

УДК 616.216.1-002-08-089

*А. Б. Амангалиев<sup>1</sup>, М. М. Вансванов<sup>2</sup>, С. С. Жакенова<sup>1</sup>,  
Г. Е. Амангалиева<sup>1</sup>, А. М. Ильясов<sup>2</sup>*

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК<sup>1</sup>  
Институт стоматологии КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова<sup>2</sup>  
г. Алматы

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

### АННОТАЦИЯ

Приведены результаты применения метода оперативного лечения эндоскопическим эндоназальным доступом 11 пациентов с верхнечелюстными синуситами, вызванными попаданием в пазуху инородных тел. Методика отличается малой травматичностью и физиологичным принципом воздействия на пазуху, позволяет осуществлять постоянный визуальный контроль как во время вмешательства, так и в послеоперационном периоде, и сократить сроки стационарного лечения в сравнении с радикальной гайморотомией.

**Ключевые слова:** верхнечелюстная пазуха, инородное тело, эндоскопическая синусотомия эндоназальным доступом.

В последнее десятилетие наблюдается распространённость верхнечелюстных синуситов, вызванных попаданием в них инородных тел [1]. Несмотря на широкое применение новых эндодонтических технологий, проблема адекватного пломбирования каналов остается актуальной. По данным некоторых авторов, почти в 80 % случаев каналы пломбируются некачественно, а в 1,5 % наблюдений развившиеся осложнения, такие, как попадание пломбировочного материала в полость верхнечелюстного синуса или в нижнечелюстной канал, требуют оперативного лечения непосредственно или в ближайшее время после эндодонтического лечения [2, 3].

Помимо хорошо изученных случаев проталкивания в гайморову пазуху корней зубов верхней челюсти, в настоящее время приходится сталкиваться с явлениями попадания дентальных имплантатов в верхнечелюстную пазуху. Как правило, это наблюдается при не профессиональных попытках установки дентальных имплантатов в проекции дна гайморовой пазухи.

В связи с этим поиск наилучшей методики для оказания хирургической помощи больным с одонтогенными верхнечелюстными синуси-

тами, вызванными наличием инородных тел, является актуальным [4,5].

*Цель работы* – повышение эффективности лечения верхнечелюстных синуситов, вызванных введением в пазуху инородных тел, методом эндоскопической синусотомии эндоназальным доступом.

Под наблюдением находилось 11 пациентов с верхнечелюстными синуситами, вызванными попаданием в пазуху инородных тел, из них женщин 7 (63,6 %), мужчин – 4 (36,4 %). Возраст пациентов колебался от 20 до 67 лет. При этом доля пациентов трудоспособного возраста составила 74,5 %.

При обследовании у 3 пациентов в верхнечелюстных пазухах выявлены дентальные имплантаты, у 7 - пломбировочный материал и у 1 – небный корень 16 зуба. Все диагнозы подтверждались данными компьютерной томографии (рис. 1).

Максимальное время пребывания инородных тел в пазухе составляло 7 лет, минимальное – 1 месяц с момента эндодонтического вмешательства или дентальной имплантации до хирургического вмешательства. В 42 % случаев инородное тело находилось в правой пазухе, в 58 % – в левой.

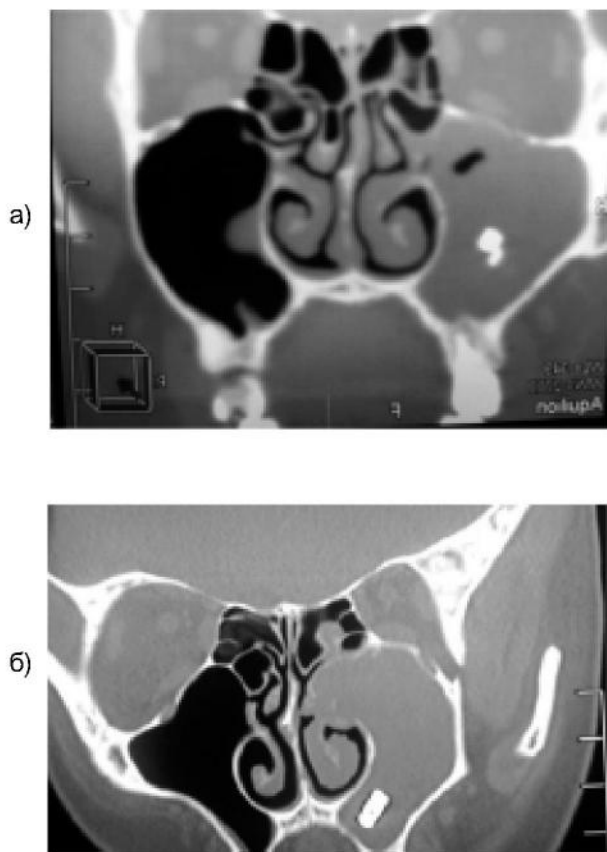


Рис. 1. Компьютерная томография инородного тела в гайморовой пазухе: а) пломбировочный материал; б) дентальный имплантат

Всем пациентам применялся метод оперативного лечения эндоскопическим эндоназальным доступом (основная группа). Доступ осуществлялся через средний носовой ход путем расширения естественного соустья. После зондирования соустья его края аккуратно расширялись и выкусывались щипцами. В отдельных операциях для полноценного обзора и проведения манипуляций в синусе доступ расширялся путем резекции крючковидного отростка обратно-выкусывающими щипцами или его отсечением с помощью серповидного скальпеля. Помимо этого соустье расширяли, когда размер отверстия был слишком мал для извлечения из пазухи корня зуба или имплантата. При этом учитывался не только размер самого корня, но и инструмента, которым он извлекался (рис. 2, 3).

Супратурбинальное окно формировали максимально бережно, так как агрессивная работа могла привести к кровоточивости тканей, а избыточное расширение соустья – могло служить причиной нарушения тока воздуха в носовых ходах и пазухе.



Рис. 2. Удаленный пломбировочный



Рис. 3. Удаленный дентальный имплант

Осмотр пазухи выполняли эндоскопом с углом зрения 30°. Для осмотра передненижнего и медиального отдела пазухи использовали 70- градусную оптику.

Слизистая оболочка пазухи максимально щадилась: удалению подлежали лишь участки выраженного полипоза, грануляционная ткань, инородные тела и кисты (рис. 4).

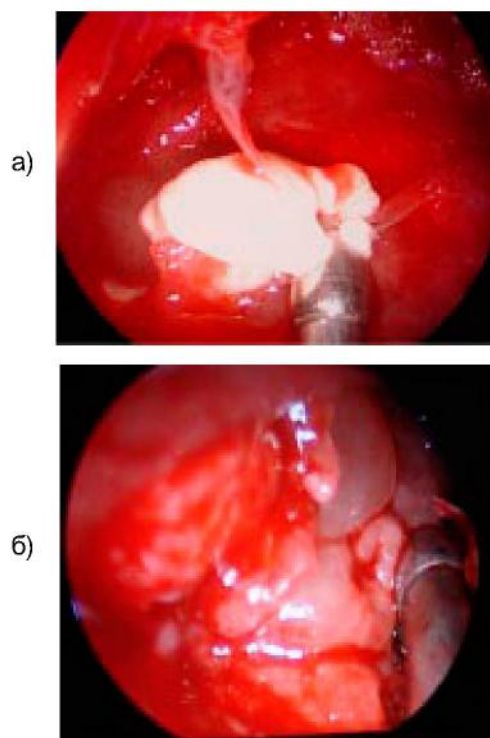


Рис. 4. Эндоскопия гайморовой пазухи: а) умеренная инфильтрация прилежащей к месту расположения инородного тела слизистой оболочки пазухи; б) выраженный полипоз, инфильтрация, утолщение слизистой оболочки верхне-челюстной пазухи

При проведении эндоскопии гайморовой пазухи наблюдали следующие изменения: у 1 больного (9,1 %) – незначительная инфильтрация прилежащей к месту расположения инородного тела слизистой оболочки пазухи (рис. 3); у 3 27,4 % – значительное утолщение слизистой оболочки как в месте расположения инородного тела, так и у других стенок верхнечелюстной пазухи; у 6 больных (54,4 %) отмечались значительно выраженные полипоз, инфильтрация, утолщение слизистой оболочки, вплоть до полной облитерации ею просвета верхнечелюстной пазухи (рис. 4). У 1 больного (9,1 %) выраженных изменений слизистой оболочки верхнечелюстных пазух отмечено не было.

В срок до 1-2 лет пребывания инородного тела в пазухе отмечены случаи мигрирования инородных тел в пазухе, с последующим нахождением их приблизительно в области соустья верхнечелюстной пазухи. Этот феномен объясняется мукоцилиарным транспортом. Однако в большей части случаев этого не происходит, очевидно, либо ввиду фиксации инородного тела в очаге воспаления на нижней стенке верхнечелюстной пазухи, либо ввиду угнетения мукоцилиарного транспорта в дальнейшем при развитии хронического воспаления и продуктивно-гнояного процесса в пазухе.

Работа на слизистой оболочке пазухи осуществлялась с помощью острых щипцов Блексли, специальных антральных щипцов с изогнутой рабочей частью или сверхэластичных кюретажных ложек из никелида титана. Для удаления сгустков крови и улучшения видимости во время операции пазуху периодически промывали раствором антисептика и физиологического раствора.

Результаты лечения сравнивали ретроспективно с контрольной группой из 13 пациентов, прооперированных по методу Колдуэлла-Люка и Иванову, перед выпиской и через 2 месяца после оперативного лечения. Средний койкодень у пациентов после эндоскопического вмешательства составил 5,3 дня. Тогда как в группе больных, оперированных по методу классической радикальной операции – 7,4, по методике Иванова – 6,6 дня.

Кроме того, ни у одного пациента основной группы не отмечалось расстройств чувствительности верхней губы и в области оперативного вмешательства, значительно менее выражены были явления отека мягких тканей щеки в раннем послеоперационном периоде, чем при

классической радикальной операции. Отделяемое из полости носа в послеоперационном периоде сохранялось у 6 больных, но после 2 мес. не наблюдалось ни в одном случае. Данные результатов отдаленного наблюдения приведены в таблице.

**Результаты наблюдения за пациентами через 2 мес. после операции**

| Вид операции                  | Расстройство чувствительности, 2 мес. после операции, % | Выделения, 2 мес. после операции, % | Число койкодней |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------|
| Эндоскопическое вмешательство | 15,0  | 0,0                                 | 5,3             |
| По методу Колдуэлла-Люка      | 47,1  | 82,0                                | 7,4             |
| По методу Иванова             | 25,0  | 25,0                                | 6,6             |

Анализ полученных результатов подтвердил необходимость пересмотра традиционных подходов хирургического лечения верхнечелюстных синуситов, вызванных попаданием инородных тел. Многолетний опыт использования метода радикальной гайморотомии, который по сей день остается основным в лечении воспалительных процессов пазухи, является достаточно нефизиологичным. Наиболее явным недостатком метода всегда признавалась травма слизистой оболочки пазухи.

Многими авторами достоверно подтверждена неадекватность наложения при радикальной гайморотомии соустья в нижний носовой ход. Это приводит к патологической циркуляции секрета или воспалительного экссудата в пазухе и ее патологической аэрации.

При операции по методу Колдуэлла - Люка наносится тяжелая травма мягким тканям подглазничной области, верхней челюсти, подглазничному нерву, верхнелуночковому сосудисто-нервному сплетению.

Таким образом, эндоскопическая технология в корне меняет хирургию воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи. Основанная на ее применении оперативная методика отличается не только малой травматичностью, но и иным принципом воздействия на пазуху с учетом физиологических аспектов. Кроме того, он позволяет осуществлять постоянный визуальный контроль как во время вмешательства, так и в послеоперационном периоде, а также сократить сроки стационарного лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1 Арутюнян К. Э. Лечение больных с осложнениями, связанными с выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус: автореф. дис. канд. мед.наук, 2005.
- 2 Сысолятин С. П. Эндоскопия в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Стоматология. – 2006. – Т. 85, № 4. – С. 69-72.
- 3 Николаев А. И., Ценов Л. М., Шаргородский А. Г. Пути повышения качества эндодонтического лечения // Клиническая стоматология. – 1999. – № 4. – С. 16-20.
- 4 Сысолятин С. П. и др. Диагностика и лечение осложнений, связанных с выведением стоматологических пломбировочных материалов в верхнечелюстной синус // Стоматология. – 2009. – Т. 88, № 1. – С. 47-50.
- 5 Сысолятин С. П. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: вопросы этиологии // Вопросы челюстно-лицевой, пластической хирургии, имплантологии и клинической стоматологии. – 2010. – № 2-3. – С. 3-6.

## ТҮЙІН

Мұрын қуысына бөгде заттардың түсуінен пайда болған үстіңгі жақ синуситі бар 11 емделушіні эндоназалды жолмен эндоскопиялық шұғыл емдеу әдісін қолдану нәтижелері келтірілген. Әдіс аз жарақаттауымен және мұрын қуысына физиологиялық әсер ету қағидаттарымен ерекшеленеді, операция және операциядан кейінгі кезеңдегідей тұрақты визуалды бақылау жасауға және радикалды гайморотомиямен салыстырғанда стационарлық емдеу мерзімін қысқартуға мүмкіндік береді.

**Түйінді сөздер:** үстіңгі жақ қуысы, бөгде зат, эндоназалды жолмен эндоскопиялық синусотомия.

## SUMMARY

The article presents the results of application of surgical therapy using endoscopic endonasal access in 11 patients with supramaxillary sinusitis caused by foreign bodies present in maxillary sinus cavity. This technique is low traumatic, has physiological impact on the maxillary sinus cavity, and ensures permanent visual control both during intervention and post-operative period, and allows to reduce hospital stay duration as compared with maxillary sinusotomy.

**Key words:** maxillary sinus cavity, foreign body, endoscopic endonasal sinusotomy.