

Верхнечелюстные синуситы при субантральной пластике. Профилактика и лечение

А. В. Бакотина, аспирант кафедры оториноларингологии

В. В. Вишняков, д.м.н., проф. кафедры оториноларингологии

А. М. Панин, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургической стоматологии

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Maxillary sinusitis in subantral plastic. Prevention and treatment

A. V. Bakotina, V. V. Vischnyakov, A. M. Panin

Moscow State Medical and Stomatological University n.a. A. I. Evdokimov, Moscow, Russia

Резюме

В исследование включены пациенты обоего пола со вторичной адентией с атрофией костной ткани верхней челюсти в области дна верхнечелюстной пазухи как перед планируемым синуслифтингом, так и после. При обследовании перед операцией пациентам первой группы проводились компьютерная томография верхней челюсти с включением всей полости носа и околоносовых пазух (ОНП), полный осмотр оториноларингологом с проведением эндоскопического исследования полости носа. У 40% пациентов выявлена патология со стороны ОНП, требующая хирургического лечения. У пациентов второй группы после проведения субантральной пластики в раннем послеоперационном периоде развивался острый одонтогенный гнойный гайморит. После проведения эндоназального эндоскопического лечения наблюдалось быстрое купирование воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах, отмечалась хорошая приживляемость костно-пластического материала. В протокол предоперационной подготовки перед синуслифтингом следует включать проведение компьютерной томографии околоносовых пазух с целью исключения патологии околоносовых пазух.

Ключевые слова: верхнечелюстной синусит, осложнения, синуслифтинг.

Summary

The research included patients with a secondary adentia with an atrophy of a bone tissue of the upper jaw of both sexes as before the planned sinuslifting, and after. At inspection before operation to patients of the first group the computer tomography of the upper jaw with including of all nasal cavity and the paranasal sinuses, full survey by the otorhinolaryngologist with carrying out an endoscopic research of a nasal cavity was carried out. 40% of patients the pathology from paranasal sinuses demanding surgical treatment is taped. Patients of the second group in early postoperative period had the acute odontogenic sinusitis. After carrying out by endonasal endoscopic treatment, there was a rapid relief of the inflammatory process in the maxillary sinuses, there was a good engraftment of osteoplastic material. In the protocol of preoperative preparation before sinus lift should include computed tomography of the upper jaw and paranasal sinuses, in order to avoid diseases of the paranasal sinuses.

Key words: maxillary sinusitis, complication, sinuslift.

Актуальность проблемы

Реабилитация пациентов с полным или частичным отсутствием зубов с применением дентальных имплантатов широко распространена в стоматологической практике [1]. Однако при длительном отсутствии зубов и снижении функциональной нагрузки объем и плотность костной ткани в дистальной части альвеолярного отростка верхней челюсти уменьшаются и становятся недостаточными для установки дентальных имплантатов. В настоящее время для увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка широко применяется операция синуслифтинга [2]. Несмотря на широкое и успешное проведение операций имплантаций на верхней челюсти с поднятием дна верхнечелюстной пазухи, в 3–20% случаев развиваются осложнения, связанные с трав-

матизацией и инфицированием слизистой оболочки и блоком естественного соустья верхнечелюстной пазухи [3, 4, 5], в результате чего развивается верхнечелюстной синусит. Потенциал естественного соустья во время операции синуслифтинг также может быть снижен за счет транзиторного воспалительного отека [6].

Для развития воспалительного процесса в околоносовых пазухах, помимо нарушения мукоцилиарного транспорта, большое значение имеют разнообразные нарушения внутриносовой архитектоники, лежащие в основе изменения физиологической аэродинамики носа. В результате выраженного отека слизистой оболочки как носа, так и околоносовых пазух просвет естественного соустья сужается, что может привести к нарушению вентиляции и дренаж-

ной функции околоносовых пазух. В литературе представлены работы, показывающие, что имплантация и синуслифтинг возможны после хирургического лечения хронического верхнечелюстного синусита, но авторы подчеркивают, что санация должна проводиться эндоскопическими методами [3]. Радикальные операции на пазухе усложняют условия для последующего синуслифтинга [7] и, по мнению ряда авторов, делают его вовсе невозможным [8]. Наиболее щадящей, с точки зрения физиологии полости носа и околоносовых пазух, является функциональная эндоскопическая ринохирургия. Разработанный Мессерклингером метод функциональной эндоскопической хирургии придаточных пазух носа (FESS) широко применяется для лечения заболеваний носа и околоносовых пазух в России [9].

Цель исследования

Совершенствование диагностики и лечения верхнечелюстного синусита у пациентов перед операцией синуслифтинга и профилактика развития осложнений в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Исследуемые группы:

- в первую включены пациенты, нуждающиеся в проведении операций на альвеолярном отростке верхней челюсти, у которых выявлен верхнечелюстной синусит, и проведено эндоназальное эндоскопическое хирургическое лечение с формированием стойкого расширенного естественного соустья верхнечелюстной пазухи (40 человек);
- во вторую включены пациенты, перенесшие операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, у которых в раннем послеоперационном периоде развивался острый одонтогенный верхнечелюстной синусит (40 человек).

Результаты исследования

При обследовании перед операцией синуслифтинга пациентам первой группы проводилась компьютерная томография верхней челюсти с включением всей полости носа и околоносовых пазух, полный осмотр оториноларингологом с проведением эндоскопического исследования полости носа.

В ходе обследования у 12 пациентов (30 %) выявлен хронический гиперпластический верхнечелюстной синусит, у 4 пациентов (10 %) — киста верхнечелюстной пазухи, у 24 пациентов (60 %) патологии верхнечелюстных пазух не выявлено. При выявлении патологии со стороны полости носа и околоносовых пазух пациентам проводилось эндоскопическое эндоназальное хирургическое лечение с формированием стойкого расширенного естественного соустья с целью санации хронического очага инфекции и восстановления адекватного дренажа и аэрации верхнечелюстной пазухи. Через месяц пациенты проходили повторный ос-



Рисунок 1. МСКТ околоносовых пазух. Кисты обеих верхнечелюстных пазух.



Рисунок 2. МСКТ околоносовых пазух. Состояние после эндоскопического эндоназального хирургического лечения

мотр оториноларингологом, контроль компьютерной томографии верхней челюсти с включением полости носа и околоносовых пазух. После этого им проводилось лечение у стоматолога-хирурга. Рецидива верхнечелюстного синусита в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Клинический пример 1

Пациент К, 47 лет. Жалобы на отсутствие зубов верхней челюсти. В ходе предоперационной диагностики на компьютерной томограмме околоносовых пазух затемнение обеих верхнечелюстных пазух (рис. 1), пациент осмотрен оториноларингологом, поставлен диагноз обеих верхнечелюстных пазух, рекомендовано хирургическое лечение.

Пациенту проведена операция двусторонняя эндоскопическая гайморотомия с удалением оболочек кисты и формированием стойких расширенных естественных соустьев. Через месяц пациент проходил повторный осмотр оториноларингологом. На контрольной компьютерной томографии околоносовых пазух: со-

стояние после хирургического лечения (двусторонняя эндоскопическая гайморотомия), пневматизация пазух не нарушена (рис. 2).

У пациентов второй группы после проведения операции синуслифтинга в раннем послеоперационном периоде наблюдались повышение температуры тела, затруднение носового дыхания, выделения из носа гнойного характера, головная боль. На КТ ОНП определялось тотальное затемнение верхнечелюстной пазухи на стороне проведения операции синуслифтинга. При эндоскопическом осмотре полости носа: отек и гиперемия слизистой оболочки полости носа, гнойное отделяемое в общем и среднем носовых ходах. Все пациенты получали курс консервативного лечения: цефтриаксон 1,0 два раза в день внутримышечно, цетрин 10 мг одна таблетка один раз в день, називин 0,1-процентный по 3–4 капли в нос три раза в день, пункции верхнечелюстных пазух в течение пяти дней. В ходе лечения у шести пациентов (15 %) головная боль купировалась, температура тела нормализовалась, восстановилось носовое дыхание, и прекратились гнойные выделения из носа. При рентгенологическом контроле: околоносовые пазухи санированы, костнопластический материал сохранен. В дальнейшем пациенты продолжали лечение у стоматолога, рецидивов верхнечелюстного синусита не возникало. 34 пациента (85 %) улучшения не отмечали. При рентгенологическом контроле сохранялось затемнение верхнечелюстной пазухи. Эндоскопическая картина полости носа: гиперемия, отек слизистой оболочки полости носа, полоска гноя в среднем носовом ходе, искривление перегородки носа. Пациентам проведено хирургическое лечение: эндоскопическая эндоназальная гайморотомия с формированием стойкого расширенного естественного соустья. Уже на второй день после операции пациенты отмечали значительное улучшение общего состояния: выделения из носа уменьшались, носовое дыхание восстановилось. В ходе лечения удалось сохранить подсаженный костнопластический материал в теле верхней челюсти.

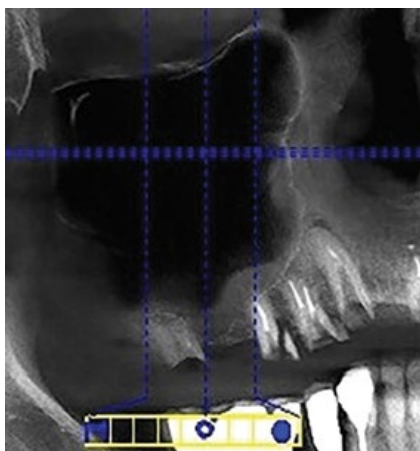


Рисунок 3. КЛКТ верхней челюсти и правой верхнечелюстной пазухи. Правая верхнечелюстная пазуха пневматизирована.

Клинический пример 2

Пациент М., 64 года. Жалобы на отсутствие зубов верхней челюсти справа. Диагноз: «вторичное отсутствие зубов верхней челюсти справа» (рис. 3).

Проведенное лечение: синуслифтинг справа. В раннем послеоперационном периоде у пациента появились жалобы на дискомфорт в области правой щеки, выделения из носа гнойного характера, отсутствие носового дыхания через правую половину носа (рис. 4).

Пациент осмотрен оториноларингологом, поставлен диагноз: «острый правосторонний одонтогенный гнойный гайморит». Проведено лечение: эндоскопическое эндоназальное расширение естественного соустья правой верхнечелюстной пазухи, курс антибактериальной терапии (рис. 5).

Выводы

В предоперационной диагностике перед субантральной пластикой

следует обязательно проводить компьютерную томографию верхней челюсти с включением всей полости носа и околоносовых пазух и осмотр оториноларингологом с целью исключения патологии носа и околоносовых пазух. Проведение хирургической эндоскопической санации верхнечелюстных пазух при верхнечелюстном синусите улучшает результаты имплантологического лечения, ускоряет сроки реабилитации в целом.

Список литературы

1. Солоп М. В. Анализ осложнений дентальной имплантации и синуслифтинга у пациентов с верхнечелюстными синуситами. Клинико-рентгенологическое исследование: Автореф. дис... канд. мед. наук. 14.01.14. — М. — 2014. — 26 с.
2. Харламов А. А., Вишняков В. В., Панин А. М. Роль патологии внутриносовых структур в развитии осложнений операции синуслифтинг // Российская ринология. — М. — 2010. — № 4. — С. 25–28.
3. Doul Galli S. K. et al. Chronic sinusitis complicating sinus lift surgery. *Am. J. Rhinol.* 2001; 15: 3: 181–186.
4. Иванов С. Ю., Ямуркова Н. Ф., Мураев А. А., Мигура С. А. Устранение дефектов мембраны Шнейдера, возникающих во время операции синус-лифтинга. // Ж. Стоматология, М., № 2 (89) 2010, с. 48–51.
5. Иванов С. Ю., Мураев А. А., Ямуркова Н. Ф., Мигура С. А. Хирургическая тактика при перфорации слизистой оболочки верхнечелюстного синуса возникающей при выполнении операции синус-лифтинга. // Стоматологический журнал, Минск (Беларусия), № 2, 2009, с. 176–178.
6. Базилян Э. А. Принципы прогнозирования и профилактики осложнений при дентальной имплантации (клинико-лабораторные исследования): Автореф. дис... док. мед. наук. — М., 2001. — 37 с.
7. Садыгов Р. В. Особенности синуслифтинга после ранее проведенного хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе: автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2012. — 23 с.
8. Takayoshi Tobita, Mikiko Nakamura, Takaaki Ueno, Kazuo Sano. Sinus Augmentation Surgery After Endoscopic Sinus Surgery for the Treatment of Chronic Maxillary Sinusitis: A Case Report // *Implant Dent.* — 2011. — Vol. 20 (5). — P. 337–340.
9. Messerklinger W. On the drainage of the human paranasal sinuses under normal and pathological conditions // *Monatsschr. Ohrenheilkd. Laryngorhinol.* — 1966. — Vol. 100. — P. 56–68.

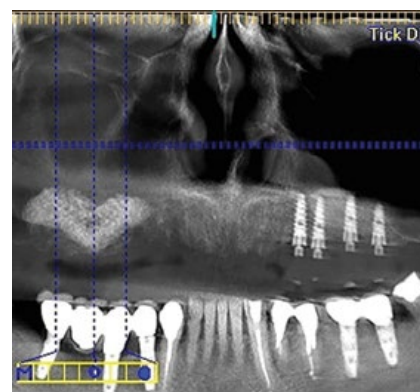


Рисунок 4. КЛКТ верхней челюсти и околоносовых пазух. Тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи, состояние после синуслифтинга справа.

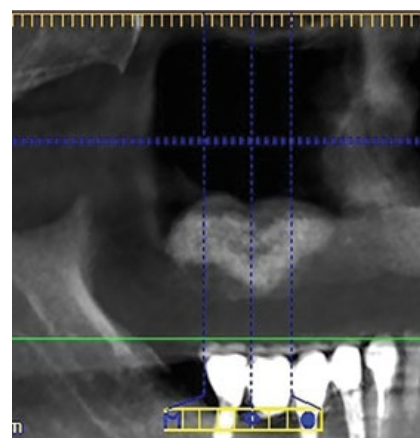


Рисунок 5. КЛКТ верхней челюсти и правой верхнечелюстной пазухи. Правая верхнечелюстная пазуха пневматизирована, состояние после синуслифтинга справа.

VIII Общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование — 2017» (05 апреля 2017 года, г. Москва) и круглый стол «Стоматология»

03 апреля 2017 года, накануне открытия конференции «Медицинское образование — 2017», в Сеченовском университете состоялось совместное заседание координационного совета в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» и ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», а также совета деканов (директоров) медицинских факультетов государственных университетов (институтов) Минобрнауки России.

Ключевой темой совместного заседания стало коллегиальное обсуждение подготовки и введения в практику федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) высшего образования нового поколения. Тесная связь высших учебных заведений,

профильных министерств и ведомств, общественных профессиональных организаций является ключевым элементом подготовки ФГОС, соответствия их запросам и потребностям отечественной системы здравоохранения.

В круглом столе принимали участие специалисты из вузов регионов России. Модераторы ответили на многочисленные вопросы профессоров вузов и студентов. С резолюцией модераторов и участников круглых столов по направлениям ознакомил проректор по учебной работе Т. М. Литвинова. Резолюция была единогласно одобрена.

Профессоры А. В. Митронин, О. И. Адмакин