

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений	5
Определение	6
Этиология и патогенез	6
Эпидемиология	6
Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
Клиническая картина	7
Диагностика одонтогенного синусита	8
Примеры формулировки диагноза	14
Лечение	14
Тестовые задания	23
Список рекомендуемой литературы	26

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Одонтогенный верхнечелюстной синусит (ОДВС) — это воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи (ВЧП), вызванное распространением патологического процесса из полости зуба или его периапикальных тканей.

В зависимости от длительности воспаления в ВЧП различают острый ОДВС (продолжительность заболевания до 3 мес) и хронический ОДВС (продолжительность заболевания более 3 мес).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины ОДВС включают воспаление эндодонта, периодонта, пародонта, формирование ороантральной фистулы (ОАФ), периимплантит, пролабирование дентального имплантата или ортодонтического винта в ВЧП, миграцию инородного тела в ВЧП в результате стоматологического вмешательства. В большинстве случаев причиной ОДВС служат хронический апикальный периодонтит, периапикальная киста или периапикальный абсцесс. Наиболее частой причиной ОДВС является патологический процесс в 1.6, 2.6; 1.7, 2.7 зубах — около 72% случаев, реже — в 1.4, 2.4; 1.5, 2.5 — 9% и в 1.3, 2.3 — 1%.

Бактериологическое исследование при ОДВС чаще выявляет смешанную флору, состоящую из анаэробных (*Peptostreptococcus* и *Prevotella*) и аэробных бактерий (преимущественно *S. aureus*).

Анатомическими предпосылками к развитию ОДВС служит близкое расположение корней верхних зубов, располагающихся иногда в полости ВЧП. В последнем случае единственным барьером между пазухой и корнем зуба служит слизистая оболочка ВЧП. При наличии воспалительных изменений верхних зубов или при проведении стоматологических вмешательств в данной анатомической области патогенная бактериальная флора может распространиться в ВЧП и вызвать воспаление. Помимо контактного пути, инфекция может распространяться через сеть кровеносных и лимфатических сосудов между периодонтальной связкой корня зуба и ВЧП. Как правило, предрасполагающим фактором ОДВС, поддерживающим воспаление в пазухе, является нефункционирующее соустье вовлеченной ВЧП, следовательно, нарушение ее дренирования и вентиляции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эпидемиологические исследования, проведенные в ряде стран, указывают на увеличение заболеваемости синуситом за последние десяти-

летия в 3 раза [1]. Причина хронических риносинуситов в основном риногенная, однако близкое расположение корней зубов верхней челюсти ко дну пазухи способствует распространению одонтогенной инфекции в ВЧП [2]. ОДВС составляет 25–40% всех хронических верхнечелюстных риносинуситов и до 75% всех односторонних поражений ВЧП [3]. Данное заболевание поражает в основном лиц трудоспособного возраста и занимает существенное место в практике оториноларинголога и стоматолога. ОДВС составляет около трети среди всех верхнечелюстных синуситов — 26–33% и встречается у 4,2–8% хирургических стоматологических больных.

Левая и правая ВЧП поражаются примерно одинаково часто. Двустороннее поражение пазух встречается редко. ОДВС может сочетаться с воспалением решетчатых пазух у 18% больных и лобных пазух — у 2,5%, следовательно, не всегда является изолированным.

ОСОБЕННОСТИ КОДИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ (ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ) ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ

J01 Острый синусит.

J32 Хронический синусит.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Жалобы и анамнез

Пациенты с ОДВС могут жаловаться на:

- ▶ заложенность носа;
- ▶ выделения из носа;
- ▶ боль в проекции околоносовых пазух (ОНП);
- ▶ головную боль;
- ▶ стекание по задней стенке глотки;
- ▶ снижение обоняния.

Вместе с тем ОДВС может иметь длительное течение со скудной симптоматикой. Встречаются случаи, когда при наличии тотального затемнения ОНП процесс протекает бессимптомно. При ОАФ могут быть гнойные выделения из лунки удаленного зуба, попадание жидкости и пищи в нос через отверстие в верхней челюсти, ощущение движения воздуха через лунку удаленного зуба, особенно при высмаркивании и чихании. Если ОДВС возник в результате попадания остеопластического материала в ВЧП после

антральной аугментации, пациент может отмечать выход крупинок материала в полость носа и попадание их в носоглотку и полость рта.

Дополнительные признаки, которые могут указывать на *одонтогенную* природу синусита, включают:

- ▶ выделения из носа с неприятным запахом;
- ▶ односторонний характер процесса;
- ▶ отсутствие эффекта или кратковременный эффект от консервативной терапии;
- ▶ рецидивирующее течение;
- ▶ боль в области верхнего зуба/зубов;
- ▶ предшествующее стоматологическое вмешательство.

ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

Инструментальное исследование

Осмотр полости носа. В ходе риноскопического исследования в большинстве случаев выявляются гиперемия и отечность слизистой оболочки, гнойные выделения в полости носа. При эндоскопическом исследовании могут визуализироваться полипозные изменения в области среднего носового хода, отечность и выбухание крючковидного отростка, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе, стекающее в носоглотку.

Осмотр ротовой полости. В случае апикального периодонтита изменения со стороны ротовой полости, как правило, отсутствуют. Однако при выраженных изменениях можно обнаружить выпячивание и размягчение костной ткани вокруг пораженного зуба. При наличии ОАФ в области лунки удаленного зуба возможна визуализация дефекта слизистой оболочки и кости, заполненного грануляционной тканью, через который может выделяться гной. Проба Вальсальвы не всегда имеет диагностическую ценность, поскольку при блоке соустья ВЧП она будет отрицательной. Диагностика ОАФ особенно затруднена при ее локализации в лунке удаленного зуба 8. В сомнительных случаях, когда ОАФ явно не визуализируется, проводится зондирование свищевого хода в области лунки удаленного зуба. Проникновение зонда в ВЧП через лунку свидетельствует о наличии ОАФ.

При ОДВС, возникшем после антральной аугментации и/или дентальной имплантации, в случае нормальной эпителизации альвеолярного гребня изменений со стороны полости рта может не наблюдаться. Однако возможно формирование дегисценции в области операционной раны с развитием сообщения полости рта и ВЧП. Также встречаются случаи поступления гнойного отделяемого из-под дентального имплантата, ука-

зывающие на развитие гнойного осложнения. При наличии у пациента временной дентальной конструкции осмотр альвеолярного гребня может быть затруднен, поэтому при подозрении на ОАФ или осложнение антральной аугментации требуется удаление конструкции стоматологом для полноценного осмотра.

Компьютерная томография (КТ). Общепринятый стандарт диагностики ОДВС — конусно-лучевая или мультиспиральная КТ ОНП без контрастного усиления. Рентгенография ОНП и ортопантомограмма значительно уступают КТ по чувствительности и специфичности при диагностике ОДВС, поэтому их применение ограничено.

КТ-признаками апикального периодонтита/периапикальной кисты/абсцесса служат зона разрежения кости в области периодонта апекса вовлеченного зуба, расширение периодонтального пространства с формированием локального затемнения округлой формы с гиперинтенсивным куполом — приподнятым кортикальным слоем дна ВЧП с костной деструкцией кортикальной пластинки (рис. 1) или без нее (рис. 2).

Основные критерии, разграничивающие одонтогенные кисты от не-одонтогенной патологии (ретенционных кист, полипозных изменений, локального утолщения слизистой оболочки, инвертированной папилломы ВЧП), — связь кисты с причинным зубом и наличие гиперинтенсивного ореола с возможными участками деструкции: деформированная и приподнятая нижняя костная стенка ВЧП (рис. 3).

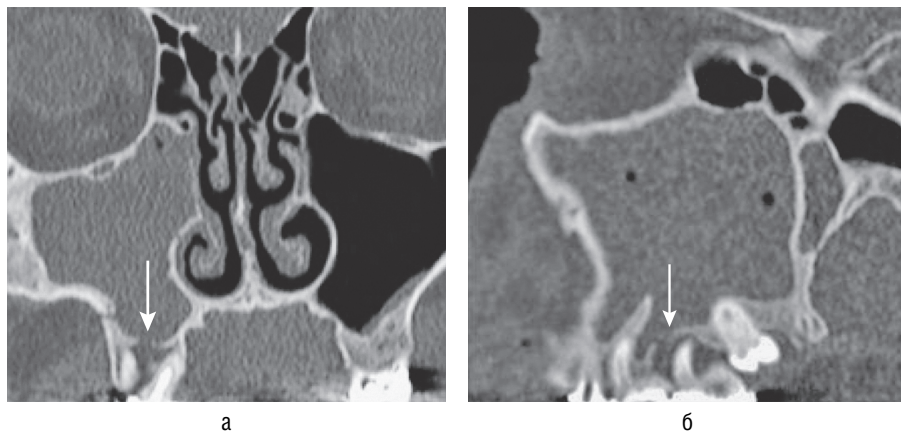


Рис. 1. Компьютерная томография околоносовых пазух при правостороннем одонтогенном верхнечелюстном синусите, вызванном хроническим апикальным периодонтитом зуба 1.7: а — корональная проекция; б — сагиттальная проекция. Стрелки указывают на область костной деструкции кортикальной пластинки над зоной периапикального воспаления зуба 1.7. Визуализируются расширение периапикального пространства и костная резорбция вокруг апекса зуба 1.7