

**И.В. БАЖУТОВА**

Самарский государственный медицинский университет  
ОАО поликлиника «Медицина»

## **СПОСОБ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ ПОЛОСТИ РТА**

**Статья посвящена коррекции анатомо-функциональных аномалий развития подвижной слизистой оболочки преддверия полости рта у пациентов с заболеваниями пародонта. Представлен новый способ вестибулопластики мягких тканей полости рта, результаты собственных наблюдений с примерами. Отдаленные результаты проведенных данным способом операций подтвердили, что сочетанная коррекция рецессий и глубины преддверия полости рта является оптимальным типом вмешательств и соответствует современному подходу, направленному на уменьшение количества и инвазивности хирургических вмешательств.**

**Ключевые слова:** *вестибулопластика, рецессия, преддверие полости рта*

**Бажутова Ирина Владимировна** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапевтической стоматологии, хирург-стоматолог ОАО Поликлиника «Медицина». E-mail: docba@mail.ru

**I.V. BAZHUTOVA**

Samara State Medical University  
Polyclinic «Medicine»

## **VESTIBULOPLASTY OF THE ORAL CAVITY**

**The article is devoted to the correction of anatomical and functional anomalies in the development of the mobile mucous membrane of the vestibule of the mouth in patients with periodontal diseases. A new method for vestibuloplasty of soft tissues of the oral cavity is presented, the results of our own observations are given with examples. The long-term results of this operation confirmed that the combined correction of recessions and the depth of the oral cavity is the optimal type of intervention and corresponds to the modern approach aimed at reducing the number and invasiveness of surgical interventions.**

**Keywords:** *vestibuloplasty, recession, vestibule of oral cavity*

**Irina Vladimirovna Bazhutova** - Candidate of Medicine, Teaching assistant, Therapeutic Dentistry Department, Dental surgeon at Polyclinic «Medicine». E-mail: docba@mail.ru

При обследовании стоматологических пациентов разных возрастов часто встречаются анатомо-функциональные аномалии развития подвижной части слизистой оболочки преддверия полости рта [4: С.114]. Кроме врожденных аномалий причиной уменьшения преддверия полости рта и возникновения рецессий являются заболевания пародонта и некоторые виды пародонтологического лечения [1, 6, 7], поэтому при обследовании таких пациентов следует уделять особое внимание архитектонике тканей преддверия полости рта. На функциональное и эстетическое состояние мягких тканей влияют ширина и положение кератинизированной прикрепленной десны, высота и расположение десневого края, размер и вид десневых сосочков [9, 12].

Так как стабильность мягких тканей в первую очередь зависит от надежности эпителиального прикрепления, именно мелкое преддверие полости рта часто яв-

ляется причиной обнажения шеек фронтальной группы зубов нижней челюсти, зачастую включая премоляры [9, 13]. Тянувшие тяжи слизистой оболочки переходных складок клинически проявляют свое действие в виде локализованных рецессий разной степени в участках их прикрепления [11]. При множественных рецессиях можно говорить о генерализованном процессе. Для предупреждения тяжелых деструктивных поражений необходимо своевременно выявить и устранить функциональную травму тканей пародонта с помощью хирургической коррекции преддверия полости рта – вестибулопластики [2, 3].

Известно много способов вестибулопластики, однако ни один из них не устраняет рецессий в области зубов. В дальнейшем для коррекции рецессий необходимо повторное вмешательство, которое всегда затруднено [4] и часто приводит к повторному образованию тяжёлой

преддверия полости рта. Даже устранение рецессий 1 класса по Миллеру может явиться сложной задачей ввиду наличия рубцовых изменений и мощных соединительно-тканых уплотнений в области вестибулопластики [8, 10].

Современные тенденции в медицине заключаются в стремлении к уменьшению количества и инвазивности хирургических вмешательств. Разработанный способ вестибулопластики полости рта позволяет повысить эффективность коррекции патологии мягких тканей полости рта, увеличить преддверие полости рта и устранить или уменьшить рецессии десны в области зубов, находящихся в зоне операции, за одно вмешательство.

Особенностью способа является то, что при проведении разреза отступают не менее 6 мм от десневого края; мобилизуют слизистый лоскут со стороны челюсти, минимально травмируя зону зубо-десневых сосочков; после подготовки оголенных поверхностей корней перемещают лоскут к эмалево-дентинной границе, перекрывая имеющиеся рецессии и выходя за их пределы на 1-2 мм; в области корней зубов создают небольшой избыток мягкой ткани, формируя мягкотканый валик, фиксируют в нескольких местах лоскут отдельными швами, проводя шов через межзубные промежутки на язычную или небную стороны; затем без натяжения фиксируют к надкостнице 3-4 швами сторону лоскута, обращенную в глубину сформированного преддверия. Таким образом осуществляют одномоментную коррекцию десневого края.

Способ вестибулопластики полости рта осуществляется следующим образом: после инфильтрационной анестезии скальпелем делают разрез параллельно изгибу челюсти не менее 6 мм от десневого края, не рассекая при этом надкостницы. Разрез может быть произведен как в области нескольких зубов, так и при большом объеме вмешательства, включая премоляры. Затем, не задевая глубоких слоев, острыми ножницами малых размеров отслаивают слизистую оболочку губы в подслизистом слое на глубину 10 мм. Ножницами рассекают мягкие ткани преддверия полости рта в пределах операционного поля вплотную к надкостнице и параллельно изгибу костной поверхности по всей длине разреза на глубину 10-15 мм.

Затем ножницами тупым путем, стараясь не повредить лоскут, отслаивают слизистую альвеолярного отростка от подслизистых тканей до десневого края, не затрагивая десневые сосочки. После этого подслизистые ткани (мышцы, сухожи-

лия) перемещают в обратном направлении вдоль надкостницы на глубину формируемого преддверия. Оставшиеся мышечные волокна под лоскутом тщательно удаляют ножницами.

Отслоенный на 10 мм край слизистой оболочки губы опускают в глубину сформированного преддверия полости рта и фиксируют шовным материалом через каждые 4-5 мм до фиксации слизистой оболочки по всей длине вновь образованного преддверия. Затем мобилизуют слизистый лоскут со стороны челюсти, минимально травмируя зону зубо-десневых сосочков; после подготовки оголенных поверхностей корней перемещают лоскут к эмалево-дентинной границе, перекрывая имеющиеся рецессии и выходя за их пределы на 1-2 мм; в области корней зубов создают небольшой избыток мягкой ткани, формируя мягкотканый валик, фиксируют в нескольких местах лоскут отдельными швами, проводя шов через межзубные промежутки на язычную или небную стороны; затем без натяжения фиксируют к надкостнице 3-4 швами сторону лоскута, обращенную в глубину сформированного преддверия.

Дефект, оставшийся на альвеолярном отростке, имеет форму, близкую к овальной, с заостренными углами в сторонах наименьшего радиуса. Его закрывают разобщающей мембраной или повязкой. Сроки заживления составляют 12-16 суток.

При проведении операции предложенным способом происходит коррекция десневого края, устранение и уменьшение рецессий 1-го и 2-го класса по Миллеру, улучшение кровоснабжения и состояния тканей пародонта, устранение косметических дефектов, связанных с рецессией десны.

Мы наблюдали 63 пациента от 35 до 60 лет, со множественными рецессиями 1-го и 2-го класса по Миллеру в области 321 зуба и мелким преддверием полости рта. Для сопоставления результатов в наблюдение включали состояние мягких тканей только во фронтальном отделе в области зубов и клыков. 34 пациентам, включенным в 1-ую группу, сначала была проведена вестибулопластика по Кларку в модификации Степанова в области 173 (100%) зубов. Данный способ был предпочтителен, так как позволяет минимизировать рубцовые изменения после операции и предполагает возможность повторного вмешательства в данной области. Устранение рецессий тоннельной методикой с применением соединительно-тканного трансплантата проводилось через 6 месяцев. В результате были полностью устранены рецессии 1-го и 2-го класса по Мил-

леру в области 127 (73,4%) зубов. Отмечалось уменьшение размеров рецессии 2-го класса по Миллеру на 1-3 мм в области 38 (21,9%) зубов. В области 8 (4,6) зубов размеры рецессий не изменились. Увеличение преддверия полости рта получено в области 165 (95,3) зубов, в области 8 (4,6%) зубов размер преддверия остался прежним. Максимальные сроки реабилитации пациентов составляли 16 суток после вестибулопластики и 18 суток после пластики рецессий, всего 34 дня. Полностью удовлетворены лечением 25 пациентов (73,5%), 9 (26,5) пациентов предъявляли жалобы на тяжесть и длительность проведенного лечения, из них 5 (20% общего количества в группе) – крайне негативно отнеслись к необходимости второго этапа.

Разработанным способом вестибулопластики полости рта операция была проведена 29 пациентам в области 148 (100%) зубов. В области 103 (69,5%) зубов были полностью устранены рецессии 1-го и 2-го класса по Миллеру. Отмечалось уменьшение размеров рецессии

2-го класса по Миллеру на 1-3 мм в области 31 (20,9%) зуба. В области 14 (9,4 %) зубов размеры рецессий не изменились, но успешно углублено преддверие полости рта, что также является положительным результатом, сопоставимым с результатами известных методов вестибулопластики. В области 4 зубов (2,7%) размер преддверия полости рта остался прежним. Максимальные сроки реабилитации пациентов составили 16 суток, что на 53% меньше, чем при двухэтапном методе. Полностью удовлетворены лечением 27 (93,1%) пациентов второй группы.

Полученные данные собственных исследований показывают, что увеличение преддверия полости рта в 95,3% случаев получено у пациентов 1 группы и 97,3% – у пациентов 2 группы, уменьшение рецессий – в 95,3% и 90,4 % соответственно, удовлетворенность лечением – 73,5% в 1-ой и 93,1% – во 2-ой группе. Сроки реабилитации пациентов 2-ой группы на 53% меньше, чем при двухэтапном методе.

Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Результаты лечения пациентов  
при разных способах вестибулопластики**

| Результаты лечения            | 1 группа | 2 группа |
|-------------------------------|----------|----------|
| Полное устранение рецессий    | 73,4%    | 69,5%    |
| Уменьшение рецессий           | 21,9%    | 20,9%    |
| Увеличение глубины преддверия | 95,3%    | 97,3%    |
| Удовлетворенность лечением    | 73,5%    | 93,1%    |
| Сроки реабилитации            | 34 суток | 16 суток |

Полученные данные позволяют предположить, что разработанный способ вестибулопластики полости рта если и не является предпочтительным, то точно является методом выбора для пациентов, которым по состоянию соматического статуса и иным причинам следует минимизировать хирургические вмешательства.

Рассмотрим примеры.

Пациентка В. 39 лет обратилась в стоматологическое отделение ОАО Поликлиника «Медицина» 3 февраля 2015 года с жалобами на косметические дефекты: «Опускаются десны в области нижних передних резцов». При осмотре выявлено мелкое преддверие полости рта и множественные рецессии фронтальных нижних зубов 1-го класса по Миллеру. После проведения профессиональной гигиены полости рта и противовоспалительной терапии пациентке проведена операция вестибулопластики предлагаемым спосо-

бом: после инфильтрационной анестезии скальпелем проведен разрез параллельно изгибу челюсти на расстоянии 6 мм от десневого края, не рассекая надкостницы от 33 до 43 зуба. Затем острыми ножницами малых размеров отслоили слизистую оболочку губы в подслизистом слое на глубину 10 мм. Рассекли мягкие ткани преддверия полости рта в пределах операционного поля вплотную к надкостнице и параллельно изгибу костной поверхности по всей длине разреза на глубину 10 мм. Затем ножницами тупым путем, стараясь не повредить лоскут, отслоили слизистую альвеолярного отростка от подслизистых тканей до десневого края, не затрагивая десневые сосочки. После этого подслизистые ткани (мышцы, сухожилия) переместили в обратном направлении вдоль надкостницы на глубину формируемого преддверия. Оставшиеся мышечные волокна под лоскутом тщательно

удалили ножницами. Отслоенный на 10 мм край слизистой оболочки губы опустили в глубину сформированного преддверия полости рта и фиксировали шовным материалом через каждые 4-5 мм до фиксации слизистой оболочки по всей длине вновь образованного преддверия. Затем мобилизовали слизистый лоскут со стороны челюсти, минимально травмируя зону зубо-десневых сосочков; подготовили оголенные поверхности корней и переместили лоскут к эмалево-дентинной границе, перекрывая имеющиеся рецессии и выходя за их пределы на 1-2 мм; в области корней зубов создали небольшой избыток мягкой ткани, формируя мягкотканый валик, фиксировали в нескольких местах лоскут отдельными швами, проводя шов через межзубные промежутки на язычную или небную стороны; затем без натяжения фиксировали к надкостнице 3-4 швами сторону лоскута, обращенную в глубину сформированного преддверия.

Дефект, оставшийся на альвеолярном отростке, закрыли разобщающей повязкой. Швы удалены на 10 суток. Преддверие полости рта зажило вторичным натяжением на 15 суток.

В результате проведенной операции сформировано преддверие полости рта глубиной 9 мм. Произошло полное устранение рецессий фронтальной группы зубов нижней челюсти. При контрольных осмотрах через 3, 6, 12, 24 месяца сохраняется глубина преддверия 9 мм. Десневой край на послеоперационном уровне, рецессии отсутствуют.

Пациент К. 40 лет обратился в стоматологическое отделение ОАО «Поликлиника «Медицина»» 5 сентября 2014 года по направлению терапевта с диагнозом: «Мелкое преддверие полости рта, рецессии фронтальной группы зубов». При осмотре выявлено мелкое преддверие полости рта и рецессии фронтальных нижних зубов и клыков 2-го класса по Миллеру. После проведения профессиональной гигиены полости рта и противовоспалительной терапии пациенту проведена операция вестибулопластика предлагаемым способом: после инфильтрационной анестезии скальпелем был проведен разрез параллельно изгибу челюсти на расстоянии 8 мм от десневого края, не рассекая надкостницы от 33 до 43 зуба (от левого нижнего премоляра до правого нижнего премоляра). Затем острыми ножницами малых размеров отслоили слизистую оболочку губы в подслизистом слое на глубину 10 мм. Рассекли мягкие ткани преддверия полости рта в пределах операционного поля вплотную к надкостнице и парал-

лельно изгибу костной поверхности по всей длине разреза на глубину 10 мм. Затем ножницами тупым путем, стараясь не повредить лоскут, отслоили слизистую альвеолярного отростка от подслизистых тканей до десневого края, не затрагивая десневые сосочки. После этого подслизистые ткани (мышцы, сухожилия) переместили в обратном направлении вдоль надкостницы на глубину формируемого преддверия. Оставшиеся мышечные волокна под лоскутом тщательно удалили ножницами. Отслоенный на 10 мм край слизистой оболочки губы опустили в глубину сформированного преддверия полости рта и фиксировали шовным материалом через каждые 5 мм до фиксации слизистой оболочки по всей длине вновь образованного преддверия. Затем мобилизовали слизистый лоскут со стороны челюсти, минимально травмируя зону зубо-десневых сосочков; подготовили оголенные поверхности корней и переместили лоскут к эмалево-дентинной границе, перекрывая имеющиеся рецессии и выходя за их пределы на 1-2 мм; в области корней зубов создали небольшой избыток мягкой ткани, формируя мягкотканый валик, фиксировали в нескольких местах лоскут отдельными швами, проводя шов через межзубные промежутки на язычную или небную стороны; затем без натяжения фиксировали к надкостнице 3-4 швами сторону лоскута, обращенную в глубину сформированного преддверия. Дефект, оставшийся на альвеолярном отростке, закрыли разобщающей повязкой. Швы удалены на 12 суток. Преддверие полости рта зажило вторичным натяжением на 16 суток.

В результате проведенной операции сформировано преддверие полости рта глубиной 8 мм. Произошло уменьшение рецессий в области клыков нижней челюсти, рецессии стали соответствовать 1 классу по Миллеру и полностью устранены рецессии в области 42, 41, 32, 31 зубов.

При контрольных осмотрах через 3, 6, 12 и 24 месяца сохраняется глубина преддверия 8 мм. Рецессии в области нижних фронтальных зубов отсутствуют, в области клыков соответствуют 1 классу по Миллеру.

На предложенный способ вестибулопластики получен патент РФ на изобретение № 2531446 [5].

Способ рекомендован и активно используется для хирургической коррекции мягких тканей преддверия полости рта, может проводиться как самостоятельный метод, а также как этап комплексного лечения пациентов с заболеваниями пародонта.

## Список литературы

1. Бажутова И.В. Некоторые закономерности динамики патологических изменений пародонта // Пародонтология – М.: ООО «Поли Медиа Пресс». – 2007. – № 4 (45). – С. 28-33.
2. Грудянов А.И., Зорина О.А. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта / Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 112 с.
3. Рецессия десны. Эпидемиология, факторы риска. Принципы лечения: Метод. Рекомендации / А.М. Хамадеева, В.Д. Архипов, Д.А. Трунин и др. – Самара, 1999.
4. Степанов А.Е. Френулопластика, вестибулопластика и операции на тканях пародонта / М.: «Паритет», 2000. – 368 с.
5. Трунин Д.А., Бажутова И.В. Способ вестибулопластики полости рта // Патент на изобретение № 2531446, 20.10.2014. Бюл. № 29.
6. Трунин Д.А., Кириллова В.П., Бажутова И.В. Типичные послеоперационные осложнения и неудачи хирургического лечения пародонтита // Актуальные проблемы современной науки / Медицинские науки: Стоматология. – Труды 2-го Международного форума. – Самара, 2006. – С. 100-103.
7. Цур О., Хюрцеллер М. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии // М.: «Азбука», 2014. – 847 с.
8. Cairo F., Rotundo R., Miller P.D. Jr., Pini Prato G.P. Root coverage esthetic score: A system to evaluate the esthetic outcome of the treatment of gingival recession through evaluation of clinical cases // J Periodontol. – 2009. – 80: 705-710.
9. Fouad Khoury. Augmentative Verfahren in der Implantologie // Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin. – 2006. – 514 с.
10. Kerner S., Katsahian S., Sarfati A. et al. A comparison of methods of aesthetic assessment in root coverage procedures // J Clin Periodontol. – 2009. – 36: 80-87.
11. Kois J. Altering gingival levels: The restorative connection. – 1. Biologic variables. – J Esthet Dent. – 1994. – 6: 3-9.
12. Rosengquist B. A comparison of various methods of soft tissue management following the immediate placement of implants into extraction sockets // Int J Oral Maxillofac Implants. – 1997. – 12: 43-51.
13. Sguier C.A. The permeability of keratinized and nonkeratinized oral epithelium to horseradish peroxidase // J Ultrastruct Res. – 1973. – 43: 160-7.