



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТАРНОЙ АУТОПЛАЗМЫ И БИОКОМПОЗИТА КОЛЛАПАН-Л ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРОАНТАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ БОЛЬШОГО ДИАМЕТРА (≥ 3 мм)

Расулова Саломат Мустакимовна
Шадиева Шодия Шухратовна
Рахматова Мархабо Расуловна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика
Узбекистан, г. Бухара

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7793879>

Резюме. Обогащенная тромбоцитами аутоплазма содержит различные факторы роста, цитокины, хемокины, фибрин, механизм действия которых обуславливает нормальный процесс заживления ран. Биоккомпозитный материал Коллапан-Л с обогащенной тромбоцитами аутоплазмой оказывает эффективное влияние на репаративную регенерацию тканей в области ороантральной перфорации.

Ключевые слова: обогащенная тромбоцитами аутоплазма, биоккомпозитный материал «Коллапан-Л», ороантральное сообщение большого диаметра (≥ 3 мм).

Summary. Platelet-rich autoplasm contains various growth factors, cytokines, chemokines, fibrin, the mechanism of action of which determines the normal process of wound healing. The biocomposite material CollapAn-L with platelet-rich autoplasm has an effective effect on reparative tissue regeneration in the area of oroantral perforation.

Key words: platelet-rich autoplasm, biocomposite material "CollapAn-L", large-diameter oroantral communication (≥ 3 mm).

Актуальность темы. Ороантральное сообщение представляет собой соединение костного канала с полостью рта и верхнечелюстной пазухой, при котором костный канал сообщается с полостью рта и верхнечелюстной пазухой [3, 4, 7, 8]. Наиболее частой причиной возникновения ороантральных дефектов (более 90%) является сложное удаление зубов верхней челюсти; в редких случаях - патология верхнечелюстных пазух, травмы, выпадение и распад имплантатов в дистальном отделе челюсти. По литературным данным многих авторов, частота возникновения ороантральных дефектов в результате развития пародонтопатий и эндопародонтальных поражений составляет менее 1% [1,2,5, 6], но малое число процентов не означает что на эту патологию можно не обращать внимания, так как на практике пародонтологические болезни часто не диагностируются [12, 14,15]. Несмотря на использование новых методов диагностики и лечения в стоматологической помощи населению, количество больных с данной патологией постоянно увеличивается [9,10,11,13].

У больных с воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух одонтогенные формы встречаются в 12,0-75,0%, причем, как отмечают многие авторы, 41,2-91,0% из них составляют перфоративные формы [16,17,18], ороантральные дефекты, как правило, формируются у больных при санации полости рта при удалении жевательных зубов верхней челюсти (очень редко, щелчки) по поводу различных форм хронического пародонтита [21, 22, 23]. Повреждение костной ткани, развивающееся в результате хронического поражения при пародонтите, анатомические особенности

строения верхнечелюстных пазух, близость корней зубов, а также технические ошибки при удалении зубов способствуют возникновению дефектов дна верхнечелюстных пазух [18, 19].

Сегодня необходимы дальнейшее развитие медицинской отрасли в нашей стране, адаптация медицинской системы к требованиям мировых стандартов, повышение эффективности комплексного лечения больных с перфорацией верхнечелюстной пазухи в результате различных травм. среди населения определяет актуальность данного исследования.

Цель и задачи: сравнить эффективность комплексного лечения больных с перфорацией верхнечелюстной пазухи (большого диаметра (≥ 3 мм)) с применением тромбоцитарной аутоплазмы и Коллапан-Л с линкомицином.

Материал и методы: Клинические исследования проводились в отделении челюстно-лицевой хирургии Многопрофильной клинической больницы Бухарской области при заполнении ороантральной сообщении диаметром более 3 мм. Общее состояние больных основной группы I A (n=12) и контрольной группы II A (n=8) оценивалось как удовлетворительное на 1-3 сутки после операции и соответствовало объему операции. Как пациенты основной группы IIA (n=17), так и пациенты контрольной группы IIA (n=10) с ороантральными трещинами большого диаметра (≥ 3 мм) через 2-5 дней после операции имели удовлетворительное общее состояние и соответствовали размер операции. В послеоперационном периоде наиболее частой жалобой пациентов обеих групп была боль в области раны. В первые 2 дня 11 (64,7%) больных первой группы предъявляли жалобы на умеренную боль, которая в основном исчезла через 3 дня, у 3 больных (17,6%) на четвертые послеоперационные сутки, у 2 больных (11,8%) на пятые послеоперационные сутки и у оставшегося 1 пациента (5,9%) боли полностью купировались на шестые послеоперационные сутки. Во второй контрольной группе 5 (50%) больных предъявляли жалобы на умеренную боль, продолжавшуюся в течение 2 дней и полностью купировавшуюся через 3 дня. У остальных 3 пациентов (30%) боли полностью прекратились на 4-е сутки после операции, у 1 больного (10%) на 5-е сутки и еще у 1 больного (10%) на 6-е сутки. (таблица 4.2.1)

Таблица 3.4.1

Сравнительный анализ длительности болевого синдрома после операции по поводу ороантрального сообщения большого диаметра (≥ 3 мм)

	1 группа (n=17)	2 группа (n=10)
2 сутки	11 (64,7%)	4 (50%)
3 сутки	3 (17,6%)	3 (30%)
4 сутки	2 (11,8%)	1 (10%)
5 сутки	-	1 (10%)
Всего	17 (100%)	10 (100%)

После операции по поводу ороантрального сообщения большого диаметра (≥ 3 мм) у больных первой и второй групп при локальном осмотре отмечалось покраснение и незначительная припухлость тканей вокруг перфорации, сохранявшаяся в среднем 5 дней. У 10 (58,8%) больных основной группы покраснение мягких тканей вокруг

перфорации полностью исчезло на 2-е сутки после оперативного вмешательства, у 3 (17,6%) больных это покраснение исчезло на 3-е сутки и у 1 (5,9%) покраснение полностью исчезло к 4-м суткам. У 4 (40%) больных контрольной группы покраснение полностью исчезло на 2-е сутки после оперативного вмешательства, у 3 (30%) больных покраснение исчезло на 3-е сутки, у 1 (10%) больного, покраснение исчезло на 4-й день, у 1 (10%) пациента — к 5-му дню, а у оставшегося 1 (10%) пациента — к 6-му дню. (таблица 3.4.2).

Таблица 3.4.2

Сравнительная диагностика длительности гиперемии после операции по поводу ороантрального сообщения большого диаметра (≥ 3 мм)

	1 группа (n=17)	2 группа (n=10)
1 сутки	10 (58,8%)	4 (40%)
2 сутки	3 (17,6%)	3 (30%)
3 сутки	1 (5,8%)	1 (10%)
4 сутка	-	1 (10%)
5 сутка	-	1 (10%)
Всего	17 (100%)	10 (100%)

Аналогично отек, наблюдавшийся в области хирургического вмешательства по поводу дефекта ороантрального сообщения большого диаметра (≥ 3 мм), ко 2-м суткам полностью исчез у 10 (58,8%) больных основной группы, у 4 (23,5%) больных к 3-м суткам, у 2 (11,8%) больных к 4-м суткам, а у оставшегося 1 (5,9%) больного эта припухлость полностью исчезла к 5-м суткам. У 5 (50%) больных контрольной группы опухоль полностью исчезла на 2-е сутки после операции, у 2 (20%) больных эта опухоль исчезла на 3-и сутки, у 1 (10%) больного на 4-е сутки. день, у 1 (10%) пациента на 5-й день и у оставшегося 1 пациента (10%) на 6-й день наблюдалось полное выздоровление. (таблица 3.4.3).

Таблица 3.4.3

Сравнительный анализ длительности отека после операции по поводу ороантрального сообщения большого диаметра (≥ 3 мм)

	1 группа (n=17)	2 группа (n=10)
1 сутки	10 (58,8%)	5 (50%)
2 сутки	4 (23,5%)	2 (20%)
3 сутки	2 (11,8%)	1 (10%)
4 сутки	1 (5,9%)	1 (10%)
5 сутки	-	1 (10%)
Всего	17 (100%)	10 (100%)

В отличие от оперативных вмешательств при небольших размерах ороантральной сообщения, в группе больных, перенесших операции по поводу дефекта ороантральной сообщения больших размеров, были осложнения раневым кровотечением, хотя и в небольшом проценте. В то время как у больных основной группы данное осложнение не наблюдалось, в контрольной группе этот показатель составил 10%.

Все изученные параметры у пациентов 2-й группы оперативного вмешательства при малой и большой ороантральной расслоении, то есть контрольной группы, были достоверно ниже данных первой основной группы, что создает благоприятные условия для последующей дентальной имплантации. При амбулаторном лечении больных с ороантральной перфорацией разработаны рекомендации по ранней диагностике патологического состояния и устранению дефекта биоккомпозитом ТБФ и КоллапАн-Л, который является одним из относительно недорогих, эффективных и несложных методов лечения сформированной ороантральной сообщения в координации с челюстно-лицевым хирургом, разработаны и внедрены в практику.

Вывод. Сравнительный анализ лечения больных с ороантральными перфорациями в основной и контрольной группах показал высокую эффективность сочетанного применения биоккомпозита (КоллапАн-Л) и ТБФ, что привело к ликвидации перфорации, восстановлению высоты альвеолярный барьер, что в итоге создало благоприятные условия для дентальной имплантации.

Литература:

1. Афанасьев В.В. и др. Хирургическая стоматология. Учебник. Под общ.ред. Афанасьева В.В. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Анготоева И.Б., Давыдов Д.В. Состояние остиомеатального комплекса у пациентов с одонтогенным гайморитом. *FoliaOtorhinolaryngologiaeetPathologiaeRespiratoriae*. 2015;2:21:14-15.
3. Анятин Р.Г., Романов И.А. Щадящаягайморотомия у больных с перфоративнымодонтогенным гайморитом. *Российская ринология*. 1998; 2:34.
4. Виганд М.Э., ИроХТ и др. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. М.: Медицинская литература; 2010.
5. Иорданишвили А.К. (ред). Основы клинической стоматологии. М.: Мед. Книга; 2010.
6. Вишняков В.В., Макарова Н.В. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом. *Российская ринология*. 2013;3:20-22.
7. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. Под ред. Кулакова, А.А., Робустовой Т.Г., Неробеева А.И. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
8. Кошель И.В. Новые методы закрытия ороантрального соустья. *Научный альманах*. 2016;2-3(16):89-94
9. Красножен В.Н., Щербаков Д.А., Хайретдинова А.Ф. Применение аллотрансплантатов при одонтогенных верхнечелюстных синуситах. *Практическая медицина*. 2015;2:23-26.
10. Магомедов М.М., Хелминская Н.М., Гончарова А.В., Старостина А.Е. Современная тактика лечения больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом с ороантральным свищом. *Вестник оториноларингологии*. 2015;2:75-80.
11. Щербаков Д.А., Каримова А.И. Способы восстановления стенок околоносовых пазух. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2014;6:2:57- 68.

12. Царапкин Г.Ю., Туровский А.Б., Завгородний А.Э. Системная антибактериальная терапия при одонтогенном верхнечелюстном синусите на современном этапе. ПМЖ. 2007;18:1352-1356.
- 13.Ahmed WM. Closure of oroantral fistula using titanium plate with transalveolar wiring. J Maxillofac Oral Surg. 2015;14(1):121-125. Epub 2013 Sep 26.
14. Agrawal A, Singhal R, Kumar P, Singh V, Bhagol A. Treatment of Oroantral Fistula in Pediatric Patient using Buccal Fat Pad. Int J ClinPediatr Dent. 2015;8(2):138-140. Epub 2015 Aug 11
- 15.Batra J, Attresh G, Garg B, Porwal S. Double-Layered Closure of Chronic Oroantral Fistulas Using a Palatal Rotational Flap and Suturing of the Sinus Membrane Perforation: Is It a Successful Technique? J Oral Maxillofac Surg. 2015; 73(9):1668-1669. Epub 2015 May 30.
- 16.Borgonovo AE, Berardinelli FV, Favale M, Maiorana C. Open surgical options in oroantral fistula treatment. Open Dentistry Journal. 2012;6:94-98.
- 17.Haraji A, Zare R. The use of buccal fat pad for oroantral communication closure. Journal Mashhad Dent Sch Mashhad Univ Med Sci. 2007;31:9-11.
18. Horowitz G, Koren I, Carmel NN, Balaban S, Abu-Ghanem S, Fliss DM, Kleinman S, Reiser V. One stage combined endoscopic and per-oral buccal fat pad approach for large oro-antral-fistula closure with secondary chronic maxillary sinusitis (1993). RefuatHapehVehashinayim. 2015;32(3):32-37, 68
19. Manuel S, Kumar S, Nair PR. The Versatility in the Use of Buccal Fat Pad in the Closure of Oro-antral Fistulas. J Maxillofac Oral Surg. 2015;14(2):374- 377. Epub 2014 Aug 12.
- 20.Merlini A, Garibaldi J, Piazzai M, Giorgis L, Balbi P. Modified double-layered flap technique for closure of an oroantral fistula: Surgical procedure and case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2016;54(8):959-961. Epub 2016 Jul 4.
21. Pedro Henrique de Souza Lopes, Diogo de Oliveira Sampaio, Bruno Luiz de Souza Menezes, Daniel Ferreira do Nascimento, and Belmino Carlos Amaral Torres. Combined palatal flap and titanium mesh for oroantral fistula closure. Ann Maxillofac Surg. 2015;5(1):89-92.
22. Ram H, Makadia H, Mehta G, Mohammad S, Singh RK, Singh N, Singh G. Use of Auricular Cartilage for Closure of Oroantral Fistula: A Prospective Clinical Study. J Maxillofac Oral Surg. 2016;15(3):293-299. Epub 2015 Sep 12.
- 23.Sakakibara A, Furudo S, Sakakibara S, Kaji M, Shigeta T, Matsui T, Minamikawa T, Komori T. Tunnel Technique for the Closure of an Oroantral Fistula with a Pedicled Palatal Mucoperiosteal Flap. J Maxillofac Oral Surg. 2015;14(3):868-874. Epub 2014 Oct 7.