



3. Симультанная ринотимпанопластика / В. В. Дворянчиков [и др.] Актуальные проблемы госпитальной медицины: сб. науч. тр. междунар. науч.-практ. конф. – Севастополь, 2004. С. 135–136.
4. Фанта И. В. ЛОР-заболеваемость по результатам обращаемости в лечебно-профилактические учреждения Санкт-Петербурга / Новости оторинолар. и логопатол. 2000. – № 4 (24). – С. 59–62.
5. Цыбин А. К. Современное здравоохранение и медицина. Теория и практика медицины: сб. науч. тр. – Мн., 1999. – Вып. 1. – С. 67–69.
6. Юнкеров В. И. Основы математико-статистического моделирования и применения вычислительной техники в научных исследованиях: Лекции для адъюнктов и аспирантов. – СПб, 2000. – 140 с.
7. Юнкеров В. И., Григорьев С. Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб.: ВМедА, 2002. – 266 с.

Исаченко Вадим Сергеевич – старший ординатор клиники отоларингологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. тел 8-812- 292-33-42, эл. почта: isachen@yandex.ru

УДК: 616.216-002-08: 001.893

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ

Е. И. Клёнкина

ANALYSIS OF MEDICAL TREATMENT RESULTS OF PATIENTS ODONTIC MAXILLITIS

E. I. Klyonkina

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

*(Начальник каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии –
Засл. врач РФ, проф. Г. И. Прохвятилов)*

Произведенный анализ результатов лечения больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами за пятилетний период позволил определить частоту, структуру, особенности современной диагностики заболевания, оценить эффективность выбранных подходов в оперативном лечении и установить оптимальную, патогенетически обоснованную тактику ведения больных в зависимости от формы заболевания.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, причинный зуб, ороантральная перфорация, радикальная операция Колдуэлл-Люка, микрогайморотомия, профилактика послеоперационных осложнений, естественное соустье верхнечелюстной пазухи.

Библиография: 20 источников.

There was made analysis of medical treatment of patients with odontic maxillitis for a last five years, therefore frequency, structure and peculiarity of modern diagnosis was defined, efficacy of surgical treatment methods was estimated and most advantageous approach of treatment in dependence of disease form was prepared.

Key words: odontic maxillitis, causative tooth, orosinus perforation, Caldwell-Luc's radical operation, micromaxillotomy, prophylaxis of postoperative complications, own ostium of maxillary sinus.

Bibliography: 20 sources.

В настоящее время верхнечелюстной синусит является одним из распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и представляет серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как основную часть больных составляют лица молодого и среднего возраста, то есть трудоспособного населения [16]. Анатомо-топографическое расположение верхнечелюстной пазухи обуславливают особенности течения в них воспалительных процессов и возможные осложнения [6].



Интерес к изучению патологии верхнечелюстной пазухи не ослабевает и в наши дни, о чем свидетельствует большое количество работ как у нас в стране, так и за рубежом. Актуальность изучения проблемы синуситов обусловлена еще и тем, что появляется все более совершенная техника, позволяющая производить минимально инвазивные оперативные вмешательства. Появление нового оборудования предполагает разработку прогрессивных методик хирургического лечения, позволяющих снизить процент осложнений как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде [12].

Особое место в структуре синуситов занимает его одонтогенная форма, на долю которой приходится от 13 до 40% [2, 15, 18]. Несмотря на появление новых лекарственных препаратов, лечебной и диагностической аппаратуры, частота одонтогенных верхнечелюстных синуситов среди других воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области увеличилась от 4–4,2% в 70-х годах до 7,6% в 90-х [1, 10, 14]. Среди всех больных, обращающихся за специализированной помощью по поводу хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов, основную часть (41–89,7%) составляют лица, у которых воспалительный процесс возник или обострился после формирования стойкого оро-антрального сообщения во время экстракции зубов верхней челюсти по поводу осложненного кариеса [5].

В последние десятилетия предложено достаточно большое количество методик операций, направленных на санацию пазухи и разобщение полости рта с верхнечелюстным синусом, что связано с неудовлетворенностью результатами и поиском более надежных и физиологичных методов хирургического лечения хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов на фоне ороантрального сообщения и без него [3, 11, 13, 17]. Однако необходимо отметить, что, несмотря на большое количество предлагаемых методов оперативного лечения, в литературе все же достаточно скудно освещены и проанализированы подходы к выбору методики лечения таких больных, результаты внедряемых эндоскопических способов диагностики и оперативного лечения. Необходимость более полного освещения диагностических подходов и выбора метода оперативного лечения пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами в современных условиях определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования

Повышение качества и эффективности диагностики и лечения больных с воспалением слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи одонтогенного генеза путем определения необходимых диагностических критериев, показаний и оптимальных подходов к консервативному и оперативному лечению различных форм одонтогенных верхнечелюстных синуситов на основе всестороннего анализа результатов лечения в современных условиях.

Материалы и методы

Был произведен анализ 113 историй болезни больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом, лечившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии в период с 2003 год по 2007 год включительно. Распределение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом по годам

	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Количество больных	9	19	24	27	34
Доля среди всех заболеваний ЧЛЮ	3,26%	5,97%	7,07%	7,75%	8,52%

Как видно из данных, представленных в таблице, с годами отмечается рост числа больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом в структуре всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Мужчины составили 68,1 % (77 человек), женщины – 31,9% (36 человек). Распределение больных по возрасту и категории представлено в таблице 2.



Таблица 2

Распределение больных по возрасту и категории

Категория/возраст	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70	всего
военнослужащие	5	9	12	7	2	0	0	35
пенсионеры	0	1	0	3	4	1	1	10
служащие	0	0	0	0	0	1	0	1
курсанты	3	1	0	0	0	0	0	4
офицеры других ведомств	0	0	0	1	0	0	0	1
гражданские лица	3	21	9	19	5	4	1	62
всего	11	32	21	30	11	6	2	113

По всем отобранным историям болезни производился анализ жалоб, анамнеза и объективных данных, результатов дополнительных исследований и методик консервативного и оперативного лечения, который показал, что наиболее часто больные жалуются на одностороннюю боль в области проекции верхнечелюстной пазухи (47%). Не теряют диагностическую ценность жалобы пациентов на ощущение тяжести в области верхнечелюстных пазух и наличие отделяемого из носа – 50 случаев (44,2%), наличие сообщения полости рта с полостью носа (45,1%), заложенности носа (31,8%). На второй план отошли жалобы на зубную (19,5%) и головную боль (21,2%), а наличие субфебрильной температуры тела отметили 8 пациентов (7%).

Отмечаемые боль и тяжесть в области верхнечелюстной пазухи связаны с вторичной невралгией тройничного нерва и нарушением барофункции пазухи в результате отека слизистой оболочки и зачастую закрытием естественного соустья.

Из анамнеза заболевания следует отметить, что у большинства пациентов заболевание возникало впервые (62,8%). 24 человека (21,2%) страдали хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом с однократными ежегодными обострениями, 18 пациентов (16%) отмечали два и более обострения за год. Начало своего заболевания только 79 человек (70%) связывали с предшествующим терапевтическим либо хирургическим лечением зубов, что заставляло производить более глубокий этиологический поиск и дифференциальную диагностику с риногенным верхнечелюстным синуситом. Необходимо также отметить, что 25 человек (22,1%) до госпитализации в клинику находились на амбулаторном или стационарном лечении у ЛОР врача и были направлены в профильное лечебное учреждение после подтверждения одонтогенной природы заболевания. Этот факт указывает на то, как часто ЛОР специалист сталкивается с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

Из объективных данных, воспалительные явления слизистой оболочки полости рта в области верхнечелюстных пазух отмечены у 35 больных (31%), асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области верхнечелюстной пазухи обнаружена у 14 человек (12,3%), осложненный кариес зубов и радикулярные кисты встречались у 21 (18,6%) и 24 (21,2%) больных соответственно, а ороантральный свищ существовал в 54 случаях, что составило 47,8%.

Причинный зуб определялся у всех пациентов, и наиболее часто им оказывался существующий или удаленный ранее первый моляр – у 59 больных (52,2%), второй же моляр, удерживая второе место, оказывался причинным зубом в 16 случаях (14,2%).

На основании полученных данных диагноз хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит выставлен 85 больным (75,2%), в остальных же случаях состояние больного расценивалось как острый или обострение хронического процесса. Левосторонняя локализация синусита встречалась чаще, чем правосторонняя, – 64 (56,6%) и 49 случаев соответственно (43,4%).

В ходе дополнительных исследований, которые в основном включали ортопантомографию и рентгенографию околоносовых пазух, производилось уточнение формы заболевания. Распределение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом по формам заболевания представлено в таблице 3.



Таблица 3

Распределение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом по формам

Форма заболевания	Катаральная	Гнойная	Полипозная	Пристеночно-гиперпластическая	Кистозная
Количество больных	23	27	5	31	27
Доля, %	20,4	23,9	4,4	27,4	23,9

Как видно из данных, представленных в таблице, при одонтогенном верхнечелюстном синусите преобладает пристеночно-гиперпластическое, гнойное и кистозное поражение слизистой оболочки пазух.

Тактика лечения хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов определялась клинической формой заболевания [4, 18]. При обострении хронического синусита его экссудативные формы (катаральная, серозная, гнойная) лечились, как правило, консервативно. При этом используются те же средства и методы лечения, которые применяются при лечении острых синуситов. Продуктивные формы хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов (полипозные, кистозные и др.) лечились оперативно. Основная цель хирургического лечения при ОВС состоит в удалении пораженных зубов и создании условий для восстановления нормальной функции пораженной верхнечелюстной пазухи.

Современные представления о функциональной значимости слизистой оболочки (транспортной функции мерцательного эпителия) определяют максимальное щажение тканей [7, 8, 9]. В связи с этим некоторые авторы [2] сравнивают выскабливание слизистой оболочки пазухи во время операции по поводу хронического синусита с удалением слизистой оболочки бронхов при бронхите.

Проведенный анализ лечения больных в клинике показал, что консервативное местное лечение получали всего 19 человек, что составило 16,8%. Промывание верхнечелюстной пазухи через свищевой ход проводилось 13 больным, а через естественное соустье удалось промыть в 6 случаях (5,3%).

Рассматривая подход к оперативному лечению, разумеется, оценивался каждый конкретный случай. Выбор производился исключительно среди экстраназальных операций, так как отсутствие эндоскопического оборудования не позволяло проводить более современные эндоназальные вмешательства. Выполнялись операции одиночно и в комбинации:

1. радикальная максиллотомия (РМ);
2. радикальная операция по Калдвелл-Люку (РО);
3. резекция верхушки корня (удаление зубов или корней – РВК));
4. пластика ороантрального свища (ПС).

Большинство больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом получили оперативное пособие в объеме радикальной операции по Калдвелл-Люку с пластикой свища – 30 человек (26,5%). Другие данные представлены в таблице 4.

Как видно из данных, представленных в таблице, большинство больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом получили оперативное пособие в объеме радикальной операции по Калдвелл-Люку с пластикой свища – 30 человек (26,5%).

Необходимо отметить, что в клинике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА, не смотря на указываемые выше положительные аспекты эндоназальных операций и щадящих методик, по-прежнему в силу различных причин выполняются более травматичные экстраназальные операции. Проводимый анализ жалоб больных в отдаленные сроки после подобных операций показывает, что наиболее часто больные жалуются на выделения из носа на стороне операции, на чувство тяжести, на нарушение чувствительности кожи и слизистой оболочки верхней губы на соответствующей стороне, на онемение слизистой оболочки десны и чувство онемения в зубах верхней челюсти [20]. При этом немаловажную роль играют послеоперационные рубцовые изменения в выстилающей слизистой оболочке



верхнечелюстной пазухи, вследствие которых образуются зоны застоя, препятствующие продвижению секрета в синусе, в норме направленного к естественному соустью за счет колебательных движений ворсинок мерцательного эпителия. Все это создает благоприятную почву для развития хронического воспалительного процесса в оперированной пазухе.

Таблица 4

Виды оперативных вмешательств при одонтогенном верхнечелюстном синусите

Название операции	Кол-во больных	Доля, %
1. Радикальная операция по Калдвелл-Люку с пластикой ороантрального свища)	30	26,5
2. Радикальная максиллотомия	22	19,5
3. Резекция верхушки корня (удаление зубов или корней)	14	12,4
4. Пластика ороантрального свища	6	5,3
5. РМ + РВК	18	15,9
6. РО + ПС + РВК	3	2,7
7. РВК + ПС	2	1,8
8. РМ + ПС	1	0,9
Не оперировались	17	15,0
Всего	113	100

Результаты и их обсуждение

Учитывая известные особенности течения одонтогенных хронических верхнечелюстных синуситов, которые прогностически относятся к более благоприятным, в настоящее время становится особенно актуальным использование более функциональных, щадящих подходов к их хирургическому лечению в стоматологических стационарах. Наличие стойкого ороантрального сообщения уже не относится к абсолютным показаниям для проведения радикальной максиллотомии. Только необратимые, грубые патологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при длительно существующем ороантральном свище должны являться фактором оправдывающим применение традиционного метода хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимов М., Ермакова Ф. Б. Роль очаговой одонтогенной инфекции в патогенезе гайморита // Стоматология. – 1978. – т. 57, № 1. – С. 11–14.
2. Бернадский Ю. И., Заславский Н. И. Одонтогенные гаймориты. – М.: Медицина, 1968. – 85с.
3. Богатов А. И. Профилактика одонтогенного гайморита. Актуальн. вопр. стоматологии: сб. научн. тр. – Самара, 1992. – С. 34–36.
4. Богатов А. И. Особенности диагностики, лечения и профилактики одонтогенного верхнечелюстного синусита в условиях стоматологической поликлиники. – Самара, 1993. – 22 с.
5. Бокштейн Ф. С. Внутриносовая хирургия. – М.: Медгиз, 1956. – 231 с.
6. Гайворонский И. В., Гофман В. Р., Гайворонский А. В. Функциональная анатомия ЛОР органов. СПб., 1996. – 152 с.
7. Гофман В. Р., Киселев А. С., Герасимов К. В. Диагностика носового дыхания. СПб., 1994. – 93с.
8. Козлов В. А., Кочубей Н. М., Некачалов В. В. Динамика морфологических изменений тканей верхнечелюстной пазухи при экспериментальном синусите // Стоматология т. 61. – №1. – С. 49–52.
9. Коломийцев В. П. Клиническая и патоиммуноморфологическая характеристика гайморитов // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1976. – №4. – с. 1–6.
10. Кручинский Г. В., Филиппенко В. И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. – Минск, В. шк. – 1991. – с. 165.
11. Кручинский Г. В., Филиппенко В. И. Пластика передней стенки верхнечелюстной пазухи после гайморотомии аутоотрансплантатами. // Журнал ушн., нос. и горл. болезней. – 1993. – №5–6. – с. 47–50.
12. Лопатин А. С. Современные методы эндоскопической хирургии неопухолевых заболеваний носа и околоносовых пазух. – М., 1998. – с. 6–18.
13. Лузина В. В., Мануйлов О. Е. Щадящая гайморотомия – метод выбора при лечении больных с хроническим одонтогенным гайморитом со свищем // Наследие А. И. Евдокимова. – М., 1993. – с. 38–40.
14. Лузина В. В., Смирнская Т. В., Мануйлов О. Е. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике при диагностике и лечении одонтогенного гайморита // стоматология. – 1991. – т. 70. – №4 с. 53–54.
15. Пальчун В. Т., Устьянов Ю. А., Дмитриев Н. С. Параназальные синуситы. – М.: Медицина, 1982. – 246 с.



16. Устьянов Ю. А., Мышкин Е. Н. Подслизистая резекция носовой перегородки и ее значение в эндоназальной хирургии – В кн.: Актуальные вопросы оториноларингологии // под ред. В. С. Погосова. – Липецк, 1971. – с. 93–94.
17. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. // М.: Медицина. – 1985 с. 268–284.
18. Уваров В. М. Одонтогенные гаймориты – Медгиз: Лен. отделение. – 1962.
19. Янков Н. И. К методике оперативного лечения хронических гайморитов. – ВМедЖ. – №1. – 1976. – с. 71–72.
20. Яшан Н. А., Масин А. Ф. Актуальные вопросы оториноларингологии. – Киев, 1967. – с. 146–147.

Клёнкина Елена Ивановна, начальник подвижного стоматологического кабинета в/ч 3726, 357500, г. Пятигорск, ул. Партизанская, д. 1; E-mail: klenkin.76@mail.ru, тел. +79283453080

УДК 616. 28-008. 1: 616. 831-005

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ «ШУМОВОГО» ГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ В ШУМЕ

Ю. Н. Козак-Волошаненко, Е. В. Овсяник

CEREBRAL HEMODYNAMIS IN PATIENTS WITH NOISEINDUCED HEARING LOSS, WHICH DEPENDS OF JOB IN A NOISY ENVIRONMENT

Y. N. Kozak-Boloshanenko, K. V. Ovsyanik

*Д. У. «Институт отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины»
(Директор – академик НАМН Украины, проф. Д. И. Заболотный)*

В статье представлены исследования количественных и качественных показателей реоэнцефалографии у больных с сенсоневральной тугоухостью «шумового» генеза в зависимости от стажа работы в шуме. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о целесообразности использования данных реоэнцефалографии при диагностике и лечении больных сенсоневральной тугоухостью шумового генеза.

Ключевые слова: сенсоневральная тугоухость, реоэнцефалография, церебральная гемодинамика, диагностика, шум.

Библиография: 5 источников.

This thesis consist the results of characteristic features of reoncephalography of patients with noiseinduced hearing loss, which caused by job in a noisy environment. The results of the conducted researches it is set, that because of necessarily of realization of creteries of reoencephalography, which helps to develop recommendations of the diagnostics and treatment to patients with noiseinduced hearing loss.

Key words: sensoneural hearing loss, reoencefalography, cerebral hemodynamics, diagnostics, noise

Bibliography: 5 sources.

Проблема профессиональной сенсоневральной тугоухости (СНТ) остается чрезвычайно актуальной и в настоящее время, так как ее частота возрастает во всем мире. В работе Э. Л. Синевой [1] при проведении реоэнцефалографических (РЭГ) исследований у больных СНТ «шумового» генеза авторы выявили нарушение церебральной гемодинамики, как в артериальном так и венозном русле, которые проявляются снижением интенсивности пульсового кровенаполнения, повышением тонуса мозговых сосудов, затруднением венозного оттока и имеют четкую зависимость от стажа работы в шуме.

Т. В. Шидловская и соавт. [3, 4] отмечают, что сердечно-сосудистые нарушения, очевидно, предшествуют развитию СНП.

Значение РЭГ, которая позволяет объективно оценить состояние сосудов головного мозга, показано в ряде работ [2, 5].

Целью нашей работы было исследование количественных и качественных показателей реоэнцефалографии у больных с СНТ «шумового» генеза в зависимости от стажа работы в шуме.