

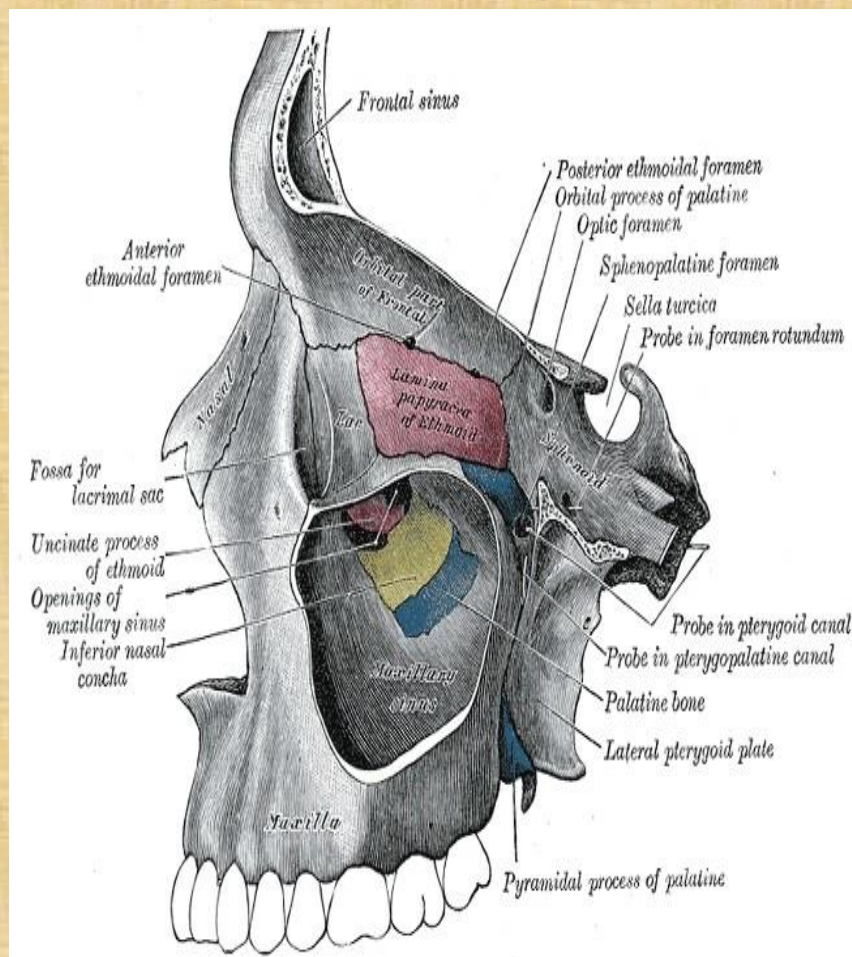
# **«Пропедевтика хірургічної стоматології**

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

**СУМИ 2018**

# *Верхньощелепна пазуха*

- Верхньощелепна пазуха – найбільша з навколоносових пазух. Її об'єм в середньому складає 10-12 см<sup>3</sup>, варіюючи від 3 до 30 см<sup>3</sup>.
- 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 підочномкового каналу наявні ділянки, позбавлені кісткової тканини довжиною 2-4 мм.



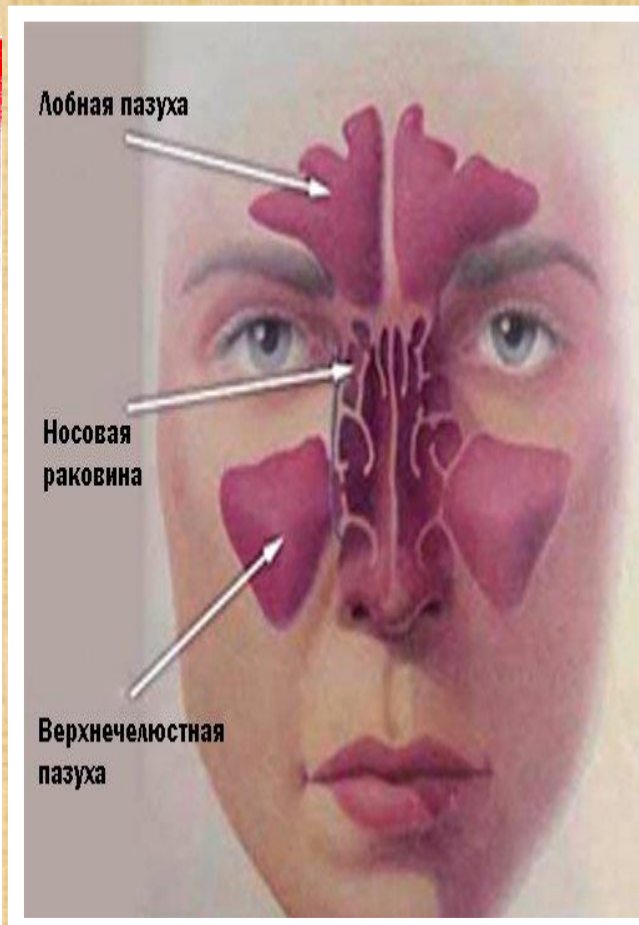
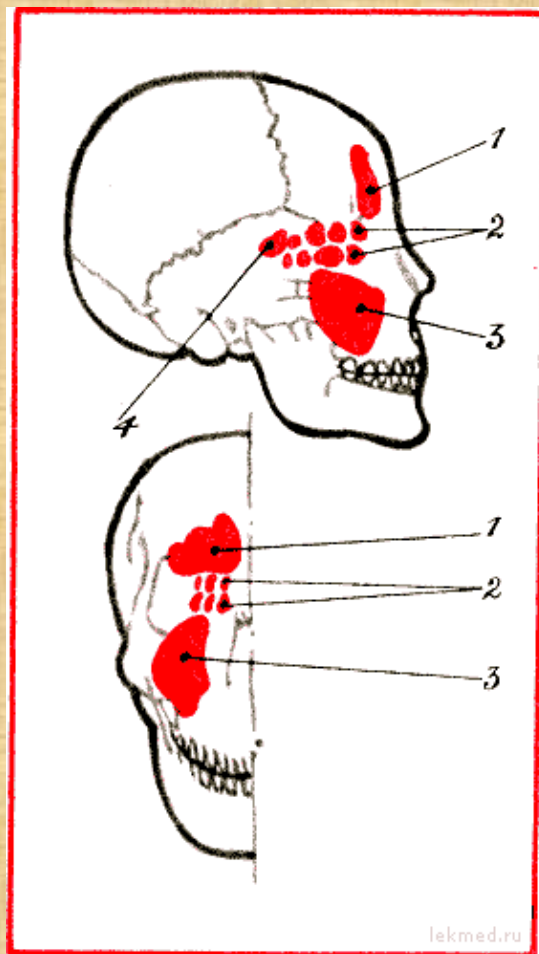
# Локалізація навколоносових пазух

1 – лобний синус

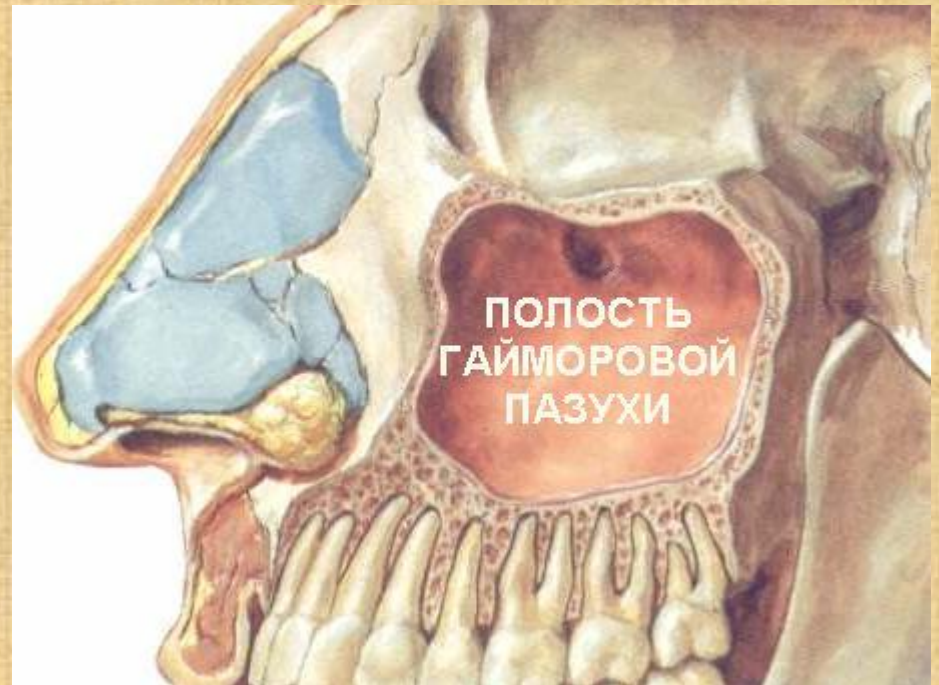
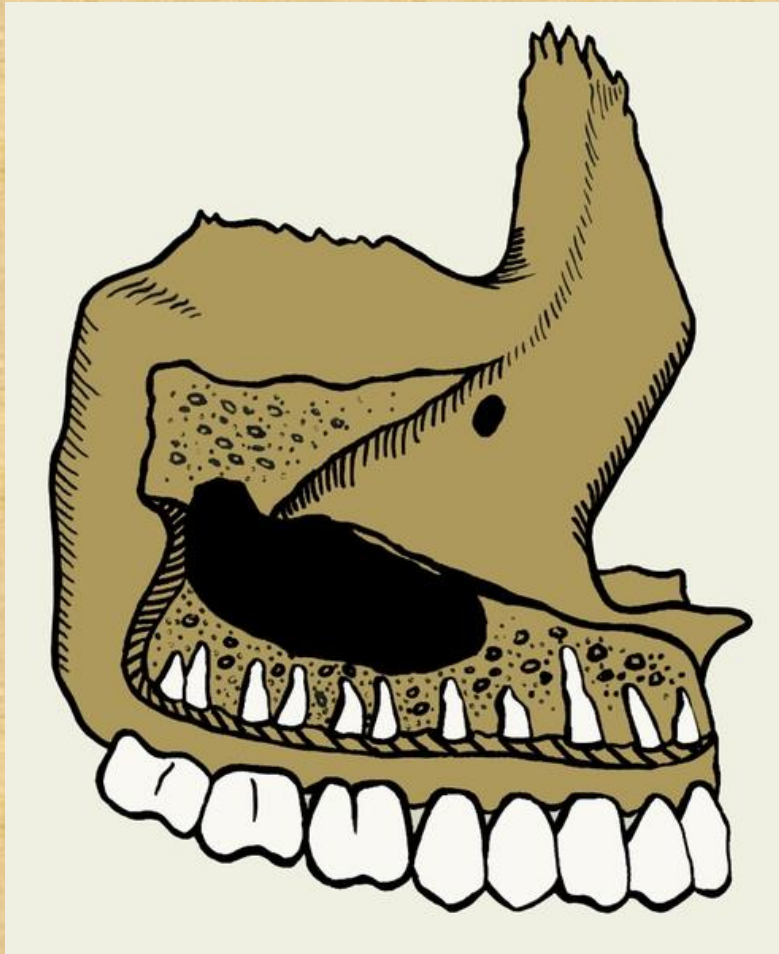
2 – комірочки рішчатого лабиринту

3 – верхньощелепний синус

3 – основний синус

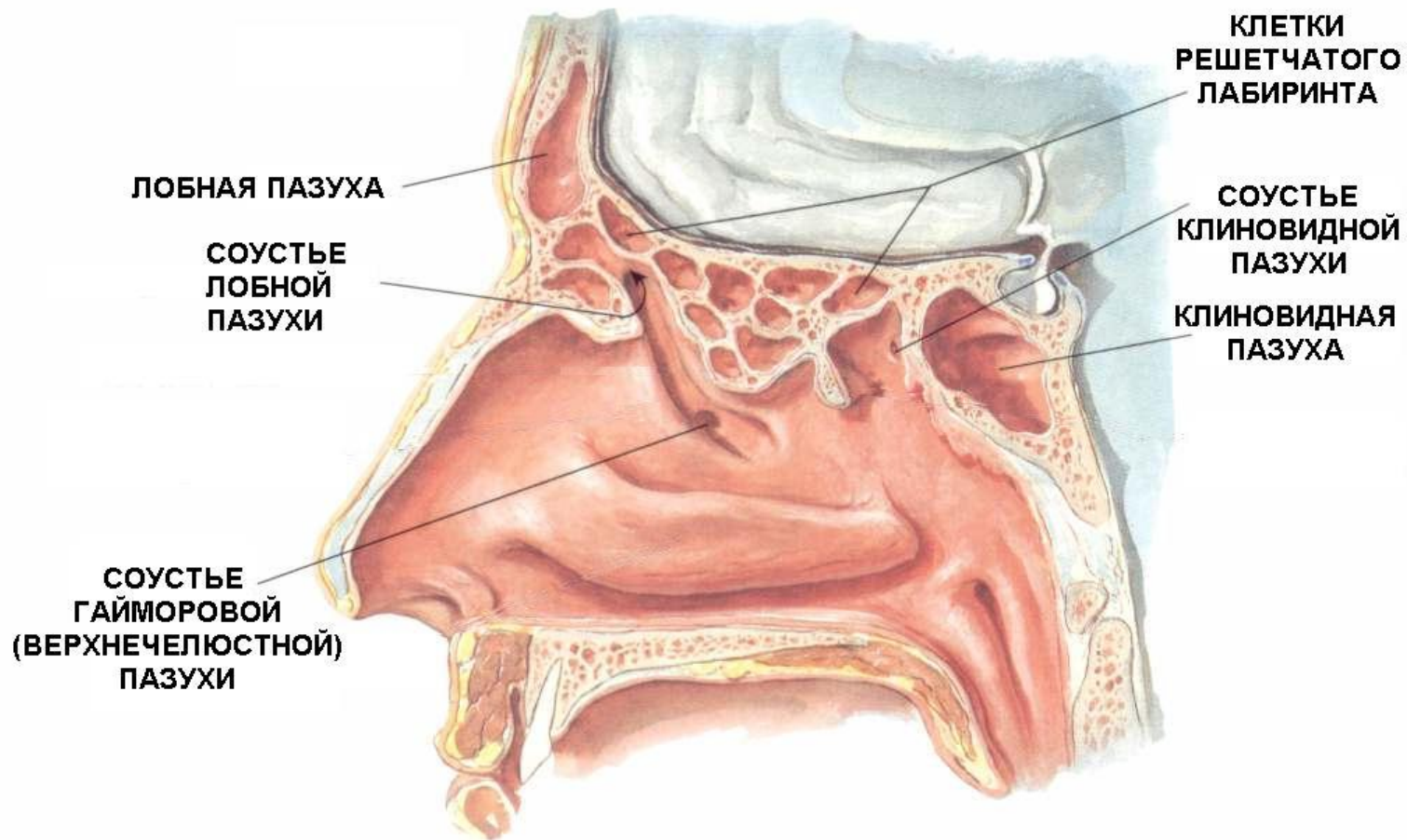


# Особливості розташування верхівок коренів зубів верхньої щелепи по відношенню до гайморової пазухи

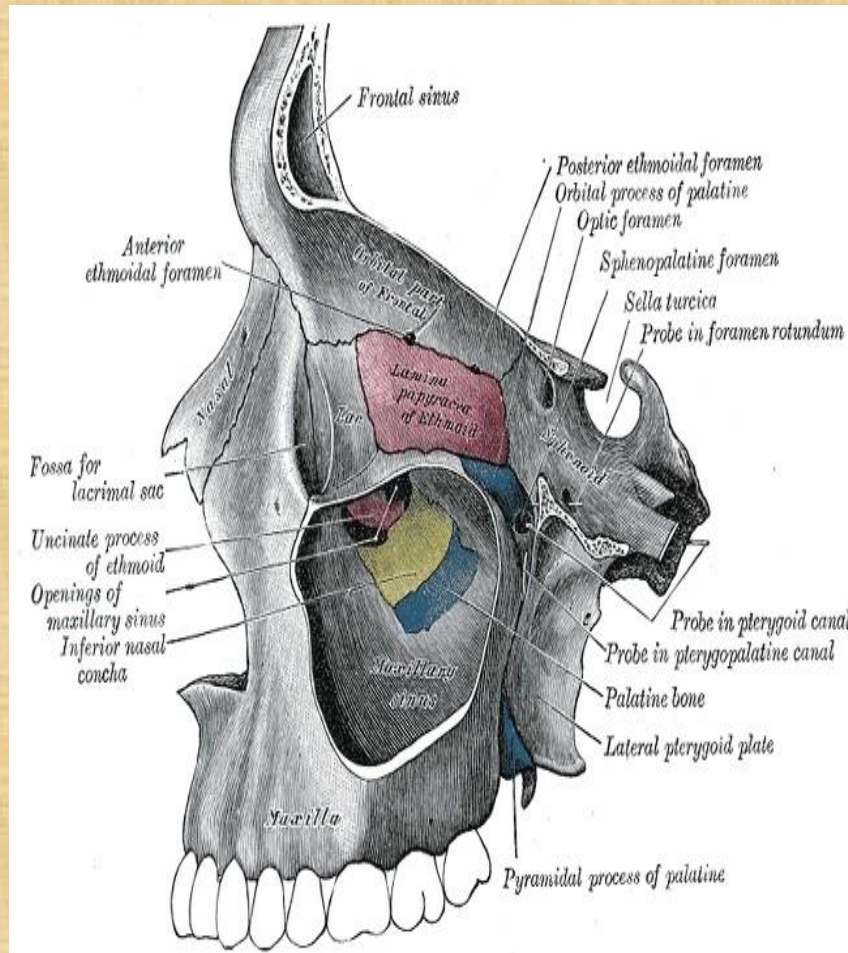




# Анатомія біляносових пазух



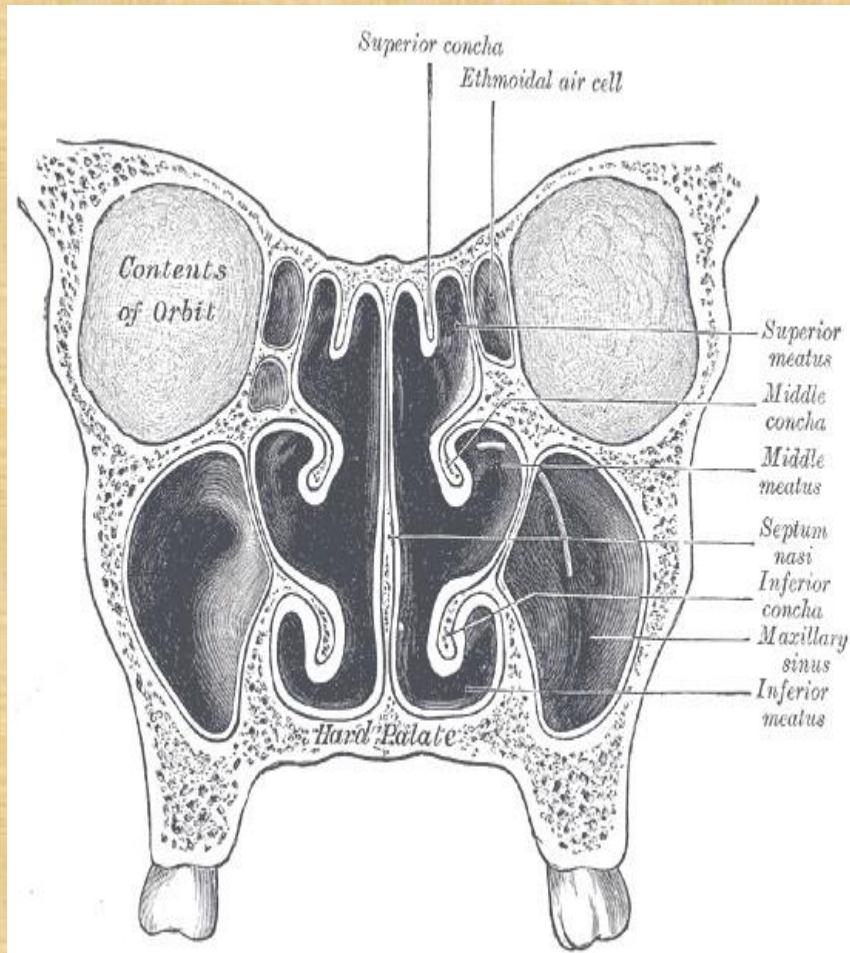
# ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ



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



# БУДОВА



- 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.





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

- 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
  - Ретензовані зуби

# Класифікація гайморитів

- - Залежно від проникнення інфекції в синус розрізняють:
  - риногенний (риніт, грип);
  - гематогенний (пневмонія, дефтерія, тиф);
  - травматичний (проникаючі поранення верхньощелепної пазухи);
  - одонтогенний (поширення інфекції від причинного зуба);
  - перфоративний (при видаленні зубів).
- - По локалізації:
  - пристіночний;
  - дифузний;
  - односторонній;
  - двосторонній.



# 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 поблизу порожнини, 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 верхньощелепній пазусі.

# Патологічна анатомія

- Запалення верхньощелепної пазухи може мати
- гострий,
- підгострий
- та хронічний перебіг.
- При гострому процесі відмічається набряк, гіперемія слизової оболонки, зменшується об'єм порожнини і може закриватися або звужуватись отвір в порожнину носа. У підслизовому шарі утворюються псевдокісти. Слизисті залози збільшені, з них виділяється значний секрет, заповнюючи порожнину.
- Через 2 дні катаральне запалення змінюється гнійним. Спостерігається інфільтрація слизової оболонки лейкоцитами, утворюються окремі мікроабсцеси.
- Хронічне запалення верхньощелепної пазухи може бути обмеженим і дифузним, поліпозним та неполіпозним. Просвіт порожнини заповнений слизово-гнійним або гнійним вмістом. При поліпозному хронічному запаленні на поверхні стінок порожнини видно вибухання, що є поліпозно-грануляційними розростаннями.

# Гайморит виникає при проникненні у верхньощелепну пазуху інфекції.

- Одонтогенний гайморит виникає найчастіше в результаті поширення інфекції із запаленого періодонта (зазвичай - верхніх малих або великих корінних зубів, рідше - іклів), тобто з вогнищ гострого або хронічного періодонтиту. Можливість такого поширення інфекції пояснюється рядом обставин, на першому місці серед яких стоїть топографо-анатомическая близькість верхівок вказаних зубів до слизової оболонки дна верхньощелепної пазухи.



Гайморит одонтогенний - запалення стінок верхньощелепної пазухи, виникнення якого пов'язане з поширенням інфекційно-запального процесу з осередків одонтогенної інфекції верхньої щелепи або з інфікуванням пазухи через перфораційний отвір, що з'являється після видалення зуба.

### **одонтогенні токсичні (катаральні)**

- виникає в результаті проникнення у верхньощелепну пазуху не самих мікроорганізмів, а продуктів запалення, викликаного ними в періодонті або в альвеолярному відростку. Це перифокальне запалення носить катаральний характер, а тому швидко виліковується під впливом медикаментозного (загального або місцевого внутрішньопорожнинного) лікування і усунення вогнища запалення в періодонті.

### **одонтогенні інфекційні**

- виникає при проникненні інфекції з одонтогенного вогнища по кістковій тканині або венозним і артеріальним капілярам, що відходять від верхньої альвеолярної венозної і артеріальної мережі до венозного сплетення в слизовій оболонці верхньощелепної пазухи. Ця форма запалення, перейшовши в хронічну стадію, вимагає і видалення осередку інфекції, і гайморотомії.

## Г. Н. Марченко пропонує наступну клінічну класифікацію:

- 1. Закрита форма:
  - а) гайморит на ґрунті хронічних періодонтитів;
  - б) гайморит на ґрунті нагноєння одонтогенних кіст, врослих у верхньощелепну порожнину.
- 2. Відкрита форма:
  - а) перфоративные гайморит;
  - б) гайморит, що розвинувся як ускладнення хронічного остеомієліту альвеолярного відростка або тіла щелепи.

# Клінічні прояви

- Проблеми = симптоми:
- припухлість в щічній і підочноямковій областях;
- гострий біль в зубах верхньої щелепи;
- біль, що іррадіює;
- набряклість, почервоніння слизової оболонки порожнини рота;
- болісна перкусія 24-26 зубів;
- виділення слизу з порожнини носа лівої сторони;
- почервоніння слизової порожнини носа;
- болісна пальпація передньої стінки тіла верхньої щелепи.



# Діагностика

- Діагноз ставиться на підставі даних анамнезу, клінічного обстеження і результатів додаткових методів дослідження, зокрема рентгенографії або комп'ютерній томографії додаткових пазух носа.

# Відмінні ознаки одонтогенних синуситів

- ⦿ біль в зубі або пародонтальних тканинах, що передує
  - захворюванню;
- ⦿ наявність в ділянці верхньої щелепи відповідно до дна пазухи запального процесу (періодонтит, патологічна зубоясенева кишенья при пародонтиті або пародонтозі, нагниваюча кіста, остеомієліт);
- ⦿ наявність перфоративного отвору в ділянці дна пазухи;
- ⦿ асиметрія обличчя та болісність при пальпації
  - передньолатеральної стінки пазухи;
- ⦿ наявність смердючих гнійних виділень з носа, крошкувато-творожних мас в промивній рідині;
- ⦿ ізольоване ураження однієї верхньощелепної пазухи.

# Рентгенографія

- Рентгенографічне дослідження пазухи :  
визначається  
завуальованість або (при  
емпіємі) різке затемнення;  
на рентгенограмі  
альвеолярного відростка  
видно явища хронічного  
періодонтиту, кістогранулему  
або нагниваюча кіста;  
структура кісткової  
перегородки між вогнищем  
запалення у верхівки зуба і  
дном верхньощелепної  
пазухи порушена.

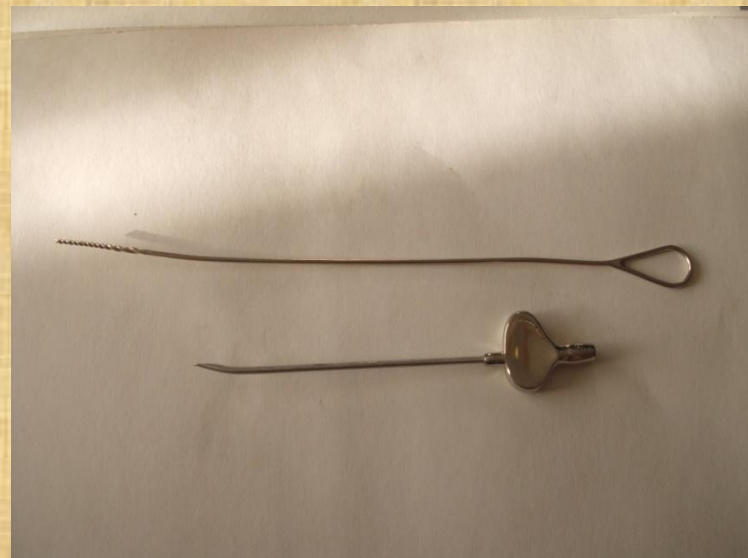
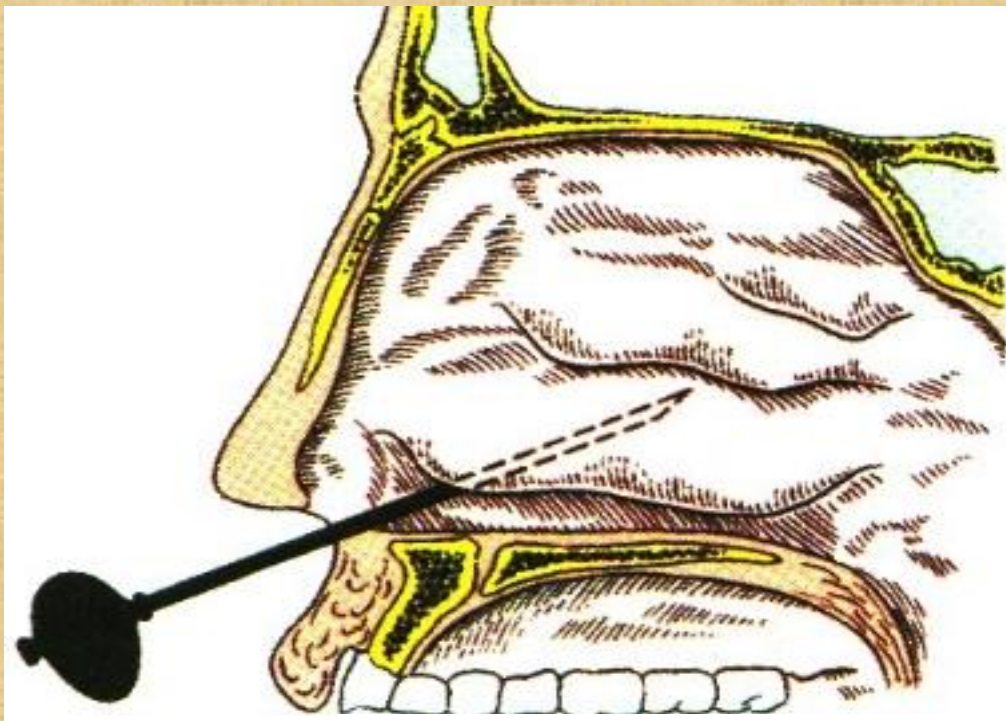




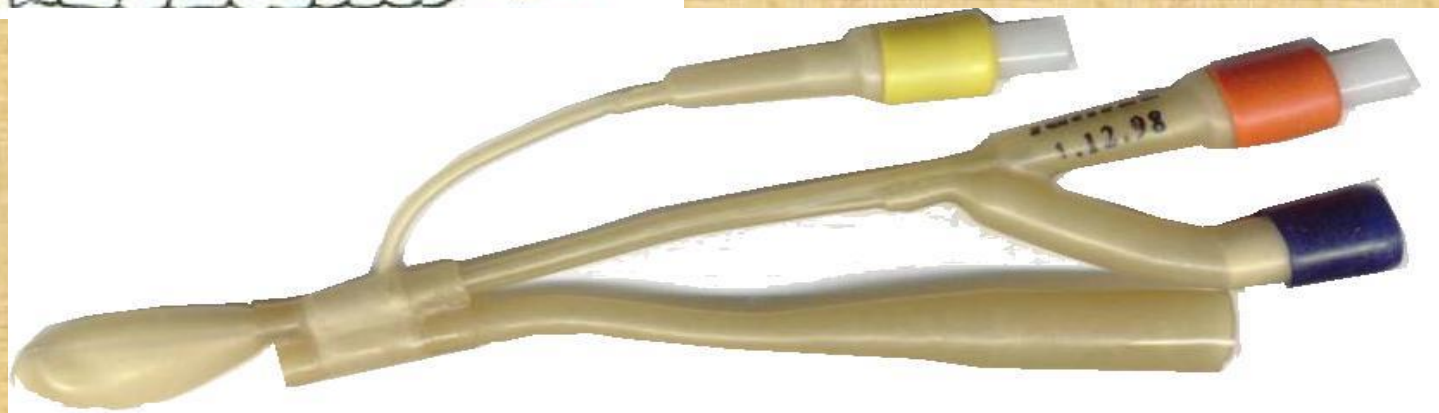
# ДІАГНОСТИКА

- Пункція (прокол) робиться для того, щоб відкачати з пазухи гній, промити пазуху, а після цього ввести туди антибіотики і протизапальні препарати. Ця процедура супроводжується неприємними відчуттями, але ефективність її дуже висока. Нині після проколу в пазуху встановлюють спеціальні трубочки - катетери, через які можна робити промивання пазухи щоденно.
- При застосуванні цього методу хворою дуже швидко видужує. Але до всього є свої показання, і в початковій стадії гаймориту далеко не завжди вимагається проводити пункцію, можна обійтися промиванням носа.

# Пункція



1 – зонд; 2 – игла Куликовского



## При лікуванні гаймориту використовуються

- консервативні (лікарські засоби і фізіопроцедури)
- хірургічні методи.



# ЛІКУВАННЯ

- Лікування починають з дренивання або усунення осередку одонтогенної інфекції в ділянці верхньої щелепи і створення умов для евакуації ексудату з верхньощелепної пазухи. Для цього видаляють причинний зуб.
- У разі гострого гнійного періоститу, остеомієліту гнійний осередок в навколощелепних м'яких тканинах розтинають внутрішньоротовим доступом. Потім пунктують верхньощелепну пазуху. За наявності ексудату його відсмоктують за допомогою шприца, після чого пазуху промивають розчином антибіотика або антисептика. З метою дренивання 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. Після евакуації ексудату з пазухи проводять фізіотерапію.

# Консервативна терапія

- У основі медикаментозного лікування гаймориту повинні обов'язково лежати місцеві процедури - використання крапель, спреїв, інгаляторів, здатних усунути набряк слизової оболонки.
- До судинозвужуючих препаратів відносяться: нафазолін ("Нафтизин", "Санорин"), тетризолін ("Тизин"), ксилометазолін ("Галазолін", "Длянос"), оксиметазолін ("Назол", "Називин").
- При гаймориті необхідно дотримуватися певних правил заливки в ніс лікувальних рідин. Тільки після використання цих крапель можна закопувати інші - що мають антибактеріальний, протизапальний або знеболюючий ефект.
- У лікуванні також використовують антибактеріальні препарати (переважно цефалоспоринові), антигістамінні засоби (Кларитин, Телфаст та ін.).
- Виконують промивання носа антисептичними розчинами (наприклад, фурациліном, натрію гипохлоритом).
- Із фізіопроцедур застосовують такі методики, як УФО порожнини носа, УВЧ на додаткові пазухи носа та ін.

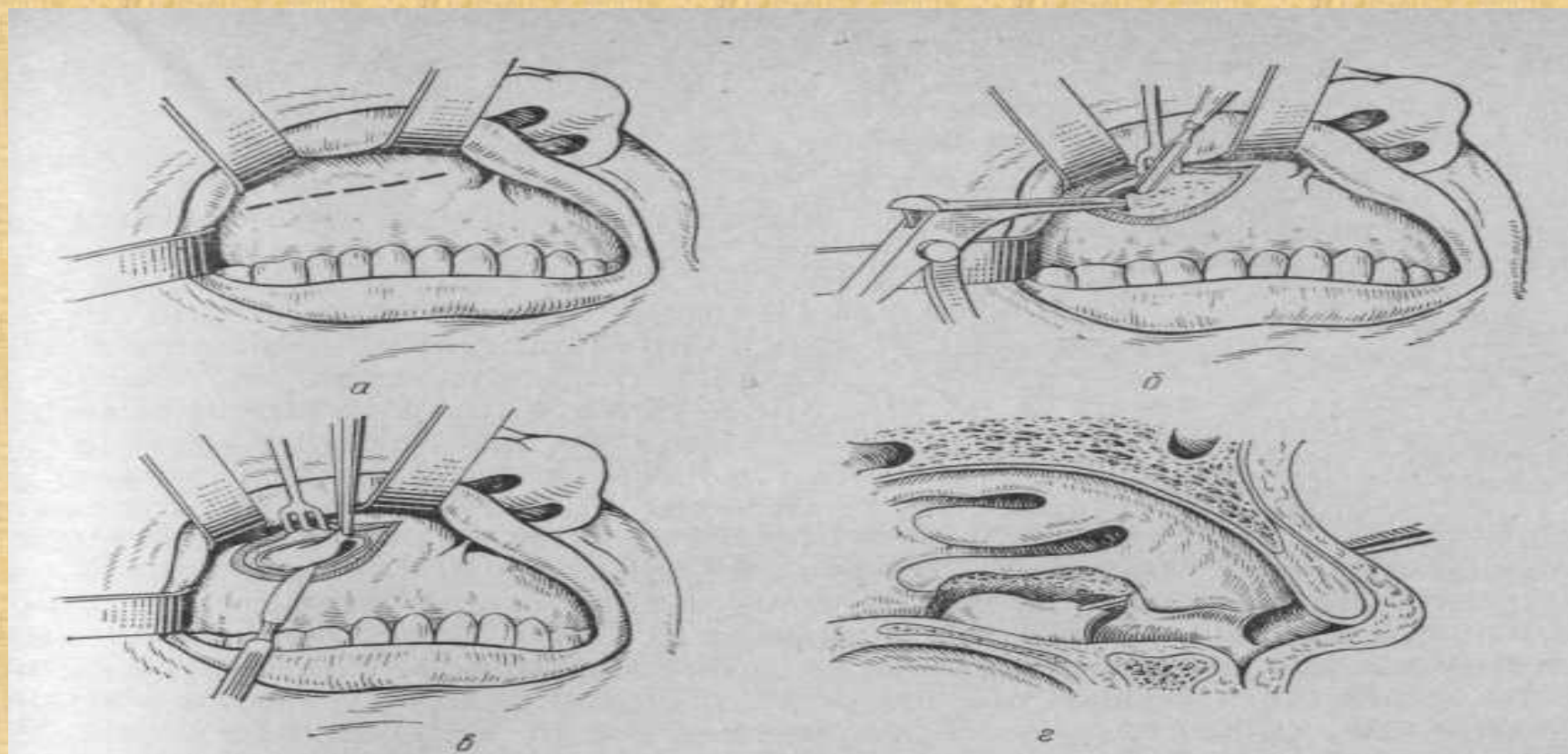
# ЛІКУВАННЯ

- 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.

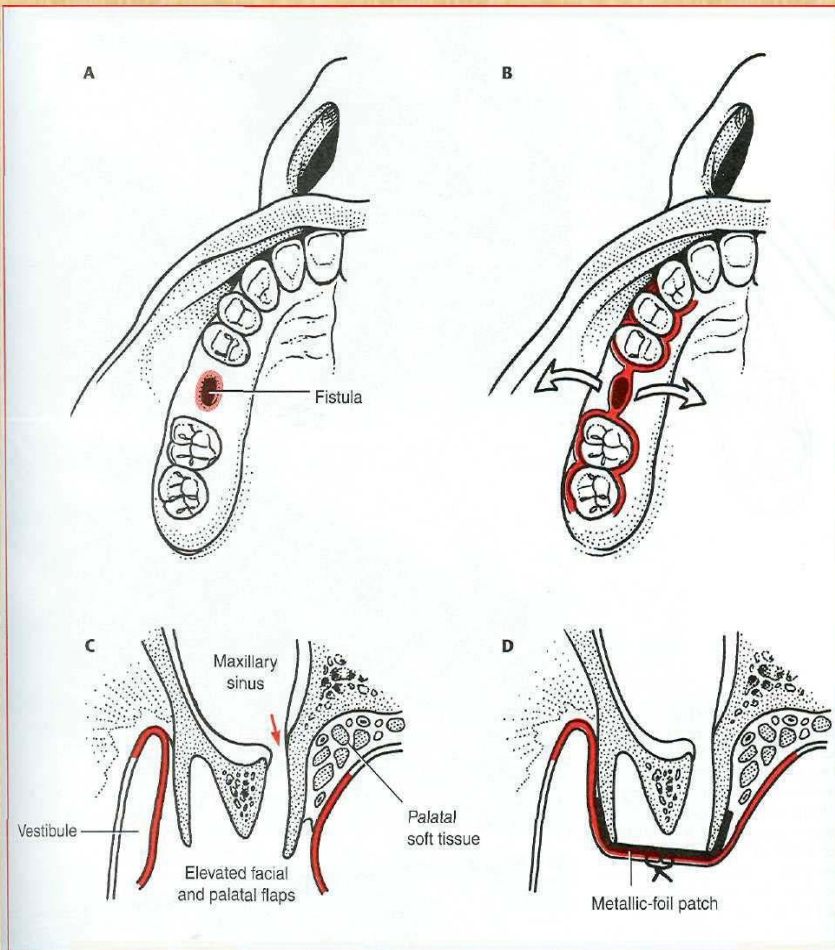
а – лінія розрізу; б – розширення отвору трепанації передньолатеральної стінки кусачками Гайека; в – витинання слизової оболонки пазухи; г – ввертання клаптя слизової оболонки в пазуху .



# Тактика при перфорації

- Для діагностики перфорації верхньощелепної пазухи необхідно використати наступний прийом: затиснувши пальцями ніс хворого, пропонуємо обережно видихати повітря, при цьому повітря спрямовується через природний отвір у верхньощелепну пазуху, і якщо є перфорація дна останньою, повітря, через неї проходить в порожнину рота.
- Це відзначається по характерному звуку, одночасно з лунки видаленого зуба разом з кров'ю виходить повітря (піниста кров).
- Якщо краї перфорованої слизової оболонки пазухи встигли між собою склеїтися, цей симптом може не спостерігатися.
- При аускультатії теж спостерігається характерний шумовий ефект, що створюється проходженням повітря через перфораційний отвір.

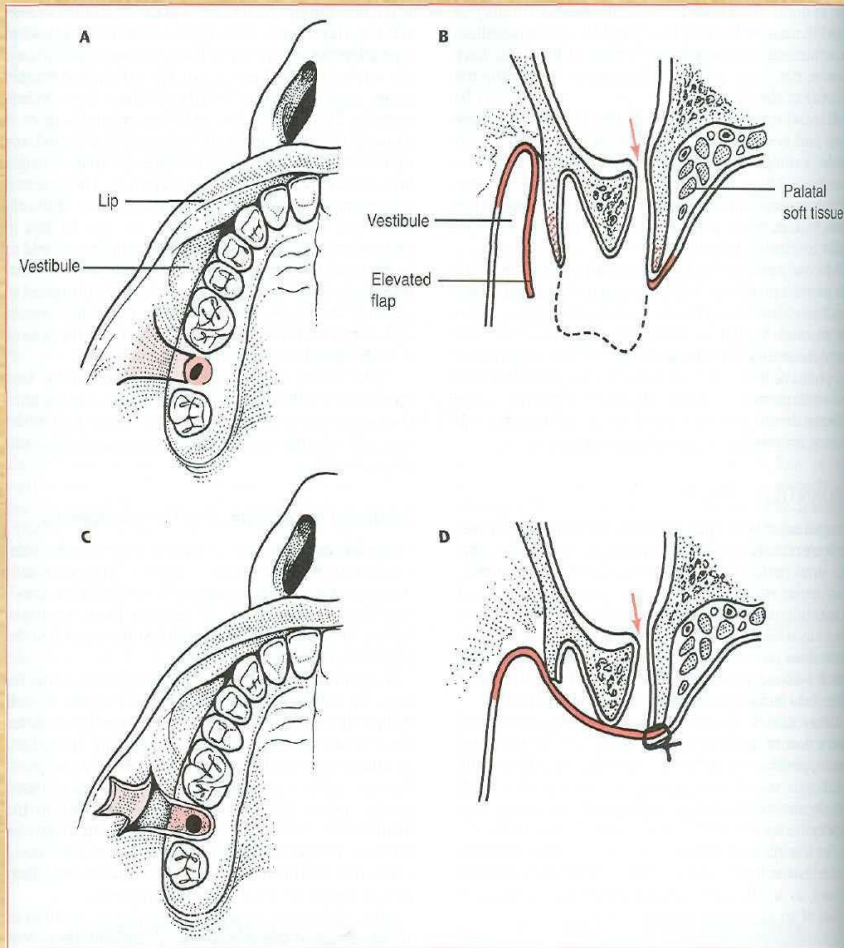
# ОРОАНТРАЛЬНЕ СПОЛУЧЕННЯ



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

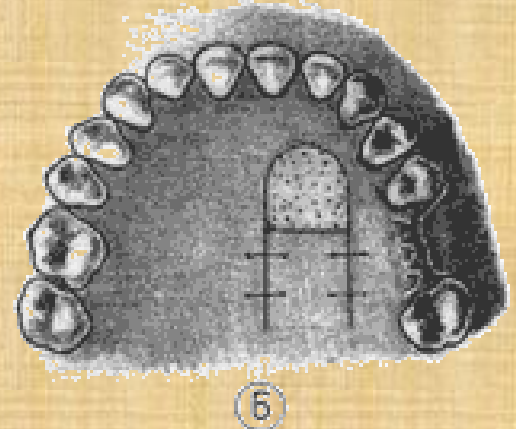
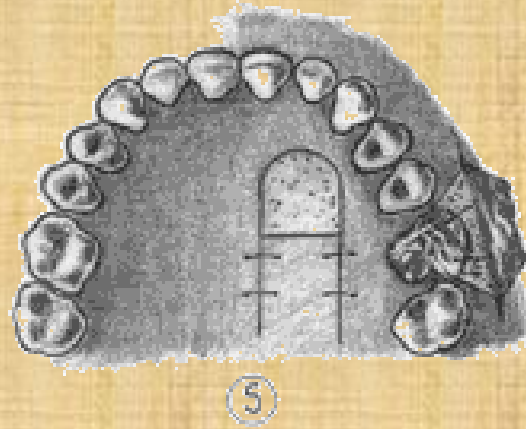
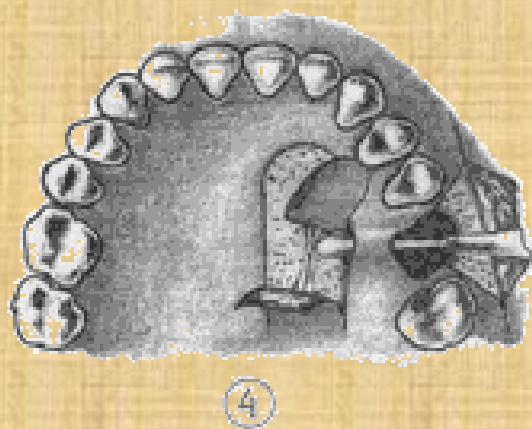
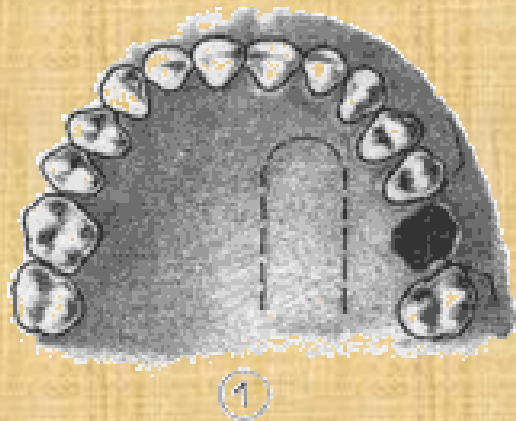


# ОРОАНТРАЛЬНЕ СПОЛУЧЕННЯ

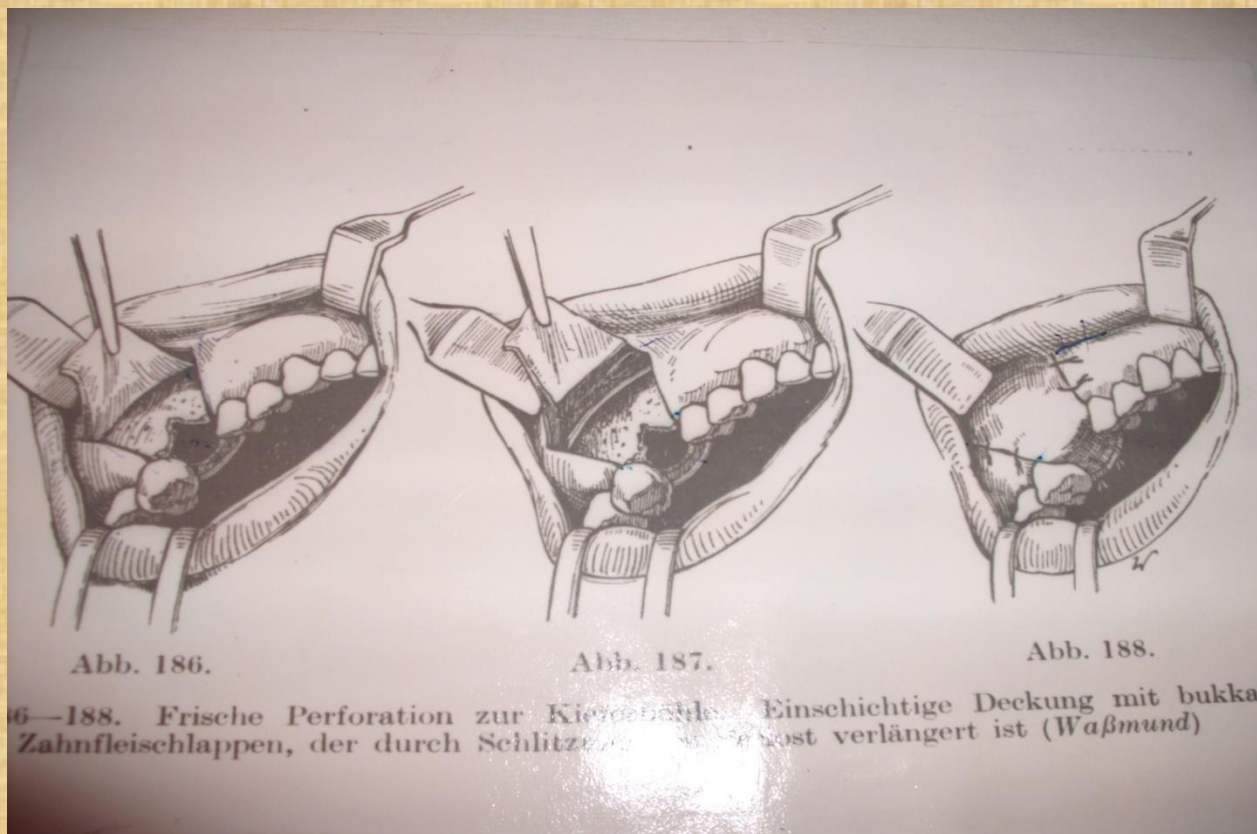


- При значному розмірі прориву і тривалому сполученні між верхньощелепною пазухою і порожниною рота викроюють слизово-окісні клапті з боку присінку рота або твердого піднебіння

# Операція закриття ороантрального співустья піднебінним клаптом за Семенченком



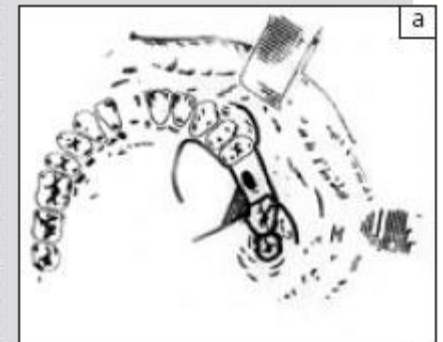
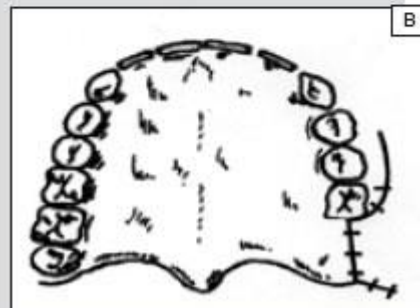
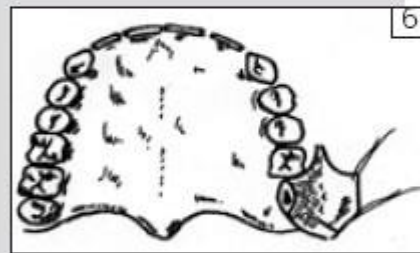
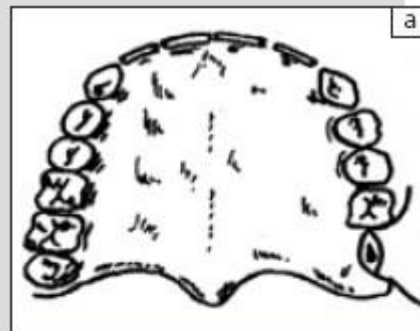
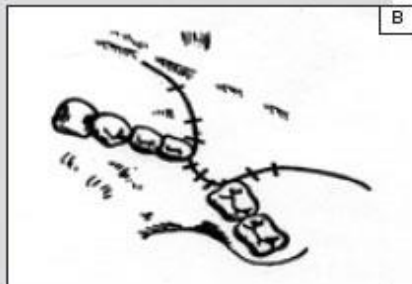
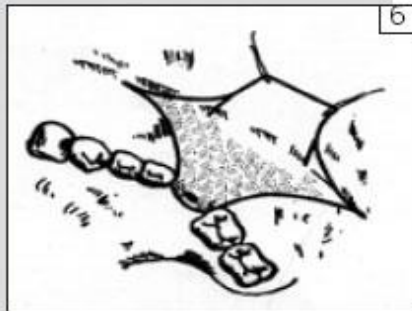
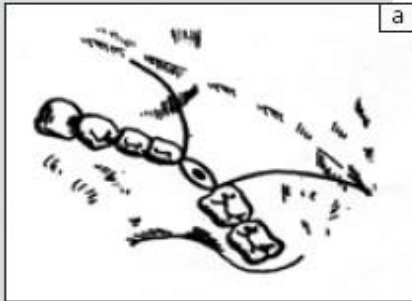
# Операція закриття ороантрального сполучення щічним -ясневим клаптом за Васмундом

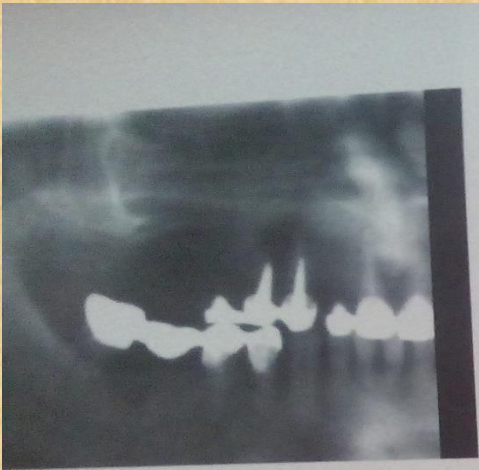


- 1 - викроювання слизово - окісного клаптя;
- 2 - відпрепарування клаптя;
- 3 - укладення клаптя на дефект і ушивання.



# Модифікації операцій





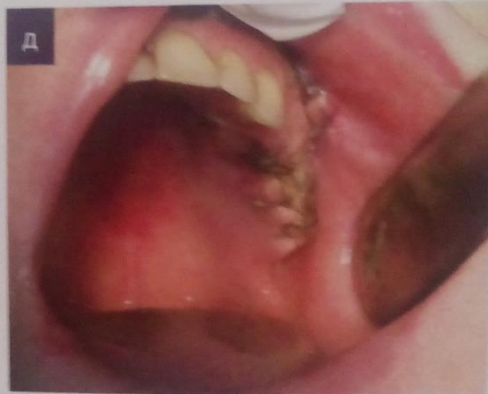




...середнє сполучення в ділянці видаленого зуба 16







6. Диагноз: хронічний перфоративний верхньощелепний синусит, ороантральне сполучення в ділянці видаленого зуба  
всутність зубів у вигляді кінцевого дефекту зубного ряду: а, б — сформований і розщеплений повношаровий піднебінний  
ороантральне сполучення закрито субепітеліальним піднебінним клаптом, зафіксованим під край вестибулярних ясен.  
ж, г — рана на піднебінні закрито епітеліальним клаптом; д, е — вигляд на 5 та 8 день безпосередньо після зняття швів, пі  
агоєння первинним натягом, ороантральне сполучення ліквідоване, топографія протезного ложа не порушена

д. Під час препарування піднебіння. Радикальну гайморотомію (орона- ним клаптом зовнішній епі



# Комп'ютерна томографія верхньощелепних пазух

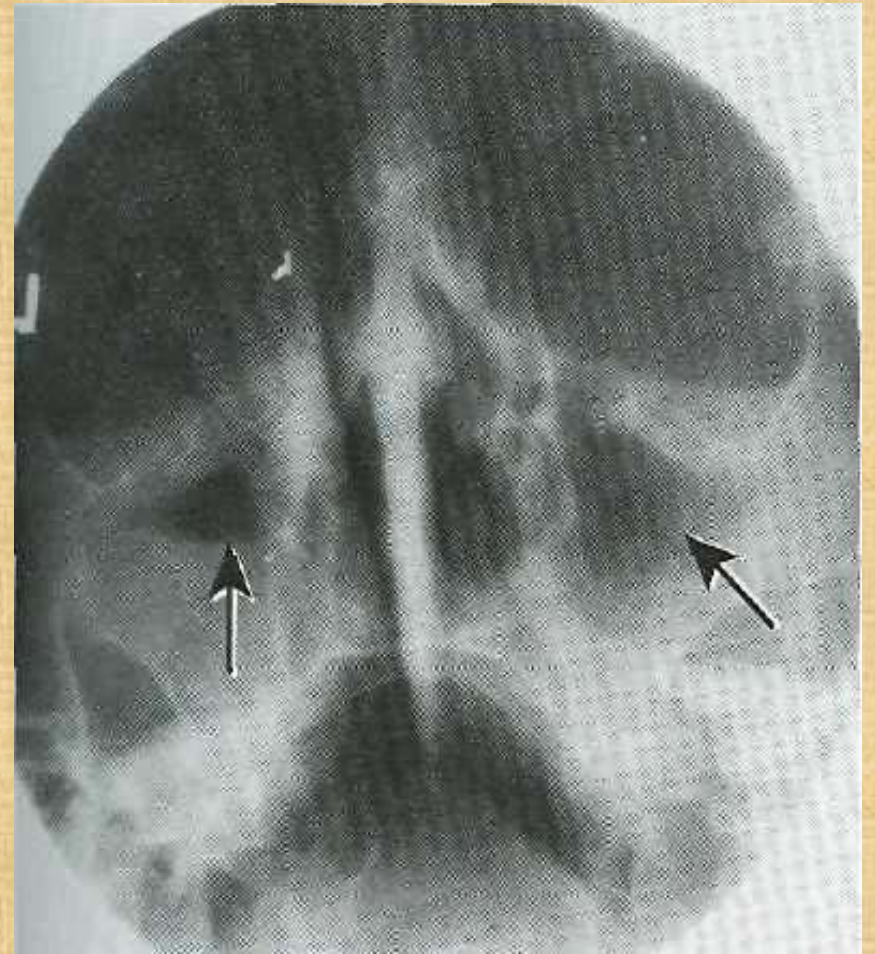
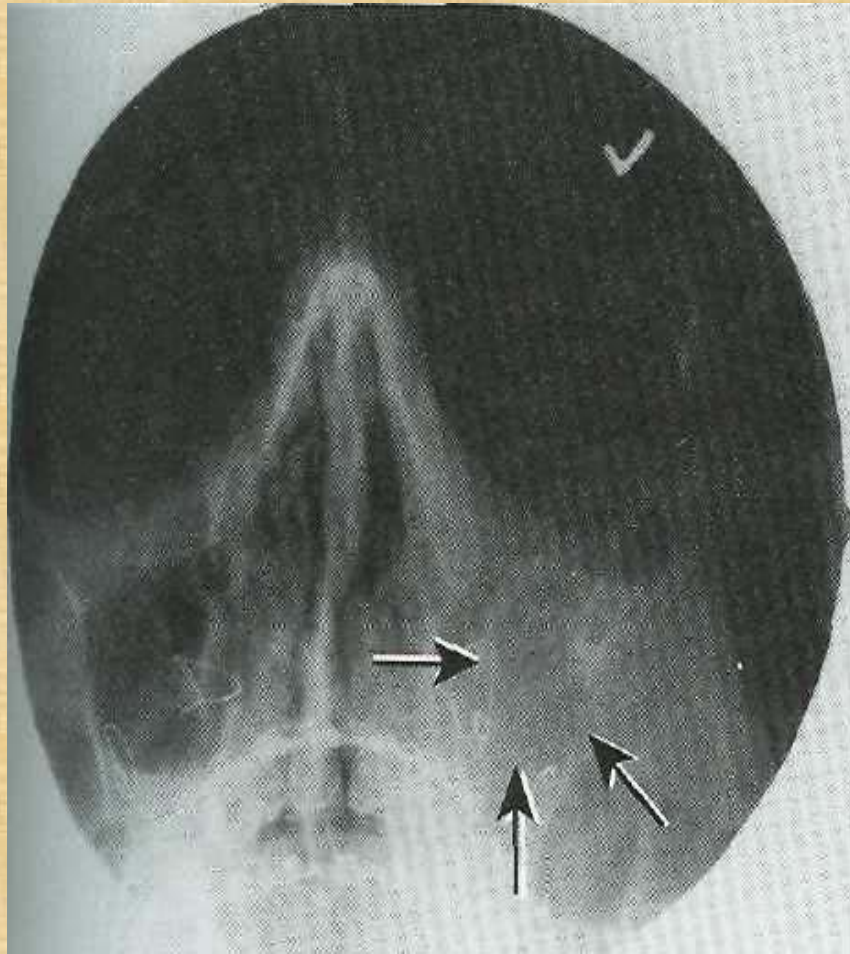
До операції



Після операції







# Інформація до роздуму

- Одонтогенний гайморит **4,3%** з усіх запальних захворювань щелепно-лицьової області;
- Діагнозу поставлений на основі клінічно даних **80%**;
- Діагностичні помилки при постановки діагнозу складають **10-15%**;
- Адекватна допомога опиняється в основному після виникнення перших ознак захворювання.

# Ступінь летальності

- Малою обізнаністю лікарів;
- Недостатньою технічною оснащеністю клінік;
- Труднощами у виборі лікування у зв'язку з пізнім зверненням хворих (непоінформованість хворих про несприятливий прогноз захворювання).



# Можливі ускладнення гострого одонтогенного гаймориту

- перехід в хронічну форму;
- періостит або остеомієліт верхньої щелепи; абсцес або флегмона клітковини очної ямки;
- перехід запалення на лобову пазуху, решітчастий лабіринт;
- флебіт (запалення) вен лица, орбіти, полої і верхньої подовжньої внутрішньочерепних пазух;
- абсцеси мозку;
- менінгіт;
- сепсис.

Дякую за увагу!

