

**ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ**

УДК 616.216.1-002-084:616.314.18-002-08

**Н. Ф. Біла, Є. Д. Бабов, к.мед.н.,  
С. А. Шнайдер, д. мед. н.**

Одеський національний медичний університет  
Державна установа «Інститут стоматології  
Національної академії медичних наук України»

**ЧАСТОТА УСКЛАДНЕНЬ ІЗ БОКУ ВЕРХНЬО-  
ЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ  
ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПЕРІОДОНТИТІ ЗУБІВ  
ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

*Хронічний періодонтит на сьогоднішній день залишається основною причиною видалення зубів, окрім того, хронічний періодонтит зубів верхньої щелепи здатний призвести до розвитку ускладнень у вигляді хронічного одонтогенного гаймориту. Частота захворювань періодонта в даний час не має тенденції до зниження. При лікуванні хронічного періодонтиту спостерігається великий відсоток невдач як у найближчі, так і у віддалені терміни. Потреба у перелікуванні корневих каналів зубів перевищує потребу в їх первинному лікуванні.*

**Ключові слова:** періодонтит, одонтогенний гайморит, комп'ютерна конусно-променева томографія, ендодерметики.

**Н. Ф. Белая, Е. Д. Бабов, С. А. Шнайдер**

Одесский национальный медицинский университет  
Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»

**ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ  
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА  
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ЗУБОВ  
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Хронический периодонтит на сегодняшний день остается основной причиной удаления зубов, кроме того, хронический периодонтит зубов верхней челюсти способен привести к развитию осложнений в виде хронического одонтогенного гайморита. Частота заболеваний периодонта в настоящее время не имеет тенденции к снижению. При лечении хронического периодонтита наблюдается большой процент неудач как в ближайшие, так и в отдаленные сроки. Потребность в перелечивании корневых каналов зубов превышает потребность в их первичном лечении.*

**Ключевые слова:** периодонтит, одонтогенный гайморит, эндодерметики, компьютерная конусно – лучевая томография.

**N. F. Belaya, E. D. Babov, S. A. Schneider**

Odessa National Medical University  
State Establishment “The Institute of Stomatology  
of the National academy of medical science of Ukraine”

**THE FREQUENCY OF CASES  
OF COMPLICATIONS OF MAXILLARY SINUS  
BY THE CHRONIC PERIODONTITIS  
OF THE TEETH OF THE UPPER JAW**

**ABSTRACT**

*Treatment of patients with chronic periodontitis is one of the most difficult and important tasks of modern medicine.*

*Nowadays chronic periodontitis remains the leading cause of tooth extraction, furthermore, chronic periodontitis of the teeth of the upper jaw can lead to the extension of complications such as chronic odontogenic sinusitis.*

*Currently the frequency of periodontal disease has no tendency to decrease. In the treatment of chronic periodontitis there is a large percentage of failures, both in the immediate and distant in time. The need for retreatment of root canals overcomes the need for their initial treatment. Mechanism of odontogenic sinusitis is usually associated with sensitization of the maxillary sinus mucosal microflora odontogenic focus. The appearance of focus of inflammation in the periapical tissues of the upper molars is accompanied by destruction of bone tissue. This causes the thinning of the layer of bone that separates the elite from the roots of teeth maxillary sinus. This fact, together with the anatomical features of the structure (intimate location of the tops of the roots of the teeth and the sinus floor) is the distribution of causes of the inflammation of the mucous membrane of the maxillary sinus. In the structure of sinus mucosa marked hemodynamic disturbances are revealed in the form of sludge erythrocytes and thrombosis, regional standing neutrophilic leukocytes. Infected foreign bodies (filling materials) getting to the sinus cavities cause the development of chronic inflammation with marked proliferation of the mucosa.*

*Difficulties in the diagnosis of maxillary sinusitis are connected with the fact that the process is primary chronic. Therefore, the increased attention of physicians to detect this disease will significantly decrease the severity of complications.*

*The aim of the study is to determine the frequency of complications of chronic periodontitis of the teeth as chronic odontogenic sinusitis.*

**Key words:** periodontitis, filling materials, cone-beam tomography, odontogenic maxillary sinusitis.

**Вступ.** Лікування хворих на хронічний періодонтит є однією з найбільш складних і важливих завдань сучасної стоматології [1,2]. Хронічний періодонтит на сьогоднішній день залишається основною причиною видалення зубів, окрім того, хронічний періодонтит зубів верхньої щелепи здатний призвести до розвитку ускладнень у вигляді хронічного одонтогенного гаймориту.

Частота захворювань періодонта в даний час не має тенденції до зниження [1, 2]. При лікуванні хронічного періодонтиту спостерігається великий відсоток невдач як у найближчі, так і у віддалені терміни. Потреба у перелікуванні корневих каналів зубів перевищує потребу в їх первинному лікуванні. Механізм розвитку одонтогенного гаймориту прийнято пов'язувати із сенсibilізацією слизових оболонок верхньощелепної пазухи мікрофлорою одонтогенного вогнища. Поява вогнищ запалення у періапикальних тканинах верхніх молярів, супроводжується деструкцією кісткової тканини. Це викликає витончення шарів кістки, яка відокремлює верхівки коренів зубів від верхньощелепного синусу. Дана обставина разом із анатомічними особливостями будови (інтимне розташування верхівок коренів зубів і dna синуса) є причинами розповсюдження запалення на слизову оболонку

верхньощелепного синусу. У структурі слизової оболонки синусу виявляються виражені гемодинамічні порушення у вигляді складжа еритроцитів і тромбозу, крайове стояння нейтрофільних лейкоцитів. Потрапляння інфікованих чужорідних тіл (ендогерметик) до порожнини синусу викликає розвиток хронічного запального процесу із вираженою проліферацією її слизової оболонки.

При морфологічному дослідженні біоптатів слизової оболонки верхньощелепного синусу пацієнтів із перебуванням пломбувального матеріалу протягом 1 року, виявлялася дистрофія, гіпертрофія келихоподібних клітин. Виражені ознаки гіперсекреції слизу в келихоподібних екзокриноцитах супроводжувалися розширенням апікальної частини клітини з посиленням накопиченням в ній ШИК-позитивного секрету. Співвідношення війчастих і келихоподібних епітеліоцитів складає 1:4,5 (у нормі - 5:1) [3]. Така трансформація слизової оболонки синусу визначає порушення мукоциліарного кліренсу із виділенням та накопиченням у порожнині надлишкового секрету. Складнощі у діагностиці верхньощелепного синуситу пов'язані із тим, що процес має первинно хронічну течію. Тому, підвищена увага лікарів до цієї патології значно зменшить тяжкість ускладнень.

**Мета.** Метою дослідження є визначення частоти ускладнень хронічного періодонтиту зубів у вигляді хронічного одонтогенного гаймориту.



Мал. 1. Комп'ютерна конусно-променева томографія: хронічний періодонтит 26 та 27 зубів.

Дуже сумнівним залишається ствердження, про те, що при хронічному одонтогенному гаймориті вражається один синус, який може із одонтогенним вогнищем запалення. Варто припускати, що процес по протягу вражає і другий верхньощелепний синус. Це підтверджує повільне зменшення запального процесу у правому синусі після санації одонтогенного вогнища зліва (мал. 4, 5).

**Висновок.** Хронічний періодонтит молярів верхньої щелепи не тільки ставить під сумнів доцільність подальшого існування вражених зубів, але й призводить до розвитку важкого патологічного стану у верхньощелепних синусах, корекція якого може бути важ-

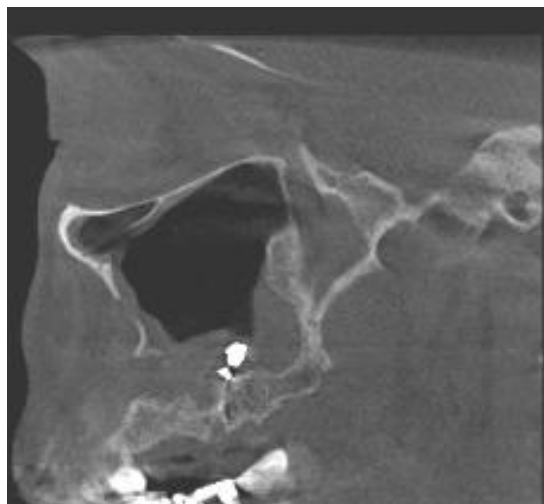
**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на клінічній базі Одеського національного медичного університету. Нами було вивчено дані комп'ютерної конусно – променевої томографії 30 пацієнтів, серед яких 16 жінки та 14 чоловік у віці від 16 до 62 років. Дослідження проводилось на томографі E – WOO model PAX - DUO 3D.

Обговорення результатів. Детальне вивчення даних комп'ютерної конусно - променевої томографії пацієнтів із хронічним періодонтитом молярів верхньої щелепи дозволило виявити у 70 % хворих ускладнення у вигляді хронічного одонтогенного гаймориту. На нашу думку, це пов'язане із малою інформативністю розповсюджених та доступних методів дослідження, які, зважаючи на проєкційне спотворення та сумачію тіней (двувимірність зображення), не дозволяють оцінити реальне розповсюдження патологічного процесу. Найчастіше у арсеналі лікаря – стоматолога наявні внутрішньоротова прицільна рентгенографія та ортопантомографія [4, 5]. У пацієнтки К. на ортопантомографії було виявлено хронічний періодонтит 26 та 27 зубів (мал. 1). Більш детальне обстеження за допомогою комп'ютерної конусно-променевої томографії дозволило виявити, що хронічний періодонтит верхніх молярів, ускладнений хронічним одонтогенним гайморитом (мал. 2). Подальше невдале ендодонтичне лікування призвело до потрапляння ендодонтичного матеріалу у порожнину синусу, обтяження стану та втрати цих зубів (мал. 3).

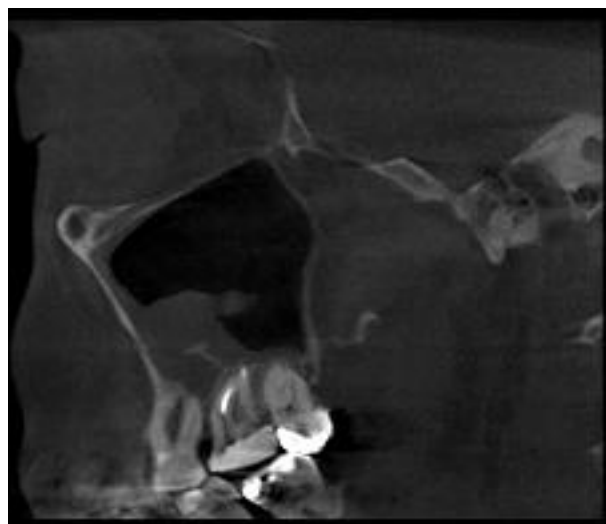
кою та довготривалою. За даними нашого дослідження, хронічний періодонтит молярів верхньої щелепи у 70 % випадків ускладнюється хронічним одонтогенним гайморитом. Ці дані відрізняються від даних літератури, зважаючи на розповсюджене використання малоінформативних методів діагностики, які не дають можливість лікарю-стоматологу оцінити стан верхньощелепних синусів. Враховуючи це, з метою профілактики одонтогенного гаймориту, при виявленні та лікуванні хронічного періодонтиту зубів верхньої щелепи лікар-стоматолог обов'язково повинен припускати наявність ускладнень з боку верхньощелепного синусу та призначати додаткові методи обстеження.



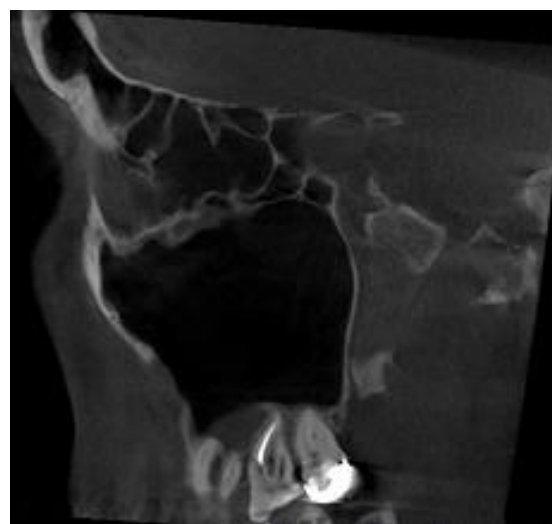
Мал.2 Комп'ютерна конусно-променева томографія: хронічний одонтогенний гайморит зліва.



Мал.3 Комп'ютерна конусно-променева томографія: потрапляння ендогерметика у порожнину верхньощелепного синуса.



Мал. 4 Комп'ютерна конусно-променева томографія: хронічний одонтогенний гайморит.



Мал. 5. Комп'ютерна конусно-променева томографія: зменшення запального процесу у синусі зправа після санації одонтогенного вогнища у суміжному синусі.

### Список літератури

1. Максимовский Ю. М. Терапевтическая стоматология / Максимовский Ю. М. – М.: Медицина, 2002. – 640 с.
2. Петрикас А. Ж. Внутриротовые рентгеновские аппараты вчера и сегодня / А. Ж. Петрикас, А. Н. Малинин // Маэстро стоматологии. – 2002. – №2. – С. 110-115.
3. Байдик О. Д. Структурно-функциональные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при хронических одонтогенных синуситах и их хирургическая коррекция: автореф. дис. на соискание учен. степени док. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / О.Д. Байдик. – Томск, 2013. – 37 с.
4. Малинин А. Н. Рентгенидиагностика в работе стоматолога - терапевта / А. Н. Малинин // Клиническая стоматология. – 2004. – №4. – С. 74-76.
5. Петрикас А. Ж. Внутриротовые рентгеновские аппараты вчера и сегодня / А. Ж. Петрикас, А. Н. Малинин // Маэстро стоматологии. – 2002. – №2. – С. 110-115.

3. **Baydik O. D.** *Strukturno-funkzionalnie izmeneniya slizistoj obolochki verkhnchelustnoj pazuchi pri hronicheskikh odontogennih sinusitah iih hirurgicheskaya korrekziya* [Structural and functional changes in the mucosa of the maxillary sinus in chronic odontogenic sinusitis and their surgical correction]. Abstract of dissertation for doctor of medical sciences. Tomsk, 2013:37.

4. **Malinin A.N.** X-ray diagnostics in the dentist - a therapist. *Klinicheskaya stomatologiya*. 2004; 4:74-76.

5. **Petrikas A. G., Malinin A. N.** Intraoral X-ray machines yesterday and today. *Maestro stomatologii*. 2002; 2:110-115.

Надійшла 23.04.14

### REFERENCES

1. **Maksimovskiy Yu. M.** *Terapevticheskaya stomatologiya* [Preventive dentistry]. Moskva, *Meditsina*, 2002: 640.
2. **Petrikas A. G., Malinin A. N.** Intraoral X-ray machines yesterday and today. *Maestro stomatologii*. 2002; 2: 110-115.

