

В.В. Дворянчиков,
д.м.н., профессор, начальник кафедры
отоларингологии

Г.А. Гребнев,
д.м.н., профессор, начальник
кафедры челюстно-лицевой хирургии
и хирургической стоматологии

В.В. Балин,
преподаватель кафедры челюстно-лицевой
хирургии и хирургической стоматологии

А.В. Шафигуллин,
адъюнкт кафедры отоларингологии

ВМедА им. С.М. Кирова

Комплексное лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита

Резюме. Проблема лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита (ОВС) находится в компетенции двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии. Междисциплинарный подход наиболее эффективен в лечении ОВС. Выздоровление пациентов с ОВС возможно после ликвидации одонтогенного очага и восстановления вентиляционно-дренажной функции верхнечелюстной пазухи. Современные эндодонтические технологии позволяют в некоторых случаях сохранять причинный зуб. Внутринососовая патология приводит к нарушению вентиляционно-дренажной функции пазухи, отягощая течение ОВС. Данное обстоятельство необходимо учитывать в клинической практике. Использование малоинвазивных эндоскопических методик лечения имеет преимущество перед радикальными операциями на верхнечелюстной пазухе. Комплексный подход позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения ОВС.

Ключевые слова: причинный зуб, остеомеатальный комплекс, внутринососовая патология, функциональная эндоскопическая хирургия, синусит

Summary. The problem of treatment of odontogenic maxillary sinusitis is in the competence of two specialties – otorhinolaryngology and dentistry. An interdisciplinary approach is most effective in the treatment of odontogenic maxillary sinusitis. Recovery of patients with odontogenic maxillary sinusitis is possible after elimination of the odontogenic focus and restoration of ventilation and drainage function of the maxillary sinus. Modern endodontic technologies allow in some cases to preserve the causal tooth. Intra-nasal pathology leads to a violation of the ventilation-drainage function of the sinus, burdening the flow of odontogenic maxillary sinusitis. This fact should be taken into account in clinical practice. The use of minimally invasive endoscopic methods of treatment has an advantage over radical operations on the maxillary sinus. The complex approach allows achieving satisfactory results of treatment of odontogenic maxillary sinusitis.

Key words: causal tooth, osteomeatal complex, intra-nasal pathology, functional endoscopic surgery, sinusitis

По данным отечественных и зарубежных авторов, одонтогенный верхнечелюстной синусит (ОВС) занимает от 10 до 30% в структуре заболеваний околоносовых пазух. Мета-анализ, проведенный O. Arias-Irimia и соавт., установил, что ОВС составляет 10,45% заболеваний околоносовых пазух [1]. Указанные данные согласуются с данными, полученными I. Brook [2]. По нашим наблюдениям среди пациентов, обратившихся в клинику оториноларингологии Военно-медицинской академии по поводу острого гнойного верхнечелюстного синусита, доля ОВС составила около 10%. Однако на протяжении последних лет отмечается рост заболеваемости ОВС. Данное обстоятельство, скорее всего, связано с улучшением рентгенологической диагностики ОВС [3].

Причиной ОВС является воспалительный процесс в области периапикальных тканей больших и малых коренных зубов верхней челюсти, которые являются осложненными формами кариеса зубов. Кроме того, причинами могут быть погрешности в проведении

эндодонтического лечения моляров и премоляров, травматичное удаление зубов верхней челюсти с возникновением перфораций между полостью рта и верхнечелюстной пазухой, а также радикулярные кисты и сформировавшееся ороантральное сообщение [4]. Использование конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) является высокоэффективным методом диагностики, который позволяет оценивать структуры полости носа, околоносовых пазух и альвеолярного отростка верхней челюсти. В первую очередь КЛКТ позволяет оценить состояние периапикальных тканей корней моляров, премоляров и их взаимоотношений с нижней стенкой верхнечелюстной пазухи [5].

Около 80% периапикальных патологических процессов моляров верхней челюсти сопровождается изменениями в области дна верхнечелюстной пазухи в виде гиперплазии слизистой оболочки [6]. Тем не менее диагностика ОВС не всегда своевременна. Зачастую пациенты обращаются к оториноларингологу по поводу

острых форм ОВС, а для устранения причины, вызвавшей синусит, пациенту необходима консультация стоматолога. Полагаем, что ОВС требует междисциплинарного подхода в диагностике, лечении, профилактике и реабилитации.

Современные стоматологические методы лечения осложненных форм кариеса позволяют сохранять причинный зуб. На наш взгляд, критерием сохранения зуба является наличие костной пластинки между верхушкой корня причинного зуба и слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи, хронический периодонтит с расширением периодонтальной щели не более 5 мм с возможностью повторного качественного эндодонтического лечения, сохранение коронки причинного зуба для дальнейшего ортопедического лечения. Зачастую причинный зуб невозможно сохранить, и требуется провести его удаление для купирования воспалительного процесса в пораженной пазухе, однако этого бывает недостаточно. Наличие внутриносевой патологии отягощает течение ОВС, и данный факт необходимо учитывать для качественного комплексного лечения [7].

В исследование включили пациентов с ОВС и сопутствующей патологией полости носа, которым в период с сентября 2016 по август 2018 г. проводили одномоментное вмешательство в полости рта и полости носа: коррекция внутриносевой патологии и устранение причины ОВС. Вмешательства проводились в условиях эндовидеоскопической поддержки с использованием эндоскопов Karl Storz (Германия).

Цель исследования — апробировать методику периоперационного лечения пациентов с ОВС, имеющих сопутствующую патологию полости носа.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В клинике оториноларингологии Военно-медицинской академии находилось 5 человек с диагнозом «одонтогенный верхнечелюстной синусит». Пациентов осматривали одновременно оториноларинголог и челюстно-лицевой хирург, затем проводили осмотр полости носа с использованием жестких эндоскопов и выполняли КЛКТ околоносовых пазух, верхней и нижней челюстей.

У всех пациентов оториноларингологом диагностированы

различные деформации перегородки носа в виде девиации перегородки, костного гребня, шипа и их различных сочетаний. При осмотре полости рта челюстно-лицевым хирургом установлена причина, которая вызвала ОВС. У 2 пациентов в полости рта выявлен ороантральный свищ в области отсутствующего зуба 1.6, у другого — в области отсутствующего зуба 2.6. У 2 пациентов причиной ОВС явилась одонтогенная киста: фолликулярная — в области зуба 1.8 и радикулярная — в области зуба 1.7. Всем пациентам выполняли одномоментное малоинвазивное микроэндоскопическое вмешательство на пазушно-носовой системе, которое включало в себя корректирующую операцию на перегородке носа и расширение естественного соустья пораженной верхнечелюстной пазухи с удалением патологически измененной слизистой оболочки, а также закрытие ороантрального свища и удаление одонтогенной кисты в полости рта.

В послеоперационном периоде пациентам назначали антибактериальную, противовоспалительную и ирригационную терапию. Ежедневно проводили осмотр полости рта и полости носа, проводили гигиену полости носа. Послеоперационные реактивные явления в полости носа стихали через месяц, заживление послеоперационных ран в полости рта происходило первичным натяжением, швы снимали на 10-е сутки. Через 3 месяца проводили контрольный осмотр жестким эндоскопом. У всех 5 пациентов при осмотре расширенное естественное соустье функционирует, патологии в области оперативного вмешательства не выявлено.

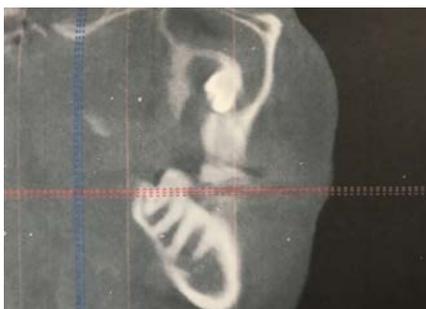


Рис. 1. КЛКТ до лечения, коронарная проекция

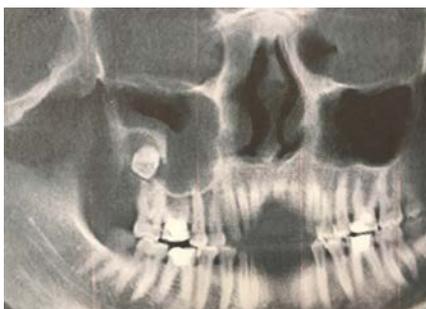


Рис. 2. КЛКТ до лечения: определяются ретенция и фолликулярная киста в области зуба 1.8, снижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи

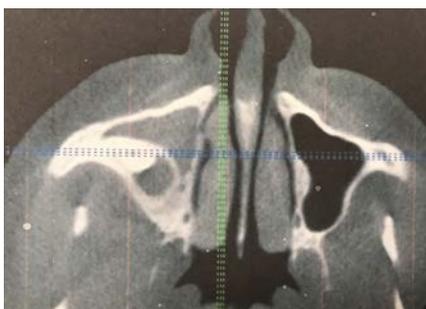


Рис. 3. КЛКТ до лечения, аксиальная проекция: определяется веретенообразное утолщение перегородки носа

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 40 лет, обратился в клинику оториноларингологии с жалобами на периодически затрудненное носовое дыхание, слизистые выделения из правой половины носа, неприятный запах изо рта, периодически появляющуюся припухлость в щечной области справа. Указанные проявления беспокоят длительное время и усиливаются после перенесенного острого респираторного заболевания. На совместном осмотре оториноларингологом и челюстно-лицевым хирургом установлен диагноз: искривление перегородки носа, вазомоторный ринит, ретенция зуба 1.8. На томограмме выявлена фолликулярная киста в области зуба 1.8 и девиация перегородки полости носа (рис. 1–3).

Под общей анестезией выполнили подслизистую резекцию перегородки носа, вазотомию нижних носовых раковин, расширение естественного соустья правой верхнечелюстной пазухи, удаление ретинированного зуба 1.8 и оболочки кисты под эндовидеоконтролем. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент находился в клинике 5 суток. Реактивные явления в полости носа исчезли через месяц. В полости рта послеоперационная рана в области удаленного зуба 1.8 зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. На контрольном осмотре через 3 месяца пациент жалоб со стороны ЛОР-органов и полости рта не предъявлял. На контрольной томограмме перегородка носа по средней линии, пневматизация околоносовых пазух не изменена (рис. 4–6).

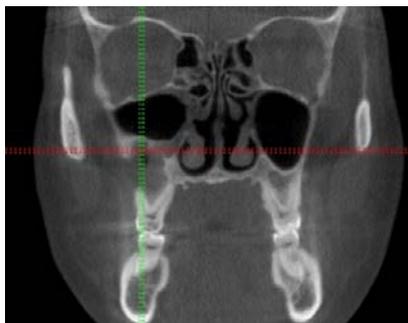


Рис. 4. Контрольная КЛКТ через месяц после оперативного лечения, коронарная проекция: перегородка носа по средней линии



Рис. 5. Контрольная КЛКТ через месяц после оперативного лечения, сагиттальная проекция: состояние после удаления ретинированного зуба 1.8 и удаления фолликулярной кисты в области этого же зуба



Рис. 6. Контрольная КЛКТ через месяц после оперативного лечения

ОБСУЖДЕНИЕ

На сегодняшний день компьютерная томография является золотым стандартом диагностики заболеваний околоносовых пазух. Она позволяет выявить внутриносую патологию, которая недоступна при физикальных методах обследования, но в то же время не всегда удается оценить состояние зубов полости рта. Ортопантомография, применяемая в стоматологии, позволяет выявить очаги одонтогенной инфекции и оценить состояние зубов. Однако, проводя лишь ортопантомографию, оценить состояние

верхнечелюстных пазух можно только косвенно. Таким образом, применение КЛКТ наиболее эффективно в диагностике одонтогенных причин синусита. Кроме диагностики взаимоотношений верхнечелюстных пазух и альвеолярного отростка верхней челюсти, она позволяет уточнить состояние остеомаатального комплекса, что является немаловажным для разработки дальнейшей тактики лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита, а в случае необходимости — планирования оперативного вмешательства.

Одномоментное малоинвазивное вмешательство в полости носа, на верхнечелюстной пазухе и в полости рта было направлено на устранение причины одонтогенного верхнечелюстного синусита, восстановление функции носового дыхания и вентиляционно-дренажной функции пораженной пазухи, что является профилактикой развития рецидивов воспалительных явлений в пазухах.

ВЫВОДЫ

Использование КЛКТ при сочетанной патологии полости рта и полости носа позволяет комплексно подходить к диагностике и лечению одонтогенного верхнечелюстного синусита. Проведение одномоментного вмешательства в полости носа и полости рта является эффективной методикой лечения и профилактики рецидивов одонтогенного верхнечелюстного синусита.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Arias-Irímia O., Barona-Dorado C., Santos-Marino J.A., Martínez-Rodríguez N., Martínez-González J.M.** Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. — *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. — 2010; 15 (1): e70—3.
2. **Brook I.** Microbiology of acute and chronic maxillary sinusitis associated with an odontogenic origin. — *Laryngoscope*. — 2005; 115 (5): 823—5.
3. **Соловых А.Г., Анготоева И.Б., Авдеева К.С.** Ятрогенный одонтогенный гайморит. — *Российская ринология*. — 2014; 4: 51—6.
4. **Маланчук В.А., Кеян Д.Н.** Строение ороантрального сообщения и выбор метода пластического его закрытия. — *Вісник стоматології*. — 2015; 1 (90): 57—61.

http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSL_2015_1_17

5. **Workman A.D., Granquist E.J., Adappa N.D.** Odontogenic sinusitis: developments in diagnosis, microbiology, and treatment. — *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. — 2018; 26 (1): 27—33.

6. **Яременко А.И., Матина В.Н., Сулов Д.Н., Лысенко А.В.** Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы (обзор литературы). — *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. — 2015; 10—5: 834—7.