

ҚАЗҰМУ  
ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

ОДОНТОГЕНДІ ГАЙМОРИТ. ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ СҮЙЕК  
ҚОЙНАУЫНЫҢ ЖЫЛАНКӨЗІ ЖӘНЕ ТЕСІЛУІ.  
ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ ЕМДЕУ ҚАҒИДАЛАРЫ.

дайындаған: Вансванов М.И

Алматы 2011ж..

# ОДОНТОГЕНДІ ГАЙМОРИТ

одонтогенді гойморит -жоғарғы жақ сүйек қойнауының қабынуы, Одонтогенді гайморит барлық гомариттердің 25-40% құрайды

По Бонсдорф бойынша гоймор қуысы түбінің наибольшее отстояние дна гайморовой полости о- түбірі 7/7, 1,3 мм., 8/8 — 2,3 мм., 3/3 — 7,1 мм., 54/45 — 7,6 мм.

## ПНЕВМАТИКАЛЫҚ ҚУЫС ДӘРЕЖЕСІНЕ ҚАРАЙ ЕКІ ТИПІН АЖЫРАТАДЫ:

- ⊙ 1. Пневматикалық типі, ауалы қуыс үлкен болады. Сүйек қабырғасы жұқа. Жоғары жақ сүйек қуысы түбі 15 мм. Ені 11 мм. Түбінен төмен мұрын қуысы орналасқан.
- ⊙ 2. Склеротикалық типінде қуыс кіші болады. Гоймор қуысы мен тіс ұяшығы арасындағы кеңістік губкалы үлкен қабатты затпен толтырылады.

- ◎ Гаймор қуысының 2 типінен басқа қуыс көлемі әртүрлі келетін отпелі түрлері кездеседі: Брюл бойынша — 10,5 куб сантиметр, Яков бойынша — 11-12 куб сантиметр, Шюрх бойынша- 5 тен 29 дейін куб сантиметр. Көпкамралы қойнау болады(Свержевский, Губер, Альбрехт).

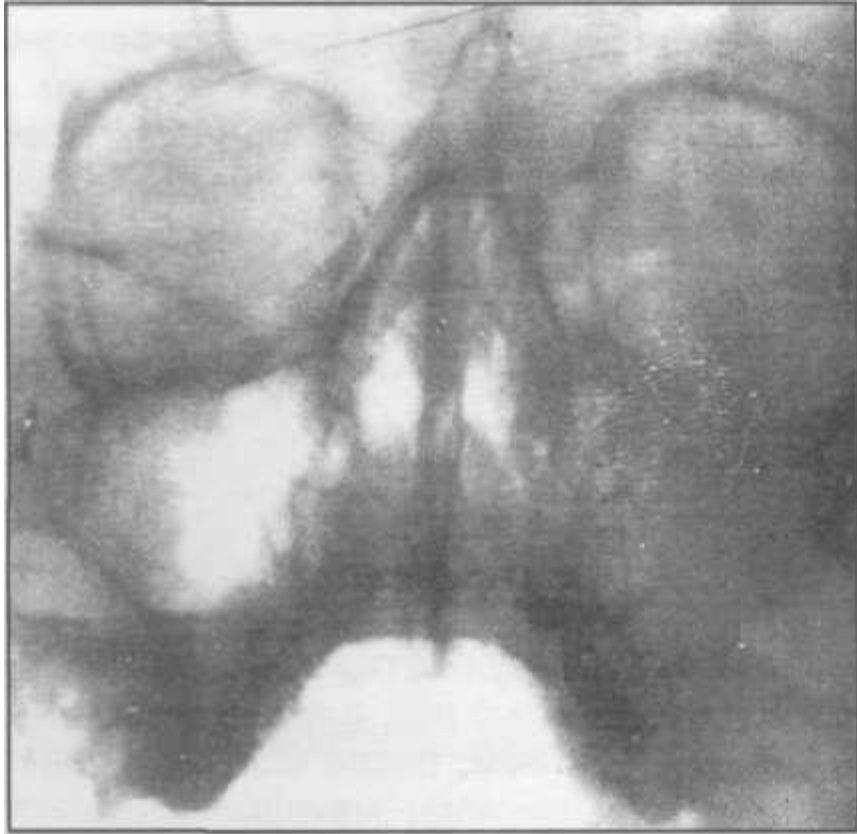
# ЭТИОЛОГИЯ

- Одонтогенді гайморитті қоздыратын микроорганиздер:
- стафилококк,
- стрептококк,
- энтерококк,
- диплококк,
- грам оң
- грам теріс таяқшалар.

# ЭТИОЛОГИЯ

1.Периодонттың қабыну инфекциясының жайылуы.

- ◎ Ю.И. Вернадский :
- ◎ Бірінші орын - 6/6 (35,5%)
- ◎ Екінші орын - 7/7 (15,5%)
- ◎ Үшінші орын - 5/5 (9,7%)



6)

- ⊙ 2. келесі қабыну ошағы — жоғарғы жақ сүйегінің остеомиелиті (жедел және созылмалы), 16,4%.
- ⊙ 3. гаймориттің келесі тобын альвеолды өсіндісіде жасалатын операциялар кезінде қуыс түбінің тесілу салдарынан дамиды гаймориттер құрайды,



# ҚОЙНАУДЫҢ КОМПЬЮТЕРЛІ ТОМОГРАФИЯСЫ:

Емге дейін



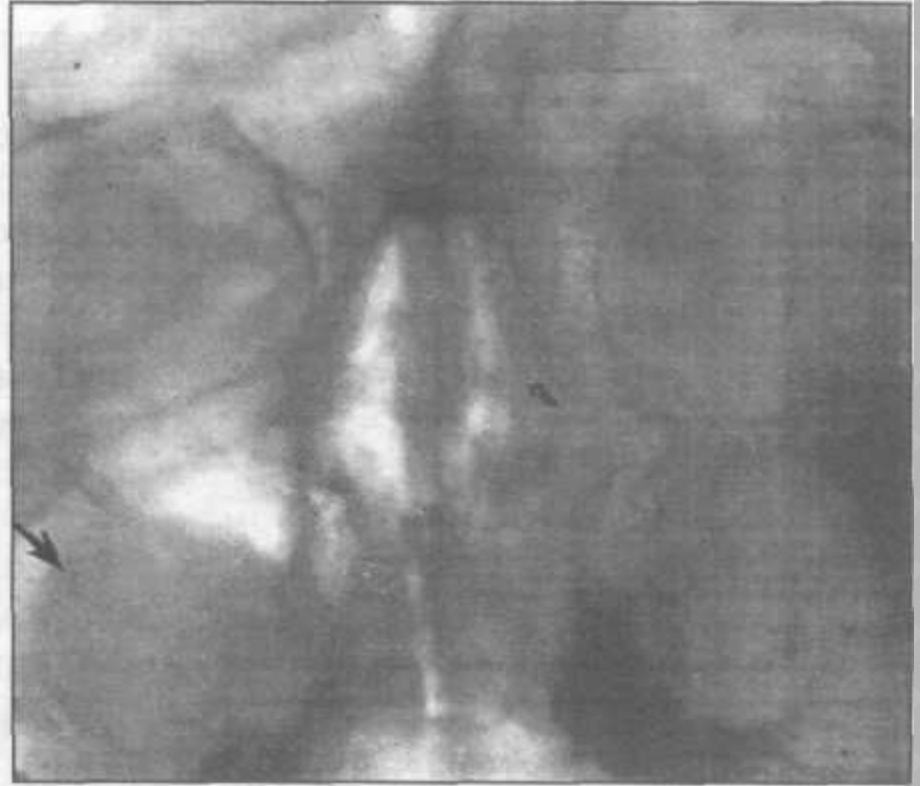
ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ емнен кейін



## **Д.С. ТАНФИЛЬЕВ ЖОҒАРЫ ЖАҚ СҮЙЕК ҚОЙНАУЫ ТЕСІЛУІН КЕЛЕСІ ТҮРДЕ ЖІКТЕЙДІ:**

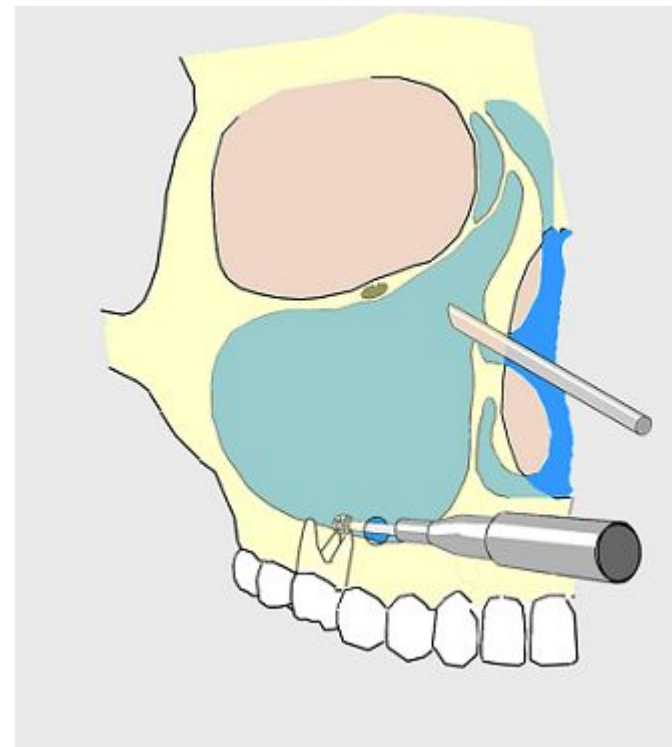
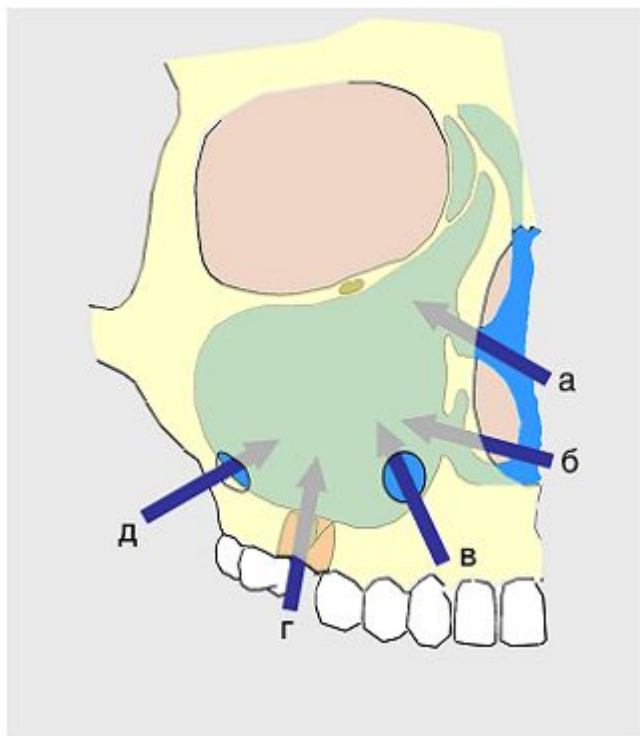
- ⊙ а) одонтогенді тесілуі (тісті жұлғанан кейін, түбір ұшы резекциясы, жоғары жақ сүйекте киста және гайморит операциясында);
- ⊙ б) жоғары жақ сүйек спецификалық жарақатындағы тесілуі;
- ⊙ в) ісіктің әсерінен тесілу;
- ⊙ г) травматикалық және и атылған тесілу. Клиникалық мәліметтерге қарағанда гоймор қуысы түбінің тесілуі 50%тен 90% ке дейін тіс жұлу операциясына байланысты.





- М.К. Даль және П.М. Пугач шырыты қабаттың зақамдалуын мынадай топтарға бөледі.
- Бірінші түрі: экссудация анықталады. Бұл кезде эпителий сақталады, бірақ беткей беттерінің кей бір жерлерінде жара пйда болуы мүмкін. Шырышты қабаттың негізгі тінінде алуан санды плазмоциттер және Руссел денелерінен құралған лимфоидтті инфильтрация байқалады. Шырышты қабаттың барлық бөліктерінің қан тамырлары кеңейгені, домбығып ісінгені анықталады.
- Екінші түрі эпителийдегі пролиферативті үрдіпен сипатталады. Экссудация және альтерация лардың маңыздылығы екінші орын алады. Шырышты қабатта полиптер өседі, эпителийасты аздап ісініп онда лимфоидті инфильтрация байқалады.

# ЖОҒАРҒЫ ЖАҚСҮЙЕК ҚҰБЫСЫНА ЭНДОТОНТИЯЛЫҚ АМАЛДАРМЕН ӨТУ ВАРИАНТТАРЫ

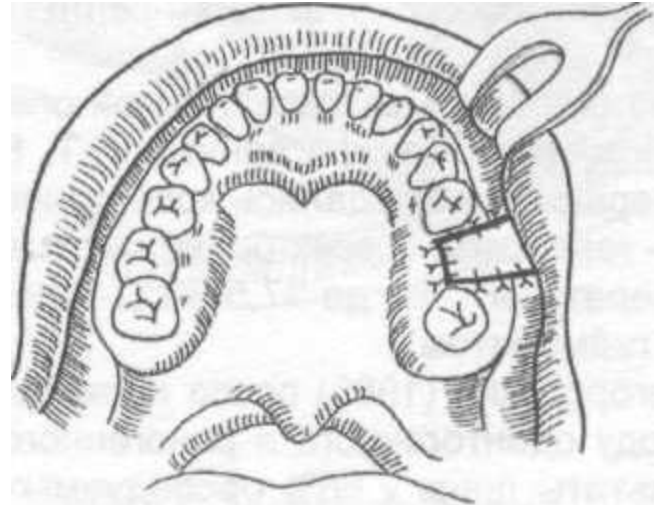
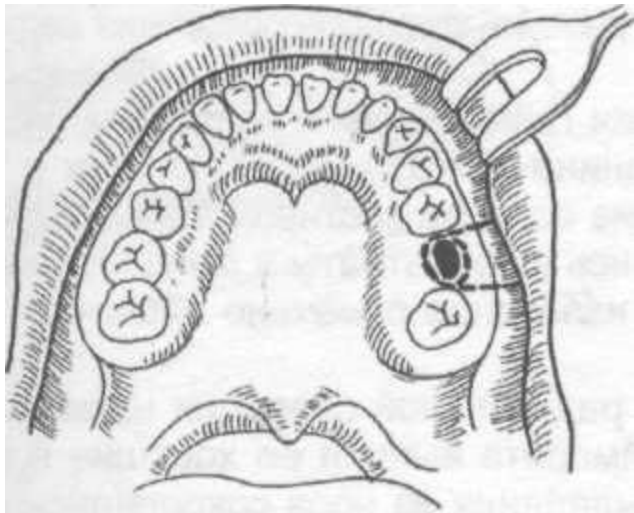


Инфекцияның көзіне байланысты гоймориттер, онтогенді, риногенді, гематогенді және травматическалық болып бөлінеді.

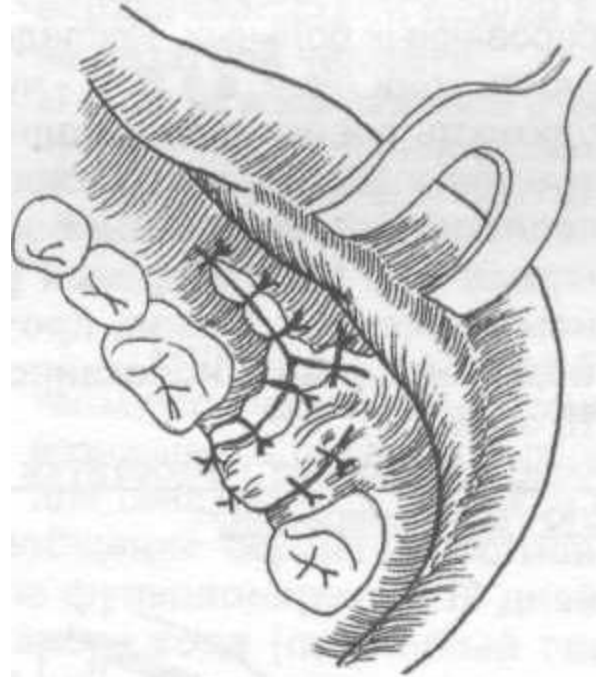
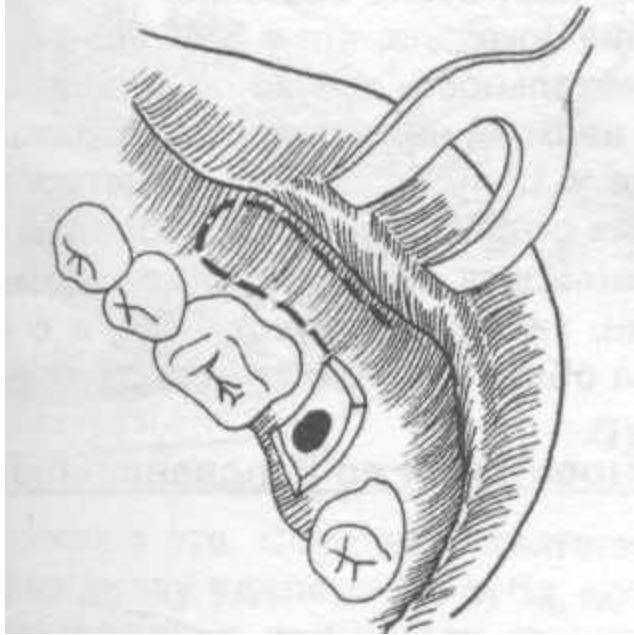
- ⊙ Г.Н. Марченко (1966) келесі клиникалық жіктелуін ұсынды:
- ⊙ 1. жабық түрі: а) созылмалы периодонтиттерге; б) кисталардың іріңдеуіне байланысты.
- ⊙ 2. ашық түрі: а) перфоративті; б) остеомиелиттерден кейінгі гоймориттер.

Гоймориттер клиникалық дамуына байланысты жедел және созылмалы болып екіге бөлінеді.





a)



b)