

УДК 616

© А.В. Самойленко, Т.В. Кулиш, М.И. Федоренко, 2011.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОДОНТОГЕННЫМИ ГАЙМОРИТАМИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ КРЫМСКОГО РЕГИОНА

**А.В. Самойленко, Т.В. Кулиш, М.И. Федоренко***Клиника оториноларингологии и офтальмологии;**Военно-Медицинский Клинический Центр Крымского Регион, г. Севастополь.*

### ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF ODONTOGENIC SINUSITIS OF SERVICEMEN OF THE CRIMEAN REGION

**A.V. Samoilenko, T. V. Kulish, M. I. Fedorenko**

#### SUMMARY

The article analyzes the causes of the increased incidence of odontogenic sinusitis servicemen of the Crimean region, the frequency and nature of the disease in all categories of servicemen from the data of otorhinolaryngological department and the department of maxillofacial surgery MMCC CR for the period 2008 -2010 years. Opportunities for prevention, early diagnosis and differential choice of treatment in order to reduce the incidence of chronic odontogenic maxillary sinusitis and their complications.

### АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАННОСТІ ОДОНТОГЕННИМИ ГАЙМОРИТАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ КРИМСЬКОГО РЕГІОНУ

**А.В. Самойленко, Т.В. Куліш, М.І. Федоренко**

#### РЕЗЮМЕ

У статті проводиться аналіз причин збільшення захворюваності одонтогенними гайморитами військовослужбовців Кримського регіону, частоти та характеру перебігу захворювання у всіх категорій військовослужбовців за даними роботи оториноларингологічного відділення та відділення щелепно-лицевої хірургії ВМКЦ КР за період 2008 -2010 рр. Можливості профілактики, своєчасної діагностики та диференційованого вибору методу лікування з метою скорочення частоти виникнення хронічних форм одонтогенних гайморитів та їх ускладнень.

**Ключевые слова:** одонтогенный гайморит, перфорация верхнечелюстной пазухи, пластика оромаксиллярного соустья.

Одонтогенный гайморит - воспалительное заболевание слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, возникающее в результате распространения патологического процесса из зубочелюстной области. Одонтогенный гайморит возникает, как правило, у лиц с хорошей пневматизацией верхнечелюстных пазух при несвоевременной некачественной санации полости рта. Существует ряд предпосылок для возникновения данного заболевания, которые в ряде случаев могут послужить переходом острой формы заболевания в хроническую:

Анатомические: чем больше пневматизирована верхнечелюстная пазуха, тем ниже опускается её дно в альвеолярный отросток и тем тоньше становится костная пластинка отделяющая корни зубов от полости пазухи;

Механические: А) Перфорация дна полости верхнечелюстной пазухи. Перфорации наиболее часто возникают при экстракции и кюретаже лунки после экстракции первого и второго моляров верхней челюсти и других оперативных вмешательствах на альвеолярном отростке.

Причинами повреждения дна верхнечелюстной

пазухи являются: разрушение тканей над верхушкой корня зуба патологическим процессом; анатомо-физиологическая близость дна пазухи к корням зубов; нарушение правил удаления зуба. Перфорации верхнечелюстных пазух, в том числе и послеэкстракционные, подразделяют на острые и хронические. Первые обнаруживаются во время операции. Хронические перфорации верхнечелюстных пазух могут выявляться и через несколько дней после экстракции зуба.

Б) Попадание инородных тел в полость пазухи (корень зуба, пломбировочный материал, продукты распада из корневого канала, пульпэкстракторы и т.д.).

Патологические процессы: разрушение нижней стенки верхнечелюстной пазухи воспалительным процессом при пульпитах, периоститах, остеомиелитах, радикулярных кистах (в т.ч. при нагноении), гранулемах, опухолях, пародонтозе, пародонтите. Реже причиной хронического воспаления в полости верхнечелюстной пазухи становятся ретинированные и дистопированные в полость пазухи зубы.

Общность иннервации, кровообращения и лимфооттока: причинный фактор, который зачастую игнорируется малокомпетентными врачами, которые

признают одонтогенность процесса в верхнечелюстных пазухах только при наличии перфорации. Взаимосвязь процесса в верхнечелюстных пазухах и состоянием зубочелюстной системы подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями.

Этой проблеме, стоящей на стыке двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии, посвящено большое количество публикаций. Частота их варьирует от 3 до 24% в зависимости от способа и места подсчета. Несмотря на значительный прогресс стоматологической помощи населению, число больных одонтогенным гайморитом не только не уменьшается, но и имеет тенденцию к росту. Так, по данным Я.В.Шкобы (1998), хронический гайморит ежегодно составлял 12,4% от всех заболеваний в отоларингологическом стационаре, причем одонтогенное и смешанное происхождение установлено у 40% пациентов среди населения.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нашей задачей явился анализ причин увеличения заболеваемости одонтогенными гайморитами среди военнослужащих Крымского региона, частоты и характера течения заболевания у всех категорий военнослужащих, проходивших лечение в ВМКЦ КР, возможности своевременной диагностики и лечения в целях предупреждения развития хронических форм заболевания. При этом учитывались данные работы оториноларингологического отделения и отделения челюстно-лицевой хирургии ВМКЦ КР.

По данным ВМКЦ КР за период с 2008 по 2010 гг. пролечилось 2325 пациентов с ЛОР-патологией, из них 1236 пациентов с синуситами, среди которых выявлено 189 военнослужащих с гайморитами одонтогенного генеза, что составило 8,1% от всех ЛОР-заболеваний за указанный период. Ежегодная заболеваемость одонтогенными гайморитами имела следующую тенденцию:

По данным различных авторов частота одонтогенных гайморитов среди населения колеблется от 1 до 60%. Это объясняется тем, что очаги хронической одонтогенной инфекции, а также гранулемы, кисты и другие патологические процессы зубочелюстной области не всегда удается установить при визуальном осмотре полости рта. Также, очаги одонтогенной инфекции могут быть сопутствующими при риногенных формах синуситов и усугублять их течение. На момент осмотра пациента нередко полость рта может быть санирована. Иногда имеет место недостаточное внимание оториноларингологов к состоянию полости рта.

Увеличению частоты одонтогенных верхнечелюстных синуситов среди военнослужащих Крымского региона способствовал ряд факторов:

- Несвоевременное обращение за стоматологической помощью в связи с удаленностью некоторых военных гарнизонов и войсковых частей от военных госпиталей Крымского региона и отсутстви-

ем личной настороженности о возможных последствиях.

- Самообращение в хозрасчетные стоматологические и зубопротезные кабинеты, где нередко производились пломбировка и протезирование без учета или с игнорированием медицинских противопоказаний. В дальнейшем это приводило к развитию синусита при видимом благополучии в полости рта.

- Недооценка специалистами связи гайморита с заболеваниями зубов. Поэтому часть фактически одонтогенных процессов, особенно протекающих бессимптомно, рассматривались как риногенные с соответствующими последствиями - частыми рецидивами воспаления. В то же время стоматологи часто недооценивали симптоматику заболеваний верхнечелюстных пазух, возможность повреждения и инфицирования их при лечении зубов.

- Недостаточная санитарно-просветительная работа среди военнослужащих по вопросам взаимосвязи заболеваний зубочелюстной системы и околоносовых пазух.

В анализе наших данных за период с 2008 по 2010гг. в оториноларингологическом отделении пролечилось 1280 человек военнослужащих всех категорий с синуситами, из них 189 с одонтогенными гайморитами 14,7 %: 757 военнослужащих срочной службы, из них 142 человека (18,7%), 404 офицера, из них 31 человек (7,6%), 75 пенсионеров, из них 16 человек (29%). В отделении челюстно-лицевой хирургии за весь период пролечилось 5 пациентов офицерского состава с данным заболеванием. Каждой группе контингента военнослужащих проводился проводился целый комплекс мероприятий с целью диагностики одонтогенного гайморита: 1. Тщательный сбор жалоб и изучение истории заболевания, анализ имеющейся медицинской документации. 2. Полный комплекс оториноларингологического обследования, включая анемизацию слизистой оболочки полости носа 0,18% раствором адреналина, заднюю риноскопию, пальпацию стенок околоносовых пазух, перкуссию зубов. 3. Рентгенография околоносовых пазух в стандартных проекциях, дентальная рентгенография (14-18 и 24-28) или альвеолярного отростка (при отсутствии зубов). 4. Диагностические пункции пораженных пазух и исследование микрофлоры. 5. Контрастная рентгенография пораженной пазухи в двух проекциях и, одновременно, повторные дентальные рентгенограммы (14-18, 24-28, или альвеолярного отростка). 6. Консультация челюстно-лицевого хирурга, стоматолога. 7. Компьютерная томография ППН. 8. Интраоперационная верификация полученных диагностических данных.

По классификации все одонтогенные гаймориты делят на две группы: 1. Одонтогенный токсический гайморит – возникает в результате распространения токсинов из периапикального фокуса (проявляется в виде рецидивирующего катарального

процесса в верхнечелюстной пазухе, который легко купируется при ликвидации одонтогенного очага; 2. Одонтогенный инфекционный гайморит – возникает в результате перехода инфекции из одонтогенного очага по каналам остеонов, артериям и венам на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи. В зависимости от наличия сообщения полости верхнечелюстной пазухи с полостью рта одонтогенные гаймориты разделяют на открытые и закрытые формы. По течению одонтогенные гаймориты делят на: 1) острые – до 3-4 недель; 2) подострые – свыше 4 недель; 3) хронические – свыше 6 месяцев. По характеру воспаления одонтогенные гаймориты подразделяют: 1. Экссудативные: гнойный, катаральный, серозный; 2. Продуктивные: полипозный, пристеночно-гиперпластический, холестеатомный, казеозный, некротический, атрофический; 3. Смешанные: гнойно-полипозный и т.д.

Согласно классификации одонтогенных гайморитов проанализировано течение различных форм одонтогенных гайморитов у пациентов, проходивших стационарное лечение в оториноларингологическом отделении ВМКЦ КР.

По данным некоторых авторов, острая стадия одонтогенных гайморитов среди населения встречается редко (5,9%). По данным нашей клиники острый одонтогенный гайморит выявлялся чаще среди военнослужащих срочной службы (90%) в сравнении с остальными категориями военнослужащих: офицеры (7,3%), пенсионеры (2,7%). Это объясняется отсутствием санации полости рта до призыва на военную службу. Чаще всего военнослужащие срочной службы попадали в стационар уже на стадии развития одонтогенных гайморитов, где одновременно приходилось проводить лечебные мероприятия у стоматологов. Причиной одонтогенных гайморитов являлись острые и хронические периодонтиты, остеомиелиты. Осмотр и перкуссия зубов не всегда выявляли пораженные зубы и только прицельная денальная рентгенография устанавливала очаг периапикального воспаления «причинного» зуба. Клиническая картина синусита вариировала от классической картины гайморита до полисинусита. На рентгенограмме околоносовых пазух у большинства пациентов обнаруживались характерные для синуситов изменения. Чаще всего наблюдались катаральные и гнойные формы одонтогенных гайморитов. По частоте поражения пазух преобладали верхнечелюстные синуситы. Такой категории пациентов проводился комплекс консервативных лечебных мероприятий. Лечение заключалось в санации очага инфекции в полости рта: удаление «причинного» зуба, обработки и пломбировки кариозных полостей. Если при экстракции зуба возникало ороантральное сообщение, то его ушивали путем мобилизации слизисто-надкостничных лоскутов на альвеолярном гребне. Проводилось обеспечение адекватного дренажа поражен-

ной пазухи (анемизация среднего носового хода, сосудосуживающие капли); секретолитики; пункции пораженных пазух с промыванием и введением антисептиков, антибиотиков в смеси с глюкокортикоидами; назначалась общая антибактериальная, гипосенсибилизирующая, дегидратационная терапия до полного выздоровления.

Среди военнослужащих офицерского состава и пенсионеров МОУ, находящихся на лечении в ВМКЦ КР отмечались хронические формы гайморитов (64,5% и 75%), чаще всего возникающие вследствие некачественного лечения периодонтитов, удаления зубов с образованием ороантрального соустья. Такие пациенты выявлялись на втором месяце заболевания и более, в некоторых случаях имели место свищи с гайморовой пазухой. Большинство хронических одонтогенных гайморитов имело первично хроническое течение, при котором острое манифестативное начало отсутствовало. Часть пациентов предъявляли жалобы на периодические скудные выделения из одной половины носа с неприятным запахом, чувство тяжести в области пораженной пазухи, слабость, субфебрильную температуру. При наличии ороантрального свища пациенты отмечали выделение гноя в полость рта, свободное прохождение воздуха через свищ. При сборе анамнеза удавалось установить, что вышеописанные жалобы возникали у больных через некоторое время после проведенного лечения у стоматолога (протезирование, экстракция зубов и т.д.). Хронические одонтогенные гаймориты носили гнойный и продуктивный характер с преимущественным поражением слизистой оболочки на нижней и наружной стенках верхнечелюстной пазухи, что проявлялось на рентгенограммах околоносовых пазух в виде понижения прозрачности соответствующей пазухи. В основном преобладали неперфоративные формы верхнечелюстных синуситов, в меньшей степени встречались гемисинуситы. Выбор метода лечения больных одонтогенным гайморитом зависил от формы и стадии заболевания, первым и обязательным условием которого являлось устранение одонтогенной причины заболевания и целенаправленная местная терапия, направленная на ликвидацию воспалительного процесса в пазухе.

При неперфоративных формах хронического одонтогенного гайморита и отсутствии продуктивного воспаления в пазухе после снятия обострения процесса выполнялась экстракция причинных зубов и проводилось дальнейшее консервативное лечение до полной санации пазухи.

С перфоративными формами хронического одонтогенного гайморита в оториноларингологическом отделении за весь период пролечилось 8 пациентов (4,2%), из них: 5 офицеров и 3 пенсионера МОУ; в отделении челюстно-лицевой хирургии находилось 5 пациентов: 3 офицера и 2 пенсионера МОУ. Перфорация верхнечелюстной пазухи или сформировавшие-

еся оромаксиллярное соустье (сообщение пазухи с полостью рта существующее до 10 дней) после экстракции зуба или свищевой ход между полостью рта и верхнечелюстной пазухи устранялись одним из многочисленных способов местной пластики челюстно-лицевым хирургом. Наличие перфорации свыше месяца приводило к развитию хронических гнойных продуктивных одонтогенных гайморитов. Таким больным (11 случаев) проводилась гайморотомия в модификации Неймана-Заславского с ревизией и пластикой лунки зуба слизисто-надкостничным лоскутом. Хочется отметить отсутствие развития орбитальных и внутричерепных осложнений среди данных пациентов.

В виду того, что поражение слизистой оболочки пазухи на начальных стадиях носит локальный (очаговый) характер и локализуется на ее дне, не все пациенты нуждаются в проведении классической саннирующей операции на верхнечелюстной пазухе по Колдуэллу-Люку. В таких случаях целесообразно использовать щадящие эндоскопические технологии.

#### ВЫВОДЫ

1. Комплексный этиопатогенетический подход к диагностике и эффективное лечение пациентов с одонтогенными формами синуситов позволяет сократить частоту возникновения хронической формы одонтогенного гайморита и возможных осложнений. В диагностике и лечении одонтогенных гайморитов в будущем необходимо более широко использовать щадящие, эндоскопические технологии.

2. Успех в лечении одонтогенных форм синуситов может быть достигнут только при объединении усилий оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов с использованием всего комплекса современных диагностических и лечебных мероприятий.

3. Актуально проведение активной санитарно-просветительной работы со всеми категориями военнослужащих по месту службы для предупреждения развития хронических форм одонтогенного гайморита.

4. Проведение качественных диспансерных осмотров и лечебных мероприятий среди призывников, молодого пополнения военнослужащих срочной и контрактной службы с целью профилактики одонтогенных синуситов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анютин Р.Г., Романов И.А. Щадящая гайморотомия у больных с перфоративным одонтогенным гайморитом // Рос. Ринология. – 1996. - №2-3.-72с.
2. Бернадский Ю.И., Заславский Н.И. Одонтогенные гаймориты. М.: Медицина, 1968. – 136с.
3. Богатов А.И. Методы диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух // Стоматология. – 1991.-№5.-С49-51.

4. Грасманис Н.Б., Керман Т.Я. Лечение больных с сообщениями между полостью рта и верхнечелюстной пазухой // Стоматологическая помощь: Сб. науч. ст. Рижского мединститута. – Рига, 1988. - С.219-223.

5. Губайдуллина Е.А. К методике оперативного вскрытия свищей гайморовой пазухи // Стоматология. – 1959.-№1.-С.49-55.

6. Запрудина М.Ф. Перфорация верхнечелюстной пазухи как осложнение операции удаления зуба // Тез. докл. научн. сессии Перм. гос. мед. акад. – Пермь, 1996.-№326.

7. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит: Практ. пособие. Мн.: Выш. шк., 1991. – 167с.

8. Лузина В.В. Лечение больных одонтогенным гайморитом в условиях поликлиники: Автореф. дис канд. мед. наук – М., 1987. – 16с.

9. Лузина В.В., Смирнская Т.В., Мануйлов О.Е. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике при диагностике и лечении одонтогенного гайморита // Стоматология. – 1991 - №4. - С. 53-54.

10. Лузина В.В., Мануйлов О.Е. Анализ отдаленных результатов лечения больных одонтогенным перфоративным гайморитом // Стоматология. – 1995 - №1. - С. 41-42.

11. Лурье А.З. О щадящей гайморотомии // Тр. Перм. гос. мед. ин-та. – Пермь. – 1974. – Т.119, вып.14. – С.44.

12. Марченко Г.Н. Клиника и лечение одонтогенных гайморитов: Автореф. дис. . . . канд. мед. наук. – Одесса, 1966. – 15с.

13. Морохоев В.И., Анютин Р.Г. Тактика оториноларинголога при уточнении этиологии гайморита // Российская ринология. – 1998. - №2. – С.30-33.

14. Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.А. Параназальные синуситы. – М.: Медицина, 1982. – 164с.

15. Пискунов С.З., Лазарев А.И., Быканова Т.Г. Консервативное и хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита // Курск, 2004. – 124с.

16. Преображенский Б.С. Классификация хронических гайморитов и выбор лечебного метода при различных формах этого заболевания (реф. рокл.) // Вестник оториноларингологии. – 1959. - №6. – С.11-112.

17. Селивончик П.К., Романовский В.Г. Хронический одонтогенный гайморит, вызванный ретинированным зубом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. - №1. – С.65-66.

18. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии // Киев, «Червона Рута – Турс», – I том. – 1999. – С.358.

19. Шкоба Я.В. Захворюваність на хронічний гайморит за даними ЛОР-клініки Київської обласної клінічної лікарні // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. - №6. – С. 69-70.

20. Цыганов А.И., Костышин А.Т. Гайморит – Киев: «Здоровья», - 1982. - С. 128.