

*Громоздова М. В., Жилко В. С.*

**КОРРЕЛЯЦИЯ ТОЛЩИНЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ  
ВЕРХНЕЧЕЛЮСНОЙ ПАЗУХИ И АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ  
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Долина И. В.*

*Кафедра болезней уха, горла, носа*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Особенности топографо-анатомического строения верхнечелюстной пазухи, соотношение дна пазухи и верхнечелюстной полости, расположение верхушек корней зубов верхней челюсти, возрастные изменения и атрофия стенок верхнечелюстной пазухи являются основополагающими факторами развития одонтогенных синуситов.

**Цель:** изучение анатомических особенностей строения верхнечелюстных пазух на основе компьютерных томограмм в различных зубочелюстных сегментах.

**Материалы и методы.** В исследовании использовались 80 компьютерных томограмм пациентов в возрасте от 28 до 72 лет. Томограммы выполнены трехмерным томографом Carestream CS 9300 3D select. Изучение анатомических структур проведено с использованием программного обеспечения для просмотра компьютерных томограмм формата DICOM, Planmeca Romexis Viewer.

Изучение топографо-анатомического строения верхнечелюстной пазухи и альвеолярного отростка верхней челюсти проводилось на уровне первых-вторых моляров (соответственно 5-6 зубочелюстные сегменты). Основным критерием отбора пациентов в 2 одинаковые по объему группы: 1. наличие больших коренных зубов, 2. наличие имплантатов в выбранной проекции. Полученные данные обработаны с использованием методов вариационной статистики.

**Результаты и их обсуждение.** В установленной выборке пациентов с наличием первых/вторых моляров в 70 процентах случаев встречались альвеолярные бухты, и, вследствие плотного контакта верхушек корней со слизистой пазухи, средняя толщина последней составила  $7,2 \pm 3,2$  мм (что соответствует хроническому синуситу у 28 из 40 пациентов из выборки). В этой же группе в 10% случаев (4 пациента) зубы в заданной проекции ранее подвергались эндодонтическому лечению.

В случае отсутствия альвеолярных бухт средняя толщина слизистой составила  $2,5 \pm 1,2$  мм.

В группе пациентов с наличием дентальных имплантатов в проекции 5-6 зубочелюстных сегментов, установленных более полугодом назад, средняя толщина слизистой составила  $5,4 \pm 3,2$  мм. Таким образом у 62,5% (25 пациентов) был обнаружен односторонний хронический верхнечелюстной синусит. В 30% случаев (12 пациентов) вследствие недостаточной для установки имплантата толщины альвеолярной части верхней челюсти (менее 6-8мм) ранее был выполнен синус-лифтинг. У 8 пациентов (20%) дентальные имплантаты находились в полости пазухи.

**Выводы.** Установлено, что топографо-анатомическое строение верхнечелюстных пазух позволяет прогнозировать возможность развития воспалительного процесса одонтогенного происхождения. Вероятность возникновения верхнечелюстного синусита выше у пациентов с наличием дентальных имплантатов в полости пазухи и у пациентов, после выполнения синус-лифтинга.