

## Отоларингология

ID: 2012-2-3883-A-1458

Краткое сообщение

Коваленко И.П., Гейвондян М.Э.

### **Анатомо-топографические особенности верхнечелюстных пазух и зубов верхней челюсти, способствующих попаданию инородных тел в верхнечелюстные пазухи при эндодонтических вмешательствах**

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра оториноларингологии*

**Ключевые слова:** верхнечелюстные пазухи.

За последние десять лет в нашей стране появились и нашли широкое применение новые эндодонтические технологии. Однако проблема адекватного пломбирования каналов была и остается актуальной. По данным различных авторов, почти в 80% случаев каналы пломбируются некачественно, а в 1,5% наблюдений развившиеся осложнения (попадание пломбировочного материала в полость верхнечелюстного синуса или в нижнечелюстной канал) требуют оперативного лечения непосредственно или в ближайшее время после эндодонтического лечения (Бажанов Н.Н. с соавт., 1997; Боровский Е.В., 1998; Николаев А.И. с соавт., 1999). Основной предпосылкой к перфорации костной пластинки дна верхнечелюстной пазухи и проталкиванию в полость синуса пломбировочного материала являются топографо-анатомические соотношения дна верхнечелюстной пазухи и верхушек малых и больших коренных зубов верхней челюсти (Свержевский Л.И., 1910; Иванов А.С., 1976). Данные литературы по данному вопросу чрезвычайно вариабельны – например «корни зубов верхней челюсти располагаются около дна или проникают в пазуху» (по Zuckerkandl E., 1893); по данным В.П. Воробьева (1936), наибольшее расстояние дна пазухи от корней зубов следующее: от корней второго и третьего моляров 2,3 мм, от корня первого премоляра 7,6 мм. 30% верхушек корней первых моляров, 45% верхушек корней вторых моляров и 27% верхушек корней вторых премоляров отстоят от дна пазухи на 0,5 мм и менее; В.И. Синева (1980) пришла к заключению, что верхушки корней зубов всегда отделены от дна пазухи слоем костной ткани, толщина которой колеблется от 0,2 до 12 мм. В настоящее время возможно провести исследование не на мацерированных черепах, которых имеется весьма ограниченное число, а на значительном фактическом материале по данным компьютерной томографии головы с высоким разрешением.

Нами было исследовано участие 105 лиц, которым была выполнена компьютерная томография головы в возрасте от 18 до 60 лет. Из них 48 лиц мужского пола, 47 женского пола. Лица были поделены на следующие группы: 1. Лица без патологии верхнечелюстных пазух – 75 человек (с полным наличием зубов на верхней челюсти – 36 человек; с частичным наличием зубов на верхней челюсти – 39 человек); 2. Лица с инородными телами верхнечелюстных пазух – 30 человек (с полным наличием зубов на верхней челюсти – 8 человек; с частичным наличием зубов на верхней челюсти – 22 человек). Для исследования КТ нами использовались томограммы, полученные при помощи КТ-аппарата I-CAT (производства Imaging Sciences International, США). Для решения поставленных задач в этих сериях исследования нами была разработана комплексная крианиметрическая программа исследования, включающая в себя измерение следующих параметров: 1. Измерение лицевого черепа. 2. Измерение верхней челюсти. 3. Измерение верхнечелюстной пазухи 4. Измерение толщины костных пластинок альвеолярного отростка верхней челюсти над корнями зубов.

Большинство верхнечелюстных пазух в контрольной выборке в нашем исследовании с обеих сторон относились к типу гиперпневматизированных. Асимметрия по степени пневматизации пазух отмечалась в контрольной группе лиц только у 2-х больных. Периодически отмечаемый в литературе факт о большей пневматизации правой стороны черепа нашел подтверждение и в нашей работе. Гипопневматизация пазух чаще была выявлена с левой стороны. При рассмотрении параметров лицевого скелета выяснено, что гипопневматизация верхнечелюстных может наблюдаться практически исключительно у лиц лептопрозопического типа строения лицевого скелета. Пазухи умеренной пневматизации могут встречаться у лиц зурипрозопического и лептопрозопического типов. В обеих указанных случаях толщина костной пластинки над корнями зубов достоверно выше, чем у лиц с гиперпневматизированными пазухами, что справедливо практически для всего зубного ряда верхней челюсти. Нами не было выявлено никакой зависимости степени пневматизации пазух от пола. По результатам исследования был сделан вывод о наличии достоверной связи лицевого указателя (верхнелицевого указателя) со степенью пневматизации пазух. Таким образом, вне зависимости от пола, только лица с лептопрозопическим и мезопрозопическим типом строения лицевого скелета, могут иметь гипо- и умереннопневматизированные пазухи, что практически исключает риск развития у подобных лиц осложнений. Количество таких людей среди населения достаточно велико – по нашим исследованиям это число около 29% среди лепто- и мезопрозопов.

Толщина костных пластинок над корнями зубов в группе обследованных с наличием инородных тел в верхнечелюстных пазухах, явившихся следствием эндодонтического вмешательства показала, статистически значимо меньше, чем в контрольной группе (сравнение проводилось только по зубам с эндодонтическими

вмешательствами). Толщина костной пластинки в случае попадания инородных тел в верхнечелюстные пазухи составила менее 0.3 мм практически во всех случаях над «причинным зубом».

Таким образом, ведущее значение в генезе данных осложнений при производстве эндодонтических вмешательств принадлежит наличию анатомического предрасполагающего фактора – чрезмерно тонкой костной пластинки над корнем зуба.