

ГОУ ВПО Красноярская государственная  
медицинская академия

# Одонтогенный синусит

(подострая и хроническая стадии)

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры  
хирургической стоматологии Т.Л. Маругина

# Цель лекции:

- Рассмотреть подострую и хроническую стадии одонтогенного синусита

# План лекции:

- Этиология и патогенез заболевания
- Патоморфология заболевания
- Методика обследования больных с одонтогенным синуситом
- Клиническая картина и диагностика:
  - а) подострая стадия заболевания
  - б) хроническая стадия заболевания
- Дифференциальная диагностика одонтогенного синусита
- Лечение одонтогенного синусита

# Этиология и патогенез одонтогенного синусита

- Исход острого воспаления
- Постоянное инфицирование из хронических одонтогенных очагов
- Инфицирование микрофлорой полости рта при перфорации дна верхнечелюстной пазухи

## Патоморфология одонтогенного синусита

- Морфологическая картина хронического воспаления верхнечелюстной пазухи:
  - а) ограниченное воспаление
  - б) диффузное воспаление
  - в) полипозное воспаление
  - г) неполипозное воспаление

## а) ограниченная неполипозная форма воспаления

- Незначительная гиперплазия и истончение эпителиального слоя
- Стенки сосудов в одних участках разрыхлены в других утолщены
- Подслизистая основа увеличена за счет развития рыхлой фуксинофильной волокнистой ткани, появляются коллагеновые фибриллы

## б) диффузная неполипозная форма воспаления

- Утолщение слизистой оболочки
- Сужение просвета пазухи
- Эпителиальный слой утолщен, значительное число глубоких крипт с выделением слизи
- Участки десквамации, эрозии, язвы, некроз

## в) полипозное хроническое воспаление

- На поверхности стенок пазухи полипозно-грануляционные разрастания
- Просвет полости заполнен слизисто-гнойным или гнойным содержимым
- При давности заболевания-холестеатомными массами
- Подслизистая основа инфильтрирована лимфоцитами, макрофагами, плазматическими и круглыми клетками
- Сосуды расширены, стенки их разволокнены, в некоторых сосудах- склероз
- Превращение мерцательного эпителия в многоядерный плоский в области полипов
- Новообразование кости и перестройка в костных стенках пазухи



# Клиническая картина и диагностика подострого одонтогенного синусита.

Продолжительность острой стадии заболевания- 5-6 дней. Без достаточно полного лечения процесс переходит в подострую стадию.

В подостром периоде одонтогенного синусита общее состояние и самочувствие больного улучшается, боль уменьшается, а у некоторых больных полностью проходит, температура тела нормализуется. Выделения из носа уменьшаются, характер их также изменяется: гнойные выделения сменяются серозными, реже характер выделений остаётся прежним. Отёчность мягких тканей проходит. Сохраняется слабая болезненность при пальпации стенок пазухи. При риноскопии выявляется картина катарального ринита.

Изменения ЭОД, характерные для подострой стадии, не выявлены. Диагностика возможна лишь на основе клинико-рентгенологического исследования в сопоставлении с историей заболевания.

Рентгенологические проявления подострой стадии аналогичны тем, которые определяются при остром одонтогенном синусите.

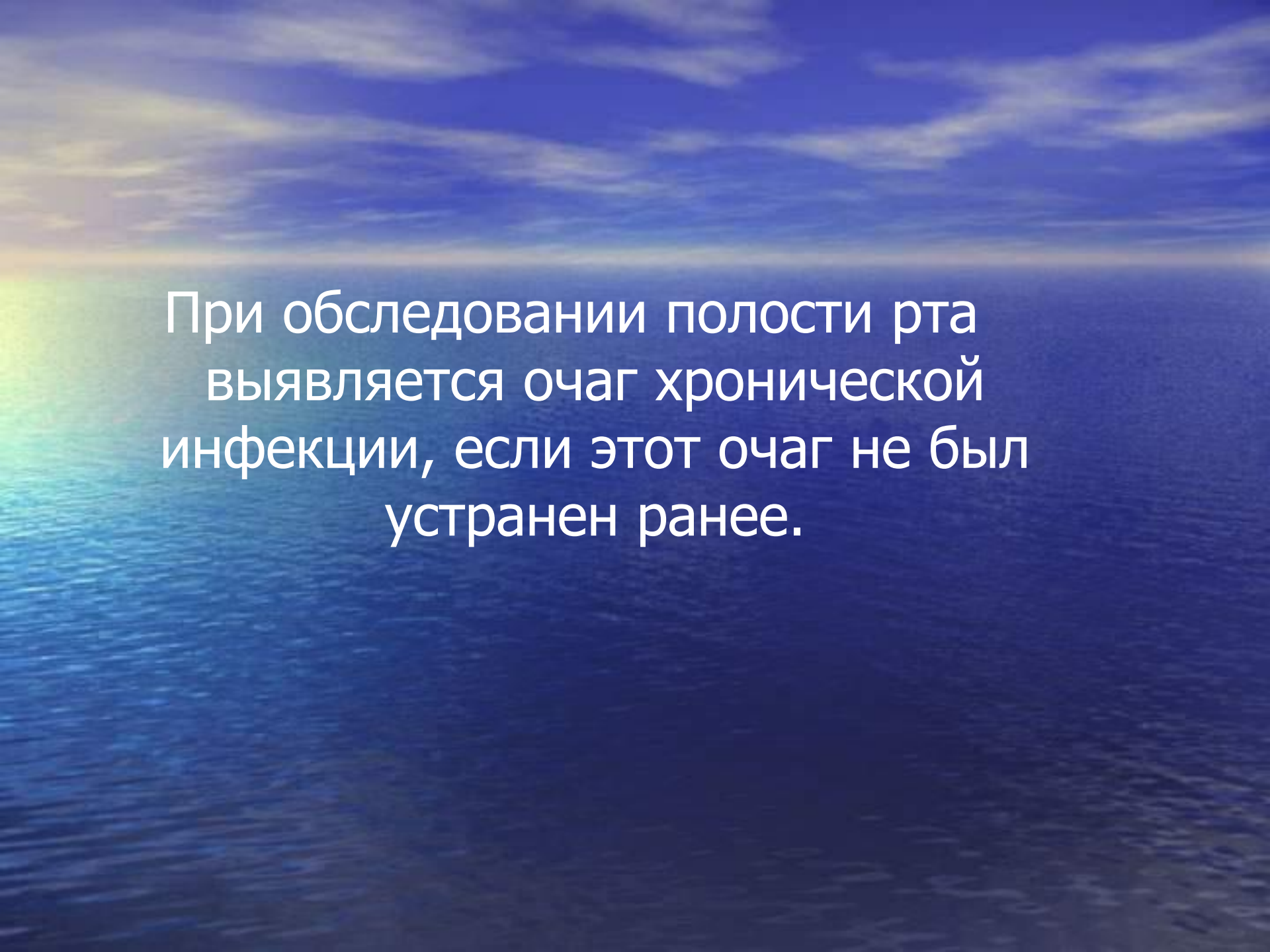
# Клиническая картина и диагностика хронического одонтогенного синусита.

Частота отдельных клинических признаков хронического синусита следующая:  
нарушение общего состояния,  
неудовлетворительное самочувствие – 28,9%;  
головная боль – 24,8%; боль в области поражённой пазухи – 23,1%; видимые наружные изменения – 4%; нарушение носового дыхания – 15,7%; нарушение обоняния – 5,0%.

Неудовлетворительное самочувствие больных выражается в утомляемости, снижении трудоспособности, раздражительности, фиксировании внимания на каком-то одном из признаков заболевания (выделения из носа, выделения из свищевого хода, ощущение неприятного запаха и др.).

Головная боль при хроническом одонтогенном синусите бывает относительно редким симптомом. Чаще это бывает разлитая, несильная, тупая боль в соответствующей половине головы, иногда больные отмечают ощущение тяжести, давления, распираания в пазухе.

Боль при пальпации в области передней стенки пазухи бывает слабой, иногда больные отмечают только разницу ощущений на больной и здоровой стороне, боль в области бугра верхней челюсти и твёрдого нёба отмечается редко. Риноскопическая картина носит характер хронического катарального, реже гипертрофического ринита. Выделения из носа бывают постоянными или периодическими, обычно слизистогнойными. При диагностической пункции чаще получают гнойное отделяемое с характерным резким запахом.



При обследовании полости рта  
выявляется очаг хронической  
инфекции, если этот очаг не был  
устранен ранее.



Описанная клиническая картина в определенной степени характеризует хронический одонтогенный синусит, однако не позволяет дифференцировать ограниченную от диффузной его формы. Это выявляется лишь при рентгенологическом исследовании.

При хроническом одонтогенном синусите наиболее часто страдает слизистая оболочка вдоль нижней стенки пазухи, т.е. в зоне, максимально приближенной к очагу инфицирования пазухи.

Ограниченная форма одонтогенного синусита, в отличие от диффузной, наилучшим образом выявляется при рентгеноконтрастном исследовании верхнечелюстной пазухи.

Ограниченная форма хронического одонтогенного синусита может проявляться пристеночным затемнением пораженной пазухи преимущественно на ограниченном участке вдоль нижней стенки. На обзорном снимке придаточных пазух носа область альвеолярной бухты плохо видна, поэтому при ограниченном процессе прозрачность пораженной пазухи практически не меняется. В связи с этим важное значение приобретают ортопантомография и контрастная гайморография в прямой и боковой проекциях, а также контактная рентгенография верхней челюсти.

При диффузной форме хронического одонтогенного синусита значительно изменена вся слизистая оболочка пораженной пазухи. Эта форма хронического одонтогенного синусита нередко сочетается с деструктивными изменениями в альвеолярном отростке.

В некоторых случаях хроническое течение заболевания может быть обусловлено длительным пребыванием в пазухе инородных тел ( корни зубов, дренажные турунды и др.).

# Клиническая картина и диагностика обострения хронического одонтогенного синусита.

Обострение хронического одонтогенного синусита возникает чаще всего в связи с обострением хронического периодонтита или удалением зуба.

Указанные явления могут возникнуть не только в случае образования сообщения полости рта с пазухой через лунку удаленного зуба, но и при отсутствии такового. Удаление зуба нарушает биологический барьер между очагом инфекции в полости рта и пазухой, и может привести к обострению воспалительного процесса.

Помимо этого, обострение синусита наблюдается при нагноении одонтогенной кисты, прорыве гноя из кисты в пазуху, при попадании в нее инородных тел, альвеолите, остеомиелите и т.д.



Обострение хронического одонтогенного синусита отмечается и при острых общих инфекционных заболеваниях (грипп, ОРВИ), переохлаждении. Иногда типичная картина синусита, обусловленного общим инфекционным заболеванием, маскирует одонтогенный генез заболевания.

Клиническая картина обострения хронического одонтогенного синусита напоминает острый синусит. Больные жалуются на общую слабость, недомогание, головную боль, боль в области пораженной пазухи. Повышается температура. Появляются выделения из носа, затрудняется носовое дыхание, снижается обоняние. Иногда отмечается припухлость мягких тканей подглазничной области. Часто определяется болезненность при пальпации стенок пазухи.

При риноскопии выявляются те же изменения, которые являются характерными для острого риногенного синусита ( гиперемия и отечность слизистой оболочки носа, патологическое отделяемое в среднем и общем носовых ходах).

Если имелся свищевой ход из полости рта в пазуху, то общее состояние больного страдает меньше, а отмеченные клинические симптомы гайморита бывают выражены слабее.

Обострение хронического одонтогенного синусита может иметь и свои особенности, отличные от синусита другого генеза: зубная боль, боль при накусывании или перкуссии зубов, подвижность зубов, покраснение слизистой оболочки преддверия полости рта, сглаженность переходной складки, появление гнойных выделений из свищевого хода.

Важно провести дифференциальную диагностику между острым синуситом и обострением хронического синусита. Лечение на первом этапе в том и другом случае идентично, но в дальнейшем оно принципиально отличается.

Если имеется свищевой ход из полости рта в пазуху, то процесс расценивается как обострение хронического синусита. При отсутствии свищевого хода основное значение для определения стадии заболевания имеет анамнез и динамическое рентгенологическое исследование. У ряда больных анамнестические данные убедительно свидетельствуют об обострении хронического процесса, у других эти данные остаются малоинформативными, т.к. острый и хронический процесс в пазухе ранее не диагностировался.

Обзорная рентгенография придаточных пазух носа в период обострения не всегда может дать конкретный ответ о действительной стадии заболевания, т.к. детали рентгеноанатомии, характерные для хронического процесса, маскируются гомогенным затемнением просвета пазухи.



# Рентгенологическое исследование



Ортопантомография позволяет в ряде случаев выявить помимо гомогенного затемнения пазухи, неоднородное затемнение пазухи вследствие утолщения слизистой оболочки и явления хронического воспаления в костной ткани стенок пазухи и альвеолярного отростка.

После ликвидации острого синусита прозрачность пазухи определяется на всем протяжении её просвета, а при ликвидации обострения хронического синусита наряду с появлением просвета в пазухе остаются видимыми участки затемнения, соответствующие очагам гипертрофии слизистой оболочки пазухи.

Клиническая картина одонтогенного синусита во многом определяется наличием или отсутствием сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой.

# Признаки перфорации дна верхнечелюстной пазухи:

- Появление в лунке удаленного зуба кровяной пены
- Кровотечение из соответствующей половины носа
- Положительная носоротовая проба (сжав пальцами нос, больному предлагают выдохнуть воздух через него. При прободении дна воздух проходит в полость рта, в лунке появляется кровяная пена).

Свищевым ходом считается стойкое сообщение с пазухой, когда произошла его эпителизация. Соустье, возникшее после удаления зуба, до эпителизации стенок этого отверстия считать свищевым ходом не верно. Наиболее часто свищевой ход возникает после удаления зуба, реже при других операциях на альвеолярном отростке.

Размеры свищевого хода бывают от точечного отверстия, с трудом различимого при осмотре, до 5 мм и более в диаметре. Форма отверстия – округлая или щелевидная, реже – неправильная.

# Жалобы больного при перфорации дна верхнечелюстной пазухи:

- Прохождение воздуха из пазухи в полость рта или наоборот;
- Попадание воды и жидкой пищи из полости рта в пазуху;
- Ринофония;
- Выделения из свищевого хода.



Иногда перечисленные жалобы могут отсутствовать даже при наличии свищевого хода, ввиду того, что со стороны пазухи может образоваться клапан инфильтрированной слизистой оболочки или свищевой ход ведет в одонтогенную кисту, которая не сообщается с просветом верхнечелюстной пазухи.

Свищевой ход может быть определен его зондированием и рентгенологически при ортопантомографии или контрастном рентгенологическом исследовании.

# Условия, способствующие образованию сообщения полости рта с пазухой:

- Травматическое удаление зуба
- Зондирование лунки
- Патологические изменения в периодонте
- Альвеолит
- Синусит
- Инородные тела в пазухе
- Неправильное использование йодоформного тампона в лунке удаленного зуба

Соустье пазухи с полостью рта или свищевой ход создают все условия для инфицирования пазухи, т.к. удаление зуба проводится, как правило, в связи с воспалением в периодонте. Однако, хронический воспалительный процесс в пазухе у ряда больных имеет место ещё до удаления зуба. Удаление зуба и образование сообщения с пазухой лишь выявляет бессимптомно протекающий хронический гайморит.

При определенных условиях возможно самостоятельное заживление сообщения полости рта с пазухой ( при небольшом отверстии, неосложненном заживлении лунки и т.д.). Свищевой ход, как правило, требует хирургического устранения.

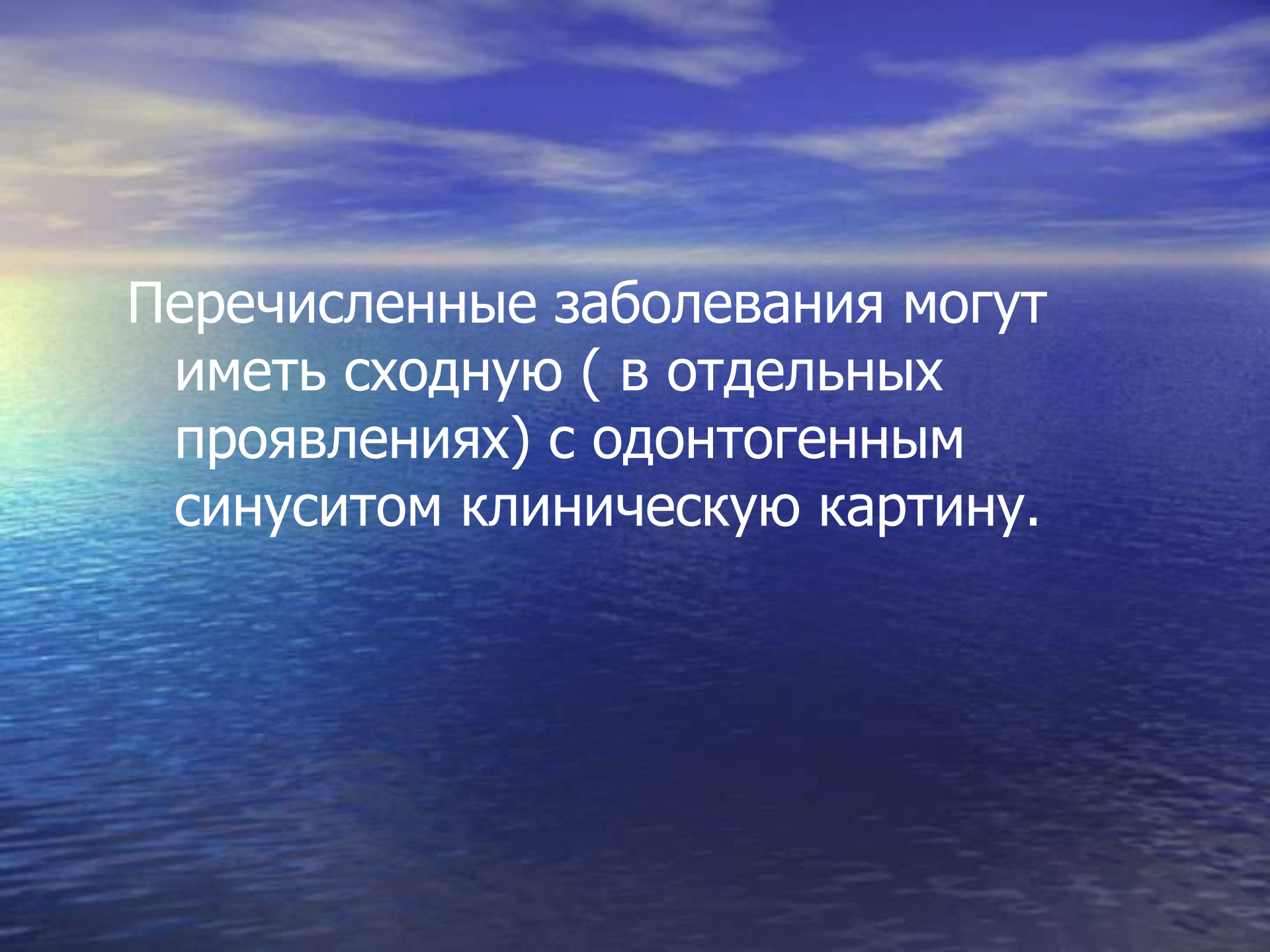
# Дифференциальная диагностика.

Одонтогенный синусит, в ряде случаев, приходится дифференцировать :

- с синуситом иного генеза ( травматическим, риногенным);
- Кистами пазухи ( ретенционной, лимфангиоэктатической, одонтогенной);
- Опухолями;
- Пограничными диспластическими процессами ( фиброзной дисплазией);
- Кистозным растяжением пазухи
- Холестеатомой
- Неврогенными заболеваниями (невритом тройничного нерва)

# Контрастная рентгенограмма предаточных синусов носа



The background of the slide features a serene sunset over a vast ocean. The sky transitions from a deep blue at the top to a bright orange and yellow near the horizon, where a faint rainbow is visible. The water below is dark blue with gentle ripples.

Перечисленные заболевания могут иметь сходную ( в отдельных проявлениях) с одонтогенным синуситом клиническую картину.



Диагностирование синусита и определение его истинной природы возможно при комплексном обследовании больного с участием стоматолога, оториноларинголога, иногда невропатолога, реже окулиста.

**Диагноз одонтогенного синусита ставится на основании выявленных воспалительных изменений в верхнечелюстной пазухе, находящихся в причинно-следственной связи с очагом острого или хронического воспаления в зубочелюстной системе.**

# Лечение.

Лечение больных одонтогенным синуситом складывается из следующих основных этапов:


1. Применение антибактериальной терапии;
2. Устранение источника инфицирования пазухи – санация полости рта;
3. Удаление из пазухи патологически измененной слизистой оболочки;
4. Дренирование верхнечелюстного синуса;
5. Повышение общей реактивности организма (иммунокоррекция).

При полипозных и пристеночно-гиперпластических формах показано хирургическое вмешательство – радикальная синусотомия по Колдуэлу-Люку.

# Основными этапами операции по Колдуэллу-Люку являются:

- Резекция переднебоковой стенки;
- Эвакуация из верхнечелюстного синуса гноя;
- Удаление полипов, пораженной слизистой оболочки;
- Образование широкого соустья синуса с нижним носовым ходом.

В настоящее время не принято удалять всю слизистую оболочку верхнечелюстного синуса в отличие от методики Колдуэлла-Люка, т.к. обнаженная кость вначале покрывается грануляционной, позднее грубой соединительной тканью, что нередко ведет к болезни оперированного синуса. Удаляют лишь полипозно измененную часть слизистой оболочки, стараясь при этом не обнажать самой кости.



**Благодарю за  
внимание!**