

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПОДОСТРЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

CLINICAL OBSERVATION AND SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH SUBACUTE MAXILLARY SINUSITIS OF FUNGAL ETIOLOGY

**T. Pelishenko
T. Lazarchik
A. Mityushin**

Summary. The article presents a clinical case of subacute sinusitis that developed in a patient a long period after complex dental treatment, which is not amenable to conservative treatment and required differential diagnosis. The clinical picture starting from the debut of the disease is shown; the stages of complex dental treatment and instrumental methods of investigation are presented, based on which the final diagnosis is made. The results of pathohistological examination are presented.

Keywords: sinusitis, odontogenic maxillary sinusitis, dental implantation, filling material, fungal sinusitis, dental implants.

Пелишенко Татьяна Георгиевна

врач-оториноларинголог, кандидат медицинских наук,
заведующий отделением оториноларингологии
ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ
doctor217@mail.ru

Лазарчик Татьяна Анатольевна

врач-оториноларинголог, кандидат медицинских наук,
ФГБУ «КБ №1» Волынская УДП РФ
zvereva_tanya@list.ru

Митюшин Артём Анатольевич

хирург, имплантолог, аспирант, Московский областной
научно-исследовательский клинический институт
mitushin12345@mail.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай подострого синусита, развившего у пациентки через длительный период после проведенного комплексного стоматологического лечения, не поддающийся консервативному лечению, потребовавший проведения дифференциальной диагностики. Отображена клиническая картина, начиная с дебюта заболевания; представлены этапы проведенного комплексного стоматологического лечения и инструментальных методов исследования, на основании которых поставлен заключительный диагноз. Представлены результаты патогистологического исследования.

Ключевые слова: синусит, одонтогенный верхнечелюстной синусит, дентальная имплантация, пломбировочный материал, грибковый синусит, зубные импланты.

На сегодняшний день отмечается тенденция к увеличению заболеваемости синуситом в мире в течение последнего десятилетия [1, 2]. Из общего числа синуситов различной этиологии частота синуситов одонтогенной природы составляет 26–40 % [3]. Безусловно, ввиду анатомической структуры, топографического расположения и сравнительно большого объема, инородные тела в верхнечелюстной пазухе встречаются чаще, чем в других околоносовых пазухах [4, 5, 6]. Инородные тела верхнечелюстной пазухи встречаются достаточно часто, особенно у лиц среднего возраста, что связано с особенностями пломбировочных материалов в терапевтической стоматологии в постсоветское время [7, 2, 6]. На заре стоматологии зубные пломбы делались из свинца и зубы «запечатывались» [1]. Несоблюдение основных требований технологии работы в корневых каналах, недостаточная оснащенность многих клиник необходимым оборудованием и инструментами увеличивает количество осложнений: при образовании дефекта в области корня зуба возникает большая вероятность попадания пломбировочного материала

в верхнечелюстную пазуху [4, 9, 5]. Инородные тела способствуют возникновению и поддерживают воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух. В свою очередь, компоненты, входящие в состав пломб, образуют благоприятную питательную среду для роста грибковой флоры. В таких случаях в околоносовых пазухах развивается грибковый синусит. Кроме того, к факторам, провоцирующим развитие грибкового синусита, можно отнести длительный приём антибиотиков и иммунодепрессантов, а также иммуносупрессивные состояния такие, как сахарный диабет, ВИЧ, первичный иммунодефицит, трансплантация органов, лучевая терапия, гемодиализ [3,10]. Инородное тело в верхнечелюстной пазухе может быть бессимптомным от 13,5 % до 16,9 %, и выявляется, как «случайная находка», при рентгенологическом или КТ исследовании [8]. Например, при подготовке пациента к офтальмологической операции.

Материал и методы исследования

Пациентка М., 47 лет, обратилась с целью консультации в ФГБУ «КБ №1» УДП РФ.



Рис. 1. Компьютерная томография околоносовых пазух (инородное тело верхнечелюстной пазухи)
 Источник: Составлено автором на основании КТ околоносовых пазух

При осмотре предъявила жалобы: на заложенность носа, больше справа, слизисто-гнойное отделяемое из правой половины носа, ощущение давления в области правой щеки.

Из анамнеза было известно, что в январе 2021 года после консультации и составления плана лечения с применением имплантантов, пациентке было проведено комплексное стоматологическое лечение: ревизия каналов 44, 47 зубов, гигиена полости рта, направлена к хирургу-имплантологу. После чего пациентке было проведено: удаление 17, 14, 13, 12, 37, 36, 35, 45 зубов, синус лифтинг в области верхней челюсти справа. Перед имплантацией проводилась рентгенография околоносовых пазух — патологии пазух не выявлено.



Рис. 4. Рентгенограмма после имплантологического лечения



Рис. 2. Изображение зубов верхней и нижней челюсти до лечения



Рис. 5. Этап немедленной нагрузки

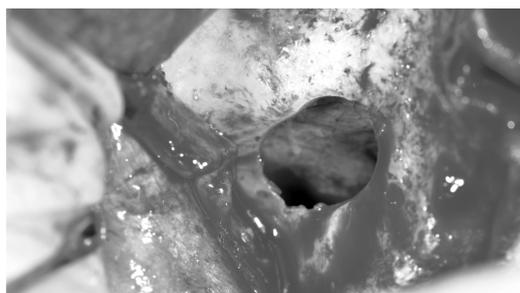


Рис. 3. Ревизия пазухи, синус-лифтинг



Рис. 6. Итоговый вид окончательного стоматологического ортопедического лечения

В декабре 2023 г. у данной пациентки впервые появились гнойные выделения из правой половины носа, заложенность носа, ощущение давления в области правой щеки. Консультирована ЛОР-врачом, выполнена рентгенография околоносовых пазух, на Рг-снимке выявлено тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи. Пациентке выполнена пункция правой верхнечелюстной пазухи, при промывании получено обильное жидкое гнойное отделяемое с ихорозным запахом. Назначена секретолитическая терапия, антибактериальная терапия — Цефтриаксон 1,0 в/м 2 р/д 7 дней. После 4-й пункции правой верхнечелюстной пазухи, в связи с неэффективностью консервативной терапии, пациентке проведена коррекция антибактериальной терапии: к терапии добавлен Метрогил 200 мг 3 р/д. На протяжении 2-х месяцев пациентке проведено около 20 пункций правой верхнечелюстной пазухи, при последней пункции получено жидкое гнойное отделяемое. Проведена коррекция антибактериальной терапии на Клиндамицин 300 мг 3 р/д, Дексаметазон 8 мг в/м 4 дня с постепенным снижением дозы.

Через 2 месяца после начатого лечения пациентке назначена компьютерная томография околоносовых пазух. На компьютерной томографии околоносовых пазух выявлено тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи, конхобуллёз средней носовой раковины слева.

Объективно: при передней риноскопии преддверие носа свободное, перегородка носа — незначительно искривлена, в правой половине носа слизистая оболочка гиперемирована, отёчна, в носовых ходах слизистое отделяемое, нижние носовые раковины увеличены с двух сторон.

Пациентке рекомендована эндоскопическая операция на правой верхнечелюстной пазухе с формированием антростомы в области среднего носового хода с целью ревизии и санации пазухи в срочном порядке. В ходе оперативного пособия обнаружено большое количество грибковых масс, заполняющих весь просвет правой верхнечелюстной пазухи. Грибковые массы удалены, пазуха промыта 3 % раствором перекиси водорода, раствором Октенисепта в разведении 1:6. Удалённый макропрепарат отправлен на патогистологическое исследование. Кровотечение незначительное. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 3-и сутки после проведённого хирургического лечения.

Результаты и анализ исследований

Гистологическое исследование операционного материала показало.

Макроскопическое описание:

6 фрагментов серовато-бурой ткани общими размерами 1,9x1,4x0,4см. 1бл (6).

Микроскопическое описание:

Фрагменты слизистой оболочки, высланной многоядным мерцательным эпителием, с отёком и диффузной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией в строме с примесью эозинофильных гранулоцитов. Отдельно — детрит с тенями колоний бактерий, спор и псевдомицелия грибов, лизированными эритроцитами и клетками воспаления (преимущественно нейтрофильные лейкоциты).



Рис. 7. Компьютерная томография околоносовых пазух пациентки перед операцией

Заключение:

Мицетома верхнечелюстной пазухи.

Заключение

Особенностью приведённого случая является сравнительно редкое наблюдение грибковых масс в верхнечелюстной пазухе при отсутствии инородного тела (пломбировочного материала). Клиническая значимость данного наблюдения состоит в том, что грибковые массы на рентгенограмме и компьютерной томограмме не отличались от другого гиподенсивного содержимого, например, кисты или полипа околоносовой пазухи. Таким образом, грибковый процесс верхнечелюстной пазухи одонтогенной этиологии протекал под «маской» острого гнойного синусита, не поддающегося антибактериальной терапии. Возможно, применение антибактериальной терапии на протяжении длительного времени также способствовало резистентности процесса и росту

грибковой флоры. Эндоскопическая ревизия правой верхнечелюстной пазухи с формированием антростомы в среднем носовом ходе позволила верифицировать диагноз, санировать пазуху, предупредить возможные осложнения правостороннего синусита. Кроме того, в данном случае эндоскопическая операция является наиболее щадящим способом хирургической ревизии пазухи, а формирование антростомы в среднем носовом ходе, учитывая ранее проведенное комплексное стоматологическое лечение, позволило не только санировать верхнечелюстную пазуху, но и осуществлять динамическое наблюдение в послеоперационном периоде за отделяемым и состоянием слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Данный способ хирургической санации пазухи является наиболее подходящим при затяжном гнойном верхнечелюстном синусите, при наличии в пазухе остеопластического материала, после проведенного синус-лифтинга.

ЛИТЕРАТУРА

- Сапова К.И., Рязанцев С.В., Чернушевич И.И., Науменко А.Н. Подходы к лечению одонтогенного риносинусита. Медицинский Совет. 2018;(20):43–45. doi:10.21518/2079-701X-2018-20-43-45.
- Хамитова Ф.А., Рахимов З.К., Пулатова Ш.К., Камбарова Ш.А., Сафарова М.С. Усовершенствование эндоскопических методов лечения хронических одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов. Новый день в медицине. 2019; 2 (26):316–318. <https://elibrary.ru/xxablp>.
- Lim S.-H., Kim J., Kim Y., Cho M., Jung J., Ha R., Jung J., Kim S., Kim K. Aux-MVNet: auxiliary classifier-based multiview convolutional neural network for maxillary sinusitis diagnosis on paranasal sinuses view. Diagnostics. 2022; 3: 736. doi: 10.3390/diagnostics12030736.
- Борисенко А.В., Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии. — Москва: Книга плюс. 2002. 224с.
- Титов В.Р., Кабанова А.А., Криштопова М.А. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: обзор актуальных вопросов диагностики и лечения. Современная стоматология. 2022; 1:24–26. <https://cyberleninka.ru/article/n/odontogenny-verhnechelyustnoy-sinusit-obzor-aktualnyh-voprosov-diagnostiki-i-lecheniya>.
- Яременко А.И., Матина В.Н., Сулов Д.Н., Лысенко А.В. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит: современное состояние проблемы (обзор литературы). Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015; 10: 834–837. <https://applied-research.ru/ru/article/view>.
- Берест И.Е. Клинический случай ятрогенного инородного тела верхнечелюстной пазухи. Трудный пациент. 2018; 3:47–48. <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskiy-sluchay-yatrogenogo-inorodnogo-tela-verhnechelyustnoy-pazuhi>.
- Банников С.А. Совершенствование диагностики неинвазивных микозов околоносовых пазух: автореф. дис. канд. мед наук: 14.01.03. — СПб., 2019. 124с.
- Максюков С.Ю., Бойко Н.В., Щепляков Д.С., Крайнюкова Л.А., Демидова А.А., Максуюкова Е.С. Диагностическая значимость компьютерной томографии для выявления одонтогенного верхнечелюстного синусита и эффективности предимплантологической аугментации гребня альвеолярной кости. Главный врач Юга России. 2016;(52):8–11. <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnosticheskaya-znachimost-kompyuternoy-tomografii-dlya-vyyavleniya-odontogennogo-verhnechelyustnogo-sinusita-i-effektivnosti>.
- Vargas I., Saez F., Pedemonte C., Perez H., Canales M. The imaging appearance of sinus mycetoma: A case series. Int. J. Odontostomat. 2016; 10(1):17–22. doi:10.4067/S0718-381X2016000100004.

© Пелишенко Татьяна Георгиевна (doctor217mail.ru); Лазарчик Татьяна Анатольевна (zvereva_tanya@list.ru);

Митюшин Артём Анатольевич (mitushin12345@mail.ru)

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»