარდა ქვედა ყბის ძვლის ოსტეოსინთეზი ტიტანის იმპლანტების გამოყენებით. იმის გამო, რომ პირველადი ქირურგიული ჩარევის დროს არ იქნა ჩატარებული დაზიანებული რბილი ქსოვილების პლასტიკა პირის კარიბჭის თაღის აღდგენით, პოსტოპერაციულ პერიოდში განვითარდა კარიბჭის ქსოვილების ნაწიბუროვანი დეფორმაცია, ქვედა ტუჩის შეხორცებით საკბილე მორჩზე.

ობიექტურად, პირის კარიბჭის ინსპექციით, ვიზუალიზირდებოდა ვრცელი ნაწიბუროვანი მასივი, რომელიც ქვედა ტუჩის ვესტიბულურ ზედაპირს აფიქსირებდა საკბილე მორჩის ქედთან, ფრონტალურ არეში, დაახლოებით 18–20 მმ სიგრძეზე. შესაბამისად, აღნიშნული მონაკვეთის ფარგლებში კარიბჭის თაღი საერთოდ არ არსებობდა, რაც იწვევდა სერიოზულ დარღვევებს, როგორც ფუნქციური (ტუჩისმიერი ბგერების გამოთქმის გაძნელება), ისე ესთეტიკური (ქვედა ტუჩის მოძრაობის მკვეთრი შეზრუდვა) თვალსაზრისით.

ოპერაციის ტექნიკა. ქვედა ყბის ფრონტალურ არეში, ტუჩის ვესტიბულურ ზედაპირზე გატარდა ნაწიბუროვანი ჭიმის შემომფარგვლელი ნახევარკალოვანი განაკვეთი შეუცვლელი ლორწოვანისა და ნაწიბუროვანი მასივის საზღვარზე. გაიკვეთა ლორწოვანი, ლორწქვეშა შემაერთებელი ქსოვილი და პირის ირგვლივი კუნთის ზედაპირული შრე, დაახლოებით 2–3 მმ სისქეზე. გატარებული განაკვეთის ფარგლებში რბილი ქსოვილები აშრევდა დაახლოებით 15 მმ სიღრმეზე, ფეხიანი ნაფლეთის წარმოქმნით. ამდენად, მიღებული ნაფლეთის ერთი ზედაპირი წარმოდგენილი იყო ნაწიბუროვანი მასივის სახით, ხოლო მეორე – პირის ირგვლივი კუნთის თხელი შრით. ნაფლეთის განივი ზომა შეადგენდა დაახლოებით 20 მმ (გამომდინარე ნაწიბუროვანი მასივის განივი ზომიდან). რამდენადაც, ქვედა ტუჩი ნაწიბუროვანი ჭიმით შეხორცებული იყო საკბილე მორჩთან, განაკვეთის გატარების შემდეგ, ამ უკანასკნელის ვესტიბულურ ზედაპირზე წარმოიქმნა ჭრილობის ღია ზედაპირი. აღნიშნული ჭრილობა განივი და სიგრძივი მიმართულებით ჩლუნგი წესით გაფართოვდა მოსკიტის და რასპატორის გამოყენებით, რითაც მომზადდა სარეცელი ფეხიანი ნაფლეთის გადასატანად. ნაფლეთის შიგნითა ზედაპირი დამუშავდა ქირურგიულად, კერძოდ, წვრილპირიანი ლანცეტის გამოყენებით ჩატარდა ნაწიბუროვანი მასივის დეეპითელიზაცია, რის შემდეგაც ნაფლეთი გადმოიკეცა 180 გრადუსით საკბილე მორჩის მიმართულებით და ჩაეკერა წინასწარ მომზადებულ სარეცელში. ქვედა ტუჩზე წარმოქმნილი ჭრილობის ზედაპირი, შესაძლებლობის ფარგლებში, ლორწოვანი გარსის ელასტიურობის ხარჯზე, შევიწროვდა სიგრძივი და განივი მიმართულებით, რამოდენიმე პროვიზორული ნაკერის დადებით. ნაოპერაციებ არეში ორი ნაკერით, ერთი კვირის განმავლობაში, დაფიქსირდა იოდოფორმიანი მორგვი, რითაც მოხდა კარიბჭის თაღის მოდელირება და ჭრილობის დარჩენილი ღია ზედაპირის დაცვა ინფიცირებისაგან. ოპერაციული ჩარევიდან ერთი წლის შემდეგ კარიბჭის თაღის სიღრმე იყო 14 მმ, ხოლო ქვედა ტუჩის მოძრაობა და ტუჩისმიერი ბგერების წარმოთქმა აბსოლუტურად თავისუფალი.

ამდენად, ვესტიბულოპლასტიკის ზემოთ მოყვანილი მეთოდი შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული პირის კარიბჭის თაღის მოდელირების მიზნით, მნიშვნელოვანი ქსოვილოვანი დეფიციტების არსებობის დროს.

ლიტერატურა:

1. A. A. Lukyanenko, A. Yu. Panina, J. V. Halzova, A.Sivkov,. D.A.Savinov, A.A.Gasanova. Oral vestibule correction techniques. A.A.Gasanova. Oral vestibule correction techniques. Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН 2/2009 ст. 39-41
2. Bhavna Jha Kukreja, Udayan Gupta, Vidya Dodwad and Pankaj Kukreja. Periosteal fenestration vestibuloplasty. J. Indian Soc Periodontol. 2014 Aug. 18(4): 508-511.
3. А.Е.Степанов. Вестибулопластика и основные операции на тканях пародонта. Москва.:«Паритет», 2000, ст. 47-56.

Atskvereli L., Sekhniashvili N., Bibichadze M., Kepuladze M.

THE MOUTH GATE SOFT TISSUE SCAR DEFORMITY CORRECTION BY VESTIBULOPLASTIC ORIGINAL METHOD

TSMU, SURGICAL STOMATOLOGY AND MAXILLOFACIAL SURGERY DIRECTION

The methods of the present vestibuloplastics basically ensure satisfactory functional and cosmetic effects, in cases of typical correction of the low arch of the mouth gate.

The work sets out vestibuloplastic original method, which allows us to model the arch of the gate, when there is a significant tissue deficit, by using the tissue scrap taken from the vestibular surface of the lip. The method provides good functional and aesthetic effect and can be used on both jaws.