Вестник оториноларингологии
2020, Т. 85, №4, с. 40-42
https://doi.org/10.17116/otorino20208504140

Vestnik otorinolaringologii
2020, Vol. 85, No. 4, pp. 40-42
https://doi.org/10.17116/otorino20208504140

Профилактика и лечение постимплантационных верхнечелюстных синуситов

© В.В. ВИШНЯКОВ, А.Ю. ОВЧИННИКОВ, А.В. БАКОТИНА, А.М. ПАНИН

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

РЕЗЮМЕ

Состояние полости носа, особенно области остиомеатального комплекса, играет значительную роль в возникновении хронического верхнечелюстного синусита (ВЧС). Все чаще встречаются одонтогенные верхнечелюстные синуситы как осложнение стоматологического имплантологического лечения на верхней челюсти. Целью исследования явилось повышение эффективности профилактики и лечения одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита при проведении восстановительных операций на альвеолярном отростке верхней челюсти. Были обследованы три группы пациентов: до стоматологического лечения, после стоматологического лечения при развитии одонтогенного ВЧС и были отобраны и обследовали 30 больных, которым были проведены восстановительные операции на альвеолярном отростке ВЧ и у которых послеоперационный период прошел без осложнений. Диагнозы пациентов 1-й и 2-й групп требовали хирургического лечения. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух (FESS) позволяет восстанавливать физиологическую аэрацию ВЧП максимально естественно, что важно для корректной репаративной регенерации кости в области альвеолярного отростка ВЧ.

Ключевые слова: *профилактика, одонтогенный верхнечелюстной синусит, осложнение, дентальная имплантация.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Вишняков В.В. — https://orcid.org/0000-0002-8617-6909
Овчинников А.Ю. — e-mail: lorent1@mail.ru
Бакотина А.В. — e-mail: bakotina88@gmail.com; https://orcid.org/0000-0003-2750-6899
Панин А.М. — https://orcid.org/1591-6073-0001-0000
Автор, ответственный за переписку: Бакотина А.В. — e-mail: bakotina88@gmail.com

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Вишняков В.В., Овчинников А.Ю., Бакотина А.В., Панин А.М. Профилактика и лечение постимплантационных верхнечелюстных синуситов. *Вестник оториноларингологии*. 2020;85(4):40–42. https://doi.org/10.17116/otorino20208504140

Prevention and treatment of post-implantation maxillary sinusitis

V.V. VISHNYAKOV, A.Yu. OVCHINNIKOV, A.V. BAKOTINA, A.M. PANIN

Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

ABSTRACT

The state of the nasal cavity, especially the region of the osteomyomatic complex, plays a significant role in the development of chronic maxillary sinusitis. Odontogenic maxillary sinusitis, as a complication of dental implantological treatment on the upper jaw, is increasingly common. The aim of the study was to increase the effectiveness of prophylaxis and treatment of odontogenic purulent upper jaw sinusitis during reconstructive operations on the alveolar region of the upper jaw. 3 groups of patients were examined: before dental treatment, after dental treatment in the development of odontogenic maxillary sinusitis and 30 patients were selected and examined, who underwent reconstructive surgeries on the alveolar process of the upper jaw and in whom the postoperative period was without complications. The diagnoses of 1st and 2nd group patients required surgical treatment. FESS allows restoring the physiological aeration of maxillary sinuses as naturally as possible, which is important for correct reparative bone regeneration in the alveolar region of maxilla.

***Keywords*:** *prophylaxis, odontogenic maxillary sinusitis, complication, dental implantation.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Vishnyakov V.V. — https://orcid.org/0000-0002-8617-6909
Ovchinnikov A.Yu. — e-mail: lorent1@mail.ru
Bakotina A.V. — e-mail: bakotina88@gmail.com; https://orcid.org/0000-0003-2750-6899
Panin A.M. — https://orcid.org/0000-0001-6073-1591
Corresponding author: Bakotina A.V. — e-mail: bakotina88@gmail.com

TO CITE THIS ARTICLE:
Vishnyakov VV, Ovchinnikov AYu, Bakotina AV, Panin AM. Prevention and treatment of post-implantation maxillary sinusitis. *Bulletin of Otorhinolaryngology = Vestnik otorinolaringologii*. 2020;85(4):40–42. (In Russ.) https://doi.org/10.17116/otorino20208504140

Список сокращений:
ВЧ — верхняя челюсть;
ВЧС — верхнечелюстной синусит;
КТ — компьютерная томография;
ОНП — околоносовые пазухи.

Актуальность

Ринология и ринохирургия являются основными направлениями работы оториноларингологического стационара в настоящее время. Согласно данным зарубежных и отечественных авторов, частота синуситов одонтогенного происхождения колеблется от 2 до 50% от общего числа больных с патологией верхнечелюстных пазух (ВЧП) [1]. Все чаще встречается ВЧС, возникающий в результате имплантологического стоматологического лечения [2, 3]. Реабилитация пациентов с адентией верхней челюсти с применением дентальных имплантатов широко распространена в стоматологической практике. Невзирая на широкое и успешное проведение операций по имплантации зубов на верхней челюсти (ВЧ) с поднятием дна ВЧП, до 20% случаев сопровождаются развивитием осложнений, связанных с травматизацией мембраны Шнейдера, что, в свою очередь, приводит к блоку естественного соустья ВЧП и развитию гнойного одонтогенного ВЧС. Классические методы хирургического лечения больных одонтогенным ВЧС недостаточно совершенны и вызывают у оториноларингологов споры. Ведущей методикой хирургического лечения пациентов с ВЧС одонтогенной природы остаются радикальные операции на ВЧП. Но, по мнению ряда зарубежных и российских авторов, тяжесть наносимой хирургической травмы несопоставима с тяжестью патологии. Существуют работы, которые показывают, что проведение субантральной пластики и дентальной имплантации возможно после хирургического лечения ВЧС, но авторы подчеркивают, что хирургический доступ должен быть эндоназальным [1]. Метод функциональной эндоскопической ринохирургии зарекомендовал себя как наиболее физиологичный метод хирургического лечения ВЧС риногенной природы и вполне может быть применен для лечения ВЧС одонтогенного происхождения. Необходимо помнить, что восстановление физиологичной вентиляции ВЧП во время хирургического лечения и в послеоперационном периоде — залог долгосрочного успеха в лечении ВЧС.

Цель исследования — повышение эффективности профилактики и лечения гнойного одонтогенного верхнечелюстного синусита при проведении восстановительных операций на альвеолярном отростке верхней челюсти.

Пациенты и методы

В ходе исследования были обследованы и пролечены 113 пациентов (61 мужчина и 52 женщины).

Пациенты были разделены на три группы.

1-ю группу составили больные (43 человека) с адентией ВЧ, которым проведены восстановительные операции на альвеолярном отростке ВЧ, а в раннем послеоперационном периоде у них развился одонтогенный гнойный ВЧС. На этапе планирования стоматологического имплантологического лечения, в предоперационном периоде, пациентам была проведена КТ только ВЧ, по результатам которой патологии ВЧП выявлено не было. До стоматологического имплантологического лечения пациенты оториноларингологом осмотрены не были.

Во 2-ю группу (40 человек) были включены больные, направленные на консультацию к оториноларингологу стоматологом-хирургом. Эти больные, так же как и пациенты 1-й группы, нуждались в проведении восстановительных операций на альвеолярном отростке ВЧ, но в ходе предоперационного обследования предъявляли жалобы со стороны носа или у них были выявлены изменения в ВЧП на КТ ВЧ.

В контрольную (3-ю) группу были отобраны и обследованы 30 больных, у которых после проведения восстановительных операций на альвеолярном отростке ВЧ ВЧС не развивался. В ходе подготовки к имплантологическому стоматологическому лечению пациентам данной группы была проведена КТ только ВЧ, на перенесенные в анамнезе ВЧС пациенты не указывали, жалоб на затруднение носового дыхания не предъявляли.

Диагнозы пациентов 1-й и 2-й групп требовали хирургического лечения. Пациентам было проведено эндоназальное эндоскопическое хирургическое лечение.

Результаты проведенного хирургического оториноларингологического лечения

Показаниями к хирургическому лечению пациентов 1-й и 2-й групп стали жалобы, данные анамнеза, общеклинического обследования, данные полученные при эндоскопическом осмотре полости носа и КТ ОНП. Пациентам обеих групп была проведена эндоскопическая эндоназальная гайморотомия с формированием риноантростомы (всем пациентам 1-й группы и 19 пациентам 2-й группы) с одновременной коррекцией внутриносовых структур области остиомеатального комплекса (частичное удаление нижней части полипозно измененного крючковидного отростка, щадящая эндоскопическая резекция средних и нижних носовых раковин) и подслизистая резекция перегородки носа.

В ходе оперативного лечения пациентов 1-й группы во всех случаях наблюдались технические сложности, связанные с активным гнойно-воспалительным процессом в ВЧП. Работа усложнялась из-за выраженного отека слизистой оболочки полости носа и, как результат, сужения просвета носовых ходов, повышения кровоточивости воспаленной ткани, несмотря на управляемую гипотонию во время эндотрахеального наркоза. Это требовало дополнительно анемизации слизистой оболочки полости носа раствором 0,1%-го адреналина, затрудняло обзор и работу инструментами в области дна ВЧП, что приводило к увеличению общего времени операции (этап эндоскопической гайморотомии в среднем на 30 минут превышал затраченное время на этот этап у больных 2-й группы). 41 (95,34%) больному удалось сохранить имплантированный костнопластический материал и имплантаты, пациенты смогли продолжить лечение по запланированной со стоматологом схеме. Во время эндоскопической ревизии ВЧП у 2 (4,65%) пациентов костнопластический материал свободно лежал на слизистой оболочке ВЧП, в этих случаях нам пришлось удалить его.

19 (47,5%) больным из 2-й группы была проведена эндоназальная эндоскопическая гайморотомия. У всех больных крючковидный отросток был полипозно изменен, при этом у 14 из них на КТ ОНП было выявлено утолщение слизистой оболочки ВЧП, а у 3 — киста ВЧП. Если у пациентов 2-й группы обнаруживалась сопутствующая патология, такая как искривление перегородки носа, *concha*

bullosa или их сочетания, доступ к среднему носовому ходу был затруднен. Поэтому в условиях одного наркоза одномоментно проводили коррекцию внутриносовых структур и эндоскопическую эндоназальную гайморотомию. Остальным больным 2-й группы была выполнена хирургическая коррекция патологии полости носа.

При проведении хирургического оториноларингологического лечения до восстановительных операций на альвеолярном отростке верхней челюсти удалось сократить сроки восстановления слизистой оболочки полости носа в 1,8 раза, в 2,3 раза снизить необходимость дополнительного промывания ОНП в послеоперационном периоде по сравнению с больными из 1-й группы с активным одонтогенным гнойно-воспалительным процессом в ВЧС. В 1 сутки после операции больные 1-й группы отмечали улучшение общего состояния, прекращение головных болей и болей в проекции пораженной ВЧП.

Через 3—4 мес после операции пациентам была проведена контрольная КТ ОНП: у 15 (34,88%) пациентов 1-й группы выявлено неравномерное утолщение слизистой оболочки до 4—5 мм и у 2 (5,65%) пациентов — выпот в ВЧП; у 3 (7,5%) пациентов 2-й группы — неравномерное утолщение слизистой оболочки ВЧП. Во время контрольного эндоскопического осмотра полости носа через 3 мес после проведенной оториноларингологической операции у всех больных определялось сформированное расширенное естественное соустье ВЧП. За 9 мес наблюдения пациентов 1-й группы обострений ВЧС не было. Всем пациентам 2-й группы через 4—5 мес после операции проводили запланированное стоматологическое имплантологическое лечение в полном объеме.

Выводы

1. Использование функциональной эндоназальной эндоскопической риносинусохирургии позволяет, сохраняя целостность передней стенки, санировать верхнечелюстную пазуху и максимально естественно восстанавливать ее физиологическую аэрацию, что особенно важно для корректной репаративной регенерации кости в области альвеолярного отростка верхней челюсти.

2. С целью профилактики развития одонтогенного верхнечелюстного синусита после восстановительных операций на альвеолярном отростке верхней челюсти при наличии патологии полости носа и верхнечелюстной пазухи необходима предварительная коррекция внутриносовой архитектоники и санация верхнечелюстной пазухи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Сысолятин С.П., Банникова К.А. Ринологические осложнения синуслифтинга. *Российская ринология*. 2016;3:9-13.
Sysolyatin SP, Bannikova KA. Rinological complications of sinus lifting. *Rossijskaya rinologiya*. 2016;3:9-13. (In Russ.)
2. Hajiioannou J, Koudounarakis E, Alexopolos K. Maxillary sinusitis of dental origin due to oroantral fistula, treated by endoscopic sinus surgery and primery fistula closure. *The Journal of laryngology and otology*. 2010;124(9):986-989. https://doi.org/10.1017/S0022215110001027
3. Andric M. Endoscopus surgery of the maxillary sinuses in oral and maxillofacial surgery practice: a literature rewiew. *Hellenic Archives of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;2(2):57-68.

Поступила 21.09.2019
Received 21.09.2019
Принята к печати 09.05.2020
Accepted 09.05.2020