Тактика лечения при одонтогенном гайморите.

Линд Д.В., Пак Р.Ю., Асанидзе З.Э., Серикова Д.Е.

Областная челюстно-лицевая больница, Караганда, Казахстан

Одонтогенный гайморит составляет от 25 до 40% среди всех гайморитов. Наиболее частой причиной возникновения одонтогенного гайморита служит проникновение инфекции из периапикальных очагов больных зубов (49,4%), на втором месте стоит перфорация дна гайморовой пазухи во время удаления зуба и операции на альвеолярном отростке, включая проталкивание корней в пазуху (15,5%).

Под нашим наблюдением находились 35 больных с одонтогенным гайморитом. При обследовании больных с острым одонтогенным гайморитом у большинства отмечались головные боли, в области пазухи ощущение давления, боль сверлящего характера. Соответствующие зубы казались длиннее, жевание было болезненным. Жалобы больные предъявляли на озноб, общую слабость, потерю трудоспособности, затрудненное носовое дыхание, односторонний насморк со слизисто-гнилостным выделяемым, иногда гнойным выделением. Так же замечали слезотечение, светобоязнь.

При осмотре наблюдалась припухлость и гиперемия щеки, подглазничной области, повышение местной температуры. На рентгенограмме определялась завуалированность пазухи.

При хронических одонтогенных гайморитах самым постоянным симптомом является гнойное отделяемое из соответствующей половины носа. Характерна упорная, мучительная, односторонняя головная боль и длительное чувство тяжести в голове. У большинства больных отмечается зловонный запах, изменение количества выделений из носа при различных положениях головы, при обострении возможны припухлость и покраснение кожи щеки на пораженной стороне, болезненность костных стенок при пальпации и перкуссии, односторонность заболевания, чем и отличается от различных гайморитов.

Для постановки диагноза необходимо дополнительные методы исследования. Перкуссия верхнечелюстной пазухи (тупой - патология, ясный - здоровый), риноскопия (состояние слизистой средней раковины, гной отсутствует - здоровый), диафаноскопия, то есть просвечивание верхнечелюстной пазухи маленькой электрической лампочкой (красный - здоровый, отсутствие - больной), диагностическая пункция, рентгенография или контрастная рентгенография пазух, послойная томография, исследование электровозбудимости зуба, цитологическая характеристика смывов из пазух носа, УЗИ.

Дифференциальную диагностику одонтогенных гайморитов проводили с хроническим аллергическим воспалением слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, риногенным гайморитом.

При планировании лечения больных с одонтогенными гайморитами придерживались следующих принципов:

1. Острый гайморит:
- устранение одонтогенного очага, т.е. удаление зуба, гайморотомия;
- промывание верхнечелюстной пазухи антибиотиками, антисептическими растворами по показаниям;
- назначение медикаментозной терапии (десенсибилизирующая, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, УВЧ - терапия, токи Бернара, симптоматическое лечение).

2. Хронический гайморит:
- устранение причины;
- удаление патологически измененных тканей из верхнечелюстной пазухи (гайморотомия);
- обеспечение оттока из верхнечелюстной полости;
- рациональное последующее лечение.

Литература:

1. Губин М.А., Лазутиков О.В., Лунев Б.В. Современные особенности лечения гнойных заболеваний лица и шеи. -Стоматология, №5, 1998.-стр. 15-18.

2. ЛазаревА.И. Оперативное лечение перфоративных одонтогенных верхнечелюстных синуситов / А.И. Лазарев, С.Э. Честникова, И.Г. Бочарова // Сб тр 72-й науч конф КГМУ и сессии Центр.-Черноозем. науч центра РАМН-в 3 т - Курск КГМУ,2007-Т2-С.317-320.

3. Честникова С.Э. Компьютерная томография в диагностике одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов / С.Э.Честникова, И.С. Пискунов // Рос ринология-2007.-№2-С.54.