



# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЛКОГО ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА

**Доценты: Миранович С.И., Черченко Н.Н.**

**Белорусский государственный медицинский  
университет**

**Кафедра челюстно-лицевой хирургии LOGO**

# Показания для проведения вестибулопластики

- Глубина преддверия полости рта < 5 мм.
- Наличие мощных боковых тяжей переходных складок.
- Прикрепление уздечки к десневому сосочку в сочетании с диастемой.
- Положительный симптом «натяжения» при отведении губы.
- Резорбция костной ткани альвеолярного отростка между центральными резцами.
- Наличие тяжей и складок слизистой оболочки в области установленных протезов, ортодонтических аппаратов или имплантатов.

# Классификация вестибулопластик (Braun, Sponhols, 1977)

**Открытые**

**Закрытые**

Хороший послеоперационный  
результат

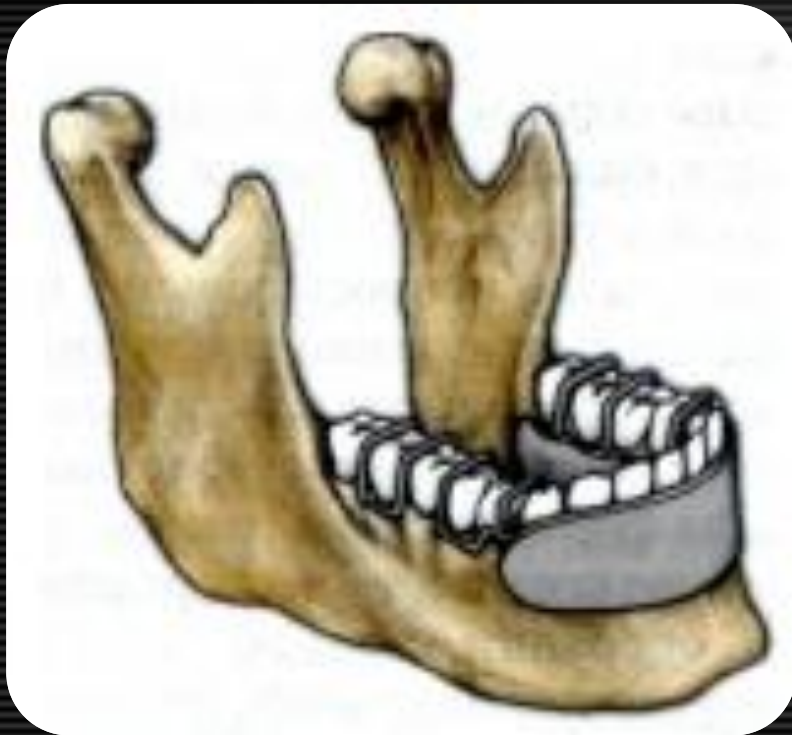
Быстрое заживление  
первичным натяжением

Длительное заживление  
вторичным натяжением

Частые рецидивы  
Рубцовые деформации

# Пластинки, формирующие преддверие полости рта

съемная



несъемная





На данной фотографии видно, что у пациентки ширина прикрепленной десны в области нижних резцов недостаточна (1-3 мм), имеются множественные тяжи слизистой оболочки, рецессия десны в области 41,31,32. Показано проведение I варианта вестибулопластики по Артюшкевичу.



После инфильтрационной анестезии дугообразным разрезом мы рассекали слизистую оболочку альвеолярного отростка от клыка до клыка на 0,5 см ниже десневого края. Вторым разрез, по длине равным первому, производили параллельно, отступив около 1 см от красной каймы нижней губы. Третий разрез, соединяющий два предыдущих, производили в средн



Далее образованные два лоскута мобилизуются. Через небольшой разрез надкостницы отсепаровываются сухожилия *m.mentalis* от альвеолярного отростка и смещаются книзу на 1 см. Это ключевой момент в ходе вестибулопластики, т.к. без смещения мышц неизбежен рецидив мелкого преддверия.

*M.Depressor labii inferioris*, *M.Depressor anguli oris* – начинаются от основания нижней челюсти.

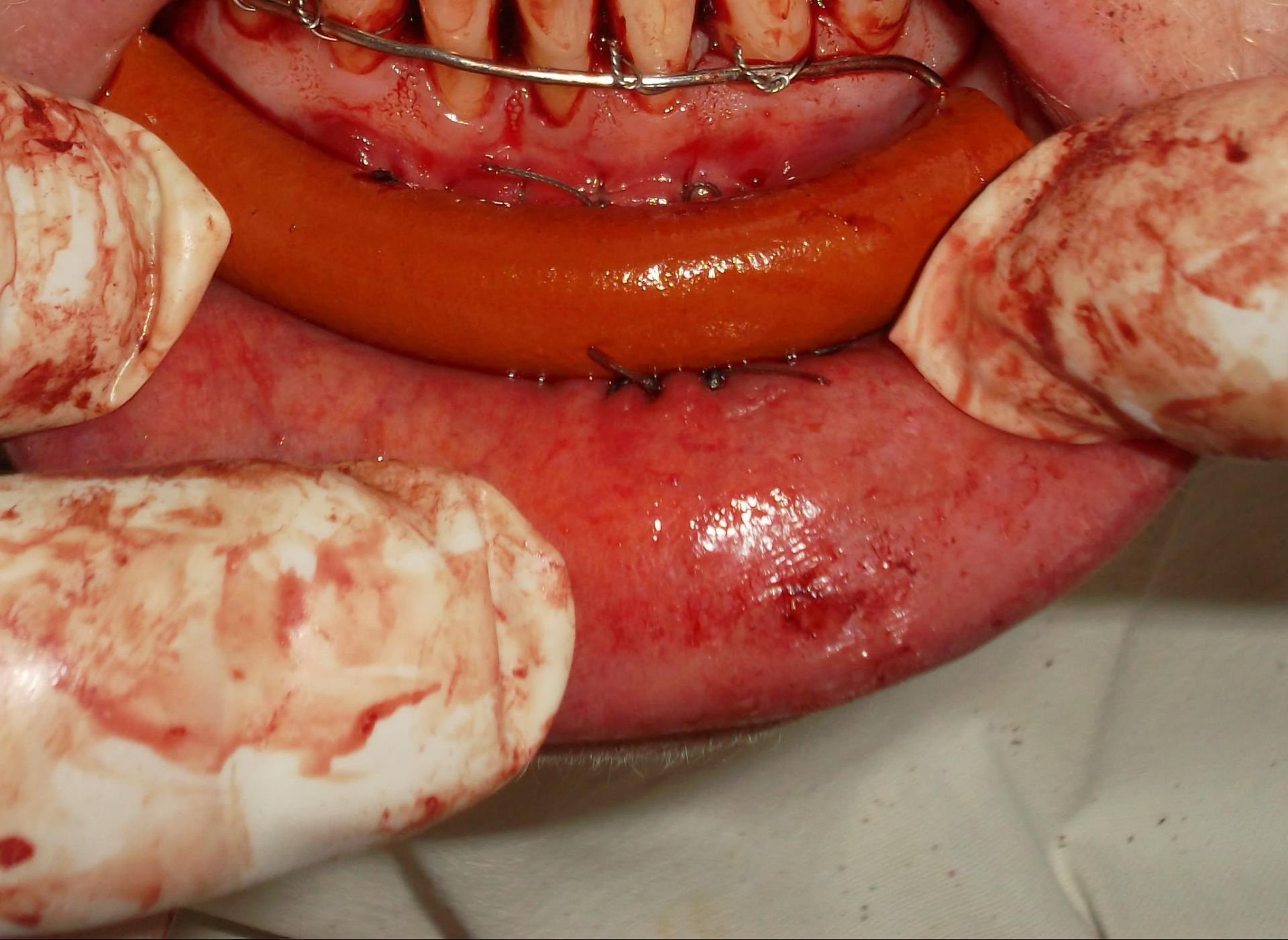


Далее образованные два лоскута мобилизуются. Через небольшой разрез надкостницы отсепааровываются сухожилия *m.mentalis* от альвеолярного отростка и смещаются книзу на 1 см. Это ключевой момент в ходе вестибулопластики, т.к. без смещения мышц неизбежен рецидив мелкого преддверия. *M.Depressor labii inferioris*, *M.Depressor anguli oris* – начинаются от основания нижней челюсти.





Рана ушита  
отдельными  
узловатыми  
из ПГА 4/0





Контрольный осмотр через 3 месяца. Глубина преддверия полости рта соответствует физиологической (7-10 мм).

Шина носится долго для удержания результата, т.к. в ходе операции идет гиперкоррекция глубины преддверия.

**Минусы:** пациент нетрудоспособен 10-14 дней (на больничном), гигиена затруднена, дискомфорт, эстетика лица нарушается.

# Выводы



- У всех прооперированных по описанным выше методикам пациентов отмечалось увеличение глубины преддверия полости рта в среднем на 5 мм.
- Послеоперационных рубцовых деформаций и рецидивов мелкого преддверия полости рта не наблюдалось.
- Спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства глубина преддверия полости рта соответствовала физиологической (7-10 мм).



**уменьшает количество осложнений**

**улучшает результаты хирургического лечения**

**проста в изготовлении**

**не требует участия зубного техника**



**Благодарю  
за внимание!**