

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОДОНТОГЕННЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Ф.А. Хамитова, З.К. Рахимов Ш.К. Пулатова, Ш.А. Камбарова, М.С. Сафарова

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В настоящее время проблема хронического одонтогенного перфоративного гайморита занимает приоритетное место в хирургической стоматологии, что является стимулом к изучению причин и современных методов этиотропного лечения данного заболевания. Нами проведен анализ структуры, этиологии и основных клинко - лабораторных показателей у пациентов с хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно - лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. В данной статье описан метод проведения эндоскопической эндоартральной гайморотомии, являющегося одним из последних научных достижений в области оральной хирургии.

Ключевые слова: перфоративный гайморит, эндоскопическая эндоартральная гайморотомия, одонтогенный, риногенный

ЮҚОРИ ЖАҒНИНГ СУРУНКАЛИ ОДОНТОГЕН ПЕРФОРАТИВ СИНУСИТЛАРИДА ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ф.А. Хамитова, З.К. Рахимов, Ш.К. Пулатова, Ш.А. Камбарова, М.С. Сафарова

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Бугунги кунда сурункали одонтоген перфорацияланган синусит муаммоси жарроҳлик стоматологиясида устувор вазифа бўлиб, бу касалликнинг этиотроп даволашии сабаблари ва замонавий усулларини ўрганиш учун асос ҳисобланади. Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази юз - жағ жарроҳлиги бўлимида ётқизилган сурункали одонтоген перфорацияланган синусит билан оғриган беморларда этиология ва асосий клиник ва лаборатория параметрларини таҳлил қилдик. Ушбу мақолада оғиз жарроҳлиги соҳасидаги сўнги илмий натижалардан бири бўлган эндоскопик эндоартрал гайморотомия усули баён қилинган.

Калит сўзлар: перфорацияланган гайморит, эндоскопик эндоартрал гайморотомия, одонтоген, риноген

IMPROVEMENT OF ENDOSKOPIC METHODS OF TREATMENTS OF CHRONIC ODONTOGENIC PUNCHING OF MAXILLAR SINUSITIS

F.A. Xamitova, Z.K. Raximov, Sh.A. Kambarova, Sh.K. Pulatova, M.S. Safarova

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Nowadays, problem of chronic odontogenous perforated maxillaries ranks higher-priority in dental surgery, which is stimulus for studying causes and modern methods of etiotropic treatment of given disease. Analysis of structure, etiology and basic clinic-laboratory data of patients with chronic odontogenous perforated maxillaries, being treated in maxilla-facial department of Bukhara regional multidisciplinary medical center was carried by us. In given article conduction of endoscopic endoarterial maxillary sinusotomy, which is one of the latest scientific achievements in the field of oral surgery.

Keywords: perforated maxillaries, endoscopic endoarterial maxillary sinusotomy, odontogenous, rinogenous.

Актуальность

Лечение хронического одонтогенного гайморита является задачей, стоящей на стыке двух специальностей — оториноларингологии и стоматологии, так как одонтогенный источник инфекции нарушает морфо-функциональное состояние отделов верхних дыхательных путей и является потенциально опасным патологическим состоянием для здоровья, а иногда и жизни больного.

Вопросам современной диагностики, лечения и профилактики одонтогенных верхнечелюстных синуситов посвящены многочисленные исследования. Клинические наблюдения показывают, что оториноларингологи часто недооценивают связь верхнечелюстного синусита с заболеваниями зубов и одонтоген-

ный гайморит нередко рассматривается как риногенный. В результате, он встречается значительно чаще, чем диагностируется [2].

По данным отечественных и зарубежных исследователей одонтогенные верхнечелюстные синуситы составляют не менее 5-8% от общего числа воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. По наблюдениям оториноларингологов частота одонтогенных гайморитов колеблется от 2 до 25% от общего числа больных с патологией верхнечелюстных пазух [3]. Одонтогенным источником инфицирования гайморовой пазухи часто являются периапикальные очаги воспаления и околокорневые кисты. В ряде случаев причина гайморита связана с попаданием инородного тела в пазуху: осколки и корни зубов, протолкнутые в верхнечелюстную синус при их удалении, плом-

бировочный материал, выведенный в верхнечелюстную пазуху при ошибках эндодонтического лечения зубов верхней челюсти [1].

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к увеличению числа больных одонтогенными синуситами, особенно их перфоративными формами. По данным ряда авторов перфорация верхнечелюстных пазух занимает в этиологии одонтогенного гайморита ведущее место - от 41,2 до 91,7%, и тенденция к снижению числа перфораций верхнечелюстных пазух, в том числе и осложненных, не наблюдается.

По имеющимся литературным данным инородное тело, попавшее в верхнечелюстную пазуху после удаления зуба, оказывает выраженное токсическое воздействие на слизистую оболочку. По мнению ряда специалистов, объем лечебных мероприятий должен рассматриваться с учетом конкретных патогенетических показателей, степени проявления симптомов одонтогенного гайморита, длительности нахождения и места локализации инородного материала в верхнечелюстном синусе [4].

Существующие методы хирургического лечения больных хроническим одонтогенным гайморитом недостаточно совершенны и часто сопряжены с излишней операционной травмой, длительным периодом нетрудоспособности и не всегда позволяют достигнуть хороших клинических результатов, предупредить развитие послеоперационных осложнений, полностью купировать хронический воспалительный процесс. В связи, с чем они нуждаются в дальнейшем совершенствовании [5].

Важным этапом хирургического лечения хронического гайморита является ревизия естественного соустья пазухи с целью восстановления его проходимости, которое может нарушаться при одонтогенном воспалительном процессе в пазухе. Ревизия остеомеатального комплекса, среднего носового хода и соустья возможна только в случае владения врачами методиками эндоназальной эндоскопической хирургии, которые сегодня выполняются далеко не в каждой клинике.

С постепенным внедрением в практику эндоскопических методов хирургического лечения больных одонтогенным гайморитом, отмечается переход от обширных, зачастую травматичных хирургических вмешательств к щадящим методам, что позволяет сохранить важные анатомические структуры оперируемой области и физиологические функции верхнечелюстной пазухи в послеоперационном периоде [5].

Разработаны и известны методы эндоскопической диагностики и лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита, однако каждый из них имеет свои недостатки и преимущества. К последним относят малоинвазивный доступ, функциональность, точность и прецизионность выполнения операции, снижение частоты операционных осложнений, сокращение длительности послеоперационного периода и сроков нетрудоспособности оперированных больных. В то же время до настоящего времени недостаточно разработаны способы хирургического лечения больных с хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом, вызванным выведением инородного тела в верхнечелюстной синус, в том числе и с использованием эндоскопической техники.

Таким образом, дальнейшая разработка и широкое внедрение функциональных эндоскопических опе-

ративных вмешательств в лечении хронических одонтогенных перфоративных гайморитов является своевременным и актуальным исследованием.

Целью настоящего исследования повышение эффективности хирургического лечения больных хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом, вызванным выведением инородного тела в верхнечелюстной синус путем усовершенствования эндоскопических методов гайморотомии.

Материал и методы

В исследование включены 50 пациентов, распределенных на 2 сопоставимые группы. Диагноз устанавливали на основании жалоб, данных эндоскопии полости носа и МСКТ околоносовых пазух. Всем пациентам проведена МСКТ околоносовых пазух (ОНП) в аксиальной и фронтальной проекциях с шагом томографа 0,5 мм. Исследования выполняли на мультиспиральном компьютерном томографе Aquilion Prime, который одновременно с высокоскоростным сканированием выполняет высокоскоростную реконструкцию; таким образом, изображения можно просмотреть практически сразу. Вторым этапом осуществляли хирургическое лечение на базе ЧЛХ-отделения БОММЦ города Бухары. Пациентам 1-й группы выполняли радикальную операцию на ВЧП по Колдуэлл-Люку. Удалению подлежали участки полипозно-измененной слизистой оболочки и макроскопически определяемой грибковой инвазии. Формировали соустье в нижнем носовом ходе. Пластику ороантральной фистулы (ОАФ) осуществляли с помощью слизисто-надкостничных лоскутов с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки, реже небным лоскутом, предварительно проводился кюретаж свищевого хода и освежение краев.

Пациентам 2-й группы выполняли эндоскопическую эндоантральную гайморотомию. Вмешательство начинали с эндоскопической ревизии через перфорационное отверстие ВЧП в области удаленного зуба. Патологическое содержимое пазухи удаляли наконечником отсоса, полипы, инородные тела - антральными щипцами. Следует отметить, что во всех случаях нам удалось удалить эндоантральным доступом находившиеся в просвете пазухи инородные тела - кусочки пломбировочного материала и турунды. Устранение ОАФ во всех наблюдениях производилось по методике, аналогичной применяемой в 1-й группе. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составляла 7 ± 2 дня.

Нами разработана шкала оценки клинической эффективности хирургического вмешательства, критериями которой были:

- 1) длительность пребывания больных в стационаре;
- 2) интраоперационные и послеоперационные осложнения;
- 3) рецидив заболевания.

Клиническая эффективность определялась как "неудовлетворительная" при возникновении рецидива заболевания, наличии осложнений в раннем послеоперационном периоде и увеличении сроков пребывания больных в стационаре более чем на 30%. "Удовлетворительная" - при наличии осложнений и

при увеличении сроков пребывания больных в стационаре на 6-30%, "хорошая" - при отсутствии осложнений, рецидива заболевания и сокращения длительности пребывания пациента в стационаре.

Третий этап исследования проводили через 3 мес после операции; он включал оценку состояния и качества жизни пациентов, проведение МСКТ ОНП, а также оценку клинической эффективности хирургического лечения. Общая длительность наблюдения составила 90 ± 10 дней.

Результат и обсуждение

Применение МСКТ позволило подтвердить одонтогенную природу хронического верхнечелюстного синусита. Среди пациентов 1-й группы при МСКТ ОНП выявлено скопление неоднородного жидкостного содержимого у 18 (56,3%), неравномерное пристеночное утолщение слизистой оболочки - у 10 (31,2%), в 4 (12,5%) случаях обнаружен пломбировочный материал, ассоциированный с мицелием гриба, и у 8 (25%) пациентов выявлена ОАФ.

У пациентов 2-й группы по данным МСКТ ОНП получены следующие результаты: у 38 (50,7%) пациентов в полости ВЧП выявлено скопление неоднородного жидкостного содержимого, у 20 (26,6%) - неравномерное пристеночное утолщение слизистой оболочки, у 10 (13,3%) - пломбировочный материал, ассоциированный с мицелием гриба, что подтверждено морфологически, у 3 (4%) - отломок корня зуба, у 2 (2,7%) - отломок эндодонтического инструмента, у 2 (2,7%) человек на фоне пломбировочного материала в полости верхнечелюстной пазухи визуализировалось неравномерное пристеночное утолщение слизистой оболочки и у 18 (24%) пациентов выявлена ОАФ.

При повторной МСКТ ОНП, проведенной через 90 дней после операции у пациентов 1-й группы, выявлены стеноз искусственного соустья - у 6 (18,7%), сохранение ОАФ - у 4 (12,5%), выпот в ВЧП - у 6 (18,7%) и неравномерное утолщение слизистой ВЧП - у 3 (9,3%). Во 2-й группе у 13 (17,3%) пациентов обнаружен стеноз расширенного естественного соустья, у 4 (5,3%) - сохранение ОАФ и у 5 (6,7%) - выпот в ВЧП.

В ходе 90-дневного наблюдения после операции получены следующие результаты. У всех пациентов 1-й группы выявлены те или иные осложнения. Клинические признаки рецидива ВЧС наблюдались у 8 (25%) больных, послеоперационная гематома мягких тканей лица выявлена у 30 (93,7%), временное нарушение чувствительности в зоне иннервации II ветви тройничного нерва на оперированной стороне - у 100%.

Стойкая анестезия зафиксирована у 5 (15,6%) пациентов. У 4-х пациентов из 8-ми первично выполненная пластика ОАФ оказалась успешной.

Во 2-й группе отмечены следующие послеоперационные осложнения: послеоперационная гематома мягких тканей лица - у 7 (9,3%), временное нарушение чувствительности на оперированной стороне - у 5 (6,7%).

Клиническая эффективность хирургического лечения у пациентов 2-й группы была выше, чем в 1-й группе. В 1-й группе у 8 (25%) пациентов клиническая эффективность была "неудовлетворительной", у 24 (75%) - "удовлетворительная". "Хорошая" клиническая эффективность в 1-й группе не выявлена. Клиническая эффективность во 2-й группе была выше у 61,3% - "хорошая", у 24% - "удовлетворительная" и у 14,7% - "неудовлетворительная" клиническая эффективность.

Выводы

Применение МСКТ позволило определить состояние дна ВЧП и ее слизистой оболочки, выявить анатомические особенности развития, определить погрешности эндодонтического лечения зубов в виде проникновения пломбировочного материала из корневых каналов в полость ВЧП, с уточнением его локализации и связи с "причинным" зубом, а также изучить состояние костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти с выявлением участков деструкции.

Эндоскопическая эндоартральная гайморотомия позволяет с минимальной травмой выполнить ревизию ВЧП, что создает условия для более гладкого течения послеоперационного периода и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бернадский, Ю. И: Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, /М. Медицина 1998.-416с.
2. Бернадский, Ю. М. Одонтогенные гаймориты -/М. Медицина, 1968.- 136 с.
3. Богатов А.И. Оптимизация комплексного лечения больных с острыми и обострением хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов. //Актуальные вопросы современной стоматологии. Самара; 2000.- С. 81-83.
4. Богатов А.И. Санация верхнечелюстного синуса при одонтогенных воспалительных процессах. //Актуальные вопросы современной стоматологии. Самара, 2000. - С. 90-93.
5. Губайдуллина Е. Я. К методике закрытия свищей дна гайморовой пазухи //Стоматология.- 1959.- №1.- С. 49-55.

Поступила 01.03. 2019