

5. Макарова М. Н., Тесакова С. В., Самусенко И. А. и др. // Вестник СПбГМА им. И. И. Мечникова. — 2007. — № 2 (8). — С. 123—128.
 6. Привалова Э. Г., Никитюк В. Г. // Провизор. — 1999. — № 8.
 7. Сирота Т. В., Елисеева О. П., Хундерякова Н. В. // Украинский биохимический журнал. — 2007. — № 79 (5). — С. 196—203.
 8. Хейфец В. Х., Забежинский М. А., Хролович А. Б., Хавинсон В. Х. // Урология. — 1999. — № 5. — С. 48—52.
 9. Черненко Г. Ф. Экстрактные вещества коры некоторых видов хвойных семейства *Pinaceae* и продукты их превращения: Дис. ... канд. хим. наук. — Новосибирск, 1996.

10. Ennet D., Poetsch F., Groditsch D. // Deutsche Apotheker Zeitung. — 2000. — Vol. 140. — P. 1887—1895.
 11. Jeng K.C.G., Hou R.C.W. // Nature's Therapeutic Lignans Current Enzyme Inhibition. — 2005. — № 1. — P. 11—20.
 12. Kesava-Reddy G., Dhar S.C., Singh G. B. // Agents a Actions. — 1987. — Vol. 22. — P. 99—105.
 13. Kimmattkar N, Thawani V, Hingorani L, Khiyani R. // Phytomedicine. — 2003. — Vol. 10 (1). — P. 3—7.
 14. Kirby R. S., Christmas T. J. Benign Prostate Hyperplasia. — London: Mosby-Year Book Europe Limited, 1993.
 15. Holtz R. L.; Fink C. S.; Awad A. B. // Nutr Cancer, 1998. — Vol. 32 (1). — P. 8—12.

А. А. Лукьяненко, А. Ю. Панина, Ю. В. Хальзова, И. А. Сивков, Д. А. Савинов, А. А. Гасанова

Кафедра стоматологии общей практики ВолГМУ

МЕТОДИКИ КОРРЕКЦИИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ, ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОМУ, ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

УДК 616.314-089.23

Для устранения аномалий мягких тканей, таких как маргинальное прикрепление мышечных тяжей или уздечек губ, и компенсации недостаточного количества прикрепленной десны может потребоваться коррекция преддверия полости рта. Ранее описаны различные методики коррекции преддверия без или в сочетании с трансплантатами или другими биоматериалами. Данное исследование было проведено с целью определения глубины преддверия полости рта и зоны прикрепленной десны при использовании трех различных методик вестибулопластики.

Ключевые слова: прикрепленная десна, вестибулопластика, глубина преддверия полости рта, техники углубления преддверия.

A. A. Lukyanenko, A. Yu. Panina, J. V. Halzova, I. A. Sivkov, D. A. Savinov, A. A. Gasanova

ORAL VESTIBULE CORRECTION TECHNIQUES IN PREPARATION FOR ORTHOPEDIC, IMPLANT AND ORTHODONTIC TREATMENT IN DIFFERENT CLINICAL CASES

For elimination of soft tissue abnormalities such as marginal muscular or frenulum attachment and compensation of the insufficient attached gingiva a correction of the oral vestibule may be necessary. Various techniques of its correction with or without grafts or other biomaterials have previously been described. This study was carried out to evaluate the vestibular depth and attached gingival zone achieved by three different vestibuloplasty operations.

Key words: attached gingiva, vestibuloplasty, oral vestibular depth, vestibular extension procedures.

Известно, что функциональное состояние пародонта во многом зависит от анатомических особенностей строения зубочелюстной системы и мягкотканых образований преддверия полости рта. Приводимые в литературе данные подтверждают факт влияния предрасполагающих факторов (мелкое преддверие, уровень прикрепления уздечек губ, зубочелюстные аномалии) на развитие патологии пародонта (в 1,4—2,5 % случаев) [3]. При этом подавляющее число авторов утверждают, что решающее значение для стабильности пародонтальных тканей имеет фенотип прикрепленной десны [2, 7]. В зависимости от индивидуальных условий и неоднородности морфологии у одного и того же лица имеются значительные различия ширины

прикрепленной десны. Несмотря на то, что узкий участок прикрепленной десны, или даже его отсутствие, не является показанием к хирургическому вмешательству [7], в некоторых случаях все же возникает необходимость в манипуляциях по расширению зоны прикрепленной десны:

- 1) плоское преддверие полости рта с маргинальным расположением губных и щечных уздечек;
- 2) перед закрытием рецессии зуба с помощью коронально-смещенного лоскута;
- 3) перед протезированием для улучшения условий протезного ложа;
- 4) перед протезированием/реставрацией при планировании поддесневых коронок/реставраций в областях с тонким биотипом десны;

5) перед ортодонтическим лечением, особенно при планировании вестибулярного смещения нижних резцов при узкой прикрепленной десне;

6) дискомфорт пациента при осуществлении индивидуальной гигиены полости рта или при жевании [2, 7].

Процедуры по аугментации десны делятся на техники углубления преддверия (*vestibular/gingival extension procedures*) и техники трансплантации (*grafting procedures*) [7].

Вестибулопластика — хорошо известная процедура, направленная на увеличение ширины прикрепленной десны в целях устранения механической травмы краевого пародонта мышечными тяжами мышц приротовой области (губных, подбородочных, щечных, язычных и мимических) и, как результат этого, для предупреждения развития деструктивных процессов в пародонте. При наличии у пациента сформированной рецессии десны проведение вестибулопластики позволяет добиться улучшения состояния из-за наблюдаемого феномена «наползающего прикрепления» [1, 2, 3, 7]. Существует множество методик углубления преддверия. Обобщает их следующая классификация:

1) техника оголения кости (*denudation technique*);

2) техника оголения надкостницы (*periosteal retention/split flap*);

3) апикально смещенный лоскут (*apically reposition flap*) [7].

Весьма удобно деление методик вестибулопластики на:

1) открытые (по Эдлану-Мейхару, Гликману, Кларку, Казаньяну);

2) закрытые (по Лимбергу, Кручинскому-Артюшкевичу, Обведжезеру, туннельная методика по Грудянову-Ерохину [1]);

3) методики с использованием свободного кожного или слизистого трансплантата, биологических тканей (брюшины, перикарда, амниотической/ мозговой оболочки и пр.) [1, 3, 4, 6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение эффективности методик коррекции преддверия полости рта на этапе подготовки к ортопедическому, имплантологическому, ортодонтическому лечению в различных клинических случаях.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На обследовании и лечении находилось 75 человек.

Дизайн исследования: простое рандомизированное исследование в параллельных группах. Период наблюдения — 6 месяцев.

Критерии включения:

- возраст пациента — 20—40 лет;
- мелкое преддверие полости рта на нижней челюсти (менее 5 мм);

- ширина прикрепленной десны в области нижних фронтальных зубов менее 3 мм;

- рецессия 1-го класса по Миллеру в области нижних фронтальных зубов;

- отсутствие пародонтального кармана в области нижних фронтальных зубов;

- отсутствие рентгенологических изменений в области межзубных перегородок и периапикальных тканях у нижних фронтальных зубов.

Критерии исключения:

- пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями;

- коллагенозы и склонность к образованию келоидных рубцов;

- дисморфофобия;

- аллергические реакции на используемые препараты;

- неудовлетворительная гигиена полости рта (ОHI-S > 3,0);

- глубина пародонтального зондирования в области нижних фронтальных зубов более 3 мм;

- наличие рентгенологических изменений в области межзубных перегородок и в периапикальных тканях у нижних фронтальных зубов;

- нежелание пациента продолжать лечение.

Процедура лечения, ее положительные стороны и возможные осложнения объяснялись пациентам до начала лечения. Информированные добровольные согласия были получены до начала исследования.

В проводимом исследовании все пациенты были распределены на группы:

Первая группа — пациенты, которым проводилась вестибулопластика по Эдлану-Мейхару (25 человек);

Вторая группа — пациенты, которым проводилась туннельная вестибулопластика по Грудянову-Ерохину (25 человек);

Третья группа — пациенты, которым проводилась вестибулопластика с использованием свободного десневого трансплантата, взятого со стороны твердого неба из участка между вторым премоляром и вторым моляром (25 человек).

Протокол исследования:

1) жалобы, анамнез, осмотр;

2) рентгенография;

3) постановка диагноза;

4) критерии включения, исключения;

5) информированное согласие;

6) рандомизация;

7) профессиональная гигиена полости рта;

8) обезболивание;

9) проведение вестибулопластики по соответствующей методике [1, 3];

10) гемостаз, наложение давящей повязки;

11) послеоперационное наблюдение, снятие швов на 10-й день после операции;

12) клинический контроль через 1, 3 и 6 месяцев после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные, полученные в динамике лечения

Показатели	1		2		3	
	До лечения	Через 6 мес. после лечения	До лечения	Через 6 мес. после лечения	До лечения	Через 6 мес. после лечения
Глубина преддверия $M \pm m$, мм	4,0 ± 0,9	11,8 ± 1,8	4,2 ± 0,6	8,2 ± 1,2	4,5 ± 0,5	9,2 ± 1,8
Зона прикрепленной десны $M \pm m$, мм	2,2 ± 1,2	3,3 ± 0,9	1,9 ± 0,8	2,9 ± 0,6	2,4 ± 1,1	5,9 ± 1,3

При анализе полученных данных (табл.) было установлено следующее: максимальное увеличение глубины преддверия полости рта было достигнуто среди пациентов 1-й группы (методика Эдлана-Мейхара). Но зона прикрепленной десны увеличивалась незначительно. В послеоперационном периоде раневая поверхность до окончания эпителизации в течение 12—14 дней покрывалась йодоформным тампоном с его сменой через 3 дня. В отдаленные сроки возможно образование массивных тяжей и рубцов по переходной складке, что создает достаточно неприятное чувство стягивания на протяжении нескольких месяцев. У 2 пациентов отмечалось нарушение чувствительности нижней губы, красной каймы в области проведенного вмешательства. Данную методику можно рекомендовать для улучшения условий протезного ложа при препротетической подготовке полости рта.

Во 2-й группе вся раневая поверхность была покрыта слизистой оболочкой. В связи с уменьшением площади послеоперационного дефекта и меньшей травматичностью туннельной методики послеоперационный период менее болезненен, сокращаются сроки процессов заживления и эпителизации. Однако проведение туннельной методики углубления преддверия полости рта не приводило к значительному увеличению зоны прикрепленной десны, определяемой через 6 месяцев. Отсутствие прямого визуального контроля делает эту методику приемлемой при мелком преддверии

полости рта на небольшом участке, подготовке к ортодонтическому лечению.

В 3-й группе раневая поверхность была покрыта свободным десневым трансплантатом. Данная методика является достаточно травматичной в связи с образованием дополнительного операционного участка в области твердого неба и длительным заживлением раны вторичным натяжением. Спустя 6 месяцев все пациенты отмечали значительное цветовое отличие трансплантата от окружающих тканей, что в некоторых случаях потребовало проведения дополнительных хирургических манипуляций. Увеличение глубины преддверия было меньшим по сравнению с результатами, полученными в 1-й группе. Но значительное увеличение зоны прикрепленной десны за счет феномена «наползающего прикрепления», отсутствие образования тяжей позволяет добиться высокого процента терапевтического успеха. В связи с этим данную методику можно рекомендовать для эффективной коррекции мелкого преддверия полости рта, сопровождающегося начальной формой рецессии десны, предпротезной подготовки полости рта, в том числе и при имплантологическом лечении.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору методики коррекции преддверия полости рта в различных клинических ситуациях позволяет добиться наилучших результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грудянов А. И., Ерохин А. И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. — М., 2006.
2. Мюллер Х.-П. Пародонтология. — Львов, 2004.
3. Степанов А. Е. Френулопластика, вестибулопластика и основные операции на тканях пародонта. — М., 2000.
4. Alpaslan G., Ekin Y // Int. J. Oral & Maxillofacial Surg. — 1999. — Vol. 28, Suppl. 1. — P. 55.
5. Cawood J. I., Stoelinga P. J. W., Blackburn T. K. // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. — 2007. — Vol. 36. — P. 377—385.
6. Froschl T., Kerscher A. // J. Cranio-Maxill. Surg. — 1997. — Vol. 25. — P. 85—90.
7. Lindhe J., Lang N. P., Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry, 4th edition. Blackwell Munksgaard. — 2003. — P. 593—609.