



**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО
ГАЙМОРИТА В ПРОФИЛАКТИКЕ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И
ЛОП - ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ COVID- 19.**

¹Умаров Одил Махмудович

¹PhD: заведующий кафедрой стоматологии и оториноларингологии Ферганского медицинского института общественного здравоохранения,

²Мирзакандов Эльёр Эркинжонович.

¹Ассистент кафедры стоматологии и оториноларингологии Ферганского медицинского института общественного здравоохранения.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7355875>

ARTICLE INFO

Received: 13rd November 2022

Accepted: 21st November 2022

Online: 24th November 2022

KEY WORDS

Синусит, COVID-19, синусит, остеомиелит.

ABSTRACT

Несвоевременная диагностика хронического одонтогенного синусита у пациентов после Covid-19, нелеченный остеомиелит верхней челюсти вызывает различное клиническое течение гайморита даже после операции. В условиях пандемии своевременная диагностика и лечение одонтогенного гайморита имеет большое значение в скорейшем восстановлении общего состояния пациентов, профилактике остеомиелита верхней челюсти и других осложнений.

Введение: важность ранней диагностики и лечения хронического одонтогенного синусита у пациентов с CoVID-19. Развитие и течение одонтогенного гайморита, зависит от анатомической формы верхней челюсти, от возраста пациента и сопутствующих заболеваний.

Различают 3 различных анатомических строения Гайморовой пазухи:

- 1) Пневматическая
- 2) Склеротическая
- 3) Смешанная.

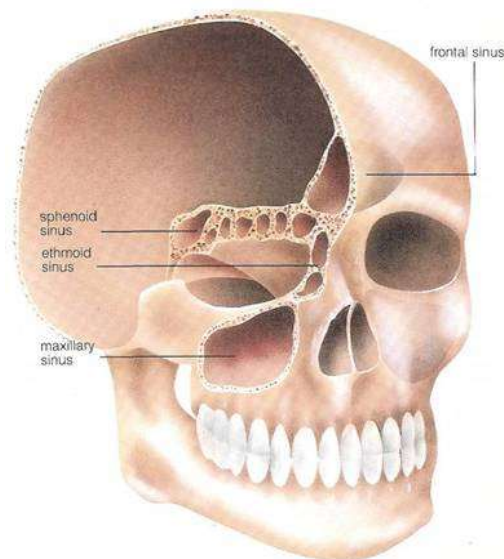


Рисунок- 1.

Анатомическая форма полости Гаймора, чем более пневматизирована и больше полость, тем ближе и мягче костная пластинка на дне полости к вершуске корня. В результате хронического воспаления периапикальных тканей (периодонтит, нагноение кист-гранулем, дистопия и воспаление ретенированных зубов) и различных патологических процессов происходит эрозия костной пластинки на дне полости. [1,2,4,6,7,9]

Основная часть: Источниками одонтогенной инфекции могут быть хронические воспаления высоких премоляров двухкорневых зубов 4-5 и моляров трехкорневых зубов 6-7-8. [3,5] Кроме того, гранулемы, поднадкостничные абсцессы, периодонтит, а также инородные тела в полости верхней челюсти: пломбирочный материал, мелкие стоматологические инструменты, попадающие в полость корней зубов. [8,12,14]





Рисунок-2.

Расположение корней зубов по отношению к дну гайморовой пазухи.

Основными возбудителями острого одонтогенного синусита являются: коагулазонегативные стафилококки (36%), золотистые стафилококки (25%), *Streptococcus viridans* (8,3%), *Corynebacterium* (4,6%), анаэробы (6,4%) [4, 10,11].,13,15].

В период пандемии, помимо различных случаев заболевания у пациентов с COVID-19, с каждым днем увеличивается количество осложнений, которые могут возникнуть со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания у пациентов после выздоровления. В 2020-2021 годах в отделении оториноларингологии Ферганского областного многопрофильного медицинского центра проведено лечение 35 пациентов с диагнозом «хронический одонтогенный синусит» с применением операции «Эндоскопическая гайморотомия», антибактериальной терапии, иммуномодуляторов. Больным проводились основные и дополнительные клинико-лабораторные исследования: общий анализ крови, коагулограмма, МСКТ, 3D компьютерная рентгенография, рентгенография органов грудной

возникнуть со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания у пациентов после выздоровления. Лечение таких осложнений, как хронический одонтогенный синусит и тромбоз артерий в челюстно-лицевой области, являются новой задачей для челюстно-лицевых хирургов. У пациентов, страдающих COVID-19, наблюдается хронический одонтогенный синусит с быстрым развитием заболевания, отличающийся от обычного синусита, данные изменения связаны с влиянием вируса. клетки, ЭКГ, биохимический анализ крови, кроме того, принимались лекарственные препараты.

При первом поступлении пациенты жалуются на боли в области верхней челюсти, после удаления зуба на месте удаления, выделяется гной, наблюдаются боли в данной области, общая слабость.

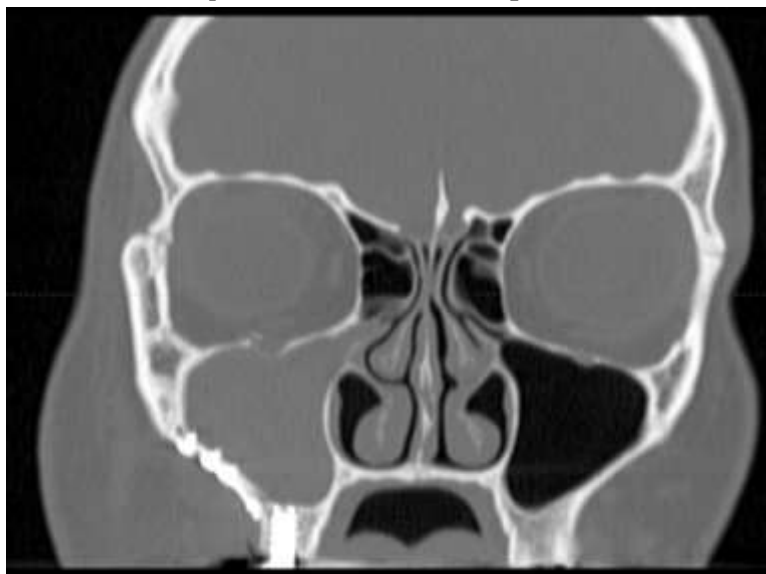
У больных с одонтогенным синуситом после осложнений ятрогенного или хронического периодонтита мы можем наблюдать улучшение состояния больного после оперативного вмешательства, как правило, после операции на верхнечелюстной полости,



то есть после удаления причинного зуба или инородного тела. (пломбировочный материал или корень зуба). В отличие от одонтогенного остеомиелита, при остеомиелите, вызванном Covid-19, в вестибулярной и оральной областях верхнего небного альвеолярного барьера можно наблюдать эрозию и

некроз слизистой оболочки. Отмечалось, что кости области, где начался некротический процесс, оголялись, а костная ткань приобретала бледно-желтую окраску.

Рисунок-3. Рентгенологическая картина одонтогенного синусита.



При одонтогенных синуситах и остеомиелите в большинстве случаев эндоскопических исследований видно, что состояние полости пазухи гиперемировано, имеются гнойные выделения.

При эндоскопическом исследовании полости пазухи у пациентов, пролеченных по поводу Covid-19, можно наблюдать, что слизистая оболочка потемнела.

Остеомиелит верхней челюсти наблюдался у 12 из 35 пациентов, инфицированных Covid-19. Среди пациентов было 3 пациента среднего возраста без диабета, 9 пациентов пожилого возраста, и все они страдали сахарным диабетом. Результаты

гистологического исследования образцов, полученных после операции больных сахарным диабетом, показали, что в полученных костных блоках (секвестрах) обнаружены кистозные полости и воспалительная инфильтрация. У 23 больных травма зажила самостоятельно, больные выздоровели и восстановилась трудоспособность.

Заключение : Ранняя диагностика и лечение одонтогенного пародонтита у пациентов с Covid-19 поможет предотвратить осложнения заболевания, такие как остеомиелит верхней челюсти и других прилежащих костных тканей.



References:

1. Адо А.Д. «Общая Аллергология . Руководство для врачей ".- Москва , « Медицина », 2008.
2. Барышников А.Ю. «Иммунологические проблемы апоптоза». – Москва, Эдиториал УРСС, 2002.
3. Богатов А. И. Анализ ошибок и осложнений при хирургическом лечении больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами // Актуальные вопросы современной стоматологии. – Самара, 2000. – с.102-103.
4. Вишняков В. В. Анатомические варианты строения полости носа и околоносовых пазух при компьютерной томографии / В. В. Вишняков // Вестн. оториноларингологии. – 2004. - №1. – С. 65-67.
5. Емельяненко Л. М. Эффективность лечения гнойного гайморита лазерофорезом с изотиорбамином / Л. М. Емельяненко, С. С. Целуйко, О. И. Коноплев. – Тр. 16 съезда отоларингологов РФ. – С.-Петербург, 2001. – с.56-57.
6. Клаус Дж. «Лимфоциты. Методы». – Москва, Мир, 2000.
7. Коллинз У.П. «Новые методы иммуноанализа». — Москва, Мир, 1991.
8. Лебедев К.А. «Иммунология в клинической практике». – 2006.
9. Лефковитс И. «Методы исследования в иммунологии». — Москва, Мир, 2001.
10. Лопатин А. С. Хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита / А. С. Лопатин, С. П. Сысолятин, П. Г. Сысолятин // Рос.стоматол.журнал, 2001. - №3. – с.24-28.
11. Бова А.А.Современные подходы к антигипертензивной терапии у больных ХГ и хронической обструктивной болезнью легких //Медицинские новости. -2011. -№1. - С.43-48
12. Борута С.А., Шахнис Е.Р., Омельяненко М.Г. Роль дисфункции эндотелия, гипоксии в формировании ЛГ у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. - 2013. -№2. -С. 38-41.
13. Бримкулов, Н.Н. Ведение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на первичном уровне обучения как этапа внедрения стратегии PAL ВОЗ / Н.Н. Бримкулов, Д.В. Винников, Л.Н. Эреджепова// Респираторная медицина. -2017. -№1. -С. 16-20.
14. Вдовина О.В. Клиническая эффективность коррекции психосоматических нарушений при лечении больных хроническими обструктивными болезнями легких // автореферат диссертации к.м.н. Воронеж. -2015. -24 с.
15. Гикошвили Х.И.Клинико-диагностические критерии и оценка эффективности лечения хронического генерализованного гайморита у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Волгоград,2009 г. С. 3-12.