

НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТА

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

Османова Д.М., Тагирова А.М.

Научный руководитель: Ордашев Х.А., к.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургической стоматологии.

В статье представлена тактика лечения больных гайморитом вследствие перфорации дна верхнечелюстной пазухи (ПДВЧП). Практика показывает, что встречающиеся ПДВЧП так или иначе связаны с зубами. Среди обстоятельств, способствующих повреждению нижней стенки пазухи, обычно выделяют три: анатомические предпосылки, т.е. близость дна пазухи к верхушкам зубов, патологические процессы, приводящие к разрушению костной пластинки, составляющей дно пазухи и, наконец, погрешности в методике, т.е. грубое удаление зуба [1,2,6]. Не всегда можно точно определить, какое из указанных обстоятельств является решающим. Выяснению этого вопроса посвящена настоящая работа.

Ключевые слова: гайморита пазуха, удаление зубов, синусит, носовая проба.

The article presents the tactics of treatment of patients with sinusitis due to perforation of damage to the bottom of the maxillary sinus (PDBOTMS). Practice shows that the occurrence of PDBOTMS is somehow related to the teeth. Among the circumstances contributing to damage to the lower sinus wall, there are usually three: anatomical prerequisites, i.e. the proximity of the bottom of the sinus to the tops of the teeth, pathological processes leading to the destruction of the bone plate that makes up the bottom of the sinus and, finally, errors in the technique, i.e. rough tooth extraction [1,2,6]. It is not always possible to determine exactly which of these circumstances is decisive. This work is devoted to clarifying this issue.

Key words: maxillary sinus, tooth extraction, sinusitis, nasal test.

Цель исследования. Изучить особенности и выработать тактику лечения при повреждении дна верхнечелюстной пазухи после удаления зубов верхней челюсти.

Материал и методы. Под нашим наблюдением (2012-2022 гг.) в челюстно-лицевой и оториноларингологической клиниках ДагГМУ находилось 402 больных с одонтогенным и 220 больных с риногенным синуситом. Использовали все возможные в наших условиях методы диагностики, в том числе рентгенографические и эндоскопические исследования.

Наш опыт показывает, что ведущей причиной одонтогенного синусита являются верхушечные патологические процессы. В то же время грубое удаление зуба или анатомические предпосылки в действительности очень редко оказываются причиной синусита. Это совпадает с мнением других авторов [2,5,7]. Повреждение дна пазухи во время удаления зуба не является причиной, а только следствием хронического периапикального процесса. При этом костная перемычка между верхушкой корня и слизистой оболочки пазухи постепенно разрушается и очаговый воспалительный процесс распространяется на прилежащую костную ткань и слизистую оболочку пазухи, создавая предпосылку для перфорации. Вместе с тем, обстоятельства, при которых встречается ПДВЧП, весьма разнообразны, их необходимо различать в деталях, так как от этого напрямую зависит лечебная тактика.

Среди субъективных признаков следует отметить жалобы на необычные ощущения, возникающие вследствие попадания воздуха или жидкости в полость носа, а также изменения тембра голоса – ринолалию, появляющуюся сразу после удаления зуба.

Среди объективных признаков нужно отметить появление крови или гноя из носа после удаления зуба, выделения из лунки крови с пузырьками газа или необычно большого количества гноя, проникновение пуговчатого зонда гораздо глубже, чем длина лунки, результаты «ротовой» и «носовой» проб. «Ротовая» проба: при зажатии пальцами носа и попытке надуть щеки

воздух со свистом выходит в рот через лунку зуба. «Носовая» проба: при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки не надуваются.

Возможно использование специальных методов исследования: обзорной рентгенографии пазухи с введением зонда через перфорацию, контрастной рентгенографии пазухи, эндоскопического исследования, ультразвуковой диагностики и др. Все полученные сведения следует сопоставлять друг с другом и подтверждать или отвергать факт перфорации. Необходимо иметь в виду возможность затруднения прохождения воздуха в пазуху и нос за счет полипоматоза, грануляций, отека слизистой оболочки пазухи, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи.

Результаты и обсуждение. Среди перфораций верхнечелюстной пазухи, возникающих при удалении зуба, в зависимости от конкретных обстоятельств, мы предлагаем выделять несколько видов: случайную или предполагаемую, распознанную или нераспознанную, осложненную или неосложненную при законченном или незаконченном удалении зуба. Суть каждой формы перфорации ясна из названия: например, неосложненная или осложненная – имеется в виду перфорация, сочетающаяся с интактной или воспаленной пазухой и т.д.

Приведем наиболее типичные ситуации повреждения дна пазухи и наиболее рациональные лечебные мероприятия.

Перфорация случайная, распознанная, неосложненная при полном удалении причинного зуба. Здесь, прежде всего, возникают психоэмоциональное напряжение, тревога со стороны больного, возможна растерянность врача ввиду неожиданности осложнения. Поэтому у опытного врача случайной перфорации быть не должно. Ее всегда следует предвидеть. Если перфорация дна верхнечелюстной пазухи оказалась без признаков воспаления со стороны пазухи, то оптимальным вариантом лечения является сохранение сгустка крови в лунке. Большинство авторов [2, 5, 6] и мы в том числе, убеждены, что для этого лунку следует зашить или прикрыть слизисто-надкостничным лоскутом, взятым одним из известных

способов. Сделать это следует не позже 48 часов после удаления зуба, так как в дальнейшем вероятность воспаления возрастает.

Другие авторы [1,6] пытаются сохранить сгусток крови путем тампонады нижней челюсти лунки, однако этот способ ненадежен. Некоторые авторы [5] считают его даже порочным, потому что тампон быстро пропитывается кровью, ротовой жидкостью становится источником инфекции и разрушает сгусток.

В случае перфорации распознанной, неосложненной, но при незавершенном удалении зуба, больного лучше всего госпитализировать, дообследовать, уточнить место расположения корня. Если подтверждается, что корень все же находится в пазухе, целесообразно расширить лунку, удалив межкорневую перегородку, и попытаться инструментом через лунку добыть корень или промыть пазуху струей антисептика. В результате раздражения слизистой оболочки носа и пазухи возникает чихание, благодаря которому корень может вылететь через нос или со стороны лунки. Наконец, удалить остаток зуба можно вскрыв переднюю стенку пазухи. Если слизистая оболочка пазухи окажется невоспаленной, то ее сохраняют, обнаруживают и извлекают корень, но соустье с носом не делают. Разрез для синусотомии проводят с учетом одновременного закрытия ороантрального сообщения. Помимо всего сказанного, мы в таких случаях, вскрывая переднюю стенку пазухи, сохраняем костно-слизистую пластинку и после ревизии пазухи производим с помощью такого сложного аутоотрансплантата костную пластинку передней стенки пазухи [3,4].

В случае осложненной перфорации дна пазухи при полном удалении зуба больного лучше направить на лечение в стационар. Оно должно состоять в промывании пазухи антисептиком или целенаправленном введении антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры. Больному следует изготовить пластинку для предотвращения попадания пищи и ротовой жидкости в пазуху. Обычно через 2-3 дня после начала лечения отделяемое из пазухи исчезает, промывные воды становятся чистыми и перфорационное отверстие начинает сужаться, а самочувствие больного

улучшается. Промывание продолжают 8-12 дней. Убедившись в клиническом исчезновении синусита, больного выписывают под амбулаторное наблюдение. Больной продолжает пользоваться защитной пластинкой во время приема пищи. Через 1,5-2 мес. больного осматривают. При этом можно обнаружить три основных исхода: выздоровление больного с исчезновением синусита и сообщения с пазухой, исчезновение явлений синусита, но сохранение сообщения с пазухой. В этом случае остается только закрыть свищ. И, наконец, в редких наблюдениях могут оставаться явления синусита и сообщения с пазухой, когда показана синусотомия с выскабливанием патологически измененной слизистой оболочки, созданием соустья с нижним носовым ходом и зашиванием сообщения с полостью рта. В этих случаях мы проводим костную пластику передней стенки верхнечелюстной пазухи.

В случае осложненной перфорации дна пазухи, при незаконченном удалении зуба больного следует госпитализировать, дообследовать, уточнить положение остатка зуба или корня и в течение первых дней путем промывания пазухи антисептическими растворами снять явления воспаления. Затем нужно произвести ревизию пазухи через переднюю стенку, удалить инородное тело, выскоблить явно измененную слизистую оболочку пазухи, создать соустье с нижним носовым ходом и зашить сообщение полости рта с пазухой. Целесообразно при этом провести также пластику передней стенки пазухи.

В заключении подчеркнем, что ПДВЧП во время удаления зуба в ряде случаев является неизбежным и его следует предвидеть. При этом, прежде всего, нужно решить вопрос о состоянии слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Если явных признаков синусита нет, то важнейшим мероприятием считаем сохранение сгустка крови в лунке удаленного зуба и категорически отрицаем тампонаду лунки.

Выводы. При перфорации дна пазух с явлениями гайморита первостепенным является интенсивное консервативное лечение синусита путем промывания пазухи через ороантральное сообщение,

целенаправленная антибиотикотерапия необходима в случаях бурного воспаления (в стадии обострения хронического синусита) верхнечелюстной и других придаточных пазух, показана гайморотомия и ревизия других заинтересованных пазух. Если повреждено дно пазухи и не завершено удаление причинного зуба, то зуб необходимо удалить, в том числе путем расширения лунки. В крайнем случае можно идти на ревизию пазухи из наружного доступа, тогда следует максимально стремиться завершить операцию пластикой передней стенки пазухи.

Список литературы:

1. Бернадский Ю.И., Заславский Н.И. Одонтогенный гайморит. Киев. 1988; 51-52.
2. Козлов В.А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике. М., 1995. С. 131-133.
3. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Открытия. 1999; 32: 63-64.
4. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Минск. 2001; 27-30.
5. Сабо Е.К. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта: Пер. с венг. Будапешт. 1997; 65-66.

Как цитировать:

Османова Д.М., Тагирова А.М. Наша тактика лечения перфоративного гайморита. Материалы V конференции с международным участием «По итогам НИР: наука и практика в стоматологии». Барнаул. *Scientist*. 2023; 3 (25): 97-102.
