

М.А. Губин, Ю.П. Сердюков, Н.А. Потимко
**ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

*Каф. хирургической стоматологии ФПК и ППС
ВГМА им.Н.Н.Бурденко*

Актуальность. В последние годы наметилась чёткая тенденция перехода от радикальных операций на околоносовых синусах к малоинвазивной хирургии. Концепция функциональной и микроскопической хирургии придаточных пазух носа, основанная на современных данных по изучению физиологии и патологии слизистой оболочки носа и синусов, занимает ведущее позиции в ринологии. Диагностика и лечение одонтогенных заболеваний околоносовых синусов с использованием видеоэндоскопической техники в практике челюстно-лицевых хирургов и стоматологов ещё не получила широкого распространения.

Цель нашей работы заключалась в совершенствовании диагностики и лечения одонтогенных патологических процессов в верхнечелюстном синусе (ВС) с использованием видеоэндоскопической аппаратуры в ежедневной амбулаторной практике стоматолога-хирурга.

Материал и методы исследования. За период с сентября 2002 года по июнь 2003 года в центре амбулаторной хирургической стоматологии и видеоэндоскопической хирургии Воронежской областной клинической стоматологической поликлиники проведено обследование и лечение 24 больных с одонтогенными процессами в верхнечелюстной пазухе. Все пациенты были обследованы по специальной диагностической программе, обеспечивающей раннее выявление и дифференциальную диагностику форм одонтогенного синусита и других заболеваний ВС.

Наряду с традиционными рентгенологическими методами исследования использовали компьютерную и магнитно-резонансную томографию околоносовых синусов, видеоэндоскопическое обследование поражённого синуса и полости носа.

Алгоритм диагностического обследования больных обязательно включал изучение системной гомеостатической реакции организма. При отсутствии общесоматической патологии или при компенсированной форме заболевания проводили исследования клеточного, биохимического состава крови и свёртывающей системы.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ клинико-лабораторных проявлений одонтогенных заболеваний ВС позволил разделить всех пациентов на две основные группы. В первую вошли пациенты с воспалительными процессами в ВС (21 человек). Вторую группу составили 3 пациента с радикулярной кистой, проросшей в верхнечелюстную пазуху.

У 8 больных причиной воспалительного процесса в пазухе явилось наличие в просвете синуса инородного тела (у 1 больного - пломбирочный материал, у 4- корень удаленного зуба, у 3 пациентов – дентальный имплантат). У 18 больных I группы диагностирован дефект нижней стенки синуса (оро – антральное соустье или свищевой ход).

Программа лечения была комплексной, адаптированной к каждой группе больных. Больным с острым серозным синуситом в день обращения проводили диагностическую синусоскопию, оценивая состояние слизистой пазухи и полости носа, наличие инородного тела в просвете синуса, выявляли одонтогенный очаг инфекции, при необходимости удаляли причинный зуб полость антисептиков (0,05% хлоргексидин, 0,02% фурацилин).

При перфоративном синусите тактика лечения определялась размерами дефекта. Если размеры соустья не превышали 0,5 см., то лечение было консервативным. Проводился тщательный кюретаж лунки удаленного зуба, медикаментозная обработка растворами антисептиков. Лунка заполнялась остеоиндуктивными материалами (Колапол КП-2, КП-3), а на слизистую оболочку накладывался П-образный шов. Лунка прикрывалась защитно-разобщающей

пластинкой. Для изготовления пластинки использовали самотвердеющую пластмассу (Редонт 03, Протакрил, немецкая базисная пластмасса). Для фиксации пластинки на опорные зубы применяли стандартные металлические кламмеры или изготавливали зацепные крючки из ортопедической проволоки диаметром 0,8 - 1,2 мм. С целью удаления остаточного мономера из пластмассовой пластинки, который оказывает негативное влияние на репаративные процессы в слизистой оболочке, пластинку помещали в полимеризатор при давлении 2 атмосферы на 15 минут.

Под пластинку 2-3 раза в сутки помещали повязку с иммуно - стимулирующими и керо-топластическими препаратами (желе актовегина, солкосерил, облепиховое масло, аскол и др.).

Общее лечение заключалось в назначении антибиотиков широкого спектра действия, нестероидных противовоспалительных средств.

При значительных размерах оро-антрального дефекта (более 0,5 см.) проводим операцию пластического закрытия имеющегося сообщения. При этом с вестибулярной стороны альвеолярного отростка выкраивался тропециевидный слизисто-надкостный лоскут с основанием у свода преддверия полости рта. Нижняя часть лоскута деепителизировалась скальпелем. С небной стороны дефекта также выкраивался и мобилизовался незначительный по длине трапециевидный лоскут. Нижний край щёчного лоскута помещали под нёбный мобилизованный лоскут и фиксировали викролом. Непосредственно перед фиксацией полость рта и ВС разобщали с помощью биокомпозиционных материалов, таких как КП-3, мембраны «Пародонкол».

У больных с не осложненной формой острого деструктивного (гнойного) синуса лечение всегда начиналось с реализации принципа неоперативной санации синуса на фоне антибактериальной терапии. Для этого ежедневно пазуху промывали растворами антисептиков. При отсутствии гнойного отделяемого и улучшении общего состояния больного проводили визуализацию слизистой оболочки синуса и полости носа, при необходимости - пластинку оро-антрального свища, удаление инородного тела или причинного зуба.

При хронической форме синусита всем больным осуществляли оперативное лечение в объёме микрогайморотомии с использованием эндоскопов (угол зрения 00и 300). При этом оперативный доступ осуществляли со стороны клыковой ямки двумя способами. В большинстве случаев в области верхней челюсти в проекции верхушек корней клыка, премоляров и первого моляра выкраивался угловой слизисто-надкостный лоскут, после чего в передней стенке ВС хирургической фрезой создавали трепанационное отверстие диаметром около 1 см. В завершении операции отслоенный лоскут фиксировали викриловыми швами.

Второй способ оперативного доступа предусматривал использование трокора, которым передняя стенка ВС перфорировалась на 0,5 см выше проекции верхушек корней верхних премоляров. При этом на трокор предварительно надевалась заострённая ушная воронка №4, которая ввинчивалась в образованное отверстие, и через которую производилась ревизия синуса. С помощью оперативного вмешательства удаляли полипозно-измененные участки слизистой оболочки синуса, холестеатомные массы, инородные тела, эвакуировали воспалительный секрет. При перфоративных формах синусита одновременно осуществляли пластику оро-антрального свища.

У больных с обострением хронического синусита лечение было двухэтапным. Первоначально лечение было направлено на купирование острых явлений (реализовали принцип неоперативной санации синуса на фоне противовоспалительной терапии). На втором этапе лечения проводилась видеоэндоскопическая микрогайморотомия с пластикой свища.

Больным с радикулярной кистой, проросшей в ВС, проводили видеоэндоскопическую цистэктомию под местной анестезией с потенцированием.

Первоначально удаляли причинный зуб, затем при помощи троакара производили трепано - пункцию лицевой стенки синуса в проекции полости кисты. Кистозное содержимое аспирировали, фрагментировали оболочку кисты и удаляли её с помощью щипцов Блэксли по частям. Костную перегородку между полостью кисты и просветом синуса устраняли с использованием выкусывателя Штамбергера и долота. Проводили осмотр слизистой оболочки синуса, оценивали функцию соустья. При наличии полипозно-утолщённой слизистой оболочки её удаляли.

В послеоперационном периоде также назначали антибактериальные препараты и нестероидные противовоспалительные средства по протоколу.

Анализ непосредственных результатов лечения показал, что у 23 пациентов было достигнуто стойкое выздоровление. У одного больного с диагнозом: «обострение хронического одонтогенного синусита, хронический диффузный остеомиелит верхней челюсти» после купирования обострения видеоэндоскопическое обследование выявило диффузное гнойно-некротическое поражение слизистой оболочки ВС. Для оперативного лечения больной был направлен в челюстно-лицевую стационар Воронежской области клинической больницы.

Выводы. Использование видеоэндоскопической техники на амбулаторном стоматологическом хирургическом приёме значительно облегчило дифференциальную диагностику заболеваний околоносовых синусов, снизило процент направлений больных на стационарное лечение, дало возможность снизить травматизм и повысить степень реабилитации больных.

Клинически обоснованное сочетание консервативных методов лечения с эндоскопической диагностикой и щадящими хирургическими вмешательствами позволяет добиться стойкого выздоровления за кратчайший период, снизить сроки нетрудоспособности больных.

Литература:

1. Лаврентьев С.С. Применение в комплексном лечении одонтогенного перфоративного гайморита остеопластики свищей дна верхнечелюстной пазухи: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1995. - С.15.
2. Лопатин А.С. Основные принципы функциональной внутриносовой хирургии околоносовых пазух/ Лопатин А.С., Пискунов С.З.. - Вестник оториноларингологии. - 1995. - №6. - С.35-40.
3. Романов И.А. лечение больных перфоративным гайморитом с применением остеопластических материалов: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1998. – С.22.

Abstract

M.A. Gubin, Y.P. Serdyukov, N.A. Potimko

VIDEO ENDOSCOPIC SURGERY FOR MAXILLARY SINUS DISEASES

Department of Surgical Dentistry, Faculty of Continuing Education, N.N. Burdenko VSMA

Application of video endoscopic techniques during outpatient reception hours in dental surgery unit facilitated greatly the differential diagnosis of paranasal sinus disease, reduced the number of patients appointed inpatient treatment, enabled to decrease traumatism and to raise the rate of patient rehabilitation.

Clinically proved combination of conservative treatment methods with endoscopic diagnosis and sparing surgery resulted in stable recovery in the shortest time and in reduction of disability period in patients.