

**ПРИЧИНЫ ВОСПАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ,
ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ****А.Ю. Тажибаев, У.А. Тыналиев**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика*tajibaevadil@mail.ru**Tynalievulanbek@mail.ru*

Резюме. Для профилактики перфоративного гайморита больным проведено лечение в зависимости от вида травмы пазухи. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения за больными показали эффективность предлагаемых способов лечения перфорации верхнечелюстной пазухи.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, перфорация гайморовой пазухи, перфоративный верхнечелюстной синусит.

**ҮСТҮНКҮ ЖААКТЫН КӨБҮЛҮН СЕЗГЕНҮҮСҮНҮ АНЫКТОО
ЖАНА ДАРЫЛОО****А.Ю. Тажибаев, У.А. Тыналиев**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Гайморо кобулун тешилгенден кийинки ириндешинин профилактикасы жаны дарылоо усулдары менен жургузулгон. Бул ыкмалардын эффективтүүлүгү оорулуларды жакынкы жана узак мөөнөттө кароодо байкалган.

Негизги сөздөр: жогорку жаактын кобулу, гайморо кобулун тешилүүсү жана ыриндеши.

**CAUSES OF MAXILLARY SINUS INFLAMMATION, DIAGNOSIS
AND TREATMENT****A.U. Tajibaev, U.A. Tynaliev**Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The prophylactics of perforated sinusitis, patients were treated depending on the type of sinus injury. The immediate and long-term results of patient observation showed the effectiveness of the proposed methods of treatment of maxillary sinus perforation.

Key words: maxillary sinus, perforation of maxillary sinus and sinusitis.

Проблема диагностики, лечения и особенно профилактика одонтогенного и перфоративного гайморита в настоящее время приобретает все большее медицинское и социальное значение. Прежде всего, это связано с тем, что хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи имеет высокий удельный вес в общей структуре заболеваний челюстно-

лицевой области и часто является погрешностями стоматологических вмешательств.

Особенности анатомического строения верхнечелюстной пазухи, соотношения корней зубов верхней челюсти и дна полости можно отнести к предрасполагающим местным факторам

развития одонтогенного и перфоративного гайморита.

Ряд авторов основным этиологическим фактором в развитии одонтогенного гайморита отмечают бактериальную флору, а причиной учащения случаев хронических форм синусита считают действие агрессивной микрофлоры и сложность диагностики [1,2]. В последние годы ввиду доступности противовоспалительных препаратов отмечается преобладание стертых форм гайморитов, с невыраженной симптоматикой.

Наиболее часто воспалению верхнечелюстной пазухи предшествуют осложнения эндодонтическое вмешательство 55% и проталкивания корня зуба с развитием перфоративных гайморитов 35% [2, 3].

Общеизвестные способы устранения ороантральных сообщений ввиду различных причин не всегда дают желаемых результатов. По данным многих авторов рецидивы с формированием стойких свищей после пластики перфорационного отверстия возникают в 10- 30% случаев лечения.

При значительных достижениях в диагностике синуситов за последнее десятилетие, остается еще много спорных, не вполне решенных вопросов, требующих дальнейшего изучения. Наиболее доступный традиционный рентгенологический метод не вполне точно определяет истинную картину изменений в пазухе, обнаруживаемую во время

операций. Процент совпадений составляет 86,2-96%. Наиболее современным методом лучевой диагностики является метод мультиспиральной компьютерной томографии, который позволяет максимально точно визуализировать анатомические структуры в любых плоскостях и в трёхмерном изображении. Использование данного метода в планируемом исследовании позволит максимально объективизировать результаты обследования [3,4].

Учитывая вышеизложенное, актуальной задачей современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является необходимость глубокого и детального изучения методов диагностики, лечения и профилактики отдельных форм воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики, лечения и профилактики перфоративных верхнечелюстных синуситов.

Материал и методы исследования

Диагностика и лечение 82-х больных с перфорациями верхнечелюстной пазухи проводились на базе Городской стоматологической поликлиники №4 города Бишкек с 2009 года. Клинические обследования больных с перфорацией верхнечелюстной пазухи проводились общепринятыми методами. Группы пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Распределение больных по характеру перфорации верхнечелюстной пазухи

	Слизистая оболочка пазухи интактная	Слизистая оболочка пазухи с воспалит. изменениями	итого
Без внедрения инородных тел в полость пазухи	34	6	40
С внедрением инородных тел в полость пазухи	30	5	35
Одонтогенные кистозные образования, проросшие в пазуху	6	1	7
Итого	70	12	82

В зависимости причины и клинических проявлений перфораций верхнечелюстной пазухи распределили на несколько вариантов (табл. 2).

Вариант 1 Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи после удаления зуба без признаков воспаления.

Причины: повышенная пневматичность пазухи;

Вариант 2. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с локализацией инородного тела (корней зубов, пломбировочная масса, имплантат) в полости пазухи без признаков воспаления.

А. после операции удаления зуба.

Причины: повышенная пневматичность пазухи; грубая травматичная оперативная вмешательство

Б. после пломбировки корневых каналов зуба

Причины: нарушение техники эндодонтического лечения, работа без апекслокатора.

В. Провал имплантата в полость пазухи.

Причины: нарушение техники операции дентальной имплантации.

Вариант 3 Деформация костного рельефа дна верхнечелюстной пазухи без нарушения целостности слизистой оболочки пазухи

Причины: одонтогенные кисты верхней челюсти, операция синуслифтинга, операции атипичные удаления зуба при дистопии.

Вариант 4. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с хроническим полипозным гайморитом

Причины: повышенная пневматичность пазухи; грубая травматичная оперативная вмешательство

Вариант 5. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением

Причины: повышенная пневматичность пазухи; грубая травматичная оперативная вмешательство

Таблица 2 - Клинические признаки перфорации верхнечелюстной пазухи при различных вариантах

	1	2			3	4	5
		А	Б	В			
носо-воздушная проба	+	+	-	-	-	-	+
Разрывы разможнение слизистая краев лунки	+	+	-	-	+	+	+
выделение гноя из лунки удаленного зуба	-	-	-	-	-	-	+
зонд проваливается в полость пазухи	+	+	-	-	+	+	+
на рентгенографии инородное тело (часть корня зуба, пломбировочный мат.) в верхнечелюстной пазухе	-	+	+	+	+	+	+
одонтогенные кистозные образования проросшие в полость верхнечелюстной пазухи	-	-	+	-	+	-	-

В зависимости от клинических вариантов нами предложены следующие виды лечения.

Вариант 1. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи без признаков воспаления.

Под местной анестезией выкраивают трапезиевидный слизисто-надкостничный лоскут с щеки или языкообразный с неба, далее мобилизация и образование тоннеля

между надкостницей и слизистой с противоположной стороны, в лунку вводят остеопластический материал с изоляционной пленкой, пропитанной антибиотиками и проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом путем введения деэпителизованного края лоскута в образованный тоннель.

Вариант 2. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с локализацией инородного тела в полости пазухи (рис. 1,2)

Под местной анестезией выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с щеки или языкообразный с неба, мобилизуют, формируют тоннель между надкостницей и слизистой оболочкой с



Рис. 1. Перфорация верхнечелюстной пазухи с инородным телом в полости (корень зуба).

Вариант 3. Деформация костного рельефа дна верхнечелюстной пазухи без нарушения целостности слизистой оболочки пазухи.

Под местной анестезией выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с щечной области или языкообразный с неба, далее мобилизуют, формируют тоннель между надкостницей и слизистой оболочкой с противоположной стороны, расширяют края костного дефекта удаляют инородное тело не нарушая целостность пазухи, в лунку вводят остеопластический материала с изолирующей мембраной с антибиотиками и проводят пластику дефекта выкроенным лоскутом путем введения деэпителизированного края лоскута в образованный тоннель.

Вариант 4. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с хроническим полипозным гайморитом

Под местной анестезией выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с щеки или языкообразный с неба, мобилизуют, формируют тоннель между надкостницей и слизистой оболочкой с противоположной стороны, расширяют края костного дефекта удаляют полипы вместе с

противоположной стороны, расширяют края костного дефекта удаляют инородные тела и обрабатывают полость пазухи дезинфицирующими растворами, далее проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом путем введения деэпителизированного края лоскута в образованный тоннель.



Рис. 2. Удаление инородного тела (пломбировочной массы) из полости пазухи и резекция корня зуба 24 зуба.

патологически измененной слизистой оболочкой и обрабатывают полость пазухи дезинфицирующими растворами, далее проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом путем введения деэпителизированного края лоскута в образованный тоннель.

Вариант 5. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением.

Промывают полость пазухи дезинфицирующими растворами, в полость вводят антибиотики, затем временно закрывают дефект временным obturator-пластинкой, изготовленной из силикатных слепочных материалов на 1 сутки. Ежедневно проводят перевязку по этой методике до 2-3-х суток. Пластику перфорационного отверстия по предлагаемой методике производят после стихания воспалительных явлений.

Послеоперационном периоде больным были назначены: противовоспалительное, общеукрепляющее, физиотерапевтическое и симптоматическое лечение.

Клинические методы исследования включали выявление жалоб пациента, данных анамнеза, а также осмотр,

пальпацию, зондирование и проведение клинических проб. Анализировали выраженность послеоперационных воспалительных явлений, состоятельность швов на ране, характер экссудата, а также причины развития ранних и отдалённых послеоперационных осложнений.

При анализе данных рентгенологических методов обследования обращали внимание на локализацию и степень пролиферативных изменений в верхнечелюстной пазухе; определяли объём и локализацию костного дефекта в области дна пазухи; выявляли очаги хронической одонтогенной инфекции; исследовали состояние полости носа и придаточные пазухи на наличие врождённых и приобретённых патологических изменений. Исследования проводили при поступлении и в ходе подготовки к оперативному вмешательству в плановом порядке. С целью контроля качества лечения и выявления возможных рецидивов проводили рентгенологическое обследование через 1 и 3 месяцев после операции.

Результаты исследования

Жалобы больных: после операции на появление отеков мягких тканей лица, слабость и ощущение тяжести на поражённой стороне. Местные изменения характеризовались отечностью слизисто-надкостничного лоскута, состояние швов были удовлетворительными. Всем пациентам были назначены антибиотики широкого спектра действия в виде внутримышечных инъекций, предпочтение при выборе оказывалось антибиотикам цефалоспоринового ряда, также назначали сосудосуживающие препараты в виде капель в полость носа.

Больные отмечали быстрое улучшение самочувствия, нормализацию температуры тела, восстановления свободного носового дыхания и функцию обоняния.

При перфорации верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением (5-й вариант) в течении 2-3 суток промывная жидкость оставалась мутной, но без запаха.

Этой группе больных проводились операции устранения соустья пластикой слизисто-надкостничным лоскутом и дренирования поражённой пазухи по

разработанной нами способом (патент на изобретение Кыргызской Республики от 31.05.2018 №2063) для введения в полость пазухи антисептиков и антибиотиков с учетом аллергического статуса больного.

Всем больным швы удалены на 9-10 сутки после операции.

Постоперационное течение у больных, кроме 2-х случаев по 5 варианту, протекало без осложнений.

Обследование 57 больных через 1 месяц после проведенного лечения показало отсутствие жалоб, полноценное восстановление носового дыхания и обоняния, удовлетворительное общее состояние.

Клинические данные через 3 месяца после лечения 68 больных по предлагаемой нами методике показали удовлетворительные результаты по данным клинико-рентгенологического исследования, лишь в 3 случаях больные с 4 и 5 вариантом патологии имели осложнения. Рентгенологические данные этого пациента подтверждали наличие пристеночных изменений по дну верхнечелюстной пазухи. Больные с осложнениями получили дальнейшее лечение в стационаре, им выполнена операция радикальной гайморотомии по Колдуэлл-Люкку.

Таким образом, клинические и рентгенологические проявления перфорации верхнечелюстной пазухи имеют различные формы и соответственно диагностика и лечение этой патологии должно учитывать предшествующие этио-патогенетические факторы.

Применение общепринятых клинических методов диагностики перфорации верхнечелюстной пазухи, учитывая появление полипов на слизистой оболочке пазухи при хронических гайморитах, которые часто в виде клапана закрывают перфорационное отверстие при проведении общепринятой носо-воздушной пробы считаем недостаточными. Для точного определения ороантрального соустья предлагаем проведения носо-воздушной пробы для обнаружения сообщения между пазухой и полостью рта не только при выдохе при закрытых ноздрях, но и при вдохе.

Литература

1. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Основные клинимоρφологические особенности формирования хронического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе. Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. 2011;4:45-48.
2. Кошель В.И., Кошель И.В., Сирак С.В., Щетинин Е.В., Цыган В.Н. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы. Санкт-Петербург: Издательство «СпецЛит»; 2020:11 -20.
3. Байдик О.Д., Сысолятин П.Г., Гурип А.А., Ильенок О.В. Современные подходы к диагностике и лечению хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Российский стоматологический журнал. 2015;4:14-17
4. Алексеев С. Б, Боепко Д.С, Алексеев Ю.С. Малоинвазивное хирургическое лечение одонтогенного синусита. Российская ринология-2014.-Т-22.-№2-с. 11-12