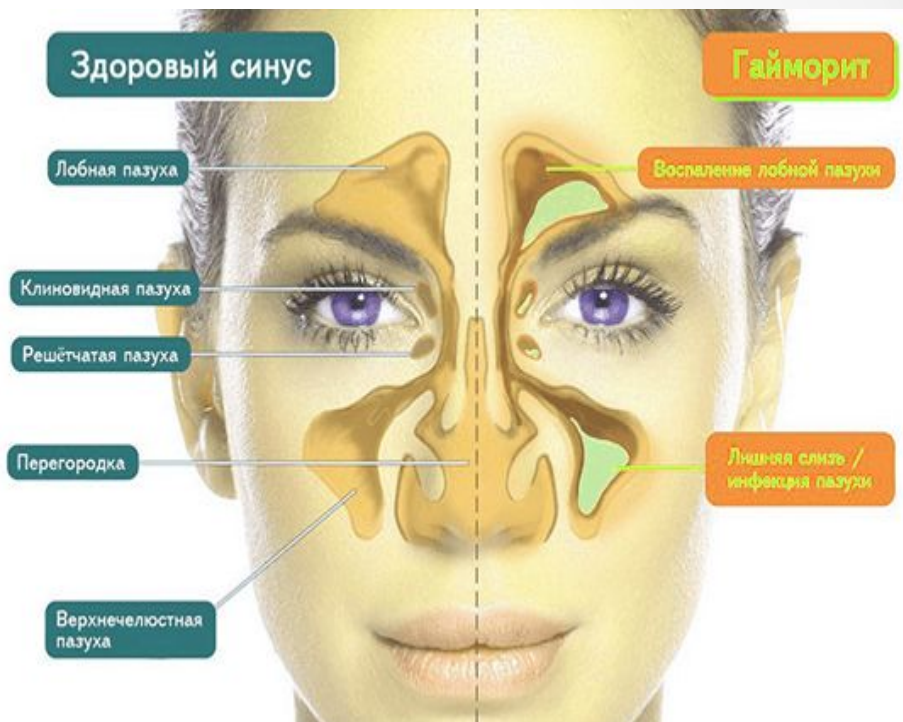


Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Стоматология факультеті
хирургиялық және балалар жасындағы стоматология
кафедрасы

Тақырыбы: Одонтогенді гайморит клиникасы, диагностикасы, емі
үстінгі жақсүйек қойнауының перфорациясы мен жыланкөз жолы.
диагнозы және емдеу принциптері

Орындаған:Мадиева.М
Тексерген:Убайдиллаев. Х
Тобы:СТК-436

- Гаймор қуысын (жоғарғы жақ қуысы, синус) 1651 жылы ағылшын дәрігері Гаймор бірінші болып тексеріп жазды.
- Қуыс ішін жауып тұратын кілегей қабығының қабынуының инфекция көзі одонтогендік болса, онда бұл қабыну процесін гаймор қуысының одонтогенді қабынуы деп атайды.
- Одонтогендік гаймориттің пайда болуы өрбуі жергілікті және жалпы әсерін тигізеді. Жергілікті патогенетикалық факторларға: периодонтит, остеомиелит, жоғарғы жақ сүйегінің сарысулы ісігінің қабынуы, жоғарғы жақ өсіндісіне операция жасаған кезде және жарақаттан болған жоғарғы жақ қуысының тесіктері, гаймор қуысына басқа заттардың түсуі, сүйек ішінде шықпай қалған тістер болып есептеледі. Гаймориттің дамуына жедел және
- созылмалы дерттерден кейінгі организм халінің жалпы әлсіреуі әсерін тигізеді.



- Жіктелуі

Инфекцияның көзіне байланысты гаймориттер:

одонтогенді,

риногенді,

гематогенді

жарақаттан кейінгі

- Г. Н. Марченко келесі клиникалық жіктелуін ұсынады:

1. Жабық түрі: а) созылмалы периодонтиттерге; б) кисталардың іріңдеуіне байланысты.

2. Ашық түрі: а) перфоративті (тесілу); б) остеомиелиттерден кейінгі гаймориттер.

Гаймориттер клиникалық дамуына байланысты жедел және созылмалы болып екіге бөлінеді.

Патогенезіне қарай улану(интоксикациялық) гаймор қуысының кілегей қабығы одонтогенді қабыну ошағындағы токсиндермен уланғандықтан болса,

Инфекциялы сүйек тіні немесе қан тамырлары арқылы микробтардан енеді

Клиникасы

- Субъективті белгілері алдында ұстамалы түрде басталып, кейін келе жоғарғы жақ сүйегін кернеп ауырады. Жоғарғы жақ сүйегінде орналасқан тістер түгелімен қақсап, бас ауыруы үдейді. Ал „бұзылған" тіс ұзарғандай болады. Дене түршігіп, қалтырап әл кетеді. Дене қызуы 38—40 С° дейін көтеріледі. Ауыру сезімі самай, көз және маңдайға тарайды. Мұрын арқылы дем алу қиындап, иіс сезу төмендейді. Ауырған жақтағы мұрын жолы бітеліп (тұмау) одан су мен ірің қосылып ағады. Бертін келе осы жолменен ұдайы ірің ағады. Ауырған жақтағы көз жанары жарықтан қорқып, одан жас ағады. Осындай симптомдармен қатар көзасты нервсінің невралгиясы басталады.
- Объективті белгілері. Сырттан қарағанда аурған жақтағы жұмсақ тіндер домбығып (ісініп), терісі қызарыңқырап, сау жағымен салыстырғанда қызуы көтеріледі. Саусақпен пальпация жасағанда жоғарғы жақ сүйегі және төменгі көзасты тесігі ауырады.

Диагностика

Жедел гайморит Алдыңғы риноскопия жасағанда ауырған жақтағы мұрын қуысының кілегей қабығы қызарып домбыққанын және ортаңғы мұрын желбезегінің астынан гаймор қуысында жиналған ірің ағуын байқауға болады.

Риноскопияға қосымша тәсілдердің бірі В. И. Воячек ұсынған диафоноскопия болып есептеледі. Қараңғыланған бөлмеге науқасты отырғызып, ауыз қуысына кішкене электр шамын немесе диафоноскопты енгізіп еріндердің толық жабуын өтінеді. Осыдан кейін шамды жаққанда сау жағындағы тіңдер және көз жанары қызарады, ауырған жағы қараңғы болып қалады. Ал, науқас сәулені тек сау жағымен сезінеді.

Жоғарғы жақ сүйегі қуысының дерттерін тексергенде рентгенография тәсілі өте бағалы мағлұматтар береді. Әдетте қуыс іші толған, сондықтан рентген сәулесін кедергісіз өткізеді де рентгенограммада ашық болып көрінеді. Егер гаймор қуысында сулы-ірің немесе басқа заттар болса рентген сәулесі тосқауылға тоқтап рентгенограммада бұлдыр немесе қараңғы болып көрінеді. Егер, жоғарғы жақ қуысында сұйық ірің жиналса рентгенографияны науқасты тұрғызып жасағанда оның деңгейін байқауға болады.

Қуыстың кілегей қабығы домбықса қабырға көлеңкесі тәріздес көрінеді. Одонтогенді гайморитте бұл айтылған көріністер тек бір жағында орналасып, басқа қосалқы мұрын қуыстары таза болады. Рентгенографияны сәуле тоқтататын (контрастты) сұйық заттармен жасағанда дерттің көлемін және сипатын көрумен қатар, дұрыс ем қолданылуын қамтамасыз етеді.

Томография тәсілі дерттің қай қабатта жатқанын, оның топографиясын анықтайды. Қазіргі кезде компьютерлік томография тәсілі гаймор қуысында кездесетін дерттерді анықтауға үлкен көмегін тигізеді.

Жоғарғы жақ қуысын төменгі мұрын жолымен Гартман әдісімен тесіп қуыс ішіндегі заттарды сорып алып, оны цитологиялық жолмен тексеріп диагнозды анықтауға болады. Ол үшін төменгі мұрын жолын 2% дикаин ерітіндісімен жансыздандырып қисық Куликовский инесімен қуысты теседі. Тескеннен кейін шприц арқылы қуыс ішіндегі затты сорып алып, сол ине арқылы қуысты антисептикалық ерітінділермен жуу керек.

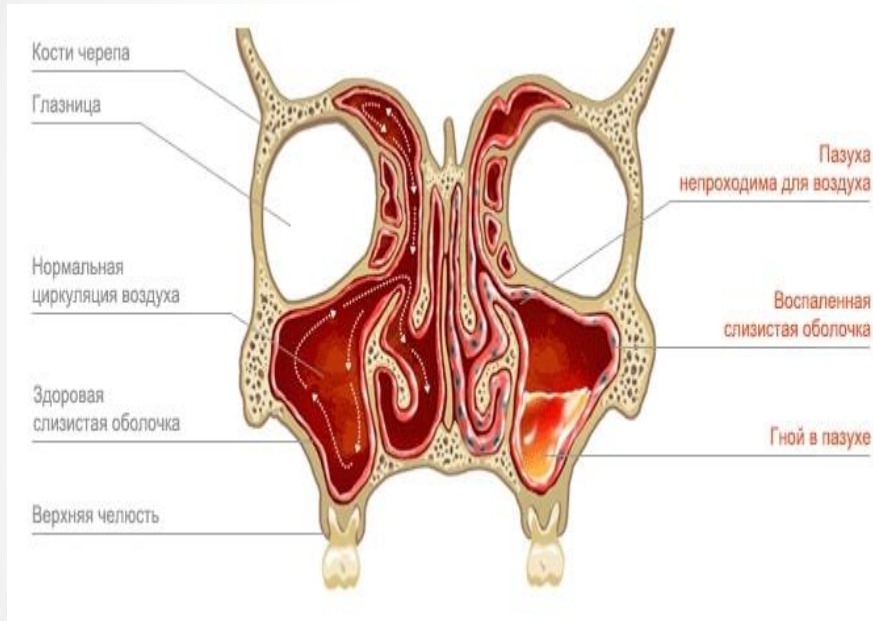
Гаймор қуысының дерті тіс дерттерімен байланысын анықтау үшін жоғарғы жақ сүйегінде орналасқан тістерді тексеру қажет. Әсіресе жегімен бұзылған тістерді, емделген тістерді электроодонто-диагностика әдісін қолдана отырып тексереді.

Одонтогенді гайморитті риногенді гаймориттен келесі ерекшеліктеріне сүйене отырып ажыратуға болады: дерт тістің ауырғанынан басталады, жоғарғы жақ сүйегінде қабыну процестері (периодонтит, пародонтоз, остеомиелит, іріңді киста) болуы мүмкін, жоғарғы жақ қуысымен қатынасты жыланкөз, әдетте қуыс біржақты бұзылады.

Емі

- Жедел одонтогенді гайморитті емдеу жалпы және жергілікті болып бөлінеді.
- Ең алдымен, инфекция көзін жою үшін оған себепші болған тісті жұлып, остеомиелит ошағын ашып қуыс ішіндегі іріңді ағызу қажет. Ол үшін мұрын қуысының төменгі жолының кілегей қабығын 1% дикаин, 2—3% эфедрин ерітінділерімен (жағып) жансыздандырып Куликовский инесімен іріңді сорып алғаннан кейін, қуысқа резинка түтігін енгізу қажет. Сол түтік арқылы қуысты антисептиктермен, антибиотик, кортикостероидты (гидрокортизон, преднизолон т. б.) және протеолитикалық ферменттер ерітінділерімен жуу қажет. Әдетте, қуысқа тәулігіне 10—25 мг трипсинді немесе химотрипсинді 2—3 мл физиологиялық ерітіндімен жібереді. Жалпы ем үшін антибактериялық, десенсибилизациялық, жалпы нығайту, симптоматикалық емдерді қосып қолдану керек.

Созылмалы одонтогенді гаймарит



Созылмалы одонтогенді гайморит. Созылмалы гайморит жедел гаймориттің жалғасы немесе оның асқынуы. Кейбірде созылмалы гайморит өз бетінше басталады.

Созылмалы перирдонтиттерге, тіс жұлу операциясынан кейін немесе сарысулы ісіктің іріңдеуіне байланысты созылмалы гайморит астыртын басталады. Созылмалы гаймориттердің патологиялық-анатомиялық көрінісі әртүрлі болып келеді. Іріңді қабынуда, кілегей қабық үсті грануляциямен жабылып, қалыңдап іріңдейді. Кейбір жерінде жара пайда болып, ол сүйекке шауып, кейін жыланкөз пайда болады.

Клиникасы

клиникасында субъективті және объективті белгілері болады.

Тұрақты белгілерінің бірі — ауырған жағындағы танаудан үнемі іріңді су ағуы. Әдетте оның сапасы, көлемі бір тәулік ішінде өзгеріп отырады. Осыған байланысты мұрыннан жағымсыз иіс сезіледі. Ол объективті және субъективті какосмия болып бөлінеді.

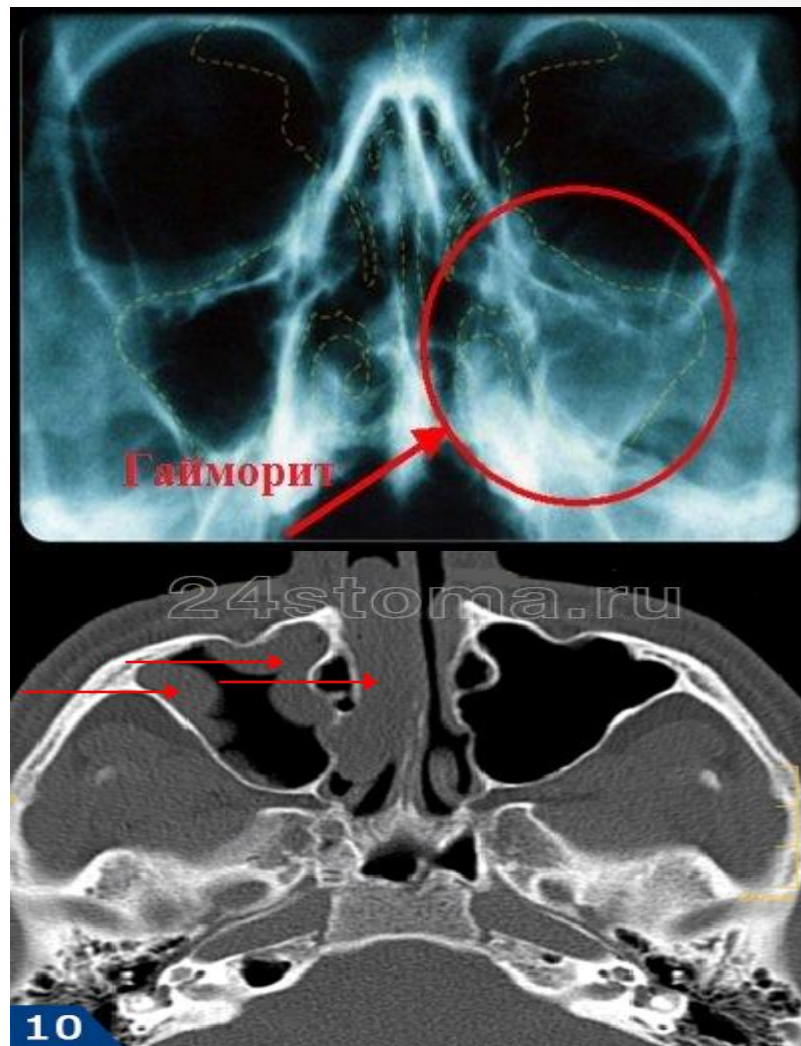
Егер науқас жағымсыз иісті өзі сезіп, одан жеркенсе оны субъективті какосмия, ал науқаспен қатар оның айналасындағы адамдар сезсе оны объективті какосмия деп атайды.

Науқас басының бір жағы тоқтамай ауырады, мимен жұмыс істеу қиындайды. Үшкіл нервтің екінші бұтағының невралгиясы басталады. Бастың аударылу бағытына байланысты танаудан ағатын ірің көлемі өзгеріп, бас қай жаққа ауса сол жақтан ірің ағады. Үстіңгі жақ қабырғаларын перкуссия жасағанда ауыру сезімі болуы мүмкін.

Объективтік белгілері тек арнайы тексеру тәсілдерін қолдану арқылы анықталады. Ауыз қуысын тексергенде түбірлері гаймор қуысының түбіне жақын орналасқан, тіс жегімен зақымдалған тістердің үстіндегі жыланкөздері немесе шектелген одонтогенді гаймориттің клиникалық көрінісі байқалады.

Диагностика

- Клиникалық көрінісін рентгенографиялық зерттеу дәлелдейді. Рентген суретте гаймор қуысының күңгірттенгені анықталады. Іріңді түрі күңгірттенуінің біріңғай күшейе түсуімен сипатталады, ал полипозды түрінде гаймор қуысында перде тәрізді және көлемі әр түрлі көлеңке көрінеді. Ауыз қуысының рентген суретінде тіс түбірлерінің қуысқа қатынасы олардың айналасындағы тіндердегі өзгерістер гранулема (киста) сарысулы ісік анық көрінеді. Созылмалы гаймориттерде өзгеріске ұшыраған қуыстағы шырышты
- қабаттың орналасқан жерін, оның көлемін және сын-сипатын анықтау үшін контрастты рентгеноскопия тәсілі өте тиімді. Контрастты зат ретінде 3—7 мл йоддипол қолданылады.



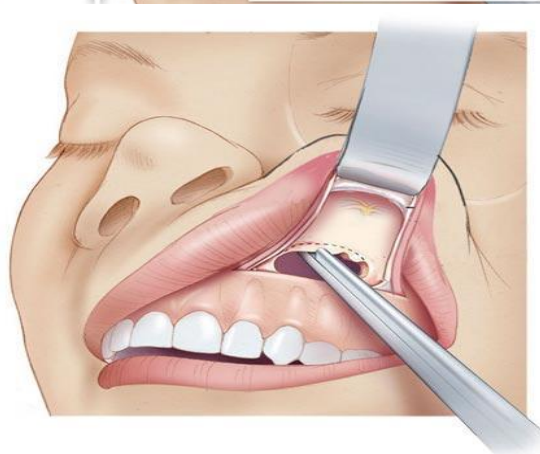
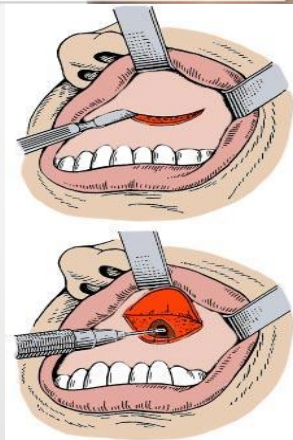
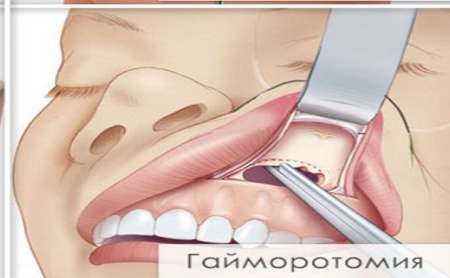
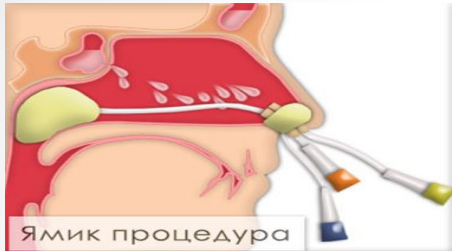
Ажырату диагностикасы

Созылмалы одонтогенді гайморитті гаймор қуысының шырышты қабатының қатерлі ісігінен ажырата білген жөн. Тұрақсыз симптомдардан басқа қатерлі ісік болған жағдайда рентген суретінде гаймор қуысы қабырғаларының деструкциясы көрінеді. Толық дұрыс диагноз қою үшін эндоназалды биопсия немесе гайморотомия операциясында алынған тінді гистологиялық зерттеу жүргізу керек.

Гаймор қуысындағы одонтогенді қабыну процесін басқа да ісіктерден (саркома, остеома, амелобластома, сарысулы ісік) айыра білу керек.

Созылмалы одонтогенді гайморитті парадентарлы гаймор қуысы қабырғасын жоғары және артқа ығыстырып өсетін сары-сулы ісіктен ажырату керек. Бұл жағдайда мұрыннан су ақпайды. Рентгенограммада ісік анық шектелген, ал пункция жасаса жылтырақ ірің алуға болады. Осымен қатар одонтогенді гайморит гаймор қуысының шырышты қабатының созылмалы аллергиялық қабынуына ұқсайтынын есте сақтау керек. Аллергиялық гайморитпен ауырған науқастардың анализінде, аллергиялық экзема, нейродермит, конъюнктивит, Квинке ісінуі, эксудативті диатез (тамаққа немесе дәрі-дәрмектерге) бар екені анықталады. Аллергиялық гаймориттерде одонтогенді ошаққа байланысты ауыру сезімі болмайды, дертке өте ұзаққа созылу тән, өте көп мөлшерде мұрыннан мөлдір қою су бөлінеді. Мұрынның шырышты қабаты күрт ісініп көгереді.

Емі



Созылмалы одонтогенді гаймориттің емі. Созылмалы одонтогенді гайморитті консервативті және хирургиялық жолдармен емдейді. Оның толық емделуі келесі, негізгі талаптарды орындауына байланысты: 1) гайморитке соқтықтырған себепті жою; 2) гаймор қуысындағы патологиялық өзгеріске ұшыраған тіндерді мұқият түрде алып тастау; 3) гаймор қуысынан экссудатқа ағуға мүмкіндік жасау және оны аэрациялау; 4) соңынан рационалды ем қолдану.

Гайморит емін барлық жағдайларда қабыну процесінің дамуына себепкер болған одонтогенді қабыну ошағын жоюдан бастап, соңынан консервативті ем қолданады. Оларға физиотерапия тәсілдері (УЖЖ, диатермия, соллюкс) және қайта пункция жасап гаймор қуысын жуып, патологиялық өзгеріске ұшыраған шырышты қабатының көлемі аз ғана болған жағдайда оны дәрімен емдеуге болады.

Гаймор қуысында қабыну процесі жайылмалы немесе созылмалы түрлеріне өткен жағдайларда консервативті ем өз нәтижесіне жетпейді. Сондықтан хирургиялық ем жиі тағайындалады.

Гаймориттердің хирургиялық ем тәсілдерінің бірі кеңінен таралып қолданатын Колдуэль-Люк операциясы. Операция жергілікті инфильтративті және өткізгіш (туберальды, көзасты) анестезия арқылы жасалады, ал кей кезде эндотрахеалды наркоз беріледі. Мұрынның шырышты қабаты 3% кокаин немесе 1% дикаин ерітіндісімен жансыздандырылады. Тілік жоғарғы

жақтың өтпелі қатпарында латеральды күрек тістен екінші үлкен азу тіске дейін жасалады. Шырышты қабатты сүйектің сыртқы қабығын қоса сылады.

Қашаулап немесе бормен, Марченко трепанын қолдана отырып гаймор қуысының алдыңғы қабырғасын тесіп ашады. Сүйек тесігіне сай гаймор қуысының шырышты қабатын кесіп алады. Қуыстағы жиналған экссудат, полиптер, өзгеріске ұшыраған шырышты қабатты алып тастайды.

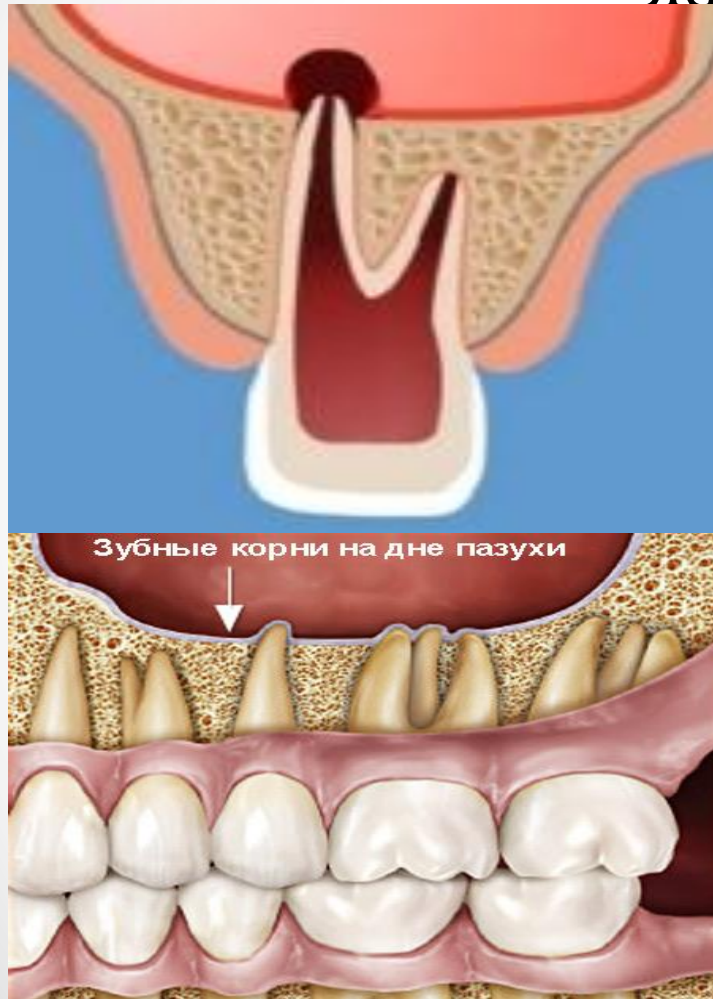
Қуыстағы патологиялық өзгерген тіндерден тазаланған соң мұрынның төменгі тыныс жолымен қатынасатын көлемі 1,2x1,5 см тесік жасалады. Тесіктің мұрынның төменгі тыныс жолының деңгейінде болғанына көңіл аудару керек.

Қуысты йодоформды немесе синтомицин эмульсиясына малынған тампонмен толтырады. Тампонның бір ұшын мұрынның төменгі тыныс жолына шығарады. Жоғарғы жақтың өтпелі қатпарындағы жараға кетгутпен тігіс салады. Ертеңіне тампонды алып тастайды, 3—4 тәулік бойы мұрынның төменгі тыныс жолында жасалған тесік арқылы қуысты жуып тұрады.

Қабыну процесі жоғарғы жақтың альвеолды өсіндісінің сүйегін қамтыған жағдайда Денкер, Иванов, Рудаков, Лянде т. б. авторлар бойынша жасалатын операциялар оқулықтарда берілген. Сол операциялардың бірі Верлоцкий мен Заславский радикалды гайморотомия операциясының модификациясы. Мұнда тек қабыну процесімен қамтылған альвеолярлы өсіндінің вестибулярлы бетінен шырышты және сүйектің сырт қабығынан трапециялы қиынды кесіліп алынады. Сонан соң тілік өтпелі қатпармен немесе одан сәл төменірек латеральды күрек тіске және үшінші үлкен азу тіске дейін жалғасады. Әрі қарай операция барысы жоғарыдағы жазылған әдісімен жасалады. Операциядан кейін жалпы қабынуға қарсы тағайындалатын терапиямен науқастарға прозерин, дибазол, B1 витамині, ал операциядан екі күн өткен соң УЖЖ, 8—10 күндерінен бастап калий йодиді немесе новокаин мен электрофарез тағайындалады. Жүргізілген емнен кейін анемия, парестезия сезімі азайып, тістердің электртітіркену сезімінің деңгейі төмен-дейді.

ЖОҒАРҒЫ ЖАҚ ҚУЫСЫ ТУБІНІҢ ТЕСІЛУІ ЖӘНЕ ОНЫҢ

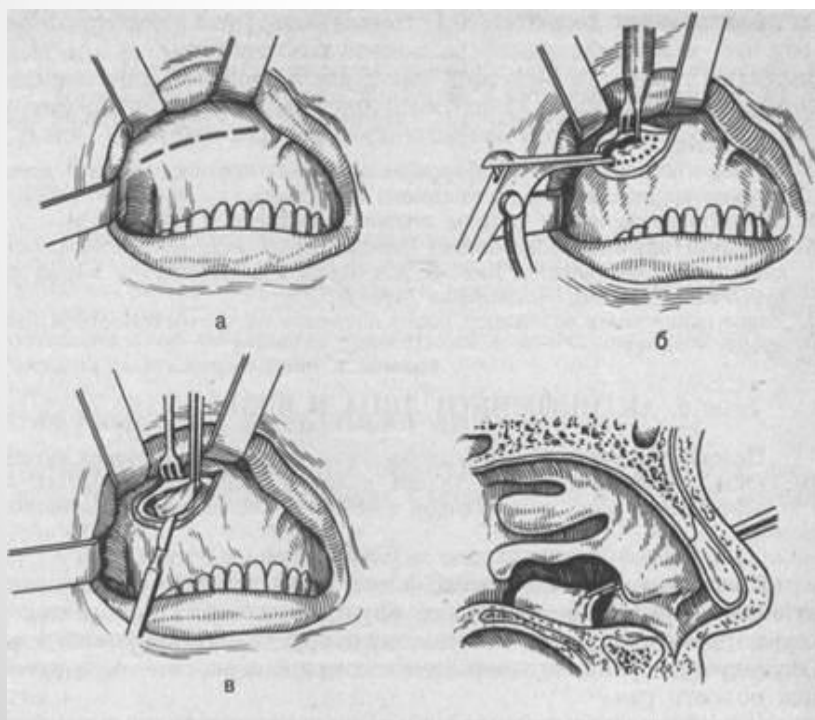
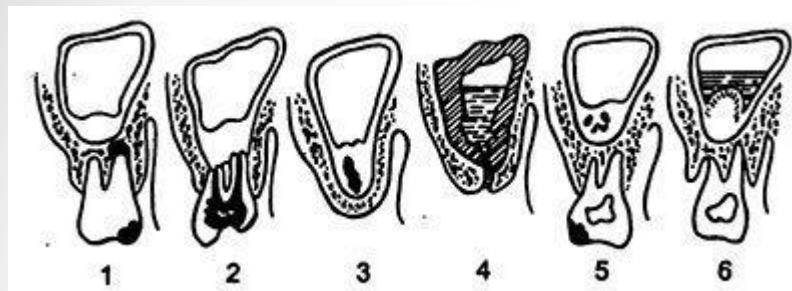
ЖЫЛАНКӨЗІ



- Д. Е. Танфильев гаймор қуысының тесілуінің себептеріне байланысты келесі жіктелуін ұсынады:
- 1) Одонтогендік тесік (тіс жұлу, тіс түбірін кесу, цистотомия, гайморотомия).
- 2) Арнайы тесік (туберкулез, мерез, актиномикоз).
- 3) Ісіктерден болатын тесік.
- 4) Жарақатқа байланысты тесіктер.

Клиникалық мәліметтерге қарағанда гаймор қуысы түбінің тесілуі 50%-тен 90%-ке дейін тіс жүлу операциясына байланысты. Жоғарғы жақ қуысының түбі жиі жағдайда жоғарғы үлкен және кіші азу тістерді жұлғанда тесіледі, ол әдетте қуыспен тіс түбірлерінің өзара анатомиялық қарым-қатынасына немесе тіс түбірлеріндегі созылмалы қабыну процестеріне байланысты. Кей жағдайда альвеолды өсіндінің ісіктеріне жасалған операцияның асқынуынан, созылмалы остеомиелит, сарысулы ісік, жоғарғы жақ жарақатының салдарынан да тесіледі. Гаймор қуысы түбінің тесілуі жедел немесе созылмалы, асқынған және асқынбаған түрлерінде болуы мүмкін. Қуыс түбі тесілген күннен бастап 2—3 аптаға дейін диагноз қойылса ол жедел түріне жатады, ал жоғарыда аталған мерзімнен асса созылмалы деп саналады.

Егер түбі тесілген гаймор қуысында қабыну процесі дамымаса немесе оған бөгде заттар кірмесе (тіс түбірі, тампон т. б.) бұл асқынған түрі, ал гаймор қуысында қабыну процесі дамыса, тіс түбірі кірсе, жұлынған тіс ұяшығында остеомиелит болса асқынған деп есептейді.



Кейбір науқастардың гаймор қуысында қабыну процесі кезінде, жоғарғы азу тістерін жұлып жатқанда қуыс түбі тесілуі мүмкін. Гаймор қуысымен ауыз қуысының арасындағы тесік ұзақ мерзімге созылса, жара өзегі эпителизацияланып жұлынған тіс ұяшығының аумағында жыланкөз дамиды.

Науқастың шағымына, анамнезіне, арнайы зерттеу (зондпен тексеру, қуысты жуу, рентгенография т. б.) мәліметтеріне сүйене отырып гаймор қуысының тесілгеніне диагноз қойылады.

Науқас сіңбіргенде жұлынған тіс ұяшығы арқылы ауыз қуысына ауа өтетініне, ауызын шайғанда су мұрнына кететініне шағым айтады. Науқасты тексергенде оған саусақтарымен мұрнын қысып ол арқылы ауа шығарып көруін ұсыну керек — егер қуыс түбінде тесік болса жұлынған тіс ұяшығына ысылдап немесе ысқырып ауа шығады. Кей жағдайда ұяшықтан көпірген қан немесе ірің ағады. Гаймор қуысының шырышты қабатында полип болған жағдайда, ол тесікті жауып қалып ауа мұрыннан ауыз қуысына өтпейтінін ескеру керек, бұл жағдайда науқас ұртына ауа толтырып үрлей алмайды, өйткені ауа аузынан мұрын арқылы шығып кетеді. Егер қуыс түбі қабыну процесі бар жағдайда тесілсе ұяшықтан ірің ағып, полип шығып тұруы да мүмкін.

Әдетте қабыну процесі бар қуыстың тесілуі біріншілік созылмалы ағымда болады.

Бірақ кей жағдайларда тіс жұлынғаннан бірнеше күн өткен соң жедел гаймориттің көрінісі дамуы мүмкін (сыздап ауыру, қалтырау, дене қызуының көтерілуі, бетінің ісінуі, мұрынның бітуі).

Ауыз қуысын тексергенде пайда болған ақаудың көлемін, жарақат жолының, оның айналасындағы тіндердің жағдайы (ұяшықтан шығып тұрған полип бар ма, жоқ па, ұяшық толық немесе жартылай эпителизацияланды ма, сарысу немесе ірің аға ма) анықтайды.

Мұндай науқастарды тексергенде қосалқы зерттеу тәсілдеріне зондпен шұқып тексеру және қуысты ұяшық арқылы антисептиктер ерітіндісімен жуып-шаю жатады. Зондтың бату дәрежесі мен жуынды құрамын қарап гаймор қуысында қабыну процесінің бар-жоғын анықтайды.

Гаймор қуысының тесілуін анықтау үшін рентгенография, контрастты рентгенографиялық зерттеу әдістерінің орны өте маңызды. Бұл әдістер

дәрігерге сүйек ақауының көлемі, қуыста тіс түбірінің бар жоғы, шырышты қабатында қабынудың болуын, оның орны мен көлемі туралы мәліметтер береді.

Науқасқа жүргізілетін емдік іс-әрекеттің кезектілігі, оның түрі, оперативтік емнің керек еместігі, қажет болса оның көлемі қуыста қабыну процесінің бар-жоғына байланысты. Қуыс түбінің тесілуі асқынбаған жедел түрінде бірден анықталса, ұяшықты тіс жұлынысымен тігеді, керек болса кедергі жасаған альвеолды өсіндінің қырларын қысқашпен кесіп алып, вестибулярлы және таңдай жағының жұмсақ тіндерін сылып босатқан соң барып тіс ұяшығына тігіс салады. Кей жағдайларда гаймор қуысы мен ауыз қуысы аралығындағы тесікті жауып, ол өздігінен біту үшін тез қататын пластмассадан тосқауыл пластина қоюға болады.

Егер қуыс түбі тесілуімен қатар, аз көлемді қабыну процесі болса алдымен консервативті ем қолданады. Гаймор қуысын антисептик ерітінділерімен жуып соңынан сульфаниламидтер, антибиотиктер, протеолитикалық ферменттер жібереді. Хирургиялық ем тек тесікті жабумен шектеледі.

Ал қуыс түбінің тесілуі қуыста жайылмалы қабыну процесімен қатар жүрсе, радикалды гайморотомия және тесікке пластикалық операция жасалады.

Гаймор қуысының тесігіне пластикалық операцияны жоспарағанда тесіктің көлемін, оның айналасындағы тіндердің жағдайын ескеру керек. Әрбір бөлек жағдайда әр түрлі тәсілдер қолданылады: тесікті альвеолды өсіндінің сырт жағындағы жұмсақ тіндермен немесе таңдайдан алынған көпір тәріздес, альвеолды өсіндінің вестибулярлы бетінен алынған тіл тәріздес қиындылармен жабады.