

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ  
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ****Тажибаев А.Ю.**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Для профилактики перфоративного гайморита больным проведено лечение в зависимости от вида травмы пазухи. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения за больными показали эффективность предлагаемых способов лечения перфорации верхнечелюстной пазухи.

**Ключевые слова:** верхнечелюстная пазуха, перфорация гайморовой пазухи, перфоративный верхнечелюстной синусит.

**ҮСТҮНКҮ ЖААКТЫН КОБУЛУН ТЕШИЛГЕНИН  
АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО****Тажибаев А.Ю.**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Гайморо кобулун тешилгенден кийинки ириңдешинин профилактикасы жаны дарылоо усулдары менен жүргүзүлгөн. Бул ыкмалардын эффективүүлүгү оорулуларды жакынкы жана узак мөөнөттө кароодо байкалган.

**Негизги сөздөр:** үстүнкү жаактын кобулу, гаймора кобулун тешилүүсү жана ириңдешти.

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PERFORATION OF THE MAXILLAR SINUS****Tajibaev A.U.**Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek c., the Kyrgyz Republic

**Resume.** For the prevention of perforated sinusitis underwent surgical-conservative treatment is depending on the type of injury sinus. Immediate and long-term results monitoring of patients have shown the effectiveness of the proposed methods for treating perforations of the maxillary sinus.

**Key words:** maxillary sinus, perforation of maxillary sinus and sinusitis.

Проблему лечения и особенно профилактику заболеваний верхнечелюстного синуса нельзя считать окончательно решенной, несмотря на длительную историю ее изучения [5,6].

Специалисты, занимающиеся лечением верхнечелюстных синуситов, часто недооценивают причинно-следственную связь синусита с заболеваниями зубов, что приводит к диагностическим ошибкам.

Согласно данным многочисленных авторов, количество больных с хроническими одонтогенными и перфоративными синуситами увеличивается ежегодно на 1,5-2% и не имеет тенденции к снижению [5,6].

Существует много приемов пластики костного дефекта нижней стенки верхнечелюстных пазух с использованием различных материалов и биополимеров. Несмотря на это на долю перфоративных гайморитов приходится от 20 до 40% пациентов и они представляет серьезную проблему хирургической стоматологии.

Применение многих синтетических материалов позволяют восстановить анатомический рельеф пазух. Однако при этом остается большой риск инфицирования трансплантата и окружающих тканей. Эти препараты в основном импортируются, поэтому они на сегодняшний день отличаются дороговизной [4].

Результаты пластики перфорационного отверстия после удаления зубов не всегда положительные. Инфицирование и особенно травматизация слизистой пазухи приводят к некрозу и воспалению с последующим образованию полипозных разрастаний.

Не менее актуальной является проблема

использования способов точной диагностики объёма, характера и локализации патологических изменений при воспалительных процессах в периодонте с целью планирования методики оперативного вмешательства, а также для контроля в послеоперационном периоде [2,3].

Наиболее доступный традиционный рентгенологический метод не вполне точно определяет истинную картину изменений в пазухе, обнаруживаемую во время операций. Процент совпадений составляет 86,2-96% [1].

Наиболее современным методом лучевой диагностики является метод мультиспиральной компьютерной томографии, который позволяет максимально точно визуализировать анатомические структуры в любых плоскостях и в трёхмерном изображении. Использование данного метода в планируемом исследовании позволит максимально объективизировать результаты обследования [7].

**Цель исследования:** повышение эффективности профилактики перфоративных верхнечелюстных синуситов.

**Материал и методы исследования.**

Диагностика и лечение 72-х больных с перфорациями верхнечелюстной пазухи проводились на базе ГСП №4 города Бишкек с 2009 года. При обследовании больных с повреждениями стенок верхнечелюстной пазухи выявлены различные клинические особенности, поэтому нами составлены следующие варианты клинических признаков данной патологии.

*Вариант 1.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи после удаления зуба без признаков

воспаления верхнечелюстной пазухи.

Местные проявления:

- лунка удаленного зуба зияет, края лунки разможженные

- положительная носо-воздушная проба

- при зондировании зонд свободно проходит в полость пазухи через лунку удаленного зуба.

*Вариант 2.* Прободение дна верхнечелюстной пазухи с локализацией инородного тела (корней зубов, пломбирочная масса, имплантат) в полости пазухи без признаков воспаления.

А. после операции удаления зуба.

- лунка удаленного зуба зияет, отмечается повреждение слизистой краев лунки.

- положительная носо-воздушная проба

- при зондировании, зонд оказывается в полости пазухи.

- на рентгенографии инородное тело в верхнечелюстной пазухе.

Б. после пломбировки корневых каналов зуба

-при перкуссии пломбированного зуба появляется резкая боль

-на контрольной рентгенографии отмечается наличие инородного тела в полости пазухи в пределах пломбированного зуба.

В. Прободение дна гайморовой пазухи имплантом.

-при зондировании отмечается прободение дна пазухи

-на контрольной рентгенографии отмечается наличие инородного тела в полости пазухи.

*Вариант 3.* Деформация костного рельефа дна верхнечелюстной пазухи без нарушения целостности слизистой оболочки пазухи.

-кистозная оболочка оттесняет слизистую оболочку пазухи

-носо-воздушная проба отрицательна

-на рентгенографии одонтогенные кистозные образования, проросшие в полость верхнечелюстной пазухи

*Вариант 4.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи при хроническом одонтогенном полипозном гайморите.

-лунка удаленного зуба зияет, слизистая края лунки разможженные

- носо-воздушная проба отрицательно при выдохе из-за полипов слизистой пазухи

- при зондировании зонд проваливается в полость пазухи.

-на рентгенографии снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи и наличия патологического процесса в периодонте причинного зуба.

*Вариант 5.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи при обострении одонтогенного верхнечелюстного синусита.

-лунка удаленного зуба зияет, края лунки удаленного зуба разможженные.

-отмечается выделение гноя с резким запахом из лунки удаленного зуба.

- при зондировании зонд проваливается в полость пазухи.

В зависимости от клинических вариантов нами предложены следующие виды лечения.

*Вариант 1.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи без признаков воспаления.

Под местной анестезией выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с щеки или языкообразный с неба, далее мобилизация и образование тоннеля между надкостницей и слизистой с противоположной стороны, в лунку вводят остеопластический материал с изоляционной пленкой пропитанной антибиотиками и проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом путем введения дезэпителизованного края лоскута в образованный тоннель.

*Вариант 2.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с локализацией инородного тела в полости пазухи

Под местной анестезией выкраивают слизисто-надкостничный лоскут и мобилизуют, расширяют края костного дефекта, удаляют инородные тела, обрабатывают полость пазухи антисептическими растворами и проводят пластику перфорационного отверстия.

*Вариант 3.* Деформация костного рельефа дна верхнечелюстной пазухи без нарушения целостности слизистой оболочки пазухи.

Под местной анестезией выкраивают и мобилизуют слизисто-надкостничный лоскут, расширяют края костного дефекта, цистэктомия проводят сохраняя целостность слизистой пазухи, костный дефект заполняют остеопластический материалом и проводят пластику дефекта выкроенным лоскутом.

*Вариант 4.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи при хроническом одонтогенном полипозном гайморите.

Под местной анестезией выкраивают и мобилизуют слизисто-надкостничный лоскут, расширяют края костного дефекта, удаляют полипозные разрастания с патологически измененной слизистой оболочки и обрабатывают полость пазухи антисептическими растворами, далее проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом. Временная остановка кровотечения по ходу операции проводится с 3% раствором перекисью водорода.

*Вариант 5.* Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением.

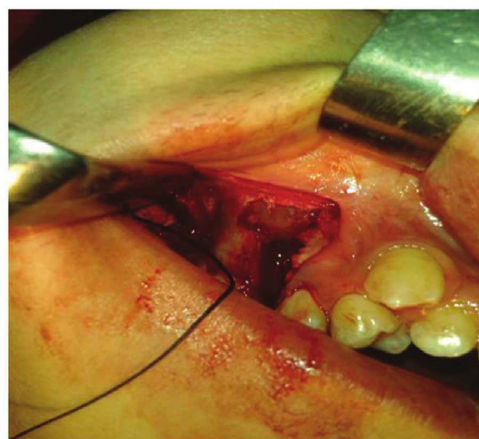
Полость пазухи через лунку удаленного зуба промывают ежедневно антисептическими растворами, в полость вводят антибиотики, затем временно закрывают временным obturatorом дефект пластинкой, изготовленной из силикатных слепочных материалов на 1 сутки. До 3-4-х суток ежедневно проводят перевязку по этой методике. Пластику перфорационного отверстия по предлагаемой методике производят после стихания острых воспалительных явлений.

После проведения хирургического вмешательства всем больным назначают противовоспалительное, общеукрепляющее, физиотерапевтическое и симптоматическое лечение.

Клинические методы исследования традиционно включали выявление жалоб пациента, данных анамнеза,



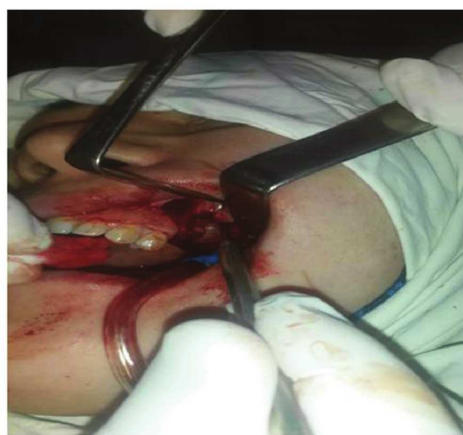
**Рис. 1.** Перфорация верхнечелюстной пазухи с инородным телом в полости (корень зуба)



**Рис. 2.** Закупорка перфорационного отверстия пазухи после удаления зуба полипозными разрастаниями слизистой оболочки пазухи



**Рис. 3.** Радикулярная киста 22 зуба проросшая в верхнечелюстную пазуху без нарушения целостности слизистой оболочки.



**Рис. 4.** Обострившийся хронический одонтогенный левосторонний гнойный гайморит. Отмечается выделение гнойного экссудата из лунки удаленного зуба

а также осмотр, пальпацию, зондирование и проведение диагностических проб.

Для подтверждения эффективности разработанных схем лечения больных был использован комплекс современных методов исследования, включающий помимо клинических методов исследования рентгенологический метод исследования верхнечелюстной пазухи и причинного зуба. При анализе данных рентгенологических методов обследования обращали внимание на локализацию и степень пролиферативных изменений в верхнечелюстной пазухе; определяли объём и локализацию костного дефекта в области дна пазухи; выявляли очаги хронической одонтогенной инфекции; исследовали состояние полости носа и придаточные пазухи на наличие патологических изменений.

В послеоперационном периоде для оценки результатов лечения анализировали выраженность послеоперационных воспалительных явлений, состоятельность швов, степень и характер экссудата, а также причины развития ранних и отдалённых осложнений.

В отдалённом послеоперационном периоде рентгенологическое обследование повторяли через 1 и 6 месяцев после операции с целью контроля качества лечения и выявления возможных рецидивов.

**Результаты исследования.**

Наблюдения за пациентами проводились во время ежедневного амбулаторного приема. Жалобы больных впервые дни после операции во всех вариантах перфорации верхнечелюстной пазухи были почти схожими. Пациенты отмечали болезненность, ощущение тяжести и появление отеков мягких тканей лица на пораженной стороне. Местные изменения кроме 5-го варианта патологии характеризовались отечностью слизисто-надкостничного лоскута, состояние швов были удовлетворительными.

При перфорации верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением (5-й вариант) в течение 2-3 суток промывная жидкость оставалась мутной, но без запаха. Больные отмечали быстрое улучшение самочувствия, нормализацию температуры тела и отсутствие головных болей и ощущения тяжести на пораженной стороне. Этой группе больных после

стихания острых воспалительных явлений проводилась операция устранения свищевого хода пластикой слизистой-надкостничным лоскутом по предлагаемой методике. Всем больным швы удалены на 9-10 сутки после операции.

Послеоперационное течение у больных на 10-12 сутки кроме 2-х случаев по 5 варианту протекало без осложнений. Всем пациентам были назначены антибиотики широкого спектра действия в виде внутримышечных инъекций, предпочтение при выборе оказывалось антибиотикам цефалоспоринового ряда, также назначали сосудосуживающие препараты в виде капель в полость носа.

Через 1 месяц после проведенного лечения контрольное обследование провели у 57 больных. Клиническое исследование показало удовлетворительное общее состояние больных, отсутствие жалоб, полноценное восстановление носового дыхания и обоняния. Учитывая перечисленные данные, нами принято решение не использовать рентгеновские исследования для контроля на этом этапе наблюдения.

Контрольные клиничко-рентгенологические данные через 2 месяца после проведения лечения у 43 больных показали отсутствия воспалительных явлений в пораженной верхнечелюстной пазухе. У 2-х больных с пятым вариантом, перфорации пазухи выявлены признаки хронического воспаления гайморовой пазухи и им проведена операция радикальная гайморотомия и консервативное лечение в стационарных условиях.

Клиничко-рентгенологическое обследование через 6 месяцев после лечения по предлагаемой нами методике проведены у 28 больных. При этом удовлетворительные результаты лечения отмечены у 27. У одного больного с перфорации верхнечелюстной пазухи при 4 варианте патологии. Рентгенологические данные этого пациента подтверждали наличие пристеночных изменений верхнечелюстной пазухи и больному проведена операция радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люкку.

Таким образом, клиничко-рентгенологические проявления перфорации верхнечелюстной пазухи могут быть различными, поэтому диагностику необходимо проводить с учетом предшествующих этиопатогенетических факторов.

Клиническую диагностику для обнаружения сообщения между пазухой и полостью рта необходимо осуществлять проведением носо-воздушной пробы не только при выдохе при закрытых ноздрях, но и при вдохе.

Применение современных цифровых рентгенологических диагностических методов способствует определению более точной локализации инородных тел в полости пазухи.

Для профилактики развития перфоративного гайморита необходимо применение соответствующих адекватных методов лечения.

### Литература:

1. Бирюлев А.А., Шулаков В.В., Лежнев Д.А., Лузина В.В., Мазур Л.Г. Значение компьютерной томографии при оценке нарушений архитектоники внутриносовых структур у больных с хроническими верхнечелюстными синуситами // Сб. науч. тр. XVI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов / СМАПО. - СПб, 2011. - 41 с.

2. Иорданишвили А.К., Лукьянов С.А., Музыкин М.И., Никитенко В.В. Способ профилактики осложнений при этиологическом лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, С.А. Лукьянов, М.И. Музыкин, В.В. Никитенко // Инновационная деятельность в Вооруженных силах Российской Федерации. - СПб.: ВАС, 2012. - 174 с.

3. Иорданишвили А.К., Никитенко В.В., Музыкин М.И., Сериков А. А. К истории изучения анатомических и клинических особенностей верхнечелюстных пазух человека / А.К. Иорданишвили, В.В. Никитенко, М.И. Музыкин, А.А. Сериков // Зубоврачевание в России: история и современность. - М.: МГМСУ, 2012. - С. 98-100.

4. Лесогоров С.Ф. Совершенствование хирургического лечения хронического одонтогенного перфоративного гайморита пластикой ороантрального свища с применением аутоплазменной биомембраны. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. - Бишкек, 2012. - 18с.

5. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Эпидемиологические аспекты синусита и основные подходы к лечению / В. Т. Пальчун, А.В. Гуров, А.В. Мужичкова // Материалы IX Всероссийской конференции оториноларингологов. - Москва, 2010. - 201 с.

6. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Основные клиничко-морфологические особенности формирования хронического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе / В. Т. Пальчун, Л.М. Михалева, А.В. Гуров, А.В. Мужичкова // Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. - Москва, 2011. - № 4. - С. 45-48.

7. Харламов А.А., Серова Н.С. Клиничко-рентгенологическая оценка результатов операции синуслифтинг с помощью цифровой объемной томографии // Сборник трудов 32 итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. - М., 2010. - 420 с.