

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ

науково-практичний рецензований журнал

Засновник:

Вищий державний навчальний
заклад України
«Українська медична
стоматологічна академія»

Журнал зареєстровано:

3 жовтня 2000 року,
свідоцтво: серія КВ, № 4591
Державним комітетом інформаційної політики,
телебачення та радіомовлення України

Передплатний індекс 06358

Мова видання:

українська, російська, англійська

Адреса редакції:

36002, м. Полтава - 2,
вул. Навроцького, 7
тел.(532) 53-25-21
e-mail: usalmanah@mail.ru

Над номером працювали:

Відповідальний за випуск -
Дворник В.М.

Художній і технічний
редактор – **Моргун В.М.**

Комп'ютерна верстка та дизайн -
Гуржій Т.М., Пащенко Л.В.

Переклад англійською мовою –
Знаменська І. В.

Рекомендовано до друку Вченою
Радою Вищого державного
навчального закладу України
«Українська медична стоматологічна
академія» та редакційною колегією
журналу, протокол № 5
від 6.02.2013 р.

Свідоцтво державного комітету
телебачення і радіомовлення України
Серія ДК № 1691 від 17.02.2004 р.
Редакційно-видавничий відділ ВДНЗУ
«УМСА», вул. Шевченка, 23,
м. Полтава, 36011

Підписано до друку 11.02.2013 р.
Формат 60x84/8.

Папір офсетний. Друк плоский.
Ум друк. арк. 15+0,5 обкл.
Тираж 100 прим.
Замовлення № 67.

№ 1, 2013 р.

Виходить 1 раз за 2 місяці (шість номерів за рік)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор – **В.М. Ждан**
Заст. головного редактора – **В.М. Дворник**
Голова редакційної ради – **К.М. Косенко**
Літературний редактор – **Т.О. Лещенко**
Науковий редактор – **І.П. Кайдашев**

ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ КОЛЕГІЇ:

В.М. Бобирьов, В.І. Біда, А.П. Гасюк,
Г.А. Лобань В.Ф. Макєєв, Т.О. Петрушанко,
Л.М. Тарасенко, П.С. Фліс, Л.О. Хоменко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Д.С. Аветіков (Полтава), А.В. Борисенко (Київ),
В.І. Гризодуб (Харків), Л.Ф. Каськова (Полтава),
Є.В. Ковальов (Полтава), Д.М. Король (Полтава),
В.М. Мудра (Луганськ), М.Я. Нідзельський (Полтава),
А.К. Ніколішин (Полтава), О.В. Рибалов (Полтава),
М.М. Рожко (Івано-Франківськ), Г.П. Рuzін (Харків),
А.В. Самойленко (Дніпропетровськ),
Т.П. Скрипнікова (Полтава), Ю.І. Силенко (Полтава),
П.І. Ткаченко (Полтава), О.О. Удод (Донецьк)

Журнал включений до Переліку наукових видань
(№ 1251 від 01.07.2010), в яких можуть публікуватися основні
результати дисертаційних робіт.

Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях
фактів, цитат, стоматологічних та інших даних несуть автори

ЗМІСТ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНИЙ РОЗДІЛ

<i>А.В. Воронкова, Л.В. Смаглюк, А.П. Левицкий</i>	5
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ СИМБИОТИКА «СИМБИТЕР» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТОМАТИТЕ	
<i>Ю. І. Забуга, С. М. Германчук, О. В. Біда</i>	8
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ЗАХИСТУ ПОВЕРХНІ ПРЕПАРУВАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ НА ЕТАПАХ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ	
<i>Ю.П. Костиленко, Н.М. Аноприева, А.И. Петренко</i>	12
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ	
<i>І.М. Ткаченко</i>	17
СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПІДВИЩЕНОЮ СТЕРТІСТЮ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>К.Н. Косенко, О.А. Глазунов, Э.М. Деньга</i>	22
СПЕКТРОКОЛОРИМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОЧИХ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	
<i>Р.С. Назарян, О.В. Гармаш, А.Л. Загайко, Т.Г. Хмыз</i>	26
БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ В АНАМНЕЗЕ	
<i>М.В. Помойницька</i>	29
КЛІНІЧНА ОЦІНКА СТАНУ ПЛОМБ ПРИ ПЛОМБУВАННІ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН ІЗ ВИЗНАЧЕННЯМ ПАРАМЕТРІВ ВОЛОГОСТІ ДЕНТИНУ	

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Д. С. Демяник, Г.А. Побережник</i>	32
ХАРАКТЕР И СРОКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГАЙМОРОТОМИИ	
<i>А.В. Рак</i>	38
ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРОФОРЕЗА НА УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Л.П. Рекова, М.В. Сторожева, В.А. Бакшеева</i>	42
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	
<i>Г. П. Рузин, О. В. Ткаченко</i>	46
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ЛИЦА У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ	
<i>Л.Я. Богашова, Т.П. Скрипникова, Е.Е. Ванякин, В.Н. Радлинская</i>	51
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОСОБЕННОСТИ ИХ УДАЛЕНИЯ	

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>О.В. Дембіцький, О.Г. Фенко, В.М. Дворник</i>	55
МАТЕМАТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОЇ ФОРМИ ТА РОЗМІРІВ КУКСО-КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ (ПАТРИЧНОЇ ЧАСТИНИ) ДЛЯ КОМБІНОВАНОЇ СИСТЕМИ ФІКСАЦІЇ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ	
<i>Р. А. Левандовський</i>	60
АНАЛІЗ ФІКСАЦІЙНИХ ЕЛЕМЕНТІВ РЕЗЕКЦІЙНИХ ПРОТЕЗІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ДИНАМІКА ВТРАТИ ОПОРНИХ ЗУБІВ	
<i>І. М. Мартиненко</i>	65
КЛІНІЧНЕ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ФІКСАЦІЇ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ	

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК – 616.216.1 – 002 – 089.819 – 06 - 092

Д. С. Демяник, Г.А. Побережник

ХАРАКТЕР И СРОКИ ВОЗНИКНОВЕННЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГАЙМОРОТОМИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Постановка проблемы и анализ исследования

Число пациентов с верхнечелюстным синуситом составляет 7% - 21,3% от общего числа хирургических стоматологических больных с гнойно – воспалительными процессами челюстно – лицевой области [4,5,7,8]. В литературе изучены вопросы этиологии, патогенеза, патоморфологических изменений, особенности клиники, диагностики и лечения при верхнечелюстном синусите, однако в проблеме лечения верхнечелюстного синусита остается много нерешенных вопросов [1,2,3,6,9,10]. Одним из основных являются причины осложнений, которые возникают после лечения. Авторы отмечают рост послеоперационных осложнений, которые, в свою очередь, составляют от 30% до 50% [5,6,9]. Учитывая приведенные сведения, приходится констатировать, что вопросы определения наиболее часто встречающихся осложнений, методов их профилактики и лечения остаются актуальными.

Цель – определить характер и сроки возникновения осложнений после гайморотомии у больных с верхнечелюстным синуситом.

Материалы и методы

Изучены отдаленные результаты хирургического лечения верхнечелюстного синусита у больных на протяжении от 6 месяцев до 6 лет после операции. Нами была разработана анкета – опросник, она была разослана 858 больным, которые проходили лечение по поводу верхнечелюстного синусита в отделении стоматологии Харьковской областной клинической больницы на протяжении с 2006 по 2011 год. Получено 221 ответ, что составило 26% разосланных анкет.

Результаты исследования и их обсуждение

Отдаленные результаты лечения верхнечелюстного синусита были изучены у 221 больного из 858, включенных в исследование. Количество полученных анкет было следующим через: 6 месяцев – 32 анкеты, 1 год – 20 анкет, 1,5 года – 37 анкет, 2 года – 48 анкет, 3 года – 28 анкет, 4 года – 18 анкет, 5 лет – 23 анкеты, 6 лет – 15 анкет. В зависимости от причины, вызвавшей верхнечелюстную синусит, больные были распределены на 6 групп, данные о которых представлены в табл. №1.

Таблица 1
Причины, вызвавшие одонтогенный гайморит

ПРИЧИНЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА И КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ В ГРУППАХ					Итого
Группа №1 Одонтогенные кисты	Группа №2 Нагноение одонтогенной кисты	Группа №3 Разные формы периодонтита	Группа №4 Инородное тело в гайморовой пазухе	Группа №5 Перфорация или свищ гайморовой пазухи	
35	13	86	17	49	221

Из таблицы видно, что причина, которая чаще всего вызывает верхнечелюстную синусит, – это разные формы периодонтитов (38,9%), на втором месте – перфорации и свищи гайморовой пазухи (22,2%), третье место занимают одонто-

генные кисты (15,8%).

Аналогичная закономерность наблюдается и при сопоставлении количества больных с различной природой гайморита по годам обращения, что видно из табл. №2.

Таблиця 2
Кількість анкетированих больних за 2006 – 2011 гг.

Группы	Причины верхнечелюстного синусита	Года						Всего (%)
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	
1	Больные, у которых причиной одонтогенного гайморита были одонтогенные кисты	8	11	7	3	2	4	35(15,8%)
2	Больные, у которых причиной одонтогенного гайморита было нагноение одонтогенной кисты	6	4	2	-	-	1	13(5,9%)
3	Больные, у которых причиной одонтогенного гайморита были разные формы периодонтита	10	8	24	18	11	15	86(38,9%)
4	Больные, у которых причиной одонтогенного гайморита было инородное тело пазухи	2	6	4	3	1	1	17(7,7%)
5	Больные, у которых причиной одонтогенного гайморита была перфорация или свищ гайморовой полости	12	7	15	9	2	4	49(22,2%)
6	Больные, у которых причина одонтогенного гайморита была не выявлена	1	2	4	7	5	7	21(9,5%)

Так, на протяжении всех лет преобладало развитие синусита на фоне различных форм периодонтита (38,9%). Только у 9,5% респон-

дентов в анамнезе причина синусита не была установлена. Характер и сроки выявления осложнений приведены в табл. №3.

Таблиця 3
Характер и частота осложнений в группах у больних в разные сроки в зависимости от причины

№	Больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита были одонтогенные кисты	Сроки возникновения осложнений								Всего
		6 месяцев	1 год	1,5 роки	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	
1	Выделения из носа	3		1			1			5
2	Иррадиация болей по ходу тройничного нерва				1					1
3	Реакция на температурные раздражители	2								2
4	Чувство тяжести в проекции гайморовой пазухи		1			2			1	4
5	Рецидив свищевого хода									
6	Повторное оперативное вмешательство		1		2					3
7	Повторное медикаментозное лечение							1		1
8	Промывание гайморовой пазухи			1						1

Наиболее частым осложнением в этой группе были: выделения из носа; реже встречались: иррадиация болей по ходу тройничного нерва, повторное медикаментозное лечение и промыв-

ание гайморовой пазухи. Респонденты не отметили возникновения рецидива свищевого хода.

Продолжение таблицы 3

Группа №2

№	Больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита было наличие одонтогенной кисты	Сроки возникновения осложнений								Всего
		6 месяцев	1 год	1,5 роки	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	
1	Выделения из носа	1	2		1	1				5
2	Иррадиация болей по ходу тройничного нерва	1								1
3	Реакция на температурные раздражители							1		1
4	Чувство тяжести в проекции гайморовой пазухи			1						1
5	Рецидив свищевого хода									
6	Повторное оперативное вмешательство					1			1	2
7	Повторное медикаментозное лечение				1					1
8	Промывание гайморовой пазухи	1								1

Наиболее частым осложнением в этой группе, как и в предыдущей, было выделение из носа. Реже встречались осложнения, связанные с иррадиацией болей по ходу тройничного нерва, реакцией на температурные раздражители, по-

вторное медикаментозное лечение и промывание гайморовой пазухи. Не отмечали респонденты и рецидива свищевого хода.

Продолжение таблицы 3

Группа №3

№	Больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита были разные формы периодонтита	Сроки возникновения осложнений								Всего
		6 месяцев	1 год	1,5 роки	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	
1	Выделения из носа				1					1
2	Иррадиация болей по ходу тройничного нерва									
3	Реакция на температурные раздражители	1		1		2		3		7
4	Чувство тяжести в проекции гайморовой пазухи		1		1					2
5	Рецидив свищевого хода		1			1				2
6	Повторное оперативное вмешательство			1		2			1	4
7	Повторное медикаментозное лечение	1			1					2
8	Промывание гайморовой пазухи	2		1						3

Частым осложнением в группе является реакция на температурные раздражители. Реже

встречаются выделения из носа.

Продолжение таблицы 3

Группа №4

№	Больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита было инородное тело пазухи	Сроки возникновения осложнений								Всего
		6 месяцев	1 год	1,5 роки	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	
1	Выделения из носа	1	1							2
2	Иррадиация болей по ходу тройничного нерва		1	1	1		1			4
3	Реакция на температурные раздражители	1				1				2
4	Чувство тяжести в проекции гайморовой пазухи		1		1				1	3
5	Рецидив свищевого хода						1			1
6	Повторное оперативное вмешательство		1			1				2
7	Повторное медикаментозное лечение							1		1
8	Промывание гайморовой пазухи			1						1

По данным анкетирования, частым осложнением была иррадиация болей по ходу тройничного нерва. Реже встречались: рецидив свище-

вого хода, повторное медикаментозное лечение, промывание гайморовой пазухи.

Продолжение таблицы 3

Группа №5

№	Больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита была перфорация или свищ гайморовой полости	Сроки возникновения осложнений								Всего
		6 месяцев	1 год	1,5 роки	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	
1	Выделения из носа		1							1
2	Иррадиация болей по ходу тройничного нерва			1						1
3	Реакция на температурные раздражители					1		1		2
4	Чувство тяжести в проекции гайморовой пазухи	1		1						2
5	Рецидив свищевого хода	1	1	1					1	4
6	Повторное оперативное вмешательство		1			1			1	3
7	Повторное медикаментозное лечение			1						1
8	Промывание гайморовой пазухи	1								1

Респонденты часто отмечали проведение повторного оперативного вмешательства. Реже: выделения из носа, иррадиация болей по ходу

тройничного нерва, повторное медикаментозное лечение, промывание гайморовой пазухи.

Группа №6

№	Больные, у которых причина верхнечелюстного синусита была не выявлена	Сроки возникновения осложнений								Всего
		6 месяцев	1 год	1,5 роки	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	
1	Выделения из носа	1	1		1					3
2	Иррадиация болей по ходу тройничного нерва	1				1				2
3	Реакция на температурные раздражители			2						2
4	Чувство тяжести в проекции гайморовой пазухи				2					2
5	Рецидив свищевого хода				1			1		2
6	Повторное оперативное вмешательство	1			2				1	4
7	Повторное медикаментозное лечение					1				1
8	Промывание гайморовой пазухи		1							1

Частым осложнением было обострение при рецидиве верхнечелюстного синусита с повторным оперативным вмешательством. Реже встречалось: повторное медикаментозное лечение, промывание гайморовой пазухи.

По ряду осложнений возникла необходимость в повторном хирургическом вмешательстве, что было связано с рецидивами свищевого хода верхнечелюстного синусита. Здесь следует отметить, что повторное вмешательство могло быть вызвано не столько неудовлетворительной операцией в первом случае, сколько длительным хроническим воспалением. Однако определить, является это осложнение вторичным после предшествующего оперативного вмешательства или первичным, не представлялось возможности по результатам анкетирования.

Исходя из вышесказанного, в повторном оперативном вмешательстве нуждались больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита были одонтогенные кисты. По данным 35 полученных анкет у 3-х больных – у одного через год, у двух - через два. Пациенты, у которых причиной верхнечелюстного синусита было нагноение одонтогенной кисты, повторное оперативное вмешательство требовалось только двум больным – одному через 3 года, второму через 6 лет. Больным, у которых причиной верхнечелюстного синусита были разные формы периодонтита, повторное оперативное вмешательство проведено в четырех случаях – одному - через 1,5 года, двум - через 3 года и еще одному - через 6 лет. Больные, у которых причиной верхнечелюстного синусита было инородное тело пазухи, нуждались в повторном оперативном вмешательстве: двое – один через 1 год, второй - через 3 года. Пациенты, у которых причиной верхнечелюстного синусита была перфорация или свищ гайморовой полости, - 3 боль-

ных через 1 год, 3 года и 6 лет соответственно. Больные, у которых причина верхнечелюстного синусита была не выявлена, нуждались в повторном оперативном вмешательстве (четверо): один - через 6 месяцев, двое - через 2 года и один - через 6 лет. Судя по этим данным наименьшее количество оперативных вмешательств было у пациентов с одонтогенным гайморитом, вызванным нагноением одонтогенной кисты или инородным телом в гайморовой пазухе.

Вывод: при мониторинге ближайших и отдаленных результатов больше всего осложнений приходилось на первые 6 месяцев после лечения больных с диагнозом одонтогенный гайморит, минимум на 4 год. Наименьшее количество повторных оперативных вмешательств было у пациентов с одонтогенным гайморитом, вызванным нагноением одонтогенной кисты или инородным телом в гайморовой пазухе.

Литература

1. Артющевич А.С. К вопросу о клинической классификации хронического одонтогенного гайморита / А.С. Артющевич, Ф.Б. Ермакова // Вестник оториноларингологии. – 2000. - №2. – С.20 – 22.
2. Гербер В. Х. Одонтородная форма хронического синусита / В. Х. Гербер, Т. Г. Нестеренко, Е. В. Хрусталева // Российская ринология. - 2007. - № 2. - С. 62.
3. Дем'яник Д.С. Моніторинг ускладнень у хворих на одонтогенний гайморит / Дем'яник Д.С., Побережник Г.А. // Галицький лікарський вісник. – 2010. - №4. – С. 14 – 16.
4. Морохоев В.И. Тактика отоларинголога при уточнении этиологии гайморита / В.И.Морохоев, Р.Г. Аютин // Российская ринология. – 1998. - №4. – С.15-17.
5. Павленко А.В. Ошибки и осложнения при диагностике и лечении одонтогенных острых и хронических гайморитов / А.В. Павленко, Г.П. Бер-

- надская // Дентальные технологии. - 2007. - №2. - С. 49-51.
6. Сысолятин С. П. Сравнительная оценка методов хирургического лечения одонтогенных гайморитов / С. П. Сысолятин, П. Г. Сысолятин, М. Н. Мельников // Российская ринология. - 2000.- № 1.- С.9-12.
7. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно – лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута, 2002. – 1022 с.
8. Etiology of odontogenic maxillary sinusitis / [G.Maresch, C.Ulm, P. Solar, G. Watzek]//HNO. – 1999. – Vol. 47, 38. – P. 748 – 755.
9. Legert K.G. Sinusitis of odontogenic origin: pathophysiological implications of early treatment // Legert K.G, Zimmerman M., Stierna P. // Acta Otolaryngol.- 2004.- Vol. 124(6).- P. 655-63.
10. Nishimura T. Evaluation of odontogenic maxillary sinusitis after conservative therapy using CT and bone SPECT / Nishimura T., Iizuka T. // Clinical Imaging.- 2002.- Vol. 26, No 3.-P. 153-160(8).

Стаття надійшла
12.12.2012 р.

Резюме

Больные с одонтогенным верхнечелюстным синуситом составляют 21,3% от общего числа больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области. Ряд авторов отмечают рост послеоперационных осложнений - от 30% до 50%. В статье представлены результаты ретроспективного мониторинга у больных с одонтогенным гайморитом, которые находились на лечении в областной клинической больнице г. Харькова на протяжении 6 лет. Проанализированы полученные анкеты 221 больных из 858 разосланных. При мониторинге установлено, что больше всего осложнений приходится на первые 6 месяцев после лечения, минимум - на четвертый год. Самым частым осложнением является рецидив гайморита, самым редким - рецидив свищевого хода.

Ключевые слова: верхнечелюстной синусит, мониторинг, отдаленные результаты.

Резюме

Хворі на верхньощелепний синусит складають 21,3% загальної кількості хворих із гнійно – запальними процесами щелепно – лицьової ділянки. Автори вказують на зростання післяопераційних ускладнень - від 30% до 50%. У статті представлені результати ретроспективного моніторингу у хворих на одонтогенний гайморит, які перебували на лікуванні в обласній клінічній лікарні м. Харкова протягом 6 років. Проаналізовано отримані анкети 221 хворих із 858 розісланих. За допомогою моніторингу встановлено, що найбільше ускладнень припадає на перші 6 місяців після лікування, мінімум - на четвертий рік. Найчастішим ускладненням є рецидив гаймориту, найрідкіснішим - рецидив нориці.

Ключові слова: верхньощелепний синусит, моніторинг, віддалені результати.

Summary

There are 21,3 % patients with odontogenic maxillary sinusitis of a total number of those who suffers from purulent - inflammatory processes of maxillofacial area. The number of authors notes the growth of postoperative complications which are from 30 % to 50 %. The article present the results of retrospective monitoring of patients with odontogenic maxillary sinusitis who were treated at Kharkov Regional hospital for the last 6 years. 221 of 858 delivered ones have been analyzed. The monitoring has established that most complications occur for the first six months after treatment, and the minimum is on the fourth year. The most frequent complication is maxillary sinusitis recurrence, the most rare is a relapse of fistula passage.

Key words: maxillary sinusitis, monitoring, long-term results.