**РЕФЕРАТ**

**Тема: Тактика лечения при одонтогенных синуситах**

Актуальность

Не смотря на то, что современная медицина продвинулась далеко вперед. Доктора имеют огромный ассортимент инструментов для работы и большие возможности для диагностики. Но, не смотря на научно-технический прогресс, в практике стоматолога нередко встречаются поражения верхнечелюстных пазух различной природы, поэтому необходимо знать как устроены придаточные пазухи, как лечить различные их заболевания, и как наконец, восстанавливать функции поврежденных пазух. Одонтогенные гаймориты это часто встречающаяся и крайне неприятная для пациента патология.

В среднем около 30% всех верхнечелюстных синуситов составляют его одонтогенные формы, являющиеся, в основном, следствием длительного существования хронического очага периапикальной инфекции в области зубов верхней челюсти. Также причинами значительного количества одонтогенных верхнечелюстных синуситов являются перфорация верхнечелюстной пазухи при погрешностях техники удаления премоляров и моляров на верхней челюсти, цистэктомии, резекции верхушек корней зубов.

Сложное анатомо-физиологическое строение этой области и близость жизненно важных органов обусловливают особенности течения воспалительного процесса и возможность возникновения тяжелых осложнений.

Выбор тактики лечение больных острым и хроническим гайморитом одонтогенного происхождения является актуальной проблемой. Существует много способов пластики соустий, однако до настоящего времени недостаточно разработаны способы устранения дефекта дна верхнечелюстного синуса, позволяющие сохранить целостность альвеолярного отростка

Строение гайморовой пазухи

Гайморова пазуха (верхнечелюстная пазуха, гайморова полость; лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> sinus maxillaris, уст. лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> sinus Highmori) - парная придаточная пазуха носа <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BF%D0%B0%D0%B7%D1%83%D1%85%D0%B8\_%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B0>, занимающая практически всё тело верхнечелюстной кости <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D1%8F%D1%8F\_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D1%8C>.

Строение костных стенок пазухи

Верхнечелюстная пазуха (sinus maxillaries) располагается в теле верхней челюсти и является самой большой воздухоносной полостью черепа. Она образуется в результате врастания слизистой оболочки среднего носового хода в губчатую костную ткань верхней челюсти.

Верхняя стенка пазухи является одновременно и нижней стенкой орбиты. В ней располагается подглазничный канал, в котором расположены одноименный нерв, артерия и вена.

Передняя стенка представляет собой переднюю поверхность тела верхней челюсти, которая несколько вогнувшись, образует в центре клыковую ямку. Здесь открывается подглазничное отверстие, через которое выходят подглазничный нерв, артерия и вена. При выходе из подглазничного отверстия подглазничный нерв образует « малую гусиную лапку».

Латеральная стенка верхнечелюстной пазухи начинается от бугра верхней челюсти, она имеет несколько отверстий, через которые входят задние верхние альвеолярные нервы.

Задняя стенка располагается кзади от бугра верхней челюсти, участвует в образовании подвисочной и крылонебной ямок.

Медиальная стенка имеет сложное строение. Со стороны полости носа на ней располагаются нижняя и средняя носовые раковины. Под средней раковиной в верхнем углу открывается отверстие, ведущее в пазуху. Отверстие верхнечелюстной пазухи обеспечивает ее аэрацию, а также отток из пазухи слизи и экссудата при воспалении. Нижняя передняя часть внутренней поверхности пазухи тонкая, свободная от важных анатомических образований. Она используется для пункции верхнечелюстной пазухи. Нижняя стенка пазухи обращена к альвеолярному отростку верхней челюсти и является дном пазухи. Дно, верхнечелюстной пазухи находится вблизи задней части альвеолярного отростка верхней челюсти и обычно соответствует лункам четырех задних верхних зубов, корни которых иногда отделены от пазухи лишь мягкими тканями. Варианты бухт верхнечелюстной пазухи, возникающих в онтогенезе в процессе резорбции спонгиозной кости тела верхней челюсти при формировании пазухи показаны на рисунке.



Тип строения верхнечелюстной пазухи

Тип строения верхнечелюстной пазухи зависит от формы и объема лицевого скелета и черепа. Верхушки корней зубов могут находиться очень близко от нижней стенки пазухи и в ряде случаев отделяться от пазухи только слизистой оболочкой. Особенно это характерно для первого моляра.

Выделяют 3 типа пазух:

o пневматический

o склеротический

o промежуточный.

Пневматический тип характеризуется наибольшим объемом пазухи, истончением и выпуклостью костных стенок, выраженностью углублений или бухт в сторону скулового, небного и альвеолярного отростков, за счет чего дно пазухи оказывается ниже дна носовой полости. Если у пациента тип строения пазухи - пневматический, то верхушки корней малых и больших коренных зубов отделены от ее дна с помощью тонкой костной пластинки. В области массивных коренных зубов ее толщина бывает 0,2-1 мм. Порой верхушки корней данных зубов вдаются в пазуху и несколько выступают над ее дном. Кость, которая отделяет корни зубов от верхнечелюстной пазухи, в результате хронического периодонтита рассасывается, ткань патологического очага скрепляется с ее слизистой оболочкой.

Склеротический тип отличается очень малыми полостями, не вдающимися в сторону челюстных отростков. Стенки пазухи толстые, с выраженным губчатым слоем кости.

Промежуточный тип представляет собой среднюю форму между пневматическим и склеротическим типами пазух.

Иннервация и кровоснабжение гайморовой пахухи

Иннервация верхнечелюстных пазух осуществляется сложной системой нервных окончаний, представленных чувствительными, симпатическими и парасимпатическими нервами. Чувствительная иннервация верхнечелюстных пазух осуществляется второй ветвью (nervus maxillaries - верхнечелюстной нерв) тройничного нерва (V пара черепных нервов). Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через круглое отверстие в крылонёбную ямку.

Парасимпатическая иннервация верхнечелюстных пазух осуществляется периферической частью парасимпатической нервной системы; ее волокна идут в составе большого каменистого нерва, который отходит от лицевого нерва и вступает в крылонёбный узел. Это парасимпатический узел, обеспечивающий возбуждение холинореактивных структур верхнечелюстных пазух, проявляющееся расширением сосудов, увеличением секреции слизистых желез, увеличением проницаемости сосудистой стенки, что приводит к отеку тканей. Эти признаки характерны для вазомоторно-аллергической синусопатии.

Симпатическая иннервация верхнечелюстных пазух, возбуждая соответствующие адренергические структуры, обеспечивает их трофику.

Она осуществляется двумя путями: 1) по нервным сплетениям, окружающим многочисленные сосудистые разветвления нёбной и решетчатой артерий 2) по ветви внутреннего сонного сплетения (plexus caroticus internus), составляющей глубокий каменистый нерв (n. petrosus profundus), который вместе с большим каменистым нервом образует нерв крыловидного канала (n. canalis pterygoidei), вступающий через одноименный канал в крыловидно-нёбную ямку.

Таким образом, верхнечелюстной нерв иннервирует твердую мозговую оболочку (ТМО), кожу щеки, нижнего века, верхней губы, боковой поверхности и крыльев носа; слизистую оболочку задних отделов полости носа, верхнечелюстной пазухи, нёба, верхней губы и десен верхней челюсти; верхние зубы. Через связи с VII парой обеспечивает проприоцептивную иннервацию мимических мышц.

Кровоснабжение верхнечелюстных пазух обеспечивает ряд первичных и вторичных физиологических процессов в них. К первым относятся снабжение тканей питательными веществами, кислородом, факторами иммунитета и т. д. Ко вторым относятся те вторичные функции кровоснабжения, которые создают определенные условия для оптимизации дыхательной функции, в которой участвуют верхнечелюстные пазухи (увлажнение, согревание, регуляция скорости воздушного потока, удаление инородных частиц из пазух реснитчатым эпителием).

Главным сосудом, снабжающим ткани верхнечелюстных пазух, является клиновидно-нёбная артерия (a. sphenopalatina) - ветвь верхнечелюстной артерии (a. maxillaris). Она входит в полость носа через крылонёбное отверстие в сопровождении одноименных вены и нерва. Главный ствол крылонёбной артерии делится на медиальную и латеральную ветви, васкуляризирующие верхнечелюстные пазухи. Говоря о кровоснабжении верхнечелюстных пазух, следует отметить наличие анастомозов между системой наружной и внутренней сонных артерий, осуществляющих кровоснабжение глазниц и передней черепной ямки.

Все это играет исключительную роль в возникновении и реализации воспалительных процессов в этой области, развитию внутриглазничных и внутричерепных осложнений при особо вирулентных и хронических инфекциях верхнечелюстных пазух. Лимфатические сосуды верхнечелюстных пазух, наряду с венами, играют важную физиологическую роль в процессах трофики, метаболизма и иммунной защиты тех анатомических областей, коллекторами которых они являются. Лимфатическая система верхнечелюстных пазух состоит из поверхностного и глубокого слоев. Направление отводящих лимфатических сосудов слизистой оболочки верхнечелюстных пазух соответствует ходу основных стволов и ветвей артерий, питающих слизистую оболочку.

Функции верхнечелюстной пазухи

o Наружные функции: резонаторная, рефлекторная, кондиционирования вдыхаемого воздуха, всасываюшая, секреторная, защитная, участие в обонянии и регулировании внутриносового давления, снабжение полости носа слизью и уменьшение массы верхней челюсти.

o Внутренние функции: вентиляция и дренаж пазухи. В дренаже пазухи важная роль отводится ресничкам эпителия, которые движутся в направлении естественного отверстия пазухи. Они способны перемещать частицы диаметром до 0,5 мм. Мерцательный эпителий выполняет и очистительную функцию. Он представляет собой целую мукоцелиарную транспортную систему носа и пазух, которая обусловлена скоростью тока воздуха в полости носа и пазухе.

Внутренние функции зависят от состояния естественных отверстий и слизистой оболочки пазухи. На их проходимость влияют изменения слизистой оболочки, выстилающей отверстие и пазуху. Слизистая оболочка: верхнечелюстной пазухи может активно всасывать лекарственные вещества. При длительной обтурации естественного отверстия в пазухе в результате всасывания кислорода слизистой оболочкой возникают гипоксия, гипокапния, влияющие на микрофлору, состояние экссудата. Нормальная слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи обладает высокой местной резистентностью.

Одонтогенный синусит

Верхнечелюстной синусит (гайморит) - это заболевание, обусловленное воспалительным процессом в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи, возникновение которого связанно с распространением инфекционно-воспалительного процесса из очагов одонтогенной инфекции верхней челюсти, либо инфицирование пазухи через перфорационное отверстие, появляющееся посте ятрогенного вмешательства.

Патогенез одонтогенных верхнечелюстных синуситов

Развитие синусита связано с обтурацией естественного отверстия и затруднением оттока содержимого из пазухи. Вследствие отека слизистой оболочки носа и верхнечелюстной пазухи проходимость естественного отверстия пазухи уменьшается, что нарушает вентиляционно-дренажную функцию пазухи. При полной обтурации отверстия за счет всасывания слизистой оболочкой кислорода в пазухе создается отрицательное давление, расширяются вены слизистой оболочки, возникают явления застоя. Это усугубляет отек тканей. В результате падения давления в пазухе, гипоксии, гипокапнии, накопления недоокисленных продуктов создаются условия для развития аэробов и факультативных анаэробов. При одонтогенном синусите в связи с преобладанием ограниченного воспаления на дне пазухи подобные последствия в слизистой оболочке, как правило, не возникают или отмечаются только в запущенных случаях. Поэтому расстройство вентиляционно-дренажной функции при одонтогенных синуситах оказывается менее выраженным, а изменения в слизистой оболочке могут носить обратимый характер. При этом создаются условия для первично-хронического течения синусита, а это определяет особенности патогенеза, клиники и лечения.

Этиология синуситов

Главная роль в возникновении синусита принадлежит микробному фактору: в основном микроорганизмам, попадающим в пазуху из полости носа. Основными причинами возникновения одонтогенного синусита являются осложнения кариеса зубов: пульпиты, верхушечные формы периодонтита, периоститы, остеомиелиты, одонтогенные кисты. Уже при лечении пульпита верхнего зуба, обращенного корнем в сторону верхнечелюстной пазухи, имеется возможность инфицирования слизистой оболочки пазухи. Даже удаление моляров и премоляров вызывает реактивный отек слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Частой причиной одонтогенного синуcита являются повреждения дна верхнечелюстной пазухи, возникающие в момент удаления зуба.

Классификация одонтогенных синуситов

Одонтогенные воспалительные процессы верхнечелюстной пазухи по клиническому течению подразделяют на:

o Острые

o Хронические

o обострение хронического

Острый синусит закачивается выздоровлением или переходит в хроническую форму. Однако при одонтогенном синуcите хронический процесс может развиваться, минуя острую фазу.

Г.Н. Марченко предлагает следующую клиническую классификацию:

. Закрытая форма:

а) синуситы на почве хронических периодонтитов;

б) синуситы на почве нагноения одонтогенных кист, вросших в верхнечелюстную пазуху.

. Открытая форма:

а) перфоративные синуситы;

б) синуситы, развившиеся как осложнение хронического остеомиелита альвеолярного отростка или тела верхней челюсти.

По характеру патоморфологических изменений одонтогенные верхнечелюстные синуситы можно подразделить на

1. катаральные,

2. гнойные,

. полипозные,

. гнойно-полипозные.

Классификация по МКБ 10

Хронический синусит (J32)

Включены: абсцесс, эмпиема, хроническийая синуса(придаточного) (носового),нагноение.

При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97). Исключен: острый синусит (J01.-).0 Хронический верхнечелюстной синусит

Антрит (хронический) Верхнечелюстной синусит БДУ.1 Хронический фронтальный синусит

Фронтальный синусит БДУ.2 Хронический этмоидальный синусит

Этмоидальный синусит БДУ.3 Хронический сфеноидальный синусит

Сфеноидальный синусит БДУ.4 Хронический пансинусит

Пансинусит БДУ.8 Другие хронические синуситы

Синусит (хронический), вовлекающий более одного синуса, но не пансинусит J32.9 Хронический синусит неуточненный

Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит

Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит (гайморит) относится к наиболее известным заболеваниям околоносовых пазух. При этом синусите больных беспокоит головная боль, локализующаяся в области проекций верхнечелюстной пазухи. Однако во многих случаях ее распространение отмечено в области лба, скуловой кости, виска. Она может иррадиировать и в глазничную область и в верхние зубы, т. е. практически болью охватывается вся половина лица. Очень характерно усиление и ощущение как бы «прилива» тяжести в соответствующей половине лица при наклоне головы кпереди. Головная боль связана со вторичной невралгией тройничного нерва и нарушением барофункции пазухи в результате отека слизистой оболочки и закупорки соустья. Возможно появление припухлости щеки на пораженной стороне.

Пальпация в области проекции пазухи усиливает болевые ощущения. Выраженный отек лица, а также век более характерен для осложненного синусита. Больные отмечают заложенность носа и слизистые или гнойные выделения, а также снижение обоняния на стороне воспаления.

Передняя риноскопия позволяет установить гиперемию и отек слизистой оболочки нижней и особенно средней носовой раковины. Характерно наличие серозных или гнойных выделений (гнойной дорожки) в среднем носовом ходе, что также может быть установлено и при задней риноскопии. В тех случаях, когда гнойная дорожка не обнаруживается (при выраженном отеке слизистой оболочки, перекрывающей соустье), рекомендуется также произвести анемизацию области среднего носового хода и повернуть голову пациента в здоровую сторону. При таком положении выводное отверстие пазухи оказывается внизу, и гной (при его наличии) появится в среднем носовом ходе.

Диагноз острого одонтогенного синусита устанавливается на основании жалоб, анализа описанной симптоматики и результатов лучевого обследования. Рентгеновское исследование в настоящее время продолжает оставаться ведущим среди лучевых и других неинвазивных диагностических методов. При рентгенологическом исследовании верхнечелюстных пазух применяют носолобную и носоподбородочную укладки, а также проводится ортопантомограмма и прицельные снимки зубов. Более информативным рентгенологическим исследованием является линейная томография. Еще больше информативна компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Для острых синуситов характерно гомогенное затемнение пазух, вовлеченных в воспалительный процесс. Если снимок производят в вертикальном положении обследуемого, то при наличии в пазухе экссудата возможно наблюдать уровень жидкости

Хронические одонтогенные верхнечелюстные синуситы

Хронические одонтогенные верхнечелюстные синуситы обычно возникают в результате неоднократно повторяющихся и недостаточно излеченных острых синуситов. Существенное значение в их развитии имеет сочетание неблагоприятных факторов общего и местного характера - таких, как снижение реактивности организма, нарушение дренажа и аэрации пазухи, вызванных анатомическими отклонениями и патологическими процессами в полости носа, а также заболеваниями зубов. Разнообразие патоморфологических изменений при хронических синуситах, представляющее собой различные варианты экссудативных, пролиферативных и альтернативных процессов определяет пестроту клинико-морфологических форм и трудности их классификации.

При экссудативных формах наблюдается картина диффузной воспалительной инфильтрации лимфоцитами, нейтрофилами и плазматическими клетками. Она более выражена при гнойной, чем при катаральной и серозной формах. В этих случаях эпителий уплощен, местами метаплазирован. Отек наблюдается в очагах наибольшего воспаления.

При гиперпластических формах утолщение слизистой оболочки более выражено, чем при предыдущих формах. Патоморфологические изменения носят преимущественно пролиферативный характер за счет разрастания соединительнотканных элементов собственного слоя слизистой оболочки. Отмечается образование грануляционной ткани и полипов. Развитие соединительной ткани в одних участках может сочетаться со склерозом и уплотнением слизистой оболочки в других ее местах.

Особое место занимают аллергические формы синуситов, которые сочетаются с аналогичными процессами в полости носа и называются аллергическими риносинуситами (риносинусопатиями). Для этой формы характерно появление в верхнечелюстных пазухах образований округлой формы. Они представляют собой локальный отек слизистой оболочки и часто неправильно называются кистами. В этих случаях при пункции верхнечелюстной пазухи игла прокалывает это кистоподобное образование и в шприц изливается серозная жидкость янтарного цвета, а стенки пузыря спадаются. Принципиальное отличие такой псевдокисты от истинной кисты одонтогенного происхождения состоит в том, что она имеет только наружную эпителиальную выстилку, образованную слизистой оболочкой пазухи. Полость псевдокисты образуется в результате расщепления собственного слоя слизистой оболочки накапливающимся в ее толще транссудатом. Истинная же киста одонтогенного происхождения имеет еще и внутреннюю эпителиальную оболочку, исходящую из пародонта. Величина псевдокисты (аллергического отека слизистой оболочки) может изменяться под действием гипосенсибилизирующей терапии и назначения глюкокортикоидов.На рентгенограммах в случаях одонтогенных кист может быть замечен тонкий, частично резорбированный костный слой, контурирующий кисту. Он образован в результате смещения нижней стенки верхнечелюстной пазухи развивающейся кистой.

Клинические признаки хронических одонтогенных синуситов

Клинические симптомы при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах вне стадии обострения менее выражены, чем при острых. У отдельных больных возможно снижение трудоспособности. Характер симптомов и их выраженность во многом зависят от формы синусита, локализации процесса и его распространенности. Головная боль при хронических синуситах менее сильная, она может иметь неопределенный характер. Однако в ряде случаев больные точно локализуют боль в области пораженной пазухи. Заложенность носа обычно умеренная, более выраженная при полипозных аллергических и грибковых формах синусита, что связано с аналогичными поражениями слизистой оболочки полости носа. Нередко больные отмечают нарушение обоняния. Характер выделений из носа также зависит от формы синусита. При грибковых поражениях они имеют определенные характерные отличия. Так, при плесневых микозах отделяемое обычно вязкое, иногда желеобразное, имеет белесовато-серое или желтоватое окрашивание. При аспергиллезе выделения серого цвета, возможны черноватые вкрапления, которые могут быть густыми, напоминая холестеатомные массы. При кандидозе выделения подобны творожистой массе белесоватого цвета.

При грибковых синуситах нередко отмечаются неврологические боли в области пораженной пазухи. Чаще, чем при других формах синусита, наблюдается припухлость мягких тканей лица, обычно в области верхнечелюстной пазухи.

При обострении хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситов клиническая картина напоминает острый процесс поражения пазухи и нередко зависит от наличия или отсутствия осложнений. Необходимо обратить внимание на способность хронических синуситов протекать в маловыразительной латентной форме, когда клинические симптомы недостаточно ясны.

Диагноз хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита устанавливается на основании клинических и рентгенологических данных. Рентгенологические, а также КТ- и МРТ-исследования являются важнейшими диагностическими методами выявления различных форм хронических синуситов. Они дополняются пункциями пазух и лабораторными исследованиями полученного содержимого.

Необходимо отметить, что проведение описанных диагностических процедур требует от врача хорошей ориентации в глубоких отделах носа и высокой техники манипуляций.

Диагностика одонтогенного синусита

К наиболее широко используемым при диагностике синусита можно отнести традиционные клинические и лабораторные методы (биохимические, бактериологические, цитологические, морфологические исследования), а также общепринятые методы обследования полости носа, рта и зубов (риноскопию, пункцию верхнечелюстной пазухи, различные виды рентгенографии, электродиагностику зубов). Из новых методов и специальных исследований к ним можно добавить иммунологические, аллергологические, ультразвуковые исследования (эхо-графия), эндоскопию, термометрию, компьютерную томографию.

Риноскопия. Проводится при помощи лобного рефлектора и носового зеркала. Передняя риноскопия - метод, позволяющий объективно оценить внешний вид, состояние, цвет слизистой оболочки, локализацию, вид отделяемого, наличие характерной для синусита гнойной полоски в среднем носовом ходе.

Пункция верхнечелюстной пазухи. Проводится через нижний носовой ход или переднюю стенку пазухи. Используется для диагностики, лечения, обеспечения эвакуации содержимого и возможности многократного воздействия на слизистую оболочку пазухи лекарственными средствами. Разработаны специальные канюли и другие инструменты, позволяющие дренировать верхнечелюстную пазуху на длительное время или на весь период лечения.

Рентгенография. При воздушном затемнении пазухи оно обычно неоднородно, имеется просветление в центре пазухи. При наличии в пазухе жидкости, опухоли затемнение, как правило, однородное. Можно отметить, горизонтальный уровень жидкости или очертания опухоли, если она заполняет только часть пазухи. Интенсивное, но неоднородное затемнение имеет место при полипоматозе. Затемнение на почве отека слизистой оболочки менее интенсивное. Однако характер жидкости (кровь, гной, экссудат) определить невозможно. Рентгенологически не удается дифференцировать также характер воспаления. Большое значение имеет сравнение изменений в динамике (прогрессирующих или регрессирующих). Рентгенологическими особенностями оперированных придаточных пазух является затемнение. Объясняется это тем, что на месте удаленной слизистой оболочки в пазухе образуется толстый слой рубцовой ткани, которая в большинстве случаев покрыта плоским эпителием.

Внутриротовая рентгенография зубов. С помощью внутриротовой рентгенограммы можно определить состояние кости в периапикальной области корней подозрительного или причинного зуба, характер и размеры этих изменений, состояние краев деструкции кости, наличие резорбции корня, пломбировочного материала, отношение его к верхушкам корней, недостатки пломбирования корней, наличие в корнях инородных тел, состояние этой части альвеолярного отростка, характер взаимоотношения верхушек корней с дном верхнечелюстной пазухи.

Перфорация верхнечелюстной пазухи

Классификация перфораций по А.К. Левенец (1966).

. Перфорация одонтогенного происхождения в результате удаления зубов:

а) перфорации дна, осложненные или неосложненные синуситом;

б) перфорации с проталкиванием корня или зуба в пазуху, осложненные или неосложненные синуситом;

в) перфорации по поводу одонтогенных кист, осложненные или не осложненные синуситом;

г) перфорации при остеомиелите, осложненные или не осложненные синуситом.

Причины, способствующие перфорации: анатомические предпосылки, патологические процессы в области верхушки корня зуба, неправильное, грубое удаление зубов.

Г.В. Кручинский (1991) выделяет следующие виды перфораций:

случайная и предполагаемая;

распознанная и нераспознанная;

неосложненная и осложненная;

перфорация с законченной и незаконченной операцией удаления зуба.

Случайная перфорация - неожиданное для врача и для больного вскрытие дна верхнечелюстной пазухи в момент удаления зуба.

Под предполагаемой перфорацией необходимо понимать вскрытие дна верхнечелюстной пазухи, которое врач предвидел и, естественно, психологически готов к определенным действиям.

Под распознанной понимают перфорацию дна верхнечелюстной пазухи, которая выявлена сразу после удаления зуба.

Встречаются случаи, когда перфорация дна верхнечелюстной пазухи, возникшая в результате удаления зуба, остается нераспознанной, т.е. не замеченной как врачом, так и больным. Обнаруживается она обычно позже в связи с периодическим попаданием воздуха или жидкости из полости рта в нос, с появлением признаков хронического воспаления верхнечелюстной пазухи, скудного отделяемого из носа, отделяемого из лунки зуба.

Неосложненная перфорация - в анамнезе клинически и рентгенологически нет признаков синусита. Наоборот, осложненной является перфорация дна пазухи, сопровождающаяся явными клиническими признаками синусита: выделением из лунки экссудата или гноя, затемнением соответствующей половины верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме, данными риноскопии, анамнеза и других средств диагностики.

Перфорация с законченной операцией удаления зуба. При этом подразумевается повреждение слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи в момент удаления зуба, который извлечен без остатка. При перфорации с незаконченной операцией удаления зуба речь идет о ситуации, когда при удалении зуба повреждена слизистая оболочка дна пазухи, но сама операция незавершена, остался корень или часть зуба, попавшие в пазуху.

Клинические признаки перфорации верхнечелюстной 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; выделение большого количества гноя из лунки; при зондировании пуговчатый зонд проникает гораздо выше, чем длина лунки зуба. Зонд свободно перемещается в стороны; при промывании через лунку жидкость попадает в нос.

Ротовая проба: при зажатии пальцами ноздрей и попытке надуть щеки воздух со свистом выходит в рот через лунку, выделяется кровь с пузырьками газа.

Носовая проба: при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки надуть не удается. Необходимо иметь в виду, что прохождение воздуха в пазуху и нос или рот может быть затруднено вследствие полипоматоза, грануляций, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи.

Тактика лечения при одонтогенных синуситах

Принципы лечения одонтогенных синуситов

. Устранить одонтогенную причину, вызвавшую синусит.

. Обеспечить целенаправленное интенсивное лечение антисептиками, способствуя ликвидации воспалительного процесса в пазухе.

а) инстилляция сосудосуживающих средств в нос( ксиметазолин, нафтизин)

б) промывание пазухи антисептическими растворами с учетом результатов бактериологического исследования отделяемого( водные растворы хлоргексидина, мирамистина, метронидазола) Введение лекарственных растворов в верхнечелюстные пазухи возможно по методу «перемещения» по Проетцу. При этом методе в полости носа с помощью хирургического отсоса создается разрежение. Оно позволяет удалять из пазух патологическое содержимое, и после вливания в полость носа лекарственных растворов последние устремляются в открывшиеся пазухи.

Более успешно беспункционный метод лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух, проводится с помощью синукатетера «ЯмиК» Данный аппарат позволяет создавать управляемое давление в полости носа и околоносовых пазухах и за счет этого эвакуировать патологический экссудат из пазух с последующим введением в них лекарственных растворов через открывшиеся соустья.

в) физиотерапевтическое лечение: УВЧ-терапия, ЛУЧ-2, флюктуирующие токи; лазеротерапия, магнито- и магнитолазеротерапия, солюкс

г) рациональное положение головы и тела, обеспечивающее естественный отток из пазухи.

. Десенсибилизирующая терапия (10% раствор хлорида кальция внутривенно, внутрь -супрастин, эриус, кларитин).

. Иммунокоррекция - экстракт алоэ, фибс, общее УФО.

. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры.

. По строгим показаниям проводить оперативное лечение: удалять только измененную и сохранять малоизмененную и здоровую слизистую оболочку пазухи, создавать соустье с полостью носа, при необходимости закрывать ороантральное сообщение, по возможности восстанавливать переднюю костную стенку пазухи.

. Проводить неотложное хирургическое лечение в случаях обострения хронического синусита с тенденцией к распространению на прилегающие пазухи и нарастающими явлениями интоксикации, угрожающими жизни больного.

Хирургическое лечение

o Операция Колдуэлла-Люка.

Эта операция радикальная. Предусматривает широкое вскрытие пазухи, выскабливание всей слизистой оболочки пазухи и создание искусственного сообщения между пазухой и полостью носа через нижний носовой ход.

Этапы операции. Проводится разрез по переходной складке через слизистую оболочку до кости, от бокового резца до третьего моляра. Слизисто - надкостничный лоскут тупо отслаивают от кости в пределах клыковой ямки до края грушевидного отверстия. С помощью долота и молотка производится отверстие в передней стенке пазухи, которое расширяют для хорошего обозрения пазухи. Затем выскабливают всю слизистую оболочку пазухи, соблюдая осторожность на верхней стенке, где находится нижнеглазничный канал с сосудисто-нервным пучком, и на нижней, где близко располагаются верхушки корней верхних зубов. Удаляют часть медиальной стенки и слизистой оболочки пазухи и создают окно в нижний носовой ход. Пазуху тампонируют и конец тампона выводят в соответствующую ноздрю.

o Операция Денкера (1905) Состоит в том, что при формировании соустья скусывают край грушевидного отверстия, удаляют часть медиальной стенки, создавая широкое сообщение между носом и полостью пазухи.

o А.Ф. Иванов (1931) предложил более щадящую операцию и удалял только явно измененную слизистую оболочку, сохраняя при этом неизмененную.

o В.О. Рудаков (1934) предложил вертикальный разрез при проведении ревизии верхнечелюстной пазухи. Необходимость такого подхода связана с тем, что одним из недостатков горизонтального разреза является нарушение иннервации слизистой оболочки альвеолярного отростка, десен, зубов, верхней губы, щеки и носа.

Многие авторы считают противоестественным и травматичным разрушение передней костной стенки, когда мягкие ткани щеки, лишенные опоры, впоследствии втягиваются в сторону пазухи и вместе с рубцами образуют в пазухе перемычки или заполняют ее, приводя к рецидиву и необходимости повторной операции. Поэтому имеется большое количество предложений о костно-пластическом восстановлении передней стенки пазухи после наружной антротомии.

o Г.Н. Марченко (1968) с целью костной пластики передней стенки пазухи после выпиливания трепаном пластинки круглой формы и вмешательства на пазухе пластинку реплантировал на прежнее место и укреплял кетгутовыми швами через заранее проделанные отверстия.

В последнее время применяются эндоназальные методики оперативного лечения с использованием эндоскопических методов.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи, во время операции на зубах верхней челюсти, и отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования лунку прикрывают йодоформной турундой, губкой с гентамицином, турундой с обезболивающим и противовоспалительным препаратом «Alvogyl». Для удержания их можно изготовить каппу из быстротвердеющей пластмассы или наложить лигатурную повязку в виде восьмерки на два соседних зуба. Используют также съемный протез больного.

Если сгусток в лунке сразу не образовался, то на ее устье накладывают небольшой йодоформный тампон и фиксируют его шелковыми швами к краям десны или делают капу. Через несколько часов после операции лунка заполняется кровью, образуется сгусток. Тампон сохраняется 5-7 дней.

При значительном дефекте дна верхнечелюстной пазухи добиться образования сгустка в ране не удается. В этом случае стенки лунки частично скусывают или спиливают фрезой, сглаживают острые выступы кости, края десны над лункой сближают и ушивают наглухо, без натяжения шелковыми или капроновыми швами. Если таким путем ушить лунку не удается, производят закрытие перфорационного отверстия блоком биоматерила и пластическое закрытие дефекта местными тканями. С наружной стороны альвеолярного отростка выкраивают и отделяют от кости слизисто-над-костничный лоскут трапециевидной формы. После иссечения слизистой оболочки вокруг лунки удаленного зуба и рассечения надкостницы у основания его лоскут перемещают на область дефекта и подшивают к слизистой оболочке неба и краям раны. Для создания лучших условий заживления раны ее покрывают тонким слоеммембраны «Сургитрон» или биопленок «Диплен-дента». Хорошие результаты дает закрытие устья альвеолы блоком биоматериала(колапан, колапол, остеоплас) или перекрытие просвета сообщения пластиной деминерализованной кости, укрепленной поднадкостнично с обеих сторон альвеолярного отростка. Описанные мероприятия не устраняют перфорации, если в верхнечелюстной пазухе имеется воспалительный процесс.

Список литературы:

лечение одонтогенный синусит

1. Виганд М. Э. <http://www.labirint.ru/authors/79842/>, Иро Х <http://www.labirint.ru/authors/79843/>. «Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа»\ Медицинская литература <http://www.labirint.ru/pubhouse/169/>, г2010

2. Ксембаев С.С., Ямашев И.Г. « Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей» \МЕДпресс 2006г

. Клёнкина,Е.И. «Дифференциально-диагностические аспекты латентных одонтогенных и хронических риногенных верхнечелюстных синуситов» диссертация СПБ код по ВАК14.01.14 от 2011г

. Робустова Т.Г. « Одонтогенные воспалительные заболевания»\ Медицина изд-во 2006г

. Соловьев М.М., Большаков О.П., Галецкий Д.В. «Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи»\ МЕДпресс.2012г с84-86