

Гончаренко С.А., Захарова Ж.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ ЗУБА И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОВИДЕОМИКРОМАКСИЛЛОТОМИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: электровозбудимость пульпы зуба, эндовидеомикромасиллотомия.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух одонтогенной этиологии (одонтогенные синуситы), а также кисты и кистоподобные новообразования (одонтогенные кисты) околоносовых пазух относятся к числу наиболее частых заболеваний верхних дыхательных путей. Они составляют до 25,8% воспалительных процессов верхнечелюстной пазухи (Синёва В. И., 1980). Количество больных с заболеваниями верхнечелюстных пазух по данным литературы составляет от 6,9 до 8,0% по отношению к числу всех госпитализированных в отделения челюстно-лицевой хирургии (Бернадский Ю. И., Мухаметзянова Т. С., 1991; Мануйлов О. Е., Лузина В. В., 1991; Романов И. А., 1998).

В отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ по данным отчётов за 2003–2011 гг. больные синуситами и одонтогенными кистами околоносовых пазух составляли от 5,1 до 7,6% общего числа госпитализированных в разные годы.

В этиологии одонтогенного воспаления основное значение имеет инфекция проникающая в пазухи от разрушенных кариозным процессом зубов: при хроническом гранулирующем и гранулематозном периодонтите или его обострении, реже – пародонтите, нагноении радикулярных кист.

Возбудители процесса, как правило, это представители патогенной микрофлоры полости рта и инфекционных очагов в зубах, периапикальной костной ткани, слизистой оболочки. Кроме воспаления одонтогенной природы, возможно нарушение целостности дна пазухи и возникновение сообщения между пазухой и полостью рта при удалении зубов и проведении операций на альвеолярном отростке верхней челюсти.

Одонтогенное воспаление чаще развивается в пневматических пазухах, дно которых может непосредственно прилежать к корням больших и малых коренных зубов. При этом их разделяет костная пластинка толщиной не более 0,1 мм, тогда как при склеротическом типе эта толщина может достигать 14 мм в области клыков. Выдающиеся в пазуху луники зубов имеют отверстия, через которые надкостница корня приходит в соприкосновение со слизистой оболочкой пазух (Иорданишвили А. К., Гофман В. Р., 2007). При этом одонтогенная инфекция в приле-

гающих зубах легко распространяется на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, вызывая при этом её острое, либо хроническое воспаление. Вариантом развития кистоподобных новообразований слизистой оболочки верхнечелюстных пазух, в альвеолярной и нёбной бухтах, так же считаем ответной реакцией слизистой оболочки на воздействие одонтогенной инфекции, либо результатом токсического воздействия продуктов распада микроорганизмов в инфицированных зубах и в периапикальной костной ткани. Большую часть из причин развития хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита составляют инородные тела в виде пломбировочного материала, выведенного в пазуху через корневой канал зуба при его пломбировании.

При соответствующих жалобах, анамнезе и данных рентгенологического обследования, в том числе КТ и МРТ, диагностика одонтогенной этиологии патологических изменений в верхнечелюстных пазухах в ряде случаев бывает весьма затруднительной.

В отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ последние 9 лет наиболее частым дополнительным диагностическим методом для подтверждения (исключения) одонтогенной этиологии воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух, является электроодонтометрия (ЭОМ) зубов. Если показатель ЭОМ исследуемых зубов или одного зуба составляет более 20 мкА, а чаще бывает 40 мкА и выше, то данные зубы с большой степенью вероятности можно считать «причинными», а патологические изменения верхнечелюстной пазухи – одонтогенной этиологии.

Необходимо отметить, что при наличии псевдокист (ретенционных кист) слизистой оболочки верхнечелюстных пазух, неодонтогенного происхождения и берущих начало с боковых стенок пазух, или даже с верхней, что невозможно достоверно интерпретировать рентгенологически при больших их размерах, могут механически раздражать или сдавливать луночковые нервы зубов и вызывать при этом снижение, иногда значительное, до 60 мкА, электровозбудимости пульпы зубов. В таких диагностически сложных случаях мы применяем с 2007 г. эндоскопическое исследование верхнечелюстных пазух.

Важно отметить, что после удаления ретенцион-

ных кист слизистой оболочки, имеющих неodontогенную этиологию, при динамическом исследовании электровозбудимости зубов со сниженной чувствительностью, происходит восстановление показателей ЭОМ до условно-нормальных показателей.

Таким образом, использование дополнительных методов диагностики (электроодонтометрия, эндоскопическое исследование) при патологических

изменениях со стороны верхнечелюстной пазухи имеют большое клиническое значение – метод ЭОМ позволяет с большой степенью вероятности, а эндоскопическое исследование достоверно, определить «причинный» зуб при одонтогенных синуситах или одонтогенных кистоподобных новообразованиях верхнечелюстных пазух, и тем самым определить дальнейшую тактику хирургического лечения.

Goncharenko S.A., Zakharova J.V. **Study electro-exitability pulp and diagnostic endovideomickromaxillotomy diagnostics of pathological changes in the maxillary sinuses.** FGI "1477 Naval clinical fleet hospital", Vladivostok

Keywords: electroexcitability, tooth pulp, endovideomickromaxillotomy.

Автор-корреспондент:

Гончаренко Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, подполковник м/с, начальник отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии 1477 ВМКГ, тел. 8(423)246-77-90; e-mail: vmkg26826@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК [616.711+617.3+616.8-089-006]:001.89.

Мануковский В.А., Бадалов В.И., Коростелёв К.Е., Тюликов К.В.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: компрессионные переломы позвонков, хирургическое лечение, минимально инвазивные методы.

Компрессионные переломы позвонков, не сопровождаемые стенозом позвоночного канала составляют до 22% всех случаев травматических повреждений позвоночника и являются причиной нарастающей со временем кифотической деформации и стойкого болевого синдрома. Предложено множество способов лечения неосложнённых компрессионных переломов позвонков, в том числе минимально инвазивных, направленных восстановление высоты повреждённых передних отделов позвонка, устранение кифотической деформации и восстановление опороспособности тел позвонков.

Целью исследования явилось изучение ближайших результатов применения минимально инвазивных методик в лечении компрессионных переломов тел позвонков.

Материалы и методы. За последнее время в клинике было прооперировано 88 пациентов с компрессионными переломами позвоночника с применением малоинвазивных методик. Показаниями к применению малоинвазивных методов оперативного лечения переломов позвоночника считали компрессионные и компрессионно-оскольчатые переломы тел позвонков 1–2 степени, не спрово-

ждающиеся стенозом позвоночного канала, компрессией невралных структур, не проявляющиеся неврологическим дефицитом. Основным проявлением спинальной травмы в этих случаях был стойкий болевой синдром.

При компрессионных переломах позвоночника I степени с отсутствием значимой клиновидной деформации тела повреждённого позвонка, отсутствии оскольчатого характера перелома и целостности замыкательных пластинок выполнялась чрезкожная пункционная вертебропластика. При более выраженной клиновидной деформации тела позвонка II степени, а в отдельных случаях – III степени, коррекция клиновидной деформации осуществлялась применением чрезкожной пункционной кифопластики. При наличии компрессионно-оскольчатого перелома тела позвонка без выраженной клиновидной деформации и стеноза позвоночного канала выполнялась чрезкожная транспедикулярная фиксация позвоночника.

Результаты. Механизмом получения травмы были падения с высоты в 53 случаях, автотравмы – в 35 случаях. Преобладали пациенты мужского пола (70 пострадавших – 79,5 %). У всех пострадавших наблюдались травмы нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника (42,0% и 58,0%, соответствен-