

УДК 616. 212.4-007-031.14:616.314-007.13

Д.С. Боенко^{1,2}, И.А. Талалаенко¹, В.А. Чубарь^{1,2}, Н.Д. Боенко¹¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк²Дорожная клиническая больница на станции Донецк, Донецк

СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЙ РЕТЕНИРОВАННЫЙ ЗУБ ДНА ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТКИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

Диагностика и лечение хронических заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП) остаются актуальной медико-социальной проблемой. Значительная часть таких больных страдает затруднением носового дыхания, что приводит к развитию синдрома носовой обструкции [6]. В зарубежной литературе его называют «морфологическим» [12, 14]. Современное лечение заболевания – только хирургическое, оно заключается в оперативной коррекции всех внутриносовых структур с целью восстановления нормальной аэродинамики полости носа [7, 10].

Как известно, формирование носа и ОНП у каждого человека происходит под влиянием врожденных (генетических) и приобретенных (аэродинамика полости носа, воспалительные процессы, травмы) факторов [6, 7, 9]. В литературе имеются скудные сообщения о сверхкомплектных ретенированных зубах в оториноларингологической практике [15]. Они могут являться причиной одонтогенного гайморита, а иногда сочетаются с другой патологией носа [1, 2, 8, 13]. За последние 20 лет в Донецком дорожном ринологическом центре наблюдалось трое больных с ретенированными зубами дна полости носа, исходящими из максиллярного гребня.

Приводим последнее из этих наблюдений.

Больная П., 37 лет, обратилась на консультативный приём 03.12.2018 г. с жалобами на постоянное затруднение носового дыхания, частые продолжительные насморки, рецидивирующие гайморозтмоидиты, снижение обоняния, головные и лицевые боли. На протяжении многих лет регулярно пользуется назальными деконгестантами. Ранее лечилась у оториноларинголога по месту жительства по поводу двухстороннего рецидивирующего гайморозтмоидита, неоднократно выполнялись рентгенографии ОНП, проводились курсы антибактериальной и гипосенсибилизирующей терапии, пункции гайморовых пазух, промывание ОНП методом перемещения по Проэтцу с незначительным и непродолжительным эффектом. В анамнезе травма лица, двусторонняя тонзиллэктомия.

При наружном осмотре кожа носа и проекций передних стенок околоносовых пазух обычной окраски, носовая пирамида несколько отклонена влево в хрящевой части. Пальпация передних стенок ОНП и мест выхода ветвей тройничного нерва безболезненна. При риноскопии определяется резкое искривление носовой перегородки влево в хрящевом и костном отделах, гипертрофия нижних носовых раковин. Слизистая оболочка полости носа застойно гиперемирована. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. Носовое дыхание затруднено, больше слева.

Установлен диагноз: «Искривление носовой перегородки, хронический гипертрофический ринит». Пациентке предложено плановое оперативное лечение – коррекция внутриносовых структур. Для уточнения объёма оперативного вмешательства рекомендована эндориноскопия и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) ОНП с захватом верхней челюсти.

03.12.2018 г. госпитализирована в ЛОР-клинику (история болезни № 6920/781) для оперативного лечения.

При поступлении жалобы прежние. Туберкулёз, вирусные гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания, гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощён. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

При диагностической эндориноскопии: носовая перегородка искривлена влево, по дну полости носа на всём протяжении – массивный гребень (рис. 1.). Слизистая оболочка полости носа застойно гиперемирована, в средних носовых ходах с обеих сторон – умеренное количество слизистого отделяемого. Нижние носовые раковины гипертрофированы, их задние концы увеличены. Правая средняя носовая раковина зна-



Рис. 1. Диагностическая эндориноскопия больной П. Передние отделы левой половины носа. Гиперемия слизистой оболочки носа, искривление носовой перегородки влево, гипертрофия нижней носовой раковины.

чительно увеличена в объёме, цианотична. Другие ЛОР-органы без особенностей.

На КЛКТ ОНП с захватом верхней челюсти на дне полости носа, кзади от передней носовой ости выявлено рентгенконтрастное образование высокой интенсивности с чёткими контурами размером 11 x 4 мм, интегрированное в максиллярный гребень (рис. 2.), которое расценено как сверхкомплектный ретенированный зуб. Кроме того, определяется резкое искривление носовой перегородки влево в костном и хрящевом отделах, увеличение нижних носовых раковин, их задние концы гипертрофированы. Правая средняя носовая раковина содержит воздухоносную полость (рис. 3.). В правой гайморовой пазухе – подушкообразный отёк слизистой оболочки, остальные ОНП без особенностей.

Установлен диагноз: искривление носовой перегородки, хронический гипертрофический ринит, буллезная гипертрофия правой средней носовой раковины, сверхкомплектный ретенированный зуб дна полости носа.

Данные клинического обследования без особенностей.

05.12.2018 г. под эндотрахеальным наркозом произведена коррекция внутриносовых структур. Оперативное вмешательство начато с интраоперационной эндориноскопии. Сразу же после выполнения полупроницающего разреза и отсепаровки мукоперихондрия в передних отделах носовой перегородки слева обнаружен ретенированный зуб, исходящий из передних отделов максиллярного гребня. Зуб мобилизован и удалён при помощи костной ложечки и металлического аспиратора, кровотечения не отмечалось (рис. 4). Выделен весь костно-хрящевой скелет носовой перегородки, произведена широкая его экспозиция, включая нижние и задние отделы перегородки. Выполнены нижняя и задняя хондротомия, удален костно-хрящевой конгломерат, состоящий из искривлённых участков четырехугольного хряща, перпендикулярной пластинки решётчатой кости и сошника. Между листками слизистой оболочки реимплантирован модифицированный фрагмент хряща, уложен тромбоцитарный гель, листки мукоперихондрия сопоставлены (рис.5). В преддверии носа наложено 2 кетгутовых шва, справа сделан послабляющий разрез в области дна полости носа. В передних отделах носовой перегородки наложен «матрасный» шов. После этого под контролем риноскопа конхокорректором выполнена компрессионная пластика правой средней носовой раковины, её размеры значительно уменьшились. Далее произведена высокочастотная пластика задних концов нижних носовых раковин, объём их сократился. Затем осуществлена двусторонняя задняя конхотомия, двусторонняя подслизистая вазотомия и конхопексия. Операция завершена двухсторонней рыхлой передней тампонадой полости носа поролоновыми тампонами с дыхательными проводниками и марлевой



Рис. 2. КЛКТ ОНП с захватом верхней челюсти больной П. Стрелкой указан сверхкомплектный ретенированный зуб на дне полости носа. Искривление носовой перегородки влево. «Подушкообразный» отёк слизистой оболочки правой гайморовой пазухи.



Рис. 3. КЛКТ ОНП больной П. Стрелками указаны резкое искривление носовой перегородки влево и булла средней носовой раковины справа.

«пращи» на наружный нос. Операционная кровопотеря составила 30-50 мл.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Носовые тампоны удалены на первые сутки после операции, после чего у пациентки сразу же восстановилось носовое дыхание. В послеоперационном периоде получала ксилометазолин в форме спрея, ирригационную терапию, препарат стимулирующий мукоцилиарный транспорт, увлажняющий слизистую оболочку спрей, топический антибиотик, антигистаминные препараты, обезболивающие препараты.

«Носовой» комфорт полностью восстановлен. Выписана в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после операции с рекомендациями амбулаторного наблюдения у ЛОР-врача по месту жительства.

Особенностью приведенного клинического наблюдения является редкое сочетание сверхкомплектного ретенированного зуба в области максиллярного гребня и изменений внутриносовых структур, что привело к развитию синдрома носовой обструкции. Причины появления сверхкомплектных зубов являются предметом дискуссий [3, 4]. Большинство исследователей рассматривают это как результат избыточного образования зубных зачатков в период эмбриогенеза [5, 11].

Применение современных медицинских технологий – конусно-лучевой компьютерной томографии и эндоскопических методов оперативного лечения – позволяет улучшить диагностику и результаты лечения этой группы пациентов [6, 7].



Рис. 4. Эндориноскопия левой половины носа больной П. Сверхкомплектный ретенированный зуб мобилизован со дна полости носа, слева – хрящ носовой перегородки.

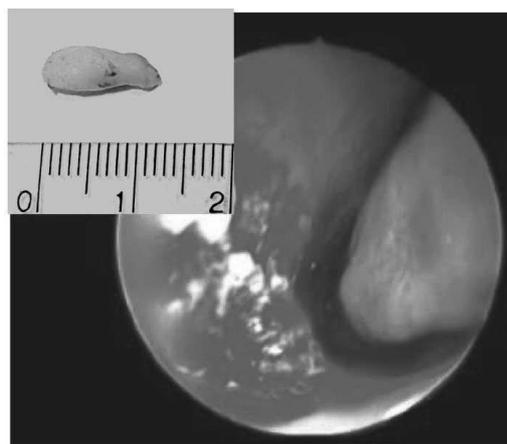


Рис. 5. Зуб удалён, мукоперихондрий со слизистой оболочкой медиализирован.

Д.С. Боенко^{1,2}, И.А. Талалаенко¹, В.А. Чубарь^{1,2}, Н.Д. Боенко¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²Дорожная клиническая больница на станции Донецк, Донецк

СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЙ РЕТЕНИРОВАННЫЙ ЗУБ ДНА ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТКИ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

Описано редкое наблюдение случая сверхкомплектного ретенитованного зуба дна полости носа у пациентки с изменениями внутриносовых структур. Больная обратилась с жалобами на постоянное затруднение носового дыхания, частые продолжительные насморки, рецидивирующие гайморозтмоидиты, снижение обоняния, головные и лицевые боли. В ходе обследования с применением эндориноскопии и конусно-лучевой компьютерной томографии околоносовых пазух обнаружены искривление носовой перегородки, гипертрофический ринит, буллез-

ная гипертрофия правой средней носовой раковины и редчайшая патология – сверхкомплектный ретенитованный зуб дна полости носа, исходящий из максиллярного гребня. Больная успешно прооперирована в ЛОР-клинике. Под интубационным наркозом и эндоскопическим контролем зуб удалён и выполнена коррекция внутриносовых структур. Носовое дыхание восстановилось к концу первых суток после операции.

Ключевые слова: ретенитованный зуб, носовая обструкция, изменение внутриносовых структур.

D.S.Boenko^{1,2}, I.A. Talalaienko¹, V.A. Chubar^{1,2}, N.D. Boenko¹

¹SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

²Road Clinical Hospital at the station Donetsk, Donetsk

SUPERCOMPLETE RETAINED TOOTH OF THE BOTTOM OF NASAL CAVITY IN A PATIENT WITH CHANGES OF THE INTRANASAL STRUCTURES

Described clinical observation of a case of a supernumerary impacted tooth of the bottom of the nasal cavity in a patient with changes intranasal structures. Patient complained of persistent difficulty in nasal breathing, frequent protracted rhinitis, recurrent maxillary and ethmoidal sinusitis, decreased sense of smell, headache and facial pain. The in-depth examination using modern medical technologies – endorhinology and cone-beam computed tomography of the paranasal sinuses, found a deformation of the nasal septum, hypertrophic rhinitis, bullous hypertrophy of the right middle turbinate, and

the rarest pathology – a supernumerary, impacted tooth of the bottom of nasal cavity, outgoing maxillary crest. The patient was successfully operated on in the ORL clinic. Under intubation anesthesia and endoscopic control, the tooth was removed and all intranasal structures were corrected. Nose breathing was restored on the first day after surgery.

Key words: retained tooth, nasal obstruction, changes of the intranasal structures.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байрак Д.М. Эктопированный в полость носа зуб в сочетании с гомолатеральным хроническим верхнечелюстным синуситом. Ринология. 2015; 1: 75-78.
2. Боенко С.К., Боенко Д.С. Сверхкомплектный ретенитованный зуб дна полости носа. Журнал вушних, носових і горлових хвороб. 1999; 6: 63-64.
3. Дорошенко С.И., Кульгинский Е.А., Дорошенко Е.В., Вознюк В.П. Этиология и патогенез сверхкомплектного образования зубов (исторический экскурс в изучении вопроса). Сучасна ортодонтия. 2011; 1 (23): 4-6.
4. Зорич М.Е. Аномалии прорезывания зубов: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения. Современная стоматология. 2007; 1: 21-24.
5. Пискунов В.С. Частота развития аномалий эндоназальных анатомических структур. Российская ринология. 2007; 2: 42.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: руководство для врачей. М., 2011. 960.
7. Рагузинская С. А., Красножен В. Н., Алиматов А. Х. Сверхкомплектный зуб в полости носа. Вестник оториноларингологии. 2008; 6: 38-39.
8. Секлетов Г.А. Нарушение формирования зубоальвео-

REFERENCES

1. Bairak D.M. Ektopirovannyi v polost' nosa zub v sochetanii s gomolateral'nym khronicheskim verkhnechelyustnym sinusitom [Ectopic tooth in combination with homolateral chronic maxillary sinusitis]. Rinologiya. 2015; 1: 75-78 (in Russian).
2. Boenko S.K., Boenko D.S. Sverkhkomplektnyi retinirovannyi zub dna polosti nosa [Above the complete retained tooth of the bottom of the nasal cavity]. Zhurnal vushnikh, nosovikh i gorlovikh khvorob. 1999; 6: 63-64 (in Russian).
3. Doroshenko S.I., Kul'ginskii E.A., Doroshenko E.V., Voznyuk V.P. Etiologiya i patogenez sverkhkomplektnogo obrazovaniya zubov (istoricheskii ekskurs v izuchenii voprosa) [Etiology and pathogenesis of supercomplex dental education (historical insight into the study of the issue)]. Suchasna ortodontiya. 2011; 1 (23): 4-6 (in Russian).
4. Zorich M.E. Anomalii prorezyvaniya zubov: nekotorye aspekty patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Teething abnormalities: some aspects of pathogenesis, diagnosis and treatment]. Sovremennaya stomatologiya. 2007; 1: 21-24 (in Russian).
5. Piskunov V.S. Chastota razvitiya anomalii endonazal'nykh anatomicheskikh struktur [The incidence of anomalies of

- лярной дуги в переднем отделе верхней челюсти, вызванное ретенцией 11, 21 зубов. *Стоматология*. 2006; 3: 12-16.
9. Функціональна ендоскопічна ринохірургія / за ред. С.К. Боєнка. Донецьк: 2010. 235.
 10. Щербakov Д.А. Удаление эктопированного зуба из полости носа в амбулаторных условиях. *Российская оториноларингология*. 2013; 4: 158-159.
 11. Hamed O. et al. Recurrent epistaxis caused by an intranasal supernumerary tooth in a young adult . *Am. J. Case. Rep.* 2014; 15: 291-293.
 12. Smith RA, Gordon NC, De Luchi SF. Intranasal Teeth. Report of two cases and review of the literature. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1979; 47: 120-122.
 13. Simmen D, Jones N. *Manual of endoscopic sinus and skull basesurgery*. New York: Thieme; 2014. 387.
 14. Yeung K.H., Lee K.H. Intranasal tooth in a patient with a cleft lip and alveolus. *Cleft Palate. Craniofac J.* 1996; 33: 157-159.
 - endonasal anatomical structures]. *Rossiiskaya rinologiya*. 2007; 2: 42 (in Russian).
 6. Piskunov G.Z., Piskunov S.Z. *Klinicheskaya rinologiya: ru-kovodstvo dlya vrachei [Clinical Rhinology: Manual for Doctors]*. M., 2011. 960 (in Russian).
 7. Raguzinskaya S. A., Krasnozhen V. N., Alimetov A. Kh. Sverkhkomplektnyi zub v polosti nosa [Over the complete tooth in the nasal cavity]. *Vestnik otorinolaringologii*. 2008; 6: 38-39 (in Russian).
 8. Sekletov G.A. Narushenie formirovaniya zuboal'veolyarnoi dugi v perednem otdele verkhnei chelyusti, vyzvanное re-tentsiei 11, 21 zubov [Violation of the formation of the dental alveolar arch in the anterior section of the upper jaw, caused by retention of 11, 21 teeth]. *Стоматология*. 2006; 3: 12-16 (in Russian).
 9. Функціональна ендоскопічна ринохірургія / за ред. С.К.Боєнка [Functional Endoscopy Rhinosurgery: Manual for Doctors]. Donetsk: 2010. 235 (in Ukrainian).
 10. Shcherbakov D.A. Удаление ectopirovannogo zuba iz polosti nosa v ambulatornykh usloviyakh [Removal of an ectopic tooth from the nasal cavity on an outpatient basis]. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2013;4:158-159 (in Russian).
 11. Hamed O. et al. Recurrent epistaxis caused by an intranasal supernumerary tooth in a young adult . *Am. J. Case. Rep.* 2014; 15: 291-293.
 12. Smith RA, Gordon NC, De Luchi SF. Intranasal Teeth. Report of two cases and review of the literature. *Oral Surg. Oral Med.Oral Pathol.* 1979; 47: 120-122.
 13. Simmen D, Jones N. *Manual of endoscopic sinus and skull basesurgery*. New York: Thieme; 2014. 387.
 14. Yeung K.H., Lee K.H. Intranasal tooth in a patient with a cleft lip and alveolus. *Cleft Palate. Craniofac J.* 1996; 33: 157-159.