

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Д.А.Горолюк, Д.В.Смилянец

**Военный медицинский клинический центр Северного региона
Харьков, Украина**

В статье описан клинический случай лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита с использованием эндоскопической техники, который является смежной патологией в отоларингологии и стоматологии, учитывая анатомическое строение дна верхнечелюстной пазухи. Данная методика позволяет отказаться от удаления причинного зуба, сокращается время реабилитации после проведенного оперативного лечения, что говорит о целесообразности широкого применения данного метода в лечении одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, ринохирургия, эндоскопия.

Введение

В связи с тесным контактом нижней стенки верхнечелюстной пазухи (ВЧП) с корнями зубов верхней челюсти, одонтогенные воспалительные процессы часто вызывают ее воспаление. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы (ОВС) чаще всего возникают в результате распространения инфекции из очагов острого или хронического воспаления в области премоляров или моляров верхней челюсти (периодонтиты, периоститы, остеомиелиты, нагноившиеся радикулярные кисты, проталкивание корня зуба в нее во время экстракции и т.п.). Хирургические вмешательства на альвеолярном отростке также могут вызвать или обострить течение ОВС.

Сочетанные воспалительные процессы в околочелюстных мягких тканях и ВЧП составляли 11,2% от общего числа гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации (В.А.Шевчук, 1994). По данным литературы, частота возникновения одонтогенных синуситов по отношению к риногенным колеблется от 30% до 50% (А.И.Евдокимов, 1958; А.Г.Лихачев, 1963; Г.Н.Марченко, 1966; Ю.И.Вернадский, 1970, 1984; А.Г.Шаргородский, 1985 и др.). По данным А.А.Тимофеева, одонтогенный гайморит встречается в 21,3% случаях, а риноодонтогенные — в 3,1% от общего числа гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, а среди гайморитов — соответственно 87% и 13%.

В патогенезе ОВС играет роль септический очаг канала зуба, а также пломбировочный материал, который может попадать в ВЧП через зубной канал при неконтролируемом его заполнении. В полости пазухи пломбировочный материал становится инородным телом и вызывает воспаление. Нередко вокруг пломбировочного материала формируется грибковое тело — мицетома. Диагностика острых ОВС основывается на клинических симптомах, данных дополнительных исследований. Ценным диагностическим методом служит рентгенологическое исследование. Затенение только одной ВЧП может позволить предположить одонтогенный характер синусита. Наиболее информативна компьютерная томография (КТ), а в последнее время особой ценностью обладают данные конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) придаточных пазух носа, которые четко отображают соотношение дна ВЧП и верхушек моляров и премоляров, состояния каналов зубов верхней челюсти, состояние медиальной стенки ВЧП, в частности остеомаатального комплекса.

На протяжении многих лет лечение ОВС заключается прежде всего в удалении причинного зуба, гайморотомии, наложения риностомы, что не соответствует данным современных представлений о физиологии ВЧП и может привести к утрачиванию ее функции с явлениями хронического гнойного воспаления.

Применение новых методов лечения ОВС является приоритетным направлением. В нашей практике мы использовали эндовидео-систему с набором риноскопов, хирургического инструментария для эндоназальной хирургии, шейверную систему, портативную стоматологическую бормашину с набором фрез.

Материалы и методы исследования

За период с 2011 по 2013 г. на стационарном лечении в ВМКЦ г. Харькова находилось 18 пациентов возрастом от 22 до 64 лет, которые поступили на лечение с признаками ОВС. Всем выполнено КЛКТ и выявлена причина ОВС.

Приводим клинический пример.

Пациент В., 27 лет, поступил в отоларингологическое отделение ВМКЦ Ср. с жалобами на затрудненность носового дыхания справа, периодические боли в лицевой области справа, выделения с носа, которые беспокоили в течение двух лет после лечения у стоматолога.

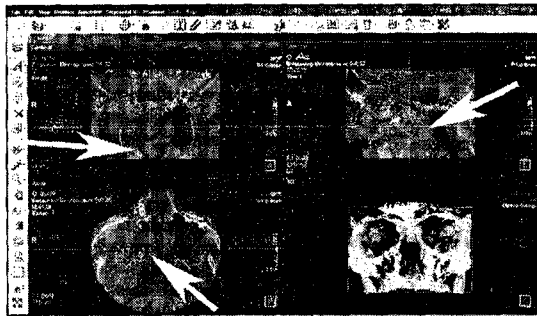


Рис. 1.

На КЛКТ придаточных пазух носа было выявлено нахождение верхушки 16-го зуба в полости ВЧП с пломбировочным материалом, который является контактным с полостью пазухи. Пазуха заполнена полипозными вегетациями, которые распространялись в полость носа, затрудняя носовое дыхание (рис. 1).

Выставлен диагноз: хронический правосторонний одонтогенный полипозный риносинусит. Антрохоанальный полип справа.



Рис. 2.

Под местной анестезией выполнено эндоскопическое удаление антрохоанального полипа справа с помощью шейверной системы, ревизия остеомеатального комплекса, микрогайморотомия справа, резекция верхушек корней причинного зуба под контролем эндоскопической аппаратуры с помощью портативной бормашины (рис. 2).

Естественное соустье функционировало, и было расширено за счет антрохоанального полипа.

Пациент выписан на следующие сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями амбулаторного лечения.

Через год после лечения носовое дыхание хорошее, выполнено контрольное рентгенологическое исследование, жалоб нет.

Хорошая функция естественного соустья позволяет отказаться от наложения искусственного отверстия в нижнем носовом ходе. При наличии в пазухе только пломбирочного материала операция может быть выполнена эндоназальным подходом под визуальным контролем риноскопа.

Результаты исследования и их обсуждение

Оперативное вмешательство в виде микрогайморотомии с применением функциональной эндоскопической ринохирургии и использование портативной бормашины является малоинвазивным и позволяет отказаться от радикальной операции по Калдвеллу-Люку, сокращает время реабилитации после проведенного оперативного лечения, позволяет отказаться от удаления причинного зуба. Конечный результат может говорить о полном излечении одонтогенного воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе. Совместное хирургическое лечение данной патологии отоларингологами и стоматологами дает наиболее эффективные результаты.

Выводы

Малоинвазивные и функциональные оперативные методики при лечении одонтогенных верхнечелюстных синуситов с доступом в области причинного зуба является методом выбора, с помощью которого удастся избежать травматических хирургических вмешательств, сохранить причинный зуб как орган зубочелюстной системы, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Кроме того, такие операции дают возможность уменьшить суммарные сроки медицинской и социальной реабилитации больных, часто патогенетически более обоснованны, экономически эффективны, что говорит о целесообразности широкого применения данного метода в лечении одонтогенных верхнечелюстных синуситов.

Литература

1. Можливості та переваги ендоскопічного методу в лікуванні запальних захворювань верхньощелепної пазухи / В.О.Маланчук, І.В. Федірко, В.І.Шербул, Р.І.Федірко // Ринологія. — №2. — С. 3-7.
2. Нестеренко Т.Г. Инородные тела верхнечелюстных пазух ятрогенного происхождения / Т.Г.Нестеренко, Е.В.Хрустлева, В.Х.Гербер // Российская ринология. — №2. — С. 26-27.
3. Дунаевский В.А. Хирургическая стоматология. — М., 1978.
4. Вернадский Ю.М., Заславский Н.И. Одонтогенные гаймориты. — М., 1968.
5. Самолазова И.Г. Ринологические аспекты одонтогенных гайморитов / И.Г.Самолазова // Новости оториноларингологии и логопатологии. — 1999. — №2. — С. 102-103.

Д.О.Горолук, Д.В.Смилянец. Наш досвід застосування функціональної ендоскопічної ринохірургії в лікуванні одонтогенних верхньощелепних синуситів. Харків, Україна.

Ключові слова: одонтогенний верхньощелепний синусит, ринохірургія, ендоскопія.

У статті описаний клінічний випадок лікування одонтогенного верхньощелепного синуситу з використанням ендоскопічної техніки, який с суміжною патологією в отоларингології і стоматології, враховуючи анатомічну будову дна верхньощелепної пазухи. Дана методика дозволяє відмовитися від видалення причинного зуба, скорочується час реабілітації після проведеного оперативного лікування, що говорить про доцільність широкого застосування цього методу в лікуванні одонтогенного верхньощелепного синуситу.

D.A.Gorolyuk, D.V.Smilyanets. Our experience of application functional endoscopic surgery in treatment of odontogenic maxillary sinusitis. Kharkiv, Ukraine.

Key words: odontogenic maxillary sinusitis, FESS, endoscopy.

The clinical case of treatment of odontogenic maxillary sinusitis with the use of endoscopic technique, that is contiguous pathology in otolaryngology and stomatologies, is described in the article, taking into account the anatomic structure of bottom of genyantrum. This method allows giving up the removal of causal tooth, time of rehabilitation grows short after the conducted operative treatment that talk about expedience of wide use of this method in treatment of odontogenic maxillary sinusitis.