

ЛИТЕРАТУРА

1. *Артюшкевич А. С.* Сравнительная оценка оперативных способов лечения переломов нижней челюсти с позиций кровообращения, функции, биомеханики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 1995.
2. *Зотов В. М.* // Актуальные вопросы стоматологии. – М., 1992. – С. 81–85.
3. *Иващенко Н. И.* // Лечение поврежденных лица у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. – Л., 1986. – С. 19–22.
4. *Сысолятин П. Г.* // Актуальные вопросы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М., 1990. – С. 221–228.

Поступила 23.01.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.216-002-089

*А. М. Сипкин, А. А. Никитин, М. А. Амхадова, В. П. Лапшин, Е. О. Кекух, В. В. Ежов***СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРО-АНТРАЛЬНЫМ СОУСТЬЕМ**

Отделение челюстно-лицевой хирургии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского, (129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 2)

Предложен способ лечения, который позволяет восстановить целостность слизистой оболочки дистальных отделов альвеолярного отростка неподвижной прикрепленной десной при наличии оро-антрального соустья, что позволяет провести полноценную реабилитацию зубных рядов с помощью ортопедических конструкций, сократить сроки реабилитации и пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: *оро-антральное соустье, лоскут, прикрепленная десна*

A METHOD FOR THE SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH THE ORO-ANTRAL FISTULA

Sipkin A.M., Nikitin A.A., Amkhadova M.A., Lapshin V.P., Kekukh E.O., Ezhov E.E.

The method is proposed allowing to restore the integrity of the mucous membrane in the distal portion of the alveolar process by means of gum fixation given the presence of the oro-antral fistula makes possible realization of this approach. The method makes it possible to achieve complete rehabilitation of the dentition with the use of orthopedic structures, reduce both the duration of this procedure and the hospital stay of the patients.

Key words:

Введение

Одной из причин значительного количества одонтогенных верхнечелюстных синуситов является перфорация верхнечелюстного синуса при удалении премоляров и моляров верхней челюсти (ВЧ), цистэктомии, резекции верхушек корней зубов. Особенности анатомического строения верхнечелюстного синуса и травматическое удаление зубов ВЧ следует рассматривать не как причину, а как предрасполагающий фактор, поэтому верхнечелюстной синусит, являясь сегодня одним из самых распространенных заболеваний, представляет собой серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как большинство больных – люди молодого и среднего возраста, т. е. трудоспособное население [1, 3].

Сложное анатомо-физиологическое строение этой области и близость жизненно важных органов обуславливают особенности течения воспалительного процесса и возможность возникновения тяжелых осложнений [2, 4, 6]. В среднем около 30% всех верхнечелюстных синуситов составляют его одонтогенные формы [4, 7], являющиеся, в основном, следствием длительного существования хронического очага периапикальной инфекции в области зубов ВЧ [1, 3, 5] или ошибок стоматологов в процессе лечения и удаления этих зубов. 41,2–77,2% одонтогенных верхнечелюстных синуситов – его перфоративные формы [3]. К сожалению, врач-стоматологи часто недооценивают причинно-следственную связь верхнечелюстного синуса с заболеваниями и аномалиями развития зубов, что приводит к диагностическим ошибкам и нередко рецидивам заболевания.

Методы закрытия оро-антрального соустья постоянно совершенствуются, наиболее распространенными из них являются пластика трапецевидным лоскутом с переходной складки ВЧ, языкообразным лоскутом с твердого неба и слизистой оболочки щеки и их модификации. Операции с применением перечисленных выше методик в большинстве случаев отвечают современным требованиям клиницистов, так как при соблюдении правил пластической хирургии (без натяжения, правильное сопоставление краев раневых поверхностей, наложение швов без перетяжки краев раны) рецидивы оро-антрального соустья практически отсутствуют. Но при современном развитии стоматологии необходимо учитывать качество реабилитации пациентов не только с точки зрения рецидивов заболевания и работы верхнечелюстного синуса, но и с точки зрения качества и функциональности ортопедической конструкции в области проведенной операции. С этой позиции используемые методы при перфоративных синуситах имеют недостаток – невозможно рационально восстановить зубной ряд с помощью традиционного протезирования или протезирования на дентальных имплантатах, так как при перемещении трапецевидного или языкообразного лоскута со щеки подтягивается переходная складка и смещается линия прикрепленной десны в небную сторону. При таком расположении десневого края невозможно добиться хорошего прилегания слизистой оболочки к ортопедической конструкции, и создаются условия для появления пищевого налета и, как следствие, воспалительного процесса. При перемещении языкообразного лоскута с твердого неба образуется большая раневая поверхность и складка слизистой оболочки в области соустья, требующая дополнительных хирургических манипуляций.

В клинике челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ разработан метод, при применении которого отсутствуют пере-

Амхадова Малкан Абдрашидовна – д-р мед. наук, проф., e-mail: amchadova@mail.ru

численные выше недостатки и появляется возможность для качественной реабилитации пациентов с помощью мостовидных, съемных протезов и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах.

Материалы и методы

В отделении челюстно-лицевой хирургии МОНКИ им. М. Ф. Владимирского за 2010–2011 гг. проведено обследование и лечение 23 пациентов с диагнозом хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит с оро-антральным соустьем.

До начала лечения все пациенты прошли обследование, включающее в себя осмотр, клинко-лабораторную диагностику, рентгенодиагностику, компьютерную томографию, эндоскопическое исследование полости носа и верхнечелюстного синуса.

При наличии у пациента жалоб на чувство тяжести в подглазничной области, выделения из оро-антрального соустья, а также в случае обнаружения признаков воспаления слизистой оболочки верхнечелюстного синуса при эндоскопическом осмотре, в предоперационном периоде проводили санацию, антисептическую обработку верхнечелюстного синуса, антибактериальную терапию до стихания воспалительных явлений.

Всем больным была проведена пластика оро-антрального соустья по разработанной нами методике.

Под местной анестезией делали разрез слизистой оболочки, отступя 3 мм от края оро-антрального соустья, с последующей ее дезэпителизацией в области соустья и по его протяженности до дна верхнечелюстного синуса. Проводили сепарацию слизистой оболочки оро-антрального соустья с перемещением ее внутрь верхнечелюстного синуса до соприкосновения краев слизистой оболочки соустья с их ушиванием, далее производили забор свободного полнослойного аутоотрансплантата слизистой оболочки твердого неба со стороны оро-антрального соустья по размерам дефекта оро-антрального соустья, аутоотрансплантат укладывали на подготовленное ложе и фиксировали с подлежащей слизистой оболочкой атравматическими швами. При формировании оро-антрального соустья непосредственно после удаления зуба проводили дезэпителизацию краев слизистой оболочки, а затем забор и фиксацию свободного полнослойного аутоотрансплантата слизистой оболочки твердого неба.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначали антибактериальную, противовоспалительную терапию, туалет линии швов, а также антисептическую обработку верхнечелюстного синуса и аспирацию его содержимого через дренажный катетер до полного прекращения экссудации. Швы снимали на 7-е сутки после операции.

Восстановление зубных рядов мостовидными или съемными протезами в области операции выполняли через 1 мес. Синуслифтинг перед дентальной имплантацией проводили через 4 мес после оперативного лечения, а через 6 мес – дентальную имплантацию.

Результаты и обсуждение

У всех 23 пациентов с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом с оро-антральным соустьем в анамнезе, в сроки от 2 мес до нескольких лет произведено удаление зубов дистальной группы ВЧ с образованием во время удаления сообщения между полостью рта и верхнечелюстным синусом. Ранее этим пациентам операцию пластики оро-антрального соустья не делали либо выполняли без положительного эффекта, что приводило к рецидиву заболевания.

При предоперационном клиническом осмотре на альвеолярном отростке ВЧ в области удаленного зуба определялся свищевой ход, носороговая проба положительная. Пациенты предъявляли жалобы на отсутствие зубов ВЧ, затрудненный прием пищи, попадание жидкости из полости рта в полость носа, желание в кратчайшие сроки восстановить целостность зубных рядов.

Всем 23 больным осуществляли пластику оро-антрального соустья по разработанной нами и описанной выше методике.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Проводили туалет линии швов в полости рта, а также аспирацию содержимого верхнечелюстного синуса до полного прекращения экссудации и антисептическую обработку синуса 1% раствором диоксида через дренажный катетер. Послеоперационные швы снимали на 7–8-е сутки, после чего пациентов выписывали в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 1, 3 и 6 мес после операции пациенты жалоб не предъявляли, носовое дыхание свободное, отделяемого нет, носороговая проба отрицательная, слизистая оболочка полости рта в послеоперационной области без воспалительных явлений. При эндоскопическом обследовании слизистая оболочка полости носа и верхнечелюстного синуса также без воспаления.

У 17 больных зубные ряды восстановлены традиционными ортопедическими конструкциями через 1 мес., 6 больным через 4 мес проведен синуслифтинг с последующей имплантацией и восстановлением зубных рядов ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах.

Мы отметили, что предлагаемый нами метод пластики оро-антрального соустья позволяет одновременно провести и пластику соустья, и восстановление прикрепленной десны в области дефекта, что, в свою очередь, исключает дополнительные операции для создания объема прикрепленной десны и позволяет добиться сохранения анатомической целостности альвеолярного отростка.

Клинический пример 1

П а ц и е н т к а Н., 1968 года рождения, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом оро-антральное соустье в области 1.7 зуба. Из анамнеза: 1.7 зуб был удален за 2 мес до госпитализации, за это время сформировалось стойкое оро-антральное соустье (рис. 1 на вклейке). Пациентка планирует провести реабилитацию с помощью дентальных имплантатов с последующим протезированием. Для создания необходимого объема прикрепленной десны и пластики оро-антрального соустья произведена следующая операция – под местной анестезией сделан разрез (рис. 2 на вклейке) слизистой оболочки, отступя 3 мм от края оро-антрального соустья, с последующей ее дезэпителизацией в области соустья и по его протяженности до дна верхнечелюстного синуса. Затем выполнена сепарация слизистой оболочки оро-антрального соустья до соприкосновения ее краев с их ушиванием (рис. 3 на вклейке) и перемещение ее внутрь верхнечелюстного синуса (рис. 4 на вклейке). Произведен забор свободного полнослойного аутоотрансплантата (рис. 5 на вклейке) слизистой оболочки твердого неба со стороны оро-антрального соустья по размерам дефекта в области оро-антрального соустья, аутоотрансплантат уложен на подготовленное ложе и зафиксирован с подлежащей слизистой оболочкой атравматическими швами (рис. 6 на вклейке). Донорское ложе заполнено FRP-мембраной и изолировано диплен-лентой. Швы удалены на 7-е сутки, трансплантат жизнеспособен, расхождения краев нет (рис. 7 на вклейке). Через 1 мес полная адаптация с подлежащей слизистой оболочкой. Донорское ложе полностью эпителизировано. Пациентка готова для дальнейшей рациональной реабилитации зубных рядов.

Клинический пример 2

П а ц и е н т А., 1973 года рождения, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом кистозное образование в области зуба 2.6. Произведено клинко-лабораторное обследование. Под местной анестезией удален зуб 2.6 (рис. 8 на вклейке), кистозное образование. Отмечено образование оро-антрального соустья в области переднего щечного корня (рис. 9 на вклейке). Произведена дезэпителизация слизистой оболочки краев лунки. В целях пластики оро-антрального

соустья и создания необходимого объема прикрепленной десны произведен забор свободного полнослойного ауто-трансплантата слизистой оболочки твердого неба со стороны оро-антрального соустья по размерам дефекта в области оро-антрального соустья, аутотрансплантат уложен на подготовленное ложе и зафиксирован с подлежащей слизистой оболочкой атравматическими швами (рис. 10 на вклейке). Швы удалены на 7-е сут, трансплантат жизнеспособен, расхождения краев нет (рис. 11 на вклейке). Через 1 мес полная адаптация с подлежащей слизистой оболочкой и эпителизация донорского ложа. Пациент готов для дальнейшего рационального протезирования зубных рядов.

Выводы

1. Разработанный и применяемый нами метод хирургического лечения оро-антрального соустья позволяет восстановить анатомическую целостность альвеолярного отростка ВЧ.

2. Разработанный и применяемый нами метод хирургического лечения оро-антрального соустья позволяет в кратчайшие сроки провести реабилитацию пациентов с помощью ортопедических конструкций.

3. Отсутствие агрофии слизистой оболочки в области фиксации лоскута, достигаемое за счет плотного соедине-

тельного тканного трансплантата слизистой оболочки твердого неба, позволяет не переделывать ортопедические конструкции в отдаленном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варванович М. С. Лечение больных с повреждением дна гайморовой пазухи и одонтогенным перфоративным гайморитом. – Иркутск, 1999. – С. 21.
2. Емельянов С. И., Фех А. Р., Робустова Т. Г., Сдвижков А. М. // Стоматология. – 2001. – Т. 80, № 4. – С. 33–35.
3. Коротких Н. Г., Лазутиков О. В., Ларина О. Е. // Стоматология. – 2003. – № 4. – С. 40–43.
4. Пескова Ю. Ю. // Стоматология. – 2001. – № 1. – С. 75–76.
5. Шнейдер А. Л. // Стоматологический сборник, посвящ. проф. Е. М. Гофунгу. – Харьков, 1936. – С. 104–116.
6. Anavi Y., Allon D. M., Avishai G., Calderon S. // Oral Surg. – 2008. – Vol. 106, N 1. – P. 34–38.
7. Barone A., Santini S., Sbordone L. et al. // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2006. – Vol. 21, N 1. – P. 81–85.
8. Costa F., Emanuelli E., Robiony M. et al. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2007. – Vol. 65. – P. 223–228.

Поступила 23.01.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.31-02:613.84]-078

Чжан Лэй, В. М. Гринин, В. Н. Царёв

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У КУРИЛЬЩИКОВ ТАБАКА

Кафедра госпитальной терапевтической стоматологии, пародонтологии и гериатрической стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9А)

*Представлены данные микробиологического и статистического исследования 198 человек в возрасте от 18 до 75 лет, проживающих в Москве. Исследование выявило, что доля позитивных проб с определением патогенных концентраций *T. forsythensis* достоверно повышена среди курильщиков в возрасте от 18 до 50 лет (соответственно 46,8% против 8,3%). Присутствие *T. forsythensis* в поддесневых пробах является существенным фактором повышенного риска заболеваний десен и пародонта среди подростков и взрослого населения в Москве.*

Ключевые слова: фактор курения, пародонтогенные микроорганизмы, стоматологическое здоровье

MULTIFACTOR ANALYSIS OF THE RESULTS OF ESTIMATION OF THE LEVEL OF DENTAL HEALTH IN THE SMOKERS

Chzhan Ley, Grinin V.M., Tsarev V.N.

*The results of the microbiological and statistical study involving 198 subjects varying in the age from 18 to 75 years, residents of Moscow, are presented. It was shown that percentage of positive tests for determining pathogenetically significant concentrations of *Tannerella forsynthesis* was much higher among the smokers at the age of 18-50 years than in the age-matched non-smokers (46.8% and 8.3% respectively). It is concluded that the presence of *T. forsynthesis* in the contents of the subgingival and periodontal samples is an important factor accounting for the enhanced risk of gingival and periodontal disease among the adolescents and adult residents of Moscow.*

Key words: the factor of smoking, periodontogenic microorganisms, dental health

Курение табака – одна из самых распространенных вредных привычек человека, особенно среди наиболее трудоспособной части населения.

Здоровье – это состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни.

При выкуривании одной сигареты массой около 20 г курильщик пропускает через дыхательные пути около 20 л табачного дыма. В таком объеме дыма содержится примерно 250 мг угарного газа и до 1000 других вредных элементов.

Угарный газ проходит через табак сигареты, где насыщается парами алкалоидов, в том числе и никотина, эфирными маслами, а также продуктами термического разложения табака, в котором находятся смолы, фенолы, синильная и муравьиная кислоты. С табачным дымом эти продукты сухой перегонки поступают в легкие.

Курение табака, как отмечают ученые, является одной из причин заболевания раком легкого. Это естественно, поскольку через дыхательный аппарат за год проходит около 800 г табачного дегтя. Современные статистические данные показывают, что вероятность заболевания раком легкого у курильщиков примерно в 10 раз больше, чем у некурящих. У курильщиков формируется хроническая обструкция ды-

Чжан Лэй – асп., тел. 8 (495) 611-08-51.