

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК: 616.716.3-001.5-089:616.742+616.833

**В. А. Маланчук, д. мед. н., И. Ю. Гарляускайте,
Д. Н. Кеян**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

ПРИМЕНЕНИЕ СВОБОДНОГО АУТОГЕННОГО КОСТНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ СИНУСИТОВ С ОРОАНТРАЛЬНЫМ СООБЩЕНИЕМ

С целью улучшения качества лечения больных одонтогенными синуситами с ороантральными сообщениями использован способ закрытия ороантрального сообщения свободным костным трансплантатом с передней стенки гайморовой пазухи, закрывая им дефект со стороны полости рта. Способ применён у 11 человек основной группы, контрольная группа пациентов - 14 человек.

Ключевые слова: ороантральное сообщение, одонтогенный синусит, закрытие дефекта

В. О. Маланчук, Ш. Ю. Гарляускайте, Д. Н. Кеян

Національний медичний університет ім. Богомольця

ЗАСТОСУВАННЯ ВІЛЬНОГО АУТОГЕННОГО КІСТКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ СИНУСИТІВ З ОРОАНТРАЛЬНИМ СПОЛУЧЕННЯМ

З метою поліпшення якості лікування хворих одонтогенними синуситами з ороантральним сполученням використано спосіб закриття ороантрального сполучення вільним кістковим трансплантатом з передньої стінки гайморової пазухи, закриваючи їм дефект з боку порожнини рота. Спосіб застосований у 11 чоловік основної групи, контрольна група пацієнтів - 14 чоловік.

Ключові слова: ороантральне сполучення, одонтогенний синусит, закриття дефекту.

V. A. Malanchuk, I. U. Garlyauskayte, D. N. Keyan

Bogomolets National Medical University
Department of surgical stomatology and maxillo-facial surgery

APPLICATION OF AUTOGENIC BONE GRAFT IN SURGICAL TREATMENT OF ODONTOGENIC SINUSITIS WITH OROANTRAL FISTULA

With the purpose of improvement quality of treatment patients with odontogenic sinusitis with oroantral report offered the method of closing oroantral report the free bone transplant from a front wall maxillary sinus is used for closing perforative defect from the oral rinsing. The described way is applied at 11 person of the basic group and 14 person of control group.

Key words: oroantral fistula, odontogenic sinusitis, closing of defect.

Верхнечелюстная пазуха у людей относится к системе воздухоносных путей дыхательной системы. Она выполняет ряд важных функций: очищение и со-

гревание воздуха, формирование тембра голоса, восприятие запахов, поэтому воспалительные заболевания верхнечелюстных пазух могут привести к нарушению этих функций, а при длительном течении к патологическим изменениям в бронхолегочной системе.

Вопросам современной диагностики, лечения и профилактики одонтогенных верхнечелюстных синуситов посвящены многочисленные исследования, и они продолжают оставаться актуальными [7;9;11;13].

Одонтогенная инфекция в 25-30 % случаев является причиной возникновения верхнечелюстных синуситов. Это и наличие околоверхушечного воспалительного процесса, имеющего тенденцию к распространению по протяжению, резорбция кости при хронических воспалительных процессах периапикальных тканей, плотное прилегание гранулёмы и спаянность её со слизистой оболочкой верхнечелюстного синуса, ретенция и дистопия зубов верхней челюсти и т.д. [1]. Первоочередной задачей является устранение причины, чаще с удалением причинного зуба, что может привести к перфорации дна верхнечелюстного синуса, возникновению стойкого сообщения и развитию в 4,2 - 17,2 % случаев перфоративного синусита [4].

Длительное функционирование ороантрального сообщения приводит к патологическим изменениям слизистой оболочки синуса, выраженность которого находится в прямой зависимости от давности функционирования ороантрального соустья. Эти изменения имеют характер хронического воспаления и проявляются развитием полипозных и полипозно-гранулёзных форм, трудно поддающихся консервативному лечению [6, 11]. Таким образом, одно только закрытие ороантрального соустья слизисто - надкостничным лоскутом не приводит к выздоровлению, а в дальнейшем оно может возникнуть вновь, т.е. рецидивировать в 9-50 % случаях (Танфильев Д. Е., 1968; Янков Н. И., 1976; Мухаметзянова Т. С., 1989; Овчинников Ю. М., 1989; Лузина В. В., 1995; Шевченко А. Н., 2000) [12]. Поэтому закрытие ороантрального соустья необходимо сочетать с санацией гайморовой пазухи.

Большое количество различных способов хирургического устранения ороантрального соустья указывает на то, что ни один из них не может и не должен считаться универсальным, стандартным методом закрытия разрушений дна верхнечелюстного синуса.

Цель исследования. Изучение эффективности применения свободного костного аутогенного трансплантата с передней стенки верхнечелюстного синуса для закрытия ороантрального сообщения при хронических одонтогенных синуситах.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами предложен метод закрытия ороантрального сообщения аутогенным костным трансплантатом. Суть метода заключается в следующем: после местной аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии производят циркулярное иссечение краёв ороантрального сообщения и изме-

рым производили закрытие ороантрального сообщения по предложенной методике. В контрольной группе было 14 (66 %) пациентов (8(57,1 %) женщин 6 (42,9 %) мужчин) которым производили закрытие ороантрального сообщения традиционным методом с помощью слизисто-надкостничного лоскута.

В послеоперационном периоде больные обеих групп получали стандартную антибактериальную, противовоспалительную, гипосенсибилизирующую, симптоматическую терапию. На следующий день после операции пазуху промывали 0,01 % растворов мирамистина. Период стационарного лечения больных основной и контрольной группы составлял 7-9 дней.

Результаты исследования и обсуждение.

Оценку эффективности лечения больных по предложенной методике (табл.) проводили в непосредственно послеоперационном и в отдалённом периоде лечения. В непосредственном послеоперационном периоде оценивали состоятельность швов в области ороантрального сообщения. Так, в основной группе из 11 пациентов только у 1 (9 %) пациента на третий день после операции произошло расхождение краев раны в области слизисто-надкостничного лоскута с нёбной стороны и оголение костного трансплантата, который был удален, однако рецидива ороантрального сообщения не было. В контрольной группе у 3(21,4 %) пациентов в послеоперационном периоде произошло расхождение краев раны в области слизисто-надкостничного лоскута с нёбной стороны на 2-3 сутки после операции с рецидивом сообщения, при этом были наложены вторичные швы.

Таблица

Результаты лечения больных одонтогенными синуситами с наличием ороантрального сообщения

	Кол-во пациентов		Расхождение швов	Деформация альвеол. отрос.
	Муж	Жен		
Основная группа	7 (63,6%)	4 (36,4%)	1 (9%)	1 (8%)
Контрольная группа	8 (66%)	6 (57,1%)	3 (21,4%)	14 (100%)

Результат лечения в послеоперационном периоде оценивали через 1 и 2 месяца по деформации альвеолярного отростка верхней челюсти в области бывшего ороантрального сообщения. Так, в контрольной группе у 14 (100 %) пациентов наблюдалось втянутость слизистой оболочки полости рта в области ранее функционирующего соустья с деформацией альвеолярного отростка. В основной же группе у 10 (91 %) пациентов альвеолярный отросток верхней челюсти в области ранее функционирующего сообщения не деформировался, о чём свидетельствуют и результаты контрольных рентгенограмм в послеоперационном периоде (рис. 5).

Предложенный метод закрытия ороантрального сообщения с использованием свободного аутогенного костного трансплантата не только повышает эффективность операции и препятствует рецидиву, но и

способствует сохранению анатомической формы альвеолярного отростка верхней челюсти.

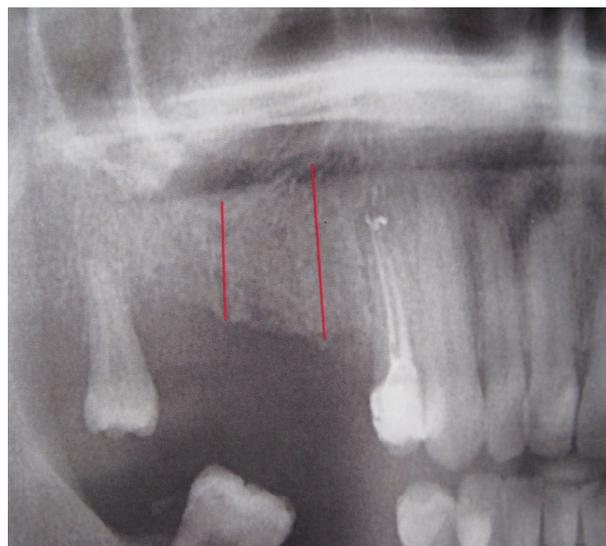


Рис. 5. Рентгенография верхней челюсти в области ранее функционирующего ороантрального сообщения.

Выводы. 1. Одонтогенные синусит с наличием ороантрального сообщения возникает на фоне анатомических предпосылок (пневматический тип строения верхнечелюстного синусита) и местных факторов, способствующих распространению воспалительных явлений периапикальных тканях корней зубов по протяжению.

2. Хорошо адаптированный трансплантат препятствует воздействию давления и раневого экссудата из верхнечелюстной пазухи на раневую поверхность слизисто-надкостничного лоскута.

3. Использование предложенного способа хирургического лечения хронического одонтогенного синусита с ороантральным сообщением обеспечивает санацию пазухи и восстановлением анатомической формы альвеолярного отростка верхней челюсти.

4. Предложенный способ гайморотомии с пластическим закрытием ороантрального сообщения препятствует втягиванию слизистой оболочки полости рта в просвет дефекта.

5. Восстановление конфигурации альвеолярного отростка верхней челюсти в последующем способствует полноценной ортопедической реабилитации больного.

6. Метод прост в выполнении и может быть рекомендован для практического применения.

Список литературы

1. **Азимов М.** Роль очаговой одонтогенной инфекции в патогенезе гайморита / М. Азимов, Ф. Б. Ермакова // Стоматология. – 1978. - №1. – С. 11-14.
2. **Современные** технологии закрытия соустья верхнечелюстных пазух / М. С. Богородская, Т. Н. Модина, М. В. Болбат [и др.] // Клиническая стоматология. – 2008. -№1.-С. 44-46.
3. **Гребенченко О. И.** Способ пластики больших ороантральных соустьей / О. И. Гребенченко // Вісник стоматології. – 1999. - № 2. – С. 29-30.
4. **Гребенченко О. И.** Эффективность функционально-защитного вмешательства в комплексном лечении больных хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом: автореф. дис. на получения учёной степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22. «стоматология» / О. И. Гребенченко.– Одесса, 2003. – 20с.

5. **Козлов В. А.** Динамика морфологических изменений тканей верхнечелюстной пазухи при экспериментальном перфоративном синусите / В. А. Козлов, Г. Б. Трошкова, Н. М. Кочубей, В. В. Некачалов // Стоматология. – 1982. – Т.61. - №1. – С.49-51.

6. **Лузина В. В.** Лечение больных одонтогенным гайморитом в условиях поликлиники: автореф. дис. на получения учёной степени канд. мед. наук: спец.14.00.21. «стоматология» / В. В. Лузина. – Москва, 1987. – 16с.

7. Пат. 1519664 СССР МПК А 61 В 17/00 Способ лечения гайморита / Маланчук В.А., Скворцова И.Г. № 4373659/28-14 от 05.02.1988г.

8. **Мануйлов О. Е.** Объем и методы обследования больных с одонтогенными гайморитами / О. Е. Мануйлов, В. С. Агапов, М. Г. Панин // Проблемы и перспективы научных исследований в теоретической и практической медицине. Москва. – 1980. – С. 41-44.

9. **Лазарев А. И.** Методика неотложной пластики при перфорации дна верхнечелюстной пазухи / А. И. Лазарев, С. Э. Честникова, В. С. Пискунов, И. Г. Бочарова // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 2006. - №3. - С. 228-229.

10. **Скоробогатый В. В.** Способ хирургической реабилитации больных хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом / В. В. Скоробогатый // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. №5. - С. 44-45.

11. **Тышко Ф. А.** Хирургическое лечение при оросиномаксиллярных свищах, осложненных одонтогенным гайморитом / Ф. А. Тышко, О. К. Дядченко, Д. Ф. Тышко, А. В. Хрукало // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2000. - №2. – С.124-125.

12. **Stammler H.** Functional endoscopic sinus surgery // The essrklinger technique. Philadelphia: B.C. Decker, 1991. – P. 529.

13. **Boenninghaus H. G., Kirsch T., Lehnhardt E.** Diagnostic und operative indikationen der odontogenen und rhinogenen Kieferhohlenerkrankungen // Z. Laryng. Rhinol. – 1973. – Bd. 52, N12. – P.851-865.

Поступила 18.06.12



УДК 616.314 + 616.716.1 /4] – 007 – 089.15

О. А. Кобцева

Донецкий национальный медицинский университет

ОБГРУНТОВАНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БІОМЕТРИЧНИХ МЕТОДИК ПРИ ПЛАНУВАННІ АПАРАТУРНО - ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Обстежено 46 пар початкових гіпсових моделей щелеп пацієнтів 11-25 років за допомогою методик Н. Г. Снагіной, W. Bolton, R. Little, A. Pont, G. Korkhaus, Nance, H. Gerlach і G. P. Schmuth з метою оцінки інформативності даних методик при плануванні ортодонтичного лікування з видаленням перших премолярів верхньої щелепи. Всі біометричні методики підтвердили свою актуальність для визначення особливостей будови зубощелепної системи пацієнтів, складання плану лікування та послужили ортодонтичним показанням для видалення верхніх перших премолярів.

Ключові слова: біометричні методи діагностики, аналіз діагностичних моделей щелеп, планування ортодонтичного лікування.

Е. А. Кобцева

Донецкий национальный медицинский университет

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ АППАРАТУРНО-ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Обследовано 46 пар исходных гипсовых моделей челюстей пациентов 11-25 лет с помощью методик Н.Г. Снагиной, W.Bolton, R.Little, A.Pont, G.Korkhaus, Nance, H.Gerlach и G. P. Schmuth с целью оценки информативности данных методик при планировании ортодонтического лечения с удалением первых премоляров верхней челюсти. Все биометрические методики подтвердили свою актуальность для определения особенностей строения зубочелюстной системы пациентов, составления плана лечения и послужили ортодонтическим показанием для удаления верхних первых премоляров.

Ключевые слова: биометрические методы диагностики, анализ диагностических моделей челюстей, планирование ортодонтического лечения.

Е. А. Kobtseva

Donetsk National Medical University

JUSTIFICATION FOR THE USE OF THE BIOMETRIC METHODS FOR PLANNING OF COMBINED METHOD OF DENTOALVEOLAR ANOMALIES TREATMENT

The informative level of the biometric methods for planning of orthodontic treatment with the extraction of upper first premolars was assessed. 46 pairs of the initial diagnostic casts of patients 11-25 years with the help of methods by N.G.Snagina, W.Bolton, R.Little, A.Pont, G.Korkhaus, Nance, H.Gerlach and G. P. Schmuth were examined. All of the biometric methods proved to be relevant to determine the structural features of the patients' maxillo dental system, the plan of treatment and were served as orthodontic indication for extraction of the upper first premolars.

Key words: the biometric methods of diagnostics, analysis of diagnostic casts, the planning of orthodontic treatment.

Робота є фрагментом НДР кафедри стоматології дитячого віку ДонНМУ «Розробка та апробація нових методик лікування й профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей Донбасу», № державної реєстрації 0109U008706.

Успіх лікування зубощелепних аномалій багато в чому визначається точністю діагностики [2]. Протягом багатьох років ортодонтами були запропоновані різні методи дослідження. Зокрема, в діагностиці аномалій зубів і зубних рядів широко використовуються біометричні дослідження гіпсових моделей щелеп [3]. При метричних дослідженнях істотне значення має дотримання послідовності, тобто алгоритму діяльності. Спочатку необхідно визначити клінічні симптоми, а потім вибрати методи вимірювання [1]. Результати аналізу діагностичних моделей мають велике значення при визначенні мети та плану ортодонтичного лікування.