

що їх величина і локалізація вельми різноманітні. Об'єм оперативних втручань може бути змінений в залежності від об'єму і локалізації дефекту.

Таким чином, утворення залишкових дефектів переднього відділу піднебіння і альвеолярного відростка є найбільш характерним прикладом нестачі пластичного матеріалу. Основні ускладнення, пов'язані з відновленням цієї ділянки піднебіння при первинній уранопластиці, визначаються необхідністю проведення ретротранспозиції піднебінних клаптів. Це приводить до зменшення і без того невеликого об'єму пластичного матеріалу в передньому відділі піднебіння і, як наслідок, – неможливість проведення одномоментного відновлення всього піднебіння.

Як показали наші дослідження, перспективним є проведення періостеопластики альвеолярного відростка і переднього відділу піднебіння на етапі хірургічного відновлення верхньої губи. Вказана маніпуляція на етапі первинної хейлопластики створює передумови для подальших етапів хірургічного лікування. Наші клінічні спостереження дозволяють зробити висновок про те, що проведення хейлопластики з одномоментною періостеопластикою альвеолярного відростка і переднього відділу піднебіння значно спрощує задачу відновлення піднебіння при радикальній уранопластиці, а також профілактикою ороназальних фістул.

Список літератури

1. Гулюк А. Г. Анатомічні особливості піднебінного апоневрозу при природжених щілинах / А. Г. Гулюк // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 6 (56) – С. 50-51.
2. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування вродженої розщелини верхньої губи та піднебіння / А. Г. Гулюк, Г. Г. Крикляс // Український нейрохірургічний журнал. – 2001. – № 2. – С. 148-149.
3. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщелиною верхньої губи і піднебіння : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А. Г. Гулюк. – Полтава, 2003. – 37 с.
4. Харьков Л. В. Вроджені захворювання щелепно-лицевої ділянки у дітей. Сучасна стратегія лікування / Л. В. Харьков // Науковий вісник національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. – 2004. – № 1-2, С. 45-48.
5. Яковенко Л. М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи та піднебіння при їх двобічних незрощеннях : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Л. М. Яковенко. – Київ, – 2004. – 57 с.
6. Рогинский В.В., Безруков В.М., Ипполитов В.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М., – 2000.-772.
7. Врожденные расщелины верхней губы и неба / [С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Л. П. Назарова]; под ред. С. В. Чуйкина –учебное пособие. – Уфа. : Башкирский гос. мед. ун-т, 2003. – 207 с.
8. Махкатов М. Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / М. Э. Махкатов. – Ташкент, 2002. – 37 с.
9. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты / Василенко Ю. С. – Москва : Энергоиздат, 2002. – 418 с.
10. Гончаков Г. В. Врожденные расщелины верхней губы и неба / Г. В. Гончаков, А. Г. Притыко, С.Г. Гончакова. – Москва: Практическая медицина, 2009. – 168 с.
11. Мамедов Ад. А. Алгоритм специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба / Ад. А. Мамедов, Т. Н. Боднарюк // Ортодонтия. – 2005. - №2(30). – С. 68.

REFERENCES

1. Guljuk A. G. The anatomic peculiarities of the palatal aponeurosis at innate clefts. *Odes'kyj medychnyj zhurnal*. 1999;6 (56):50-51.
2. Guljuk A. G., Kryklyas G. G. The methods of the step-by-step surgical treatment of innate cleft of upper lip and soft palate. *Ukrain's'kyj nejrohirurgichnyj zhurnal*. 2001;2:148-149.
3. Guljuk A. G. *Metody poetapnogo khirurgichnogo likuvannya hvoryh z vrodzhenozu rozshhilynoju verhn'oi' guby i pidnebinnja* [The methods of the step-by-step surgical treatment of patients with innate cleft of upper lip and soft palate] Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. Poltava, 2003:37.
4. Har'kov L. V. Innate diseases of maxillo-facial part in children. The current strategy. *Naukovyj visnyk nacional'nogo medychnogo universytetu im. O. O. Bogomol'cja*. 2004;1-2:45-48.
5. Jakovenko L. M. *Kompleksne likuvannya pervynnyh ta vtorynyh deformacij verhn'oi' guby ta pidnebinnja pry ih dvobichnyh nezroshhennjah* [The complex treatment of residual and repeated deformations of upper lip and soft palate at their bilateral clefts]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences Kyi'v. 2004:57.
6. Roginskiy V.V., Bezrukov V.M., Ippolotov V.G. *Rukovodstvo po khirurgicheskoy stomatologii i chelyustno-litsevoy khirurgii*. [The manual on dental surgery and maxillo-facial surgery] Moskva. 2000:772.
7. Chuykin S. V., Gerasimova L. P., Davletshin N. A., Nazarova L. P. *Vrozhdennye rasshcheliny verkhney guby* [Innate clefts of upper lip and soft palate]. Ufa. Bashkirskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet. 2003:207.
8. Makhkatov M. E. *Differentsial'naya lechenno-profilakticheskaya taktika pri lechenii detey s vrozhdennoy rasshchelinoj guby i neba* [The differential therapeutic and preventive tactics at the treatment of children with innate cleft of upper lip and soft palate]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. Tashkent, 2002:37.
9. Vasilenko Yu. S. *Golos. Foniatricheskie aspekty* [Voice. Phoniatric aspects]. Moskva, Energoizdat. 2002:418.
10. Gonchakov G. V., Prityko A. G., Gonchakova S.G. *Vrozhdennye rasshcheliny verkhney guby i neba* [Innate clefts of upper lip and soft palate]. Moskva, Prakticheskaya meditsina, 2009:168.
11. Mamedov Ad. A., Bodnaryuk T.N. The algorithm of the specialized aid to children with innate cleft of upper lip and soft palate. *Ortodontiya*. 2005;2(30):68.

Надійшла 24.12.13



УДК 617.52-001.4-089.819.6+616.073.43+616.072.7

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., С. Д. Варжапетян,
Н. Г. Баранник, О. Э. Кнава**

Государственное учреждение «Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины»
Государственное заведение «ЗМАПО МЗ Украины»

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ЛИЗОМУКОИДОМ НА ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСБИОЗА

Определены показатели маркеров воспаления и дисбиоза гайморовых пазух 15 пациентов с обострением хронического одонтогенного гайморита после местной терапии препаратом Лизомукоид, содержащим яичный лизоцим, инги-

© Гулюк А. Г., Варжапетян С. Д., Баранник Н. Г.,
Кнава О. Э., 2014.

битор протеаз овомукоид и детергент цетримид. Показано, что Лизомукоид значительно снижает уровень всех маркеров воспаления: ОПА в 1,6 раза, белок в 5 раз и МДА в 8 раз; активность уреазы после промываний снижается в 9 раз, а активность лизоцима увеличивается в 2,2 раза, что дает снижение степени дисбиоза в 20 раз.

Ключевые слова: хронический одонтогенный гайморит, дисбиоз, Лизомукоид, маркеры воспаления

**А. Г. Гулюк, С. Д. Варжапетян, Н. Г. Баранник,
О. Е. Кнава**

Державна установа «Інститут стоматології
Національної академії медичних наук України»
Державний заклад «ЗМАПО МОЗ України»

ВПЛИВ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ ЛІЗОМУКОЇДОМ НА ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ І ДИСБІОЗУ

Визначені показники маркерів запалення і дисбіозу гайморитних пазух 15 пацієнтів із загостренням хронічного одонтогенного гаймориту після місцевої терапії препаратом Лизомукоид, що містить яєчний лизоцим, інгібітор протеаз овомукоид і детергент цетримид. Показано, що Лизомукоид значно знижує рівень всіх маркерів запалення: ОПА в 1,6 рази, білок в 5 разів і МДА в 8 разів; активність уреазы після промивань знижується в 9 разів, а активність лизоциму збільшується в 2,2 рази, що дає зниження ступеня дисбіозу в 20 разів.

Ключові слова: хронічний одонтогенний гайморит, дисбіоз, Лизомукоид, маркери запалення.

**A. G. Gulyuk, S. D. Varzhapetyan, N. G. Barannik,
O. E. Knava**

State Establishment “The Institute of Stomatology
of the National academy of medical science of Ukraine”
State Establishment “ZMAPE of the MH of Ukraine”

INFLUENCE OF LOCAL TREATMENT ON THE EXACERBATION OF CHRONIC ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS OF LIZOMUKOID ON THE CHANGE OF BIOCHEMICAL MARKERS INFLAMMATION AND DISBIOSIS

ABSTRACT

Now there is no doubt view of the leading role of oral microflora in the development of inflammatory diseases of the maxillofacial area, including sinusitis. For the treatment of sinusitis is often used irrigation sinuses solutions of antibiotics or antiseptics. Such total antimicrobial therapy is fraught with the development of local dysbiosis, which creates prerequisites for the recurrence of the disease.

The Aim of the Investigation. Physiological study of the therapeutic action of an antimicrobial agent, which is the lysozyme.

The study involved 15 people with chronic odontogenic sinusitis in the acute stage, which maxillary sinus lavage was performed with 50 ml of solution Lizomukoida (10 ml Lizomukoida diluted 5 times with 0,9 % NaCl) once a day until the complete cessation of pathological secretions from the sinuses. After 1-2 washes observed clinical improvement in patients who became practically healthy in 4-5 days. 24 hours after the onset of clinical signs of acute edema of inflammation in the maxillary sinus was performed biochemical analysis of wash water from the maxillary sinus using for this purpose, 50 ml of 0,9 % NaCl. In lavage

markers of inflammation were determined: the content of malondialdehyde (MDA), the total proteolytic activity (OPA) on the cleavage of casein at pH 7.6, and protein concentration by Lowry method. In the washing waters were also determined urease activity (a marker of microbial contamination) on the splitting of urea and the activity of lysozyme (a measure of non-specific immunity) Bacteriolytic method. From the ratio of the relative activities of urease and lysozyme calculated degree of dysbiosis by Levitsky.

Lizomukoid significantly reduced the level of inflammatory markers: OPA 1,6 times, 5 times the protein and MDA 8 times. Relevant state data dysbiosis shown in Table 2, which shows that the urease activity is reduced in the washings after 9 times, and lysozyme activity increased 2,2 fold to give a decrease in the degree of dysbiosis 20.

Key words: chronic odontogenic sinusitis, disbiosis, lizomukoid, inflammatory markers.

Гаймориты являются актуальной проблемой не только стоматологии, но и общей медицины, поскольку они встречаются у 10-30 % населения Украины и могут являться источником инфекционных поражений бронхов и легких [3, 10]. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа рецидивов гайморитов и переходу их в хронические формы, чреватые повышенной вероятностью развития осложнений [7, 11, 12].

В настоящее время уже не вызывает сомнений представление о ведущей роли микрофлоры полости рта в развитии гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе и гайморитов [14, 15, 16].

Для лечения гайморитов очень часто используют орошения гайморовых пазух растворами антибиотиков или антисептиков [8]. Такая тотальная антимикробная терапия нередко приводит к развитию местного дисбиоза, который создает предпосылки для рецидивов заболевания [2].

Поэтому целью настоящего исследования стало изучение лечебного действия физиологического антимикробного средства, каковым является лизоцим [4], у пациентов с обострением хронического одонтогенного гайморита.

Материалы и методы исследования. В качестве источника лизоцима нами был использован препарат Лизомукоид, содержащий яичный лизоцим, ингибитор протеаз овомукоид и детергент цетримид [5]. Такое сочетание биологически активных веществ в одном препарате значительно усиливает его антимикробные и противовоспалительные свойства, что нашло свое подтверждение в ряде экспериментальных и клинических исследований [6].

В исследовании участвовало 15 человек, больных хроническим одонтогенным гайморитом, в стадии обострения, которым промывание гайморовой пазухи осуществляли 50 мл раствора Лизомукоида (10 мл Лизомукоида разводили в 5 раз 0,9 %-ным NaCl) один раз в сутки до полного прекращения патологических выделений из пазухи. Уже после 1-2 промываний наблюдалось улучшение клинического состояния больных, которые становились практически здоровыми через 4-5 дней.

Через 24 часа после появления клинических признаков купирования острого воспаления в гайморовой пазухе проводили биохимический анализ промывных вод из гайморовой пазухи, используя для этой цели 50 мл 0,9 %-ного NaCl.

В промывных водах определяли уровень маркеров воспаления: содержание малонового диальдегида (МДА) [1], общую протеолитическую активность (ОПА) по расщеплению казеина при pH 7,6 [1] и концентрацию белка по методу Лоури.

В промывных водах определяли также активность уреазы (маркер микробной обсемененности) по расщеплению мочевины [9] и активность лизоцима (показатель неспецифического иммунитета) бактериолитическим методом [4]. По соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима рассчитывали степень дисбиоза по Левицкому [9].

Результаты и их обсуждение. В таблице 1 представлены результаты определения маркеров воспаления в промывных водах из гайморовой пазухи до лечения и спустя 6 дней после лечения. Из этих данных видно, что Лизомукоид значительно снижает уровень всех маркеров воспаления: ОПА в 1,6 раза, белок в 5 раз и МДА в 8 раз.

Соответствующие данные состояния дисбиоза представлены в таблице 2, из которых видно, что активность уреазы после промываний снижается в 9 раз, а активность лизоцима увеличивается в 2,2 раза, что дает снижение степени дисбиоза в 20 раз.

Таблица 1

Влияние Лизомукоида на уровень маркеров воспаления в смывах из гайморовых пазух

Показатели	До лечения, n=15	После лечения, n=11
МДА, ммоль/л	1,57±0,20	0,20±0,04 p<0,001
ОПА, нкат/л	2,47±0,31	1,57±0,12 p<0,01
Белок, г/л	10,3±1,8	2,0±0,4 p<0,001

Таблица 2

Влияние Лизомукоида на активность уреазы, лизоцима и степень дисбиоза в смывах из гайморовых пазух

Показатели	До лечения, n=15	После лечения, n=11
Уреазы, мк-кат/л	0,28±0,03	0,03±0,01 p<0,001
Лизоцим, ед/л	58±16	125±19 p<0,05
Степень дисбиоза, ед.	35,9±5,1	1,8±0,4 p<0,001

Выводы. 1. Лизомукоид является высокоэффективным средством при лечении гайморита.

2. Учитывая, что Лизомукоид разрешен Минздравом для применения в стоматологии для полоскания полости рта, можно считать целесообразным его

применение для орошения гайморовых пазух при одонтогенных гайморитах.

Список литературы

1. **Биохимические** маркеры воспаления тканей ротовой полости: метод. рекомендации: метод. реком. / А. П. Левицкий, О. В. Денга, О. А. Макаренко, С. А. Демьяненко [и др.]. – Одесса, 2010. – 16 с.
2. **Иванова Л. А.** Частота встречаемости неблагоприятных факторов и стоматологический статус у пациентов с дисбиозом полости рта / Л. А. Иванова, Т. Л. Редипова, А. Б. Черединова // Институт стоматологии. – 2009. – № 1. – С. 74-75.
3. **Использование** защищенных пенициллинов как фактор предупреждения патоморфологических изменений слизистой оболочки при остром гнойном синусите у пациентов со сниженной регенерационной активностью / Н. Л. Кунельская, А. В. Гуров, Л. М. Михалева, А. В. [и др.] // www.rmj.ru – РМЖ. Независимое издание для практикующих врачей. – 2012. – № 9. – С. 444.
4. **Левицкий А. П.** Лизоцим вместо антибиотиков / Левицкий А. П. – Одесса: КП ОГТ, 2005. – 74 с.
5. **Левицкий А. П.** Лечебно-профилактические зубные эликсиры: учебное пособие / Левицкий А. П. – Одесса: КП ОГТ, 2010. – 246 с.
6. **Лізоумукоїд – препарат** для профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань / А. П. Левицький, О. А. Макаренко, Л. Г. Мезінова [та ін.] // Інформаційний бюлетень. Додаток до „Журналу АМН України”. – Київ., 2008. – Вип. 25. – С. 131-132.
7. **Лопатин А. С.** Принципы лечения острых и хронических синуситов. / А. С. Лопатин // Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины. Лекционный образовательный курс., М. – 2006. – С. 14-23.
8. **Микрофлора** полости рта: норма и патология / [Зеленова Е. Г., Заславская М. И., Салипа Е. В., Рассанов С. П.] – Н.Новгород: НГМА, 2004. – 158с.
9. **Ферментативный** метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: метод. Рекомендации / [Левицкий А. П., Макаренко О.А., Селиванская И. А. и др.]. – К.: ГФЦ МЗУ, 2007. – 23 с.
10. **Мітін Ю. В.** Сучасні питання етіології, патогенезу та лікування синуситів / Ю. В. Мітін, Л. Р. Криничко // Мистецтво лікування. – 2004. – №3. – С. 52-55.
11. **Пухлик С. М.** Хронические экссудативные синуситы / С. М. Пухлик // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2006. – С. 14-15
12. **Рымша М. А.** Клинический патоморфоз синусита под влиянием атмосферных экологических факторов / М. А. Рымша, С. В.Тимошенко, В. А. Чаукина // В кн.: Материалы 17 съезда оториноларингологов России, Н-Новгород. 7-9 июля 2006 г. – СПб, 2006. – С. 336.
13. **Савичук Н. О.** Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции / Н. О. Савичук, А. В. Савичук // Современная стоматология. – 2002. – № 4. – С. 9-12.
14. **Сторожева М. В.** Характер микрофлоры при острых гнойно-воспалительных процессах полости рта / М. В. Сторожева, Г. П. Рузин, В. П. Зиньковская // Укр. стомат. альманах. – 2007. – № 3. – С. 47-50.
15. **Тец В. В.** Роль микрофлоры полости рта в развитии заболеваний человека / В. В. Тец // Стоматология. – 2008. – № 3. – С. 76-80.
16. **Kulak Y.** Existence of Candida albicans and microorganisms in denture stomatitis patients / Y. Kulak, N. Arikan // J. Oral-Rehabil. – 1997. – v. 24, № 10. – P. 788-790.

REFERENCES

1. **Levitskiy A. P., Denga O. V., Makarenko O. A., Dem'yanenko S. A., Rossachanova L. N., Knava O. E.** *Biokhicheskie markery vospaleniya tkaney rotovoy polosti: metodicheskie rekomendatsii* [Biochemical markers of inflammation of oral cavity tissue: method guidelines]. Odessa, KP OGT; 2010:16.
2. **Ivanova L.A., Redipova T.L., Cherednikova A.B.** The frequency of unfavorable factors and the dental state in patients with oral cavity dysbiosis. *Institut stomatologii*. 2009; 1:74-75.
3. **Kunelskaya N.L., Gurov A.V., Mikhaleva L.M., Muzhichkova A.V., Izotova G.N.** The use of the sheltered penicillin as the factor of prevention of pathomorphological changes in oral mucous membrane at acute purulent sinusitis in patients with the reduced regen-

erative activity. www.rmj.ru. RMJ. *Nezavisimoye izdaniye dlya praktikuyushchikh vrachey*. 2012; 9: 444.

4. **Levitskiy A. P.** *Lizotsym vmesto antibiotikov* [Lysozyme instead of antibiotics]. Odessa, KP OGT; 2005:74.

5. **Levitskiy A. P.** *Lechebno-profilakticheskie zubnye eliksiry* [The therapeutic and preventive dental waters: the manual]. Odessa, KP OGT; 2010:246.

6. **Levitskiy A. P., Makarenko O.A., Mezinova L.G.** [ta in.]. Lysomucoid is the preparation for the prevention and treatment of the main dental diseases. *Informatsionnyy byuleten. Dodatok do "Jurnalu AMN Ukrainy"*. Kuyv, 2008; 25; 131-132.

7. **Lopatn A.S.** *Farmakoterapiya bolezney ukha, gorla i nosa s pozitsiy dokazatelnoy meditsiny. Lektsionnyy obrazovatelnyy kurs* [The principles of the treatment of acute and chronic sinusitis. Pharmacotherapy of the diseases of ear, throat and nose from a perspective of demonstrative medicine. The course of lectures]. M., 2006:14-23.

8. **Zelenova E.G., Zaslavskaya M.I., Salipa E.V., Rasanov S.P.** *Mikroflora polossti rta: norma i patologiya* [Microflora of oral cavity: the norm and the pathology]. N. Novgorod, NGMA; 2004:158.

9. **Levitskiy A. P., Makarenko O. A., Selivanskaya I. A., Rossachanova L. N., Denga O. V., Pochtar V. N., Skidan K. V., Goncharuk S. V.** *Fermentativnyy metod opredeleniya disbioza polossti rta dlya skringa pro- i prebiotikov: metodicheskie rekomendatsii* [Enzymatic methods for determination of oral dysbiosis for screening pro and prebiotics: method guidelines]. Kiev, GFC; 2007: 23.

10. **Mitin Yu.V., Krynychko L.R.** The current problems of etiology, pathogenesis and treatment of sinusitis. *Mystetstvo likuvannya*. 2004; 3:52-55.

11. **Pukhlik S.M.** The chronic exudative sinusitis. *Klinicheskaya immunologiya. Allergologiya. Infektologiya*. 2006: 14-15.

12. **Rymsha M.A., Timoshenko S.V., Chaukina V.A.** The clinical pathomorphism of sinusitis under the influence of atmosphere ecological factors. The materials of the XVIIth Congress of otolaryngologists of Russia. N. Novgorod, 7-9.06.2006. SPb; 2006: 336.

13. **Savichuk N.O., Savichuk A.V.** The microecology of oral cavity, dysbacteriosis and the ways of its correction. *Sovremennaya stomatologiya*. 2002; 4: 9-12.

14. **Storozheva M.V., Ruzin G.P., Zinkovskaya V.P.** The character of microflora at acute pyoinflammatory processes of oral cavity. *Ukr. stomat. almanakh*. 2007; 3: 47-50.

15. **Tets V.V.** The role of oral microflora at the development of human diseases. *Stomatologiya*. 2008; 3: 76-80.

16. **Kulak Y., Arikan N.** Existence of *Candida albicans* and microorganisms in denture stomatitis patients. *J. Oral-Rehabil*. 1997; 24 (10): 788-790.

Поступила 24.12.14



УДК –616.216.1-002-072.1+615.37

С. П. Ярова, д. мед.н., Е. А. Яценко, к. мед. н.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРО- И ПРЕБИОТИКОВ

Проведен анализ эндоскопического обследования больных с хроническим и обострением хронического одонтогенного гайморита. Описаны особенности эндоскопической картины в зависимости от характера воспалительного процесса, схемы консервативного лечения и сроков от начала лечения

пациентов.

Ключевые слова: гайморит, эндоскопическое обследование, про- и пребиотики.

С. П. Ярова, К. О. Яценко

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЮСТНИХ ПАЗУХ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРО- ТА ПРЕБІОТИКІВ

Проведено аналіз ендоскопічного обстеження хворих на хронічний та загострений хронічний одонтогенний гайморит. Описані особливості ендоскопічної картини в залежності від характеру запального процесу, схеми консервативного лікування та строків лікування пацієнтів.

Ключові слова: гайморит, ендоскопічне обстеження, про- та пребіотики.

S. P. Yarova, E. A. Yatsenko

Donetsk national medical university of M. Gor'kiy

RESULTS OF ENDOSCOPIC RESEARCH OF GENYANTRUMS AT THE HOLIATRY OF PATIENTS WITH ODONTOGENOUS MAXILLARY SINUSITIS WITH APPLICATION PRO- AND PREBIOTICS

ABSTRACT

The aim of the real research was an estimation of endoscopic picture of genyantrums for patients with odontogenous maxillary sinusitis depending on the chart of conservative treatment in different terms from his beginning.

Materials and research methods. 120 patients were divided into two groups - with intensifying of chronic and chronic odontogenous maxillary sinusitis. In basic sub-groups additionally to traditional treatment washed the bosoms of prebiotics and appointed a probiotic inward. To the article the estimation of endoscopic picture is driven to treatment and in 12 months after treatment.

Conclusions. 1. For the patients operated on sparing methodology, postoperative complications were not, that talked about expedience of application of endoscopic treatment at present testimonies. 2. The endoscopic inspection of patients educed in 12 months, that pathological changes in гайморových bosoms on the average on 17% more often for the patients of control sub-groups.

Key words: odontogenous, maxillary sinusitis, endoscopic inspection, probiotics, prebiotics .

По данным многих авторов, больные с одонтогенным гайморитом составляют от 3 % до 25 % среди пациентов стоматологических лечебных учреждений. Поэтому лечение таких больных является актуальной проблемой [1, 2]. В последние годы отмечается устойчивая тенденция роста количества больных с данной патологией. Вопросам лечения, реабилитации и профилактики одонтогенных верхнечелюстных гайморитов посвящено достаточное количество исследований. Однако многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов убеждают в том, что