

О.П.Чудаков, А.П.Лукашевич, А.С.Ластовка

**ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.**

Минск 2003

УДК 616

Рецензенты: зав. каф. челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, проф.
А.С.Артюшкевич; зав. Каф. терапевтической стоматологии № 2
доц. А.Г.Третьякович

О.П.Чудаков, А.П.Лукашевич, А.С.Ластовка
0-64 Травматические перфорации дна верхнечелюстной пазухи. Клиника,
диагностика, лечение: Учеб.-метод. пособие. – Мн.: БГМУ, 2003- 19с.

Кратко освещаются вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения
больных с травматическими перфорациями дна верхнечелюстной пазухи.
Учебно-методическое пособие предназначено для студентов
стоматологического факультета по разделу: «Осложнения операции удаления зуба».

УДК 616

© Коллектив авторов, 2003
© Белорусский государственный
медицинский университет, 2003

ТЕМА ЗАНЯТИЯ: ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Цель занятия: На основании анализа клинико-рентгенологических и патоморфологических данных научить ставить диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи с целью выбора оптимального метода комплексного лечения, предупреждения возможных осложнений, медицинской реабилитации пациентов.

Для усвоения темы занятия каждый обучающийся должен знать:

- клинику и рентгенодиагностику перфорации дна верхнечелюстной пазухи;
- дифференциальную диагностику перфорации дна верхнечелюстной пазухи;
- возможные методы лечения.

Задачи занятия: для решения основной цели практического занятия необходимо усвоить:

- распространенность и частоту встречаемости этой патологии среди населения РБ;
- этапы диагностики перфорации дна верхнечелюстной пазухи;
- особенности субъективных ощущений больных с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи;
- особенности анамнеза образования перфорации;
- объективные методы исследования пациентов с этой болезнью;
- рентгенодиагностика перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

К завершению практического занятия каждый студент должен уметь:

- собирать анамнез болезни у пациента с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи;
- провести объективное обследование больного с изучаемой болезнью;
- прочитать рентгенограмму пациента с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи;
- провести дифференциальную диагностику перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

Требования к исходному уровню знаний.

Для полноценного усвоения темы практического занятия необходимо повторить из разделов:

- лучевую диагностику – рентгенологические признаки одонтогенных болезней верхнечелюстной пазухи;
- дифференциальная диагностика – с одонтогенными и неодонтогенными болезнями верхнечелюстной пазухи.

Оснащение занятия:

- пациенты по теме занятия, клинические истории болезни;
- фотоальбом, лицевой череп (муляж), таблицы;
- тематические рентгенограммы;
- негатоскоп;
- слайды, диапроектор.

Учебно-целевые вопросы изучаемой темы:

1. Этиология, патогенез, патологическая анатомия перфорации дна верхнечелюстной пазухи.
2. Современная диагностика данной болезни.
3. Клиническое течение и возможные осложнения болезни.
4. Принципы комплексного лечения
5. Прогноз и профилактика болезни.

Контрольные вопросы к исходному уровню знаний обучающихся из смежных дисциплин:

1. Анатомия верхней челюсти.
2. Топографическая анатомия верхнечелюстной пазухи и ее анатомическое соотношение к корням зубов верхней челюсти.
3. Иннервация, кровоснабжение и лимфатическая система верхней челюсти и верхнечелюстной пазухи.
4. Гистологическое строение слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.
5. Патофизиологическая и патологоанатомическая характеристика воспаления верхнечелюстной пазухи.
6. Возможны ли рецидивы при перфорации дна верхнечелюстной пазухи?

Учебный материал.

Перфорации дна верхнечелюстных пазух возникают в основном, как осложнение при удалении верхних боковых зубов. Этому способствует ряд факторов. Известно, что корни первого (16, 26), второго (17, 27) и третьего (18, 28) моляров. А также второго (15, 25) и реже первого (14, 24) премоляров располагаются в границах дна верхнечелюстной пазухи. В ряде случаев между ними и дном пазухи имеется сравнительно толстый слой костной ткани, достигающий до 1 см толщины. В других случаях между верхушками корней указанных зубов и дном верхнечелюстной пазухи располагается слой кости незначительной толщины

(до 1 мм), а иногда корни зубов, чаще первого и второго моляров располагаясь в нем, образуя на дне пазухи выбухание, покрытое лишь слизистой оболочкой, что встречается у 40-50% больных. Это согласуется с данными Л.И.Свержевского (1912) который доказал, что у 42,8% больных дно верхнечелюстной пазухи располагается ниже дна полости носа.

Наиболее часто в непосредственной близости с дном верхнечелюстной пазухи по данным Киллец и Кац (1967) находится первый маляр (16, 26 – 58,5%), за ним следует второй маляр (17, 27 – 27,2%), затем третий маляр (18, 28 – 7,1%), дальше следует первый премоляр (15, 25 – 4,1%) и второй премоляр (14, 24 – 1,8%). Указанные соотношения подтверждаются клиническими исследованиями: перфорация наблюдается чаще при удалении первых моляров, хотя нельзя не учесть тот факт, что удаление первых моляров более распространено по сравнению с другими зубами.

Как видно, анатомо-топографические взаимоотношения корней зубов с дном верхнечелюстной пазухи являются одним из основных предрасполагающих факторов для возникновения перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

Другим важным моментом в этом отношении является истончение костного слоя между дном верхнечелюстной пазухи и верхушками корней соответствующих зубов, а иногда и полная резорбция его, вследствие развития патологического процесса в периапикальной ткани этих зубов (при гранулематозном, гранулирующем периодонтитах, а также и при кистогранулемах).

Таким образом, при предрасполагающих к тому анатомо-топографических условиях в виде тонкого костного дна верхнечелюстной пазухи или полной атрофии его, а также при истончении или полной резорбции дна при патологических дентальных околоверхушечных процессах даже несложное удаление зуба может привести к «вскрытию» верхнечелюстной пазухи. Иногда перфорация дна возникает в момент выскабливания патологически измененных тканей из лунки удаленного зуба, вследствие разрыва слизистой оболочки дна пазухи. Поэтому кюретаж лунки удаленного зуба следует проводить весьма осторожно.

Изучение внутриротовых рентгенограмм области верхних боковых зубов дает представление о взаимоотношении их с дном верхнечелюстной пазухи. Обычно на R-граммах корни этих зубов накладываются на дно верхнечелюстной пазухи, которое изображено в виде дугообразной линии обращенной выпуклостью книзу. Однако это не значит, что таковое их действительное соотношение, так как при этом имеет значение и направление центрального пучка рентгеновских лучей. Наблюдения показывают, что если в области верхушек корней, проецирующихся на дно верхнечелюстной пазухи, отмечается наличие периодонтальной щели, то между этими верхушками корней и дном пазухи имеется слой кости. Следовательно, в этом случае, при правильной технике удаления зуба

перфорация дна пазухи как правило не возникает. Если рентгенологически отсутствует периодонтальная щель у верхушек этих зубов, можно предполагать, что корень зуба контактирует со слизистой оболочкой дна верхнечелюстной пазухи и даже при осторожном удалении зуба может возникнуть разрыв слизистой оболочки и перфорация пазухи. Однако подобная рентгенологическая картина наблюдается также и при наличии радикулярной кисты верхней челюсти, что необходимо также дифференцировать.

Нельзя исключить возможность перфорации верхнечелюстной пазухи в результате грубого травматичного удаления соответствующих зубов даже при наличии костного слоя между корнем зуба и дном пазухи. Образование сообщения с верхнечелюстной пазухой возможно и при оперативных вмешательствах на альвеолярном отростке верхней челюсти, таких как удаление ретинированного зуба, секвестрэктомия, цистотомия или цистэктомия и др. Однако при планировании таких операций необходимо учитывать возможность перфорации верхнечелюстной пазухи и планировать хирургический способ одновременного его устранения.

В практике челюстно-лицевого хирурга перфорация верхнечелюстной пазухи при удалении зубов встречается редко (у 2,3% больных), хотя в общее количество больных поступающих в лечебные учреждения с таким осложнением, значительно ближе.

Своевременная диагностика перфораций верхнечелюстной пазухи в момент удаления зуба имеет большое значение. Проведение ряда терапевтических мероприятий позволяет предупредить воспаление интактной пазухи и устранить возникшее сообщение ее с полостью рта.

Одним из основных симптомов свежей перфорации верхнечелюстной пазухи является прохождение воздуха через образовавшееся отверстие в лунке зуба, на что указывает сам больной. Иногда из лунки удаленного зуба появляется пенная кровь или кровотечение из соответствующего носового хода. У части больных меняется тембр произношения.

Осмотр лунки удаленного зуба дает указание на имеющуюся перфорацию дна верхнечелюстной пазухи лишь при больших дефектах, когда лунка зияет и кровяной сгусток в ней отсутствует. При осторожном зондировании лунки обнаруживается отсутствие костного дна ее, при этом не рекомендуется вводить глубоко инструмент, чтобы не увеличить размеры дефекта слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи и не инфицировать ее. То же самое относится и к диагностической инстиляции пазухи антисептическими растворами.

Для диагностики перфорации верхнечелюстной пазухи необходимо использовать следующий прием: зажав пальцами нос больного, предлагаем осторожно выдыхать воздух, при этом воздух устремляется через естественное отверстие в верхнечелюстную пазуху, и

если есть перфорация дна последней, воздух, через нее проходит в полость рта. Это отмечается по характерному звуку, одновременно из лунки удаленного зуба вместе с кровью выходит воздух (пенистая кровь). Если края перфорированной слизистой оболочки пазухи успели между собой склеиться, этот симптом может не наблюдаться. При аускультации тоже наблюдается характерный шумовой эффект создающийся прохождением воздуха через перфорационное отверстие.

Описанный диагностический прием имеет определенное профилактическое значение, поскольку вместе с воздухом удаляют сгустки крови из верхнечелюстной пазухи, что исключает загнивание и инфицирование их. Пропускание воздуха в обратном направлении, т.е. из полости рта через сообщение в верхнечелюстную пазуху, осуществляемое надуванием щек, не рекомендуется, так как вместе с воздухом и слюной из полости рта в пазуху может проникнуть патогенная флора и обусловить ее воспаление.

При инфицировании верхнечелюстной пазухи через 2-3 дня развиваются типичные острые воспалительные явления, выражающиеся в появлении сильных болей в области верхней челюсти и половины головы с закладыванием соответствующего носового хода, отеком и гиперемией слизистой оболочки средней и нижней носовых раковин, выделением гноя из носового хода и лунки удаленного зуба. Повышается температура тела до 38 градусов, появляется общая слабость, бессонница, возникают отклонения от нормы в гемограмме и пр. На рентгенограмме отмечается интенсивное затемнение соответствующей верхнечелюстной пазухи. Внутриротовые рентгенограммы области удаленного зуба не всегда выявляют наличие перфорации верхнечелюстной пазухи вследствие наложения костной ткани других участков лицевого скелета и имеет лишь подсобное значение.

Некоторые диагностические особенности имеют перфорации верхнечелюстной пазухи при наличии воспалительного процесса в ней. Это относится к одонтогенным формам, которые могут протекать остро или скрыто, приобретая с самого начала хроническое течение.

При остром одонтогенном синусите удаление зуба нередко сопровождается вскрытием верхнечелюстной пазухи. «Причинный» зуб в этих случаях является как бы пробкой, закрывающей дно пазухи. Сообщение с ней обнаруживается сразу, из лунки обильно выделяется гной. Зондирование и промывание пазухи антисептическими растворами через лунку удаленного зуба не являются противопоказанными и часто служат лечебным мероприятиям, при этом промывная жидкость выделяется в нос через естественное соустье. Отмечается также прохождение воздуха через лунку зуба из полости рта в нос и обратно.

При наличии хронического синусита из перфорационного отверстия в лунку удаленного зуба также большей частью выделяется гной. Зондирование и промывание пазухи пригодно как диагностическое средство. Иногда при зондировании ощущается вместо полости своеобразное сопротивление мягких тканей, что бывает характерным при наличии в верхнечелюстной пазухе полипозных разрастаний. Последние иногда закрывают место перфорации пазухи, создавая видимость отсутствия сообщения с полостью рта. Рентгенологическое обследование показывает затемнение соответствующей верхнечелюстной пазухи, контрастная рентгенограмма уточняет диагноз.

Контрастная рентгенография верхнечелюстных пазух производится с введением через перфорационное сообщение в пазуху контрастной массы. Чтобы последняя не вытекала через дефект в полость рта, на время рентгенографии свищ тампонирует марлевым или ватным тампоном.

Вскрытие верхнечелюстной пазухи в отдельных случаях сопровождается проникновением в нее удаляемого корня или даже зуба. В основном такое осложнение возникает вследствие погрешностей техники операции удаления зуба. В результате наступает инфицирование бывшей до этого здоровой пазухи.

В заблуждение могут ввести случаи, когда при удалении зуба образуется сообщение не с верхнечелюстной пазухой, а с околокорневой кистой, оттеснившей пазуху. Из лунки начинает выделяться опалесцирующая жидкость с кристаллами холестерина, которые легко определяются на глаз. При нагноившейся кисте выделяется гной. Зондирование полости кисты, когда она достигает больших размеров за счет оттеснения верхнечелюстной пазухи, значение для дифференциального диагноза не имеет. При промывании кисты, если нет других повреждений ее оболочки, жидкость не проникает в полость носа. Прокол верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход в случае, когда киста оттесняет верхнечелюстную пазуху в сторону носовой стенки, может повести к диагностической ошибке, так как игла, прокалывая одновременно и прилегающую к стенке пазухи оболочку кисты, попадают в кистозную полость. Промывная жидкость при этом будет выделяться через отверстие на месте лунки удаленного зуба в полость рта, как и при перфорации дна пазухи.

Диагностическое значение имеют рентгенограммы верхнечелюстной пазухи во фронтальной и боковой проекциях, а также внутриротовые, а также компьютерная томография. На рентгенограмме во фронтальной проекции обнаруживается купол кисты, в той или иной мере оттеснившей дно верхнечелюстной пазухи. Если граница между ними не ясна, производится рентгенография с предварительным введением контрастного вещества через перфорационное отверстие в лунке удаленного зуба или прокол носовой стенки

пазухи в нижнем носовом ходе. Это позволяет четко дифференцировать не только кисту от верхнечелюстной пазухи, но и определить состояние слизистой оболочки пазухи, что имеет важное значение в выборе метода последующего лечения.

На внутриротовой рентгенограмме четкая светлая линия, обращенная выпуклостью книзу, соответствует границе дна верхнечелюстной пазухи, околокорневая киста, наоборот, ограничивается линией, обращенной выпуклостью кверху.

Лечение перфорации дна верхнечелюстной пазухи, возникшей в результате удаления зуба, стоит в тесной связи с состоянием самой пазухи. Если вскрытие последней произошло у лиц без признаков патологического состояния ее, то задача врача состоит не только в устранении перфорации, но и предупреждении развития воспаления верхнечелюстной пазухи. В этих случаях необходимо заботиться о сохранении образовавшегося в лунке удаленного зуба кровяного сгустка и предупредить механическое повреждение или инфицирование его. В нижнюю треть лунки (вход в лунку) вводится небольшая полоска йодоформной марли, чтобы не мешать выполнению верхнего отдела кровяным сгустком. Обычно тампон, пропитанный кровью, хорошо удерживается в устье лунки без фиксации, если же выпадает, то укрепляется либо путем наложения узловатых швов (из кетгута, шелка) на десну вестибулярной и небной стороны лунки, либо проволочной лигатурой, в виде восьмерки охватывающей два соседних зуба по краям дефекта. Тампон следует держать в лунке не 6-7 дней, когда наступает частичная организация кровяного сгустка и появляются грануляции. Ранняя смена его может привести к травме и инфицированию сгустка и способствовать образованию сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта.

В ряде случаев, когда тампон фиксировать не удается, показано изготовление из пластмассы седловидной защитной пластинки на альвеолярный отросток в области дефекта, который с помощью кламмеров укрепляется на соседних зубах. При пользовании седловидной пластинкой разобщается верхнечелюстная пазуха от полости рта, что способствует заживлению перфорации дна пазухи.

Иногда возможно провести пластическое закрытие образовавшегося отверстия. Наиболее простым и доступным методом является сближение лоскутов, образовавшихся рассечением десны по обоим краям лунки в небную и щечную сторону. При небольшом натяжении лоскутов можно снять выступающие участки альвеолы и соединить швами края лоскутов. Однако чаще требуется удаление значительной части кости альвеол, что ведет к увеличению размеров дефекта и является отрицательным моментом.

Индивидуально по показаниям проводятся профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития воспалительного процесса в пазухе. Назначают прием внутрь сульфаниламидов или антибиотиков по общепринятой схеме, введение в

носовой ход в виде капель сосудосуживающих средств (3% раствор гидрохлорида эфедрина и др.) для лучшего оттока экссудата и кровяных сгустков из перфорированной верхнечелюстной пазухи, физиотерапевтические методы – УВЧ, соллюкс и пр.

Если перфорация дна верхнечелюстной пазухи возникла при грубом удалении зуба с разрывом десны, внедрением осколков зуба или кости в окружающие мягкие ткани или пазухи, лечение необходимо проводить по принципу щадящей хирургической обработки ран с удалением инородных тел, иссечением нежизнеспособных, разможенных участков десны. В этом случае более целесообразно пластическое закрытие отверстия. Операцию лучше проводить в стационарных условиях и сочетать с ревизией верхнечелюстной пазухи под контролем рентгенограммы. Операция проводится либо в тот же день, когда возникла перфорация пазухи, либо через определенный срок, когда отечные ткани придут к норме, иначе имеется, опасность расхождения швов с рецидивом перфорации. Одновременно проводятся выше указанные мероприятия, направленные на профилактику воспаления верхнечелюстной пазухи.

При попадании корня зуба в верхнечелюстную пазуху более правильным является удаление его, не ожидая вспышки воспалительного процесса, поскольку корень представляет собой не только очаг инфекции, но и инородное тело, которое через более или менее продолжительный срок приведет к изменениям слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Попытка удалить протолкнутый корень через лунку зуба обычно не приводит к положительным результатам, так как производится вслепую и ведет лишь к увеличению размеров перфорации и дополнительному инфицированию пазухи.

Амбулаторные лечебные мероприятия должны быть направлены на заживление перфорационного отверстия и профилактику острого синусита. Удаление протолкнутого корня следует проводить в стационарных условиях, вскрывая верхнечелюстную пазуху через передне-боковую стенку ее. Это позволяет хорошо осмотреть пазуху и быстро обнаружить корень. Целесообразно делать сообщение с нижним носовым ходом, что предупреждает возможное скопление экссудата в результате реактивного отека слизистой оболочки и облегчает при необходимости дальнейшее лечение пазухи. При наличии сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта производится одновременное пластическое закрытие его.

Если в течении 2-3 недель после удаления зуба перфорационное отверстие верхнечелюстной пазухи не зарастает, образуется эпителизированный свищевой ход, ведущий из полости рта в пазуху. Диаметр лунки удаленного зуба значительно сокращается за счет образования рубцовой ткани по ее краям, поэтому поперечник оставшегося свища

обычно не превышает 0,5 см. Располагаются они на гребне альвеолярного отростка с уклоном в щечную или небную сторону.

При наличии свища верхнечелюстная пазуха часто бывает воспалена, при этом более характерным является хроническое воспаление, иногда с периодическими обострениями. Воспалительные изменения слизистой оболочки пазухи бывают выражены в различной степени, что выявляется с помощью контрастной рентгенографии пазухи.

На контрастной рентгенограмме верхнечелюстных пазух при наличии изменений не полипозного характера выполняется равномерное утолщение всей слизистой оболочки или на ограниченном участке преимущественно в области дна ее. При диффузных полипозных изменениях слизистой оболочки контуры контрастной массы неровные, извилистые, резко выступающие в просвет пазухи, при ограниченном процессе полипозные разрастания занимают главным образом дно верхнечелюстной пазухи и переднюю стенку ее.

Другие придаточные пазухи носа в процессе обычно не вовлекаются.

Симптомы хронического воспаления верхнечелюстной пазухи у ряда больных выражаются в наличии односторонней головной боли, затруднения носового дыхания и гнойных выделений из соответствующего носового хода, чувства тяжести и болезненности в области верхней челюсти пораженной стороны. Наличие свищевого хода, сообщающего верхнечелюстную пазуху с полостью рта, усугубляет заболевание. Отягощает картину болезни гнойные выделения из свищевого хода в полость рта, что вызывает отвращение к пище. У большинства больных наблюдается прохождение воздуха из носа в полость рта и обратно через свищевой ход в нос при кашле, чихании, сморкании и пр. Некоторым больным трудно быстро и громко разговаривать. Попадание жидкости или пищи изо рта в нос является самым неприятным ощущением. Особенно оно тягостно при приеме пищи за общим столом. Характерно, что даже точечного размера свищи пропускают жидкость. Чтобы избежать этого больные стараются закрывать отверстие либо ватным тампоном, либо хлебным шариком, либо придавливанием щеки рукой. В результате больные становятся часто раздражительными и необщительными.

При больших размерах дефектов сообщающих верхнечелюстную пазуху с полостью рта, наблюдается изменение звучности произношения (гнусавость). Оно происходит за счет соединения воздушного пространства верхнечелюстной пазухи с носовой и ротовой полостями.

Свищи верхнечелюстной пазухи, если больные не обращаются за лечением, могут существовать длительное время, периодически вызывая обострение хронического синусита. Описан случай возникновения рака на месте бывшего свища с гнойными выделениями через 20 лет после удаления зуба.

Лечение больных со свищами верхнечелюстной пазухи включает правильное сочетание действий по отношению к пазухе и свищу. При наличии воспаления пазухи попытки закрыть свищ с помощью пластических методов не приводят к положительному результату.

Имеется большое количество методов, предложенных для закрытия свища верхнечелюстной пазухи. Это свидетельствует не только об определенной сложности лечения свищей верхнечелюстной пазухи, но и о недостаточной эффективности имеющихся способов, т.к. рецидивы свищей достигают в среднем 5-6%.

Для закрытия свища верхнечелюстной пазухи возможно использование тканей как со щечной поверхности альвеолярного отростка, так и с небной. Некоторые авторы используют двухслойный метод, когда первый слой образуют за счет опрокидывания лоскутов, выкроенных вокруг свища, второй слой – за счет тканей щечной или небной стороны. Используют и мостовидные лоскуты, когда одно основание (ножка) лоскута образовано тканями с вестибулярной (щечной) стороны, второе – тканями со стороны неба. Для закрытия свища применяется и свободная пересадка слизистой оболочки полости рта в области дефекта. Для этого на слизистой оболочке щеки выкраивается округлой формы лоскут, который на тампоне укладывается на освеженный свищевой ход и удерживается с помощью защитной пластинки.

Наиболее распространенным методом закрытия свищей верхнечелюстной пазухи является применение трапециевидного слизисто-надкостничного щечно-десневого лоскута. Для образования его первый разрез делают по гребню альвеолярного отростка через отверстие свищевых ходов, не доходя до десневого края соседних зубов на 2-3 мм, чтобы иметь борта для подшивания боковых отделов лоскута. Если зубы по соседству со свищом отсутствуют, то длина разреза на альвеолярном гребне должна превышать диаметр свища на 1,5-2 см, учитывая, что костный дефект, как правило, значительно больше видимого на глаз свища. Оба конца разреза продлевают на щечную сторону альвеолярного отростка в виде расходящихся между собой разрезов до переходной складки верхнего свода преддверия полости рта.

Если производится одновременно и синусотомии, то разрез продлевают по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта и заканчивают на уровне расположения бокового резца и зуба мудрости. Все ткани рассекают до кости. Образованный слизисто-надкостничный щечно-десневой лоскут имеет трапециевидную форму, основание его обращено в сторону переходной складки верхнего свода преддверия полости рта, свободный конец соответствует свищу.

После отсепаровывания лоскута распатором и отведения его крючками вверх обнажают передне-боковую стенку верхнечелюстной пазухи. С помощью бормашины трепанами и фрезами вскрывают ее впереди скулоальвеолярного гребня, при этом образуют окно диаметром около 1,5-2 см, что вполне достаточно для обозрения пазухи, удаления патологически измененной слизистой оболочки и создания соустья в нижний носовой ход. Последнее также производится трепанами. Пользование бормашиной позволяет мягко, не травматично оперировать на кости, что лучше переносится больными, чем работа долотом.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи необходимо оставлять костный мостик между дефектом на альвеолярном отростке и трепанационным отверстием в передней стенке пазухи. Это позволяет сохранять контуры альвеолярного отростка, что имеет положительное значение для последующего протезирования, особенно беззубой верхней челюсти.

При ревизии верхнечелюстной пазухи удаляют лишь патологически измененную слизистую оболочку и полипозные разрастания, а также инородные тела (корни зуба и т.д.) Неизмененную слизистую оболочку пазухи сохраняют. Если не было значительного кровотечения из пазухи, последнюю оставляют свободной, при обильном кровотечении тампонируют полоской иодоформной марли, смоченной в вазелиновом масле. Конец ее предварительно выводится через образованное соустье в нижний носовой ход.

После проведения необходимых вмешательств на верхнечелюстной пазухе приступают непосредственно к закрытию дефекта. Свищевой ход иссекают и обнажается костный дефект лунки отсутствующего зуба, который значительно превышает размеры существующего свища. С небной поверхности десны в области дефекта иссекают эпителиальный покров на протяжении до 3 мм, ткани с надкостницей отделяют от кости, чем создается их подвижность. Свободный край щечно-десневого лоскута также освежают от эпителиального покрова.

Чтобы придать щечно-десневому лоскуту большую мобильность, необходимо у его основания параллельно переходной складке линейным разрезом рассечь надкостницу на всем протяжении до подслизистого слоя. Благодаря этому лоскут удлиняется не менее, чем на 1см и свободно. Без натяжения соприкасается с освеженными тканями с небной стороны дефекта. Рассечение надкостницы у основания лоскута гарантирует надежное закрытие дефекта и устраняет возможность уплощения преддверия полости рта и образования натянутой складки из слизистой оболочки. Препятствующей ношению верхнего съемного зубного протеза.

Для соединения краев лоскутов в области дефекта лучше применять вертикальный петлеобразный шов по Б.В.Парину, который дает точное прилегание раневых поверхностей друг к другу и препятствует подвертыванию эпителизованных краев лоскута внутрь. Для

этого первый вкол иглы делают с небной стороны дефекта во всю толщу мягких тканей отступя от края раны 1см, выкол на щечно-десневом лоскуте на таком же расстоянии (1см) от края не снимая иглы с иглодержателя параллельно выколу производится второй вкол иглы на щечно-десневом лоскуте на расстоянии 2-3мм от края лоскута, но только через эпитеальный покров. Выкол иглы производится идентично этому выколу, но с небной стороны и их завязывают. Наложение этого шва можно начинать и со стороны щечно-десневого лоскута. Обычно на область дефекта удается наложить до 3 швов. Остальные участки раны зашивают обычными узловатыми швами. В качестве шовного материала используют чаще кетгут № 3, 4, реже шелк.

Использование небного лоскута уместно при наличии рубцовых изменений с вестибулярной стороны дефекта.

Образование небного лоскута более травматично, сроки лечения удлиняются за счет длительного гранулирования раны на небе на месте взятия лоскута.

По этому методу на твердом небе выкраивают слизисто-надкостничный лоскут языкообразной формы, основание которого обращено в сторону мягкого неба, а свободный конец доходит, как правило, до клыка. Лоскут включает небную артерию или ее ветви. Отсепарованный от кости лоскут повертывается на дефект альвеолярного отростка. Предварительно свищевой ход иссекается, снимается эпителиальный покров с вестибулярной и небной стороны его на протяжении до 2-3 мм от края дефекта. Нередко с небной стороны дефекта приходится иссекать ткани до кости, чтобы повернутый лоскут свободно перемещался на альвеолярном отростке в области дефекта, при этом он должен перекрывать края костного дефекта на 2-3 мм, что гарантирует надежное закрытие его. Для ушивания раны в области дефекта также целесообразно применение вертикальных петлеобразных швов.

Обнаженную костную поверхность на месте взятия лоскута на твердом небе покрывают слоем иодоформной марли, которая удерживается специально изготовленной защитной небной пластинкой. При отсутствии последней прикрепляют его швами к окружающим тканям или закрепляют лигатурами к зубам.

При сочетании пластики свища небным лоскутом с одновременной операцией на верхнечелюстной пазухе имеется опасность нарушения кровоснабжения участка десны, остающейся между линией разреза по переходной складке для вмешательства на пазухе и освеженными краями свища. Поэтому целесообразно для доступа в верхнечелюстную пазуху производить разрез не по переходной складке, а выкраивать описанный выше трапециевидный щечно-десневой лоскут, нижний край которого впоследствии сшивается со свободным краем перемещенного небного лоскута.

Клиникой челюстно-лицевой хирургии БГМУ предложен следующий способ лечения свищей верхнечелюстной пазухи: после обезболивания освежают края перфорационного отверстия, затем производят трапециевидный разрез по Нейману-Заславскому, начинающийся по переходной складке у бокового резца, затем линию разреза поворачивают вниз и продлевают через свищ, после этого вновь направляют резец вверх и заканчивают его на переходной складке за скулоальвеолярным гребнем. Затем тупо отслаивают по краям слизисто-надкостничный лоскут на 3-4 мм. После этого при помощи бормашины производят выпиливание трапециевидного костного аутотрансплантата в области альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции дефекта, отделяют от основного массива кости и тупо отслаивают слизисто-надкостничный лоскут вместе с трансплантатом кверху. Вскрывают верхнечелюстную пазуху в области собачьей ямки, что позволяет осуществить визуальную и пальцевую ревизию пазухи. Максимально щадя слизистую оболочку, выстилающую пазуху, удаляют из пазухи полипы и патологические грануляции. В случаях хронического воспаления верхнечелюстной пазухи, сопровождающегося наличием в пазухе инородного тела, например корня зуба внедренного при удалении, и в подобных случаях тщательно исследуют пазуху и извлекают инородное тело. Создают широкое соустье с нижним носовым ходом. Тампонаду пазухи осуществляют в исключительных случаях – с гемостатической целью. Трансплантат на слизисто-надкостничном лоскуте моделируют по форме и размерам костного дефекта альвеолярного отростка, осуществляют мобилизацию лоскута и укладывают аутотрансплантат на дефект, создавая костную основу последнего. Затем слизисто-надкостничный лоскут подшивают к слизистой оболочке неба шелком или анидной нитью. Швы снимают через 6-7 дней.

Предлагаемый способ может быть использован и в случаях устранения свищей верхнечелюстной пазухи без проведения радикальной операции на ней, а также при повторных операциях по поводу рецидива свищей верхнечелюстной пазухи.

В послеоперационном периоде лечебные мероприятия включают покой больному и оперированной области, медикаментозные средства для уменьшения явлений реактивного отека и профилактики воспалительного характера осложнений.

Больным после закрытия свища с одновременной операцией на верхнечелюстной пазухе предписываются в течение первых 2 дней постельный режим, лед на послеоперационную область. Необходимо избегать разговора, в случае чихания, кашля рекомендуется держать рот открытым, чтобы давлением воздушной волны не повреждались швы в области операционного поля. По показаниям назначаются сульфаниламиды, либо антибиотикотерапия. При повышенной кровоточивости назначаются внутрь 10% раствор хлористого кальция, викасол 0,02Х2 раза в день.

Для иммобилизации щеки применяются в течение первых 3-4 дней наружная давящая повязка.

Диета должна состоять из жидких протертых блюд. Полоскание рта после еды должно производиться осторожно и не отражаться на состоянии швов.

Если при одновременной синусотомии в пазухе был оставлен тампон, его удаляют обычно на 2 день. Промывание пазухи через искусственное носовое соустье осуществляется по показаниям (боли, гнойные выделения и пр.) на 7-10 день. Шелковые швы снимают на 7-8 день.

При использовании небного лоскута иодоформный тампон на небе меняют через 5-6 дней и оставляют до полного гранулирования раны.

Рецидивы свищей верхнечелюстной пазухи после пластического закрытия их возникают в результате расхождения швов. К этому ведет натяжение лоскута из-за недостаточных размеров его или плохой иммобилизации. Имеет значение и неправильный выбор места выкраиваемого лоскута.

Неполное удаление эпителиального покрова с краев свищевого хода и подвертывание эпителизированных краев лоскута внутрь также ведет к рецидиву свища.

Для заживления первичным натяжением важно, чтобы линия швов не совпадала с самим отверстием свища, свободные края лоскута должны заходить за предел костного дефекта. Этим устраняется провисание линии швов и просачивание между швами секрета из верхнечелюстной пазухи. К рецидиву свища может привести некроз концевой отдела лоскута, поэтому необходимо соблюдение основных правил выкраивания лоскутов и технических приемов операции.

Таким образом, перфорации верхнечелюстной пазухи в практике челюстно-лицевого хирурга встречается нередко. Это осложнение возникает, в основном, при удалении верхних моляров, реже премоляров.

Предупреждение возникновения одонтогенных свищей верхнечелюстной пазухи должно базироваться на двух основных принципах. Первое – учет анатомо-топографических особенностей в виде близкого расположения верхнечелюстной пазухи к верхушкам корней зубов. Второе – правильная тактика врача при одонтогенной перфорации верхнечелюстной пазухи. Несоблюдение установленных правил ухода за возникшей перфорацией дна пазухи ведет к эпителизации краев сквозного отверстия и перехода его в хронический свищ с осложнениями со стороны верхнечелюстной пазухи, которые требуют сложных терапевтических и хирургических вмешательств в условиях стационара.

ПРОГНОЗ

Полное излечение:

При своевременной диагностике заболевания, комплексном лечении пациента.

Прогноз неблагоприятный:

При наличии сопутствующих заболеваний, снижении резистентности организма.

Осложнения:

Рецидивы заболевания в связи с неадекватностью проводимого лечения.

Меры профилактики:

1. Санпросветработа среди населения по уходу за полостью рта.
2. Тщательное обследование больного после операции удаления зуба на предмет выявления сообщения лунки удаленного зуба с верхнечелюстной пазухой.
3. Для предупреждения рецидивов необходимо динамическое наблюдение у врача челюстно-лицевого хирурга в течение года (1 раз в 3 месяца).

Учебная карта практического занятия:

1. Опрос студентов по заданию самостоятельной подготовки с использованием тестовых заданий. Разбор и коррекция исходного уровня знаний обучающихся.
2. Практические навыки по рентгendiагностике перфораций дна верхнечелюстной пазухи отрабатываются в учебном кабинете. С этой целью каждый обучающийся должен выполнить 3-4 рентгенограммы пациентов с изучаемой патологией.
3. практические навыки и закрепление теоретических знаний по теме предстоит отрабатывать в отделениях челюстно-лицевой хирургии клиник на тематических пациентах.

Вопросы для самоконтроля обучающихся

1. Какова форма верхнечелюстной пазухи, ее объем?
2. Анатомическая особенность строения стенок верхнечелюстной пазухи?
3. каково соотношение корней зубов верхнечелюстной пазухи и дна пазухи?
4. Какие зубы чаще являются источниками инфекции?
5. Укажите причины возникновения прободения дна верхнечелюстной пазухи?

6. Какие симптомы возникают при перфорации дна верхнечелюстной пазухи?
7. Методы обследования больного при перфорации дна верхнечелюстной пазухи?
8. Тактика врача при попадании инородного тела и перфорации верхнечелюстной пазухи?

Эталонные ответы к вопросам исходного уровня:

1. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи
2. Клинические проявления перфорации дна верхнечелюстной пазухи
3. Зондирование дна верхнечелюстной пазухи.

Эталонные ответы к вопросам конечного уровня:

1. Симптом прохождения воздуха через образовавшееся отверстие в лунке зуба.
2. Отсутствие кровяного сгустка в лунке удаленного зуба.
3. Отсутствие костного дна лунки при зондировании.

Литература

- Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск, 1998.
- Дунаевский В.А. Хирургическая стоматология. – М. Медицина, 1979.
- Евдокимов А.И. Руководство по хирургической стоматологии. – М., 1972.
- Заусаев В.И. и соавт. Хирургическая стоматология. – М., 1981.
- Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М., 1990.

Учебное издание

Чудаков Олег Порфирьевич
Лукашевич Анатолий Павлович
Ластовка Александр Сергеевич

ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ.
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.
Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А.П.Лукашевич
Редактор Л.И.Жук
Компьютерная верстка О.Н.Быховцевой

Подписано в печать_____. Формат 60x84/16. Бумага писчая. Печать офсетная.
Гарнитура «Times». Усл. печ. л. _____ Уч.-изд. л. _____ Тираж _____ экз. Заказ _____.
Издатель и полиграфическое исполнение –
Белорусский государственный медицинский университет
ЛВ № 410 от 08.11.99; ЛП № 51 от 17.11.97.
220050, г.Минск, ул.Ленинградская, 6