

## ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ

Харьковский национальный медицинский университет

(г. Харьков)

Данная работа является фрагментом НИР «Диагностика и лечение заболевания органов и тканей челюстно-лицевой области», № гос. регистрации №0113U002274.

**Вступление.** Одонтогенный гайморит составляет по данным разных авторов, от 3% до 7% общего количества хирургических стоматологических заболеваний и 21,3% от общего количества гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. При этом уровень послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов лечения остается высоким. По литературным данным послеоперационные осложнения при этом заболевании варьирует от 30(%) до 50% [1,3,6,7].

До настоящего времени основным методом лечения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита остается хирургический метод. Несмотря на постоянное введение в практику новых методик с использованием методов эндоскопической хирургии, не всегда удается достичь полноценного излечения больного. Можно отметить, что имеются практически единичные данные о причинах, характере и частоте осложнений, возникающих в разные сроки после операции [2,4,5].

Так же недостаточно освещены вопросы патологических изменений слизистой оболочки гайморовой пазухи в зависимости от одонтогенной причины, что и послужило основанием для выполнения данных исследований.

**Цель исследования** – выявление причин возникновения послеоперационных осложнений у пациентов с одонтогенным гайморитом.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

- Изучить морфогистохимические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при одонтогенном гайморите в зависимости от характера воспаления.
- Провести анализ причин возникновения одонтогенного гайморита, непосредственных и отдаленных результатов лечения за период с 2006 по 2011 годы.

**Объекты и методы исследования.** Работа основывается на проведении анализа течения одонтогенного гайморита у 851 больного, которые прошли лечение в стоматологическом отделении ОКБ в период с 2006-2011 годы.

Для выявления изменений слизистой оболочки гайморовой пазухи в зависимости от причины вызвавшей одонтогенный гайморит были проведены морфогистохимические исследования, при которых использованы общепринятые методы окрашивания.

На основании клинико-лабораторных и рентгенологических исследований по этиопатологическим признакам больные были распределены на шесть групп:

**Первую группу** составили пациенты у которых причиной, вызвавшей одонтогенный гайморит, были одонтогенные кисты.

**Вторую группу** пациенты с нагноением одонтогенной кисты.

**Третью** с разными формами периодонтита.

**Четвертую** пациенты с инородным телом гайморовой пазухи.

**Пятую** пациенты с перфорацией или свищем гайморовой пазухи.

**Шестая** группа это больные с не установленной причиной одонтогенного гайморита (**табл.**).

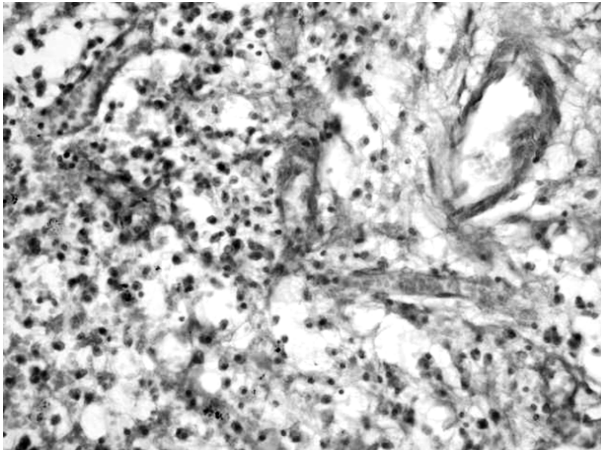
Таблица

**Причины одонтогенного гайморита по материалам областной клинической больницы, 2006-2011 г. г.**

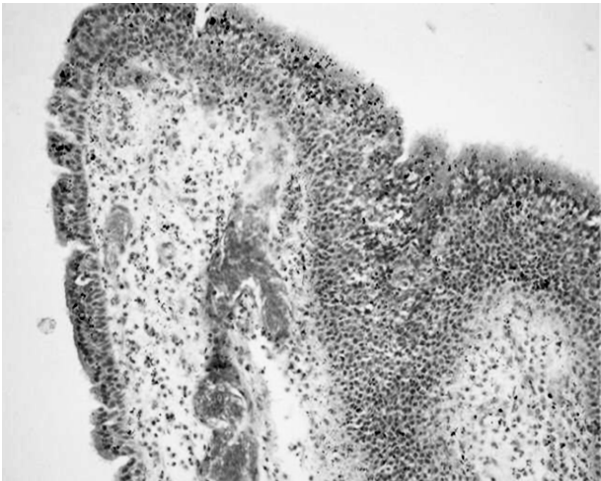
Группы	Общее количество	
	абс.	% ± m
I	149	17,5 ± 3,1
II	29	3,4 ± 3,4
III	239	28,1 ± 2,9
IV	35	4,1 ± 3,4
V	109	12,8 ± 3,2
VI	290	34,1 ± 2,8
<b>Общее количество</b>	851	100,0 ± 0,0

Из **таблицы** видно что превалирует 6-я группа (290 больных – 34%) и 3-я (239 – 28%).

Все больные подвергались стандартной операции гайморотомии и материал в виде удаленной слизистой оболочки гайморовой пазухи отправлялся на гистологическое исследование. Объем оперативного вмешательства зависел от степени выраженности и давности воспалительного процесса. Гайморотомия включала в себя как радикальное удаление слизистой гайморовой пазухи с наложением носового



**Рис. 1.** Микропрепарат слизистой оболочки гайморовой пазухи. Диагноз: одонтогенный гайморит вследствие радикулярной кисты гайморовой пазухи от 15, 16 (I группа). Скопление вблизи сосудов лимфоцитов, фибробластов, плазматиков. Окр. по ван Гизон. х 400.



**Рис. 2.** Микропрепарат слизистой оболочки гайморовой пазухи. Диагноз: одонтогенный гайморит, вызванный перфорацией правой гайморовой пазухи в области 16 (V группа). Переходноклеточная папиллома с нарушением стратификации эпителиальных слоев базального отдела. Окр. гематоксилин эозином. х 200.

соустья до удаления только измененной слизистой дна гайморовой пазухи.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Анализируя полученные нами гистологические данные, следует отметить, что во всех исследуемых группах пациентов с одонтогенными гайморитами выявлен хронический воспалительный процесс. Последний сопровождается и приводит к возникновению гиперпластических процессов в синусах в виде полипов и даже папиллом.

Анализируя первую группу клинических наблюдений, следует отметить, что обнаруженные нами гистологические изменения свидетельствуют о формировании грануляционной ткани после перенесенного острого гайморита с элементами хронизации процесса. Длительность течения процесса подтверждается

наличием соединительной ткани, изменением стенок сосудов с появлением в них признаков склероза документируется использованными методами окраски препаратов этой группы (**рис. 1**). Высокая интенсивность реакции при определении сульфатированных ГАГ может предполагать благоприятный исход процесса. У 12 пациентов возникли осложнения.

Во второй группе клинических наблюдений на фоне хронического воспаления слизистой оболочки диагностируется острое гнойное воспаление с выраженными гиперпластическими изменениями покровного эпителия с очаговым нарушением стратификации слоев многослойного эпителия. Вполне закономерно в этой группе имеет место снижение интенсивности реакции на сульфатированные ГАГ и повышения интенсивности нессульфатированных ГАГ. Возможно, повышение последних и способствует появлению гиперпластических процессов в синусах. У 9 пациентов были отмечены осложнения.

В клинических наблюдениях с третьей по шестую группу практически во всех случаях диагностируются гиперпластические процессы в виде появления простого (VI группа), сосудистого (IV группа), переходноклеточный (III, IV группы) полипов, а в пятой группе – папилломы. Причем, данная патология возникает в ассоциации с выраженными хроническими воспалительными процессами в синусе и на их фоне. Описанное выше соответственно сопровождается появлением диспластических процессов в покровном и железистом эпителии полипов. Параллельно происходит увеличение интенсивности гистохимической реакции на нессульфатированных ГАГ, что и показано в проведенном исследовании. В III по VI группу осложнения возникли у 19 пациентов в III группе, у 13 пациентов в IV группе, у 14 пациентов в V группе и у 18 пациентов в VI группе, что составило 85 пациентов с осложнениями.

Появление переходноклеточной папилломы, которую диагностирован в V группе, скорее следует трактовать как усиление дисрегенераторных процессов за хронического воспаления в синусе (**рис. 2**).

На основании исследования, можно отметить, что наименьшие изменения в виде формирования грануляционной ткани выявлено в I группе, где причиной возникновения одонтогенного гайморита были одонтогенные кисты. Наиболее необратимые изменения наблюдались в 5 группе, где причиной являлась перфорация или свищ гайморовой пазухи. В этой группе отмечено усиление дисрегенераторных процессов.

**Выводы.** На основании полученных данных осложнения возникли в III группе где гайморит был вызван разными формами периодонтитов, наименьшие осложнения отмечали во II группе где гайморит был вызван нагноением одонтогенных кист. Согласно полученным данным необходимо более тщательно подходить к объему оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больных.

**Перспективы дальнейших исследований.** Дальнейшие исследования направлены на разработку профилактических рекомендаций при лечении данной группы больных.

## Литература

1. Богашова Л. Я. Особенности течения гайморитов разной этиологии / Л. Я. Богашова, В. В. Лобурец, В. Н. Радлинская // Стоматолог. – 2010. – №4. – С. 42-44.
2. Весова Е. П. Лечение нейропатических осложнений после гайморотомии / Е. П. Весова, А. И. Весова // Новые технологии в стоматологии: материалы XVI международной конференции челюстно-лицевых хирургов. – СПб., 2011. – С. 46.
3. Гавриш Е. В. Сравнительная характеристика одонтогенного и риногенного воспаления верхнечелюстной пазухи / Е. В. Гавриш // Ринология. – 2009. – №2. – С. 38-44.
4. Палкина М. О. К вопросу санации первичного очага одонтогенной инфекции при верхнечелюстном синусите / М. О. Палкина, С. П. Сысолятин, О. В. Логвинова, М. В. Солоп // Новые технологии в стоматологии: материалы XVI международной конференции челюстно-лицевых хирургов. – СПб., 2010. – С. 139.
5. Раад З. К. Использование эндоскопической техники для оценки состояния верхнечелюстного синуса при синус-лифтинге / З. К. Раад, С. А. Карпищенко, А. В. Качалова // Стоматология. – 2009. – №3. – С. 62-65.
6. Ситников В. П. Отоларингологические и стоматологические проблемы одонтогенных синуситов / В. П. Ситников, А. В. Глинник, И. В. Дударева [и др.] // Институт стоматологии. – 2009. – №4. – С. 58-59.
7. Mehra P. Maxillary sinusitis of odontogenic origin / P. Mehra, D. Jeong // Current Allergy and Asthma Reports. – 2009. – Vol. 9, №3. – P. 238-243.

**УДК** [616.314-08-06:616.216.1-002] 089.168.1-06-08-039.71

### **ПРИЧИНЫ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИХ ГАЙМОРИТОМ**

**Побережник Г. А.**

**Резюме.** Робота ґрунтується на проведенні аналізу перебігу одонтогенного гаймориту у 851 хворого, які проходили лікування в стоматологічному відділенні ОКБ в період з 2006-2011 роки.

Для виявлення змін слизової оболонки гайморової пазухи в залежності від причини які викликали одонтогенний гайморит були проведені морфогістохімічні дослідження, при яких використані загальноприйняті методи фарбування.

На підставі клініко-лабораторних та рентгенологічних досліджень за етіопатологічними ознаками хворі були розподілені на шість груп.

Найменші зміни у вигляді формування грануляційної тканини виявлено згідно морфогістохімічним дослідженням в 1 групі, де причиною виникнення одонтогенного гаймориту були одонтогенні кісти. Найбільш незворотні зміни спостерігались в 5 групі, де причиною була перфорація або свищ гайморової пазухи. У цій групі відзначено посилення дисрегенераторних процесів. На підставі отриманих даних ускладнення виникли в III групі, де гайморит був викликаний різними формами періодонтитів, найменші ускладнення відзначали в II групі, де гайморит був викликаний нагноюванням одонтогенних кист. Згідно з отриманими даними, необхідно більш ретельно підходити до обсягу оперативного втручання і післяопераційного ведення хворих.

**Ключові слова:** одонтогенний гайморит, морфогістохімія, післяопераційні ускладнення.

**УДК** [616.314-08-06:616.216.1-002]089.168.1-06-08-039.71

### **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ**

**Побережник Г. А.**

**Резюме.** Работа основывается на проведении анализа течения одонтогенного гайморита у 851 больного, которые проходили лечение в стоматологическом отделении ОКБ в период с 2006-2011 годы.

Для выявления изменений слизистой оболочки гайморовой пазухи в зависимости от причины вызвавшей одонтогенный гайморит были проведены морфогистохимические исследования, при которых использованы общепринятые методы окрашивания.

На основании клинико-лабораторных и рентгенологических исследований по этиопатологическим признакам больные были распределены на шесть групп.

Наименьшие изменения в виде формирования грануляционной ткани выявлено согласно морфогистохимическим исследованиям в 1 группе, где причиной возникновения одонтогенного гайморита были одонтогенные кисты. Наиболее необратимые изменения наблюдались в 5 группе, где причиной являлась перфорация или свищ гайморовой пазухи. В этой группе отмечено усиление дисрегенераторных процессов. На основании полученных данных осложнения возникли в III группе где гайморит был вызван разными формами периодонтитов, наименьшие осложнения отмечали во II группе где гайморит был вызван нагноением одонтогенных кист. Согласно полученным данным необходимо более тщательно подходить к объему оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больных.

**Ключевые слова:** одонтогенный гайморит, морфогистохимия, послеоперационные осложнения.

UDC [616.314-08-06:616.216.1-002]089.168.1-06-08-039.71

### **The Causes of Postoperative Complications Development in Patients with Odontogenic Maxillary Sinusitis**

**Poberezhnyk G. A.**

**Abstract.** Odontogenic sinusitis is according to different authors, from 3% to 7% of the total number of surgical dental disease and 21.3% of the total number of inflammatory processes of maxillofacial area. The level of postoperative complications and unsatisfactory results of treatment remains high. According to literature data postoperative complications in this disease varies from 30(%) to 50 %.

So far, the main treatment of chronic odontogenic maxillary sinusitis is a surgical method. Despite the constant introduction of new techniques using the methods of endoscopic surgery is not always possible to achieve full cure of the patient. It may be noted that there are virtually isolated data on the causes, nature and frequency of complications arising in various periods of time after surgery.

Also not well covered questions of pathological changes of the mucous membrane of the maxillary sinus, depending on the odontogenic causes that served as the basis for the implementation of these investigations.

The article is based on conducting an analysis of the course of odontogenic maxillary sinusitis in 851 patients, which were undergoing treatment in the dental department of Regional Clinical Hospital in the period 2006-2011.

In order to detect the changes in the mucous membrane of the antrum of Highmore depending on the cause of odontogenic maxillary sinusitis morphohistochemical analyses were conducted in which standard staining methods were used.

Based on clinical laboratory and x-ray findings and according to etiopathologic signs the patients were divided into six groups.

The first group consisted of patients in whom the cause that caused odontogenic sinusitis were odontogenic cysts.

The second group of patients with suppurating of odontogenic cysts.

Third with different forms of periodontitis.

Quarter of patients with foreign body of the maxillary sinus.

Fifth of patients with perforation or fistula of the maxillary sinus.

The sixth group is patients with no established cause of odontogenic sinusitis.

All patients were subjected to standard surgery and maxillary sinusotomy material is in the form of removed mucosa of the maxillary sinus went for histological examination. The volume of surgery depend on the severity and duration of the inflammatory process. The least significant change in the form of granulation tissue formation according to the morphohistochemical analyses was detected in the 1<sup>st</sup> group, where odontogenic maxillary sinusitis was caused by odontogenic cysts. The most significant irreversible changes were observed in the 5<sup>th</sup> group where perforation or fistula of Highmore's antrum was the cause. Aggravation of degenerative processes was marked in this group. Based on the findings the complications developed in the 3<sup>rd</sup> group, where maxillary sinusitis was caused by different forms of periodontitis, the least significant complications were marked in 2<sup>nd</sup> group, where maxillary sinusitis was caused by suppurative odontogenic cysts. According to the findings it is necessary to approach the extent of surgery and postoperative care more thoroughly.

**Keywords:** odontogenic maxillary sinusitis, morphohistochemistry, postoperative complications.

*Рецензент – проф. Старченко І. І.*

*Стаття надійшла 19. 09. 2014 р.*