

УДК 616.314-089: 616.216.1

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Гричанюк Д. А., Кончак В. В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица с курсом
повышения квалификации и переподготовки,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи представляет собой патологически сформированное пространство между полостью рта и верхнечелюстной пазухой в результате потери объемов мягких и твердых тканей, которые физиологически должны разделять данные анатомические структуры.

Цель работы — проанализировать особенности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи в стационарных условиях оказания медицинской помощи.

Объекты и методы. Данные медицинских карт стационарных пациентов с диагнозом хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, перфорация дна верхнечелюстной пазухи за 2024–2025 гг.

Результаты. Приведены виды оказанной медицинской помощи в исследуемой группе пациентов с указанием частоты. Сделан акцент на важность полноценной диагностики в лечении данной патологии.

Заключение. Лечение перфорации дна верхнечелюстной пазухи требует тщательной диагностики с использованием конусно-лучевой компьютерной томографии с «захватом» других околоносовых пазух и с учетом дифференцированного мультидисциплинарного подхода к планированию оперативного лечения.

Ключевые слова: перфорация дна верхнечелюстной пазухи; одонтогенный верхнечелюстной синусит; челюстно-лицевая хирургия.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF PERFORATION OF THE MAXILLARY SINUS

Grichanyuk D. A., Konchak V. V.

*Belarusian State Medical University,
Department of Maxillofacial Surgery and Facial Plastic Surgery with Advanced Training
and Retraining Course,
Minsk, Republic of Belarus*

Introduction. Perforation of the floor of the maxillary sinus is a pathologically formed space between the oral cavity and the maxillary sinus as a result of the loss of volume of soft and hard tissues that physiologically should separate these anatomical structures. Perforation of the floor of the maxillary sinus is a pathologically formed space between the oral cavity and the maxillary sinus as a result of the loss of volume of soft and hard tissues that physiologically should separate these anatomical structures.

Aim. To study the features of providing specialized medical care to patients with perforation of the maxillary sinus floor in inpatient settings.

Objects and methods. Data from medical records of inpatients with a diagnosis of chronic odontogenic maxillary sinusitis, perforation of the floor of the maxillary sinus for 2024–2025.

Results. The types of medical care provided in the study group of patients are presented, with frequencies indicated. Emphasis is placed on the importance of a comprehensive diagnosis in the treatment of this pathology.

Conclusion. Treatment of maxillary sinus perforation requires careful diagnostics using CBCT with coverage of the paranasal sinuses, and a multidisciplinary differentiated approach to planning surgical treatment.

Keywords: perforation of the maxillary sinus; odontogenic maxillary sinusitis; maxillofacial surgery.

Введение. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (ВЧП) представляет собой патологически сформированное пространство между полостью рта и верхнечелюстной пазухой в результате потери объемов мягких и твердых тканей, которые физиологически должны разделять данные анатомические структуры [1, 2, 3]. Частота возникновения перфорации дна ВЧП варьирует в пределах от 0,3 % до 4,0 % [4], при этом наибольшая вероятность (48,0 %) отмечается при удалении моляров, особенно первых моляров верхней челюсти. Затем следуют премоляры, и реже — клыки. В частности, частота возникновения перфорации дна ВЧП после удаления ретинированных третьих моляров верхней челюсти составляет 2,4 % [5].

Причины возникновения перфорации дна ВЧП можно разделить на ятрогенные и неятрогенные. При этом ятрогенные причины преобладают. Возникновение перфорации может быть вызвано технической ошибкой хирурга (при травматическом или неправильном удалении зуба долотом, щипцами или элеваторм, неосторожном кюретаже или удалении грануляций в области дна лунки зуба), а также представлять собой неизбежное осложнение операции, обусловленное анатомией верхнечелюстной пазухи и ее топографо-анатомического взаимоотношения с корнями малых и, особенно, больших коренных зубов верхней челюсти. Ятрогенная перфорация дна ВЧП может возникнуть в результате: удаления зубов с корнями, верхушки которых расположены в верхнечелюстной пазухе; дислокации зубов или корней в результате их перелома в просвет верхнечелюстного синуса; энуклеации периапикальных или кистозных образований, стенки которых прилегают к слизистой оболочке пазухи, в том числе при резорбции костной стенки в области дна ВЧП; при формировании костного ложа для дентальной имплантации в боковых и задних секторах верхней челюсти или при удалении новообразований в указанной зоне [4].

Предпосылками к высокому риску возникновения перфорации дна ВЧП являются топографо-анатомические особенности взаимоотношений дна ВЧП с корнями зубов верхней челюсти [1, 2, 4].

Данные анатомические предпосылки к образованию перфорации верхнечелюстного синуса можно подразделить на две группы: связанные с анатомией собственно верхнечелюстного синуса; связанные с анатомией удаляемого зуба.

Наиболее часто отмечаемые симптомы перфорации дна ВЧП и ороантральной фистулы включают: попадание жидкости, в том числе крови, из полости рта в полость носа; боль; постназальный затек; кашель; изменение голосового резонанса; затрудненное сосание и одутловатость щек. Симптомы варьируют в широких пределах и могут возникать через длительный промежуток времени после хирургического вмешательства [4, 5].

В диагностике ключевую роль играет клиническое исследование и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

Цель работы — проанализировать особенности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи в стационарных условиях оказания медицинской помощи.

Объекты и методы. Объектом исследования послужили данные медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии № 1, отделении челюстно-лицевой хирургии № 2 (гнойном) и гнойном оториноларингологическом отделении учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска с диагнозом хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, перфорация дна верхнечелюстной пазухи за период 2024–2025 г. (N = 33).

Результаты. В исследуемой группе у 93,9 % пациентов перфорация дна ВЧП возникла после удаления больших коренных зубов, у 6,1 % пациентов выполняли цистэктомия на верхней челюсти по поводу радикулярных кист. При этом 27,3 % составили лица с обострением хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита, у 33,3 % пациентов перфорация дна ВЧП сопровождалась переломом корня зуба и его дислокацией в просвет синуса. В исследуемой группе лечение перфорации дна ВЧП консервативно осуществлялось у 24,2 % пациентов (с обострением одонтогенного верхнечелюстного синусита после удаления «причинного» зуба назначали противовоспалительную терапию с ежедневной инстилляцией верхнечелюстной пазухи 0,05 % водным раствором хлоргексидина биглюконата через лунку удаленного зуба). У 6,1 % (2) пациентов хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит был осложнен этмоидитом, что указывает на необходимость выполнения пациентам с перфорацией дна ВЧП КЛКТ с «захватом» других околоносовых пазух для наиболее точной диагностики. Данным лицам после купирования острых воспалительных явлений выполняли эндоскопическую эндоназальную санацию ВЧП и решетчатого лабиринта одновременно с пластикой перфорации дна синуса мультидисциплинарной бригадой, включающей врача-оториноларинголога и врача-челюстно-лицевого хирурга. Такой подход позволил провести оперативное лечение в один этап с наступлением полного выздоровления, уменьшить продолжительность госпитализации и снизить вероятность рецидива.

Заключение. Лечение перфорации дна ВЧП требует тщательной диагностики с использованием КЛКТ с «захватом» других околоносовых пазух для наиболее точной диагностики и дифференцированного мультидисциплинарного подхода к планированию оперативного лечения с привлечением врача-челюстно-лицевого хирурга и врача-оториноларинголога.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Treatment of odontogenic maxillary sinusitis with the use of growth factors in advanced platelet-rich fibrin for immediate closure of oro-antral communication: a case report* / P. Adamska [et al.] // *Int. J. Mol. Sci.* – 2024. – Vol. 25, N 8. – P. 4339. doi: 10.3390/ijms25084339.
2. *Bhalla, N. Management of oroantral communications* / N. Bhalla, F. Sun, H. Dym // *Oral and Maxillofac. Surg. Clin. of North Am.* – 2021. Vol. 33, Issue 2. – P. 249–262. doi: 10.1016/j.coms.2021.01.002.
3. *The treatment and management of oroantral communications and fistulas: a systematic review and network metanalysis* / S. Oliva [et al.] // *Dent. J. (Basel).* – 2024. – Vol. 12, N 5. – P. 147. doi: 10.3390/dj12050147.
4. *Selecting the best surgical treatment methods in oro-antral communications* / D. L. Bereczki-Temistocle [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* – 2022. – Vol. 19. – P. 14543. doi: 10.3390/ijerph192114543.
5. *Khandelwal, P. Management of oro-antral communication and fistula: various surgical options* / P. Khandelwal, N. Hajira // *World J. Plast. Surg.* – 2017. – Vol. 6, N 1. – P. 3–8.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ МИНГОРИСПОЛКОМА
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ОО «АССОЦИАЦИЯ ОРАЛЬНЫХ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»

**ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ВОПРОСЫ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ, ИННОВАЦИОННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ РЕШЕНИЯ**

Материалы юбилейного X Национального конгресса
с международным участием «Паринские чтения 2026»

(Минск, 7–8 мая 2026 года)



Минск БГМУ 2026

ISBN 978-985-21-2235-1

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2026