

• **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.

Симптомы одонтогенного гайморита

- припухлость в щечной и подглазничной областях;
- острая боль в зубах верхней челюсти;
- иррадиирующая боль;
- отечность, покраснение слизистой оболочки полости рта;
- болезненная перкуссия 24-26 зубов;
- выделение слизи из полости носа левой стороны;
- покраснение слизистой полости носа;
- болезненная пальпация передней стенки тале верхней челюсти.

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

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)

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