

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

CLINICAL CASE OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

Храппо Н.С.
Миронова Е.Ю.
Котяков А.А.
Соловьева Л.В.

Hrappo NS
Mironova EYu
Kotyakov AA
Solovjeva LV

ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Samara State
Medical University

Цель статьи — показать клиническое наблюдение развития одонтогенного верхнечелюстного синусита при попадании в пазуху корня зуба.

Материалы и методы. Проведена оценка результатов исследования — видеоэндоскопии полости носа, КТ околоносовых пазух. Получены данные об инородном теле, вызвавшем не только воспалительный процесс с последующим развитием мицетомы, но и деструкцию медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, нижней носовой раковины. Обсужден доступ к верхнечелюстной пазухе, выполнено хирургическое вмешательство.

Выводы. Корень зуба удалось извлечь через образовавшийся дефект медиальной стенки верхнечелюстной пазухи, сообщающийся с нижним носовым ходом.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, инородное тело.

Aim — to show the clinical observation of the development of odontogenic maxillary sinusitis in case of entering the sinus of the root of the tooth.

Materials and methods. The results of the study — video endoscopy of the nasal cavity and CT of the paranasal sinuses — were evaluated. The obtained data pointed to the foreign body that caused not only an inflammatory process with subsequent development of the mycetoma, but also destruction of the medial wall of the maxillary sinus, the inferior nasal concha. Access to the maxillary sinus was discussed, and surgical intervention was performed.

Conclusions. The root of the tooth was extracted through the developed defect of the medial wall of the maxillary sinus communicating with the lower nasal passage.

Keywords: odontogenic maxillary sinusitis, foreign body.

■ ВВЕДЕНИЕ

Патология верхнечелюстной пазухи в последнее время рассматривается врачами трех специальностей — оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Частота встречаемости одонтогенного верхнечелюстного синусита варьирует от 2% до 24% среди всех синуситов. Число таких больных увеличивается, что, вероятно, связано с улучшением диагностики и более внимательным отношением к своему здоровью населения в целом. Основную часть болеющих составляют люди трудоспособного возраста [1].

Одонтогенный верхнечелюстной синусит возникает вследствие инфицирования пазухи со стороны больных зубов или после врачебных манипуляций в области альвеолярных отростков верхней челюсти. Затяжному

течению процесса способствует блокада соустья верхнечелюстной пазухи из-за воспалительного отека слизистой оболочки пазухи и полости носа [2, 3].

Одной из частых причин развития одонтогенного верхнечелюстного синусита является нахождение в пазухе инородного тела (пломбировочного материала, реже — фрагмента зуба), проникающего в просвет пазухи в результате проведения стоматологических лечебных или хирургических манипуляций. В литературе описаны случаи попадания инородного тела при травмах (после огнестрельного ранения), при попытке очищения зубов (спички) [4, 5]. В связи с неярко выраженными проявлениями воспалительного процесса варианты течения заболевания становятся все более разнообразными и неоднородными.

■ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Рассмотрим клинический случай одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Больной Л., 30 лет, находился на лечении в отделении оториноларингологии Клиник Самарского государственного медицинского университета с 30.10.2017 г. по 03.11.2017 г., куда поступил с жалобами на неприятный запах из носа, заложенность носа, выделения желто-зеленого цвета, периодическую головную боль без определенной локализации. В анамнезе указания на экстирпацию 26 зуба два года назад. Послеоперационный и последующий периоды протекали без особенностей. За 4—5 месяцев до обращения стал отмечать появление неприятного запаха из носа. В поликлинике, куда обратился пациент, выполнена компьютерная томография околоносовых пазух, на которой определяется снижение пневматизации левой верхнечелюстной пазухи, наличие в ней инородного тела, прилегающего к медиальной стенке, признаки истончения стенки пазухи под нижней носовой раковиной, искривление перегородки носа в костно-хрящевом отделе вправо (**рисунки 1, 2**).

При эндоскопии полости носа — слизистая оболочка полости носа ярко-розовая, умеренно отечная, в общем носовом ходе слева слизистое отделяемое, нижняя носовая раковина левой половины носа атрофичная, в средне-верхней части на расстоянии 1,5 см от ее переднего конца имеется дефект, в нижнем носовом ходе определяется слизисто-гнойное отделяемое.

Под эндотрахеальным наркозом и контролем эндоскопов 0°, 45°, 70° выполнена медиализация нижней носовой раковины слева. При осмотре выявлен дефект костной стенки верхнечелюстной пазухи, расположенный на расстоянии 1,5 см от переднего конца нижней носовой раковины диаметром 7—8 мм. Через образованное отверстие пазуха осмотрена. Обнаружено слизисто-гнойное отделяемое в количестве до 2 мл, скопление грибковых масс, слизистая оболочка в области альвеолярной бухты полипнозно изменена, инородное тело располагалось в просвете дефекта на поверхности полипнозно измененной слизистой оболочки.

При помощи щипцов Блексли инородное тело, полипозная ткань удалены. Инородное тело представляет собой корень зуба размером 1,5 см * 0,5 см (**рисунок 3**).

Пазуха промыта теплым 0,9% раствором натрия хлорида, при осмотре области естественного соустья визуализировалась слизистая оболочка без реактивных изменений и проходимость естественного соустья сохранена. Нижняя носовая раковина возвращена в обратное положение, в левую половину носа введена гемостатическая губка.

При осмотре через 14 дней пациент отмечает легкую заложенность носа. При видеоэндоскопии носа — слизистая оболочка слева розового цвета, умеренно отечная, в нижнем носовом ходе слева имеется слизистое отделяемое, небольшое количество корок, верхнечелюстная пазуха свободная, патологического отделяемого нет.

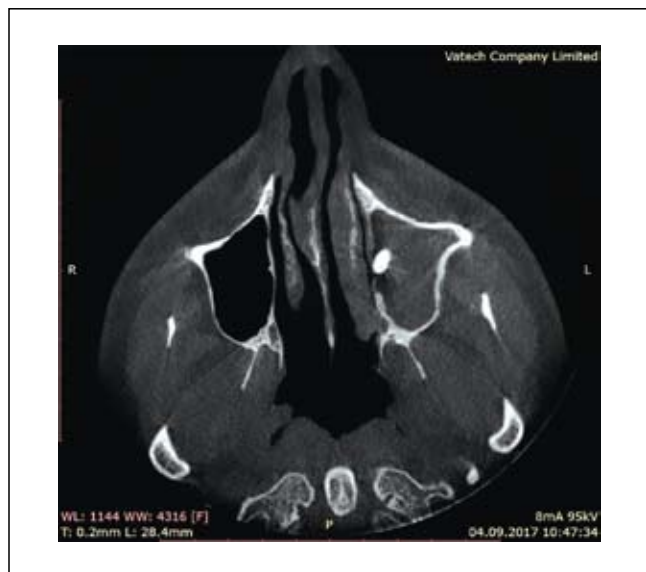


Рисунок 1. Компьютерная томография околоносовых пазух в аксиальной проекции.



Рисунок 2. Компьютерная томография околоносовых пазух в коронарной проекции.



Рисунок 3. Инородное тело (корень зуба) верхнечелюстной пазухи.

■ ВЫВОДЫ

Особенностью описанного клинического наблюдения является большое инородное тело верхнечелюстной пазухи, длительное нахождение которого привело к деструкции медиальной стенки верхнечелюстной пазухи и нижней носовой раковины. ■

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Щербаков Д.А., Володеев А.В., Лукманов В.И., Красножен В.Н., Гайдей А.И. Стоматогенный верхнечелюстной синусит. Практическое руководство для врачей. Тюмень, 2016. [Shcherbakov DA, Volodeev AV, Lukmanov VI, Krasnozhen VN, Gaidei AI. Stomatogennyi verkhnechelyustnoi sinusit. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei. Tyumen', 2016. (In Russ.)].
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. 3-е издание. М.; 2017. [Piskunov GZ, Piskunov SZ. Klinicheskaya rinologiya. 3-e izdanie. M.; 2017].
3. Анготоева И.Б., Давыдов Д.В. Состояние остеомаеального комплекса у пациентов с одонтогенным гайморитом. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2015;21(2): 14—15. [Angotoyeva IB, Davydov DV. Condition of the osteomeatal complex

- in patients with odontogenic maxillary sinusitis. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2015; 21(2):14—15. (In Russ.)].
4. Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. Руководство. Оториноларингология. Том 1. – СПб.; 2009. [Babiyak VI, Govorun MI, Nakatis YaA. Rukovodstvo. Otorinolaringologiya. Tom 1. – SPb.; 2009. (In Russ.)].
 5. Яровая Л.А., Глыбина Н.А., Веселова Ю.В., Пронина Н.А. Одонтогенный гайморит как результат хронического леченного и нелеченного периодонтита. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2015;21(2):159—161. [Yarovaya LA, Glybina NA, Veselova UV, Pronina NA. Odontogenic sinusitis as a result of chronic treated and untreated periodontitis. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2015;21(2): 159—161 (In Russ.)].

Участие авторов

Концепция исследования: Храппо Н.С., Миронова Е.Ю., Соловьева Л.В., Котяков А.А.

Написание статьи: Соловьева Л.В., Миронова Е.Ю., Котяков А.А.

Редактирование: Храппо Н.С., Соловьева Л.В.

Конфликт интересов отсутствует.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Храппо Н.С. — д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии имени академика И.Б.Солдатова СамГМУ.
E-mail: s-amor@inbox.ru

Миронова Е.Ю. — к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии им. ак. И.Б. Солдатова СамГМУ.
E-mail: vostok777elena@yandex.ru

Котяков А.А. — врач отделения оториноларингологии Клиник СамГМУ.
E-mail: surgeon33@yandex.ru

Соловьева Л.В. — ассистент кафедры оториноларингологии им. ак. И.Б. Солдатова СамГМУ.
E-mail: s-amor@inbox.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Hrappo NS — PhD, professor of the Department of Otorhinolaryngology named after Academician I.B. Soldatov, Samara State Medical University.
E-mail: s-amor@inbox.ru

Mironova EYu — PhD, assistant of the Department of Otorhinolaryngology n.a. Academician I.B. Soldatov, Samara State Medical University.
E-mail: vostok777elena@yandex.ru

Kotyakov AA — doctor of the Department of Otorhinolaryngology of the Clinics of Samara State Medical University.
E-mail: surgeon33@yandex.ru

Solovjeva LV — assistant of the Department of Otorhinolaryngology n.a. Academician I.B. Soldatov, Samara State Medical University.
E-mail: s-amor@inbox.ru

Контактная информация

Соловьева Любовь Вадимовна
Адрес: ул. Осипенко, 2а, кв. 25,
г. Самара, Россия, 443110.
E-mail: s-amor@inbox.ru
Тел.: +7 (905) 303 62 64.

Contact information

Solovjeva Lyubov Vadimovna
Address: 2a Osipenko str., ap. 25,
Samara, Russia, 443110.
E-mail: s-amor@inbox.ru
Phone: +7 (905) 303 62 64.