

УДК: 616.216.1

ПРИМЕНЕНИЕ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ ПРИ ЗАКРЫТИИ ДЕФЕКТОВ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Погосян Ю.М.*, Акопян К.А.
МЦ “Канакер-Зейтун”, Ереван

Получена: 17.01.2022, рецензирована: 15.02.2022, принята: 19.04.2022.

Ключевые слова: *ороантральное сообщение, жировое тело щеки, дефект дна верхнечелюстной пазухи.*

Этиология дефектов дна верхнечелюстной пазухи разная. В основном дефекты формируются после резекции верхней челюсти по разным причинам: по поводу развившегося остеонекроза, доброкачественных и злокачественных новообразований, после травм, удаления обширных кист верхней челюсти и др. Размеры дефектов могут варьировать от 1 до 4 см и более при полных дефектах дна верхней челюсти. Существуют разные методики для закрытия дефектов дна верхнечелюстной пазухи. Основной из таких методик является закрытие дефекта с помощью вестибулярного слизисто-надкостничного лоскута [11]. Однако, при больших дефектах наблюдается высокая частота формирования ороантральных сообщений [5, 8] (от 7 до 38%).

Pourdanesh и др. описали альтернативный подход закрытия большого ороантрального сообщения с помощью венечного отростка нижней челюсти и височной мышцы с положительным результатом [9]. Лоскуты с языка подходят для реконструкции в различных областях, включая губу, щеки, небные или ороантральные свищи, поскольку они имеют хорошее кровоснабжение. Siegel и др. использовали полнослойный лоскут на ножке от бокового отдела языка чтобы закрыть большое ороантральное сообщение после частичной резекции верхней челюсти с полным закрытием дефекта [13].

Методы закрытия дефектов дна верхнечелюстной пазухи, предложенные выше, довольно травматичны. После оперативного вмешательства часто развиваются те или иные функциональные нарушения. С целью закрытия дефектов дна верхнечелюстной пазухи при-

нятым методом является также использование протезов obturаторов [1].

Другим методом для закрытия ороантральных сообщений является применение жирового тела щеки (ЖТЩ). В 1977 году Egyedi был первым, кто описал использование ЖТЩ в качестве лоскута в челюстно-лицевой хирургии [2]. Первоначально он использовался для закрытия ороназальных и ороантральных сообщений [2]. ЖТЩ представляет собой дольчатую выпуклую массу жировой ткани, покрытую очень тонкой мембраной. Оно имеет тело, от которого отходят четыре отростка, заполняющих пространство между различными мышечными структурами. Жировое тело имеет богатую васкуляризацию от лицевой артерии, поперечной лицевой артерии и ветви верхнечелюстной артерии. В настоящее время ЖТЩ используется для закрытия дефектов ротовой полости разного размера и происхождения. Главными преимуществами использования ЖТЩ являются его богатое кровоснабжение, эластичность, отсутствие ограничений в использовании по возрасту, безопасности и спонтанной эпителизации. ЖТЩ также содержит стволовые клетки [3], которые способствуют ангиогенезу [7].

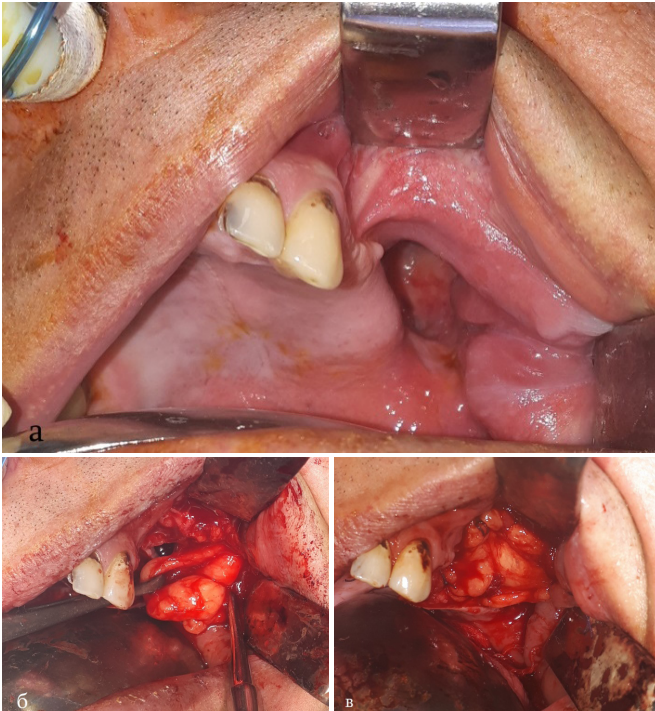
Цель работы – выявление эффективности при применении ЖТЩ для закрытия дефектов верхнечелюстной пазухи.

Материалы и методы

В данном исследовании участвовали 49 больных (42 мужчины и 7 женщин) от 30 до 70 лет со средним возрастом $49,1 \pm 1,2$. Изначально 31-го больного оперировали по поводу остеонекроза челюсти при наркозависимости; 8-х – по поводу медикаментозного остеонекроза; 3-х больных-по поводу остеобластокластомы верхней челюсти; 5-х – радикулярной кисты и 2-х больных – по поводу хронического ороантрального сообщения.

* АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Ю.М. Погосян
МЦ “Канакер-Зейтун”
Адрес: Ереван, Дурян 34, кв. 17
Эл. почта: poghosyan.yuri@mail.ru
Тел.: (+374) 94 45 80 57



Րիս. 1 *Больной А. с ороантральным сообщением после резекции верхней челюсти по поводу остеонекроза, связанного с употреблением наркотика «Крокодил»: а) вид ороантрального сообщения до операции, б) мобилизация ЖТЩ, в) фиксация ЖТЩ в области дефекта*

Хирургическая техника. После образования дефекта в области дна верхней челюсти (рис. 1 а) формировали трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут. По проекции вторых моляров производили горизонтальный разрез на периосте в области основания лоскута. Далее, тупым способом обнаруживали в толще щеки жировое тело, мобилизовали и вводили в область дефекта (рис. 1 б). Исходя из ситуации, жировое тело фиксировали или к вестибулярной и небной десне или к окружающим костным структурам через проведенные заранее отверстия (рис. 1 в). В конце слизисто-надкостничный лоскут мобилизовали и рану наглухо зашивали двумя рядами швов.

Исследование было одобрено Комитетом по биоэтике ЕГМУ и соответствует положениям Хельсинкской декларации.

Результаты и их обсуждение

Во всех наблюдаемых случаях после удаления швов формирования ороантральных сообщений выявлено не было. У всех больных с остеонекрозом и остеобластокластомой после удаления швов наблюдалось частичное оголение ЖТЩ, которое без осложнений эпителизировалось в течение месяца. Частичное оголение ЖТЩ объясняется тем, что изначально имеющийся дефицит мягких тканей, особенно при остеонекрозе, не позволяет закрыть ЖТЩ без натяжения [4]. Данное обстоятельство допускает неполное закрытие ЖТЩ во время операции.

Больные состояли под наблюдением 10-16 месяцев, в течение которых формирования ороантрального сообщения или других послеоперационных осложнений не выявлялось.

В лоскутных операциях частой причиной неудач является инфекция. Необходимо отметить, что ЖТЩ можно использовать в инфицированных областях без риска развития последующих осложнений. Это мы наблюдаем у больных с остеонекрозом, у которых реципиентное ложе изначально инфицировано из-за остеонекроза [4].

Размеры ЖТЩ позволяют закрыть им дефекты дна верхнечелюстной пазухи средней и большой величины (больше 4 см) [2, 4]. У всех больных сформированные полные дефекты дна верхней челюсти были успешно закрыты.

Применение ЖТЩ позволяет закрыть дефекты двумя слоями, что в свою очередь уменьшает риск формирования ороантрального сообщения [2, 4].

В литературе имеются сообщения об успешных применениях ЖТЩ при закрытии дефектов в полости рта разной этиологии [4, 6, 10]. Описан также клинический случай закрытия дефекта в средней трети лица [12].

Закключение

Таким образом, применение жирового тела щеки для закрытия дефектов дна верхнечелюстной пазухи с минимальными осложнениями является предсказуемым методом и предлагается в качестве метода выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А.С., Шанидзе З.Л., Царева Е.В., Арутюнов С.Д.: Особенности ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов и послеоперационными дефектами верхней челюсти онкологического генеза // Стоматология, 2018, т. 97, 1, с. 54-58
2. Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oronasal communications. J. Maxillofac. Surg., 5: 241, 1977
3. Farre-Guasch E., Mart -Page C., Hernandez-Alfaro F., Klein-Nulend J., Casals N. Buccal fat pad, an oral access source of human adipose stem cells with potential for osteochondral tissue engineering: an in vitro study. Tissue Eng. Part C Methods 16: 1083, 2010
4. Hakobyan K., Poghosyan Y., Kasyan A. The use of buccal fat pad in surgical treatment of 'Krokodil' drug-related osteonecrosis of maxilla. J. Craniomaxillofac. Surg., 2018 May;46(5):831-836. doi: 10.1016/j.jcms.2018.03.007
5. Killey H.C., Kay L.W. Observations based on the surgical closure of 362 oro-antral fistulas. Int. Surg., 57:545, 1972
6. Melville J.C., Tursun R., Shum J.W., Young S., Hanna I.A., Marx R.E. A technique for the treatment of oral-antral fistulae resulting from medication-related osteonecrosis of the maxilla: the combined buccal fat pad flap and radical sinusotomy. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol., 122(3): 287e291, 2016
7. Mirancille A., Heesch C., Senqenes C., Curat C.A., Busse R., Bouloumie A. Improvement of postnatal neovascularization by human adipose tissue-derived stem cells. Circulation, 110: 349, 2004
8. Poghosyan Y.M., Hakobyan K.A., Poghosyan A.Y., Avetisyan E.K. Surgical treatment of jaw osteonecrosis in 'Krokodil' drug addicted patients. J. CranioMaxilloFacial Surg., 42: 1639e1643, 2014
9. Pourdanesh F., Mohamadi M., Samieirad S., Banimostafae H., Sadeghi H.M. Closure of large oroantral communication using coronoid process pedicled on temporalis muscle flap: a new alternative approach. J. Craniofac. Surg., 2013 Jul;24(4):1399-402. doi: 10.1097/SCS.0b013e3182997184
10. Rapidis A.D., Alexandridis C.A., Eleftheriadis E., Angelopoulos A.P. The use of the buccal fat pad for reconstruction of oral defects: review of the literature and report of 15 cases. J. Oral Maxillofac. Surg., 2000 Feb;58(2):158-63. doi: 10.1016/s0278-2391(00)90330-6
11. Rehrmann V.A. Einemethodezurschliessung von kieferhohlenperforationen. DtschZahnartlWochenzeitschr 39:1136, 1936
12. Rikhotso Risimati. Use of buccal fat pad as a pedicled graft for maxillary reconstruction in a 6-months old with juvenile aggressive ossifying fibroma. Oral and Maxillofacial Surgery Cases, 2020, 6. 100156. 10.1016/j.omsc.2020.100156
13. Siegel E.B., Bechtold W., Sherman P.M., Stoopack J.C. Pedicle tongue flap for closure of an oroantral defect after partial maxillectomy. J. Oral Surg., 35:746, 1977

ԱՍՓՈՓՈՒՄ

ԱՅՏԻ ՃԱՐԴԱՅԻՆ ՄԱՐՄՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՎԵՐԾՆՈՏԱՅԻՆ ԾՈՑԻ ՀԱՏԱԿԻ ԱՐԱՏՆԵՐԸ ՓԱԿԵԼՈՒ ԺԱՄԱՆԱԿ

Պողոսյան Յու.Մ., Հակոբյան Կ.Ա.
Քանաքեռ-Զեյթուն Բ/Կ

Բանալի բառեր՝ օրոանտրալ հաղորդակցության, վերծնտային ծոցի հատակի արատ, թշի ճարպային մարմին:

Հետազոտության մեջ ներգրավված են եղել վերծնտային ծոցի հատակի ներվիրահատական և հետվիրահատական արատներով 49 հիվանդներ: Վերծնտային ծոցի հատակի արատը փակելու նպատակով օգտագործվել է այտի ճարպային մարմինը: Հետազոտվողներից ոչ մեկի դեպքում

հետվիրահատական օրոանտրալ հաղորդակցության ձևավորում չի հայտնաբերվել:

Այսպիսով, վերծնտային ծոցի հատակի արատները փակելու նպատակով այտի ճարպային մարմնի կիրառումը կանխատեսելի եղանակ է՝ նվազագույն բարդություններով, և առաջարկվում է կիրառել որպես ընտրության եղանակ:

SUMMARY

THE USE OF BUCCAL FAT PAD IN CLOSURE OF MAXILLARY SINUS FLOOR DEFECTS

Poghosyan Yu.M., Hakobyan K.A.
"Kanaker-Zeytun" MC

Keywords: oroantral communication, buccal fat pad, maxillary sinus floor defect.

Forty-nine patients with intra- and postoperative defects of maxillary sinus floor were included in this study. Buccal fat pad was used for closure of maxillary sinus floor defects. Development of oroantral communication was not detected in any pa-

tient.

Thus, the use of buccal fat pad for closure of maxillary sinus floor defects is a predictable method, with the minimal complications and is offered as a method of choice.