

## ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ И ИХ ЛЕЧЕНИЯ

**А.Ю. Тажибаев**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*Tajibaevadil@mail.ru*

**Резюме.** Профилактика воспаления верхнечелюстной пазухи больным с перфорацией и при наличии инородных тел в полости гайморовой пазухи проведено лечение по разработанной нами методике. Результаты наблюдений в ближайшие и отдаленные сроки показали эффективность предлагаемых способов лечения при инфицировании верхнечелюстной пазухи инородными телами после стоматологических вмешательств.

**Ключевые слова:** верхнечелюстная пазуха, перфорация, инородные тела, верхнечелюстной синусит.

## ЖОГОРКУ ЖААКТЫН КОБУЛУНУН ТЕШИЛИШИ ЖАНА АНЫ ДАРЫЛОО

**А.Ю. Тажибаев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Жогорку жаактын кобулунун ыриндешин профилактикасы, стоматологиялык киришудон кийин гаймора кобулу тешилип жат заттар кирген кезде хирургиялык жаны дарылоо усулдары менен жургузулгон. Бул ыкмалардын эффективтүүлүгү оорулуларды жакынкы жана узак мөөнөттө кароодо байкалган.

**Негизги сөздөр:** жогорку жаактын кобулу, гаймора кобулун тешилүүсү жана ыриндеши.

## MAXILLARY SINUS PERFORATIONS AND ITS TREATMENT

**Tazhibayev A.U.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary.** The prophylaxis of inflammation of the maxillary sinus in patients with perforation and in the presence of foreign bodies in the cavity of the maxillary sinus was carried out according to the developed method. The results of observations in the near and long term showed the effectiveness of the proposed methods of treatment in case of infection of the maxillary sinus with foreign bodies after stomatology intervention.

**Keywords:** perforation maxillary sinus, foreign matters, maxillary sinusitis.

**Введение.** Хронические перфоративные верхнечелюстные синуситы составляют существенную долю в общей структуре стоматологических заболеваний. Большая часть из них (51,3-77,2%) сопровождается наличием ороантрального сообщения [1, 2].

При перфоративных синуситах инфицирование пазухи патогенными бактериями и грибами происходит через

ороантральное соустье ротовой жидкостью, иногда воспалению пазухи способствует инородные тела, проникающие во время лечения или удаления зубов [2, 3].

За последние десятилетия удельный вес больных с верхнечелюстными синуситами в результате врачебных осложнений заметно возрастает [1, 2].

Задачей оперативного лечения

продуктивных форм хронических одонтогенных и перфоративных гайморитов заключается в проведении санации верхнечелюстной пазухи и устранения соустья. Радикальная гайморотомия с пластикой оронтального отверстия проводится под общим наркозом в стационарных условиях. Длительность пребывания больных в стационаре по данным многих авторов, колеблется от 7 до 10 суток

В связи вышеизложенным профилактика воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи остается актуальной задачей хирургической стоматологии.

Профилактика верхнечелюстного синусита после инфицирования инородными телами заключается в удалении последних и применения антисептиков для промывания полости, назначением противовоспалительного лечения с использованием антибиотиков и физиотерапевтических процедур.

Традиционно хирургические вмешательства, по удалению инородных тел из верхнечелюстной пазухи проводятся в условиях стационара с использованием общей анестезии и проведением операции гайморотомии [3, 5].

Применение современных малоинвазивных хирургических операций с использованием эндоскопических аппаратов в большинстве случаев дает положительный эффект [3,4,5].

**Целью** нашего исследования является совершенствование методов лечения перфорации верхнечелюстной пазухи и профилактика синуситов при инфицировании пазухи инородными телами.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проводились на базе Городской стоматологической поликлиники (ГСП) №4 города Бишкек с 2009 по 2022 г. у 52 больных в возрасте от 21 до 65 лет. Всем больным проводили стандартные основные и дополнительные клинические методы исследования.

Для определения точной локализации инородных тел пазухи проводились: прицельная дентальная рентгенография, ортопантомография и компьютерная

томография.

В зависимости от вида перфорации верхнечелюстной пазухи и характера инородных тел больных распределили на две группы:

- с инородными телами верхнечелюстной пазухи (пломбировочная масса) после терапевтического лечения зубов верхней челюсти:

- с инородными телами гайморовой полости после хирургического вмешательства (осколки удаленного зуба и части дентального импланта).

В первой группе проводилось повторное эндодонтическое лечение – пломбировка корневого канала зуба цинк-фосфатным цементом «Уницем» и зубосохраняющая операция - резекция верхушки корня и удаления инородных тел из верхнечелюстной пазухи по разработанной методике (патент на изобретение Кыргызской Республики от 31.07.2015 №1763).

Во второй группе проводили операцию по удалению инородного тела из верхнечелюстной пазухи и пластику перфорационного отверстия слизисто-надкостничным лоскутом щеки или с неба. По ходу операции всем больным полость верхнечелюстной пазухи промывали антисептическими растворами.

Больным обеих групп для введения в полость пазухи антисептиков и антибиотиков проведена операция - дренирование пораженной пазухи по разработанной нами способом (патент на изобретение Кыргызской Республики от 31.05.2018 №2063) После проведенного вмешательства всем больным назначали курс противовоспалительного, общеукрепляющего и физиотерапевтического лечения по общепринятой методике. После операции наблюдение за больными осуществляли ежедневно и на 8-10 сутки снимали швы с раны.

Клиническое обследование обеих групп больных проводилось на 10-е сутки, через 1 и 3 месяца после операции. Контрольную рентгенографию придаточных пазух носа осуществляли через 6 месяцев после операции.

### Результаты исследования и их обсуждение

Причинами вскрытия полости верхнечелюстной пазухи в 5 случаях явилась введение пломбировочной массы в полость пазухи при пломбировке корневых

каналов. У 4 пациентов в промывных антисептических жидкостях верхнечелюстной пазухи обнаружены части выведенной гуттаперчи при эндодонтическом лечении зубов (рис. 1).



Рис. 1. Удаления инородного тела (пломбировочной массы) из полости пазухи.

6 больных обратились с признаками острого гайморита на 4-6 сутки после пломбировки каналов зубов верхней челюсти, при рентгенографии придаточных пазух носа и КТ, обнаружены инородные тела (пломбировочная масса) в полости верхнечелюстного синуса.

В большинстве случаев - 30 пациентов - составили больные с прободением синуса корнями моляров во время операции удаления зубов верхней челюсти, в том числе после удаления 1 моляра 18, 2 моляра 8 и 3 моляра 4 больных (рис. 2).



Рис. 2. Инородное тело (верхушка корня зуба) верхнечелюстной пазухи.

У 11 больных при рентгенографическом исследовании пазух обнаружена опорная часть дентальных имплантов.

Истончение дна верхнечелюстного синуса из-за атрофии альвеолярного отростка у 16 больных установлено при перфорации пазухи во время удаления зуба по поводу обострившего хронического периодонтита. Среди больных с инородными телами в полости синуса, пациенты с повышенной пневматизацией верхнечелюстной пазухи составили 13

больных.

У 7 пациентов с перфорацией дна верхнечелюстного синуса корнем удаленного зуба, при операции выявлены признаки хронического одонтогенного гайморита.

Операция - сложное удаление зуба чаще проводилась у больных, у которых зубы ранее были пролечены с применением резорцин - формалинового метода.

В послеоперационном периоде: больные в течение трех - четырех суток жаловались

на боли, отеки мягких тканей лица и незначительное носовое кровотечение. При осмотре наблюдалась асимметрия лица за счет отека, ограничение открывания рта, состояние слизистой-надкостничного лоскута и швов было удовлетворительным. У двоих больных второй группы, несмотря на проведенную противовоспалительную терапию, признаки верхнечелюстного синусита не проходили и им была проведена пункция и промывание синуса антисептиками. Всем больным на 9-е сутки после операции удалены швы из раны.

Контрольный осмотр через 1 месяц проводился у 16 больных первой и 25 второй группы. Больные особых жалоб не предъявляли. У четырех больных второй группы отмечена заложенность носа, головные боли и ощущения тяжести на стороне поражения и им был назначен повторный курс противовоспалительной терапии с заменой антибиотика. Ввиду безуспешности проведенного лечения двух больных госпитализировали в отделение челюстно-лицевой хирургии, где им были

проведены операция радикальная гайморотомии по Колдуэлл-Люку.

При контрольном осмотре через 3 месяца после проведенного лечения клинические исследования проводились у 12 больных первой и 19 второй группы. Больные обеих групп особых жалоб не предъявляли. Рентгенографические данные показали отсутствие воспалительных явлений в полости верхнечелюстной пазухи.

**Таким образом,** санация полости пазухи с резекцией корня причинного зуба в ранние сроки после инфицирования по разработанной нами методике способствует профилактике развития воспаления и сохранению зубов.

Извлечение корней зубов, дентальных имплантатов из полости пазухи проведением операции антротомии с пластикой перфорационного отверстия в первые сутки после травмы и длительное активное дренирование полости антисептиками и противовоспалительными препаратами способствует профилактике развития верхнечелюстного синусита.

### Литература

1. Лесогоров С.Ф., Юлдашев И.М, Касенова Н.С, Токтомбаев М.А, Бухов М.В. Тактика и лечение при хроническом одонтогенном гайморите. *Здравохранение Кыргызстана*. 2010;3:152-155.
2. Кошель В.И., Кошель И.В., Сирак С.В., Щетинин Е.В., Цыган В.Н. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы. *Издательство «СпецЛит»: Санкт-Петербург*;2020:11 -20.
3. Байдик О.Д., Сысолятин П.Г., Гурин А.А., Ильенок О.В. Современные подходы к диагностике и лечению хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов. *Российский стоматологический журнал*. 2015;4:14-17.
4. Алексеев С.Б., Боечко Д.С., Алексеев Ю.С. Малоинвазивное хирургическое лечение одонтогенного синусита. *Российская ринология*. 2014;22(2):11-12.
5. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Болоньева Е.В., Карпищенко Е.С. Способы удаления инородных тел верхнечелюстных пазух. *Вестник отоларингологии*. 2020; 85(5):78-82.