

**ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH
CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS**

**Khushvakova N.J.¹, Ochilov T.M.², Hamrakulova N.O.³
(Republic of Uzbekistan) Email: Khushvakova515@scientifictext.ru**

¹*Khushvakova Nilufar Jurakulova – Associate Professor, Head of Department;*

²*Ochilov Toir Murodovich – Master;*

³*Hamrakulova Nargiza Orzuyevna – PhD, Assistant,
DEPARTMENT OF OTORHINOLARYNGOLOGY,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *there was made analysis of medical treatment of patients with odontic maxillitis for the last periods, therefore frequency, structure and peculiarity of modern diagnosis was defined, efficacy of surgical treatment methods was estimated and most advantageous approach of treatment in dependence of disease form was prepared. Given the known features of the course of odontogenic chronic maxillary sinusitis, which are more favorable for prognostic, the use of more functional, sparing approaches to their surgical treatment in dental hospitals is becoming especially relevant. The presence of persistent oroantral communication is no longer an absolute indication for radical maxillotomy. Only irreversible, gross pathological changes in the mucous membrane of the maxillary sinuses with a long-existing oroantral fistula should be a factor justifying the use of the traditional method of surgical treatment.*

Keywords: *odontogenic maxillary sinusitis, oroantral perforation, endoscopic treatment, micro-gyrotomy, prophylaxis of postoperative complications, natural anastomosis of the maxillary sinus.*

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ
ПАЗУХ И ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ**

**Хушвакова Н.Ж.¹, Очилов Т.М.², Хамракулова Н.О.³
(Республика Узбекистан)**

¹*Хушвакова Нилуфар Журакуловна – доктор медицинских наук, заведующая
кафедрой;*

²*Очилов Тоир Муродович – магистр;*

³*Хамракулова Наргиза Орзуевна – PhD, ассистент,
кафедра оториноларингологии,
Самаркандский государственный медицинский институт
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: диагностическое значение микробиологического исследования больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами за последний период позволило определить частоту, структуру, особенности современной диагностики заболевания, оценить эффективность выбранных подходов в оперативном лечении и установить оптимальную, патогенетически обоснованную тактику ведения больных в зависимости от формы заболевания. Учитывая известные особенности течения одонтогенных хронических верхнечелюстных синуситов, которые прогностически относятся к более благоприятным, в настоящее время становится особенно актуальным использование более функциональных, щадящих подходов к их хирургическому лечению в стоматологических стационарах. Наличие стойкого ороантрального сообщения уже не относится к абсолютным показаниям для проведения радикальной максиллотомии. Только необратимые, грубые патологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при длительно существующем ороантральном свище должны являться фактором, оправдывающим применение традиционного метода хирургического лечения.

Ключевые слова: одонтогенный верхнечелюстной синусит, ороантральная перфорация, эндоскопическое лечение, микрогайморотомия, профилактика послеоперационных осложнений, естественное соустье верхнечелюстной пазухи.

Актуальность. Во многих исследованиях акцентируется внимание на продукции в полости носа и околоносовых пазухах при одонтогенном верхнечелюстном синусите, аспириновой триаде крайне густого резиноподобного секрета (аллергического муцина) считается, что вязкое отделяемое в околоносовых пазухах при одонтогенных верхнечелюстных синуситах образуется в результате выхода протеинов эозинофильных гранул (главный эозинофильный белок, катионный протеин эозинофилов, эозинофильная пероксидаза, эозинофильная пероксидаза, эозинофильный нейротоксин) [7]. Тканевая эозинофилия, эозинофилия слизи, а также присутствие в большом количестве протеинов эозинофильных гранул при одонтогенных верхнечелюстных синуситах описаны многими авторами [1,2,4,5,7-9,12,15]. Причины и роль эозинофилии в развитии одонтогенного процесса до конца не изучены. Не выявлено взаимосвязь между концентрацией эозинофильного катионного протеина и количеством эозинофилов в назальном секрете [20]. Известно, что длительная эозинофилия иногда приводит к повреждению тканей, степень которого связана с инфильтрацией тканей эозинофилами, продолжительностью эозинофилии и степенью активации эозинофилов [13].

Особое место в структуре синуситов занимает его одонтогенная форма, на долю которой приходится от 13 до 40% [2, 3, 8]. Несмотря на появление новых лекарственных препаратов, лечебной и диагностической аппаратуры, частота хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов среди других воспалительных заболеваний челюстной лицевой области

увеличилась от 4-4,2% в 70-х годах до 7,6% в 90-х [1, 4, 7]. Среди всех больных, обращающихся за специализированной помощью по поводу хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов, основную часть (41-89,7%) составляют лица, у которых воспалительный процесс возник или обострился после формирования стойкого oro-антрального сообщения во время экстракции зубов верхней челюсти по поводу осложненного кариеса [5]. В последние десятилетия предложено достаточно большое количество методик операций, направленных на санацию пазухи и разобщение полости рта с верхнечелюстным синусом, что связано с неудовлетворенностью результатами и поиском более надежных и физиологичных методов хирургического лечения хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов на фоне oroантрального сообщения и без него [3, 4, 6, 8]. Однако необходимо отметить, что, несмотря на большое количество предлагаемых методов оперативного лечения, в литературе все же достаточно скудно освещены и проанализированы подходы к выбору методики лечения таких больных, результаты внедряемых эндоскопических способов диагностики и оперативного лечения. Необходимость более полного освещения диагностических подходов и выбора метода оперативного лечения пациентов с одонтогенными верхнечелюстным и синуситами в современных условиях определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования. Выявление особенностей микробиологических показателей при одонтогенном синусите, а также их диагностического значения для оценка прогноза и эффективности лечения.

Материалы и методы. Был произведен анализ 25 историй болезни больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом, лечившихся в ЛОР отделении клинки СамМИ №1 и челюстной лицевой хирургии Городской больницы Самарканд в период с 2018 по 2019 год. Распределение больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом по годам

| | 2018 г. | 2019 г. |
|---------------------------------|---------|---------|
| Количество больных | 8 | 17 |
| Доля среди всех заболеваний ЧЛЮ | 32% | 68% |

Как видно из данных, представленных в таблице, с годами отмечается рост числа больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом в структуре всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Мужчины составили 68 % (17 человек), женщины – 32 % (8 человек). Распределение больных по возрасту и категории представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение по возрасту и категории

| Категория / возраст | До 20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | всего |
|---------------------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Мужчины | 1 | 3 | 4 | 7 | 2 | 17 |
| женщины | 0 | 1 | 2 | 4 | 1 | 8 |
| всего | 1 | 4 | 6 | 11 | 3 | 25 |

По всем отобранным историям болезни производился анализ жалоб, анамнеза и объективных данных, результатов дополнительных исследований и методик консервативного и оперативного лечения, который показал, что наиболее часто больные жалуются на одностороннюю боль в области проекции верхнечелюстной пазухи (47%). Не теряют диагностическую ценность жалобы пациентов на ощущение тяжести в области верхнечелюстных пазух и наличие отделяемого из носа - 10 случаев (40%), наличие сообщения полости рта с полостью носа (45,1%), заложенности носа (31,8%). На второй план отошли жалобы на зубную (19,5%) и головную боль (21,2%), а наличие субфебрильной температуры тела отметили 2 пациентов (8%). Отмечаемые боль и тяжесть в области верхнечелюстной пазухи связаны с вторичной невралгией тройничного нерва и нарушением барофункции пазухи в результате отека слизистой оболочки и зачастую закрытием естественного соустья. Из анамнеза заболевания следует отметить, что у большинства пациентов заболевание возникало впервые (56%) 14 человека (21,2%) страдали хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом с однократными ежегодными обострениями, 4 пациентов (16%) отмечали два и более обострения за год. Начало своего заболевания только 18 человек (72%) связывали с предшествующим терапевтическим либо хирургическим лечением зубов, что заставляло производить более глубокий этиологический поиск и дифференциальную диагностику с риногенным верхнечелюстным синуситом. Необходимо также отметить, что 5 человек (5%) до госпитализации в клинику находились на амбулаторном или стационарном лечении у ЛОР врача и были направлены в профильное лечебное учреждение после подтверждения одонтогенной природы заболевания. Этот факт указывает на то, как часто ЛОР специалист сталкивается с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

Из объективных данных, воспалительные явления слизистой оболочки полости рта в области верхнечелюстных пазух отмечены у 7 больных (28%), асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области верхнечелюстной пазухи обнаружена у 4 человек (16%), осложненный кариес зубов и радикулярные кисты встречались у 3 (12%) и 5 (20%) больных соответственно, а ороантральный свищ существовал в 11 случаях, что составило 44%. Причинный зуб определялся у всех пациентов, инаиболее часто им оказывался существующий или удаленный ранее первый моляр - у 17 больных (68%), второй же моляр, удерживая второе место, оказывался причинным зубом в 8 случаях (32%).

На основании полученных данных диагноз хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит выставлен 15 больным (60%), в остальных же случаях состояние больного расценивалось как острый или обострение

хронического процесса. Левосторонняя локализация синусита встречалась чаще, чем правосторонняя, - 6 (24%) и 4 случаев соответственно (16%).

В ходе дополнительных исследований, которые в основном включали ортопантомографию и рентгенографию околоносовых пазух, производилось уточнение формы заболевания. Распределение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом по формам заболевания представлено в табл. 3.

Таблица 3. Распределение больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом по формам

| Форма заболевания | Катаральная | Гнойная | Полипозная | Пристеночно-гиперпластическая | Кистозная |
|--------------------------|--------------------|----------------|-------------------|--------------------------------------|------------------|
| Количество больных | 4 | 3 | 2 | 13 | 3 |
| Доля, % | 16% | 12% | 8% | 52% | 12% |

Как видно из данных, представленных в таблице, при одонтогенном верхнечелюстном синусите преобладает пристеночно-гиперпластическое, гнойное и кистозное поражение слизистой оболочки пазух.

Тактика лечения хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов определялась клинической формой заболевания. При обострении хронического синусита его экссудативные формы (катаральная, серозная, гнойная) лечились, как правило, консервативно. При этом используются те же средства и методы лечения, которые применяются при лечении острых синуситов. Продуктивные формы хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов (полипозные, кистозные и др.) лечились оперативно. Основная цель хирургического лечения при ХОВС состоит в удалении пораженных зубов и создании условий для восстановления нормальной функции пораженной верхнечелюстной пазухи.

Современные представления о функциональной значимости слизистой оболочки (транспортной функции мерцательного эпителия) определяют максимальное щажение тканей. В связи с этим некоторые авторы сравнивают выскабливание слизистой оболочки пазухи во время операции по поводу хронического синусита с удалением слизистой оболочки бронхов при бронхите.



Рис. 1. Результаты микробиологического исследования у больных ОВС

Таким образом, микробиологические исследования выявили основным возбудителем ОВС *Staphylococcus aureus*, который встречался в виде монофлоры при ОВС и микст инфекции при ХОВС, его доминирования отмечено в группе с высокой обсемененностью грибковой флорой, что подтверждается данными литературы о превалировании грибковой флоры при часто рецидивирующих ХОВС. А данные микробиологической чувствительности определили, что препаратом выбора при ОВС является амоксициллин клавуланат, являющийся относительно безопасным и соответствующим чувствительности, кроме того это препарат выбора у больных с нарушением иммунокомпетентности [12, 14]. При высеивании *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa* назначались препараты из группы цефалоспоринов, при этом почти во всех случаях рекомендовано комбинировать с назначением противогрибковых препаратов.

Результаты и их обсуждение. Учитывая известные особенности течения одонтогенных хронических верхнечелюстных синуситов, которые прогностические относятся к более благоприятным, в настоящее время становится особенно актуальным использование более функциональных, щадящих подходов к их хирургическому лечению в стоматологических стационарах. Наличие стойкого ороантрального сообщения уже не относится к абсолютным показаниям для проведения радикальной максиллотомии. Только необратимые, грубые патологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при длительно существующем ороантральном свище должны являться фактором оправдывающим применение традиционного метода хирургического лечения.

Список литературы / References

1. Арифов С.С., Лутфуллаев У.Л., Лутфуллаев Г.У. Оценка эффективности лечения больных с юношеской ангиофибромой носовой части глотки при

- кровотечении // Журнал вушных, носових і горлових хвороб, 2009. Т. 6. С. 85-7.
2. *Антонив В.Ф., Акоюн Р.Г., Лутфуллаев У.Л.* Наша тактика при лечении гемангиом и хемодектом среднего уха. VII Научно-практическая конференция оториноларингологов Молдавской ССР // Тезисы докладов. Кишинев, 1985. С. 13.
 3. *Бакаева Л.Б. и др.* Применение препарата «Амоксиклав® 2х» в лечении больных острым бактериальным гайморитом // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2014. № 2-3.
 4. *Давронова Г.Б. и др.* Оптимизация лечения наследственно обусловленных форм приобретенной нейросенсорной тугоухости // Редакционный совет. С. 31.
 5. *Исхакова Ф.Ш. и др.* Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита // прорывные научные исследования как двигатель науки, 2018. С. 199-202.
 6. *Лутфуллаев Г.У. и др.* Гемостатическое обеспечение хирургического лечения юношеских ангиофибром носоглотки // Ўзбекистон Республикаси оториноларингологларнинг IV съездига бағишланган маҳсус сон, 2015. С. 151.
 7. *Лутфуллаев Г.У. и др.* Усовершенствование лечения больных с юношеской ангиофибромой носоглотки // Ўзбекистон Республикаси оториноларингологларнинг IV съездига бағишланган маҳсус сон. С. 149.
 8. *Лутфуллаев У.Л.* Сосудистые опухоли ЛОР-органов (клиника, диагностика и лечение) // Автореферат. дисс. докт. мед. наук (Киев), 1988.
 9. *Лутфуллаев У.Л. и др.* Микрофлора гайморитов у больных с доброкачественными опухолями полости носа и гайморовой пазухи // Ўзбекистон Республикаси стоматологлар ассоциациясининг VII съездига бағишланган маҳсус сон, 2015. С. 156.
 10. *Насретдинова М.Т. и др.* Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция // Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино. С. 60.
 11. *Насретдинова М.Т. и др.* Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов // Вестник врача. С. 27.
 12. *Насретдинова М.Т., Кодиров О.Н., Хушвакова Н.Ж.* Совершенствование топической диагностики и комплексной реабилитации у детей // Инновационные технологии в медицине детского возраста северокавказского федерального округа, 2017. С. 219-223.
 13. *Самиева Г.У. и др.* Состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с острым первичным и рецидивирующим ларинготрахеитом // мухаррир минбари менежмент ва маркетинг, 2005.
 14. *Самиева Г.У.* Дисбиотические расстройства верхних дыхательных путей у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом // Медицинские новости, 2015. № 7 (250).

15. *Самиева Г.У.* Состояние респираторного тракта у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом // Вісник наукових досліджень, 2015. № 1. С. 60-62.
16. *Сафарова Н.И. и др.* Эффективность применения дипроспана в комплексном лечении полипозных риносинуситов // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2014. № 2-3.
17. *Сафарова Н.И., Лутфуллаев У.Л., Мухамадиев Н.К.* Оценка эффективности полиоксидония в лечении больных с синуситами при доброкачественных новообразованиях носа и околоносовых пазух // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2010. № 11. С. 302-305.
18. *Талалаев В.В., Лутфуллаев У.Л.* Гемангиомы полости носа и придаточных пазух, 1989.
19. *Хайитов А.А., Хушвакова Н.Ж., Насретдинова М.Т.* Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом // Инновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа, 2017. С. 93-95.
20. *Хайитов А.А. и др.* Оптимизация одноэтапной санации носоглотки и барабанной полости при рецидивировании экссудативного среднего отита // Актуальные научные исследования в современном мире, 2018. № 1-8. С. 81-84.
21. *Хушвакова Н.Ж., Хамракулова Н.О., Очилов Т.М.* Анализ результатов больных с хроническим одонтогенными верхнечелюстными синуситами // Научный обозреватель, 2019. С. 33-36.
22. *Хушвакова Н.Ж. и др.* Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей с сахарным диабетом 1 тип // Russian otorhinolaryngology Медицинский научно-практический журнал, 2014. С. 104.
23. *Хушвакова Н.Ж. и др.* Оценка эффективности лазерного облучения при комплексном лечении хронического тонзиллита // Russian otorhinolaryngology, 2013. С. 221.
24. *Шаматов И.Я. и др.* Современные подходы к хирургической коррекции патологии устья слуховых труб у детей // Ўзбекистон республикаси оториноларингологларнинг iу съездига бағишланган маҳсус сон. С. 91.
25. *Шаматов И.Я. и др.* Эндоскопическая диагностика и лечение деформации носовой перегородки и гипертрофии нижних носовых раковин // International Scientific and Practical Conference World science. ROST, 2017. Т. 5. № 5. С. 61-63.
26. *Шаматов И.Я. и др.* Эндоскопическая диагностика: новые возможности щадящих хирургических операций в полости носа и глотки // инновационные механизмы решения проблем научного развития, 2016. С. 186-189.
27. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. /

- Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
28. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино», 2001.
29. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. О'qituvchi, 2006.
30. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev AK.* Эффективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей //Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.