



С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Кафедра: "Хирургиялық стоматология"

СӨЖ

**Тақырыбы: "Ороантральді байланыстардың
заманауи пластика әдістері".**

Орындаған: Әмірбекова Н.Ж.

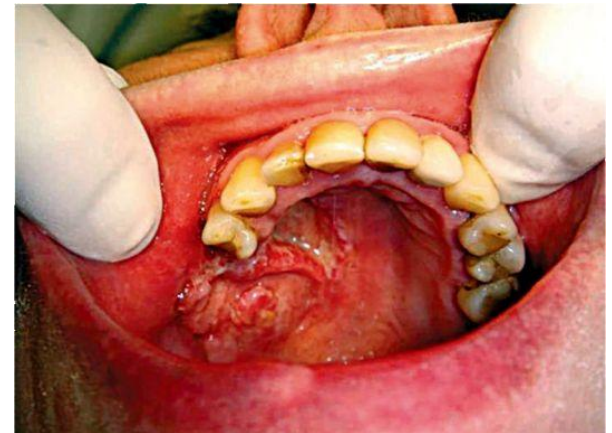
Факультет: стоматология

Тобы: 12-002-02

Қабылдаған: Стабаева Г.С.

Ороантральное сообщение

- Ороантральное сообщение — это сообщение между полостью рта и гайморовой пазухой. Чаще всего это происходит в результате перфорации дна гайморовой пазухи при удалении верхних зубов (чаще после удаления первого и второго моляров, реже — премоляров).



Перфорация может быть обусловлена следующими факторами:

- индивидуальными особенностями строения верхней челюсти (пневматический тип строения с низко расположенным дном гайморовой пазухи), предшествующим патологическим процессом, вызвавшим деструкцию костной перегородки между верхушками корней зубов и верхнечелюстной пазухой (хронические периодонтиты, деструктивный остеомиелит, киста, опухоль), либо погрешностями в технике удаления зубов, обследования лунки.

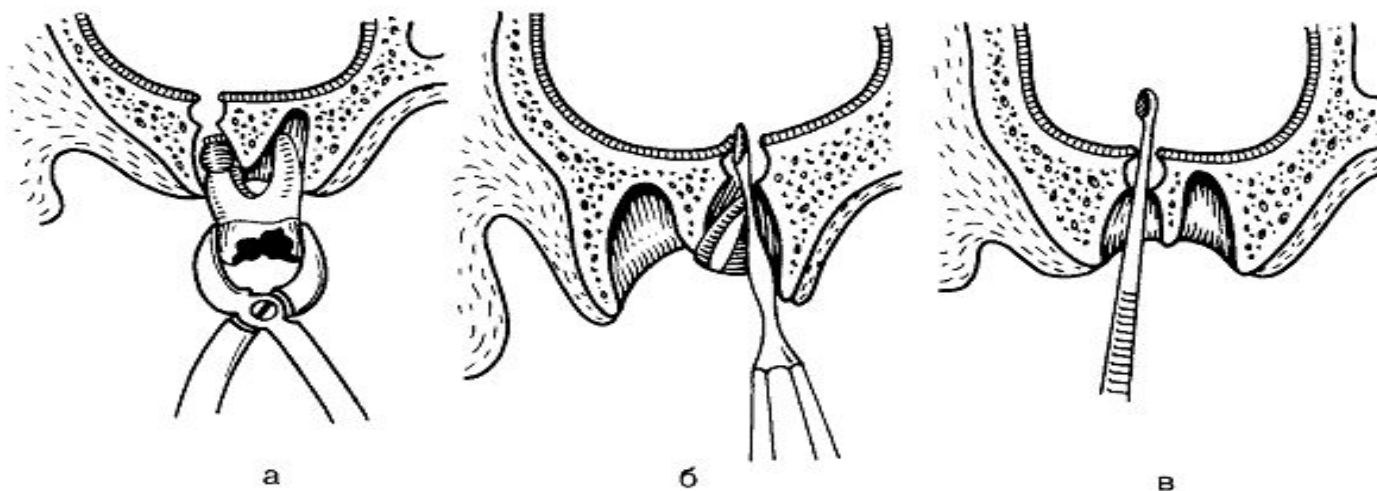


Рис. 6.20. Прободение дна верхнечелюстной пазухи.

а — во время удаления большого коренного зуба с гранулемой, разрыв слизистой оболочки, спаянной со слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи; б — прямым элеватором; в — хирургической ложкой.

Клиническая картина

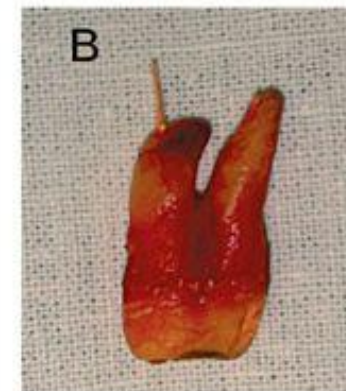
- *В лунке удаленного зуба появляется кровянистая пена. Отмечается кровотечение из соответствующей половины носа. Больной не может надуть щеки, не может свистеть.*
- *Носоротовая проба положительна. Пробу проводят следующим образом. Сжав пальцами нос, больному предлагают выдохнуть воздух через него. При прободении дна верхнечелюстной пазухи воздух в полость рта и в лунке удаленного зуба появляются пузырьки кровянистой пены.*



Одонтогенный гайморит

Диагностика

- Диагноз ставится на основании данных клиники и положительной но-соровой пробе. Можно провести также рентгенологическое исследование верхнечелюстной пазухи.



Осложнения

- *При перфорации возможно попадание инфекции в гайморову пазуху с последующим развитием гайморита.*

Профилактика

- Профилактика перфорации сводится к своевременной санации полости рта, которая предупреждает развитие хронического периодонтитов с деструкцией костной перегородки между верхушкой корня зуба и верхнечелюстной пазухой. После удаления верхних больших коренных зубов следует воздержаться от выскабливания патологического очага в области дна лунки.

Лечение

- При перфорации необходимо попытаться с помощью швов тщательно сблизить края десны над лункой удаленного зуба. При этом создаются благоприятные условия для формирования кровяного сгустка в лунке с последующей его организацией и стойким разобщением верхнечелюстной пазухи и полости рта.
- При отсутствии в хирургическом кабинете условий или наличии противопоказаний к оперативному устранению прободения над устьем лунки помещают свернутой кусочек йодоформной марли, который закрепляют швом или лигатурой проволокой к соседним зубам. Образующийся в области дна лунки кровяной сгусток постепенно замещается соединительной тканью.

- *Наиболее эффективна первичная пластика перфорационного отверстия слизистойнадкостничным лоскутом. Разрез слизистой проводят от бокового резца по переходной складке преддверия рта, а затем вниз к альвеолярному отростку соответственно месту прободения верхнечелюстной пазухи. Сформированный лоскут отсепаровывают и смещают к перфорационному отверстию. Для лучшей мобилизации лоскута на уровне бокового резца производят дополнительно так называемый разрез в виде кочерги длительна, которого должна быть равна положения. Это отверстие может быть также устранено при помощи трапецевидного щечно-десневого лоскута*

- *Заккрытие перфорационного отверстия осуществляется чаще щечно-десневым, реже небным лоскутом. Возможен способ, при котором на твердом небе выкраивают языкообразный слизисто-надкостничный лоскут на сосудистой ножке с основанием в области мягкого неба. Этот лоскут поворачивают под прямым углом к дефекту.*
- *При особенно неблагоприятных условиях (повторное вмешательство) мобилизуют трапецевидный щечно-десневой лоскут, который сближают с выкроенным на твердом небе языкообразным слизисто-надкостничным лоскутом.*

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРО-АНТРАЛЬНЫМ СОУСТЬЕМ

- Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологии, и предназначено для лечения и реабилитации больных с оро-антральным соустьем. Осуществляют разрез слизистой оболочки вокруг оро-антрального соустья на расстоянии 2,5-3,5 мм от его края. Проводят деэпителизацию слизистой оболочки стенок оро-антрального соустья. После ушивания краев слизистой оболочки оро-антрального соустья выкраивают полнослойный аутотрансплантат слизистой оболочки твердого неба по размеру образовавшейся раневой поверхности. Укладывают аутотрансплантат на дефект. Ушивают края аутотрансплантата и слизистой оболочки вокруг оро-антрального соустья. Способ позволяет сохранить анатомическую структуру слизистой оболочки переходной складки в области оро-антрального соустья, одновременно устранить оро-антральное соустье и создать необходимый объем прикрепленной десны за счет восстановления слизистой оболочки в области соустья плотным соединительнотканым трансплантатом с твердого неба. 6 ил., 2 пр.

Вскрытие гайморовой
пазухи



Носовая пазуха после удаления
новообразований



Оро-антральное соустье

- Оро-антральное соустье возникает при удалении моляров и премоляров верхней челюсти, когда вследствие анатомических особенностей корни зубов либо выстоят, либо находятся на уровне дна верхнечелюстного синуса или когда патологическим процессом разрушена костная ткань между верхушкой корня зуба и дном верхнечелюстного синуса.



- Известен способ хирургического лечения одонтогенных воспалительных заболеваний околоносовых пазух, заключающийся в том, что под контролем эндоскопа проводят разрез слизистой оболочки на 1/3 площади над крючковидным отростком, резецируют естественное соустье, удаляют патологически измененную слизистую оболочку верхнечелюстной и решетчатой пазух, выкраивают языкообразный слизисто-надкостничный лоскут со стороны твердого неба или трапециевидный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка с последующим ушиванием раны и фиксацией крючковидного отростка в естественное положение

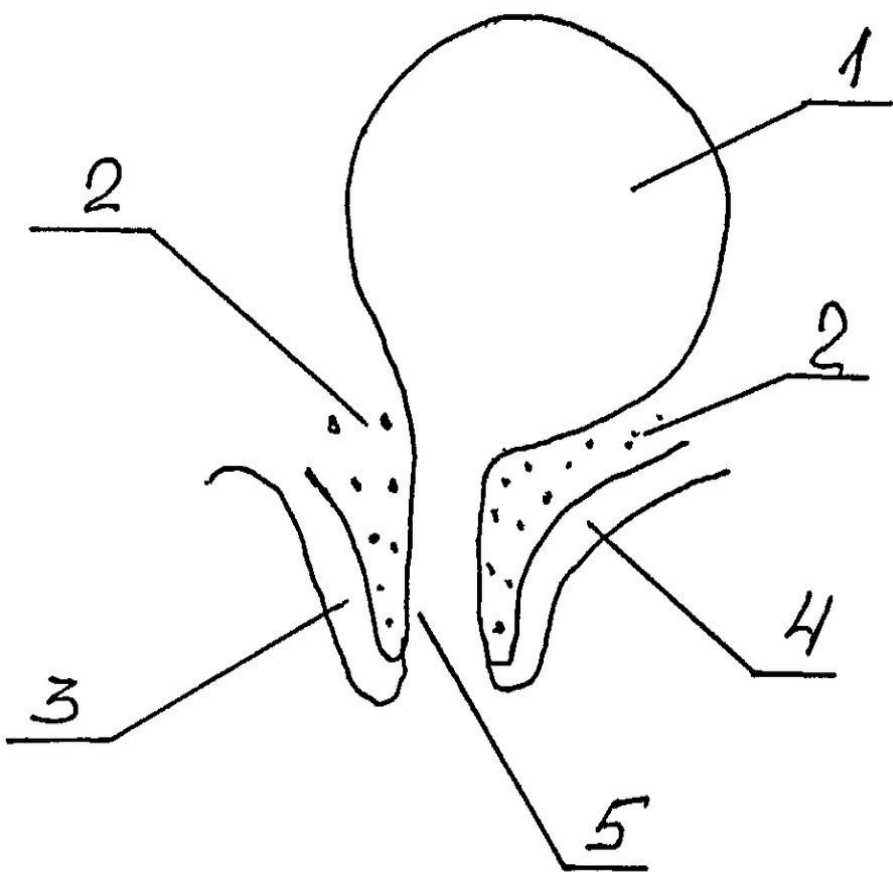
Недостатки этого способа

- Недостатком данного способа является то, что при перемещении трапециевидного лоскута смещается линия прикрепленной десны в сторону твердого неба, а при мобилизации и перемещении в сторону дефекта языкообразного лоскута с твердого неба образуется большая раневая поверхность и избыток слизистой оболочки в области дефекта альвеолярного отростка.

Технический результат

- Технический результат достигается тем, что отграничение осуществляют в два слоя: внутреннюю выстилку формируют за счет мембраны (клеевой композиции) ТахоКомб, препаратом, который разрешен Фармкомитетом России для использования в клинической практике для остановки кровотечения, в том числе и из лунки зуба и паренхиматозных органов, для устранения воздушных и жидкостных фистул, а окончательное отграничение пазухи и полости рта осуществляют скользящим слизисто-надкостничным лоскутом с щечной области.

На фиг.1 схематически показано ороантральное сообщение и взаимоотношение местных тканей.

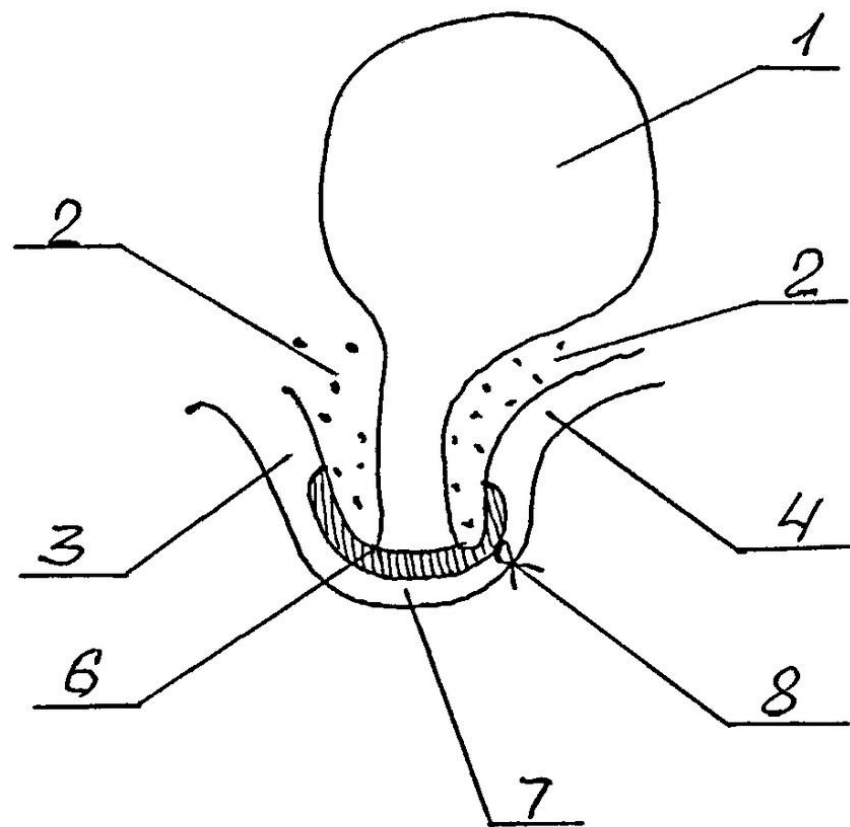


- 1 - верхнечелюстная пазуха;
- 2- альвеолярный отросток верхней челюсти;
- 3 - десна с вестибулярной поверхности;
- 4 - десна с небной поверхности;
- 5 - ороантральное сообщение.

Фиг.1

На фиг.2 показано окончательное двухслойное отграничение верхнечелюстной пазухи и полости рта с помощью мембраны ТахоКомб и слизисто-надкостничного лоскута со щеки.

- 6 - мембрана (клеевая композиция) ТахоКомб;
- 7 - скользящий слизисто-надкостничный лоскут;
- 8 - узловой шов.



Фиг.2

Способ осуществляется следующим образом.

✓ Вариант 1. При наличии острого ороантрального сообщения:

Под инфильтрационной анестезией 4% раствором артикаина в количестве 3-5 мл выкраивают трапециевидный слизисто - надкостничный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального сообщения основанием к переходной складке.

Вскрытие гайморовой
пазухи



- Лоскут с помощью распатора смещают вверх. Для увеличения подвижности лоскута рассекают надкостницу у его основания. Производят ревизию и антисептическую обработку лунки удаленного зуба, освежают края дефекта, отслаивают десну с небной стороны на 3-5 мм. Устье лунки покрывают мембраной ТахоКомб. Мембрану вводят под десну с небной стороны и накладывают таким образом, что она перекрывает дефект со всех сторон на 3-5 мм, затем плотно прижимают к кости в течение 3-5 мин. Выкроенный слизисто-надкостничный лоскут перемещают на область дефекта дна пазухи и фиксируют к небному краю лунки зуба узловыми и «П»-образными швами нитью «викрил». Рану в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны ушивают узловыми швами

Вариант 2. При наличии хронического воспаления и (или) инородного тела в верхнечелюстной пазухе:

- Под инфраорбитальной и инфильтрационной анестезией 4% раствором артикаина в количестве 3-5 мл выкраивают трапециевидный слизисто - надкостничный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти в области ороантрального сообщения основанием к переходной складке, разрез продолжают по переходной складке в обе стороны. Лоскут с помощью распатора смещают вверх. Обнажают и трепанируют переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. Проводят щадящую гайморотомию, удаляют инородное тело. Накладывают соустье с нижним носовым ходом. Пазуху рыхло тампонируют йодоформной турундой, конец которой выводят в нижний носовой ход. Для увеличения подвижности лоскута рассекают надкостницу у его основания. Производят ревизию и антисептическую обработку лунки удаленного зуба, иссекают имеющийся свищ, освежают края дефекта, отслаивают десну с небной стороны на 3-5 мм. Устье лунки покрывают мембраной ТахоКомб. Мембрану вводят под десну с небной стороны и накладывают таким образом, что она перекрывает дефект со всех сторон на 3-5 мм, затем плотно прижимают к кости в течение 3-5 мин. Выкроенный слизисто-надкостничный лоскут фиксируют к небному краю лунки зуба узловыми и «П»-образными швами нитью «викрил». Рану в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны и переходной складки ушивают узловыми швами.

Назначение

- В послеоперационном периоде назначают: гипотермия местно, полоскания раствором гипохлорита натрия, УФО полости рта, курсовое лечение 6-7 процедур. Йодоформную турунду удаляют через 4-5 дней и создают условия для хорошего дренирования через естественные отверстия и соустье; сосудосуживающие капли в нос 3-4 раза в день в течение 2 недель. Медикаментозная терапия по общей схеме.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

- Способ устранения ороантрального сообщения верхнечелюстной пазухи и полости рта, заключающийся в том, что отграничение осуществляют в два слоя: причем второй слой - за счет перемещения слизисто-надкостничного лоскута с щеки на область лунки удаленного зуба, отличающийся тем, что первый слой - внутреннюю выстилку формируют за счет мембраны ТахоКомб.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- ❖ Хирургиялық стоматология Оразалин Ж.Б., Төлеуов Қ.Т. "Білім" баспасы 1998 жыл
- ❖ Интернет, [www google. Kz](http://www.google.kz)
- ❖ 6) www.rusmedserv.com
- 7) studopedia.org
- 8) book.isito.kg