

Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Кафедра хирургической стоматологии и стоматологии детского
возраста



СРСР

**На тему: «Одонтогенный гайморит.
Клиника, диагностика, лечение.
Перфорация и свищевой ход
верхнечелюстной пазухи. Принципы
диагностики и лечения»**

Подготовил: Борисов Р. О.
Интерн 6-006 стом
Проверила: к.м.н., доцент
Закишева С.М.

Караганда, 2016

ЦЕЛЬ:



- Научиться своевременно диагностировать одонтогенный гайморит;
- Уметь проводить дифференциальную диагностику;
- Изучить современные методы исследования;
- Составлять план лечения одонтогенного гайморита.

ПЛАН:



- Цель
- Актуальность
- Введение
- Клиническая картина одонтогенного гайморита
- Диагностика одонтогенного гайморита
- Лечение одонтогенного гайморита
- Профилактика
- Заключение
- Обратная связь
- Список использованной литературы

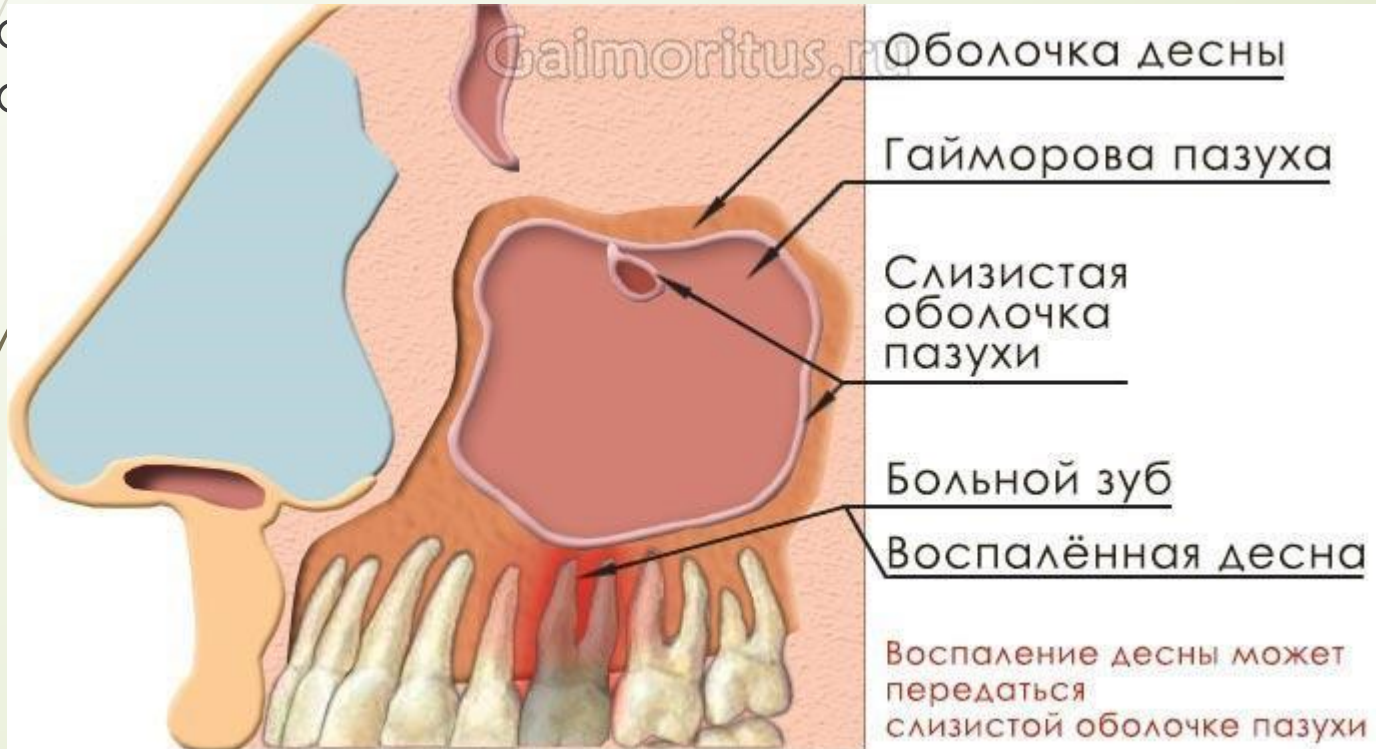
АКТУАЛЬНОСТЬ:

- Гайморит возникает при проникновении в верхнечелюстную пазуху инфекции. Одонтогенный гайморит возникает чаще всего в результате распространения инфекции из воспаленного периодонта (обычно верхних малых или больших коренных зубов, реже клыков), то есть из очагов острого или хронического периодонтита. Возможность такого распространения инфекции объясняется рядом обстоятельств, на первом месте среди которых стоит топографо-анатомическая близость вершук указанных зубов к слизистой оболочке дна верхнечелюстной пазухи.

ВВЕДЕНИЕ:

- Гайморит одонтогенный - воспаление стенок верхнечелюстной пазухи, возникновение которого связано с распространением инфекционно-воспалительного процесса из очагов одонтогенной инфекции верхней челюсти либо с инфицированием

пс
пс

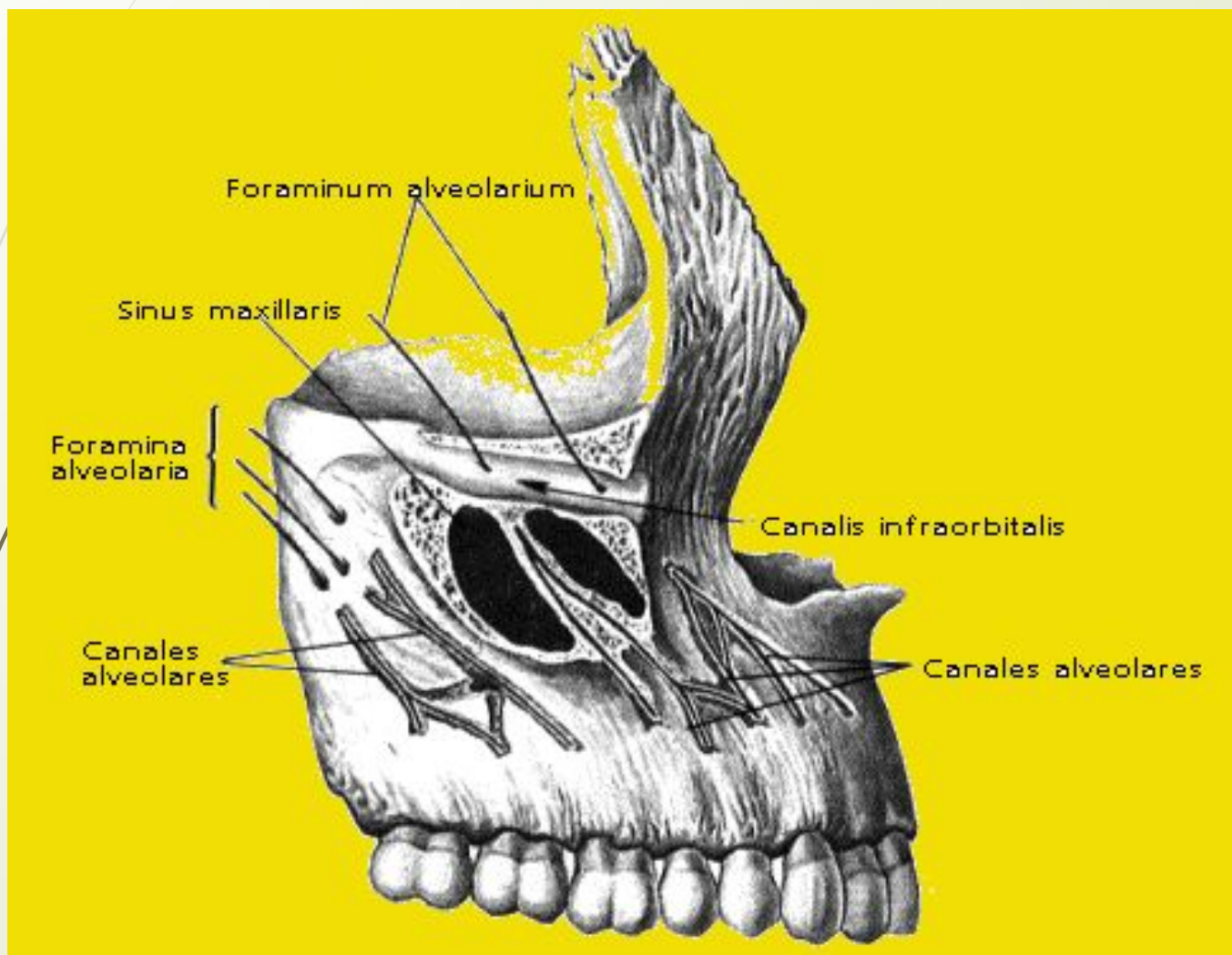


ие,

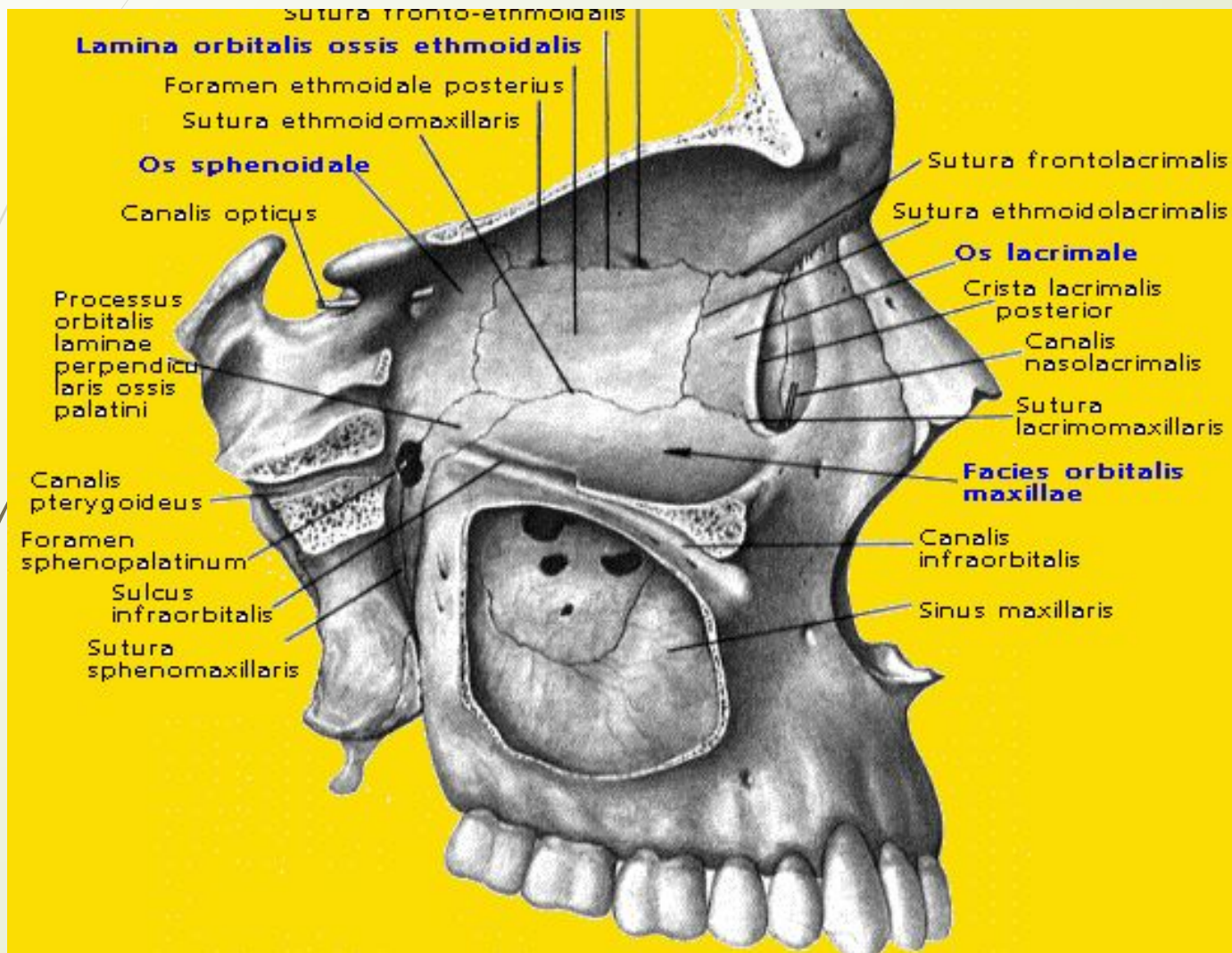
Код МКБ-10:

- Согласно международной классификации болезней десятого пересмотра острый синусит (J01) подразделяется на:
 - J01.1 Фронтальный
 - J01.2 Этмоидальный
 - J01.3 Сфеноидальный
 - J01.4 Пансинусит
- В свою очередь хронический синусит (J32) подразделяется на:
 - J32.0 Верхнечелюстной
 - J32.1 Фронтальный
 - J32.2 Этмоидальный
 - J32.3 Сфеноидальный
 - J32.4 Пансинусит
 - J32.8 Другие хронические синуситы
 - J32.9 Хронический синусит неуточненный

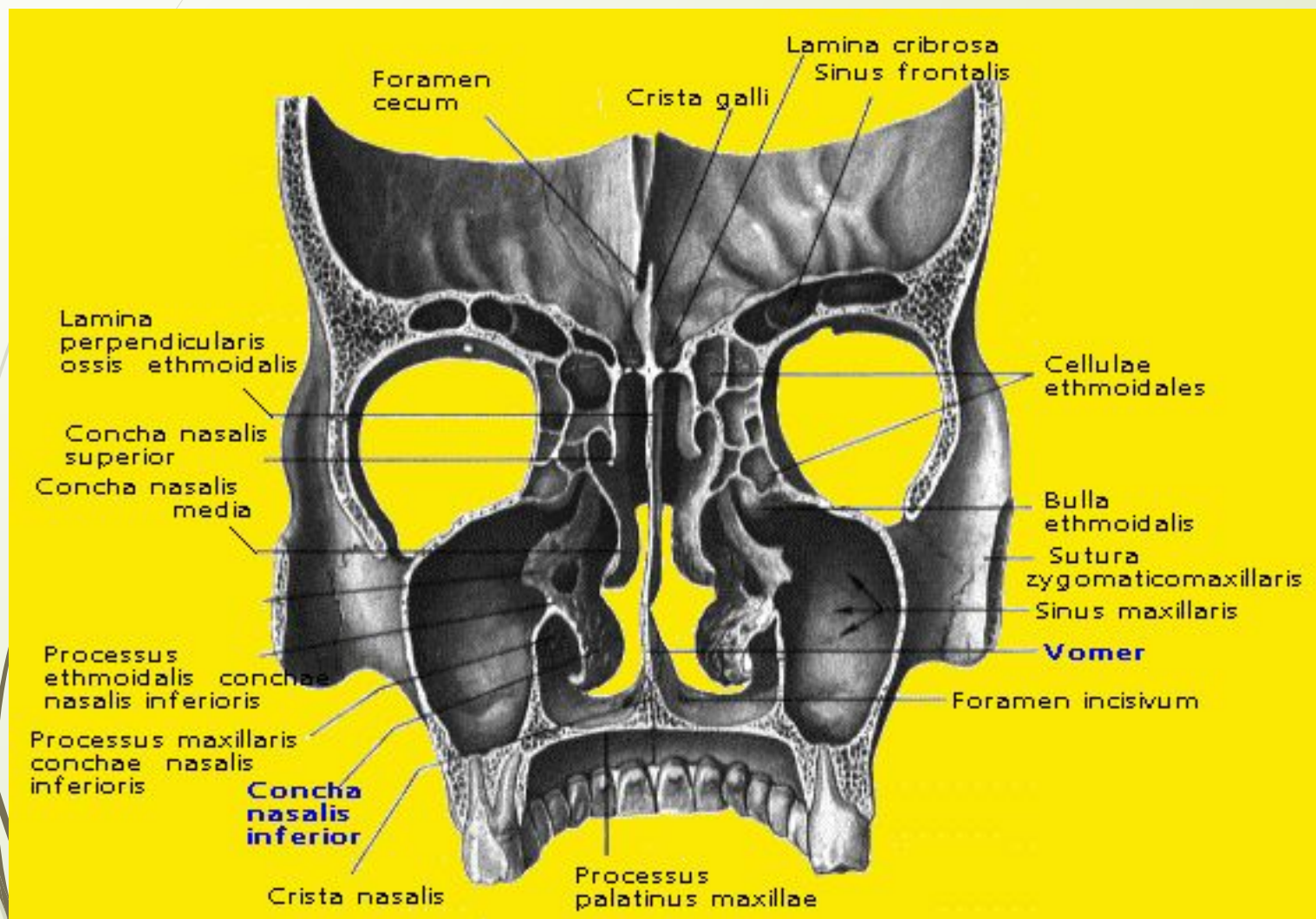
Анатомические особенности



Анатомические особенности



Анатомические особенности




Клиническая классификация гайморита

1. Закрытая форма

- а) гаймориты на почве хронических периодонтитов
- б) гаймориты на почве нагноения одонтогенных кист, вросших в верхнечелюстную полость

2. Открытая форма:

- а) перфоративные гаймориты;
- б) гаймориты, развившиеся как осложнение хронического остеомиелита альвеолярного отростка или тела челюсти.

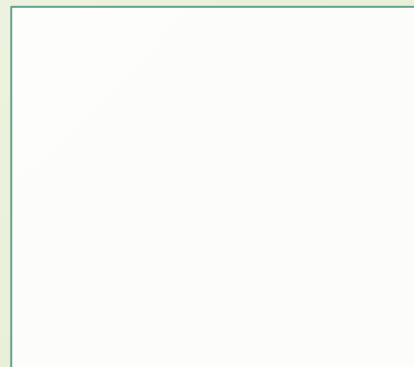
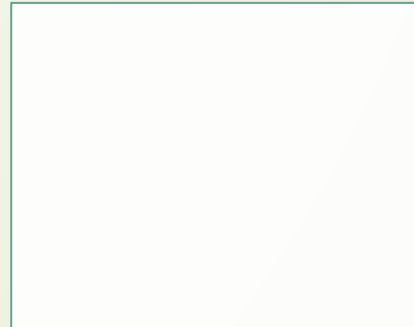


Гайморит
острый
часто
возникает

ЭТИОЛОГИЯ.

во время
острого
насморка
, гриппа,
кори,
скарлатин

и других
заболева
ния
корней
четырех
задних
верхних
зубов.



Этиология и патогенез одонтогенных гайморитов

Патологические процессы в области альвеолярного отростка и зубов верхней челюсти, особенно на уровне премоляров и моляров

- Острый и хронический периодонтит,
- Кисты (радикулярная, фолликулярная, первичная),
- Одонтогенный остеомиелит,
- Ретенция, дистопия зубов верхней челюсти
- Ятрогенные причины (погрешности при удалении зуба, погрешности при обработке корневых каналов)

Способствующие факторы

Соотношение высоты альвеолярного отростка, длины корней зубов верхней челюсти и размера гайморовой пазухи,

Тонкая кортикальная пластинка

Пневматический тип строения верхней челюсти,

Способствующие факторы

Локальный и общий иммунодефицит

Болезни сердечно-сосудистой системы

Болезни дыхательной системы

Хроническая патология ЛОР-органов

Способствующие факторы

Соотношение высоты альвеолярного отростка, длины корней зубов верхней челюсти и размера гайморовой пазухи,

Тонкая кортикальная пластинка

Пневматический тип строения верхней челюсти,

Способствующие факторы

Анатомо – топографические особенности:
близость расположения дна верхнечелюстной пазухи к верхушкам корней премоляров и моляров.

-проталкивание в пазуху пломбировочного материала при пломбировании зуба.

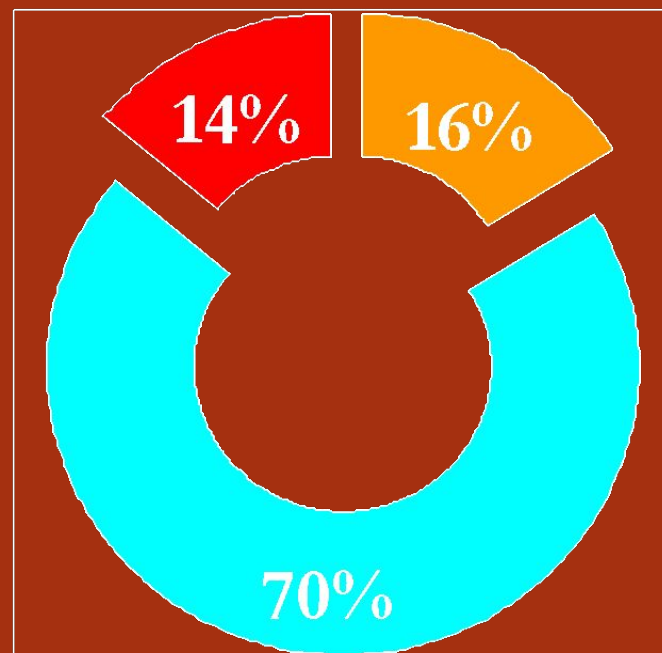
-инфицирование пазухи при механическом расширении канала дрельбором.

-перфорация дна пазухи в момент удаления зуба и проталкивание корней в пазуху.

Жалобы при одонтогенном гайморите:

- чувство тяжести в области соответствующей половины верхней челюсти
- периодические носовые кровотечения
- резкое снижение или потеря обоняния
- односторонние головные или неврогенные боли
- быстрая утомляемость
- Жалобы на необычные ощущения – попадание воздуха в полость носа, изменение тембра голоса, признаки ринолалии.

Данные клиники за 2006/2007 гг.



Возрастная структура

Методы диагностики

Клинико-анамнестический

Данные анамнеза (лечение, удаление причинного зуба)

Жалобы

Данные клинического осмотра (зондирование лунки удалённого зуба, выполнение специальных проб)

Методы диагностики

Инструментальный

Прицельная рентгенография лунки причинного зуба

Ортопантомография

Рентгенография околоносовых пазух (с контрастированием),

Пункция гайморовой пазухи

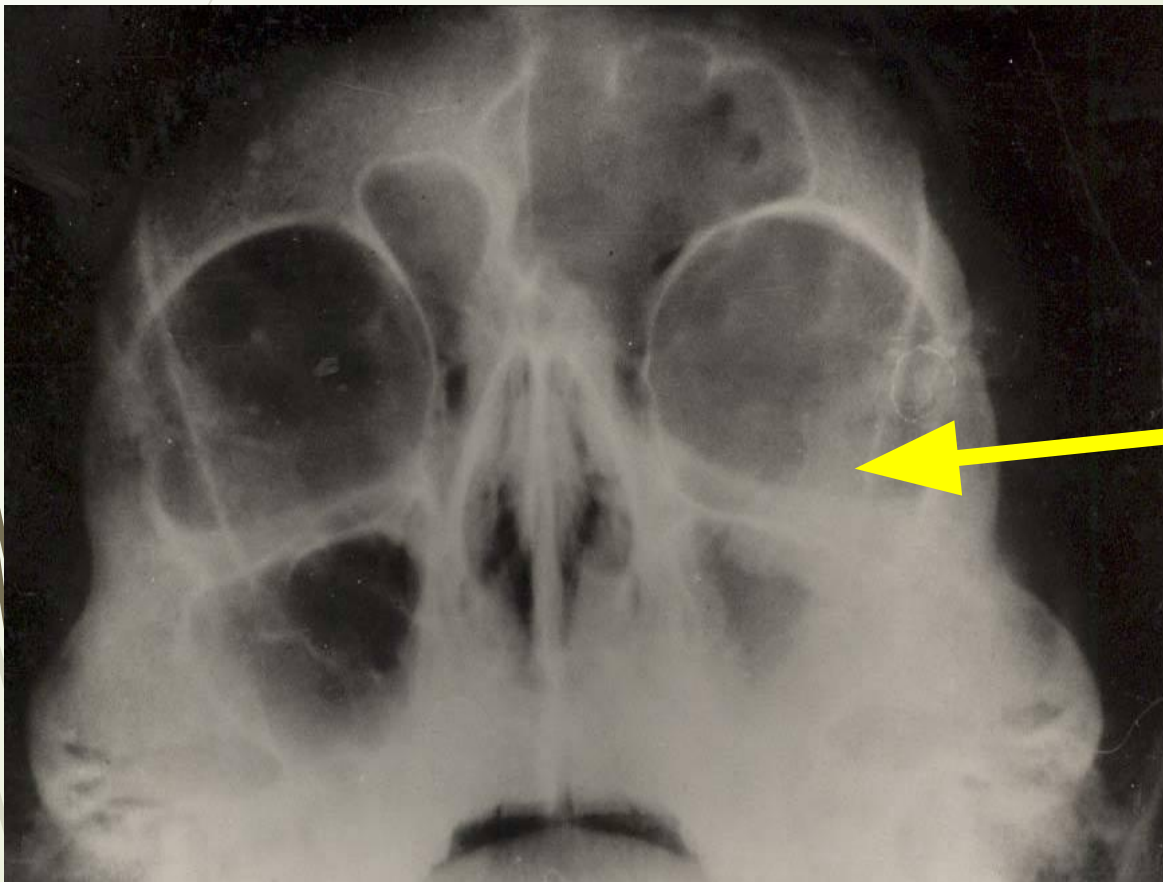
Компьютерная томография

Диагностика одонтогенных гайморитов



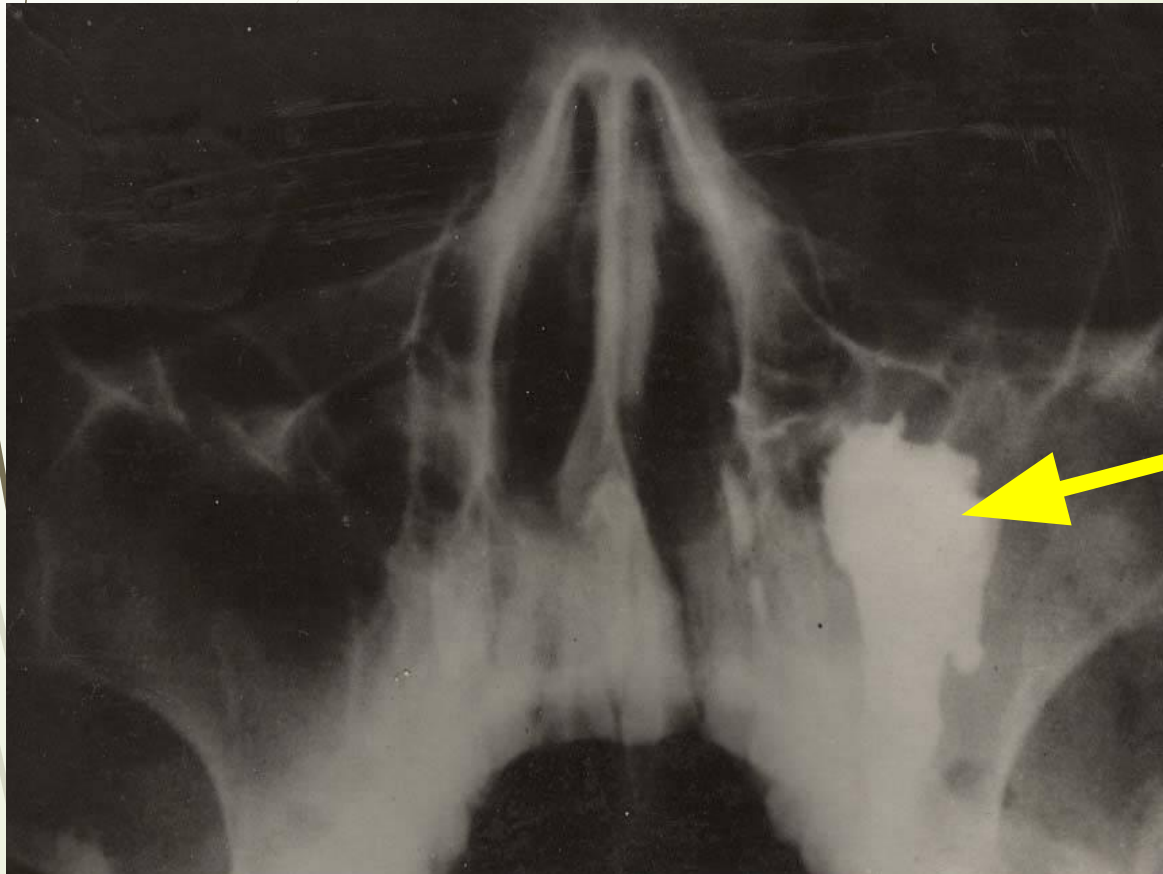
На дентальном рентгеновском снимке определяется эндодонтический инструмент, перфорировавший дно пазухи

Диагностика одонтогенных гайморитов



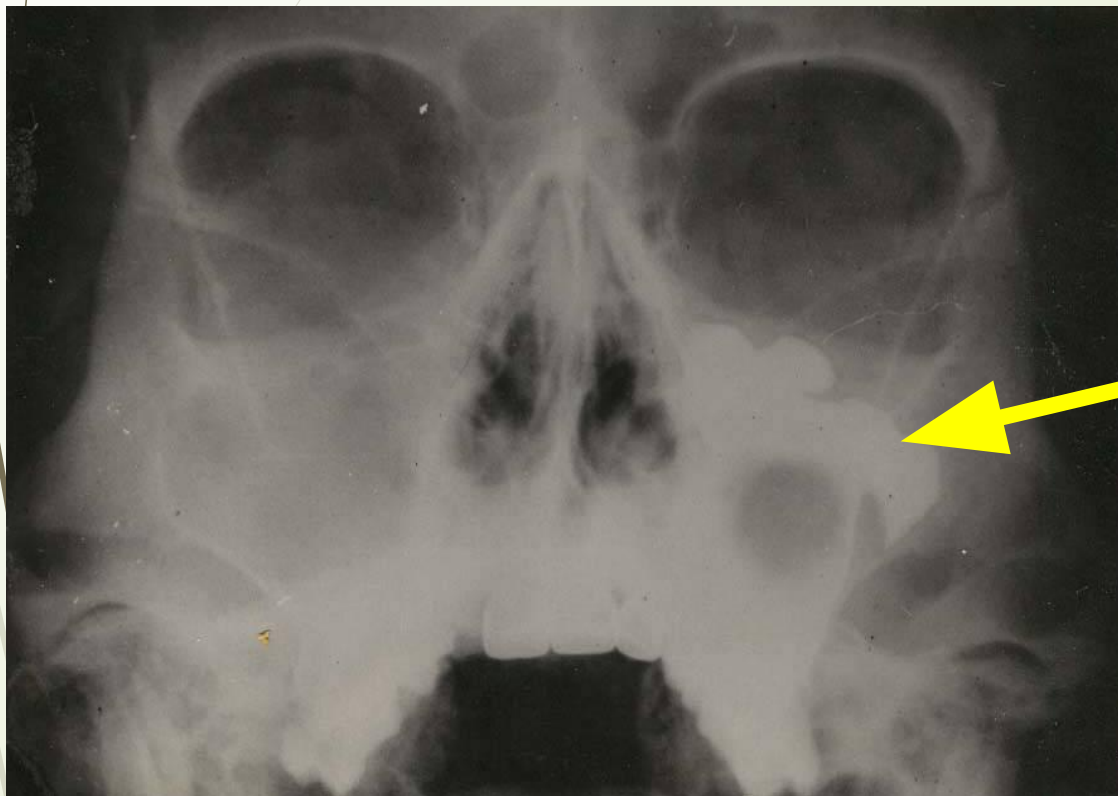
Краевое (пристеночное) набухание слизистой оболочки гайморовой пазухи слева

Диагностика одонтогенных гайморитов



Резкое
утолщение
слизистой
оболочки всех
стенок верхне-
челюстной
пазухи слева
(контрастная
рентгенография)

Диагностика одонтогенных гайморитов



В левой верхне-
челюстной пазухе
йодолипол. Хорошо
вырисовывается киста
вросшая в синус.

Диагностика одонтогенных гайморитов



На срезе компьютерной томограммы определяется гомогенное затемнение левой гайморовой пазухи

Сравнительная характеристика объективных клинических признаков одонтогенных и риногенных гайморитов (Ю.И. Бернадский)

Дифференциально-диагностический фактор	Проявление указанного признака при гайморитах	
	Одонтогенных	Риногенных
Источник инфекции	Гангренозный зуб (периодонтит), нагноившаяся киста, остеомиелит верхней челюсти	Воспаление слизистой оболочки носа, решетчатого лабиринта, лобной полости, гематогенная инфекция
Локализация преимущественного (первичного и последующего) поражения слизистой оболочки полости	Прежде всего, в области дна полости и ее передней стенки; часто хронический одонтогенный гайморит носит характер ограниченного воспаления в указанных зонах	Прежде всего, на внутренней стороне полости и постепенно распространяется на всю полость
Вовлечение костного вещества верхней челюсти в воспаление	Обычно имеет место	Обычно не наблюдается
Поражение других синусов (наряду с поражением верхнечелюстной полости)	Нет, протекает изолированно	Обычно имеет место сочетания двухстороннего гайморита с другими синуситами

Сравнительная характеристика объективных клинических признаков одонтогенных и риногенных гайморитов (Ю.И. Бернадский)

Дифференциально-диагностический фактор	Проявление указанного признака при гайморитах	
	Одонтогенных	Риногенных
Гнойные выделения в среднем носовом ходе	Могут отсутствовать	Обязательно наблюдаются при гнойных формах
Свищевые ходы в полости рта	Могут иметь место (после удаления зуба) в результате секвестрации альвеолярного отростка	Отсутствуют всегда
Гнойные выделения из верхнечелюстной пазухи через свищ в альвеолярном отростке	Могут иметь место	Отсутствуют
Эффективность консервативной терапии (пункция-промывание)	Весьма редко приводит к выздоровлению или улучшению	Часто приводит к выздоровлению, либо улучшению
Эффективность хирургического лечения	Гайморотомия с удалением одонтогенного источника инфекции и секвестров приводит, как правило, к стойкому выздоровлению	Оперативное лечение часто оказывается безуспешным и приводит к рецидивам, т.к. источник инфекции в носовой полости и других синусах

Информация к размышлению

Одонтогенный гайморит 4,3% из всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; Одонтогенный гайморит 4,3% из всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; Диагноза поставлен на основе клинически данных 80%; Диагноза поставлен на основе клинически данных 80%; Диагностические ошибки при постановки диагноза составляют 10-15%; Диагностические ошибки при постановки диагноза составляют 10-15%; Адекватная помощь оказывается в основном после возникновения первых признаков заболевания. Адекватная помощь оказывается в основном после возникновения первых признаков заболевания.

Лечение одонтогенных гайморитов

- Лечение острого ОГ должно быть комплексным. Обязательно удаляют зуб – источник инфицирования пазухи. В случаях острого ОГ, возникшего в результате осложнения периостита, остеомиелита или нагноившейся кисты верхней челюсти, дополнительно рассекают ткани в области верхнего свода преддверия рта и дренируют гнойный очаг.
- Для улучшения оттока экссудата в полость носа вводят сосудосуживающие препараты. При отсутствии уверенности в том, что при такой терапии происходит эвакуация всего содержимого пазухи необходим прокол пазухи через нижний носовой ход с последующим ее промыванием растворами антисептиков

Лечение одонтогенных гайморитов

- Антибиотикотерапия,
- Десенсибилизирующая терапия,
- Противовоспалительная терапия,
- Физиотерапия (электрическое поле УВЧ, СВЧ, инфракрасный лазер).

Лечение одонтогенных гайморитов

Хронические гаймориты.

Цель лечения хронического одонтогенного гайморита заключается в том, чтобы устранить причину, вызвавшую гайморит, тщательно удалить патологически измененную слизистую оболочку из верхнечелюстной пазухи, облегчить свободный отток экссудата из синуса, обеспечив аэрацию его и проведение рационального последующего лечения.

Лечение одонтогенных гайморитов

Стойкие формы хронического одонтогенного гайморита редко поддаются консервативной терапии даже при создании хорошего оттока экссудата и требуют радикальной операции.

Наиболее распространенным эффективным методом хирургического лечения гайморитов в настоящее время считается радикальная *гайморотомия по Колдуэллу-Люку*.

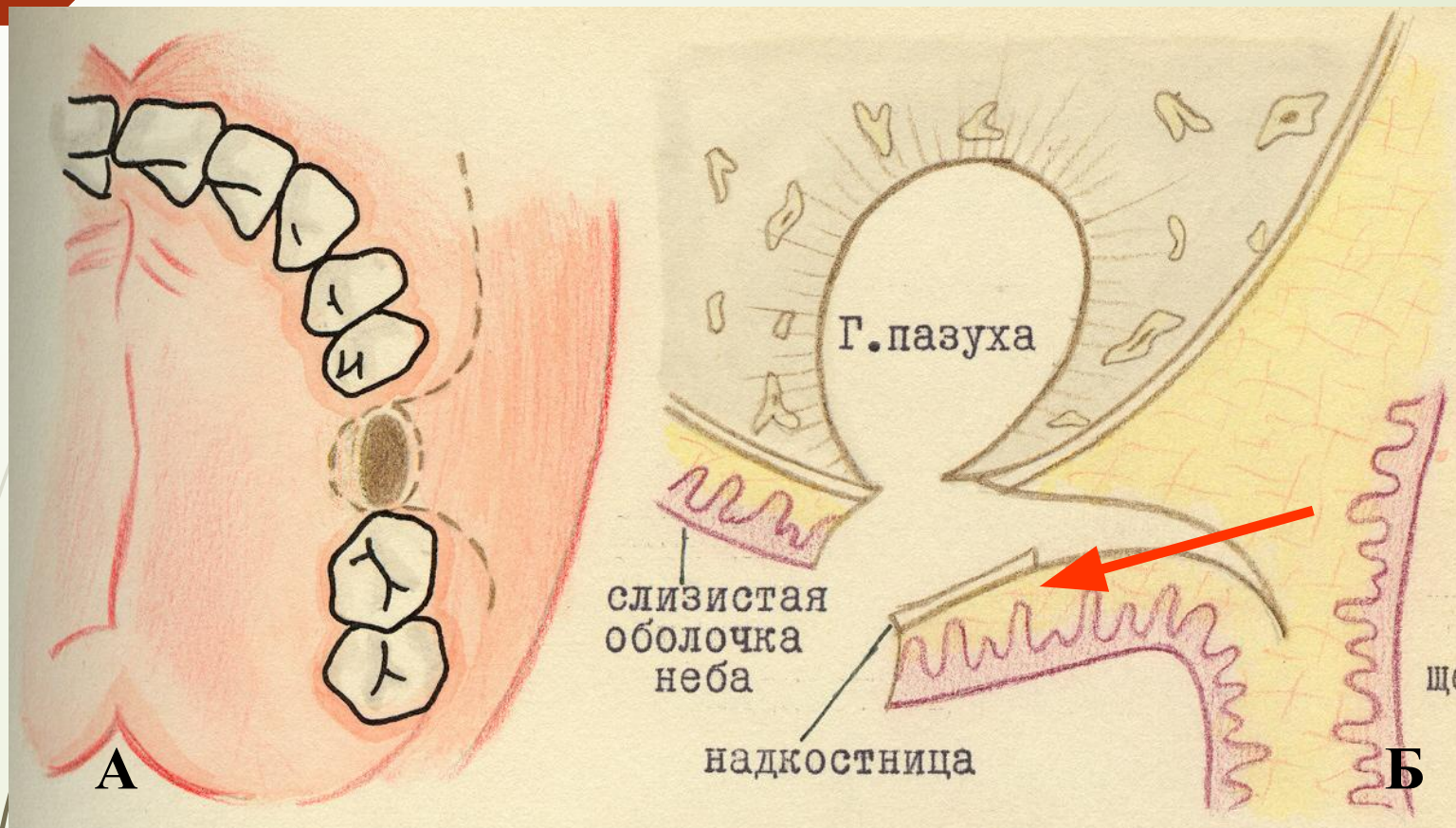
В 1893 году американец Caldwell и в 1897 году француз Лис независимо друг от друга описали метод хирургической операции на верхнечелюстной пазухе с целью ликвидации воспалительного процесса.

Лечение одонтогенных гайморитов

Основными этапами операции по Колдуэллу-Люку считают:

- резекцию переднебоковой стенки;
- эвакуацию из верхнечелюстной пазухи гноя;
- удаление полипов, патологически измененной слизистой оболочки;
- образование широкого соустья верхнечелюстной пазухи с нижним носовым ходом.

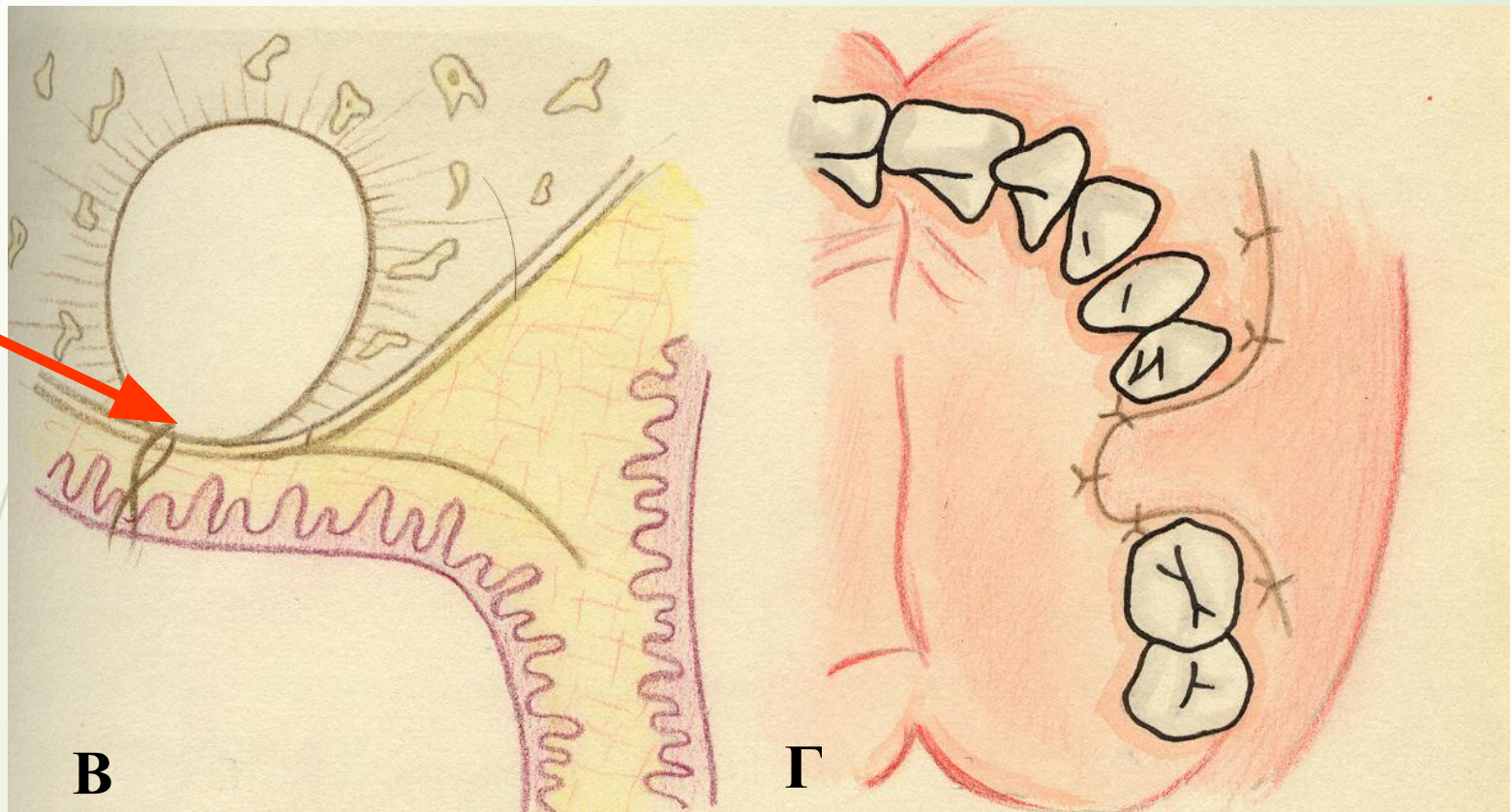
Пластическое закрытие перфорационного отверстия щечно-десневым лоскутом



А - линия разреза для взятия лоскута с широким основанием

Б - пересечение надкостницы для мобилизации лоскута и перекрытия дефекта

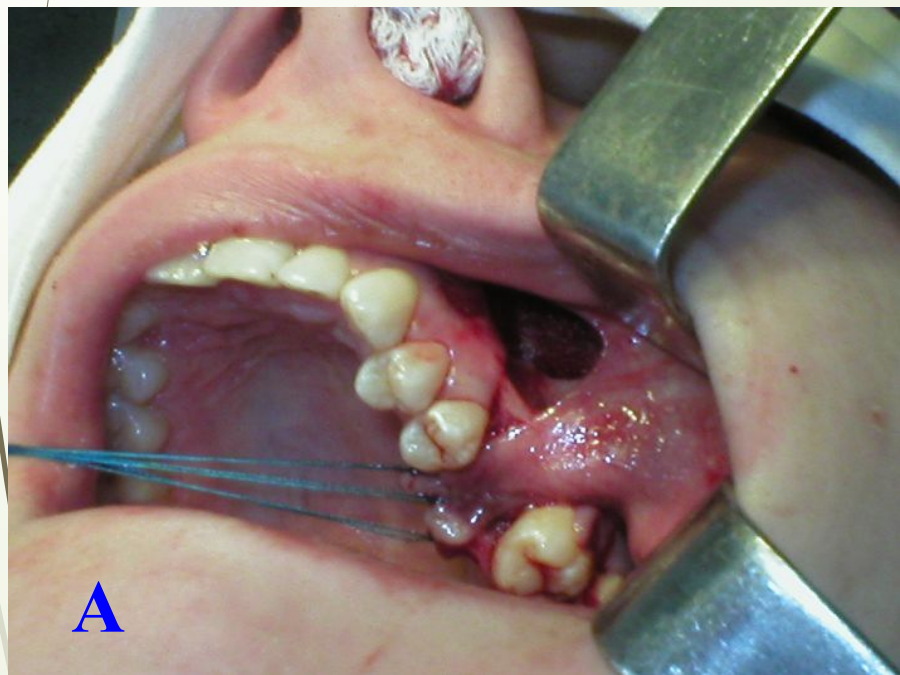
Пластическое закрытие перфорационного отверстия щечно-десневым лоскутом



В - закрытие дефекта. Конец слизисто-надкостничного лоскута лежит на костной основе.

Г - наложение швов

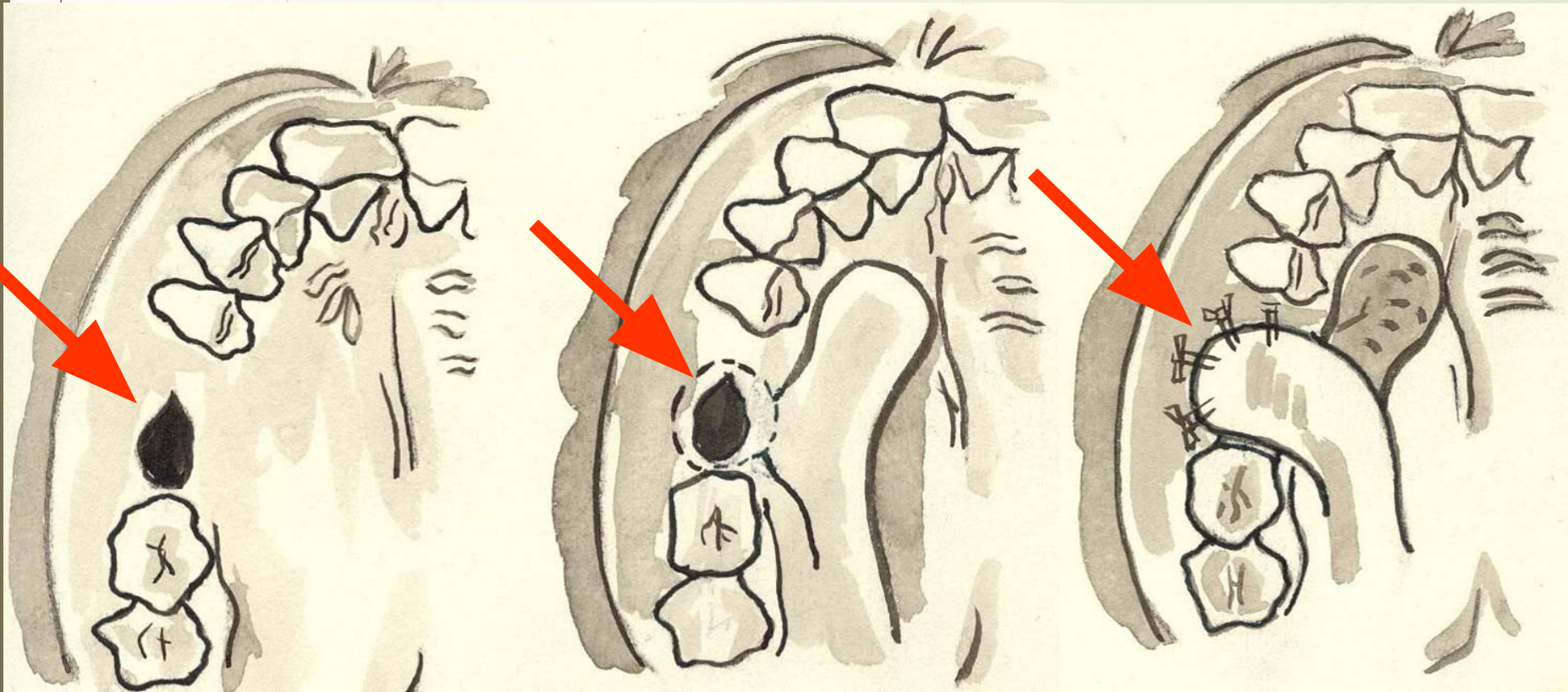
Пластическое закрытие перфорационного отверстия щечно-десневой лоскутом



А – слизистый щечно-десневой лоскут мобилизован и уложен на лунку лунку 26 зуба

Б – рана ушита шелком

Пластическое закрытие перфорационного отверстия слизистой-надкостничным лоскутом с твердого неба (по Лимбергу А.А.)



Лоскут взят в виде «пистолетной ручки»



Гайморотомия Денкера

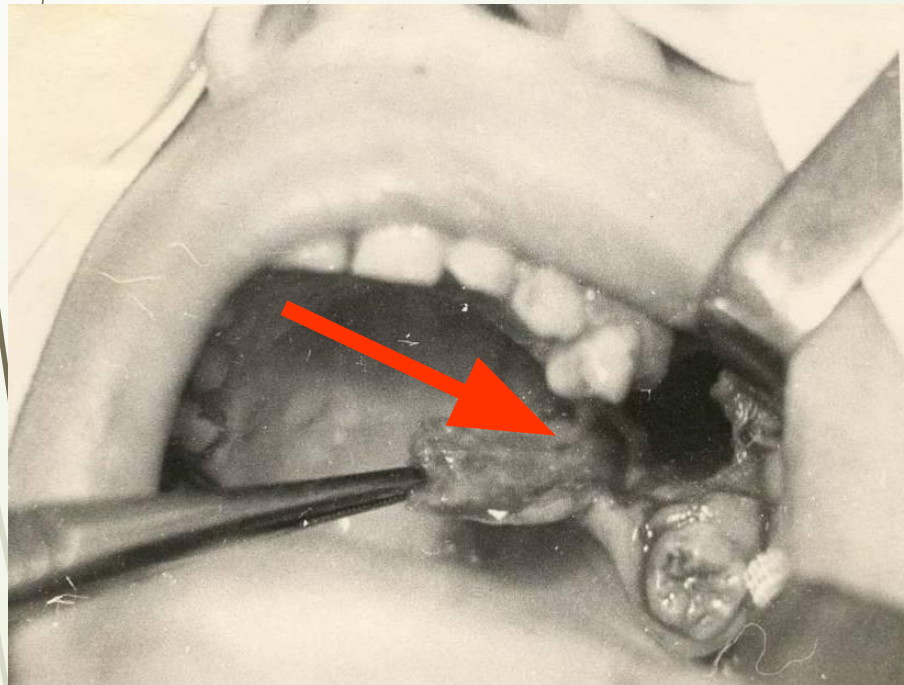
- Операция Денкера (или гайморотомия по Деннкеру) – это экстраназальная манипуляция, хирургически верхнечелюстная пазуха вскрывается через ее фронтальную (лицевую) стенку. Последовательность действий не сильно отличается от метода Кладвелла-Люка. Принципиальным различием есть место оперативного доступа. В данном случае трепанация производится через переднюю стенку (как для правой, так и для левой пазух), что дает больше простора хирургу и возможность более радикального лечения. Так, киста правой гайморовой пазухи, особенно на задней ее стенке, требует удаления края грушевидного отверстия и боковой стенки нижнего носового хода.



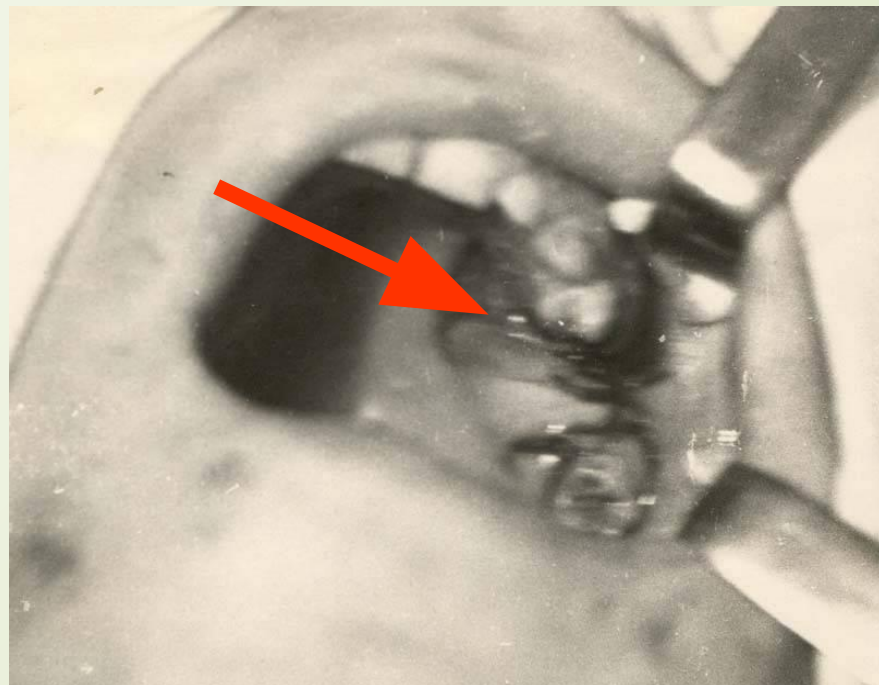
Гайморотомия Денкера

- Конечно, операция является сильно травматичной. Это и является ее основным недостатком. Однако только при таком оперативном доступе становятся возможными свободные манипуляции на задней стенке пазухи.

Пластическое закрытие перфорационного отверстия слизистой-надкостничным лоскутом с твердого неба (по Лимбергу А.А.)



А



Б

А - взятие слизисто-надкостничного лоскута

Б - закрытие дефекта альвеолярного отростка

Назубная защитная пластинка из самотвердеющей пластмассы



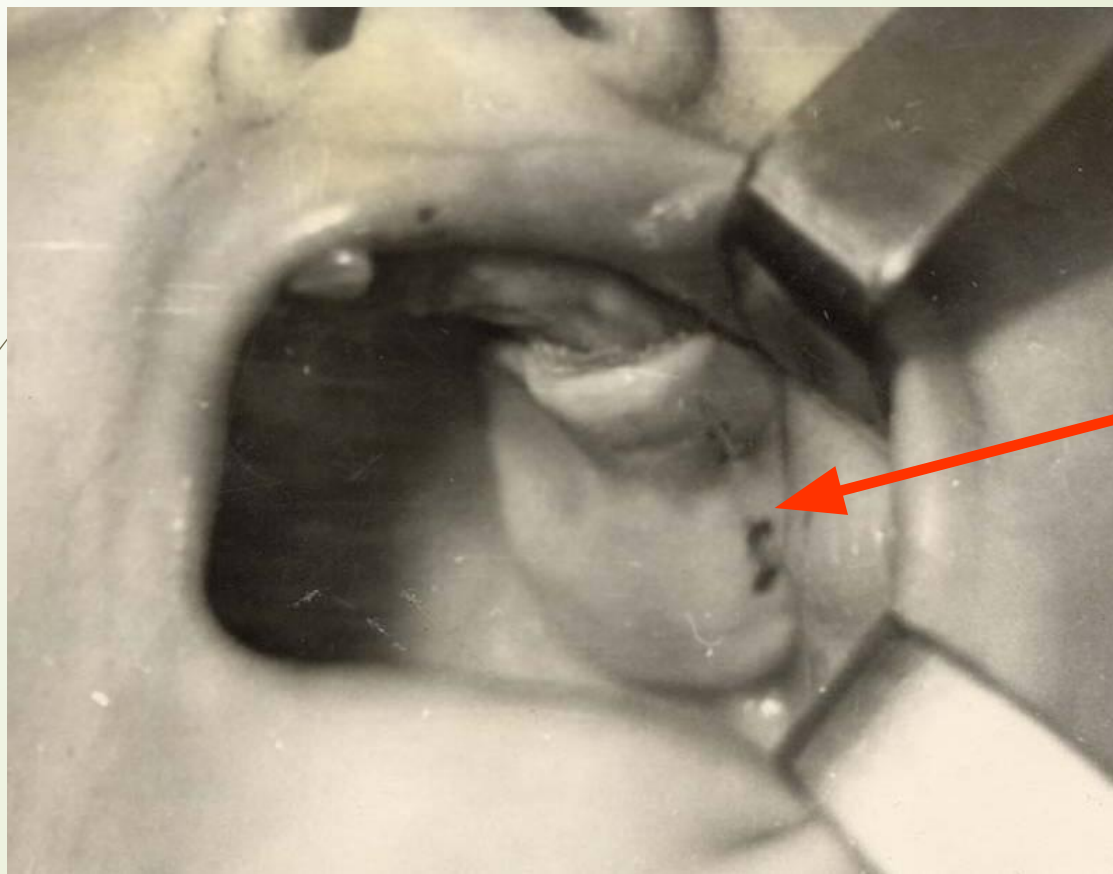
А



Б

А - наружная сторона
Б - внутренняя сторона

**Защитная пластинка из
самотвердеющей пластмассы
фиксированная пластиночными швами**

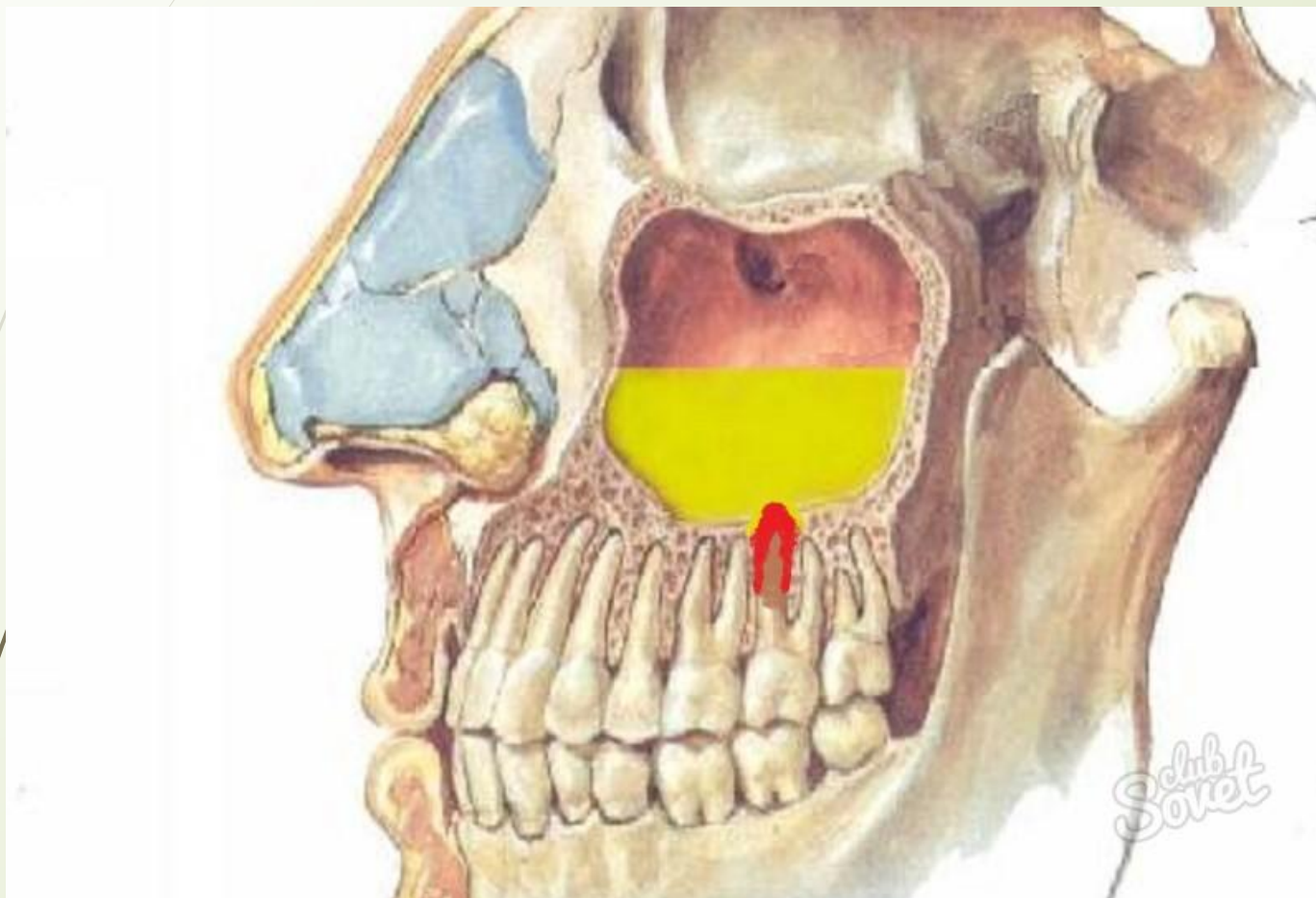


Вид в полости рта

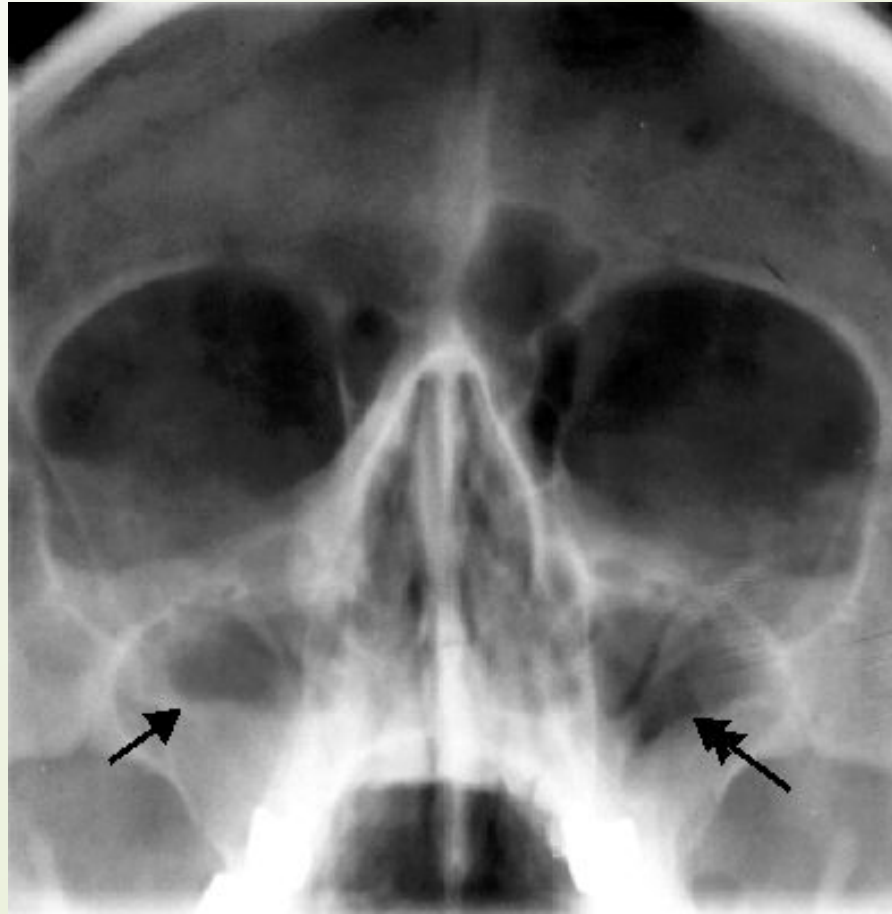
Рентгенограмма. Гайморит слева.



Одонтогенный гайморит



Острый гайморит



Одонтогенный гайморит



ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика одонтогенных гайморитов заключается в качественной работе стоматолога-терапевта, контроль лечения рентген-снимками, оценка возможностей лечения рядом расположенных зубов и их качественное лечение

Перфорация и свищевой ход верхнечелюстной пазухи.

- Свищевым ходом (свищем) называется канал, который соединяет место воспаления с какой-либо полостью и создает отток воспалительной жидкости (экссудата) или гноя. Это защитная реакция организма: выведение токсических (отравляющих) продуктов, вырабатываемых микробами.



Перфорация и свищевой ход верхнечелюстной пазухи.

- Свищи, которые образуются на десне при воспалениях зубов или костной ткани челюсти чаще всего открываются во рту, но могут и на лице, повредив щеку, и в гайморовой пазухе. Процесс идет таким образом: разрастающиеся грануляции разрушают ткани, окружающие зуб, потом повреждают слизистую оболочку рта, обычно на уровне верхушки зуба и получается свищевой ход. Грануляции – это молодая очень активно растущая ткань, замещающая погибший участок ткани в ранах или очагах воспаления, богатая кровеносными сосудами и делящимися клетками. В избытке грануляции тормозят заживление.
- Свищ обнаруживается в виде припухлости с ранкой по центру, из которой временами сочится жидкость или выделяется гной.

Профилактика свища

Профилактикой может быть только своевременное и качественное лечение зубов и осмотры у стоматолога два раза в год.

Раз в несколько лет доктор посоветует вам сделать диагностические снимки ранее леченых зубов (с запломбированными каналами), чтоб предупредить возможные осложнения на ранних стадиях.

Диагностика свища

- На свищ вы чаще всего сами указываете врачу, когда оказываетесь в кресле, или стоматолог обнаружит его при осмотре. Чтобы определить, что именно вызвало образование свища и выявить особенности свищевого хода, делают рентгеновский снимок.



Лечение свища

- Как же лечить свищ? Лечить нужно в первую очередь причину образования свища, тогда он, скорее всего, благополучно заживет сам.
- Но иногда требуется хирургическое удаление свища при слишком разросшихся грануляциях и пересечении грануляционных тяжей.

Обратная связь

Ребенку 13 лет 6 мес. Из анамнеза: 26 был лечен по поводу осложненного кариеса более года тому назад, после чего, зуб периодически беспокоил. К врачу не обращался. Три дня тому назад вновь появилась боль в этом зубе и в других зубах верхней челюсти слева, иррадиирующая в височную область. Появилась заложенность левой половины носа, гнойные выделения из ноздри слева (особенно при наклоне головы вперед), общая вялость, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$. Объективно: мягкие ткани щеки слева отечны, болезненна при пальпации. Перкуссия 26 резко положительная. Зуб подвижен. Болезненность при перкуссии 23, 24, 25 и 27 интактных зубов. Слизистая оболочка слегка цианотична. В крови — лейкоцитоз, СОЭ увеличена, увеличено число палочкоядерных лейкоцитов. Укажите возможные дополнительные методы обследования больного.



???

**Ваш предварительный
диагноз?**

???



Диагноз

**Одонтогенный гайморит от 26
зуба.**



ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

□ Прогноз для жизни хороший. При правильном лечении наступает выздоровление. Возможные осложнения острого одонтогенного гайморита: переход в хроническую форму; периостит или остеомиелит верхней челюсти; абсцесс или флегмона клетчатки глазницы; переход воспаления на лобную пазуху, решетчатый лабиринт; флебит (воспаление) вен лица, орбиты, пещеристой и верхней продольной внутричерепных пазух; абсцессы мозга; менингит; сепсис.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1. Хирургическая стоматология: Учебник /Под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2002. – 59 п.л.
- 2. Дьёрдь Сабо Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области. – Киев: Книга плюс. – 2005. – 302 с.
- 4. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта челюстей, лица и шеи М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 232 с. (2-е изд., перераб. и доп.) ISBN 5-89481-207-0
- 5. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с.
- 6. Operative Oral and Maxillofacial Surgery John Langdon, Mohan Patel, Peter Brennan, Robert A. Ord. Hodder Arnold. 2011
- 7. Essentials of Oral and Maxillofacial Surgery Lars Andersson, Karl-Erik Kahnberg, M. Anthony Pogrel. Wiley-Blackwell (an imprint of John Wiley & Sons Ltd) 2014.
- 8. Oral and Maxillofacial Diseases. Crispian Scully, Stephen Flint, Stephen R. Porter, Khursheed Moos, Jose V. Bagan. Informa Healthcare. 2010
- 9. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. МЕДпресс 2001. – 224 с.
- 10. Differential diagnosis of the giant cell epulis: the malignant melanoma of the oral mucosa: A. Koch, C Boldt, G. Hilge, U. Schüttrumpf. (Mund Kiefer GesichtsChir 1998; 2: 160–162). British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 36, Issue 4, p315