



УДК: 616. 216. 1–002–089. 844

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО СВИЩА ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАЙМОРИТАХ

Е. В. Лонская

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрав»
(Зав. каф. оториноларингологии ФППС – проф. Р. А. Забиров)

Одонтогенные гаймориты – распространенная патология, которая составляет 13,9–24 % от общего числа воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи [6, 7]. В последние годы число больных гайморитом одонтогенной этиологии непрерывно увеличивается [1, 2, 3]. Вопросы диагностики и лечения одонтогенных перфоративных гайморитов являются до настоящего времени одними из актуальных проблем оториноларингологии.

Несмотря на большое количество известных способов пластики альвеолярного свища мягкоткаными лоскутами и различные их модификации, рецидивы возникают в 9–15 % случаев [4, 5]. Существуют также методики закрытия свищевого хода аллогенными трансплантатами – пористыми проницаемыми имплантатами на основе никелида титана, колаполом, гидроксипатитом и др., однако не все они являются доступными и удобными в применении, поэтому широко не используются.

На возникновение рецидивов свища влияют многие факторы, среди которых основными являются:

- воспалительный процесс в пазухе, не ликвидированный до хирургического лечения,
- осколки кариозного корня зуба в лунке,
- давление раневого содержимого на лоскут в послеоперационном периоде,
- расхождение швов,
- некроз лоскута,
- рецидив гайморита.

В большинстве клиник для закрытия свищевого хода наиболее часто применяется вестибулярный слизисто-надкостничный лоскут, или медиальный лоскут со стороны твердого неба. Общим при пластике свища указанными способами хирургических вмешательств является то, что, как правило, закрывается только наружное отверстие свища, а протяженность свища, к сожалению, не учитывается при его пластике, что может служить одной из причин неудовлетворительного результата операции.

Кроме того, ригидность небного лоскута, а так же изменения давления воздуха в верхнечелюстной пазухе, а, следовательно, и в зоне свища при дыхании, глотании, чихании способствуют отторжению лоскута, что приводит к частичному или полному некрозу лоскута, рецидиву свища.

На нашей кафедре разработан способ пластики альвеолярного свища универсальным лоскутом, при использовании которого для пластики альвеолярного хода достигается образование эпителиальной поверхности над наружным и внутренним отверстием свища и заполнение его полости, что является важным фактором защиты и заживления в послеоперационном периоде.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов пластики альвеолярного свища разработанным нами способом по сравнению с традиционными способами, при которых пластика свища осуществляется вестибулярным слизисто-надкостничным лоскутом и лоскутом с твердого неба.

Материалы и методы. Способ заключается в следующем: операция проводится под подглазничной, небной, туберальной и инфильтрационной анестезией. После вскрытия пораженной верхнечелюстной пазухи, эндоскопического осмотра и удаления воспаленной слизистой оболочки альвеолярных бухт и дна верхнечелюстной пазухи, в области внутреннего отверстия



свища, костной ложечкой освобождается альвеолярный ход от грануляций и эпителия. С вестибулярной поверхности, с переходной складки, с переходом на внутреннюю поверхность щеки выкраивается сложный слизисто – надкостничный лоскут размером 2,5х1,0 см, с питающей ножкой у основания лоскута. Отступая от края 1 см, лоскут поперечно надсекается до подслизистого слоя. Края разреза разводятся и отсепаровываются на 5 мм в разные стороны. Таким образом, на лоскуте образуется две эпителиальные площадки – дистальная и проксимальная и деэпителизированный участок. С помощью пуговчатого зонда лоскут проводится в свищевое отверстие. Дистальная площадка с помощью эндоскопических щипчиков под контролем эндоскопа расправляется на дне верхнечелюстной пазухи таким образом, чтобы она прикрывала внутреннее отверстие альвеолярного хода. Проксимальная площадка укладывается на наружное отверстие альвеолярного хода и подшивается атравматическим материалом отдельными узловыми швами к слизистой оболочке по его окружности. Раневой дефект на внутренней поверхности щеки ушивается отдельными узловыми швами. После этого, с помощью эндоскопа осматривается полость носа, оценивается состояние естественного соустья со стороны среднего носового хода. В зависимости от выраженности воспалительных изменений слизистой оболочки больному выполнялась инфундибулотомия или же накладывалось соустье в области нижнего носового хода. В случаях сопутствующего этмоидита выполнялась эндоскопическая этмоидотомия. Операция заканчивалась тампонадой полости носа и ушиванием разреза слизистой оболочки в области передней стенки верхнечелюстной пазухи.

В послеоперационном периоде, после удаления тампонов проводили промывание верхнечелюстной пазухи растворами антисептиков; фиксирующие лоскут швы снимали на 8–10 сутки.

Таким образом, пластика свищевого хода осуществляется со стороны полости рта (проксимальная площадка), мягкотканым деэпителизированным участком устраняется костный дефект альвеолы, а с помощью дистальной эпителиальной площадки восполняется дефект слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и закрывается внутреннее отверстие свища.

Такой подход к пластике свищевого хода, на наш взгляд, является наиболее оптимальным, так как учитывает не только внешние размеры, но и протяженность свищевого хода, а так же особенности локализации воспалительных изменений при ОГ в плане сохранения физиологии верхнечелюстного синуса.

Клинические исследования проводились на базе ЛОР-отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 и областной клинической больницы № 1 г. Оренбурга в период с 2002 по 2007 год.

В обследуемую группу больных включены 60 больных с одонтогенными перфоративными гайморитами. Среди больных было 18 мужчин и 42 женщины. Возраст больных колебался от 17 до 68 лет. Длительность заболевания составляла от 4 до 37 недель. Причиной заболевания явилась экстракция 5 моляра у 15 больных, 6 моляра – у 36 больных и 7 моляра – у 9 больных. В области проекции удаленных зубов определялись свищевые ходы. Диаметр альвеолярных свищей составил 0,3–0,5 см у 42 пациентов, 0,5–1,0 см у 18 больных.

Результаты и выводы. На лечение все больные поступали со стандартной рентгенографией околоносовых пазух (ОНП) в прямой проекции. На рентгенографии ОНП у 34 больных было выявлено тотальное затемнение пораженного синуса, и уровень жидкости в пазухе определялся у 16 пациентов, у 10 больных выявлялось утолщение слизистой оболочки в области дна пазухи. Видимое инородное тело четко просматривалось у 15 больных.

До операции всем больным дополнительно была выполнена компьютерная томография околоносовых пазух во фронтальной проекции.

На компьютерной томографии ОНП у 24 больных выявлялась утолщенная слизистая оболочка, которая занимала практически весь объем пазухи со скудным содержимым. У 36 больных компьютерная томография показала воспалительные изменения, локализующиеся преимущественно в области дна верхнечелюстной пазухи. Они характеризовались утолщением слизистой оболочки – у всех больных, небольшим уровнем жидкости у 27 больных, наличием кисты – у 6, с изменениями в области естественного соустья – у 57 больных. Следует отметить, что эти изменения практически не определялись на стандартной рентгенограмме околоносо-



вых пазух. Кроме того, только КТ позволила выявить на нижней стенке гайморовой пазухи костный дефект, в месте лунки удаленного зуба, и оценить точные его размеры у всех 60 наблюдаемых пациентов. Корень зуба был выявлен в синусе у 18 больных и пломбировочный материал в пазухе – у 5. По компьютерным томограммам было оценено точное расположение инородного тела. Было отмечено, что у 19 больных установлено снижение пневматизации отдельных клеток решетчатого лабиринта.

Перед операцией больным проводилась антибиотикотерапия, пункции верхнечелюстной пазухи с введением, по показаниям, в пазуху антисептиков.

Все наблюдаемые больные были оперированы. На операции визуально и с помощью эндоскопа определяли характер изменений слизистой оболочки пораженной пазухи.

Хирургический подход базировался на данных рентгенографического исследования, компьютерной томографии и объективных данных, причем данные, полученные при КТ, совпадали с объективными данными во время операции.

Все больные были разделены на три группы. Первая группа составила 20 больных. Им была выполнена пластика свища с формированием традиционного слизисто-надкостничного лоскута. Во вторую группу вошли 20 больных, им была выполнена пластика свищевого хода лоскутом со стороны твердого неба. В третьей группе 20 пациентам была выполнена пластика свищевого хода разработанным нами способом. Результаты оценивались через неделю, месяц после операции и через 1 год.

В первой группе у 2 больных рецидив свища возник в первые 3–6 дней и у 1 больного к концу года вследствие рецидива гайморита.

Во второй группе в течение недели рецидив возник у 3 больных – у 2 из-за краевого некроза и у 1 вследствие отторжения лоскута.

В третьей группе, где больные были оперированы предложенным нами способом, у 2 больных в ближайшем послеоперационном периоде возник поверхностный некроз лоскута со стороны полости рта, но рецидива свища, гайморита не определялось в течение всего срока наблюдения.

Выводы:

Разработанный способ пластики альвеолярного свища является эффективным, доступным в техническом выполнении, не требует затрат на дополнительные материалы, позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения одонтогенных перфоративных гайморитов, может использоваться повсеместно для пластики альвеолярных свищей.

Предложенная методика лечения одонтогенных перфоративных гайморитов, включающая использование эндоскопической техники и новый метод пластики свища на наш взгляд является наиболее оптимальной, так как учитывает особенности локализации воспалительных изменений при одонтогенных перфоративных гайморитах, а так же анатомо-топографические особенности альвеолярного свища, способствует регенерации эпителиального пласта верхнечелюстного синуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грасманис Н. Б. Лечение больных с сообщениями между полостью рта и верхнечелюстной пазухой // Н. Б. Грасманис, Т. Я. Керман/ Сб. науч. ст. – Рижск. мединститута. – Рига, 1988. – С. 219–223.
2. Неупокоев Н. Н. / Одонтогенные гаймориты; диагностика, клиника и лечение/ Н. Н. Неупокоев, Н. В. Неупокоева, И. А. Тваури. Актуальные вопросы клинической хирургии: Сб. тр. – Иваново, 1997. – Вып 2. – С. 174–176.
3. Рождественская Е. Д. Профилактика и лечение одонтогенных верхнечелюстных синуситов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Е. Д. Рождественская. – СПб., 1998. – 19с.
4. Старенькова Г. В. Повреждение гайморовой пазухи во время удаления зубов / Г. В. Старенькова, Д. И. Голиков. Мат. VI науч.-практ. конф. стоматологов Калининской области: -1976. – С93–98.
5. Трошкова Г. Б. Клинико-экспериментальное обоснование методов оперативного лечения больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом, осложненным ороантральным сообщением: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. / Г. Б. Трошкова. – Л., 1987. – 60с.
6. Уваров В. М. Одонтогенный гайморит/ В. М. Уваров. – Л., 1962. – 291 с.
7. Шаргородский А. Г. Одонтогенные гаймориты. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области/ А. Г. Шаргородский. – М., 1985. – С. 268–283.