

activity. www.rmj.ru. RMJ. *Nezavisimoye izdaniye dlya praktikuyushchikh vrachey*. 2012; 9: 444.

4. **Levitskiy A. P.** *Lizotsym vmesto antibiotikov* [Lysozyme instead of antibiotics]. Odessa, KP OGT; 2005:74.

5. **Levitskiy A. P.** *Lechebno-profilakticheskie zubnye eliksiry* [The therapeutic and preventive dental waters: the manual]. Odessa, KP OGT; 2010:246.

6. **Levitskiy A. P., Makarenko O.A., Mezinova L.G.** [ta in.]. Lysomucoid is the preparation for the prevention and treatment of the main dental diseases. *Informatsionny byulleten. Dodatok do "Jurnalu AMN Ukrainy"*. Kuyv, 2008; 25; 131-132.

7. **Lopatın A.S.** *Farmakoterapiya bolezney ukha, gorla i nosa s pozitsiy dokazatelnoy meditsiny. Lektsionny obrazovatelnyy kurs* [The principles of the treatment of acute and chronic sinusitis. Pharmacotherapy of the diseases of ear, throat and nose from a perspective of demonstrative medicine. The course of lectures]. M., 2006:14-23.

8. **Zelenova E.G., Zaslavskaya M.I., Salipa E.V., Rassanov S.P.** *Mikroflora polosti rta: norma i patologiya* [Microflora of oral cavity: the norm and the pathology]. N. Novgorod, NGMA; 2004:158.

9. **Levitskiy A. P., Makarenko O. A., Selivanskaya I. A., Rossachanova L. N., Denga O. V., Pochtar V. N., Skidan K. V., Goncharuk S. V.** *Fermentativnyy metod opredeleniya disbioza polosti rta dlya skringinga pro- i prebiotikov: metodicheskie rekomendatsii* [Enzymatic methods for determination of oral dysbiosis for screening pro and prebiotics: method guidelines]. Kiev, GFC; 2007: 23.

10. **Mitin Yu.V., Krynychko L.R.** The current problems of etiology, pathogenesis and treatment of sinusitis. *Mystetstvo likuvannya*. 2004; 3:52-55.

11. **Pukhlik S.M.** The chronic exudative sinusitis. *Klinicheskaya immunologiya. Allergologiya. Infektologiya*. 2006: 14-15.

12. **Rymsha M.A., Timoshenko S.V., Chaukina V.A.** The clinical pathomorphism of sinusitis under the influence of atmosphere ecological factors. The materials of the XVIIth Congress of otolaryngologists of Russia. N. Novgorod, 7-9.06.2006. SPb; 2006: 336.

13. **Savichuk N.O., Savichuk A.V.** The microecology of oral cavity, dysbacteriosis and the ways of its correction. *Sovremennaya stomatologiya*. 2002; 4: 9-12.

14. **Storozheva M.V., Ruzin G.P., Zinkovskaya V.P.** The character of microflora at acute pyoinflammatory processes of oral cavity. *Ukr. stomat. almanakh*. 2007; 3: 47-50.

15. **Tets V.V.** The role of oral microflora at the development of human diseases. *Stomatologiya*. 2008; 3: 76-80.

16. **Kulak Y., Arikan N.** Existence of *Candida albicans* and microorganisms in denture stomatitis patients. *J. Oral-Rehabil*. 1997; 24 (10): 788-790.

Поступила 24.12.14



УДК –616.216.1-002-072.1+615.37

С. П. Ярова, д. мед.н., Е. А. Яценко, к. мед. н.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРО- И ПРЕБИОТИКОВ

Проведен анализ эндоскопического обследования больных с хроническим и обострением хронического одонтогенного гайморита. Описаны особенности эндоскопической картины в зависимости от характера воспалительного процесса, схемы консервативного лечения и сроков от начала лечения

пациентов.

Ключевые слова: гайморит, эндоскопическое обследование, про- и пребиотики.

С. П. Ярова, К. О. Яценко

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЮСТНИХ ПАЗУХ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРО- ТА ПРЕБІОТИКІВ

Проведено аналіз ендоскопічного обстеження хворих на хронічний та загострений хронічний одонтогенний гайморит. Описані особливості ендоскопічної картини в залежності від характеру запального процесу, схеми консервативного лікування та строків лікування пацієнтів.

Ключові слова: гайморит, ендоскопічне обстеження, про- та пребіотики.

S. P. Yarova, E. A. Yatsenko

Donetsk national medical university of M. Gor'kiy

RESULTS OF ENDOSCOPIC RESEARCH OF GENYANTRUMS AT THE HOLIATRY OF PATIENTS WITH ODONTOGENOUS MAXILLARY SINUSITIS WITH APPLICATION PRO- AND PREBIOTICS

ABSTRACT

The aim of the real research was an estimation of endoscopic picture of genyantrums for patients with odontogenous maxillary sinusitis depending on the chart of conservative treatment in different terms from his beginning.

Materials and research methods. 120 patients were divided into two groups - with intensifying of chronic and chronic odontogenous maxillary sinusitis. In basic sub-groups additionally to traditional treatment washed the bosoms of prebiotics and appointed a probiotic inward. To the article the estimation of endoscopic picture is driven to treatment and in 12 months after treatment.

Conclusions. 1. For the patients operated on sparing methodology, postoperative complications were not, that talked about expedience of application of endoscopic treatment at present testimonies. 2. The endoscopic inspection of patients educed in 12 months, that pathological changes in гайморовых bosoms on the average on 17% more often for the patients of control sub-groups.

Key words: odontogenous, maxillary sinusitis, endoscopic inspection, probiotics, prebiotics .

По данным многих авторов, больные с одонтогенным гайморитом составляют от 3 % до 25 % среди пациентов стоматологических лечебных учреждений. Поэтому лечение таких больных является актуальной проблемой [1, 2]. В последние годы отмечается устойчивая тенденция роста количества больных с данной патологией. Вопросам лечения, реабилитации и профилактики одонтогенных верхнечелюстных гайморитов посвящено достаточное количество исследований. Однако многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов убеждают в том, что

данные вопросы продолжают сохранять свою актуальность [3, 4]. Разработаны, известны и широко применяются методы эндоскопической диагностики и лечения патологии верхнечелюстной пазухи [5].

Цель настоящего исследования. Оценка эндоскопической картины верхнечелюстных пазух у больных с одонтогенным гайморитом в зависимости от схемы консервативного лечения в различные сроки от его начала.

Материалы и методы исследования. Анализ клинических данных проведен на основании обследования и лечения 120 больных с обострением хронического и хроническим одонтогенным гайморитом, которые находились на стационарном лечении в челюстно-лицевом хирургическом отделении коммунально-медицинского учреждения клинической Рудничной больницы (КМУ КРБ) №1 г. Макеевки. Диагноз одонтогенного гайморита ставился на основании сбора анамнеза, клинического течения, объективных методов исследования (осмотра, рентгенологического исследования, пункции верхнечелюстной пазухи, бактериологического исследования, лабораторных исследований).

Все пациенты с обострением хронического и хроническим одонтогенным гайморитом (120 человек) были разделены на две группы. В I вошли 80 пациентов с обострением хронического одонтогенного гайморита, во II - 40 больных с хроническим одонтогенным гайморитом. Обе группы были разделены на две равные подгруппы – основную и контрольную. В контрольных подгруппах лечение проводилось согласно «Протоколам оказания стоматологической помощи». В основных подгруппах пациентам дополнительно к традиционному лечению проводили промывание пазухи с использованием пребиотика «Лизодент» (Институт стоматологии АМНУ и НПА «Одесская биотехнология»), внутрь назначали прием пребиотика Лактовит Форте.

В группе больных с хроническим одонтогенным гайморитом из 40 пациентов 22 была показана щадящая гайморотомия. Для проведения гаймороскопии использовались специальные инструменты - Бронхофиброскоп FB-15BS «Asahi Optical Co, Ltd Pentax Corporation» (Япония) и система оборудования фирмы «STORZ».

Хирургическое лечение хронического одонтогенного гайморита с применением эндоскопической техники заключалось в следующем:

1) 2-м больным проведено удаление корней из полости пазухи, 1-му – удаление ретинированного 25 зуба.

2) 4-м больным удален свободно лежащий пломбировочный материал и 1-му пациенту гуттаперчевый штифт

3) 7 больным с помощью аналогичного доступа и металлического наконечника аспиратора удалены под контролем телескопа единичные полипы, 4-м пациентам удалены участки рубцово измененной слизистой в области оро-антрального сообщения и 3-м – участки полипно измененной слизистой.

Результаты исследования и их обсуждение. Отмечено, что наиболее информативной является эн-

доскопическое исследование через переднюю стенку верхнечелюстного синуса при пункции в области скулоальвеолярного гребня. При проведении эндоскопического исследования через нижний носовой ход мобильность эндоскопа недостаточная, что затрудняет осмотр верхнечелюстного синуса. Эндоскопическое исследование через оро-антральное соустье в области дна верхнечелюстного синуса отличается атравматичностью, так как проводится без анестезии и дополнительных проколов. Однако в этом случае эндоскоп плохо мобилен, что затрудняет осмотр верхнечелюстного синуса.

Важно также отметить, что результаты рентгенологических данных придаточных пазух носа и эндоскопического обследования не всегда совпадают. Если в верхнечелюстном синусе вследствие воспалительного процесса, операции или травмы произошло частичное или полное перерождение слизистой оболочки в рубцовую ткань или утолщение слизистой оболочки в области передней стенки синуса, на рентгенограмме придаточных пазух носа видимы изменения, характерные для рентгенологической картины верхнечелюстного синусита, а при эндоскопическом обследовании – утолщенная, либо рубцово-измененная слизистая оболочка верхнечелюстного синуса. В таких случаях операция радикальной гайморотомии не показана, так как рубцовые изменения в полости верхнечелюстного синуса при повторной травме могут увеличиваться, что отразится на его естественной санации.

Повторное эндоскопическое исследование было проведено через год после лечения у 68 пациентов I группы (табл. 1).

Таблица 1

Эндоскопическая картина у больных с обострением хронического одонтогенного гайморита через 12 месяцев после лечения (n=68)

Симптомы	Основная подгруппа		Контрольная подгруппа	
	Число	Процент	Число	Процент
Отек, гиперемия естественного устья	2	5,88%	5	14,7%
Полипозные изменения	-	-	3	8,82%
Рубцовые изменения	5	14,7%	4	11,76%
Нет изменений	27	79,38%	22	64,68%
Всего	34	100%	34	100%

Из вышеприведенной таблицы видно, что через год после лечения в контрольной группе чаще встречались такие изменения в гайморовой пазухе, как отек и гиперемия естественного устья, а также полипозные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Таким образом, эндоскопическая картина без патологических изменений в гайморовой пазухе на 14,7% случаев чаще наблюдалась у пациентов, леченных по предложенной методике, чем по традиционной.

Также эндоскопическое исследование было про-

ведено через год после лечения у 30 пациентов II-й группы и выявлены следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2

Эндоскопическая картина у больных с хроническим одонтогенным гайморитом через 12 месяцев после лечения (n=30)

Симптомы	Основная подгруппа		Контрольная подгруппа	
	Число	Процент	Число	Процент
Отек, гиперемия естественного устья	1	6,66%	3	19,98%
Полипозные изменения	1	6,66%	2	13,32%
Рубцовое изменение	3	19,98%	3	19,98%
Нет изменений	10	66,6%	7	46,62%
Всего	15	100%	15	100%

Как видно из таблицы, у пациентов с хроническим одонтогенным гайморитом через год после лечения эндоскопическая картина гайморовой пазухи в контрольной подгруппе чаще показала такие изменения, как отек и гиперемия естественного устья, а также полипозные изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Таким образом, эндоскопическая картина с патологическими изменениями встретилась на 20 % чаще в контрольной подгруппе, чем у пациентов, леченных с дополнительным включением в схему лечения про- и пребиотиков.

Подводя итог, можно сказать, что эндоскопическая картина, в основном, совпадала с рентгенологической у пациентов с рецидивом одонтогенного гайморита, визуализировались отек и гиперемия естественного устья пазухи, полипозные изменения в пазухе давали пристеночные утолщения на рентгенограммах, а рубцовые изменения проявлялись на рентгенограммах в виде снижения пневматизации пазухи.

Таким образом, рецидив хронического одонтогенного гайморита ставился на основании клинических, эндоскопических и рентгенологический патологических изменений, присутствия патогенной микрофлоры в смывах из верхнечелюстной пазухи, и встречался в 2,5 раза чаще в контрольной подгруппе пациентов с обострением хронического одонтогенного гайморита, чем в основной подгруппе (соответственно 5 и 2 пациента). А также рецидив заболевания в 1,5 раза чаще встречался в контрольной подгруппе паци-

ентов с хроническим одонтогенным гайморитом, чем в основной подгруппе (соответственно 3 и 1 пациент).

Выводы. 1. Было отмечено, что у пациентов второй группы, оперированных по щадящей методике, как в основной, так и в контрольной подгруппе, послеоперационных осложнений практически не было, что говорит о целесообразности применения эндоскопической гайморотомии при имеющихся показаниях.

2. Эндоскопическое обследование пациентов через 12 месяцев выявило, что патологические изменения в гайморовых пазухах в среднем на 17 % встречались чаще у пациентов контрольных подгрупп, чем у пациентов, пролеченных по предложенной методике, что позволяет рекомендовать ее к применению в хирургической практике.

Список литературы

1. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А. А. – К.:2004 – 1000 с.
2. Неупокоев Н. Н. Одонтогенные гаймориты; Диагностика, клиника и лечение / Н. Н. Неупокоев, Н. В. Неупокоева, И. А. Тваури // Актуальные вопросы клинической хирургии: Сб. науч.тр. – Иваново, 1997. Вып. 2.– С.174-176.
3. Анютин Р. Г. Дифференцированное хирургическое лечение одонтогенного гайморита / Р. Г. Анютин, В. В. Лузина, И. А. Романов // Матер. III съезда стоматологической ассоциации (общероссийский) – Москва, 1996.
4. Левицкий А. П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / А. П. Левицкий, Ю. Л. Волянский, К. В. Скидан // Харьков, ЭДЭ-НА. – 2008. – 100 с.
5. Плужников М. С. Консервативные и хирургические методы в ринологии / Плужников М.С. – Санкт-Петербург: – 2005 – 440 с.

REFERENCES

1. Timofeev A. A. *Rukovodstvo po cheljstno-licevoj hirurgii i hirurgicheskoj stomatologii* [Guide to maxillofacial surgery and surgical stomatology]. Kiev; 2004:1000.
2. Neupokoev N. N., Neupokoeva N. V., Tvauri I. A. *Dontogenous antritis; Diagnostics, clinic and treatment. Aktual'nye voprosy klinicheskoy khirurgii: Sb. Nauch.tr. Ivanovo. 1997;2:174-176.*
3. Anjutin R. G., Luzina V. V., Romanov I. A. *Differencirovanoe hirurgicheskoe lechenie odontogennogo gajmorita* [The differentiated surgical treatment of odontogeny antritis]. *Materialy III s'ezda stomatologicheskoy associacii (obsherosijskij)* Moskva, 1996.
4. Levickiy A. P., Volyanskiy U. L., Skidan K. V. *Prebiotiki i problema disbakterioza* [Prebiotics and dysbacteriosis problem]. Kharkov, EDENA, 2008: 100.
5. Pluzhnikov M. S. *Konservativnye i hirurgicheskie metody v rinologii* [Conservative and surgical methods in a rinology]. Sankt-Peterburg; 2005:440.

Поступила 11.02.14

