

УДК 616.216.1

К.Г. СЕЛЕЗНЁВ, М.Г. АЛЕКСАНДРОВА, К.В. ЕЛЬСКИЙ

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ВЗРОСЛОГО С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПРОЦЕСС ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Каф. нейрохирургии ЛОР-болезней и отоневрологии ДонГМУ

В последнее время стали чаще встречаться атипичные формы различных заболеваний. Это может быть обусловлено нерациональным применением лекарственных веществ, что влечет за собой появление устойчивых форм штаммов микроорганизмов, а также неблагоприятными экологическими изменениями, приводящими к иммунологическим сдвигам в организме больного, и нередко недостаточной социальной культурой пациентов, нежеланием следить за состоянием своего здоровья (Г.Э. Тимен и соавт., 2003)

Кроме того, случаи сочетанной патологии всегда диагностически сложны. В практике стоматолога и челюстнолицевого хирурга, которые являются самыми «приближенными» к отоларингологу специалистами, одно из наиболее распространенных заболеваний – периостит, представляющий гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти. Эти анатомические образования верхней челюсти формируют дно верхнечелюстной пазухи, поэтому воспалительный процесс по продолжению может распространиться на неё (Т.Г. Робустова, 2001). По данным литературы, это заболевание составляет 28-52% от всех осложнений одонтогенной инфекции (В.М. Безруков, Т.Г. Робустова, 2000). Своевременно начатое и правильно проведенное лечение при остром гнойном периостите челюсти заканчивается выздоровлением. Хронический периостит у взрослых встречается редко, он может быть у лиц

с первичным или вторичным иммунодефицитом, чаще локализоваться в нижней челюсти. После стихания острых явлений, особенно при самопроизвольном или недостаточном опорожнении гнойника, остается периостальное утолщение кости, развивается утолщение надкостницы с выраженным продуктивным компонентом (А.А. Кулаков и соавт., 2005). Клинические проявления характеризуются изменением конфигурации лица за счет плотного утолщения челюсти, регионарным лимфаденитом, слизистая оболочка полости рта отечна и геперемирована. Лечение данных больных чаще консервативное, а в случае осложненного течения (остеомиелит, одонтогенный гайморит и т.д.) – оперативное.

Приводим собственное наблюдение.

Больной М., 56 лет, поступил в ЛОР-клинику Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения с жалобами на плотное образование в мягких тканях левой щеки.

Из анамнеза известно, что около 20 лет назад он лечился у стоматолога по поводу острого периостита верхней челюсти слева, однако лечение не закончил. С того времени сохранялся, а в последующем увеличивался в размере инфильтрат в щеке слева. Какого-либо дискомфорта, кроме косметического, данный процесс у пациента не вызывал, поэтому за медицинской помощью он не обращался.

При выполнении компьютерной томографии по поводу патологии головного моз-

га у больного были обнаружены деструктивные изменения передней и нижней стенок левой верхнечелюстной пазухи. Последняя полностью выполнена мягкотканым образованием, выходящим в толщу мягких тканей щеки и разрушающим тело верхней челюсти слева. Остальные околоносовые пазухи - в пределах возрастной нормы, определяется гипертрофия слизистой оболочки без признаков воспаления (рис. 1, 2).

При осмотре отмечается выраженная асимметрия лица, в левой щеке обнаружено плотное образование до 7 см в диаметре в проекции левой верхнечелюстной пазухи и тела верхней челюсти, неподвижное, безболезненное, кожа над ним не изменена. Эндоскопически ЛОР-органы - без особенностей.

В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом у больного выполнено хирургическое вмешательство. Произведен горизонтальный разрез слизистой оболочки под верхней губой слева в проекции 2-6 зубов. После частичной отсепаровки мягких тканей обнаружено, что передняя стенка левой верхнечелюстной пазухи сохранена фрагментарно, резко истончена, отодвинута кпереди образованием в плотной капсуле, занимающим левую верхнечелюстную пазуху и разрушившим полностью нижнюю ее стенку и частично тело верхней челюсти; образование содержит сливкообразный гной, некротические массы, нити фибрина. Все патологическое удалено. Слизистая

оболочка левой верхнечелюстной пазухи отсутствует, кость медиальной, латеральной и орбитальной стенок - гладкая, признаков остеомиелита не обнаружено. В нижнем носовом ходе сформирована риностома, пазуха промыта раствором антисептика, тампонируется тампоном с йодоформом. Кетгуты швы наложены на слизистую оболочку. В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную терапию, обезболивание, пазуха растампонируется на 1-е сутки, промыта через стому на 2-е, 4-е и 6-е сутки.

Патогистологическое заключение после исследования операционного материала: стенка кисты, представленная фиброзной тканью, выстлана респираторным эпителием, местами с плоскоклеточной метаплазией. В препарате определяется умеренная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофилов.

Состояние пациента после операции - удовлетворительное, носовое дыхание не нарушено, патологического отделяемого из полости носа нет, лицо - практически симметричное.

Данное клиническое наблюдение представляет интерес, по нашему мнению, в связи с отсутствием объективных признаков хронического гнойно-некротического процесса, за исключением «случайно» обнаруженных деструктивных изменений тела верхней челюсти и верхнечелюстной пазухи при проведении компьютерной томографии у больного по поводу другой патологии.

1. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Москва: Медицина, 2000. - Т.1. - 772 с.
2. Кулаков А.А. и соавт. Диагностические возможности компьютерной томографии в изучении одонтогенных кист, проросших в полость верхнечелюстных пазух // Стоматология. - 2005. - №1. - С. 36-41.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 2001. - 688с.
4. Тимен Г.Э. и соавт. Случай латентного течения двустороннего хронического гнойно-гиперпластического воспаления гайморовых, решетчатых и основной пазух с выраженным интоксикационным синдромом // Ринология. - 2003. - №3. - С. 55-57.

Поступила в редакцию 31.08.07.

© К.Г. Селезнёв, М.Г. Александрова, К.В. Ельский, 2007