

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОДОНТОГЕННЫМИ ГАЙМОРИТАМИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

(г. Донецк)

Данная работа является фрагментом НИР «Диагностика и лечение заболеваний органов и тканей челюстно-лицевой области», № гос. регистрации 0113U002274

Вступление. Как медикаментозное, так и хирургическое лечение одонтогенных гайморитов отличается рядом особенностей [1,2,4,5,7]. Изучение эффективности консервативного и эндоскопического хирургического лечения одонтогенных гайморитов, актуально и востребовано сегодня [3,4,6].

Развитие сотрудничества оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов с использованием эндоскопической техники открывает новый этап и подход к данной проблеме [1,5,7]. Делает возможной одновременную санацию гайморовой пазухи и зубов у пациентов с одонтогенными гайморитами, что особо важно при последующей реабилитации и необходимости протезирования, дентальной имплантации, для достижения хорошего функционального и косметического результата [1,3,4].

Целью нашего исследования являлась разработка системного подхода к оказанию хирургической помощи больным одонтогенными гайморитами.

Объект и методы исследования. Нами в 2012-2013 гг. наблюдалось 76 больных одонтогенным гайморитом. Возраст больных варьировал от 18 до 60 лет. Больные находились на стационарном лечении в клиниках челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького. Мужчин было 35 (45,5%), женщин – 41 (54,5%). Диагноз верифицировали после анализа жалоб и анамнеза, осмотра челюстно-лицевого хирурга, оториноларинголога, данных конусно-лучевой компьютерной томографии и общеклинического обследования [4].

Предоперационное лечение пациентов начинали с санации полости рта. Одновременно стремились добиться восстановления аэрации пораженной пазухи. Всем больным выполняли переднюю этмоидотомию и остеопластику верхнечелюстной пазухи на первом этапе. Синус непременно дренировали и промывали растворами антисептиков. Внутрь назначали антибиотики, в полость носа – деконгестанты в аэрозоле, увлажняющие средства, носовые души [2,4,5].

Вторым этапом вмешательства проводили под проводниковой местной анестезией. Операцию

начинали с экстракции «причинного» зуба, если он не был удален ранее. В случае образования оронтальной фистулы выкраивали слизисто-надкостничный лоскут со щеки и санировали пазуху через фистулу (Патент на полезную модель №60802 от 25.06.2011г.). При необходимости выполняли эндоскопическую микрогайморотомию [2]. Во время операции особое внимание уделяли альвеолярному отростку и зоне естественного соустья. При наличии полипов, кист, инородных тел (костных отломков, корней зубов, пломбировочного материала) производили их удаление. Операцию оканчивали пластикой дефекта в области лунки удаленного зуба, используя мембраны из тромбоцитарного геля (Патент на полезную модель №47506 от 10.02.2010 г.) [1,6].

С целью профилактики осложнений в послеоперационном периоде использовали зубодесневые капы, разработанные по нашей методике (Патент на полезную модель №47505 от 10.02.2011г.), изготовляемые с помощью термоформовочной машины STAR-Machine и пластин Bioplast фирмы ScheuGmb. Под капу в область лоскута укладывали дентальную пасту «Солкосерил». Капу удаляли на 3-4 сутки [1,6,7].

Результаты исследований и их обсуждение. В качестве критериев оценки результатов лечения больных основной и контрольной групп использованы клинические и функциональные показатели: затруднение носового дыхания, нарушения обоняния, головные боли, нарушения чувствительности слизистой оболочки преддверия полости рта, уровень рецидивов, сроки пребывания больных в стационаре.

Результаты хирургического лечения больных по всем критериям были удовлетворительными. Так, к концу первой недели после операции у пациентов затруднение носового дыхания, нарушения обоняния и головные боли не отмечались (**табл.**). Нарушение чувствительности слизистой оболочки преддверия рта наблюдалось у небольшого количества пациентов, сроки пребывания в стационаре составляли 5-6 суток. Кроме того, рецидивов заболевания у больных не отмечено. Лунка зуба после его экстракции заживала первичным натяжением без дефекта кости альвеолярной дуги, что особо важно при необходимости дальнейшего протезирования, дентальной имплантации [7].

Таблица

**Результаты хирургического лечения
больных одонтогенными гайморитами**

Критерии	Группы больных	Основная
Нарушение чувствительности слизистой оболочки преддверия полости рта		11%
Затруднение носового дыхания		–
Нарушение обоняния		–
Головные боли		–
Рецидив заболевания		–
Сроки пребывания больных в стационаре		3 сут.

Выводы. Совместная работа челюстно-лицевого хирурга и оториноларинголога позволила разработать системный подход хирургического лечения у больных одонтогенным гайморитом, вследствие чего достигнуто улучшение результатов лечения.

Перспективы дальнейших исследований. Более глубокое изучение эффективности использования эндоскопического метода при хирургическом лечении одонтогенных гайморитов. Внедрение эндоскопической техники и дальнейшее развитие сотрудничества оториноларингологов и челюстно-лицевых хирургов, которое откроет новые перспективы и системного подхода к оказанию хирургической помощи больным одонтогенными гайморитами.

Литература

1. Алексеев С. Б. Использование тромбоцитарного геля при хирургическом лечении заболеваний ЛОР-органов и челюстно-лицевой области / С. Б. Алексеев, Д. С. Боенко, И. Н. Матрос-Таранец [и др.] // Журнал ушных, носовых и горловых заболеваний. – 2007. – № 5. – С. 8-9.
2. Алексеев С. Б. Хирургическое лечение одонтогенных гайморитов / С. Б. Алексеев, И. Х. Дуфаш, А. Г. Каминский // Матер. конф. с междунар. участием «Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии». – Харьков: ХГМУ. – 2011. – С. 145-146.
3. Алексеев С. Б. Эндоскопическая ревизия лунок зубов после их экстракции / С. Б. Алексеев, Д. С. Боенко, Н. А. Гладкова [и др.] // III з'їзд української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів, 17-18 травня 2013 р. – К., 2013. – С. 59-60.
4. Алексеев С. Б. Система оказания хирургической помощи больным с одонтогенными гайморитами / С. Б. Алексеев, Д. С. Боенко, Н. А. Гладкова [и др.] // III з'їзд української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів, 17-18 травня 2013 р. – К., 2013. – С. 71-73.
5. Боенко С. К. Особенности медикаментозного и эндоскопического хирургического лечения одонтогенных гайморитов / С. К. Боенко, С. Б. Алексеев, Д. С. Боенко [и др.] // Журнал ушных, носовых и горловых заболеваний. – 2009. – № 3-с. – С. 23-24.
6. Боенко С. К. Диагностика и лечение одонтогенных гайморитов, вызванных попаданием пломбирочных материалов в верхнечелюстную пазуху / С. К. Боенко, И. Н. Матрос-Таранец, С. Б. Алексеев [и др.] // Матеріали XI з'їзду оториноларингологів України (Судак, 17-19 травня 2010 р.). – Судак, 2010. – С. 37-38.
7. Боенко С. К. Эндоскопический метод лечения одонтогенных гайморитов / С. К. Боенко, И. Н. Матрос-Таранец, С. Б. Алексеев [и др.] // Матеріали республіканської наук-практ. конф. з міжнар. участю «Сучасні досягнення та перспективи розвитку хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії». – Харків, 2010. – С. 6-7.

УДК 616. 216. 1-002:616. 314-08-089

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОДОНТОГЕННЫМИ ГАЙМОРИТАМИ

Алексеев С. Б., Боенко Д. С., Матрос-Таранец А. И., Алексеев Ю. С.

Резюме. Впервые разработан системный подход к оказания хирургической помощи пациентам с одонтогенными гайморитами. Благодаря предложенной системе сокращается время обследования и консультаций смежных специалистов на догоспитальном этапе. Одномоментно больному проводится санация пазухи, постэкстракционных лунок, пластика ороантральной фистулы, благодаря чему сокращается время пребывания больного в стационаре, снижается риск развития рецидивов, повышается экономическая эффективность лечения.

Ключевые слова: одонтогенный гайморит, ороантральная фистула, эндоскопическая микрогайморотомия, конусно-лучевая томография.

УДК 616. 216. 1-002:616. 314-08-089

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ОДОНТОГЕННИМИ ГАЙМОРИТАМИ

Алексеев С. Б., Боенко Д. С., Матрос-Таранец А. И., Алексеев Ю. С.

Резюме. Уперше розроблено системний підхід до надання хірургічної допомоги пацієнтам з одонтогенними гайморитами. Завдяки запропонованій системі скорочується час обстеження та консультацій суміжних спеціалістів на догоспітальному етапі. Водночас хворому проводиться санация пазухи, постекстракційних лунок, пластика ороантральної фістули, завдяки чому скорочується час перебування хворого в стаціонарі, знижується ризик розвитку рецидивів, підвищується економічна ефективність лікування.

Ключові слова: одонтогенний гайморит, ороантральна фістула, ендоскопічна мікрогайморотомія, конусно-променева томографія.

UDC 616. 216. 1-002:616. 314-08-089

Systematic Approach to Surgical Care to Patients with Odontogenic Maxillary Sinusitis

Alekseyev S. B., Boyenko D. S., Matros-Taranets A. I., Alekseyev Y. S.

Abstract. Both medical and surgical treatment of odontogenic sinusitis has some peculiarities. Study of the effectiveness of conservative and endoscopic surgical treatment of odontogenic sinusitis relevant and useful today.

Objective of the study was to develop a systematic approach to the surgical care to patients with odontogenic maxillary sinusitis.

Preoperative treatment of patients started with oral cavity sanitation. Simultaneously sought to achieve the restoration of the affected sinus aeration. All patients received osteoplasty of maxillary sinus in the first stage of treatment. Sinus certainly was drained and washed with an antiseptic solution.

Was prescribed antibiotics and vasoconstrictor spray in the nasal cavity. Also we prescribed wetting medications and nasal showers.

The second stage of the treatment was carried out under local nerve block. Operation begins with the extraction of the "cause" tooth if it was not removed earlier.

Intervention technique is as follows. Trocar set above the roots of the premolars of the upper jaw and punctured the front wall of the maxillary sinus in the area of "canine fossa." Thereafter stylet was removed from the funnel and funnel of trocar was coupled by waveguide with the optical lighter. Thereafter the maxillary sinus was examined with emphasis on the alveolar process and the natural area of anastomosis.

In the presence of polyps, cysts, foreign materials (bone fragments, teeth roots, filling materials) was performed their removal with Blakeslee forceps. At narrowing of maxillary posterior anastomosis, it was extended backwards from the sinus side. If necessary, also was performed a correction of intranasal structures. During surgery, special attention was paid to the alveolar process and the natural area of anastomosis.

Operation were finishing with plasticity defect in the tooth extraction wells, using membranes of thrombocytic gel (patent for useful model number 47506 from 10. 02. 2010)

In order to prevent complications in the postoperative period was used periodontal mouthpieces that was designed by our method (patent for useful model №47505 from 10. 02. 2011).

Mouthpiece was produced with the help of the thermoforming machine STAR-Machine and plates Bioplast by company ScheuGmb.

Under the mouthpiece to the flap area was laid the dental paste "Solkoseril". Mouthpiece was removed after 3-4 days. As the criteria for evaluation the treatment success for patients of main and control groups was used clinical and functional parameters: the difficulty of nasal breathing, impaired sense of smell, headaches severity, sensitivity disorders of vestibular mucosa of the mouth, the relapse rate and time of hospitalization .

Results of surgical treatment for all criteria were satisfactory. By the end of the first week after surgery nasal breathing difficulty, impaired sense of smell and headaches were not observed.

Impaired sensation of the mucous membrane of the mouth vestibule was observed in a small number of patients. Length of stay in hospital was 5-6 days.

Hole after the tooth extraction healed by primary intention without alveolar bone defect of the arc, which is especially important in further prosthetics and dental implantation process. Development of the community of otolaryngologists and maxillofacial surgeons and use of endoscopic technology opens a new stage and approach to this problem.

That enables simultaneous sanitation of the maxillary sinus and teeth in patients with odontogenic maxillary sinusitis, which is especially important to achieve good functional and cosmetic result in the subsequent rehabilitation, further prosthetics and dental implantation.

For the first time developed the systematic way to provide surgical care for patients with odontogenic maxillary sinusitis. With the help of the system, that we propose the time of the survey and consultations of related professionals in the prehospital phase reduces. Simultaneously carried out sanitation of the sinus, post-extraction holes, etc. Therefore, the time of stay in hospital and the risk of recurrence reduces, and cost-effectiveness of treatment increases.

Key words: odontogenic sinusitis, endoscopic micro-maxillary sinusotomy, cone-beam tomography.

Рецензент – проф. Рибалов О. В.

Стаття надійшла 10. 01. 2014 р.