

*Таиров У.Т., Кудратов А.Р.*

## СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ОРОАНТРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ И ПЕРФОРАЦИЙ

*U. T. Tairov, A. R. Kudratov*

### REMEDY FOR OROANTRAL FISTULAS AND PERFORATIONS

УДК: 616.31; 617.52-089

*Одной из довольно часто встречающихся в хирургической практике осложнений, возникающих непосредственно в ходе операции удаления зубов верхней челюсти - это перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Традиционные методы лечения, как правило, направлены на закрытие образовавшейся перфорации мягкоткаными структурами либо лоскутами на ножке с вестибулярной или нёбной стороны. Восстановление костного дефекта не предусматривается. Рассматривается способ закрытия ороантральной перфорации (ОП) и ороантральных свищей (ОС) с учетом одномоментного восстановления высоты и ширины альвеолярного отростка верхней челюсти, что важно в вопросах протезирования на денальных имплантатах.*

**Ключевые слова:** ороантральная перфорация, регенерация, обогащенная тромбоцитами плазма, КоллапАн-Л, Genesis-BCP.

*One of the fairly common practice in the surgical complications arising directly during the operation of removal of the upper jaw teeth - it's the perforation of cortica of the sinus. Traditional treatment methods are generally aimed at closing, formed perforation of soft tissue structures or grafts on the leg with vestibular or palatal sides. Contemplates a method of closing oроantral perforation (OP) and oроantral fistulas (OF) based on simultaneous restoration of the height and width of the alveolar process of the maxilla, which is important in matters of prosthetics to dental implants*

**Key words:** oроantral perforation, regeneration, platelet rich plasma, CollapAn-L, Genesis-BCP.

**Введение.** Одно из довольно часто встречающихся в хирургической практике осложнений, возникающих непосредственно в ходе операции удаления зубов верхней челюсти – это перфорация дна верхнечелюстной пазухи [1].

При традиционных методах лечения дефект костной ткани не восстанавливается, ушивается только слизистая оболочка, что приводит к резкому нарушению формы альвеолярного отростка, а в некоторых случаях к расхождению краёв раны и формированию стойких свищей [2].

Одним из перспективных достижений в медицине в целом, и в стоматологии в частности, стало использование факторов роста в сочетании с остеопластическими материалами для ускорения регенеративных процессов в ране. Это относительно новая биотехнология – одно из направлений тканевой инженерии и клеточной терапии, которое привлекает все большее внимание медицинских работников [3,4,5].

В настоящее время, учитывая большое число операций по закрытию ороантрального сообщения, актуальным является профилактика рецидивов и одномоментное восстановление высоты альвеоляр-

ного отростка. Имеются лишь единичные работы, посвященные изучению эффективности использования остеопластических материалов в сочетании с богатой тромбоцитами плазмой (БоПТ) в лечении больных с перфорациями дна верхнечелюстной пазухи. Задачей нашего исследования является разработка методики закрытия ороантральных дефектов с учетом их размеров, путем использования биокomпозиционного материала КоллапАн-Л и синтетического Genesis-BCP в сочетании с БоПТ и мембраны из аутоплазмы.

**Цель исследования.** Повышение эффективности хирургического лечения и восстановления высоты альвеолярного отростка больных с ОП и ОС путем применения биокomпозиционного (КоллапАн-Л) и синтетического (Genesis-BCP) материалов в комбинации с БоПТ.

#### **Материал и методы исследования.**

В условиях хирургического отделения Научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Республики Таджикистан под наблюдением находились 28 пациентов в возрасте от 20 до 57 лет, 18 мужчин и 10 женщин с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи без ярко выраженных клинических и рентгенологических признаков воспаления гайморовой пазухи. У больных перфорация дна верхнечелюстной пазухи имело место при удалении чаще первых моляров, реже - вторых моляров, а также проталкиванием корня зуба при атипичных удалениях. В зависимости от тактики оперативного лечения пациенты с перфорациями дна верхнечелюстной пазухи были разделены на 2 группы, основная - 21 и контрольная - 7 больных. Сроки поступления больных с момента возникновения ОП в основном составляло первые и вторые сутки после удаления зуба.

При обследовании больных учитывали клинико-анамнестические данные, включающие жалобы, давность образования ороантрального сообщения, его локализацию и размеры. Рентгенологическое исследование включало ортопантомографию с целью исключения воспалительных явлений в верхнечелюстной пазухе, а также определения ориентировочных размеров высоты альвеолярного отростка. В основной группе закрытие перфорационного отверстия осуществляли следующим образом: перед операцией у пациента из локтевой вены производили забор крови в количестве 40 мл. для получения плазмы обогащенной тромбоцитами, кровь центрифугировали в один этап в течение 10 мин. при 3800 об/мин на центрифуге ЕВА-20. Под инфильтрационной анестезией sol. ubestszini 4%-2.4 мл производили трапецие-

видный разрез со стороны преддверия полости рта в области ороантрального сообщения, Лоскут отслаивали, скелетировали кость и в тех случаях, когда было проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху, в участке наиболее истонченной костной ткани специальным трепаном диаметром 12 мм вскрывали переднюю стенку пазухи. Затем пациенту предлагали наклонить голову вниз и при закрытом рте зажимая обе ноздри попытаться выдохнуть. При этом в некоторых случаях корень выходил из трепанационного отверстия или подходил очень близко к трепанационному отверстию и его без особого труда извлекали при помощи специальных эластических зажимов. Затем на конце изогнутого

эластического зажима изготавливали небольшого размера тупфер и вводя его через искусственно созданное отверстие гайморовой пазухи придавливали со стороны пазухи к мягким тканям и удерживали его в таком положении. В устье лунки удаленного зуба, вводили мембрану, изготовленную из БоПТ, затем лунку удаленного зуба заполняли биокомпозиционным КоллапАн-Л и синтетическим Genesis-BCP материалами, смешанными с БоПТ. Поверх их также помещали мембрану из аутоплазмы обогащенной тромбоцитами. Слизисто-надкостничный лоскут ушивали узловыми швами (см. рис. 1-4). Снятие швов осуществляли на 7-10 сутки.

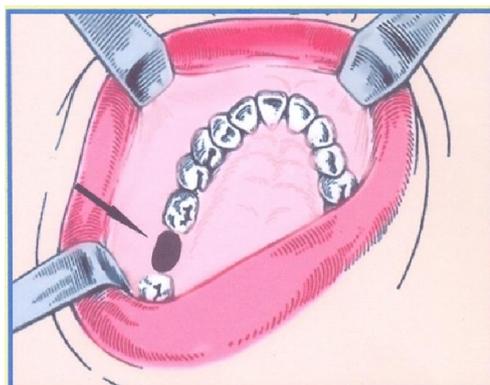


Рис. 1

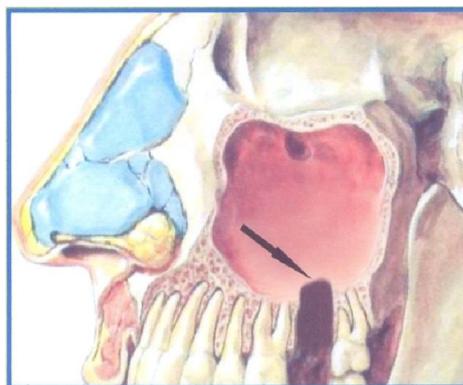


Рис. 2

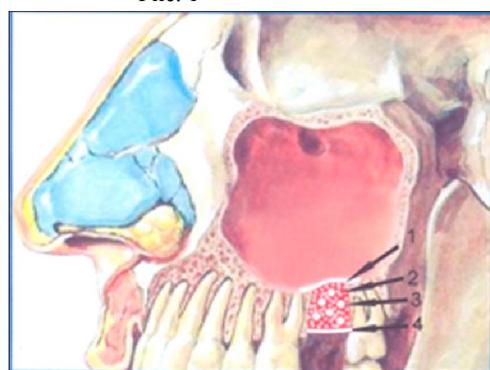


Рис. 3

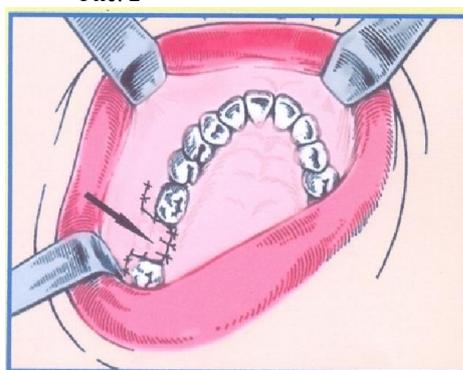


Рис. 4

**Рис. 1.** Схематическое изображение ороантральной перфорации.

**Рис. 2.** Вид изображения ороантральной перфорации на сагитальном распиле.

**Рис. 3.** Заполнение ороантральной перфорации:

1. Плазменная мембрана;
- 2,3. Комбинация Genesis-BCP и КоллапАн-Л;
4. Плазменная мембрана.

**Рис. 4.** Закрытие ороантральной перфорации тропецивидным слизисто-надкостничным лоскутом.

Пластическое закрытие ОП без наличия корней зубов в гайморовой пазухе производилось следующим образом. При помощи специальных глубиномеров из набора имплантации определялась ориентировочная высота перфорационного отверстия. После проведения соответствующей антисептической обработки в лунку удаленного зуба вводили мембрану из аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, затем до уровня края лунку заполняли биокомпозиционным КоллапАн-Л и синтетическим Genesis-BCP материалами, смешанными с БоПТ, поверх них также накладывали аутоплазменную мембрану, обога-

щенной тромбоцитами, затем выкроенный слизисто-надкостничный лоскут мобилизовали и ушивали узловатыми швами.

Закрытие ОП и ОС у пациентов контрольной группы проводилось путем выкраивания трапециевидного лоскута с последующим его ушиванием к краям лунки удаленного зуба.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На основании клинических данных в основной группе отмечался более ранний гемостаз, не отмечалось расхождение швов, воспалительные явления и отек выражены незначительно. В контрольной груп-

пе послеоперационный отёк был несколько более выраженным, отмечались случаи кровотечения из области швов, у двух пациентов зафиксировано расхождение швов и носовое кровотечение. Рентгенологические данные контрольной группы в сроках 6-12 месяцев показали значительную атрофию костной ткани альвеолярного отростка области удаленного зуба, в основной же группе пациентов на рентгенограмме отмечалась тень костной ткани на всю высоту альвеолярного отростка. Структуру костной ткани лунки удаленного зуба мы также оценивали визуально при проведении операции дентальной имплантации через 6 месяцев, а также при постановке формирователя десневой мембраны перед протезированием через 12 месяцев. Разработанная методика устранения ороантральной перфорации позволяет одновременно закрыть ороантральное сообщение и восстановить высоту альвеолярного отростка верхней челюсти, тем самым создает благоприятные условия для дентальной имплантации.

**Выводы.** Сравнительный анализ проведенного лечения 28 больных основной и контрольной групп с ороантральными перфорациями показали высокую эффективность применения биокомпозиционного (КоллапАн-Л) и синтетического (Genesis-BCP)

материалов в сочетании с БоПТ, что позволяет устранить перфорацию, восстановить высоту альвеолярного отростка, что в конечном итоге создает благоприятные условия для проведения дентальной имплантации.

**Литература:**

1. Щипский А.В. Использование силиконовых мембран для закрытия перфораций верхнечелюстного синуса после удаления зубов. Рос. стоматол. журн. - 2005, - №4. - С. 17.
2. Лузина В.В. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике при диагностике и лечении одонтогенного гайморита. Стоматология. - 1991, - № 4 - С. 53-54.
3. Кулаков А.А. Использование богатой тромбоцитами плазмы с целью увеличения объема костной ткани при проведении операции синуслифтинг. Росс. стоматол. журнал - 2004. - С. 10.
4. Anitua E. Plasma rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of future sites for implant. J Oral Maxillofacial Implants. -1999,- v14.-pp. 529-535.
5. Marx, R.E. Platelet-Rich Plasma: A Source of Multiple Autologous Growth Factors for Bone Grafts, Tissue Engineering / Applications in Maxillofacial Surgery and Periodontics. -1999. - PP. 71-82.

**Рецензент: к.м.н., доцент Субханов С.С.**