

УДК 617.51/.52:616.216.1-002-07-085-089(07)

## ДИАГНОСТИКА ОРОАНТРАЛЬНЫХ СООБЩЕНИЙ И ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТА

Есикова Т.С., Химич И.В., Подольский В.В., Шестопапов А.А.  
ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

## DIAGNOSTICS OF OROANTRAL PERFORATIONS AND PREVENTION OF ODONTOGENIC PERFORATIVE MAXILLARY SINUSITIS

Esikova T.S., Khimich I.V., Podolskiy V.V., Shestopalov A.A.  
The Volgograd State Medical University

В статье указаны наиболее частые причины развития перфорации верхнечелюстной пазухи и одонтогенного перфоративного гайморита; предложена рациональная тактика диагностики, лечения и профилактики вышеназванных осложнений.

Ключевые слова: ороантральное сообщение, одонтогенный перфоративный гайморит.

The most frequent causes of maxillary sinuses perforation and odontogenic perforative maxillary sinusitis are described in the article. Rational diagnostics, treatment and methods of prophylactic activities of mentioned above complications were also suggested.

Одонтогенный перфоративный гайморит – частое заболевание в клинике хирургической стоматологии. Среди воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух одонтогенный перфоративный гайморит встречается в 23–28% случаев [1, 2].

Клинический опыт свидетельствует о большом числе перфораций верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов.

По данным клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ ВолГМУ, стоматологические поликлиники № 7 и № 9 г. Волгограда за 2007–2009 гг.

Как видно из таблицы, наиболее часто перфорация верхнечелюстной пазухи образуется при удалении первых и вторых моляров.

Патогенетическими моментами возникновения перфорации являются:

- анатомо-топографическая близость дна пазухи к корням моляров и премоляров верхней челюсти;
- разрушение тканей над верхушкой корня зуба патологическим процессом;
- нарушение методики удаления соответствующих зубов.

Таблица 1. Количество перфораций верхнечелюстной пазухи в зависимости от характера одонтогенного воспалительного процесса

Диагноз	Количество больных					Всего
	премоляры		моляры			
	1	2	1	2	3	
Хронический периодонтит	12	18	48	36	16	130
Обострение хронического периодонтита	5	14	20	16	7	62
Всего	17	32	68	52	23	192
В % к общему количеству больных	8,8	16,7	35,5	27,1	11,9	100,0

Своевременная диагностика ороантральных сообщений (перфораций и свищей) является ключевым звеном в профилактике развития перфоративного гайморита.

Перфорацию верхнечелюстной пазухи диагностируют сразу же по ее возникновению на основании ряда клинических признаков:

- обильное кровотечение из лунки удаленного зуба;

- прохождение воздуха из полости носа в полость рта (положительная носоротовая проба);
- чувство «проваливания» инструмента при глубоком зондировании лунки;
- кровотечения из соответствующего носового хода.

Диагностика ороантральных сообщений и верхнечелюстного гайморита основывается не только на результатах общеклинических, но и специальных

методов обследования: рентгенографии придаточных пазух носа и лунки удаленного зуба, эндоскопическом обследовании пазухи, компьютерной томографии.

Всех больных с ороантральными сообщениями и перфоративным гайморитом с точки зрения определения лечебной тактики целесообразно разделять на 3 группы:

I. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи без клиничко-рентгенологических признаков гайморита.

II. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи с клиничко-рентгенологическими признаками гайморита.

III. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи с признаками обострения хронического воспаления.

Профилактика перфоративного гайморита заключается в своевременном и качественном лечении больных первой клинической группы. Оптимальные сроки хирургического лечения больных находятся в пределах 48 часов с момента возникновения ороантрального сообщения [3, 4].

Основным моментом в лечении больных этой группы является пластическое закрытие сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта.

Для этого применяют методики с использованием:

1) трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка;

2) небного лоскута;

3) комбинации слизисто-надкостничного лоскута и небного;

4) слизисто-жирового лоскута со щеки.

Для устранения перфорации верхнечелюстной пазухи наряду с перечисленными методами используют следующие материалы: каноксицел, биоимплантат «Биоплант», полисульфоновый имплантат, колапол.

Необходимым условием в профилактике перфоративного гайморита следует считать достаточную аэрацию верхнечелюстной пазухи, что достигается применением сосудосуживающих капель в нос («Санорин», «Галазолин», «Изофра», «Полидекса» и т. д.).

Анализируя опыт лечения больных с ороантральными сообщениями, необходимо отметить, что самыми распространенными ошибками являются:

1) несвоевременная диагностика перфораций;

2) определение больных в другую клиническую группу и неадекватная тактика лечения;

3) нарушение методики хирургического вмешательства по устранению перфорации (или свища) верхнечелюстной пазухи;

4) устранение сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта введением йодоформного тампона на всю глубину или выше уровня лунки;

5) исключение из схемы лечения средств, обеспечивающих аэрацию верхнечелюстной пазухи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г., Палкина М.О., Ашурко И.П. Диагностика и лечение осложнений, связанных с введением стоматологических пломбировочных материалов в верхнечелюстной синус //Стоматология. – 2009. – № 1. – С.47-50.
2. Щипский А.В. Использование силиконовых мембран для закрытия перфораций верхнечелюстного синуса после удаления зубов //Российский стоматологический журнал. – 2005. – № 4. – С. 17 – 18.
3. Jonathan Pedlar. Oral and maxillofacial Surgery /Jonathan Pedlar, John W. Frame. – Churchill Livingstone, 2004. – 280 p.
4. Larry J. Peterson. Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery /Larry J. Peterson, Edward Ellis III, James R. Hupp, Myron R. Tucker. – Mosby, 2003. – 776 p.