

# МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ НА ФОНЕ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Е. М. Трубушкина, И. В. Кошель, А. П. Куценко, А. А. Долгалев, Е. М. Бойко, У. Б. Эдишерашвили

**Аннотация.** В статье представлены результаты диагностики и лечения хронического катарального фарингита на фоне хронического одонтогенного гайморита. Всего под наблюдением было 76 жителей Ставропольского края с хроническим фарингитом и одонтогенным гайморитом, которые находились на обследовании и лечении в Ставропольской краевой клинической больнице. Результаты исследования показали, что хронические воспалительные заболевания околоносовых

пазух — частая причина возникновения заболеваний глотки. Авторы подчеркивают, что одонтогенные гаймориты не поддаются консервативному лечению и характеризуются как длительно протекающие заболевания. Лечение таких пациентов эффективно только при комплексной диагностике и совместных действиях лор-врача и стоматолога.

**Ключевые слова:** хронический фарингит, одонтогенный верхнечелюстной синусит, диагностика, лечение.

## MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO THE TREATMENT OF CHRONIC PHARYNGEAL DISEASES AGAINST THE BACKGROUND OF ODONTOGENIC MAXILLARY SINUSITIS

*E. M. Trubushkina, I. V. Koshel, A. P. Kutsenko, A. A. Dolgalev, E. M. Boyko, U. B. Edisherashvili*

**Annotation.** The article presents the results of diagnosis and treatment of chronic catarrhal pharyngitis against the background of chronic odontogenic sinusitis. In total, 76 residents of the Stavropol Territory with chronic pharyngitis and odontogenic sinusitis were under observation, who were examined and treated at the Stavropol Regional Clinical Hospital. The results of the study

showed that chronic inflammatory diseases of the paranasal sinuses are a common cause of pharyngeal diseases. The authors emphasize that odontogenic sinusitis does not respond to conservative treatment and is characterized as a long-term disease. Treatment of such patients is effective only with a comprehensive diagnosis and joint actions of an ENT doctor and a dentist.

**Keywords:** chronic pharyngitis, odontogenic maxillary sinusitis, diagnosis, treatment.

Одними из самых распространенных в патологии лор-органов являются хронические воспалительные заболевания глотки [1, 5, 16].

По статистике, до 30% больных, обратившихся за помощью к врачам оториноларингологам, терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, отмечают фарингеальные жалобы, а каждый человек в среднем 2–3 раза в год испытывает боль или неприятные ощущения в глотке [4, 7]. Поэтому данная проблема до сих пор остается актуальной и социально значимой.

По поводу определения хронического фарингита в публикациях консенсус отсутствует. Некоторые авторы считают, что хронический фарингит — это воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки, развивающееся как следствие острого воспаления при неадекватном лечении или неустранимых этиологических факторах [3].

Но по зарубежным оценкам только 1–2% острых воспалений глотки прогрессируют и приводят к рецидивирующим или хроническим заболеваниям. В большинстве случаев острый

фарингит возникает при острой респираторной вирусной инфекции и не требует никакого специального лечения, так как проходит самостоятельно за несколько дней, поэтому трудно представить, чтобы острый процесс в ротоглотке переходил в хронический [2, 14].

Ряд авторов определяет хронический фарингит как длительное воспаление слизистой оболочки глотки, характеризующееся при гипертрофическом фарингите гиперемией, утолщением задней и боковых стенок, язычка, нередко — наличием скудного слизистого отделяемого на поверхности задней стенки глотки, гиперплазией лимфаденоидной ткани (гранул на задней стенке глотки и боковых валиков, расположенных за задними небными дужками). При суб- и атрофическом фарингите слизистая оболочка глотки выглядит истонченной, сухой. На поверхности задней стенки глотки часто видны подсыхающая слизь, корки [11].

Необходимо отметить, что классификация хронического фарингита по характеру изменения слизистой оболочки задней стенки глотки, которая предполагает простую (катараль-

ную), гипертрофическую (гранулезную), атрофическую и смешанную формы, основана не на гистологическом исследовании, а лишь на визуальном субъективном мнении врача. Кроме того, она не дает понимания причины развития фарингита и тем более не определяет способы лечения [13].

Причины развития хронического фарингита довольно разнообразны, и особое место среди них занимают заболевания полости носа, околоносовых пазух [8, 10]. Несмотря на это, зачастую лор-врачи проводят длительное безуспешное лечение хронических воспалительных заболеваний глотки, не установив истинной причины данной патологии, которая может быть обусловлена, в том числе, кариозным процессом, пародонтитом, низким уровнем гигиены полости рта [6, 9, 12].

Хронический воспалительный процесс в околоносовых пазухах, как правило, способствует развитию хронического фарингита. Кроме болей в горле пациентов с хроническим фарингитом беспокоят першение или дискомфорт в горле, а также стекание гнойного отделяемого по задней

стенке глотки (постназальный синдром — «postnasal drip»), постоянное покашливание. В глотке сосредоточены рецепторы, которые обладают высокой чувствительностью к различным эндо- и экзогенным воздействиям. Однако независимо от типа воздействия в ответ развивается воспалительный процесс [2, 7].

Важное место в патологии полости носа и околоносовых пазух занимают одонтогенные гаймориты. Взаимосвязь с заболеваниями зубочелюстной системы, склонность к затяжному течению и неэффективность консервативного лечения выделяют их среди других патологий придаточных пазух носа [8].

Системных исследований о возможной патологической взаимосвязи между хроническими фарингитами и одонтогенными гайморитами ранее не проводилось.

**Цель исследования:** провести анализ эффективности диагностики и лечения хронического фарингита на фоне одонтогенного гайморита.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего под наблюдением находилось 76 пациентов обоего пола в возрасте от 28 до 66 лет, жителей г. Ставрополя и Ставропольского края, с диагнозом «хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит», которые проходили обследование и лечение в лор-отделении Ставропольской краевой клинической больницы с 2017 по 2021 гг.

Все пациенты предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания, периодическое гнойное отделяемое из полости носа, зачастую с неприятным запахом, болезненные ощущения в области щек, отек мягких тканей лица, боли в зубах. При тщательной детализации жалоб выявлялись симптомы хронического воспалительного заболевания слизистой оболочки задней стенки глотки: першение в горле, боль или дискомфорт в области глотки, покашливание. Характер жалоб и их выраженность зависели от длительности заболевания, возраста больного, его профессии, окружающего эмоционального фона, что в дальнейшем учитывалось при обследовании и лечении.

Из анамнеза известно, что всем пациентам на амбулаторном этапе длительно и безуспешно назначали многократные курсы местного

и общего противовоспалительного и антибактериального лечения горла у лор-врачей по месту жительства. Кроме этого, некоторым пациентам неоднократно проводили пункции верхнечелюстных пазух, но при этом ни одному из них не была рекомендована консультация у врача-стоматолога.

Обследование включало эндоскопический осмотр лор-органов с помощью эндоскопов с углом зрения 0 и 70 градусов, рентгенографию придаточных пазух носа, по показаниям — КТ с захватом полости носа и околоносовых пазух. Все больные были проконсультированы стоматологом с проведением необходимого комплекса диагностических мероприятий: осмотр полости рта с оценкой уровня гигиены и детальным анализом полученных индексов, а также КЛКТ с захватом полости носа и околоносовых пазух.

При осмотре лор-органов у всех пациентов отмечали патологические изменения слизистой оболочки глотки в виде гиперемии, отека; выявлено стекание гнойного отделяемого из носоглотки.

При эндоскопии полости носа наблюдали гиперемию слизистой оболочки, небольшое количество гнойного отделяемого, чаще всего, с одной стороны. Пальпация передней стенки верхнечелюстной пазухи умеренно болезненна на стороне заболевания. В полости рта по переходной складке верхней челюсти на стороне патологического процесса определяли выбухание слизистой оболочки, болезненное при пальпации, и при этом выявляли заболевания твердых тканей зубов, отек слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти. При проведении лучевых методов исследования околоносовых пазух у всех пациентов определяли одно- или двустороннее снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи. У некоторых пациентов в просвете пазухи выявляли инородное тело в проекции верхушек корней зубов.

Всем пациентам была рекомендована консультация стоматолога. В результате установлено, что у 42% больных полость рта не санирована. При анализе результатов КЛКТ-исследования более чем в 97% случаев были выявлены изменения: отмечалось присутствие

пломбировочного материала за пределами корневых каналов зубов, наличие мицетом, изменения слизистой дна верхнечелюстной пазухи или наличие очагов деструкции костной ткани в периапикальных тканях боковой группы зубов верхней челюсти.

По результатам проведенного комплексного обследования всем пациентам поставлен диагноз: «хронический катаральный фарингит на фоне хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита». На основании полученных данных всем пациентам проведено комплексное лечение верхнечелюстного синуса и санация полости рта.

Лечебные мероприятия по поводу одонтогенного верхнечелюстного синусита проводили стационарно в условиях лор-отделения Ставропольской краевой клинической больницы. В условиях эндотрахеального наркоза всем пациентам выполняли эндоскопическую гайморотомию с расширением естественного соустья [1]. При последующем осмотре гайморовой пазухи у 52 пациентов выявляли инородное тело (пломбировочный материал), у 21 пациента выявляли мицетомы и измененную слизистую, у 3 пациентов обнаружили сообщение нижней стенки гайморовой пазухи с полостью рта. В дальнейшем инородное тело, мицетомы и патологически измененные нежизнеспособные участки слизистой оболочки пазухи удаляли. Проводили пластику свища как со стороны гайморовой пазухи, так и со стороны полости рта. Полость носа тампонируют, в пазуху вводили дренаж. Во время операции делали посев на микрофлору и чувствительность на антибиотики. На основании лабораторных тестов назначали соответствующее лечение. Удаление тампонов осуществляли на 1–2 сутки после оперативного вмешательства. Срок пребывания пациентов в лор-отделении варьировал от 7 до 10 суток и был обусловлен индивидуальными особенностями пациентов.

Специальной терапии хронического фарингита пациентам не проводили.

Одновременно всем пациентам проводили профессиональное снятие зубных отложений и санацию полости рта (пломбирование кариозных полостей, удаление корней зубов, замену ортопедических конструкций).

Пациентам после проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий у стоматолога рекомендовали соблюдать правила гигиены полости рта: чистку зубов 2 раза в день фторсодержащей зубной пастой с применением зубной щетки средней степени жесткости, посещение стоматолога 1–2 раза в год.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Через 1 месяц у всех пациентов на фоне лечения патологического процесса в околоносовых пазухах, связанного с заболеванием зубов, отмечался регресс неприятных ощущений в глотке. При проведении контрольного эндоскопического осмотра лор-органов

определялось полное купирование воспалительных явлений в полости носа и гайморовых пазухах, нормализация структуры слизистой оболочки глотки. Важно отметить, что при этом специальную терапию хронических воспалительных заболеваний глотки пациентам не проводили.

На контрольной рентгенографии придаточных пазух носа была выявлена нормальная воздушность околоносовых пазух, что говорит об отсутствии воспалительных явлений в гайморовых пазухах и полости носа.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, воспалительные заболевания полости носа и около-

носовых пазух являются одной из частых причин развития хронического фарингита. Одонтогенные гаймориты выделяются среди них как длительно протекающие и не поддающиеся консервативному лечению; кроме того, они способствуют возникновению хронических воспалительных заболеваний глотки. Тактика ведения таких пациентов эффективна только при комплексной диагностике и лечении данной патологии, и при взаимодействии лор-врача и стоматолога. Своевременное выявление и хирургическое лечение одонтогенного гайморита с санацией полости рта приводит к положительному результату лечения данной категории больных.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Показания и эффективность использования различных хирургических вмешательств при лечении больных с одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстную синус / Л.А. Григорьянц, С.В. Сирак, Р.С. Зекерьяев, К.Э. Арутюнян // *Стоматология*. 2007. Т. 86. № 3. С. 42–46.
2. Косяков С.Я., Анготоева И.Б., Исамов А.Н. Неинфекционные причины хронического фарингита // *Медицинский Совет*. 2018. № 20. С. 112–115.
3. Лопатин А.С. Лечение острого и хронического фарингита // *РМЖ*. 2001. № 16. С. 694.
4. Никифорова Г.Н., Волкова К.В. Новые возможности терапии воспалительных заболеваний глотки // *Consilium Medicum*. 2015. № 17 (11). С. 103–107.
5. Носуля Е.В. Диагностика и лечение заболеваний глотки: Учеб. пособие. М: Аванпорт, 2014. С. 19.
6. Рубцова Н.Г., Сирак С.В., Сирак А.Г. Индивидуальная гигиена полости рта и микроскопическая оценка структуры щетинок зубных щеток при их ежедневном использовании // *Эндодонтия Today*. 2013. № 3. С. 68–72.
7. Важные нюансы воспалительного процесса в ротоглотке и выбор тактики оптимального лечения / Е. Л. Савлевич, Н. Э. Дорошенко, И. С. Славинская, С. Э. Фариков // *Медицинский Совет*. 2017. № 16. С. 48–54.
8. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита, возникающего после эндодонтических вмешательств / С.В. Сирак, А.А. Слетов, М.В. Локтионова, В.В. Локтионов, Е.В. Соколова // *Пародонтология*. 2008. № 3. С. 14–18.
9. Сирак А.Г., Сирак С.В. Профилактика кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта с использованием зубных эликсиров // *Современные проблемы науки и образования*. 2013. № 4. С. 110.
10. Стоматологическая заболеваемость детского населения Ставропольского края до и после внедрения программы профилактики / С.В. Сирак, И.А. Шаповалова, Е.М. Максимова, С.Н. Пригодин // *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2009. Т. 8. № 1. С. 64–66.
11. Соболев В.П., Карпова О.Ю., Артамонова П.С. Новые возможности лечения воспалительных заболеваний глотки // *Consilium Medicum*. 2018. № 20 (11). С. 30–32.
12. Степанова Ю.Е. Современные методы диагностики заболеваний гортани // *Доктор. Ру*. 2009. № 5 (48). С. 31–34.
13. Шевчик Е.А., Никифорова Г.Н., Биданова Д.В. Топическая терапия воспалительных заболеваний глотки // *Медицинский совет*. 2016. № 18. С. 121–123.
14. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? / M.N. Ebell, M.A. Smith, H.C. Barry, K. Ives, M. Carey // *JAMA*. 2000. No. 284 (22). P. 2912–2918.
15. Complex, three-dimensional reconstruction of critical size defects following delayed implant placement using stem cell-containing subepithelial connective tissue graft and allogenic human bone blocks for horizontal alveolar bone augmentation: a case report as proof of clinical study principles / Dr. W. D. Grimm, Dr. M. Plöger, Dr. I. Schau, Dr. M. A. Vukovic, E. Shchetinin, A. B. Akkalaev, R. A. Avanesian, S. V. Sirak // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2014. Т. 9. № 2 (34). С. 131–133.
16. Renner B., Mueller C. A., Shepard A. Environmental and non-infectious factors in the aetiology of pharyngitis (sore throat) // *Inflamm. Res*. 2012. No. 61 (10). P. 1041–1052.

## АВТОРСКАЯ СПРАВКА

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ (СтГМУ)

Трубушкина Екатерина Михайловна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии, пластической хирургии с курсом ДПО, e-mail: paramon.83@mail.ru.

Кошель Иван Владимирович — доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии, пластической хирургии с курсом ДПО, e-mail: koshel1979@mail.ru.

Куценко Антон Павлович — заочный аспирант кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии, e-mail: kutsenko126@gmail.com.

Долгалев Александр Александрович — доктор медицинских наук, доцент, начальник центра инноваций и трансфера технологий, профессор кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии СтГМУ; профессор кафедры клинической стоматологии с курсом ХС и ЧЛХ Пятигорского медико-фармацевтического института — филиал Волгоградского государственного медицинского университета, г. Ставрополь, e-mail: dolgalev@dolgalev.pro, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6352-6750>.

Бойко Евгений Михайлович — кандидат медицинских наук, преподаватель Ессентукского филиала СтГМУ, e-mail: evgedentzub@yandex.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1827-8487>.

Эдишерашвили Ушанги Бесикович — заочный аспирант кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии, e-mail: ushangi.master@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1711-1415>.