

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОДОНТОГЕННОГО РИНОСИНУСИТА

Проблеме острых одонтогенных синуситов, находящейся на стыке двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии, посвящено большое количество исследований. Однако лечебно-диагностическая тактика специалистов при указанной форме нозологической патологии не определена. Как правило, речь идет об одонтогенном верхнечелюстном синусите (ОВЧС), заболеваемость которым имеет тенденцию к росту, несмотря на значительный прогресс в развитии стоматологической помощи населению.

Ключевые слова: острый одонтогенный верхнечелюстной синусит, антибиотикотерапия.

K.I. SAPOVA, S.V. RYAZANTSEV, I.I. CHERNUSHEVICH, A.N. NAUMENKO

Saint-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia
APPROACHES TO THE TREATMENT OF ODONTOGENIC RHINOSINUSITIS

A large number of studies is devoted to the problem of acute odontogenic sinusitis at the intersection of two specialties - otorhinolaryngology and dentistry. However, the diagnosis and management of this form of nosological pathology by the specialists is not defined. As a rule, this means odontogenic maxillary sinusitis (OMS), which incidence tends to increase despite the significant progress in the dental care.

Keywords: acute odontogenic maxillary sinusitis, antibiotic therapy.

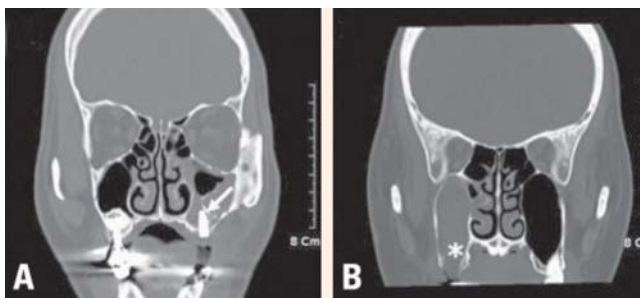
Несвоевременная диагностика ОВЧС оториноларингологом, профессиональная склонность рассматривать синусит как патологический процесс риногенной этиологии приводят к лечебно-тактическим ошибкам и влекут за собой ряд осложнений местного и общего характера [2].

Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит (ООВЧС) – острое воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, вызванное инфекцией (микроорганизмами или продуктами их жизнедеятельности), внедрившейся в мукопериост синуса из полости зуба или периапикальных тканей [10]. В основном ООВЧС заболевают лица трудоспособного возраста (72% больных в возрасте 30–50 лет). Это объясняется возрастной частотой заболеваемости кариесом. Данным заболеванием чаще страдают женщины [12]. Чаще всего причиной ООВЧС является очаг хронической инфекции в области моляров, а основным провоцирующим обострение фактором – их экстракция (рис. 1). В странах Западной Европы и Северной Америки частота ОВЧС составляет около 10–12% всех ВЧС [14].

Важным условием для развития острых одонтогенных синуситов являются анатомические особенности строения верхнечелюстной пазухи: чем больше пневматизирована пазуха, тем ниже опускается ее дно в альвеолярный отросток верхней челюсти и тоньше прослойка костной ткани, отделяющая корни верхних зубов (моляров, премоляров) от полости пазухи. В результате патологических процессов в периапикальных тканях (острые и обострения хронических периодонтитов, нагноение радикулярных кист, воспаление в области ретинированных и дистопированных зубов, заболевания маргинального периодонта) костная пластинка разрушается [5].

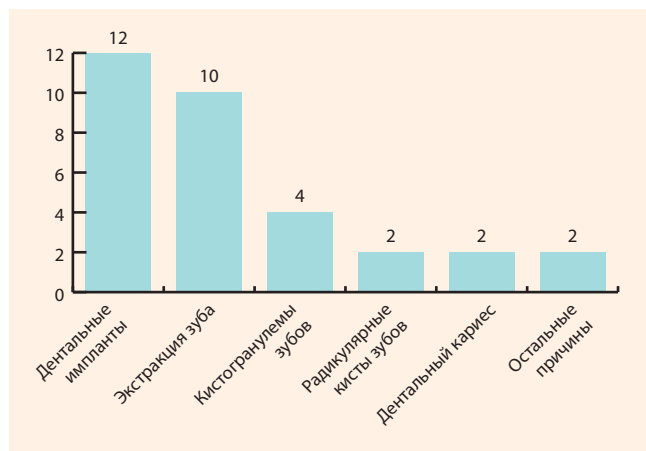
Одонтогенными источниками инфекции могут быть хронические воспалительные очаги зубочелюстной системы, чаще в области больших и малых верхних коренных зубов, прилежающих к нижней стенке пазухи, гранулемы у верхушек корней зубов, субпериостальные абсцессы, пародонтит, а также инородные тела верхнечелюстных пазух: пломбировочный материал, фрагменты стоматологических инструментов, корни зубов после осложненного удаления, турунды [9]. Ведущими инфекционными агентами при остром одонтогенном синусите являются коагулазонегативные стафилококки (36%), золотистый стафилококк (25%), *Streptococcus viridans* (8,3%), *Corynebacterium* (4,6%), анаэробы (6,4%) [4]. Особенностью одонтогенных верхнечелюстных синуситов хронической формы, обусловленных наличием пломбировочного материала в пазухе, является частое присоеди-

Рисунок 1. Острый верхнечелюстной синусит



А. Установленный имплант в левой верхнечелюстной пазухе является причиной развития острого катарального верхнечелюстного синусита
В. Экстракция зуба привела к развитию острого одонтогенного гнойного перфоративного верхнечелюстного синусита

Рисунок 2. Распределение пациентов по причинам возникновения острого одонтогенного верхнечелюстного синусита



нение грибковой инфекции. Развитие аспергиллемы диагностировано у 19,72% больных [1].

Одонтогенным верхнечелюстным синуситам свойственна односторонняя изолированная локализация воспалительного процесса, наличие одонтогенного источника инфекции или аутоинфекции полости рта через перфорацию. Характерными симптомами при одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситах являются боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти, прохождение воздуха из полости рта в полость носа и гипертрофия носовых раковин [11]. В ряде случаев перфоративные синуситы протекают бессимптомно, что можно связать с хорошим оттоком секрета из синуса. Свищевой ход, как правило, прикрыт грануляциями, в промывной жидкости отмечается примесь гноя [13]. Местные проявления одонтогенного верхнечелюстного синусита не всегда бывают яркими, особенно при наличии ороантрального соустья. Обнаружить сообщение полости рта с верхнечелюстным синусом нетрудно. У пациента изменяются ощущения в полости рта, могут наблюдаться изменения тембра голоса, ринолалия. При свежей перфорации из лунки при вдохе через нос начинает выделяться пенная кровь, а при выдохе возникает ощущение воздуха во рту. Характерны пробы с надуванием щек: «ротовая» и «носовая» [7, 8]. Из соответствующего носового хода может выделяться кровь или гной, а в дальнейшем при еде пациенты отмечают попадание в нос воды и пищи [6].

На сегодняшний день наиболее информативным методом диагностики патологии в полости ВЧП является компьютерная томография. Особую ценность данный метод представляет в исследовании ятрогенной патологии ООВЧС [3]. В настоящее время рентгенограммы в диагностике патологических процессов отходят на второй план: двухмерные исследования не дают информации о пространственных взаимоотношениях, и диагностические ошибки при их использовании составляют 30%.

Цель исследования: изучение клинической эффективности и безопасности применения цефдиторена у больных с острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

Задачи исследования:

1. Изучение клинической эффективности цефдиторена у пациентов с острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом.
2. Изучение спектра возбудителей, полученных при выделении чистой культуры в процессе проведения бактериологического метода исследования патологического отделяемого из верхнечелюстной пазухи.
3. Исследование безопасности и переносимости цефдиторена у больных с острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 32 пациента (10 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 19 до 76 лет, согласно критериям, которые были установлены протоколом данного исследования (рис. 2). Все больные во время исследования были осмотрены врачом-стоматологом на первичном и заключительном этапах лечения. Во всех случаях диагноз был подтвержден рентгенологически посредством компьютерной томографии и результатами физикального обследования и диагностической пункции верхнечелюстной пазухи. Все пациенты получали цефдиторен 200 мг 2 р/сут на протяжении 7 дней. Динамику клинической эффективности подтверждали пункциями верхнечелюстных пазух. Динамику клинических симптомов (интенсивность головной боли, выделения из носа, затруднение носового дыхания, чувство тяжести/боли в области проекции околоносовых пазух, нарушение обоняния) оценивали на каждом визите пациента. Бактериологическую эффективность оценивали на 3-м визите по результатам микробиологического исследования аспирата, полученного при пункции верхнечелюстной пазухи. Терапия считалась эффективной в случае эрадикации первоначального возбудителя из патологического очага.

Результаты исследования

Все указанные пациенты полностью удовлетворяли критериям включения и исключения и завершили обследование полностью. Средний возраст пациентов составил $44 \pm 4,3$ года. При этом в 11 случаях был диагностирован односторонний гайморит справа, в 17 случаях – слева. У 8 пациентов был диагностирован двусторонний гайморит. Длительность заболевания до обращения к врачу составила в среднем $3 (\pm 1,4)$ дня. Всем указанным пациентам проводилась антибактериальная терапия, по результатам которой была отмечена выраженная позитивная динамика клинической симптоматики (выздоровление), а также эрадикация возбудителя во всех 32 случаях. Анализируя полученные данные, необходимо отметить, что средняя длительность заболевания среди обследованных пациентов составила 7,2 дня.

Результаты микробиологических исследований

По результатам проведенных исследований у больных с острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом наиболее частыми возбудителями явились следующие микроорганизмы: *Streptococcus pneumoniae* в 39,8% случаев,

Haemophilus influenzae в 31,6% случаев. Среди других микроорганизмов выделялись: *Moraxella catarrhalis* (7,6%), *Streptococcus pyogenes* (6,8%), *Staphylococcus aureus* (4,8%), *Staphylococcus spp.* (4,3%), прочие микроорганизмы (5,1%) (рис. 3).

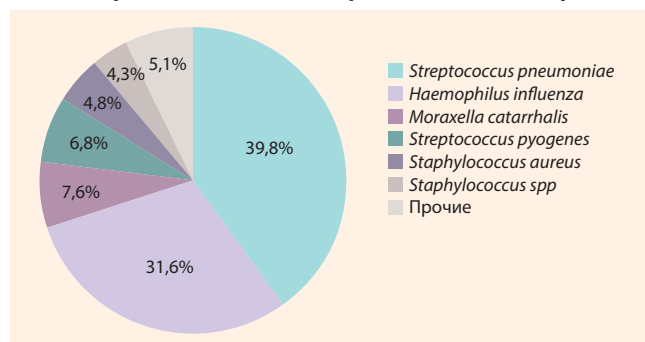
Переносимость

При лечении цефдитореном побочные эффекты были отмечены у 3 пациентов. В 2 случаях пациенты отмечали тошноту и чувство горечи во рту, 2 больных отметили появление диареи. Необходимо отметить, что побочные реакции не имели прямой связи с приемом препарата, являлись легкими, имели транзиторный характер и ни в одном случае не потребовали отмены препарата.

Заключение

Таким образом, антибактериальный препарат цефдиторен является крайне эффективным антибиотиком в терапии острого одонтогенного верхнечелюстного синусита, при этом клиническая и микробиологическая эффективность препарата по окончании терапии составляет 100%. На основании проведенных нами исследований необходимо отметить быструю клиническую динамику основных симптомов заболевания. Среднее значение срока исчез-

Рисунок 3. Соотношение бактериальной флоры у пациентов с острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом



новения основных клинических симптомов заболевания составило 5,2 дня. При этом цефдиторен удобен для приема и хорошо переносится больными. За время исследования эффективности препарата не было отмечено развития побочных реакций, потребовавших отмены препарата. 

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Горбонос И.В., Вартанян М.С. О диагностике одонтогенного верхнечелюстного синусита. *Российская оториноларингология*, 2008, 5: 25-29. /Gorbonosov IV, Vartanyan MS. Diagnosis of odontogenic maxillary sinusitis. *Rossiyskaya Otorinolaringologiya*, 2008, 5: 25-29.
- Давыдов Д.В. и др. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: особенности диагностики и лечения. *Вестник оториноларингологии*, 2014, 1: 4-7. /Davydov DV, et al. Odontogenic maxillary sinusitis: features of diagnosis and treatment. *Vestnik Otorinolaringologii*, 2014, 1: 4-7.
- Иорданишвили А.К., Никитенко В.В., Балин Д.В. Возрастные особенности клинического течения одонтогенного верхнечелюстного синусита. *Стоматология*, 2013, 92(5): 25-28. /Iordanishvili AK, Nikitenko VV, Balin DV. Age peculiarities of the clinical course of odontogenic maxillary sinusitis. *Stomatologia*, 2013, 92 (5): 25-28.
- Кондрашев П.А., Лодочкина О.Е., Опришко О.Н. Микробиологический спектр возбудителей риногенного и одонтогенного хронического синусита и мукоцилиарная активность эпителия слизистой оболочки полости носа. *Вестник оториноларингологии*, 2010, 4: 45-47. /Kondrashev PA, Lodochkina OE, Opryshko ON. Microbiological spectrum of causative agents of rhinogenic and odontogenic chronic sinusitis and mucociliary activity of epithelium of the nasal mucosa. *Vestnik Otorinolaringologii*, 2010, 4: 45-47.
- Нестерова К.И. и др. Перфоративный одонтогенный верхнечелюстной синусит: предпосылки формирования и профилактика с помощью репаративного остеогенеза фактором роста. *Российская оториноларингология*, 2014, 6: 71. /Nesterov KI. Perforative odontogenic maxillary sinusitis: prerequisites for the formation and prevention of reparative osteogenesis using growth-stimulating factor. *Rossiyskaya Otorinolaringologiya*, 2014, 6: 71.
- Пискунов С.З., Лазарев А.И., Быканова Т.Г. Консервативное и хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита. 2004. /Piskunov SZ, Lazarev AI, Bykanova TG. Conservative and surgical treatment of odontogenic maxillary sinusitis. 2004.
- Тимофеев А.А., Весова Е.П., Ушко Н.А. Гивалекс при профилактике послеоперационных осложнений у больных с одонтогенным хроническим гайморитом. *Современная стоматология*, 2014, 2: 68-73. /Timofeev AA, Vesova EP, Ushko NA. Givalex for the prevention of post-operative complications in patients with odontogenic chronic sinusitis. *Sovremennaya Stomatologiya*, 2014, 2: 68-73.
- Ситников В.П. и др. Оториноларингологические и стоматологические проблемы одонтогенных синуситов. *Институт стоматологии*, 2009, 4(45): 58-59. /Sitnikov VP, et al. Otorhinolaryngological and dental problems of odontogenic sinusitis. *Institut Stomatologii*, 2009, 4 (45): 58-59.
- 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. /Kharlamov AA, Panin AM, Vasilyev AYU, et al. Evaluation of informativeness of the digital volumetric tomography technique used to diagnose the state of the maxillary sinuses. *Endodontia Today*, 2011, 1: 19-23.
- Худайбергенов Г.Г., Гунько В.И. Опыт диагностики и лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом. *Стоматология*, 2011, 3: 59-61. /Khudaibergenov GG, Gunko VI. Experience in the diagnosis and treatment of patients with odontogenic maxillary sinusitis. *Stomatologia*, 2011, 3: 59-61.
- Albu S, Baciu M, Opincariu I et al. The canine fossa puncture technique in chronic odontogenic maxillary sinusitis. *Am J Rhinol Allergy*, 2011, 25(5): 358-362.
- Albu S, Gocea A, Necula S. Simultaneous inferior and middle meatus antrostomies in the treatment of the severely diseased maxillary sinus. *Am J Rhinol Allergy*, 2011, 25(2): 80-85.
- Hoskison E, Daniel M, Rowson JE, Jones NS. Evidence of an increase in the incidence of odontogenic sinusitis over the last decade in the UK. *J Laryngol Otol*, 2012, 126(1): 43-46.
- Patel NA, Ferguson BJ. Odontogenic sinusitis: an ancient but under-appreciated cause of maxillary sinusitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2012, 20(1): 24-28.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сапова Ксения Игоревна – младший научный сотрудник отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Рязанцев Сергей Валентинович – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России по научно-координационной работе с регионами, главный оториноларинголог по Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербург, Россия

Чернушевич Игорь Иванович – д.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Науменко Аркадий Николаевич – к.м.н., научный сотрудник ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия