13. Goodman S. M., Menon I., Christos P. J. *J. Rheumatol.* 2016;43(1):46-53. doi: 10.3899/jrheum.150525. Epub 2015 Dec 1.
14. Hayashi M., Kojima T., Funahashi K. *Mod. Rheumatol.* 2012;22(3):363-369. DOI: <https://doi.org/10.3109/s10165-011-0527-3>.
15. Dayer J. M. *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.* 2004;18(1):31-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2003.09.009>.
16. Yano K. I., Ikari K., Inoue E. *Mod. Rheumatol.* 2012;22(3):363-369. doi: 10.1007/s10165-011-0527-3. Epub 2011 Oct 7.

Сведения об авторах:

Ахтямов Ильдар Фуатович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний; e-mail: yalta60@mail.ru

Лапшина Светлана Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной терапии; e-mail: svetlanalapshina@mail.ru

Гимадеева Аделя Марсовна, врач;
тел. 89871810001; e-mail: g_adelya@bk.ru;

Гильмутдинов Ильдар Шавкатович, врач-травматолог

Ардашев Сергей Александрович, врач-травматолог-ортопед; e-mail: ardashev-sergei@mail.ru

© И. В. Кошель, 2016
УДК 616.32.109.03.07
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11100>
ISSN 2073-8137

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ЛИЦ МЛАДШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

И. В. Кошель

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

INFLAMMATORY DISEASES OF THE PARANASAL SINUSES ODONTOGENIC ORIGIN IN PERSONS OF YOUNGER AGE GROUPS

Koshel I. V.

Stavropol State Medical University, Russia

Представлены результаты оценки клинической и рентгенологической картины одонтогенных заболеваний верхнечелюстных пазух у лиц младших возрастных групп. Всего под наблюдением находились 29 детей и подростков в возрасте от 6 до 15 лет с одонтогенными воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух. Установлено, что комплексное обследование и целенаправленная санация полости рта у детей являются необходимым и эффективным средством профилактики одонтогенных поражений верхнечелюстных пазух. При переходе острого гайморита в хронический требуется оперативное вмешательство на гайморовой пазухе, при одонтогенных кистах – как радикулярных, так и фолликулярных, проросших в верхнечелюстную пазуху, лечение должно быть только хирургическим.

Ключевые слова: верхнечелюстной синус, воспаление, киста

The article presents the results of the evaluation of clinical and radiographic progression of odontogenic diseases of the maxillary sinuses in persons in the younger age groups. All under the supervision there were 29 children and adolescents aged 6 to 15 years with odontogenic inflammatory diseases of the maxillary sinuses. It is established that a comprehensive survey and a targeted rehabilitation of the oral cavity in children are necessary and effective in the prevention of odontogenic lesions of the maxillary sinuses. In the transition of acute to chronic sinusitis, surgical intervention is required in the maxillary sinus, odontogenic cysts like radicular and follicular, sprouted in the maxillary sinus, the treatment should be surgical only.

Key words: maxillary sinus, inflammation, cyst

Воспалительные заболевания придаточных пазух носа встречаются в детском возрасте довольно часто: патология занимает второе место у лиц младших возрастных групп среди

всех заболеваний ЛОР-органов [6]. Число больных детей с диагнозом «синусит» особенно увеличивается в осенне-зимний период и во время эпидемических вспышек гриппа, способствуя за-

болеваниям многих органов, систем [6, 7]. Анатомо-физиологические особенности детского организма в целом предопределяют и проявления воспалительного процесса придаточных пазух носа у детей [2, 3]. По данным ведущих детских оториноларингологических клиник, число детей с острыми синуситами неуклонно увеличивается, растет также количество заболеваний, требующих лечения в условиях стационара [4, 8, 9]. В свою очередь, одонтогенные заболевания придаточных пазух носа у детей мало освещены в литературе, поскольку они встречаются достаточно редко и диагностика их представляет определенные трудности [1, 9]. В специальных руководствах и учебниках, посвященных стоматологии детского возраста, этому вопросу практически не уделено внимания.

Цель исследования – оценка клинической и рентгенологической картины одонтогенных заболеваний верхнечелюстных пазух у лиц младших возрастных групп.

Материал и методы. С 2009 по 2016 год под наблюдением находились 29 детей в возрасте от 6 до 15 лет с одонтогенными заболеваниями верхнечелюстных пазух (17 мальчиков и 12 девочек). Все больные разделены на 3 группы в зависимости от поставленного диагноза: острый гайморит зарегистрирован у 7 больных (первая группа – 24,1 %), хронический гайморит – у 14 (вторая группа – 48,3 %), одонтогенная киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстной синус – у 8 (третья группа – 27,6 %).

При обследовании детей использовали клинические стоматологические и оториноларингологические методы. По показаниям детям производили рентгенографическое исследование придаточных пазух носа, прицельную рентгенографию зубов, в некоторых случаях – панорамную рентгенографию, компьютерную томографию (КТ), а также – рентгенографию с контрастным веществом. Больным были проведены анализы крови, мочи, отделяемого из раны и другие лабораторные исследования по показаниям.

Результаты и обсуждение. В результате полного комплексного обследования диагноз острого гайморита подтвержден у всех пациентов первой группы. Во всех наблюдениях основным этиологическим фактором являлось обострение различных форм хронического периодонтита, у 2 детей вследствие обострения хронического периодонтита развился периостит, а у 2 детей диагностирован острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти, у 2 больных – абсцесс твердого неба, у одного больного – абсцесс перегородки носа.

Анализируя данные обследования больных этой группы, необходимо отметить, что патологический процесс в верхнечелюстной пазухе развивался вследствие присоединения воспаления из периапикальных тканей. В начале заболевания основной жалобой выступали боли в верхней челюсти, усиливающиеся при нагрузке на зуб (периодонтит), затем стали преобладать сопутствующие клинические признаки гайморита (отек, флюктуация, тяжесть на пораженной стороне, повышение температуры).

Лечение детей этой группы носило комплексный характер и предусматривало в первую очередь удаление «причинного» зуба, вскрытие абсцесса, секвестрэктомия, антимикробное, противовоспалительное, десенсибилизирующее и другие виды лечения. У 5 больных, кроме этого, производили промывание верхнечелюстной пазухи растворами антибиотиков.

Во второй группе у всех 14 больных с диагнозом «хронический одонтогенный гайморит» патологический процесс возник на фоне хронического периодонтита зубов верхней челюсти, что подтверждено результатами рентгенологического обследования (рис. 1).

Рис. 1. Компьютерная томография. Патологический процесс с локализацией в верхнечелюстных пазухах на фоне хронического периодонтита зубов верхней челюсти

Патологический процесс в данной группе начинался остро, с симптомами ярко выраженного острого гайморита, однако после консервативного лечения процесс перешел в хроническую форму.

Больные предъявляли жалобы на периодически появляющееся затруднение носового дыхания, изредка – на гнойное отделяемое из носа, нерезкую головную боль, незначительную болезненность при пальпации передней стенки гайморовой пазухи.

При передней риноскопии слизистая оболочка носового хода отечна, под средней носовой раковиной выявлено умеренное слизисто-гнойное от-

деляемое. При пункции гайморовых пазух промывная жидкость только у 1 пациента (7,1 %) оказалась чистой, а у 3 (21,4 %) – гнойной, с резким запахом.

На рентгенограммах определялось диффузное затемнение верхнечелюстной пазухи, при контрастной рентгенографии с йодолиполом обнаруживался дефект заполнения нижнего отдела гайморовой пазухи.

После санации полости рта, заключающейся в удалении «причинных» зубов, и применения консервативного лечения у 3 больных (21,4 %) наступило

полное излечение хронического гайморита. У 1 больного (7,1 %) указанное лечение не дало положительного результата, излечение гайморита было достигнуто путем эндоназальной гайморотомии.

У больных третьей группы с одонтогенными кистами, проросшими в верхнечелюстную пазуху, в 75 % случаев выявлены радикулярные кисты от первого или второго молочного моляра, а также фолликулярные кисты вокруг зачатков первых постоянных моляров – в 25 % случаев (рис. 2).

Рис. 2. Эндоназальная эндоскопия верхнечелюстных пазух (с углом обзора 0 и 70°) больного А. 2009 (слева) и больного Ф. 2005 (справа) года рождения. Слева – радикулярная киста верхнечелюстной пазухи, справа – фолликулярная киста, проросшая в верхнечелюстной синус от зачатков постоянных моляров

Заболевание развивалось медленно, сопровождалось прогрессивно нарастающими симптомами деформации верхней челюсти соответствующей стороны, сглаженностью или выбуханием переходной складки. У больных отмечался симптом «пергаментного» хруста.

При пальпации передней стенки верхнечелюстной пазухи болезненности не выявлено, признаков воспалительного процесса в полостях не наблюдалось. У половины детей при передней риноскопии определялось выбухание медиальной стенки гайморовой пазухи.

При осмотре полости рта у трех больных на больной стороне обнаруживались пломбированные зубы, причем без признаков болезненности в ответ на перкуссию, у других больных зубы в области проекции кисты отсутствовали.

На рентгенограмме в прямой проекции отмечалось гомогенное затемнение гайморовой пазухи. Зачатки постоянных зубов оказывались смещенными относительно полости кисты и располагались хаотично. В двух случаях фолликулярных кист в полости кисты обнаруживались зачатки 6|6. На контрастной рентгенограмме с йодолиполом, введенным через прокол нижнего носового хода в полость кисты, отмечалась тень с четкими границами, заполняющая частично или почти полностью верхнечелюстную пазуху.

Всем больным этой группы проведена санация полости рта и эндоскопическая цистэктомия с оперативным доступом к гайморовой пазухе через переднюю стенку, без образования соустья в нижний носовой ход. В ходе операции установлено, что

у 2 больных (25 %) этой группы слизистая оболочка гайморовой пазухи полипозно изменена. Во время операции одновременно удаляли ретенированные зубы, смещенные кистой в гайморову пазуху и неправильно расположенные в челюсти. Поводом и обоснованием к проведению операции гайморотомии служила рентгенологическая картина, в частности обнаружение в верхнечелюстной пазухе массивного затемнения либо наличие обширной кисты, заполняющей почти всю пазуху, что подтверждалось контрастной рентгенографией.

Как показали наши наблюдения, у пациентов младших возрастных групп встречаются заболевания верхнечелюстной пазухи одонтогенного происхождения, которые протекают в виде острого или хронического гайморита. Анализ клинических наблюдений показывает, что большинство заболеваний гайморовой пазухи одонтогенной этиологии возникает в результате неправильной тактики лечения заболеваний молочных и постоянных зубов.

Вследствие этого воспалительный процесс, распространяясь из периапикальных тканей лимфогенным, гематогенным или контактным путем в костную ткань или надкостницу, приводит к развитию соответствующих патологических процессов в верхнечелюстной пазухе. Следует особо отметить, что у части больных причиной воспалительного процесса одонтогенной этиологии явились молочные зубы.

Рассматриваемые патологические процессы, являясь сопряженными, обуславливают необходимость во всех случаях, особенно при затяжном выздоровлении, обращаться за консультациями к оториноларингологу (если больной лечится у сто-

матолога) и к стоматологу, если больной находится на лечении у ЛОР-врача. Для выявления и проведения адекватного и целенаправленного лечения одонтогенных воспалительных процессов верхней челюсти следует прибегать к обзорной рентгенографии, а при показаниях использовать контрастную рентгенографию и эндоскопическую технику. Лечение описанных заболеваний у пациентов младших возрастных групп должно быть комплексным. Обязательным и необходимым условием является устранение очага одонтогенной инфекции, то есть удаление, а по возможности и эндодонтическое лечение «причинного» зуба. Санация полости рта в сочетании с противовоспалительной и десенсибилизирующей терапией при острых гайморитах при-

водит к излечению процесса, в некоторых случаях эффект может быть достигнут средствами консервативной терапии и при катаральных или гнойных хронических гайморитах. При переходе острого гайморита в хронический, чаще продуктивный (полипозный), требуется оперативное вмешательство на гайморовой пазухе. При одонтогенных кистах – как радикулярных, так и фолликулярных, проросших в верхнечелюстную пазуху, лечение должно быть только хирургическим [5].

Заключение. Комплексное обследование и целенаправленная санация полости рта у детей являются необходимым и эффективным средством профилактики одонтогенных поражений верхнечелюстных пазух.

Литература

1. Григорьянц, Л. А. Показания и эффективность использования различных хирургических вмешательств при лечении больных с одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстную синус / Л. А. Григорьянц, С. В. Сирак, Р. С. Зекерьяев, К. Э. Арутюнян // Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 3. – С. 42–46.
2. Сирак, С. В. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита, возникающего после эндодонтических вмешательств / С. В. Сирак, А. А. Слетов, М. В. Локтионова [и др.] // Пародонтология. – 2008. – № 3. – С. 14–18.
3. Сирак, С. В. Осложнения, возникающие на этапе пломбирования корневых каналов зубов, их прогнозирование и профилактика / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, И. А. Копылова // Эндодонтия Today. – 2009. – № 1. – С. 23–25.
4. Сирак, С. В. Субантральная аугментация пористым титаном в эксперименте и клинике / С. В. Сирак, Е. В. Щетинин, А. А. Слетов // Стоматология. – 2016. – Т. 95, № 1. – С. 55–58.
5. Сирак, С. В. Способ лечения радикулярной кисты челюсти / С. В. Сирак, А. В. Федурченко, А. Г. Сирак,

Т. Г. Мажаренко // Патент на изобретение RU 2326648 09.01.2007.

6. Сирак, С. В. Стоматологическая заболеваемость детского населения Ставропольского края до и после внедрения программы профилактики / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, Е. М. Максимова, С. Н. Пригодин // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 1. – С. 64–66.
7. Brook, I. Sinusitis of odontogenic origin / I. Brook // Otolaryngology – Head and Neck Surgery. – 2006. – Vol. 135, № 3. – P. 349–355. doi: 10.1016/j.otohns.2005.10.059
8. Lu, Y. Associations between maxillary sinus mucosal thickening and apical periodontitis using cone-beam computed tomography scanning: A retrospective study / Y. Lu, Z. Liu, L. Zhang [et al.] // Journal of Endodontics. – 2012. – Vol. 38, № 8. – P. 1069–1074. doi: 10.1016/j.joen.2012.04.027
9. Sirak, S. V. Clinical and morphological substantiation of treatment of odontogenic cysts of the maxilla / S. V. Sirak, A. V. Arutyunov, E. V. Shchetinin [et al.] // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2014. – Vol. 5, № 5. – P. 682–690.

References

1. Grigoryantz L. A., Sirak S. V., Zekeryaev R. S., Arutunyan K. E. *Stomatologiya. – Stomatology*. 2007;86(3):42–46.
2. Sirak S. V., Sletov A. A., Loktionova M. V., Loktionov V. V., Sokolova E. V. *Parodontologiya. – Parodontology*. 2008;(3):14–18.
3. Sirak S. V., Shapovalova I. A., Kopylova I. A. *Endodontiya Today. – Endodontology Today*. 2009;(1):23–25.
4. Sirak S. V., Shchetinin E. V., Sletov A. A. *Stomatologiya. – Stomatology*. 2016;95(1):55–58.
5. Sirak S. V., Fedurchenko A. V., Sirak A. G., Mazharenko T. G. Patent Rus. 2326648 09.01.2007.

6. Sirak S. V., Shapovalova I. A., Maksimova E. I., Prigodin S. N. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika. – Pediatric dentistry and prevention*. 2009;8(1):64–66.
7. Brook I. *Head and Neck Surgery*. 2006;135(3):349–355. doi: 10.1016/j.otohns.2005.10.059
8. Lu Y., Liu Z., Zhang L., Zhou X., Zheng Q. *Journal of Endodontics*, 2012;38(8):1069–1074. doi: 10.1016/j.joen.2012.04.027
9. Sirak S. V., Arutyunov A. V., Shchetinin E. V., Sirak A. G., Akkalaev A. B., Mikhailchenko D. V. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2014;5(5):682–690.

Сведения об авторе

Кошель Иван Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии; тел.: (8652)350551; e-mail: koshel1979@mail.ru