

Всероссийский форум с международным участием «Междисциплинарный подход к лечению заболеваний органов дыхания и уха»



Федеральное медико-биологическое агентство России, Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, МЗРФ
17–18.12.2015

Фрагменты докладов «Верхнечелюстная пазуха — слуга двух господ». Взгляд лор-врача — профессора Рязанцева С. В. (СПб/, НИИ ЛОР). Взгляд стоматолога — к.м.н. Егоровой О. А. (ЧЛХ СПб ГБУЗ, Городская больница №15; кафедра стоматологии общей практики ГБОУ ВПО Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова)

I. Лор-врач:

1. Лечение синуситов занимаются сразу две специальности: оториноларингология и стоматология. Два основных патологических процесса в развитии ринита и синусита:

- нарушение оттока из пазух, вызванное воспалением и отеком слизистой оболочки полости носа;
- нарушение дренажа из-за скопления густого вязкого секрета;

2. Микрофлора риносинуситов и одонтогенных синуситов отличается друг от друга.

3. Каждый восьмой человек в России хотя бы раз болел острым бактериальным риносинуситом.

4. Синусит занимает пятое место среди заболеваний по потребности в назначении антибиотиков. Но главным критерием при выборе антибиотика является чувствительность основных возбудителей.

5. Хронический синусит является самым частым хроническим заболеванием.

6. Чтобы снизить количество неблагоприятных исходов и осложнений и добиться быстрого выздоровления, важно дифференцировать причину заболевания — вирусная инфекция или бактериальная.

7. Роль микрофлоры в развитии риносинуситов. В этиологии острых и хронических риносинуситов имеет значение микрофлора, находящаяся в полости носа и околоносовых пазухах. В посевах содержимого синусов при ХГРС, как правило, высевается полифлора. К ней можно отнести кокки (стрептококк, стафилококк, пневмококк), грамотрицательные и грамположительные палочки, вирусы, грибы, а также анаэробная флора. В развитии гнойного риносинусита и хронизации заболевания большое значение придается обсемененности слизистых оболочек носа и околоносовых пазух возбудителями ассоциированных вирусно-бактериальных инфекций. В запуске

и развитии риносинуситов доказана роль аденовирусов, риновирусов и других вирусов. В качестве этиологического фактора заболевания выступают также хламидии (*C.pneumoniae* и *C.trachomatis*). Микрофлора в очаге воспаления (слизистая оболочка носа и воспаленных синусов) больных, страдающих гнойным риносинуситом с затяжным (более 3 недель) и хроническим течением (более 2 месяцев) заболевания, чаще всего представлена условнопатогенными и сапрофитирующими *Гр (+)* и *Гр (-)* бактериями и дрожжеподобными грибами.

II. Врач-стоматолог:

1. Одонтогенный синусит составляет 26–40% среди воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи.

2. Риногенный синусит приводит к обострению периапикальных очагов хронической инфекции и вторичному инфицированию слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

3. В 62% наблюдений у больных с риногенным синуситом выявляются очаги хронической одонтогенной инфекции.

4. Микрофлора при одонтогенном синусите:

- β -гемолитический стрептококк;
- пневмококк;
- золотистый стафилококк;
- неспорообразующие анаэробы.

5. Синуситы могут вызываться:

5.1. Внедрением инородных тел:

- корень зуба;
- дентальный имплантат;
- пломбировочный материал;
- эндодонтический инструмент;
- корни, осколки зубов;
- слепочный материал и др.

5.2. Перфорацией дна верхнечелюстной пазухи после удаления зубов.

5.3. Хроническими очагами воспаления (гранулемами, кистами).

6. Основные показания к антибактериальной терапии при одонтогенных воспалительных заболеваниях:

• Профилактика воспалительных осложнений при операции, связанных с риском инфицирования раны (цистэктомии, резекции верхушки корня, имплантации и др.); периоперационная профилактика.

• Профилактика эндокардита у пациентов группы риска (при эндодонтическом лечении по поводу пульпита, периодонтита и др. инвазивных вмешательств).

• Профилактика развития и распространения инфекции при проведении инвазивных стоматологических вмешательств у иммунокомпрометированных пациентов.

• Риск распространения локальной формы инфекции на окружающие ткани (острый гнойный периодонтит, периодонтит, поднадкостничный абсцесс и др.).

• Риск перехода серозного воспалительного процесса в гнойный (острый лимфаденит и др.).

• Обострение хронического генерализованного пародонтита и других заболеваний челюстно-лицевой области.

• Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей ЧЛО (лимфаденит, флегмона и др.).

• Воспалительный процесс костной ткани (остеомиелит).

• Травмы челюстей.