

**В. А. Ясюкевич, Е. С. Бондаренко**  
**ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ**  
**СИНУСИТ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

**Научный руководитель: ассист. М. С. Загурская**

*Кафедра болезней уха, горла, носа*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*УЗ «4-ая городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»*

**Резюме.** В статье анализируется частота встречаемости хронических одонтогенных ВЧС в практике оториноларинголога г. Минска. Авторами были сделаны следующие выводы: частота хронических одонтогенных ВЧС среди пациентов с хроническим ВЧС составляет 19,85%, заболевание встречается чаще у женщин и не зависит от возраста, основным методом лечения, согласно последним стандартам, является эндоскопическая верхнечелюстная синусотомия (59,26%).

**Ключевые слова:** хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, лечение.

**Resume.** The chronic odontogenic MS occurrence frequency has been analyzed in the otolaryngologist practice in Minsk. The authors made the following conclusions: the chronic odontogenic MS incidence among patients with chronic HFS is 19,85%. The disease is more common for women and does not depend on age. In 59,26% of cases the treatment, according to the latest standards, is endoscopic maxillary sinusotomy.

**Keywords:** chronic odontogenic maxillary sinusitis, treatment.

**Актуальность.** Вопросы диагностики и лечения воспалительных заболеваний верхнечелюстного синуса (ВЧС), а именно хронического одонтогенного ВЧС остаются актуальными в современной стоматологии и оториноларингологии. Заболеваемость имеет тенденцию к росту, несмотря на значительный прогресс в развитии стоматологической помощи населению. Хронические синуситы по этиологии бывают риногенные, одонтогенные, грибковые и нозокомиальные [1].

*Классификация хронических синуситов:*

- 1) экссудативная форма: катаральный, серозный, гнойный;
- 2) продуктивные формы: пристеночно-гиперпластический, полипозный, кистозный;
- 3) альтернативные формы: холестеатомный, казеозный, некротический, атрофический;
- 4) смешанные формы: гнойно-полипозный, серозно-катаральный [3].

По данным литературы среди всех синуситов одонтогенный синусит чаще всего рецидивирует. При исследовании больных с рефрактерным хроническим риносинуситом установлено, что 40% из них были одонтогенной этиологии [1].

*Одонтогенный верхнечелюстной синусит* – воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, возникновение которой связано с распространением инфекционно-воспалительного процесса из очагов одонтогенной инфекции верхней челюсти, либо с инфицированием пазухи через перфорационное отверстие, появляющееся после удаления зуба.

По причине возникновения одонтогенный верхнечелюстной синусит бывает: неаэробный и аэробный.

Основным методом лечения хронического одонтогенного ВЧС является синусотомия верхнечелюстной пазухи. Она может осуществляться двумя способами: эндоскопическая синусотомия и радикальная синусотомия (по Колдуэллу-Люку).

***Основные преимущества радикальной синусотомии (по Колдуэллу-Люку):***

- Низкая стоимость.
- Возможность проведения в любом ЛОР-отделении.
- Наибольшая радикальность санирования пазухи.

***Недостатки и возможные осложнения радикальной синусотомии (по Колдуэллу-Люку):*** :

- Травматичность операции.
- Длительный период госпитализации.
- Достаточно длительный период дискомфорта и неудобства после операции.
- Большой риск развития осложнений (кровотечения, повреждения тройничного нерва, образования свищей).

На сегодняшний день синусотомия проводится с применением эндоскопического оборудования. Она позволяет восстановить работу естественного соустья с минимальными послеоперационными осложнениями.

Для санации пазухи может быть использовано три варианта доступа: через средний носовой ход; через прокол передней стенки пазухи; через ороантральную перфорацию или свищ (если они уже существуют).

***Основные преимущества эндоскопической синусотомии:***

- Отсутствие разрезов.
- Малая травматичность, почти нет кровотечения.
- Нет необходимости в общем наркозе.
- Быстрый период восстановления.
- Возможность проведения в амбулаторных условиях.
- Почти нет дискомфорта и отека после операции.

***Основной недостаток*** — это необходимость наличия специального оборудования и соответствующей квалификации хирурга, что увеличивает стоимость операции.

Пункция верхнечелюстной пазухи уже многие десятилетия считается одним из самых эффективных способов лечения воспалительной патологии околоносовых пазух. Кроме того, пункцию выполняют для введения контрастного вещества при рентгенодиагностике. В тоже время при одонтогенном ВЧС есть вероятность выхода инородного тела (пломбировочного материала) через естественное соустье вместе с гнойным отделяемым, если оно небольшого размера.

**Цель:** анализ частоты встречаемости хронических одонтогенных ВЧС в практике оториноларинголога г. Минска.

**Задачи:**

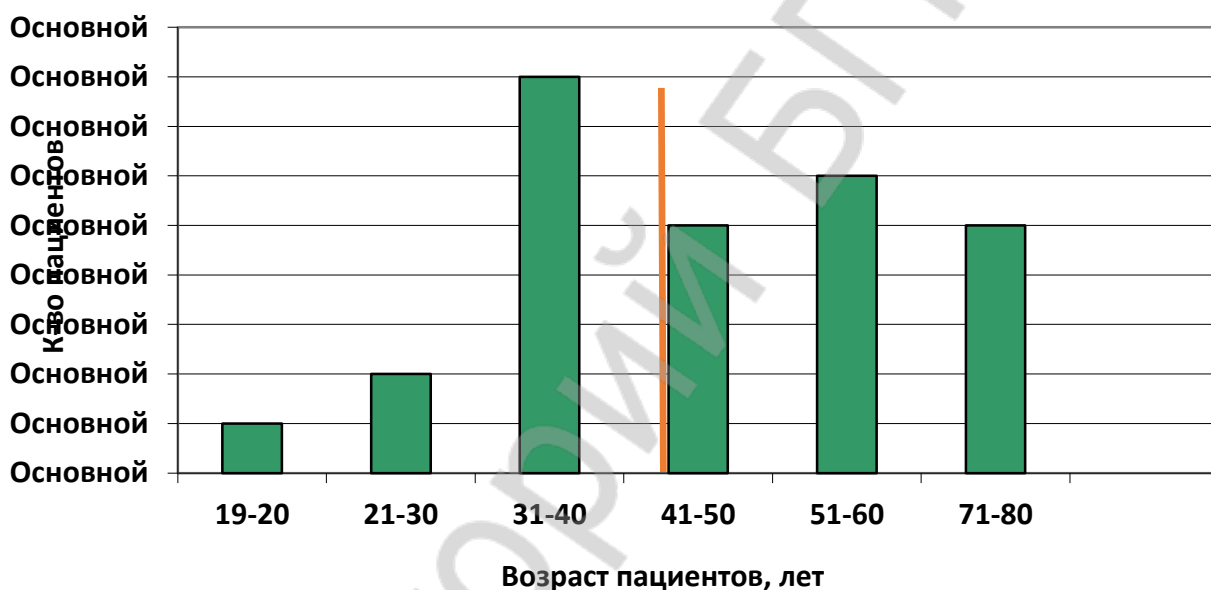
- изучить частоту встречаемости хронических одонтогенных ВЧС;
- оценить распределение пациентов по полу и возрасту;
- проанализировать методы лечения и их эффективность.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 165 историй болезни пациентов с диагнозом хронический синусит на базе УЗ «4 ГКБ им. Н.Е.

Савченко» г. Минска с января по октябрь 2017 года. Количество женщин составило 44,85 % (74 человека), мужчин – 55,15% (91 человек). Более детально была проанализирована группа пациентов с хроническим одонтогенным ВЧС, что оставило 19,85% среди пациентов с хроническим ВЧС (27 человек).

В статистический анализ вошли следующие параметры: пол, возраст, количество койко-дней, метод лечения.

**Результаты и их обсуждение.** Медиана возраста пациентов с хроническим одонтогенным синуситом составила 47,0 лет. Возраст пациентов в группе с хроническим одонтогенным ВЧС разнообразен от 19 до 70 лет, медиана возраста составила 45,0 лет.



*Рисунок 1* – Распределение по возрасту

Количество женщин в данной группе составляет 62,96% (17 человек), мужчин – 37,04% (10 человек).

Лечение пациентов с хроническим одонтогенным ВЧС на базе УЗ «4ГКБ им. Н.Е. Савченко» составило: оперативным методом (эндоскопическая верхнечелюстная синусотомия) проводилось в 59,26% случаев, методом пункции верхнечелюстной пазухи (ВЧП) 29,63% и консервативно (не проводилось хирургическое вмешательство) – 11,11%.

Пациенты, которым проводилось оперативное вмешательство, провели в стационаре 9,63 койко-дней, пациенты с пункцией ВЧП – 11,5 и с консервативным лечением – 8,67 койко-дней.

#### **Выводы.**

1. В практике оториноларинголога г.Минска частота хронических одонтогенных ВЧС среди пациентов с хроническим ВЧС составляет 19,85%.

2. Частота встречаемости хронических одонтогенных ВЧС имеет большую возрастную вариацию от 19 до 70 лет, что указывает на слабую взаимосвязь признака с заболеванием.

3. Наиболее частым методом лечения хронических одонтогенных ВЧС является эндоскопическая верхнечелюстная синусотомия 59,26% случаев.

4. В 62,96% случаев этиологией хронического одонтогенного ВЧС является инородное тело (пломбировочный материал) в ВЧС.

**V. A. Yasukevich, K. S. Bondarenko\***  
**CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS IN THE  
ORLINALARINGHOLOGIC PRACTICE**

***Tutors: assistant M. S. Zagurskaya***

*Department of Diseases of ear, throat, nose*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

*\*HD "The 4th city clinical hospital named after N.E. Savchenko ", Minsk*

**Литература**

1. Тимошенко, П.А. Оториноларингология: учебное пособие / П.А. Тимошенко [и др.]. – Минск: Вышэйшая школа, 2014. – 432 с.
2. Шадыев, Х. Д. Практическая оториноларингология: моногр. / Х.Д. Шадыев, В.Ю. Хлыстов, Ю.А. Хлыстов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 496 с.
3. Пальчун, В. Т. Болезни уха, горла и носа / В.Т. Пальчун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 324 с.
4. Ятрогенный одонтогенный гайморит / А.Г. Соловых и др. // Российская ринология. – 2014. – №4. – с. 51-56.
5. Современные подходы к диагностике и лечению хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов / Байдик О.Д., Сытолятин П.Г. и др. // Российский стоматологический журнал. – 2015. – №4. – с. 14-18.