



Шадиёва Шодия Шухратовна, Расулова Саломат Мустакимовна
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРО-АНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Шадиёва Шодия Шухратовна, Расулова Саломат Мустакимовна
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

MODERN VIEWS ON METHODS OF TREATMENT OF ORO-ANTRAL COMMUNICATION OF THE UPPER JAW

Shadiyeva Shodiya Shukhratovna, Rasulova Salomat Mustakimovna
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: mustakimovna.0999@gmail.com

Резюме. Ушбу шарҳ мақолада оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпиши муаммоси бўйича маҳаллий ва хорижий тадқиқот материаллари тақдим этилган, ҳамда, оғиз бўйлигининг герметиклигини тиклашга қаратилган пластик жарроҳлик тушунчалари ва усулларининг муҳим қарашлари таҳлил қилинган. Ушбу мақолада ёритилган усулларнинг афзалликлари ва камчиликлари бир-бири билан таққосланган ҳолда кўриб чиқилади, шунингдек, турли хил пластик усулларнинг узоқ муддатли натижалари ва оқибатлари баҳоланади.

Калит сўзлар: оро-антрал нуқсон(алоқа), пластик жарроҳлик, жарроҳлик усуллари, берилган усулларнинг камчиликлари.

Abstract. This review article presents the materials of domestic and foreign studies on the problem of eliminating the oro-antral communication, and also analyzes the essential views of the concepts and methods of plastic surgery aimed at restoring the tightness of the oral region. Also, in this article, the advantages and disadvantages of the illuminated methods are considered in comparison with each other, as well as the long-term results and consequences of various plastic methods are evaluated.

Key words: oro-antral communication, plastic surgery, plastic surgery methods, shortcomings of the illuminated techniques.

Бугунги кунга келиб, ороантрал нуқсон(алоқа)ни даволашда турли хил амалий тажрибаларга қарамасдан, у ҳали ҳам шифокор амалиётида тўлиқ ўрганилмаган муаммолигича қолмоқда. Сурункали одонтоген юқори жағ синусити - одонтоген инфекция натижасида келиб чиққан юқори жағ шиллиқ қаватининг яллиғланиши бўлиб, кенг тарқалган касалликлардан биридир. Бир қатор муаллифларнинг фикрича Россия аҳолисининг қарийб 15 фоизи риносинуситнинг сурункали шаклларида азият чекади [10,26], хорижий манбалар малумотларига кўра эса дунё аҳолисининг қарийб 14-20 фоизида ушбу касаллик тарқалган [43]. Сурункали одонтоген юқори жағ синусит барча яллиғланиш касалликларининг 27-39% ни ташкил қилади [11,

24]. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, сурункали одонтоген юқори жағ синусити билан оғриган беморларнинг сони доимий равишда ўсиб бормоқда ва минтақанинг барча яллиғланиш касалликларининг 4 дан 7,5% гача [13, 18]. Сўнгги ўн йил ичида касалланиш 3 барабар ошди, турли маълумотларга кўра, сурункали одонтоген юқори жағ синусити билан касалланган барча беморларнинг 2% дан 50% гача [21, 25]. Кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар сурункали одонтоген юқори жағ синусит билан касалланади (30-50 ёшдаги беморларнинг 71%). Бу ёшга боғлиқ кариес ва унинг асоратлари билан боғлиқ.

Кўпинча меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар сурункали одонтоген юқори жағ синусити билан касалланади (30-50 ёшдаги беморларнинг 71%). Бу ёшга боғлиқ кариес ва унинг асоратлари билан

боғлиқ. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, сурункали одонтоген юқори жағ синуситининг кенг тарқалган сабаби бу юқори жағнинг катта молярлари соҳасида сурункали инфекциянинг ўчоғи ва кучайишини кўзгатувчи асосий омил уларнинг экстракциясидир [3,9, 15]. Европа мамлакатларида ва Шимолий Америкада сурункали одонтоген юқори жағ синусити билан касалланиш барча максилляр синуситларнинг тахминан 10-12% ни ташкил қилади [24]. Сўнгги йилларда юрак-қон томир касалликларининг тешилган шакллари улуши 42-77% гача ошди [22]. А.М. Сипкин ва бошқаларнинг сўзларига кўра (2013), юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларнинг 54% бош суяги тузилишининг доликосефал типига эга бўлиб, параназал синуслар ва айниқса, максилляр синуснинг кучли пневматизацияси, шунингдек, юқори жағнинг тор алвеоляр жараёни билан тавсифланади [30]. Россиялик муаллифларнинг фикрига кўра, катта ёшдаги одамларда максилляр синусларнинг "перфоратив" яллиғланиш жараёнларининг юқори частотаси (39%) кузатилган [6, 12]. Максилляр синусда сурункали яллиғланиш жараёнининг мавжудлиги кўпсалбий омилларни келтириб чиқаради, биринчи навбатда, бурун нафас олиш бузилишининг узок муддатли, такрорий эпизодлари, бош оғриғи ва бошқалар туфайли беморнинг ҳаёт сифатининг ёмонлашиши бунга мисолдир. Аммо ўткир синусит ва сурункали синуситнинг кучайиши ҳолатларида сепсис ва менингеал кўринишлар (менингит, синус тромбози) каби оғир асоратлар ривожланибкўпинча ўлимга олиб келиши мумкин [8, 11, 13]. Сурункали одонтоген максилляр синусит, оро-антрал нуқсон(алоқа)ҳосил бўлиши билан асоратланади, ҳамда оториноларинголок шифокорлари, ҳамда стоматологлар учун диагностика ва даволашда турли хил қийинчаликлар туғдиради.

Оро-антрал нуқсон(алоқа)нинг мавжудлиги бурун бўшлиғи ва максилляр синуснинг архитектурасини бузади ва шу билан функционал компонентни ёмонлаштиради ва кўшимча равишда бу параназал синуснинг оғиз бўшлиғининг бактериал флораси билан доимий зарарланишига сабаб бўлади [1, 12, 28]. Жарроҳлар кўпинча оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпишда қийинчиликларга дуч келишади [2]. Шу муносабат билан, оро-антрал нуқсон(алоқа) мавжудлиги билан мураккаб бўлган одонтоген максилляр синусит учун комплекс терапиянинг янги усулларини ишлаб чиқиш зарур, бу касалликнинг қайталаниш сонини камайтириши мумкин. Оро-антрал нуқсон(алоқа)ни даволашда жарроҳлик аралашув натижалари кўп жихатдан танланган жарроҳлик техникасига боғлиқ ва ҳар доим ҳам қониқарли эмас [27, 30].

Ушбу патологияда жарроҳлик аралашувнинг анъанавий усулида мобилизация қилинган буккал лоскут техникаси бўлиб, унда трапециясимон тўлақаватли (шиллик-суякусти) лоскут ҳосил бўлади, унинг тепаси ороантрал нуқсон(алоқа)га қараган, сўнгра эпителизацияланган оқма йўллари кесилади, лоскут периостеум ичидаги кесмалар билан мобилизация қилинади, сўнг лоскут тақсимланади ва нуқсон устига тикилади [7, 12, 14]. Ушбу усулнинг кўзга кўринарли афзалликлари шундаки, бажарилиш усулининг соддалиги ва тезлиги, камчиликлари - юмшоқ тўқималар лоскутининг аниқ мобилизацияси ва периостеумнинг муқаррар шикастланишини ҳисобга олган ҳолда операциядан кейинги даврнинг оғир кечиши, яъни тикланишни узокроқ муддатларга чўзилиши. Юзнинг юмшоқ тўқималари соҳасида коллатерал шишнинг ривожланиши ушбу жарроҳлик усули билан операциядан кейинги одатий давр ҳисобланади, бундан ташқари, тасвирланган усул оро-антрал нуқсон(алоқа)нини ёпишнинг "бир қатламли" усули ҳисобланади, лекин ушбу усул натижасида ороантрал нуқсон(алоқа)нинг қайталаниш хавфи кўп учрамоқда. Шунингдек операциядан кейинги кечки даврларда оғиз бўшлиғи вестибюлининг турли даражадаги деформациялари ва умуман, жарроҳлик аралашувидан сўнг юмшоқ тўқималар "сифати" нинг бузилиши, бу ўз навбатида протезлаш ва имплантлар қўйишни сезиларли даражада мураккаблаштиради. Баъзи беморлар мобилизация қилинган лоскут соҳасида парестезия ва анестезия ҳолатларини қайд этадилар. Юқорида тавсифланган техниканинг барча юқорида айтиб ўтилган камчиликларни ҳисобга олган ҳолда оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпишнинг оптимал усули сифатида тан олиш қийиндир [4, 5, 28, 31].

Қон томир оёқчасида тўла қаватли танглай лоскутини ямаш - бу ороантрал нуқсон(алоқа)да оғиз бўшлиғининг герметиклигини тиклашнинг классик усулларидан биридир [1, 13]. Жарроҳлик техникаси концепцияси қатламларнинг бутун чуқурлиги бўйлаб суякгача кесма, сўнгра юмшоқ тўқималарни танглай ўсимтасигача кесиш орқали танглай шиллик қаватидан "тилсимон" лоскут ҳосил қилишдан иборатдир. Шундай қилиб, "шиллик-бириктирувчи тўқима-периостал" лоскут ҳосил бўлиб, унинг устки қисми юқори жағнинг кесма тишларига, асоси эса катта танглай тешигига ва юмшоқ танглайга қараган. Кейинги босқичда оқма йўли кесилади, ҳосил бўлган нуқсон устига лоскут қўйилади ва тикилади [35]. Ушбу техниканинг муҳим афзаллиги оғиз вестибюлининг чандиқли деформацияларининг йўқлиги, бундан ташқари, ушбу жарроҳлик

техникаси доирасида юмшоқ тўқималарнинг хажмининг кўпайиши, жарроҳлик соҳасида милк биотипининг яхшиланишига, бу ўз навбатида жарроҳлик аралашуви соҳаси билан кейинги "ўзаро таъсир"ни осонлаштиради.

Операциядан кейинги давр белгиларининг йўқлиги (шиш, гематомалар каби) бошқа салбий жиҳатлар билан компенсацияланади – танглай ўсимтасининг скелетланган майдони узоқ вақт давомида янгиланади ва шунга мос равишда беморларга оғриқ ва бошқа ноқулайлик туғдиради, бундан ташқари, операциядан кейинги ярада натив периостеумнинг ажралиши ва унинг донор соҳага силжиши натижасида тўқималарнинг морфологик жиҳатдан тўғри регенерацияси учун субстратнинг қайтмас даражада йўқотилиши, яъни анатомик, гистологик жиҳатдан тўғри келадиган етарли барча керакли қатламларга эга милкнинг тикланиши учун субстратнинг ўрнини босиши мумкин бўлмаган ҳолда йўқолиши, бу эса, ўз навбатида, ушбу тўқима майдонини келажакда юмшоқ тўқималарни аугментацияси учун оғиз бўшлиғининг донор соҳа "захираси" бўлиш имкониятидан маҳрум қилади [35].

Оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпиш ёнокнинг ёғли танасига (Биш бўлаги) мобилизация қилиш техникаси ёрдамида амалга оширилиши ҳам мумкин [37,42]. Аслида, бу мобилизация қилинган ёнок лоскутнинг ўзгартирилган усули, аммо ундан фарқли ўлароқ, мажбурий элемент Биш тугунчасининг ёғ танасини ажратиш ва кейинчалик уни ороантрал нуқсон(алоқа) майдонига тақсимлаш ва ярани тикишдир [16, 37, 44]. Ушбу усул "2 қатламли кўринишда" амалга оширилиши мумкин - мукопериостал лоскут ёнокнинг тикилган ёғли танасига тикилади, аммо бу ҳолда усул классик трапециясимон лоскутнинг барча салбий томонларини ўзида акс эттиради [31, 38].

Оператив аралашувни режалаштиришнинг яна бир варианты мавжуд, агар мукопериостеал лоскут табиий равишда жойлаштирилганда - бу ҳолда вестибулнинг чандиқли деформациялари ва бошқа анъанавий "ножўя натижалар" кузатилмайди, лекин шу билан бирга, Биш тугунчаси ташқи кўринишда юз овалини ҳосил қилувчи анатомик ҳосилча эканлигини эсдан чиқармаслик керак. Бу тугунчалар жуфт бўлиб - ўрта чизикнинг чап ва ўнг томонида жойлашган, улардан бирининг позициясининг ўзгариши натижасида бемор юзи симметриясининг бузилишигасабаб бўлиши мумкин, бу эса ўз навбатида мутлақо қабул қилиб бўлмайдиган натижадир [5,13,19, 14]. Шундай қилиб, оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпиш жуда кенг тарқалган, шу билан бирга жуда индивидуаллаштирилган муаммодир, шу сабабли

оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпишнинг классик жарроҳлик усулларини қайта кўриб чиқиш ва доимий равишда модернизация қилишни талаб этади. Жарроҳлар жароҳатнинг қатламланишини оширадиган усулларни таклиф қилишади.

Жарроҳлар жароҳатнинг қатламланишини оширадиган усулларни таклиф қилишади. Кулоқ тоғайига аутотрансплант ёрдамида оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпиш методикасида, кулоқ чиғаноғи тоғайдан дефект ўлчамига мос трансплантант йиғиб олиш усулини назарда тутади, бунинг натижасида трансплант "1-чи кўллаб-қувватловчи қатлам" - "пойдевор" сифатида ишлатилади, 2-қатламдаэса мобилизация қилинган мукопериостал лоскут ҳосил қилинади ва тикилади. Ушбу техникани кўллашда барча аниқ ижобий томонлари билан, албатта, ушбу концепция травматизацияни сезиларли даражада оширишини истисно қилиб бўлмайди ва, албатта, бундай трансплантация қилиш техникаси амбулатория шароитида жарроҳлик аралашуви эҳтимолини истисно қилади [40, 42].

Тўқималарни қайта тиклаш учун қаттик "каркас" (матрица) ҳосил қиладиган турли хил жарроҳлик усуллари тасвирланган. "Куч конструкцияси" ролида титан тўрлари асосий ўрин эгаллайди, унинг устига қоплама лоскутлари мобилизация қилинади ва тикилади [33, 41, 44]. Ушбу усулларнинг барча ижобий томонларини ҳисобга олган ҳолда, келажакда имплантант асосига эга протезларни кўйишда анча қийинчиликлар туғдиради, чунки бунда синтетик элементларни олдиндан олиб ташлаш талаб қилинади, бундан ташқари, операторнинг қўл маҳорати техникасига юқори талабларни ҳам қўяди [33, 36].

Юқоридагиларни умумлаштирган ҳолда шуни таъкидлаш жоизки, оро-антрал нуқсон(алоқа), перфаратив синусит, ороантрал оқмалар мавжудлиги билан мураккаб бўлган одонтоген максилляр синуситни комплекс даволаш масаласини тўлиқ ўрганилган ва айнан мос келадиган методика ишлаб чиқилган деб бўлмайди, чунки ушбу муаммони бартараф этишга қаратилган маҳаллий ва хорижий адабиётларнинг маълумотлари бир-бирига зид ва турлича бўлиб, натижаларни тўлиқ олдиндан айтиб бўлмаслигини кўрсатди, шу сабаб оро-антрал нуқсон(алоқа)ни ёпишнинг оптимал усулини танлаш ҳозирда ўрганишни талаб этадиган энг долзарб мавзу бўлиб қолмоқда [41, 43].

Адабиётлар:

1. Афанасьев В.В. и др. Хирургическая стоматология. Учебник. Под общ.ред. Афанасьева В.В. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.

2. Алексеев С.Б., Боечко Д.С., Алексеев Ю.С. Малоинвазивное хирургическое лечение одонтогенного синусита. *Российская ринология*. 2014; 2:11-12.
3. Анготоева И.Б., Давыдов Д.В. Состояние остиомеатального комплекса у пациентов с одонтогенным гайморитом. *FoliaOtorhinolaryngologiaeetPathologiaeRespiratoriae*. 2015;2:21:14-15.
4. Анютин Р.Г., Романов И.А. Щадящаягайморотомия у больных с перфоративнымодонтогенным гайморитом. *Российская ринология*. 1998; 2:34.
5. Быканова Т.Г. Консервативное и хирургическое лечение одонтогенных верхнечелюстных синуситов: Дис. ... канд. мед.наук. СПб. 2003.
6. Байдик О.Д., Сысолятин П.Г. Клеточные и тканевые изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при одонтогенных синуситах. *Российская ринология*. 2013;2:78.
7. Вишняков В.В., Талалаев В.Н., Ялымова Д.Л. Сравнительный анализ эффективности различных видов хирургического лечения при хроническом одонтогенном верхнечелюстном синусите. *Вестник оториноларингологии*. 2015;5:77-79.
8. Байдик О.Д., Сысолятин П.Г., ЛогвиновС.В., Елизарова Н.Л. Морфофункциональные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при одонтогенном грибковом синусите. *Стоматология*. 2011;5:14-16.
9. Байдик О.Д., Сысолятин П.Г., Руденских Н.В. Особенности структурных изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при одонтогенных кистах. *Институт стоматологии: Научно-практический журнал*. 2011;3:86-87.
9. Виганд М.Э., ИроХТ и др. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа. М.: Медицинская литература; 2010.
- 10.Иорданишвили А.К. (ред). Основы клинической стоматологии. М.: Мед. Книга; 2010.
- 11.Вишняков В.В., Макарова Н.В. Оценка результатов хирургического лечения пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом. *Российская ринология*. 2013;3:20-22.
- 12.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.
- 13.Давыдов Д.В., Гвоздович В.А., Стебунов В.Э., Манакина А.Ю. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: особенности диагностики и лечения. *Вестник оториноларингологии*. 2014;1:4-7.
- 14.Кленкина Е.И. Дифференциально-диагностические аспекты латентных одонтогенных и хронических риногенных верхнечелюстных синуситов: Дис. ... канд. мед.наук. СПб. 2011.
- 15.Кошель И.В. Новые методы закрытия ороантрального соустья. *Научный альманах*. 2016;2-3(16):89-94
- 16.Красножен В.Н., Щербаков Д.А., Хайретдинова А.Ф. Применение аллотрансплантатов при одонтогенных верхнечелюстных синуситах. *Практическая медицина*. 2015;2:23-26.
- 17.18.Ларин Р.А., Шахов А.В. Опыт эндоскопической риносинусохирургии в Нижегородской области. *Российская ринология*. 2013;2:50-51.
- 18.Лопатин А.С., Сысолятин С.П. Ринологические аспекты дентальной имплантации. *Стоматология*. 2009;1:47-50.
- 19.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.
- 20.Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н. Синуситы. Клиника, диагностика и лечение. Бишкек. 2011.
- 21.Сипкин А.М., Никитин А.А., Лапшин В.П. и др. Верхнечелюстной синусит: современный взгляд на диагностику, лечение и реабилитацию. *Альманах клинической медицины*. 2013;28:82-87.
- 22.Сипкин А.М. Диагностика, лечение и реабилитация больных осложненными формами верхнечелюстного синусита с применением малоинвазивных хирургических методов: Дис. ... д-ра мед.наук. М. 2013.
- 23.Соловых А.Г., Анготоева И.Б., Авдеева К.С. Ятрогенный одонтогенный гайморит. *Российская ринология*. 2014;4:51-56.
- 24.Яременко А.И., Матина В.Н., Суслов Д.Н., Лысенко А.В. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы (обзор литературы). *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015;10-5:834-837.
- 25.Трубин В.В., Алексеев С.Б., Алексеев Ю.С. Малоинвазивный метод хирургического лечения одонтогенного синусита. *Морфологические науки и клиническая медицина. Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 100-летию со дня рождения доцента Бриллиантовой Анны Николаевны*. Чебоксары. 2015;237-240.
- 26.Харитонов Ю.М., Фролов И.С. Эволюция методов диагностики одонтогенноперфоративного верхнечелюстного синусита. *Российский стоматологический журнал*. 2013;4:53-56.

- 27.Честникова С.Э. Консервативное и хирургическое лечение хронических одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов: Дис. ... канд. мед.наук. М. 2008.
- 28.Шулаков В.В., Лузина В.В., Царев В.Н., Бирюлев А.А., Зуева А.А. Одонтогенные перфорации верхнечелюстных пазух: причины развития осложнений и принципы их предупреждения. Клиническая стоматология. 2011;1:22-27.
- 29.Шулаков В.В., Лузина В.В., Бирюлев А.А. и др. Современные направления профилактики осложнений хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита при перфорациях дна верхнечелюстных пазух. Клиническая стоматология. 2015;2:24-32.
- 30.Щербаков Д.А., Каримова А.И. Способы восстановления стенок околоносовых пазух. Медицинский вестник Башкортостана. 2014;6:2:57- 68.
- 31.Царапкин Г.Ю., Туровский А.Б., Завгородний А.Э. Системная антибактериальная терапия при одонтогенном верхнечелюстном синусите на современном этапе. РМЖ. 2007;18:1352-1356.
- 32.33.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.
- 33.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
- 34.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.
- 35.Borگونovo AE, Berardinelli FV, Favale M, Maiorana C. Open surgical options in oroantral fistula treatment. Open Dentistry Journal. 2012;6:94-98.
- 36.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.
- 37.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
- 38.Manuel S, Kumar S, Nair PR. The Versatility in the Use of Buccal Fat Pad in the Closure of Oroantral Fistulas. J Maxillofac Oral Surg. 2015;14(2):374- 377. Epub 2014 Aug 12.
- 39.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.
- 40.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.
- 41.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.
- 42.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.
- 43.Voss PJ, Soto GV, Schmelzeisen R, Izumi K, Stricker A, Bittermann G, Poxleitner P. Sinusitis and oroantral fistula in patients with bisphosphonate-associated necrosis of the maxilla. Head Face Med. 2016;12:3. Published online 2016 Jan 6.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРО-АНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Шадыева Ш.Ш., Расулова С.М.

Резюме. В данной обзорной статье приведены материалы отечественных и иностранных исследований по проблеме устранения оро-антрального сообщения, а также анализируются существенные взгляды концепций и методик пластического оперативного вмешательства, направленного на восстановление герметичности ротовой области. Также в настоящей статье рассмотрены преимущества и недостатки освещенных методик в сравнении между собой, а также оценены отдаленные результаты и последствия разнообразных способов пластики.

Ключевые слова: оро-антральное сообщение, пластическое оперативное вмешательство, способов пластики, недостатки освещенных методик.