

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.
Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

РЕФЕРАТ на
тему:
«ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ.»

Работу выполнил ординатор 2 года обучения:
Пыкин Евгений Евгеньевич
Преподаватель: Профессор, д.м.н.:
Шевченко Дмитрий Павлович

«Красноярск 2018»

ОДОНТОГЕННЫЙ ГАЙМОРИТ. КЛАССИФИКАЦИЯ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ. КЛИНИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. КОНСЕРВАТИВНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Развитие и клиническое течение одонтогенных синуситов тесно связано с топографо-анатомическим взаимоотношением зубов верхней челюсти и её полости, а также соседних отделов челюстно-лицевой области. Поэтому, прежде чем приступить к описанию клинического течения гайморитов, необходимо остановиться на морфологии, топографии и некоторых физиологических свойствах верхнечелюстных полостей.

Верхнечелюстной синус находится в центре верхнечелюстной кости и является самой крупной из придаточных полостей носа.

Формирование гайморовой полости начинается уже у новорождённых и представляется в виде щели или маленькой ямки. Параллельно с развитием молочных, а затем и постоянных зубов идёт и пневматизация полости, полость достигает наибольших размеров к моменту полного развития лицевого скелета и прорезывания всех зубов, в том числе и зубов мудрости.

Встречаются два типа гайморовой полости:

1. Пневматический тип.
2. Склеротический тип.

Форма верхнечелюстной полости, в общем, несколько повторяет форму верхней челюсти.

Встречаются двойные полости, разделённые костной перегородкой на верхнюю и нижнюю или заднюю и переднюю.

Размеры верхнечелюстной пазухи значительно варьируют. По Л.И.Свержевскому, средний объём полости равняется $12,1 \text{ см}^2$, наибольший объём $18,6 \text{ см}^2$, и наименьший $2,8 \text{ см}^2$.

Верхняя стенка: подглазничный канал.

Передняя стенка: лицевая поверхность тела верхней челюсти.

f. infraorbitale, a. et n. infraorbitalis.

Латеральная стенка: от бугра верхней челюсти примыкает к подвисочной и крылонёбной ямкам. f. alveolaris superiora posteriora. От передней стенки отделяет crista zygomaticoalveolaris.

Задняя стенка: стенка подвисочной и крылонёбной ямки.

Медиальная стенка: - латеральная стенка носовой полости. Concha inferior делит медиальную стенку на две части.

Нижняя стенка: обращена к альвеолярному отростку и является дном полости. Эта стенка представляет собой желобок, располагающийся по направлению спереди назад и несколько полого кпереди. Состоит желобок из тонкой костной пластинки, которую Цукеркендель назвал пластинкой основания. Между пластинкой основания и альвеолами находится слой губчатого вещества, который в различных участках альвеолярного отростка варьируют в зависимости от индивидуальных особенностей.

Обычно верхнечелюстная полость простирается от альвеолы второго премоляра до второго моляра. При расширенных полостях спереди их граница доходит до первого премоляра и даже достигает альвеолы клыка; сзади может достигать до верхнего 8 зуба. В этих случаях верхушка второго премоляра и щёчные корни моляров интимно соприкасаются с пластинкой основания полости.

Дно верхнечелюстной полости может быть на одном уровне с дном носовой полости, ниже дна или выше его, что чрезвычайно важно в практическом отношении. По данным исследований Л.И.Свержевского, дно гайморовой полости в 42,8% располагается

ниже дна носового хода, в 17,9% дно выше дна носового хода и в 39,3% они находятся на одном уровне.

Низким положением дна обуславливается расположение верхушек корней зубов и их луночек вблизи или даже внутри верхнечелюстной полости.

При низком стоянии дна верхнечелюстной полости она может быть вскрыта при удалении зуба.

Гистологическая структура и физиологическая функция слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

Слизистая верхнечелюстной полости является продолжением слизистой оболочки полости носа и связана с ней через естественное отверстие.

Слизистая оболочка верхнечелюстной полости плотно соединена с костной стенкой и состоит из трёх слоёв: 1.внутренний слой, имеющий нежно-волокнистое строение со слоем мерцательного эпителия (цилиндрического); 2.среднего слоя, вмещающего ацинозные слизистые железы, которые заложены неравномерно в небольшом количестве стромы; 3.слоя, примыкающего к кости, плотного и обильно снабжённого веретенообразными соединительно-тканными клетками: он играет роль надкостницы.

Слизистая оболочка верхнечелюстной полости обладает значительной всасывающей способностью. На поверхности слизистой верхнечелюстной полости происходит миграция лейкоцитов. Это является нормальным физиологическим проявлением сопротивляемости слизистой оболочки по отношению к микрофлоре, попадающей на неё вместе с воздухом.

В зависимости от этиологии заболевания различают риногенные, одонтогенные, травматические, гематогенные, вазомоторные и аллергические синуситы.

Среди воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи синуситы одонтогенной этиологии составляют до 40% (Волков Ю.Н. 1981, Синева В.И. 1981, Clemetsenitch 1970). По данным ряда авторов (Азимов М. 1977, Бернадский Ю.И. и др. 1983) эта группа больных достигает 3,5-4,2% от общего числа госпитализированных в специализированные челюстно-лицевые стационары.

В условиях клиники часто приходится наблюдать, что синусит риногенной этиологии, развивающийся на фоне острого респираторного заболевания (ОРЗ), приводит к обострению периапикальных очагов хронической инфекции и вторичному инфицированию слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Такая последовательность в механизме развития синусита встречается часто. Вероятно, этим объясняется, что при осмотре больных с риногенными синуситами, находящимися на лечении в ЛОР-клинике, в 62% наблюдений у них выявляются очаги хронической одонтогенной инфекции. Течение синусита аллергической этиологии также может осложняться обострением очагов хронической одонтогенной инфекции и обуславливать дальнейшее развитие инфекционно-аллергического синусита.

При образовании периапикального очага хронической инфекции у зубов прилежащих к верхнечелюстному синусу будет происходить хронический токсикоз слизистой – хронический синусит. При обострении течения хронического периапикального очага одновременно развивается острое воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи – возникает острый синусит одонтогенной этиологии.

Такое понимание патогенеза синусита имеет практическое значение, так как требует обязательной санации полости рта больных с синуситами любой этиологии, что часто предотвращает вероятность осложнённой формы течения заболевания и является действенной мерой его профилактики.

В развитии синусита одонтогенной этиологии определённую роль играет анатомопографическое соотношение верхушек корней зубов и нижней стенки верхнечелюстной пазухи. Верхушки корней боковых зубов верхней челюсти (моляров, премоляров и редко – клыков) могут быть отграничены от неё слоем кости толщиной до 7,4 мм; могут пристоять к её слизистой оболочке или выстоять в верхнечелюстную пазуху.

может вызвать некоторую боль. При развитии периостита развивается отёк щеки и обеих век. На обзорных рентгенограммах определяется затемнение в области поражённой верхнечелюстной пазухи.

При развитии гнойного синусита все симптомы обостряются и становятся более выраженными. Процесс протекает, как тяжёлое инфекционное заболевание. Резко возрастает интенсивность самопроизвольных пульсирующих болей, которые могут иррадиировать в альвеолярный отросток и область глаза. Температура тела повышается до 39°C, а при эмпиеме верхнечелюстной пазухи – до 40°C. Возникает отёк тканей щеки, кожа лоснится. Пальпация кожных покровов соответствующей половины лица и перкуссия по скуловой кости вызывает сильную боль. Определяется боль и при перкуссии зубов, корни которых проецируются в область верхнечелюстной пазухи на стороне поражения. Риноскопия выявляет отёк, резкую гиперемию слизистой оболочки, под средней раковинной гной. Вместе с тем гнойные выделения из ноздри часто отсутствуют.

На рентгенограмме определяется интенсивное затемнение поражённой пазухи, а при развитии эмпиемы – выраженное затемнение. При её пункции обнаруживают гнойный экссудат. В крови – выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ.

Диагноз ставится на основании оценки жалоб и осмотра больного, риноскопии, рентгенографии, результатов исследования пунктата верхнечелюстной пазухи, диафрагмоскопии, эхографии, эндоскопии.

Дифференциальная диагностика одонтогенных и риногенных (гайморитов)

синуситов.	Одонтогенный	Риногенный	диагностический фактор
Дифференциально-Источники инфекции	Зуб (период., кисты, остеомиелит)	Ринит	
Вовлечение костных стенок	Обычно имеет место	Не наблюдается	полости
Поражение других синусов	Нет, протекает изолированные	Обычно двусторонние	гаймориты с другими синуситами
Отделяемое из среднего носового хода	Может отсутствовать	Обязательно	наблюдается
Рентген. Обследование	Изменение слизистой дна	Изменение слизистой боковой стенки	
Отделяемое через свищ в полость рта	Может быть	Отсутствует всегда	
Свищевые ходы	Могут быть	Нет	
Эффективность улучшения	Редко приводит к улучшению	Часто приводит к консервативного лечения	
Эффективность хирургического лечения	Эффективно	Часто неэффективно	

Лечение больного с острым одонтогенным гайморитом проводят с целью, во-первых, ликвидировать очаг и генератор инфицирования – «причинный» зуб, гранулёму, кисту и т.д.; во-вторых, создать отток для образующегося в пазухе экссудата; в-третьих, провести антибактериальную, общеукрепляющую и физиотерапию. Кроме того назначают симптоматическое лечение.

Весьма эффективным методом лечения является промывание верхнечелюстной пазухи используя для этой цели, в частности дренажную полиэтиленовую трубку диаметром 2-3 мм, которую вводят в пазуху через пункционное отверстие в нижнем носовом ходе. Возможность длительного дренирования избавляет больного от

ежедневных пункций. Для промывания верхнечелюстной пазухи в начале лечения могут быть использованы антибиотики и антисептические растворы (риванол, фурацилин, калия перманганат и т.п.), а в последующие сроки – протеолитические ферменты (трипсин, эрипсин, химотрипсин). С.М.Соломенный – 0,5% р-р этония и 0,5% р-р декаметоксина. Промывание продолжается обычно 6-7 суток, пока не прекратится гнойное отделяемое. Физиотерапия: УВЧ, соллюкс, диатермия.

Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи.

Хронические гаймориты (синуситы) могут явиться последствием острой стадии их течения или результатом хронического инфицирования околоверхушечных очагов воспаления. Особое место занимает так называемые перфоративные воспаления пазухи.

В отличие от острого катарального синусита при аналогичной хронической форме течения наблюдается отёк и гиперемия на более ограниченном участке слизистой оболочки пазухи, обычно в области нижнего её отдела. Хронический одонтогенный синусит характеризуется поражением не только слизистой оболочки, но и костных структур: оболочка в зоне поражения резко утолщена, инфильтрирована, определяется застойная гиперемия, имеются очаги расплавления с образованием эрозий. Изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи при продуктивном воспалении характеризуется гибелью мерцательного эпителия и его замещением плоским многослойным.

Особенностью одонтогенного гайморита является то, что он чаще имеет первично хроническое происхождение. Отсутствие симптомов острого воспаления особенно часто наблюдается в случаях сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта.

Хронический катаральный синусит часто протекает бессимптомно. Иногда больные жалуются на чувство тяжести в соответствующей половине головы, на периодическое нарушение носового дыхания, некоторое недомогание к концу дня. При риноскопии обнаруживают гипертрофию нижней носовой раковины и синюшность слизистой оболочки носового хода. При наличии ороантрального сообщения наблюдается свободное прохождение воздуха и жидкой пищи изо рта в нос.

При гнойных и полипозных поражениях больные жалуются на быструю утомляемость, гнилостный запах, периодическое выделение гноя из соответствующего носового хода. Наблюдается повышение температуры тела до 37,5-37,8°C. В крови – небольшой лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Хронические синуситы необходимо дифференцировать от околокорневой или интерстициальной кисты, а также опухолей в области слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

При рентгенографии выявляются снижение пневматизации верхнечелюстной пазухи, при контрастной рентгенографии – утолщение слизистой оболочки, а на участках образования полипов – дефект заполнения.

Диагноз заболевания устанавливается на основании жалоб больного, данных обзорной и контрастной рентгенографии, томографии, риноскопии, синусоскопии, тепловидения, эхографии.

Лечение хронического гайморита может быть консервативным и оперативным, но всегда предусматривает обязательную санацию полости рта больного. При хроническом катаральном гайморите удаления причинного зуба и консервативной терапии обычно достаточно для обеспечения выздоровления больного. Консервативная терапия: сосудосуживающие средства в нос и физиотерапевтические средства (УВЧ и СВЧ-терапия в атермических дозах, электрофорез 10% р-ром йодистого калия). При скоплении воспалительного экссудата в верхнечелюстной пазухе производят её пункцию с последующим промыванием антисептическими растворами, вводят антибиотики и протеолитические ферменты.

При более глубоких изменениях в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи санации полости рта недостаточно, но она положительно влияет на процесс

выздоровления в условиях последующего оперативного лечения больного, которое следует проводить в стационаре. При профилиративных формах воспалительного процесса (полипозном гайморите) и в тех случаях, когда консервативное лечение оказывается безуспешным, необходимо проводить гайморотомию, которая позволяет удалить изменённую слизистую оболочку и создать широкое соустье между верхнечелюстной пазухой и нижним носовым ходом для оттока раневого экссудата в послеоперационном периоде. Оперативное лечение показано также при обнаружении (проталкивании) в пазухе корня зуба и остеомиелитическом поражении альвеолярного отростка верхней челюсти с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи.

Наибольшее распространение в настоящее время получила радикальная гайморотомия по Колдвеллу-Люпу. Эта методика применима при риногенных гайморитах. Однако она не обеспечивает доступа к патологическим очагам в альвеолярном отростке, являющихся причиной одонтогенного гайморита. При одонтогенном гайморите необходимо одновременное вмешательство на верхнечелюстной пазухе и альвеолярном отростке. Такой доступ возможен при использовании при гайморотомии разрезов Моцера и Вессмунда-Рерманна. Трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи и соустье с нижним носовым ходом осуществляют обычно с помощью долота и костными кусачками. Для уменьшения травматичности этого этапа Г.Н.Марченко предложил набор трепанов, которые позволяют снизить травматичность этой манипуляции, получать ровное перфоративное отверстие и соустье. После вскрытия верхнечелюстной пазухи производят удаления только изменённых её участках (чаще всего в области передне-нижней её стенки), неизменённая слизистая оставляется.

В нашей клинике начиная с 60-х годов мы отказались от тампонады верхнечелюстной пазухи, так как тампонада не обеспечивает дренирования пазухи, а применяем, по предложению Г.Н.Марченко, систему дренажных трубок. Поливиниловая трубка диаметром 8-10 мм вводится в верхнечелюстную пазуху, конец которой выводится через соустье в нижний носовой ход. После операции на 2,3,4 день в эту трубку вводится трубка меньшего диаметра (4-5 мм) через которую со шприца вводится подогретый антисептический р-р фурацилина, 0,02% р-р хлоргексидина. Тампонада верхнечелюстной пазухи осуществляется только при наличии кровотечения.

Большое место в практической деятельности врача имеет лечение гайморитов возникших в результате образования соустья или свищевого хода между верхнечелюстной пазухой и полостью рта. Соустьем считают сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта через лунку удалённого зуба, которое функционирует 7-10 дней. В дальнейшем оно эпителизируется и формируется свищевой ход.

При отсутствии в верхнечелюстной пазухе воспалительных явлений и инородного тела (корня, зуба, пломбировочного материала), то есть, при её случайном вскрытии, следует немедленно приступить к устранению соустья. При наличии в верхнечелюстной пазухе воспалительных явлений или инородных тел следует проводить гайморотомию с пластикой соустья.

Для проведения радикальной гайморотомии с одновременной пластикой свища предложены и широко применяются методики Моцера и Вассмунда-Рерманна.

Методика Моцера: заключается в следующем – производят вертикальный разрез слизистой и надкостницы от переходной складки на середину второго резца и далее продолжая его вдоль края десны до области восьмого зуба. Отсепаровывают слизистонадкостничный лоскут и обнажают переднюю поверхность верхней челюсти. Проводят операцию по методу Колдуэлл-Люка и иссекают края десны соответственно свищевому ходу. Соединять края раны автор начинает от дистального отдела, при этом лоскут перемещается в дистальном направлении. В результате перемещения лоскута щёчная поверхность альвеолярного отростка, соответствующая боковому резцу и клыку остаётся без слизистой оболочки на треугольном участке.

Для устранения этого недостатка операции Моцера вертикальный разрез следует производить под углом 60° и можно его дополнять его разрезом от верхнего полюса под углом 60° к первому. Это позволяет после смещения лоскута назад полностью закрывать образованную после смещения раневую поверхность.

Наиболее чаще используется щёчный слизисто-надкостничный лоскут по способу Вессмунда-Рерманна. Перфорационное отверстие или свищ закрывается трапецевидным лоскутом по Вассмунду, от основания которого по предложению Рерманна разрезы продлевают в горизонтальном направлении (по линии переходной складки) в медиальную (до уровня второго резца) и дистальную сторону (до области восьмого зуба). Преимущество этого разреза состоит в том, что кроме закрытия отверстия свища хирургическим методом создаётся хорошая обзорность операционного поля для проведения операции по Колдуэлл-Люку. Для мобилизации трапецевидного лоскута Скалаци предложил пересекать надкостницу на уровне переходной складки. Производят иссечение свища. Если в процессе удаления его большая часть межзубной перегородки или вся она будет нарушена и корни зуба будут оголены, то этот зуб следует удалить, не смотря на то, что он интактен. В противном случае закрытие свища будет безрезультативным. Вершину лоскута соединяют матрацными швами с дугообразным краем раны, образовавшейся после удаления стенок свищевого хода. Таким образом предупреждается отслоение лоскута у края и создаются благоприятные условия для сопоставления и сшивания тканей. Накладывают швы на края раны вертикальных и горизонтальных разрезов.

Близкой к описанной выше методике закрытия свищей является методика предложенная Балог.

Недостатком методов Алехаузена и Вассмунда является снижение высоты преддверия полости рта.

С целью устранения этого недостатка на кафедре был разработан способ пластики супраорбитального соустья. Эта методика применяется при острых перфорациях, т.е. во время операции удаления зуба или небольшого промежутка времени после удаления зуба, при отсутствии воспаленных процессов со стороны слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и незначительном дефекте костной раны.

Суть методики заключается в формировании слизисто-надкостничного лоскута в форме равнобедренного треугольника обращённого основанием к переходной складке. От края дефекта под углом 120° производится разрез слизистой и надкостницы до переходной складки и далее продлеваем его под углом 60° на длину первого разреза. Отслаиваем выкроенный слизисто-надкостничный лоскут и смещаем его в сторону перфорации и подшиваем его к мобилизованным краям нёбной раневой поверхности.

Для закрытия свежей перфорации верхнечелюстной пазухи или пластики свища без вмешательства на верхнечелюстной пазухе (без гайморотомии) применяются способы Алехаузена, Вассмунда, Казаньяна, Пихлера и разработанные на кафедре хирургической стоматологии ОМУ.

По способу Вассмунда свищ закрывается трапецевидным лоскутом, образованным со стороны вестибулярной (щёчной) поверхности альвеолярного отростка. Для его мобилизации пересекают горизонтальным разрезом надкостницу на уровне переходной складки. После иссечения свища, лоскут фиксируют П-образными швами к нёбной раневой.

По способу Алехаузена закрытие свищевого отверстия или дефекта лоскутом на ножке, образованным из слизистой оболочки щеки. В качестве основного слоя он использует мышечную ткань, которую берут со щёчной мышцы. Недостатком метода является сужение свода преддверия полости рта.

Метод Казаньяна применяется в случаях наличия свища в области беззубого участка альвеолярного отростка. Выкраивается мостовидный слизисто-надкостничный лоскут, который отслаивается от альвеолярного отростка. Слизистая и надкостница вокруг

свища отсепаровывается и опрокидывается вовнутрь и сверху прикрывается вторым слоем мостовидного лоскута.

Метод, предложенный Пихлером, заключается в следующем. Дугообразными разрезами иссекаются слизистая и надкостница вокруг свища, края лоскутов отсепаровываются и опрокидываются вовнутрь и сшиваются. На твёрдом нёбе выкраивается слизисто-надкостничный лоскут, отсепаровывается и поворачивается на 90°, закрывая образовавшуюся раневую поверхность в области свища. Достоинством метода является наличие мощного хорошо кровоснабжающегося лоскута, который рубцово не сморщивается после операции. К недостаткам – затруднение в повороте ножки при пластике свища в области второго-третьего моляра.

С целью устранения недостатков способа Пихлера на кафедре разработан способ пластики соустья слизисто-надкостничным лоскутом на сосудистой ножке. Методика производится следующим образом. Двумя дугообразными разрезами отступя от соустья производят разрез слизистой и надкостницы. Слизисто-надкостничные лоскуты отслаиваются от кости и опрокидываются в сторону дефекта и сшивают их между собой. На переднем отделе твёрдого нёба выкраивается лоскут по величине раневой поверхности на альвеолярном отростке с основанием к большому нёбному отверстию. Слизистонадкостничный лоскут отслаивают и выделяют сосудисто-нервный пучок, питающий лоскут. Из языкообразного лоскута отсекаем его свободную часть по величине равной раневой поверхности альвеолярного отростка, оставляя его на сосудисто-нервный пучок. Лоскут на сосуде укладываем на раневую поверхность в области перфорации и подшиваем к краям дефекта. Остаток нёбного лоскута возвращают на прежнее место и фиксируют швами.

Метод позволяет уменьшить количество взятия ткани с твёрдого нёба, а также повышает мобильность лоскута.

8. Литература, использованная лектором для подготовки к лекции:

1. Хирургическая стоматология (под ред. Робустовой Т.Г.). – М.: Медицина, 1996. – 679 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - Киев, «Червона рута – Турс), - 1999, 429 с. .
3. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
4. Марченко Г.Н. Клиника и лечение одонтогенных гайморитов:
5. Мухаметзянова Г.С. Комплексное лечение одонтогенных перфоративных гайморитов. –
6. Уваров В.М. Одонтогенные гаймориты. – Л.: Медгиз. – 1962. – 72 с.