

прожилками фибрина. Стенки протока подшиты к слизистой оболочке подъязычной области. В проток введен катетер для формирования нового устья и подшит к зубам. Назначена медикаментозная терапия. Послеоперационное течение гладкое, швы сняты на 6-е сутки, катетер удалили через 2 нед.

Вторая операция (ноябрь 2015 г.). Под мандибулярной анестезией произведен разрез слизистой оболочки в области челюстно-язычного желобка справа на глубину 0,5 см, который проходил через свищевой ход (над проекцией конкремента). Края раны раздвинуты с использованием шовного материала, при этом ассистент-помощник, надавливая на железу снаружи, приподнимал и смещал ее в полость рта. Над камнем располагался язычный нерв, который мы выделили и отвели в сторону с использованием резинового дренажа. Далее пальпаторно определили локализацию камня, над ним рассекли ткани, выделили и удалили конкремент с использованием гладилки и кюретажной ложки. Рана промыта антисептическим раствором, дренирована резиновой полоской и ушита, назначена антибактериальная и противовоспалительная терапия. Послеоперационное течение гладкое, через неделю сняты швы. Спустя 6 дней произведена операция по формированию нового устья для предупреждения рецидива камнеобразования.

Динамическое наблюдение за больной в течение 6 мес показал хорошие отдаленные результаты. На контрольной ортопантомограмме камни не определялись (см. рис. 3 на 3-й полосе обложки).

Заключение

Описанный клинический случай встречается в практике стоматолога редко и, на наш взгляд, представляет практический интерес. Так, наличие свищевого хода препятствует возникновению слюнной колики, а конкремент может быть

обнаружен случайно при проведении рентгенологического обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдусаламов М. Р. *Органосохраняющие методы лечения больных слюннокаменной болезнью*: Дисс. ... д-ра мед. наук: М.; 2006.
2. Абдусаламов М. Р., Афанасьев В. В., Лежнев Д. А., Литвинов В. О. Дигитальная сиалогрфия в диагностике больных слюннокаменной болезнью. *Российский стоматологический журнал*. 2010; 1: 8–10.
3. Литвин В. О. *Дигитальная сиалогрфия в диагностике слюннокаменной болезни*: Дисс. ... канд. мед. наук: М.; 2010.
4. Абдусаламов М. Р., Афанасьев В. В., Магадов И. А. и др. Удаление камней из различных отделов поднижнечелюстного протока. *Российский стоматологический журнал*. 2011; 6: 16–7.
5. Ядченко В. Н. Органосохраняющая микрохирургия в лечении пациентов, страдающих слюннокаменной болезнью. *Проблемы здоровья и экологии*. 201; 30(4): 95–8.

Поступила 13.04.15

REFERENCES

1. Abdusalamov M. R. *Organ Treatment of Patients with Salivary Stone Disease*. ...: Diss. Moscow; 2006. (in Russian)
2. Abdusalamov M. R., Afanas'ev V. V., Lezhnev D. A., Litvinov V. O. Digital sialography in the diagnosis of patients clonakenny disease. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2010; 1: 8–10. (in Russian)
3. Litvin V. O. *Digital Sialography in the Diagnosis of Clonakenny Disease*: Diss. Moscow; 2010. (in Russian)
4. Abdusalamov M. R., Afanasyev V. V., Magadov I. A. et al. Removal of stones from various departments of the submandibular duct. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2011; 6: 16–7. (in Russian)
5. Yadchenko V. N. Organ-sparing microsurgery in the treatment of patients suffering from clonakenny disease. *Problemy zdorov'ya i ekologii*. 201; 30(4): 95–8. (in Russian)

Received 13.04.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.216.1-002.2-07-08

Байдик О.Д.¹, Сысолятин П.Г.², Гурин А.А.¹, Ильенок О.В.²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНОСИТИСОВ

¹ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, Томск;

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 630091, Новосибирск

В структуре госпитализированных больных с хроническими одонтогенными верхнечелюстными синуситами (ХОВЧС) причинами их развития у 35,58% больных были инородные тела пазухи, у 31,47% – перфорации дна пазухи, у 19,93% – периапикальные одонтогенные очаги, у 10,38% – одонтогенные кисты, у 2,64% прочие причины. ХОВЧС, как правило, характеризуются стертой клинической картиной, у 19,72% больных с инородными телами они осложняются грибковой инфекцией, в виде аспергиллемы. Среди лучевых методов исследования наиболее информативными являются конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и многосрезовая спиральная компьютерная томография (МСКТ), которые позволяют оценить не только состояние пазухи и остеомаатального комплекса, но и патологические процессы в области прилежащих к пазухе зубов и их взаимоотношение с дном синуса. Эндоскопическая синусотомия при ХОВЧС позволяет уменьшить осложнения в сравнении с радикальной гайморотомией. Среди хирургических методов лечения ХОВЧС предпочтение следует отдать малоинвазивным эндоскопическим технологиям.

Ключевые слова: одонтогенный синусит; аспергиллома; эндоскопическая синусотомия; компьютерная томография.

Для цитирования: *Российский стоматологический журнал*. 2015; 19(4): 14–18.

Baydik O. D.¹, Sysolyatin P. G.², Gurin A. A.¹, Il'enok O. V.²

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

¹Siberian State Medical University, 63050, Tomsk, Russia; ²Novosibirsk State Medical University, 630091, Novosibirsk, Russia

Для корреспонденции: Байдик Ольга Дмитриевна, olgabajdik@yandex.ru

For correspondence: Bajdik Olga Dmitrievna, olgabajdik@yandex.ru

In structure of the hospitalised patients with chronic odontogenic maxillary sinusitis (COMS) the reasons were foreign bodies of maxillary sinuses at 35,58% of patients, perforations of sinus bottom at 31,47 % of patients, periapical odontogenic centres at 19,93 % of patients, odontogenic cysts at 10,38 % of patients and other reasons at 2,64 % of patients. COMS, as a rule, are characterised by the erased clinical picture, at 19,72 % with foreign bodies become complicated a fungal infection which proceeds by aspergilloma. The comparative estimation of surgical methods of treatment COMS has shown the superiority endoscopic technologies. Among beam methods of research the most informative are cone-beam computer tomography (CBCT) and multi-spiral computer tomography (MSCT) which allow to estimate not only condition of sinus and osteomeatal complex, but also pathological processes in adjacent area teeth and their mutual relation with a sinus bottom. Endoscopic sinus surgery allows to lower number of complications in comparison with radical sinusotomy. It is necessary to give preference mini-invasive endoscopic technologies among surgical methods of treatment COMS.

Key words: odontogenic sinusitis; aspergilloma; endoscopic sinus surgery; computer tomography.

Citation: Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(4): 14–18.

Актуальность. Среди воспалительных процессов одонтогенной этиологии верхнечелюстные синуситы занимают одно из ведущих мест. По данным А.А. Кулакова [1], на долю одонтогенных синуситов приходится 7,6–8% воспалительных процессов челюстно-лицевой области, причем если в 1980-е годы они составляли 25,8% среди воспалительных процессов верхнечелюстных пазух (ВЧП), то в последние годы частота их увеличилась до 41,2–77,2%. Основными источниками инфицирования верхнечелюстных синусов являются периапикальные очаги воспаления, одонтогенные кисты, инородные тела, перфорации дна пазухи. Причем наряду с бактериальной микрофлорой в развитии воспалительных процессов существенная роль принадлежит микотической инфекции [2–5]. В последние годы в связи с бурным развитием имплантологии увеличилось число пациентов с синуситами после дентальной имплантации и синус-лифтинга [6].

Несмотря на существенные достижения в диагностике и лечении хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов (ХОВЧС) большинство клиницистов отмечают большое количество рецидивов после их хирургического лечения [7, 8]. В клинической практике стоматологических учреждений для санации ВЧП по-прежнему широко используется разработанная более века назад радикальная гайморотомия по методу Калдвэлл-Люка или ее модификации [1]. При этом не учитываются патологические изменения внутриносовых структур и слизистой оболочки (СО), состояние естественного отверстия, т. е. состояние анатомических образований, определяющих функциональную активность мукоцилиарного аппарата. Между тем, за последние два десятилетия не только в оториноларингологическую, но и в практику челюстно-лицевой хирургии активно внедряются эндоскопические технологии [6–9]. Однако роль и место функциональной эндоскопической хирургии пазух в лечении одонтогенных синуситов остается недостаточно изученной.

Цель исследования – изучить особенности клинического течения и диагностики ХОВЧС, провести сравнительную оценку традиционных и эндоскопических хирургических методов лечения.

Материал и методы

За период с 2000 по 2013 г. проведено обследование и лечение 607 больных 18–53 лет с ХОВЧС, находящихся на лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии городской больницы № 3 Томска и Новосибирской областной клинической больницы. У всех пациентов, помимо общеклинических методов, в программу обследования входили лучевые методы – ортопантомография и/или конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и/или многосрезовая компьютерная томография (МСКТ). Ортопантомограммы получали на ортопантомографе Orthopantomograph OP 100 (Instrumentarium Imaging, Финляндия). Выполнено 409 ортопантомограмм у 396 пациентов.

КЛКТ выполняли на аппарате Gendex CB-500 (США) с коническим лучом рентгеновского излучения в режимах высокого разрешения. Постпроцессорную обработку изображений осуществляли в программе I-CAT Vision с построением панорамных и многосрезовых реконструкций, 3DVR. Всего проведено 578 томограмм у 216 пациентов.

Многосрезовые компьютерные томограммы делали на томографе Light Speed 16 (General Electric, США). Всего выполнено 464 томограммы у 280 пациентов.

Хирургическое лечение проведено у 593 больных. У 272 пациентов выполнена традиционная радикальная гайморотомия по методике Калдвэлл-Люка, из них у 21 пациента произведена ороназальная цистэктомия. При наличии ороназального сообщения слизистая на всем протяжении по его ходу иссекалась. После ревизии пазухи удаляли участки полипноно измененной СО и грануляционную ткань.

У 321 человека осуществлена эндоскопическая санация ВЧП, из них у 28 пациентов проведена эндоскопическая цистэктомия с гайморотомией. Операцию выполняли с помощью эндовидео-эндоскопического комплекса фирмы Karl Storz.

Результаты хирургического лечения оценены у 593 больных с ХОВЧС, из которых 272 человека (45,87%) оперированы по методике Калдвэлл-Люка и 321 больному (54,13%) проведена эндоскопическая синусотомия.

Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты

Наиболее частой причиной ХОВЧС у 216 больных (35,58%) явились инородные тела пазух. В этой же группе преобладали пациенты с инородными телами, обусловленными выведением пломбировочного материала в полость синуса. Инородные тела в виде пломбировочных материалов диагностированы у 142 (65,74%) больных.

Особый интерес представляет изучение анамнестических данных давности пломбирования причинных зубов и появления симптомов верхнечелюстного синусита. Следует отметить, что только 89 (62,67%) человек могли назвать сроки лечения зубов, явившиеся причинами выведения пломбировочного материала в полость синуса. У 46 (51,69%) больных они составили от 6 мес до 1 года, у остальных 43 (48,31%) пациентов – от 1 года до 11 лет. Между давностью развития синусита и сроками лечения причинных зубов большинство больных закономерностей не отметили. Так, 53 (37,32%) пациента не могли установить время, прошедшее после лечения причинных зубов, сообщив, что это было несколько лет назад. Большинство наблюдали стертую клиническую картину течения верхнечелюстного синусита. Как правило, обострения воспалительного процесса они купировали самостоятельным приемом антибиотиков. Все больные отмечали, что наличие пломбировочного материала в пазухе для них явилось новостью и было установлено при обращении в лечебные учреждения по поводу симптомов верхнечелюстного синусита или других заболеваний зубочелюстной системы. При оценке 409 ортопантомограмм 396 пациентов с ХОВЧС выявлено, что эндодонтическому лечению было подвергнуто 226 зубов в зоне ВЧП у 156 (39,39%) человек. Из них у 14 (8,97%) человек эндодонтическое лечение 19 (8,41%) зубов закончилось выведением пломбировочного материала в полость синуса. У 31 (19,87 %) человека диагностировано двустороннее выведение корневого герметика в пазуху.

Следует отметить, что ортопантомограммы позволили выявить лишь общую картину состояния ВЧП, наличие ино-

родного тела без четкой характеристики его расположения, состояния причинного зуба, его взаимоотношения с ВЧП и т. д.

Нередко, как показали клинические исследования, имеются несколько одонтогенных очагов, расположенных в тесном контакте с пазухой. Из 142 больных с инородными телами в виде пломбировочных материалов в синусе у 26 (18,31%) в ВЧП было 2-3 инородных тела, у 17 (11,97%) их наличие диагностировано в обоих синусах. Величина и форма инородных тел из пломбировочных материалов были различными, от небольших участков до значительных, составляющих до 1,5 см в диаметре. Инородные тела располагались у 32 (22,54%) больных в области дна пазухи у верхушки корня причинного зуба, у 110 (77,46%) – в полости синуса. Причем у 13 (9,15%) пациентов их трудно связать с какими-то причинными зубами. Последние были удалены, и в зоне ВЧП отсутствовали премоляры и моляры. У 9 (6,34%) больных инородные тела сочетались с ороантральными свищами.

Располагаясь в ВЧП, пломбировочный материал имеет тенденцию к миграции, перекрывая естественное соустье, что часто приводит к обострению воспалительного процесса. При лучевой диагностике важно определить локализацию пломбировочного материала, оценить состояние одонтогенного источника инфекции, прилежащего к синусу.

Следующую по частоте группу с инородными телами ВЧП составили 65 (30,09%) пациентов, у которых инородным телом были корни зубов. У 17 (26,15%) из них они сочетались с ороантральными свищами. Инородные тела в основном располагались в области альвеолярной бухты.

Особую группу составили 28 (19,72%) пациентов, у которых, помимо пломбировочного материала, диагностировали аспергиллему. У 3 (10,71%) из них выявлено двустороннее грибковое поражение гайморовых синусов. У 6 (21,43%) обследованных грибковое поражение пазухи протекало бессимптомно, 22 (78,57%) пациента жаловались на выделения из полости носа вязкой, резиноподобной слизи, 16 (57,14%) больных отмечали нарушение носового дыхания, 13 (46,43%) – нарушение обоняния, 5 (17,86%) – дискомфорт и лицевую боль в области пораженной верхней челюсти, 8 пациентов (28,57%) указывали на снижение работоспособности, которое связывали с верхнечелюстным синуситом.

Все больные с обнаруженной аспергиллемой ВЧП в течение нескольких лет периодически принимали антибиотики. Из 28 пациентов с аспергиллемой только 12 (42,86%) антибиотик выписывал врач-оториноларинголог, а остальные 16 (57,14%) принимали препараты самостоятельно без назначения врача. Средняя продолжительность приема антибиотиков составила $16,85 \pm 2,8$ дня. У всех 28 больных причиной грибкового поражения ВЧП явились пломбировочные материалы, выведенные в полость синуса. Пломбировочный материал находился внутри аспергиллемы.

Не менее частой причиной ХОВЧС явилась перфорация пазух. У 191 (31,47%) пациента диагностирован перфоративный верхнечелюстной синусит, у 84 причиной перфорации ВЧП наиболее часто был первый моляр, на его долю приходилось 43,98% всех перфораций. У 4 (2,09%) пациентов перфоративные отверстия сформировались после секвестрэктомии при одонтогенном остеомиелите альвеолярного отростка после удаления радикулярных кист, 43 больным этой группы ранее проведена пластика ороантрального сообщения, а 21 – дважды и более. У большинства больных не было попыток амбулаторно устранить сообщение полости рта с пазухой или мероприятия сводились к тампонированию лунки удаленного зуба.

Для этой группы характерно малосимптомное, вялое течение верхнечелюстного синусита, у 169 (88,48%) пациентов основной жалобой было попадание жидкой пищи в полость верхнечелюстного синуса, из них 89 (52,66%) отмечали периодические гнойно-серозные выделения из перфорации, а 28 (16,57%) жаловались на выбухания СО из лунки удаленного зуба.

Достаточно большая группа ($n=121$) – больные с ХОВЧС, вызванными периапикальными очагами инфекции в области

моляров и премоляров. Доля таких больных в общей структуре одонтогенных воспалительных процессов пазух составила 19,93%. Наиболее частой причиной синуситов был первый или второй моляр – 102 (84,30%) пациента. У 98 (80,99%) больных отмечено поражение нескольких зубов, прилежащих к пазухе. Характерной причиной развития периапикальных деструктивных процессов явилось некачественное пломбирование корневых каналов.

У 63 (10,38%) больных образование ХОВЧС связано с формированием радикулярных кист, большинство из которых были врастающими в пазуху и осложнены нагноением. Полная деструкция нижней стенки пазухи с наличием гнойного процесса в полости кисты способствовала развитию верхнечелюстного синусита с выраженной клинической симптоматикой. Основные жалобы, которые предъявляли пациенты этой группы, – интенсивные боли и тяжесть в области верхней челюсти соответствующей стороны, разлитая головная боль, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, скудное гнойно-серозное отделяемое, нарушение носового дыхания. У 36 (57,14%) из 63 пациентов с ХОВЧС, вызванным прорастанием радикулярной кисты в пазуху, отмечалась стертая клиническая картина верхнечелюстного синусита.

У 16 (2,64%) больных выявлен ХОВЧС, обусловленный другими причинами (остеомиелит и др.).

Результаты хирургического лечения показали, что после радикальной гайморотомии в ближайшие послеоперационные дни отмечался выраженный отек мягких тканей подглазничной области. Больные жаловались на боли различной интенсивности в течение 5–7 сут, серозно-геморрагическое отделяемое из оперированной стороны носа в течение 7–13 сут. Средние сроки пребывания больного в стационаре составили $8,1 \pm 1,4$ сут. У 53 (19,49%) человек определяли явления гипестезии в области половины верхней губы, крыла носа, слизистой преддверия полости рта и премоляров оперированной стороны.

Более благоприятное течение послеоперационного периода отмечено после эндоскопической синусотомии. Жалобы на болевые ощущения в послеоперационном периоде больные не предъявляли. Явления дискомфорта в виде легкого отека подглазничной области после пункции передней стенки ВЧП проходили через 3–4 сут, сукровичное отделяемое из носа оперированной стороны прекращалось через 2–3 дня. Сроки нахождения пациента в стационаре составили $2,2 \pm 0,5$ сут.

В отдаленные сроки наблюдения (от 6 мес до 18 лет) после радикальной гайморотомии у 73 (36,87%) из 198 обследованных были выявлены рецидивы синусита, тогда как после эндоскопической синусотомии рецидивы гайморита установлены у 15 (6,20%) из 242 пациентов.

Обсуждение

Изучение структуры госпитализированных больных показало, что наиболее частой причиной развития ХОВЧС явились инородные тела, на долю которых приходилось 35,58% от числа всех больных с одонтогенными синуситами. Наши данные совпадают с исследованиями других авторов о преобладании в этой группе больных с синуситами, обусловленными выведением пломбировочных материалов в верхнечелюстной синус [3, 7, 10]. В наших наблюдениях синуситы, вызванные выведением пломбировочных материалов в полость пазухи, составили 65,74%, что свидетельствует о высокой частоте эндодонтических осложнений при лечении зубов верхней челюсти и необходимости современной их диагностики. Достаточно часто врачи-стоматологи, обнаружив свою ошибку, скрывают ее от пациента [4, 7]. В пользу этого факта говорит то, что лишь 62,67% пациентов смогли назвать сроки лечения зубов, а 37,32% – не смогли установить время, прошедшее после лечения.

По-прежнему, как свидетельствуют данные других авторов, одной из основных причин развития гайморита является перфорация ВЧП при стоматологических манипуляциях на верхней челюсти, которые имели место в 31,47% наблюдений.

Одной из частых причин ХОВЧС является наличие пе-

риапикальных воспалительных очагов в области дна пазухи, которые наблюдались у 19,93 % больных. Еще у 10,38% больных воспалительные изменения пазухи связаны с радикулярными кистами. Среди них преобладали проникающие кисты в ВЧП.

Эти данные свидетельствуют о необходимости ранней диагностики, профилактики и лечения одонтогенных осложнений.

Важно подчеркнуть существенные отличия патогенеза ХОВЧС от риногенных, для которых характерно первичное поражение СО пазухи. Клиническая картина характеризуется наличием одонтогенного очага поражения, односторонним поражением пазухи, как правило, вялым течением.

Особенностью ХОВЧС, обусловленных выведением пломбирочного материала в пазуху, явилось частое присоединение грибковой инфекции. Развитие аспергиллемы диагностировано у 19,72% больных, из них у 10,71% было двустороннее поражение пазух. Наши исследования, основанные на многолетнем клиническом опыте, показали, что хронический грибковый синусит проявляется в виде неинвазивной формы – аспергиллемы. В настоящее время патогенез синуситов, осложненных аспергиллезной инфекцией, остается мало изученным. Некоторые исследователи [2, 3] придают большое значение механическому, цитотоксическому и сенсибилизирующему воздействию пломбирочных материалов на СО пазухи, особенно при длительном их пребывании. По мнению С. П. Сысолятина и соавт. [8], свойства пломбирочного материала определяют характер вторичной инфекции и воспалительной реакции СО ВЧП. Гуттаперчиные штифты в сравнении с пористыми цементами мало пригодны для вегетации микробных контаминаций. Авторы указывают на склонность грибов рода *Aspergillus* к вегетации на материалах, содержащих цинк [8]. Установлено, что оксид цинка и сульфат бария, содержащиеся в пломбирочных материалах для корневых каналов, снижают функцию цилий реснитчатых эпителиоцитов и являются питательной средой для пролиферации и активации метаболизма *Aspergillus spp.* [2].

Наряду с отрицательным влиянием фрагментов из пломбирочных материалов важное значение мы придаем их миграции, в частности блокаде соустья пазухи с полостью носа, что усугубляет течение воспалительного процесса. Развитию грибковой инфекции, как показали наши наблюдения, во многом способствовали предрасполагающие факторы. Все больные с аспергиллемой ВЧП многократно в течение нескольких лет принимали антибиотики, из них 57,14% препараты принимали самостоятельно без назначения врача. Заболевание характеризовалось мало выраженной клинической симптоматикой. Больные жаловались на выделения из носа вязкой, резиноподобной слизи, нарушения носового дыхания, чувство дискомфорта, умеренные боли в области пораженной челюсти, у 21,43% заболевание протекало бессимптомно.

Наши клинические наблюдения совпадают с данными других авторов [8, 11] о малой информативности традиционных методов лучевой диагностики ХОВЧС в сравнении с КЛКТ и МСКТ, которые позволяют выявить не только патологические изменения со стороны пазухи, внутриносочных структур, но и изменения со стороны периапикальных тканей зубов, прилежащих к пазухе.

Важнейшей проблемой клинической практики по-прежнему остается совершенствование методов хирургического лечения ХОВЧС. Об этом свидетельствует высокий процент рецидивов после их хирургического лечения [7, 8]. Высокий процент рецидивов после радикальной гайморотомии можно объяснить несколькими важными моментами, заложенными в технологию операции, при которой не учитывается физиология полости носа и околоносовых пазух. Эвакуация секрета ВЧП осуществляется через естественное отверстие, начиная со дна пазухи по ее стенкам за счет бienia реснитчатого эпителия [12]. При радикальной гайморотомии не учитывается состояние естественного отверстия, что приводит к нарушению мукоцилиарного транспорта. Более того, отверстие, наложенное в нижний носовой ход, имеет тенден-

цию к закрытию, нарушает циркуляцию вдыхаемого воздуха в полости носа, что также является одной из причин замедления или прекращения мукоцилиарного транспорта [12].

Заключение. Клиническими особенностями ХОВЧС является многообразие факторов их развития, вялое течение, частое сочетание с грибковой инфекцией, что свидетельствует о необходимости комплексной диагностической оценки состояния зубочелюстной системы, ВЧП и внутриносочных структур.

Результаты исследования указывают на приоритетность использования эндоскопической синусотомии в лечении ХОВЧС. На основании сравнительной оценки радикальной гайморотомии и эндоскопической синусотомии установлено, что золотым стандартом лечения одонтогенных синуситов является эндоскопический метод, позволяющий снизить число послеоперационных рецидивов, травматичность, сроки лечения и период нетрудоспособности.

Конфликт интересов. Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки / конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

ЛИТЕРАТУРА

- Кулаков А. А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010: 361-79.
- Сипкин А. М., Никитин А. А., Амхадова М. А. Диагностика, лечение и реабилитация больных с осложненными формами верхнечелюстного синусита. *Российский стоматологический журнал*. 2013; 1: 40-3.
- Сысолятин С. П., Быстрова О. В., Банникова К. А. Стоматологические пломбирочные материалы как фактор провоцирующий развитие грибковых синуситов. *Успехи медицинской микологии*. 2014; 2: 200.
- Сысолятин П. Г., Байдик О. Д., Гуринов А. А. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы, осложненные аспергиллезной инфекцией. *Бюллетень Сибирского отделения РАМН*. 2014; 6: 71-5.
- Burnham R., Bridle C. Aspergillosis of the maxillary sinus secondary to a foreign body (amalgam) in the maxillary antrum. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009; 47: 313-5.
- Kayabasoglu G., Nacar A., Altundag A., Cayonu M., Muhtarogullari M., Cingi C. A retrospective analysis of the relationship between rhinosinusitis and sinus lift dental implantation. *Head Face Med.* 2014; 10: 53. doi:10.1186/1746-160X-10-53.
- Зекерьяев П. С. Сравнительная оценка эндоскопических методов лечения больных хроническим одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбирочного материала в верхнечелюстной синус: Дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь; 2009.
- Сысолятин С. П., Сысолятин П. Г., Палкина М. О., Ашурко И. П. Диагностика и лечение осложнений, связанных с выведением стоматологических пломбирочных материалов в верхнечелюстной синус. *Стоматология*. 2009; 1: 47-50.
- Venetis G., Bourlidou E., Liokatis P. G., Zouloumis L. Endoscopic assistance in the diagnosis and treatment of odontogenic maxillary sinus disease. *Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 18: 207-12.
- Taschieri S., Corbella S., Del Fabbro M. Endodontic surgical complications related to maxillary sinus involvement. *In: Complications in Endodontic Surgery*. 2014: 101-16.
- Singhal Pawan, Sonkhya Nishi, Mishra Prakash, Srivastava Subodh P. Impact of anatomical and radiological findings for consideration of functional endoscopic sinus surgery. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2012; 64 (4): 382-5.
- Sakthikumar K. R. V., Ravikumar A., Mohaty Sajeew, Senthil K., Samu L., Kuruvilla Sarah. Functional study of nasal mucosa in endoscopic sinus surgery and its correlation to electron microscopy of cilia. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2008; 60 (1): 1-6.

Поступила 14.05.15

REFERENCES

- Kulakov A. A. Surgical Dentistry and Maxilla-facial Surgery. *National Manual*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010: 361-79. (in Russian)
- Sipkin A. M., Nikitin A. A., Amkhadova M. A. Diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with complicated forms of maxillary sinusitis. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2013; 1: 40-3. (in Russian)
- Sysolyatin S. P., Bystrova O. V., Bannikova K. A. Dental materials as a factor provoking development of fungal sinusitis. *Uspekhi meditsinskoy mikologii*. 2014; 2: 200. (in Russian)
- Sysolyatin P. G., Baydik O. D., Gurin A. A. *Odontogenic maxillary*

- sinusitis complicated aspergillosis infection*. Byulleten' Sibirskogo otdeleniya RAMN. 2014; 6: 71-5. (in Russian)
5. Burnham R., Bridle C. Aspergillosis of the maxillary sinus secondary to a foreign body (amalgam) in the maxillary antrum. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009; 47: 313-5.
 6. Kayabasoglu G., Nacar A., Altundag A., Cayonu M., Muhtarogullari M., Cingi C. A retrospective analysis of the relationship between rhinosinusitis and sinus lift dental implantation. *Head Face Med.* 2014; 10: 53. doi:10.1186/1746-160X-10-53.
 7. Zekeryaev R. S. Comparative Assessment of Endoscopic Methods of Treatment Patients at Odontogenic Maxillary Sinusitis Induced by Deducing of Dental Material Into Maxillary Sinus: Diss. Stavropol'; 2009. (in Russian)
 8. Sysolyatin S. P., Sysolyatin P. G., Palkina M. O., Ashurko I. P. Complications of dental filling materials egestion into maxillary sinus – diagnostics and treatment. *Stomatologiya.* 2009; 1: 47-50. (in Russian)
 9. Venetis G., Bourlidou E., Liokatis P. G., Zouloumis L. Endoscopic assistance in the diagnosis and treatment of odontogenic maxillary sinus disease. *Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 18: 207-12.
 10. Taschieri S., Corbella S., Del Fabbro M. Endodontic surgical complications related to maxillary sinus involvement. *In: Complications in Endodontic Surgery.* 2014: 101-16.
 11. Singhal Pawan, Sonkhya Nishi, Mishra Prakash, Srivastava Subodh P. Impact of anatomical and radiological findings for consideration of functional endoscopic sinus surgery. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2012; 64 (4): 382-5.
 12. Sakthikumar K. R. V., Ravikumar A., Mohaty Sajeev, Senthil K., Samu L., Kuruvilla Sarah. Functional study of nasal mucosa in endoscopic sinus surgery and its correlation to electron microscopy of cilia. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2008; 60 (1): 1-6.

Received 14.05.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 615.281.03:616.31-018.73].036.8

Волков Е.А.¹, Половец М.Л.¹, Никитин В.В.², Пащикова Г.С.³, Исаджанян К.Е.⁴, Попова В.М.⁵, Жиленков Е.Л.⁵

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ БАКТЕРИОФАГОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

¹Кафедра гериатрической стоматологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; ²клиника «Боско»; ³Клинико-диагностический центр ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России; ⁴Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, 119991, Москва; ⁵НПК «Микромир»

Эффективное комплексное лечение пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта включает медикаментозное воздействие на патогенные бактерии как возможный этиологический фактор в развитии этих заболеваний. В настоящей работе изучена эффективность отечественного профилактического средства для местного применения «Фагодент» в виде геля на основе бактериофагов в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) и плоского лишая (ПЛ). Для контроля эффективности in vitro у пациентов основной группы проведены идентификация патогенов полости рта, Spot-тестирование на бактериальном газоне, изучена антибиотикорезистентность бактерий. В исследование (до 3 мес наблюдения) включены 27 пациентов в возрасте 19–80 лет с диагнозами: хронический афтозный рецидивирующий стоматит и плоский лишай. Результаты исследования показали, что применение профилактического средства на основе бактериофагов в комплексном лечении ХРАС может существенно улучшить качество лечения, ускорить купирование воспалительного процесса, сократить сроки репарации и увеличить продолжительность ремиссии. Применение средства «Фагодент» в комплексном лечении ПЛ существенно не повлияло на течение заболевания.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит; плоский лишай; «Фагодент».

Для цитирования: Российский стоматологический журнал. 2015; 19(4): 18–22.

Volkov E. A.¹, Polovets M. L.¹, Nikitin V. V.², Pashkova G. S.³, Isajanian K. E.⁴, Popova V. M.⁵, Zelenkov E. L.⁵

EFFICIENCY OF APPLICATION OF FUNDS BASED ON BACTERIOPHAGES IN THE COMPLEX TREATMENT OF DISEASES OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY

Department geriatric stomatology "A. I. Evdokimov Moscow state medical stomatological University; Clinic "Bosco"; Clinical diagnostic center "A. I. Evdokimov Moscow state medical stomatological University"; Central research Institute of stomatology and maxillofacial surgery, 119991, Moscow; "Microcosm"

Effective complex treatment of patients with pathology of the mucous membrane of the oral cavity includes drug exposure to pathogenic bacteria as a possible etiological factor in the development of these diseases.

In the present work we studied the effectiveness of national preventive agents for local application "Fagodent" in the form of a gel based on bacteriophages in the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis (HRAS) and lichen planus (LP). To monitor the effectiveness of in vitro in patients of the main group identified pathogens of the oral cavity, a Spot-test on a bacterial lawn, we studied the antibiotic resistance of bacteria. The study (up to 3 months of observation) included 27 patients aged 19 to 80 years with a diagnosis of chronic recurrent aphthous stomatitis and oral lichen planus.

The results showed that the use of prophylactic agents on the basis of bacteriophages in the treatment of HRAS can significantly improve the quality of treatment, to speed up the relief of the inflammatory process, reduce the time of repair and to increase the duration of remission. Application of funds "Fagodent" in complex treatment of PL did not significantly influenced the course of the disease.

Key words: chronic recurrent aphthous stomatitis; oral lichen planus; "Fagodent".

Citation: Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2015; 19(4): 18–22.