

Мареев Г.О., Ермаков И.Ю., Бебко К.В.

Инородные тела верхнечелюстных пазух по данным ЛОР-клиники Клинической Больницы СГМУ им. С.Р. Миротворцева*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра оториноларингологии***Резюме**

В практике оториноларинголога наличие инородного тела в верхнечелюстной пазухе - достаточно частое явление. При этом, инородное тело в верхнечелюстной пазухе обнаруживают при появлении или обострении воспалительного процесса; также это может быть случайная находка при рентгенологическом или томографическом исследовании. Целью данного исследования являлась оценка различных изменений, возникающих в околоносовых пазухах по данным компьютерной томографии, а также сравнительная характеристика использования основных оперативных вмешательств при инородных телах верхнечелюстной пазухи – радикальной операции на верхнечелюстной пазухе и эндоскопический трансмаксиллярной синусотомии по их ближайшим и отдаленным результатам.

Ключевые слова: инородные тела верхнечелюстных пазух, одонтогенные верхнечелюстные синуситы**Введение**

В практике оториноларинголога наличие инородного тела в верхнечелюстной пазухе - достаточно частое явление. При этом, инородное тело в верхнечелюстной пазухе обнаруживают при появлении или обострении воспалительного процесса; также это может быть случайная находка при рентгенологическом, КТ исследовании. Так, одонтогенные верхнечелюстные синуситы составляют, по данным различных авторов, от 3-7% от общего числа хирургических стоматологических заболеваний. В обширной литературе, посвященной этому заболеванию, достаточно полно освещены его этиология, патогенез, клиника и лечение. Однако число больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом не уменьшается. По данным С.З. Пискунова за период с 1981 по 1990 годы число случаев синусита на 1000 населения выросло с 4,6 до 12,2 [1].

За последние десять лет в нашей стране получила широкое развитие современная эндодонтия. Однако проблема адекватного пломбирования каналов зубов была и остается актуальной. По данным различных авторов почти в 80% случаев каналы пломбируются некачественно, а в 1,5% наблюдений - развившиеся осложнения (попадание пломбировочного материала в полость верхнечелюстного синуса или в нижнечелюстной канал) требуют оперативного лечения непосредственно или в ближайшее время после эндодонтического лечения [2, 3]. Несоблюдение основных требований технологии работы в корневых каналах, недостаточная оснащённость многих клиник необходимым оборудованием и инструментами увеличивает количество осложнений, связанных с проталкиванием пломбировочного материала в полость верхнечелюстного синуса и, как следствие этого, развитие хронического верхнечелюстного синусита. Широкое распространение эндодонтических вмешательств в настоящее время и тенденция к их дальнейшему внедрению в стоматологическую практику приводит к необходимости поиска новых способов лечения основного осложнения этих манипуляций – инородных тел верхнечелюстных пазух [4,5].

Как показывают современные исследования наибольшее значение также придается анатомии лицевого скелета, особенности которого способствуют попаданию инородных тел в верхнечелюстную пазуху [6,7,8].

Традиционно для удаления инородных тел из верхнечелюстной пазухи выполняется операция по Калдуэлл-Люку, эндоскопическая синусотомия, выполняемая как эндоназально, так и трансмаксиллярно [2,4,5]. Основными недостатками классической радикальной операции следует считать неполное выздоровление – зачастую сохраняющиеся выделения из полости носа в раннем и позднем послеоперационном периоде и расстройств чувствительности верхней губы и места оперативного вмешательства (ввиду значительного разреза в преддверии рта).

Троакарная синусотомия (эндоскопическая трансмаксиллярная синусотомия) проводится следующим образом - производится одномоментный прокол слизистой оболочки преддверия рта (при смещенной кверху верхней губе) и трепанация кости передней стенки верхнечелюстной пазухи в области клыковой ямки. Также за счет троакаров достигается плотная obturация раны и костной раны, в связи с чем кровотечение в пазухе минимально и создает наилучшие условия для работы эндоскопом. Соустье при этом оперативном вмешательстве не накладывается.

Цель: оценить различные изменения, возникающие в околоносовых пазухах по данным компьютерной томографии, а также дать сравнительную характеристику использованию основных оперативных вмешательств при инородных телах верхнечелюстной пазухи – радикальной операции на верхнечелюстной пазухе и эндоскопический трансмаксиллярной синусотомии по их ближайшим и отдаленным результатам.

Материал и методы

Для исследования нами взяты 44 больных с инородным телом верхнечелюстных пазух, из числа проходивших обследование и лечение в ЛОР-клинике Клинической больницы СГМУ им. С.Р. Миротворцева с 2011 по 2016 год, выбирались только больные, имевшие КТ исследование. В выборку включены больные с отсутствием анамнестических признаков синусита до внедрения инородного тела в верхнечелюстную пазуху. Из них женщин - 37 человек (84%), мужчин - 7 человек (16%). Наибольшее число больных – среднего возраста (20-49 лет, 74.5%). Максимальное время пребывания инородных тел в пазухе – 7 лет, минимальное – 1 месяц до хирургического вмешательства, в среднем – 1,5 года. Наибольшее число обратившихся за помощью по поводу инородных тел верхнечелюстных пазух имело анамнез заболевания до 1-1,5 лет с момента эндодонтического вмешательства. В 14 случаях (31%) инородное тело находилось в правой пазухе, в 30 случаях (69%) - в левой.

У больных при передней риноскопии и осмотре носа эндоскопом отмечались следующие симптомы – отек слизистой полости носа на стороне поражения и ее гиперемия в подавляющем большинстве случаев (95%), более чем в половине случаев (56%) гнойное отделяемое, зачастую с неприятным запахом (36%), реже отмечалось коркообразование в полости носа (27%).

По КТ мы определяли размер инородных тел, находившихся в верхнечелюстной пазухе. Наибольшее число инородных тел (48%) – размером контрастной части 2,0-3,5 мм, попавшее в пазуху при эндодонтических вмешательствах, инородные тела размером менее 2,0 мм встречаются реже (в 27%), также, как и крупные инородные тела размером более 3,5 мм (в 25% случаев по данным КТ).

Результаты

Инородные тела мигрируют по верхнечелюстной пазухе за счет мукоцилиарного клиренса, и даже теоретически могут самостоятельно выйти из пазухи через естественное соустье, однако это редчайшие случаи. В основном инородные тела фиксируются в воспаленную слизистую оболочку пазухи в ее средней и нижней трети (в 50% и 36% случаев по данным КТ). Только часть инородных тел достигает области соустья (9%), изредка фиксируясь на верхней стенке пазухи (5%).

Распределение по тяжести изменений в верхнечелюстных пазухах практически одинаково во всех группах. По выполнении операции в пазухах обнаруживали сходные изменения слизистой оболочки с теми, что были представлены на КТ. Уровень изменений в верхнечелюстных пазухах отражался нами в баллах по результатам интраоперационных находок (0 отсутствие изменений слизистой оболочки пазухи; 1 – незначительные изменения на одной стенке пазухи; 2 – изменения, затрагивающие до ½ объема пазухи; 3 – изменения, затрагивающие более ½ объема пазухи). Таким образом, обнаруживается тенденция к изменению слизистой оболочки пазух в результате хронического воспаления, поддерживаемого персистенцией в пазухе инородного тела, со временем. Нами были обнаружены следующие изменения в верхнечелюстной пазухе у 9,8% больных изменения в пазухах носили минимальный характер в виде незначительной инфильтрации прилежащей к месту расположения инородного тела слизистой оболочки пазухи; у 31,4% – изменения в пазухах носили характер значительного утолщения слизистой оболочки, как в месте расположения инородного тела, так и других стенок верхнечелюстной пазухи; у 49,0% больных отмечались значительные изменения верхнечелюстной пазухи с выраженным полипозом, инфильтрацией, утолщением слизистой оболочки, вплоть до полной облитерации ей просвета верхнечелюстной пазухи. Еще у 9,8% больных выраженных изменений слизистой оболочки верхнечелюстных пазух отмечено не было.

Также нами отмечается, что наличие гнойного воспаления в пазухах более характерно для ранних сроков (до 1 года) после попадания в пазуху инородного тела. Для более поздних сроков заболевания чаще характерен продуктивный процесс.

Обсуждение

Из анализа данных, нами определено что наибольший койко-день (9.1±1,9) и значительное число осложнений в послеоперационном периоде наблюдаются при применении классической радикальной операции – так расстройства чувствительности наблюдаются в 82%, сохранение отделяемого из и выделений в послеоперационном периоде – в 47% случаев. Выполнение эндоскопической трансмаксиллярной троакарной синусотомии является наиболее оптимальным вариантом хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе при ее инородных телах. Ее применение обеспечивает минимальный койко-день (5,3±1,3), щадящее отношение к слизистой оболочке верхнечелюстной пазухе способствует незначительному числу рецидивов. Нами не отмечено нарушений чувствительности щеки и верхней губы при таком типе вмешательства.

Заключение

В риноскопической картине у больных с инородными телами верхнечелюстной пазухи обязательно присутствуют отек и гиперемия слизистой полости носа (90-95%), часто отмечается гнойное отделяемое (56%), сопровождающий его неприятный запах наблюдается у трети больных (36%), образование корок в полости носа отмечается у 27% больных (что свидетельствует о нарушении мукоцилиарного клиренса и транспорта слизи в полости носа). Компьютерная томография высокого разрешения дает точные и обстоятельные данные о расположении инородного тела в пазухе, картина патологических изменений в пазухе соответствует находкам при оперативном вмешательстве в большинстве случаев. Инородные тела чаще располагаются в нижней и средней трети верхнечелюстных пазух (50% и 36%), реже встречается расположение инородного тела в области соустья (9%), редко инородное тело фиксируется в области верхней стенки (5%).

Основными недостатками классической радикальной операции по Колдуэлл—Люк и микрогайморотомии являются преходящие или стойкие изменения чувствительности в области верхней губы и щеки в послеоперационном периоде, а также сохранение выделений из полости носа (рецидивирование хронического процесса) в послеоперационном периоде, что связано со значительной хирургической травмой и изменением структур верхнечелюстной пазухи, наложением противоестественного соустья.

Выполнение эндоскопической трансмаксиллярной троакарной синусотомии, с использованием двухпросветных троакаров [9] является наиболее оптимальным вариантом хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе при ее инородных телах.

Литература

1. Пискунов С.З. Частота выявления патологии околоносовых пазух / С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов // Вестн., отоларингологии. - 1992. - №4. - С. 18.
2. Мареев О.В. Анализ хирургических методик лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, вызванных попаданием в пазуху инородных тел / А.В. Лепилин., О.В. Мареев, И.П. Коваленко, Г.О. Мареев // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: www.science-education.ru/105-7075 (дата обращения: 25.09.2012).
3. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования // Клиническая стоматология. 1998. - №1. - С. 17-18.
4. Лузина В.В., Мануйлов О.Е. Анализ отдаленных результатов лечения больных одонтогенным перфоративным гайморитом / В.В. Лузина, О.Е. Мануйлов // Стоматология. 1995. - №1. - С.41-42.
5. Григорьянц Л.А. Тактика лечения больных с выведенным пломбирочным материалом за пределы корня зуба / Л.А. Григорьянц, В.А.Бадалян, М. Томазов // Клиническая стоматология. 2001. - №1. - С.38-40.
6. Коваленко И.П. Основные закономерности строения лицевого скелета, приводящие к развитию осложнений эндодонтических вмешательств на верхней челюсти / Мареев О.В., Лепилин А.В., Мареев Г.О., Гейвондян М.Э. //Мир науки, культуры и образования. – 2012. - №4(35). – С. 290-293.

7. Коваленко И.П. Компьютерная томография в измерении антропометрических параметров лицевого скелета человека / И.П. Коваленко, Г.О. Мареев // Перспективы науки. – 2012. - №7(34). – С. 21-24.
8. Лепилин А.В. Особенности строения лицевого черепа и верхнечелюстной пазухи как предпосылка возникновения осложнений при эндодонтическом лечении зубов / А.В. Лепилин, О.В. Мареев, И.П. Коваленко, Г.О. Мареев // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т8., №3. – С. 717-720.
9. Мареев О.В. Трояк для эндоскопических операций на верхнечелюстной пазухе. / О.В. Мареев, В.Н. Николенко, А.В. Лепилин, И.П. Коваленко, Е.А. Неверова // Патент РФ №94446.