



Особенности диагностики и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов

С.А. Карпищенко[✉], Е.В. Болознева, Е.С. Карпищенко

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

В наши дни доля одонтогенных верхнечелюстных синуситов (ОВС), по данным разных авторов, может достигать 40% среди всех гайморитов. Приведен литературный обзор проблемы диагностики и лечения ОВС. Применение современных методов лучевого исследования позволяет идентифицировать причину синусита и выявить его одонтогенную природу. Основным в лечении одонтогенного синусита является устранение стоматогенной причины болезни. В современной оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии существует несколько вариантов доступов к верхнечелюстным пазухам: операция по Калдуэллу–Люку, эндоскопический трансназальный подход с доступом через нижний и/или средний носовой ход. Описан клинический опыт лечения 36 пациентов с ОВС в клинике оториноларингологии. ОВС не обладают специфической симптоматикой. До сих пор нет четких рекомендаций по выбору одного из доступов в зависимости от патологии, анатомии, сопутствующих заболеваний и т.д.

Ключевые слова: верхнечелюстной синусит, функциональная эндоскопическая хирургия синуса, одонтогенный, компьютерная томография
Для цитирования: Карпищенко С.А., Болознева Е.В., Карпищенко Е.С. Особенности диагностики и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (3): 203–205. DOI: 10.26442/20751753.2021.3.200702

REVIEW

Treatment and diagnostic features of odontogenic maxillary sinusitis

Sergey A. Karpishchenko[✉], Elizaveta V. Bolozneva, Elena S. Karpishchenko

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Nowadays, the share of odontogenic maxillary sinusitis according to various authors can reach 40% among all sinusitis. The literature review of the diagnostic and treatment features of odontogenic maxillary sinusitis is done. The use of modern methods of radiation examination allows us to identify the cause of sinusitis and reveal its odontogenic nature. The main thing in the treatment of odontogenic sinusitis is the elimination of the stomatogenic cause of the disease. There are several different types of surgical treatment of maxillary sinus disease: Caldwell–Luke operation, endoscopic transnasal approach with access through the lower and/or middle nasal passage. Our clinical experience of treatment of 36 patients with odontogenic maxillary sinusitis at the ENT department. Odontogenic maxillary sinusitis does not have specific symptoms. There are no recommendations how to choose any approach according to pathology, anatomy, additional diseases etc.

Keywords: maxillary sinusitis, FESS, odontogenic, computed tomography

For citation: Karpishchenko SA, Bolozneva EV, Karpishchenko ES. Treatment and diagnostic features of odontogenic maxillary sinusitis. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (3): 203–205. DOI: 10.26442/20751753.2021.3.200702

Введение

Верхнечелюстной синусит – воспалительный процесс, протекающий в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. Природа заболевания может быть различна. Развитие патологического процесса возможно вследствие риногенных и одонтогенных причин. Синусит, длящийся более 12 нед, называется хроническим [1].

Одонтогенный верхнечелюстной синусит (ОВС) возникает в связи с распространением инфекционного процесса из полости рта, попаданием пломбировочного материала, фрагментов зубов, перфорацией дна пазухи и т.д. В наши дни доля ОВС, по данным разных авторов, может достигать 40% среди всех гайморитов [2]. Рост удельного веса заболеваемости связан не только с улучшением диагностических возможностей, но и с увеличением количества оперативных вмешательств в области альвеолярных отростков челюстей.

Диагностика

Точная диагностика одонтогенного синусита важна, потому что он отличается от гайморитов другой этиологии, так как имеет свою патофизиологию, микробиологию, тактику лечения. Распознать одонтогенную причину заболевания без дополнительных методов обследования зачастую невозможно. Наиболее полным и точным способом диагностики стоматогенного гайморита является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Небольшая лучевая нагрузка метода позволяет врачу не только верно диагностировать заболевание и его причины, но и в дальнейшем с помощью дополнительных контрольных снимков оценивать динамику процесса [3]. Кроме того, разрешение метода позволяет увидеть такие мелкие структуры зубочелюстной системы, как периодонтальная щель. Расширение последней свидетельствует о наличии воспалительного процесса

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Карпищенко Сергей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: karpishchenkos@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1124-1937

Болознева Elizaveta Викторовна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии с клиникой, мл. науч. сотр. отд. оториноларингологии НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: bolozneva-ev@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-0086-1997

Карпищенко Елена Сергеевна – аспирант, ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: eskstom@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1777-5473

[✉]Sergey A. Karpishchenko – D. Sci. (Med.), Prof., Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: karpishchenkos@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1124-1937

Elizaveta V. Bolozneva – Cand. Sci. (Med.), Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: bolozneva-ev@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-0086-1997

Elena S. Karpishchenko – Graduate Student, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: eskstom@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1777-5473

в тканях пародонта, что может являться причиной синусита.

Классическими симптомами ОВС являются односторонняя заложенность носа, ринорея, изменение обоняния, возможны головные боли, стекание по задней стенке глотки. Особых симптомов, характерных только для одонтогенного гайморита, не выявлено.

Боль в области зубов верхней челюсти не может являться диагностическим критерием для постановки диагноза ОВС [4]. Болевой синдром может возникать вследствие изменения давления в верхнечелюстных пазухах из-за прогрессии воспалительного процесса. В таких случаях болевая реакция зубов будет являться вторичным симптомом заболевания.

Лечение

Тактика лечения одонтогенного синусита отличается от синуситов других этиологий. Гайморит, вызванный попаданием инородного тела (пломбировочного материала, фрагмента зуба, имплантата и т.д.), требует обязательного удаления последнего из полости пазухи для предупреждения распространения инфекционно-воспалительного процесса на смежные органы и ткани. Гайморит, вызванный распространением инфекционного процесса из периапикальных тканей на слизистую пазухи, для успешного лечения требует удаления причинного зуба, выполнения зубосохраняющего консервативного лечения в сочетании с гайморотомией и т.д.

Существует несколько оперативных доступов к верхнечелюстной пазухе: операция по Калдуэллу–Люку, эндоскопический трансназальный подход с доступом через нижний и/или средний носовой ход. Современная модификация гайморотомии через переднюю стенку пазухи не предполагает полное удаление слизистой пазухи, а только эрадикацию патологического содержимого и измененных тканей. Безусловно, принято считать, что функциональная синусохирургия, предложенная Мессерклингером и Штаммбергером во второй половине XX в., является наиболее физиологичной, потому что доступ формируется в области естественного соустья. Однако оперативное лечение различных патологий верхнечелюстных пазух с доступом через переднюю стенку пазухи проводится и по сей день. Доступ к пазухе через нижний носовой ход признан и применяется многими челюстно-лицевыми хирургами и оперирующими оториноларингологами. Практически невозможно получить орбитальные осложнения, используя этот метод. Некоторые авторы описывают рециркуляцию слизи верхнечелюстного синуса после гайморотомии через нижний носовой ход при сохранении стойкого соустья [5]. Экспериментальных доказательств этому в литературе не представлено. В некоторых случаях даже при сохранении стойкого сообщения синуса с полостью носа через определенный временной промежуток происходит полное рубцевание операционного окна в нижнем носовом ходе [6]. Стоит отметить, что не во всех случаях обязательно накладывать стойкое соустье в нижнем носовом ходе. Иногда достаточно создать временное операционное окно. До сих пор не существует однозначных критериев выбора хирургического доступа к максиллярному синусу. Каждый хирург основывается на своих знаниях, умениях и опыте.

Перфоративные синуситы

Отдельно рассматриваются перфоративные верхнечелюстные синуситы. По данным авторов, их доля среди всех одонтогенных гайморитов может достигать 75%. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи возникает во время удаления верхних моляров. В случае возникновения сообщения полости рта и пазухи хирург должен сделать все возможное для его устранения. Часто перфорации диаметром менее 5 мм спонтанно рубцуются. Перфорации более 5 мм требуют хирургического вмешательства. Хирург

Рис. 1. Данные КЛКТ пациента №1. Фрагмент зуба (отмечен перекрестьем) в просвете верхнечелюстной пазухи.



может использовать различные слизисто-надкостничные лоскуты из области преддверия полости рта, неба, мобилизацию комка Биша. Применение саморассасывающихся коллагеновых материалов также благоприятно сказывается на заживлении в области перфорации. Удаления зубов верхней челюсти, выполняемые в острую фазу воспаления, будут predisposing к возникновению перфорации, а ее закрытие до купирования воспалительной реакции не всегда возможно [7].

В случае возникновения перфорации и несвоевременных ее диагностики и лечения, несоблюдения пациентом рекомендаций возможно формирование стойкого сообщения полости рта с пазухой или ороантрального свища. Со стороны полости рта свищевой ход выслан многослойным плоским эпителием, со стороны синуса – мерцательным. В области свищевого хода в верхнечелюстной пазухе возможна метаплазия эпителия через 3–4 мес существования свища [8].

Клинический опыт

В клинике оториноларингологии с января по июль 2020 г. проведено лечение 109 пациентов с верхнечелюстными синуситами. Из них 33% – с ОВС. Всем пациентам выполнялась КЛКТ для уточнения возможных причин заболевания, анатомии синуса, степени распространения заболевания. У 17 пациентов обнаружены инородные тела синусов, в том числе с признаками грибковых тел. Всего 10 пациентов имели рентгенологические признаки хронического синусита (кистообразное образование в полости синуса в области зубов верхней челюсти с признаками периапикального инфекционного процесса, проведенного ранее эндодонтического лечения). Всего 6 пациентов поступали в отделение с клиническими признаками острого или обострения хронического синусита, 36 пациентам проведено оперативное лечение эндоскопическим трансназальным подходом с доступом через нижний носовой ход. У 6 пациентов проводилось консервативное лечение с применением системных β-лактамов антибактериальных препаратов для купирования явлений острого воспаления. В дальнейшем эти пациенты направлены к врачу стоматологу-хирургу для устранения причины заболевания.

Два пациента направлены врачом-стоматологом в день образования перфорации дна пазухи и попадания инородного тела (корень зуба) в полость синуса. Удаление зубов осуществлялось в плановом порядке, без клинических проявлений верхнечелюстного синусита. При поступлении в ЛОР-стационар активных жалоб пациенты не предъявляли. Им выполнена КЛКТ (рис. 1, 2) [9] для локализации инородных тел в полости синуса. В условиях местной анестезии

Рис. 2. Данные КЛКТ пациента №2. Фрагмент зуба (отмечен перекрестьем) в просвете верхнечелюстной пазухи.



проведено удаление инородных тел через нижний носовой ход с использованием ригидной эндоскопической техники, без формирования стойкого соустья. Учитывая невыраженность симптоматики со стороны гайморовой пазухи, отсутствие острого процесса и тяжелой сопутствующей патологии у пациентов, в послеоперационном периоде системная антибактериальная терапия не проводилась. Пациентам назначены местные деконгестанты на 1 нед, ирригация полости носа солевыми растворами, местные антибактериальные спреи на 5 дней. Оба пациента выписаны на амбулаторное лечение в день операции.

Выводы

1. ОВС не обладают специфической симптоматикой. Применение современных методов лучевого исследования (например, КЛКТ) позволяет идентифицировать причину синусита и выявить его одонтогенную природу.
2. Основным в лечении одонтогенного синусита является устранение стоматогенной причины болезни.

3. Не существует критериев выбора оперативного доступа к максиллярному синусу в зависимости от заболевания, анатомии пазухи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Литература/References

1. Aukštakalnis R, Simonavičiūtė R, Simuntis R. Treatment options for odontogenic maxillary sinusitis: a review. *Stomatologija*. 2018; 20 (1): 22–6.
2. Vidal F, Coutinho TH, Ferreira DC, et al. Odontogenic sinusitis: a comprehensive review. *Acta Odontol Scand*. 2017; 75: 623–33.
3. Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Болознева Е.В., и др. Способы удаления инородных тел верхнечелюстных пазух. *Вестник оториноларингологии*. 2020; 85 (5): 78–82 [Karpishchenko SA, Vereshchagina OE, Bolozneva EV, et al. Sposoby udaleniya inorodnyh tel verhnechelyustnyh pazuh. *Vestnik otorinolaringologii*. 2020; 85 (5): 78–82 (in Russian)].
4. Simuntis R, Kubilius R, Vaitkus S. Odontogenic maxillary sinusitis: a review. *Stomatologija*. 2014; 16 (2): 39–43.
5. Mladina R, Vuković K, Poje G. The two holes syndrome. *Am J Rhinol Allergy* 2009; 23 (6): 602–4. DOI: 10.2500/ajra.2009.23.3375
6. Карпищенко С.А., Усманова Д.А., Болознева Е.В., и др. Способ удаления инородного тела верхнечелюстной пазухи. *Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae*. 2019; 25 (3): 73–7 [Karpishchenko SA, Usmanova DA, Bolozneva EV, et al. Sposob udaleniya inorodnogo tela verhnechelyustnoj pazuhi. *Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae*. 2019; 25 (3): 73–7 (in Russian)].
7. Borgonovo A, Berardinelli F, Favale M. Surgical options in oroantral fistula treatment. *Open Dental Journal*. 2012; 6: 94–8.
8. Beer F, Körpert W, Passow H, et al. Reduction of collateral thermal impact of diode laser irradiation on soft tissue due to modified application parameters. *Lasers in Medical Science*. 2012; 27 (5): 917–21.
9. Карпищенко С.А., Яременко А.И., Гевлич Е.К. Миграция инородных тел в верхнечелюстном синусе. *Российская оториноларингология*. 2014; 70 (3): 54–6 [Karpishchenko SA, Yaremenko AI, Gevlich E.K. Migraciya inorodnyh tel v verhnechelyustnom sinuse. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2014; 70 (3): 54–6 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 15.02.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.04.2021



OMNIDOCTOR.RU