

АЛИШЛАЛОВ Саид Алигаджиевич

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОРОАНТРАЛЬНЫХ ПЕРФОРАЦИЙ И СВИЩЕЙ**

3.1.7. Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена на кафедре стоматологии Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»

Научный руководитель:

Сысолятин Святослав Павлович, доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты:

Иорданишвили Андрей Константинович — доктор медицинских наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Цициашвили Александр Михайлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, научно-образовательный институт стоматологии им. А. И. Евдокимова.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение Национальный медицинский исследовательский центр «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «28» октября 2026 г. в 9:00 часов на заседании постоянно действующего диссертационного совета ПДС 0300.028 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в читальном зале УНИБЦ (Научная библиотека) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте <https://www.rudn.ru/science/dissovet/dissertacionnyesovety/pds0300028>.

Автореферат разослан «...» 2026 г.

Ученый секретарь
ПДС 0300.028
Кандидат медицинских наук

Салех Карина Мустафеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность и степень разработанности темы исследования

Ороантральное сообщение (ОАС) является патологическим неестественным сообщением между полостью рта и верхнечелюстной пазухой. Основными причинами его возникновения в 57% случаев является удаление первых и вторых моляров, в 13 % – премоляров и в 30 % третьих моляров верхней челюсти, а также различные опухолеподобные процессы верхней челюсти. Также стоит отметить, что в последние годы увеличилось число пациентов с ОАС после неудачных операций дентальной имплантации и синус-лифтинга. В 41—57 % случаев наличие ОАС является основным этиологическим фактором в развитии верхнечелюстного синусита (ВЧС) (Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., 2022).

В современной литературе описаны десятки различных методик, направленных на устранение сообщений верхнечелюстной пазухи с полостью рта, однако, статистические данные указывают, что в 9–30 % случаев операции по закрытию ороантральных дефектов заканчиваются рецидивами данного патологического состояния (Иванов С.Ю., Афанасьев В.В., 2023). Таким образом, проблема, связанная с эффективным устранением ОАС, осталась нерешенной. Более того, во всех случаях с осложнениями и рецидивами ОАС наблюдаются значительные рубцовые изменения мягких тканей, отсутствие преддверия полости рта, что значительно осложняет в дальнейшем пластику ОАС. В большинстве случаев рецидивы возникают именно при несоответствии объема дефекта объему имеющихся местных тканей, что обуславливает достаточно высокий процент рецидивов ОАС, поскольку хирургическая методика зачастую применяется без учета клинических показаний. Именно поэтому актуальной научно-практической задачей на сегодняшний день является оптимизация хирургического лечения ороантральных перфораций и свищей, а также определение и разработка дифференцированных показаний к выбору методов их хирургического лечения.

Цель исследования

Повысить эффективность хирургического лечения ороантральных перфораций и свищей, определив дифференцированные показания к использованию трапецевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке, а также пластики с использованием свободного аутооттрансплантата из широкой фасции бедра.

Задачи исследования:

1) Провести сравнительную оценку эффективности методов пластики ороантральных перфораций и свищей с использованием трапецевидного слизисто-

надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке.

2) Провести анализ причин рецидивов ороантральных перфораций и свищей после их пластического устранения.

3) Предложить метод пластического устранения ороантральных свищей на основе использования свободного аутооттрансплантата из широкой фасции бедра (АШФБ).

4) Оценить эффективность метода пластического устранения ороантральных свищей на основе использования свободного АШФБ.

5) Разработать дифференцированные показания для использования трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке, а также пластики с использованием АШФБ при хирургическом устранении ороантральных перфораций и свищей.

Научная новизна

1) Впервые проведена сравнительная оценка методов пластики ороантральных перфораций и свищей с использованием трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке.

2) Впервые предложен метод устранения стойких и рецидивирующих ороантральных свищей с использованием АШФБ.

3) Впервые определены дифференцированные показания для использования методов пластики ороантральных перфораций и свищей трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке, и пластики с использованием АШФБ.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы состоит в том, что показана возможность использования АШФБ при устранении дефектов тканей челюстно-лицевой области, в том числе в полости рта. Результаты исследования позволяют рассматривать АШФБ, как биосовместимый, устойчивый к инфекции аутогенный биоматериал пригодный для устранения сквозных дефектов челюстно-лицевой области и полости рта в условиях дефицита местных тканей. Практическая значимость работы состоит в том, что на основе сравнительного анализа определены дифференцированные показания для использования методов пластики ороантральных перфораций и свищей

трапецевидным слизисто-надкостничным лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке, и пластики с использованием АШФБ, что в итоге повысит эффективность лечения данной патологии.

Методология и методы исследования

Методология исследования базировалась на традиционных теоретических и практических методологических принципах. Был проведен анализ специализированной литературы с целью достижения качества полученных результатов и составления дизайна исследования. Исследовались пациенты с ороантральными сообщениями (J32.0, T81.8 по МКБ-10) (n=54) в возрасте от 18 до 68 лет, среди которых 38 мужчин и 16 женщин. Всем пациентам, включенным в клиническое исследование, проводилась комплексная диагностика, включавшая основные и дополнительные методы исследования (объективный осмотр, диагностические пробы Вальсальвы, КЛКТ до и после оперативного вмешательства) после чего следовало хирургическое лечение данных пациентов в объеме устранения ороантральных сообщений с использованием вестибулярного трапецевидного лоскута, языкообразного лоскута с твердого неба, а также пластики с использованием свободного аутооттрансплантата из широкой фасции бедра.

Основные положения, выносимые на защиту

- 1) Основными факторами определяющим эффективность пластического устранения ороантрального сообщения являются герметичное перекрытие лоскутом ороантрального отверстия и стабильная фиксация тканей по раневой линии.
- 2) При использовании вестибулярного трапецевидного лоскута линия швов должна быть удалена от ороантрального отверстия не менее чем на 3 мм, а при использовании небного ротированного лоскута на питающей ножке не менее чем на 5 мм от его апикальной части.
- 3) При устранении рецидивирующих ороантральных свищей и дефиците объема местных тканей может быть эффективно использован аутогенный трансплантат из широкой фасции бедра (АШФБ).

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обусловлена проведением исследования на достаточном количестве исследуемых пациентов с ОАС (n=54), а также использовании

объективных методов исследования, в частности, КТ-исследования, физикальный осмотр и функциональные пробы.

Основные положения диссертации были доложены, обсуждены и одобрены на кафедре стоматологии Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна». Основные положения настоящей работы докладывались и обсуждались на международном научно-практическом форуме молодых ученых и специалистов «Ильинские чтения 2024» (Москва, 2024); VI Научно-практической конференции «Научный авангард» ФМБА России (Москва, 2024); III Всероссийском съезде общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии с международным участием (Санкт-Петербург, 2024); Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции общества ринологов в секции «Челюстно-лицевая хирургия» (Калининград, 2024); XV Национальном фестивале имплантологии (Москва, 2024); Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии» (Санкт-Петербург, 2024); Международном научно-практическом конгрессе «Оториноларингология 2024» в секции «Челюстно-лицевая хирургия» (Новосибирск, 2024); Международном научно-практическом форуме молодых ученых и специалистов «Ильинские чтения 2025» (Москва, 2025); XVI Национальном фестивале имплантологии (Москва, 2025).

Степень разработанности темы исследования

На сегодняшний день предложено множество хирургических методов устранения ороантральных перфораций и свищей, включая использование местных тканей, в частности вестибулярного слизисто-надкостничного лоскута, небного ротированного лоскута, а также комбинированных методик. Вместе с тем в литературе отмечается значительная вариабельность показаний к выбору того или иного метода, отсутствие единых критериев дифференцированного подхода, а также недостаточная оценка их эффективности с учетом размеров дефекта, состояния окружающих тканей и наличия воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе. Особую сложность представляют случаи хронических и рецидивирующих ороантральных свищей, при которых традиционные методы пластики местными тканями не всегда обеспечивают стойкий положительный результат. В доступных источниках имеются отдельные сообщения об использовании различных трансплантатов и аллогенных материалов, однако вопросы выбора оптимального способа хирургического лечения в подобных ситуациях остаются дискуссионными и недостаточно изученными.

Таким образом, несмотря на накопленный клинический опыт и разнообразие предложенных методик, проблема оптимизации хирургического лечения ороантральных перфораций и свищей не может считаться окончательно решенной. Недостаточно разработаны дифференцированные показания к выбору метода оперативного вмешательства, отсутствуют комплексные сравнительные исследования эффективности различных способов пластики, а также требуют дальнейшего изучения возможности применения аутоотрансплантатов при лечении стойких рецидивирующих свищей. В связи с этим проведение настоящего исследования, направленного на разработку дифференцированного подхода к выбору метода лечения ороантральных сообщений, сравнительную оценку эффективности различных хирургических методик и обоснование применения свободного аутоотрансплантата из широкой фасции бедра, является актуальным и своевременным.

Внедрение результатов исследования

Методика закрытия рецидивирующих ороантральных свищей в условиях дефицита местных тканей с применением свободного аутоотрансплантата из широкой фасции бедра внедрена в клиническую практику отделения челюстно-лицевой и костно-пластической хирургии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, ООО Центра эндоскопической стоматологии «Эндостом», ООО «Ортоспайн».

Личный вклад автора

Личный вклад автора в данное диссертационное исследование заключается в анализе, систематизации и обобщении материалов. Автор принимал участие в 62 оперативных вмешательствах пациентов с ороантральными сообщениями, а также в анализе полученных результатов. Также автор выступал на конференциях с докладами, принимал участие в написании статей и тезисов по теме данного диссертационного исследования.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ, среди которых 5 публикаций в изданиях, рекомендованных ВАК.

Объём и структура диссертации.

Диссертация изложена на 100 страницах машинописного текста. Состоит из введения, 4 глав, заключения, обсуждения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 161 источник, из которых 81 отечественных и 80 зарубежных. Работа иллюстрирована 31 рисунками и 3 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование было проведено в период с сентября 2023 по март 2025 года в отделении челюстно-лицевой и костно-пластической хирургии ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, а также клинике ООО «Эндостом».

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) Пациенты с установленным диагнозом T81.8 – Ороантральный свищ. J32.0 – Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит.
- 2) Пациенты, прошедшие дополнительное диагностическое исследование в объеме конусно-лучевой компьютерной томографии как до, так и после оперативного вмешательства.
- 3) Отсутствие у пациентов противопоказаний для проведения лечебно-диагностических манипуляций.
- 4) Возраст пациентов от 18 лет.

Критерии невключения:

- 1) Пациенты возрастом менее 18 лет.
- 2) Декомпенсированные формы общесоматических заболеваний
- 3) Онкологические заболевания

Критерии исключения:

- 1) Ухудшение общесоматического статуса пациента в процессе проведения исследования.
- 2) Отказ пациента от принятия участия в исследовании.
- 3) Отказ пациента от соблюдения послеоперационных рекомендаций.

Срок наблюдения пациентов составлял от 3 до 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Таким образом, в исследование было включено 54 пациента (38 мужчин и 16 женщин), которым было выполнено 62 оперативных вмешательства по устранению ороантрального сообщения с диагнозом J32.0 – Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, T81.8 – Ороантральный свищ.

Всем пациентам было проведено комплексное предоперационное обследование, включающее как основные, так и дополнительные методы диагностики.

Основные методы включали в себя: внешний осмотр, сбор жалоб и анамнеза, в том числе выяснение наличия сопутствующей общесоматической патологии, аллергических реакций, приема различных лекарственных средств или наблюдения у смежных специалистов.

При объективном осмотре в полости рта особое внимание уделялось: расположению ороантрального сообщения (вестибулярно, небно или срединно относительно альвеолярного

гребня), размерам ОАС, измеренным в полости рта с помощью пародонтологического зонда и на компьютерной томограмме (размер костного дефекта) с помощью виртуальной линейки, а также прохождению воздуха с помощью проб Вальсальвы, воды, наличию выделений из ОАС. (Рисунок 1).

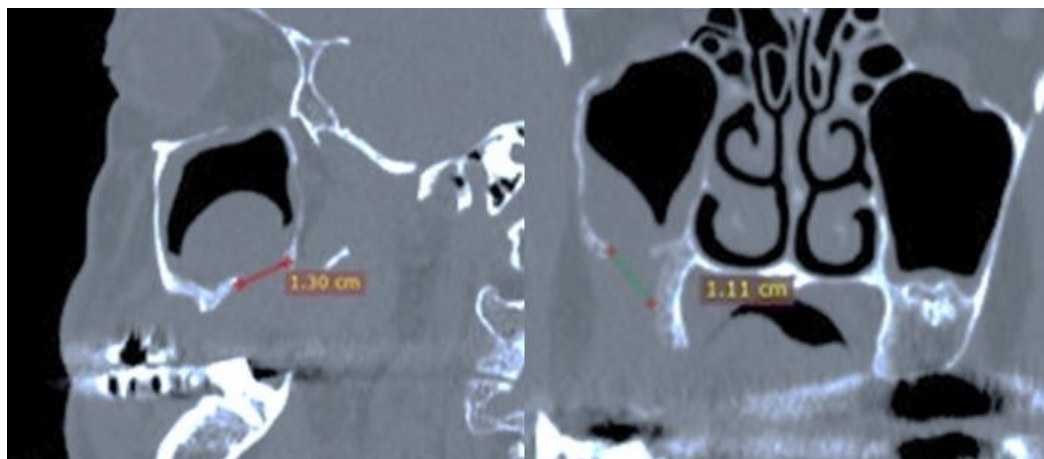


Рисунок 1 – Измерение размеров костного дефекта ОАС на компьютерной томограмме в программе Radiant Viewer

Дополнительная диагностика включала в себя проведение конусно-лучевой компьютерной томографии нижней и верхней челюсти с придаточными пазухами носа. Данное исследование проводилось на цифровом рентгенологическом аппарате с функцией компьютерного томографа (KaVo, OP300 MAXIO).

На компьютерной томограмме помимо размеров и расположения костного дефекта в области ороантрального сообщения проводилась оценка положения перегородки носа, расстояние между свободным краем крючковидного отростка и орбитальной стенкой, наличие втяжения крючковидного отростка в верхнечелюстную синус, плотное его прилегание к орбитальной стенке, гипертрофия или пневматизация крючковидного отростка. Также оценивалось состояние верхнечелюстной пазухи: субтотальное/тотальное затенение, наличие/отсутствие полипов, кист, мукоцеле, а также толщина слизистой оболочки.

В зависимости от характера дефекта (первичные ОАС, когда ранее хирургическое лечение дефекта не проводилось и вторичные ОАС после многократных рецидивов) и метода хирургического лечения пациенты были разделены на группы:

1а) Пациенты, которым проводилось устранение ороантральных сообщений с помощью вестибулярного слизисто-надкостничного лоскута по Рерману (Первичные ОАС) (Rehrman, 1936).

1б) Пациенты, которым проводилось устранение ороантральных сообщений небным языкообразным лоскутом на питающей ножке (Первичные ОАС) (Сукачев В.А., 1996).

2) Пациенты, которым проводилось устранение многократно рецидивирующих ороантральных сообщений пластикой встречными лоскутами с использованием АШФБ (Вторичные ОАС).

Данные сведены в таблицу 1.

Таблица 1 – Разделение на группы пациентов в зависимости от сроков возникновения и метода пластики ОАС

	Группа пациентов	Характер ороантральных сообщений	Количество клинических случаев
Первичная пластика ороантральных сообщений	1а - вестибулярный лоскут	ОАП (Ороантральные перфорации)	19
		ОАС (Ороантральные свищи)	21
	1б - небный лоскут	ОАП (Ороантральные перфорации)	4
		ОАС (Ороантральные свищи)	10
Пластика многократно рецидивирующих ОАС	2 - лоскуты с использованием АШФБ	ОАС (Ороантральные свищи)	8

В 40 клинических случаях хирургические устранения ороантральных сообщений проводились с использованием щечного лоскута на ножке.

Ход операции:

В случаях с ороантральными перфорациями все дефекты возникали интраоперационно во время экстракции зубов. После чего с вестибулярной поверхности альвеолярного гребня был выкроен трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут. В основании лоскута была рассечена надкостница, сделаны два вертикальных послабляющих разреза, вследствие чего лоскут был мобилизован и смещен медиально в положение, перекрывающее ороантральное отверстие. В таком положении лоскут был фиксирован нитью Викрил 5.0. После чего была проведена антисептическая обработка слизистой оболочки полости рта в области операционной раны 3% р-ром перекиси водорода. Типичный клинический пример с устранением ОАС у пациентов группы 1а продемонстрирован ниже (Рисунок 2).

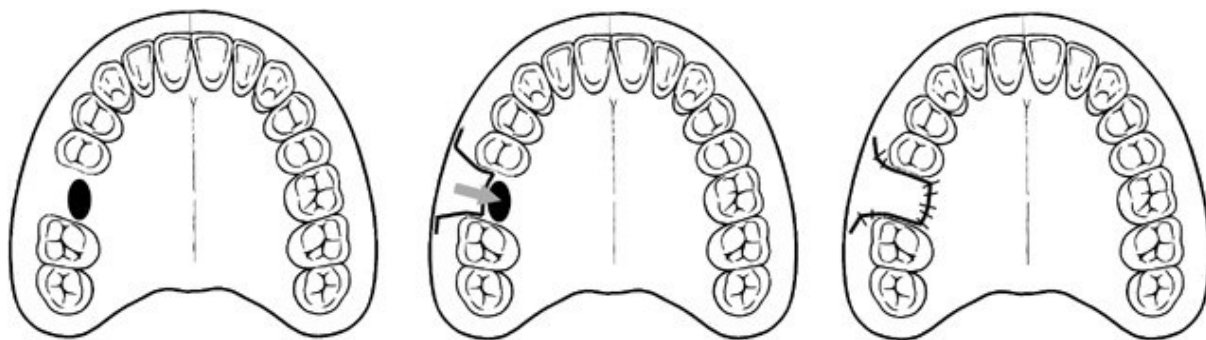


Рисунок 2 – Пластика ороантрального сообщения с использованием трапециевидного щечного лоскута на ножке

В 14 клинических случаях хирургическое устранение ороантральных сообщений проводилось с использованием полнослойного ротированного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке [Сукачев В.А., 1996].

Ход операции:

В условиях местного инфильтрационного обезболивания Sol. Articaini 4% производилось удаление зубов, одонтогенных кист. После сепарации круговой связки зуба серповидной гладилкой производилась его экстракция. После экстракции зуба и цистэктомии визуализировалось ОАС. В клинических случаях с ороантральными свищами перед проведением пластики производилась деэпителизация краев свищевого хода. Пластика ороантрального сообщения производилась лоскутом на ножке с неба, который после проведения двух послабляющих разрезов и деэпителизации в области его верхушки, был ротирован, перемещен в область дефекта с последующей фиксацией к щечному краю раны швами Викрил 5.0. В область донорской раны на небной поверхности укладывалась и фиксировалась лигатурами гемостатическая губка. После чего была проведена антисептическая обработка слизистой оболочки полости рта в области операционной раны 3% р-ром перекиси водорода. (Рисунок 3).

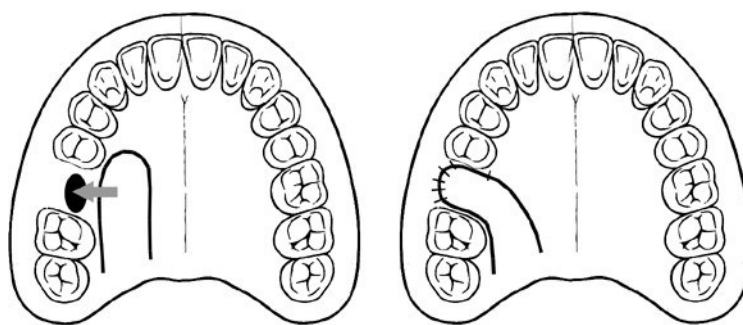


Рисунок 3 – Пластика ороантрального сообщения с использованием полнослойного ротированного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке

В 8 клинических случаях со стойкими, рецидивирующими ороантральными свищами пластика проводилась с использованием АШФБ.

Ход операции:

В области ОАС иссекались стенки свищевого хода, далее отслаивался слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, и выделялась поверхность кости вокруг ороантрального отверстия. Следующим этапом проводился разрез кожи и подкожной жировой клетчатки по наружно-боковой поверхности левого бедра, длиной около 4 см. Подкожная жировая клетчатка отслаивалась от фасции бедра. Далее с помощью острого инструмента из фасции выкраивался прямоугольный лоскут размером 4х4 см. После гемостаза и антисептической обработки рана на бедре послойно ушивалась. Полученный трансплантат переносился в зону дефекта верхней челюсти, укладывался на поверхность кости в растянутом состоянии, и с помощью титановых пинов или микровинтов фиксировался к кости. После этого слизисто-надкостничный лоскут укладывался в исходное положение и фиксирован лигатурами Викрил 4.0. Вертикальный дефект мягких тканей устранен за счет сближения краев и лигатурной фиксации. (Рисунок 4).

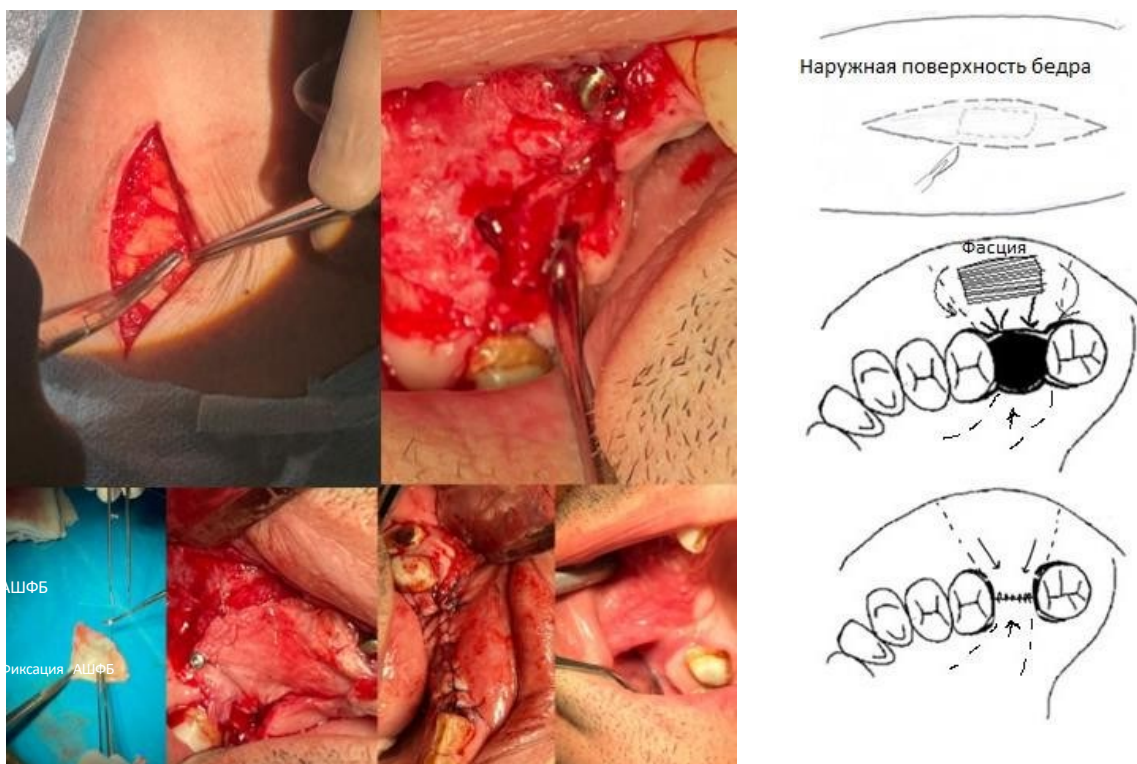


Рисунок 4 – Пластика стойких, рецидиврующих ороантральных свищей с использованием АШФБ

В клинических случаях с ороантральными сообщениями, где на этапе предоперационной диагностики был выявлен хронический одонтогенный ВЧС, проводилась эндоскопическая санация верхнечелюстной пазухи.

Пациенты в зависимости от объема оперативного вмешательства наблюдались стационарно или амбулаторно. В случае амбулаторного наблюдения пациенты приглашались на плановый осмотр на 3-и, 7-е и 14-е сутки. В случаях нахождения пациентов в условиях стационара пациенты наблюдались ежедневно на протяжении всего периода пребывания в стационаре (до 5-7 суток), затем на 14-е сутки. В раннем послеоперационном периоде оценивался характер заживления лоскутов в области ОАС (первичным/вторичным натяжением), состоятельность швов, целостность и жизнеспособность лоскутов, наличие/отсутствие выделений из ОАС. При наличии выделений из ОАС оценивался их характер (гнойные, слизистые, кровянистые). Также в раннем послеоперационном периоде проводился КТ контроль состояния околоносовых пазух, оценивалась пневматизация верхнечелюстной и соседних пазух, состояние остиомеатального комплекса и, в частности, сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью носа. При каждом осмотре пациента проводилась антисептическая обработка тканей в зоне операции.

Швы удалялись на 14 сутки, зона операции визуально исследовалась на наличие ороантрального сообщения, и также на этом этапе для выявления визуально скрытого ороантрального сообщения проводилась проба Вальсальвы.

Итоговый контроль проводился в период 3-6 месяцев после операции. Он включал в себя клинический осмотр, зондирование и пробы Вальсальвы, КТ лицевого черепа и околоносовых пазух. Также оценивалась пневматизация верхнечелюстной и соседних пазух, состояние остиомеатального комплекса и, в частности, сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью носа, размеры костного дефекта альвеолярного отростка (в зоне ОАС), состояние тканей в этой области.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

У пациентов, вошедших в группу 1a и 1b, имеющих ороантральные перфорации, во всех 23 клинических случаях дефекты возникали интраоперационно. У данных пациентов на этапе предоперационной диагностики в 9 клинических случаях был выявлен хронический одонтогенный ВЧС, где на компьютерной томограмме отмечались субтотальное затенение верхнечелюстной пазухи в 3 случаях, а в 6 случаях отмечалось тотальное затенение верхнечелюстной пазухи, блок естественного соустья, а также очаги периапикальных изменений в области причинных зубов (первых и вторых моляров верхней челюсти), подлежащих экстракции. В остальных случаях у пациентов с ороантральными перфорациями отмечалось пристеночное утолщение слизистой оболочки ВЧП, а также в 4 случаях мукоцеле и полипы, не

проявившихся симптоматически. На этапе объективной предоперационной диагностики также у данных пациентов отмечался дефект, проникающий в область ВЧП, а также положительные пробы Вальсальвы во всех случаях. Диаметр ороантральных перфораций при интраоперационной их оценке с помощью пародонтологического зонда составлял от 4 до 8 мм. В 20 клинических случаях дефект располагался по середине альвеолярного гребня. В 2 клинических случаях в области небного корня первых и вторых моляров. В 1 клиническом случае ороантральная перфорация возникла в области дистального щечного корня первого моляра.

У пациентов с ороантральными свищами (31 клинический случай) во всех клинических случаях размер мягкотканного дефекта составлял от 2 до 5 мм. На компьютерной предоперационной диагностике у пациентов с первичными ороантральными свищами в 16 случаях был выявлен хронический одонтогенный ВЧС с тотальным затенением верхнечелюстной пазухи и блоком естественного соустья. Размер костного дефекта при измерении на компьютерной томограмме в коронарной проекции составлял от 5 до 9 мм. В 7 клинических случаях свищи располагались с вестибулярной стороны альвеолярного гребня. В 20 клинических случаях ороантральный свищ располагался по середине альвеолярного гребня. В 4 клинических случаях дефект располагался небно.

Что касается пациентов с многократно рецидивирующими ороантральными свищами, то у данной группы исследуемых в 8 клинических случаях отмечались: дефект верхней челюсти с проникновением в верхнечелюстную пазуху, рубцовые изменения мягких тканей как с вестибулярной, так и с небной стороны, дефицит преддверия полости рта. Отмечались слизистогнойные выделения из ороантрального свища в 7 случаях, а также прохождение воды и воздуха в область верхнечелюстной пазухи на стороне ОАС и положительные пробы Вальсальвы. На компьютерной томограмме у данных пациентов со стойкими рецидивирующими ороантральными свищами отмечались: тотальное затенение верхнечелюстной пазухи и блок естественного соустья в 7 случаях. Субтотальное затенение верхнечелюстной пазухи в 1 клиническом случае. (Ранее данному пациенту проводилась эндоскопическая санация верхнечелюстной пазухи). Размер костного дефекта при измерении на КТ в коронарной проекции у данных пациентов составлял 9-15 мм (среднее значение 12 мм $\pm$ 1.2 мм).

По результатам предоперационной диагностики пациентов с ороантральными перфорациями в 23 случаях отмечался инфицированный зуб, подлежащий удалению, имеющий подвижность 1 степени, гиперемированную десневую борозду. На компьютерной томограмме в 9 случаях у данных пациентов имелись признаки хронического одонтогенного ВЧС, тотального затенения верхнечелюстной пазухи, блок естественного соустья, деструкция костной ткани в периапикальной области, а также расположения корней данных зубов в проекции верхнечелюстной пазухи.

У пациентов с ороантральными свищами в 31 клиническом случае объективно отмечался дефект мягких тканей с проникновением в верхнечелюстную пазуху с эпителизированными стенками, составлявший при измерении пародонтологическим зондом от 1 до 4 мм. В 7 клинических случаях ороантральный свищ имел вестибулярную локализацию, в 20 случаях ороантральный свищ располагался по середине вершины альвеолярного гребня, в 4 случаях ОАС имел небную локализацию. На КТ у данных пациентов в 16 случаях отмечались признаки хронического одонтогенного ВЧС. Данные сведены в таблицу 2.

Таблица 2 – Наличие ВЧС в исследуемых группах

	Группа пациентов	Характер ороантральных сообщений	ВЧС
Пластика ороантральных сообщений	1а - вестибулярный лоскут	ОАП (Ороантральные перфорации)	6
		ОАС (Ороантральные свищи)	7
	1б - небный лоскут	ОАП (Ороантральные перфорации)	3
		ОАС (Ороантральные свищи)	9
Пластика многократно рецидивирующих ОАС	2 - лоскуты с использованием АШФБ	ОАС (Ороантральные свищи)	7

Как было сказано выше, пациенты были разделены на 3 группы именно в зависимости от метода пластики ороантрального сообщения.

В 1а группе, где пациентам с ОАС применялась методика Rehrmann вестибулярным слизисто-надкостничным лоскутом, проведение операции проходило без технических сложностей, продолжительность операции составляла от 40 до 60 минут. Если вместе с пластикой ороантрального сообщения проводилась эндоскопическая санация верхнечелюстной пазухи, то общая длительность операции увеличивалась до 80-120 минут. Интраоперационных осложнений не зафиксировано ни в одном случае.

В раннем послеоперационном периоде наблюдался умеренный отек тканей подглазничной, скуловой, щечной области, гиперемия слизистой оболочки полости рта в области швов. Пик реактивных воспалительных явлений наблюдался на 2-3 сутки, после чего эти явления регрессировали и полностью разрешались к 7-10 суткам. Заживление раны первичным натяжением фиксировалось к 10-14 суткам. Швы удалялись на 14 сутки, при этом лоскут стабильно сохранял свое положение. Проведение эндоскопической санации верхнечелюстной пазухи практически не влияло на течение послеоперационного процесса. Эти пациенты

дополнительно отмечали заложенность носа на стороне операции и серозно-геморрагические выделения из носа. Пик послеоперационного реактивного воспаления носовой полости приходился на 2-3 сутки, после чего регрессировал и полностью купировался к 7-10 суткам.

В послеоперационном периоде у пациентов этой группы наблюдалось уменьшение глубины преддверия полости рта, тяжи слизистой оболочки с вестибулярной стороны при натяжении в области вертикальных разрезов. Эти явления не вызывали жалоб пациентов, однако, иногда они отмечали чувство «натяжения» при улыбке и активной мимике.

По результатам пластики ороантральных сообщений с использованием вестибулярного трапециевидного лоскута (группа 1а) дефект был устранен в 38 из 40 случаев (Рисунок 5).



Рисунок 5 – Устранение ОАС трапециевидным щечным лоскутом

Рецидив возник в двух случаях, что составило 6%. Следует заметить, что при устранении первичных ороантральных сообщений, перфораций рецидивов не было, а оба случая рецидива были у пациентов со свищами (Рисунок 6).



Рисунок 6 – Рецидив ороантрального сообщения после пластики трапециевидным щечным лоскутом

При анализе причин рецидивов отмечено, что в обоих случаях имелась исходно малая глубина преддверия рта, и это не позволило добиться стабильной фиксации лоскута. Хотя край лоскута был фиксирован к неподвижной слизистой оболочке твердого неба, тело лоскута натягивалось при открывании рта и мимике, что приводило и к напряжению и микроподвижности по линии швов. Рецидивы проявились в срок 5-9 суток. Таким образом, мы полагаем, что причиной рецидива стало именно расхождение краев раны в результате микроподвижности, при этом край раны располагался вблизи ороантрального отверстия.

По результатам пластики ороантральных сообщений небным лоскутом на питающей ножке (группа 1б) дефект был устранен в 9 случаях из 14 (рисунок 7).



Рисунок 7 – Устранение ОАС с использованием ротированного лоскута с твердого неба на питающей ножке

Рецидив возник в 5 случаях, что составило 36%. Опять же, обращает на себя внимание, что рецидивы были именно у пациентов с ороантральными свищами (Рисунок 8).



Рисунок 8 – Рецидив ороантрального сообщения после пластики полнослойным ротированным слизистым лоскутом с твердого неба на питающей ножке

При анализе причин рецидивов мы отметили два вероятных обстоятельства. Первое, как и в группе 1а, это проблема стабильной фиксации лоскута. Его край фиксировался к слизистой оболочке преддверия рта, которая при открывании рта и мимике имела подвижность. Второе, апикальный край небного лоскута имел наименьшую толщину и, очевидно дефицит васкуляризации, так как в нескольких случаях мы наблюдали его изменения в цвете и даже краевой некроз. Как и в группе 1а, расхождение краев и рецидив ороантрального сообщения наблюдался после 5 суток. Таким образом, причинами рецидива мы считаем подвижность тканей по линии раны и трофические нарушения в апикальной части лоскута, когда ороантральное отверстие находится вблизи этих границ.

По результатам пластики в группе 2 мы получили положительный результат у всех 8 пациентов (Рисунок 9).



Рисунок 9 – устранение стойкого ороантрального свища в полости рта, спустя 3 месяца после пластики АШФБ

Рецидивов ороантрального сообщения не произошло даже в случаях частичного расхождения краев раны. В силу дефицита объема тканей, добиться полной неподвижности краев раны было фактически невозможно и в 2 случаях мы наблюдали расхождение краев раны, с частичным обнажением поверхности трансплантата, но он оказался устойчив к воздействию ротового содержимого и рецидива ороантрального сообщения не произошло (Рисунок 10).



Рисунок 10 – частичное обнажение АШФБ в полости рта

Если сравнить течение послеоперационного периода в разных группах, то можно отметить, что наиболее болезненно его переносили пациенты с пластикой небным лоскутом. В разной степени, но все они жаловались на боли в области донорской раны на твердом небе, некоторые отмечали эпизоды кровотечения из этой раны.

Пациенты, которым забирался трансплантат с бедра также отмечали болезненность в донорской зоне, но низкой интенсивности. Результаты пластики ОАС в трех группах представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты пластики ОАС в группах

	Группа пациентов (метод)	Характер ороантральных сообщений	Количество клинических случаев	Количество рецидивов ОАС	
Первичная пластика ороантральных сообщений	1a (вестибулярный лоскут)	ОАП	19	0	2 (6%)
		ОАС	21	2	
	1б (небный лоскут)	ОАП	4	0	5 (36%)
		ОАС	10	5	
Пластика многократно рецидивирующих ОАС	2 (лоскуты с использованием АШФБ)	ОАС	8	0	0 (0%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами исследование высветило несколько проблем, которые прежде фактически не обсуждались. Во-первых, это проблема объема мягких тканей, а именно получения необходимого объема лоскута на питающей ножке. Даже в случае первичной пластики объема местных тканей может быть недостаточно. Эта проблема еще более усугубляется при повторных пластиках, а значит необходимы внешние источники в виде трансплантационных или имплантационных материалов. В данном исследовании мы показали, что для этих целей может быть эффективно использован трансплантат из широкой фасции бедра, и кроме того, это исследование открывает перспективу использования таких трансплантатов для устранения других вариантов тканевых дефектов в полости рта и челюстно-лицевой области. В перспективе следует искать эффективную замену данному трансплантату, чтобы снизить общую хирургическую травму. Второй обозначенной проблемой является стабильная фиксация лоскутов и/или трансплантата при пластике ОАС. В ходе данного клинического исследования у ряда пациентов лигатурная фиксация лоскута к мягким тканям дополнялась жесткой фиксацией

лоскута пинами или микровинтами к кости, и возможно, развитие этого способа фиксации не только повысит эффективность известных способов, но и станет основой новых методов. Полученные в ходе исследования данные имеют существенную практическую ценность и должны повлиять на эффективность лечения данной патологии.

Перспективы дальнейшей разработки темы исследования

В будущем планируется углублённое изучение методов повышения эффективности лечения стойких и рецидивирующих ороантральных свищей за счёт использования встречных местных лоскутов в сочетании с различными видами свободных аутотрансплантатов, например, из широкой фасции бедра. Перспективным направлением является разработка сравнительных исследований разных вариантов проведения пластики с целью определения наиболее рациональных и безопасных методов, минимизирующих риск рецидива и осложнений. Также важно расширить методы предоперационной диагностики для более точного выбора тактики хирургического вмешательства и оценки его эффективности в динамике послеоперационного периода. Эти направления позволят создать более универсальные алгоритмы лечения, повышающие качество и долговечность результатов хирургического восстановления.

ВЫВОДЫ

1) Сравнительная оценка пластики ороантральных перфораций трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и ротированного языкообразного полнослойного слизистого лоскута с твердого неба на питающей ножке показали, что эффективность применения вестибулярного лоскута составляет 94%, против 64% при использовании небного лоскута.

2) Основными причинами рецидивов ОАС после их хирургического устранения являются: дефицит объема местных тканей, что не позволяет добиться неподвижности лоскута и увести линию швов за пределы ороантрального отверстия. Факторами дополнительного риска являются тонкий биотип десны и некроз апикального края небного лоскута.

3) Для устранения рецидивирующих ороантральных свищей разработан метод пластики с использованием аутотрансплантата из широкой фасции бедра.

4) Пластическое устранение стойких, рецидивирующих ороантральных перфораций и свищей с использованием АШФБ продемонстрировало свою эффективность во всех 8 случаях его клинического применения.

5) При первичном устранении ороантрального отверстия методом выбора является пластика вестибулярным трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом. При первичном устранении ороантрального отверстия на фоне дефицита или рубцовых изменений тканей

преддверия рта методом выбора является ротированный небный лоскут на питающей ножке. При рецидивирующих ороантральных свищах методом выбора является пластика с использованием свободного аутоотрансплантата из широкой фасции бедра.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1) Учитывая патоморфологические изменения верхнечелюстной пазухи, возникающие вследствие возникновения ОАС, проводить оперативное вмешательство наиболее целесообразно либо в первые 48-72 часа после возникновения ОАС, либо спустя 10-14, когда происходит эпителизация краев ороантрального дефекта. Длительное наличие ороантрального сообщения приводит к развитию верхнечелюстного синусита и требует дополнительной санации верхнечелюстной пазухи.

2) При проведении санации верхнечелюстной пазухи методом выбора является эндоскопическая санация. Проведение санации верхнечелюстной пазухи целесообразно в рамках одного вмешательства с пластическим устранением ороантрального сообщения.

3) При пластике вестибулярным слизисто-надкостничным лоскутом край лоскута и линия швов должна перекрывать ороантральное отверстие не менее чем на 3 мм.

4) При пластике небным ротированным лоскутом на питающей ножке край лоскута и линия швов должна перекрывать ороантральное отверстие не менее чем на 5 мм в апикальной части лоскута и не менее 3 мм в области его тела.

5) Все варианты лоскутов требуют стабильной фиксации, в том числе предупреждающей его мобильность при движениях щеки. Для этого может быть использована дополнительная фиксация с помощью титановых винтов или пинов.

6) При рецидивирующих ороантральных свищах и при дефиците мягких тканей следует использовать аутоотрансплантат из широкой фасции бедра, с помощью которого должен быть создан дополнительный изолирующий слой над ороантральным отверстием. Трансплантат должен быть стабильно фиксирован к кости или надкостнице, для чего также может быть использованы титановые винты или пины.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ АВТОРОМ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в изданиях RSCI

1. **Алишлалов С.А.,** Сысолятин С.П., Серебров Т.В., Хандзрацян А.С. Применение аутоотрансплантата из широкой фасции бедра при устранении мягкотканного сквозного дефекта альвеолярного отростка: клинический случай // Пародонтология. 2024;29(2):194-198. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2024-917>.

2. **Алишлалов С.А.,** Сысолятин С.П., Серебров Т.В., Шелеско Е.В., Черникова Н.А.,

Хандзраян А.С. Первый опыт применения аутоотрансплантата из широкой фасции бедра при устранении ороантральных свищей // Стоматология. 2025;104(1):17-22.

Публикации в изданиях, рекомендованных Перечнями РУДН/ВАК

3. **С.А. Алишлалов, С.П. Сысолятин, Т.В. Серебров.** Выбор метода хирургического лечения при возникновении ороантральных перфораций и свищей // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2023. – № 3(61). – С. 61-67.

4. **Алишлалов С.А., Сысолятин С.П., Серебров Т.В.** Ретроспективный клинический анализ причин рецидивов ороантральных свищей // Российский вестник дентальной имплантологии. 2024; 3(65): 55-60.

5. **С.А. Алишлалов, С.П. Сысолятин, С.С. Шендрикова.** Анализ осложнений хирургического лечения ороантральных перфораций и свищей / // Проблемы стоматологии. – 2025. – Т. 21, № 1. – С. 113-118. – DOI 10.18481/2077-7566-2025-21-1-113-118.

Публикации в других изданиях

6. **С.А. Алишлалов, С.С. Шендрикова, С.П. Сысолятин.** Анализ состояния верхнечелюстной пазухи при ороантральных свищах // Ильинские чтения 2025: сборник материалов международного научно-практического форума молодых учёных и специалистов, Москва: Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна, 2025. – С. 356-358.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АШФБ – аутоотрансплантат из широкой фасции бедра

ВЧП – верхнечелюстная пазуха

ВЧС – верхнечелюстной синусит

ОАП – ороантральная перфорация

ОАС – ороантральное сообщение

СО – слизистая оболочка

ХРОВС – хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит

Алишлалов С.А.

Оптимизация хирургического лечения ороантральных перфораций и свищей

В работе представлены результаты клинического исследования по оптимизации методов хирургического лечения ороантральных перфораций и свищей. Обследовано 62 клинических наблюдения у 54 пациентов, разделённых на две основные группы: первичная пластика

ороантральных сообщений и пластика рецидивирующих, стойких свищей с использованием встречных лоскутов с использованием свободного аутоотрансплантата из широкой фасции бедра. В рамках исследования сравнивались различные виды лоскутных операционных техник, в том числе вестибулярный и небный лоскуты. Полученные данные продемонстрировали высокую эффективность использования вестибулярного лоскута с показателем 94%, что значительно превосходит результаты применения небного лоскута (64%). Восстановление ороантральных сообщений и устранение стойких свищей с использованием свободного аутоотрансплантата из широкой фасции бедра достигли 100% успеха. Проведённый анализ подтверждает преимущества выбранных методик и подчеркивает важность планирования хирургического вмешательства для достижения стабильных клинических результатов. Результаты исследования могут быть использованы для совершенствования алгоритмов диагностики и выбора хирургической тактики при ороантральных сообщениях.

Alishlalov S.A.

Optimization of oroantral perforations and oroantral fistulas treatment

This study presents the results of a clinical investigation aimed at optimizing surgical treatment methods for oro-antral perforations and fistulas. A total of 62 clinical observations involving 54 patients were analyzed, divided into two main groups: primary closure of oro-antral communications and treatment of recurrent, persistent fistulas. Different flap techniques, including vestibular and palatal flaps, were compared within the study. The findings demonstrated that the use of vestibular flaps achieved an effectiveness rate of 94%, significantly higher than the 64% success rate with palatal flaps. The elimination of persistent fistulas was successfully achieved in all cases, reaching 100%. The analysis confirms the advantages of the selected surgical methods and highlights the importance of proper planning to obtain stable clinical outcomes. In conclusion, the developed techniques incorporated into clinical practice substantially improve the efficacy of treatment for oroantral defects, reduce the risk of recurrence, and enhance patient quality of life.