

СПОСІБ ПЛАСТИЧНОГО ЗАКРИТТЯ АНТРЕ-ОРАЛЬНОГО СПОЛУЧЕННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ.

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме, до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний для пластичного закриття антре-орального сполучення у вигляді перфоративного отвору або свища при одонтогенному гаймориті.

Причому під антре-оральним сполученням розуміють сполучення гайморової пазухи із порожниною рота через лунку видаленого зуба або його кореня, яке являє собою дефект у вигляді перфоративного отвору або свищового ходу.

Відомо, що при надто травматичному видаленні верхніх зубів утворюються значні перфоративні отвори у тих випадках, коли у процесі глибокого занурення кліщів під ясна видаляють вестибулярну та піднебінну стінки альвеоли. Ще гіршими наслідками загрожує видалення зламаних коренів верхніх зубів "усліпу", коли можливо проштовхування коренів до гайморової пазухи, видалення разом з коренями кісткової тканини альвеолярного відростка - при цьому також утворюються значні перфоративні отвори, і що особливо неприємно - оголюються корені здорових зубів, розташованих поряд із тим, який видаляється.

Досвід лікування одонтогенних гайморитів показує, що через не цілком сприяливі результати та технічні труднощі питання пластичного закриття свищів та перфорацій залишається злободенним, особливо це стосується випадків утворення свища на ґрунті розходження країв рани або ж у зв'язку з неможливістю прирощення

слизово-окістних клаптів до оголених коренів зубів, розташованих з боків від перфоративного отвору.

Відомо кілька способів усунення антре-орального сполучення.

У відомому способі по Вассмунду-Рерману - див. Сабо Е.; "Амбулаторная хирургия зубов и полости рта", Будапешт, 1977, с. 256-258, - пластичне закриття сполучення виконується за допомогою трапецієвидного клаптя, викроєного на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка. Перекриття перфорації при цьому досягається шляхом переміщення слизово-окістного клаптя на сторону дефекту після попередньої мобілізації останнього пересіченням окісті упоперек довжини трапеції.

Але закриття перфоративного отвору слизово-окістним клаптем несе у собі небезпеку утворення свищів поряд з оголеними коренями зубів, бо до них клапоть, як правило, не приростає.

Відомий також спосіб пластичного закриття свшцового ходу сполучення - а. с. СРСР № 596228, М. кл. А 61 В 17/00, 1978 р. - у якому формують деепітелізований слизово-окістний клапоть на ніжці зі щоки, проводять його наскрізь із ротової

порожнини у гайморову пазуху, де вільний кінець клаптя прикріплюють до передньої стінки.

Але використати слизово-окістною клаптя зі щоки також не вирішує проблему, тому що його товщини недостатньо для заповнення усього кісткового дефекту, а також для перекриття оголених коренів зубів на усій відстані від шийки до верхівки, що призводить у результаті до видалення здорових зубів, або ж до додаткової операції пластичного закриття за допомогою клаптя, викроєною на піднебінні, що надто травматично.

Головним недоліком усе ж таки являється неможливість збереження здорових зубів з оголеними коренями. Крім того, введення до перфоративного отвору клапоть викликає при заживленні значну рубцеву деформацію на гребені альвеолярного відростка, що створює несприятливі умови для подальшого протезування.

Найбільш близьким по суті до заявленого способу маємо спосіб хірургічного усунення антре-орального сполучення по патенту України № 17628, М. кл. А 61 В 17/00, 1997 р. За цим способом пластичне закриття сполучення виконується за допомогою трикутного, звернутого основою до переддвер'я слизово-окістного клаптя, викроєного на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка та переміщеного у бік дефекту після попередньої мобілізації.

Основним недоліком зазначеного способу являється недосіа товщина та розміри клаптя для того, щоб закрити крім дефекту ще й оголені корені зубів, суміжних із зоною дефекту. Іншими недоліками являються:

розходження країв дефекту Із-за недостатнього прирощення слизово-окістного клаптя до оголених коренів зубів і, як наслідок,

- виникнення щілеподібних свищів біля шийок зубів з оголеними коренями;
- необхідність видалення здорових зубів, або додаткової пластичної операції.

В основу винаходу поставлено завдання за рахунок удосконалення методики проведення хірургічного втручання забезпечити не тільки повне закриття дефекту, але й одночасно досягти перекриття оголених коренів зубів, розташованих з обох боків від дефекту, що дозволить у результаті:

- запобігти утворенню щілеподібних свищів біля шийок цих зубів;
- зберегти здорові з оголеними коренями зуби поряд із дефектом;

- створити сприятливі умови для наступного протезування;
- забезпечити захист збережених зубів від перевантаження у випадку мостоподібного протезування.

Поставлене завдання* вирішується тим, що у способі пластичного закриття антре-орального сполучення верхньощелепної пазухи шляхом утворення вестибулярного слизово-окісного клаптя з наступною мобілізацією його у напрямку

*

дефекту, обмеженого з обох сторін зубами, що мають оголені корені, згідно

;

винаходу, проводять крізь розгин окісті висічення м'яких тканин та частково видаляють жировий комок щоки, після чого, використовуючи останній як біологічний тампон, заповнюють ним перфоративний отвір та одночасно перекривають ним оголені корені суміжних з дефектом зубів.

Винахідницький рівень забезпечується нетрадиційним використанням жирового комка щоки у ролі біологічного тампону при пластичному закритті дефекту перед закриттям раневої поверхні слизово-окісним клаптем.

Використання жирового комка щоки дозволяє не тільки повністю закрити значні перфоративні отвори, але й перекрити оголені корені розміщених поряд із отвором зубів. Сукупність відмінних перелічених ознак призводить до досягнення подальших результатів:

- попередження утворення щілеподібних свищів біля шийок зубів з оголеними коренями;
- збереження здорових зубів, суміжних із дефектом;
- забезпечення сприятливих умов для протезування та захисту зубів від перевантаження на випадок мостоподібного протезування;

- підвищення ефективності хірургічного втручання.

Спосіб здійснюють таким чином.

Запропонована у винаході методика хірургічного втручання може використовуватися самостійно, або у складі гайморотомії.

Частіш за все мають місце операції одонто генно го гаймориту. У цьому разі користуються доступом за способом Неймана-Заславського - через трапецієподібний розтин, вершини якого звернені до альвеолярного краю верхньої щелепи у напрямку антре-орального сполучення. При цьому на вестибулярній поверхні альвеолярного відростку викроюють звернений основою до переддвер'я трапецієподібний слизово-окістний клапот, розміром адекватний масштабу сполучення, яке потрібно закрити, потім відшарований клапот фіксують за допомогою лігатурних тримачів, після чого виконують операцію радикальної гайморотомії, - якщо це необхідно, - використовуючи розповсюджену методику Калдвелла-Люка. Далі йде мобілізація слзово-окістного клаптя шляхом горизонтального розтину безпосередньо на окісті на 2-3 мм вище перехідної складки. Через цей рготин на рівні антре-орального сполучення у вигляді перфоративного отвору, м'які тканини злегка розтинають та розводять ножицями до розкриття жировою комка щоки. Легким надавлюванням зовні на /цоку сприяють виходу такої кількості жирової тканини, яка, занурюючись у перфоративний отвір, цілком заповнює дефект альвеолярного відростка і злеї-ка підвищується над дном альвеолярної бухти з таким розрахунком, що забезпечує перекриття оголених коренів суміжних із цим отвором зубів.

Потім виконують дії по попередженню надмірного занурення жирової тканини до гайморової пазухи. Для цього на верхній край рани окісті накладається матрацний шов, кінці якого перехрещуються *на* рівні центра дефекту (іперфоративного отвору) і виводяться на піднебінну поверхню ясен біля основи альвеолярного відростка, де зав'язуються, утворюючи таким чином своєрідний "перехрест" лавсанових ниток,

запобігаючи надмірному зануренню жирової тканини до гайморової пазухи. Після цього верхній полюс жирової тканини прошивається П-подібним кетгутовим швом, кінці якого виводяться на піднебіння поряд із кінцями лавсанового шва, що попереджує прослизання жирової тканини до гайморової пазухи.

t

Раїєва поверхня закривається мобілізованим слизово-окістним клаптом, що

I

утримується лігатурними тримачами і краї якого пришиваються до нерухомої

I

слизової оболонки П-подібними швами. І в останню чергу зав'язуються кінці шва,

[

занурюючого жирову тканину у перфоративний отвір. Таким чином оголені корені зубів виявляються цілком покритими жировою тканиною.

Основною відмінною рисою запропонованого способу являється рішення використовувати жировий комок щоки у якості біологічного тампону при пластичному закритті значних перфоративних отворів, та одночасно оголених коренів суміжних з дефектом зубів, що сприяє не тільки ліквідації перфоративного отвору, але й дозволяє зберегти здорові зуби з оголеними коренями.

Злпротюнований спосіб оперативного втручання застосований у 25 хворих з афре-оральними сполученнями у клініці щелепно-лицевої хірургії Запорізького обласного центру екстремальної медицини та швидкої допомоги (ЗОЦЕМ та ПД). Результат у всіх хворих сприятливий.

Приклад 1. Хворий З., 46 років, історія хвороби № 10779, знаходився на стаціонарному лікуванні у клініці щелепно-лицевої хірургії ЗОЦЕМ та ПД з 19.07.96 по 08.08.96 з діагнозом: хронічний одонтогенний правосторонній гайморит та афре-оральне сполучення у області 5] правого верхнього лемоляра. Щічна стінка лунки 5]

зуба відсутня, дефект кістки розширений доверху і досягає собачої ямки. У поперечному напрямку ширина дефекту > 18 мм. При ревізії лунки 5) зуба виявлені

повністю оголені від апексу до шийки медіальний щічний корінь 6| та корінь 4| зубів.

Хворому 30.07.96. була проведена операція гайморотомії та пластичного закриття антре-орального сполучення. Внаслідок неможливості закриття мобілізованим слизово-окістним клаптом перфоративного отвору у глибині на рівні верхівок оголених коренів 4| та 6| зубів, - тобто прогностично можливе очікування утворення щілеподібних свищів біля шийок 4| та 6| зубів, навіть при умові зростання вестибулярною клаптя з піднебінною слизовою оболонкою, застосована методика закриття антре-орального сполучення із використанням жирового комка щоки як біологічного тампону. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Заживлення первинне. Контрольний огляд проведений через 2 тижні: результати операції добрі. Ліквідовано перфоративний отвір значного розміру, збережені зуби з оголеними коренями, розташовані поряд із перфоративним отвором.

К,..... ; 2 >Г«орій С, 32 роки, історія хвороби Ха 18925, знаходився на стаціонарному лікуванні у клініці щелепно-лицевої хірургії ЗОЦЕМ та ШД з 18.12.98. по 05.01.99. з діагнозом: хронічний одонтогенний лівосторонній гайморит та антре-оральне сполучення в області 7 лівого верхнього моляра. Корені [6 та |8 зубів оголені у середній та апикальній частинах. Хворому 29.12.98. була проведена операція гайморотомії із пластикою антре-оральною сполучення за заявленою методикою.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Заживлення первинне. Рубцевої деформації не виявлено. Антре-оральне сполучення ліквідовано. Збережені [6 та |8 зуби, маючи оголені корені, контактні зі сполученням. 05.01.99. хворий виписаний на роботу. Контрольний огляд підтвердив добрі результати операції.

Головною відмінною ознакою запропонованого способу являється використання жирового комка щоки як біологічного тампону для пластичного закриття антре-орального сполучення вестибулярним слизово-окістним клаптом, що дозволяє зберегти здорові зуби з оголеними коренями, розташовані поряд із перфоративним отвором. При цьому не тільки підвищується ефективність оперативного втручання, але й створюються сприятливі умови для наступного протезування.