

Роль патологических изменений полости носа и ее придаточных пазух при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах

Шулаков В.В., Лежнев Д.А., Бирюлев А.А., Лузина В.В., Лашук С.Ю.

ГБОУ ВПО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова"
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

The Role of the Pathological Changes in the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses in Chronic Odontogenic Maxillary Sinusitis

Shulakov V.V., Lezhnev D.A., Biryulev A.A., Luzina V.V., Lashchuk S.Yu.

A.I. Evdokoimov Moscow State Medical University of Medicine and Dentistry, Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia

Введение. Осложнения, зачастую возникающие на различных этапах лечения больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом, обусловленным патологическими изменениями в полости носа и придаточных пазухах, приводящими к обструкции верхних дыхательных путей и угнетению дренажной функции, не всегда учитываются челюстно-лицевыми хирургами при планировании лечения.

Цель исследования: изучение взаимосвязи между наличием, характером и выраженностью патологических изменений в верхнечелюстных пазухах при одонтогенном верхнечелюстном синусите и наличием, а также выраженностью сопутствующих патологических изменений в полости носа и других ее придаточных пазухах.

Материал и методы. Использование МСКТ при обследовании 108 пациентов позволило добиться точной визуализации и идентификации тех патологических

изменений, которые невозможно выявить при клиническом обследовании, а также с помощью традиционных рентгенологических методов.

Результаты. Наличие сочетанных врожденных или приобретенных патологических проявлений способствует формированию так называемых порочных кругов или синдромов взаимногоотягощения. Обструкция верхних дыхательных путей приводит к нарушению оттока слизи и экссудата из верхнечелюстной пазухи, угнетению функции мукоцилиарного транспорта. Это в свою очередь создает условия для прогрессирования хронического верхнечелюстного синусита. Кроме того, нарушение проходимости верхних дыхательных путей увеличивают риск развития осложнений как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы. Выявление патологических изменений не только в верхнечелюстных пазухах, но и в полости носа

Для корреспонденции: Лашук Станислав Юрьевич – 127206 Москва, ул. Вучетича, д. 9а, кафедра челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А. И. Евдокимова" Минздрава России. Тел.: +7-926-351-74-40; +7-495-611-50-38. E-mail: staslas@me.com

Шулаков Вадим Валентинович – доктор мед. наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" МЗ РФ; **Лежнев Дмитрий Анатольевич** – доктор мед. наук, профессор кафедры лучевой диагностики ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" МЗ РФ; **Бирюлев Алексей Андреевич** – канд. мед. наук, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" МЗ РФ; **Лузина Вера Владимировна** – канд. мед. наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" МЗ РФ; **Лашук Станислав Юрьевич** – аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" МЗ РФ.

Contact: Lashchuk Stanislav Yurevich – 127206, Russia, Moscow, Vucheticha str., 9a, Maxillo-facial surgery Department, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. Phone: +7-926-351-74-40; +7-495-611-50-38. E-mail: staslas@me.com

Shulakov Vadim Valentinovich – dokt. of med. sci., professor of Maxillo-facial surgery Department, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Healthcare of Russia; **Lezhnev Dmitriy Anatolevich** – dokt. of med. sci., professor of Radiology Department, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Healthcare of Russia; **Biryulev Aleksei Andreevich** – cand. of med. sci., assistant of Radiology Department, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Healthcare of Russia; **Luzina Vera Vladimirovna** – cand. of med. sci., assistant of Maxillo-facial surgery Department, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Healthcare of Russia; **Lashchuk Stanislav Yurevich** – post-graduate student of Maxillo-facial surgery Department, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Healthcare of Russia.



и других придаточных пазухах чрезвычайно важно на этапе обследования и планирования комплексного лечения.

Ключевые слова: хронический верхнечелюстной синусит, придаточные пазухи носа, верхнечелюстная пазуха, полость носа, компьютерное томографическое исследование.

Introduction. Complications that often arise at different stages of treatment of patients with chronic odontogenic maxillary sinusitis caused by pathological changes in the nasal cavity and paranasal sinuses leading to obstruction of the upper respiratory tract and oppression drainage function. This is not always respected maxillofacial surgeons for treatment planning. Therefore, the aim of this study was to explore the relationship between the presence, nature and severity of pathological changes in the maxillary sinuses with odontogenic maxillary sinusitis and the presence and severity of associated pathological changes in the nasal cavity and paranasal sinuses.

Materials and methods. Use of MSCT on 108 patients allowed to achieve accurate visualizing and identification of those pathological changes, which cannot be detected by clinical examination, as well as using traditional x-ray methods.

Results. The presence of combined congenital or acquired pathological manifestations contributes to the formation of so-called "vicious circles" or syndromes mutual aggravation. Obstruction of the upper respiratory tract leads to violations of the outflow of mucus and fluid from the maxillary sinus, and the oppression of mucociliary transport. This creates conditions for the development of chronic maxillary sinusitis. In addition, violation of the airway increase the risk of development of complications in early and late postoperative periods.

Conclusion. Detection of pathological changes not only in the maxillary sinus, but in the nasal cavity, and other paranasal sinuses is extremely important at the stage of examination and planning of complex treatment.

Key words: chronic maxillary sinusitis, paranasal sinuses, maxillary sinus, the nasal cavity, computer tomographic study.



Рис. 1. Буллезная деформация обеих средних носовых раковин и правого крючковидного отростка, гипертрофия всех носовых раковин, искривление носовой перегородки, сужение носовых ходов. МСКТ-изображение, МРР в коронарной плоскости.

Введение

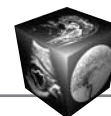
Осложнения, возникающие при комплексном лечении хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов, а также случаи рецидивирования заболевания обусловлены причинами, возникающими как на этапе планирования лечения, так и в послеоперационном периоде [1, 2]. В настоящее время достоверно установлено, что осложнения, включая рецидивы заболевания, нередко связаны с врожденными и приобретенными нарушениями архитектоники полости носа: искривлением носовой перегородки, гипертрофией носовых раковин, наличием полипов в просвете носовых ходов, а также с другими изменениями в околоносовых пазухах (рис. 1, 2) [3].

Нередко диагностика подобных изменений в общем плане обследования и лечения не проводится либо вызывает затруднения. Это связано с тем, что традиционная рентгенография не всегда позволяет выявить патологический процесс в полости носа, в решетчатом лабиринте и в клиновидной пазухе [4, 5], что обусловлено суперпозицией костей лицевого и мозгового черепа, а также ограниченной разрешающей способностью метода. Наличие патологических изменений, с одной стороны, ускоряет развитие воспалительных изменений в полости носа и ее придаточных пазух, а с другой – является фактором риска для развития послеоперационных осложнений. Наличие подобных патологических изменений способствует угнетению функции мерцательного эпителия, снижению аэрации, нарушению дренажной функции [6].

Оценить характер, степень, объем и точную локализацию имеющихся нарушений возможно при проведении КТ. Данный метод исследования



Рис. 2. Полипнозно измененная слизистая оболочка правой верхнечелюстной пазухи в зоне дефекта нижней стенки на уровне зуба 1.6. МСКТ-изображение, МРР в косоагитальной плоскости.



позволяет выявить различную степень выраженности утолщений слизистой оболочки; оценить ее плотность, что необходимо для определения стадии воспаления; диагностировать наличие псевдокист в собственном слое слизистой оболочки; определить наличие и характер экссудата; выявить изменения со стороны надкостницы и костных стенок, наличие остеофитов и других изменений. Диагностически значимо выявление точной картины изменений в области клиновидной пазухи и решетчатого лабиринта, а также изменения внутриносовых структур [7].

Материал и методы

Комплексное клинико-лучевое обследование было проведено 108 пациентам с поражениями придаточных пазух носа, выраженными в различной степени и в различных сочетаниях.

Оценивали следующие признаки:

1) патологические изменения в полости носа: врожденные и приобретенные (посттравматические) дефекты и деформации; гипертрофию носовых раковин; наличие полипов в просвете носовых ходов; воспалительные изменения слизистой оболочки (утолщение, отек, инфильтрация); одно- или двусторонность поражения;

2) патологические изменения в верхнечелюстных пазухах и тип их строения (*пневматический*, *склеротический*); наличие перегородок, полипов,

кист; гипертрофию слизистой оболочки (как признак хронического воспаления); наличие псевдокист в собственном слое слизистой оболочки; наличие и характер экссудата; наличие остеофитов, фиброза, гиперостоза (включая костные разрастания и тяжи), инородных тел; поражение коллатеральной пазухи (рис. 3, 4);



Рис. 3. Инородное тело (пломбировочный материал) в утолщенной слизистой оболочке правой верхнечелюстной пазухи. МСКТ-изображение, MPR в коронарной плоскости.

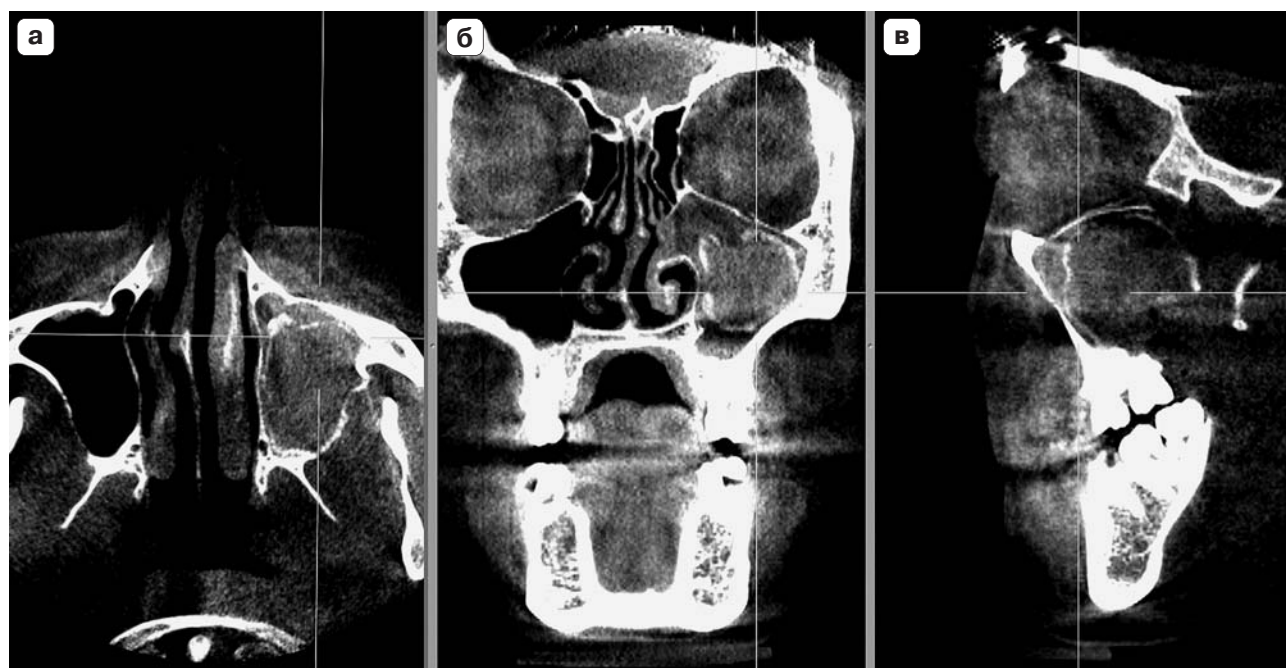


Рис. 4. Радикулярная киста, проникающая в верхнечелюстную пазуху, хронический верхнечелюстной синусит, искривление перегородки носа. МСКТ-изображения в аксиальной (а), MPR в коронарной (б) и кососагитальной (в) плоскостях. Режим MIP.



3) патологические изменения в области клиновидных пазух и патологические изменения в области решетчатых лабиринтов (рис. 5, 6).

В зависимости от наличия или отсутствия, а также степени выраженности того или иного признака оценку проводили по четырехбалльной системе:

0 баллов – отсутствие патологического признака;

1 балл – минимальная степень выраженности отдельного признака;

2 балла – средняя степень выраженности отдельного признака;

3 балла – максимальная степень выраженности отдельного признака.



Рис. 5. Сочетание патологических изменений обеих верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта. Правая верхнечелюстная пазуха субтотально заполнена гиперплазированной слизистой оболочкой, утолщение слизистой оболочки в клетках решетчатых лабиринтов справа, по нижней стенке левой верхнечелюстной пазухи ретенционная киста. МСКТ-изображение, MPR в коронарной плоскости.

Исследование проводилось на мультиспиральном компьютерном томографе Philips Brilliance 64 (Philips, США) по стандартной методике исследования придаточных пазух носа (sinusvolume) со следующими техническими параметрами: survie (топограмма) – lateral; thickness – 0,9 mm; increment – 0,45; kV – 120; mAs/slice – 100; resolution – high; collimation – $64 \times 0,625$; pitch – 0,641; rotation time – 0,5 sec; FOV – 180 mm; filter – bone; window – c-200, w-2000; matrix – 512 с обязательной оценкой базовых аксиальных срезов и мультипланарных реконструкций (MPR) в коронарной, сагитальной и произвольной проекциях.

Результаты

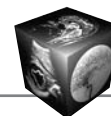
Проведенные исследования показали, что из 108 обследованных с диагнозом хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита (как с наличием ороантрального сообщения, так и без такового) патологические изменения в полости носа выявлены у 89 (82%) больных, в области клиновидных пазух – у 19 (16%), те или иные изменения в области клеток решетчатого лабиринта – у 65 (60%) человек.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в большинстве случаев поражения полости носа и ее придаточных пазух являются системными. Изолированные поражения, локализирующиеся только в области верхнечелюстной пазухи, выявлены у 9 (8%) больных.

Анализируя степень выраженности тех или иных патологических признаков, следует отметить, что изменения в области верхнечелюстных пазух в большинстве случаев (60 (56%) человек) были выражены в средней степени. Максимальными, т.е. оцененными в 3 балла, они были у 14 (13%) человек. У остальных 34 (31%) больных эти патологические изменения были минимальными. При



Рис. 6. Сочетание пролиферативных воспалительных изменений в области обеих верхнечелюстных пазух, носовых ходов, клеток решетчатого лабиринта, лобных пазух с искривлением носовой перегородки. МСКТ-изображения в аксиальной (а), MPR в коронарной (б) и кососагитальной (в) плоскостях.



оценке отдельных патологических изменений обращает на себя внимание максимальная выраженность таких признаков, как гипертрофия слизистой оболочки (2 балла – 41 (38%) человек, 3 балла – 54 (50%)); наличие полипов и кист (3 балла – 25 (23%) человек), наличие экссудата (21 (19%)).

Кроме того, наличие инородных тел как в просвете верхнечелюстной пазухи, так и фиксированных в области слизистой оболочки (подслизистое и внутрислизистое расположение) рентгенологически выявлено у 23 (21%) пациентов. В 17 (16%) случаях это были корни или иные фрагменты ранее удаленного зуба, а в 6 случаях выявлены конгломераты пломбировочного материала, выведенного в просвет верхнечелюстной пазухи (рис. 7, 8).

Другие патологические признаки либо анатомические особенности строения (наличие костных перегородок, остеофитов и др.) встречались в единичных случаях.

Следует отметить, что изолированное поражение только одной верхнечелюстной пазухи наблюдалось в большинстве случаев (70 (65%) больных). В 35% выявлено поражение верхнечелюстной пазухи с противоположной стороны. Однако двустороннее поражение мы не связывали с одонтогенным происхождением. По-видимому, в подобных случаях следует говорить об одонтогенном воспалении, развившемся на фоне ранее существовавшего риногенного. Тем не менее у 4 больных были выявлены хронические одонтогенные очаги с двух сторон, что могло послужить причиной двустороннего поражения.

Поражению верхнечелюстной пазухи у 89 (82%) пациентов сопутствовали те или иные анатомические врожденные или приобретенные деформации, а также воспалительные изменения в полости носа.

В большинстве случаев отмечены врожденные дефекты и деформации (как правило, искривления носовой перегородки). Эти деформации были значительными (3 балла) у 41 (38%) больного,



Рис. 7. Инородное тело (пломбировочный материал) в области правого антрохоанального отверстия. МСКТ-изображение, MPR в коронарной плоскости.

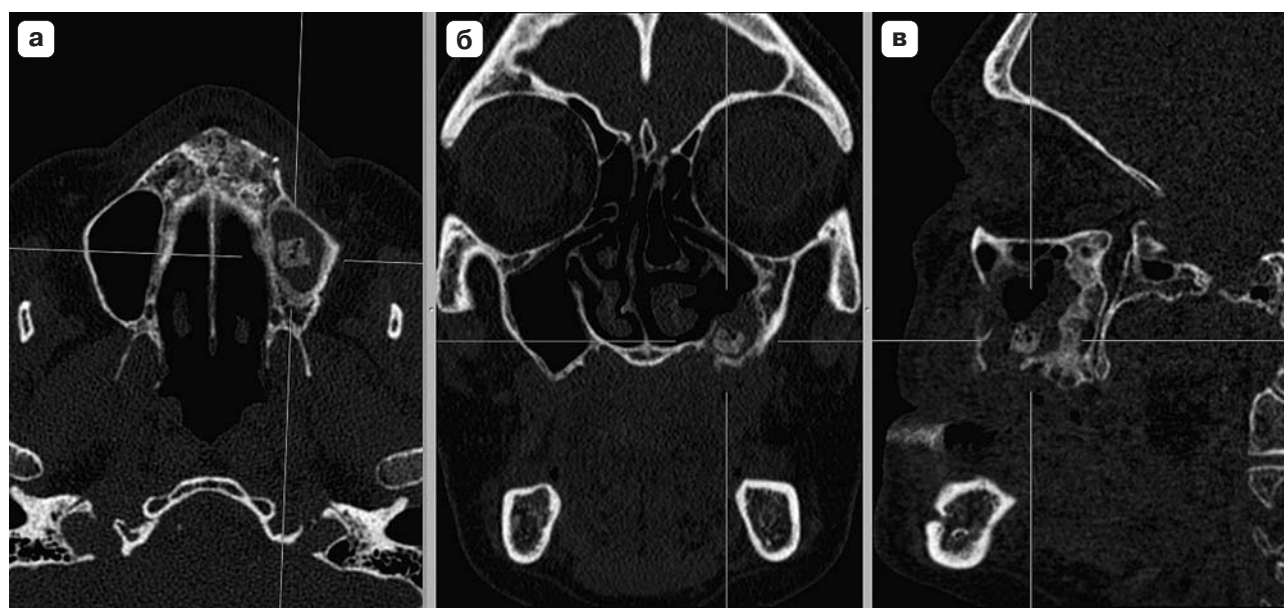


Рис. 8. Инородное тело (блок остеозамещающего материала) в полости левой верхнечелюстной пазухи. Сочетание хронического верхнечелюстного синусита, искривления носовой перегородки и гипертрофии нижних носовых раковин. МСКТ-изображения в аксиальной (а), MPR в коронарной (б) и кососагиттальной (в) плоскостях.

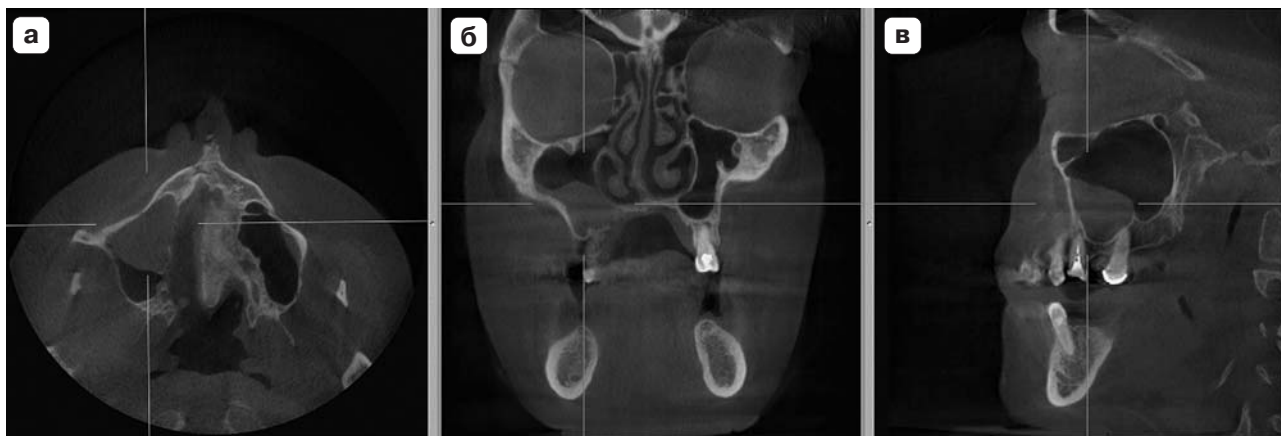


Рис. 9. Сочетание хронического верхнечелюстного ограниченного синусита справа, искривления носовой перегородки, незначительной гипертрофии носовых раковин. МСКТ-изображения в аксиальной (а), МРР в коронарной (б) и кососагиттальной (в) плоскостях.

умеренно выраженными (2 балла) – у 25 (23%), минимальными – у 4 (4%).

Кроме того, у 20 (18%) пациентов выявили гипертрофию носовых раковин: умеренно выраженную – у 10, значительную – у 8 (рис. 9).

Также воспалительные изменения слизистой оболочки (утолщение, отек, инфильтрация) обнаружены у половины обследованных (52 человека): умеренно выраженные – у 27 и максимально выраженные – у 20. Другие патологические признаки (посттравматические изменения, наличие полипов и т.д.) выявлены в единичных случаях. Следует

отметить, что среди 89 обследованных больных с изменениями в полости носа в подавляющем большинстве случаев (77 (71%) больных) изменения были односторонними и соответствовали стороне одонтогенного поражения верхнечелюстных пазух.

Таким образом, имеющиеся патологические поражения в носовой полости изменяли состояние и объем просвета общих носовых ходов, следовательно, уменьшали аэрацию слизистых оболочек, а также способствовали фиксации и затруднению оттока слизи и экссудата из различных отделов полости носа и ее придаточных пазух, тем самым поддерживая и усугубляя воспаление. Это подтверждается также тем, что при одностороннем поражении патологические признаки в полости носа и в области верхнечелюстных пазух локализовались с одной стороны.

Аналогична и направленность патологических изменений, выявленных в области клиновидных пазух (19 (17,6%) пациентов), а также в области клеток решетчатого лабиринта (65 (60,2%) пациентов). При этом наиболее выраженными признаки патологии были у 30 (28%) пациентов, а у 27 (25%) пациентов – выраженными умеренно. В области клиновидных пазух патологические симптомы также в большинстве случаев были максимальными и оценены в 3 балла (рис. 10).

Как отмечалось выше, поражения придаточных пазух и полости носа в большинстве случаев были сочетанными. Патологические изменения, локализующиеся в пределах одной верхнечелюстной пазухи, выявлены только у 9 (8%) пациентов. При этом у 7 (5%) пациентов наблюдалось сочетание нескольких признаков в пределах одной пазухи. Как правило, это были сочетания пролиферативных



Рис. 10. Сочетание изменений в полости носа (искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин) и придаточных пазух носа (тотальное заполнение просвета мягкотканым компонентом левой верхнечелюстной пазухи, пристеночное утолщение слизистой оболочки правой гайморовой и клиновидной пазух). МСКТ-изображение. Базовое изображение в аксиальной плоскости.

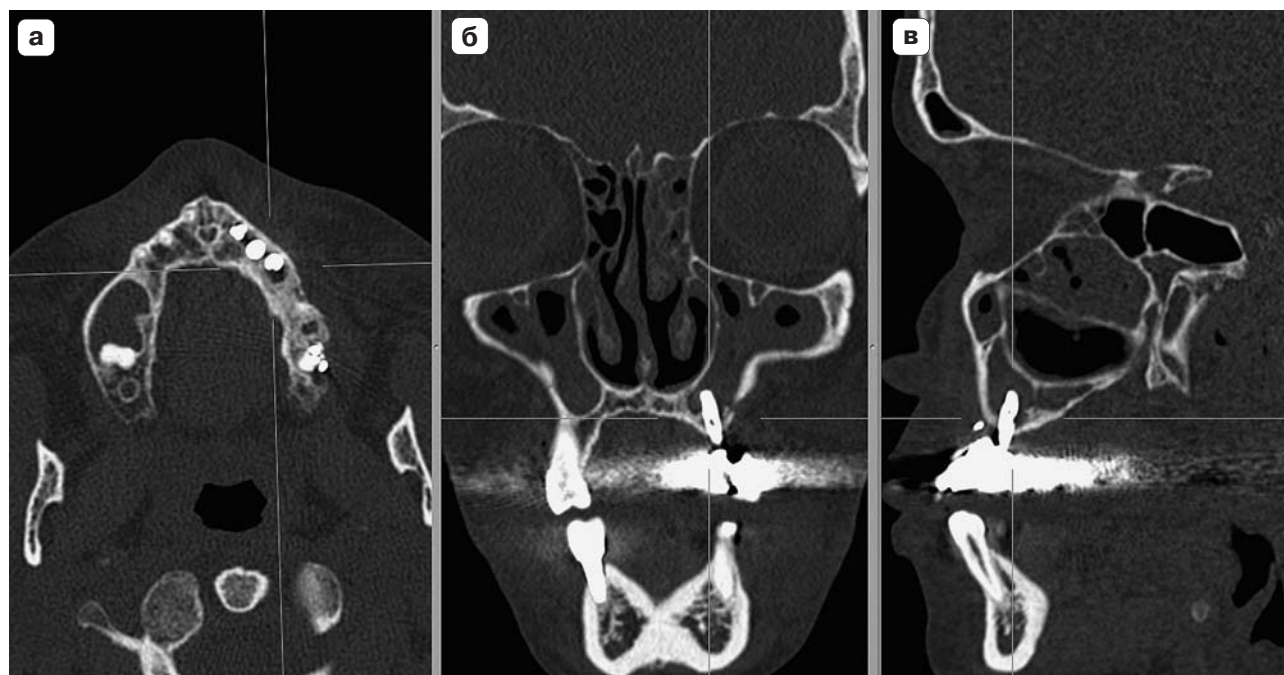
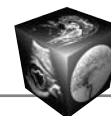


Рис. 11. Сочетание хронического двустороннего верхнечелюстного синусита с наличием инородного тела (дентального имплантата) в полости левой верхнечелюстной пазухи, этмоидита, незначительного искривления носовой перегородки. МСКТ-изображения в аксиальной (а), МРР в коронарной (б) и кососагиттальной (в) плоскостях.

и экссудативных проявлений, характеризующих наличие хронического воспалительного процесса.

Так, у пациентов было выявлено множественное поражение, характеризующееся как множественностью патологических признаков, так и сочетанностью анатомических зон поражения (рис. 11).

При этом сочетание двух патологических признаков, локализующихся в любой области, выявлено у 40 (37%) человек, трех – у 44 (41%), четырех и более признаков – у 15 (14%). По характеру поражения – это, как правило, сочетания признаков, характеризующие воспалительный процесс: гипертрофия слизистой оболочки и наличие полипов, сочетающиеся с экссудативными явлениями. Нередко при этом отмечали врожденные или приобретенные деформации и аномалии строения: гипертрофию носовых раковин, искривление носовой перегородки, наличие дополнительных костных перегородок и т.д. Следует подчеркнуть, что подобное сочетание патологических признаков отмечено в различных зонах полости носа и ее придаточных пазух. Наиболее часто встречающимся было сочетание признаков, характеризующих наличие хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе с гипертрофией носовых раковин и искривлением носовой перегородки. Нередко при этом выявляли воспалительные явления в полости носа: полипы в просвете носовых ходов; воспалительные изменения слизистой оболочки

(утолщение, отек, инфильтрация). Как правило, воспалительные явления локализовались или были наиболее выраженными в области естественного соустья верхнечелюстной пазухи с полостью носа в среднем носовом ходе. Поражения верхнечелюстных пазух и полости носа зачастую сочетались с поражениями в области других придаточных пазух носа. Варианты таких сочетаний представлены на рис. 12.

Как видно на рис. 12, в большинстве случаев изменения в верхнечелюстной пазухе сочетались с изменениями в полости носа. В 69% случаев (75 больных) эти изменения также сочетались с выраженными в большей или меньшей степени изменениями со стороны клеток решетчатого лабиринта. Клиновидные пазухи поражались реже, хотя при наличии такого поражения степень выраженности патологических изменений оценивалась в 2 или 3 балла. На рис. 12 приведены варианты сочетаний поражения зон полости носа и ее придаточных пазух любой степени выраженности, на рис. 13 – варианты сочетаний зон поражения, имеющих наибольшую степень выраженности патологических признаков, оцененных в 3 балла.

При рассмотрении особенностей локализации наиболее выраженных патологических изменений также определяются наиболее частые сочетания поражения верхнечелюстных пазух и полости носа (рис. 14, 15).

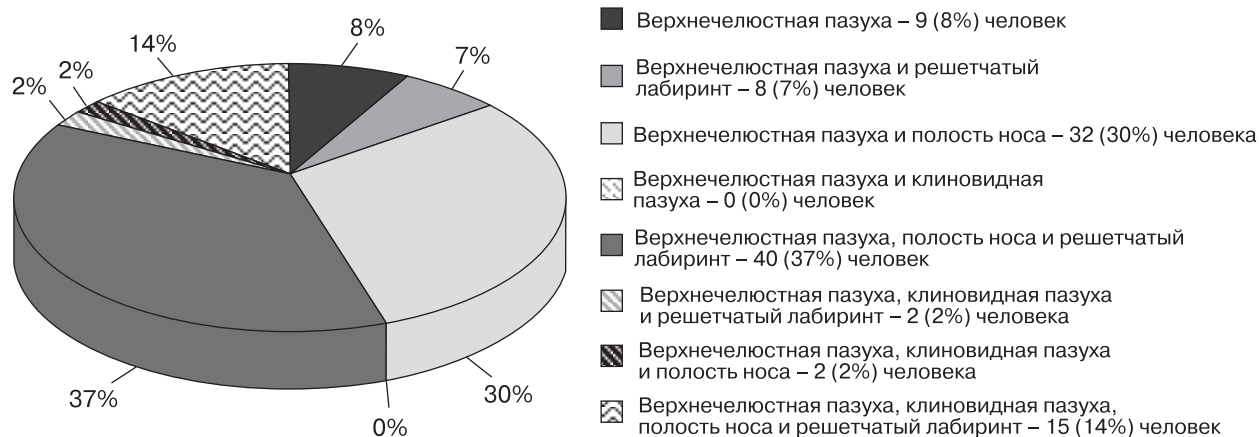


Рис. 12. Варианты сочетаний поражений отдельных зон полости носа и ее придаточных пазух.

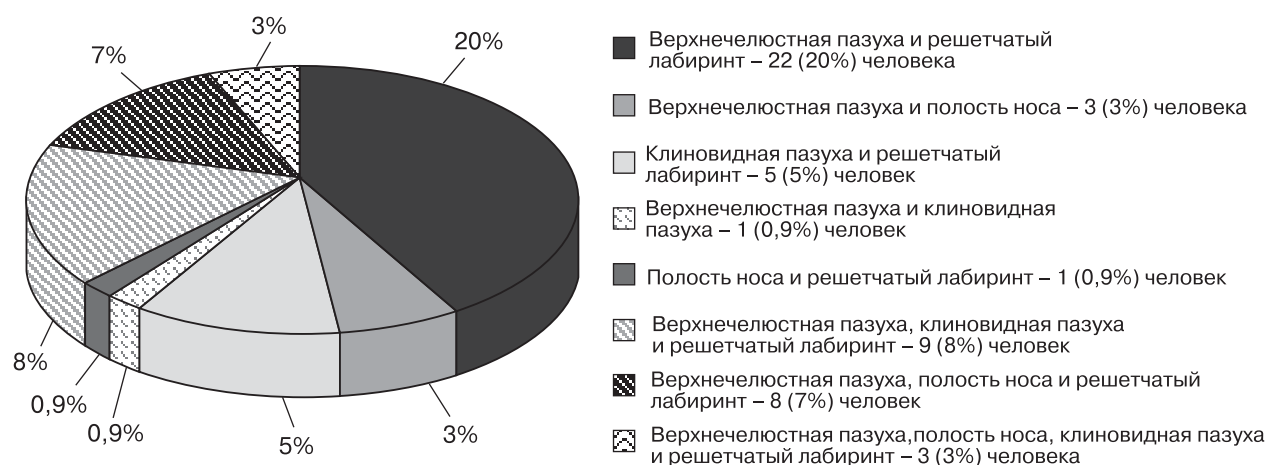


Рис. 13. Варианты сочетаний поражений отдельных зон полости носа и ее придаточных пазух с максимальной выраженностью патологических изменений.

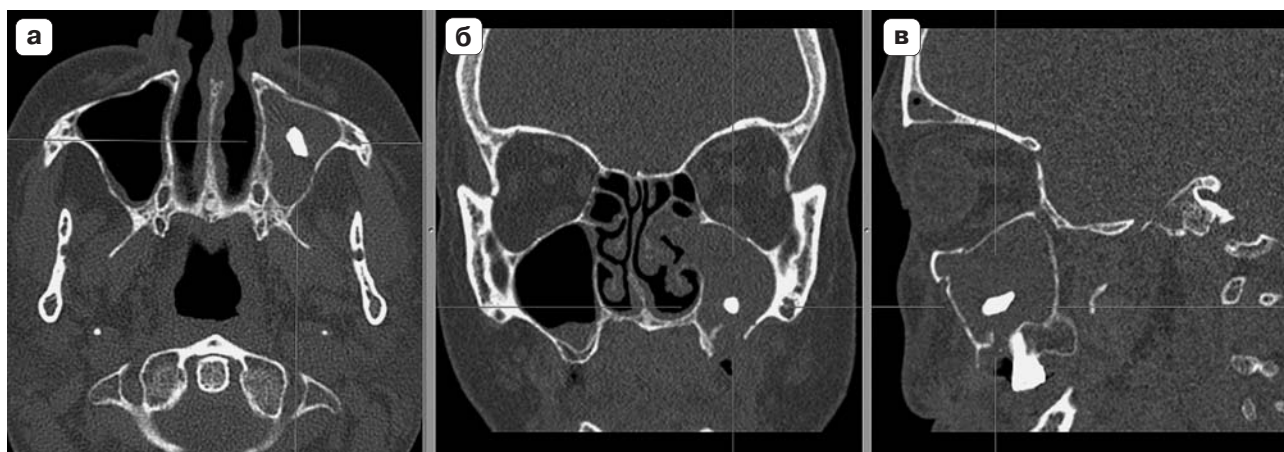


Рис. 14. Инородное тело (корень зуба) в полости левой верхнечелюстной пазухи. Сочетание хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита, искривления носовой перегородки, пролиферативных изменений в области левого носового хода. МСКТ-изображения в аксиальной (а), МРР в коронарной (б) и кососагитальной (в) плоскостях.

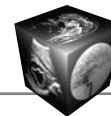


Рис. 15. Субтотальное заполнение мягкотканым и жидкостным содержимым с пузырьками газа левой верхнечелюстной пазухи, утолщение слизистой оболочки клеток решетчатого лабиринта. Дефект нижней стенки левой гайморовой пазухи со склерозированными контурами. Искривление и деформация перегородки носа. МСКТ-изображение, MPR в коронарной плоскости.

Обращают на себя внимание довольно частые поражения решетчатого лабиринта, что необходимо учитывать при составлении плана лечения.

Таким образом, проведение КТ-исследования в комплексе обследования больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом в различные периоды развития заболевания позволяет получить достоверную объективную развернутую информацию о состоянии не только верхнечелюстных пазух, но и полости носа, и других придаточных пазух носа. Врачи-специалисты в области хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, как правило, не обладают достаточной квалификацией и опытом в области оториноларингологии. Именно поэтому ценность КТ-исследования заключается также и в том, что с его помощью возможно оптимально решить вопрос о необходимости и целесообразности привлечения ЛОР-специалиста для участия в лечении каждого конкретного больного. Консультации оториноларинголога и его участие в лечении больных с хроническими формами одонтогенного верхнечелюстного синусита необходимы в тех случаях, когда выявляется множественный характер поражения. Как правило, поражение, локализуемое в области верхнечелюстных пазух, сочетается с патологическими изменениями в полости носа и в клетках решетчатого лабиринта, что требует комплексной и полноцен-

ной санации всех отделов полости носа и ее придаточных пазух.

В рамках проведенной работы пациенты были обследованы по факту выявления у них воспаления в области верхнечелюстных пазух, поэтому в ряде случаев затруднительно судить о том, возникли ли изменения в носовой полости, решетчатом лабиринте и клиновидных пазухах только после развития воспаления в верхнечелюстной пазухе, возникли ли эти изменения одновременно или сформировались ранее. Безусловно, исключение составляют врожденные деформации и анатомические особенности строения. Однако, очевидно наличие так называемого синдрома взаимного отягощения и взаимной обусловленности. Наличие одних патологических изменений влияет (обуславливает, отягощает, способствует, поддерживает, является фоном и т.д.) на возникновение и проявление других. Так, например, наличие и характер патологических изменений в полости носа были таковыми, что приводили к уменьшению суммарного просвета общего носового хода со стороны поражения. Наличие же воспаления способствовало угнетению функции мерцательного эпителия. Все это в конечном итоге приводило к ухудшению аэрации и дренажной функции, что в свою очередь усугубляло воспалительные реакции.

О взаимосвязи и взаимообусловленности имеющихся патологических проявлений свидетельствует также тот факт, что все симптомы локализовались с одной и той же стороны. Двусторонние и коллатеральные поражения наблюдались крайне редко. Имеется также некоторая взаимосвязь между степенью выраженности сочетающихся патологических проявлений. Даже незначительным изменениям в области верхнечелюстной пазухи зачастую соответствуют выраженные анатомические или воспалительные изменения в полости носа и других придаточных пазух. Чем более выражены изменения в последних, тем быстрее и активнее развивается поражение в верхнечелюстных пазухах. Чем более длительно существует заболевание, тем больше выявляется клинко-рентгенологических патологических признаков, локализирующихся в различных областях.

Обсуждение

Исследования, посвященные изучению частоты и характера сочетанных патологических изменений полости носа и ее придаточных пазух, немногочисленны и выполнены в основном в рамках оториноларингологии. Рядом авторов достоверно установлено, что наличие сочетанных патологических изменений вызывает обструкцию верхних дыхательных путей и как следствие нарушение



дренажной функции верхнечелюстных пазух. Это существенно утяжеляет клиническое течение хронических риногенных синуситов и влияет на исход лечения данного заболевания.

Так, Е.И. Каманин и соавт. [8] выделили 5 факторов, способствующих развитию риносинусита. Среди них немаловажное значение придается анатомическим особенностям: искривлению носовой перегородки, а также таким патологическим изменениям, как аденоиды, полипы, инородные тела и опухоли. Л.А. Васина и В.В. Евсеева [9] подчеркивают необходимость сократить сроки лечения риносинусита путем своевременного лечения: септопластики, коррекции носовых раковин.

Имеются единичные научные исследования, посвященные рассмотрению данной проблемы при диагностике и лечении хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Тем не менее достоверно установлено, что наличие обструктивных явлений в полости носа и ее придаточных пазухах не только влияет на течение и исходы, а также качество лечения заболевания, но и является одним из патогенетических факторов одонтогенного верхнечелюстного синусита. Так, А.А. Харламовым и соавт. [10] достоверно доказано, что наличие изменений анатомических структур полости носа является причиной нарушения самоочищения верхнечелюстного синуса и это, в частности, приводит к развитию воспалительных осложнений в пазухе после операций синуслифтинга.

Т.Г. Нестеренко [11] обратила внимание на то, что в клинической практике "...встречаются больные, течение патологического процесса у которых не укладывается в привычную клиническую картину как одонтогенных, так и риногенных синуситов. Клинические проявления у этих пациентов отличались более тяжелым течением". По мнению автора, среди одонтогенных синуситов необходимо выделить формы заболевания с нарушениями структур полости носа, которые характеризуются иным, более тяжелым клиническим течением с риском развития серьезных осложнений. Такие пациенты нуждаются в особом планировании лечебных мероприятий.

В нашем исследовании подтверждена и дополнена данная концепция. Очевидно, что высокий процент различных осложнений, возникающих на этапах лечения одонтогенного синусита, о которых сообщают авторы в доступной литературе, отчасти обусловлен тем, что челюстно-лицевые хирурги зачастую не учитывают наличие обструктивных изменений в полости носа. Настоящим исследованием подтверждено, что наличие подобных врожденных или приобретенных изменений встречается в подавляющем большинстве случаев. Это дик-

тует необходимость частичного или полного восстановления проходимости верхних дыхательных путей и естественного антрохоанального соустья различными способами. Считаем необходимым более широкое привлечение к консультированию и лечению таких больных специалистов-оториноларингологов.

Выводы

1. Выявленные в 92% случаев при хронических верхнечелюстных синуситах сопутствующие изменения в полости носа и ее придаточных пазухах способствуют прогрессированию воспалительного процесса за счет угнетения мукоцилиарного транспорта, снижения аэрации и нарушения дренажной функции верхнечелюстных пазух.

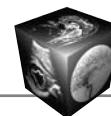
2. В большинстве случаев патологические изменения в области верхнечелюстных пазух, выраженные умеренно (56%) или незначительно (31%), характеризовались гипертрофией слизистой оболочки с полипозными и кистовидными элементами, а также экссудативными явлениями.

3. Патологические изменения в полости носа характеризовались вторичным сужением просвета носовых ходов, что способствовало ухудшению аэрации и вызывало нарушение оттока и дренажной функции из верхнечелюстной пазухи. Патологические изменения в полости носа, решетчатом лабиринте и клиновидных пазухах локализовались с одной и той же стороны в 83% случаев, что подтверждает их этиопатогенетическую взаимосвязь.

4. Одностороннее одонтогенное поражение верхнечелюстных пазух диагностировано в 72% случаев. При двустороннем поражении кроме того выявлены сочетанные риногенные или двусторонние одонтогенные хронические инфекционные очаги.

Список литературы

1. Бойко Н.В. Диагностика и лечение одонтогенного синусита. Российская ринология. 2009; 3: 6–10.
2. Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Талалайко Ю.В. и др. Острый синусит: состояние проблемы на начало XXI века. Доктор.Ру. 2011; 6: 7–12.
3. Prasad G.S., Varshney S., Bist S.S. Correlation study between nasal septal deviation and rhinosinusitis. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 65 (4): 363–366.
4. Arias-Irminia O., Barona-Dorado C., Santos-Marino J.A. Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. 2010; 15 (1): 70–73.
5. Харламов А.А., Панин А.М., Васильев А.Ю. и др. Оценка информативности методики цифровой объемной томографии для диагностики состояния верхнечелюстных синусов. Эндодонтия today. 2011; 1: 19–23.
6. Байдик О.Д., Сысолятин П.Г., Логинов С.В. Морфофункциональные изменения слизистой оболочки



- верхнечелюстной пазухи при одонтогенном грибковом синусите. Стоматология. 2011; 5: 14–16.
7. Kasapoglu F., Onart S., Basut O. Preoperative evaluation of chronic rhinosinusitis patients by conventional radiographies, computed tomography and nasal endoscopy. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2009; 19 (4): 184–191.
 8. Каманин Е.И., Козлов Р.С., Веселов А.В. Острый бактериальный риносинусит. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2008; 10: 44–48.
 9. Васина Л.А., Евсеева В.В. Состояние мукоцилиарного транспорта у больных с искривлением перегородки носа и хроническим гипертрофическим ринитом. *Российская ринология.* 2009; 4: 13–17.
 10. Харламов А.А., Вишняков В.В., Панин А.М. Роль патологии внутриносовых структур в развитии осложнений операции синуслифтинг. *Российская ринология.* 2010; 4: 25–28.
 11. Нестеренко Т.Г. Оптимизация хирургического лечения одонтогенной формы хронического синусита с нарушением структур полости носа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2009. 22 с.
 4. Arias-Irminia O., Barona-Dorado C., Santos-Marino J.A. Meta-analysis of the etiology of odontogenic maxillary sinusitis. *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal.* 2010; 15 (1): 70–73.
 5. Harlamov A.A., Panin A.M., Vasil'ev A.Yu., et al. Estimation of informativity of digital volume tomography method for diagnosing the state of the maxillary sinuses. *Endodontiya today.* 2011; 1: 19–23. (In Russian)
 6. Baydik O.D., Sysolyatin P.G., Loginov S.V. Morphological and functional changes in the mucous membrane of the maxillary sinus with odontogenic fungal sinusitis. *Stomatologiya.* 2011; 5: 14–16. (In Russian)
 7. Kasapoglu F., Onart S., Basut O. Preoperative evaluation of chronic rhinosinusitis patients by conventional radiographies, computed tomography and nasal endoscopy. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2009; 19 (4): 184–191.
 8. Kamanin E.I., Kozlov R.S., Veselov A.V. Acute bacterial rhinosinusitis. *Klin. mikrobiol. antmikrob. himioter.* 2008; 10: 44–48. (In Russian)
 9. Vasina L.A., Evseeva V.V. The state of mucociliary transport in patients with deviated septum of the nose and chronic hypertrophic rhinitis. *Rossiyskaya rinologiya.* 2009; 4: 13–17. (In Russian)
 10. Harlamov A.A., Vishnyakov V.V., Panin A.M. The role of pathology intranasal structures in the development of complications of surgery sinus lift. *Rossiyskaya rinologiya.* 2010; 4: 25–28. (In Russian)
 11. Nesterenko T.G. Optimization of surgical treatment of odontogenic forms of chronic sinusitis with violation of the structures of the nose: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk., Novosibirsk, 2009. 22 p. (In Russian)
- ## References
1. Boyko N.V. Diagnosis and treatment of odontogenic sinusitis. *Rossiyskaya rinologiya.* 2009; 3: 6–10. (In Russian)
 2. Turovskiy A.B., Kolbanova I.G., Talalaiko Yu.V. et al. Acute sinusitis: the state of the issue of the early 21st century. *Doktor.Ru.* 2011; 6: 7–12. (In Russian)
 3. Prasad G.S., Varshney S., Bist S.S. Correlation study between nasal septal deviation and rhinosinusitis. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2013; 65 (4): 363–366.