

Одонтогенный верхнечелюстной синусит: особенности диагностики и лечения

Д.м.н., проф. Д.В. ДАВЫДОВ, врач В.А. ГВОЗДОВИЧ, орд. В.Э. СТЕБУНОВ*, интерн А.Ю. МАНАКИНА

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (зав. — д.м.н., проф., заслуженный врач РФ А.Ю. Дробышев) Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Москва

Odontogenic maxillary sinusitis: peculiarities of diagnostics and treatment

D.V. DAVYDOV, V.A. GVOZDOVICH, V.E. STEBUNOV, A.YU. MANAKINA

A.I. Evdokimov Moscow State Medical Stomatological University, Moscow

Цель работы — улучшение качества диагностики и выбора оптимальной методики лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов при расположении инородных тел в латеральных отделах верхнечелюстной пазухи. С этой целью на этапах обследования проводили мультиспиральную компьютерную томографию, позволяющую определить точное расположение инородного тела в пазухе и выбрать оптимальный доступ для оперативного вмешательства. В работе применяется модифицированный метод операции по Колдуэллу—Люку как наиболее адекватный в данных клинических случаях.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, верхнечелюстная пазуха, операция по Колдуэллу—Люку, мультиспиральная компьютерная томография, инородное тело.

The objective of the present work was to improve the quality of diagnostics and the choice of optimal therapy for the management of odontogenic maxillary sinusitis associated with the localization of foreign bodies in the lateral parts of the maxillary sinuses. To this effect, multispiral computed tomography was used to enable the exact location of the foreign body inside the sinus and to choose the optimal approach for the surgical intervention. The modified Caldwell-Luc procedure was employed as the most adequate technique in the given clinical condition.

Key words: odontogenic maxillary sinusitis, maxillary sinus, Caldwell-Luc procedure, multispiral computed tomography, foreign body.

Больные с воспалительными заболеваниями параназальных синусов составляют около $\frac{1}{3}$ общего числа пациентов, госпитализированных в стационары с заболеваниями верхних дыхательных путей [1]. Преобладающим по частоте вовлечения в воспалительный процесс большинство авторов считают верхнечелюстной синус [1–3].

Наиболее частый путь проникновения инфекции — через естественные соустья, соединяющие пазуху с полостью носа. Источником инфекции также могут быть хронические воспалительные очаги зубочелюстной системы, особенно больших и малых коренных зубов, прилегающих к нижней стенке пазухи [3–5]. К возникновению одонтогенного верхнечелюстного синусита могут приводить гранулемы у верхушки корня зуба, субпериостальные абсцессы, пародонтит, а также инородные тела: пломбировочный материал, фрагменты отломков стоматологических инструментов, корни зубов после осложненного удаления, турунды [1, 3].

В 40–50% случаев в верхнечелюстной синус пломбировочный материал попадает вследствие его выведения за верхушку корня зуба при эндодонтическом лечении у врача-стоматолога [4, 6]. Тактика лечения подобных осложнений широко известна — удаление инородных тел из полости синуса [1–3, 7].

В литературе были описаны различные хирургические методы, такие как операция по Колдуэллу—Люку [2, 3], малоинвазивные вмешательства с использованием эндоскопической техники [1–3]. Несмотря на широкое использование высокоэффективных эндовидеоассистированных вмешательств на структурах верхнечелюстного синуса, встречаются клинические случаи, в которых применение классических оперативных методов является более адекватным.

В данной работе нами проведен анализ результатов лечения пациентов, которым ранее были выполнены эндоскопические вмешательства на верхнечелюстном синусе при наличии в них воспалительного процесса и инородных тел.

Цель исследования — повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами, вызванными наличием в пазухе пломбировочного материала.

Пациенты и методы

Были обследованы пять пациентов, обратившихся в период с 2011 по 2012 г. в МГМСУ им. А.И. Евдокимова с жалобами на чувство тяжести, болезненности в лобной и подглазничной областях, заложенности соответствующей

половины носа, общую слабость, головные боли. Все обратившиеся пациенты ранее были оперированы в различных ЛОР-клиниках. Обследуемая группа пациентов состояла из лиц женского пола в возрасте от 25 до 54 лет (средний возраст 40 лет). Все пациенты ранее проходили эндодонтическое лечение зубов 15, 24, 25, 26 (в двух случаях).

Для подтверждения наличия пломбировочного материала в придаточных синусах всем пациентам выполняли рентгенологические методы исследования: проводили ортопантограмму и мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) — исследование, которое проводилось на компьютерном томографе Philips Brilliance 64 с толщиной срезов 0,9 мм при высоком разрешении с мультипланарной реконструкцией.

Длительность заболевания всех обратившихся за помощью больных и эндоскопических попыток удаления составляла от 6 до 12 мес.

Для удаления инородных тел использовали операцию по методу Колдуэлла—Люка: рассекали слизистую оболочку и надкостницу в области преддверия рта ниже переходной складки от клыка до второго моляра. Распатором отслаивали слизисто-надкостничный лоскут, обнажая переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. При помощи шаровидного бора и фрезы трепанировали костную стенку пазухи. Трепанационное отверстие расширяли до 1,5 см в диаметре. После иссечения слизистой оболочки пазухи в области передней стенки из нее эвакуировали гнойное отделяемое, удаляли утолщенную и измененную слизистую оболочку, инородные тела, стараясь при этом сохранить интактную слизистую. Полученный морфологический материал из пазухи отправляли на гистологическое исследование для окончательного подтверждения диагноза. Учитывая наличие ранее созданного соустья с полостью носа при эндоскопических вмешательствах, этот этап не выполняли. Завершающим этапом операции было тампонирование верхнечелюстного синуса стерильным тампоном, пропитанным раствором антибиотика (амоксциллином). Затем в полости рта слизисто-надкостничный лоскут возвращали на место и ушивали нитями Vicryl 4/0. Тампон из пазухи удаляли на следующий день после операции.

В раннем послеоперационном периоде всем больным проводили антибактериальную, противовоспалительную терапию. Местно назначали полоскания полости рта антисептическими растворами, чередующимися с настоем ромашки по 4—5 раз в день в течение 2 нед после оперативного вмешательства, полость носа обрабатывали инструментально с промыванием верхнечелюстного синуса через ранее созданное соустье.

Для контроля состояния верхнечелюстного синуса и полноты удаления пломбировочного материала из полости пазухи в послеоперационном периоде проводили МСКТ-исследование.

Результаты и обсуждение

Во всех проанализированных клинических случаях мы подтвердили наличие пломбировочного материала, который являлся причиной воспалительного процесса в синусе. У одной пациентки инородный материал находился в правой пазухе, в четырех случаях — в левой. Ранее лечеными зубами («причинные зубы») были премоляры (3) и моляры (2) верхней челюсти.

Нами было установлено, что степень выраженности воспалительной реакции и изменение слизистой оболочки пазухи зависят от длительности пребывания инородного тела (от 6 до 12 мес, в среднем 9 мес).

Чем дольше пломбировочный материал находился в пазухе и поддерживал очаг хронического воспаления, тем выраженнее были изменения слизистой оболочки, от отека (в 2 наблюдениях) до резко выраженных полипозных изменений (в 3 случаях).

Изменения слизистой оболочки, обнаруженные при выполнении операций на пазухах, были сходны с изменениями слизистой оболочки, представленными при МСКТ-исследовании, и были подтверждены гистологическим заключением.

Локализация пломбировочного материала в полости синусов соответствовала ранее леченым по эндодонтическим показаниям зубам. Миграции пломбировочного материала в синусах не было выявлено ни в одном клиническом случае.

В представленных клинических наблюдениях локализация пломбировочного материала соответствовала первым и вторым премолярам, первым молярам верхней челюсти справа и слева.

При выполнении хирургического вмешательства у всех больных из синусов было получено гнойное отделяемое в количестве от 2 до 5 мл (в среднем 3 мл). Больше количество гноя нами было получено при вмешательстве на синусах в более ранние сроки.

Ощущение слабой болезненности при пальпации мягких тканей в послеоперационной области, а также выраженный послеоперационный отек сохранялись в сроки от 2 и до 4 сут (в среднем 3 сут). У всех больных заживление послеоперационной раны проходило первичным натяжением. Швы снимали на 10-е сутки, все больные отмечали улучшение носового дыхания, отсутствие чувства тяжести в области носа.

Нами выявлено, что на сроках наблюдения до 1 нед сохранялся отек мягких тканей в щечной области и области носогубной складки соответствующей стороны, слабая болезненность, появляющаяся в вечернее время у всех пациентов: носовое дыхание незначительно затруднено у 2 пациентов; в полости рта слизистая оболочка в послеоперационной области отечна у 4 пациентов. При сроке наблюдения до 1 мес мягкие ткани в области носогубной складки слабо отечны в 1 случае, носовое дыхание незначительно затруднено — в 1 случае; в полости рта определяются умеренные рубцовые изменения слизистой в области операционного доступа в 4 случаях. При сроке наблюдения 3 мес у всех наблюдаемых больных видимых явлений воспаления нет, носовое дыхание свободное.

Приводим клинический случай.

Пациентка П., 54 лет, обратилась в клинику с жалобами на чувство заложенности левой половины носа, дискомфорт в лобной и подглазничной областях слева, головные боли. Считает себя больной в течение года. Вышеперечисленные жалобы появились после проведенного эндодонтического лечения. Пациентка обратилась в одну из ЛОР-клиник Москвы, где был поставлен диагноз: хронический левосторонний гайморит. Инородное тело в левой верхнечелюстной пазухе. Больная была госпитализирована в ЛОР-отделение, где ей была проведена операция «левосторонняя эндоскопическая синусотомия». Полученный в результате операции морфологический материал

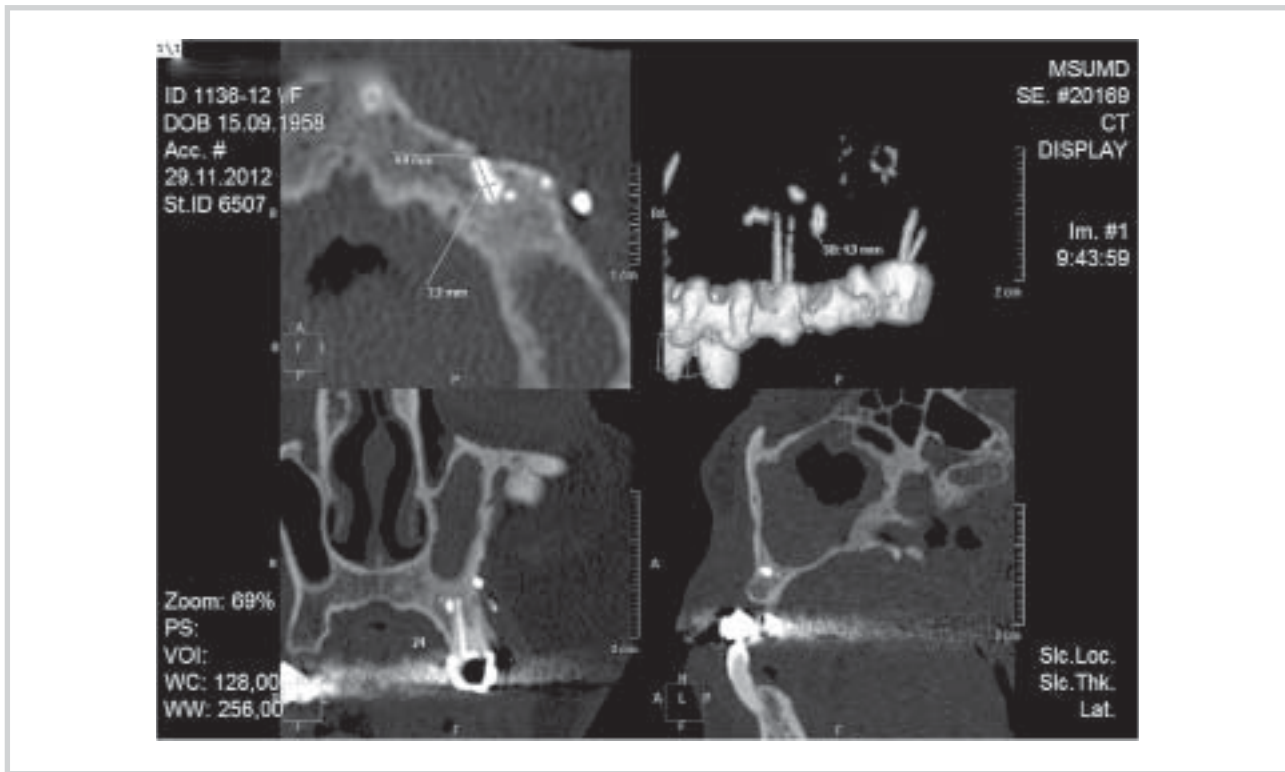


Рис. 1. Больная П. МСК-томограмма верхней челюсти в сагитальной, коронарной и боковой проекциях. В левой ВЧП визуализируется пломбирочный материал, выведенный за верхушку корня при лечении 25-го зуба. Фрагменты пломбирочного материала в левой ВЧП.

был отправлен на гистологическое исследование, по результатам которого было заподозрено злокачественное образование левого верхнечелюстного синуса и предложен курс лучевой терапии в качестве первого этапа комбинированного лечения. От предложенного лечения пациентка отказалась. Для установления диагноза самостоятельно обратилась в МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Для уточнения диагноза нами было проведено МСКТ-исследование.

При анализе МСКТ-исследования на уровне верхушки щечного корня зуба 25 в мягких тканях, прилегая к вестибулярной кортикальной пластинке челюсти, было обнаружено скопление пломбирочного материала диаметром около 2,5 мм и аналогичное скопление диаметром 5 мм, на 3,8 мм кзади от вышеописанного. Кроме того, у верхушки небного корня зуба 25 внутрикостно визуализируется скопление пломбирочного материала общим размером 4,9×2,2×3,2 мм (рис. 1).

На основании жалоб пациентки на чувство заложенности левой половины носа, дискомфорт в лобной и подглазничной областях слева, внешнего осмотра (незначительный отек щечной области слева, слабо болезненная пальпация подглазничной и щечной областей слева), а также дополнительных методов исследования (ОПТГ, МСКТ-исследование) поставлен диагноз: хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит слева. Инородное тело в верхнечелюстной пазухе слева. Состояние после ранее проведенной эндоскопической левосторонней гайморотомии. Больной было проведено оперативное вмешательство в объеме повторной гайморотомии по Колдуэллу—Люку с забором содержимого

пазухи. Во время операции из пазухи были удалены полипнозно измененная слизистая оболочка, мелкие частицы пломбирочного материала, а также основной фрагмент размером 2×4 мм (рис. 2). Проведено гистологическое исследование, по данным которого обнаружены мелкие полиповидные кусочки слизистой, выстланные местами эпителием типа респираторного, местами — плоским, местами эпителий слущен, в подлежащих слоях — фиброзная ткань с хронической выраженной воспалительной инфильтрацией, с преобладанием лимфоцитов. Морфологическая картина хронического полипнозного синусита.

Через 10 дней после вмешательства у данной больной нами выполнено контрольное МСКТ-исследование средней зоны лица (рис. 3), которое подтвердило полное удаление пломбирочного материала из верхнечелюстного синуса слева. Определяли признаки воспаления слизистой оболочки в прооперированной пазухе, являющиеся местной реакцией на проведенное вмешательство. Пациентка в срок наблюдения до 3 мес жалоб не предъявляла.

Таким образом, несвоевременная диагностика острых синуситов, поздняя обращаемость больных, дифференциально-диагностические ошибки в распознавании риногенных и одонтогенных форм, неправильная тактика ведения больных приводят к хронизации заболевания, сопровождающейся в дальнейшем развитием различного рода осложнений [4, 6].

Проблема одонтогенных заболеваний верхнечелюстного синуса имеет длительную историю, вопросы диагностики и лечения постоянно совершенствуются. Одной из главных причин попадания инородных тел в верхнече-

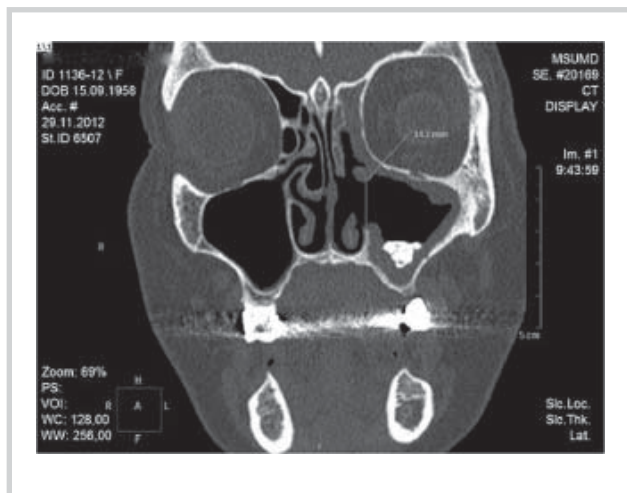


Рис. 2. Та же больная. МСК-томограмма в коронарной проекции до операции.

Объем левой ВЧП уменьшен за счет воспалительной гипертрофии слизистой оболочки, стенки пазухи утолщены, склерозированы. Присутствует послеоперационный дефект верхних отделов медиальной стенки в левой ВЧП. Определяется скопление пломбировочного материала.

люстную пазуху является близкое расположение корней больших, а в некоторых случаях и малых коренных зубов к дну синуса [2, 3]. Достаточно часто околокорневые патологические процессы дополнительно способствуют разрушению дна гайморовой пазухи, и следовательно, проталкиванию в sinus корня зуба пломбировочного материала или другого тела в процессе лечения.

Согласно нашим наблюдениям, структура, количество и длительность попадающих в пазуху пломбировочных материалов влияют на выраженность воспалительного процесса в ней [3, 6].

Методы лечения таких состояний известны и широко применяются — от радикальной методики по Колдуэллу—Люку до малоинвазивных эндоскопических методов. Однако, как показывают наши наблюдения, при латеральном расположении инородного тела в верхнечелюстной пазухе становится достаточно затруднительно визуализировать пломбировочный материал при выполнении

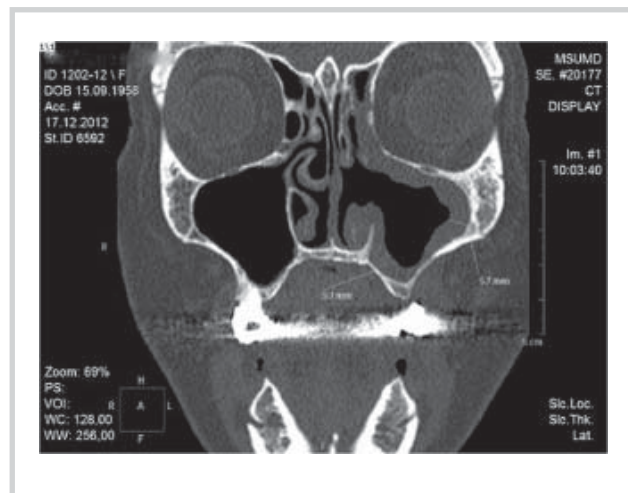


Рис. 3. Та же больная. МСК-томограмма в коронарной проекции через 2 нед после операции.

По передней стенке левой ВЧП определяется послеоперационный костный дефект с четкими, ровными контурами. По всем стенкам левой гайморовой пазухи присутствует мягкотканый компонент (послеоперационные изменения), инородные тела отсутствуют.

эндоназальной методики с использованием стандартных эндоскопов.

В данных клинических ситуациях с латерально расположенными инородными телами целесообразно использовать модифицированный метод операции по Колдуэллу—Люку для гарантированного удаления инородных тел.

Выводы

1. Проведение МСКТ-исследования средней зоны лица позволяет подтвердить одонтогенный характер развившегося синусита, точно определить размеры, структуру и локализацию пломбировочного материала для выбора доступа и методики оперативного вмешательства.
2. В случае локализации инородного тела в латеральном отделе верхнечелюстного синуса наиболее адекватный хирургический доступ для гарантированного удаления инородных тел обеспечивает операция Колдуэлла—Люка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шульман Ф.И. Инородные тела верхнечелюстных пазух. Тактика врача. В кн.: В.А. Козлов, Ф.И. Шульман. Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. М 2001; 98—100.
2. Лопатин А.С., Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г. Хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита. Рос стоматол журн 2001; 3: 25—29.
3. Робустова Т.Г. Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи. В кн.: В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М: Медицина 2000; 312—326.
4. Сысолятин С.П. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: вопросы этиологии. Вопр челюстно-лицевой, пласт хир, имплантол и клин стоматол 2010; 2—3: 3—6.
5. Николаев А.И., Ценов Л.М., Шаргородский А.Г. Пути повышения качества эндодонтического лечения. Клини стоматол 1999; 4: 16—20.
6. Шульман Ф.И. Клинико-морфологическое обоснование методов лечения верхнечелюстного синусита, возникшего после эндодонтического лечения зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб 2003.
7. Кравченко Д.В. Лечебно-диагностический алгоритм при гнойном параназальном синусите и риносинусогенных орбитальных осложнениях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2007.