

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИСУСИТОМ У ЛИЦ
С РАЗЛИЧНЫМ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМ СТРОЕНИЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

М.Е.ПОПОВА, Р.Н.КИКОВ, О.Ю.ШАЛАЕВ

*ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н.Бурденко Минздрава России, кафедра стоматологии общей практики
394036, Воронеж, ул. Студенческая, 10.*

Аннотация. Значительная часть перфораций верхнечелюстной пазухи, как правило, происходит при экстракции зубов верхней челюсти на амбулаторном приеме. Одна из причин этой тенденции кроется в особенности топографо-анатомического строения челюстно-лицевой области, которые недостаточно освещены в литературе. Данные литературы свидетельствуют, что количество пациентов с верхнечелюстными синуситами неуклонно растет и составляет от 4-7% от всех воспалительных процессов челюстно-лицевой области, причем большую часть пациентов с верхнечелюстными синуситами составляют люди молодого и среднего возраста. Целью исследования является изучение особенностей клинической картины одонтогенного верхнечелюстного синусита у лиц с различным строением лицевого отдела черепа. Краниометрические исследования проводились по методике Мартина 134 больным одонтогенным верхнечелюстным синуситом, находившихся на стационарном лечении в БУЗ ВОКБ №1, отделении Челюстно-лицевой хирургии №1 в период с 2005-2010 гг. Анализируя полученные результаты, авторами отмечено, что у лиц с долихоцефалическим типом строения черепа, заболевание протекает более агрессивно, с тенденцией к перфорации верхнечелюстной пазухи. В результате проведенной работы будет разработан алгоритм диагностики верхнечелюстных синуситов, что позволит прогнозировать и предупреждать перфорации верхнечелюстного синуса и их осложнения при первичном обращении пациентов в стоматологические учреждения.

Ключевые слова: верхнечелюстной синусит, брахицефалический, мезоцефалический, долихоцефалический, верхнечелюстная пазуха.

MORBIDITY SICKNESS RATE OF MAXILLARY SINUSITIS FOR PATIENTS WITH DIFFERENT
ANTHROPOMETRIC STRUCTURE OF MAXILLOFACIAL AREA

M.E. POPOVA, R.N. KIKOV, O.Y. SHALAEV

*GBOU VPO VGMA N.N. Burdenko Ministry of Health of Russia, chair of stomatology of the general practice,
394036, Voronezh, Studencheskaya St., 10*

Abstract. Most part of the perforations of the maxillary sinus happens during extraction maxillary teeth at the dental office. One of the reason this tendency concludes in topographic-anatomy singularity of maxillofacial region, wich are not enough describe in studies. Quantity of patients with maxillary sinusitis, steadfastly increase and compose 4-7% from all of the inflammation process of maxillofacial area, it reports in articles. The most part of patients consist in people of young and average ages. The aim of this study was to determine peculiarities of clinical pictures odontogenic maxillary sinusitis for patients with different anthropometric structure of maxillofacial area. 134 patients with odontogenic maxillary sinusitis were studied by Martins methods in period 2005-2010. We conclude that the patients with dolichocephalic cranium diseased more aggressive with tendency for perforation of maxillary sinusitis. The results to work up algorithm of diagnosis maxillary sinusitis, thanks to this studies we can prognosis and prevent perforations of maxillary sinus and their complications on first visit at any stomatological departmens.

Key words: maxillary sinusitis, brachycephalic, mesocephalic dolichocephalic, maxillary sinus.

Верхнечелюстной синусит – это проблема, стоящая на стыке двух специальностей- оториноларингологии и стоматологии. Данной патологии посвящено большое количество публикаций, как в отечественной, так и зарубежной литературе [2, 10].

Большую часть пациентов с верхнечелюстным синуситом составляют люди молодого и среднего возраста. За последние 10 лет заболеваемость этой патологией выросла в 3 раза [3, 4]. Больные верхнечелюстным синуситом поступают на лечение как в челюстно-лицевые, так и оториноларингологические отделения стационаров, из них от 2 до 50% больные хроническим синуситом, причем перфоративная форма – 41,2-77,2% [2]. Такие расхождения данных объясняются тем, что часть больных одонтогенными синуситами госпитализируется в ЛОР-клиники, где не всегда проводится детальное обследование зубо-челюстной системы, поэтому одонтогенные верхнечелюстные синуситы встречаются значительно чаще, чем распознаются.

Данные литературы свидетельствуют, что количество пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами неуклонно растет и составляет от 4 до 7% от всех воспалительных процессов челюстно-лицевой области [4, 6, 10].

Вопросам диагностики, лечения и профилактики одонтогенных верхнечелюстных синуситов посвящены многочисленные исследования [1, 6, 9, 10]. Однако собственный клинический опыт убеждает в том, что эта проблема до настоящего времени остается актуальной.

Рядом авторов отмечена тенденция к увеличению количества больных с перфоративным одонтогенным верхнечелюстным синуситом [2, 6, 13, 14]. Как правило, это происходит при экстракции зубов на верхней челюсти на амбулаторном приеме.

Возникновение ороантрального сообщения часто приводит к хронизации воспалительного процесса в верхнечелюстном синусе с последующим хирургическим лечением больного в условиях стационара, а также значительным сроком нетрудоспособности [2, 3, 8].

Проведенные исследования показали, что чаще всего причиной одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита являются периапикальные воспалительные процессы в области первого (35,5-80%) и второго (15,5-45%) моляров. В меньшей степени причиной становятся премоляры (3-10%), клыки (2-3,6%) и третьи моляры (1-16,5%) [1, 6, 7, 14]. Это во многом обусловлено особенностями топографо-анатомического строения челюстно-лицевой области [11].

Однако до сегодняшнего дня в литературе недостаточно освещены особенности топографо-анатомического строения верхней челюсти и верхнечелюстного синуса и их влияние на развитие одонтогенных верхнечелюстных синуситов [5, 11, 12].

Изучение анатомических образований отдельных областей, в том числе и лицевой, в нашей стране ведется с позиции об индивидуальной изменчивости органов и систем человека, разработанных В.Н. Шевкуненко и его учениками. Именно применение данного направления позволяют по ряду внешних признаков определить особенности строения и положения того или иного анатомического образования у данного пациента и, используя эти данные, выбрать наиболее рациональное хирургическое лечение.

Среди обстоятельств, способствующих повреждению нижней стенки пазухи, обычно выделяют три: анатомические предпосылки, т.е. близость дна пазухи к верхушкам зубов, патологические процессы, приводящие к разрушению костной пластинки, составляющей дно пазухи и, наконец, в методике, т.е. грубое удаление зуба. Анатомически различают три типа верхнечелюстных пазух – пневматический, склеротический и комбинированный. При пневматическом типе размеры пазухи достаточно велики, стенки тонкие, дно вдаётся в альвеолярный отросток, образуя бухты. Корни больших и малых коренных зубов отделены от дна пазухи пластинкой, а иногда имеют непосредственный контакт с выстилающей её слизистой оболочкой. Наибольший объём верхнечелюстной пазухи – 18,6 см³. Пазуха склеротического типа имеет малый объём до 2,8 см³. Средний объём пазухи комбинированного типа – 12,1 см³. Стенки и дно представляют собой кортикальное вещество кости и имеют толщину 1 см и более. Значительное различие объёма верхнечелюстных пазух зависит от строения лицевого черепа (долихоцефалы, мезоцефалы, брахицефалы).

Увеличение числа больных острым одонтогенным верхнечелюстным синуситом, сложность диагностирования причин развития, тяжесть послеоперационных осложнений при радикальной гайморотомии, неврологические расстройства, связанные с травмой второй ветви тройничного нерва при трепанации пазухи, нарушение иннервации зубов, нарушение обоняния и носового дыхания, диктуют необходимость изучения данного заболевания, в том числе индивидуальных особенностей строения верхнечелюстной пазухи для совершенства диагностики и лечения острого одонтогенного верхнечелюстного синусита.

В связи с этим, были изучены морфометрические особенности строения верхней челюсти и верхнечелюстной пазухи у 134 больных, находившихся на стационарном лечении в БУЗ ВОКБ № 1, отделении челюстно-лицевой хирургии № 1 с одонтогенными верхнечелюстными синуситами в период с 2005 – 2010 гг.

Цель исследования – изучение особенностей клинической картины одонтогенного верхнечелюстного синусита с учетом индивидуальных характеристик строения лицевого отдела черепа.

Материалы и методы исследования. Авторами проведены краниометрические исследования по методике Мартина, включающие измерения основных размеров между стандартными краниометрическими точками и измерение черепного указателя, который представляет собой выраженное в процентах отношение поперечного диаметра черепа к продольному. В зависимости от величины черепного указателя различают черепа удлиненной формы (долихокrania), более округлой (брахиокrania) и промежуточный вариант (мезокrania). Для измерений использовался скользящий циркуль. Измерения проводились 134 больным с одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

Результаты и их обсуждение. На основании антропометрических данных пациенты были разделены на три группы: долихоцефалы, мезоцефалы и брахицефалы. У 72 (54%) больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом отмечен долихоцефалический тип строения черепа, характеризующийся большим объемом верхнечелюстной пазухи и узким альвеолярным отростком верхней челюсти, мезоцефалический тип строения черепа со средним объемом верхнечелюстного синуса и с нормальной высотой альвеолярного отростка отмечен у 33 (25%) больных. 29 (21%) имели брахицефалический тип строения черепа, характеризующийся малым объемом верхнечелюстной пазухи и высоким альвеолярным отростком верхней челюсти. Исследование анамнестических данных больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами показали, что острая перфорация верхнечелюстной пазухи отмечалась у тридцати одного долихоцефала, девяти мезоцефалов и в двух случаях у брахицефалов. Анализируя клиническое течение одонтогенных верхнече-

люстных синуситов у данной группы больных, мы отметили, что у лиц с долихоцефалическим типом строения черепа, заболевание протекает более агрессивно, с тенденцией к развитию осложнений в виде флегмоны орбиты и тромбозом кавернозного синуса.

Выводы:

1. На основании полученных данных определена частота встречаемости и особенности клинической картины верхнечелюстных синуситов, в зависимости от формы и размеров верхней челюсти.

2. В результате проведенной работы будет разработан алгоритм диагностики верхнечелюстных синуситов, позволяющий выбрать оптимальную тактику лечения.

3. Данные исследований позволяют сделать вывод, что одонтогенный верхнечелюстной синусит чаще наблюдается у больных с долихоцефалическим типом строения черепа. Высок и риск развития перфоративных одонтогенных верхнечелюстных синуситов у данной группы больных.

4. Проведение морфометрических исследований пациентам при первичном обращении в стоматологические учреждения, позволяют прогнозировать и предупреждать развитие перфоративных одонтогенных верхнечелюстных синуситов и их осложнения.

Литература

1. *Ашмарин, М.П.* Щадящий вариант вскрытия верхнечелюстной пазухи / М.П. Ашмарин // Рос. ринология.– 1999.– № 2.– С. 38–39.
2. *Батюнин, И.Т.* К вопросу о хирургическом лечении хронических гайморитов / И.Т.Батюнин // Теория и практика в стоматологии.– М., 1976.– С. 153–156.
3. *Бобров, В.М.* Хронические одонтогенные гаймориты / В.М. Бобров, Н.М. Коробейникова, М.А. Манохин // Тезисы 17 съезда оториноларингологов России.– М., 2006.– С. 252.
4. *Богатов, А.И.* Лечение, реабилитация и профилактика больных одонтогенными синуситами в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.И. Богатов.– Самара, 2000.– 53 с.
5. *Иванов, А.С.* Резекция верхушек коренных зубов как метод лечения периапикальных воспалительных процессов: анатомическое обоснование, техника операции и результаты ее применения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.С. Иванов.– Ленинград, 1976.– 15 с.
6. *Кручинский, Г.В.* Повреждение дна верхнечелюстной пазухи и врачебная тактика / Г.В. Кручинский, В.И. Филиппенко // Стоматология.– 2004.– № 1.– С.51–52.
7. *Лузина, В.В.* Анализ отдаленных результатов лечения больных одонтогенным перфоративным гайморитом / В.В. Лузина, О.Е. Мануйлов // Стоматология.– 1995.– Т.71.– № 1.– С. 41–42.
8. *Мануйлов, Е.Н.* Орбитальные осложнения одонтогенного гайморита / Е.Н. Мануйлов, Ю.И. Чергештов // Вестник оториноларингологии.– 1998.– № 5.– С.15–17.
9. *Пискунов, С.З.* Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух / С.З. Пискунов, Г.З. Пискунов.– Воронеж, 1991.– 268 с.
10. *Пискунов, Г.З.* Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов.– М.: Миклош, 2002.– 390 с.
11. *Свержевский, Л.И.* Аномалии гайморовых полостей / Л.И. Свержевский // Ежемесячник ушных, горловых и носовых болезней.– 1910.– Т.5.– №12.– С. 635–645.
12. *Шевкуненко, В.Н.* Типовая анатомия человека / В.Н. Шевкуненко, А.М. Геселевич.– Ленинград: Медгиз, 1935.– 232 с.
13. The success of 6-month stenting in endonasal frontal sinus surgery / R. Weber [et al.] // Ear Nose Throat J.– 2000.– P. 930–941.
14. *Schumann, D.* Diagnose und Therapie der odontogenen Sinusitis maxillaris / D. Schumann // Stomatologie der DDR.– 1984.– N 11.– P. 708–716.