

Одонтогенный гайморит. Перфорации и свищи верхнечелюстного синуса. Принципы диагностики и лечения

Подготовил: Вансванов М.И
Алматы 2011г..

Гайморит одонтогенный - воспаление стенок верхнечелюстной пазухи, возникновение которого связано с распространением инфекционно-воспалительного процесса из очагов одонтогенной инфекции верхней челюсти либо с инфицированием пазухи через перфорационное отверстие, появляющееся после удаления зуба.

Одонтогенный гайморит составляет 25-40% всех гайморитов

По Бонсдорфу наибольшее отстояние дна гайморовой полости от корней 7/7 на 1,3 мм., 8/8 — 2,3 мм., 3/3 — 7,1 мм., 54/45 — 7,6 мм.

В зависимости от степени пневматизации полости различают два крайних типа:

- 1. Пневматический тип, при котором воздушная полость большая. Костные стенки тонкие. При этом типе верхней челюсти дно полости может достигнуть 15 мм. В ширину и находится на 11 мм. ниже дна носовой полости.
- 2. Склеротический тип, при котором полость маленькая. Пространство между гайморовой пазухой и луночками зубов заполнена толстым слоем губчатого вещества.

- Между этими 2 крайними типами имеется переходные формь.. Объем пазухи значительно варьирует: по Брюлю — 10,5 кубических сантиметров, по Якову — 11-12 кубических сантиметров, по Шюрха- от 5 до 29 кубических сантиметров. Бывают многокамерные пазухи (Свержевский, Губер, Альбрехт).

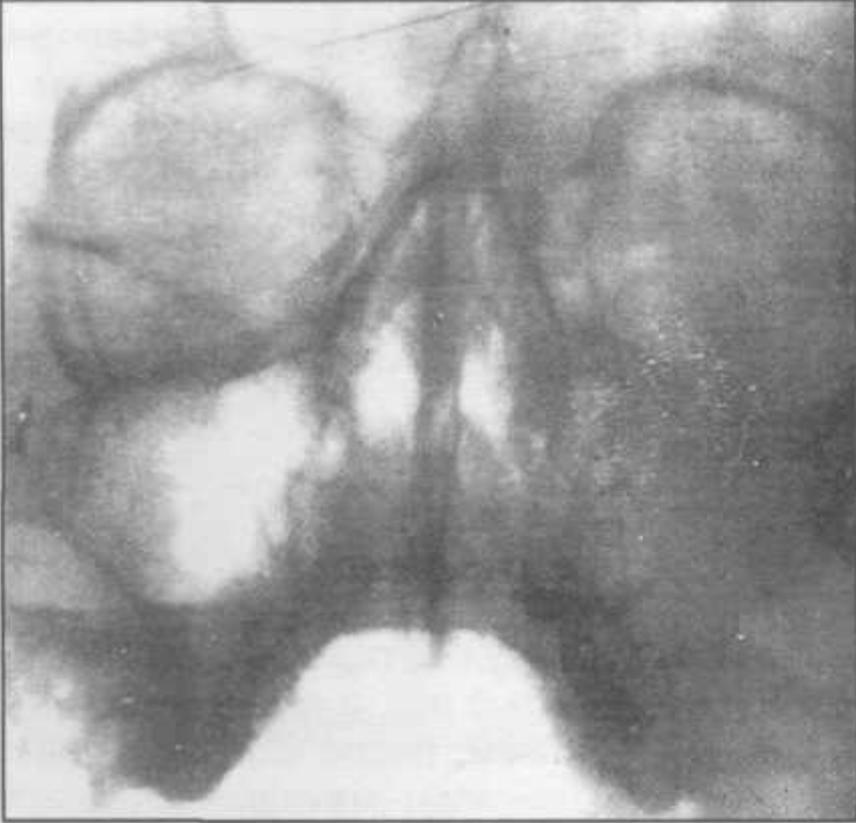
- Возбудителем одонтогенного гайморита являются разнообразные микроорганизмы, вегетирующие в очагах одонтогенной инфекции и полости рта: стафилококки, стрептококки, энтерококки, диплококки, грамположительные и грамотрицательные палочки в виде монокультуры или различной ассоциации перечисленных микроорганизмов.

1. Распространение инфекции из воспаленного периодонта.

- Ю.И. Вернадского :
- Первое место - 6/6 (35,5%)
- Второе место - 7/7 (15,5%)
- Третье место - 5/5 (9,7%)

Переход одонтогенного очага на слизистую гайморовой пазухи может происходить по лимфатическим путям, по нервной, сосудистой системам. (Уваров, Ливов).

Этиология



6)

- 2. Следующий очаг воспаления — это остеомиелиты верхней челюсти (острые и хронические), которые составляют по данным Ю.И. Бернадского 16,4% всех этиологических факторов одонтогенного гайморита.
- 3. Следующую группу составляет гаймориты, возникающие вследствие вскрытия пазухи во время оперативного вмешательства на альвеолярном отростке.

Компьютерная томография

пазухи:

До лечения



После
эндодонтического
лечения

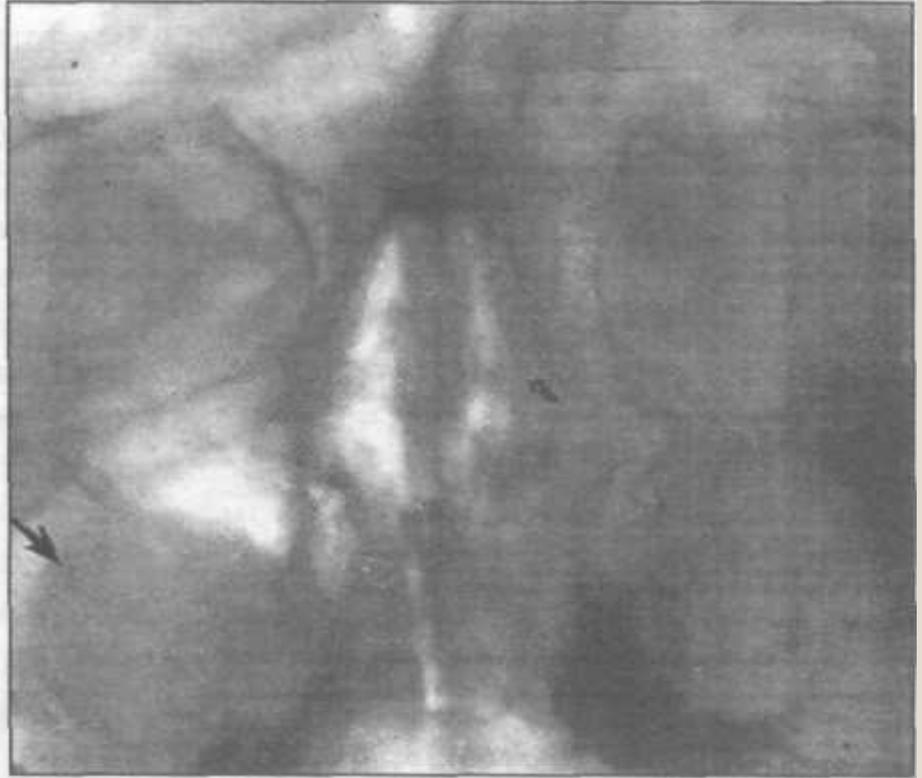


Д.С. Танфильев классифицирует перфорацию верхнечелюстной пазухи следующим образом:

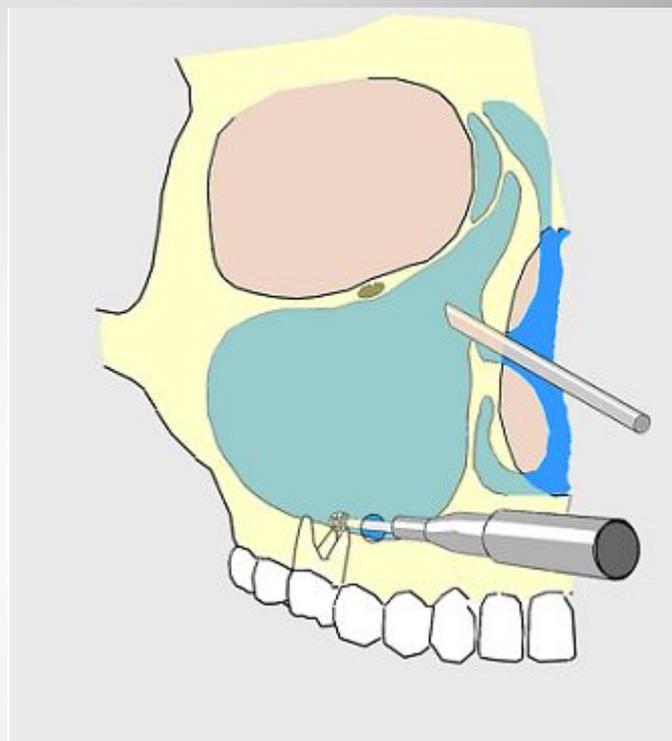
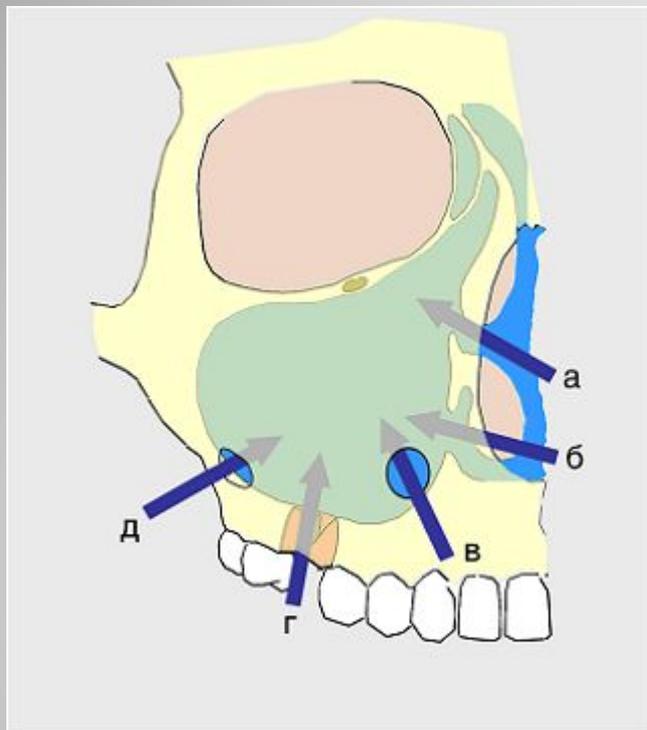
- а) одонтогенные перфорации (после операции удаления зубов, резекции верхушки корней, операций по поводу кист верхней челюсти и по поводу гайморитов);
 - б) перфорации при специфических поражениях верхней челюсти;
 - в) перфорации вследствие опухолей;
 - г) травматические и огнестрельные перфорации.
- Несомненно, что вскрытие верхнечелюстной полости чаще всего непосредственно связано с операцией удаления зуба. По данным Уварова, такие гаймориты составляют более 50%, а по данным Губ айдуллина — от 80 до 90% всех одонтогенных гайморитов.



- 4. Нередко в патогенезе гайморитов играют роль кисты, вросшие в пазуху, что составляет 15,7% по Вернадскому. Кисты, расположенные в области коренных зубов верхней челюсти постепенно врастают в область пазухи и разрушают костную стенку, иногда занимая всю полость. Затем они нагнаиваются. Клиника развивается очень медленно
- 5. Немаловажную роль в патогенезе гайморита играют инородные тела, попавшие в верхнечелюстную пазуху. По данным Штейна (1928), В.М. Уваров (1962), Ю.И. Бернадского (1968) в пазуху могут быть протолкнуты инородные гнилые массы (распад пульпы), Миллеровские иглы, пульпоэкстракторы, боры и др. Сюда же относится и проталкивание в нее корней зубов.



- М.К. Даль и п.М. Пугач картину поражения слизистой оболочки подразделяют на три основные формы.
- Первая форма: превалирование явлений экссудации. При этом эпителий обычно сохранен, но он фокусно десквамируется с образованием местами поверхностных изъязвлений. В основной ткани слизистой оболочки имеется значительная лимфоидная инфильтрация с большим количеством плазмочитов и Русселевых телец. Кровеносные сосуды расширены. Отмечается значительный отек и разрыхление ткани всех отделов слизистой оболочки.
- Вторая форма характеризуется пролиферативными процессами со стороны эпителия. Экссудация и альтерация имеют подчиненное вторичное значение. Слизистая оболочка полипозная (сосочковые разрастания ее); умеренная пролиферация стромы. Подэпителиально небольшой отек и незначительная лимфоидная инфильтрация.

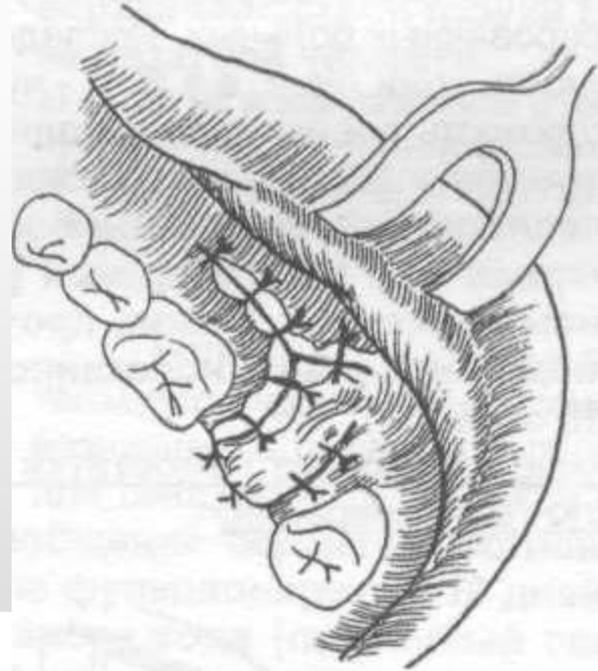
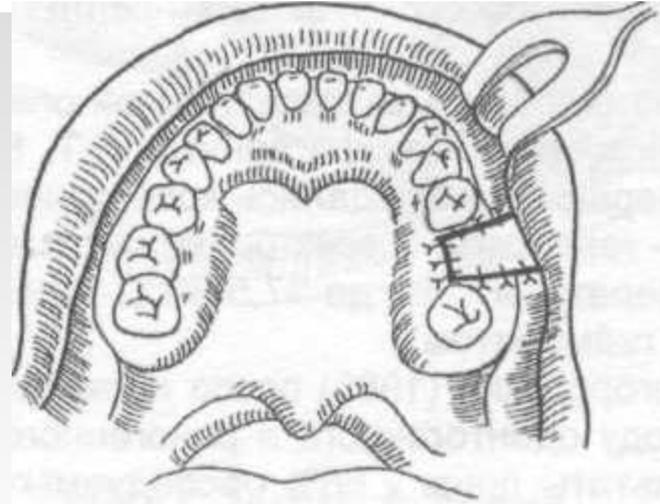
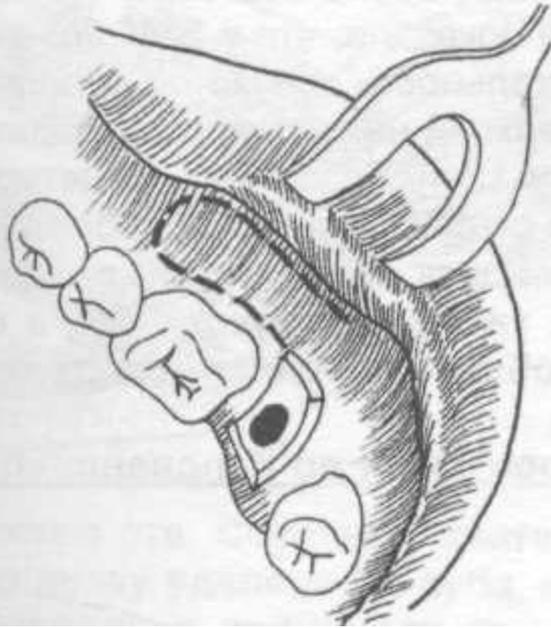
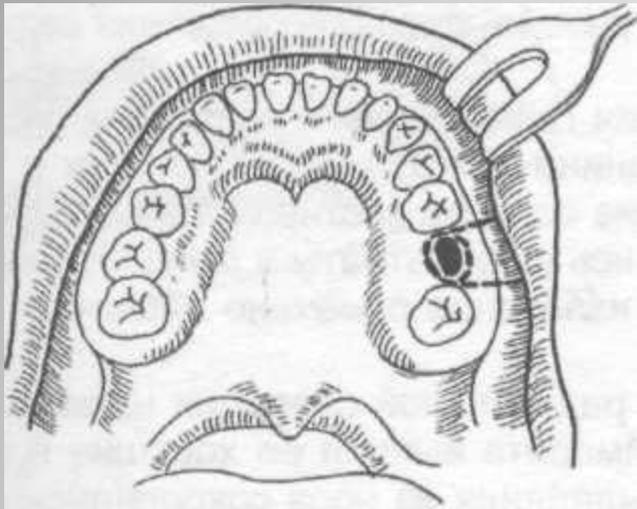


Варианты эндодонтических доступов в верхнечелюстную пазуху

В зависимости от характера, пути проникновения инфекции, патогенеза различают гаймориты: одонтогенные, риногенные, гематогенные и травматические (пути проникновения инфекции)

- Г.Н. Марченко (1966) предлагает следующую клиническую классификацию:
- 1. Закрытая форма: а) гаймориты на почве хронических периодонтитов; б) гаймориты на почве нагноения одонтогенных кист, вросших в пазуху.
- 2. Открытая форма: а) перфоративные гаймориты; б) гаймориты вследствие осложнения остеомиелитов.

По клиническому течению различают формы одонтогенных гайморитов: острые и хронические.



a)

b)