



Министерство образования и науки РФ  
ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»  
Медицинский институт

Кафедра терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и стоматологии детского возраста

# ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Выполнила студентка 4-го  
курса стоматологического  
факультета группы  
СТО-13-402-1 Трофимова  
Сахая Дмитриевна

Якутск, 2017

• **Одонтогенный синусит (Гайморит)** – это воспалительное заболевание пазухи верхней челюсти, возникающей по причине проникновения инфекции из ротовой полости при воспалении десны, в результате глубокого кариозного поражения, или же через отверстие после удаления зуба.

• **Причины развития:**

- Острый или хронический периодонтит и остеомиелит зубов верхней челюсти;
- Появление и загнивание кисты на верхней десне;
- Воспаление ретинированного (непрорезавшегося) зуба;
- Травма челюсти;
- Проникновение в пазуху корня зуба;
- Проникновение в пазуху стоматологического материала при лечении зубов.

Заболевание возникает в силу особенностей анатомического строения верхнечелюстных пазух, поскольку некоторые зубы от них отделяются незначительным препятствием в виде тонкой перегородки, очень часто эта перегородка подвергается перфорации при удалении зубов.

## Классификация

- По этиологии:**
- одонтогенные
  - Риногенные
  - Гематогенные
  - Травматические
  - Аллергические



**По клиническому течению:** острый, хронический и обострение хронического гайморита.

**По распространенности:**

- Очаговый (ограниченный) часто возникает при перфорации дна пазухи, периодонтите и прочими инородными телами.
- Разлитой (диффузный) гайморит – при остеомиелите, нагноении корневой кисты.

## Опрос:

Местные жалобы	может не быть	<u>хронический процесс</u> , в стадии ремиссии
	чувство тяжести в области верхней челюсти	нарушение оттока экссудата из верхнечелюстной пазухи
	боль различной интенсивности соответствующей половине верхней челюсти, иррадиирующая в зубы, глаз, висок	<u>острый или обострение хронического синусита</u> . Выраженность болей зависит от стадии воспаления. Иррадиация болей по ходу 2 ветви тройничного нерва
	выделение из соответствующей половины носа	серовато-гнойный экссудат выделяется из пазухи через верхнечелюстное отверстие
	чувство заложенности носа и затрудненное дыхание с одной стороны	вследствие отека слизистой оболочки носа и инфильтрата верхнечелюстной пазухи (естественное отверстие резко сужено)
	отсутствие или снижение обоняния	<u>чаще в хроническую стадию</u> за счет воспалительного процесса и дегенеративных изменений нервных окончаний
	неприятный запах изо рта	<u>чаще при хронической форме</u> в связи с застоем экссудата
	попадание жидкой пищи в нос после удаления зуба на верхней челюсти	перфорация дна верхнечелюстной пазухи
	выделения из лунки зуба	за счет воспаления верхнечелюстной пазухи
	наличие свища на месте удаления зуба без отделяемого или с гнойным отделяемым	в результате перфорации верхнечелюстной пазухи, эпителизации стенок лунки

Общие жалобы	повышение температуры тела до 37,8°, недомогание	интоксикация организма
	нарушение сна	из-за боли и затрудненного дыхания
Анамнез заболевания	выяснить затрудненное носовое дыхание и боль челюсти впервые или повторно	для дифференциальной диагностики острого и обостренного хронического синусита
	боль может отсутствовать	хроническая форма воспаления, стадия ремиссии
	когда проведена операция удаления зуба на верхней челюсти:	если произошла перфорация пазухи
	• несколько дней назад (6-8 дней)	перфорация слизистой оболочки гайморовой пазухи
	• несколько месяцев назад	свищевой ход
Анамнез жизни	условия работы и быта	влияют на общую сопротивляемость организма
Перенесенные и сопутствующие заболевания	сердечно-сосудистые, инфекционные, нервно- психические заболевания, туберкулез, сифилис, аллергические реакции	способствуют снижению неспецифической резистентности организма, возникновению заболевания и определяют тяжесть течения процесса
	острые респираторно-вирусные заболевания слизистой оболочки зева и носа	- учитываются при составлении плана и выбора учреждения (поликлиника, стационар) для проведения лечения, а также способствуют обострению одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи

# Внеротовое обследование больного:

внеротовое	конфигурация лица не изменена	
	припухлость мягких тканей подглазничной области и нижнего века. Кожа в цвете не изменена	при серозной стадии острого и в период ремиссии хронического синусита
пальпация	припухлость мягкой консистенции, безболезненная. Кожа собирается в складку	коллатеральный воспалительный отек, перифокальная реакция при остром гнойном процессе или в период обострения
	увеличенные, подвижные болезненные регионарные лимфатические узлы	гнойный воспалительный процесс верхнечелюстной пазухи (фокус воспаления)
перкуссия	передней лицевой стенки верхней челюсти болезненная	перифокальный отек
	скуловой кости болезненна	реактивное воспаление

# Внутриротовое обследование:

Осмотр	открывание рта свободное	
	слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розовой окраски	гнойное воспаление верхнечелюстной пазухи
	припухлость свода преддверия полости рта в области фронтальных зубов	фокус воспаления в верхнечелюстной пазухе - хроническая форма заболевания - коллатеральный воспалительный отек
	свищ на альвеолярном отростке в области отсутствующего зуба (малых или больших коренных зубов)	эпителизация стенок лунки; сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой
	при обследовании причинного зуба определяются признаки острого или хронического периодонтита, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии	источник инфицирования слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
	лунка моляров и премоляров не заполнена кровяным сгустком	инфицирование кровяного сгустка привело к его распаду
	в крови определяются пузырьки воздуха (во время операции удаления зуба)	перфорация дна верхнечелюстной пазухи
	лунка малого или большого коренного зуба: - пустая, без отделяемого; - со слизисто-гнойным отделяемым; - с грануляциями или выпячиванием слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, синюшной окраски	- нет воспаления; - острое или хроническое воспаление гайморовой пазухи; - хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи.
Пальпация	передней лицевой стенки по своду преддверия полости рта в области <u>32/23</u> и бугра верхней челюсти болезненная	гнойный воспалительный процесс верхнечелюстной пазухи (фокус воспаления), перифокальная реакция надкостницы и перифокальное воспаление периодонта этих зубов
Перкуссия	малых и больших коренных зубов верхней челюсти и причинного зуба болезненная	

## Внутриносовое обследование:

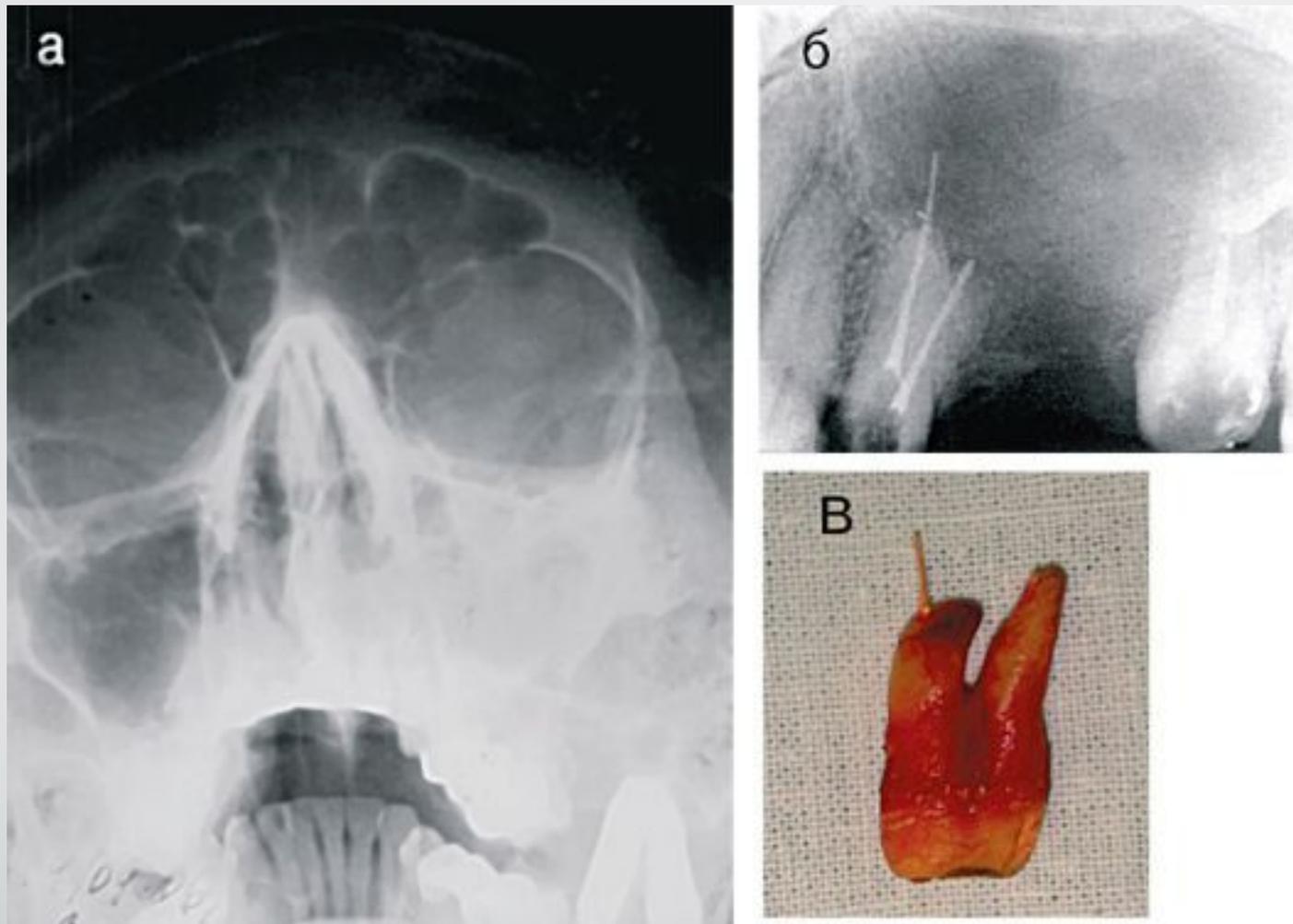
Осмотр	отек, покраснение слизистой оболочки средней и нижней раковины	острое или хроническое воспаление в стадии обострения гайморовой пазухи, коллатеральный отек и гиперемия ткани
	слизисто-гнойное отделяемое в среднем и нижнем носовых ходах	острое серозно-гнойное воспаление верхнечелюстной пазухи или хроническое в стадии обострения
	отек слизистой оболочки средней, нижней раковин и среднего носового хода	гипертрофия за счет хронического воспаления



## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

- **Зондирование**- пуговчатый зонд аккуратно вводят в лунку зуба или свищевой ход до ощущения прикосновения к верхней стенке пазухи или оболочке радикулярной кисты челюсти (определяется сообщение с верхнечелюстной пазухой и наличие в ней содержимого)
- **Пункция** - вкол иглы Куликовского производят в нижнем носовом ходу, у переднего конца основания нижней раковины
- **Посев микрофлоры** - приготовить мазки и произвести посев из содержимого, полученного при пункции или из лунки зуба, свищевых ходов
- **Гистологическое исследование** - иссекают ткань (слизистая оболочка), выступающую из лунки или свища
- **Эндоскопия** - производится через лунку зуба или широкий свищ в области отсутствующего зуба
- **Рентгенография** - в носо-подбородочной проекции (по типу придаточных пазух носа): определяют утолщение, разрастание слизистой оболочки пазухи, наличие корня зуба (равномерное затемнение одной из пазух различной интенсивности; пристеночное

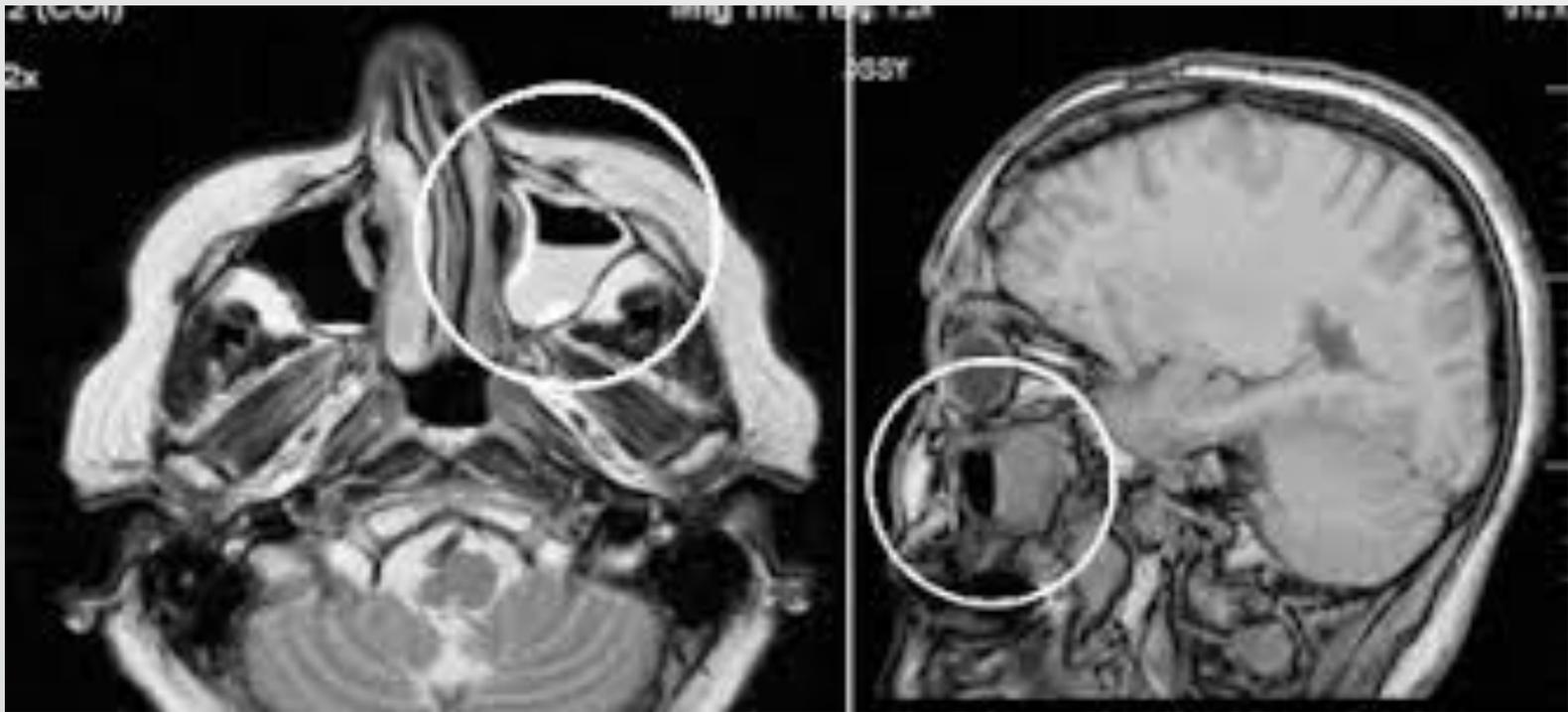
- **Рентгенография с контрастным веществом** - определение размеров и локализации патологического очага: равномерный пристеночный дефект заполнения (хронический катаральный синусит, фиброзное утолщение слизистой оболочки пазухи).
- **Томография**- равномерный пристеночный дефект заполнения (хронический катаральный синусит, фиброзное утолщение слизистой оболочки пазухи); неравномерный пристеночный дефект заполнения (хроническое воспаление пазухи) отсутствие деструкции костных стенок полости (острое или хроническое воспаление периодонта)
- **Общий анализ крови** - повышенное количество лейкоцитов до 10000 нейтрофилов, СОЭ до 20-30 мм/час



Прямая рентгенограмма черепа в подбородочно-носовой проекции (а), внутриротовая рентгенограмма альвеолярного отростка верхней челюсти слева (б) и удалённый 25-й зуб (в) пациента с левосторонним хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом, который возник в результате выведения гуттаперчевого штифта через перфорацию корня в просвет синуса



На ортопантограмме в нижнем отделе верхнечелюстного синуса видна тень инородного предмета, которая является остаточным корнем зуба



# Лечение одонтогенного синусита, перфорации дна и свища верхнечелюстной пазухи

- **Удаление причинного зуба, дать отток экссудату**
- Промывание пазухи через лунку удаленного зуба при наличии перфорации или свища ежедневно в течение 5-7 дней или путем пункции через 2-3 дня растворами антисептиков, антибактериальных средств, чувствительных к микрофлоре. **Путем пункции:** введение антибактериальных средств; введение протеолитических ферментов ежедневно по 10-25 мг (трипсин, химотрипсин, разведенные на 2-3 мл физиологического раствора)
- **Медикаментозное лечение:** антибактериальное: антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламидные препараты; десенсибилизирующее: 10% р-р хлористого кальция, антигистаминные препараты (супрастин, диазолин и др.) сосудосуживающие средства (галазолин, санорин, нафтизин и др.) по 2-3 капли в носовые ходы
- **физиолечение** - УВЧ-терапия, флюктуоризация (способствует разжижению экссудата, рассасыванию отека и инфильтрата)
- **Пластика перфорационного отверстия:** путем закрытия устья лунки местными тканями или перемещением слизистого лоскута со щеки (твердого неба) (во время операции удаления зуба или не позднее 2-3 дней при интактной пазухе)
  - Устье лунки закрывается йодоформной турундой, фиксируется шелком к десне или зубам (при интактной гайморовой пазухе)
  - санация полости рта (для сохранения сгустка, за счет которого происходит заживление раны)

# СИНУСОТОМИЯ

- **Формирование слизисто-надкостничного лоскута** - горизонтальным разрезом по переходной складке от 1 до 6 рассеките слизистую оболочку и надкостницу с вестибулярной стороны.
- **Отслаивание слизисто-надкостничного лоскута**
- **Вскрытие верхнечелюстной пазухи** - нанести 5-6 отверстий шаровидным бором по кругу на всю толщину костной ткани, соединить все точки фиссурным бором. Кусачками расширить трепанационное отверстие. Слизистую оболочку пазухи вырезать по размеру костного отверстия
- **Удаление содержимого пазухи** - высушить пазуху марлевым тампоном (для обеспечения осмотра стенок верхнечелюстной пазухи)
- **Обследование пазухи** - определить измененные участки слизистой оболочки
- **Удаление слизистой оболочки** - удалить слизистую пазухи или только измененные участки ее, тщательно выскоблить кюретажной ложкой
- **Образование сообщения с носовой полостью** - в передненижнем отделе внутренней стенки пазухи сделать отверстие размером 1,0 x 1,5 см; сгладить края. На слизистой оболочке носа сделать П-образный разрез и образовавшийся слизистый лоскут вернуть в пазуху или иссечь
- **Тампонада пазухи** - йодоформная турунда шириной 1,5 см, длина зависит от объема пазухи. Один конец тампона вводят через соустье в полость носа, другим заполняют всю пазуху. На следующие сутки тампон удаляют через нос)

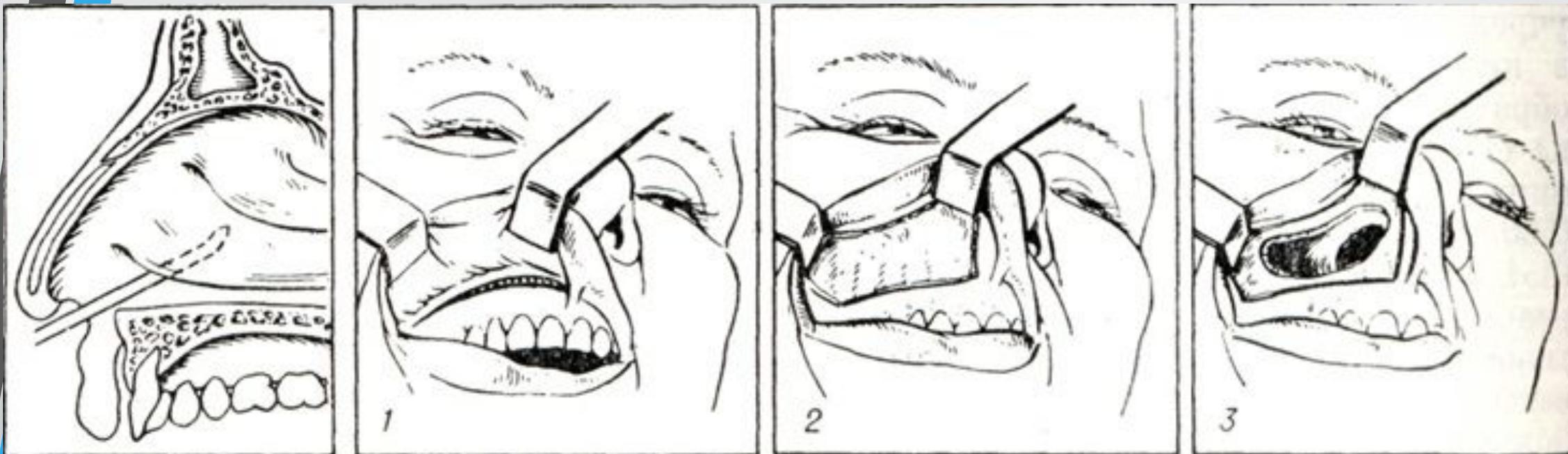


Рис. 1.

Рис. 2.

Рис. 1.

Положение иглы в полости носа при пункции верхнечелюстной пазухи.

Рис. 2.

Операция по Колдуэллу — Люку: 1 — разрез по переходной складке преддверия полости рта; 2 — обнажение передней стенки верхнечелюстной пазухи; 3 — верхнечелюстная пазуха вскрыта.



На ортопантограмме пациента с левосторонним хроническим одонтогенным перфоративным верхнечелюстным синуситом в проекции синуса видна тень инородного тела, которая является йодоформной турундой

## Этапы пластического закрытия верхнечелюстного свища:

- **Формирование слизисто-надкостничного лоскута на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка** - горизонтальный разрез, проходящий по краю альвеолярного отростка через свищевой ход. Свищ иссечь. Далее от свода преддверия рта провести два косых трапециевидных разреза до кости сходящихся к щекам соседних от свища зубов.
- **от лунки к переходной складке распатором отслоить слизисто-надкостничный лоскут**
- **Удаление костной ткани** - костными кусачками или фрезой края альвеолярного отростка сгладить.
- **Мобилизация лоскута для его удлинения** - лоскут поднимают вверх и рассекают надкостницу горизонтальными разрезами у основания лоскута
- **Наложение швов** - вкол иглы делают на 2 мм от края раны на подвижном лоскуте. Вкол иглы – в неподвижный край раны. Расстояние между швами – 4 мм. Края раны должны плотно прилегать друг к другу, не подворачиваться

- В условиях стационара: послеоперационное стационарное лечение (10-14) дней после синусотомии (до полной эпителизации раны)
- **Местное лечение:**
  - промывание пазухи раствором фурациллина или физиологическим раствором хлорида натрия с последующим введением антибиотиков, ежедневно в течение 3 - 4 дней
  - дренажные полихлорвиниловые трубки удалить через 3 дня после операции
  - в случае тампонады йодоформным тампоном, удалить его на 2-й день после операции
- **Медикаментозное лечение**
  - Противовоспалительные, антибактериальные, десенсибилизирующие средства, иммунокорректоры, симптоматические препараты
- **План реабилитации больного после стационарного лечения:**
  - направить на протезирование для восстановления жевательной функции
  - проведение рентгенологического контроля через 1-1,5 месяца
  - при подозрении на рецидив – промывание пазухи через отверстие, созданное в



Спасибо за внимание