

Я.В. ШКОРБОТУН

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ КІСТАХ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПЛАНОВАНОЮ ДЕНТАЛЬНОЮ ІМПЛАНТАЦІЄЮ

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;
Державна наукова установа “Науково-практичний центр профілактичної
та клінічної медицини” Державного управління справами*

З розвитком та поширенням дентальних імплантаційних технологій все частіше перед лікарями-отоларингологами постає питання визначення тактики лікування пацієнтів із захворюваннями навколоносових синусів, яким планується відновлення зубного ряду, в тому числі, з можливим виконанням синусліфтингу – субантральної аугментації кістки альвеолярного відростка верхньої щелепи. Однією з частих причин звертання таких пацієнтів до оториноларинголога є наявність у верхньощелепному синусі кіст. За даними літератури, дана патологія зустрічається у близько 10-15% популяції [1-4].

Сучасний підхід до лікування кіст верхньощелепного синусу полягає у проведенні хірургічного втручання при наявності клінічно значимих кіст, а у всіх інших випадках рекомендовано клінічне спостереження [2]. До клінічно значимих відносяться кісти, що супроводжуються скаргами пацієнта, які можуть бути пов'язані з наявністю кісти, або мають великі розміри та локалізацію, що потенційно може блокувати природний остіум синусу [5-7].

У пацієнтів, яким планується дентальна імплантація і, особливо, синусліфтинг, слід враховувати також додаткові фактори, які можуть сприяти розвитку ускладнень під час та після виконання вищевказаних процедур внаслідок навіть наявності клінічно не-

значимих кіст [8]. До таких ускладнень відносяться розриви мукоперіосту (мембрани Шнейдера), що виникають при відшаруванні його під час синусліфтингу та блокування співустья синуса внаслідок зміщення кісти за рахунок підвищення дна верхньощелепного синусу. Блок співустья може виникнути також при реактивному запаленні слизової оболонки синуса після синусліфтингу, зокрема, при постімплантаційному синуситі [9, 10].

Важливим фактором розриву мукоперіосту при синусліфтингу є пружність оболонки кісти. Існує методика аугментації кістки при наявності кіст верхньощелепного синусу, коли після оголення мембрани Шнейдера з метою зменшення напруження тканин безпосередньо в ділянці прикріплення кісти проводиться пункція останньої і в подальшому виконується елевація прилеглих ділянок періосту та введення остеогенного матеріалу із застосуванням ущільнюючої мембрани [11, 12]. Проте зрозуміло, що такий підхід не забезпечує одужання і супроводжується високим ступенем ризику рецидиву кісти, що є неприйнятним у випадках клінічно значимого кістозного утворення.

Таким чином, питання визначення оптимальної тактики в лікуванні пацієнтів з кістами верхньощелепного синусу, яким запланована дентальна імплантація, потребує подальшого вивчення.