

С.П. Ярова, Е.А. Яценко, И.И. Яценко

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Проблема диагностики, лечения, реабилитации и, особенно, профилактики одонтогенного гайморита в настоящее время продолжает оставаться актуальной. В последние годы отмечается устойчивая тенденция роста количества больных с данной патологией. Особенности анатомического строения верхнечелюстного синуса и травматическое удаление зубов на верхней челюсти следует рассматривать не как причину, а как предрасполагающий фактор, поэтому верхнечелюстной синусит, являясь сегодня одним из самых распространенных заболеваний, представляет собой серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как основную часть пациентов составляют люди молодого и среднего возраста, то есть трудоспособное население [1, 2, 5]. Вопросам лечения, реабилитации и профилактики одонтогенных верхнечелюстных синуситов посвящено достаточное количество исследований. Однако многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов убеждают в том, что данные вопросы продолжают сохранять свою актуальность, имеется необходимость разработки новых, доступных, малотравматичных методов диагностики и лечения патологии гайморовой пазухи. Основным методом лечения одонтогенного гайморита остается хирургический, но в комплексе с ними широко используются кон-

сервативные, в том числе антибиотикотерапия [3, 4, 6]. Следует отметить, что широкое использование антибиотиков приводит к возникновению дисбактериозов различной степени тяжести, что затрудняет лечение воспалительных заболеваний. С целью коррекции и нормализации физиологической микробной системы применяются различные пре- и пробиотические препараты как системного, так и локального действия [7, 8, 12].

Рентгенологическое обследование пациентов с одонтогенными гайморитами рекомендовано протоколами оказания стоматологической помощи и проводится всем пациентам с одонтогенными гайморитами на стадии диагностики заболевания и в последующем для оценки результатов лечения [9, 10, 11].

**Целью настоящего исследования** явилась оценка рентгенологической картины верхнечелюстных пазух у больных одонтогенным гайморитом в зависимости от схемы консервативного лечения в различные сроки от его начала.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы и пролечены 120 больных с обострением хронического и хроническим одонтогенным гайморитом, находящиеся на лечении в челюстно-лицевом хирургическом отделении КМУ КРБ №1 г. Макеевки. Диагноз одонтогенного гайморита ставился на основании

анамнеза, клинического обследования, объективных методов исследования - осмотра, рентгенологического, эндоскопического обследования, пункции верхнечелюстной пазухи, лабораторных, микробиологических исследований.

Все пациенты были разделены на две группы. В первую вошли 80 пациентов с обострением хронического одонтогенного гайморита, во вторую - 40 больных с хроническим одонтогенным гайморитом.

I и II группы были разделены на две равные подгруппы - основную и контрольную. В контрольных подгруппах лечение проводилось согласно «Протоколам оказания стоматологической помощи», а именно: удаление причинного зуба, антибиотикотерапия, противовоспалительная терапия, симптоматическая терапия, пункция пазухи через нижний носовой ход по показаниям. Из хирургических методов лечения в группе с обострением хронического одонтогенного гайморита по стиханию остро воспалительного процесса была проведена радикальная гайморотомия. В группе с хроническим одонтогенным гайморитом по показаниям в день поступления была проведена либо радикальная, либо щадящая гайморотомия. В основных подгруппах пациентам дополнительно к традиционному консервативному лечению промывали пазуху с использованием пребиотика - эликсира «Лизодент» (Институт стоматологии АМНУ и

НПА «Одесская биотехнология»), внутрь назначали прием пробиотика «Лактовит Форте». Назначение про- и пребиотика в основной подгруппе I группы проводили по схеме и в пред-, и в послеоперационный периоды; в основной подгруппе II группы - только в послеоперационный.

Обзорное рентгенологическое исследование околоносовых пазух выполняли на отечественном аппарате РУМ-20 в подбородочно-носовой проекции. По рентгенограмме оценивали размеры и степень пневматизации верхнечелюстной пазухи, характер ее поражения, состояние ее костных стенок и костных структур соседних областей, вовлечение в воспалительный процесс других околоносовых пазух, наличие контрастных инородных тел. Кон-

трастная гайморография выполнялась по показаниям у 14 (11,6%) пациентов. Чаще всего ее проводили при подозрении на новообразование или полипоз верхнечелюстной пазухи. Контрастная рентгенография позволила не только уточнить диагноз заболевания, но также установить протяженность и точную локализацию патологического процесса. Ее выполняли у пациентов, которые отказались проходить КТ по экономическим причинам, и у которых обычная рентгенография не дала четких результатов исследования. На момент исследования (2009-2010 гг.) наиболее информативным методом исследования в Донецке и Донецкой области являлась компьютерная томограмма, она была произведена 7 пациентам для диагно-

стики пансинуситов, исключения внутричерепных осложнений, опухолей или кистозных образований. В настоящее время в связи с появлением нового, очень информативного метода исследования челюстно-лицевой области – КЛТ, рекомендовано его применение у пациентов с подозрениями на новообразования верхнечелюстных пазух в первую очередь, а также при необходимости уточнения протяженности и локализации воспалительного процесса в пазухе.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Проведенное исследование показало, что при поступлении больные одонтогенным гайморитом по рентгенологической картине распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

#### Рентгенологическая картина у больных с обострениями хронических и хроническими одонтогенными гайморитами при поступлении в стационар

Рентгено-логические изменения	I группа		II группа	
	основная подгруппа	контрольная подгруппа	основная подгруппа	контрольная подгруппа
Гомогенное затемнение	26	26	2	1
Снижение пневматизации	10	11	-	-
Пристеночное утолщение	4	3	18	19

$P < 0,05$

Контрольная рентгенография придаточных пазух была произведена пациентам I группы на 12-е сутки после начала лечения (табл. 2, 3).

В контрольной подгруппе рентгенологическая картина отличалась и выглядела следующим образом (табл. 3).

Таким образом, как видно из таблиц, исчезновение симптомов на 12-е сутки произошло на 5% случаев больше в основной подгруппе, чем в контрольной. Снижение рентгенологических симптомов было на 2,5% чаще случаев у па-

циентов с обострением хронического одонтогенного гайморита, принимавших пробиотик внутрь и пребиотик местно в пазуху. То есть рентгенологические показатели были несколько лучше у пациентов, принимавших предложенную нами схему лечения. Хотя основной процент в обеих подгруппах пришелся на показатель «без изменений», что свидетельствует о неэффективности рентгенологического обследования на таких ранних сроках от начала лечения.

Во II группе контрольную рентгенографию придаточных пазух

не проводили, так как пациентов выписывали на 5 – 9 сутки от начала лечения, и мы посчитали это слишком ранними сроками для контрольного рентгенологического исследования.

Контрольная рентгенография придаточных пазух в отдаленные сроки лечения была произведена 98 пациентам, явившимся на контрольное обследование через 12 месяцев после лечения. I группа была представлена 68 пациентами. Рентгенологическая картина выглядела следующим образом (табл. 4).

Таблиця 2

**Рентгенологическая картина у больных с обострением хронического одонтогенного гайморита (основная подгруппа) через 12 суток после начала лечения (n=40)**

Симптомы	Снижение симптомов	Исчезновение симптомов	Без изменений
Пристеночное утолщение	2	-	2
Тотальное затемнение	7	1	18
Снижение пневматизации	3	2	5
В процентах к данной группе больных	30%	7,5%	62,5%

P<0,05

Таблиця 3

**Рентгенологическая картина у больных с обострением хронического одонтогенного гайморита (контрольная подгруппа) через 12 суток после начала лечения (n=40)**

Симптомы	Снижение симптомов	Исчезновение симптомов	Без изменений
Пристеночное утолщение	1	-	2
Тотальное затемнение	9	-	17
Снижение пневматизации	3	1	7
В процентах к данной группе больных	32,5%	2,5%	65%

P<0,05

Таблиця 4

**Рентгенологическая картина у больных с обострением хронического одонтогенного гайморита через 12 месяцев после лечения (68 человек)**

Симптомы	Основная подгруппа		Контрольная подгруппа	
	Число	Процент	Число	Процент
Пристеночное утолщение	2	5,88%	3	8,82 %
Тотальное затемнение	2	5,88%	5	14,7%
Снижение пневматизации	3	8,82%	4	11,76%
Нет патологических изменений на рентгенограмме	27	79,38%	22	64,68%
Всего	34	100%	34	100%

P<0,05

Как видно из **таблицы**, патологических изменений на рентгенограмме в отдаленные сроки лечения больных с обострением хронического одонтогенного гайморита не было в основной подгруппе на 14,7% чаще, чем в контрольной подгруппе. Такие симптомы как пристеночное утолщение слизистой синуса, тотальное затемнение или снижение пневматизации встречались реже в основной подгруппе так-

же. Рецидив заболевания в виде тотального затемнения пазухи был на 8,82% чаще в контрольной подгруппе.

Во II группе, которую составили 30 пациентов, рентгенография придаточных пазух через год после лечения выглядела следующим образом (**табл. 5**).

Как мы видим, патологических изменений на рентгенограмме у пациентов с хроническим одонтогенным гайморитом не было на

20% чаще в основной подгруппе, чем в контрольной.

Таким образом, диагноз «рецидив хронического одонтогенного гайморита» ставили на основании клинических, эндоскопических и рентгенологических патологических изменений, наличия патогенной микрофлоры в смывах из верхнечелюстной пазухи, и он встречался в 2,5 раза чаще в контрольной подгруппе пациентов с обострением хронического

**Рентгенологическая картина у больных с хроническим одонтогенным гайморитом через 12 месяцев после лечения (30 человек)**

Симптомы	Основная подгруппа		Контрольная подгруппа	
	Число	Процент	Число	Процент
Пристеночное утолщение	1	6,66%	2	13,32%
Тотальное затемнение	1	6,66%	3	19,98%
Снижение пневматизации	3	19,98%	3	19,98%
Нет патологических изменений на рентгенограмме	10	66,6%	7	46,62%
Всего	15	100%	15	100%

$P < 0,05$

одонтогенного гайморита, чем в основной подгруппе (соответственно 5 и 2 пациента). Также рецидив заболевания в 1,5 раза чаще встречался в контрольной подгруппе пациентов с хроническим одонтогенным гайморитом, чем в основной подгруппе (соответственно 3 и 1 пациент).

#### Выводы

1. Рентгенологические изменения в верхнечелюстной пазухе у обследованных пациентов были ярче выражены у больных с обострением хронического одонтогенного гайморита, чем у пациентов с хроническим одонтогенным гайморитом.

2. Контрольное рентгенологическое обследование через 12 дней после лечения показало, что у пациентов, леченных по предложенной схеме консервативного лечения, в обеих группах наблюдается некоторое улучшение рентгенологической карти-

ны, чем у пациентов контрольных подгрупп, однако в целом срок для проведения контрольного рентгенологического исследования недостаточен.

3. Рентгенологическое обследование пациентов через 12 месяцев после лечения выявило, что патологические изменения в виде тотального затемнения на рентгенограммах у пациентов, леченных по предложенной методике, возникают в среднем в два раза чаще, чем у пациентов контрольных подгрупп.

4. В целом, в отдаленные сроки лечения больных с обострениями хронических и хроническими одонтогенными гайморитами выявлено 33% пациентов, у которых сохраняются патологические изменения на рентгенограммах верхнечелюстных пазух в той или иной степени выраженности.

5. По возможности, а также при подозрении на новообразо-

вание верхнечелюстных пазух необходимо использовать наряду с обзорной рентгенографией верхнечелюстных пазух такие современные исследования как КТ, МРТ, КЛТ, которые дают более развернутую картину заболевания и помогают точной диагностике, а следовательно, адекватному выбору лечения заболеваний верхнечелюстных пазух.

6. Включение в схему консервативного лечения больных с обострениями хронических и хроническими одонтогенными гайморитами препаратов пробиотического действия внутрь и пребиотического действия местно способствует сокращению стационарного лечения на 2 койко-дня в среднем, более раннему улучшению общего состояния, а также сокращению рецидивов заболевания в отдаленные сроки лечения.

#### Литература

1. Богатов А. И. Методы диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух / А. И. Богатов // *Стоматология*. - 1991. - № 5. - С. 49-50.
2. Богатов А. И. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы / А. И. Богатов, И. А. Захарова, М. А. Малахова: [монография] / СамГМУ - М.: ОАО «Стоматология», 2003. - 168 с.
3. Боечко С. К. Инородное тело в верхнечелюстной пазухе как следствие различных стоматологических манипуляций и операций / С. К. Боечко, Д. С. Боечко // *Журнал ушных, носовых, горловых хвороб*. - 2000. - № 5. - С. 69-73.
4. Гавриш Е. В. Сравнительная характеристика одонтогенного и риногенного воспаления верхнечелюстной пазухи / Е. В. Гавриш // *Ринология*. - 2009. - № 2. - С. 38-43.
5. Завадский Н. В. К вопросу об одонтогенных гайморитах, вызванных проникновением пломбирочных материалов в пазуху / Н. В. Завадский, А. В. Завадский // *Ринология*. - 2009. - № 3. - С. 40-45.



6. Козлов В. А. Хронический верхнечелюстной синусит как осложнение эндодонтического лечения (клинико-морфологические параллели) / В. А. Козлов, Ф. И. Шульман // Институт стоматологии. – 2003. – № 4. – С. 32-34.
7. Левицкий А.П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / А.П. Левицкий, Ю.Л. Волянский, К.В. Скидан - Харьков: ЭДЭНА, 2008. – 100 с.
8. Малахова М. А. Комплексное лечение больных хроническим одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом / М. А. Малахова // Стоматология. – 2005. – № 4. – С. 24-26.
9. Протоколи надання стоматологічної допомоги; за заг. ред. Ю. В. Опанасика. – К.: ТОВ вид.-інформ. центр «Світ сучасної стоматології», 2005. – 506 с.
10. Скоробогатый В. В. Хронический одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит. Оптимизация способа реабилитации / В. В. Скоробогатый // Ринолoгiя. – 2009. – № 1. – С. 63-66.
11. Худайбергенов Г. Г. Опыт диагностики и лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом / Г. Г. Худайбергенов, В. И. Гунько // Стоматология. – 2011. – Т. 90, № 3. – С. 59-61.
12. Худайбергенов Г. Г. Современный подход к диагностике и лечению больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук спец. 14.01.14 «Стоматология» / Г. Г. Худайбергенов. – М., 2010. – 24 с.: ил.

Стаття надійшла  
7.12.2011 р.

### Резюме

Проведен анализ рентгенологічного обстеження больних с хронічним і обостренням хронічного одонтогенного гаймориту. Описані особливості рентгенологічної картини в залежності від характеру запального процесу, схеми консервативного лікування і термінів лікування пацієнтів.

**Ключевые слова:** гайморит, рентгенологічне обстеження.

### Резюме

Проаналізовано рентгенологічне обстеження хворих із хронічним та загостреним хронічного одонтогенного гаймориту. Описані особливості рентгенологічної картини залежно від характеру запального процесу, схеми консервативного лікування і термінів лікування пацієнтів.

**Ключові слова:** гайморит, рентгенологічне обстеження.

### Summary

The analysis of X-ray examination of the patients with chronic and intensified odontogenic maxillary sinusitis was conducted. The features of X-ray image according to the character of inflammatory process, the plan of conservative treatment and its duration were described.

**Key words:** sinusitis, X-ray examination.