

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про нововведення в сфері охорони здоров'я

Випуск з проблеми

«Стоматологія»

Підстава: рецензія експерта

МОЗ України

№ 73-2020

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:

СТОМАТОЛОГІЯ

ВИБІР ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ
СИНУСИТІВ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

АВТОРИ:

НАЗАРЯН Р.С.
ЯРОСЛАВСЬКА Ю.Ю.
МИХАЙЛЕНКО Н.М.
БАБАЙ О.М.
КАРНАУХ О.В.

Суть впровадження: вибір способу клаптевої операції з метою пластичного закриття дефектів дна верхньощелепної пазухи, можливі для застосування в амбулаторних і стаціонарних умовах.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) стоматологічного профілю методики закриття дефектів дна верхньощелепного синусу.

Причиною виникнення перфорації гайморової пазухи при видаленні премолярів і молярів верхньої щелепи, крім анатомічних особливостей верхньої щелепи, може бути поширений запальний процес у верхівок коренів цих зубів, що поширився на дно пазухи; похибки в техніці видалення зуба з використанням травмуючих інструментів.

Закриття дефектів і нориць дна гайморової порожнини представляє певні складності та іноді загрожує рецидивами, виникненням рубцевих тяжів присінника порожнини рота, хронічними запаленнями в оточуючих тканинах, деформаціями альвеолярного відростка, що надалі ускладнює протезування дефектів зубних рядів.

Методи закриття перфорацій часто бувають технічно складними, вимагають стаціонарних умов для хірургічного втручання та накладають завищені вимоги до хірурга. А дефекти дна пазухи, особливо гострі, частіше виникають в амбулаторних умовах. Крім цього в літературі ми не зустріли чітко вироблених показань щодо до застосування того чи іншого методу пластичного закриття перфорацій (особливо гострих) дна гайморової пазухи.

В клініці нами було прооперовано 32 хворих з різними за локалізацією та розміром дефектами дна верхньощелепних синусів.

За локалізацією всі дефекти ми розділили на 4 види: на вершині альвеолярного гребня, на вестибулярній поверхні, на піднебінній поверхні, змішаний дефект.

В залежності від розміру вважали норицею перфорацію до 3 мм в діаметрі, соустьям - 4-10 мм в діаметрі, дефектом нижньої стінки верхньощелепної пазухи - більше 10 мм.

Переважає кількість дефектів дна гайморової пазухи зустрічалася у хворих з відносно повним зубним рядом (59,4%). За локалізацією провідне місце займали дефекти в області вершини альвеолярного гребня (43,75%). Вестибулярний і змішаний дефект частіше спостерігали у хворих з травматичним видаленням зуба, коли лікарями проводилися спроби видалення коренів за допомогою накладання щипців на краю альвеол (45,3%). Піднебінні дефекти спостерігали у 10,9% хворих, 2 з них оперовані з приводу периферичних остеобластокластом.

Метод закриття нориці, соустья або дефекту вибирали в залежності від розміру оро-антрального сполучення і його топографії.

Вестибулярні сполучення та сполучення з локалізацією на вершині альвеолярного гребня закривали трапецієподібним слизисто-окісним клапотом, викроєними на альвеолярному відростку і перехідній складці зводу присінника рота в області дефекту. Перевагою методу є його простота, однорідність використаних тканин, збереження цілісності біля основи клапотя окістя, без порушення його трофіки, що сприяє відносно швидкому заміщенню дефекту вторинною кісткою. Моментом удосконалення нашого методу була заміна горизонтального розтину окістя в клапоті на два вертикальних у його основи.

При аналогічній локалізації дефектів на верхній щелепі, коли позаду дефекту зуби відсутні, вестибулярний клапоть викроювався через вершину альвеолярного гребня, позаду бугра верхньої щелепи, був потужнішим та мав широку основу. Послабляючий розріз окістя в косому напрямку проводився тільки за бугром верхньої щелепи. Після чого клапоть легко зсувався вперед і вниз на область дефекту і фіксувався до країв дефекту швами. Важливим моментом при проведенні описаної методики є особливість розсічення окістя в дистальному відділі основи клапотя, коли треба проявити особливу обережність, щоб ріжучим інструментом не проникнути в глибину крилопіднебінної ямки і не пошкодити венозне сплетіння.

При відносно великих розмірах оро-антрального соустья до 10 мм, які розташовувалися на піднебінній або захоплювали вестибулярну і піднебінну поверхні застосовували метод закриття перфорації слизисто-окісним клапотом з

піднебіння в нашій модифікації. Суть методу полягала в освіженні країв дефекту і викроюванні слизисто-окісного клапотя на відповідній половині твердого піднебіння з основою паралельно середній лінії піднебіння, а не кордоні твердого та м'якого піднебіння, як при класичних методиках. Клапоть виходив кілька Г-подібний. Для більшої його мобільності висікали вузький трикутний клапоть на задньому його краї і підсікати на $\frac{1}{2}$ ширини клапотя окістя у місці згину. Після цього клапоть легко укладався над дефектом, тісно прилягаючи до кістки альвеолярного відростка і країв дефекту.

Віддалені результати хірургічного лікування хворих з перфораціями дна гайморової пазухи простежено в терміни від 1 до 9 місяців. Рецидивів утворень сполучень і загострень хронічних гайморитів у хворих не спостерігалось.

Методи прості у виконанні, припускають використання однорідних тканин, прийнятні для проведення при гострих перфораціях і довгоіснуючих сполученнях, в поєднанні з гайморотомією або без неї.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «*Оптимізація методів діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань*» (номер держреєстрації 0119U002899, термін виконання – 2019-2021 роки).

За додатковою інформацією звертатися до авторів листа: Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології, Назарян Р.С., Ярославська Ю.Ю, тел. 0667494871, Михайленко Н.М.