

Р.Н. ЖАРТЫБАЕВ, Г.Г. СМЕТОВ

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

В обзорной статье описывается верхнечелюстной синусит (гайморит), которое является заболеванием, обусловленное воспалительным процессом в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи.

Распространение воспаления на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух в большинстве случаев происходит из полости носа через естественные соустья. Однако тесные топографо-анатомические взаимоотношения верхнечелюстной пазухи с зубами верхней челюсти являются причиной развития одонтогенных верхнечелюстных синуситов.

Верхнечелюстная пазуха (sinus maxillaries) располагается 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.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, периодонтит, верхние боковые зубы, верхнечелюстная пазуха

Актуальность темы: Верхнечелюстной синусит - одно из часто встречающихся заболеваний в клинике челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии, представляет собой серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как основную часть болеющих составляют люди молодого и среднего возраста, то есть трудоспособный контингент. (1.3.4)

Одонтогенный верхнечелюстные синуситы составляет в среднем треть всех верхнечелюстных синуситов - 26-33% случаев (2.5.6), а среди хирургических стоматологических больных составляет от 4,2 - 8 %. По статистике одонтогенные верхнечелюстные синуситы в хронических формах и в стадии обострения встречается больше чем при острых формах. Наиболее частая причина этого:

- позднее обращение пациента к врачу;
- невнимательность врачей-стоматологов при ранней диагностике острого верхнечелюстного синусита у пациентов с острыми, хроническими и обострениями периодонтитов верхних боковых зубов;
- трудности в диагностике одонтогенных синуситов. Причина этого, клиническая картина периодонтита верхних боковых зубов искажает клиническую картину верхнечелюстного синусита;
- не квалифицированное комплексное лечение острых одонтогенных синуситов приводят к осложнениям и обострениям данного заболевания;
- отсутствие комплексного алгоритма лечения и профилактики,
- методика взаимодействия междисциплинарного подхода врача-стоматолога и оториноларинголога по ранней диагностике, лечению и профилактике одонтогенного синусита.

В связи с вышесказанным, разработка оптимальных и ранних методик диагностики, комплексного лечения, профилактики одонтогенного синусита является перспективным направлением.

Воспаление верхнечелюстной (гайморовой) пазухи, вызванное инфекцией, попавшей из очагов острого или хронического воспаления в зубочелюстной системе, по материалам стоматологических клиник, встречается у 25-40 % больных, по данным ЛОР-клиник — у 13%. Заболевание поражает в основном лиц трудоспособного возраста (72 % больных в возрасте 30-50 лет).

Левая и правая верхнечелюстные пазухи поражаются примерно одинаково часто. Двустороннее поражение пазух встречается редко. Одонтогенный верхнечелюстной синусит у 18 % больных может сочетаться с воспалением решетчатых пазух и у 2,5 % — лобных, следовательно, не всегда является изолированным.

Данная патология занимает существенное место в практике стоматолога-хирурга как на амбулаторном приеме, так и в стационаре. Имеющиеся в различных источниках сведения о методах лечения указанной патологии не всегда четко изложены, иногда бывают противоречивы. Возможность развития одонтогенного верхнечелюстного синусита обусловлена анатомо-топографической близостью иериапикальных тканей зубов верхней челюсти (премоляров и моляров) с верхнечелюстной пазухой. Ближе всего к пазухе прилежит первый моляр, реже — второй моляр и второй премоляр, еще реже — третий моляр и первый премоляр. Анатомические взаимоотношения зубов и верхнечелюстной пазухи (синуса) зависят от размера последней. При большой пазухе корни зубов находятся ближе к ее дну, а иногда вдаются в ее просвет. Толщина костной пластинки, отделяющей верхушки корней от просвета пазухи, варьирует от 0,2 до 12 мм. При широкой и низкой верхней челюсти альвеолярная бухта пазухи может распространяться до уровня клыка и даже второго резца. При воспалительном процессе в пародонте, а также в результате возрастной инволюции (после 30 лет) взаиморасположение зубов и дна пазухи может изменяться таким образом, что это расстояние уменьшается. Одним из предрасполагающих факторов может быть пародонтопатия и атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти при частичной или полной адентии. Имеет значение и индивидуальный размер зубов, в частности длина корня зуба.

Оценка отношения зубов ко дну пазухи может складываться из сопоставления всех перечисленных факторов, а не из какого-либо одного параметра, например размера пазухи.

Наблюдения последних лет позволяют констатировать рост числа лиц с пневматическим типом строения верхнечелюстных пазух, соответственно и перфорации их встречаются чаще, и число больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом увеличивается.

Если учесть общность иннервации, кровообращения, в частности венозного, и лимфооттока от зубов верхней челюсти и верхнечелюстного пазухи, то анатомические предпосылки развития синусита, связанного с патологией полости рта, становятся очевидными.

Острое одонтогенное воспаление верхнечелюстного синуса развивается в течение 1-3 дней и бывает связано с:

- 1) острым или обострением хронического воспалительного процесса верхней челюсти (периодонтит, нагноение одонтогенной кисты, остеомиелит и т. д.);
- 2) ошибками в эндодонтическом лечении зубов — проведении инструментов для обработки корневых каналов (корневые иглы, дрельборы, каналонаполнители) и пломбировочного материала за верхушку корня зуба в полость пазухи;
- 3) инфицированием пазухи при оперативном вмешательстве: наиболее часто (до 80%) при случайном вскрытии пазухи при удалении зуба, реже при резекции верхушки корня, цистэктомии, удалении ретенированных зубов, секвестрэктомии, подсадке зубного имплантата, удалении опухоли в этой области.

Больные с острым верхнечелюстным синуситом жалуются на недомогание, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,5-38,5 °С, ощущение тяжести в соответствующей половине головы, боль в области лба, виска, верхней челюсти и альвеолярном отростке на уровне одного или нескольких зубов, а также распирающее давление, заложенность носа, затруднение носового дыхания, иногда снижение обоняния.

При пальпации передней стенки верхней челюсти отмечается болезненность, иногда боль определяется при пальпации преддверия полости рта и нёба, а у некоторых больных — при перкуссии скуловой кости.

Осмотр полости носа у части больных выявляет гиперемию и умеренный отек слизистой оболочки средней и нижней носовых раковин, гнойные выделения из носа на большой стороне.

В полости рта обнаруживается разрушенный или ранее леченный зуб, расположенный в пределах соответствующей верхнечелюстной пазухи, с явлениями острого или хронического периодонтита. Несомненная одонтогенная причина острого синусита — это перфорация дна пазухи, возникающая при удалении зуба. При наличии сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой субъективные ощущения менее выражены, общее состояние ухудшается незначительно, что обусловлено наличием оттока из очага воспаления через перфорационное отверстие в лунке удаленного зуба.

Показатели электроодонтодиагностики (ЭОД) при остром синусите в пределах нормы, за исключением депульшированных зубов, или незначительно повышены — до 10-20 мкА (в норме 2-4 мкА). У больных с острым одонтогенным воспалением при диагностической пункции в синусе определяется гнойное содержимое.

Рентгенологические проявления острого одонтогенного верхнечелюстного синусита складываются из признаков нарушения пневматизации верхнечелюстного синуса и признаков патологического процесса в альвеолярном отростке.

Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит в соответствии с патоморфологическими изменениями слизистой оболочки пораженной пазухи проявляется при рентгенологическом исследовании симптомом полного или частичного затемнения ее просвета. Если утолщенная слизистая оболочка и экссудат полностью выполняют пазуху, то возникает тотальное затемнение. Если жидкости в пазухе нет, то на рентгенограмме определяется пристеночное затемнение за счет утолщения слизистой оболочки. Рентгенологические показатели соотношения корней зубов и границ пазухи представлены в разделе «Перфорация дна верхнечелюстной пазухи». Наличие периодонтальной щели с сохранившейся замыкательной пластинкой вокруг корней зуба, который предположительно явился источником воспаления в пазухе, не должно вызывать сомнений, так как инфицирование последней происходит не только контактным путем, но и по протяжению — вдоль костных балочек, сосудов и нервов.

В некоторых случаях хроническое течение одонтогенного верхнечелюстного синусита может быть обусловлено длительным пребыванием в пазухе инородных тел (корни зубов, пломбировочный материал, дренажные турунды и др.) Обострение хронического воспаления в пазухе возникает чаще всего в связи с обострением хронического периодонтита или удалением зуба. Указанные явления могут возникнуть не только в случае образования сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой через лунку удаленного зуба, но и при отсутствии такового. Удаление зуба нарушает биологический барьер между очагом инфекции в полости рта и в пазухе и может привести к обострению воспалительного процесса. Кроме того, обострение синусита наблюдается при нагноении одонтогенной кисты, прорыве гноя из кисты в пазуху, при попадании в нее инородных тел (корни зубов во время удаления, пломбировочный материал при пломбировании корневых каналов больших и малых коренных зубов), альвеолите, остеомиелите и др., а также при острых общих инфекционных заболеваниях (грипп, ОРВИ), переохлаждении. Иногда типичная картина синусита, обусловленного общим инфекционным заболеванием, маскирует одонтогенный генез заболевания.

Клиническая картина обострения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита напоминает острый воспалительный процесс. Больные жалуются на общую слабость, недомогание, головную боль, боль в области верхней челюсти на стороне поражения. Повышается температура тела. Появляются выделения из носа, затрудняется носовое дыхание, снижается обоняние. Иногда отмечается припухлость мягких тканей подглазничной области. Часто определяется болезненность при пальпации стенок пазухи.

При риноскопии выявляются те же изменения, которые характерны для острого одонтогенного верхнечелюстного синусита (гиперемия и отечность слизистой оболочки носа, патологическое отделяемое в среднем и общем носовых ходах).

Если имелся свищевой ход, появляются гнойные выделения из пазухи в полость рта, при этом общее состояние больного страдает меньше, а отмеченные клинические симптомы синусита бывают выражены слабее.

Свищевым ходом считается стойкое эпителизированное сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой, в области удаленного зуба. До эпителизации стенок этого отверстия, которая происходит в течение 3-4 нед., это перфорация, которая может самостоятельно закрыться без преобразования в свищ. По данным ряда авторов, это происходит примерно в 30% случаев, как правило, при отсутствии воспаления в пазухе.

Размер свищевого хода бывает от точечного отверстия, с трудом различимого при осмотре, до 5 мм в диаметре и более. Форма отверстия округлая или щелевидная, реже — неправильная.

Установить, сообщается ли полость рта с верхнечелюстной пазухой после удаления зуба, нетрудно. Жалобы больного в этом случае типичные: прохождение воздуха из пазухи в полость рта или наоборот, попадание воды и жидкой пищи из полости рта в пазуху, ринофония, невозможность затынуться при курении, выделения из свищевого хода. Иногда перечисленные признаки могут отсутствовать даже при наличии свищевого хода ввиду того, что со стороны пазухи может образоваться клапан в виде полипа или инфильтрированной слизистой оболочки, либо свищевой ход ведет в одонтогенную кисту, которая не сообщается с просветом верхнечелюстной пазухи.

Необходимо подчеркнуть, что хронический воспалительный процесс в пазухе у ряда больных имеет место еще до удаления зуба. Удаление зуба и образование сообщения с пазухой лишь выявляют бессимптомно протекающий хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит.

Одонтогенный верхнечелюстной синусит наиболее часто приходится дифференцировать с синуситом иного генеза (риногенный, травматический), кистами верхнечелюстной пазухи (ретенционная, одонтогенная, лимфангиэктатическая), опухолями, пограничными диспластическими процессами (фиброзная дисплазия и др.), холестеатомой, невrogenными заболеваниями (ганглионит крылонёбного узла, невралгия тройничного нерва и др.).

Одонтогенный и риногенный верхнечелюстной синуситы, естественно, имеют много общего, однако имеются и различия. Наиболее характерные (но не обязательные) отличия одонтогенного синусита от риногенного заключаются в том, что одонтогенный верхнечелюстной синусит проявляется чаще как изолированное одностороннее воспаление верхнечелюстной пазухи, развивается нередко как первично-хроническое воспаление. Диагноз одонтогенного верхнечелюстного синусита ставят на основании выявленных воспалительных изменений в верхнечелюстной пазухе, находящихся в причинно-следственной связи с очагом острого или хронического воспаления в зубочелюстной системе. Риногенный синусит верхнечелюстных пазух обычно двусторонний и не обнаруживает связи с одонтогенным очагом. При риногенном процессе нарушение носового дыхания — один из основных симптомов, так как синуситу предшествует ринит, в то время как при одонтогенном синусите очаг воспаления возникает в нижнем отделе пазухи и далеко не сразу перекрывает естественное соустье верхнечелюстной пазухи с полостью носа. Поэтому нарушение носового дыхания при одонтогенном синусите возникает, когда процесс приобретает диффузный характер. Отличаются и выделения из носа в острый период синусита: при одонтогенном воспалении — гнойные с резким неприятным запахом, при риногенном — преимущественно слизистые с примесью гноя, не имеющие столь резкого запаха.

Цель исследования: Ранняя диагностика, комплексное лечение больных с острыми, хроническими и обострившимися формами периодонтитов верхних боковых зубов (премоляры-моляры) и разработка алгоритма профилактики одонтогенных синуситов совместно с врачом-оториноларингологом.

Задачи исследования:

1. Изучить архивные данные, результаты своих исследований и показать статистику распространения одонтогенных верхнечелюстных синуситов;
2. Используя методы современной диагностики (ЗД компьютерная томография, эндоскопическая техника) изучить формы периодонтитов наиболее часто приводящие к развитию одонтогенного верхнечелюстного синусита;
3. С учетом общего состояния слизистой верхнечелюстных пазух разработать алгоритм комплексного лечения (совместно с врачом-оториноларингологом) одонтогенного синусита;
4. Разработать алгоритм профилактических мероприятий одонтогенных верхнечелюстных синуситов в стоматологических амбулаторных условиях;

Выводы:

1. До настоящего времени воспалительные и дистрофические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух одонтогенного генеза остаются актуальным вопросом челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии, прежде всего, в связи с сохраняющейся высокой частотой заболевания и постоянной тенденцией к ее повышению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Азимов М. Роль очаговой одонтогенной инфекции в развитии гайморитов и принципы планирования лечения при них (клин.-эксп. исслед.): Автореф. дис. ... канд.мед.наук - Л., 1977. - 20 с.
- 2 Антушева И.А. Аэродинамические аспекты острых и хронических риносинуситов: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук - СПб., 2005.- 22 с.
- 3 Арефьева Н.А. Иммунологические аспекты рецидивирующих ринитов / Н.А. Арефьева // Российская иммунология.- 1996.- № 3.- С. 10 — 11.
- 4 Аснина С.А. Использование компьютерной томографии при хирургическом лечении околокорневых кист / С.А. Аснина, Н.В. Шишкова // Клиническая стоматология.- 2006.- № 1.- С. 60-62.
- 5 Бабияк В.И. Нейрооториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, В.Р. Гофман, Я.А. Накатис. СПб: Гиппократ, 2002.- 728 с.
- 6 Вернадский Ю.И. Одонтогенные гаймориты / Ю.И. Вернадский, Н.И. Заславский. М.: Медицина, 1968.- 85 с.
- 7 Бобров В.М. Два наблюдения фолликулярной и радикулярной (корневой) кисты верхнечелюстной пазухи со значительным разрушением костных стенок / В.М. Бобров // Вестник оториноларингологии.- 1995.- № 6.- С. 52-53.
- 8 Богатов А.И. Новые методы диагностики, лечения и реабилитации больных с перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух.: Автореф. дис. канд.мед.наук / А.И. Богатов. Самара, 1991.- 18 с.
- 9 Богомилский М.Р. Основные принципы лечения синуситов у детей / М.Р. Богомилский, В.М. Фейгина // Лечащий врач.- 2001.- № 8.- С. 4-7.

- 10 Бойко Э.В. О влиянии очагов хронической инфекции и одонтогенной инфекции в рецидивировании отслойки сетчатки / Э.В. Бойко, В.Р. Гофман, Н.Н. Харитонов и др. // Журн. Российская оториноларингология. -2008.- № 4 .- С. 20-26.
- 11 Бондарук В.В. Выявление латентных синуситов ассоциированных с внутричерепными осложнениями / В.В. Бондарук // Новости оториноларингологии и логопатологии.- 2001.- № 4 (28).- С. 75 77.
- 12 Братусь В.И. Использование курортных факторов Кавказских Минеральных Вод в комплексном лечении больных хроническими риносинуситами: Автореферат дис.канд. мед. наук / В.И. Братусь.- СПб, 1999.- 24 с.
- 13 Бускина А.В. К вопросу о клинической классификации хронического одонтогенного гайморита / А.В. Бускина, В. Х. Гербер // Вестник оториноларингологии.- 2000. —N 2. — С. 20-22.
- 14 Быкова В.П. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух как иммунный барьер верхних дыхательных путей / В.П. Быкова // Российская ринология.- 1993.- № 1.- С. 40 46.
- 15 Вафина Е.А. Ферментативный статус лейкоцитов в комплексе с иммунологическими показателями у больных хроническим полипозным риносинуситом / Е.А. Вафина // Материалы XVI съезда оториноларингологов
- 16 РФ «Оториноларингология на рубеже тысячелетий», Сочи 21—24 марта 2001 г.- СПб: РИА-АМИ, 2001.- С. 527 529.
- 17 Волков А.Г. Мукоцилиарный транспорт у больных с кокковой и гемофильной инфекцией / А.Г. Волков, В.В. Киселев, А.Ю. Ерошенко // Российская ринология.- 2001.- № 2.- С. 108.
- 18 Воробьев Ю.И. Рентгенография зубов и челюстей / Ю.И. Воробьев.-Москва: Медицина, 1989.- 30 с.
- 19 Гайворонский И.В. Функциональная анатомия ЛОР-органов / И.В. Гайворонский, В.Р. Гофман, А.В. Гайворонский //С-Пб, 1996.-152 с.
- 20 Гаязетдинов И. В. Анализ лечения больных с одонтогенным перфоративным гайморитом в Республиканском центре челюстно-лицевой хирургии / И.В. Гаязетдинов, А.М. Сулейманов // Здравоохранение Башкортостана.- 2003. -N 5 Спец. выпуск. С. 143-144
- 21 Гордиенко Е.В. Этиотропная терапия рецидивирующих и хронических риносинуситов у детей / Е.В. Гордиенко // Новости оториноларингологии и логопатологии.- 2002.- № 1 (29).- С. 57 59.
- 22 Гофман В.Р. Диагностика носового дыхания / В.Р. Гофман, А.С. Киселев, К.В. Герасимов. СПб: Б.и., 1996.- 134 с.
- 23 Гофман В.Р. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы // Руководство по клинической стоматологии «Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области» (под ред. А.К. Иорданишвили).- СПб: Спецлит, 2007.- С. 59 82.
- 24 Губин М. А. Видеоэндоскопические операции в лечении одонтогенного верхнечелюстного синусита / М. А. Губин, Ю. П. Сердюков, Ю. А. Кудинов // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии: Научно-практический журнал. -Томск, 2004. -N 3/4. С. 37-40.
- 25 Дайняк Л.Б. Риногенные внутричерепные осложнения: Руководство по оториноларингологии / Л.Б. Дайняк.- 1997.- С. 275 282.
- 26 Деримо А.Г. Гнойный одонтогенный гайморит, вызванный редкой локализацией 8-го ретинированного зуба верхней челюсти / А.Г. Деримо // Журн. ушн., носов, и горл. болезней.-1976.- № 4.-С. 106.
- 27 Дмитриева В.С. Одонтогенные кисты (этиология, патогенез, клиника) / В.С. Дмитриева.- М.: Медицина, 1969.- 36 с.
- 28 Дубасов А.И. Оптимизация диагностики пазушно-носовой системы при острых и хронических гайморитах: Автореферат дис. канд. мед. наук / А.И. Дубасов.- СПб: ВМедА, 2003.- 18 с.
- 29 Дунаевский В.А. Хирургическая стоматология / В.А. Дунаевский.-М.: Медицина.- 1979.- 147 с.
- 30 Дяченко Ю.В. Аутоштампы стафилококков назального происхождения как потенциальные возбудители воспалительных процессов в челюстно- лицевой области / Ю.В. Дяченко // Стоматология. -1994.- Т.73, №1.- С. 19-21.

Р. Н. ЖАРТЫБАЕВ, Ғ. Ғ. СМЕТОВ

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

**ОДОНТОГЕНДІ ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СИНУСИТТІ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЕМХАНАДА ЕРТЕ НАҚТЫЛАУ,
ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ
(ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)**

Түйін: Одонтогенді жоғарғы жақ синуситінің нақтамы, емі, реабилитациясы, әсіресе алдын алу шаралары қазіргі таңда өзекті мәселелер қатарында. Соңғы жылдары дәл осы сырқатпен ауыратын науқастар санының өсуі тұрақты тенденцияға айналып отыр.

Одонтогенді синуситтің таралу жиілігі көп жағдайда оториноларинголог және стоматолог мамандарының өзара жүйелі түрде, бұл сырқатты бірлесе отырып, нақтылап, емдеу шараларын жүргізбеуі нәтижесінде артып отыр. Одонтогенді жоғарғы жақ синуситі барлық жоғарғы жақ синуситтерінің ішінде орта есеппен -26-33% құрайды.

Жақ – бет аймағы қабынуларының арасында одонтогенді синусит 4,2 – 8 % жағдайында (№ 5 Қалалық клиникалық аурухананың ЖБХ бөлімшесінің статистикасы бойынша).

Жоғары жақ қойнауының созылмалы, өршу формаларына қарағанда жедел үрдістегі қабынулар аз кездеседі, оның себебі, жедел формадағы жоғарғы жақ қойнауының қабынуы жоғарғы бүйір тістерінің периодонт қабынуымен бірге жүреді. Көп жағдайда жедел, созылмалы периодонт қабынуының клиникалық белгілері жоғарғы жақ қойнауының жедел қабынуының клиникалық белгілерінен басым түседі. Сондықтан жедел формадағы жоғарғы жақ қойнауының қабынуы мен жоғарғы бүйір тістер периодонт қабынуы бар науқастар амбулаториялық стоматология емханаларына қаралады. Уақытында ерте нақтыланбай, жоғары мамандандырылған емді дұрыс көрсетпеу нәтижесінде, жоғарғы жақ қойнауының қабыну үрдісінің созылмалы және өршуі формасына әкеліп соғады. Жоғарғы жақ қойнауының біріншілік – созылмалы және өршу формасындағы стационарлық науқастар саны сол себепті жыл сайын азайауда.

Сондықтан, стоматологиялық емхана жағдайында одонтогенді синуситті ерте нақтылау, емдеу және алдын алу өзекті мәселеге айналып отыр.

Түйінді сөздер: одонтогенді жағарғы жақ синуситі, перидонтит, жоғарғы бұйыр тістер, жоғарғы жақ қойнауы

R.N. ZHARTYBAEV, G.G. SMET

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

**EARLY DIAGNOSIS , TREATMENT AND PREVENTION OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS
IN DENTAL OUTPATIENT BASIS
(LITERATURE REVIEW)**

Resume: The maxillary sinus infection (sinusitis) - a disease caused by inflammation of the mucosa of the maxillary sinus . Spread of inflammation in the mucous membrane of the maxillary sinus in most cases comes from the nasal cavity through the natural anastomosis . However, a close topographic and anatomic relationships of the maxillary sinus with the teeth of the upper jaw are the cause of odontogenic maxillary sinusitis .

Maxillary sinus (sinus maxillaries) located in the body of the upper jaw and is the largest pneumatic cavities of the skull . It is formed as a result of ingrowth mucosa middle meatus in cancellous bone of the upper jaw

Keywords: odontogenic maxillary sinusitis, periodontitis, upper lateral teeth, maxillary sinus