

**ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ,
ОРОАНТРАЛЬНІ СПОЛУЧЕННЯ.
ЕТІОЛОГІЯ, КЛІНІКА,
ДІАГНОСТИКА, ПОКАЗАННЯ І
СПОСОБИ ЇХ ОПЕРАТИВНОГО
ЛІКУВАННЯ. ПРОФІЛАКТИКА
УСКЛАДНЕНЬ.**

Лектор – Андрій Гоголь – тел.380972795377

План лекції

- Анатомо-функціональні особливості верхньощелепного синусу
- Етіологія, патогенез, класифікація одонтогенного запалення
- Гострий одонтогенний гайморит: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
- Хронічний одонтогенний гайморит: етіологія, клініка, діагностика, способи хірургічного лікування
- Ороантральне сполучення: причинні фактори, діагностика, тактика лікування

Верхньощелепна пазуха

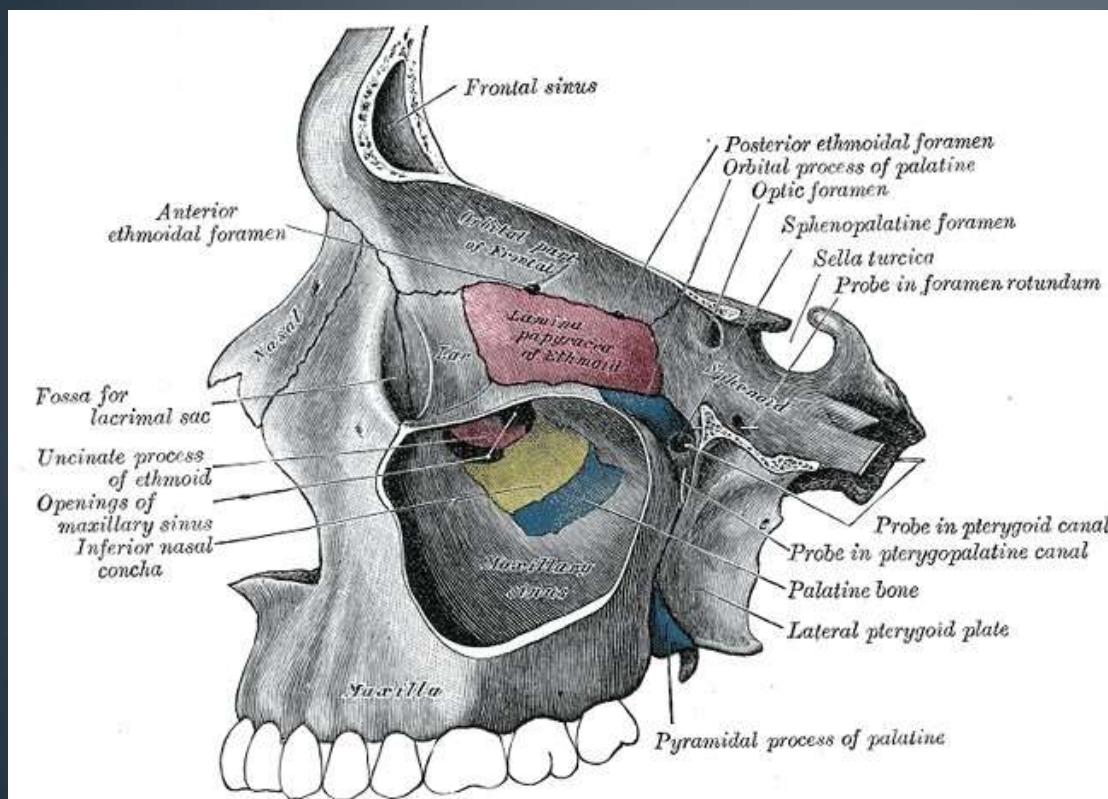
Верхньощелепна пазуха - найбільша з навколоносових пазух.

Це єдина пазуха, який має нефізіологічний, антигравітаційний дренаж. Її об'єм в середньому складає 10-12 см³, варіюючи від 3 до 30 см³.

Залежно від ступеня пневматизації розрізняють пневматичний і склеротичний типи верхньощелепної пазухи.

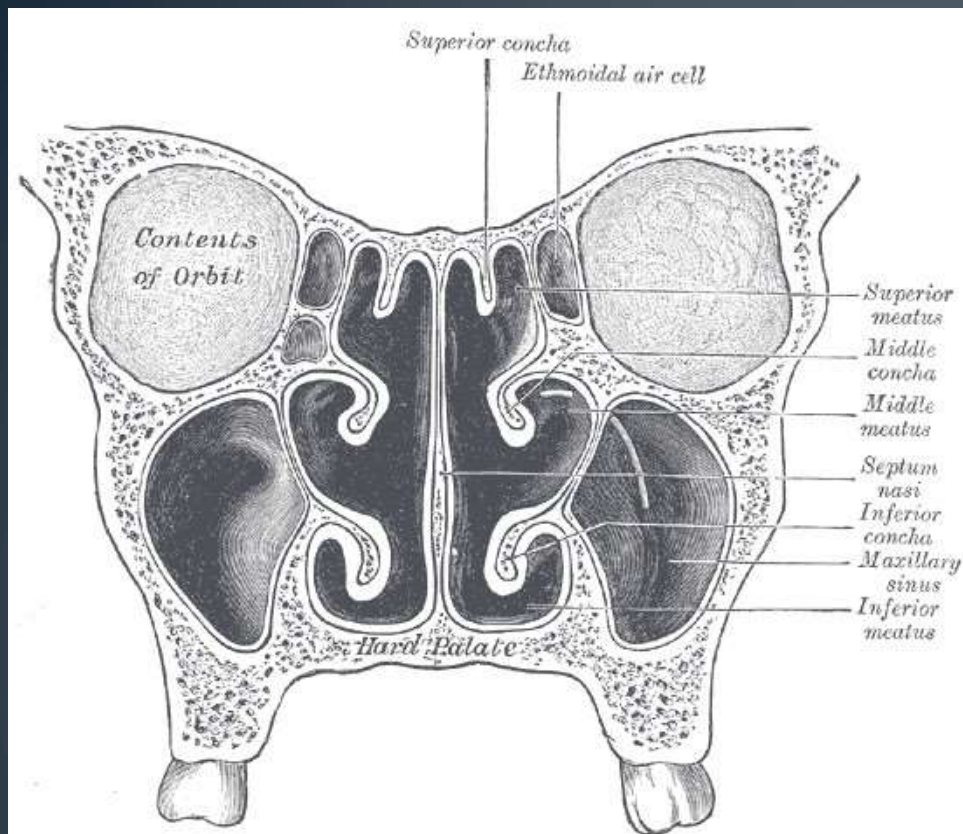
У пазусі розрізняють верхню, внутрішню, передньобоківу, задньобоківу та нижню стінки.

Верхня стінка є найтоншою, особливо в задньому відділі. Нерідко в області нижньої стінки підчорнямкового каналу наявні ділянки, позбавлені кісткової тканини довжиною 2-4 мм.



Центральна частина передньобоквої стінки пазухи в ділянці кликової ямки втиснута. У цьому місці вона особливо тонка (0,2-0,25 мм).

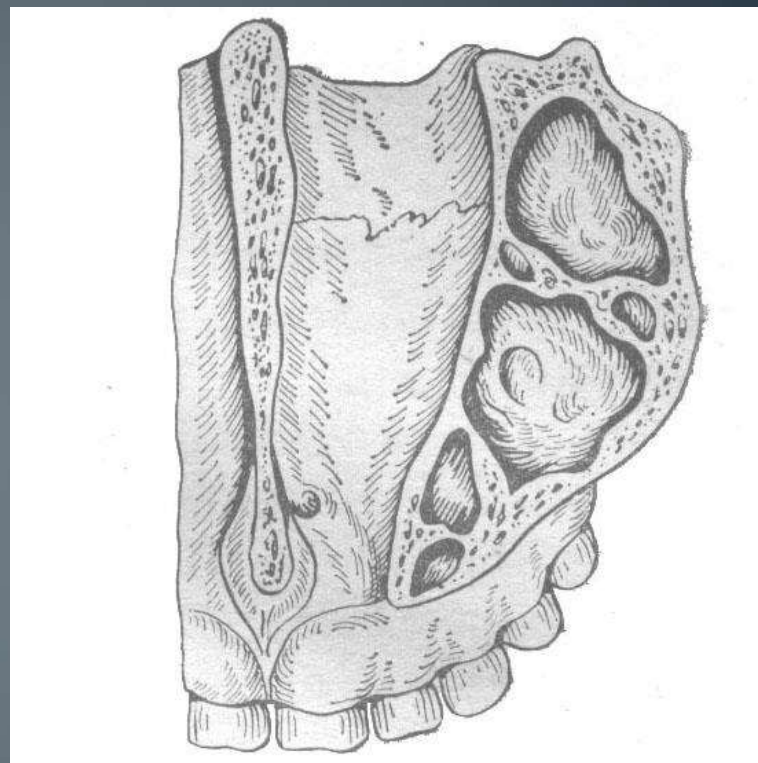
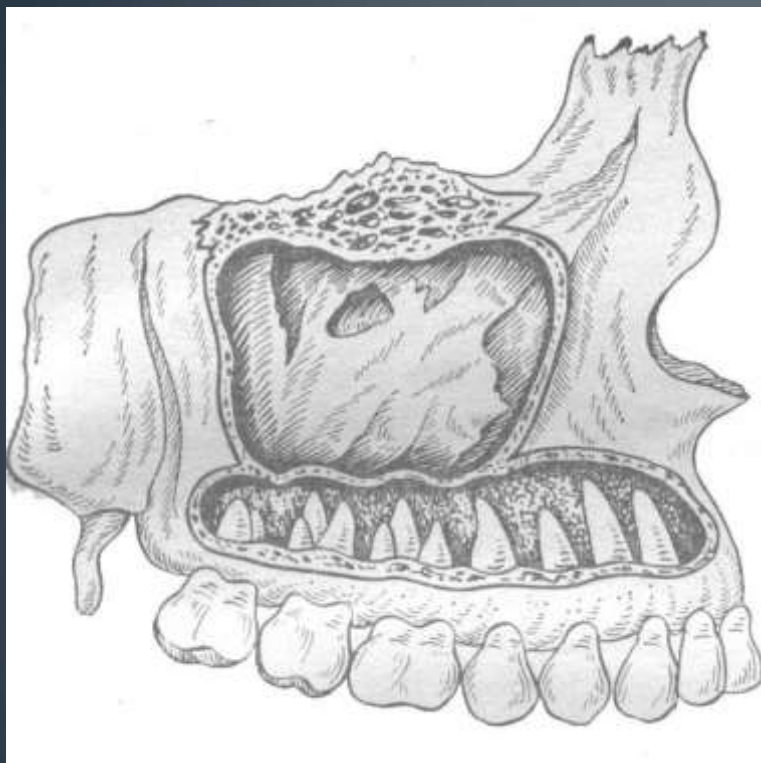
Задньобоккова стінка пазухи бере участь в утворенні крилоподібно-піднебінної ямки.



Внутрішня стінка пазухи відмежовує її від порожнини носа. Вона складається повністю з компакної речовини, найменша товщина її на середині нижнього краю, найбільша – в ділянці передньонижнього кута.

Слизова оболонка верхньощелепних пазух покриває кісткові стінки і складається з трьох шарів: внутрішнього епітеліального, представленого в основному миготливо-циліндричними і зрідка слизистими келихоподібними клітинами, середнього що включає ацинозні слизисті залози, розташовані в стромі, і зовнішнього – щільної сполучної тканини, що прилягає до кістки.

Верхньощелепна пазуха



Одонтогенний гайморит - запальне захворювання слизової оболонки, що вистилає верхньощелепну пазуху.

ЕТІОЛОГІЯ

Одонтогенний гайморит, як і риногенні, викликається гноєрідною інфекцією. Найчастіше збудниками захворювання є золотистий та епідермальний стафілокок, стрептокок, кишкова паличка та інші мікроорганізми.

ПАТОЛОГІЯ, ЩО СПРИЧИНЯЄ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ:

Періодонтит

Остеомієліт верхньої щелепи

Кісти у верхній щелепі, що нагноїлися

Перфорації верхньощелепної порожнини

Корені, що проштовхнуті у верхньощелепну пазуху

Чужорідні тіла

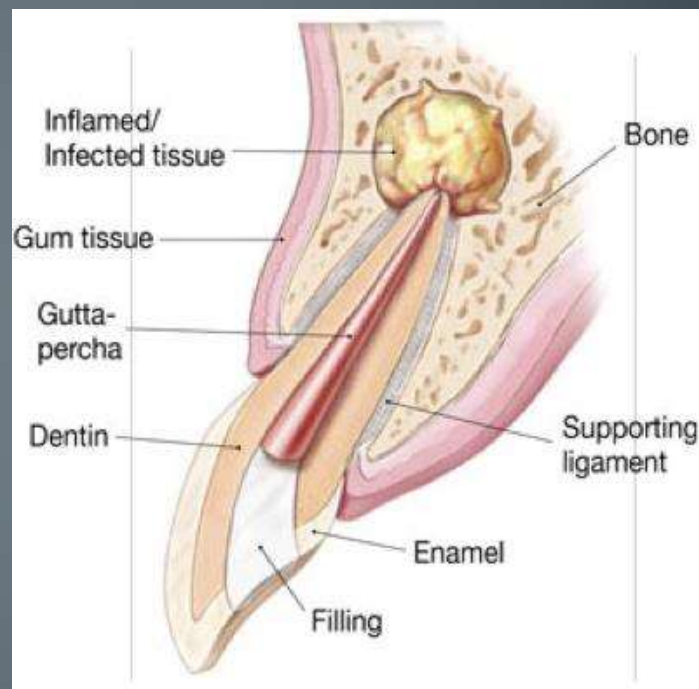
Ретенувані зуби

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез одонтогенного гаймориту пов'язаний з сенсibiliзацією слизової оболонки верхньощелепної пазухи до мікрофлори осередків хронічної одонтогенної інфекції і наступним проникненням в неї з цих осередків мікробів або продуктів їх життєдіяльності, що мають антигенні властивості.

Розвиток осередків хронічної інфекції у верхівковому періодонті верхніх премолярів, молярів, що супроводжується деструкцією кісткової тканини, веде до стоншення шару кістки, що відділяє верхівки коренів цих зубів від верхньощелепної пазухи.

Патогенез



Ця обставина разом з індивідуальними анатомічними особливостями будови (близьке розташування або навіть вистояння верхівок коренів в пазуху) є причиною перфорації дна пазухи при видаленні зубів. Іноді при цьому відбувається проштовхування кореня зуба в пазуху або під слизову оболонку. Перебування інфікованого чужорідного тіла в пазусі призводить до розвитку хронічного запального процесу з вираженою проліферацією її слизової оболонки у вигляді утворення поліпів. Такий же результат може бути при попаданні пломбувального матеріалу в пазуху.

Класифікація

Класифікація гаймориту (Д. І. Тарасов и В. П. Бикова - 1979).

Гострі: серозний, катаральний, фіброзно-гнійний, геморагічний.

Хронічні синусити: нормергічний та гіперергічний (алергічний).

У хронічних синуситах виділяють

- пристінно-гіперпластичні
- поліпозні.

У ці групи входять наступні підгрупи: серозні, катаральні, гнійні (псевдогнійні в розділі гіперпластичних синуситів).

Класифікація одонтогенного гаймориту.

За характером перебігу розрізняють гострий одонтогенний гайморит, хронічний одонтогенний гайморит і загострення хронічного гаймориту.

За патогенезом – гайморит без перфорації та з перфорацією дна верхньощелепної пазухи.

Види перфорацій:

- одонтогенні перфорації (після видалення зубів, резекції верхівок коренів, операцій з приводу кіст і гаймориту);
- перфорації при специфічних ураженнях верхньої щелепи;
- руйнування дна пазухи ростучою пухлиною;
- травматичні перфорації.

Серед так званого перфоративного гаймориту прийнято виділяти гайморит з наявністю чужорідного тіла (корінь зуба, пломбувальний матеріал, ендодонтичний інструмент, елементи внутрішньокісткового імплантату) у синусі.

ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ

Запалення верхньощелепної пазухи може мати гострий, підгострий та хронічний перебіг.

При гострому процесі відмічається набряк, гіперемія слизової оболонки, зменшується об'єм синуса і може закриватися або звужуватись ostium. У підслизовому шарі утворюються псевдокісти. Слизисті залози збільшені, активно виділяють секрет, заповнюючи пазуху.

Через 2 дні катаральне запалення змінюється гнійним. Спостерігається лейкоцитарна інфільтрація слизової оболонки, утворюються окремі мікроабсцеси.

Хронічне запалення синуса може бути обмеженим і дифузним, поліпозним та неpolіпозним. Просвіт заповнений слизово-гнійним або гнійним вмістом. При поліпозному хронічному запаленні на поверхні стінок порожнини видно вибухання, що є поліпозно-грануляційними розростаннями.

ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

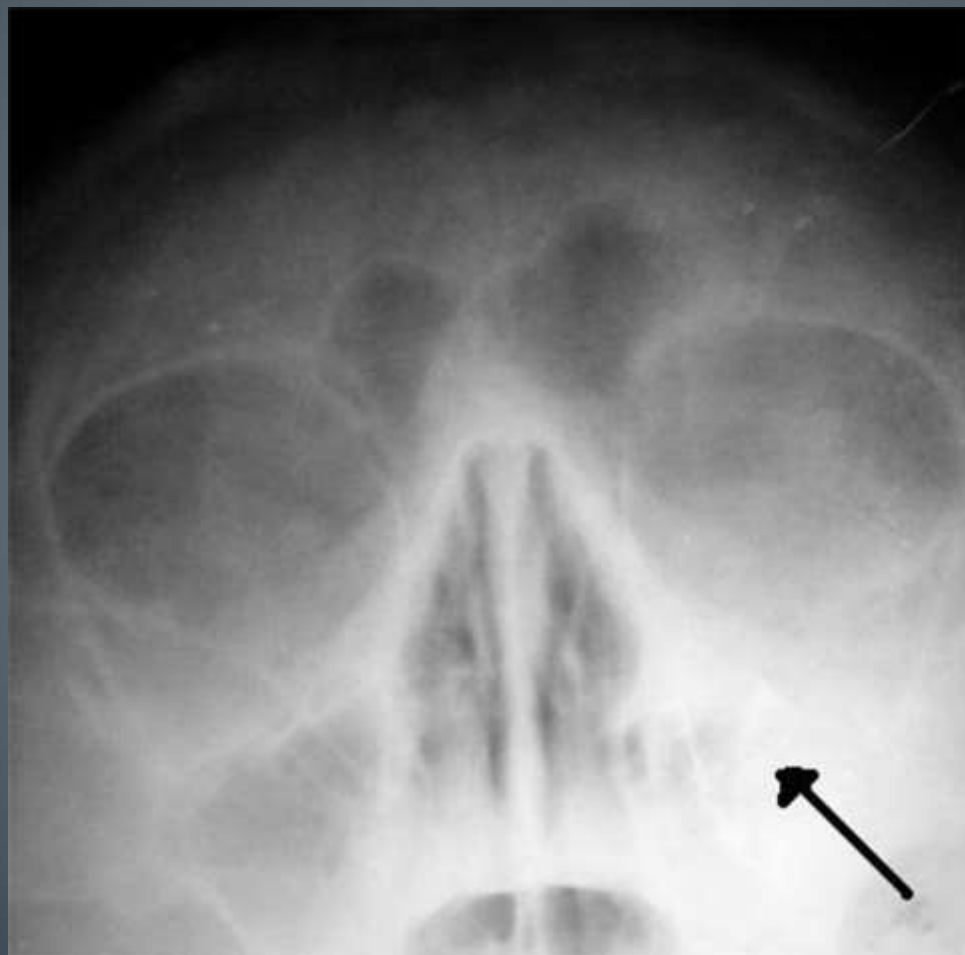
Захворювання протікає при підвищеній температурі тіла, з'являється загальна слабкість, нерідко безсоння. Синусит спочатку супроводжується відчуттям наростаючого тиску і напруження в ділянці ураженої пазухи, одnobічним «закладанням» носа. У тяжких випадках з'являються різкий біль, що іррадіює по розгалуженнях трійчастого нерва в лоб, скроню, око, **зуби верхньої щелепи**. Одонталгії виникають внаслідок залучення до запального процесу альвеолярних гілок верхньощелепного нерва, що проходять в ділянці передньобочкової та задньобочкової стінок пазухи.

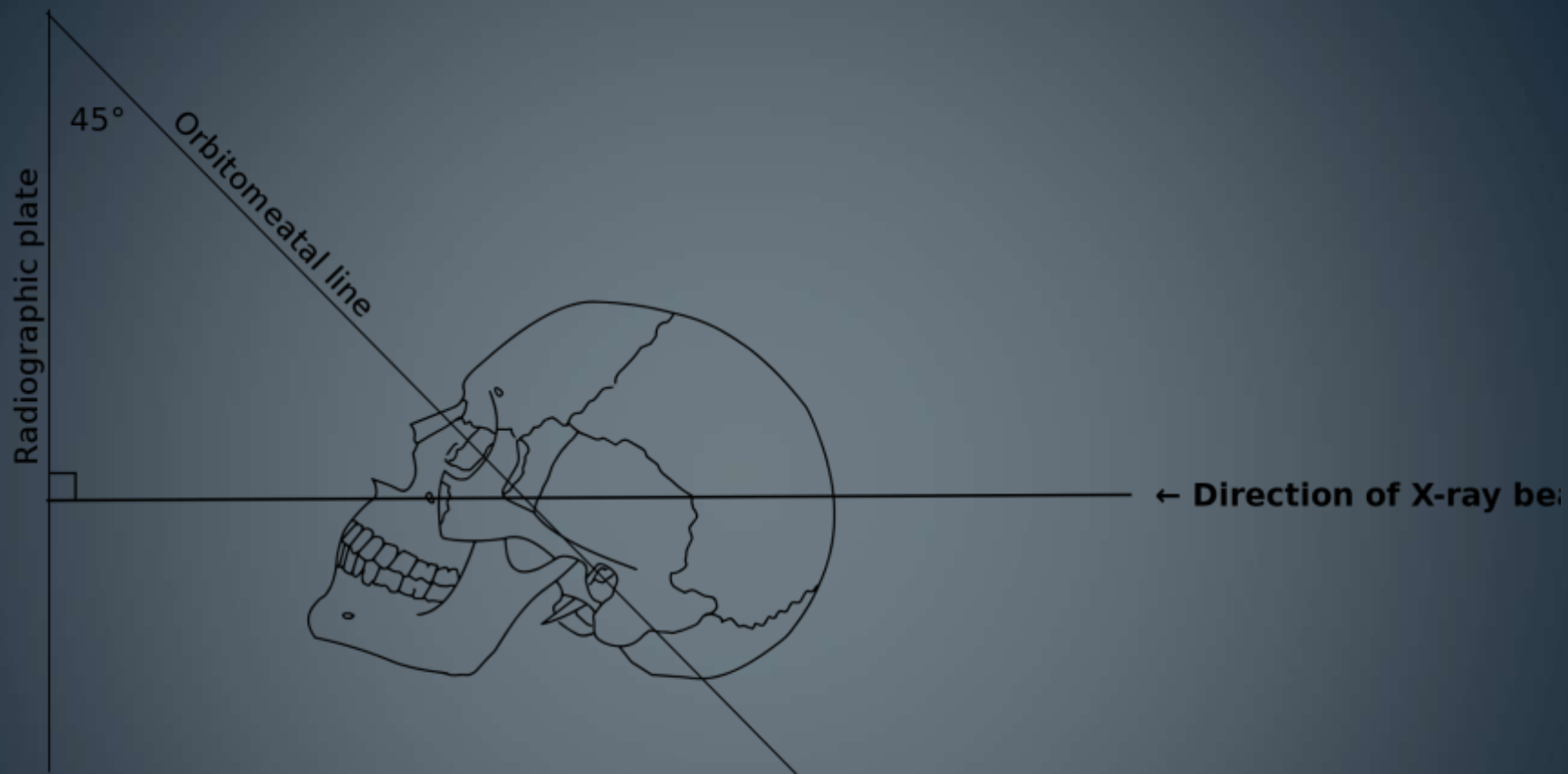
ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Частими симптомами гострого одонтогенного гаймориту є головний біль, гнійні виділення з відповідної половини носа, що посилюються при нахилі голови, болісність при пальпації кликової ямки, а також при перкусії зубів, розташованих в ділянці дна ураженої верхньощелепної пазухи. У ряді випадків з'являється припухання щоки.

При передній риноскопії виявляються набряклість слизової оболонки носа, слизово-гнійні або гнійні виділення в середньому носовому ході.

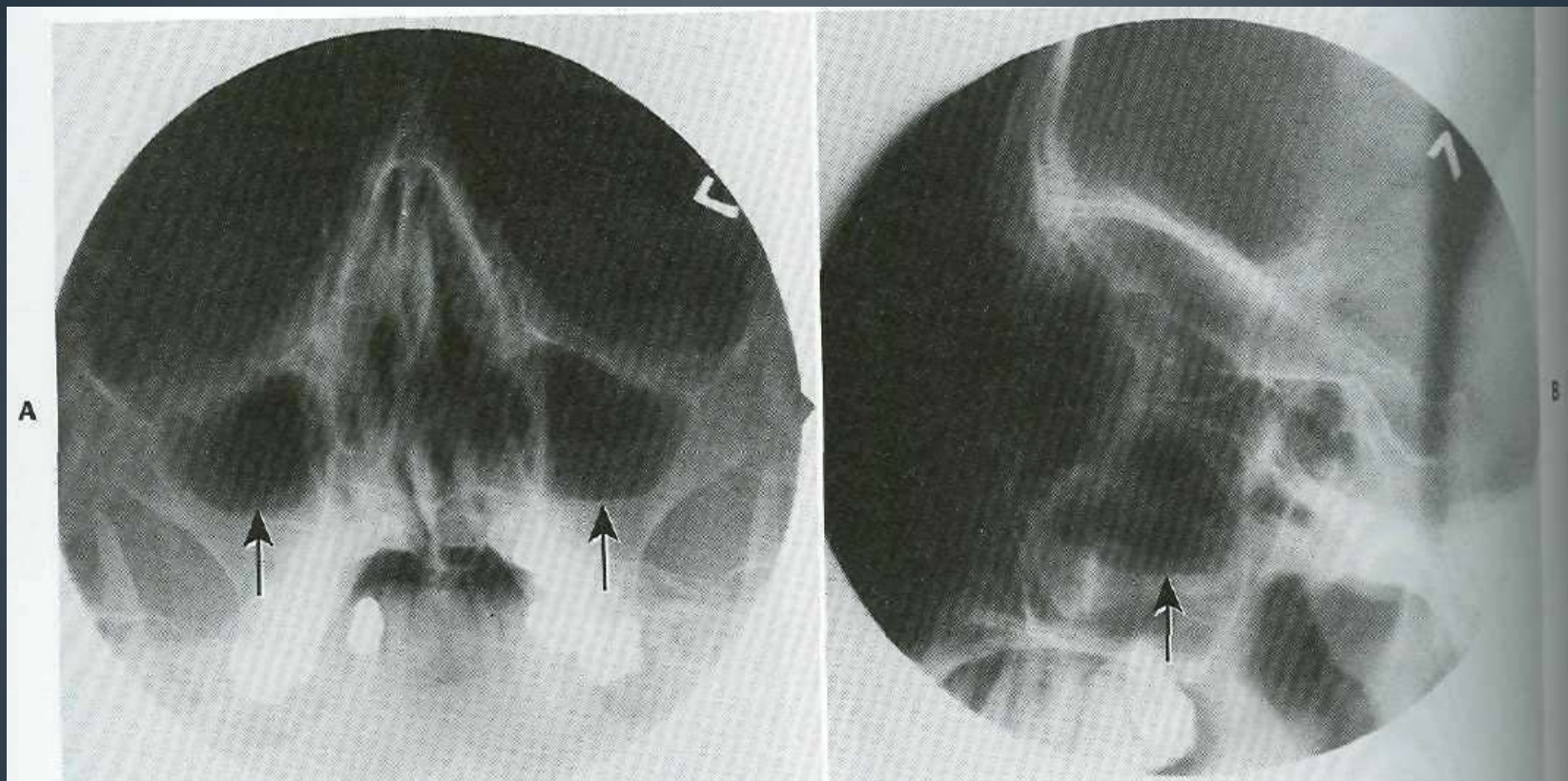
Оглядова рентгенографія навколоносових пазух в прямій проекції





Water's radiographic view of skull

ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ



Рентгенологічно гострий гайморит характеризується дифузним або пристінковим зниженням аерації (прозорості) верхньощелепної пазухи.

Відмінні ознаки одонтогенного гаймориту:

- біль в зубі, що передує захворюванню;
- наявність на верхній щелепі у проекції синуса запального процесу (періодонтит, патологічна зубоясенева кишень, нагноєна кіста, остеомієліт);
- наявність перфоративного отвору в ділянці дна пазухи (після оперативних втручань);
- асиметрія обличчя та болісність при пальпації передньолатеральної стінки пазухи;
- наявність смердючих гнійних виділень з носа, крошкувато-сирних мас в промивній рідині;
- ізольоване ураження однієї верхньощелепної пазухи.

Діагностика

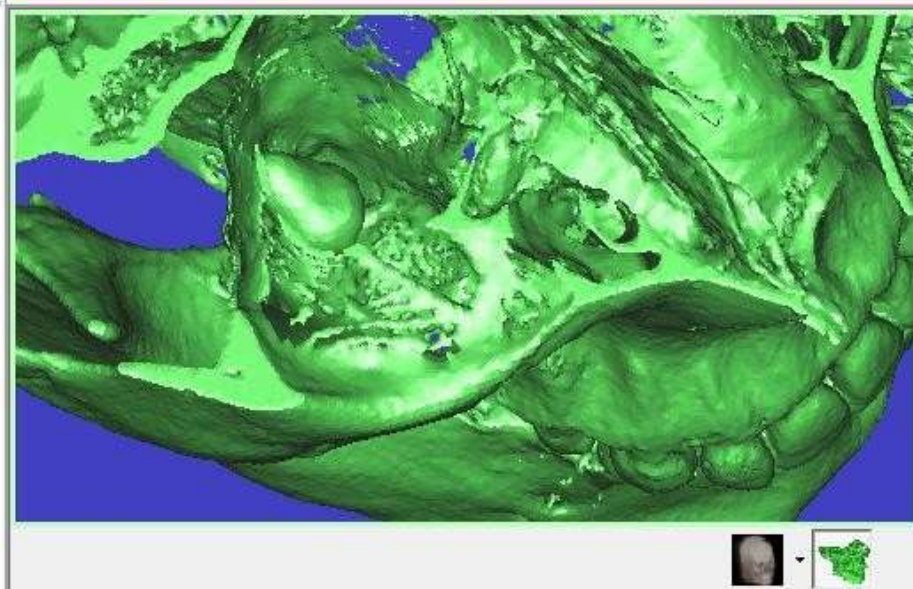
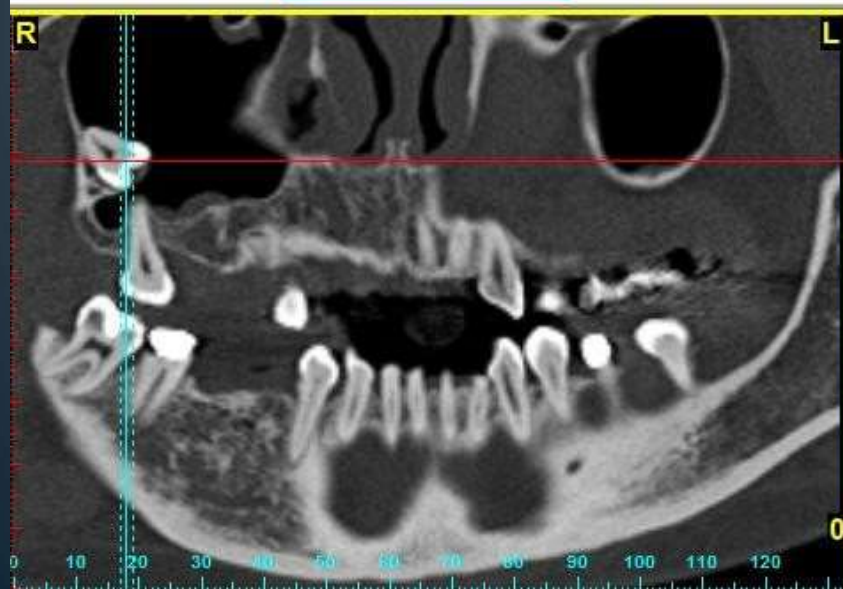
Діагноз ставлять на основі клінічного і рентгенологічного дослідження. В разі підозри на одонтогенний гайморит ретельно досліджують порожнину рота і зуби, проводять рентгенографію альвеолярного паростка в ділянці дна верхньощелепної пазухи, електроодонтометрію.

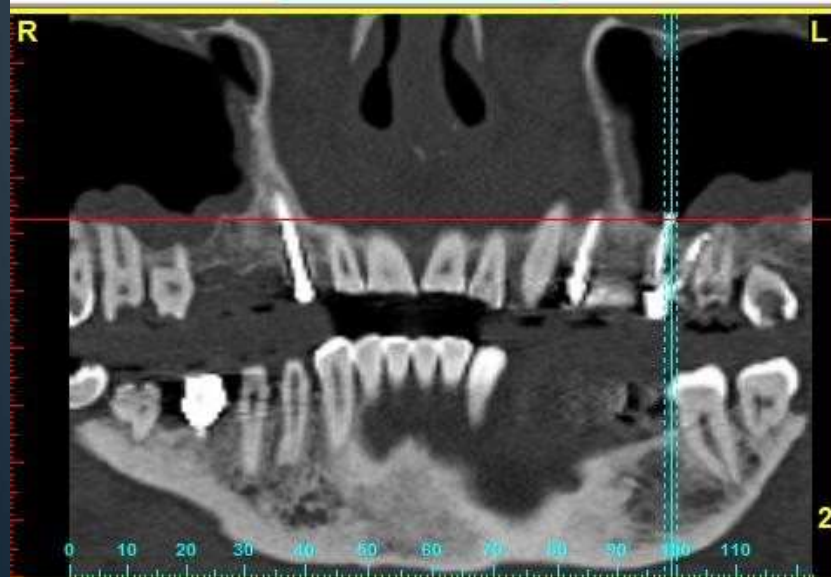
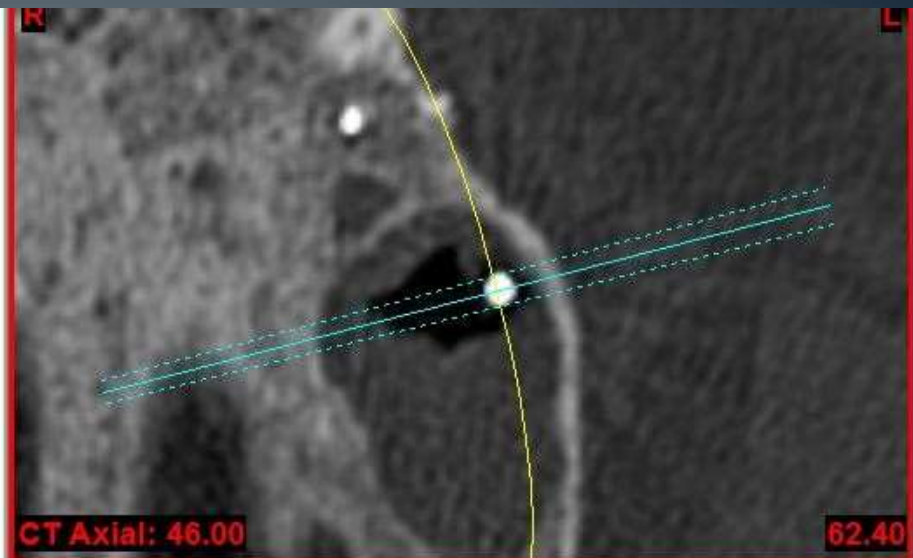
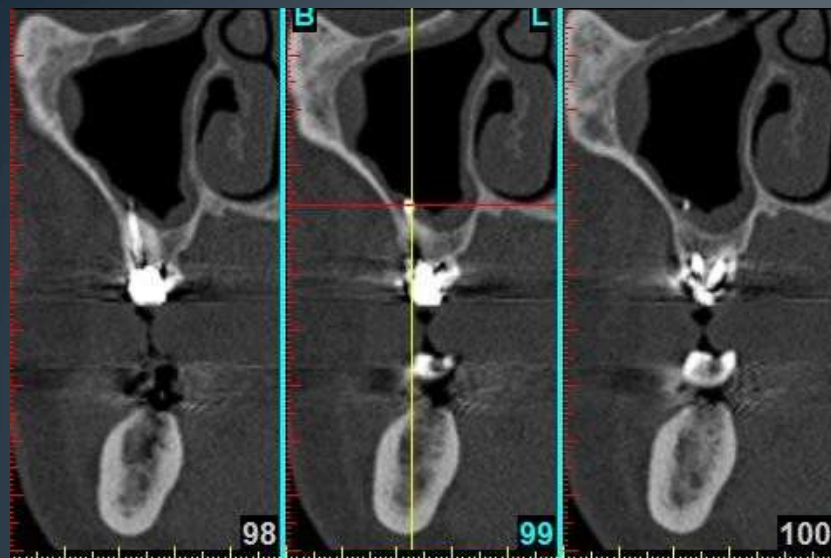
Внутрішньоротова контактна рентгенографія



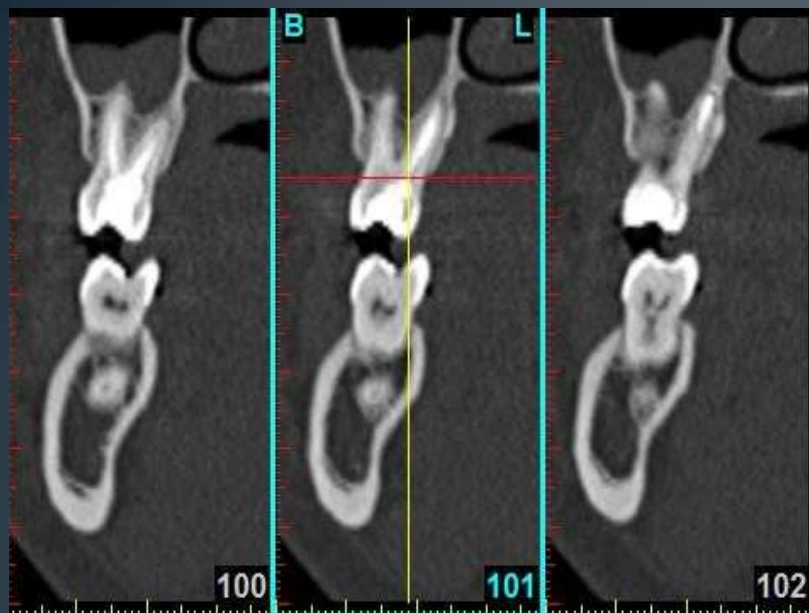
Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ)











Радиккулярна кіста гайморової пазухи (периапікальний остеоперіостит)



Лікування

Лікування починають з дренування або усунення осередку одонтогенної інфекції і створення умов для аерації синуса, евакуації ексудату. Для цього видаляють причинний зуб. У разі гострого гнійного періоститу, остеомієліту гнійний осередок в навколощелепних м'яких тканинах розтинають внутрішньоротовим доступом.

Важливою складовою на ранньому етапі лікування верхньощелепного синуситу є зволоження вдихуваного повітря, щоб розчинити і допомогти у видаленні висохлих секретів з носового ходу і ostium. Також необхідні антибіотики, системні та місцеві протинабрякові засоби для зменшення набряку та запалення слизової оболонки і для підвищення дренування синуса через його природний отвір.

Іноді використовують хірургічний дренаж синуса через нижній носовий хід (пункцію). За наявності ексудату його відсмоктують за допомогою шприца, після чого пазуху промивають розчином антибіотика або антисептика. З метою дренування в пазуху через голку можна ввести пластмасовий катетер і періодично її промивати. Якщо постійний катетер не використовують то проводять повторні пункції.

Одночасно з хірургічним втручанням призначають антибактеріальну, гіпосенсибілізуючу терапію, регулярне закапування в носовий хід судинозвужувальних засобів.

Антибіотики, вибрані емпірично, як описано раніше, призначають протягом періоду від 10 до 14 днів. Гнійний матеріал представляється для тестування з використанням аеробних та анаеробних методів.

Лікування спрямоване на полегшення болю, і звичайно потрібні ненаркотичні анальгетики.

Після евакуації ексудату з пазухи проводять фізіотерапію.

ХРОНІЧНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Хронічний одонтогенний гайморит є результатом гострого або виникає як первинно підгострий чи хронічний процес.

Клінічна картина хронічного одонтогенного гаймориту без наявності перфораційного отвору в ділянці дна пазухи аналогічна тій, яка спостерігається при хронічному риногенному гаймориті. Перебіг захворювання хвилеподібний.

Загострення часто настає після переохолодження, ГРВІ або збігається із загостренням хронічного періодонтиту. В період загострення хворі скаржаться на відчуття тяжкості, розпирання або біль в ділянці верхньої щелепи з широкою зоною іррадіації (око, скронева, лобна ділянка, зуби верхньої щелепи). Найпостійнішим симптомом є гнійне відокремлюване з відповідної половини носа. Зазвичай відокремлюване варіює за характером і кількістю. Хворі також скаржаться на одnobічний головний біль і тривале відчуття тяжкості в голові.

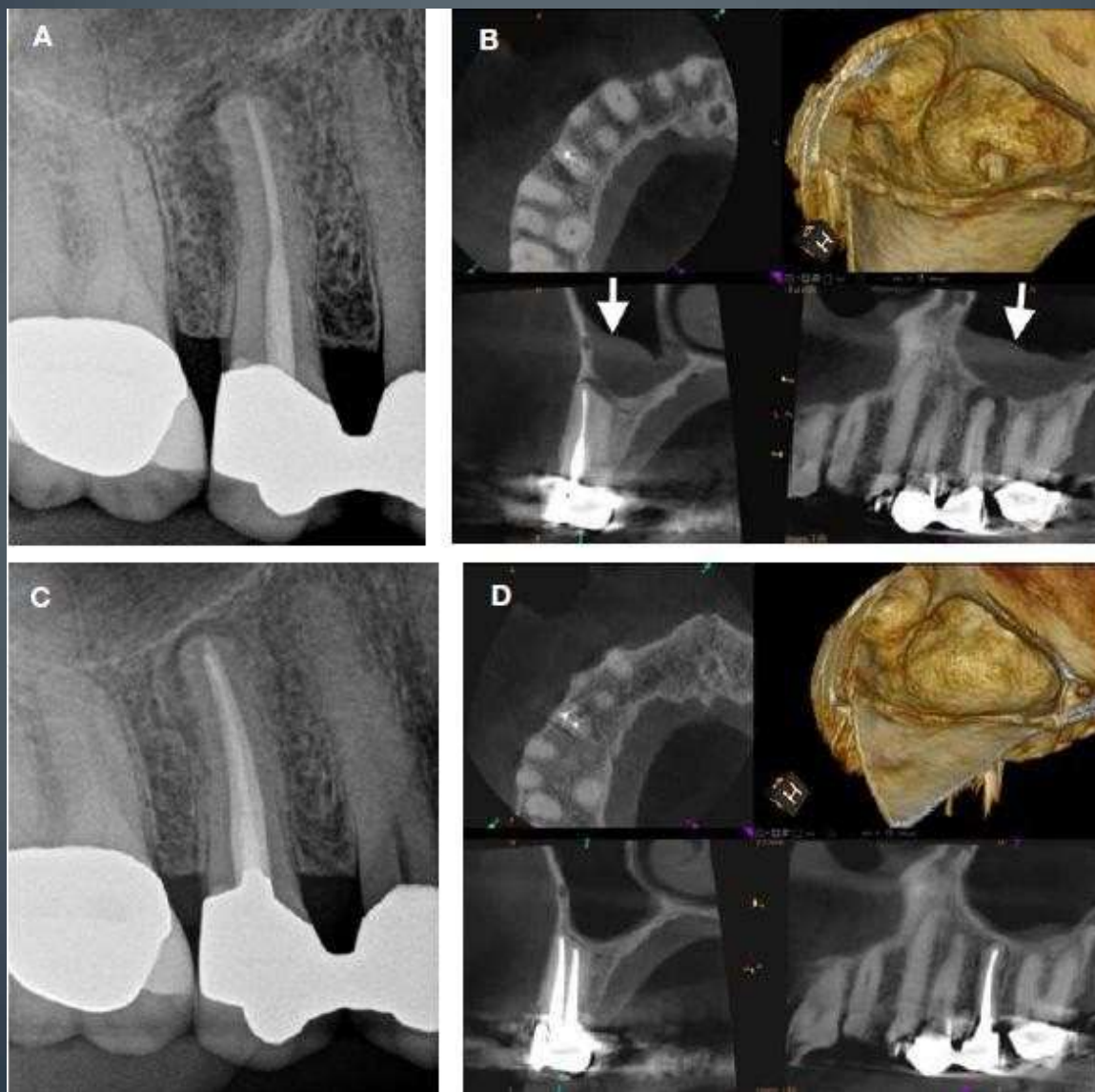
ОБ'ЄКТИВНО

Відмічається припухлість тканин підочноямкової ділянки, нижньої повіки. Пальпація передньої стінки верхньої щелепи спричиняє біль. Може змінюватися чутливість шкіри в зоні іннервації підочноямкового нерва. Носове дихання на ураженій стороні ослаблене, хворі скаржаться на смердючий запах.

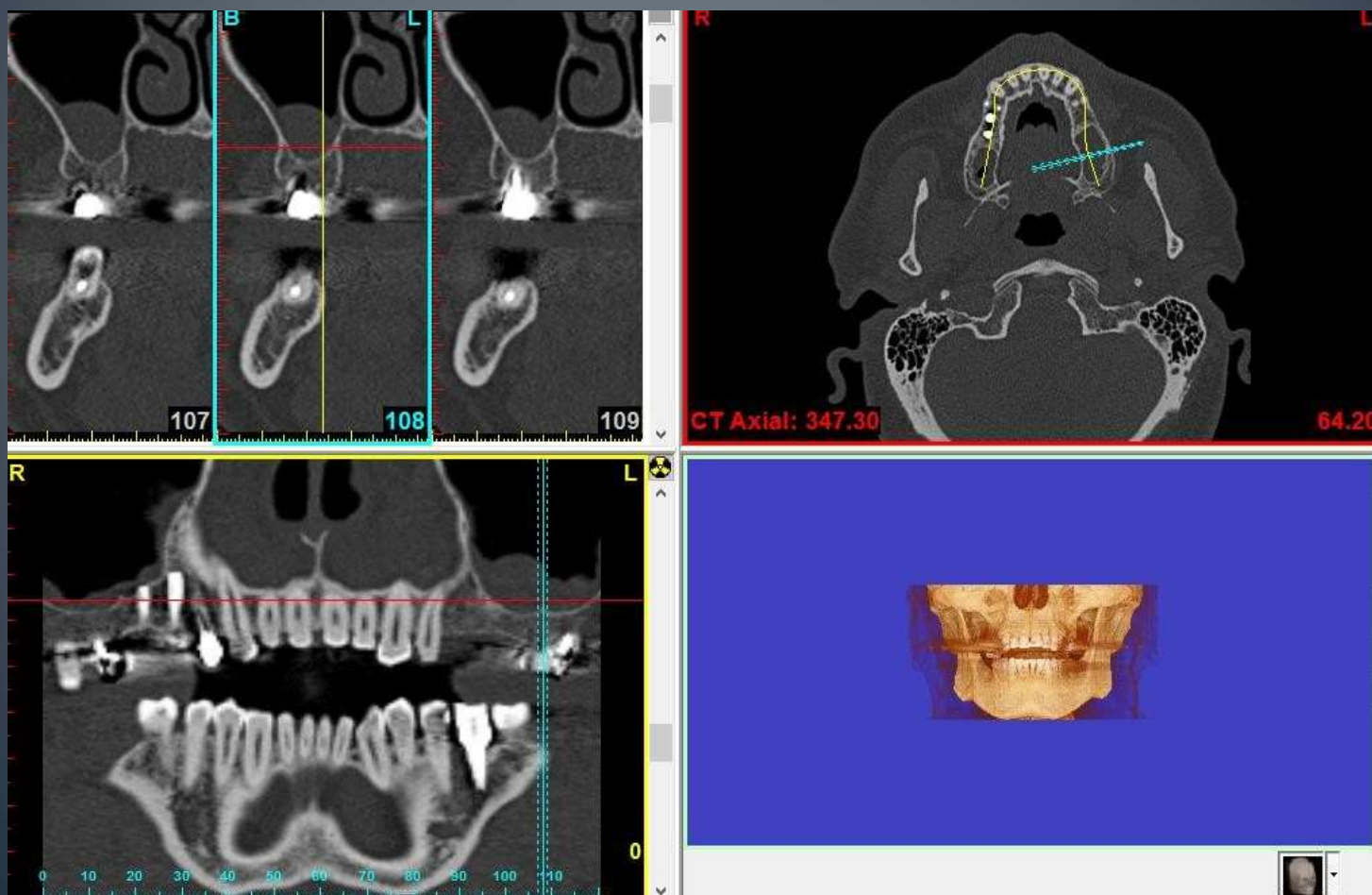
При передній риноскопії визначається гній в середньому носовому ході, набряклість передніх країв нижньої та середньої носових раковин.

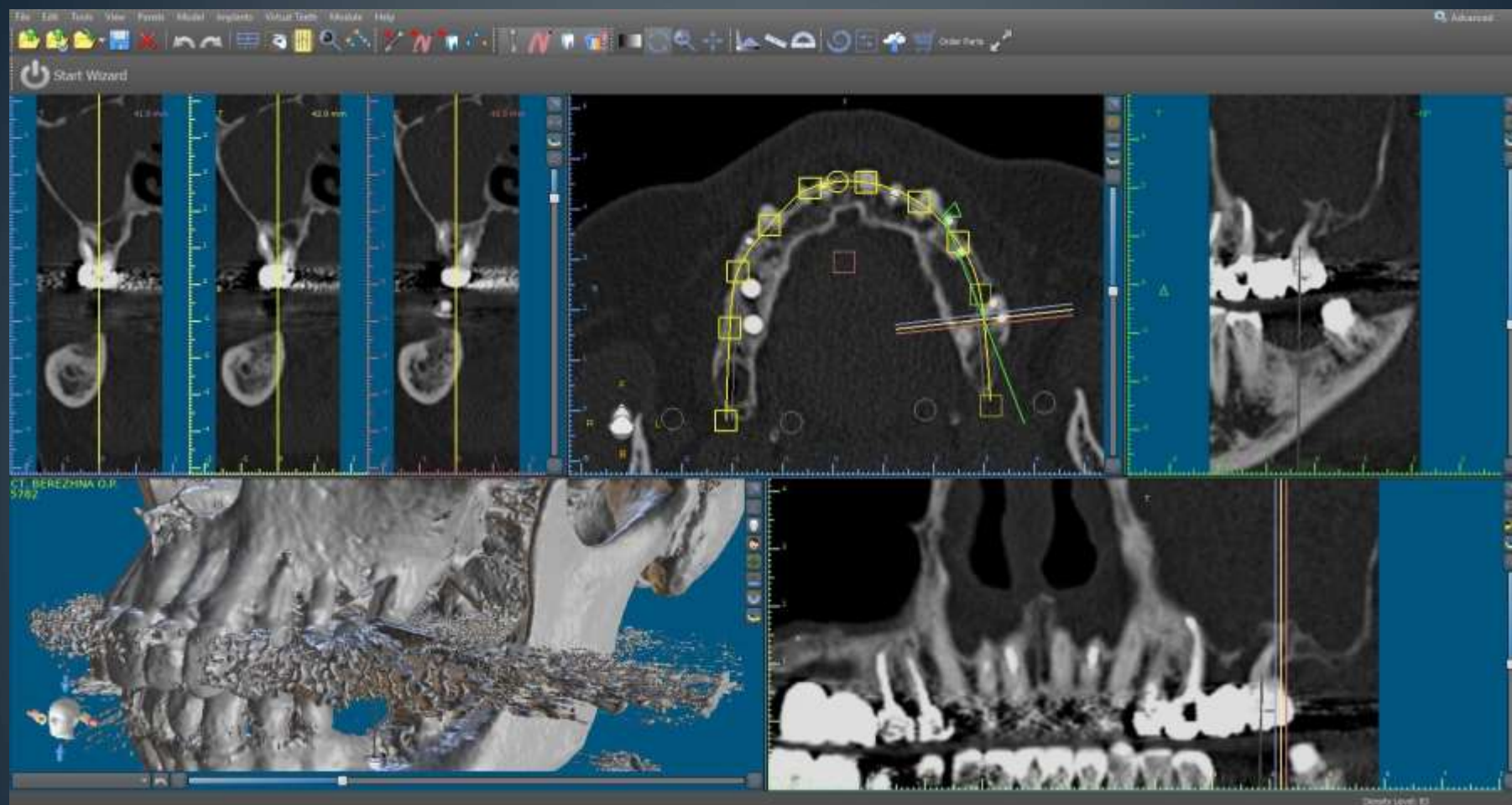
При огляді порожнини рота і рентгенографії в ділянці верхньої щелепи на стороні ураженої пазухи виявляють зуби з ускладненим карієсом (верхівковий періодонтит, прикоренева кіста), пародонтит або внутрішньокістковий імплантант із ознаками хронічного запального процесу навколо нього.

Периапікальний мукозит обумовлений непломбованим піднебінним коренем другого моляра



Температура тіла може підвищуватися, а в периферичній крові виражений нейтрофільний лейкоцитоз, збільшена ШОЕ. При діагностичній пункції одержують гній. На рентгенограмі виявляється затемнення пазухи.





Проводять також контрастне рентгенологічне дослідження. За його допомогою визначають характер змін слизової оболонки синуса, починаючи від рівномірного її потовщення до різкого поліпозного переродження.

- В період ремісії хронічний гайморит має стерту симптоматику: періодично з'являється відчуття тяжкості в ділянці пазухи, вранці – серозно-гнійне відокремлюване. Можуть з'являтися підвищена стомлюваність, субфебрилітет. При рентгенологічному дослідженні, окрім осередків одонтогенної інфекції верхньої щелепи виявляється затемнення верхньощелепної пазухи, особливо її нижніх відділів. На тлі тривалого поточного хронічного гаймориту можливий розвиток раку слизової оболонки пазухи.

Клінічна картина хронічного одонтогенного гаймориту з наявністю перфораційного отвору в ділянці дна пазухи.

- Характеризується симптомами, що вказують на наявність сполучення між порожниною рота і порожниною носа (попадання рідини під час їди, чищенні зубів та полосканні рота, проникнення повітря в порожнину рота при підвищенні тиску в порожнині носа).
- Постійне проникнення в пазуху залишків їжі та мікрофлори з порожнини рота, проникнення в пазуху або під слизову оболонку інфікованого кореня зуба сприяє розвитку хронічного поліпозного гаймориту.

Лікування

- Лікування хронічного одонтогенного гаймориту починають з ліквідації осередків одонтогенної інфекції: видалення зуба, кісти, за показаннями – гранульомектомії з резекцією верхівки кореня зуба, видалення імплантата. Після цього проводять консервативне лікування.
- При відсутності ефекту показано хірургічне лікування – гайморотомія з ревізією пазухи, видаленням поліпозно зміненої слизової оболонки, **створенням сполучення між пазухою та нижнім носовим ходом.**
- За наявності перфорації, операція передбачає ревізію пазухи з видаленням зміненої слизової оболонки, чужорідних тіл (корінь зуба, пломбувальний матеріал), **накладення сполучення між пазухою і нижнім носовим ходом**, видалення грануляційної тканини із стінок свищового ходу і закриття перфораційного отвору слизовою оболонкою, переміщеною з щічної поверхні альвеолярного паростка або з твердого піднебіння.

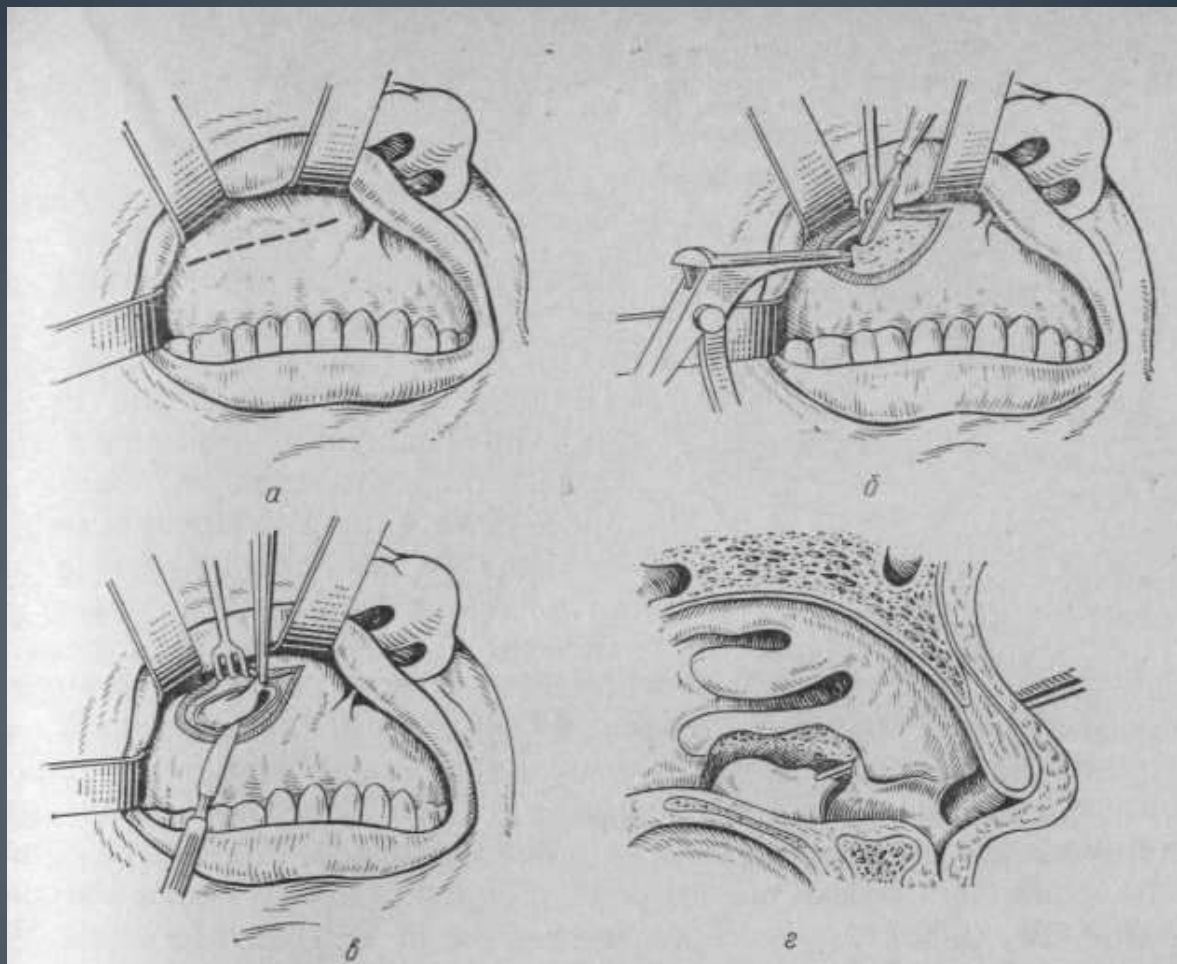
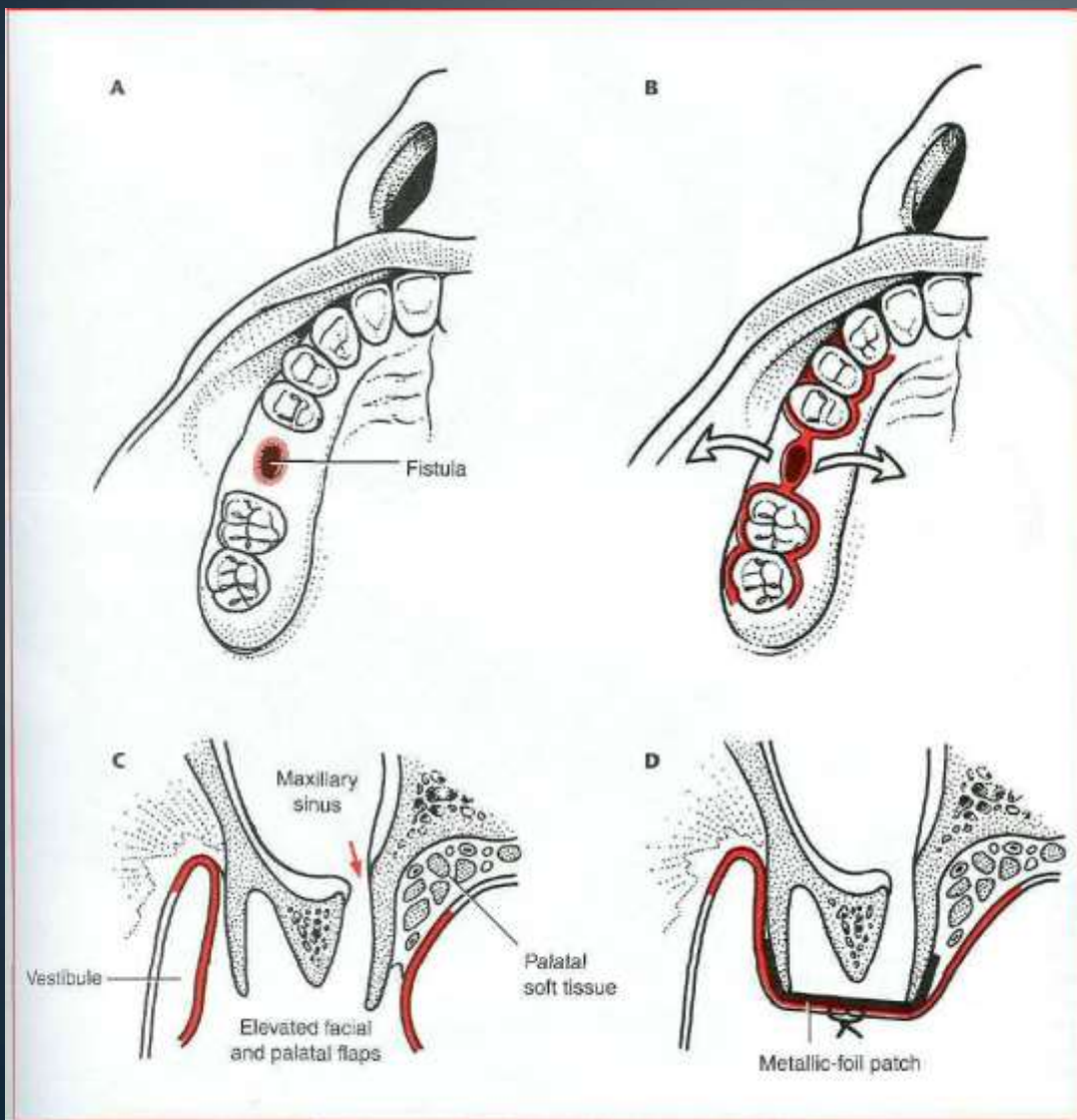
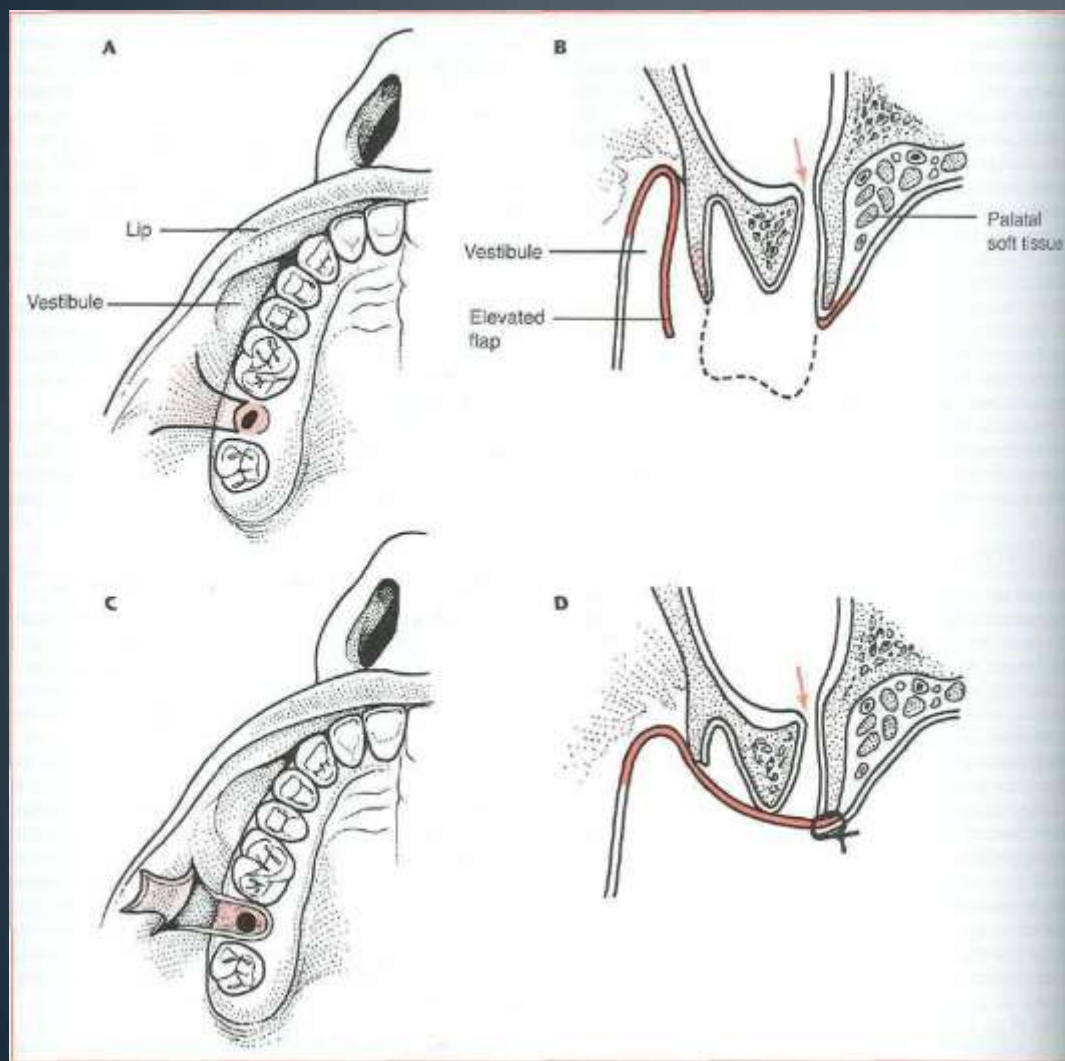


Схема радикальної операції на верхньощелепній пазусі за Колдуел - Люком.
а - лінія розрізу; б - розширення отвору трепанації передньолатеральної стінки кусачками Гайека; в - витинання слизової оболонки пазухи; г - ввертання клаптя слизової оболонки в пазуху .

ОРОАНТРАЛЬНЕ СПОЛУЧЕННЯ



Закриття перфораційного отвору здійснюється частіше щічно-ясенним, рідше піднебінним клаптем. При невеликому перфораційному отворі досить «освіжити» його краї, мобілізувати тканини з вестибулярного і піднебінного боків, накласти вузлові шви.



При значному розмірі прориву і тривалому сполученні між верхньощелепною пазухою і порожниною рота викроюють слизово-окісні клапті з боку присінку рота або твердого піднебіння

E

