

В.В. Дворянчиков, Г.А. Гребнев,
В.С. Исаченко, А.В. Шафигуллин

Одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Одонтогенный верхнечелюстной синусит – проблема, находящаяся на стыке двух специальностей: оториноларингологии и стоматологии. По данным отечественных и зарубежных авторов, в структуре стоматологических заболеваний одонтогенный верхнечелюстной синусит составляет 6–24%. По мнению врачей-оториноларингологов, среди всех видов синуситов около 40% составляет одонтогенный верхнечелюстной синусит. В настоящее время отмечается постепенное увеличение количества одонтогенных верхнечелюстных синуситов. Это связано с улучшением диагностики данной патологии. Применение денальной компьютерной томографии, как правило, позволяет достоверно установить причину одонтогенного верхнечелюстного синусита. Неудовлетворительные результаты лечения некоторых стоматологических заболеваний, рост количества одонтогенных верхнечелюстных синуситов определяет актуальность исследования. Рассмотрена проблема одонтогенного верхнечелюстного синусита, приведены современные взгляды на этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение по данным отечественных и зарубежных авторов, а также некоторые вопросы взаимосвязи патологии внутриносовых структур и течения одонтогенного верхнечелюстного синусита, принципы междисциплинарного подхода в лечении одонтогенного верхнечелюстного синусита. Поиск новых методик лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита продиктован некоторыми отличиями клинических проявлений одонтогенных синуситов от риногенных. Подход, основанный на совместном первичном осмотре и лечении пациентов с подозрением на одонтогенный верхнечелюстной синусит оториноларингологом и челюстно-лицевым хирургом, а также разработка дальнейшей тактики ведения данной категории пациентов, является, на наш взгляд, перспективным. Применение современной методики функциональной эндоскопической хирургии является эффективным средством профилактики и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, так как является малоинвазивной методикой, которая позволяет создавать условия для дальнейшего рационального протезирования полости рта.

Ключевые слова: хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, пломбировочный материал, инородное тело, периапикальный очаг, хронический гранулематозный периодонтит, перфорация нижней стенки верхнечелюстной пазухи, ороантральное сообщение, «причинный» зуб, одонтогенная киста, внутриносовая патология.

Введение. Проблема одонтогенного верхнечелюстного синусита (ОВС) все чаще поднимается в медицинском научном сообществе. Она требует междисциплинарного подхода для оказания квалифицированной медицинской помощи, тесного сотрудничества оториноларинголога, стоматолога, челюстно-лицевого хирурга. Основной задачей хирургического вмешательства при комплексном лечении данного заболевания является ликвидация воспалительного очага в пазухе, устранение одонтогенного очага и формирование условий для восстановления альвеолярной кости с целью последующей денальной имплантации, рационального ортопедического лечения и последующей реабилитации.

В структуре воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух ОВС составляет 13–64% от всех форм верхнечелюстных синуситов. Диагностика ОВС ежегодно увеличивается [6].

Как правило, ОВС начинается с пристеночного утолщения слизистой оболочки в результате резорбции кости нижней стенки верхнечелюстной пазухи

и перехода воспаления из периапикального очага на слизистую оболочку пазухи [17]. Около 30% ОВС остается нераспознанными. По-видимому, это может быть связано с удалением причины, которая вызвала воспаление в пазухе. Не следует забывать, что гаймориту риногенной природы может сопутствовать одонтогенная инфекция в полости рта, которая будет ухудшать течение гайморита [18].

Учитывая высокую частоту развития ОВС, отсутствие тактики лечения данной категории пациентов и согласованности действий отоларинголога и стоматолога, проблема лечения такой формы синусита остается актуальной.

Цель исследования. Обосновать необходимость участия оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга в профилактике, диагностике и лечении ОВС.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили отечественные и зарубежные материалы оториноларингологической, стоматологической и хирургической направленности.

Результаты и их обсуждение. Рассматривая ОВС с анатомической точки зрения, необходимо помнить, что размеры и объем верхнечелюстной пазухи достаточно вариабельны и коррелируют с размерами черепа. Немаловажным является тип строения верхнечелюстной пазухи и форма черепа. Существует три типа строения верхнечелюстной пазухи: пневматический, склеротический, комбинированный. Так, по данным М.Е. Поповой и др. [15], у людей, имеющих долихоцефалический тип строения черепа, высок риск возникновения перфоративного ОВС. Однако у лиц, не имеющих патологии периапикальных тканей, между верхушками корней больших коренных зубов и нижней стенкой верхнечелюстной пазухи в норме всегда находится костная ткань.

Течение одонтогенного и риногенного гайморита различно. Пломбировочный материал, имплантат, корень зуба, попавший в пазуху, является субстратом для колонизации бактериями. У пломбировочного материала в пазухе обсемененность выше, чем у имплантата и корня зуба [3].

Диагностика ОВС ежегодно увеличивается. В последнее время отмечается рост ОВС. В большинстве случаев этиологическим признаком в развитии одонтогенного синусита придает неклостридиальная анаэробная инфекция, частота выделений которой составляет от 14 до 57%. При одонтогенном процессе степень угнетения цилиарной активности мерцательного эпителия выше. Это обусловлено воздействием неклостридиальной анаэробной флоры на мерцательный эпителий [9].

Для ОВС характерно наличие дефекта костной ткани в области удаленного зуба на верхней челюсти в результате резорбции нижней стенки пазухи, образование ороантрального сообщения, одонтогенная киста, прорастающая в верхнечелюстную пазуху, инородное тела в верхнечелюстной пазухе (корень зуба, имплантат, пломбировочный материал). Все это приводит к инфицированию верхнечелюстной пазухи. Однако для одонтогенного синусита характерно одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи, и все вышеуказанные симптомы клинически будут с правой или левой стороны.

А.К. Иорданишвили [6] указывает на наличие первично-хронического ОВС, развившегося вследствие того, что пациенты долгое время не обращаются к врачу, что приводит к различным изменениям слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, которые характерны для риногенных форм синуситов.

По клиническому течению следует различать следующие стадии ОВС: острые, хронические, обострившиеся хронические. По форме существуют серозные и деструктивные ОВС. Серозную форму ОВС лечат обычно консервативным способом, используя традиционные методики лечения острых верхнечелюстных синуситов, а также озонированный раствор для промывания верхнечелюстных пазух [4].

Практически любой острый бактериальный синусит дебютирует вирусной инвазией слизистой оболочки.

Это же характерно для обострения хронического ОВС – пациенты отмечают появление симптомов синусита после перенесенного острого респираторного заболевания. Их также беспокоит «причинный зуб» [14].

Распространённость одонтогенного верхнечелюстного синусита, по данным зарубежных авторов [31], составляет 25–40%. Однако для ОВС характерно не только поражение верхнечелюстной пазухи, но и распространение воспалительного процесса на другие околоносовые пазухи, что характерно для риносинуситов. Исследования, посвященные изучению частоты и характера сочетанных патологических изменений полости носа и придаточных пазух, выполнены в основном в рамках оториноларингологии. Наличие сочетанных патологических изменений вызывает обструкцию верхних дыхательных путей и, как следствие, нарушение дренажной функции верхнечелюстных пазух. Это существенно отягощает течение хронических риногенных синуситов и влияет на исход лечения данного заболевания [23].

Непосредственными причинами возникновения хронического ОВС являются хронические воспалительные изменения в периапикальных тканях зубов. К ним относятся одонтогенные кисты, врастающие в полость пазухи и разрушающие нижнюю стенку пазухи, перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зубов, наличие инородных тел (чаще пломбировочного материала, корней и осколков зубов, мигрировавших в полость синуса после эндодонтического лечения). Возникновение ороантрального сообщения при удалении больших коренных зубов приводит к инфицированию слизистой оболочки и развитию воспалительного процесса [10]. Наиболее часто ОВС протекает как одностороннее поражение (моносинусит). Такого мнения придерживаются Ю.М. Харитонов и др. [20].

Применение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) позволяет определить состояние нижней стенки верхнечелюстной пазухи и покрывающую ее слизистую оболочку. Кроме того, способствует выявлению анатомических особенностей, погрешности эндодонтического лечения зубов, определить наличие пломбировочного материала, уточнить локализацию и связь с «причинным» зубом [22].

Немаловажную роль в развитии и рецидиве острого одонтогенного синусита являются местные факторы: искривление перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, парадоксальная изогнутость крючковидного отростка, гипертрофия решетчатого пузырька, различные виды ринитов (аллергический, вазомоторный, медикаментозный, гормональный) [27]. Все это приводит к нарушению аэродинамики в полости носа и околоносовых пазухах, а также к нарушению дренажной функции пазух.

Одной из причин в возникновении одонтогенного синусита является ороантральное сообщение при возникновении перфорации, которое можно классифицировать по времени возникновения сообщения и локализации: случайная или предполагаемая, распоз-

нанная и нераспознанная, осложненная или неосложнённая; перфорация, при которой удален «причинный зуб», не удален или удален частично. Перфорации верхнечелюстных пазух, в том числе постэкстракционные, подразделяют по течению процесса на острые и хронические. Первые обнаруживаются во время удаления зубов или сразу после окончания. Хронические перфорации пазух могут выявляться через несколько дней после экстракции зуба. Различают перфорации точечные, щелевидные, круглые, овальные и неправильной формы. Локализоваться они могут снаружи от альвеолярного отростка, т. е. в преддверии полости рта, на альвеолярном отростке и твердом нёбе. Методики пластики стойкого сформированного свища делятся на 4 типа: вестибулярный лоскут, альвеолярный лоскут, щечный лоскут, комбинированный тип. Данные методики с перемещением и ротацией лоскута применяются при закрытии дефектов более 5 мм в диаметре. Своевременно нераспознанная перфорация нижней стенки верхнечелюстного синуса после удаления зуба приводит к инфицированию слизистой оболочки и ее воспалению, что в конечном итоге по прошествии трех и более месяцев обуславливает метаплазию слизистой оболочки. Таким образом, своевременная диагностика перфорации необходима для предотвращения развития дегенеративных процессов в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи [29]. В срок до трех месяцев в слизистой оболочке преобладают процессы острого воспаления, тогда как через три месяца появляются признаки продуктивного воспаления. Также для ОВС характерен аллергический компонент воспаления слизистой оболочки [30].

Клиническая картина ОВС складывается из оториноларингологических и стоматологических жалоб. Пациенты могут жаловаться на односторонние гнойные выделения из носа или затекание их в глотку; ощущение заложенности носа, головную боль; боль/давление в области лица, иногда – с иррадиацией в зубы/уши; ухудшение обоняния, кашель, повышение температуры тела, чувство заложенности в ушах, неприятный запах изо рта, недомогание [21]. Также пациенты жалуются на попадание воды в пазуху при ее употреблении. Как правило, имеется болезненность при пальпации в проекции верхнечелюстных пазух. Вышеперечисленные признаки имеют разную диагностическую ценность. Ни один из них сам по себе не является верифицирующим и, как правило, диагноз устанавливается клинически. Выделяют следующие признаки: болезненность при пальпации стенок околоносовых пазух, заложенность носа, гнойные выделения из носа, повышение температуры тела, гипосмия. Чаще всего наблюдаются лицевая или локальная головная боль. Для установки диагноза ОВС применяется МСКТ, компьютерная томография, трехмерная ортопантомография. При анализе компьютерных томограмм следует обращать внимание на наличие патологии полости носа: булла средней носовой раковины, клетка Галлера, аномалия строения крючковидного отростка или средней носовой

раковины, размеры решетчатых булл и клеток носового бугорка. В результате нарушения вентиляционной функции двигательная активность мерцательного эпителия околоносовых пазух прекращается. Затем возникает обструкция остиомеатального комплекса, которая отягощает течение ОВС [5]. Компьютерная томография помогает выявить деформации перегородки носа, невидимые при передней риноскопии, такие как гребень или шип в задних отделах перегородки носа, девиация, утолщение или пневматизации ее передневерхних отделов [16]. Трехмерная ортопантомография позволяет выявить пролабирование верхушек корней зубов по отношению к нижней стенке верхнечелюстной пазухи, ее отсутствие, наличие гранулем, кистогранулем в периапикальных тканях. МСКТ с реконструкцией в коронарной и сагитальной плоскостях позволяет своевременно выявлять причину ОВС: радикулярную кисту, ороантральное сообщение, гуттаперчевые штифты [12].

О.Д. Байдик и др. [1] рассматривают ОВС как первично хронический. Воспалительный процесс купируется только после устранения причины, вызвавшей его. Челюстно-лицевые хирурги проводят лечение по поводу одонтогенного синусита по классической методике (Операция по Калдвелл–Люку) [21]. Ими не учитывается патология полости носа, которая при ОВС отягощает течение воспалительного процесса.

Для лечения ОВС применяются различные лекарственные средства. В первую очередь, исходя из этиологии заболевания, обязательным является назначение антибактериальных препаратов (В-лактамы, макролиды, линкозамиды, тетрациклины, фторхинолоны). В качестве дополнительной терапии используются местные или системные деконгестанты, антигистаминные препараты, муколитики, местные кортикостероиды, анальгетики, промывание полости носа солевыми растворами (физиологический или гипертонический) [13]. Варианты оперативного вмешательства по поводу ОВС представляют собой как классические методики лечения (операция по Калдвелл–Люку, по Денкеру), так и современные методики функциональной эндоскопической хирургии, применяемые в оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии [25]. Классическая методика сопряжена с осложнениями: потеря обоняния, лицевая боль, рубцовое перерождение слизистой оболочки верхнечелюстного синуса. Малоинвазивное эндоскопическое вмешательство позволяет проводить коррекцию внутриносовых структур. Полагаем, что подход к лечению данного синусита должен быть комплексным, то есть необходимо не только устранять причину, вызвавшую синусит, но и создавать условия для восстановления дренажной и вентиляционной функции, а также проведения рационального ортопедического лечения в полости рта в последующем. С этой целью в клинической практике применяется методика функциональной эндоскопической хирургии, которая лишена многих недостатков, в отличие от операции Калдвелл–Люка, и позволяет одномоментно

устранить причину ОВС, улучшить дренажную и вентиляционную функцию верхнечелюстных пазух [26]. Современные методики позволяют в 8 раз снизить количество рецидивов верхнечелюстных синуситов, так как являются малоинвазивными, малотравматичными и наиболее физиологичными [19]. В то же время современные методики консервативного лечения зубов с периапикальными изменениями (гранулирующий, гранулематозный периодонтиты) позволяют сохранить «причинный» зуб при возникновении острого ОВС. Для этого требуется тесное взаимодействие оториноларинголога и стоматолога [8]. Наличие инородного тела верхнечелюстной пазухи является показанием для его удаления. Длительно существующий пломбировочный материал в пазухе приводит к образованию мицеломы [7]. Вместе с тем в полости рта могут уже отсутствовать так называемые «причинные зубы», которые привели к образованию мицеломы в пазухе. Проводя радикальную гайморотомию, не учитывается тот факт, что в будущем предстоит проводить рациональное ортопедическое лечение в полости рта. Таким образом, методика функциональной эндоскопической хирургии является оптимальной для удаления инородных тел, сохраняя тем самым стенки верхнечелюстной пазухи [11, 20].

Закрытие ороантральных сообщений необходимо проводить в кратчайшие сроки после их возникновения, а оптимальным вариантом является сочетание удаления «причинного» зуба с одномоментной санацией гайморовой пазухи и пластическим устранением ороантрального сообщения [14].

Зачастую наличие изменений в периапикальных тканях трактуется в пользу одонтогенной природы верхнечелюстного синусита. Однако если высота альвеолярного отростка достаточна и верхушки корней зубов не проецируются в синус, следует говорить о наличии заболевания периапикальных тканей с сопутствующей патологией придаточных пазух. Вовремя выполненная диагностика периапикальных заболеваний и разработка тактики лечения в дальнейшем позволяют предотвратить возникновение ОВС [2].

Современные методики ортопедического лечения, применяемые в стоматологии, позволяют эффективно восстанавливать жевательную функцию. Однако многими стоматологами на различных этапах лечения не учитывается патология придаточных пазух и полости носа, в том числе одонтогенного генеза, что требует привлекать к работе оториноларинголога [24].

Заключение. ОВС является актуальной проблемой оториноларингологии, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Большинство авторов в России и за рубежом указывают на необходимость междисциплинарного подхода в лечении ОВС. Актуальность обусловлена тем, что нарушение протоколов лечения хронических периапикальных заболеваний зубов верхней челюсти, а также наличие предрасположенности к развитию ОВС, вероятно, приведут к его возникновению. Такие больные требуют участия

в их лечении оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга. Разработка тактики лечения пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами на современном этапе развития необходима и актуальна.

Литература

1. Байдик, О.Д. Морфологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при одонтогенных перфоративных синуситах / О.Д. Байдик [и др.] // Бюл. Сиб. мед. – 2010. – № 6. – С. 5–11.
2. Буковская, Ю.В. Диагностика одонтогенных форм верхнечелюстного синусита методом спиральной компьютерной томографии с использованием денальной программы / Ю.В. Буковская [и др.] // Вестн. Рентгенолог. и радиолог. – 2011. – № 5. – С. 4–10.
3. Варжапетян, С.Д. Состояние местного биоценоза гайморовых пазух при различных формах хронического одонтогенного (ятрогенного) гайморита / С.Д. Варжапетян [и др.] // Вісник стоматології. – 2013. – № 4. – С. 54–60.
4. Давыдов, Д.В. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: особенности диагностики и лечения / Д.В. Давыдов // Вестн. оториноларингологии. – 2014. – № 1. – С. 4–7.
5. Хомутова, Е.Ю. Современный клинико-рентгенологический подход к диагностике одонтогенных синуситов / Е.Ю. Хомутова // Стоматология. – 2015. – № 5. – С. 25–30.
6. Иорданишвили, А.К. Роль очагов пародонтальной и периапикальной инфекции в возникновении одонтогенного верхнечелюстного синусита у людей различных возрастов / А.К. Иорданишвили // Эндодонтия today. – 2013. – № 3. – С. 30–32.
7. Карпищенко, С.А. Миграция инородных тел в верхнечелюстном синусе / С.А. Карпищенко [и др.] // Росс. оториноларингол. – 2014. – № 3 (23). – С. 54–56.
8. Киселев, А.Б. Одновременное терапевтическое лечение острого одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита и хронического деструктивного периодонтита с сохранением «причинного» зуба / А.Б. Киселев // Росс. оториноларингол. – 2012. – № 3 (24). – С. 54–58.
9. Кондрашев, П.А. Микробиологический спектр возбудителей риногенного и одонтогенного хронического синусита и мукоцилиарная активность эпителия слизистой оболочки полости носа / П.А. Кондрашев // Вестн. оториноларингол. – 2010. – № 4. – С. 45–47.
10. Кошель, И.В. Реакция слизистой оболочки верхнечелюстного синуса на ороантральное сообщение / И.В. Кошель // Научный альманах. – 2012. – № 2–3 (26). – С. 84–88.
11. Лопатин, А.С. Хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита / А.С. Лопатин [и др.] // Росс. стомат. журн. – 2001. – № 3. – С. 25–29.
12. Максюков, С.Ю. Диагностическая значимость компьютерной томографии для выявления одонтогенного верхнечелюстного синусита и эффективности предимплантологической аугментации гребня альвеолярной кости / С.Ю. Максюков [и др.] // Главный врач юга России. – 2016. – (52). – С. 8–11.
13. Никитин, А.А. Этиологические и патогенетические факторы развития одонтогенных верхнечелюстных грибковых синуситов. Новые подходы к профилактике, диагностике и лечению / А.А. Никитин [и др.] // Пародонтология. – 2009. – № 2. – С. 64–72.
14. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология. – 2-е изд. – М. МИА, 2006. – 560 с.
15. Попова, М.Е. Заболеваемость верхнечелюстным синуситом у лиц с различным антропометрическим строением челюстно-лицевой области / М.Е. Попова [и др.] // Вестн. новых мед. технологий. Электронное издание. – 2013. № 1. – С. 234.
16. Серова, Н.С. Лучевая диагностика одонтогенного верхнечелюстного синусита / Н.С. Серова [и др.] // Вестн. оториноларингол. – 2017. – № 2. С. 46–50.

17. Сипкин, А.М. Верхнечелюстной синусит: современный взгляд на диагностику, лечение и реабилитацию / А.М. Сипкин [и др.] // Альманах клин. мед. – 2013. – № 28. – С. 82–87.
18. Ситников, В.П. Оториноларингологические и стоматологические проблемы одонтогенных синуситов / В.П. Ситников [и др.] // Институт стоматологии. – 2009. – № 4 (25). – С. 58–59.
19. Сысолятин, П.Г. Эндоскопическая челюстно-лицевая хирургия сегодня и завтра / П.Г. Сысолятин [и др.] // Бюл ВСНЦ СО РАН. – 2012. – № 4 (86). – С. 99–100.
20. Харитонов, Ю.М. Эволюция методов диагностики одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита / Ю.М. Харитонов [и др.] // Росс. стомат. журн. – 2013. – № 4. – С. 53–56.
21. Худайбергенов, Г.Г. Современный подход к диагностике и лечению больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Г. Худайбергенов. – М.: Первый ММУ, 2010. – 24 с.
22. Царев, В.Н. Диагностика и лечение пациентов с одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом / В.Н. Царев [и др.] // Росс. стомат. журн. – 2013. – № 2. – С. 32.
23. Шулаков, В.В. Роль патологических изменений полости носа и ее придаточных пазух при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах / В.В. Шулаков [и др.] // Мед. визуализация. – 2014. – № 3. – С. 93–103.
24. Шустова, И.В. Комплексный подход к проблеме одонтогенных синуситов / И.В. Шустова // Росс. оториноларингол. – 2013. – № 1 (62). – С. 230–234.
25. Ялымова, Д. Хирургическое лечение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита / Д. Ялымова [и др.] // Врач – 2014. – № 11. – С. 51–53.
26. Яременко, А.И. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы (обзор литературы) / А.И. Яременко [и др.] // Междунар. журн. прикл. и фундамент. Исследований. – 2015. – № 10–5. – С. 834–836.
27. Brook, I. Sinusitis of odontogenic origin / I. Brook // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2006. – Vol. 135, № 3. – P. 349–355.
28. Brook, I. Medical management of acute bacterial sinusitis / I. Brook [et al.] // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 2000. – Vol. 109, Suppl. – P. 1–20.
29. Kevin, L. Wang. Odontogenic sinusitis: a case series studying diagnosis and management / L. Kevin [et al.] // International Forum of Allergy and Rhinology. – 2015. Vol. 5, № 7. – P. 597–601.
30. Mehra, P. Maxillary sinusitis of odontogenic origin / P. Mehra [et al.] // Current Allergy and Asthma Reports. – 2009. – Vol. 9, № 3. – P. 238–243.
31. Taschieri, S. Pathophysiology of sinusitis of odontogenic origin / S. Taschieri [et al.] // J. Investig. Clin. Dent. – 2017. – Vol. 8, № 1. – P. 1–7.

V.V. Dvoryanchikov, G.A. Grebnev, V.S. Isachenko, A.V. Shafigullin

Odontogenic maxillary sinusitis: current state of the problem

Abstract. *Odontogenic maxillary sinusitis is a problem that is at the junction of two specialties: otorhinolaryngology and dentistry. According to domestic and foreign authors in the structure of dental diseases, odontogenic maxillary sinusitis is 6–24%. According to doctors-otorhinolaryngologists among all types of sinusitis about 40% is odontogenic maxillary sinusitis. Currently, there is a gradual increase in the number of odontogenic maxillary sinusitis. This is due to the improved diagnosis of this pathology. The use of dental computed tomography usually allows establishing reliably the cause of odontogenic maxillary sinusitis. Unsatisfactory results of treatment of some dental diseases, the increase in the number of odontogenic maxillary sinusitis determines the relevance of the study. The problem of odontogenic maxillary sinusitis is considered, modern views on the aetiology, pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment according to domestic and foreign authors, as well as some issues of the relationship of pathology of intraosseous structures and the course of odontogenic maxillary sinusitis, the principles of an interdisciplinary approach in the treatment of odontogenic maxillary sinusitis are presented. The search for new methods of treatment of odontogenic maxillary sinusitis is dictated by some differences in clinical manifestations of odontogenic sinusitis from rhinogenic. The approach based on the joint primary examination and treatment of patients with suspected odontogenic maxillary sinusitis by an otorhinolaryngologist and maxillofacial surgeon, as well as the development of further tactics for the management of this category of patients, is, in our opinion, promising. The use of modern methods of functional endoscopic surgery is an effective means of prevention and treatment of odontogenic maxillary sinusitis, as it is a minimally invasive technique that allows you to create conditions for further rational prosthetics of the oral cavity.*

Key words: *chronic odontogenic maxillary sinusitis, filling material, foreign body, periapical focus, chronic granulomatous periodontitis, perforation of the lower wall of the maxillary sinus, «causal» tooth, odontogenic cyst, intra-nasal pathology.*

Контактный телефон: 8-911-283-35-36; email: vmeda-nio@mil.ru