

Закрытие перфоративных отверстий и свищей верхнечелюстной пазухи с использованием биокомпозиционного материала Коллапан.

Е.Ф.Труханов, В.Ю.Замураев, С.В.Терещук.

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко, г.Москва.

При перфорации дна верхнечелюстных пазух во время удаления зубов возникает сообщение полости рта с полостью носа, требующее от врача принятия срочных мер по закрытию дефекта.

При традиционных методах дефект костной ткани не восстанавливается, а ушивается только слизистая оболочка, что приводит к резкому нарушению формы альвеолярного отростка, а в 10-12% случаев к расхождению краёв раны и формированию стойких свищей.

В течение последних 6 лет в отделении челюстно-лицевой хирургии госпиталя при лечении данной патологии широко применяется биокомпозиционный материал Коллапан, выпускаемый отечественной фирмой Интермедпатит, в состав которого входят гидроксиллапатит, коллаген и антибактериальные препараты (линкомицин, гентамицин, метронидазол, диоксидин).

В зависимости от локализации, формы и размеров устраняемого дефекта могут быть использованы пористые гранулы или плотные прессованные пластинки Коллапана (легко режущиеся ножницами, скальпелем, бором), а так же жидкий гель Коллапан в одноразовом шприце. Использование данного препарата при закрытии перфорационных отверстий и свищей верхнечелюстной пазухи позволяет восполнить дефект костной ткани, восстановить анатомическую форму альвеолярного отростка, а наличие антибактериального препарата – купировать воспалительный процесс в прилежащей кости и верхнечелюстной пазухе.

Так, у больного В., 48 лет, во время удаления 6 зуба правой верхней челюсти по поводу хронического периодонтита перфорировано дно верхнечелюстной пазухи в области нёбного корня. Выполнен кюретаж лунки удалённого зуба с выскабливанием грануляций и патологически изменённые ткани, сглажены острые костные края. Лунка и верхнечелюстная пазуха через перфорационное отверстие промыта раствором фурациллина. После гемостаза лунка выполнена гранулами Коллапана-Л (содержащего линкомицин), а для создания более плотного контакта с костной тканью введён гель Коллапана (рис. 1). Закрытие дефекта осуществлено глухим зашиванием лунки слизисто-надкостничным лоскутом, сформированным с вестибулярной и нёбной стороны (рис. 2). Заживление раны первичным натяжением, швы сняты на восьмые сутки. При контрольной рентгенографии через 3 месяца отмечено полное замещение дефекта сформированной костью, что позволило приступить к ортопедическому лечению.

При невозможности достаточной мобилизации слизисто-надкостничных лоскутов, закрытие перфорационного отверстия после заполнения гранулами Коллапана может быть осуществлено подшиванием марле-

вого тампона к слизистой оболочке около устья лунки узловатыми швами на 6-8 суток (рис. 3).

При формировании стойких свищей верхнечелюстных пазух и наличии клинических и рентгенологических признаков хронического одонтогенного гайморита с вестибулярной стороны в области свища выкраивается и формируются слизисто-надкостничный лоскут с продолжением разреза в обе стороны по переходной складке (рис. 4). С целью увеличения мобильности надкостница лоскута рассекалась в поперечном направлении. По ходу свища иссекались рубцовые ткани. При ревизии вскрытой верхнечелюстной пазухи удалялись грануляции, полипы, патологически изменённая слизистая оболочка. После формирования соустья с нижним носовым ходом пазуха рыхло выполнялась марлевым тампоном пропитанным йодоформной эмульсией, конец которого через наложенное соустье выводился в полость носа.

В зависимости от размеров дефекта и степени разрушения альвеолярного отростка применялись различные варианты закрытия с использованием как гранул, так и пластин Коллапан в сочетании с гелем Коллапан.

Так, при размере свища до 0,5мм и незначительной деформации альвеолярного отростка использовались пластины (рис. 5), при наличии свища большого размера и грубом нарушении формы – гранулы в комбинации с одной или двумя пластинами (рис. 6 и 7).

Ранее сформированный лоскут укладывался на область дефекта и подшивался узловыми швами к слизистой оболочке нёба (рис. 8).

Несмотря на то, что защитные пластинки использовались не более чем у 5% пациентов, развитие рецидивов свищей не превышало 0,8%.

Таким образом, наш опыт хирургического лечения более чем 80 пациентов с перфорационными отверстиями и свищами верхнечелюстной пазухи позволяет сделать вывод, что использование различных форм биокomпозиционного материала Коллапан даёт возможность восполнить дефекты костной ткани, восстанавливать архитектуру альвеолярного отростка верхней челюсти, значительно снизить количество послеоперационных осложнений, и в наиболее ранние сроки осуществлять ортопедическое лечение.

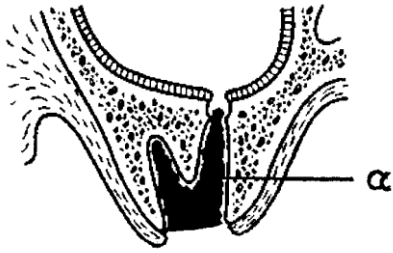


Рис. 1.
а – коллапан (гранулы)

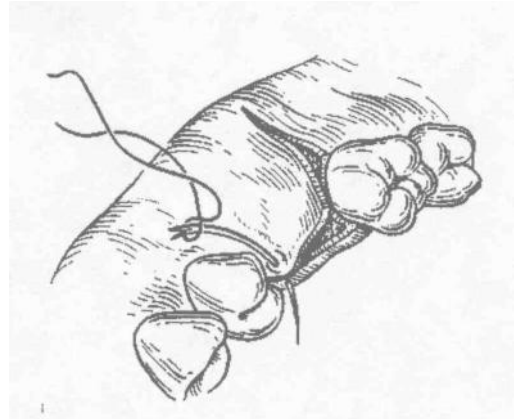


Рис. 2.

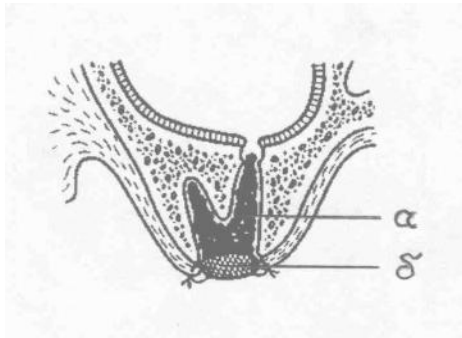


Рис. 3. а – коллапан (гранулы);
б – марлевый тампон.

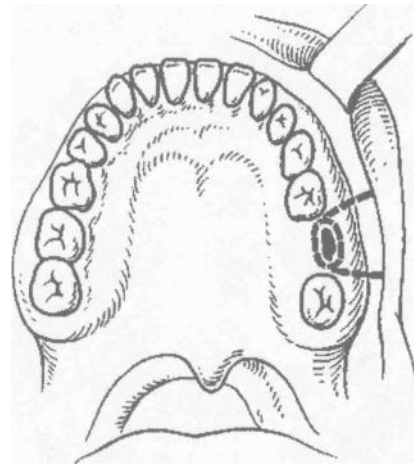


Рис. 4. Формирование слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной стороны

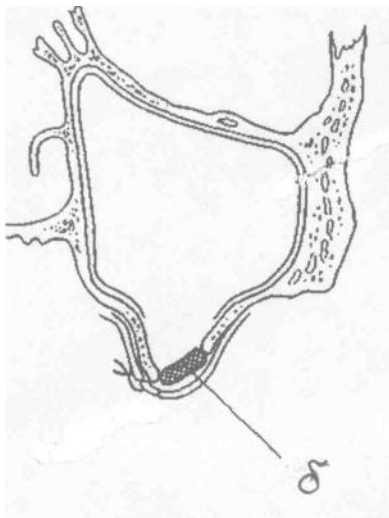


Рис. 5. Закрытие дефекта при незначительном разрушении альвеолярного отростка
б – коллапан (пластина).

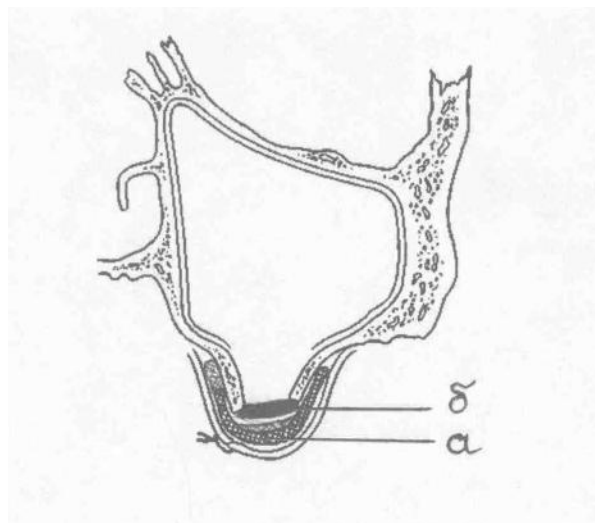


Рис. 6. Закрытие дефекта и формирование альвеолярного отростка верхней челюсти
а – коллапан (гранулы);
б – марлевый тампон.

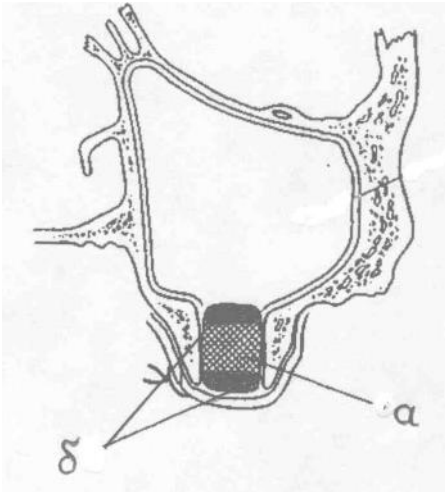


Рис. 7. Закрытие дефекта при значительном разрушении альвеолярного отростка
 а – коллапан (гранулы);
 б – коллапан (пластинги).

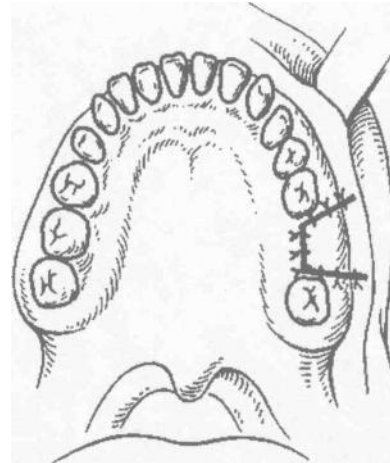


Рис. 8. Фиксация сформированного лоскута к слизистой нёба