

Based on our findings, the degree of dyslipidemia in the euthyroid hyper- and hypothyroid patients has not been significantly different. In all three groups, patients had high cardiovascular risk.

Thus, in patients with **ischemic cardio disease (ICD)** and subjected to coronary angiography, there is

a wide variety of disorders of the thyroid gland in the various forms. Continuation of the study is appropriate in determining the effect of thyroid dysfunction treatment on the degree of dyslipidemia in patients with ischemic cardio disease.

**Бєлєков Олександр Борисович**

*Доктор медичних наук, професор,  
Буковинський державний медичний університет*

**Бєлєкова Наталія Іванівна**

*Кандидат медичних наук, асистент  
Буковинський державний медичний університет*

**Лєвандовський Роман Адамович**

*Доктор медичних наук, доцент  
Буковинський державний медичний університет*

### **ПРИНЦИПИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ БЕЗЗУБОЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ПРИВОДУ ВИДАЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНОЇ ПУХЛИНИ**

**Belikov Alexander Borisovich**

*Doctor of medical Sciences, Professor,  
Bukovinian State Medical University*

**Belikova Natalia Ivanovna**

*Candidate of medical Sciences, Assistant  
Bukovinian State Medical University*

**Lewandowski Roman Adamovich**

*Doctor of medical Sciences, Associate Professor  
Bukovinian State Medical University*

### **PRINCIPLES OF FUNCTIONAL REHABILITATION OF PATIENTS AFTER RESECTION OF AN EZABE LOWER JAW AS A RESULT OF REMOVAL OF A MALIGNANT TUMOR**

**Topicality.** The duration and complexity of treating patients after surgery for removal of a malignant tumor of the maxillofacial region is that complex functional and cosmetic disorders occur against the background of a severe mental state. Postoperative defects of bone and soft tissues are eliminated by the methods of reconstructive plastic surgery, however, functional disorders of chewing, swallowing, and speech are more persistent and therefore need to perform a set of rehabilitation measures with targeted, progressive, consistent treatment and constant monitoring. The degree of restoration of morphological and functional disorders largely depends on the design features of the resection prosthesis, namely, the method of their fixation taking into account all possible areas of retention, staging, correct determination of central occlusion and the condition of antagonist teeth. Particularly difficult cases are when, after resection of the lower jaw, no teeth remain on the fragments, and the upper jaw is toothless. **The objective** of the study was to develop the principles of functional rehabilitation in patients after resection of the lower jaw, when both jaws are toothless. **Materials and methods.** The object of the study was patients undergoing treatment in an oncology clinic and who, according to indications, were planning to remove the lower jaw. In total, we observed 6 patients: 4 men and 2 women aged 55-62 years. After a clinical examination, together with an oncologist surgeon, a plan of surgical intervention, orthopedic treatment was outlined, mucosal compliance was determined, diagnostic models were studied, parallelometry, and speech therapy correction were performed. **Results.** All patients underwent a three-stage prosthetics procedure. At the first stage, a direct lower jaw prosthesis was made, a functional impression was taken, the central ratio of the jaws was determined, and the formation of the forming prosthesis was determined. At the second stage, a replacement denture is made. At the third stage, correction of occlusal contacts and phonetic correction of language movements were carried out together with a speech therapist. As a result of orthopedic treatment, the contours of the face and the shape of the oral gap were restored, the retention of the tongue in the oral cavity was ensured, the salivation stopped. Thus, the results of the study indicate the feasibility of manufacturing immediate prostheses. The percentage of errors will be significantly less if you take impressions and determine the central ratio in the preoperative period. The manufacture of immediate prostheses will significantly accelerate the normalization of impaired chewing, swallowing and speech functions even in severe disorders in the maxillofacial region. In the absence of conditions for fixation, it is especially necessary to draw up a zone of muscular equilibrium with modeling individual optimal thickness of the base and bed for the tongue. This sequence of orthopedic treatment has a positive effect on the mental state of the patient.

**Conclusions.** The results of the study indicate the feasibility of manufacturing immediate prostheses, the manufacture of which will significantly accelerate the normalization of impaired functions of chewing, swallowing and speech, even in severe disorders in the maxillofacial region, normalizes the psyche of patients. After resection of the lower jaw and the absence of teeth on both jaws, in order to maintain the shape of the face before plastic surgery, we recommend making a prosthesis with modeling of the hyoid protrusion with raising the bottom of the oral cavity.

**Актуальність.** Тривалість і складність лікування хворих після оперативних втручань з приводу видалення злоякісної пухлини щелепно-лицевої ділянки полягає в тому, що виникають складні функціональні і косметичні порушення на тлі важкого психічного стану. Післяопераційні дефекти кісткових і м'яких тканин усувають методами відновної пластичної хірургії, проте функціональні порушення жування, ковтання, мовлення більш стійкі і тому потребують виконання комплексу заходів реабілітації з цілеспрямованим, поступальним, послідовним лікуванням і постійним спостереженням. Ступінь відновлення морфологічних і функціональних порушень в значній мірі залежить від конструктивних особливостей резекційної протеза, а саме, способу їх фіксації з урахуванням всіх можливих зон ретенції, постановки зубів, правильності визначення центральної оклюзії і стану зубів-антагоністів. Особливо складними є випадки, коли після резекції нижньої щелепи на фрагментах не залишається зубів, а верхня щелепа беззуба. **Метою** дослідження було розробити принципи функціональної реабілітації у хворих після резекції нижньої щелепи, коли обидві щелепи беззубі. **Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були хворі, які перебувають на лікуванні в онкологічному диспансері і яким за показаннями планувалося видалення нижньої щелепи. Всього під нашим наглядом було 6 хворих: 4 чоловіків і 2 жінки у віці 55-62 роки. Після клінічного обстеження спільно з хірургом-онкологом був намічений план оперативного втручання, ортопедичного лікування, визначена податливість слизової оболонки, вивчені діагностичні моделі, проведена паралелометрія, логопедична корекція. **Результати.** Всім хворим була проведена трьохетапна методика протезування. На першому етапі був виготовлений безпосередній протез нижньої щелепи, знятий функціональний відбиток, визначено центральне співвідношення щелеп, виготовлений формуючий протез. На другому етапі - виготовлений протез, що заміщує. На третьому етапі була проведена корекція оклюзійних контактів і фонетична корекція рухів язика разом логопедом. В результаті ортопедичного лікування були відновлені контури обличчя і форма ротової щілини, забезпечено утримання язика в порожнині рота, припинилася слинотеча. Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про доцільність виготовлення безпосередніх протезів. Відсоток помилок буде значно менший, якщо знімати відбитки і визначати центральне співвідношення в передопераційному періоді. Виготовлення безпосередніх протезів значно прискорить нормалізацію порушених функцій жування, ковтання і мовлення навіть при важких розладах в щелепно-лицевій ділянці. При відсутності умов для фіксації особливо ретельно необхідно оформляти зону м'язової рівноваги із моделюванням індивідуальної оптимальної товщини базису і ложа для язика. Така послідовність ортопедичного лікування позитивно впливає на психічний стан пацієнта. **Висновки.** Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність виготовлення безпосередніх протезів, виготовлення яких значно прискорить нормалізацію порушених функцій жування, ковтання і мовлення навіть при важких розладах в щелепно-лицевій ділянці, нормалізує психіку пацієнтів. Після резекції нижньої щелепи і відсутності зубів на обох щелепах для збереження конфігурації обличчя перед проведенням пластичної операції рекомендуємо виготовляти формуючий протез із моделюванням під'язикової виступу з підняттям дна ротової порожнини.

*Key words: malignant tumors, resection of the lower jaw, toothless jaws, functional rehabilitation.*

*Ключові слова: злоякісні пухлини, резекція нижньої щелепи, беззубі щелепи, функціональна реабілітація.*

**Актуальність.** Тривалість і складність лікування хворих після оперативних втручань з приводу видалення злоякісної пухлини щелепно-лицевої ділянки призводить до виникнення складних функціональних та косметичних порушень на тлі важкого психічного стану [1, 3, 5, 6, 9]. Післяопераційні дефекти кісткових і м'яких тканин усувають методами відновної пластичної хірургії, проте функціональні порушення жування, ковтання, мовлення більш стійкі і тому потребують виконання комплексу заходів реабілітації з цілеспрямованим, поступальним, послідовним лікуванням та постійним спостереженням [10, 11]. Ступінь відновлення морфологічних і функціональних порушень в значній мірі залежить від конструктивних особливостей резекційного

протеза, а саме, способу їх фіксації з урахуванням всіх можливих зон ретенції, постановки зубів, правильності визначення центральної оклюзії та стану зубів-антагоністів [4, 7, 8]. Особливо складними є випадки, коли після резекції нижньої щелепи (НЩ) на фрагментах не залишається зубів, а верхня щелепа (ВЩ) беззуба [2,4].

**Мета.** Розробити принципи функціональної реабілітації у хворих після резекції нижньої щелепи, коли обидві щелепи беззубі.

**Матеріали та методи.** Результатом дослідження були хворі, які перебували на лікуванні в онкологічному диспансері і яким за показаннями планувалося видалення НЩ. Всього під нашим спостереженням було 6 хворих: 4 чоловіки і 2 жінки у віці 55-62 роки. Після

клінічного обстеження спільно з хірургом-онкологом був намічений план оперативного втручання, план ортопедичного лікування, визначена піддатливість слизової оболонки, вивчені діагностичні моделі, проведена паралелометрія, логопедична корекція.

**Результати.** Всім хворим згідно з планом оперативного втручання була проведена фантомна

резекція на моделі і виготовлений безпосередній протез (БП) нижньої щелепи. Як результат протезування наводимо на прикладі хворого С-кова В.К., карта обстеження № 54. Однак, в результаті післяопераційного набряку язика і нижньої губи (рис.1) БП не був накладений на операційному столі.



Рис. 1. Зовнішній вигляд хворого С-кова В.К., карта обстеження № 54 після односторонньої резекції нижньої щелепи.

При об'єктивному обстеженні різке порушення конфігурації обличчя, набряк язика і зміна його розташування із характерним висуненням і накладенням на нижню губу, слинотеча, нечіткість при вимові звуків, порушення діяльності м'язів жувального апарату. Нижня губа набрякла,

гіперемована. Безперервність НЩ порушена внаслідок її резекції, фрагмент зліва що залишився, розміром 2х3 см, зміщений в бік язика, рубці в під'язикової ділянці. Повна відсутність зубів (рис. 2).



Рис. 2. Зміщення фрагмента нижньої щелепи після операції в бік язика: А - при опущеному язиці; Б - при припіднятому язиці.

Хворому був поставлений діагноз: Стан після резекції половини НЩ справа, частини язика та дна порожнини рота. Беззуба ВЩ, 2 тип атрофії за Шредером. Втрата жувальної ефективності за Агаповим 100%. Після зменшення набряку був складений план ортопедичного лікування, який передбачав, в першу чергу, виготовлення формуючого протеза. Для цього було знято орієнтовні анатомічні відбитки з ВЩ і післяопераційного поля НЩ еластичною відбитковою масою "Стоморан", модель НЩ вивчена в паралелометрі для визначення можливих зон ретенції щодо внутрішньої косої лінії, а виготовлений до операції БП застосовували як індивідуальну ложку. При визначенні центрального співвідношення щелеп звертали увагу на

відсутність міжальвеолярної простору і нестійке положення фрагмента НЩ в бічній ділянці, тому просторове розміщення щелеп визначали декілька разів. У наступне відвідування перевіряли конструкцію верхнього повного знімного протеза.

Після накладення готового протеза на ВЩ і формуючого - на НЩ, проводили корекцію оклюзійних контактів, здійснювали щоденне спостереження, своєчасне і ретельне усунення травмуючих чинників. У результаті набрякості м'яких тканин в ділянках щільного прилягання протеза утворилися пролежні. Після зменшення набрякості було порушено крайове прилягання протеза, особливо в передній ділянці. Проведено лабораторне перебезування із заміною відбиткового матеріалу на безбарвну пластмасу,

однак спроби досягти достатньої фіксації протеза залишилися нереалізованими (рис.3).



*Рис 3. Формуючий протез після перебазування лабораторним методом безбарвною пластмасою:  
А - конструкція протеза; Б - протез в порожнині рота пацієнта.*

Другий етап ортопедичного лікування передбачав виготовлення протеза, що заміщує. Тому визначення центрального співвідношення щелеп у порівнянні з попереднім було значно простіше, тому що пацієнт протягом місяця користувався формуючим протезом. Після об'ємного моделювання протеза в ретроальвеолярному і під'язиковому просторі

відбитковим матеріалом "Stomaflex" провели лабораторне перебазування безкольоровою пластмасою. Складність постановки нижніх фронтальних зубів була пов'язана із відсутністю анатомічних орієнтирів. У бічних ділянках в зв'язку з малим міжальвеолярним простором і відсутністю місця для зубів на поверхні базису були зроблені відбитки оклюзійної поверхні верхніх зубів (рис. 4).



*Рис. 4. Постійні протези пацієнта.*

Принцип наближення рівня оклюзійної площини до НЩ, де умови фіксації протеза були значно гірше, не можна було відтворити в конкретній ситуації, тому що таке розміщення зубів не могло утримати язик в порожнині рота. Щоб не

перешкоджати рухам НЩ в бічних ділянках протеза ВЩ провели постановку премоларів і молярів з невеликими горбами і пологими схилами, а у фронтальній ділянці без різцевого перекриття (рис.5).



Рис. 5. Результати протезування хворого:

А - розміщення резекційного протеза на нижній щелепі; Б - обидва протеза в порожнині рота в оклюзії.

З огляду на те, що близько 90% звукових артикуляційних контактів язика здійснюється в передній ділянці твердого піднебіння, особливу увагу при моделюванні базису протеза ВЩ було приділено оформленню контуру ясенного краю фронтальних зубів і поперечних піднебінних складок. Застосовували функціональні проби на вимову звуків: "з-п, ф-в, д-т, г-к". Після протезування, враховуючи обмежену рухомість язика, мовлення хворого було нечітке, не зовсім зрозуміле, проте в ході тренувань поступово нормалізувалося.

Для досягнення чіткості мовлення логопедом був призначений комплекс заходів: в першу чергу приступали до вправ, які активізують м'язову мускулатуру і рухи губ, потім освоювали вправи для НЩ (рухи вниз, вперед, назад, вліво і вправо), потім вправи для нижньої губи і язика. При цьому враховували, що порушення анатомії язика відбулося в період, коли мовлення вже сформувалося, отже, мали місце правильні координаційні установки, що використовували для розробки активних рухів збережених м'язів.

В результаті ортопедичного лікування були відновлені контури обличчя і форма ротової щілини, забезпечено утримання язика в порожнині рота, припинилася слинотеча. Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про доцільність виготовлення БП. Відсоток помилок буде значно менше, якщо знімати відбитки і визначати центральне співвідношення в передопераційному періоді. Саме виготовлення БП значно прискорить нормалізацію порушених функцій жування, ковтання і мовлення навіть при важких щелепно-лицевих розладах. При відсутності умов для фіксації особливо ретельно необхідно оформляти зону м'язової рівноваги із моделюванням індивідуальної оптимальної товщини базису і ложа для язика. Така послідовність ортопедичного лікування позитивно впливає на психічний стан пацієнта.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність виготовлення безпосередніх протезів, які значно прискорюють нормалізацію порушених функцій жування, ковтання і мовлення навіть при важких розладах в щелепно-лицевій ділянці, знижує психічні розлади

пацієнтів. Після резекції нижньої щелепи і відсутності зубів на обох щелепах для збереження конфігурації обличчя перед проведенням пластичної операції рекомендуємо виготовляти формуючий протез із моделюванням під'язикового виступу з підняттям дна ротової порожнини.

#### Список літератури.

1. Асташина Н.Б. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретёнными дефектами челюстей: автореф. доктора мед. наук, спец.14.00.21 – "Стоматология,, / Н.Б. Асташина. - Пермь, 2009.- 38с.
2. Беліков О.Б., Тесленко О.І. Особенности функциональной реабилитации больных после резекции нижней щелепи / О.Б. Беліков, О.І. Тесленко //Український стоматологічний альманах. - 2006. - №1. -Том1. - С.18-21
3. Грачев И.Ф., Грачев Д.И., Арутюнов Д.С., Даллакян В.Ф., Харазян А.Э., Санодзе Д.О. Социологические аспекты организации ортопедической стоматологической помощи больным с челюстно-лицевыми дефектами в современных условиях // Сибирский медицинский журнал. - 2008. - №1. -С.68-70.
4. Єрис Л.Б. Застосування програмного продукту Delcam для виготовлення резекційного імплантата при однобічній резекції нижньої щелепи / Л.Б. Єрис // Український стоматологічний альманах. - 2014. - №4. - С.32-35.
5. Карасева В.В. Реабилитация онкологических больных после резекции половины нижней челюсти с использованием технологий зубного протезирования / В.В. Карасева // Проблемы стоматологии. – 2012. - №1. –С.41-45
6. Конанихін В.І. Досвід лікування місцево-поширеного раку слизової порожнини рота / В.І. Конанихін, А.В. Курочкін, О.Є. Колпаков // УРЖ. Щоквартальне науково-практичне видання. - 2011. - №2. – С-186.
7. Кочурова Е.В., Лапина Н.В., Гришечкин С.Д., Ижнина Е.В. Особенности стоматологической реабилитации пациентов пожилого возраста после онкологического лечения патологии челюстно-лицевой области Успехи геронтологии, 2019. - № 1-2. - С.227-233

8. Макаревич А.А. Качество жизни челюстно-лицевых онкологических больных после ортопедической стоматологической реабилитации: автореф. канд. мед. наук /А. А. Макаревич. - Москва, 2009.- 24с.

9. Медико-социальные аспекты оказания ортопедической стоматологической помощи больным с челюстно-лицевыми дефектами / А.С. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко, И.С. Кицул, Д.О. Санодзе // Российский вестник дентальной имплантологии. - М. - 2010. - №1(21). – С.16-20.

10. Рослякова В.А. Система психотерапевтического сопровождения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / В.А. Рослякова // Медична психологія. - 2012. - № 2. – С.105-108.

11. Hundepool A.C, Dumans A.G, Hofer S.O, Fokkens N.J, Rayat S.S, van der Meij E.H, Schepman K.P Rehabilitation after mandibular reconstruction with fibula free-flap: clinical outcome and quality of life assessment // Int J Oral Maxillofac Surg. 2008. Nov - № 37(11). P. 1009-13. doi: 10.1016/j.ijom.2008.05.021.

**Budchenko E. A.**

*post-graduate student of the Department of Obstetrics, Gynecology and Fetal Medicine  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education*

## MODERN CONSERVATIVE METHODS OF TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

**Будченко Євген Анатолійович**

*аспірант кафедри акушерства, гінекології та медицини плода  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика*

## СУЧАСНІ КОНСЕРВАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

**Summary.** The article describes genital prolapse as a pathology of female genital organs. The factors leading to the occurrence of genital prolapse in women of different age groups are presented. Clinical manifestations and mechanisms of their occurrence are substantiated. Considered variants of treatment of women with genital prolapse of various degrees of severity. Illumination of the data of our research of the method of prophylaxis of genital prolapse in the late postpartum period with the help of Corelax vaginal cones.

**Анотація.** В статті описаний генітальний пролапс як патологія жіночих статевих органів. Представлені фактори, що зумовлюють виникнення генітального пролапсу у жінок різних вікових категорій. Описані клінічні прояви та обґрунтовані механізми їх виникнення. Розглянуті варіанти лікування жінок з генітальним пролапсом різного ступеню тяжкості. Висвітленні данні проведеного нами дослідження методу профілактики генітального пролапсу в пізньому післяпологовому періоді за допомогою вагінальних конусів Corelax.

**Key words:** *genital prolapse, rectocele, pelvic floor, connective tissue, vaginal cones.*

**Ключові слова:** *генітальний пролапс, ректоцеле, тазове дно, сполучна тканина, вагінальні конуси.*

**Постановка проблеми.** Актуальність проблеми генітального пролапсу обумовлена значною поширеністю і ранньої маніфестацією. У структурі гінекологічних захворювань дана патологія варіює від 11 до 38,9%, а її пік в 56,3% випадків припадає на вік старше 50 років [1, 7, 11, 17, 37]. Останнім часом відзначається тенденція до «омолодження» пролапсу, переважанню його важких форм, залученню до процес суміжних органів з порушенням їх функцій. Жінки у віці від 30 до 45 років становлять 30-37,5% хворих з генітальним пролапсом, а до 30 років - 10,1-12,3% [3, 13, 26].

Доведено, що генітальний пролапс виникає внаслідок недостатності підтримуючої функції тазового дна [4, 7, 12]. Як відомо, вибір методу і доступу оперативної терапії ґрунтується на знаннях анатомії, оскільки відновлення анатомічних змін у ділянці тазового дна сприяє нормалізації його функції. Слід зазначити, що структури діафрагми таза постійно перебувають під дією динамічного навантаження, внаслідок чого легко виникають

розриви зв'язок. Проте сьогодні відомо, що не лише механічне пошкодження є причиною опущення тазових органів. У декількох дослідженнях доведено, що у жінок із пролапсом знижена концентрація колагену. Виходячи з цього, можна припустити, що генітальний пролапс – це набута патологія екстрацелюлярної матриці [1, 3, 5, 10].

Одну із ключових позицій у патогенезі розвитку рецидиву генітального пролапсу посідає дисплазія сполучної тканини [2, 4, 11, 12]. Її ознаки на тлі станів, що викликають підвищення внутрішньочеревного тиску, слід враховувати як фактор високого ризику формування рецидиву в пацієток, яким планується первинне оперативне втручання з приводу генітального пролапсу [6, 14]. Тому, консервативне лікування пролапсу тазових органів здатне усунути симптоми даного захворювання і суттєво поліпшити якість життя пацієнта. Консервативне лікування є безпечним, ефективним і економічно вигідним [2, 5, 7, 9, 13].

Необхідно також пам'ятати, що пролапс тазових органів є також складною медико-