



УДК: 616.216.1-003.6

## ЯТРОГЕННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНУСИТЫ

Е. К. Гевлич

### IATROGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Е. К. Gevlich

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко )

В статье рассмотрены различные варианты инородных тел и связанные с ними изменения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса, возможности современной диагностики и эндоскопического лечения.

**Ключевые слова:** инородное тело, диагностика, эндоскопическая хирургия, компьютерная томография.

**Библиография:** 11 источников.

The article considers various variants of foreign bodies and related changes of the mucous membrane maxilla sinus. The possibilities of modern diagnostics and endoscopy treatment.

**Key words:** foreign body, diagnosis, endoscopic surgery, computer tomography.

**Bibliography:** 11 sources.

Значительно увеличилось количество частных стоматологических клиник и центров. Возрос спрос населения на различные стоматологические услуги, что потребовало внедрения более инвазивных, технологических подходов лечения. Эти изменения не всегда сопряжены с достаточным знанием детальной анатомии верхушек корней малых и больших коренных зубов с дном верхнечелюстной пазухи, отсутствием повсеместного внедрения 3D-дентальной томографии. Либо не все стоматологи учитывают возможности 3D-томографии и не назначают исследование при планировании инвазивного лечения. Не в полной мере учитываются индивидуальные особенности строения верхнечелюстной пазухи, создающие предпосылки проникновению в полость инородных тел.

*Ятрогенная* (от гр. *iatros* – врач, *gennaio* – порождаю) – негативное воздействие врача на пациента, приводящее к неблагоприятным последствиям.

Ятрогенный синусит – понятие более широкое, чем группа синуситов, возникших вследствие активности стоматологов. К ним могут быть отнесены синуситы:

- в результате внутрибольничных инфекций;
- на фоне оперированных пазух;
- вследствие офтальмологических операций;
- вследствие стоматологических манипуляций на зубах верхней челюсти.

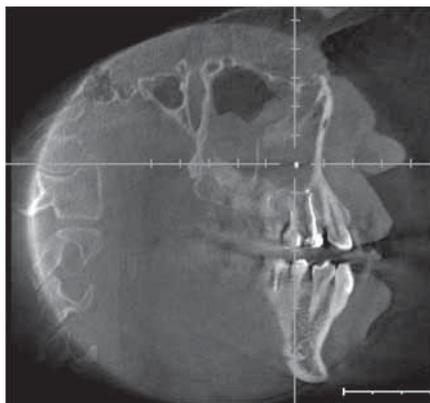
В своей работе мы хотели бы отметить группу синуситов, возникших в здоровой пазухе на фоне врачебных действий. Поскольку в своей клинической практике мы столкнулись с большим количеством пациентов, у которых после стоматологического лечения на фоне абсолютно здоровых

пазух носа возникли тяжелые и плохо поддающиеся лечению синуситы. К тому же в большинстве случаев эти синуситы требуют хирургического лечения.

Предпосылкой к возникновению перфорации костной ткани в области альвеолярной бухты дна верхнечелюстной пазухи с одновременным проникновением в ее просвет инородных тел является анатомо-топографические соотношения верхушек корней малых и больших коренных зубов с верхнечелюстной пазухой. Иногда здоровый периодонт этих зубов и слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи разделены лишь тонкой пластинкой кости или дубликатурой слизистой оболочки [2]. Отсюда становится понятна столь высокая распространенность этого осложнения.

По данным различных авторов, констатируется неизбежность развития синусита вследствие нахождения в пазухе инородного тела (ИТ), а значит, необходимость удаления инородных тел из пазухи. В действительности же пациенты направляются на оперативное лечение только после развития клинической картины синусита. Длительное время такие синуситы протекают вяло, бессимптомно, в течение длительного времени – от 6 месяцев до 2,5 года [3] – «латентные синусы». В ряде случаев больные точно локализируют дискомфорт в области пораженной пазухи, заложенность носа, обычно умеренно выраженную и одностороннюю, нередко такие пациенты отмечают нарушение обоняния.

На фоне развития воспаления возникают дегенеративные изменения слизистой оболочки синуса в виде подушкообразного утолщения, кист, полипов или субатрофии и склерозирования. Эти изменения зависят от длительности нахождения



**Рис. 1.** 3D-компьютерная томография, инородное тело в правой верхнечелюстной пазухе, вызвавшее полипозное изменение слизистой оболочки.

инородного тела в синусе, свойств материала, его рН и химического состава [4].

Четко прослеживается зависимость изменений в верхнечелюстной пазухе от типа инородного тела. Так, у пациентов с выведенными в синус гуттаперчевыми штифтами вокруг выступающего в просвет синуса имплантата равномерно утолщается слизистая оболочка. Как правило, синусы воздушны, отсутствуют скопления секрета или гнойное отделяемое. Нередко образуется киста, внутри которой располагается имплант. Пломбировочный материал вызывает более выраженные и разнообразные изменения: от слабовыраженной гиперплазии слизистой оболочки до локального полипоза. Имеется прямая зависимость морфологических изменений от длительности пребывания материала в синусе. На ранних этапах заболевания развивается хроническое неспецифическое воспаление умеренной степени выраженности с последующей гипертрофией и гиперплазией реснитчатого эпителия. В более поздние сроки заболевания изменения в слизистой оболочке носят характер полипозных раз-

растаний либо резко выраженной атрофии и склерозирования (рис. 1).

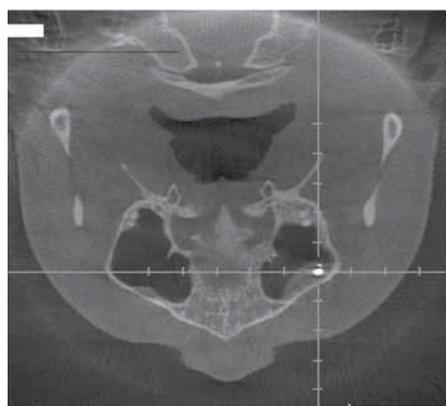
Для диагностики инородных тел в верхнечелюстных пазухах традиционные рентгенологические методы, такие как ортопантомография или рентгенография черепа в полуаксиальной проекции, служат как средства первичной диагностики. В обязательный план исследования должны входить КТ, при возможности 3D-КТ в связи со склонностью инородных тел к миграции и более точной их локализации для оперативного лечения (рис. 2, 3).

Операция может быть выполнена по Калдвелл-Люку или эндоскопическим подходом с использованием различных доступов.

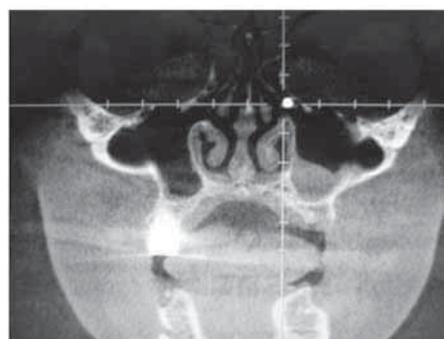
После вскрытия гайморовой пахуи, выполненной по Калдвелл-Люку, часто наблюдаются осложнения: нарушение обоняния, головные боли, потеря чувствительности зубов на верхней челюсти, длительные лицевые боли, атрофические риниты, онемение кожи верхней губы, крыла носа и слизистой оболочки альвеолярного отростка, слезотечение, рубцовые изменения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса. Так же увеличиваются сроки госпитализации у таких пациентов. Предпочтение нужно отдавать эндоскопическим методам хирургического лечения.

К достоинствам эндоскопической хирургии верхнечелюстных пазух относят малоинвазивный доступ, функциональность, точность и прецизионность выполнения операции, снижение частоты операционных осложнений, сокращение длительности послеоперационного периода и сроков нетрудоспособности оперированных больных.

Мы оперируем эндоскопически трансназальным доступом, предпочтительнее через нижний носовой ход для более качественной ревизии дна верхнечелюстной пазухи. Оперативные вмешательства чаще проходят под местной анестезией.



**Рис. 2.** 3D-компьютерная томография, инородное тело находится внутри кисты левой верхнечелюстной пазухи.



**Рис. 3.** На 3D-компьютерной томографии представлен пример миграции инородного тела в пазухе в область естественного соустья.



Т а б л и ц а

## Виды инородных тел

Иностранное тело	Количество больных	%
Пломбировочный материал, покрытый грибковыми контаминациями	75	55,5
Корни зубов	30	22,3
Штифты от имплантов	20	14,8
Гуттаперча	10	7,4

За последние 5 лет в нашей клинике было пролечено 135 человек с указанной патологией. В качестве инородных тел мы обнаружили: пломбировочный материал, покрытый грибковыми контаминациями (75–55,5%), корни зубов (30–22%), штифты от имплантов (20–14,8%) и гуттаперчу (10–7,4%). Среди общего числа госпитализированных преобладали женщины (70%). Также чаще отмечалось поражение левой верхнечелюстной пазухи – в 60% случаев, правой – в 40% (табл.).

В последние годы мы отметили значительное увеличение пациентов с этой патологией в нашей клинике. По-видимому, это связано с более тесным

сотрудничеством стоматологических клиник города с врачами-оториноларингологами, что, в свою очередь, сформировало и обогатило понимание подходов к общей проблеме. В течение нескольких лет наш опыт в области диагностики и лечебной тактики этих больных вошел в программу обучения студентов стоматологического факультета.

Большинство стоматологов города выполняют 3D-КТ при планировании вмешательств с диагностической целью и при обнаружении патологических изменений активно направляют пациентов к ринохирургу. При попадании в пазуху стоматологических материалов больной сразу направляется на 3D-КТ околоносовых пазух. Тем не менее эндоскопические возможности ринологии не исключают необходимость проведения совместных одномоментных или двухэтапных вмешательств челюстно-лицевых хирургов и ЛОР-врача.

Наличие гнойного воспаления в пазухе при ороантральном сообщении не во всех случаях требует хирургического лечения со стороны пазухи. У ряда пациентов могут оказаться эффективными пункционное лечение и консервативная терапия. Несмотря на это, больным после хирургического лечения мы рекомендуем контрольное КТ-исследование в динамике.

## Выводы

При подозрении на инородное тело назначение 3D-КТ в обязательном порядке.

Предпочтительнее оперативное вмешательство выполнять эндоскопически трансназальным доступом.

Иностранное тела верхнечелюстных пазух подлежат удалению вместе с участками патологически измененной слизистой оболочки.

После эндодонтического лечения рекомендовано проведение контрольного рентгенологического исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины / С. С. Едранов [и др.] // Тез. докл. V Тихоокеанской науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с международным участием. Владивосток, 2004. – С. 21–22.
2. Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины / А. А. Коновко [и др.] // Тез. докл. VI Тихоокеанской науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с международным участием. – Владивосток, 2005. – С. 18–19.
3. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. – М., 2006. – 559 с.
4. Шульман Ф. И., Козлов В. А. Иностранное тела верхнечелюстных пазух. Тактика врача // Тр. VII Всерос. съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 98–100.
5. Шульман Ф. И., Козлов В. А. Хронические верхнечелюстные синуситы как осложнения эндодонтического лечения. – СПб., 2003.
6. Цифровая объемная томография в оториноларингологии / С. А. Карпищенко [и др.]: практ. руководство. – СПб., 2011.
7. Nauman C. H., Chandler N. P., Tong D. C. Endodontic implications of the maxillary sinus: a review // Int. Endod. J. – 2002. – N 35. – P. 127–141.
8. Manisali Y., Yucel T., Erisen R. Overfilling of the root // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. – 1989. – N 68. – P. 773–775.
9. Ricucci D., Langeland K. Apical limit of root-canal instrumentation and obturation // Int. Endod. J. – 1998. – N 31. – P. 394–409.
10. Sjgren U. Success and failure in endodontics. Ume? University Dissertation. – N 60. – 1996. – P. 33–44.
11. Strindberg L. Z. The dependence of the results of pulp therapy on certain factors // Acta Odont. Scand. – 1956. – N 14 (Suppl. 21). – P. 1–175.

**Гевлич** Елена Константиновна – клинический ординатор каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8; тел.: 8-911-037-46-80, e-mail: elenka\_gevlich@mail.ru