

Пластика ороантрального соустья расщепленным вестибулярным лоскутом. Клинический случай

М. А. Амхадова, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии
Факультета усовершенствования врачей

А. М. Сипкин, д.м.н., рук. отделения челюстно-лицевой хирургии

Е. А. Ремизова, аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
Факультета усовершенствования врачей

И. С. Амхадов, аспирант кафедры хирургической стоматологии и имплантологии Факультета
усовершенствования врачей

Т. Ф. Гергиева, аспирант кафедры хирургической стоматологии и имплантологии Факультета
усовершенствования врачей

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского», Москва

Oroanthropic anastomosis plasty by vestibular flap split. Clinical case

M. A. Amkhadova, A. M. Sipkin, E. A. Remizova, I. S. Amkhadov, T. F. Gergieva

Moscow Regional Clinical Research Institute named after M. F. Vladimirovsky, Moscow, Russia

Резюме

Послеоперационная реабилитация пациентов с перфоративными формами одонтогенного верхнечелюстного синусита включает рациональное ортопедическое лечение. Однако при проведении оперативного лечения с использованием традиционных методик, таких как пластика оро-антрального соустья полнослойным трапециевидным лоскутом с переходной складкой, неизбежны осложнения — уменьшение глубины преддверия полости рта и объема прикрепленной десны, что требует проведения предпротезной хирургической подготовки. Нами предложен способ пластики оро-антрального соустья, позволяющий избежать развития вышеуказанных осложнений и сократить период послеоперационной реабилитации.

Ключевые слова: **одонтогенный верхнечелюстной синусит; оро-антральное соустье.**

Summary

Postoperative rehabilitation of patients with perforated forms of odontogenic maxillary sinusitis includes rational orthopedic treatment. However, during the surgery using traditional methods, such as oro-antral fistula closure using vestibular muco-periosteal trapezoidal flap are unavoidable complications — reduction in the depth of the vestibule of the oral cavity and the amount of attached gingiva, which requires preprosthetic surgical training. We have proposed a method of oro-antral fistula closure, which prevents the development of the above complications and decreases the period of postoperative rehabilitation.

Key words: **odontogenic maxillary sinusitis, oro-antral fistula.**

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи при удалении дистальных групп зубов верхней челюсти и оперативных вмешательствах на альвеолярном отростке верхней челюсти — одно из наиболее распространенных осложнений, причинами которого могут быть особенности анатомо-топографического строения пазухи [10], ошибочные действия хирурга [2], воспалительные процессы в пульпе и периодонте дистальных зубов верхней челюсти [9, 12].

Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, являющаяся воротами для проникновения одонтогенной инфекции [5], может способствовать развитию воспаления в пазухе, а при уже существующем хроническом одонтогенном синусите усугубляет течение воспалительного процесса

за счет постоянной контаминации микроорганизмами полости рта [4]. Поэтому при отсутствии острого воспаления в полости верхнечелюстной пазухи устранение дефекта оптимально проводить сразу после удаления зуба [3], когда слизистая оболочка пазухи еще не подвержена реактивным воспалительным явлениям [1].

Для пластического закрытия оро-антрального соустья используются различные комбинации лоскутов слизистой оболочки полости рта, выбор которых осуществляют с учетом клинической ситуации [6]. Наиболее часто применимым в амбулаторной практике методом является пластика ороантрального соустья трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом, сформированным с переходной складки и области преддверия

полости рта в зоне ороантрального соустья [7]. Неизбежными осложнениями после оперативного лечения по вышеописанному методу являются уменьшение глубины преддверия полости рта, смещение линии прикрепленной десны, рубцовые изменения слизистой оболочки переходной складки [11]. Это может потребовать в дальнейшем хирургической подготовки к протезированию пациентов — проведении пластики преддверия полости рта, восстановления объема прикрепленной десны.

Использование небных лоскутов в различных модификациях [8, 13] позволяет осуществить пластику ороантрального соустья без изменения рельефа переходной складки, однако наличие обширной раневой поверхности значительно увеличивает длительность

ность послеоперационного периода, делает хирургическое вмешательство более травматичным [14].

Целью нашего исследования является разработка способа оперативного лечения, позволяющего избежать вышеуказанных осложнений и сократить период послеоперационной реабилитации пациентов.

Нами предложен метод пластики перфорации дна верхнечелюстной пазухи расщепленным лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка (патент РФ № 2599683 от 29.09.2015).

Клинический пример

Пациент А. 1986 г.р. обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на попадание жидкости в нос при приеме пищи. Из анамнеза: зуб 2.6 был удален за два месяца до госпитализации, в процессе удаления произошла перфорация дна верхнечелюстной пазухи. При осмотре выявляется ороантральное соустье в области удаленного зуба 2.6 по данным КТ и клинически — без признаков вос-

паления (рис. 1).

Пациенту выставлен диагноз «хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Ороантральное соустье в области удаленного зуба 2.6». Рекомендовано хирургическое лечение: пластика ороантрального со-

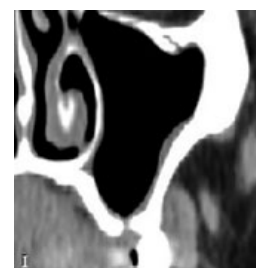
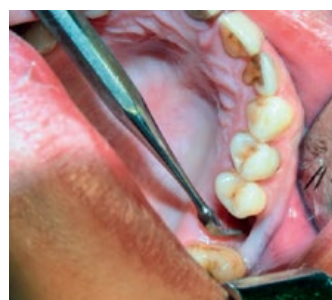


Рисунок 1. Пациент А. Ороантральное соустье в области удаленного зуба 1.6. По данным КТ признаков воспаления слизистой оболочки нет.



Рисунок 2. Пациент А. Этап операции пластика ороантрального соустья. Разрез (а) и сепарация слизистого лоскута (б).

устья расщепленным вестибулярным лоскутом. Под местной анестезией произведен разрез слизистой оболочки через ороантральное соустье

и по межзубным сосочкам зубов от 2.4 до 2.7, далее переходящий вертикально вверх до линии переходной складки. Отслоен слизистый лоскут (рис. 2).



Рисунок 3. Пациент А. Этап операции пластика ороантрального соустья. Выкраивание и мобилизация подслизисто-надкостничного лоскута.



Рисунок 4. Пациент А. 1986 г.р. Этап операции пластика ороантрального соустья. Ушивание послеоперационной раны.



Рисунок 5. Пациент А. Третьи сутки после операции. Умеренный отек послеоперационной области. Перемещенный лоскут покрыт фибринозным налетом.



Рисунок 6. Пациент А. Седьмые сутки после операции. Признаков расхождения швов и воспаления нет.



Рисунок 7. Пациент А. Один месяц после операции. Полная адаптация перемещенного лоскута. Объем прикрепленной десны, глубина преддверия полости рта сохранены.

Из подслизисто-надкостничного слоя в области соустья выкроен трапецевидный лоскут, последний мобилизован (рис. 3).

Подслизисто-надкостничный лоскут уложен на область соустья и фиксирован под слизистую оболочку альвеолярного отростка с небной стороны П-образными швами. Слизистый лоскут фиксирован в первоначальное положение (рис. 4).

После операции назначено: офлоксацин 400 мг два раза в сутки семь дней, назальные спреи с ксило-метазолином, фрамицетином по две дозы три раза в сутки семь дней, при болях Ибупрофен 400 мг два раза в сутки.

На третьи сутки после операции швы состоятельны, признаков воспаления нет, перемещенный лоскут покрыт фибриновым налетом. Жалобы на умеренный отек и боли в послеоперационной области (рис. 5).

На седьмые сутки после операции — начало эпителизации подслизисто-надкостничного лоскута. Швы состоятельны, жалобы на слабую боль в послеоперационной области (рис. 6).

Через один месяц после операции — полная адаптация перемещенного лоскута к окружающей слизистой оболочке. Ширина прикрепленной десны и глубина переходной складки не изменены, пациент полностью готов к проведению ортопедического лечения (рис. 7).

Таким образом, предложенный нами метод пластики перфорации дна верхнечелюстной пазухи расщепленным трапецевидным лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка позволил сохранить необходимый объем переходной складки и прикрепленной десны в области соустья и избежать травматичных вмешательств на слизистой оболочке твердого неба.

Список литературы

1. Кошель В.И., Сирак С.В., Щетинин Е.В., Кошель И.В., Дыгов Э.А. Перфорация верхнечелюстного синуса при удалении зуба: хирургические аспекты и использование биоматериалов. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2015 г. — № 3-4. С. 630-633.
2. Магомедов М.М., Хелминская Н.М., Гончарова А.В., Старостина А.Е. Современная тактика лечения больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом с ороантральным соустьем. // Вестник оториноларингологии. — 2015. — № 2. С. 76-80.
3. Маланчук В.А., Кеян Д.Н. Строение ороантрального сообщения и выбор метода пластического его закрытия. // Вестник стоматологии. — 2015. — № 1 (90). С. 57-61.
4. Малышева Л.Ю., Латюшина Л.С., Долгушин И.И. Особенности клинко-иммунологического течения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита в зависимости от продолжительности заболевания. // Уральский медицинский журнал. — 2013. — № 5 (110). С. 65-67.
5. Сирак С.В., Коробкеев А.А., Шаповалова И.А., Михайленко А.А. Оценка риска осложнений эндодонтических манипуляций на основе показателей анатомо-топографического строения нижней челюсти. // Эндодонтия Today. — 2008. — № 2. С. 55-60.
6. Соловых А.Г., Анготоева И.Б., Авдеева К.С. Ятрогенный одонтогенный гайморит. // Российская ринология. — 2014. — № 4. С. 51-56.
7. Царев В.Н., Шулаков В.В., Ипполитов Е.В., Лузина В.В., Бирюлев А.А. Диагностика и лечение пациентов с одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом. // Российский стоматологический журнал. — 2013. — № 2. С. 32-35.
8. Щипский А.В., Мухин П.Н. Способ пластики ороантрального сообщения васкуляризованным субэпителиальным небным лоскутом. // Российский стоматологический журнал. — 2010. — № 6. С. 37-38.
9. Яровая Л.А., Глыбина Н.А., Веселова Ю.В., Пронина Н.А. Одонтогенный гайморит как результат хронического леченного и нелеченного периодонтита. // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratore. — 2015. — Т. 2. — № 21. С. 159-161.
10. Giovannetti F., Priore P., Rapponi I., Valentini V. Endoscopic surgery in sinus-oral pathology. // J. Craniofac. Surg. — 2014. — May; 25 (3): 991-4.
11. Nagori S.A., Jose A., Bhutia O., Roychoudhury A. A case of oro-antral communication closed by autotransplantation of third molar. // J. Maxillofac. Oral Surg. — 2015. — Mar.; 14 (Suppl 1): 448-51.
12. Noel J.E., Teo N.W., Divi V., Nayak J.V. Use of pedicled nasoseptal flap for pathologic oroantral fistula closure. // J. Oral Maxillofac. Surg. — 2016. — Apr.; 74 (4): 704.
13. Sakakibara A., Furudoi S., Sakakibara S., Kaji M., Shigeta T., Matsui T., Minamikawa T., Komori T. Tunnel technique for the closure of an oroantral fistula with a pedicled palatal mucoperiosteal flap. // J. Maxillofac. Oral Surg. — 2015. — Sep; 14 (3): 868-874.
14. Visscher S.H., van Minnen B., Bos R.R. Closure of oroantral communications: a review of literature. // J. Oral. Maxillofac. Surg. — 2010. — 68 (6): 1384-1391.



XXXIX Всероссийская научно-практическая Конференция Стоматологической Ассоциации России (СтАР)

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ»

Организатор



В рамках 43-го Московского международного
стоматологического Форума «Дентал Салон 2018»

23-25 апреля 2018 года

Москва, МВЦ «Крокус Экспо», пав. № 2

Стратегические партнеры



НИИАМС DENTALEXPO®