УДК 616.31-089

Т.П. Скрипникова, Л.Я. Богашова, А.И. Панькевич, В.Л. Мельник, В.А. Сирык, И.А. Колесник, А.М. Гоголь

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

ВГУЗ Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия"

Пациенты с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы отмечают, в первую очередь, эстетические нарушения, которые в дальнейшем могут привести к развитию вторичных психических реакций.

Многие исследователи подчеркивают, что эти нарушения носят обратимый характер: вовремя проведенное эффективное лечение позволяет добиться полной психосоциальной реабилитации больных с выявленной патологией [1].

У пациентов с деформациями и дефектами зубочелюстной системы образуется своеобразный порочный круг – аномалии прикуса вызывают патологические сдвиги в нервной и пищеварительной системах, органах дыхания, а взаимосвязь между этими органами и системами способствует дальнейшему усугублению функциональных отклонений вплоть до структурных изменений органа [2].

При наличии зубочелюстных аномалий встречается поражение тканей пародонта различных групп зубов из-за их недогрузки или, наоборот, перегрузки. В конечном счете, это ведет к изменению функции жевательных мышц, нарушению нормальных анатомо-топографических соотношений, а затем может привести к дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [2].

Следовательно, устранение или предупреждение перечисленных функциональных нарушений является важным показанием к медицинской реабилитации больных с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы.

Таким образом, хирургические методы, направленные на устранение факторов, способствующих и усугубляющих зубочелюстные деформации, являются первоочередными задачами как врача-ортодонта, так и хирурга-стоматолога.

Основными оперативными вмешательствами на слизистой оболочке полости рта при подготовке больного к ортодонтическому лечению являются устранение коротких уздечек языка, губ, ложных уздечек слизистой оболочки преддверия полости рта, углубление мелкого преддверия.

Техника оперативных вмешательств при перечисленной патологии не сложна, проводится обычно врачом на амбулаторном хирургическом приеме.

Однако разнообразие методик оперативных вмешательств затрудняет их выбор при той или иной патологии уздечек или преддверия полости рта. Чаще всего хирург-стоматолог, не определяя степень патологии, применяет стандартные виды оперативных вмешательств без выбора показаний.

Так, Ф.Я. Хорошилкина разделяет патологию уздечки языка на 5 видов [3]. В зависимости от вида патологии рекомендуется оперативное вмешательство: рассечение уздечки языка по центру до язычных мышц показано при I и II виде патологии, когда уздечка языка тонкая, нормально прикреплена, но имеет малую протяженность, иногда мало выражен симптом "сердечка" (II вид патологии).

При III, IV и особенно V видах патологии уздечка языка, как правило, утолщена, короткая, выражен симптом "сердечка" (на кончике языка) и "треугольника" (на внутренней поверхности нижней челюсти), а при V виде патологии уздечка языка мало выражена, вплетается в мышцы языка. В таких случаях вся масса языка, сращенная с уздечкой и мышцами дна полости рта, располагается ближе к центральному отделу нижней челюсти. При таких видах патологии рекомендуется иссечение уздечки языка с отсепаровыванием вен языка и частичной (III, IV вид) или полной резекцией (V вид) двух язычных мышц, расположенных на нижней его поверхности.

По Хорошилкиной Ф. Я., выделяют три виды уздечек верхней губы [3]. При I и II видах уздечка может быть тонкой или несколько утолщенной, но прикрепляться низко к десневому краю, травмируется при функции верхней губы, возникает воспаление межзубного сосочка. При таких видах патологии показано рассечение уздечки или иссечение ее у места прикрепления и ушивание раны.

При третьем виде патологии уздечки она прикрепляется у вершины альвеолярного отростка, плотная, широкая. Показано

иссечение уздечки, иссечение волокон, вплетающихся в срединный шов верхней челюсти, с компактостеотомией между центральными резцами.

Уздечки нижней губы, по нашим данным [4], также могут быть 3 видов: I – тонкая, обычной длины, но прикрепляется близко к десневому краю, при функции нижней губы она натягивается, смещает и отслаивает сосочек, вызывая его воспаление.

При II виде уздечка более плотная, прикрепляется к вершине альвеолярного отростка, осложняется диастемой.

Но при обоих видах патологии уздечки губы глубина преддверия полости рта нормальная (до 12 мм).

Поэтому такие виды патологии устраняются иссечением уздечки на всем ее протяжении.

При третьем виде патологии, когда укороченная уздечка нижней губы сочетается с мелким преддверием, что встречается наиболее часто, показано углубление преддверия.

Высота положения переходной складки в переднем отделе преддверия полости рта, по нашим данным, может быть четырех видов [4].

При I виде патологии расстояние от переходной складки до десневого края центральных резцов составляет свыше 12 мм, при II виде – - от 8 до 12 мм без видимых тяжей, III вид – мене 8-5 мм и IV вид – менее 5 мм с выраженными тяжами слизистой оболочки.

Таким образом, при выборе оперативного вмешательства для достижения положительного эффекта оперативного лечения обязательно необходимо учитывать вид патологии преддверия.

Оперативные вмешательства производятся по методам А.Е. Степанова [6], Эдлан-Мейхара, Кларка, А.И. Грудянова, А.И. Ерохина (2008).

На наш взгляд, туннельный метод А.И. Грудянова и А.И.Ерохина, основанный на растяжимости слизистой оболочки преддверия полости рта, показан при I и II видах патологии преддверия полости рта; наиболее эффективным является применение методики Кларка в нашей модификации [5] при III и IV видах, так как при малом количестве слизистой оболочки преддверия наиболее рациональным является горизонтальный разрез, позволяющий отслоить слизистую оболочку на такую ширину, которая необходима для фиксации ее к сухожилиям мышцы подбородка и квадратным мышцам нижней губы, прикрепляющимся к ментальной складке.

За 2011 календарный год оперативное вмешательство было произведено 43 детям от 7 до 14 лет, из них у 14 - операция по устранению короткой уздечки губы, 22 – короткой уздечки языка и 7- углубление преддверия.

Хирургическое вмешательство на уздечке верхней губы методом рассечения было проведено у 10 пациентов (I, II тип патологии) и у 4 – методом иссечения; у 1 ребенка операция сочеталась с компактостеотомией.

Метод рассечения короткой уздечки языка по центру произведен у 16 детей, у 4-х – с частичным рассечением язычных мышц, а у 2-х детей произведено иссечение уздечки с выделением язычных вен и рассечением мышц языка.

Оперативное вмешательство по поводу устранения мелкого преддверия по методу Кларка в нашей модификации произведено у 5 детей и туннельным способом у 2-х. Осложнений после оперативного вмешательства не выявлено, результаты операций были эффективны.

Таким образом, успех выбора оперативного вмешательства напрямую зависит от выбора адекватной методики для каждого вида патологии.

Литература

1. Безруков В. М. Руководство по хирургической стоматологии / В. М. Безруков, Т. Г. Робустова. – М.: Медицина, 2000. – Т. 2. – С. 259-260.

2. Гунько В. И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: дис. ... доктора. мед. наук: 14.00.21 / Гунько Валерий Иосифович. – М., 1986. – 525 с.

3. Руководство по ортодонтии ; под. ред. проф. Ф. Я. Хорошилкиной. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.: ил.

4. Богашова Л. Я. Хирургические методы в комплексном лечении зубо-челюстных аномалий и деформаций / Л. Я. Богашова, В. А. Сирык, В. Л. Мельник: метод. рекомендации. – Полтава, 2001. – 20 с.

5. Види патології присінку та методи їх усунення / [Л. Я. Богашова, В. М. Радлінська, А. І. Панькевич, В. Л. Мельник] // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии : сб. науч. трудов. – Вып. 4. –Харьков: ХГМУ, 2001. – С. 125-127.

6. Степанов А. Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта / А. Е. Степанов. – М., 1991. – 139 с.

Стаття надійшла 17.01.2012 р.

Резюме

Робота присвячена аналізу видів аномалії вуздечок губ, язика і переддвер'я ротової порожнини. Запропоновано диференційований підхід до вибору методики оперативного втручання залежно від їх анатомо-топографічних особливостей. Представлені власні дані оперативних втручань із приводу коротких вуздечок язика, губ і мілкого переддвер'я ротової порожнини.

Ключові слова: коротка вуздечка язика, коротка вуздечка верхньої та нижньої губи, мілке переддвер'я ротової порожнини.

Резюме

Работа посвящена анализу видов аномалии уздечек губ, языка и преддверия ротовой полости. Предложен дифференцированный подход к выбору методики оперативного вмешательства в зависимости от их анатомо-топографических особенностей. Представлены собственные данные оперативных вмешательств по поводу коротких уздечек языка, губ и мелкого преддверия ротовой полости.

Ключевые слова: короткая уздечка языка, короткая уздечка верхней и нижней губы, мелкое преддверие ротовой полости.

Summary

The article is devoted to the analysis of abnormal attachment of lip and tongue frenulum. A differentiated approach to the selection of methods of surgical operation, depending on their anatomical and topographical features, is suggested. Own surgical operations on short tongue and lip frenulum and oral vestibule anomaly are reported.

Key words: short tongue frenulum, short upper and lower lips frenulum, oral vestibule anomaly.