

«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.
Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ
Одонтогенные синуситы

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.
Проверил: Доцент Петрова М.А.
Выполнил: ординатор Хороших А.Н.

Красноярск, 2022

ПЛАН

<u>ПАТОГЕНЕЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИСУСИТОВ</u>	5
<u>ЭТИОЛОГИЯ СИСУСИТОВ</u>	6
<u>КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННОГО СИСУСИТА.....</u>	6
<u>ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО СИСУСИТА.....</u>	7
<u>КЛИНИКА ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО СИСУСИТА</u>	9
<u>КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО СИСУСИТА</u>	10
<u>ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ СИСУСИТОВ</u>	10
<u>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....</u>	11
<u>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО И РИНОГЕННОГО СИСУСИТА</u>	13
<u>ПЕРФОРАЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ</u>	13
<u>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ</u>	15

Больные с одонтогенными верхнечелюстными синуситами составляют от 4 до 7% от общего количества стационарных больных.

Возникновение и клиническое течение синуситов одонтогенной природы зависит от топографо-анатомического взаимоотношения между дном верхнечелюстной пазухи, корнями зубов и верхней челюстью.

Выделяют 3 типа пазух: пневматический, склеротический и 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.

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. 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.

Строение костных стенок пазухи.

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.

Функции верхнечелюстной пазухи.

Наружные функции:

резонаторная,

рефлекторная,

кондиционирования вдыхаемого воздуха,

всасывающая, секреторная, защитная,

участие в обонянии и регулировании внутриносового давления, снабжение полости носа слизью и уменьшение массы верхней челюсти.

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 obturации 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.

ПАТОГЕНЕЗ ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ

Развитие синусита связано с obturацией 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 obturации 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 синусита являются повреждения дна верхнечелюстной пазухи, возникающие в момент удаления зуба.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

Одонтогенные воспалительные процессы верхнечелюстной пазухи по клиническому течению подразделяют на острые, хронические, и обострение хронического. Острый синусит заканчивается выздоровлением или переходит в хроническую форму. Однако при одонтогенном синусите хронический процесс может развиваться, минуя острую фазу.

Г.Н. Марченко предлагает следующую клиническую классификацию:

1. Закрытая форма:

- а) синуситы на почве хронических периодонтитов;
- б) синуситы на почве нагноения одонтогенных кист, вросших в верхнечелюстную пазуху.

2. 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

катаральные,

гнойные,

полипозные,

гнойно-полипозные.

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, флюорографию, 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.

Более информативна ортопантомография челюстей. Она дает возможность получать развернутый и увеличенный снимок.

Контрастная рентгенография. Контрастное вещество вводится через полость носа путем прокола, через послеоперационное соустье, через свищ или лунку удаленного зуба. Используется масляный раствор иодолипола.

С помощью контрастной рентгенографии можно определить форму и размеры пазухи, состояние слизистой оболочки (отек, наличие полипов), костных стенок, опухоли и кисты.

Компьютерная томография (КТ). Позволяет изучить форму, размеры, структуру и положение различных органов, их соотношение с другими



ослабление обоняния; выделение слизи из ноздри на больной стороне и



флюктуирующие токи;

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

3. Десенсибилизирующая терапия (10% раствор хлорида кальция внутривенно, внутрь - димедрол, гистаглобулин, дипразин, диазолин).

4. Иммунокоррекция – экстракт алоэ, фибс, общее УФО.

5. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры.

6. 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.

7. Проводить неотложное хирургическое лечение в случаях обострения хронического синусита с тенденцией к распространению на прилегающие

находится ниже горизонтальной линии с абсолютным нулем, и не

