

УСТРАНЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Я. Г. Лившиц, Г. А. Тимофеев, Л. Г. Шканакин

*Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР, проф. В. А. Журавлев)*

В стоматологической поликлинической практике нередко встречается перфорация дна гайморовой пазухи, несвоевременное распознавание и ликвидация которой приводят к образованию стойких свищей, инфицированию гайморовой пазухи с последующим возникновением гайморита.

Хорошо известные хирургические и ортопедические способы устранения перфорации дна гайморовой пазухи в поликлинических условиях сводятся в основном к наложению глухого шва или к применению йодоформной турунды с ее фиксацией в лунке. Однако эти методы имеют существенные недостатки: смещение турунды к месту перфорации вызывает образование стойкого свища, а наложение глухого шва — необходимость проведения значительной резекции альвеолярного отростка, особенно в области моляров, поскольку лунки их широки. Кроме того, нередко наблюдаются расхождение швов и прорыв шовного материала сквозь слизистую десны. Ортопедический же способ лечения показан только в тех случаях, когда имеются противопоказания к операции по общему состоянию больного.

Ряд авторов [1—4] указывают, что во избежание тяжелых воспалительных осложнений в гайморовой пазухе перфорацию необходимо устранять не позднее 48 ч после ее возникновения.

Изучена возможность использования антисептической губки с канамидином, приготовленной в Кировском НИИ гематологии и переливания крови, для устранения перфорации (свища) дна гайморовой пазухи. Губка обладает пластическими, противомикробными, гемостатическими свойствами и при помещении в рану самостоятельно рассасывается.

Методика применения губки. После удаления зуба, осложнившегося перфорацией дна гайморовой пазухи, производили тщательное высушивание лунки стерильным марлевым шариком и определяли место и размер перфорации. Затем брали губку, размеры которой были на 0,5 см больше диаметра перфорационного отверстия, подводили ее без давления к месту перфорации с последующей свободной тампонадой всей лунки (лунки каждого корня у моляров) и накладывали 1—2 кетгутовых шва. При устранении стойких свищей гайморовой пазухи и отсутствии явлений острого одонтогенного гайморита, выявляемых клинически и рентгенологически, производили иссечение краев свища с применением губки по изложенной выше методике. Использование губки при свищах дна гайморовой пазухи с наличием атрофии альвеолярного отростка нецелесообразно из-за невозможности тампонирования лунки.

Под нашим наблюдением находилось 75 больных, у которых перфорация (свищ) дна гайморовой пазухи возникла после удаления зуба или других оперативных вмешательств на альвеолярном отростке и челюстях. У 55 больных (мужчин — 26, женщин — 29) в возрасте от 10 до 63 лет перфорацию (свищ) дна гайморовой пазухи устраняли с помощью антисептической губки с канамидином. У 36 из 55 больных перфорация появилась после типичного удаления зубов и у 19 — после длительной травматичной операции. При удалении первых моляров перфорация произошла у 25 больных, вторых — у 18, третьих — у 3, премоляров — у 4; при операциях по поводу радикулярных кист верхней челюсти — у 4 и фолликулярных кист с удалением ретенированных зубов — у 2. Всего у 55 больных было изъято 56 зубов. Перфорация была определена сразу после удаления зуба у 45 больных, через сутки — у 4, через 2 сут — у одного, через 14 сут — у 2, через 30 дней — у одного и через 60 дней — у 2. У 3 из 55 пациентов наблюдались воспалительные явления в гайморовой пазухе. Размеры перфорацион-

ного отверстия (свища), расположенного по гребню альвеолярного отростка, варьировали от 0,5 до 1,5 см в диаметре.

Через сутки после оперативного вмешательства у 43 больных жалобы исчезли; 3 жаловались на незначительные ноющие боли в области послеоперационной раны и 9 — на отечность мягких тканей щеки. При осмотре полости рта воспалительных явлений не обнаружено ни у одного из 55 больных. Слизистая альвеолярного отростка была физиологической окраски, губка хорошо заполняла операционную рану, швы были в хорошем состоянии. Незначительные боли у 3 пациентов и отек мягких тканей щеки у 9 были купированы на 2—4-е сутки без физиотерапевтических мероприятий. Сроки эпителизации послеоперационных ран составили в среднем $10,6 \pm 2,2$ дня. Расхождения швов, нагноения в области послеоперационной раны, воспаления гайморовой пазухи и других осложнений не наблюдалось. Сроки временной нетрудоспособности у этих больных равнялись в среднем $3,1 \pm 1,1$ дня.

У 20 больных (мужчин — 7, женщин — 13) в возрасте от 11 до 58 лет перфорацию лечили традиционными методами (тампонада лунки йодоформной турундой, увлажненной противовоспалительными средствами с применением шва или же резекции краев лунки в сочетании с пластикой местными тканями). Эти больные образовали так называемую контрольную группу, необходимую для решения вопроса о терапевтической эффективности антисептической губки с канамицином по сравнению с другими методами лечения. У 9 из 20 больных перфорация возникла после типичного удаления зуба и у 11 — после сложной и длительной операции: удаления моляров верхней челюсти — у 12, вторых моляров — у 2, третьих моляров — у 3, первых премоляров — у 2 и в процессе цистэктомии — у одного. Перфорация (свищ) была обнаружена сразу после удаления зуба у 15 больных, через сутки — у 3, через 6 сут — у одного и через 20 сут — у одного. Размеры перфорационного отверстия (свища) варьировали от 0,5 до 1 см в диаметре.

Через сутки после операции 18 из 20 больных стали жаловаться на сильные боли в области послеоперационной раны. У 15 человек они сочетались с отеком мягких тканей и у 10 — с температурной реакцией. При осмотре послеоперационной раны отмечены гиперемия слизистой вокруг раны и болезненность при пальпации. У 11 из 18 больных обнаружены мелкоочаговые подслизистые кровоизлияния. Швы были в хорошем состоянии. Указанные симптомы были купированы в результате противовоспалительного и физиотерапевтического лечения на 5—8-е сутки. Сроки эпителизации послеоперационных ран составили в среднем $29,9 \pm 6,0$ дней, а временной нетрудоспособности — $10,7 \pm 3,5$ дней.

Отдаленные результаты оперативного лечения прослежены нами в сроки от 6 мес до 2 лет у 51 из 75 больных. При клинико-рентгенологическом обследовании больных рецидивов перфорации (свищей) и воспалительных явлений не выявлено.

Сравнительный анализ исходов лечения перфорации дна гайморовой пазухи показал весьма высокую эффективность использования антисептической губки с канамицином, которая позволяет устранять перфорацию в условиях поликлиники одномоментно без пластических операций. При этом сроки эпителизации ран сокращаются в среднем в 2,8 раза ($P < 0,05$), а временной нетрудоспособности больных — в 3,5 раза ($P < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимов М. // Роль очаговой одонтогенной инфекции в развитии гайморитов и принципы планирования лечения при них (клинико-экспериментальное исследование). — Автореф. канд. дисс. — Л., 1977. — 2. Козлов В. А., Трошкова Г. Б., Кочубей Н. М., Некачалов В. В. // Стоматология. — 1982. — № 1. — С. 49—52. — 3. Chrzascik E., Banasikowska E., Domeradzka E. et al. // Czas. stomat. — 1976. — Vol. 29. — P. 807—812. — 4. Tillmann K., Hanschke G. // Stomatol. DDR. — 1982. — Bd. 32. — S. 185—191.

Поступила 04.11.85.