

УДК 616.216.1-002

**А. Г. Гулюк, д.мед. С. Д. Варжапетян**

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»,  
ГУ ЗМАПО МЗ Украины

### **ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ, ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ**

*Приводятся данные о распространенности, лечении и динамике воспалений верхнечелюстной пазухи в условиях стационара.*

**Ключевые слова.** Воспаление верхнечелюстной пазухи, гайморит.

**А. Г. Гулюк, С. Д. Варжапетян**

ДУ «Институт стоматології НАМН України»  
ДУ ЗМАПО МОЗ України

### **ДИНАМІКА ЗВЕРТАННЯ ХВОРИХ, ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ГАЙМОРИТІВ**

*Наводяться дані про розповсюдженість, лікування та діагностику запалень верхньощелепної пазухи в умовах стаціонару.*

**Ключові слова.** Запалення верхньощелепної пазухи, гайморит.

**A. G. Guliuk, S. D. Varzhapetian**

SE “The Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine”  
SE ZMAPGE of the MH of Ukraine

### **THE DYNAMICS OF THE APPEALABILITY OF PATIENTS, THE PECULIARITIES OF THE PRIMARY DIAGNOSTICS AND THE TACTICS OF THE TREATMENT OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS**

*The data of the frequency, treatment and diagnostics of the inflammations of maxillary sinus at hospital, are given.*

**Key words:** inflammation of maxillary sinus, maxillitis.

**Актуальность темы.** Мнения о частоте одонтогенного воспаления верхнечелюстного синуса неоднозначны [1]. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы составляют от 3 до 7 % от общего числа всех стоматологических заболеваний, больные одонтогенным верхнечелюстным синуситом составляют около 25,8 % среди больных с воспалительными процессами верхнечелюстной пазухи и около 7,6 % всех больных челюстно-лицевых стационаров [1-4].

По мнению А.А.Тимофеева [5], одонтогенный гайморит встречается в 21,3 % случаев, а ринодонтогенный - в 3,1 % общего числа гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, а от всех случаев гайморита 87 % и 13 %, соответственно.

Несмотря на появление новых, оригинальных и, действительно, эффективных методов диагностики и лечения параназальных синуситов, их количество растет с каждым годом [6].

Согласно данным отечественных и зарубежных авторов, заболеваемость хроническими синуситами за последние 10 лет возросла более чем в 2 раза, а удельный вес госпитализированных в ЛОР - стационары больных увеличивается ежегодно на 1,5 — 2 % и не имеет тенденции к снижению [6].

Л. М. Емельяненко [7] приводит данные, свидетельствующие о том, что ежегодный прирост численности больных, госпитализируемых по поводу этого заболевания, составляет 1-2 %.

Такие разноречивые сведения, по-видимому, обусловлены не столько истинным соотношением синуситов различной этиологии, а особенностью обследования больных данной патологией в стоматологических и оториноларингологических стационарах. Необходимо также учитывать, что многие больные с данным заболеванием имеют патологические изменения как со стороны зубо-челюстной системы, так и со стороны полости носа. Отмечается ежегодный неуклонный рост числа больных с острыми, хроническими или обострениями хронических (а в целом латентных) одонтогенных верхнечелюстных синуситов (гайморитов) и их доли среди всех воспалительных и дистрофических заболеваний пазушно-носовой системы и челюстно-лицевой области.

В связи с отчетливой тенденцией к рецидивированию и отсутствием эффективных методов консервативного лечения, больные хроническими риносинуситами во многих случаях сталкиваются с необходимостью хирургического лечения. Операции, используемые в этих случаях, могут выполняться как с использованием классических радикальных методов, так и с применением современных эндоскопических технологий [8].

Результаты хирургического лечения больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом нельзя признать оптимальными [9].

Частота рецидивирования гайморита при экстра-назальном хирургическом вмешательстве составляет от 50 до 64 %.

В связи с этим в последние годы целесообразность радикального хирургического лечения гайморита ставится под сомнение.

Различные щадящие методы хирургического лечения значительно сокращают число осложнений.

**Цель** нашего исследования - определение частоты поступления в челюстно-лицевое отделение городской клинической больницы скорой помощи (ГКБЭ и СМП) города Запорожья пациентов с одонтогенным воспалением верхнечелюстного синуса, изучение информативности используемых методов диагностики одонтогенных синуситов на догоспитальном этапе, и оценка методов лечения, используемых в стационаре.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 1458 историй болезни пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами, проходивших лечение в челюстно-лицевом отделении больницы скорой медицинской помощи (ГКБЭ и СМП) города Запорожья - клинической базы «ГУ ЗМАПО МЗ Украины», за период 2004-2010 гг.

Это единственное отделение такого профиля в Запорожье и Запорожской области, поэтому приводи-

мые нами данные отражают состояние проблемы по региону.

При проведении анализа учитывались такие данные историй болезней, как диагноз направившего учреждения, клинический диагноз, возраст, пол, место жительства, род деятельности, анамнестические данные, проводимое лечение.

Все истории болезней были разделены на группы по поставленному диагнозу.

Истории болезней с двумя сопряженными диагнозами учитывались в двух группах, с тремя сопряженными диагнозами, например: обострение хронического одонтогенного гайморита, киста, проросшая в гайморовую пазуху, инородное тело гайморовой пазухи.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

В результате проведенного анализа установлено:

Диагноз «Обострение хронического одонтогенного гайморита» (ОХОГ) установлен у 817 (50,2 %) больных.

- «Хронический одонтогенный гайморит» (ХОГ) - у 308 (19 %) больных.

- «Острый одонтогенный гайморит» (ООГ) - у 40 (2,5 %).

- «Перфорация гайморовой пазухи» (ПП) - у 181 (11 %).

- «Инородное тело гайморовой пазухи» (ИТГП) госпитализировано 168 (10,3 %) больных.

- «Киста гайморовой пазухи» (КГП) - 112 (6,8 %).

Рецидив гайморита отмечен в 76 (5,2 %) случаях (по данным Маланчука В.А., Федирко И. В. (2006) - 30-50 % и 4-17 % случаев).

Всего установлено 1623 (100 %) диагнозов (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение историй болезни в зависимости от диагноза**

Диагноз	Количество больных ( абс.число \ % )							
	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	всего
ОХОГ	86 37,5 %	108 45,3 %	101 48,3 %	128 55,8 %	101 51,7 %	139 51,1 %	151 60 %	814 50,2%
ХОГ	49 21,3 %	47 19,8 %	42 20 %	43 18,7 %	41 21 %	57 21 %	29 11,5 %	308 18,9%
ООГ	17 7,4 %	7 2,9 %	0	0	3 1,5 %	7 2,5 %	6 2,3 %	40 2,5%
ПП	37 16,1 %	36 15,1 %	23 11 %	24 10,5 %	16 8,2 %	22 8 %	23 9,1 %	181 11,1%
ИТГП	22 9,6 %	29 12,1 %	23 11 %	24 10,5 %	19 9,7 %	29 10,6 %	22 8,7 %	168 10,3%
КГП	18 7,8 %	11 4,6 %	20 9,5 %	10 4,4 %	15 7,6%	18 6,6 %	20 7,9 %	112 7 %
Всего	229 14 %	238 14,6 %	209 12,8 %	229 13,8 %	195 11,9 %	272 16,7 %	251 15,4 %	1623 100%
Рецидив ХОГ	18 7,8 %	6 2,5 %	4 1,9 %	16 7 %	13 6 %	12 4 %	7 2,7 %	

Данные, приведенные в табл. 1, свидетельствуют о том, что пик поступления больных с одонтогенными синуситами в отделение челюстно-лицевой хирургии ЗМАПО приходился на 2009 год - 272 (16,7 %) случая синусита, самый низкий показатель госпитализации отмечен в 2008 году - 195 (около 11,9 %) случаев. Чаще других был установлен диагноз: «Обострение хронического одонтогенного гайморита» - 817 (50,2 %) случаев, что согласуется с данным литературы (Ф. И. Шульман, 2001). Пациенты с диагнозом: «Острый одонтогенный гайморит» составили минимальный показатель таблицы - 2,4 % случаев.

Рецидив гайморита наблюдался в среднем за 2004-2010 годы в 5,2 % случаев.

В 19,3 % случаев отмечалось расхождение между диагнозом направившего учреждения и клиническим диагнозом. В 2,6 % случаев поставленный клинический диагноз не соответствовал описанным клиническим данным. Из стоматологических поликлиник и кабинетов были направлены 59,2 % пациентов; смежными специалистами (ЛОР, невропатолог) направлены 15,7 % пациентов; сами обратились в стационар 14,7 %; в 10 % случаев данные о направившем учреждении отсутствовали.

За период с 2004 по 2010 год количество пациентов увеличилось в среднем на 1,8 % - 2,6 %.

Воспаление левой пазухи наблюдалось в 51 %, правой - в 49 % случаях, двухстороннее поражение обнаружено у 0,2 % пациентов (по данным З.Н. Ловпаче (2003) - 53 % и 45 % соответственно).

Правая гайморова пазуха у мужчин поражалась на 4 % чаще, чем у женщин. Интересно, что именно на 4-5 % левая пазуха поражалась чаще у женщин, чем у мужчин (табл. 2).

В левой гайморовой пазухе инородное тело было обнаружено в два раза чаще, чем в правой.

Рецидив (48 (63%) случаев) и обострение хронического гайморита (451(55,2 %) случаев) больше отмечалось справа (табл. 3).

По возрастным показателям все пациенты с верхнечелюстным синуситом за исследуемый отрезок времени были распределены на три группы:

I группа - пациенты в возрасте до 25 лет составили 12,9 %,

II группа - пациенты наиболее трудоспособного возраста 25-50 лет составили 63,4 % от общего числа обследуемых,

В III группу вошли пациенты 50 лет и старше

(22,7 % всех больных).

В табл. 4 приведены показатели количества муж-

чин и женщин в зависимости от поставленного диагноза и возраста.

Таблица 2

**Распределение больных по половой принадлежности**

Пол	Диагноз							Всего (абс.ч/ %)
	ОХОГ (абс.ч/ %)	ХОГ (абс.ч/ %)	ООГ (абс.ч/ %)	ИТГП (абс.ч/ %)	ПГП (абс.ч/ %)	КГП (абс.ч/ %)	Рецидив (абс.ч/ %)	
Муж.	451 55,4 %	134 43,5 %	21 52,5 %	60 35,7 %	85 45 %	51 45,5 %	49 64,4 %	851 50,1 %
Жен.	363 44,5 %	174 6,5 %	19 47,5 %	108 4,2 %	96 53 %	61 54,4 %	27 35 %	848 49,9 %

Таблица 3

**Распределение больных по сторонам поражения гайморовой пазухи**

Сторона	Диагноз							Всего м/ж
	ОХОГ м/ж	ХОГ м/ж	ООГ м/ж	ИТГП м/ж	ПГП м/ж	КГП м/ж	Рецидив м/ж	
Левая гайморова пазуха	232 56,5 %	84 56 %	10 55,5%	31 30 %	45 45,5 %	19 38 %	26 66,7 %	447 51,3 %
	177 43,5 %	66 44%	8 44,5 %	72 70 %	55 55,5 %	31 62 %	13 33,3 %	423 48,7 %
Правая гайморова пазуха	218 53,4 %	69 44 %	11 50 %	25 39 %	40 49 %	23 36 %	22 60 %	408 49 %
	187 46,6 %	89 56 %	11 50 %	40 61 %	42 51 %	39 64 %	15 40 %	424 51 %

Таблица 4

**Распределение пациентов по возрасту и полу**

Возраст		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ИТГП	ПГП	КГП	Всего
До 25 лет	абс. число	106	26	6	26	32	15	211
	%	50,5	12,2	2,8	12,2	15	7	13
	% от общего числа	13	8,5	15	15,5	17,7	13,4	
	мужчин (в %)	60	50	66,7	42,3	40,6	46,7	53,3
	женщин (в %)	40	50	33,3	57,7	59,4	53,3	46,7
26-50 лет	абс. число	526	203	26	113	108	70	1046
	%	50,3	19,3	2,5	10,7	10,3	6,6	64,3
	% от общего числа	64,5	66	65	67,3	60	62,5	
	мужчин (в %)	59,4	41	57,7	33,6	47,2	48,6	51
	женщин (в %)	40,6	59	43,3	66,4	52,8	51,4	49
51 год и старше	абс. число	182	79	8	29	41	27	366
	%	49,7	21,5	2,1	7,8	11	7,3	22,6
	% от общего числа	22,4	25,6	20	17,3	22,7	24,1	
	мужчин (в %)	38,3	48	25	38	51,2	37	42
	женщин (в %)	61,7	52	75	62	48,8	63	58
Всего		814	308	40	168	181	112	1623

Показатели таблицы свидетельствуют, о том, что около 65 % пациентов были в возрасте от 25 до 50 лет. По данным З. Н. Ловпаче (2003) этот показатель составляет 72 %, по данным В. В. Чернышева (2006) – 80 % больных. С одонтогенными синуситами были в возрасте от 21 до 40 лет.

Наибольший показатель рецидива наблюдался во II группе – 48 (62 %) пациентов.

Несмотря на достаточно высокий уровень стоматологической помощи в современных городах и областных центрах, среди больных одонтогенным синуситом жители города Запорожья составили 76,3 %. Из них работающие – 65 %, не работающие - 32 %, учащиеся и студенты - около 3 %.

Превалирование среди данной категории пациентов лиц трудоспособного возраста свидетельствует об актуальности рассматриваемой проблемы в ее экономическом аспекте.

Увеличение сроков пребывания в стационаре отмечено у больных старше 50 лет, что соответствует данным литературы (Шульман Ф. И., 2003). Средний срок потери трудоспособности составил в среднем 13±5 суток (табл. 5).

Большая часть пациентов с хроническим гайморитом (52 %) и с кистой в гайморовой пазухе (59 %) поступили в стационар в сроки от 1 месяца до 1 года с момента появления первых признаков заболевания (табл. 6).

62,5 % пациентов с перфорацией гайморовой пазухи и 79 % с острым одонтогенным гайморитом были госпитализированы в течение первых суток.

Больные поступали в стационар в следующие сроки: 40 % - до 14 суток от начала заболевания;

12,6 % - от 15 суток до 1 месяца; 20% - от 1 месяца до 1 года; 8,8 % больных - через год от начала болезни. Сроки госпитализации не отмечены у 6 % поступивших (табл. 7).

Таблица 5

## Средние сроки пребывания в стационаре (койкодни)

Койкодни		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ИТПП	ППП	КПП	Всего
До 7 суток	абс. число	85	40	12	40	28	6	211
	%	10,5	12,9	30	22	16,6	5,3	13
	мужчин (в %)	62,8	52,5	50	52,5	39	83,3	55,5
8-14 суток	женщин (в %)	37,2	47,5	50	47,5	61	16,7	44,5
	абс. число	455	209	26	117	112	83	1002
	%	55,8	67,8	65	64,6	66,6	74,1	61,7
15-25 суток	мужчин (в %)	50,9	42,5	50	43	31	43,3	45,5
	женщин (в %)	49,1	57,5	50	57	69	56,7	55,5
	абс. число	256	53	2	21	28	22	382
26 суток и более	%	31,5	17,2	5	11,6	16,6	19,6	23,5
	мужчин (в %)	61	39,6	100	55	46,4	54,5	55
	женщин (в %)	39	60,4	0	45	54,4	45,5	45
Всего	абс. число	18	6	0	3	0	1	28
	%	2,2	1,9	0	1,6	0	0,8	1,6
	мужчин (в %)	61	50	0	100	0	0	62
Всего	женщин (в %)	39	50	0	0	0	100	38
	абс. число	814	308	40	181	168	112	1623
	%							

Таблица 6

## Средние сроки от начала заболевания до госпитализации (сутки)

Сроки госпитализации		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ИТПП	ППП	КПП	Всего
1		2	3	4	5	6	7	8
В течение первых суток	абс. число	36	14	7	44	89	3	193
	%	4,4	4,5	17,5	26,2	49,2	2,7	11,8
	мужчин (в %)	50	42,8	57,1	34,1	52,8	100	48
До 7 суток	женщин (в %)	50	57,2	42,9	65,9	47,2	0	52
	абс. число	228	3	8	31	46	14	370
	%	28	10,7	45	18,4	25,4	12,5	22,8
От 8 до 14 суток	мужчин (в %)	60,2	63,6	50	32,2	43,5	42,8	55
	женщин (в %)	59,8	36,4	50	67,8	56,5	57,2	45
	абс. число	207	34	4	24	17	5	291
От 15 суток до 1 месяца	%	25,3	11	10	14,3	9,4	4,5	17,8
	мужчин (в %)	58,4	41,2	50	29,2	41,2	40	53
	женщин (в %)	41,6	58,8	50	70,8	58,8	60	47
1-6 месяцев	абс. число	128	39	2	17	7	11	204
	%	15,8	12,7	5	10,1	3,9	9,8	12,6
	мужчин (в %)	45,7	33,3	50	58,8	42,8	36,4	44
6 месяцев – 1 год	женщин (в %)	54,3	66,7	50	41,2	57,2	63,6	56
	абс. число	124	93	1	17	13	39	287
	%	15,3	30,3	2,5	10,1	7,2	34,8	17,7
Более года	мужчин (в %)	52	34,4	100	11,8	38,5	56,4	44
	женщин (в %)	48	65,6	0	88,2	61,5	63,6	56
	абс. число	19	7	0	5	2	5	38
Всего	%	2,3	2,3	0	3	1,1	4,5	2,3
	мужчин (в %)	68,4	57,1	0	0	50	60	55
	женщин (в %)	31,6	42,9	0	100	50	40	45
Всего	абс. число	39	64	0	18	0	23	144
	%	4,8	2,8	0	10,7	0	20,5	8,8
	мужчин (в %)	56,4	48,4	0	38,9	0	43,5	47
Всего	женщин (в %)	45,6	51,6	0	61,1	0	56,5	53
	абс. число							
	%							

Продолжение таблицы 6

1		2	3	4	5	6	7	8
Не отмечены сроки	абс. число	33	24	8	12	7	12	96
	%	4	7,8	20	7,1	3,9	10,7	5,9
	мужчин (в %)	45,4	54,2	62,5	41,7	28,6	33,3	49
	женщин (в %)	54,5	45,8	37,5	58,3	71,4	66,7	51
Всего		814	308	40	168	181	112	1623

Таблица 7

**Средние сроки развития рецидива заболевания**

Сроки госпитализации	В течение суток	До 7 суток	8-14 суток	15 суток – 1 месяц	1-6 мес.	6 мес - 1 год	1 год и более
Абс.число	0	6	14	8	20	3	18
Мужчин (в %)	0	83	92	62,5	40	67	50
Женщин (в %)	0	17	8	37,5	60	33	50

В стационаре всем пациентам проводился сбор анамнеза, клиническое обследование, рентгенологическое обследование, анализ показателей крови, мочи.

Наиболее часто описываемые первые симптомы заболевания приведены в табл. 8.

По данным табл. 8, наиболее частыми первичными признаками гайморита были жалобы на боль в «причинном» зубе (24 %), появление сообщения с гайморовой пазухой (42 %), боль в верхней челюсти (22 %) (табл. 9). Из табл. 9 видно, что жалобы на боль в области верхней челюсти (51,2 %), наличие ороан-

трального сообщения (45 %), гнойные выделения из носа (около 32 %) были наиболее частыми. На боль в верхней челюсти и на наличие ороантрального свища чаще других жаловались больные с ОХОГ и ООГ – в 59 % и в 45,2 % случаев соответственно. На отек лица (8,5 %) и на чувство дискомфорта (13,5 %) чаще жаловались больные с кистой в гайморовой пазухе. Меньше всех жалоб предъявляли больные с инородным телом в гайморовой пазухе, больше всех – больные с ОХОГ.

Таблица 8

**Наиболее часто встречающиеся симптомы при первичном обращении пациента**

Симптом		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ППП	КПП	ИТПП	Всего
Отек лица	абс.	83	13	7	10	9	4	126
	%	6,6	3,5	11,5	5	7,2	2,25	7,7
Боль в «причинном» зубе	абс.	265	40	10	44	16	25	400
	%	21,3	10,5	16,4	22	12,6	14	24
Гноетечение из носа	абс.	221	48	6	3	11	9	298
	%	17,7	12,7	10	1,5	8,7	5	18,3
Боль в верхней челюсти	абс.	250	56	9	5	19	18	356
	%	20,2	14,7	14,7	2,5	15	10,1	22
Наличие сообщения	абс.	250	159	21	135	30	84	679
	%	20,2	42	34,5	67,5	23,8	47	42
Головные боли	абс.	34	12	4	1	3	5	59
	%	2,8	3,2	6,5	0,5	2,5	3	3,6
Деформация верхней челюсти	абс.	-	-	-	-	5	-	5
	%					4		0,3
Температура	абс.	71	5	2	1	1	5	85
	%	5,8	1,3	3,2	0,5	0,7	3	5,2
Не отмечено	абс.	68	46	2	1	32	28	177
	%	5,5	12,1	3,2	0,5	25,5	15,7	11

У 6,2 % всех больных местный статус описан без признаков болезни, такая картина чаще обнаружена у больных с ХОГ (10,9 %). Наличие ороантрального свища описано в 946 (58,1 %), наличие «причинного зуба» - в 404 (24,8 %), гнойные выделения из носа в местном статусе отмечалось в 208 (12,7 %) случаях (табл. 10).

Симптом положительной рото-носовой пробы, чаще отмечен у пациентов с диагнозом «Перфорация гайморовой пазухи» - в 25 % случаев; «причинный» зуб был обнаружен одинаково часто у пациентов с ООГ (23,3 %), ОХОГ (22,2 %) и с кистой в гайморовой пазухе (20 %); реже - у пациентов с диагнозом «Перфорация гайморовой пазухи» (0,8 %).

Таблица 9

## Наиболее часто встречающиеся жалобы при первичном обращении пациента

Симптом		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ППП	КПП	ИТПП	Всего
Боль в верхней челюсти	абс.	482	128	43	58,	59	64	834
	%	59	29,7	45,2	31,8	42,1	32	51,2
Заложенность носа	абс.	203	29	11	8	18	12	281
	%	24,8	6,7	11,5	4,3	12,8	6	17,3
Гноетечение из носа	абс.	399	67	11	6	15	24	522
	%	49	15,5	11,5	3,2	10,7	12	32,1
Головные боли	абс.	87	39	5	1	7	11	150
	%	10,6	9	5,2	0,5	5	5,5	9,2
Чувство дискомфорта в верхней челюсти	абс.	58	22	3	15	19	24	141
	%	7	5,1	3,1	8,2	13,5	12	8,7
Общее недомогание	абс.	47	11	4	2	4	5	63
	%	5,7	2,5	4,2	1	2,8	2,5	3,9
Отек лица	абс.	54	16	6	14	12	4	106
	%	7	3,7	6,3	7,6	8,5	2	6,5
Ороантральный свищ	абс.	450	117	12	88	6	56	729
	%	55	27,2	12,6	48,3	4,2	28	45

Таблица 10

## Наиболее часто встречающиеся местные признаки одонтогенных гайморитов при госпитализации

Симптом		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ИТПП	ППП	КПП	Всего	
Отек лица	абс.	97	8	2	7	3	6	123	
	%	8,1	1,9	3,1	2,7	2,5	2,8	7,5	
Наличие «причинного» зуба	абс.	278	64	14	2	24	22	404	
	%	23,3	15,8	22,2	0,8	20	10,4	24,8	
Ротоносовая проба	полож.	абс.	90	42	5	63	6,	30	236
		%	7,5	10,4	7,9	25	5	14,2	14,5
	отриц.	абс.	33	16	3	8	7	5	72
		%	2,7	3,9	4,7	3,1	6	2,3	4,4
Выделения из носа	абс.	163	23	10	3	5	4	208	
	%	13,7	5,7	15,8	1,1	4,1	1,9	12,7	
Наличие ороантрального сообщения	абс.	402	199	26	164	48	107	946	
	%	33,8	49,3	41,2	65	40	50,7	58,1	
Затруднение носового дыхания	абс.	106	7	2	2	2	9	128	
	%	8,9	1,7	3,2	0,8	1,6	4,2	7,8	
Местный описан без патологии	абс.	20	44	1	4	25	28	102	
	%	1,6	10,9	1,5	1,6	20,8	13,2	6,2	

При обобщенном анализе таблицы можно сказать, что наиболее выражена местная симптоматика при ОХОГ.

Компьютерная томография до поступления в стационар проводилась только трем пациентам.

Данных о проведении рентгенологического обследования гайморовых пазух в амбулаторных условиях на догоспитальном этапе, в анализируемых нами историях болезней не было.

В стационаре рентгенообследование ППН и ортопантограмма проводились в 97,5 % случаев.

У 65 % пациентов воспаление верхнечелюстной пазухи диагностировалось только после проведенных стоматологических манипуляций (удаление или лечение зубов) и возникших вследствие этого осложнений (перфорация гайморовой пазухи, попадание пломби-

ровочного материала и корней удаляемых зубов в верхнечелюстную синус).

Пациенты с открытыми формами синуситов составили 62,6 % от общего числа. Результаты рентгенообследования приведены в табл. 11

Из анализа табл. 11 видно, что при ОХОГ затемнение гайморовой пазухи встречалось чаще, чем при других формах гайморита. В сумме данный рентгенологический признак описан чаще других.

Утолщение мембраны гайморовой пазухи чаще отмечено при ХОГ в 21(53,8 %) случаях. Завуалированность гайморовой пазухи - при перфорациях гайморовой пазухи и ХОГ- описано в 6 (27,2 %) случаях.

У женщин инородное тело в гайморовой пазухе обнаруживалось на 40 % чаще, чем у мужчин.

У мужчин корень удаленного зуба в гайморовой пазухе встречалось в 7 (63,3 %) случаях, пломбиро-

вочный материал – в 25 (22,2 %), а у женщин – в 4 (36,6%) и в 88 (77,8 %) случаях соответственно. «Причинные» зубы удалены до госпитализации у 65% больных, стационаре у 27,2 % больных, сохранены «причинные» зубы у 4,3 % больных, история «причинного» зуба не описана у 3,5 % больных.

«Причинными» зубами чаще являлись 16,26 - в 45,7 %; 17,27, - в 25 %; 18,28 - в 10 % ; 15,25 - в 9 %;

14, 24 - в 3,5 %; 13,23 - в 1,3 % случаев, не описан причинный зуб - в 4,5 % случаев. Больше одного «причинного» зуба отмечено у 27 % больных (табл. 12).

Всем больным проводилось медикаментозное лечение: антибиотики, антигистаминные, противовоспалительные препараты (табл.13).

Таблица 11

**Результаты рентгенообследования больных одонтогенным гайморитом после госпитализации**

Рентгеновский признак		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ИТПП	ППП	КПП	Всего	
1		2	3	4	5	6	7	8	
Затемнение гайморовой пазухи	всего	абс.	613	188	23	35	37	40	936
		%	75	60,6	60	25,5	36,7	18,6	57,5
	муж.	абс.	344	84	11	19	18	8	484
		%	56	44,6	47,8	54,3	48,6	20	51,7
	жен.	абс.	269	104	12	16	19	32	452
		%	44	55,4	52,2	45,7	51,3	80	48,2
Утолщение слизистой гайморовой пазухи	всего	абс.	7	21	0	3	2	6	39
		%	0,9	7	0	2,2	2	2,8	2,3
	муж	абс.	5	8	0	3	1	5	22
		%	71,5	38	0	100	50	83,4	56
	жен	абс.	2	13	0	0	1	1	17
		%	28,5	62	0	0	50	16,6	44
Завуалированность гайморовой пазухи	всего	абс.	6	5	2	6	1	2	22
		%	0,73	1,6	5,2	4,4	1	1	1,3
	муж	абс.	3	0	0	4	0	2	9
		%	50	0	0	66,7	0	100	41
	жен	абс.	3	5	2	2	1	0	13
		%	50	100	100	33,3	100	0	59
Понижение воздухоносности гайморовой пазухи	всего	абс.	99	17	5	3	5	8	137
		%	12	5,5	12,8	2,2	5	6,4	8,4
	муж	абс.	53	10	4	2	4	5	78
		%	53,5	59	80	66,7	80	62,5	57
	жен	абс.	46	7	1	1	1	3	59
		%	46,4	41	20	33,3	20	37,5	43
Участок деструкции костной ткани верхней челюсти	всего	абс.	30	13	2	7	25	3	80
		%	3,6	4,2	5,2	5,1	24,7	1,4	4,9
	муж	абс.	17	7	2	1	12	1	40
		%	56,6	54	100	14,3	48	33,3	50
	жен	абс.	13	6	0	6	22	2	40
		%	43,3	46	0	85,7	52	66,7	50
Инородное тело в гайморовой пазухе	всего	абс.	16	12	1	17	1	131	178
		%	1,9	3,8	2,5	12,4	1	61	11
	муж	абс.	8	6	1	7	1	43	66
		%	50	50	100	41,2	100	33	37
	жен	абс.	8	6	0	10	0	88	12
		%	50	50	0	58,8	0	67	63
Тень в виде купола	всего	абс.	0	6	1	2	21	0	30
		%	0	2	2,5	1,5	20,8	0	1,8
	муж.	абс.	0	2	1	0	8	0	11
		%	0	33,3	100	0	38	0	36,7
	жен.	абс.	0	4	0	2	13	0	19
		%	0	66,7	0	100	62	0	63,3
Рентгенограмма без признаков патологических изменений	всего	абс.	5	6	2	2	0	10	25,
		%	0,6	2	5,2	1,5	0	4,7	1,5
	муж	абс.	3	2	1	0	0	8	14
		%	60	33,3	50	0	0	80	56
	жен	абс.	2	4	1	2	0	2	11
		%	40	66,7	50	100	0	20	44

Продолжение таблицы 11

1		2	3	4	5	6	7	8	
Рентгенографические признаки воспаления не описаны	всего	абс.	43	42	4	65	9	15	178
		%	5,2	13,5	10,3	47,5	9	7	11
	муж	абс.	23	18	2	28	5	7	83,
		%	54	43	50	43	55,5	46,7	47
	жен	абс.	20	25	2	35	4	8	95
		%	46	57	50	57	44,5	53,3	53
Всего	абс.	819	310	39	137	101	215		
	%	100	100	100	100	100	100		

Таблица 12

**Средние сроки удаления «причинного зуба» у больных различными формами одонтогенного гайморита**

		ОХОГ	ХОГ	ООГ	ПГП	КГП	ИТГП	Всего
Причинный» зуб удален до госпитализации	абс.	461	219	26	181	43	130	1060 65,1 %
	%	56,4	71,1	65	100	38,3	77,3	
	%*	43,5	20,7	2,5	17	4,2	12,6	
«Причинный» зуб удален после госпитализации	абс.	318	64	11	-	26	24	443 27,2 %
	%	39	20,7	27,5	-	23,2	14,3	
	%*	71,7	14,5	2,5	-	5,9	5,4	
Причинный» зуб сохранен	абс.	8	6	1	-	19	10	44 2,7 %
	%	1	2	2,5	-	17	6	
	%*	18,1	13,6	2,2	-	43,1	22,7	
Не отмечено	абс.	30	19	2	-	24	4	79 4,9 %
	%	3,7	6,1	5	-	21,4	2,3	
	%*	38	24	2,5	-	30,3	5	
Всего		817	308	40	181	112	168	1626

Примечание: %\* - процент от общего числа больных

Таблица 13

**Медикаментозная терапия, получаемая больными с одонтогенным гайморитом после поступления в стационар**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Наименование препарата	ОХОГ	ХОГ	ООГ	ПГП	КГП	ИТГП	Всего	
Линкомицин	673	286	33	170	107	136	1405	1807 (40% всех боль- ных)
Рифампицилин	24	4	2	4	2	3	39	
Цефазолин	30	10	3	3	1	5	52	
Цефтриаксон	62	9	8	2	7	6	94	
Цефтоксим	8	6	2		1	-	17	
Сультбактомакс	13	1	1	2	2	1	20	
Ампиокс	15	3	-/-	3	-/-	-/-	21	
Гентамицин	10	4	/--	2	3	2	21	
Полимик	28	6	2	2	3	9	50	
Аксеф	14	2	1	2	-/-	4	23	
Эмсеф	13	2	1	1	1	1	19	
Аугментин	12	2	-/-	-	1	3	18	
Этамзилат	14	8	-/-	1	7	8	38	
Два антибиотика	153	21	10	9	9	19	221	
Диазолин	153	47	8	36	19	25	268	553+19 1 (16,5%)
Супрастин	112	70	11	28	29	35	285	
Метрогил	72	14	7	6	5	6	110	110 (2,4 %)



Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Серрата	27	1		1	1	3	33	33 (0,7 %)
Дексаметазон	103	34	3	12	25	31	208	208 (4,65%)
Анальгин + димедрол	318	125	12	61	43	78	637	1012 (22,4%)
Кетанов+димедрол	199	50	11	55	27	33	375	
Кетанов	108	62	9	27	225	32	263	263 (5,8 %)
Капли в нос	129	30	8	49	11	28	255	255 (5,6 %)
Линекс	51	15	5	4	5	5	85	85 (1,8 %)
Лоризан	56	19	4	11	11	9	110	
Лоратодин	34	24		6	7	3	74	
Лорано	5	1	3	1	-/-	3	13	

Назначение антибиотиков неадекватно: использование двух и более антибиотиков при отсутствии выраженной клиники воспаления.

В 70 % случаев проводилось хирургическое лечение: пластика свища (7,7 %); радикальная гайморотомия (83 %); цистогайморотомия (8,2 %). Среди прооперированных больные с острым гайморитом составили 1,8 % всех обследуемых и около 44% в данной группе.

С ОХОГ прооперировано 31 % всех пациентов и 57 % с диагнозом ОХОГ.

Консервативное лечение проводилось 35 (2,4 %) больным с хроническим одонтогенным гайморитом, 12 (0,8 %) пациентам с инородным телом в гайморовой пазухе.

Таким образом, проблема профилактики, диагностики (в том числе дифференциальной) и лечения одонтогенных синуситов является актуальной задачей стоматологии.

Среди причин развития заболевания значительную часть составляют патологические процессы, развитию которых способствовала неадекватная врачебная тактика при лечении хронических воспалительных процессов в области моляров верхней челюсти.

Использование традиционных методов радикального хирургического лечения достаточно часто сопровождается хронизацией процесса.

**Список литературы**

1. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области / А. Г. Шаргородский. - М., 2001. - с.86-98.
2. Шульман Ф. И. Инородные тела верхнечелюстных пазух. Тактика врача / В. А. Козлов, Ф. И. Шульман. // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов, 10 - 13 сентября 2001 г. - Москва. - 2001. - С.98-100.
3. Сипкин А. М. Диагностика, лечение и реабилитация больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами, с применением эндоскопической техники: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня к. мед. н.: спец. 14.00.21-стоматология / А. М. Сипкин. - Москва, 2005. - 20 с.
4. Hirata Y. A clinical investigation of oro-maxillary sinus-perforation clue to tooth extraction // Kokubyo Gakkai Zasshi, -2001. - #3. - p.28-30.
5. Одонтогенные гаймориты / А. А. Тимофеев, Г. П. Бернадская, Л. Ф. Корчак, С.П. Коломиец - Киев: Червона рута-Турс. - 2002. - с.48-50.

6. Лопатин А. С. Хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита / А. С. Лопатин, С. П. Сысолятин, П. Г. Сысолятин // Рос. стоматол. журнал, 2001. - №3. - с.24-28.

7. Емельяненко Л. М. Эффективность лечения гнойного гайморита лазерофорезом с изотиорбамином / Л. М. Емельяненко, С. С. Целуйко, О. И. Коноплев. - Тр. 16 съезда отоларингологов РФ. - С.-Петербург, 2001. - с.56-57.

8. Вишняков В. В. Анатомические варианты строения полости носа и околоносовых пазух при компьютерной томографии / В. В. Вишняков // Вестн. оториноларингологии. - 2004. - №1. - С. 65-67.

9. Богатов А. И. Анализ ошибок и осложнений при хирургическом лечении больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами // Актуальные вопросы современной стоматологии. - Самара, 2000. - с.102-103.

Поступила 25.04.12



УДК 616.311.4+616.321]-002.36-089

**В. Г. Центило д. мед. н., М. Ю. Павленко**

Донецкий национальный медицинский университет

**МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ДНА ПОЛОСТИ РТА И ВОКРУГ ГЛОТКИ**

*Введение в план обследования больных с одонтогенными флегмонами дна полости рта и вокруг глотки дополнительных к традиционным точек пальпации, а также оценка ранее проведенных на предложенном нами анатомическом препарате сообщений клетчатки подязычного пространства с соседними клетчаточными пространствами позволили уточнить топическую диагностику воспалительных процессов и оптимизировать возможности их дренирования.*

**Ключевые слова:** флегмона, дно полости рта, окологлоточные клетчаточные пространства.

© Центило В. Г., Павленко М. Ю., 2012.