Міністерство охорони здоров’я України

Харківський національний медичний університет

ПОБЕРЕЖНИК ГАЛИНА АНАТОЛІЇВНА

УДК: **616.314:616.216.1-002]-02-06-084(043.3)**

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМ ГАЙМОРИТОМ

14.01.22 - стоматологія

# Автореферат

# дисертації на здобуття наукового ступеня

# кандидата медичних наук

Харків – 2013

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Харківському національному медичному університеті МОЗ України.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Рузін Геннадій Пінхусович,** Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Ткаченко Павло Іванович,** ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології;

доктор медичних наук, професор **Морозова Марина Миколаївна**, ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського» МОЗ України, професор кафедри стоматології факультету післядипломної освіти.

Захист відбудеться «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2013 року о \_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.02 при Харківському національному медичному університеті за адресою: 61022, м. Харків, пр. Леніна, 4, тел.707-73-27

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університету (61022, м. Харків, пр. Леніна, 4).

Автореферат розісланий «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2013 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 64.600.02

к.мед.н. Хмиз Т.Г.

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Останнім часом, незважаючи на успіхи, досягнуті в лікуванні хворих на одонтогенний гайморит (ОГ), який складає 21,3 % від загальної кількості гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, залишається високою частота їх ускладнень, що коливається в межах від 30 % до 50 % (Гавриш Е.В., 2009; Ситников В.П., 2009; Mehra P., 2009; БагашоваЛ.Я., 2010; Ткаченко П.І., 2011).

До сьогодні основним методом лікування хронічного ОГ залишається хірургічний, метою якого є усунення джерела одонтогенної інфекції в поєднанні з виконанням радикальної операції на верхньощелепній пазусі. Незважаючи на постійне впровадження в практику нових "щадних" методик оперативного лікування, використання методів ендоскопічної хірургії, не завжди вдається досягнути повного вилікування хворого. Крім того, практично відсутні дані про характер та частоту ускладнень в різні терміни, особливо розвиток віддалених післяопераційних ускладнень (Раад З.К., 2009; ПалкинаМ.О., 2010; Весова Е.П., 2011).

За даними деяких авторів, хірургічне втручання на верхньощелепній пазусі у 40-80 % хворих дає незадовільний результат (Рафаилов В.В., 2008; Ярова С.П., 2009; Бирюлев А.А., 2011). Тому лікування хворих цієї групи являє собою не тільки медичну, але й певну соціальну проблему.

Як свідчать дослідження останніх років, велике значення для визначення обсягу хірургічного втручання та прогнозування результату лікування має вивчення стану слизової оболонки гайморових пазух та точне визначення характеру патологічного процесу в ділянці причинного зубу (Байдик О.Д., 2011).

До сьогоднішнього часу інформація про морфологічні та гістохімічні зміни слизової оболонки верхньощелепних пазух при ОГ залишається не до кінця повною (Локтионов В.В., 2008; Пальчун В.Т., 2010). Недостатньо вивчено також питання причин та характеру ускладнень у різні термін після операції та ефективної профілактики й лікування.

Таким чином, на підставі аналізу даних літератури виявлено недостатність, багатовимірність і неоднозначність поглядів на розглянуті проблеми. Відсутність поглиблених базисних знань про можливість корекції профілактичних методів лікування хворих на одонтогенний гайморит, які дозволять зменшити кількість післяопераційних ускладнень. Недостатньо вивчена можливість прогнозувати ускладнення у повсякденній клінічній практиці. Враховуючи вищенаведене, необхідна розробка нових клінічно обґрунтованих, комплексних заходів, які представляють теоретичну та практичну актуальність даної проблеми, це стало передумовою проведення даного наукового дослідження.

**Зв’язок роботи з науковою темою кафедри.** Дисертаційна робота є складовою частиною НДР кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського національного медичного університету МОЗ України «Діагностика та лікування захворювань органів та тканин щелепно-лицевої ділянки» (№ державної реєстрації 013U002274).

**Мета дослідження:** підвищити ефективність прогнозування та профілактики ускладнень хірургічного лікування одонтогенного гайморита на підставі аналізу моніторингу найближчих та віддалених результатів лікування.

**Завдання дослідження:**

1. Провести аналіз причин виникнення одонтогенного гаймориту, безпосередніх і віддалених результатів лікування за період з 2006 по 2011 рік.
2. Вивчити морфогістохімічні зміни слизової оболонки верхньощелепних пазух при одонтогенному гаймориті в залежності від характеру одонтогенного запалення.
3. Провести моніторинг характеру, терміну й причин ускладнень у хворих на одонтогенний гайморит.
4. Розробити та запропонувати прогностичні та профілактичні методи попередження післяопераційних ускладнень.
5. Визначити ефективність використання запропонованого методу прогнозування та засобів профілактики ускладнень при хірургічному лікуванні одонтогенного гайморита.

*Об’єкт дослідження:* одонтогенний гайморит.

*Предмет дослідження:* причини виникнення, прогноз та профілактика ускладнень при хірургічному лікуванні хронічного гаймориту.

*Методи дослідження:* загальноклінічні та лабораторні; рентгенологічні, ортопантомографічні, комп’ютерно-томографічні; морфогістохімічні (для визначення змін слизової оболонки гайморової пазухи); методи математичної статистики (для аналізу отриманих результатів дослідження, зокрема розрахунку прогнозу можливих ускладнень).

**Наукова новизна отриманих результатів**. Набуло подальшого розвитку визначення ускладнень при хірургічному лікуванні хронічного одонтогенного гаймориту. На підставі морфогістохімічних досліджень доведені нові факти зв’язку між характером одонтогенного запалення та станом слизової оболонки гайморової пазухи.

Набуло подальшого розвитку вивчення характеру, термінів і причин ускладнень у хворих на одонтогенний гайморит.

Уперше запропоновано прогностичний алгоритм виявлення післяопераційних ускладнень одонтогенного гайморита та розроблено нову систему профілактичних заходів у хворих на одонтогенний гайморит з урахуванням причини захворювання.

**Практична значущість отриманих результатів.** На підставі проведених досліджень визначено закономірності розвитку характеру ускладнення, запропоновано методи профілактики: в залежності від причини, яка викликала одонтогенний гайморит, від часу запального процесу, наявності або відсутності гаймориту в анамнезі хворим видаляти не всю слизову оболонку гайморової пазухи, а тільки візуально змінені ділянки та проходити диспансерний нагляд протягом від 1,5 до 3 років, це дає можливість попередити розвиток ускладнень.

Результати наукових розробок упроваджено в клінічну практику стоматологічних відділень поліклінік м.Харкова та Харківської області: поліклініки ГУМВСУ в Харківській області, центральної районної лікарні м.Ізюм, центральної районної лікарні ім.М.І. Кононенко м.Чугуїв, центральної районної лікарні м.Близнюки, центральної районної лікарні м.Лозова, центральної районної лікарні м.Дворічна, «Стоматологічний центр» ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України (м. Полтава).

Основні результати дослідження впроваджено в навчальний процес на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Харківського національного медичного університету, на кафедрі стоматології Харківського національного медичного університету, на кафедрі дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, на кафедрі хірургічної стоматології ВДНЗУ Івано-Франківського національного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням.

Автором особисто вивчено літературу та здійснено патентно-інформаційний пошук за темою дисертації. Спільно з науковим керівником сформульовано мету, завдання дослідження, висновки й практичні рекомендації.

Виконання всіх клінічних, лабораторних, функціональних, морфо- гістохімічних досліджень, моніторинг пацієнтів та аналіз найближчих і віддалених ускладнень здійснено автором особисто.

**Апробація результатів дисертації.** Результати досліджень та основні положення роботи висвітлено у доповідях та обговорено на міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, січень 2009), міжнародних конференціях щелепно-лицевих хірургів- стоматологів «Новые технологии» (Санкт – Петербург, май 2007, май 2009, май 2010, май 2012), International Scientific Interdisciplinary Congress for medical students and young doctors (Харків, апрель 2009, апрель 2012), семінарі керівників лікарів-інтернів секції «Стоматологія» (Харків, квітень 2009), республіканській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні досягнення та перспективи розвитку хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії» (Харків, жовтень 2010).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 26 наукових робіт, з яких 5 статей - у спеціалізованих фахових виданнях України, 1 стаття у міжнародному виданні, 20 – у вигляді матеріалів тез конференцій.

**Структура і об'єм дисертації.** Дисертацію викладено на 194 сторінках; вона складається зі вступу, списку умовних скорочень, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, власних досліджень, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, до якого увійшло 181 джерело кирилицею та 36 робіт латиницею (25 сторінок). Роботу ілюстровано 16 малюнками, 7 діаграмами, 37 таблицями (11 сторінок), 1 додатком (5 сторінок).

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали і методи дослідження.** Робота ґрунтується на проведенні ретро- та проспективного прогнозу перебігу одонтогенного гаймориту у 851 хворого, що перебували на лікуванні в стоматологічному відділенні комунального закладу охорони здоров’я «Обласної клінічної лікарні — центра екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» міста Харкова з 2006 по 2011 рік. Для розв’язання поставлених задач були проведені дослідження частоти та структури одонтогенного гаймориту на підставі комплексного клініко-лабораторного, інструментального, рентгенологічного-томографічного обстеження; морфогістохімічних досліджень; вивчення безпосередніх та віддалених результатів комплексного лікування; прогностичних даних можливих ускладнень та результатів виконання профілактичних рекомендацій. Оцінювання частоти, структури одонтогенного гаймориту, виявлення основних недоліків у діагностиці, лікуванні та профілактиці проводилися у ретроспективній групі на підставі ретроспективного аналізу 383 архівних історій хвороби та моніторингу у хворих на одонтогенний гайморит у 2006-2008 роки. Ретроспективний аналіз став об’єктивною базою для проведення проспективного прогнозу у 468 хворих на одонтогенний гайморит, які перебували на стаціонарному лікуванні у 2009 – 2011 роки.

У процесі обстеження хворих дотримувалися діагностичних клінічних критеріїв одонтогенного гаймориту, згідно з «Протоколами надання стоматологічної допомоги», регламентованими наказом МОЗ України № 566 від 23.11.2004 р. Оцінювали: біль в підочній ділянці, набряк, біль у зубах, виділення гною з нижнього носового ходу, головний біль, підвищення температури тіла. Нами також оцінювалися дані попередніх дій щодо лікування: пломбування, видалення зубів, пункції пазух, медикаментозної та фізіотерапії.

Обов’язковими були також стандартні лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, час її згортання, рівень цукру у крові, визначення групи крові і резус-фактора, загальний аналіз сечі, реакція мікропреципітації або реакція Васермана, електрокардіографія, флюорографія органів грудної порожнини, за показаннями проводили консультації суміжних фахівців –отоляринголога, офтальмолога, нейрохірурга, невропатолога та інших.

Проводилися також оглядова рентгенографія верхньощелепних пазух, рентгенографія альвеолярного відростку верхньої щелепи в проекції проблемного зуба або ороантрального сполучення, ортопантомографічне обстеження верхньої щелепи та комп’ютерна томографія приносових пазух. Обстеження проводилося при надходження хворого до стаціонару, а також у процесі лікування.

Під час оперативного втручання весь вилучений матеріал відправлявся на гістологічне дослідження.

Для світлооптичного дослідження біоптатів верхньощелепної пазухи фрагменти матеріалу фіксували у 10 % розчині формаліну і заливали у парафін. Депарафіновані зрізи товщиною 5 мкм фарбували звичайними гістологічними реактивами, гематоксиліном-еозином. Для верифікації волокон сполучної тканини використовували метод фарбування за Ван Гізоном, а також за Малорі на фібрин і колагенові волокна. Виявлялися також сульфатовані (рН 1,5) та несульфатовані (рН 3,5) глікозоаміноглікани за Romhangi (1963), контроль — обробка зрізів гіалуронідазами.

Мікропрепарати вивчали на мікроскопі «Olympus BX-41» з подальшою обробкою з використанням програми «Olympus DP-soft version 3.1» і Microsoft Excel.

Усіх пацієнтів з діагнозом одонтогенного гаймориту було розподілено на шість груп в залежності від причини, яка викликала захворювання:

I група-(65 пацієнтів-ретроспективна група; 84 пацієнта-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого були одонтогенні кісти;

II група-(22 пацієнта-ретроспективна група; 27 пацієнтів-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого були нагноєння одонтогенних кіст;

III група-(138 пацієнтів-ретроспективна група; 101 пацієнт-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого були різні форми періодонтиту;

IV група-(31 пацієнт-ретроспективна група; 24 пацієнта-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого було стороннє тіло в гайморових пазухах;

V група-(68 пацієнтів-ретроспективна група; 41 пацієнт-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, причиною якого була перфорація або нориця гайморової пазухи;

VI група-(59 пацієнтів-ретроспективна група; 191 пацієнт-проспективна група) хворі на одонтогенний гайморит, безпосередню причину якого не виявлено.

Усього було прооперовано 839 (98,6±0,4 %) хворих. У залежності від причини та строків, які пройшли до звернення та оперативного втручання, було проведено різний обсяг оперативного втручання. У післяопераційний період пацієнти ретроспективної групи отримували лікування за стандартними схемами, рекомендованими «Протоколами надання стоматологічної допомоги» згідно з наказом МОЗ України №566 від 23.11.2004 року.

У проспективній групі, за даними прогнозу, проводилася корекція лікування шляхом проведення необхідних медикаментозних та хірургічних втручань, а також корекція проведення післястаціонарного реабілітаційного періода.

У залежності від причини та стану тканин пазухи, нами були запропоновані наступні методики профілактики ускладнень:

* за відсутності макроскопічних змін в гайморовій пазусі проводилося видалення тільки візуально зміненої ділянки слизової оболонки на дні гайморової порожнини;
* за наявності одонтогенного гаймориту в анамнезі та в залежності від часу, який пройшов з початку захворювання, використовується стандартна гайморотомія з тампонадою гайморової порожнини;
* хворим, у яких не використовували йодоформений тампон, призначали місцеву терапію: промивання верхньощелепної пазухи антисептиками та ферментами, призначали фізіопроцедури;
* диспансерний нагляд – від року до 3 років. Особливу увагу приділяли групі хворих на ОГ, викликаного невиявленою причиною.

Вивчено віддалені результати хірургічного лікування одонтогенного гаймориту у хворих протягом 6 років. Для отримання результатів нами розроблено та використано анкету-опитувальник.

Анкету-опитувальник було розіслано 851 хворим. Отримано 221 відповідей, що складає 26 % від розісланих анкет.

Для вивчення ймовірності виникнення ускладнень проведено аналіз анкетних клініко-анамнестичних факторів у обстежених пацієнтів в групах з ускладненнями та без них. Порівняльний аналіз у групах розподілу окремих клінічних критеріїв зі застосуванням дисперсійного аналізу та послідовного аналізу Вальда в модифікації Е.В. Гублера дозволив визначити діагностичну цінність, прогностичне значення й силу впливу факторів на розбіжність показників клінічних груп і прогностичних коефіцієнтів. Основними критеріями для оцінювання прогностичної значущості окремих клінічних ознак були: сила впливу фактора, його інформативність. Порогові значення розраховані в три етапи: статистичне моделювання значень для кожної з перевірюваних гіпотез формування локалізованої ділянки, у якій слід проводити пошук для визначення оптимальних значень порогів. Усі обчислення проводилися за стандартною методикою з використанням програмного пакету Microsoft Excel 2010.

За кожною клінічною ознакою визначали її наявність чи відсутність, а відповідні прогностичні коефіцієнти додавали.

Порогова сума для вибору однієї з двох гіпотез склала 19,8, що визначено згідно з формулою (1-α)/β, де α — припустима помилка першого роду (помилка пропуску розвитку ускладнення одонтогенного гаймориту, її було обрано більш жорстко — 0,01); β — припустима помилка другого роду (помилкове прогнозування ускладнення, її було обрано менш жорстко — 0,05).

Після досягнення порогової суми коефіцієнтів з використанням шкали визначали групу ризику:

- якщо сума прогностичних коефіцієнтів дорівнює або нижча за -19,8, ризик мінімальний;

- якщо сума прогностичних коефіцієнтів незначно більше за -19,8 або нижча, ніж 19,8, ризик невизначений;

- якщо сума прогностичних коефіцієнтів вища, ніж 19,8, ризик високий.

При виконанні дослідження використано статистичні та інформаційні методи, зокрема ті, що базуються на варіаційній статистиці, розподілі вірогідності ознак і методичних прийомах оцінення достовірності одержуваних результатів.

Ведення банку даних дослідження, базові розрахунки похідних показників, частотну характеристику ознак, побудову діаграм здійснювали за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 2010 (ліцензія № 01631-551-3027986-27852), статистичний аналіз проводили з використанням Statsoft Statistica 8.0 (ліцензія № STA862D175437Q).

Набір тексту дисертації, оформлення здійснювали за допомогою текстового редактора «Microsoft Office Word 2010» в операційній системі «Windows XP».

**Результати власних досліджень.** Порівняльна оцінка ретроспективної та проспективної групи показала, що в результаті застосування розроблених профілактичних рекомендацій отримано такі результати.

Із 851 хворого на одонтогенний гайморит у 375 (43,9±2,6 %) пацієнтів діагностовано лівобічний, у 473 (55,4±2,3 %) — правобічний і в 6 (0,7±3,4 %) — лівобічний та правобічний гайморит разом. У віковому аспекті розвиток одонтогенного гаймориту за весь період спостереження найчастіше спостерігався у віці від 18 до 30 років.

У ретроспективному аналізі: найбільшу кількість (36 %) склала третя група, причиною ОГ цих хворих були різні форми періодонтиту, найменшу кількість пацієнтів має друга група (6 %). Вивчено 383 повно і коректно заповнені архівні історії хвороб (чоловіків — 190, жінок — 193).

За отриманими даними, на ОГ хворіють люди працездатного віку, більш численна група хворих – віком 18–30 років (36 %) та 31–40 (31 %).

У 44 % хворих на ОГ була супутня патологія (цукровий діабет, захворювання серця, захворювання ЖКТ, порушення функції нирок та печінки).

Джерелом інфікування та причиною розвитку ОГ були різні групи зубів. Під час аналізу наявних в історіях хвороби даних виявлено, що найчастішим джерелом інфікування у пацієнтів з I по IV групу був на верхній щелепі перший моляр — 56 %, потім другий моляр, премоляри, третій моляр, іноді (у 2%) — фронтальна група зубів.

Оперативне втручання проводили, в середньому, на 2±1 добу госпіталізації з I по VI групи як у ретроспективній, так і у проспективній групі.

Для встановлення характеру змін, які виникають у слизовій оболонці гайморової пазухи залежно від одонтогенной причини, нами проведено морфогістохімічне дослідження на підставі якого можливо відзначити, що найменші зміни у вигляді формування грануляційної тканини в 1 групі, найбільш незворотні зміни спостерігалися у вигляді посилення дисрегенераторних змін в 5 групі.

Отримані дані моніторингу ретроспективної групи: усього було розіслано 383 анкети, отримано 132 відповіді.

Ускладнення, які виникли у ретроспективній групі складають 43 випадки, найбільша кількість ускладнень припадає на IV групу (9 хворих), найменша – у I групі (5 хворих). У залежності від терміну від 6 місяців (7 випадків) до 3 років (9 випадків).

Отримані дані допомогли нам вирішити завдання розроблення та запропонування прогностичних та профілактичних методів для попередження післяопераційних ускладнень для кожної із шести груп.

Проспективна група: найбільшу кількість, 49%, склала шоста група, причиною ОГ цих хворих була невиявлена причина, найменша кількість хворих у четвертій групі – 6%, причиною ОГ було стороннє тіло в гайморових пазухах. Чоловіків – 213, жінок – 255 осіб.

Отримані дані свідчать, що на ОГ хворіють люди працездатного віку; більш численна група – хворі віком від 18-30 років – 35%, від 31-40 26% та від 41-50 21%, найменша – 61 і більше – 4%, так само, як і в ретроспективній групі.

У 38% хворих на ОГ мали супутню патологію (цукровий діабет, захворювання серця, захворювання ЖКТ, порушення функції нирок та печінки).

Джерелом інфікування та причиною розвитку ОГ були різні групи зубів. При аналізі наявних в історіях хвороби даних можна відзначити, що найчастішим джерелом інфікування з I по IV групу був на верхній щелепі перший моляр – 68%, потім другий моляр, премоляри, третій моляр, так само як і у ретроспективній групі. Тому можливо говорити про повне зіставлення груп хворих ретроспективного та проспективного періода.

У залежності від групи для хворих проспективної групи на підставі ретроспективного аналізу здійснювалися профілактичні заходи.

Отримані дані моніторингу проспективної групи: усього було розіслано 468 анкет, отримано 89 відповідей.

Ускладнення, які виникли у проспективній групі, складають 35 випадків, найбільша кількість ускладнень припадає на VI групу (11 хворих), найменша – на II (1 хворий), у залежності від терміну від 6 місяців (9 випадків) до 3 років (4 випадки).

За весь час спостережень, в порівнянні з 2006 – 2008 роками та з 2009-2011 роками, клінічна ефективність достовірно відрізнялася: ретроспективна група з одужанням: виписано – 38%, з поліпшенням – 62%; проспективна група: з одужанням – 51%, з поліпшенням – 49%, більшість хворих в проспективній групі виписані з одужанням. Частина осіб, виписаних з одужанням, значно більша у проспективній групі (р<0,01) Зменшилася кількість ліжко-днів в проспективній групі, у середньому, на 2 дні (10,3±2 проти 7,8±2, р<0,01). Післяопераційний набряк у проспективній групі зменшився, у середньому, на 1-2 дні (4,7±1,3 проти 3,7±1,3, р<0,01), зняття йодоформеного тампону, у середньому, зменшилося на 1 день(4,5±1,3 проти 3,3±1,3, р<0,01); болі в ділянці проведеної операції зменшилися, у середньому, на 2-3 дні (9,0±1,8 проти 6,7±1,8, р<0,01).

Клінічну ефективність запропонованих методик профілактики визначала тенденція до зменшення кількості ускладнень: у ретроспективній групі – 43 ускладнення, переважно хворі, котрі мали невиявлений і високий коефіцієнт ризику виникнення ускладнень; у проспективній – 35, переважно хворі, які мали високий коефіцієнт ризику виникнення ускладнень (р=0,30).

За даними вивчення частоти окремих клініко-анамнестичних факторів і прогностичного значення кожного з критеріїв, запропоновано скринінговий алгоритм для прогнозування ризику ускладнень.

Фактичну прогностичну потужність заявленого способу оцінення ризику розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту проведено шляхом спостереження за пацієнтами. Загалом, за весь час спостереження у вірогідно більшій кількості випадків визначено мінімальний прогностичний ризик (р<0,01). Статистично значущих відмінностей між періодами спостереження не виявлено.

За фактичного розвитку ускладнень його ризик оцінений як високий у переважній більшості випадків (75,8 %), помилкове ж визначення мінімального ризику було наявне лише в одному випадку (1,2 %), що є клінічно допустимим (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Результати розрахунків за алгоритмом оцінки ризику   
розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту   
у зіставленні з даними фактичного спостереження пацієнтів**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактичний розвиток ускладнень | Оцінка ризику | | | | | | Загальна кількість | |
| Мінімальний | | Невизначений | | Високий | |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Розвинулося | 1 | 1,2 | 20 | 23,0 | 66 | 75,8 | 87 | 100,0 |
| Не розвинулося | 120 | 89,6 | 11 | 8,2 | 3 | 2,2 | 134 | 100,0 |
| Загальна кількість | 121 | 54,8 | 31 | 14,0 | 69 | 31,2 | 221 | 100,0 |

Серед контингенту осіб, у яких не розвинулося ускладнення, відсоток збігу оцінки ризику був більшим (89,6 % проти 75,8 %, р=0,01), помилкове визначення високого ризику істотно не відрізнялося.

Проведене зіставлення зі структурою ускладнень одонтогенного гаймориту показало, що єдина помилкова оцінка ризику ускладнень за представленим алгоритмом стосувалася такого вельми неспецифічного прояву, як наявність виділень з носу.

Аналіз результатів прогностичної оцінки ризику ускладнень одонтогенного гаймориту в етіологічному аспекті з урахуванням періоду спостереження показав (табл. 2):

*Таблиця 2*

**Результати розрахунків за алгоритмом оцінки ризику   
розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту   
у зіставленні з причиною та періодом спостереження**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Причина одонтогенного гаймориту, період спостереження | Оцінка ризику | | | | | | Загальна кількість | |
| Мінімальний | | Невизначений | | Високий | |
| Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Одонтогенна кіста | | | | | | | | |
| 2006–2008 рр. | 19 | 79,2 | 2 | 8,3 | 3 | 12,5 | 24 | 100,0 |
| 2009–2011 рр. | - | - | - | - | 8 | 100,0 | 8 | 100,0 |
| за весь період | 19 | 59,4 | 2 | 6,3 | 11 | 34,4 | 32 | 100,0 |
| Нагноєння одонтогенної кісти | | | | | | | | |
| 2006–2008 рр. | - | - | - | - | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 |
| 2009–2011 рр. | 2 | 33,3 | 3 | 50,0 | 1 | 16,7 | 6 | 100,0 |
| за весь період | 2 | 16,7 | 3 | 25,0 | 7 | 58,3 | 12 | 100,0 |
| Періодонтит | | | | | | | | |
| 2006–2008 рр. | 29 | 65,9 | 8 | 18,2 | 7 | 15,9 | 44 | 100,0 |
| 2009–2011 рр. | 36 | 80,0 | 3 | 6,7 | 6 | 13,3 | 45 | 100,0 |
| за весь період | 65 | 73,0 | 11 | 12,4 | 13 | 14,6 | 89 | 100,0 |
| Стороннє тіло в гайморовій пазусі | | | | | | | | |
| 2006–2008 рр. | 2 | 16,7 | 4 | 33,3 | 6 | 50,0 | 12 | 100,0 |
| 2009–2011 рр. | - | - | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 4 | 100,0 |
| за весь період | 2 | 12,5 | 5 | 31,3 | 9 | 56,3 | 16 | 100,0 |
| Перфорація або нориця гайморової пазухи | | | | | | | | |
| 2006–2008 рр. | 24 | 70,6 | 4 | 11,8 | 6 | 17,6 | 34 | 100,0 |
| 2009–2011 рр. | 6 | 40,0 | 1 | 6,7 | 8 | 53,3 | 15 | 100,0 |
| за весь період | 30 | 61,2 | 5 | 10,2 | 14 | 28,6 | 49 | 100,0 |
| Причина не відома | | | | | | | | |
| 2006–2008 рр. | - | - | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | 7 | 100,0 |
| 2009–2011 рр. | 3 | 18,8 | 3 | 18,8 | 10 | 62,5 | 16 | 100,0 |
| за весь період | 3 | 13,0 | 5 | 21,7 | 15 | 65,2 | 23 | 100,0 |
| Загальна кількість | 121 | 54,8 | 31 | 14,0 | 69 | 31,2 | 221 | 100,0 |

Загалом прогностичний спосіб щодо одонтогенних кіст демонструє досить високу чутливість, залишаючи невизначеним прогноз лише у 6,3 %; статистично вірогідного переважання характеру прогнозу не виявлено. Під час аналізу за періодами спостереження в цій же етіологічній категорії пацієнтів у 2006–2008рр. мінімальний ризик розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту визначено в переважній більшості випадків (у порівнянні з невизначеним чи високим ризиком р<0,03). У період 2009–2011рр. у всіх спостереженнях визначено тільки високий ризик.

При розвитку нагноєння одонтогенної кісти як причинного фактора статистично значущих особливостей виявити не вдалося, вірогідно, через недостатню кількість спостережень, проте звертає на себе увагу виключно високий ризик у період 2006–2008 рр.

За періодонтиту в переважній більшості випадків (р<0,03) ризик мінімальний, ця закономірність є характерною для обох періодів спостереження.

В етіологічній групі, пов’язаній з чужорідним тілом в гайморовій пазусі, статистично вірогідних закономірностей виявити не вдалося через недостатню кількість спостережень.

За перфорації або нориці гайморової пазухи загалом існує тенденція до мінімального ризику (р=0,05), причому в період 2006–2008 рр. вона має характер статистичної закономірності (р<0,03).

Через невідому причину одонтогенного гаймориту є тенденція (р=0,1) до здебільшого високого ризику.

Таким чином, розроблений прогностичний алгоритм виявлення ускладнень у хворих на ОГ розширює арсенал засобів та підвищує ефективність прогнозування розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту, що обумовлює доцільність його практичного застосування для цієї категорії пацієнтів та дозволяє зробити такі висновки.

**ВИСНОВКИ**

1. На підставі багаторічного моніторингу, безпосередніх і віддалених результатів лікування розроблена програма, яка дозволяє вирішити задачу прогнозування та профілактики ускладнень лікування хворих на одонтогенний гайморит.
2. Проведення ретроспективного та проспективного аналізу визначило, що одонтогенний гайморит в Харківській області за період з 2006 – 2011 рік складає 24% від загальної кількості госпіталізованих хворих. Переважають гайморити, викликані різними формами періодонтиту – 28%, а саме: загострення хронічного гранулюючого періодонтиту – 54%.
3. Виявлено прямий взаємозв’язок між одонтогенним процесом та станом слизової оболонки верхньощелепного синусу, який полягає в тому що, залежно від причини, що сприяла виникненню одонтогенного гаймориту, строків розвитку, виникають гіперпластичні зміни та дисрегенераторні процеси різного ступеня тяжкості, зниження інтенсивності реакції на сульфатовані ГАГ (0,119±0,012) і підвищення інтенсивності несульфатованих ГАГ (0,201±0,011), більш виражені у хворих з тривалістю запального процесу понад 6 місяців.
4. Проведений моніторинг дозволяє виявити наступне: ретроспективна група - характер ускладнень у 26% займає повторне оперативне втручання, термін виникнення ускладнень складає 44% у перший рік; причиною ускладнень у 27% хворих є одонтогенний гайморит, який був викликаний різними формами періодонтиту; у проспективній групі характер ускладнень у 22% проявляється у вигляді виділень з носу, повторне оперативне втручання при цьому має 16%, термін виникнення ускладнень складає 27% через 1,5 роки, причиною ускладнень найчастіше у 30% стає група хворих, у якій одонтогенний гайморит має невиявлену етіологію.
5. Ретроспективний аналіз результатів лікування одонтогенного гаймориту показав, що найчастіше ускладнення виникають у хворих на одонтогенний гайморит, викликаний різними формами періодонтиту – 10%, та в четвертій групі за наявності стороннього тіла в гайморовій порожнині – 32%.
6. Розроблений стратифікаційний метод прогнозування дає можливість прогнозування та профілактики ускладнень в післяопераційний період, як у безпосередній, так і у віддалений термін спостереження, у ретроспективній групі мінімальний ризик мали 57,6%, невизначений – 17,4%, високий – 25,0%; у проспективній групі мінімальний ризик – 50,6%, невизначений – 9,0%, високий – 40,4%. За фактичного розвитку ускладнень його ризик оцінений як високий у переважній більшості випадків (75,8%), помилкове встановлення мінімального ризику було лише в одному випадку (1,2%).
7. Проспективний прогноз, зроблений на підставі стратифікаційного методу прогнозування та даних анкети-опитувальника, забезпечив за рахунок профілактичних заходів зниження післяопераційних ускладнень у віддалені терміни спостереження на 4%.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для хворих на одонтогенний гайморит, викликаний одонтогенними кістами, рекомендовано: використовувати метод оперативного втручання, який складається з часткового видалення візуально зміненої ділянки слизової оболонки, базова терапія – згідно з «Протоколами надання стоматологічної допомоги» (наказ МОЗ України №566 від 23.11.2004р.). Диспансерний нагляд – протягом 1,5 року.
2. Для хворих на одонтогенний гайморит, викликаний нагноенням одонтогенних кіст, можливо рекомендувати: в залежності від часу запального процесу (до 7 діб) та без наявності гаймориту в анамнезі хворим видаляти не всю слизову оболонку гайморової пазухи, а тільки візуально змінені ділянки, додатково призначати пробіотики та пребіотики. Диспансерний нагляд – протягом 2 років.
3. Для хворих на одонтогенний гайморит, викликаний різними формами періодонтиту, рекомендовано: в залежності від форми періодонтиту проводити:

* радикальне видалення слизової оболонки верхньощелепної пазухи при загостренні хронічного гранулюючого періодонтиту;
* при фіброзному періодонтиті проводити щадну гайморотомію, яка полягає у видаленні візуально зміненої слизової оболонки безпосередньо біля причинного зуба;
* при гранулематозному періодонтиті проводити щадну гайморотомію, яка полягає у видаленні гранулеми, візуально змінененої слизової оболонки та збереженні незміненої слизової оболонки верхньощелепних пазух.
* при хронічному перебігу гранулюючого періодонтиту проводити щадну гайморотомію, яка полягає у видаленні візуально зміненої слизової оболонки, збереженні незміненої слизової оболонки верхньощелепних пазух та пластичного закриття нориці. Диспансерний нагляд для усієї групи – протягом 3 років.

1. Для хворих на одонтогенний гайморит, викликаний стороннім тілом у гайморовій пазусі, рекомендовано: в залежності від часу перебування стороннього тіла, що викликало одонтогенний гайморит, проводити локальне видалення візуально зміненої слизової оболонки в ділянці розташування стороннього тіла (тривалість процесу – до 6 місяців) без попереднього запалення гайморової порожнини та з інкапсуляцією стороннього тіла або радикальне видалення слизової оболонки гайморових пазух (тривалість процесу – більше 6 місяців). Диспансерний нагляд – протягом 1 року.
2. Для хворих на одонтогенний гайморит, викликаний перфорацією або норицею гайморової пазухи, рекомендовано на практиці: в залежності від часу отриманого перфоративного отвору, що спричинив одонтогенний гайморит, проводити радикальне (більше 6 місяців) або локальне видалення слизової оболонки (до 6 місяців). Диспансерний нагляд – протягом 1,5 року.
3. Для хворих на одонтогенний гайморит, викликаний невиявленою причиною, рекомендовано на практиці: проходити профілактичні огляди раз на рік, маючи в анамнезі одонтогенний гайморит – раз на три місяці першого року та раз на півроку – у подальшому. Диспансерний нагляд – протягом 3 років.

**СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ**

**ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Побережник Г.А Моніторинг ускладнень у хворих на одонтогенний гайморит / Д.С. Демяник, Г.А. Побережник // Галицький лікарський вісник. – 2010. – № 4. – С. 56-59. *Особистий внесок здобувача: проведення моніторингу, узагальнення результатів, написання статті.*
2. Побережник Г.А Влияние перелома скуловой кости на состояние слизистой оболочки гайморовой пазухи / Г.П. Рузин, Г.А. Побережник // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 4. – С. 29-32. *Особистий внесок здобувача: проведення морфогістохімічних досліджень, написання статті.*
3. Побережник Г.А. Характер и сроки возникновения осложнений после гайморотомии / Д.С. Демяник, Г.А. Побережник // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №1. – С. 32-37. *Особистий внесок здобувача: клінічний збір матеріалу, узагальнення результатів, написання статті.*
4. Побережник Г.А. Морфологические изменения слизистой оболочки гайморовой пазухи в зависимости от причины верхнечелюстного синусита / Г.А Побережник, О.А. Омельченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2013. – №1. – С. 325-338.
5. Побережник Г.А. Прогнозирование ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения одонтогенных гайморитов // Современная стоматология. – 2013. – №2. – С. 28-37.
6. Побережник Г.А. Мониторинг как метод оценки отдаленных результатов лечения (на примере одонтогенного гайморита) // Стоматолог. – 2013. – №2(9). – С. 30-33*.*
7. Побережник Г.А Зависимость между формами периодонтита и хроническим одонтогенным гайморитом // Медицина третього тисячоліття: матеріали межвузівської конференції молодих вчених, ХДМУ, 16-17 січня 2007р. – Харків, 2007. - С. 176-177
8. Побережник Г.А Состояние слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при одонтогенном гайморите при морфогистохимическом изучении // Медицина третього тисячоліття: матеріали межвузівської конференції молодих вчених, ХДМУ, 16-17 січня 2007р. – Харків, 2007– С. 177-178.
9. Побережник Г.А. Развитие одонтогенного гайморита в зависимости от формы периодонтитов и места зуба в зубном ряду // Український морфологічний альманах. – 2007. – том 5, №2. – С. 105-106.
10. Побережник Г.А Морфогистохимическая характеристика слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при одонтогенном гайморите / Г.П.Рузин, Г.А.Побережник // Новые технологии в стоматологии: материалы XII международной конференции челюстно – лицевих хирургов и стоматологов (12 – 14 мая, 2007г.). – Санкт-Петербург, 2007. - С. 183-184. *Особистий внесок здобувача: проведення морфогістохімічних досліджень, написання статті.*
11. Побережник Г.А Состояние слизистой оболочки гайморовых пазух в зависимости от характера и давности травматического повреждения // Медицина третього тисячоліття: матеріали міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (20 – 21 cічня 2009 р.). – Харків, 2009. - С.121-122.
12. Побережник Г.А Порівняльна характеристика змін слизової оболонки гайморових пазух при одонтогенному та травматичному гаймориті // Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку: матеріали ювілейної міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю стоматологічного факультету ІФНМУ (5-6 лютого, 2009р.). – Івано-Франківськ, 2009. - С. 167
13. Poberezhnik G.A. Possibility of study of remote surgical complications by means of a questionnaire // 2th International scientific interdisciplinary congress for medical students and young doctors (April 8th -10th,2009). – Kharkiv, 2009. – Р. 179.
14. Побережник Г.А Сравнительная характеристика состояния слизистой оболочки гайморовой пазухи при хроническом одонтогенном гайморите и переломе скулоальвеолярного комплекса / Г.П. Рузин**,** Г.А.Побережник // Новые технологии в стоматологии: материалы XIV международной конференции челюстно – лицевих хирургов и стоматологов (12 – 14, мая 2009г.). – Санкт-Петербург, 2009. – С. 174-175. *Особистий внесок здобувача-аналіз історій хвороб, проведення морфогістохімічних досліджень, написання статті.*
15. Poberezhnik G.A. Monitoring of complications of odontogenic sinusitis // 3th International scientific interdisciplinary congress for medical students and young doctors (April 2010). – Kharkiv, 2010. – Р. 233-234.
16. Побережник Г.А Ретроградный мониторинг осложнений по одонтогенному гаймориту / Г.П. Рузин, Г.А. Побережник // Новые технологии в стоматологии: материалы XV международной конференции челюстно – лицевих хирургов и стоматологов (17– 19, мая 2010г.). – Санкт-Петербург, 2010. – С. 148. *Особистий внесок здобувача-проведення моніторингу, узагальнення результатів, написання статті.*
17. Побережник Г.АСостояние слизистой оболочки гайморовой пазухи при хроническом периодонтите. / Г.П. Рузин, Г.А. Побережник // Сучасні досягнення та перспективи розвитку хірургічної стоматології та щелепно – лицьової хірургії: матеріали Республіканської науково-практичної конференції з міжнародною участю 14 жовтня 2010р. – Харків, 2010. – С. 81-82. *Особистий внесок здобувача-проведення морфогістохімічних досліджень, написання статті.*
18. Побережник Г.А. Ускладнення у хворих на одонтогенний гайморит // Медицина третього тисячоліття: матеріали міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (18 – 19 cічня 2011 р.). – Харків, 2011. – С.219-220.
19. Poberezhnik G.A. Morphologic conditions of the sinus mucosa depending upon the character of an odontogenic factor // 4th International scientific interdisciplinary congress for medical students and young doctors (April 2011). – Kharkiv, 2011. – Р. 227.
20. Побережник Г.А. Характер отдаленных осложнений при гайморотомии в зависимости от сроков прошедших после операции. / Д.С. Демяник, Г.АПобережник // Актуальные вопросы и перспективы развития стоматологии: материалы конференции с международным участием, посвященная юбилею профессора Рузина Г.П. (май 2011). – Харьков, 2011. – С. 78-79. *Особистий внесок здобувача-проведення моніторингу,узагальнення результатів, написання статті.*
21. Побережник Г.А Морфологические варианты одонтогенного гайморита. / Г.П.Рузин, Д.С Демяник, Г.А. Побережник // Новые технологии в стоматологии: материалы XVI международной конференции челюстно – лицевих хирургов и стоматологов (16-18 мая 2011г.). – Санкт-Петербург, 2011. – С. 150-151 *Особистий внесок здобувача-проведення морфогістохімічних досліджень, написання статті.*
22. Poberezhnik G.A. [Morphologic changes of the sinus mucosa depending upon the type of periodontitis](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=4200) // 5th International scientific interdisciplinary congress for medical students and young doctors (April 2012). – Kharkiv, 2012. – Р. 238
23. Побережник Г.А. [Варианты осложнений после гайморотомии.](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=5204) // Медицина третього тисячоліття: матеріали межвузівської конференції молодих вчених, ХДМУ. – Харків, 2012. – С.236-237.
24. Побережник Г.А [Патоморфологическая характеристика слизистой верхнечелюстного синуса у больных с переломами скулоальвеолярного комплекса](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=6384). / Д.С. Демяник, Г.А. Побережник // Инновации в диагностике и лечении ЛОР-заболеваний: [материалы конференции, посвященные 90-летию кафедры оториноларингологии ХНМУ (5-6 апреля 2012](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=6384)г.). – Харьков, 2012. – С. 29-30. *Особистий внесок здобувача-отримання матеріалу та проведення морфогістохімічних досліджень, написання статті.*
25. Побережник Г.А [Значение мониторинга для оценки результатов лечения и профилактики осложнений при одонтогенном гайморите.](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=4420) / Г.П. Рузин, Д.С. Демяник, Г.А. Побережник // Паринские чтения 2012: [материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием. – Минск](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=4420), 2012. – С. 95-96. *Особистий внесок здобувача-проведення моніторингу, узагальнення результатів,написання статті.*
26. Побережник Г.А [Характер отдаленных осложнений гайморотомии в зависимости от периапикальных процессов](http://nauka.knmu.edu.ua/sierep/main.php?action=razdel&rname=11.&eid=50&subact=edit&editv=6397). / Г.П. Рузин, Г.А.Побережник // Новые технологии в стоматологии: материалы XVII международной конференции челюстно – лицевих хирургов и стоматологов (15-17 мая, 2012.). – Санкт-Петербург, 2012. – С. 150-151. *Особистий внесок здобувача* – *отримання матеріалу та проведення дослідження, написання статті.*

**АНОТАЦІЯ**

**Побережник Г.А. Причини виникнення та профілактика ускладнень у пацієнтів з одонтогенним гайморитом.** – **Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.22 - стоматологія. Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2013.

Дисертація присвячена питанням своєчасної профілактики ускладнень у пацієнтів з одонтогенним гайморитом в залежності від причини виникнення одонтогенного гаймориту. Робота ґрунтується на проведенні ретро- та проспективного прогнозу перебігу одонтогенного гаймориту у 851 хворого, базуючись на даних безпосередніх результатів лікування та віддалених результатах лікування, завдяки розробленій анкеті й проведеному багаторічному моніторингу, виявлені зміни слизової оболонки, в залежності від причини виникнення одонтогенного гаймориту. Ретроспективний аналіз став об'єктивною базою для проведення проспективного прогнозу у 468 хворих на одонтогенний гайморит.

На базі багаторічного моніторингу проведено статистично – математичне опрацювання результатів та отримано дані, які надали можливість прогнозувати ускладнення у хворих на одонтогенний гайморит в залежності від причини виникнення захворювання.

Розроблений прогностичний алгоритм виявлення ускладнень у хворих на ОГ розширює арсенал засобів та підвищує ефективність прогнозування розвитку ускладнень одонтогенного гаймориту, що обумовлює доцільність його практичного застосування для цієї категорії пацієнтів.

Створено практичні рекомендації для застосування даної програми.

**Ключові слова:** одонтогенний гайморит, моніторинг ускладнень, прогнозування ускладнень, профілактика ускладнень.

**АННОТАЦИЯ**

**Побережник Г.А. Причины возникновения и профилактика осложнений у пациентов с одонтогенным гайморитом.** – **Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22-стоматология. Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, 2013.

Диссертация посвящена актуальным вопросам прогнозирования и профилактики осложнений хирургического лечения одонтогенного гайморита на основании анализа мониторинга ближайших и отдаленных результатов лечения.

Результаты работы основываются на проведении ретро- и проспективного прогноза течения одонтогенного гайморита у 851 больного. Для решения поставленных задач были проведены исследования частоты и структуры одонтогенного гайморита на основании комплексного клинико-лабораторного, инструментального, рентгенологично-томографического обследования, морфогистохимических исследований, прогностических данных возможных осложнений и результатов исполнения профилактических рекомендаций. Оценка частоты, структуры одонтогенного гайморита, установление основных недостатков в диагностике, лечении и профилактике проводилась в ретроспективной группе на основании ретроспективного анализа 383 архивных историй болезней и мониторинга у больных с одонтогенным гайморитом с 2006-2008 годы. Ретроспективный анализ стал объективной базой для проведения проспективного прогноза у 468 больных с одонтогенным гайморитом, которые находились на стационарном лечении с 2009 по 2011 годы.

Из 851 больного с одонтогенным гайморитом у 375 (43,9±2,6 %) пациентов диагностировали левосторонний, у 473 (55,4±2,3 %) — правосторонний и у 6 (0,7±3,4 %) — левосторонний и правосторонний одновременно. В возрастном аспекте развитие одонтогенного гайморита за весь период наблюдения чаще всего преобладало у пациентов трудоспособного возраста от 18 до 30 лет.

В ретроспективном анализе. Максимальное количество (36 %) составила третья группа, причиной одонтогенного гайморита были разные формы периодонтита, минимальное количество пациентов имела вторая группа (6 %).

Проспективная группа. Максимальное количество, 49%, составила шестая группа, причиной одонтогенного гайморита была невыявленная причина; минимальная группа больных была в четвертой группе – 6%, причиной одонтогенного гайморита стало инородное тело в гайморовых пазухах.

За все время наблюдений по сравнению с 2006 - 2008 годами и с 2009-2011 годами, непосредственные результаты лечения стали лучше: ретроспективная группа: выписано с выздоровлением 38%, с улучшением - 62%; проспективная группа: с выздоровлением - 51%, с улучшением - 49%, большинство больных в группе выписаны с выздоровлением. Уменьшилось количество койко-дней в проспективной группе, в среднем, на 2 дня, только в шестой группе осталось неизменным. В среднем, уменьшилось наличие послеоперационного отека в проспективной группе на 1-2 дня; снятие йодоформенного тампона – на 1 день; боли в области проведенной операции – на 2-3 дня.

Профилактические рекомендации, которые выполнялись в той или иной группе, были сделаны верно, об этом свидетельствует уменьшение количества осложнений: в ретроспективной группе - 43 осложнения, преимущественно больные, которые имели неопределенный и высокий коэффициент риска возникновения осложнений; в проспективной – 35 осложнений, преимущественно больные, имевшие высокий коэффициент риска возникновения осложнений.

Таким образом, разработанный прогностический алгоритм расширяет арсенал средств и повышает эффективность прогнозирования развития осложнений у больных с диагнозом «Одонтогенный гайморит», что обуславливает целесообразность практического применения прогноза у этой категории пациентов.

**Ключевые слова**: одонтогенный гайморит, мониторинг осложнений, прогнозирование осложнений, профилактика осложнений.

**SUMMARY**

**Poberezhnik G.A. Cause and prevention of complications in patients with odontogenic sinusitis. – Manuscript.**

The dissertatson of candidate of medical sciences degree in speciality 14.01.22 – Stomatology. – Kharkiv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2013.

The thesis deals with issues of timely prevention of complications in patients with odontogenic sinusitis depending upon the cause of odontogenic sinusitis. The work is based on retro- and prospective prognosis of the course of odontogenic sinusitis in 851 patients. Grounded upon direct and remote results of treatment, due to the newly introduced questionnaire and monitoring of the results of the treatment, alterations in the mucosa depending upon the cause of odontogenic sinusitis have been discovered. Retrospective analysis gave rise to objectively based prospective prognosis in 468 patients with odontogenic sinusitis.

The monitoring data having been statistically processed allowed to prognosticate complications in patients with odontogenic sinusitis depending upon the cause of the disease.

Practical value of the prognostic algorithm improving efficiency of prognosis of developing complications of odontogenic sinusitis has been proven. Practical recommendations concerning the application of the algorithm have been introduced.

**Key words:** odontogenic sinusitis, monitoring of complications, prognosis of complications, prevention of complications.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ГАГ- глюкозаміноглікани

ОГ- одонтогенний гайморит