



УДК: 616.216.1-002:616.314.17-008.1]-085

**ОДНОВРЕМЕННОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО
ОДОНТОГЕННОГО ГНОЙНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
И ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРИОДОНТИТА
С СОХРАНЕНИЕМ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА****А. Б. Киселев, В. А. Чаукина, К. О. Самойлов, А. О. Изюмов, Г. Г. Пуль****SIMULTANEOUS THERAPEUTIC TREATMENT
OF THE ODONTOGENIC ACUTE PURULENT MAXILLITIS
AND DESTRUCTIVE CHRONIC PERIODONTITIS IN CAUSABLE DENS****A. B. Kiselev, V. A. Chaukina, K. O. Samoylov, A. O. Isumov, G. G. Pull***ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. А. Рымша,**зав. каф. терапевтической стоматологии – докт. мед. наук. Т. Г. Петрова)**ЗАО «Стоматологическая поликлиника № 4», Новосибирск**(Главный врач – В. П. Высочкин)*

Представлен метод одновременной терапевтической санации воспалительного очага в анатомической области, включающей в себя канал корня зуба и дентинные каналы, периапикальный периодонт и верхнечелюстную пазуху. Метод лечения соответствует принятому в стоматологии принципу одномоментного тройного воздействия по И. Г. Лукомскому на различные ткани воспалительного очага. Эффективность разработанного метода лечения показана в клиническом исследовании с привлечением 30 пациентов с хроническим верхушечным гранулематозным (гранулирующим) периодонтитом, одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Авторы считают, что предложенная методика в случае резорбции кортикальной пластинки дна гайморовой пазухи в области периапикального хронического деструктивного периодонтита позволяет купировать синусит и сохранить причинный зуб.

Ключевые слова: *верхнечелюстной синусит, хронический деструктивный периодонтит.*

Библиография: *13 источников.*

Authors suggest new method of simultaneous therapeutic sanitation of destructive chronic periodontitis complicated by acute purulent maxillitis. This way of treatment corresponds to proved in stomatology I.G. Lukomsky's principle of triple action in heterogeneous tissues in the suppurative focus: root channel, dentine canaliculi; periodontal tissue and mucosal tissue of the maxillaries sinus. Authors demonstrate efficiency of the method in the clinical research, which includes 30 patients with chronic granulomatous / granulomatous apical periodontitis, complicated by acute purulent maxillitis. Authors believe, the method breaks maxillitis off and preserves causal dens in cases of cortical lamina resorption in chronic periodontitis complicated by acute purulent maxillitis.

Key words: *maxillitis, destructive chronic periodontitis.*

Bibliography: *13 sources.*

Одонтогенный гайморит можно отнести к числу распространенных заболеваний. В структуре заболеваемости острым верхнечелюстным синуситом одонтогенные гаймориты в течение последних десяти лет составляют от 7,2 до 63% [1, 6]. Больные острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом (ООВС) составляют 3,6–8% из числа госпитализированных в стационары стоматологического профиля [7, 10]. По данным Т. Г. Робустовой, за 50 лет (с 1954 по 2004 г.) заболеваемость одонтогенным синуситом увеличилась в 10 раз [8]. Анализ оказания лечебной стоматологической помощи больным с одонтогенным гайморитом, проведенный многими авторами, показывает, что в большинстве случаев больной с одонтогенным гайморитом независимо от характера одонтогенной причины, сразу подвергается хирургическому лечению (экстракции зуба), предшествующая активная противовоспалительная терапия часто не проводится [4, 7].



Причиной высокой частоты встречаемости одонтогенного гайморита наряду с несвоевременным лечением кариеса является частое и раннее поражение кариесом именно первых постоянных моляров. Как следствие, возникает необходимость проведения эндодонтического лечения осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) у лиц молодого и детского возраста, часто в зубах до конца несформированной верхушкой корня, что является препятствием для полноценной obturation корневых каналов в процессе эндодонтического лечения. Зубы с хроническим верхушечным периодонтитом рассматриваются как очаги бактериальной, чаще стрептококковой, сенсibilизации организма [3]. Выше изложенное диктует необходимость повышения эффективности консервативного лечения хронического периапикального периодонтита зубов, прилежащих к верхнечелюстной пазухе.

Терапевтическое стоматологическое лечение верхушечного периодонтита при развившемся одонтогенном верхнечелюстном синусите – одна из важных и еще не полностью решенных проблем стоматологии. Особую актуальность проблема приобретает в случае, когда деструктивный периапикальный процесс имеет место у корней зубов, прилежащих к верхнечелюстной пазухе. В этом случае применение хирургических методов лечения хронического апикального периодонтита, в том числе зубосохраняющих – резекция верхушки корня или ампутация корня, неизбежно переводит существующий гайморит в перфоративную форму [2, 4]. Несмотря на применение достаточно эффективных антибактериальных препаратов, на фоне базисного эндодонтического лечения не всегда удается восстановить структуру костной ткани, что является показанием для хирургического вмешательства [2, 9]. Хронический периодонтит как причина развития одонтогенного верхнечелюстного синусита (ОВЧС) рассматривается в 40,5% случаев [11].

Частота неудовлетворительных результатов при применении эндодонтического лечения «причинного» зуба на фоне ОВЧС достигает 80%. Всем больным с одонтогенным гайморитом проводится хирургическое лечение как со стороны полости рта, так и со стороны гайморовой пазухи, что приводит к преждевременной потере зубов верхней челюсти и необходимости ортопедического лечения [3].

Разработанный нами метод лечения предназначен для терапевтического лечения пациентов с хроническим гранулирующим и гранулематозным периапикальным периодонтитом, на фоне течения которого развилась клиника острого одонтогенного неперфоративного верхнечелюстного синусита (катаральная, гнойная формы легкой и средней степеней тяжести). Метод лечения соответствует принципу одномоментного тройного воздействия по И. Г. Лукомскому на разнородные ткани воспалительного очага: корневой канал, дентинные каналы, ткань периодонта и слизистую оболочку верхнечелюстного синуса.

Цель исследования. Предложить терапевтический подход к лечению гранулирующего и гранулематозного периодонтита, осложненного верхнечелюстным синуситом, что позволит сохранить пораженный зуб (профилактика ортопедических проблем), предотвратить образование перфорации между корневым каналом и верхнечелюстной пазухой. Лечение осуществляется на фоне системной антибактериальной терапии амоксициллином клавуланатом в терапевтической дозе 45–50 мг/кг массы в течение 7 дней.

Критерии отбора пациентов, подлежащих предложенному терапевтическому лечению:

- 1) мужчины и женщины в возрасте 18–50 лет с клинко-рентгенологическим подтверждением диагноза хронического периодонтита (формы – гранулирующий, гранулематозный), одонтогенного неперфоративного гнойного верхнечелюстного синусита;
- 2) диаметр периапикального очага деструкции не более 4 мм;
- 3) естественная или восстановленная проходимость корневых каналов зуба (зубов) для эндодонтического лечения;
- 4) наличие одного «причинного» зуба;
- 5) резорбция кортикальной пластинки дна гайморовой пазухи;
- 6) течение одонтогенного синусита легкой и средней степени тяжести;
- 7) предварительная оториноларингологическая подготовка больного;
- 8) нормализация температуры тела или изначально нормальная температура тела на момент стоматологического лечения;



9) отсутствие противопоказаний для НЧУЗ-терапии.

Противопоказания к предлагаемому методу лечения соответствуют противопоказаниям к низкочастотной ультразвуковой терапии больных, а также размер очага периапикальной деструкции более 4 мм.

Явными противопоказаниями являются: гипертоническая болезнь, выраженные атеросклеротические изменения сосудов сердца и головного мозга, выраженная дисфункция вегетативной нервной системы, активный туберкулез легких, злокачественные новообразования любой локализации, острые инфекционные соматические заболевания, беременность в первые три месяца и последний месяц [4].

В качестве источника ультразвуковых колебаний использован аппарат «Тонзиллор-2» (частота колебаний 26,5 кГц, амплитуда колебаний 20–40 мкм). Методика лечения основана на явлении кавитации жидкости за счет создания в ней переменных давлений, что приводит к появлению в жидкости мельчайших пузырьков, при образовании которых возникают высокие мгновенные давления, достигающие сотен атмосфер. На поверхности кавитационных пузырьков образуются электрические разряды, вызывающие ионизацию паров, наполняющих пузырьки [12, 13]. При захлопывании пузырьков ионы попадают в жидкость, образуя в ней активные молекулы и радикалы, что изменяет ход химических реакций как в озвучиваемых растворах, так и в биотканях [4]. Именно по этой причине следовало создать условия контакта пораженных тканей с жидкостью. В этом отношении важно положение пациента во время лечения.

В качестве антисептика для верхнечелюстной пазухи выбран диоксидин, поскольку в литературе имеются сведения и об устойчивости диоксида к низкочастотному ультразвуковому озвучиванию и о повышении антисептических свойств диоксида после низкочастотного ультразвукового озвучивания по отношению к *Str. epidermidis* – в 2,6 раза, *St. aureus* – в 2,8 раза, *Ps. Aeruginosa* – в 2,9 раза, *E. coli* – в 3,2 раза [5].

Условия для осуществления метода лечения:

- предварительная пункция и катетеризация верхнечелюстной пазухи подключичным катетером через нижний носовой ход;
- сохраненная или восстановленная проходимость зубных каналов.

Метод лечения заключается в следующем:

Подготовка больного: пациенту проводятся пункция и катетеризация ВЧП, промывание ВЧП физиологическим раствором. Манипуляцию проводит врач-оториноларинголог.

Тройное санирующее воздействие на ткани очага гнойного воспаления: корневого канала и дентинных канальцев, периодонта, слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Этот этап лечения проводит врач-стоматолог.

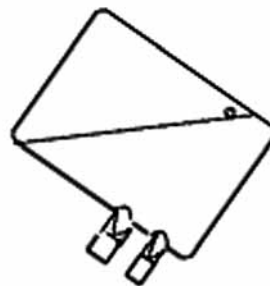
1. Осуществляется хемомеханическое препарирование корневых каналов.

2. Выполняется *in vitro* ультразвуковое озвучивание 20 мл 0,1%-ного раствора диоксида ($t = 36-38^\circ$) пропусканием его через волновод-распылитель и введением этого раствора одноразовым шприцем через катетер в верхнечелюстную пазуху до появления вкуса во рту. Появление вкуса лекарства во рту указывает на заполнение нижней половины полости пазухи активированным раствором антисептика. Положение больного в стоматологическом кресле – полулежа с откинутой назад головой на $30-45^\circ$. (Ориентиры: верхняя носогубная складка и верхняя точка места прикрепления ушной раковины находятся на одной горизонтальной линии.) Указанное положение пациента обеспечивает сохранение раствора в нижней $1/2$ объема ВЧП, и является гарантией того, что корни зубов и примыкающая к ним слизистая оболочка на всем протяжении контактируют с озонированным раствором (рис.). В условиях резорбции кортикальной пластинки дна верхнечелюстной пазухи эндодонтическое ультразвуковое озвучивание беспрепятственно воздействует на мягкие ткани слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и прилежащий к ней активированный раствор антисептика.

Выполняется эндодонтическая озоноультразвуковая обработка корневых каналов, зоны деструкции периодонта, слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Завершается процедура лечения установкой временной корневой пломбы с гидроксидом кальция.

Таким образом, процедура эндодонтической санации сопровождается одномоментной санацией деструктивно измененной ткани кортикальной пластинки дна верхнечелюстной пазу-

Рис. Схематичное изображение уровня жидкости промывных вод в верхнечелюстной пазухе в положении головы, откинутой назад на 35°.



хи и слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Одновременно происходят местное лечение верхнечелюстного синусита и устранение причины, вызвавшей синусит.

Низкочастотное ультразвуковое лечение проведено на 1, 3, 5, 7 и 10-й дни. При купировании острого синусита эндодонтическое лечение (ношение герметической повязки с гидроксидом кальция) продолжено. Постоянное пломбирование зубных каналов проведено при появлении признаков костеобразования в зоне кортикальной пластинки (через 3–6 месяцев).

Эффективность лечения оценена по обратной динамике острого одонтогенного синусита. Разработанным методом проведено лечение 30 пациентов с хроническим периодонтитом, осложненным неперфоративным острым гнойным одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Обратная динамика острого гнойного одонтогенного синусита оценена в сравнительном исследовании, в качестве группы контроля рассмотрены 30 пациентов с гнойным одонтогенным синуситом, которым проведена экстракция причинного зуба. Динамика выявления и купирования симптомов заболевания приведена в таблице.

Болезненность при пальпации в области проекции придаточных пазух носа наблюдалась при включении в исследование у 93,3% больных группы исследования и 76,6% больных контрольной группы. Симптом отмечен при 1 контрольном обследовании (на 3-и сутки) у 20% больных группы исследования и 26,6% больных контрольной группы. За дальнейший период наблюдения симптом не выявлен. Динамика купирования симптома сопоставима в группах сравнения, соответствует обычной положительной динамике лечения заболевания. Головная боль наблюдалась при включении в исследование у 100% больных обеих групп. На 3-и сутки лечения симптом выявлен у 89,9% больных группы исследования и 69,5% больных контрольной группы. На 5-е сутки – у 16,7% больных группы исследования и 20% больных контрольной группы. На 7-е сутки головная боль выявлена в одном случае в группе контроля (3,33%). Однако при обследовании пациентки на этом этапе зарегистрирована артериальная гипертензия, которая также может способствовать ощущению головной боли. В дальнейшем симптом

Таблица

Средние сроки купирования симптомов острого гнойного синусита в наблюдаемых группах

Симптомы	Основная		Контрольная		$p < 0,05$
	Количество пациентов, %	$M \pm m$ (сутки)	Количество пациентов, %	$M \pm m$ (сутки)	
Болезненность при пальпации в области проекции ППН	93,3	$1,53 \pm 0,7$	76,6	$1,56 \pm 0,8$	
Головная боль	100	$4,5 \pm 0,3$	100	$4,17 \pm 0,6$	
Данные ЛОР-осмотра	100	$6,63 \pm 0,21$	100	$7,1 \pm 0,19$	*
Повышенная температура тела	69,9	1	46,7	$1,21 \pm 0,33$	
Лейкоцитоз	56,6	$1,35 \pm 0,19$	53,3	$1,9 \pm 0,24$	*
Ускоренная СОЭ	93,3	$1,75 \pm 0,34$	76,6	$1,52 \pm 0,21$	
$\pm M \pm m$		$2,91 \pm 0,16$		$2,93 \pm 0,18$	
* $p < 0,05$ по отношению к контрольной группе.					



не выявлен. Динамика купирования симптома соответствует средним срокам купирования симптома при остром гнойном риносинусите. Данные ЛОР-осмотра и содержание лейкоцитов в периферической крови показали достоверно лучшую клиническую обратную динамику синусита, что, вероятнее всего, следует связать с меньшей травматизацией тканей организма при консервативной терапии (хотя пункция пазухи относится к инвазивным методикам консервативного лечения) и более выраженным местным санационным эффектом в группе исследования.

Восстановление костной ткани в разной степени через 6 месяцев наблюдалось у всех больных, при этом редукция периапикального процесса более $\frac{1}{3}$, но менее $\frac{1}{2}$ имела место у 2 больных (6,7%); редукция периапикального процесса более $\frac{1}{2}$ – у 18 больных (60%); полное восстановление структуры костной ткани и формирование кортикальной пластинки у 10 больных (33,3%). Таким образом, результаты консервативного лечения предложенным методом хронического гранулезного (гранулематозного) периодонтита, осложненного острым гнойным верхнечелюстным синуситом оценены как удовлетворительно – 6,7%; хорошо – 60%, отлично 33,3%.

Выводы

Хронический верхушечный гранулематозный/гранулирующий периодонтит, осложненный острым гнойным верхнечелюстным синуситом при лизисе кортикальной пластинки и размере периапикальной деструкции не более 4 мм подлежит терапевтическому стоматологическому лечению при соответствующей оториноларингологической подготовке пациента.

Использование низкочастотного ультразвука для эндодонтической санации на фоне экспозиции активированного раствора антисептика в верхнечелюстной пазухе в лечении хронического гранулезного/гранулирующего периодонтита, осложненного острым гнойным верхнечелюстным синуситом позволяет сохранить «причинный» зуб, купировать в обычные сроки клинику острого синусита.

В отдаленном периоде редукция периапикального процесса более $\frac{1}{2}$ наблюдается у 60% больных; полное восстановление структуры костной ткани и формирование кортикальной пластинки у 33,3% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В. С., Овруцкий Г. Д., Гемонов В. В. Практическая эндодонтия. – М., 1984. – 220 с.
2. Клинико-лабораторная характеристика, диагностика и лечение острых одонтогенных верхнечелюстных синуситов / М. А. Губин [и др.] // Стоматология. – 2003. – № 2. – С. 28–30.
3. Ксембаев С. С., Ямашев И. Г. Комплексное лечение больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстей. Теоретические и клинические вопросы челюстно-лицевой хирургии: мат. конф. Уфа, 2005. – С. 34–36.
4. Нестерова К. И. Ультразвуковая терапия заболеваний полости носа. – Омск: Омский дом печати, 2004. – 141 с.
5. Оценка эффективности лечения деструктивных периодонтитов остеопластическим материалом ТрАлексгель / В. М. Дуров [и др.] // Стоматология. – 2011. – № 1. – С. 30–33.
6. Пальчун В. Т., Кунельская Н. А., Кислова Н. М. Экстренная патология носа и околоносовых пазух // Вестн. оторинолар. – 1998. – № 3. – С. 4–12.
7. Пискунов С. З., Быканова Т. Г. Где должен лечиться больной с одонтогенным гайморитом? // Новости оторинолар. и логопатол. – 2000. – № 4. – С. 87–88.
8. Робустова Т. Г. Одонтогенное воспаление верхнечелюстной пазухи: руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – С. 312–326.
9. Сергеева И. Л. Совершенствование методов заапикальной терапии в комплексе эндодонтических вмешательств: мат. V Сибирского конгресса «Стоматология и челюстно-лицевая хирургия». – Новосибирск, 2010. – С. 187–194.
10. Сысолятин С. П., Сысолятин П. Г., Мельников М. Н. Сравнительная оценка методов хирургического лечения одонтогенных гайморитов // Рос. ринология. – 2000. – № 2. – С. 9–11.
11. Худайбергенов Г. Г., Гунько В. И. Опыт диагностики и лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом // Стоматология. – 2011. – № 3. – С. 59–61.
12. Цыбров Г. Е., Манджигалдзе Г. Г. Электрические явления при ультразвуковой аэрозольной обработке биологических тканей. Ультразвуковая терапия и хирургия: мат. семинара / под ред. В. Л. Шейман, Б. А. Иссерлис. – 1988. – С. 36–37.
13. Эпилнер Л. Е. Биофизика ультразвука. – М.: Медицина, 1973. – 287 с.



Киселев Алексей Борисович – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Новосибирского ГМУ, Главный внештатный оториноларинголог Департамента здравоохранения мэрии г. Новосибирска. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, тел.: 8-383-226-63-52; сот. тел. +7-913-949-63-22, e-mail: kislor@list.ru; **Чаукина** Виктория Александровна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Новосибирского ГМУ. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, тел.: 8-383-226-63-52; сот. тел. +7-923-231-70-81, e-mail: vict.chau@mail.ru; **Самойлов** Константин Олегович – докт. мед. наук, профессор каф. терапевтической стоматологии Новосибирского ГМУ. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, сот. тел.: +7-913-940-16-38, раб. тел.: 8-383-278-31-76; **Изьомов** Александр Олегович – канд. мед. наук, сотрудник каф. стоматологии детского возраста Новосибирского ГМУ. 630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52, сот. тел.: +7-913-939-10-10, раб. тел.: 8-383-353-53-03; **Пуль** Галина Геннадьевна – стоматолог-терапевт, заведующая лечебно-профилактическим отделением №2 в ЗАО «Стоматологическая поликлиника № 4», раб. тел.: 8-383-269-12-96, сот. тел.: +7-913-939-10-10.

УДК:616.211:616.212.4:616.213:616.213.6:616.214.2:616.216

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛЛОМЫ И РАКА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

И. А. Коршунова, В. И. Попадюк, И. И. Бабиченко, И. И. Матела

DIAGNOSTIC CRITERIA OF INVERTED PAPILLOMA AND CANCER OF NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

I. A. Korshunova, V. I. Popadyuk, I. I. Babichenko, I. I. Matela

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк,

зав. каф. патологической анатомии – проф. И. И. Бабиченко)

В статье представлены результаты исследования, посвященного ранней диагностике опухолей полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП), выявлению источника малигнизации слизистой оболочки ПН и ОНП. С помощью иммуногистохимического (ИГХ) метода произведена оценка злокачественного потенциала инвертированных папиллом (ИП) и дисплазии эпителия, установлены критерии диагностики рака слизистой оболочки ПН и ОНП.

Анализ полученных данных показал, что ИП и ее рецидивы являются доброкачественными новообразованиями, связанными с вирусом папилломы человека, участки дисплазии эпителия слизистой оболочки ПН и ОНП могут быть причиной развития рака данной локализации.

Ключевые слова: инвертированная папиллома, рак, полость носа, околоносовые пазухи.

Библиография: 11 источников.

This article presents the results of a study on the early diagnosis of tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, identifying the source of malignancy mucosa membrane nasal cavity and paranasal sinuses. Using immunohistochemical method evaluated the malignant potential of inverted papilloma and epithelial dysplasia, established criteria for diagnosis of cancer of the mucous membrane nasal cavity and paranasal sinuses.

Analysis of the data showed that inverted papilloma and its recurrences are benign tumors associated with human papilloma virus, mucosal epithelium dysplasia sites nasal cavity and paranasal sinuses can cause cancer of this localization.

Key words: inverted papilloma, carcinoma, nasal cavity, paranasal sinuses.

Bibliography: 11 sources.

Проблема ранней диагностики и своевременного лечения опухолей ПН и ОНП – одна из наиболее трудных в современной онкологии. Злокачественные опухоли, имея скрытые клинические проявления, диагностируются и верифицируются на достаточно поздних стадиях опу-