

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ПРОВЕДЕННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ, ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУСИТ

*І.В.Федірко,
С.М.Козловський, П.А.Шмідт*

Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ»
МО України
Київ, Україна

У статті висвітлений досвід лікування 467 хворих на одонтогенний верхньощелепний синусит із застосуванням нових малоінвазивних методик та їх віддалені наслідки. Хірургічні втручання, у тому числі із застосуванням ендоскопічної техніки, проводили за розробленими у клініці методиками. Отримані результати використання ендоскопічної техніки показали її високу ефективність та перспективність.

Ключові слова: ендоскопічна техніка, верхньощелепна пазуха, одонтогенний верхньощелепний синусит.

Вступ

Кількість хворих на одонтогенний верхньощелепний синусит зростає з року в рік [5]. Питання адекватної діагностики та лікування цієї групи захворювань залишаються недостатньо вивченими, а тому й актуальними. За різними даними одонтогенні синусити складають від 3% до 30% від загальної кількості запальних захворювань верхньощелепної пазухи та близько 7% від загальної кількості хірургічних стоматологічних хворих [3].

Методи діагностики та лікування одонтогенних запальних захворювань верхньощелепної пазухи постійно удосконалювалися [5]. Існуючі методи обстеження та лікування хворих із цією патологією не

завжди дозволяють встановити характер патологічних змін з боку пазухи та межуючих з нею тканин і структур (альвеолярний відросток верхньої щелепи, зуби, порожнина носа, рота, орбіта, інші приноскові пазухи), своєчасно встановити клінічний діагноз, а тому і виконати адекватне хірургічне втручання. Окрім того, загальноприйнятї методики операцій на верхньощелепній пазусі є надто травматичними та не завжди виправданими [4]. Радикальна гайморотомія передбачає повне видалення слизової оболонки пазухи та формування співустя великих розмірів з порожниною носа в нижньому носовому ході, видалення причинного зуба. До того ж сам оперативний доступ через передню стінку пазухи супроводжується значним травмуванням м'яких тканин, порушенням іннервації слизової оболонки альвеолярного відростка, ясен, зубів, верхньої губи, шоки, носа внаслідок пересічення гілок підочного нерва та утворенням великого дефекту кістки. Наслідком такого втручання є тривалий післяопераційний період із різноманітними ускладненнями, основним з яких є втрата функції пазухи [1, 2]. Це спонукає до пошуку нових методів діагностики одонтогенних синуситів та удосконалення техніки оперативних втручань.

Крім того, й на сьогодні лікування значної кількості хворих на одонтогенний синусит проводиться оториноларинголами, які опанували ендоскопічні втручання на додаткових пазухах носа. Але внаслідок недостатнього рівня підготовки оториноларингологи не можуть встановити причину патологічного процесу в пазусі, проаналізувати характер змін у кістковій тканині альвеолярного відростка верхньої щелепи, коренях зубів, провести їх необхідне обстеження та етіопатогенетичне лікування. У свою чергу, у більшості хірургів-стоматологів відсутні необхідні знання щодо стану анатомічних структур та патології носу, остіомеатального комплексу, інших біляноскових пазух, немає досвіду проведення відповідних коригуючих операцій. Наслідком такого «однобічного» підходу до лікування хворих з одонтогенними захворюваннями верхньощелепних пазух є тривалий хронічний перебіг, часті рецидиви та ускладнення хвороби. Це вказує на те, що успішне лікування таких хворих можливе тільки за умови спільних дій лікарів обох спеціальностей.

Застосування для діагностики та лікування багатьох хірургічних захворювань відеоендоскопічної техніки розширило спектр малоінвазивних оперативних втручань в абдомінальній хірургії, нейрохірургії, оториноларингології, щелепно-лицевій хірургії [4]. Виявлення

та вивчення патологічних змін у тканинах, що утворюють верхньощелепну пазуху методом ендоскопії, дозволяє об'єктивно оцінити їх стан для визначення подальшої лікувальної тактики.

Матеріали та методи дослідження

У клініці щелепно-лицевої хірургії Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України за період з 1998 до 2012 р. метод ендоскопічної діагностики та лікування був використаний у комплексному лікуванні 467 хворих з одонтогенними гайморитами. Більшість хворих склали чоловіки — 255 (54,6%), жінки — 212 (45,4%).

Таблиця 1

Причини розвитку одонтогенних синуситів

Розподіл за патологією (n=467)			
Хронічні периапікальні процеси коренів верхніх зубів	Одонтогенні кісти в/щ пазух	Сторонні тіла в/щ пазух	Ороантральні сполучення
253	112	61	41
54,2%	23,9%	13%	8,8%

Причиною розвитку одонтогенних синуситів були: хронічні периапікальні процеси коренів верхніх зубів (253), одонтогенні кісти, що вросли в порожнину верхньощелепних пазух (112), сторонні тіла верхньощелепних пазух (61), перфорації пазух (41).

Втручання виконувалися з використанням ендоскопічного комплексу (Karl Storz, Німеччина), що включав: ендоскопи діаметром 4 мм з кутом зору 0°, 30°, 70°, набір інструментів для ендоназальної хірургії, шейверну систему з прямими та кутовими фрезами, портативну бормашину з прямим наконечником та набором фрез, відео- та фотоапаратуру.

У передопераційному періоді хворим за показаннями проводили прицільну рентгенографію зубів, ортопантомографію, рентгенографію біляносових пазух, комп'ютерну томографію біляносових пазух у коронарній та аксіальній проекціях, санацію порожнини рота, консультацію оториноларинголога. Обов'язковим етапом було проведення передопераційної підготовки зубів.

Суть застосованого нами методу полягає у проведенні діагностичних та лікувальних маніпуляцій у верхньощелепній пазусі під

ендоскопічним контролем. Використовували два оперативних доступи: через природне співустя та через передню стінку верхньощелепної пазухи.

Доступ через природне співустя виконували спільно з оториноларингологами 64 хворим, у яких була діагностована патологія остіомеатального комплексу.

В інших випадках використовували доступ до верхньощелепної пазухи через її передню стінку за запропонованими нами методами (деклараційні патенти України №13361 від 15.03.2006; №14604 від 15.05.2006).

Принциповою відмінністю запропонованих методик від традиційних способів лікування одонтогенних синуситів є зменшення власне операційної травми за рахунок створення доступу в порожнину пазухи безпосередньо над причинним зубом. При цьому довжина розрізу м'яких тканин у присінку рота зменшена до 2,5-3,0 см, розмір перфорації кісткової стінки — 6-7 мм в діаметрі, проводиться видалення тільки патологічно змінених ділянок слизової альвеолярної бухти, в ділянці причинного зуба під ендоскопічним контролем. Додатково проводиться огляд інших стінок пазухи, ревізія природного співустя, видалення сторонніх тіл, резекція верхівок коренів причинних зубів (за показаннями). Накладення назоантрального анастомозу та заповнення пазухи йодоформним тампоном також не проводиться через незначну кровотечу. При наявності у хворого супутньої патології остіомеатального комплексу відповідні корегуючі ендоскопічні операції проводили безпосередньо перед основною операцією.

Результати дослідження та їх обговорення

Позитивні результати були досягнуті у 462 (98,9%) хворих. Післяопераційний період у хворих, яким проводили ендоскопічні операції, протікав гладко, набряк м'яких тканин обличчя та больовий синдром були менш вираженими, ніж у хворих, яким виконувалися операції традиційними методами. Термін перебування хворих у стаціонарі скоротився до 3-7 діб, що в 2-2,5 разу менше, ніж у групі хворих, яким проводились радикальні операції на верхньощелепних пазухах. До інтраопераційних ускладнень ми віднесли: кровотечу з верхньоальвеолярної артерії — у 10 (2,1%) хворих, злам робочої частини хірургічного інструменту (бор, кюретажна ложечка) та попадання їх в пазуху — у 5 (1,1%) хворих. З ранніх післяопераційних ускладнень спостерігали виражений набряк м'яких тканин обличчя,

гематоми — у 12 (2,6%) хворих, виражений больовий синдром — у 6 (1,3%) хворих, кровотечу з післяопераційної рани — у 4 (0,85%) хворих. У пізньому післяопераційному періоді мало місце часткове розходження країв рани та утворення ороантрального сполучення — у 3 (0,64%) хворих, розвиток гнійного синуситу — у 2 (0,43%) хворих.

З 365 хворих, у яких причиною розвитку синуситу були хронічні періодонтити та одонтогенні кісти, у 86 (23,5%) видалили причинні зуби. Іншим пацієнтам з метою збереження причинних зубів проводили резекцію верхівок їх коренів під ендоскопічним контролем, у тому числі верхніх премолярів та молярів, які традиційно підлягали видаленню. За період спостереження ознаки рецидиву захворювання встановлені у 7 (1,9%) хворих. В інших хворих збережені зуби залишалися функціонально придатними, в тому числі й для протезування.

У 61 хворого із застосуванням ендоскопічної техніки видалили сторонні тіла із верхньощелепної пазухи (уламки коренів зубів, пломбувальний матеріал, уламки скла, канцелярську скріпку, кулі, дентальні імпланти). У переважній кількості хворих з пломбувальною масою в пазусі виявлені ознаки грибкового ураження з утворенням міцетомі.

Хворим, у яких причиною хронічного одонтогенного синуситу було ороантральне сполучення (41 випадок), спочатку проводили гайморотомію, видалення патологічно змінених тканин, санацію пазухи під ендоскопічним контролем, після чого за існуючими методиками проводили закриття сполучення. Рецидив захворювання спостерігали у 2 (4,8%) хворих.

Висновки

Проведення малоінвазивних та ендоскопічних втручань на верхньощелепній пазусі за запропонованими нами методиками дозволила відмовитися нам від проведення традиційних методів гайморотомії з доступом через іклову ямку. Запропоновані нами нові методи лікування одонтогенного верхньощелепного синуситу є менш травматичними, органозберігаючими, дозволяють уникнути видалення більшості причинних зубів, що полегшує перебіг післяопераційного періоду, зменшує до мінімуму кількість післяопераційних ускладнень та скорочує термін перебування у стаціонарі до 3-5 діб. Це свідчить про доцільність впровадження запропонованих способів лікування в практику роботи щелепно-лицевих стаціонарів для лікування хворих із захворюваннями верхньощелепних пазух.

Література

1. Анютин Р.Г., Романов И.А. Щадящая гайморотомия у больных с перфоративным одонтогенным гайморитом // Российская ринология. — 1998. — №2. — С. 34.
2. Ашмарин М.П. Щадящий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи // Российская ринология. — 1999. — №2. — С. 38-39.
3. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Витебск: Белмедкнига, 1998. — 162 с.
4. Пискунов С.З., Лазарев А.И., Быканова Т.Г. Консервативное и хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита. — Курск, 2004.
5. Романов И.А. Лечение больных одонтогенным перфоративным гайморитом с применением остеопластических материалов / Автореф. дисс. к.м.н. — Москва, 1998. — 20 с.

И.В.Федирко, С.Н.Козловский, П.А. Шмидт. Результаты и отдаленные последствия проведения малоинвазивных, эндоскопических вмешательств у пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Киев, Украина.

Ключевые слова: эндоскопическая техника, верхнечелюстная пазуха, одонтогенный верхнечелюстной синусит.

В статье освещен опыт лечения 467 пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом с использованием новых малоинвазивных методик и их отдаленные последствия. Хирургические вмешательства, в том числе с использованием эндоскопической техники, проводили по разработанному в клинике методикам. Полученные результаты использования эндоскопической техники показали ее высокую эффективность и перспективность.

I. V. Fedirko, S. M. Kozlovsky, P. A. Shmidt. Experience and distant results of using minimal evasive endoscopes technique in surgery operation of patients with, maxillary sinus inflammation with odontological etiology. Kyiv, Ukraine.

Key words: endoscopes technique, maxillary sinus, maxillary sinus inflammation.

Experience of treatment of 467 patients with maxillary sinus inflammation (odontological etiology) with usage of brand new minimal invasive approaches and distant results of operation are analyzed in this article. Surgical operations with vast usage of endoscopes technique were performed according to the methods studied in clinic. The results of utilization of endoscopes technique show their high efficiency and good prospects.