

Одонтогенный верхнечелюстной синусит: диагностика и лечение.

М.А. Губин, Н.А. Попкова, Л.В. Шевченко,
Кафедра стоматологии ФУВ ВГМА им.Н.Н.Бурденко

Актуальность

Воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса в структуре специализированных стоматологических стационаров составляют 5-12% больных. Несвоевременная диагностика острых синуситов, поздняя обращаемость больных, дифференциально-диагностические ошибки в распознавании риногенных и одонтогенных форм, неправильная тактика хирурга-стоматолога при перфорациях дна пазухи, - приводят к хронизации заболевания, что нередко сопровождается различными местными и общими осложнениями. По данным литературы, лишь у 40-60% больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом наступает выздоровление.

Проблема одонтогенных заболеваний верхнечелюстного синуса имеет длительную историю, вопросы диагностики и лечения постоянно совершенствуются. Но, несмотря на многообразие программных методик, результаты лечения нельзя считать удовлетворительными. При использовании традиционных методов преимущественно хирургического лечения, различного рода осложнения (свищи, нарушение обоняния, парестезии, невриты, заложенность носа и рецидивы), наблюдаются в 15-30%.

В последние годы наметилась отчетливая тенденция к выполнению так называемых «щадящих» операций по поводу хронических верхнечелюстных синуситов. Однако целесообразность их выполнения у всех больных не может быть принята однозначно. Эффективность щадящей хирургии у больных с диффузным поражением слизистой оболочки синуса, наличием остеомиелитического процесса стенок пазухи, угрозой развития или уже развившимися осложнениями общего и местного характера, далеко неоднозначны.

Таким образом, совершенствование и оптимизации диагностики и улучшении результатов лечения верхнечелюстных синуситов одонтогенного происхождения.

Материал и методы исследования

В соответствии с общепринятой в нашей стране классификацией по поло-возрастным характеристикам, все больные с одонтогенным верхнечелюстным синуситом (263), наблюдаемые нами и находившиеся на лечении в ОХС ОКБ г. Воронежа с января 1998 по ноябрь 2000 гг., были распределены на четыре группы: молодые, зрелые, пожилые, старые. Наибольшее количество составили лица мужского пола трудоспособного возраста (от 18 до 55 лет) - 223 (84,8%).

От общего числа больных (1894) с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области хирургического стационара, больные с одонтогенным верхнечелюстным



синуситом составили 13,8%. Программа исследования больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом была стандартизирована и, наряду с общеклиническими данными, включала результаты рутинного рентгенологического обследования (обзорная рентгенография придаточных пазух носа в двух проекциях, контактная внутриротовая рентгенография альвеолярного отростка верхней челюсти, ортопантомография челюстей), компьютерной томографии в коронарной и аксиальной проекциях. Помимо лечебно-диагностической пункции синуса, проводили визуализацию диагностики с помощью имеющихся в клинике технических средств.

Параклинические методы включали комплекс

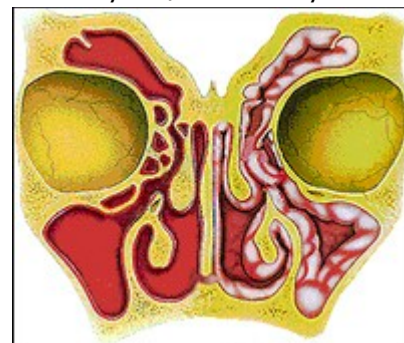
микробиологических и цитологических исследований, основные показатели клеточного, биохимического состава крови (содержание общего белка, распределение белковых фракций, белковых метаболитов), системы гемокоагуляции, маркеров интоксикации и иммунитета по общепринятым методикам.

Исследования проводились в остром периоде заболевания, в динамике по развитию и при выписке. Установленные особенности клинических проявлений, различия в результатах лабораторных исследований позволили предложить и апробировать в клинике концепцию рабочей классификации одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Острые одонтогенные воспалительные синуситы (122, 46,4%) были разделены на две формы: отечная (серозная) - 50 больных и деструктивная - 72. Последняя реализуется в виде очагового или диффузного гнойного воспаления слизистой синуса. Деструктивная форма может протекать по неосложненному варианту (47), когда воспалительный процесс распространяется только на слизистую воспалительной пазухи, и осложненному (25). Осложнения были местными, в виде контактного периостита, остеомиелита, абсцессов, флегмон (подглазничной, щечной области, глазницы, крылонебной ямки и их сочетания), и общими (сепсис, вторичные внутричерепные воспалительные процессы - менингит, тромбоз кавернозного синуса).

Результаты исследования и их обсуждение

У больных с отечной и деструктивной неосложненными формами синусита преобладали жалобы местного характера, преимущественно на боли в области пораженного синуса, отделяемое из носа, затрудненное носовое дыхание. Общее состояние и признаки первичной интоксикации, как правило, были выражены незначительно или умеренно. Показатели клеточного, биохимического состава крови, гемокоагуляции и иммунитета были чаще в пределах возможных физиологических колебаний.

Жалобы больных с деструктивными осложненными формами острого синусита отличались характерным полиморфизмом. Преобладали жалобы острого характера (нарастающая головная боль, слабость, потеря сна, аппетита, гипертермия). Общее состояние средней тяжести, тяжелое, изредка крайне тяжелое. Отчетливо выявляются признаки гиперфункционирования ЦНС, повышение возбудимости, иногда агрессивность, расстройство сознания - оглушенность, галлюцинации, бред. У таких больных всегда выражены признаки синдрома эндогенной интоксикации, чаще носившие стойкий, а иногда и нарастающий характер. Лабораторные показатели гомеостаза всегда были нарушены, наблюдались максимальные отклонения при сепсисе, вплоть до декомпенсации.



Больные с хроническим верхнечелюстным синуситом (141, 53,6%) предъявляли жалобы местного характера на незначительные боли или чувство тяжести в области верхней челюсти, ощущении заложенности носа с больной стороны, наличие сообщения полости рта с носом. Из жалоб общего характера больные отмечали чувство разбитости, быструю психическую и физическую истощаемость на фоне не сильной, но стойкой головной боли.

Наиболее часто наблюдались изменения со стороны показателей клеточного состава крови. Определялась тенденция к снижению содержания гемоглобина и эритроцитов, увеличение лейкоцитов за счет концентрации лимфоцитов и увеличение СОЭ отмечались сдвиги показателей иммунитета.

Классификация диагноза по формам и вариантам течения предопределяла выбор соответствующей тактики лечебных мероприятий.

Больным отечной (серозной) и деструктивной неосложненной формой синусита проводилась консервативная терапия.

Традиционные способы санации пазухи заменялись длительной катетеризацией сосудистым катетером, который вводился через нижний носовой ход посредством иглы Куликовского. Преимуществом этого способа является возможность многократного и безболезненного промывания (при необходимости до 3-5 раз в сутки) антисептическими растворами.

Антибактериальная защита, как правило, осуществлялась таблетизированными формами имидазоловых и фторхиноловых препаратов.

При деструктивных формах, угрозе развития или уже имеющихся осложнениях, оправдала ревизия пораженного верхнечелюстного синуса. Для удаления патологически измененной слизистой применяли методику вакуум-экстракции электроотсосом, некрэктомию с использованием радиохирургического скальпеля "Сургитрон" с одновременной санацией гнойных очагов инфекции в мягких тканях (вскрытие абсцесса, флегмоны).

При внутричерепных осложнениях и с целью неоперативной санации верхнечелюстного синуса проводилось внутриартериальное введение антибактериальных препаратов после катетеризации ветвей наружной сонной артерии, методы экстракорпоральной детоксикации, использовалась внутривенная озонотерапия, иммунокоррекция при установленном иммунодефиците II-III степени с использованием иммуномодуляторов широкого спектра действия (неовир, тимоген, тималин, лейкоинтерферон).

Антибактериальная защита осуществлялась с реализацией принципа "ступенчатой терапии". Чаще использовали цефалоспорины I, II, III генерации, фторхинолоны, имидазольные производные.

Детальное обследование больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом, внедрение в практику метода эндоскопии, морфологическая верификация диагноза позволили уже в дооперационном периоде определить оптимальную программу комплексного лечения.



Под визуальным контролем удалялась полиподно-измененная слизистая, грануляции в области свищевого хода, инородные тела, оценивалась проходимость естественного соустья. Пластика свища или ороантрального сообщения проводилась с использованием трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки. С целью послеоперационной санации в пазуху вводился катетер и в течение 2-3 суток проводилась санация озоном. Швы снимались в традиционные сроки. Ревизия пораженных синусов, санация хронических очагов одонтогенной инфекции, дополняемые

восстановлением дренажной функции естественного соустья, обеспечивали надежные результаты лечения.

Выводы

На основании проводимых регламентированных комплексных клинических, инструментальных, специальных лабораторных исследований должна определяться тактика лечения, дифференциация которой, применительно к каждой конкретной клинической ситуации, обеспечивает высокий результат лечебных мероприятий.

Источник:

Научно-медицинский вестник ВГМА им. Н.Н.Бурденко (№ 2, часть 3)