

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ВАСКУЛЯРИЗОВАННЫМ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ НЁБНЫМ ЛОСКУТОМ

Щипский А.В., Мухин П.Н.

*ГБОУ ВПО «Московский государственный
медико-стоматологический университет»,*

г. Москва, Россия

Введение. Перфорация верхнечелюстного синуса во время удаления зубов верхней челюсти может привести к развитию синусита. Ликвидировать ороантральное сообщение (ОС) можно различными методами. Чаще используют щёчный лоскут, реже – полнослойный нёбный лоскут. Каждый из методов имеет преимущества и недостатки. Щёчный лоскут может сформировать складку слизистой оболочки и нарушить протезирование. Полнослойный нёбный лоскут жёсткий, перемещается с трудом, на нёбе обнажается участок кости. Предложен метод пластики ОС васкуляризованным субэпителиальным нёбным лоскутом (далее: субэпителиальным лоскутом) (Патент РФ № 2370220, 2009), который лишен данных недостатков.

Цель работы – определить показания для пластики ороантрального сообщения васкуляризованным субэпителиальным нёбным лоскутом.

Объекты и методы. Провели хирургическое лечение 134 пациентов с ОС, явившегося причиной перфоративного синусита или возникшего у пациентов с одонтогенным синуситом или кистозными образованиями. Среди пациентов 73 мужчины и 61 женщина. Средний возраст пациентов 49±15 лет. У 66 пациентов ОС ликвидировали с помощью щёчного лоскута, у 68 пациентов – субэпителиальным лоскутом (рис. 1-5). Для лечения синусита использовали радикальную операцию, кистозного образования – ороназальную цистэктомию. Результаты лечения различными методами сравнили по разным параметрам, в том числе с учётом конфигурации мягких тканей верхнего свода.

Результаты. Эффективность пластики ОС щёчным лоскутом зависит от квалификации хирурга. В данном исследовании с помощью щёчного лоскута удалось устранить ОС в 65 наблюдениях из 66(98%), с помощью субэпителиального лоскута – во всех 68 наблюдениях (100%). Сходная эффективность делает методики равнозначными в плане устранения ОС. Показанием для выбора в пользу субэпителиального лоскута является рецидив ОС после пластики щёчным лоскутом. Рубцевание тканей нарушает микроциркуляцию и мобильность щёчного лоскута при его повторном использовании. Субэпителиальным лоскутом можно устранить рецидив ОС, не затрагивая рубцовоизменённые ткани.

Основным показанием выбора в пользу субэпителиального лоскута является необходимость сохранения протезного ложа, особенно у пациентов с полным вторичным отсутствием зубов (рис. 1, рис. 5).

Глубина верхнего свода у 3 пациентов (38%) после пластики ОС субэпителиальным лоскутом не изменилась, а у остальных 5 пациентов (62%) – уменьшилась всего на $2,0 \pm 1,2$ мм. Сравнительный анализ, проведенный у 46 пациентов с включёнными дефектами зубного ряда, показал уменьшение глубины верхнего свода после пластики щёчным лоскутом на $4,5 \pm 2,2$ мм, и всего лишь на $1,3 \pm 0,5$ мм после пластики ОС субэпителиальным лоскутом ($p < 0,001$). Исходя из этого, метод пластики ОС субэпителиальным лоскутом можно рассматривать в качестве важного этапа предпротетической хирургической подготовки (рис. 5).



Рис. 1 Пациент Д., 68 лет. Диагноз: перфоративный верхнечелюстной синусит. Ороантральное сообщение в области зуба 1.6. Полный вторичная аденома.



Рис. 2 Пациент Д., 68 лет. Треугольный нёбный лоскут расщеплён на две части.

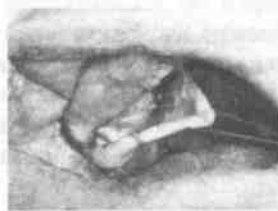


Рис. 3 Пациент Д., 68 лет. Субэпителиальный лоскут зафиксирован П-образным матрацным швом.



Рис. 4 Пациент Д., 68 лет. Наружный эпителиальный лоскут уложен на место и зафиксирован узловыми швами.

Пластика ОС субэпителиальным лоскутом может показаться сложной методикой. Это обоснованно только на этапе апробации. Методика является достаточно технологичной при соблюдении определенных принципов препарирования и фиксации лоскутов. Прежде всего, препарирование полнослойного нёбного лоскута следует проводить осторожно, что бы избежать травмы сосудистого пучка

и лоскутов. Для этого, при расщеплении полнослойного нёбного лоскута на две части, наружную – эпителиальную и внутреннюю – субэпителиальную, наружный лоскут следует держать в натянутом состоянии (рис. 2), а расщепление лоскутов проводить не только острой, но и обратной стороной лезвия скальпеля. Фиксацию субэпителиального лоскута после закрытия лунки зуба лучше осуществлять с помощью П-образного матрачного шва, который распрямляет и удерживает лоскут в правильном положении (рис. 3). Преимуществом предложенного метода по отношению к известной методике с полнослойным нёбным лоскутом является возможность изоляции раны на нёбе наружной эпителиальной частью расщепленного лоскута, который является биологической повязкой (рис. 4). Дезэпителизация эпителиального лоскута в 59 наблюдениях (87%) не повлияла на результат пластики. Повторная эпителизация происходила обычно через 3 недели после операции. Особенности послеоперационного периода не влияли на работоспособность пациента.



Рис. 5 Пациент Д., 68 лет. Вид после заживления: протезное ложе не нарушено

С помощью субэпителиального лоскута можно проводить пластику ОС у пациентов с неосложненным течением и в амбулаторных условиях. По совокупности преимуществ и оригинальных возможностей метод пластики ОС с помощью субэпителиального лоскута может получить распространение, аналогичное методу с использованием щёчного лоскута.

Заключение. Предложенный способ пластики ороантрального сообщения васкуляризованным субэпителиальным нёбным лоскутом можно рекомендовать для использования наряду со стандартной методикой пластики щёчным лоскутом. В отличие от прототипа предложенный метод эффективен у пациентов с рубцовыми изменениями слизистой оболочки. Основным показанием для применения данного метода является полное вторичное отсутствие зубов и необходимость съёмного протезирования. С помощью данного метода можно сохранить конфигурацию протезного ложа, что определяет его в качестве важного этапа предпротетической хирургической подготовки.