

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТЕНОК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Медведев Ю.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии г. Москва

Реплантация костных фрагментов с целью восстановления архитектоники средней зоны лицевого черепа, в частности, стенок верхнечелюстного синуса, проведена у 62 пациентов. Из этого числа восстановление передней стенки верхнечелюстного синуса выполнено у 19, боковой стенки – у 30 и скуло-альвеолярного гребня у 13 пациентов. Установлено, что переломы скуло-глазничного комплекса относительно чаще нуждались в восстановлении стенок верхнечелюстного синуса, чем переломы типа Ле-Фор. Кроме того, восстановление скуло-альвеолярного гребня методом реплантации, несмотря на высокую частоту повреждения при различных типах переломов, было более эффективно при травмах скуло-глазничного комплекса. Сам по себе прием реплантации костных фрагментов с целью восстановления стенок синуса и других отделов лицевого черепа хорошо известен. Однако в литературе отсутствуют указания о проведении реплантации в те или иные сроки после травмы, о целесообразности сохранения или удаления слизистой оболочки на реплантированных костных фрагментах, о технических приемах подготовки, установки и фиксации реплантата.

У 3-х больных с переломами скуло-глазничного комплекса и у 1-го больного с переломом типа Ле-Фор – 3, фрагменты передней стенки верхнечелюстного синуса хорошо удерживались надкостницей и поэтому при отслаивании мягких тканей они не удалялись из раны. В ходе проведения этапа ревизии средней зоны лицевого черепа эти фрагменты поджимались ретрактором Фарабефа, а перед ушиванием раны укладывались на место. В подобных наблюдениях дополнительная фиксация реплантированных фрагментов не проводилась.

Реплантацию фрагментов в области передней стенки верхнечелюстного синуса осуществляли следующим образом. В ходе проведения этапа ревизии средней зоны лицевого черепа свободные фрагменты удаляли из раны и помещали в теплый физиологический раствор. После завершения этапов остеосинтеза и, по показаниям, тампонады верхнечелюстного синуса, приступали к реплантации. Для этого, костный фрагмент освобождали от измененной слизистой оболочки, вводили в рану и определяли ему позицию и выбор отверстий для фиксации. Реплантированные фрагменты фиксировали с помощью мини-скобок из никелида титана с памятью формы.

Показанием для восстановления боковой стенки верхнечелюстного синуса являлось пролабирование жирового комка Биша в полость последнего. С этой целью, тонким и узким шпателем отодвигали жировой комок латерально и в образованный тоннель вводили реплантированный фрагмент. После чего, в полость верхнечелюстного синуса вводили катетер Фолея и заполняли баллон физиологическим раствором. Катетер Фолея удаляли в сроки от 3-х до 7-и суток.

Восстановление стенок верхнечелюстного синуса с помощью имплантатов из пористого никелида титана проведено у 38 пациентов. Передняя стенка – восстановлена у 15-и больных, боковая – у 23-х и обе стенки – у 2-х пациентов. Таким образом, установлено всего 40 имплантатов из пористого никелида титана. Использовали стандартные диски из пористого никелида титана диаметром 4.0 – 5.0 см и толщиной от 0.2 до 0.8 мм. Перспективными являются тонкие имплантаты, толщиной – 0.2 мм., которые, представляя собой миниатюрную, эластичную сеточку, хорошо моделируются и могут укрепляться по типу самофиксации. Эндоскопические исследования полости верхнечелюстного синуса в раннем послеоперационном периоде показали, что уже спустя двое суток с момента операции внутренняя стенка имплантата была покрыта фибриным налетом и в дальнейшем хорошо эпителизовалась.

По нашему мнению, восстановление передней и боковой стенок верхнечелюстного способствует нормализации функции носового дыхания, является профилактическим моментом дисфункции мимических мышц и обеспечивает целостность архитектоники средней зоны лицевого черепа в комплексе с техническими приемами остеосинтеза. При этом, использование имплантатов из пористого никелида титана значительно расширяет тактический диапазон хирурга. Осложнения, связанные с присоединением инфекции были отмечены у одного пациента. Имплантат из пористого никелида титана, установленный в область дефекта передней стенки верхнечелюстного синуса, спонтанно отошел через рану слизистой оболочки в области преддверия полости рта. Во всех других наблюдениях течение репаративного процесса было благоприятным.