

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

Реферат:

«Одонтогенный верхнечелюстной синусит»

Выполнил ординатор
кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ
по специальности «стоматология хирургическая»

Никитин Антон Романович

рецензент: главный врач КГСП № 7 к.м.н. Нагорнов А.В.

Красноярск 2020

Оглавление

1. Актуальность темы
2. Понятие одонтогенного гайморита
3. Этиология одонтогенного гайморита
4. Патогенез одонтогенного гайморита
5. Клиническая картина одонтогенного гайморита
6. Диагностика одонтогенного гайморита
7. Лечение одонтогенного гайморита
 - 7.1 Консервативное лечение
 - 7.2 Хирургическое лечение
8. Список литературы

Актуальность темы

Одонтогенный гайморит – проблема, стоящая на стыке двух специальностей – оториноларингологии и стоматологии. По данным стоматологов, одонтогенный гайморит обнаруживается у 12 – 15 % больных хроническим синуситом. (Уваров В. М., 1962; Бернадский Ю. И., 1968) По наблюдениям оториноларингологов – частота одонтогенных гайморитов колеблется в среднем от 2 до 25 % от общего числа больных с патологией верхнечелюстных пазух. (Криулин И.О., 1965; Майнулов О.Е., 1980; Пальчун В.Т., 1998).

Оториноларингологи часто недооценивают связь верхнечелюстного синусита с заболеванием зубов, в результате этого, часть фактически одонтогенных процессов, клинически протекающих скрытно, рассматриваются как риногенные с соответствующими последствиями – рецидивом воспаления.

Понятие одонтогенного гайморита

Гайморит одонтогенный (одонтогенный верхнечелюстной синусит) – воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной (гайморовой) пазухи, связанное с распространением воспаления из очагов одонтогенной инфекции.

В отличие от обычного гайморита, являющегося чаще всего следствием простудных заболеваний и воздействием таких возбудителей, как стафилококки, стрептококки и др. , одонтогенный гайморит возникает из – за патологических процессов в ротовой полости. Они связаны с воспалением (кариесом) верхних моляров и премоляров. Корни этих зубов расположены вблизи дна гайморовых пазух. Это приводит к тому, что одонтогенная инфекция, развивающаяся в ротовой полости , распространяется и в области носа.

Этиология одонтогенного гайморита

Основная роль в возникновении синусита принадлежит микробному фактору. Возбудителем одонтогенного синусита редко бывает моно-, чаще – смешанная флора. Среди возбудителей гайморита ведущее место занимают различные виды стафилококка и стрептококка. Энтеробактерии чаще встречаются в ассоциации со стрепто- и стафилококками.

Немаловажное значение в развитии одонтогенных гайморитов играет анаэробная микрофлора. Течение таких гайморитов тяжелее и требует более продолжительного лечения. Реже высеиваются гемолитические бактерии инфлюэнца, синегнойная палочка и моракселла. Вирусная инфекция выступает как фактор, провоцирующий обострение, скрыто текущего одонтогенного процесса. Грибковую инфекцию обычно рассматривают как вторичную.

Патогенез одонтогенного гайморита

При одонтогенном синусите в связи с преобладанием ограниченного воспаления на дне пазухи расстройство вентиляционно – дренажной функции менее выражено, чем при риногенном синусите, а изменения в слизистой оболочке могут носить обратимый характер. При этом создаются условия для первично – хронического течения синусита.

Предрасполагающие факторы:

1. Анатомио – топографические особенности: близость расположения дна верхнечелюстной пазухи к верхушкам корней премоляров и моляров.
2. Разрушение тканей над верхушкой корня зуба патологическим процессом:
 - пульпит
 - хронический периодонтит

- периостит
- остеомиелит
- одонтогенная киста
- нагноившаяся гранулема
- патологические зубодесневые карманы при парадонтите.

3. Погрешности в технике лечения и удаления зубов:

-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.

Клиническая картина одонтогенного гайморита

Одонтогенный гайморит в отличие от риногенного – сугубо местное воспаление, поэтому все признаки его даже в начальной стадии локализованы в области периапикальных тканей причинного зуба и на ограниченном участке слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи. Оставшаяся часть слизистой оболочки клинически здорова: она не отекает, сохранены отток через естественное отверстие и другие функции. Такое воспаление протекает почти бессимптомно, и внимание врача сосредоточивается на причинном зубе. Если этот зуб будет вылечен или своевременно удален, то ограниченное воспаление исчезнет. И, наоборот, вследствие длительного, почти бессимптомного существования одонтогенного источника инфекции, как в области зуба, так и на участке слизистой оболочки постепенно расширяется по площади и в глубину. Возникают явления хронического гранулематозного периодонтита и ограниченного хронического воспаления слизистой оболочки гайморовой пазухи. В это время могут появиться субъективные ощущения тяжести в

области пазух, скудное отделяемое из носа, незначительные беспокойства со стороны зуба, на которые больной не обращает внимания. Они становятся привычными. Но под воздействием переохлаждения, активизации риногенной инфекции развивается картина острого гнойного воспаления. Клинические симптомы хронического одонтогенного и риногенного синусита имеют общие и отличительные признаки.

Общие признаки:

Наличие постоянного отделяемого из носа или длительно существующий «насморк». Отделяемое из носа в виде привычного насморка отличается количеством, характером, запахом.

-Количество отделяемого зависит не только от времени суток (больше утром), но также от положения тела и головы больного. Увеличение отделяемого по утрам объясняется скоплением его в пазухе, когда отток из пазухи затруднен. Затруднение оттока обусловлено анатомическим расположением выводного отверстия из верхнечелюстного синуса в полость носа. Так, при положении лежа с повернутой головой в больную сторону выводное отверстие гайморовой пазухи оказывается выше уровня жидкости, и истечение ее из пазухи задерживается. И, наоборот, при положении головы на здоровой стороне отток из пазухи свободен.

-По характеру отделяемое может быть серозным, кровянистым, гнойным.

-По запаху: без запаха, с неприятным запахом гноя, зловонным запахом. Зловонный запах возникает вследствие задержки и разложения экссудата под воздействием гнилостной анаэробной микрофлоры. В одних случаях запах ощущает только больной, в других, по мере углубления и распространения поражения слизистой оболочки носа и расстройства функции обоняния его чувствуют окружающие, а больной уже не ощущает.

Субъективные признаки:

- чувство тяжести в области соответствующей половины верхней челюсти.
- резкое снижение или потеря обоняния.
- затрудненное носовое дыхание.
- быстрая утомляемость.
- односторонние головные или неврогенные боли.
- периодические носовые кровотечения.

Объективные признаки:

При передней риноскопии: может быть гипертрофия слизистой оболочки носа, единичные полипы у входа в естественное отверстие верхнечелюстной пазухи, отделяемое из пазухи в виде гнойной дорожки в среднем носовом ходе.

Особенности одонтогенного синусита.

1. Хронический или обострение хронического синусита сочетается с болями, припухлостью в области причинного зуба на верхней челюсти. Совпадения обострений заболеваний пазухи и зуба подтверждено анамнестически.
2. Признаки хронического синусита сочетаются с состоянием после удаления зуба на верхней челюсти, лунка которого зажила. В анамнезе связь обострений болезни со стороны пазухи и бывшего причинного зуба.
3. Признаки хронического синусита сочетаются с наличием кариозных зубов, без явных признаков связи этих процессов.
4. Наличие в области верхней челюсти соответственно дну пазухи воспалительного процесса:

-воспаления корневой кисты, фолликулярной, зубосодержащей.

-нагноения ретинированного или полуретинированного зуба

-остеомиелита

-пародонтоза

-периодонтита

5. Перфоративное отверстие в области дна пазухи на месте удаленного зуба или корня с характерной симптоматикой.

6. Зловонные гнойные выделения из зуба.

7. Изолированное одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи.

Клиника перфораций дна пазухи

Субъективные признаки:

Жалобы на необычные ощущения – попадание воздуха в полость носа, изменение тембра голоса, признаки ринолалии.

Объективные признаки:

-выделение крови из носа после удаления зуба

-выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха

-выделения большого количества гноя из лунки

-при зондировании пуговчатый зонд проникает гораздо выше, чем длина лунки зуба, зонд свободно перемещается в стороны.

-при промывании жидкость попадает в нос.

Диагностика одонтогенного гайморита

1. Анамнестические данные (связь заболевания верхнечелюстной пазухи с зубами верхней челюсти).
2. Данные клинического обследования больного (консультации ЛОР-специалиста и стоматологов).
3. Передняя риноскопия: отечность слизистой оболочки носа, слизисто – гнойные или гнойные выделения в среднем носовом ходе.
4. Пункция верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход иглой Куликовского. Информативна при наличии экссудата.
5. Рентгенография.
 - а) Рентгенография околоносовых пазух включает прямую и боковую проекции.

Острое воспаление – диффузное или пристеночное уменьшение воздушности (затенение) пазухи.

Хроническое воспаление:

-гнойная форма – интенсивное, гомогенное снижение прозрачности, может быть уровень жидкости.

-полипозная форма – интенсивное, но неоднородное затенение (тени разной величины).

Одонтогенная киста, распространяющаяся в полость пазухи – имеет куполообразный контур границ.

Опухоль – интенсивное, однородное затенение, деструкция костных стенок.

Оперированная пазуха – всегда есть затенение (слой рубцовой ткани).

б) Внутриротовая рентгенография зубов.

Оценивается состояние кости в периапикальной области причинного зуба, состояние краев деструкции, наличие резорбции корня, пломбировочного материала, отношение его к верхушкам корней,

недостатки пломбирования корней, наличие в корнях инородных тел.

в) Ортопантомография.

Более информативна. Дает возможность получить развернутый увеличенный снимок и соотношение между дном пазухи и корнями премоляров и моляров.

г) Контрастная рентгенография.

Позволяет определить изменение объема пазухи и заподозрить наличие новообразования, кисты, полипов, гиперплазии слизистой.

6. Компьютерная томография (КТ).

Дает пространственное отображение взаимоотношений внутриносовых структур и околоносовых пазух, позволяет судить о характере анатомических нарушений, оценить пути распространения патологического процесса и вовлечение в процесс костных стенок пазухи.

7. Магнитно – резонансная томография (МРТ).

Преимуществами перед КТ являются: отсутствие ионизирующего облучения, получение многопроекционного изображения с топографической точностью, неинвазивность, возможность динамического наблюдения за результатами лечения. Используется в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных опухолей, кистозных образований и воспалительных процессов

Лечение одонтогенного гайморита

При лечении одонтогенного гайморита необходимо выполнить две задачи:

1. Выявить и устранить причины, вызвавшие одонтогенный гайморит.
2. Провести консервативное или хирургическое лечение гайморита, восстановить адекватный воздухообмен пазухи с полостью носа. При этом за решение первой задачи ответственны стоматологи, а второй – оториноларингологи.
Таким образом, лечению пораженной пазухи должна предшествовать санация полости рта для устранения источника инфекции.

Консервативное лечение.

Консервативное лечение проводится больным острой формой одонтогенного гайморита, протекающего без осложнений и при хроническом ограниченном гайморите без полипозных и выраженных гиперпластических изменений слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и без свищевого хода из полости рта в пазуху.

В комплекс консервативного лечения должны входить:

- Общая медикаментозная терапия в виде перорального или парентерального применения антибиотиков, сульфаниламидов, десенсибилизирующих, общеукрепляющих и стимулирующих средств (Синупрет).

- Местная терапия, которая предусматривает дренирование пазухи и введение различных лекарственных веществ с целью санации, повышение местного иммунитета (ронколейкин, циклоферон) и ликвидацию воспалительных явлений. Широко назначают Полидекса с фенилэфрином, водные растворы прополиса, коллоидное серебро, траумель С и др. Введение препаратов в пазуху можно осуществлять после пункции через

иглу или путем электрофореза. Для промывания пазухи могут использоваться: раствор метрогила, 10% спиртово – масляная эмульсия прополиса, поверхностно – активные вещества, 1 % диоксидин, смесь 1 % диоксидина и 40 % димексида, 15 % димексид, 0,1-0,2 % этоний, раствор йодиола, протеиназы, гидрокортизон или комбинации нескольких препаратов. При одонтогенном перфоративном гайморите промывание пазухи можно осуществлять через имеющееся сообщение полости рта с пазухой.

- Оксигенотерапия в виде введения кислорода от баллона с редукторами или от кислородной подушки. При наличии кислорода усиливается действие одновременно вводимых антибиотиков.

- Физиотерапия (СВЧ, УВЧ, электрофорез).

Оперативное лечение

Показаниями к оперативному лечению являются:

- неэффективность консервативного лечения
- пролиферативные формы воспалительного процесса
- наличие в пазухе корня зуба
- наличие перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

1. Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе по Калдуеллу-Люку.

2. Щадящая гайморотомия(микрогайморотомия, эндоскопическая медиальная гайморотомия)

3. Закрытие ороантральных перфораций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Робустова Т.Г. «Одонтогенные воспалительные заболевания»\ Медицина изд-во 2006г
2. Соловьев М.М., Большаков О.П., Галецкий Д.В. «Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи»\ МЕДпресс.2012г с84-86
3. Консервативные и хирургические методы в ринологии. Под редакцией з.м.н. РФ, профессора М.С. Плужникова. – Санкт-Петербург: Диалог, 2005.
4. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла и носа. –М.: Медицина , 1980.