

ԵՐԵՎԱՆԻ Մ.ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

A 74.00.12
Ը - 319

Արեգ Հենրիկի Սեայան

Հայտնրիտների վիրահատական բուժման նոր մոտեցումներ
(կլինիկափորձարարական հետազոտություն)

ԺԳ.00.12 – ՄՏՈՄԱՏՈԼՈԳԻԱ մասնագիտությամբ
բժշկական գիտությունների փեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման
ատենախոսության

Ս Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Բ

ԵՐԵՎԱՆ – 2006

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. МХИТАРА ГЕРАЦИ

Сенян Арег Генрихович

Новые подходы к хирургическому лечению гайморитов
(клинико-экспериментальное исследование)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.12 – СТОМАТОЛОГИЯ

Ереван – 2006

Ատենախոսության բնձան հաստատված է Մ. Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանի ստոմատոլոգիական ֆակուլտետի գիտական խորհրդի նիստում 2001թ.:

Գիտական դեկավար՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆ. Յու.Մ. Պողոսյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆ. Ռ.Մ. Խանամիրյան
Բ.Գ.Ք., դոցենտ Գ.Վ. Չալյան
Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ «Էրեբունի» ԲԿ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կկայանա 2006 թ. ապրիլի 28-ին ժ. 15³⁰-ին Մ.Հերացու անվ. ԵՊԲՀ 027 մասնագիտական խորհրդի նիստում (375025, Երևան, Կորյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2006 թ. մարտի 28-ին

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար, Բ.Գ.Ք.  դոցենտ Ռ.Մ. Կուրդյան

Тема диссертации утверждена на заседании ученого совета стоматологического факультета Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци в 2001г.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ю.М. Погосян

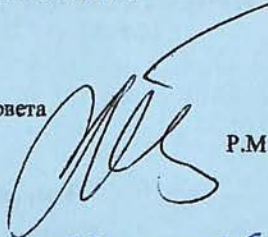
Официальные оппоненты: д.м.н., проф. Р.М. Ханамирян
к.м.н., доцент Г.В. Залян

Ведущая организация: МЦ "Эребуни" МЗ РА

Защита состоится 28 апреля 2006 г. в 15³⁰ на заседании Специализированного Совета 027 при Ереванском государственном медицинском университете им. М.Гераци по адресу: 375025, г. Ереван, ул. Корюна, 2

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ

Автореферат разослан 28 марта 2006 г.

Ученый секретарь Специализированного Совета кандидат медицинских наук, доцент  Р.М. Кургиян



Общая характеристика работы

Актуальность темы. Проблема диагностики и лечения одонтогенных гайморитов занимает одно из ведущих мест в современной челюстно-лицевой хирургии. Прежде всего, это обусловлено довольно высокой распространенностью этого заболевания среди воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи (ВЧП). Согласно данным ряда авторов (Уваров В.М. 1962; Бернадский Ю.И., Заславский Н. И. 1968; Шаргородский А.Г. 1985; Морохоев В.И., Анютин Р. Г. 1998; Пискунов С. З., Баканова Т.Г. 1995; Schleier P., Braner С., Kuttner К. 2003; Mehra P., Murad Н. 2004), одонтогенный гайморит (ОГ) составляет 10-40% среди всех заболеваний ВЧП, а от общего числа хирургических стоматологических больных - 7% (Морохоев В.И., Анютин Р.Г.1998). В последние годы отмечается рост числа больных хроническим ОГ (Грасманис Н. Б., Керман Т.Я. 1988; Солнцев А.М., Тимофеев А.А. 1989; Robinson S. et al., 2004), что, вероятно, связано с ухудшением экономической и экологической обстановки, так как при кариесе зубов своевременно не проводится их санация (Бускина А. В., Гербер В.Х. 2000; Антонив В.Ф. и соавт. 2002).

Ведущей причиной ОГ являются верхушечные патологические процессы (Сабо Е.К.1977; Кручинский Г.В., Филипенко В.И.1991). В значительной мере они связаны с возникновением ороантрального сообщения при операции удаления зубов верхней челюсти и операциях, проведенных на альвеолярном отростке верхней челюсти (Шаргородский А.Г. 1985; Богатов А.И. 1991; Петропавловская М.Ю. 1999).

Для диагностики и лечения гайморитов в настоящее время, наряду с другими методами, применяется пункция через нижний носовой ход, впервые предложенная и описанная М.Schmidt в 1888 году. О высокой эффективности данного вмешательства в литературе имеется много сообщений. Однако, есть немало сообщений об осложнениях при пункции ВЧП через боковую стенку носа (Васильев А.И., Нестеренко А.В. 1986; Мануйлов О.Е., Чергештов Ю.И. 1988).

В большинстве стоматологических клиник в настоящее время доминирующим методом лечения ОГ по прежнему остается радикальная операция на ВЧП по Колдуэллу – Люку, разработанная более ста лет назад. Метод имеет ряд недостатков и сегодня мало кто применяет его в классическом варианте. Одним из недостатков операции по Колдуэллу–Люку является противоестественность и травматизм удаления передней стенки ВЧП (Кручинский Г.В., Филипенко В.И. 1994).

После радикальной операции по данной методике нередко возникают осложнения в виде частичной или полной облитерации пазухи рубцовой тканью, образования в пазухе рубцовых перемычек и рецидива на этой почве синусита (Пянтюхин В.П. 1965; Марченко 1973; Кручинский Г.В., Филипенко В.И. 1994; Лизерман М.Г. и соавт., 2004).

Предложены ряд модификаций, целью которых является снижение травматичности и предупреждение послеоперационных осложнений, но даже с их учетом частота осложнений остается на уровне 30-50% (Соловьев М.М., Шимченко П.Я. 1974, Сукачев Ю.А., Козлов В.И. 1996; Бернадский Ю.И. 1998 и др).

В последние годы ЛОР-специалисты активно внедряют в клиническую практику ринохирургическую эндоскопическую технику и достигли значительного прогресса в лечении риногенных синуситов (Сватко Л. Г., Красножен В.Н. 1995; Ашмарин М.П. 1999; Messerklinger W. 1987; Stammberger H. 1991, Ruder H. 1991).

Однако следует отметить, что одонтогенные гаймориты существенно отличаются от риногенных. Разработанные для их лечения методы не могут быть в чистом виде перенесены на одонтогенные. Тем не менее, в литературе имеются сообщения, посвященные применению эндоскопической техники для лечения одонтогенных гайморитов (Бербом Х 1996; Stammberger H. 1991). В настоящее время для широкого внедрения эндоскопической техники в клиническую практику для лечения одонтогенных гайморитов имеются проблемы, обусловленные приобретением необходимой аппаратуры и отсутствием подготовленных специалистов, умеющих пользоваться ими.

Цель и задачи исследования. Целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения одонтогенных гайморитов путем разработки новых способов хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Разработать малоинвазивный способ диагностической пункции и лечения гайморитов с возможностью многократной пункции, промывания и введения лекарственных веществ в ВЧП.
2. Разработать более щадящие способы вскрытия и пластики передней стенки ВЧП в эксперименте.
3. В эксперименте изучить морфоструктуру регенератов и реакции окружающих тканей, охарактеризовать процесс адаптации ложа реципиента после замещения дефекта передней стенки ВЧП костным матриксом (лопатки) новорожденных поросят.

4. Клиническое испытание новых способов пластического закрытия передней стенки ВЧП.

5. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения гайморитов с использованием новых способов пластического восстановления дефектов передней стенки ВЧП на основании клинико-рентгенологических данных.

Научная новизна. В экспериментах на животных изучены особенности репаративной регенерации дефектов передней стенки ВЧП при их пластическом закрытии костным лоскутом на питающей ножке и костным матриксом (лопатки) новорожденных поросят. Разработан малоинвазивный способ диагностической пункции ВЧП и лечения гайморитов с использованием шпунта (канюли) для диагностики и консервативного лечения заболеваний фронтальных и верхнечелюстных пазух. Предложен новый способ пластического закрытия дефекта передней стенки ВЧП, образующейся после радикальной гайморотомии при повторных операциях на ВЧП. Предложен способ пластического закрытия острой перфорации дна ВЧП с применением костного матрикса новорожденных поросят. Проведена клинико-рентгенологическая оценка использования предложенных способов при лечении больных с одонтогенными гайморитами. Разработаны показания применения предложенных способов при лечении больных с одонтогенными гайморитами. На основании изучения ближайших и отдаленных результатов лечения одонтогенных гайморитов по предложенным нами способам рекомендовано их широкое внедрение в клиническую практику как метод выбора.

Практическая значимость. Полученные результаты по распространенности одонтогенных гайморитов в структуре челюстно-лицевого стационара могут служить основой для определения потребности в койках больных с одонтогенным гайморитом, разработке рекомендации по диагностике, лечению и профилактике осложнений при гайморитах. Разработанные новые способы хирургического лечения одонтогенных гайморитов могут быть широко внедрены и в другие клиники как метод выбора. Предложенные новые способы хирургического лечения гайморитов включены в учебные программы для студентов стоматологического факультета ЕГМУ, клинических ординаторов и курсантов НИЗ МЗ РА.

Внедрение результатов в клиническую практику. Практическая значимость работы заключается в том, что разработанные нами способы хирургического лечения гайморитов, практические рекомендации имеют непосредственное отношение к клинике и широ-

ко применяются в практической работе челюстно-лицевого отделения РМЦ «Армения», II университетской клиники. На разработку и внедрение в практику способов хирургического лечения гайморитов получены 3 патента. Для практических врачей разработаны методические рекомендации (Погосян Ю.М., Сепян А.Г., Погосян А.Ю., Енокян А.Д., Папикян А.В., Аветян С.С.- Альтернативные хирургические методы лечения одонтогенных гайморитов. Ереван, 2005, 11 с.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на: Հայ և արևմտաեվրոպական հիվանդանոցային երկրորդ կոնֆերանսում (Երևան, 1999); Первой Всероссийской военно-врачебной научно-практической конференции (Ереван, 2001); Всероссийском международном хирургическом конгрессе (Ереван, 2003); заседании ассоциации стоматологов Армении (Ереван, 2005). Апробация диссертации состоялась в сентябре 2005г. на совместном заседании Ученого совета стоматологического факультета, кафедр хирургической, терапевтической, ортопедической стоматологии и военно-полевой хирургии ЕГМУ им.М.Гераци..

Публикация. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в которых изложены основные положения проведенных исследований.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 109 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 157 наименований. Работа иллюстрирована 5 таблицами, 43 рисунками.

База выполнения работы. Все больные были обследованы и получили оперативное лечение в челюстно-лицевых отделениях РМЦ «Армения» (главный врач Григорян Г.Г.), Второй университетской клиники (главный врач Петросян Г.Г.).

Экспериментальные и морфологические исследования проведены на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии ЕГМУ, за что приношу свою глубокую признательность и благодарность зав.каф. проф. Азнавряну А.В.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования.

Постановка эксперимента.

Эксперименты проведены на 87-и 6-8 месячных кроликах породы калифорнийский и шиншилла средней массой 1250г. Животные были подразделены на 2 группы: контрольную и опытную. Опытную группу разбили на 2 подгруппы. У 32 животных конт-

рольной группы и второй опытной подгруппы с помощью циркулярного электротрена на передней стенке ВЧП формировали дефект диаметром 8 мм. У 15 кроликов опытной второй подгруппы сформированный дефект на передней стенке ВЧП закрывали костным матриксом новорожденных поросят (КМНП). У 40 животных опытной первой подгруппы на передней стенке ВЧП формировали кожно-подкожно-надкостнично-костный лоскут. Все оперативные вмешательства осуществлялись под общим обезболиванием (Рометар 0,2 мл/1000г внутримышечно) в сочетании с местным обезболиванием (4-5мл 0,5% раствора лидокаина). Техника операции первой опытной подгруппы заключалась в следующем. По проекции передней стенки ВЧП производился языкообразный разрез кожных покровов до кости. Длина разреза составляла $4,8 \pm 0,2$ см.

Кость оголялась по линии разреза шириной 0,5-0,6 см. Отслоенные мягкие ткани отводились лигатурой. При помощи бормашины с применением тонкого фиссурного бора, под углом 60-70° моделировался дефект выпиливанием кости в пределах обнаженного участка. Далее введением тонкого распатора через сформированную щель под выпиленный участок передней стенки ВЧП осторожно приподнимали и по верхнему краю в одном блоке отламывали кожно-подкожно-надкостнично-костный лоскут. Острой ложкой частично удаляли слизистую оболочку ВЧП и после тщательного гемостаза кожно-подкожно-надкостнично-костный лоскут клали на свое место. Кость в двух местах фиксировали с краем дефекта передней стенки ВЧП кетгутowymi швами. Далее рана ушивалась также кетгутowymi швами. Сформированный дефект передней стенки ВЧП второй опытной подгруппы закрывали костным матриксом новорожденных поросят (лопатки). Поверхность матрикса, обращенная в сторону ВЧП, смазывалась прополисной мазью (смесь прополиса и облепихового масла в соотношении 1г/1мл).

Животные содержались в виварии на стандартном пищевом режиме. Из эксперимента выводились на 7,14,21,30,60,90-ые, 180-ые сутки. Забой производился методом воздушной эмболии. Изъятые тканевые блоки фиксировались в 10% растворе формальдегида и подвергались дальнейшему гистологическому исследованию.

Серийные среды (20мк) окрашивались гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Полученные результаты подвергались качественному анализу.

Клинические исследования.

Клинические исследования осуществляли в челюстно-лицевом отделении РМЦ "Армения", ЦКВГ МО РА, II Университетской больницы. Проведен ретроспективный анализ 1703 историй больных, лечившихся в челюстно-лицевом отделении РМЦ «Ар-

мения» за последние 5 лет (2000-2004гг.). Под нашим наблюдением находились 217 больных от 18 до 60 лет с одонтогенными гайморитами. Из 217 больных, находившихся на лечении мужчин, было 124 (57,1%), женщин 93(42,9%).

Диагноз гайморита ставили на основании опроса, осмотра, риноскопии, рентгенографии при необходимости микроскопического исследования клеточного состава содержимого пазухи. Рентгенография придаточных пазух носа проводилась в носо-подбородочной проекции.

Все больные с одонтогенным гайморитом в зависимости от метода лечения были разделены на 7 групп (таблица 1).

Таблица 1

Пластическое закрытие дефекта передней стенки	Методика лечения	Число больных
	Традиционный (по Колдуэллу- Люку)	22
	Слизисто-надкостнично-костным лоскутом	19
	Аутогтрансплантантом	23
	Деминерализованной теменной костью плода	38
	Костным матриксом новорожденных поросят (лопатки)	46
Пластическое закрытие острой перфорации дна ВЧП		26
Дренажирование ВЧП с помощью грубчатого шпунца (канюли)		43
Всего –		217

Распределение больных с одонтогенным гайморитом в зависимости от методики хирургического лечения

Перед оперативным вмешательством больные подвергались детальному клиническому и лабораторному обследованию по общепринятым методикам (общий анализ крови и мочи, сахар крови, содержание общего белка, билирубин в крови, коагулограмма, рентгеноскопия грудной клетки, электрокардиография).

Статистический анализ проведен по общепринятым методикам (Лакин Г.Ф., Биометрия, М 1973).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

С целью разработки методики профилактики послеоперационных осложнений, обусловленных пролабиранием мягких тканей в ВЧП, нами были проведены экспери-

ментальные исследования возможности и целесообразности применения костного трансплантата на питающей ножке.

Послеоперационный период у всех животных, кроме 8-х (2- контрольная группа, 6-опытная), протекал без осложнений. В указанных 8-и случаях имело место нагноение раны, которое удалось купировать. Результаты гистограмм этих животных не были включены в качественный анализ.

Анализ результатов гистограмм контрольной группы животных показал, что смоделированный дефект на передней стенке ВЧП, оставленный без замещения спонтанно не регенерирует.

Формирование костного трансплантата с питающей ножкой обеспечивает полноценные регенерационные процессы в ложе дефекта. Репаративная регенерация в зоне смыкания костного трансплантата с материнской костью протекает в оптимальные сроки с полным восстановлением целостности передней стенки ВЧП.

Как мы убедились, предлагаемая модель оперативного вмешательства может служить методикой предупреждения осложнений после гайморотомии, обусловленных пролабиранием мягких тканей в ВЧП.

Нами в эксперименте изучались также специфика репаративной регенерации при замещении дефекта передней стенки ВЧП костным матриксом (лопатки) новорожденных поросят (КМНП). Результаты проведенных опытов показали, что репаративная регенерация дефекта в области передней стенки ВЧП при помещении в него КМНП происходит многоэтапно:

1. Формирование регенерата из ретикулофиброзной костной ткани между кортикальными пластинками на поверхности трансплантата и его последующее ремоделирование в органоспецифичную компактную костную ткань, образующую кортикальную костную пластинку, восстанавливающую целостность поврежденной кости;

2. Резорбция и замещение трансплантата ретикулофиброзной костной тканью;

3. Резорбция ретикулофиброзной костной ткани и образование компактной кости. При этом дефект кости в области ВЧП заполняется зрелой костной тканью. Процессы резорбции и замещения протекают синхронно с построением костного регенерата по форме и строению восполняющего анатомическую целостность и перспективность применения КМНП в клинике с целью ускорения регенеративных процессов в области дефекта ВЧП различного происхождения.

Одонтогенные гаймориты и новые методы их лечения.

Нами изучались ОГ в структуре больных, лечившихся в челюстно-лицевом отделении РМЦ "Армения" за последние 5 лет (2000-2004 гг.). Как показали наши исследования, частота ОГ в структуре стационарных больных составляет в среднем 7,4%. В зависимости от возраста больных частота ОГ неодинакова. Она сравнительно ниже у больных до 20 лет и старше 50 лет. Это можно объяснить тем, что кариес и его осложнения часто встречаются в возрасте 20-50 лет. У мужчин ОГ встречается несколько чаще, чем у женщин: 72 (57,1%) - 54 (42,9%) соответственно. Больные с ОГ наиболее часто обращаются к лечению весной (33,3%). Таким образом, в целом наши данные о частоте ОГ совпадают с литературными. Профилактические мероприятия по предупреждению ОГ должны быть многосторонними и включать несколько направлений:

1. Своевременная санация полости рта.
2. При повреждении дна ВЧП во время удаления зуба прежде всего нужно решить вопрос о состоянии слизистой оболочки ВЧП. Если явных признаков синусита нет, то необходимо сохранение сгустка крови в лунке удаленного зуба с одновременным пластическим закрытием лунки. При перфорации дна с явлениями ОГ первостепенным должно являться консервативное лечение синусита путем промывания пазухи через ороантральное сообщение, после чего проведение пластического закрытия.
3. Санитарное просвещение населения о важности роли гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов и болезней пародонта с целью предупреждения возможных осложнений, обусловленных этими заболеваниями.

Для диагностики и лечения гайморитов в настоящее время наряду с другими методами применяется пункция через нижний носовой ход. О высокой эффективности данного вмешательства в литературе имеется много сообщений. Однако, есть немало сообщений об осложнениях при пункции ВЧП через боковую стенку носа. Важно отметить, что наиболее часто осложнения наблюдаются при повторных пункциях. Нами разработан малоинвазивный способ диагностики и лечения гайморитов с возможностью многократной пункции, промывания и введения лекарственных веществ в ВЧП. Способ апробирован на 43 больных с одонтогенными гайморитами. После разреза и обнажения передней стенки ВЧП по проекции чуть выше корней первого моляра бором формировалось отверстие, в которое ввинчивается трубчатый шуруп (канюля) для диагностики и консервативного лечения заболеваний ВЧП (рис. 1).

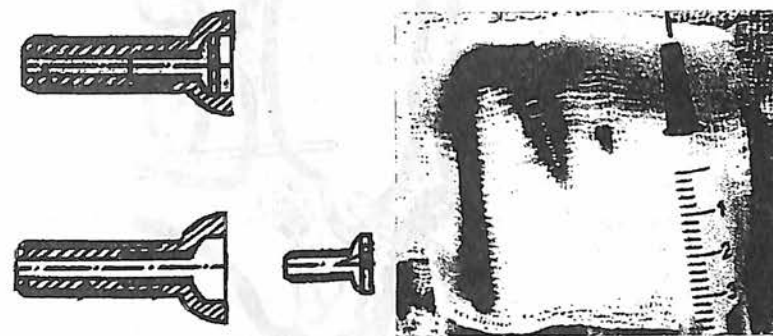


Рис. 1 Шуруп для диагностики и консервативного лечения заболеваний фронтальных и верхнечелюстных пазух

Данный способ пункции ВЧП и консервативного лечения гайморитов имеет ряд преимуществ: практическая безболезненность вмешательства, исключается вероятность осложнений, наблюдаемая при пункции ВЧП через нижний носовой ход; не травмируется боковая стенка носа и ostium maxillaris.

Другим очень важным, на наш взгляд преимуществом дренирования ВЧП через переднюю стенку является положение дренирующего шурупа по отношению ко дну ВЧП (рис. 2). При этом конец дренажа находится в альвеолярной бухте т.е., почти в самом ее нижнем полюсе.

Одним из недостатков радикальной операции на ВЧП является противоестественность и травматизм удаления передней стенки пазухи (Г.В. Кручинский, В.И. Филипенко, 1994). После операции по Колдуэлл-Люку нередко возникают осложнения в виде частичной или полной облитерации пазухи рубцовой тканью, образование в пазухе рубцовых перемычек и рецидива на этой почве синусита (В.П. Пантюхин, 1963; Г.Н. Марченко, 1969; П.Е. Финченко, 1971; Г.В. Кручинский, В.И. Филипенко, 1994). Нами разработаны ряд способов закрытия дефекта передней стенки ВЧП после гайморотомии:

- синусотомия с формированием слизисто-надкостнично-костного лоскута;
- способ пластики ВЧП аутоотрансплантатом, сформированным из передней стенки верхнечелюстной пазухи;



Рис. 2 Положение винта и пункционной иглы по отношению к дну ВЧП.

- использование деминерализованной теменной кости плода для пластического закрытия дефекта передней стенки ВЧП;
- способ пластики передней стенки ВЧП костным матриксом новорожденных поросят.

Все перечисленные выше способы остеопластики передней стенки ВЧП технически легко осуществимы. После оперативного вмешательства полностью восстанавливается образующийся дефект на передней стенке ВЧП, в связи с чем исключается пролабирование мягких тканей щеки в пазуху и обратный переход воспалительного процесса из пазухи на мягкие ткани щеки. Способы способствуют более благоприятному течению послеоперационного периода с наименьшей послеоперационной объективной и субъективной симптоматикой. Выбор отдельных способов при операциях на ВЧП индивидуален.

При операции удаления зубов верхней челюсти одним из частых осложнений является перфорация дна ВЧП. Предупреждение образования ороантрального свища и хронического одонтогенного гайморита во многом зависит от правильного выбора тактики закрытия образовавшегося сообщения. В литературе имеются достаточно много

работ о методике закрытия образовавшегося сообщения после удаления зубов верхней челюсти (Е.К. Сабо, 1970; В.А. Козлов, 1985; В.М. Безруков, Т.Г. Робустова, 2000).

Для остеопластики перфорации дна ВЧП нами применялся КМНП при лечении 26 больных.

Полученные нами результаты свидетельствуют о целесообразности использования КМНП как пластический материал, обладающий способностью активизировать репаративную регенерацию кости.

Таким образом, предложенные нами способы хирургического лечения одонтогенных гайморитов позволяют значительно сократить частоту послеоперационных осложнений, максимально сохранить функциональные способности ВЧП.

ВЫВОДЫ

1. Экспериментальные исследования на животных показали, что формирование костного трансплантата с питающей ножкой обеспечивает полноценные регенерационные процессы в ложе дефекта. Репаративная регенерация в зоне смыкания костного трансплантата с материнской костью протекает в оптимальные сроки с полным восстановлением целостности передней стенки верхнечелюстной пазухи.
2. Репаративная регенерация дефекта в области передней стенки верхнечелюстной пазухи при помещении в него костного матрикса новорожденных поросят происходит многоэтапно. При этом дефект кости в области передней стенки верхнечелюстной пазухи заполняется зрелой костной тканью. Процессы резорбции и замещения протекают синхронно с построением костного регенерата по форме и строению, восполняющего анатомическую целостность кости передней стенки верхнечелюстной пазухи. К концу эксперимента, на 180-ые сутки, имеются все стадии созревания костных структур по остеонному типу.
3. Частота одонтогенных гайморитов в структуре стационарных челюстно-лицевых больных составляет в среднем 7.4%. В зависимости от возраста больных частота одонтогенного гайморита неодинакова, она сравнительно ниже у больных до 20 лет и старше 50 лет. Наиболее часто больные обращаются к лечению весной (33.3%). В 21.4% случаев причиной одонтогенного гайморита является перфорация верхнечелюстной пазухи при удалении зубов верхней челюсти.

4. Применением предложенного нами трубчатого шурупа (канюли) для диагностики и консервативного лечения заболеваний верхнечелюстной пазухи значительно упрощается пункция и консервативное лечение гайморитов, при этом возможно многократное промывание и введение лекарственных препаратов в пазуху без дополнительной травмы.
5. При синусотомии с формированием слизисто-надкостнично-костного лоскута по нашей модификации исключается западение костного трансплантата в пазуху, за счет хорошего краевого контакта между трансплантатом и краями костного дефекта, создаются оптимальные условия для сращения костного трансплантата с материнской костью.
6. Для восстановления дефекта передней стенки верхнечелюстной пазухи после синусотомии как альтернативный трансплантационный материал можно использовать деминерализованную теменную кость плода, а также костный матрикс новорожденных поросят (лопатки).
7. Применением размельченного костного матрикса новорожденных поросят при пластическом закрытии ороантрального сообщения резко сокращается число рецидивов заболевания, ускоряется процесс репаративной регенерации кости в области лунки зуба.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При применении предложенного нами трубчатого шурупа (канюли) для диагностики и консервативного лечения заболеваний верхнечелюстной пазухи имеется возможность многократно промывать и вводить лекарственные препараты в пазуху без дополнительной травмы. Исключаются осложнения, обусловленные пункцией верхнечелюстной пазухи.
2. Пункция верхнечелюстной пазухи через переднюю стенку с применением трубчатого шурупа (канюли) для диагностики и консервативного лечения заболеваний верхнечелюстной пазухи осуществляется практически легко и безболезненно, для ее выполнения не требуется особых навыков. Ее можно рекомендовать в клиническую практику как метод выбора.

3. После синусотомии, при различных заболеваниях и травмах верхнечелюстной пазухи, пластическое закрытие образующегося дефекта на передней стенке можно осуществлять как путем формирования слизисто-надкостнично-костного лоскута, так и применением деминерализованной теменной кости плода, или костного матрикса новорожденных поросят (лопатки). Выбор методики пластического закрытия дефекта передней стенки верхнечелюстной пазухи проводится индивидуально. При первичных синусотомиях целесообразно создать слизисто-надкостнично-костный лоскут. При повторных операциях или в тех случаях, когда имеется уже дефект на передней стенке верхнечелюстной пазухи, можно использовать деминерализованную теменную кость плода или костный матрикс новорожденных поросят, как альтернативный трансплантационный материал.
4. При пластическом закрытии ороантрального сообщения применение размельченного костного матрикса новорожденных поросят способствует быстрому формированию органотипичной кости в области лунки зуба, практически исключается рецидив заболевания.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Պողոսյան Յու.Մ., Պապիկյան Ա.Վ., Մեսչյան Ա.Հ. «Ապահանքայնացված ուղիղի ճակատային քրտնի արհեստականացումը նյութի համունկ տեսակ և նրա կիրառումը ստոմատոլոգիայում». Հայ ստոմատոլոգների համաշխարհային երկրորդ կոնգր., Երևան, 1999, էջ 42-43.
2. Погосян Ю.М., Папикян А.В., Сепян А.Г., Погосян А.Ю. Использование деминерализованной теменной кости плода для пластического закрытия дефекта передней стенки верхнечелюстной пазухи, образующегося после радикальной гайморотомии по Колдуэлл-Люку.// Ж.Вестник хирургии Армении, 1999, N 3-4 стр. 45-49.
3. Сепян А.Г., Погосян Ю.М., Самарчян С.В. Частота одонтогенных гайморитов в структуре больных, лечившихся в челюстно-лицевом отделении «РМЦ Армения» и пути их профилактики.// Ж. Вопр. теор. и клин. медицины, 2000, N 1, стр.46-48.
4. Погосян Ю.М., Папикян А.В., Аветян С.С., Сепян А.Г. Наш опыт применения костно-матричных трансплантатов при лечении некоторых воспалительных и деструктивных заболеваний челюстно-лицевой области.// Сб. научных трудов. Воеармей-

- ская военно-врачебная первая научно-практическая конференция. Ереван, 2001, т.1, стр. 392-396.
5. Погосян Ю.М., Папикян А.В., Сепян А.Г., Погосян А.Ю. Аллопластика передней стенки гайморовой пазухи предупреждает ряд послеоперационных осложнений и косметических дефектов// Армянский медицинский реферативный журнал, 2002, N 1, стр. 169-170.
 6. Погосян Ю.М., Сепян А.Г. Способ остеотомии передней костной стенки верхнечелюстной пазухи». Материалы всеармянского международного хирургического конгресса. Ереван, 2003. стр. 233.
 7. Погосян Ю.М., Сепян А.Г., Аветян С.С. Применение костного матрикса новорожденных поросят при пластическом закрытии перфорации дна верхнечелюстной пазухи// Науч. тр. и сообщ. НИЗ МЗ РА. Ереван, 2004, стр. 123-126.
 8. Погосян Ю.М., Сепян А.Г. Способ синусотомии и пластики верхнечелюстной пазухи// Науч. тр. и сообщ. НИЗ имени Академика С.Х. Авадбекяна, Ереван 2004, стр. 114-118.
 9. Погосян Ю.М., Сепян А.Г., Погосян А.Ю. Альтернативные хирургические методы лечения гайморитов// Ж. Вестник стомат. и челюстно-лицевой хирургии, 2004, т.1, N 3, стр. 17-27.
 10. Погосян Ю.М., Сепян А.Г., Погосян А.Ю. Способ пластики передней стенки верхнечелюстной пазухи после гайморотомии костным матриксом новорожденных поросят// Ж. Вопросы теор. и клин. медицины., т.7, 2004, N 2, стр. 2-5.
 11. Погосян Ю.М., Азнаурян А.В., Сепян А.Г., Погосян А.Ю. Пластическое закрытие дефекта передней стенки верхнечелюстной пазухи костным матриксом новорожденных поросят// Ж. Вопросы теор. и клин. медицины., 2004, т.7, N 3, стр. 2-5.
 12. Погосян Ю.М., Сепян А.Г., Енокян А.Д. Малоинвазивный способ лечения гайморитов путем дренирования верхнечелюстной пазухи с помощью трубчатого шурупа// Ж.Вопросы теор. и клин. медицины., 2004, т.7, N 4, стр. 17-21.
 13. Сепян А.Г. Отдаленные результаты лечения одонтогенных гайморитов// Ж. Вопросы теор. и клин. медицины., 2004, т.7, N 4, стр.44-46.
 14. Погосян Ю.М., Сепян А.Г., Самарчян С.В. Модификация синусотомии при гайморитах// Ж. Вопросы теор. и клин. медицины., т.8, 2005, т.8, N 1, стр.54-56.

15. Ханамирян Т.В., Погосян Ю.М., Сепян А.Г. Экспериментальная модель профилактики осложнений после гайморотомии// Ж. Вопросы теор. и клин. медицины., 2005, т.8, N 2. стр. 50-53.

Патенты.

1. Յու.Պողոսյան, Հ.Ենոքյան, Ա.Սեպյան. Խողովակավոր պտուտականիս ճակատային և վերին ծնոտային ծոցերի հիվանդությունների ախտորոշման և կոնսերվատիվ բուժման համար. Արտոնագիր, 1325 A2, P20020195 07.10.2003 թ., 4 էջ.
2. Յու.Պողոսյան, Ա.Սեպյան, Հ.Ենոքյան. Հայնորիտների ախտորոշման և/կամ կոնսերվատիվ բուժման եղանակ. Արտոնագիր, 1327 A2, P20020194 07.10.2003 թ., 3 էջ.
3. Յու.Պողոսյան, Ա.Սեպյան, Ա. Պողոսյան. Վերին ծնոտային ծոցի առաջային պատի արատի պլաստիկ փակման եղանակ. 1366 A2, P20030028 08.12.2003 թ., 3 էջ.

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Կենդանիների վրա փորձարարական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ սնուցող ստիկով սկրային տրամապլանտատն ապահովում է լիարժեք ռեզերվացիոն գործընթացներ ստորին ծնոտի օրյակում: Տրամապլանտատի և մայրական սկրի հայման գոտում ռեպարատիվ ռեզերվացիան ընթանում է օպտիմալ ժամկետներում՝ վերին ծնոտային ծոցի (ՎԾԾ) առաջնային պատի ամբողջական վերականգնմամբ:

Ռեպարատիվ ռեզերվացիան ՎԾԾ առաջային պատի արատի շրջանում նորածին խոնկորի սկրային մատրիքի (ՆԽՈՄ) տեղակայման դեպքում վերականգնման գործընթացն ընթանում է բազմափուլ: Ընդ որում, հետազոտության վերջում (80-րդ օրը) ՎԾԾ-ի սկրի արատը վերականգնվում է՝ հասուն սկրային հյուսվածքի ձևավորմամբ:

Օդոնտոգեն հայնորիտների հաճախականությունը ստացիոնարում բուժվող դիմա-ծնոտային շրջանի հիվանդություններով հիվանդների թվում կազմում է միջին հաշվով 7.4%: Կախված հիվանդների տարիքից՝ օդոնտոգեն հայնորիտների հաճախականությունը միատեսակ չէ: Այն համեմատաբար ցածր է 50 տարեկանից բարձր հիվանդների մոտ:

Առավել հաճախ հիվանդները բուժման համար դիմում են զարմանը (33%): 21.4% դեպքերում օդոնտոգեն հայնորիտների պատճառ կարող է հանդիսանալ ՎԾԾ-ի պերֆորացիան՝ պայմանավորված վերին ծնոտի առամների հեռացման հետ:

Աշխատանքում նկարագրվում են օդոնտոգեն հայնորիտների ախտորոշման և բուժման մի շարք նոր եղանակներ, որոնք բնորոշվում են իրականացման ոչ վնասվածքայնությամբ: Վիրահատության առաջարկվող եղանակների կիրառման դեպքում զգալի-

որեն նվազում են բարդությունները՝ պայմանավորված բշի շրջանի փափուկ հյուսվածքների դեպի հայտնության ծոցը ներթափանցման հետ:

Օդոնտոգեն հայտնիտների ախտորոշման և բուժման նպատակով առաջարկվող նոր եղանակները կարող են կիրառվել կլինիկական պրակտիկայում՝ որպես այլ ընտրանքային եղանակներ:

S U M M A R Y

Experiments on animals have revealed that the bone transplant with provides complete regeneration processes in the lower jaw sinus The reparative regeneration in the touching zone of the transplant and the maternal bone occurs within optimal period of time by complete reconstruction of the upper jaw sinus front wall.

The reparative regeneration in the upper jaw sinus front wall defect in a new born pig bone matrix location the process of reconstruction occurs by various phases. It is worth to mention that at the end of the experiment (80 days) the upper jaw sinus front wall defect is reconstructed by the formation of a developed bone tissue.

The frequency of odontogenic maxillary sinusitis among patients with maxillo-facial diseases is 7.4%. The frequency of odontogenic maxillary sinusitis is different depending on the age of the patients. It is relatively low in patients of the age 50 and higher.

As it is mostly the case, patients begin treatment in spring 33%. In 21.4% of the odontogenic maxillary sinusitis cases, the reason can be the perforation of the upper jaw sinus which is related with the extraction of upper jaw teeth.

The present work describes new ways of diagnosis and treatment of odontogenic maxillary sinusitis which are characterized by nontraumatic realization. In the cases of operation the complications which are related with the penetration of cheek soft tissues to the maxillary sinus.

The new ways of diagnosis and treatment of odontogenic maxillary sinusitis can be applied in practice as alternative methods.

