

Верхнечелюстной синусит: стык двух специальностей. Современные представления о диагностике и тактике лечения

Фрагменты выступления к.м.н., челюстно-лицевого хирурга
и хирурга-пародонтолога центра «Диал-Дент»

Якименко Ирины Игоревны.

Семинар «Современные методы лор-диагностики
и лечения для междисциплинарных стоматологов.

Продвинутый уровень»



Верхнечелюстной синусит. Стоматологические проблемы

Верхнечелюстной синусит (гайморит, ВЧС) – это заболевание, обусловленное воспалительным процессом в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. Воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса в структуре специализированных стоматологических стационаров составляют 5-12% больных.

Несвоевременная диагностика острых синуситов, поздняя обращаемость больных, дифференциально-диагностические ошибки в распознавании риногенных и одонтогенных форм, несвоевременная санация корневых каналов зубов, неправильная тактика хирурга-стоматолога при перфорациях дна пазухи приводят к хронизации заболевания, что нередко сопровождается различными местными и общими осложнениями. По данным литературы, лишь у 40-60% больных одонтогенными ВЧС наступает выздоровление.

Проблема одонтогенных заболеваний ВЧС имеет длительную историю, диагностика и лечение постоянно совершенствуются. Но несмотря на многообразие программных методик, результаты лечения нельзя считать удовлетворительными. При использовании традиционных методов преимущественно хирургического лечения, различного рода осложнения (свищи, нарушение обоняния, парестезии, невриты, заложенность носа и рецидивы) наблюдаются в 15-30% случаев.

Околоносовые пазухи играют роль увлажнения, согревания, регуляции скорости воздушного потока, удаления инородных частиц реснитчатым эпителием.

Верхнечелюстная пазуха (sinus maxillaries) расположена в теле верхней челюсти и является самой большой воздухоносной полостью черепа. Она образуется в результате врастания слизистой оболочки среднего носового хода в губчатую костную ткань верхней челюсти. Одновременно с формированием верхнечелюстных пазух (ВЧП) в ткани прорастают иннервирующие их нервные стволы, закладывается и развивается сеть артериальных, венозных и лимфатических сосудов, образуется сложный слизисто-железистый и ретикулярный аппарат. По данным Лихачева А. Г. (1962), объем пазухи у взрослого человека составляет от 3 до 30 куб. см, в среднем – 10-12 куб. см.

Иннервация ВЧП осуществляется сложной системой нервных окончаний, представленных чувствительными симпатическими и парасимпатическими нервами. Чувствительная иннервация ВЧП осуществ-

ляется второй ветвью (nervus maxillaries – верхнечелюстной нерв) тройничного нерва (V пара черепных нервов).

Кровоснабжение ВЧП происходит из ветвей верхнечелюстной артерии (a.maxillaris). Имеется большое количество анастомозов (кровоотечения при и после операций на ВЧП). Вены ВЧП также связаны с венами крыловидного сплетения, кровь из которого вливается в кавернозный синус и вены твердой мозговой оболочки. Все это играет исключительную роль в возникновении и реализации воспалительных процессов в этой области, в развитии внутриглазных и внутричерепных осложнений при особо вирулентных и хронических инфекциях ВЧП.

Лимфатические сосуды ВЧП, наряду с венами, играют важную физиологическую роль в процессах трофики, метаболизма, иммунной защиты тех анатомических областей, коллекторами которых они являются. Общность иннервации, артериальных, венозных и лимфатических сосудов ВЧП и альвеолярного отростка верхней челюсти и находящимися в ней лунками четырех задних верхних зубов способствует переходу воспаления из одонтогенных очагов на слизистую оболочку ВЧП.

ВЧП выстланы слизистой оболочкой, покрытой многослойным призматическим мерцательным эпителием, состоящим из реснитчатых, вставочных и бокаловидных клеток. Движение ресничек осуществляется благодаря содержащемуся в них миозиноподобному белку.

Мутации, вызывающие изменения в структуре белков ресничек, воспалительные заболевания, различные неблагоприятные факторы (аэрозоли, токсины, концентрированные растворы антибиотиков, изменения pH в кислую сторону, снижение температуры вдыхаемого воздуха, а также наличие контакта между противолежащими поверхностями мерцательного эпителия) приводят к нарушению их функции, что вызывает нарушения дренажной способности ВЧП и ее многочисленные заболевания.

Все пазухи дренируются через его очень узкие щели. При уплотнении слизистой оболочки или при любой врожденной аномалии очень велика вероятность возникновения заложенности, застоя и попадания возвратной инфекции в ВЧП. Функциональная эндоскопическая хирургия ВЧП основывается на концепции необходимости дренирования всего комплекса, чтобы восстановить нормальную дренажную функцию пазух.

Воспалительные заболевания верхнечелюстного синуса

Воспалительные заболевания околоносовых пазух (синуситы) относятся к числу наиболее частых заболеваний верхних дыхательных путей.

Классификация синуситов:

- по происхождению: одонтогенные и неодонтогенные;
- по течению: острые, хронические, обострение хронических.

Хронические синуситы:

- экссудативные (катаральная, серозная, гнойная) формы;
- продуктивные (пристеночно-гиперпластическая, полипозная) формы.

Различают также холестеатомный, некротический (альтернативный), атрофический и аллергический синуситы.

Распространение воспаления на слизистую оболочку ВЧП в большинстве случаев происходит из полости носа через естественные соустья. При острых инфекционных заболеваниях (тифы, дифтерия, скарлатина, корь) заражение пазух возможно гематогенным путем. Однако тесные топографо-анатомические взаимоотношения ВЧП с зубами верхней челюсти являются причиной развития одонтогенных ВЧС. Это периодонтиты, одонтогенные воспалительные кисты, выведение пломбировочного материала из каналов верхних моляров в синус, выведение из каналов верхних моляров сломавшихся стоматологических (эндодонтических) инструментов, провалившиеся корни зубов, турунды, неадекватное лечение перфораций при удалении зуба.

Переход воспаления из одонтогенных очагов на слизистую оболочку ВЧП может происходить без непосредственного соприкосновения ее слизистой оболочки с очагом путем вовлечения нервных ветвей, по лимфатическим путям, вдоль кровеносных сосудов.

Диагностика и взаимодействие лор-врачей и врачей-стоматологов при одонтогенном верхнечелюстном синусите (ВЧС)

1. Клиническое обследование.

Симптомами одонтогенного ВЧС могут быть:

- головная боль, локализующаяся в области проекций ВЧП. Она может иррадиировать и в глазничную область, и в верхние зубы, то есть болью может охватываться практически половина лица;
- чувство тяжести, заложенность носа, отделяемое из соответствующей половины носа;
- нарушение обоняния.

Однако хронические одонтогенные ВЧС могут протекать и бессимптомно и выявляться только при рентгенологическом исследовании.

2. Хронические одонтогенные ВЧС обычно возникают в результате неоднократно повторяющихся и недостаточно излеченных острых синуситов.

Существенное значение в их развитии имеет сочетание неблагоприятных факторов общего и местного характера, таких как:

- снижение реактивности организма;
- нарушение дренажа и аэрации пазух;
- анатомические отклонения;
- патологические процессы в полости носа;
- заболевания зубов.

3. Очень важна роль лор-врача на этапе диагностики. При соответствующих симптомах пациент вначале может обратиться к лор-врачу, задача которого – не пропустить одонтогенную причину и направить больного к хирургу-стоматологу.

4. Врачи-стоматологи должны осознавать и учитывать, что в лечении воспалительных заболеваний ВЧС необходим комплексный междисциплинарный подход, знание адекватных современных методов и владение современными технологиями.

5. Диагностическая эндоскопия ВЧП. Показаниями для нее служат:

- подозрения на новообразования собственно пазухи, а также окружающих ее структур, таких как верхняя челюсть, глазница и пр., с предположительным распространением на пазуху;

- воспалительные процессы неясного генеза; уточнение объема предстоящего оперативного лечения при перфоративных гайморитах.

6. При наличии одонтогенного ВЧС у пациента может быть полисинусит, что вызывает необходимость совместного лечения у лор-врача и стоматолога.

Лечение неосложненных одонтогенных ВЧС, как правило, консервативное. Оно может проводиться амбулаторно и в стационарных условиях и направлено, в первую очередь, на выявление и устранение причины (лечение или удаление причинного зуба).

Тактика лечения хронических одонтогенных ВЧС определяется клинической формой заболевания. Продуктивные формы хронических одонтогенных ВЧС (полипозные, полипозно-гнойные) лечатся оперативно.

7. При одонтогенных ВЧС, когда приходится удалять «причинные» зубы, возможно нежелательное вскрытие ВЧП. Образовавшийся канал, соединяющий пазуху с полостью рта (ороантральное сообщение), может закрыться самостоятельно, однако лучше сразу провести пластику местными тканями. В противном случае возможно образование свищевого хода, что является показанием к синусотомии. В последнее время для закрытия свежих ороантральных сообщений применяют материалы на основе коллагена или гидроксипатита, что значительно сокращает сроки и повышает эффективность лечения.

8. Основная цель хирургического лечения при хронических одонтогенных ВЧС состоит в удалении пораженных зубов и создании условий для восстановления нормальной функции пораженной ВЧП. Для этого, независимо от варианта оперативного подхода, создается заново или восстанавливается нарушенное соустье пазухи с полостью носа, обеспечивающее ее свободный дренаж и вентиляцию. Таким образом, речь идет о восстановлении нарушенной функции остео-меатального комплекса.

9. Современные представления о функциональной значимости слизистой оболочки (транспортной функции мерцательного эпителия) определяют максимально щадящее отношение к тканям.

Заключение

В лечении пациентов с одонтогенным ВЧС необходимы комплексный междисциплинарный подход, знание современных методов и владение современными технологиями.

Материал подготовила Галина Масис