

хирургическое вмешательство, связанное с угрозой распространения инфекции из фурункула в смежные анатомические области у больных с ФФ проводилось в 2 случаях (0,8%).

По результатам работы разработаны четкие показания к госпитализации, рекомендации к хирургическому лечению больных с фурункулами лица. Внедренный подход к госпитализации и лечению этого заболевания позволили снизить частоту осложнений и избежать случаев необоснованной госпитализации.

## **РОЛЬ НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ**

**Васильев С. Ю.**

Городская клиническая больница №21 г. Уфы, Россия

Отделение челюстно-лицевой хирургии

В последнее время, по мнению многих авторов, отмечается четкая тенденция к увеличению числа больных одонтогенными гайморитами. Доля их в общем количестве больных с верхнечелюстными синуситами составляет 24-40%, причем большая часть случаев лечится в условиях челюстно-лицевого стационара, где составляет 4,7-6,3% от общего количества госпитализированных. Подавляющее большинство случаев одонтогенного гайморита (66,1%) приходится на открытую его форму.

С появлением новых данных об этиологии, патогенезе и течении одонтогенных верхнечелюстных синуситов, большинство авторов склоняются к мнению о первично-хронической природе этого заболевания. Причиной обращения к врачу служит появление болей в средней зоне лица, заложенность носа, и, в случае, если на стороне поражения находят «причинный» зуб, считают гайморит одонтогенным.

Однако, известно большое количество случаев, когда даже при наличии нескольких пораженных зубов, нахождении верхушек их корней в верхнечелюстной пазухе, явлений гайморита ни объективно, ни субъективно не наблюдалось. Более того, не каждый случай острой

перфорации верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов верхней челюсти, одномоментной пластики образовавшегося соустья, приводил к развитию одонтогенного гайморита. Известны также случаи появления ороантральных свищей в отдаленные периоды после операции удаления зуба. В связи с этим, мы посчитали необходимым пересмотреть причины возникновения, развития и течения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, отдав ведущую роль в их патогенезе риногенным факторам.

Нами обследовано 110 человек с хроническим периодонтитом зубов верхней челюсти различной стадии, обратившихся в отделение челюстно-лицевой хирургии ГKB №21 г. Уфы и стоматологическое отделение МУП №47 г. Уфы. Всем больным проводилось полное клиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза, объективное обследование и дополнительные (рентгенологические) методы исследования. В осмотр врачом входила передняя риноскопия. Рентгенологическое исследование предусматривало проведение больным ортопантомографии или рентгенографии черепа в передней полуаксиальной проекции.

У 96 человек выявлено тесное анатомическое взаимодействие корней пораженных зубов – проникновение корней пораженных зубов в верхнечелюстную пазуху, у 14 человек – периапикальные изменения, не сообщающиеся с верхнечелюстной пазухой. У 65 человек при осмотре и рентгенографии обнаружены явления верхнечелюстного синусита, у 63 из них они сочетались с различными патологическими изменениями в полости носа и околоносовых пазухах. 35 пациентов в анамнезе отмечали постоянное применение сосудосуживающих носовых капель из-за постоянной заложенности носа.

В 36 случаях явлений гайморита не наблюдалось, несмотря на проникновение корней пораженных зубов в верхнечелюстную пазуху. При этом во всех случаях патологических изменений со стороны полости носа при передней риноскопии и рентгенологически не

выявлено.

Результаты работы позволили сделать вывод о том, что одонтогенная инфекция лишь осложняет течение первичного риногенного верхнечелюстного синусита и при нормальном функционировании остеомиатального комплекса и полости носа не приводит к возникновению одонтогенного гайморита. Необходимо проводить более полное обследование больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом совместно с оториноларингологом и проводить комплексное их лечение, включающее в себя устранение риногенных факторов, повлекших возникновение заболевания.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИДЕРШПИЛЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПО ЛЕ ФОР III У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ**

**Васильев С. Ю., Яппаров А. М.**

Больница скорой медицинской помощи г. Уфы, Россия

Отделение нейрохирургии

Переломы костей лицевого скелета по Ле Фор III относятся к самым тяжелым травмам челюстно-лицевой области. Часто они сочетаются с тяжелой черепно-мозговой травмой: ушибами, сдавлением головного мозга, переломами костей свода черепа.

Оптимальным и наиболее универсальным методом хирургического лечения переломов лицевого скелета является накостный остеосинтез с использованием различных металлоконструкций. Однако на практике этот метод применим не всегда, вследствие сопутствующей патологии, требуемой предоперационной подготовки, дороговизны и дефицита используемых материалов и оборудования, а также отказа больных от хирургической операции. В этих случаях прибегают к различным консервативным и консервативно-хирургическим методам лечения: по Макиенко, Адамсу, Фидершпилю и др.

При переломах костей лицевого скелета по Ле Фор III наиболее часто применяется фиксация отломков костей по методу Фидершпиля.