

УДК 616.311.1-007.21-053.2-089.844

**И.И. Бородулина**

## **СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ**

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

---

*Предложен менее травматичный способ вестибулопластики. Рана располагалась под растянутой слизистой оболочкой свода преддверия полости рта. Свободная раневая поверхность у основания уздечки нижней губы позволила избежать при заживлении образования вертикальных рубцов. У прооперированных детей воспалительные явления в области раны были не выражены. Легко переносимая болезненность при разговоре и приеме пищи отмечалась в первый день после операции. Обработка раны не вызывала сложности, что облегчило послеоперационный уход и заживление.*

**Ключевые слова:** заболевания пародонта у детей, метод вестибулопластики

## **METHOD OF CHILDREN VESTIBULOPLASTY**

**I.I. Borodulina**

*The Chita state medical academy, Chita*

*The less traumatic vestibuloplasty method was offered. There was a wound under the dilated mucous membrane of oral vestibule arch. Free wound surface at frenulum base of a lower lip allowed to avoid formation of vertical cicatrix during healing. The inflammatory phenomena in the wound area were not expressed within children who underwent surgical operation. Easily tolerant pain at conversation and eating was observed on the first day after the operation. Debridement was not difficult facilitating a postoperative care and healing.*

**Key words:** periodontal diseases at children, method of vestibuloplasty

---

Распространенность заболеваний пародонта у детей по данным Научной группы ВОЗ (1980) превышает 80 % [9].

Локализованный пародонтит в детском возрасте следует рассматривать как самостоятельное поражение, возникающее под влиянием преимущественно

местно действующих причин, к которым относятся аномалии прикрепления мягких тканей к скелету лица в виде мощных щечно-десневых тяжей, уздечек губ и языка и мелкого преддверия полости рта [6, 8].

Травмирующее действие аномалиейно прикрепленных связок сказывается при движении губ и языка в уменьшении кровенаполнения тканей пародонта, нарушении их трофики. Клинически это проявляется анемизацией, развитием гингивита, отслаиванием десны из-за разрушения пародонтального прикрепления. Наибольшая степень проявления патологии определяется симптомами заболевания краевого пародонта при мелком преддверии полости рта в области группы зубов, соответствующих месту фиксации губо-десневых связок, слизистой преддверия, чаще на протяжении от 43 до 33 [3].

Такая анатомическая особенность как мелкое преддверие у детей 6–14 лет выявлена в 6,9–11,3 % [4, 7]. Радикальное устранение причинного фактора в этом случае достигается путем операции углубления преддверия полости рта [1]. Показаниями к оперативному лечению являются стойкий катаральный гингивит, локализованный пародонтит, рецессия десны. У детей в возрасте от 6 до 12 лет с мелким преддверием гингивит установлен в 73,8 % случаев, рецессия десны в 21 %, локализованный пародонтит в 5,2 % [7].

До операции средняя глубина преддверия на уровне 41 31 у детей с мелким преддверием составляет  $3,6 \pm 0,2$  мм (при нормальном строении преддверия  $7,1 \pm 0,8$  мм). После операции глубина преддверия увеличивается до  $8,3 \pm 0,2$  мм [4].

Кроме того, при вестибулопластике увеличивается зона прикрепленной десны, которая защищает пародонт от травмы. Небольшая её протяженность также приводит к оттягиванию края десны при разговоре, приеме пищи [10].

Используемые способы вестибулопластики у детей [2, 3, 5] основаны на отсечении слизистой оболочки горизонтальным разрезом, углублении пред-

дверия за счет отслойки мягких тканей от подбородочного отдела нижней челюсти. Образующаяся при этом открытая раневая поверхность частично перекрывается отслоенной слизистой оболочкой и оставляется для заживления вторичным натяжением под различными пленками и повязками. Безусловным преимуществами данных методик является технологическая простота и небольшие затраты времени на проведение операции. Наличие раневой поверхности требует ежедневных перевязок, сопровождающихся у детей болезненными ощущениями.

Предложенный нами способ технически не сложен, но требует определенных навыков. Закрытие раневой поверхности за счет перерастяжения слизистой оболочки свода преддверия и небольшие размеры «открытой» раневой поверхности упрощают послеоперационный уход. Кроме того, уменьшается количество вертикальных рубцов, деформирующих в дальнейшем свод преддверия.

Оперативное вмешательство проводится под местным обезболиванием. При введении анестетика под слизистую оболочку производится гидропрепаровка тканей, что облегчает отслойку слизистой оболочки от подлежащих тканей.

Слизистая оболочка рассекается полукруглым разрезом длиной 10–12 мм, обращенным основанием к месту прикрепления уздечки губы и отступа 4–6 мм от неё кпереди (рис. 1). Отслаивают слизистую оболочку от подлежащих тканей по своду преддверия на ширину 8–12 мм до уровня первых премоляров в сторону подвижной слизистой по типу «туннеля» (рис. 2). Отсепаровывают распатором мышцы подбородка и тяжи уздечки и щек, отделяют мягкие ткани на глубину 8–10 мм (рис. 3). Слизистую смещают в область сформированного дефекта и фиксируют швами из полиэфира к надкостнице (рис. 4). На участок раны у основания уздечки укладывают защитную повязку.

Пациенту накладывается давящая повязка на подбородок на 6–8 часов. Через 2 часа после опе-

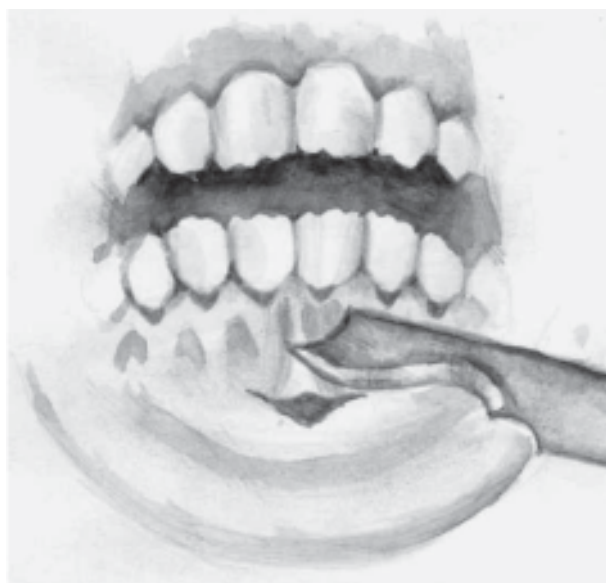
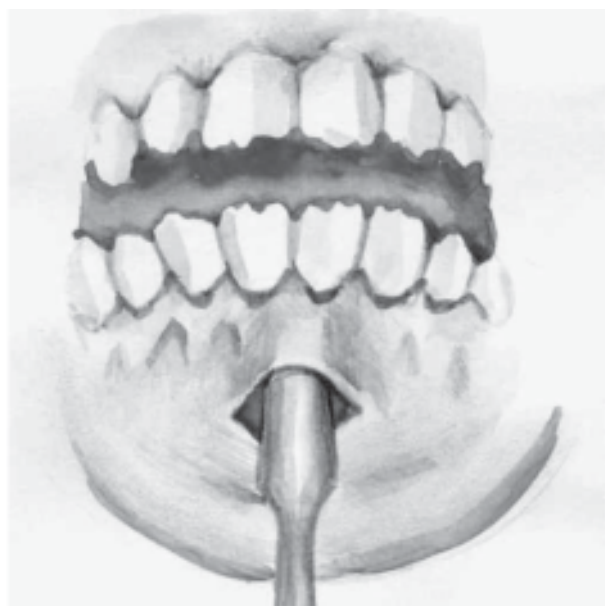


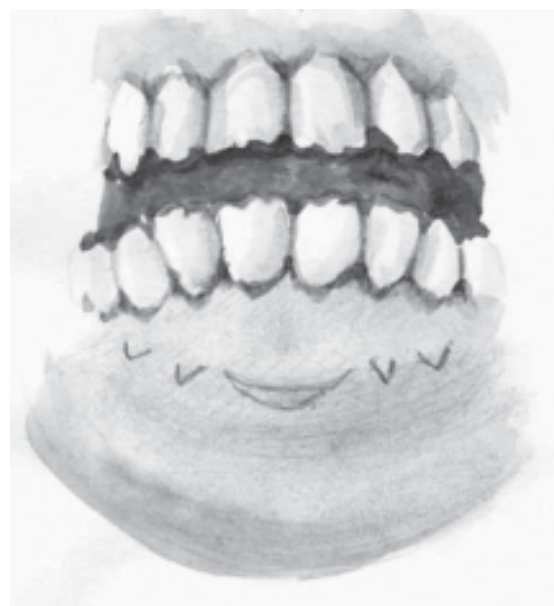
Рис. 1. Рассечение слизистой оболочки полости рта.



Рис. 2. Отслаивание слизистой оболочки по своду преддверия по типу «туннеля» от подслизистых тканей.



**Рис. 3.** Отсепаровывание распатором мышц подбородка и тяжей уздечки губы и щек.



**Рис. 4.** Фиксация швами слизистой оболочки, смещенной в область сформированного дефекта.

рации разрешается прием пищи, исключая горячую. Назначается щадящая диета. После приема пищи рекомендуется тщательный туалет полости рта с вымыванием остатков с поверхности раны. С третьего дня назначают легкий пальцевой массаж тканей по своду сформированного преддверия.

Отек мягких тканей в области подбородка исчезает на 3 день, рана у основания уздечки эпителизируется на 6–7 сутки. Дети переносят послеоперационный период значительно лучше, чем лица в возрасте старше 50 лет.

По данной методике нами прооперировано 29 детей. Осложнений в процессе операций и после нее не отмечено. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать наш способ для широкого использования, включив его в комплексную терапию заболеваний пародонта у детей.

#### ВЫВОДЫ

1. Для радикального устранения причинного фактора при стойких локализованных во фронтальном отделе челюсти катарального гингивита, пародонтита и рецессии десны и мелком преддверии полости рта у детей показана операция углубления преддверия полости рта.

2. Предложенный способ вестибулопластики менее травматичен. Раневая поверхность, образовавшаяся при углублении преддверия, покрывается перерастянутой собственной слизистой оболочкой. Участок раны, оставленной под «вторичное заживление» имеет незначительную площадь, что сокращает сроки заживления. Все это упрощает послеоперационный уход, уменьшает воспалительные и болевые проявления.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич А.С. Сравнительная характеристика методов вестибулопластики / А.С. Ар-

тюшкевич, А.С. Кришпотенко // *Стоматология*. — 1990. — № 6. — С. 54–56.

2. Вашкевич В.П. Хирургическое лечение мелкого нижнего свода преддверия рта у детей / В.П. Вашкевич, С.В. Дьякова, А.С. Пекус // *Российский стоматологический журнал*. — 2000. — № 3. — С. 16–19.

3. Виноградова Т.Ф. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, Э.М. Мельниченко. — М.: Медицина, 1983. — 208 с.

4. Корсак А.К. Отдаленные результаты пластики преддверия рта / А.К. Корсак, В.С. Харитон // *Здравоохранение Белоруссии*. — 1995. — № 5. — С. 3–5.

5. *Стоматология детей и подростков: Пер с англ.* / Под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда, Дейвида Р. Эйвери. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 766 с.

6. *Стоматология детского возраста: Руководство для врачей* / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский и др.; Под ред. Т.Ф. Виноградовой. — М.: «Медицина», 1987. — 528 с.

7. Утюж А.С. Показания и методы коррекции мелкого преддверия полости рта у детей: Дис. ... канд. мед. наук. Смоленск, 2000. — 126 с.

8. Харитон В.С. Возрастные особенности глубины преддверия полости рта и ее роль в развитии заболеваний пародонта / В.С. Харитон, М.И. Тарасик, Л.М. Соболева // *Стоматология*. — 1985. — № 6. — С. 16–17.

9. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта. Доклад научной группы ВОЗ. Всемирная Организация Здравоохранения // *Серия техн. докл.* — № 621. — Женева, 1980. — 66 с.

10. Wennstrom J. Plaque induced gingival inflammation in the absence of a attached gingiva in dogs / J. Wennstrom J. Lindhe // *J. Clin. Periodontol.* — 1983. — Vol. 10, № 3. — P. 266–272.