

Оценка эффективности проведения вестибулопластики в профилактике и лечении заболеваний пародонта у детей



Закиров Т.В.

к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМА



Бимбас Е.С.

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург



Стати Т.Н.

к.м.н., доцент, главный врач стоматологической поликлиники УГМА

Резюме

В развитии заболеваний пародонта уже с детского возраста большую роль играет наличие мукогингивальных аномалий и деформаций. В первую очередь это касается мелкого преддверия полости рта. Целью нашего исследования было изучить течение послеоперационного периода и эффективность проведения вестибулопластики у детей. В большинстве случаев своевременное проведение вестибулопластики в детском возрасте приводит к значительному увеличению прикрепленной десны, уменьшению или полному исчезновению рецессий десневого края, длительной ремиссии воспалительно-деструктивного процесса в маргинальном пародонте.

Ключевые слова: мелкое преддверие полости рта, рецессия десны, вестибулопластика.

ESTIMATION OF EFFICIENCY OF CARRYING OUT VESTIBULOPLASTIC IN PREVENTIVE MAINTENANCE AND TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES AT CHILDREN

Zakirov T.B., Staty T.N., Bimbass E.S.

Summary

The big role in development of periodontal diseases already from children's age is played by presence of mucogingival anomalies and deformations. First of all it concerns a small vestibule of an oral cavity. The purpose of our research was to study a current of the postoperative period and efficiency of carrying out vestibuloplastic at children. In most cases vestibuloplastic timely carrying out at children's age leads to substantial growth of the attached gingiva, reduction or a total disappearance of gingival recessions, long remission of inflammatory destructive process in marginal periodontium.

Keywords: a small vestibule of an oral cavity, gum recession, vestibuloplastic.

В развитии заболеваний пародонта уже с детского возраста большую роль играет наличие мукогингивальных аномалий и деформаций. В первую очередь это касается мелкого преддверия полости рта. Отсутствие достаточной прикрепленной десны при мелком преддверии полости рта приводит к постоянной травме десны пищевым комком, задержке пищевых остатков, нарушению кровоснабжения десны. Возникающие атрофические нарушения часто приводят к возникновению рецессии краевой десны, а также к развитию воспалительно-деструктивного процесса в пародонте передней группы зубов. Такой же механизм возникновения рецессий действует при наличии выраженных слизисто-альвеолярных тяжей и неправильном прикреплении уздечек верхней и нижней губы (особенно при вплетении соединительнотканых волокон в межзубной сосочек). В литературе отмечается, что с возрастом

распространенность и интенсивность рецессии только возрастает. Т.Н. Модина, Н.Х. Хамитова и др. при обследовании более 3000 учащихся выявили, что школьники имели рецессию в 8,3% случаев. Была отмечена значительная разница в распространенности рецессии десны в зависимости от возраста. Так, наибольшая распространенность рецессии была выявлена исследователями у 8-летних школьников, что обусловлено прорезыванием центральных постоянных зубов [4].

Устранение натяжения мягких тканей после операции вестибулопластики может приводить не только к замедлению прогрессирования, но и к самостоятельному закрытию рецессии десны в результате феномена «наползающего прикрепления».

По классификации Г.Ю. Пакалнса мелким считается преддверие глубиной менее 5 мм. Измерение глубины преддверия производится пародонтальным зондом. Измеряется расстояние от края десны до мукогингивальной линии (она является границей между прикрепленной десной и подвижной слизистой оболочкой) в области центрального резца нижней челюсти. Правильнее оценивать ширину как свободной (маргинальной), так и прикрепленной десны в области всех зубов [2].

Исследованиями Е.А. Горбатовой показано, что среднестатистический размер прикрепленной десны на нижней челюсти варьирует от 3,29 мм в области боковых резцов до 1,68 мм в области первых премоляров. При этом главное значение автор придает не собственно ширине прикрепленной десны, а соотношению величин прикрепленной и свободной десны. При соотношении 1:1 количество пациентов с патологией пародонта составляет 90,5%, тогда как при соотношении 8:1 этот показатель снижается до 28,6%. В клинике необходимо ориентироваться на оптимальное соотношение 5:1. Хотя мнения авторов о допустимой ширине прикрепленной десны расходятся, 2 мм и меньше – это ширина десны, требующая обязательного проведения корригирующих операций. При этом 5 мм – это минимальный размер, до которого следует расширять зону прикрепленной десны при проведении хирургических манипуляций [1].

Так как часто мукогингивальные аномалии определяются уже в детском возрасте, то необходимость проведения

корректирующих операций у детей особенно актуальна. Это позволяет устранить травмирующий пародонт фактор и предотвратить появление и дальнейшее прогрессирование рецессий десневого края и локализованного пародонтита уже на ранних стадиях развития патологии [2]. Кроме того, у детей сильнее выражены механизмы регенерации, меньше вероятность развития осложнений [5]. Однако в литературе недостаточно данных об эффективности проведения вестибулопластики в детском возрасте с целью профилактики дальнейшего прогрессирования заболеваний пародонта, а также о течении послеоперационного периода в этих случаях.

Целью нашего исследования было изучить течение послеоперационного периода и эффективность проведения вестибулопластики в детском и юношеском возрасте.

Материалы и методы

На базе стоматологической поликлиники УГМА нами было обследовано 39 детей от 7 до 18 лет, 23 девочки и 16 мальчиков. Средний возраст обследованных составил $12 \pm 0,3$ лет. Изначально 22 человека (56,4%) из числа обследованных были направлены врачами другого профиля, 17 (43,5%) обратились самостоятельно. Большинство детей и их родителей беспокоило нарастающее оголение корней зубов. Обследование включало измерение ширины прикрепленной десны в области резцов и клыков нижней челюсти с помощью пародонтального зонда, регистрацию ширины и высоты рецессии десны с указанием класса по Миллеру. Всем детям снимались ортопантограммы и изучалось состояние края кости в области вершин межзубных перегородок. Всего у 27 (69,2%) детей был поставлен диагноз рецессии десневого края на фоне мелкого преддверия полости рта, причем у 19 человек рецессия была диагностирована в области одного зуба, у 12 – в области нескольких зубов. В 57% случаев рецессия развивалась в области центральных резцов, в 28% – в области боковых резцов и в 15% случаев – в области клыков. У 12 (30,7%) детей был выявлен локализованный пародонтит в переднем отделе нижней челюсти. Ширина прикрепленной десны при развившейся патологии пародонта составляла в среднем $1,67 \pm 0,06$ мм в области резцов и $2,3 \pm 0,12$ мм в области клыков.

В комплекс лечебных мероприятий была включена операция вестибулопластика по Эдлану-Мейхеру в модификации Шмидта [3]. Мы считаем эту операцию минимально травматичной. Вмешательство длится обычно 15–20 минут, может быть выполнено любым хирургом и позволяет достичь хороших результатов. При инфильтрационной анестезии слизистой оболочки нижней губы раствором 4% ультракаина проводили одномоментную гидропрепаровку тканей. Далее,

отступив примерно 1 сантиметр от края десны, производился дугообразный разрез по слизистой нижней губы от зуба 3.4 до 4.4 в постоянном прикусе и от зуба 7.4 до зуба 8.4 в сменном прикусе. Используя глазной пинцет и скальпель, выделяли слизистый лоскут, обращенный основанием к альвеолярному отростку. Мягкие ткани отсепаровывались и смещались вниз вдоль тела нижней челюсти с помощью распатора, лоскут укладывался на тело челюсти и пришивался кетгутом 5-0 к надкостнице. На рану, остающуюся на губе, накладывались пленки «Диплен дента» с лидокаином и солкосерилом. Снаружи фиксировали давящую повязку, рекомендовали холод местно, профилактический 5-дневный курс антибиотика, щадящее питание и гигиену полости рта, ротовые ванночки с ополаскивателями на основе хлоргексидина. Контрольные осмотры с регистрацией показателей проводили через 1, 7, 14, 30 дней и в дальнейшем каждые 3 месяца в течение года после операции. Также для сбора данных о течении послеоперационного периода мы использовали анкету для родителей, в которой они отмечали наличие отдельных симптомов (боль, припухлость подбородка и др.).

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде мы не наблюдали развития осложнений. Из опроса родителей было установлено, что подавляющему большинству детей (37 человек – 94,8%) прием обезболивающих препаратов требовался только в течение первых суток после операции. В дальнейшем, хотя прием пищи и разговорная речь и приносили определенные неудобства, необходимости в приеме анальгетиков не было.

При внешнем осмотре регистрировался отек мягких тканей подбородка, который в среднем длился 5 дней. В полости рта отек и гиперемия перемещенного с губы лоскута сохранялись дольше (в среднем $10 \pm 0,96$ дней). Рана на губе была покрыта фибринозным налетом; заживление происходило в результате постепенного наползания эпителия с краев раны. Полная эпителизация раны занимала от 10 до 14 суток и в среднем составила $12,1 \pm 1,31$ дней. В 71,8% случаев (28 человек) дети отмечали чувство стягивания и неловкости, которое постепенно уменьшалось и затем полностью исчезало в среднем через $30 \pm 2,6$ дней после операции. Дольше других последствий после операции сохранялся линейный рубец, который выполнял своеобразную буферную роль, предупреждая передачу натяжения с подвижных тканей нижней губы на прикрепленную десну (см. временную шкалу). Рубец постепенно рассасывался в среднем через $6 \pm 1,2$ месяцев после операции (См. табл.).

Увеличение ширины прикрепленной десны, полученное после проведения вестибулопластики, варьировало от

Показатель	1 день	5 дней	7 дней	10 дней	12 дней	30 дней	2 мес	3 мес	4 мес	5 мес	6 мес
Боль, требующая приема анальгетиков											
Отек подбородка											
Максимальное закрытие рецессии											
Отек и гиперемия перемещенного лоскута											
Эпителизация раны на губе											
Чувство стягивания, неловкости											
Рассасывание линейного рубца											

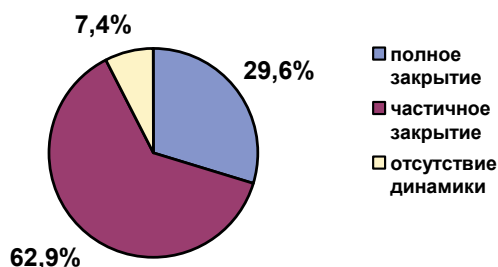


Рис. 1. Частота закрытия рецессии десны после проведения вестибулопластики у детей

5 до 11 мм и в среднем составило $8,23 \pm 1,96$ мм. Основным положительным эффектом, наблюдаемым после операции у всех детей, была стабилизация прогрессирования и уменьшение высоты рецессий десневого края в результате процесса напозающего прикрепления. При этом в 8 случаях (29,6%) рецессия закрылась полностью, тогда как в 17 случаях (62,9%) наблюдалось только частичное закрытие оголенного корня. В 2 случаях (7,4%), несмотря на увеличение ширины прикрепленной десны, высота рецессии не уменьшалась, хотя дальнейшее прогрессирование в течение года наблюдений отсутствовало (рис. 1).

Необходимо отметить, что максимальное закрытие рецессии наблюдалось в течение первой недели после операции. В дальнейшем процесс приостанавливался, несмотря на увеличение ширины прикрепленной десны и отсутствие симптома натяжения десневого края. Поэтому особенно важно проводить такие корригирующие операции своевременно, не дожидаясь развития выраженных рецессий десны.

Пример № 1. Пациентка, 16 лет, обратилась с жалобой на оголение корня у переднего зуба нижней челюсти. После обследования был поставлен диагноз: мелкое преддверие полости рта, локализованная рецессия десны в области 4.1 зуба – II класс по Миллеру (рис. 2). После проведения операции вести-



Рис. 2. Рецессия 4.1 зуба у пациентки 16 лет, мелкое преддверие полости рта



Рис. 3. Вид сразу после операции, перемещенный слизистый лоскут подшит к надкостнице



Рис. 4. Состояние через 1 неделю после операции, увеличение ширины прикрепленной десны



Рис. 5. Вид через 1 месяц, феномен напозающего прикрепления



Рис. 6. Аномалия прикрепления уздечки и мелкое преддверие у девочки 11 лет, формирование рецессий



Рис. 7. Ход операции вестибулопластики



Рис. 8. Состояние через 1 неделю после операции, рана в стадии эпителизации



Рис. 9. Через 1 месяц после операции, увеличение высоты прикрепленной десны

булопластики ширина прикрепленной десны увеличилась с 2 до 8 мм, в результате феномена напозающего прикрепления рецессия уменьшилась с 5 до 3 мм (рис. 3, 4, 5).

Пример № 2. Девочка 11 лет была направлена детским стоматологом в связи с высоким прикреплением уздечки нижней губы и начинающимся оголением корней резцов. Ширина прикрепленной десны была равна 2 мм. В области 3.1, 4.1 зубов наблюдалась рецессия десневого края высотой 1 мм, был положительным симптом натяжения краевой десны при отведении губы (рис. 6). Через 1 месяц после операции вестибулопластики ширина прикрепленной десны составила 8 мм, рецессия десны в области резцов отсутствовала (рис. 7, 8, 9).

Таким образом, в большинстве случаев своевременное проведение вестибулопластики в детском возрасте приводит к значительному увеличению прикрепленной десны, уменьшению или полному исчезновению рецессий десневого края, длительной ремиссии воспалительно-деструктивного процесса в маргинальном пародонте.

Литература

1. Горбатова Е.А. Топографические особенности отделов десны. // Пародонтология. – № 4. – 2003. – С. 19–20.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336.: ил.
3. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 74–79.
4. Модина Т.Н., Хамитова Н.Х., Мамаева Е.В., Салехова Л.И. Изучение этиологии и патогенеза рецессии десны у детей и подростков // Пародонтология. – 2009. – № 3. – С. 8 – 14.
5. Стоматология детей и подростков: Пер. с англ. / Под ред. Ральфа Е. Макдональда, Дэвида Р. Эйвери; – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – С. 457–462.