

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ РТА

Яценко И.В., Аветиков Д.С.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Мелкое преддверие полости рта, по данным А.И. Грудянова (1997), является распространенной анатомо-функциональной патологией и встречается у около 25% взрослого населения. Данная аномалия влечет за собой нарушения кровообращения на локализованном участке, способствует развитию пародонтальных и костных карманов, обнажению корней, а также могут быть препятствия к съемному протезированию. Устраняют указанную патологию хирургическим путем – вестибулопластикой.

В стоматологической литературе описано довольно много методик вестибулопластики, предложены классификации этих операций, однако в настоящее время не существует единой классификации оперативных вмешательств, направленных на изменение глубины предверия полости рта.

Большинство авторов разделяют вестибулопластику на методики с открытой раневой поверхностью (Clark, Corn, Rosenberg) и методики, предусматривающие закрытие операционных ран на альвеолярном отростке и губе (Артюшкевич).

Вгаун, Sponholz (1977) построили свою классификацию оперативных методик углубления предверия полости рта, исходя из послеоперационного состояния раны. Ими также выделены «открытые» методики с образованием открытой раневой поверхности и «закрытые», предусматривающие закрытие ран на альвеолярном отростке и губе. При этом, операции, отнесенные авторами к первой группе, разделены на две подгруппы в зависимости от оперативной тактики по отношению к прикрепленной десне с сохранением и без сохранения ее. Методики вестибулопластики с сохранением

прикрепленной десны предусматривают формирование лоскута тканей, который может иметь питающую ножку на альвеолярном отростке или губе.

Ко второй группе отнесены операции типа «туннеля», а также вмешательства, при которых возникающую раневую поверхность закрывают свободными трансплантатами.

По методикам закрытия маргинальной части пародонта Nicolos (1970) известные способы углубления преддверия полости рта систематизировал в 4 группы.

К первой группе отнесены операции, позволяющие после углубления преддверия закрывать обнаженную костную поверхность лоскутом слизистой оболочки.

Вторую группу составили операции, при которых костная поверхность альвеолярного отростка остается открытой для эпителизации.

К третьей группе отнесены операции, при которых костная поверхность остается закрытой только надкостницей.

В четвертую группу включены операции «смешанной техники».

Арсенова И.А. и соавт. (2003) разработали классификацию, объединяющую известные методы вестибулопластик. Авторы отдельно выделяют операции в области верхней и нижней челюстей:

С вторичной эпителизацией раневых поверхностей (с рассечением слизистой оболочки и с рассечением слизистой оболочки и надкостницы);

Субмукозные операции;

Операции со свободной пересадкой мукозного трансплантата;

Операции со свободной пересадкой дермального трансплантата.

С выделением и транспозицией подбородочного нерва;

С резекцией подбородочных бугорков и транспозицией подбородочно-язычной и подбородочно-подязычной мышц.

Нами предложена классификация известных методов вестибулопластик, позволяющая выбрать оптимальный вид данного хирургического вмешательства.

Классификация вестибулопластических операций

1. Операции, применяемые:

- на верхней челюсти;
- на нижней челюсти;
- на обеих челюстях.

2. Операции с открытой раневой поверхностью (вторичной эпителизацией раневых поверхностей) (по Карапан, Кларку, Эдлану-Мейхеру, Розенбергу, Виноградовой, Корну, Безруковой, Иванову-Почивалову, Гликману, Казаньяну, Шмидту):

- с рассечением слизистой оболочки;
- с рассечением слизистой оболочки и надкостницы.

3. Субмукозные операции (по Лимбергу, Кручинскому - Артюшкевичу, Обведжезеру, Грудянову – Ерохину, Арсеновой-Чуплинской):

- пластика осевыми лоскутами на ножке;
- туннельная пластика.

4. Операции со свободной пересадкой трансплантата (по Лукьяненко и соавт., Трофимову):

- мукозного;
- дермального;
- биологических тканей (брюшины, перикарда, амниотической /

мозговой оболочки и др.)