

ПОЄДНАНА ПАТОЛОГІЯ

УДК [616.21+616.314]-036

*А.С. Журавлев, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой¹,
С.Н. Григоров, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой²,
Г.П. Рузин, канд. мед. наук, профессор²,
Н.О. Шушляпина, канд. мед. наук, доцент²,
А.А. Селин, ассистент кафедры²,
Н.О. Юревич, доцент¹*

*Харьковский национальный медицинский университет,
¹кафедра оториноларингологии,*

²кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНОВ

Проведена комплексная оценка клинических характеристик сочетанной патологии зубочелюстной системы и оториноларингологических органов. Выяснено, что отсутствие комплексного подхода и системы междисциплинарного взаимодействия врачей различных специальностей приводит к низкой эффективности профилактики, диагностики и лечения пациентов с заболеваниями зубочелюстной системы и оториноларингологических органов. Предложено проводить оценку клинко-диагностических критериев сочетанной патологии с учетом выяснения причин доминирующей патологии.

Ключевые слова: *зубочелюстная система, оториноларингологические органы, верхние дыхательные пути.*

Зубочелюстная система и оториноларингологические органы тесно связаны топографо-анатомически и физиологически. Врач-стоматолог обязан иметь полные сведения об основных вопросах оториноларингологии, увязывая эти данные с целостным представлением об организме и его состоянии в нормальных и патологических условиях. Такие же сведения должен иметь отоларинголог о соответствующих процессах в челюстно-лицевой области. К сожалению, в большинстве случаев патологический процесс рассматривается односторонне, и чаще всего лечение направлено всего на одну нозологическую форму. Отсутствие же комплексного подхода и системы междисциплинарного взаимодей-

ствия врачей различных специальностей приводит к низкой эффективности профилактики, диагностики и лечения заболеваний этих двух смежных специальностей [1].

Согласно исследованиям авторов [2], одной из причин возникновения кариеса в зубах может быть нарушение носового дыхания. Препятствиями для носового дыхания являются такие патологические процессы, как искривление носовой перегородки, гипертрофия нижних носовых раковин, аденоиды и гипертрофия небных миндалин [3]. Плохое носовое дыхание приводит к сухости слизистой оболочки полости рта, а следовательно, к затруднению элиминации ее от остатков пищи, нарушению питания эмали зубов со

© А.С. Журавлев, С.Н. Григоров, Г.П. Рузин и др., 2017

стороны слюны, изменению микробного пейзажа полости рта и в частности к появлению гемолитического стрептококка. Доказано, что подобные изменения влекут за собой нарушение необходимой функциональной нагрузки на зубы и ткани пародонта, аномалии положения отдельных зубов и нарушение прикуса, а также развитие кариозного процесса [4]. При искривлении носовой перегородки, хроническом рините чаще всего встречается прогнатический прикус, этому способствует характерное положение головы во время сна – голова запрокинута назад при ротовом дыхании.

Имеются данные о том, что зубочелюстные аномалии сочетаются с хроническими заболеваниями носа и глотки у 34 % детей, тогда как у детей с нормальным прикусом эти заболевания встречаются лишь в 6 %. Однако целесообразно отметить, что многие дети (до 39 %) с зубочелюстными аномалиями дышат через рот и при свободной проходимости носовых ходов [3].

Механизм развития зубочелюстных аномалий при ротовом дыхании объясняется по-разному [5]. Наиболее существенно при этом следующее. При нормальном носовом дыхании во время покоя кончик языка прилегает к нёбной поверхности передних зубов верхней челюсти. При ротовом же дыхании он как бы расплывается на дне полости рта [6]. Вследствие отставания нервно-мышечного развития органов полости рта развивается глоссоптоз. Верхняя зубная дуга под действием щечной и жевательной мускулатуры суживается с боков. Сниженный тонус круговой мышцы рта приводит к выдвигению фронтального участка верхней зубной дуги вперед. Из-за создавшегося разряжения в полости носа формируется высокое («готическое») нёбо. Увеличение тонуса мышц, опускающих нижнюю челюсть (они же смещают ее назад), вытягивание вперед слегка приподнятой головы и глоссоптоз способствуют смещению нижней челюсти назад. В силу названных причин у детей с ротовым дыханием чаще всего развивается дистальный прикус (дистальная окклюзия) с глубоким резцовым перекрытием. Если язык прокладывается между зубными рядами, развивается, как правило, открытый прикус. В связи с этим своевременная доказательная диагностика нарушений носового дыхания и

адекватное лечение ринологической патологии являются задачами первостепенной важности, которые необходимо решать вместе с оториноларингологами [7].

На материале 83 клинических наблюдений за детьми с зубочелюстными аномалиями и синдромом затрудненного носового дыхания вследствие аденоидов установлено, что наиболее распространенной зубочелюстной аномалией у этих пациентов является дистальная окклюзия зубных рядов, что характеризуется антипозицией верхней челюсти, ретропозицией нижней челюсти, тенденцией к вертикальному типу роста челюстей, бипротрузией резцов, сагиттальным несоответствием челюстей, сужением верхней челюсти в области точек Пона на премолярах и молярах [8]. Так, на кафедре стоматологии было обследовано 90 пациентов с дистальным прикусом. У 63 из них по данным риноманометрии было обнаружено существенное (в 2 раза и более) повышение носового сопротивления и, как следствие, ротовой тип дыхания из-за невозможности прохождения воздуха через нос и приобретенной вредной привычки дышать ртом. Таким образом, в группу риска при формировании дистального прикуса попадают дети, имеющие заболевания ЛОР-органов, в результате которых исключается прохождение воздушной струи через нос, вследствие чего изменяется тип дыхания и формируется устойчивая вредная привычка дышать ртом [9]. При этом длительное нарушение носового дыхания приводит к расстройству обоняния, являясь первым признаком респираторной дисфункции дыхания. И только своевременная доказательная риноманометрическая диагностика нарушений носового дыхания и обоняния позволяет выяснить первопричину многих патологических состояний, в том числе и зубочелюстной системы, и начать своевременное лечение основного заболевания.

В качестве иллюстрации целесообразно привести один *собственный клинический пример*. Больная А., 8 лет, имела значительное сужение зубных рядов: на верхней челюсти в области первых премоляров – на 14 мм, на нижней – 11 мм; в области верхних первых моляров – на 16,5 мм. Ширина апикального базиса на верхней челюсти была уменьшена на 10 мм, на нижней – на 2 мм. Имеется выра-

женная дистопия верхних и нижних клыков. Такая значительная деформация зубных рядов и альвеолярных отростков была вызвана нарушением носового дыхания и обоняния. Из анамнеза известно, что девочка практически постоянно дышала ртом. Один год назад были удалены аденоиды. Проподимость носовых ходов после операции стала нормальной, но осталась привычка дышать ртом. Для лечения зубочелюстной деформации и нормализации носового дыхания был изготовлен позиционер по стандартным моделям, несмотря на то, что благоприятный возраст для этого был упущен. Перед лечением были удалены верхние и нижние первые премоляры. Через 3 года у ребенка полностью нормализовались форма и взаимоотношение зубных рядов. Ширина верхнего зубного ряда в области первых моляров меньше расчетной на 6 мм, ширина верхнего апикального базиса меньше на 6 мм, а нижнего – на 1 мм. Таким образом, в связи с нормализацией состояния зубочелюстной системы больная полностью перешла на носовое дыхание, за которым последовало восстановление обонятельной функции.

При затруднении носового дыхания создается предпосылка для развития катаральных гингивитов и стоматитов. Механизм отмеченных связей сложен и не до конца изучен. Но сам факт отрицательного влияния затрудненного дыхания и воспалительных процессов в глотке и носовых полостях на состояние зубочелюстной системы очевиден, подтвержден клиническими наблюдениями и специальными исследованиями.

Результаты клинических исследований, проведенных в последнее десятилетие, свидетельствуют о том, что хроническое воспаление лимфаденоидного кольца глотки увеличивает возможность поражения зубов кариесом, в свою очередь, кариес зубов и связанная с ним суперинфекция полости рта приводят к возникновению ангин и хронического тонзиллита. Таким образом, санация полости рта является обязательным составным элементом консервативного лечения больных хроническим тонзиллитом, профилактики ангин, а своевременное устранение причин, затрудняющих носовое дыхание и санация лимфоглотоочного кольца глотки [4], в свою очередь, – мерой профилактики кариеса зубов и других заболеваний полости рта.

Общность иннервации зубочелюстной системы и ЛОР-органов дает возможность понять причину иррадиации болей в зубах и различных отделах лица при воспалении наружного и среднего уха, фурункуле наружного слухового прохода, раке гортани и т. д. Известно немало случаев, когда здоровые зубы приносили в жертву, прежде чем верно ставили диагноз поражения ЛОР-органов. В ходе клинических наблюдений установлено, что боль в зубах может быть при невралгии ушно-височного нерва, крыло-нёбного узла и ряда неврологических заболеваний, причиной которых является патологический очаг в ЛОР-органах (невралгия тройничного, языкоглоточного, верхнегортанного, язычного и барабанного нервов).

С одной стороны, существует ряд симптомов, обусловленных заболеванием уха, горла и носа и сопровождающихся болями в области челюстей и зубов. С другой стороны, болевые синдромы в области уха, горла и носа могут встречаться при заболеваниях зубочелюстной системы, в частности, при глоссалгии, артритах височно-нижнечелюстного сустава травматической и инфекционной природы, фиброзных анкилозах и артрозах, а также дисфункции височно-нижнечелюстного сустава вследствие окклюзионной высоты нижнего отдела лица; при воспалении слюнных желез, при воспалительных заболеваниях зубов и окружающих их тканей, неврита луночковых нервов. Причиной боли в ушах могут быть дентикли в пульпе зуба.

В литературе имеются данные о том, что после гайморотомии может измениться чувствительность зубов на температурные раздражители и снизиться их электровозбудимость. В этом случае возможна неправильная оценка истинного состояния зубов, неоправданное лечение и даже удаление их [11].

В практической работе как оториноларингологи, так и стоматологи встречаются с микотическими поражениями, проявлениями заболеваний крови в виде ангин и стоматитов, медикаментозными поражениями слизистой оболочки дыхательных путей. Аналогичные наблюдения отмечены при туберкулезе, сифилисе, склероме и волчанке [12].

Врожденные пороки развития также нередко требуют совместного участия отоларингологов и стоматологов в лечении пациентов.

При расщелинах верхней губы и нёба изменения ЛОР-органов наблюдаются у 80 % больных [13]. У таких больных, в частности, отмечаются деформация наружного носа, нарушение строения носовой полости, искривление носовой перегородки, пороки развития придаточных пазух носа, затрудненное носовое дыхание (повышенный коэффициент аэродинамического носового сопротивления, снижение ольфакторной чувствительности), острые и хронические риниты, фарингиты, хронический тонзиллит, аденоиды, снижение слуха и др. В лечении таких больных приходится устранять послеоперационные дефекты носа и верхней губы, восстанавливать носовое дыхание как необходимую предпосылку для успешного ортодонтического и логопедического лечения. Наличие расщелины нёба создает условия для развития патологии в носу, глотке и ушах.

При врожденных пороках развития уха (челюстно-лицевые дизостозы) помимо дефекта наружного, среднего, реже внутреннего уха появляется неправильное развитие верхней и нижней челюстей, нарушение прикуса, неправильное формирование височно-нижнечелюстного сустава, скуловых костей, парез лицевого нерва и др. [14].

Иногда зубы прорезываются в полость носа и верхнечелюстной пазухи. Описаны случаи нарушения речи, равновесия, головокружения, шума и пульсации в ухе, снижения слуха при затрудненном прорезывании $38\overline{148}$ зубов. Удаление зубов в этих случаях приводит к ликвидации указанных симптомов [15].

Для решения вопросов, касающихся причин неприятных запахов из полости носа, приходится учитывать состояние придаточных пазух носа, миндалин, заболевания зубов, пародонтиты и стоматиты [16, 17].

Нередко причиной паратонзиллярных абсцессов бывают заболевания зубов, как правило, хронический периодонтит $38\overline{148}$ в стадии обострения или затрудненное прорезывание этих же зубов на нижней и верхней челюсти [18].

Переход инфекции с зубов на ЛОР-органы может происходить как по слизистой оболочке, так и непосредственно по костной ткани, ходу мышц, фасциальных и клеточных пространств, по ходу нервов и суставов, а также гематогенно [19]. У лиц с воспалением периапикальных тканей центральных верх-

них резцов процесс может переходить на носовую перегородку, приводя к абсцессам ее. В этом случае лечение будет рациональным, если наряду с ликвидацией абсцесса перегородки проводят и санацию зубов [20].

Хронические периодонтиты верхних моляров и премоляров могут приводить к одонтогенным гайморитам, которые составляют 24–48 % всех синуситов этой области [21].

Недооценка состояния ЛОР-органов чревата серьезными осложнениями при стоматологических операциях. Так, удаление зубов при ангине приводит к некрозу челюсти, а при остром гайморите – к тромбозу кавернозного синуса [3].

Комбинированное поражение ЛОР-органов и зубочелюстной системы мирного и военного времени составляет от 5 до 20 % повреждений челюстно-лицевой области и при лечении необходим опыт специалистов двух областей – стоматолога и оториноларинголога. Примером этому являются переломы верхней челюсти и стенок верхнечелюстных пазух, носовых и скуловых костей, ветви нижней челюсти и стенок слухового прохода, скуловой области и гайморовой пазухи, уха и слюнных желез, околоушной и жевательной области, подчелюстной и шеи, включая гортань и др. Особое значение имеет своевременная и правильная их хирургическая обработка, которой определяются ближайшие и отдаленные результаты как косметического, так и функционального порядка (предупреждение рубцовых деформаций, контрактур, атрезий, свищевых ходов и др.) [22].

Значительное место в практике отоларинголога и стоматолога занимают смежные вопросы восстановительной хирургии в регионе головы и шеи, а также онкологические заболевания этой области. Совместная работа стоматолога и отоларинголога целесообразна при решении многих вопросов ортодонтической и ортопедической стоматологии.

Таким образом, стоматологи должны иметь в виду возможное вовлечение в патологический процесс смежных областей уха, горла и носа, помнить об этиологических патологических связях заболеваний зубочелюстной системы и ЛОР-органов, поскольку проведение дифференциальной диагностики часто бывает затруднено без привлечения специалистов смежных отраслей.

Список литературы

1. Распространенность зубочелюстных аномалий у пациентов с ЛОР-патологией / О. И. Арсенина, Н. В. Попова, А. В. Попова, К. Г. Пиксайкина // Ортодонтия. – 2013. – № 2 (62). – С. 30–31.
2. *Базилян Э. А.* Практическое руководство по эндодонтии / Э. А. Базилян, Г. М. Барер. – М., 2007. – 112 с.
3. *Безруков В. М.* Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В. М. Безруков, Т. Г. Робустова. – М. : Медицина, 2000. – 488 с.
4. *Быкова В. П.* Аденоиды как индуктивный орган мукозального иммунитета верхних дыхательных путей / В. П. Быкова, О. А. Бруевич // Российская ринология. – 2005. – № 2. – С. 175–176.
5. *Гарбер О. Г.* Особенности развития кариеса у лиц с аномалиями прикуса и положения зубов / О. Г. Гарбер, В. Б. Недосеко // Актуальные вопросы ортодонтического лечения : тезисы докладов зонал. науч.-практ. конф. – Иркутск, 1990. – С. 31.
6. *Гасимова З. В.* Взаимосвязь зубочелюстно-лицевых аномалий с ротовым дыханием, нарушенной осанкой и способы комплексного лечения / З. В. Гасимова // Стоматология для всех. – 2003. – № 2. – С. 22–25.
7. *Гербер В. Х.* Одонториногенная форма хронического синусита / В. Х. Гербер, Т. Г. Нестеренко, Е. В. Хрусталева // Российская ринология. – 2007. – № 2. – С. 62.
8. *Гюева Ю. А.* Анализ размеров и положения языка у пациентов с сагиттальными аномалиями окклюзии / Ю. А. Гюева, М. А. Цветкова, Е. В. Порохина // Ортодонтия. – 2010. – № 2 (50). – С. 28–31.
9. *Евдокимова Н. А.* Комплексный подход к диагностике, профилактике и лечению зубочелюстных аномалий у детей с аденоидами : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.14 «Стоматология» / Н. А. Евдокимова. – СПб., 2011. – 17 с.
10. *Зорич М. Е.* Обоснование и разработка аппарата с внутрикостной фиксацией для раннего ортодонтического лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / М. Е. Зорич. – Минск, 2000. – 20 с.
11. *Иващенко С. В.* Управляемая перестройка костной ткани при зубочелюстных аномалиях и деформациях в сформированном прикусе : учеб.-метод. пособие / С. В. Иващенко, В. С. Улащик, С. А. Наумович. – Минск : БГМУ, 2013. – 218 с.
12. *Казин Э. М.* Использование средств донозологической диагностики, прогноза, профилактики и реабилитации в системе оздоровления населения России на примере Кузбасса : метод. рекомендации / Э. М. Казин, Г. А. Кураев. – Кемерово, Ростов-на-Дону, 1990. – 50 с.
13. *Карпов А. Н.* Предупреждение и устранение зубочелюстно-лицевых аномалий : учеб.-метод. пособие / А. Н. Карпов. – Самара, 2014. – 242 с.
14. *Морохоев В. И.* Тактика отоларинголога при уточнении этиологии гайморита / В. И. Морохоев, Р. Г. Аниютин // Российская ринология. – 1998. – № 4. – С. 15–17.
15. *Олейник Е. А.* Основные стоматологические заболевания и зубочелюстные аномалии (особенности патогенеза, диагностики, клиники и профилактики) : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Е. А. Олейник. – Воронеж, 2008. – 42 с.
16. *Персин Л. С.* Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование : учеб.-метод. пособие / Л. С. Персин. – М., 2010. – 44 с.
17. *Погодина А. А.* О патогенезе аномалий зубочелюстной системы и их связи с заболеваниями носа и глотки : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / А. А. Погодина. – Казань, 1958. – 12 с.
18. *Хорошилкина Ф. Я.* Взаимосвязь местных и общих нарушений организма при аномалиях зубочелюстной системы : учеб. пособие / Ф. Я. Хорошилкина, Ю. М. Малыгин. – М. : ЦОЛИУВ, 1977. – 22 с.
19. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий / [Ф. Я. Хорошилкина, Р. Френкель, Л. М. Демнер и др.]. – М., 1987. – 303 с.
20. *Швырков М. Б.* Огнестрельные ранения лица, ЛОР-органов и шеи / М. Б. Швырков, Г. И. Буренков, В. Р. Деменков. – М. : Медицина, 2001. – 60 с.

21. *Dhong H. J.* Fungal rhinosinusitis / H. J. Dhong, D. C. Lanza // Diseases of the sinuses: diagnosis and management / ed. by D. W. Kennedy, W. E. Bolger, S. J. Zinreich. – Hamilton, 2001. – Chapt. 15. – P. 179–196.

22. *Ryan M. W.* Fungal rhinosinusitis / M. W. Ryan, B. F. Marple // Rhinology: Diseases of the nose, sinuses, and skull base / ed. by D. W. Kennedy, P. H. Hwang. – New York, 2012. – Chapt. 16.

References

1. Arsenina O.I., Popova N.V., Popova A.V., Piksaikina K.G. (2013). Rasprostranennost zuboche-liustnykh anomalii u patsientov s LOR-patolohiiei [Prevalence of dentoalveolar anomalies in patients with ENT pathology]. *Ortodontiiia – Orthodontics*, № 2 (62), pp. 30–31 [in Russian].

2. Bazikian E.A., Barer G.M. (2007). *Prakticheskoe rukovodstvo po endodontii* [Practical guide to endodontics]. Moscow, 112 p. [in Russian].

3. Bezrukov V.M., Robustova T.G. (2000). *Rukovodstvo po khirurgicheskoi stomatolohii i cheliustno-litsevoi khirurgii* [Manual of Surgical Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery]. Moscow: Meditsina, 488 p. [in Russian].

4. Bykova V.P., Bruievich O.A. (2005). Adenoidy kak induktivnyi organ mukozalnoho immuniteta verhnikh dykhatelnykh putei [Adenoids as an inductive organ of mucosal immunity of the upper respiratory tract]. *Rossiiskaia rinolohiia – Russian rhinology*, № 2, pp. 175–176 [in Russian].

5. Garber O.G., Nedoseko V.B. (1990). Osobennosti kariesa u lits s anomaliami prikusa i polozheniia zubov [Features of caries in individuals with anomalies of bite and the position of the teeth]. *Aktualnyie voprosy ortodonticheskoho lecheniia – Topical issues of orthodontic treatment*. Irkutsk, p. 31 [in Russian].

6. Gasimova Z.V. (2003). Vzaimosviaz zuboche-liustno-litsevykh anomalii s rotovym dykhaniiem, narushennoi osankoi i sposoby kompleksnoho lecheniia [Interrelation between dentofacial and facial anomalies with oral breathing, disturbed posture and methods of complex treatment]. *Stomatolohiia dlia vsekh – Dentistry for all*, № 2, pp. 22–25 [in Russian].

7. Gerber V.H., Nesterenko T.G., Hrustaleva E.V. (2007). Odontorinohennaia forma khronicheskoho sinusita [Odontogenic form of chronic sinusitis]. *Rossiiskaia rinolohiia – Russian rhinology*, № 2, pp. 62 [in Russian].

8. Gioieva Yu.A., Tsvetkova M.A., Porohina E.V. (2010). Analiz razmerov i polozheniia yazyka u patsientov s sagittalnymi anomaliami okkliuzii [Analysis of the size and position of the tongue in patients with sagittal anomalies of occlusion]. *Ortodontiiia – Orthodontics*, № 2 (50), pp. 28–31 [in Russian].

9. Evdokimova N.A. (2011). Kompleksnyi podkhod k diahnostike, profilaktike i lecheniiu zuboche-liustnykh anomalii u detei s adenoidami [Complex approach to diagnosis, prevention and treatment of dentoalveolar anomalies in children with adenoids]. *Extended abstract of candidate's thesis*. Saint Petersburg, 17 p. [in Russian].

10. Zorich M.E. (2000). Obosnovaniie i razrabotka apparata s vnutrikostnoi fiksatsiiei dlia ranneho ortodonticheskoho lecheniia detei s vrozhdennymi rasschelinami verkhnei huby i neba [Substantiation and development of a device with intraosseous fixation for early orthodontic treatment of children with congenital clefts of the upper lip and palate]. *Extended abstract of candidate's thesis*. Minsk, 20 p. [in Russian].

11. Ivaschenko S.V., Ulaschik V.S., Naumovich S.A. (2013). *Upravliaiemaia perestroika kostnoi tkani pri zuboche-liustnykh anomaliiakh i deformatsiakh v sformirovannom prikuse: uchebno-metodich. posobiie* [Controlled bone tissue reconstruction with dentoalveolar anomalies and deformations in the formed occlusion: a teaching aid]. Minsk: BGMU, 218 p. [in Russian].

12. Kazin Ye.M., Kuraiev G.A. (1990). *Ispolzovaniie sredstv donozolohicheskoi diahnostiki, prohnoza, profilaktiki i reabilitatsii v sisteme ozdorovleniia naseleniia Rossii na primere Kuzbassa: metod. rekomendatsii* [Use of donosological diagnostics, prognosis, prophylaxis and rehabilitation in the system of rehabilitation of the population of Russia on the example of Kuzbass: methodical recommendations]. Kemerovo, Rostov-na-Donu, 50 p. [in Russian].

13. Karpov A.N. (2014). *Preduprezhdeniie i ustraneniie zuboche-liustno-litsevykh anomalii: uchebno-metodich. posobiie* [Prevention and elimination of dentofacial-facial anomalies: a teaching aid]. Samara, 242 p. [in Russian].

14. Morohoiev V.I., Aniutin R.G. (1998). Taktika otolarinholoha pri utochnenii etiologii haimorita [The tactics of the otolaryngologist with the refinement of the etiology of sinusitis]. *Rossiiskaia rinolohiia – Russian rhinology*, № 4, pp. 15–17 [in Russian].
15. Oleinik E.A. (2008). Osnovnyie stomatologicheskie zabolevaniia i zubochelestnyie anomalii (osobennosti patogeneza, diagnostiki, kliniki i profilaktiki) [Basic dental diseases and dentoalveolar anomalies (features of pathogenesis, diagnosis, clinic and prevention)]. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Voronezh, 42 p. [in Russian].
16. Persin L.S. *Vidy zubochelestnykh anomalii i ikh klassifitsirovaniie: uchebno-metodicheskoe posobie* [Types of dentoalveolar anomalies and their classification: educational-methodical manual]. Moscow, 44 p. [in Russian].
17. Pohodina A.A. (1958). O patogeneze anomalii zubochelestnoi sistemy i ikh svyazi s zabolevaniiami nosa i hlotki [On the pathogenesis of anomalies of the dentoalveolar system and their connection with diseases of the nose and pharynx]. *Extended abstract of candidate's thesis*. Kazan, 12 p. [in Russian].
18. Khoroshilkina F.Ya., Malyhin Yu.M. (1977). *Vzaimosviaz mestnykh i obschikh narushenii organizma pri anomaliiakh zubochelestnoi sistemy: ucheb. posobie* [Interrelation of local and general disorders of the organism with anomalies of the dentoalveolar system: a textbook]. Moscow: TsOLIUV, 22 p. [in Russian].
19. Khoroshilina F.Ya., Frenkel R., Demner L.M., Falk F., Malyhin Yu.M., Frenkel K. (1987). *Diagnostika i funktsionalnoie lecheniie zubochelestno-litsevykh anomalii* [Diagnosis and functional treatment of dentofacial-facial anomalies]. Moscow, 303 p. [in Russian].
20. Shvyrkov M.B., Burenkov G.I., Demenkov V.R. (2001). *Ohnestrelnyie raneniia litsa, LOR-organov i shei* [Gunshot wounds to the face, ENT organs and neck]. Moscow: Meditsina, 60 p. [in Russian].
21. Dhong H.J., Lanza D.C. (2001). Fungal Rhinosinusitis. *Diseases of the Sinuses: Diagnosis and Management*. D.W. Kennedy, W.E. Bolger, S.J. Zinreich (Ed.). (Chapt. 15, pp. 179–196). Hamilton.
22. Ryan M.W., Marple B.F. (2012). Fungal Rhinosinusitis. *Rhinology: Diseases of the Nose, Sinuses, and Skull Base*. D.W. Kennedy, P.H. Hwang (Ed.). (Chapt. 16). New York.

А.С. Журавльов, С.М. Григоров, Г.П. Рузін, Н.О. Шушляпіна, А.О. Селін, Н.О. Юревич
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДЕЯКИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЗУБОЩЕЛІПНОЇ СИСТЕМИ
Й ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ОРГАНІВ

Проведено комплексне оцінювання клінічних характеристик поєднаної патології зубощелепної системи і оториноларингологічних органів. З'ясовано, що відсутність комплексного підходу і системи міждисциплінарної взаємодії лікарів різних спеціальностей призводить до низької ефективності профілактики, діагностики та лікування пацієнтів із захворюваннями зубощелепної системи і оториноларингологічних органів. Запропоновано проводити оцінку клініко-діагностичних критеріїв поєднаної патології з урахуванням з'ясування причин домінуючої патології.

Ключові слова: зубощелепна система, оториноларингологічні органи, верхні дихальні шляхи.

A.S. Zhuravlev, S.N. Grigorov, G.P. Ruzin, N.O. Shushliapina, A.A. Selin, N.O. Yurevich
INTERCOMMUNICATION OF SOME PATHOLOGICAL PROCESSES OF DENTOALVEOLAR
SYSTEM AND OTORHINOLARYNGOLOGICAL ORGANS

The complex estimation of clinical descriptions of connected pathology of the dentoalveolar system and otorhinolaryngological organs is conducted. It is found out, that over absence of complex approach and system of interdisciplinary co-operation of doctors of different specialities brings to subzero efficiency of prophylaxis, diagnostics and treatment of patients with diseases of dentoalveolar system and otorhinolaryngological organs. It is suggested to conduct the estimation of clinicodiagnostic criteria of connected pathology taking into account finding out of reasons of dominant pathology.

Keywords: dentoalveolar system, otorhinolaryngological organs, respiratory tracts.

Надійшла до редакції 30.01.17