

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА СИНУСОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУИТА.

Гунько В.И., Худайбергенов Г.Г.

Российский Университет дружбы народов, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, г. Москва

Верхнечелюстной синусит (ВЧС), являясь сегодня одним из самых распространенных заболеваний (Лузина В.В., Мануйлов О.Е., 1995), представляет собой серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как основную часть болеющих составляют люди молодого и среднего возраста, то есть трудоспособное население (Рождественская Е.Д., 1998). Сложное анатомо-физиологическое строение этой области и близость жизненно важных органов обуславливают особенности течения воспалительного процесса и возможность возникновения тяжелых осложнений (Бернадский Ю.И., Заславский Н.И., 1968; Хмелик В.М., 1975). В среднем 1/3 от всех ВЧС составляют его одонтогенные формы (Синева В.И., 1980; Шаргородский А.Г., 1985), являющиеся, в основном, следствием длительного существования хронического очага периапикальной инфекции в области малых и больших коренных зубов верхней челюсти (Азимов М.И., 1977; Азимов М.И., 1978) или ошибок стоматологов в процессе лечения и удаления этих зубов (Лузина В.В., Мануйлов О.Е., 1995), что представляет собой актуальную стоматологическую проблему. Особенно остро стоит эта проблема в связи с увеличением случаев попадания пломбировочного материала в верхнечелюстной синус и, соответственно, рост количества связанных с этим осложнений (Арутюнян К.Э., 2005).

**Цель исследования:** повысить качество лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

**Задачи исследования:** усовершенствовать методику хирургического лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

**Материалы и методы:** исследования проводились на кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Российского Университета дружбы народов у 98 пациентов за период с 2004 по 2006 годы в возрасте от 22 до 63 лет.

У части больных использовали стандартную методику синусотомии с формированием искусственного соустья с нижним носовым ходом. Другой группе больных проводили костно-пластическую синусотомию по следующей схеме: производили разрез слизистой оболочки ниже верхнего свода преддверия рта на 0,5 см., отслаивали слизисто-надкостничный лоскут на всем протяжении разреза кверху на 1 см. Затем в проекции лобного отростка и скуло-альвеолярного гребня верхней челюсти формировали поднадкостничные тоннели по направлению к нижнеглазничному краю, не доходя до него на 0,5 см. Бором пропиливали переднюю стенку верхнечелюстного синуса с формированием полуовального костно-слизисто-надкостничного лоскута, основанием, обращенным к нижнеглазничному краю. Под его основание вводили лопатку Буяльского и, смещая сформированный лоскут кверху, надламывали его, сохраняя надкостнично-мягкотканную питающую ножку. Производили общеизвестные манипуляции по ликвидации патологического процесса в пазухе, формировали соустье с нижним носовым ходом, пазуху рыхло выполняли йодоформным тампоном, костно-слизисто-надкостничным лоскут укладывали на место и фиксировали швами из викрила, в трех точках, обеспечивая стабильную его фиксацию в заданном положении. Этим же материалом ушивали слизистую оболочку в полости рта.

**Выводы:** В послеоперационном периоде у больных второй группы отек мягких тканей и субъективные ощущения (онемение верхней губы, крыла носа, зубов верхней челюсти на стороне вмешательства) практически отсутствовали, что способствовало быстрой реабилитации больных и сокращению сроков стационарного лечения. Таким образом, при выборе метода оперативного лечения одонтогенных ВЧС следует отдавать предпочтение щадящей методике костно-пластической синусотомии, так как предлагаемый способ хирургического лечения способствует в наибольшей степени сохранению анатомических структур челюстно-лицевой области.