## ОПЫТ ПЛАСТИКИ ОРОАНТРАЛЬНОГО СОУСТЬЯ У БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ

Гюсан А.О.

*Северо-Кавказская государственная медицинская академия, Черкесск, e-mail: gujsan@mail.ru*

Последнее время по данным многих исследователей отмечается значительный рост верхнечелюстных синуситов одонтогенного происхождения. Важное место в развитии одонтогенных верхнечелюстных синуситов занимают их открытые перфоративные формы с проникновением или без проникновения корня зуба в полость пазухи. Этому, в большинстве случаев, способствуют особенности анатомо-топографического строения верхнечелюстной пазухи, а также грубые манипуляции при удалении больших и малых коренных зубов верхней челюсти.

Следует отметить, что длительное существование ороантрального соустья приводит к хроническому воспалению слизистой оболочки, преимущественно в области бухты альвеолярного отростка с развитием полипозно-гнойных форм (Ф.А. Тышко и соавт., 2000).

Этой форме одонтогенного верхнечелюстного синусита присуще многообразие микробной флоры, начиная с анаэробов, аэробов и заканчивая дрожжеподобными грибами. Характерными клиническими признаками являются: наличие односторонности поражения, перфорации, инфицирование верхнечелюстной пазухи микрофлорой полости рта, наличие гнойного отделяемого с характерным запахом.

Лечение таких больных имеет свои особенности, которые заключаются в необходимости одновременного лечения верхнечелюстного синусита, с учетом микробного пейзажа, закрытии перфорации и контроля над состоянием естественного соустья верхнечелюстной пазухи с полостью носа.

Не акцентируя внимание на, безусловно, очень важных первом и третьем этапах лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситах мы постараемся рассмотреть наш опыт одновременного проведения щадящей микрогайморотомии с закрытием патологического ороантрального соустья.

Описано множество способов устранения дефекта дна верхнечелюстной пазухи. Это и использование слизисто-надкостничных лоскутов со щеки и неба и применение различных имплантатов: коллапласт (Е.Д. Рождественская и соавт., 1998), коллапол и деминерализованный костный матрикс (Р.Г. Анютин, И.А. Романов, 1998). Раннее предлагалось закрывать перфорацию формализированным костным гомотрансплантатом, консервированной твердой мозговой оболочкой и многим другим. Уже само перечисление предложенных способов закрытия перфорации заставляет усомниться в их эффективности. Так, по данным Holstrom et al. (1989) все формализированные материалы обладают установленным канцерогенным влиянием на слизистую оболочку верхних дыхательных путей в независимости от срока экспозиции и концентрации формальдегида в нем. Использование только слизисто-надкостничного лоскута не исключает возможность рецидива и образования свищей рядом с оголенными интактными зубами (О.И. Гребенченко, 1999). Поэтому мы согласны с мнением авторов (Т.А. Бабаева, 1972; В.В. Скоробогатый, 2005 и др.) о том, что применение имплантатов из инородных тел для пластики перфорации является малоперспективным и недостаточно обосновано. Более перспективным является использование для этой цели аутотканей.

Мы пользуемся для закрытия ороантральной перфорации методом, который в основном был предложен украинскими оториноларингологами с некоторыми своими дополнениями.

Всем больным с открытой перфоративной формой одонтогенного верхнечелюстного синусита проводим перед операцией предоперационную подготовку, которая заключается в дренировании пазухи и ликвидации гнойного процесса путем внутрипазушного введения лекарственных препаратов.

Затем, больному одномоментным вмешательством на верхнечелюстной пазухе, но без наложения соустья с нижним носовым ходом, проводим пластику ороантрального соустья. Для этого применяем операционный доступ по Нейману-Заславскому, формируя трапецевидный слизисто-надкостничный альвеолярно-щечный лоскут с основанием выше переходной складки преддверия полости рта сверху. Лоскут отсепаровывали от кости кверху, обнажая переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. В передней стенке делаем небольшое трепанационное отверстие при помощи электродрели с трепаном для вскрытия верхнечелюстной пазухи по М.Л. Заксону, получая при этом круглой формы костно-слизистый фрагмент с аккуратными ровными краями. Проделанное отверстие достаточное для полного осмотра полости околоносовой пазухи при помощи жестких эндоскопов и удаления из неё всего патологического. Затем, в обязательном порядке осматриваем область естественного соустья со стороны полости пазухи и, при необходимости восстанавливаем его проходимость. Как правило, мы одновременно проводим и третий этап лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, т.е. выполняем ревизию соустья эндоназально и решаем вопрос о необходимости в дальнейшем внутриносовых корригирующих операций.

В то же время удаленная, при помощи трепана костная ткань передней стенки верхнечелюстной пазухи вместе со слизистой оболоч-

кой сохраняется нами во влажной салфетке и используется в дальнейшем в качестве трансплантата для закрытия ороантрального соустья, по методу предложенному В.В. Скоробогатый (2005).

Трансплантат укладываем слизистой оболочкой в сторону верхнечелюстной пазухи, предварительно подготовив ложе альвеолярного гребня, проведя кюретаж лунки, уложив туда гемостатическую губку, отслоив края слизистой оболочки альвеолярного гребня. При этом трансплантат перекрывает края перфорации, чтобы он не проваливался в полость пазухи. После чего укладываем сверху трансплантата сформированный в начале операции слизисто-надкостничный трапецевидный лоскут. При этом следует позаботиться, чтобы хорошо сместить его на поверхность дефекта десны и тщательно подшить к слизистой оболочке у небного края дефекта так, чтобы линия швов была за пределами лунки. Для улучшения подвижности трапецевидного слизисто-надкостничного лоскута мы делаем дополнительный разрез у его основания по Васмунду и поперечное надсечение надкостницы. Это позволяет уложить слизисто-надкостничный лоскут без натяжения, полностью закрыв наружную поверхность костного трансплантата надкостницей.

Используя указанный комбинированный способ закрытия ороантральной перфорации для лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом, нам во всех случаях удалось достичь положительного результата лечения.

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ CSMAPOLONIA С ЛАЗЕРНОЙ ОБРАБОТКОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКОЙ

Маланьин И.В., Колесникова М.Г., Калиновская Е.А.

*Кубанская научная школа стоматологии, Краснодар, e-mail: malanin-dent@mail.ru*

Одной из актуальных проблем в дентальной имплантологии является немедленная имплантация с одномоментной функциональной нагрузкой для достижения оптимального эстетического результата. Немедленная имплантация позволяет выполнить хирургические манипуляции в одно посещение, сохранить весь объем костной ткани, что обеспечивает лучшее заживление и сокращает срок ожидания до функциональной нагрузки на имплантат до минимума.

Всвязи с тем, что на сегодняшний день, данная процедура является востребованной, было решено провести клиническое исследование с целью выявить целесообразность применения имплантатов с лазерной обработкой поверхности. Одним из аспектов применения одномоментной нагрузки на имплантат является его первичная стабилизация в костной ткани. Другим составляющим применения данного метода можно выделить совершенствование внутрикостной поверхности титанового имплантата с микро- и макропористосью, обеспечивающим контактную остеонтеграцию.

Задачей данного исследования является изучение различных типов внутрикостных титановых имплантатов при немедленной имплантации с одномоментной функциональной нагрузкой. Одномоментная нагрузка обеспечивает преимущество наличия зубов при уходе от врача. Для пациентов приоритетнее немедленная нагрузка, для обеспечения психологического и функционального комфорта.

При операции имплантации с одномоментной нагрузкоймы взяли типичные представители различных типов имплантатов: имплантатов с машинной обработкой (Германия) и с лазерной обработкой фирмы CSMApolonia.

В ходе проведенного предварительного-исследования пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе при операциях использовались имплантаты фирмы CSMApolonia с лазерной обработкой (20 имплантатов), в контрольной группе – имплантаты с механической обработкой (20 имплантатов). В обеих группах сразу после установки имплантата была произведена немедленная функциональная нагрузка.

Признаки, по которым определялось возникновение связи между костью и имплантатом, включают в себя: тесный контакт с костной тканью без признаков воспаления; неподвижность имплантата; отсутствие на рентгеновском снимке признаков разряжения костной ткани или интервала между имплантатом и костью; все соседние ткани в нормальном состоянии.

Проведение первого и второго хирургического этапов выполняли в соответствии с результатами обследования. Результаты анализировали с использованием данных ортопантомографии. Оценивалась так же толщина альвеолярных отростков челюстей, характер кровоснабжения слизистой оболочки, состояние зубов, включаемых в будущую ортопедическую конструкцию.

Отдаленные результаты оценивались по истечении 3 месяцев. У пациентов основной группы, которым была произведена немедленная имплантация с одномоментной функциональной нагрузкой с использованием имплантатов с механической обработкой положительная динамика составила 90%.

В основной группе, где использовались имплантаты фирмы CSMApolonia с лазерной обработкой, успех составил 100%. У пациентов, которым данную манипуляцию осуществляли с помощью имплантатов фирмы CSM, через три месяца изменений не обнаружено, мягкие ткани спокойны.