

Стоматолошки факултет — Скопје  
Клиника за максило-фацијална хирургија  
Клиника за орална хирургија  
Воена болница — Скопје  
Стоматолошки кабинет

## КОНЗЕРВАТИВНО-ХИРУРШКИ ТРЕТМАН НА ОРО-АНТРАЛНИТЕ ФИСТУЛИ

Васевски Б., Ј. Јанев, Т. Илиев

*Обработени се 163 болни со оро-антрална комуникација. Авторите се осврнуваат на локализацијата и причините што доведуваат до оваа појава, потоа на конзервативната терапија, а посебно е опишан хируршкиот метод — пластика на синус максиларис со модификација на класичниот букален, односно палатинален резен.*

### Увод

Во нашата секојдневна практика релативно честа компликација е отворањето на максиларниот синус. Оро-антралната комуникација е условена заради анатомотопографските односи помеѓу корените на забите од ретроканинскиот простор и максиларниот синус. Спрема Killeу и Кау<sup>2</sup> оваа компликација најчесто настанува по екстракција на првиот, потоа вториот, а поретко третиот моларен заб. Најчести причинители за оваа состојба се: хроничните периапликални промени, денто-алвеоларните апсеси, пострекстракционите остеомиелити и за жал ретко заради груба и нестручна интервенција. Ако не се забележи оваа компликација може да дојде до формирање на еден незабележан отвор кој перзистира во алвеоларната мукоза<sup>1, 4</sup>.

### Метод на работа и резултати

Анализирајќи сопствен амбулантно-клинички материјал од 163 болни за последните три години, имено од 1. I. 1977 г. до 31. XII. 1979 год., дојдовме до следните констатации: оро-антралната комуникација најчеста е по екстракцијата на првиот и вториот моларен, потоа на вториот предмоларен и третиот моларен заб. Во исклучително мал процент имавме по екстракцијата на првиот предмоларен заб и канинот.

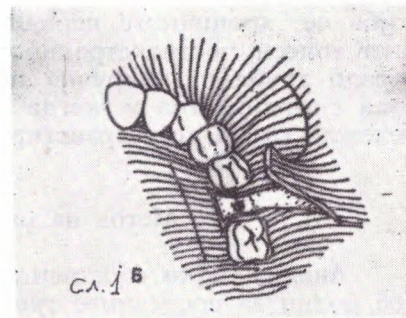
Во 87% од случаите синусот беше без воспалителни промени, дури и кај случаи кога од него требаше да се извадат заостанати радикали, вата, јодоформ штрајфна, тврдо периапикално полнење, или делови од инструменти. Во преостанатите 13% случаи постоеше синуситис, цистични формации, а само во еден случај остеомиелитичен процес во пределот за тубер максиле.

При дијагностицирањето на синус аперта покрај деталниот амбулантно-клинички преглед, секогаш применуваме интераорална рентгенографија и рентгенографија на параназалните синуси по Hürtz.

Случаите со мала фистула, неинфициран синус и длабока алвеола, ги третиравме конзервативно, по пат на обработка на алвеолата (киретажа, испирање со физиолошки раствор и антибиотик) со цел да предизвикаме создавање на коагулум. Овие пациенти беа заштитени со антибитоци и беа под наша контрола. На овој начин постигнавме добар успех кај голем број од третираните случаи, заради што и го препорачуваме. Останатите случаи, со поголема оро-антрална комуникација, корпус allipeum во синусот, синус proccidens ги третиравме хируршки по пат на пластицирање. Од проучуваниот материјал можевме да констатираме дека во досегашната работа најмногу е применуван вестибуларниот резен, а во помал број палантиналниот.

Знаејќи ги предностите и недостатоците на споменатите методи, во последно време вршиме модификација на постоечките методи со цел да постигнеме посигурни резултати со помала траума.

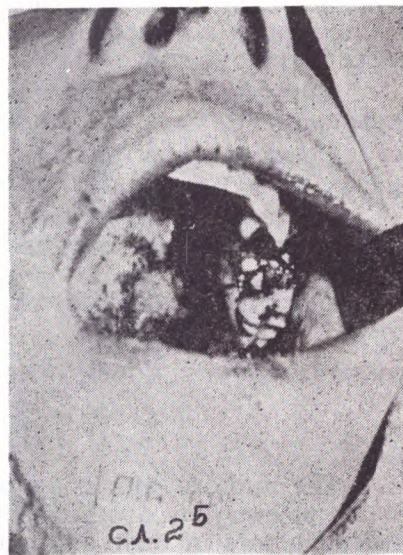
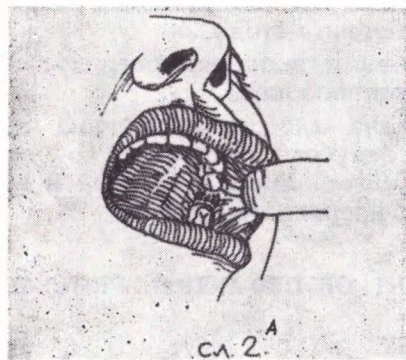
Букалниот резен го применуваме при постоење на комуникација во букалната алвеола, со претходно вметнување на оралната мукоза спрема антриумот (сл. 1-а). За да се избегне дехисценција, правиме рез и на палатиналниот дел на гингивата и тоа на неколку милиметра од работ на освежената рана (сл. 1-б), а потоа сүтурираме.



Фистулите во пределот на палатиналната алвеола ги затвораме со палатинален резен, со таа модификација што истиот го вметнуваме под претходно подготвен муко-периостален мост.



И во овие случаи, букално правиме рез врз муко-периостот и тоа на неколку милиметра од работ на алвеолата, за да се избегне дехисценција на ламбото (сл. 2-а, б).



Големите, пак, оро-антрални комуникации при воспален синус, ги згрижуваме во оперативен акт по методот на Caldwell-Luc, или Denker.

### Дискусија

На мислење сме дека користењето на класичните букални, односно палатинални резови можат да бидат несигурни и да доведат до рецидив. Sprema Спаик<sup>7</sup> се препорачува употребата на букалниот рез, кој мора да биде доволно мобилен, за шавовите да бидат без тензија. Соочени со фактот за неуспех во еден не така мал процент на случаи оперирани со букален резен, се одлучивме за модификација на обата пристапа. На тој начин траумата ја сведовме на минимум, а успехот посигурен. Само во еден случај имавме неуспех заради локален остеомиелитичен процес во пределот на тубер — *maxil lae*, кој перзистирал 5 години пред извршената хируршка интервенција. При истиот болен брисот покажа постоење на инфекција со *Протеус*, што бараше претходно упорно лекување, а потоа ревизија на антрумот и пластика на фистулата.

## Заклучок

Не секогаш е неопходна хируршка интервенција. Свежите оро-антрални комуникации, без радикално или странско тело во максиларниот синус, или пак знаци за инфекција во него, и од друга страна со длабока алвеола, можат конзервативно да се третираат со успех!

Хируршката интервенција е посигурна ако се примени модификација на веќе постоечките класични методи.

Претходна рентгенографија и внимателна интервенција се предуслов за избегнување на оваа компликација.

Случаите со рентгенски докажана задебелена антрална мукоза, синуситис, или пак циста во синусот се решаваат со операција на синусот по методот на Caldwell-Luc или Денкер и во истиот акт се врши пластика на оро-антралната фистула.

## CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF ORO-ANTRAL FISTULAE 5

### Summary

The authors' aim is to point out the problem of oro-antral fistule in everyday dental practice. They review the possible ethiological factors in their own out patient-clinical material and through discussion enlighten the surgical problem. The authors recommend modification of a pedicled flap from buccal and palatal side, only if the sinus is not infected.

## Л и т е р а т у р а

1. Eneroth, C.M., Martensson, G.: CLOSURE OF ANTRO-ALVEOLAR FISTULAE, Acta Otolaryng., 53:477-485, 1961.
2. Killely, H.C., Kay, L.W.: AN ANALYSIS OF 250 CASES OF ORO-ANTRAL FISTULAE TREATED BY THE BUCCAL FLAP OPERATION, Oral Surg., 24:726, 1967.
3. Lainović, M.: NAJČEŠĆI UZROCI POVREDE MAKSI-LARNOG SINUSA PRI EKSRACIJI ZUBA, Stom. Glasnik Srbije, Vanredan broj, str. 317, 1975.
4. Norman, W.B.: ORO-ANTRAL FISTULAE, Eye Ear Nose Throat Monthley, 43:54-57, 1964.
5. Obradović, O., Todorović, Lj., Pešić, V.: ZATVARANJE SVEŽIH OROANTRALNIH KOMUNIKACIJA ŽLATNIM FOLIJOM, Zbornik radova tom II, VI Kongres stomatologa Jugoslavije, s. 197, 1975.
6. Rončević, R., Škokljev, A., Milojković, M.: PRIMENA SURGICELA U MAKSILO-FACIJALNOJ I ORALNOJ HIRURGIJI, Stom. Glasnik Srbije, Vanredan broj, str. 273, 1975.
7. Spaić, R., Škokljev, A., Cvetinović, M., i Milojković, M.: HIRURŠKO LEČENJE ANTRO-ORALNIH KOMUNIKACIJA NASTALIH POSLE VAĐENJA ZUBA, Stom. Glasnik Srbije, Vanredan broj, str. 20—23, 1970.