

**НННЕ-S опросник для пожилых пациентов с нарушением слуха
(скрининговая форма)**

Вопросы	Да (4 очка)	Иногда (2 очка)	Нет (0 очков)
Смущается ли Вы из-за нарушения слуха, когда встречаете новых людей?			
Расстраиваетесь ли Вы из-за нарушений слуха, когда общаетесь с членами семьи?			
Испытываете ли Вы трудности, когда кто-то говорит шепотом?			
Чувствуете ли Вы ущербность в связи с нарушениями слуха?			
Вынуждены ли Вы посещать религиозные службы реже, чем Вам хотелось бы, в связи с нарушениями слуха?			
Испытываете ли Вы трудности в кино и театре в связи с нарушениями слуха?			
Возникают ли у вас ссоры с членами семьи из-за нарушения слуха?			
Испытываете ли Вы трудности в связи с нарушениями слуха, когда смотрите телевизор или слушаете радио?			
Испытываете ли вы трудности в связи с нарушениями слуха в личной или социальной жизни?			
Возникают ли у Вас трудности, когда Вы находитесь в ресторане с друзьями или родственниками? (семейный ужин)			

Результат _____

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкета COSI – надежный помощник слухопротезиста. // Радуга звуков. – 2005. – №4. – С. 16–17.
2. Нужна ли в России анкета АРНАВ? // Радуга звуков. – 2005. – №3. – С. 11–13.
3. The hearing handicap inventory for adults: Psychometric adequacy and audiometric correlates. / C. Newman, B. Weinstein, G. Jacobson et al. // Ear Hear 1990; 11:430–433.
4. Ventry I. The hearing handicap inventory for the elderly: A new tool. / I. Ventry, B. Weinsnein. // Ear Hear, 1982; 3: 128–134.
5. Ventry I. Identification of elderly people with hearing problems. / I. Ventry, B. Weinsstein. // Asha. 1983. July: 37–42.

УДК: 616. 216. 1–002–07**О ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА
И. В. Горбонос, М. С. Вартамян***Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – проф. Ф. В. Семенов)*

Одонтогенный гайморит (ОГ) – воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, вызванное инфекцией (микроорганизмами или продуктами их жизнедеятельности), внедрившейся в мукоперист синуса из полости зуба или периапикальных тканей.

Симптомокомплекс ОГ редко бывает ярко выражен, во многих случаях диагноз ставится лишь при появлении осложнений. При сочетании патологии зубочелюстной системы с гайморитом последний зачастую трактуется как одонтогенный даже в тех случаях, когда таковым не является. И, наоборот, при манифестации гайморита без характерного стоматологического анамнеза, он расценивается как риногенный и лечится без санации первичного очага инфекции, что не приводит к выздоровлению.



С другой стороны, пациенты с риногенным процессом могут первично обращаться к стоматологу. При риногенном синусите может быть болезненность премоляров и моляров при жевании, повышенная чувствительность к перкуссии и сниженная реакция на стандартные тесты жизнеспособности зуба.

Большинство предложенных классификаций ОГ различает перфоративную и закрытую (неперфоративную) формы [2]. Наличие ороантрального сообщения после предшествующей экстракции зуба делает диагноз очевидным. Закрытая же форма ОГ чаще отличается латентным течением и возникает на почве хронического воспаления периапикальной ткани зубов, верхней челюсти, зубных кист, врастающих в ВЧП, после удаления кариозных, ретенированных зубов. Эти заболевания зубов протекают скрыто и могут давать очень скудные клинические проявления. Только тщательно собранный стоматологический анамнез и детальное обследование позволяет заподозрить, а затем и подтвердить диагноз ОГ после рентгенологического обследования (ортопантомограмма верхней челюсти и КТ околоносовых пазух).

К одонтогенному гаймориту может привести инфекционно-воспалительный процесс любого слоя между твердыми тканями зуба и мукопериостом верхнечелюстной пазухи. Некоторыми авторами эти патологические процессы рассматриваются не как отдельные заболевания, а как формы-стадии одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [1].

«Опасными» для гайморовой пазухи заболеваниями по направлению от зуба к пазухе являются:

1. Периодонтит (хронический, реже – острый)/парадонтоз.
2. Периостит.
3. Процессы в собственно костной ткани:
 - остеомиелит (чаще локальный, хронический);
 - периапикальная киста (её врастание в верхнечелюстную пазуху и нагноение);
 - периапикальный абсцесс;
 - постэкстракционный свищ или свищ в результате хронического остеомиелита;
 - ретенция зуба (несвоевременное прорезывание).

Последовательность развития заболевания может быть следующей: кариес – пульпит – периодонтит – периостит – остеомиелит. Любой процесс за пределами пульпы зуба (периодонтит, периостит, остеомиелит) может вызвать воспаление пазухи.

Заболевания, приводящие к одонтогенному синуситу, являются следствием повреждения твердых тканей зуба, поэтому кариозная полость может служить признаком существования очага инфекции и в невидимых для осмотра тканях. Однако, кариес сам по себе может вызвать лишь катаральный гайморит при гематогенном/лимфогенном распространении токсинов, т. к. на пути у микроорганизмов еще слишком много преград (пульпа, периодонт, периост, собственно костная ткань верхней челюсти). Но кариозная полость является также одним из постоянных симптомов гранулирующего (наиболее активного) хронического периодонтита. То есть, её наличие может означать свершившийся запуск одонтогенного воспалительного процесса в периапикальных тканях, который может привести к заболеваниям, потенциально способным вызвать одонтогенный гайморит.

Многие специалисты-стоматологи считают, что любой леченый, а тем более нелеченый зуб верхней челюсти, даже запломбированный или под коронкой, может инфицировать верхнечелюстную пазуху [2, 3]. Поэтому наличие пломбы не исключает, а также подтверждает одонтогенное происхождение гайморита.

Воспаление десны вокруг зуба может быть признаком неблагополучия зуба или периодонта, но также может быть локальным гингивитом, поэтому это не очень точный симптом.

Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенном гайморите являются хронический периодонтит, периостит и патологические процессы в костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти (остеомиелит, периапикальная киста и абсцесс).

Хронический периодонтит возникает в результате проникновения микроорганизмов из пульпы зуба в периодонт через корневой канал. Он может быть продолжением острого периодонтита, или сформироваться, минуя острую стадию. Периодонтит – заболевание одного зуба, что отличает его от периостита и остеомиелита.



Характерной жалобой является боль в зубе при надавливании на него или накусывании, а также при приеме горячей пищи. Зуб редко выглядит интактным, чаще он разрушен кариозным процессом. Слизистая оболочка в области верхушки корня отечна и гиперемирована, при надавливании остается след от инструмента – симптом воспалительного инфильтрата. Пальпация десны вызывает боль. Если процесс из периодонта доходит до прилежащих мягких тканей, то возникает свищевой ход, который располагается чаще на уровне верхушки пораженного зуба в виде точечного отверстия или маленького участка выбухающих грануляций. На месте зажившего свища виден небольшой рубец. При обострении на его месте возникает припухлость и гиперемия слизистой оболочки, образуется небольшое скопление гноя, изливающегося затем в полость рта. Вертикальная перкуссия по зубу вызывает слабую боль, горизонтальная безболезненна, так как процесс локализован у верхушки. На рентгенограмме в костной ткани, прилежащей к верхушке зуба, определяется очаг без четких границ с неровными краями, компактная пластинка альвеолы разрушена. При формировании гранулематозного периодонтита может отмечаться округлый очаг разрежения костной ткани с четкими границами.

Хронический периостит – воспаление надкостницы, возникающее после перенесенного острого периостита, в основе которого лежит гиперергическая периостальная реакция. Он проявляется образованием плотного безболезненного утолщения кости альвеолярного отростка. Процесс этот более распространенный, чем периодонтит (захватывает несколько зубов одного ряда), но односторонний, в отличие от остеомиелита. Жалобы, как правило, скудны. При обследовании определяется отек мягких тканей на стороне поражения, наличие гнойного отделяемого при разрезе надкостницы в проекции очага, болезненное уплотнение на поверхности кости. Возможна несильно выраженная асимметрия лица. Перкуссия зубов безболезненна. Пальпируются увеличенные, плотные, малобезболезненные лимфоузлы. На рентгенограмме можно заметить тень периостального утолщения кости.

Хронический остеомиелит – хроническое инфекционное гнойно-некротическое воспаление в костной ткани. Возникает после перенесенной острой стадии и является осложнением предыдущих воспалительных процессов (периодонтит, периостит). Для хронического остеомиелита верхней челюсти характерно длительное течение с обострениями. При обострении отмечаются выраженная интоксикация, подъем температуры, реакция крови, боль в области поражения, сильнейший отек и болезненность мягких тканей вокруг пораженной челюсти, гиперемия и отек слизистой альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов. Перкуссия зубов в очаге болезненна, характерна нарастающая патологическая подвижность, гноетечение из зубочелюстных карманов.

Вне обострения клиническая картина заключается в наличии одного или нескольких свищей, асимметрии лица, периостальная реакция не только с вестибулярной, но и с небной стороны альвеолярного отростка. Подвижность ряда зубов (а не только «причинного») связана с разрушением периодонта, в частности циркулярной связки зуба, и с остеолизом альвеолярных стенок. Характерно выделение гноя из зубодесневых карманов. Перкуссия болезненна по ряду зубов, причем «причинный» зуб – наименее чувствителен.

На рентгенограмме видны один или несколько очагов разрежения костной структуры неправильной формы с нечеткими контурами – зоны некроза костной ткани. На этом фоне могут определяться секвестры.

Периапикальная киста – полость, имеющая эпителиальную капсулу и заполненная жидкостью. При ее нагноении возникает **периапикальный абсцесс**. Киста может прорасти сквозь нижнюю стенку гайморовой пазухи и вызывать ее воспаление.

Характерной жалобой является ощущение выросшего или сместившегося зуба. При осмотре видно выбухание в проекции пораженного зуба. Иногда выбухание мягкое, так как кость в этом месте разрушена. При кисте пальпация выбухания безболезненна, при абсцессе сопровождается болью. Боль при перкуссии отмечается только при формировании абсцесса. Характерная рентгенологическая картина – очаг резорбции кости значительных размеров (более 0,5–0,7 см. в диаметре) с четкими ровными контурами.

Наиболее простым с диагностической точки зрения является сценарий с образованием **оронтрального свища**. Он может возникать как в результате экстракции зуба, так и в результате хроничес-



кого остеомиелита, если он соединяет пазуху с полостью рта. Отсутствие зуба со свищом на месте его лунки подтверждает диагноз перфоративной формы одонтогенного гайморита. Сложнее поставить правильный диагноз при наличии признаков одностороннего хронического гайморита и скудных симптомов со стороны зубочелюстной системы, либо полного их отсутствия. В этой ситуации ЛОР-врач должен попытаться активно выявить симптомы заболеваний, которые могут привести к ОГ.

Цель исследования. Обосновать наиболее значимые критерии диагностики одонтогенной природы верхнечелюстного синусита.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное изучение клинической и рентгенологической картины у 65 пациентов, проходивших лечение по поводу хронического изолированного верхнечелюстного синусита в Краснодарской краевой больнице №3 в 2007 году. Для подтверждения диагноза использовали ортопантомографию и компьютерную томографию околоносовых пазух в коронарной проекции.

При клиническом обследовании особое внимание уделялось выявлению таких симптомов, как:

- отек и гиперемия мягких тканей десны и щеки, их асимметрия;
- чувствительность зубов к перкуссии и перепадам температуры;
- боль при пальпации передней поверхности зубов;
- патологическая подвижность зубов;
- наличие кариозного процесса.

При возникновении подозрения на одонтогенный характер синусита пациентам проводилась ортопантомография и, при необходимости, компьютерная томография околоносовых пазух.

Мы не включали в обследование пациентов с наличием ороантральной фистулы, так как в этом случае процесс протекал по типу острого синусита и диагноз одонтогенного гайморита был очевиден.

Результаты. Наличие кариозных зубов верхней челюсти в проекции пораженной пазухи было выявлено у 12 пациентов. Однако лишь у 5 из них имелись симптомы периодонтита, который был подтвержден рентгенологически.

Наиболее часто в обследуемой группе пациентов отмечалась болезненность одного зуба при накусывании, причем этот симптом не всегда сочетался с кариозным процессом. Среди других жалоб были отмечены: болевая реакция на холодную пищу (5 пациентов), подвижность зуба (3 пациента), ощущение «сместившегося зуба» (один пациент). У последнего пациента на ортопантомограмме была выявлена периапикальная киста.

При объективном обследовании зубочелюстной системы наиболее частой находкой была болезненность при перкуссии, чаще вертикальной (8 пациентов), чем горизонтальной (2 пациента). Реже встречались гиперемия и отечность десны в области пораженного зуба, асимметрия мягких тканей верхней челюсти (4 пациента), выделение гноя из зубодесневых карманов (4 пациента). У одного больного был обнаружен свищевой ход в области верхушки зуба с разлитием грануляций на десне.

Рентгенологическое исследование позволило подтвердить поражение зубов на стороне поражения у 11 пациентов. Самой частой находкой на апикальных снимках были очаги разрежения кости в апикальной области, расширение периодонтальной щели с зоной склероза костной ткани по периферии и у одного пациента – очаг резорбции кости значительного размера (0,5 см в диаметре). Взаимоотношения корней зубов с верхнечелюстной пазухой лучше определялись на ортопантомограмме. Компьютерная томография в коронарной проекции давала лишь информацию о состоянии верхнечелюстной пазухи и не позволяла выявить наличие патологии зубов за исключением одного пациента с нагноившейся периапикальной кистой.

Обсуждение. Основываясь на собранном нами клиническом материале и на данных литературы, мы считаем целесообразным выделить следующие особенности клинического обследования пациентов с подозрением на хронический одонтогенный гайморит.

1. Об одонтогенном происхождении синусита могут свидетельствовать такие жалобы, как болезненность зуба, проекции слизистой оболочки в области корня, ощущение «выросшего» зуба, отек десны либо щеки на стороне поражения, гноетечение из зубодесневых карманов. Также характерны жалобы на боли при разжевывании твердой или горячей пищи.



2. При сборе анамнеза следует выяснить наличие недавно перенесенного острого периодонтита; наличие постоянной или приступообразной зубной боли, особенно связанной с надавливанием на зуб и с температурными воздействиями.
3. При объективном обследовании полости рта особое внимание уделяется выявлению таких признаков, как:
 - Наличие на альвеолярном отростке образования, его плотность, болезненность при пальпации, протяженность.
 - Наличие гиперемии и отёчности десны, остающийся след на мягких тканях при надавливании инструментом.
 - Наличие точечного отверстия или выбухающих грануляций на слизистой альвеолярного отростка, либо наличие рубца бывший свищ. Следует уточнить у пациента, было ли на этом месте точечное отверстие, которое периодически воспалялось, не было ли выделений из него.
 - Избыточная подвижность зубов. При остеомиелите может быть подвижно сразу несколько зубов, причем «причинный» распатан больше всех. Механизм повышенной подвижности заключается в разрушении периодонта, в частности циркулярной связки зуба, и в остеоллизисе стенок ячеек зубов. Выделяют три степени подвижности зубов: I – физиологическая подвижность в вестибулооральном направлении; II – подвижность в переднезаднем и боковых направлениях; III – движения в переднезаднем, боковых направлениях и по оси (верхненижнее направление).
 - Выделение гноя из зубодесневых карманов при надавливании на зуб или на десну.
 - Болезненность при вертикальной и горизонтальной перкуссии зуба. Вертикальная перкуссия по жевательной поверхности болезненна при процессах в периапикальной области, а горизонтальная перкуссия по вестибулярной поверхности – при очагах в маргинальном пространстве.
 - Смещение зубов или выступание одного зуба из альвеолярного ряда. Это может вызваться достаточно плотным объёмным процессом (киста, абсцесс, апикальный гранулематозный периодонтит, ретенированный зуб).
 - Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

При наличии одного или нескольких из вышеприведенных признаков отоларинголог может заподозрить одонтогенное происхождение синусита и внести коррективы в план лечения. Дальнейшая тактика во многом зависит от конкретной нозологической формы, вызвавшей воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Подтверждение любого из этих заболеваний должно быть рентгенологическим. До конца 80-х годов рентгенодиагностика одонтогенных синуситов была почти невозможна, поскольку стандартные периапикальные снимки давали изображение только самого дна верхнечелюстной пазухи и под косым углом. Эти снимки нельзя использовать для диагностики синусита из-за высокого риска неправильной интерпретации. Появление панорамной рентгенографии дало новые возможности адекватного обзора альвеолярной бухты верхнечелюстной пазухи.

Компьютерная томография позволяет установить факт поражения пазухи, но не позволяет детализировать патологию зубочелюстной системы. Типичной картиной является одностороннее затемнение пазухи в области моляров и премоляров.

Таким образом, тщательное клиническое и рентгенологическое обследование пациента позволяет отоларингологу установить одонтогенное происхождение верхнечелюстного синусита и направить такого пациента к стоматологу для санации очага инфекции. Понимание природы заболевания позволяет наиболее эффективно проводить как медикаментозное, так и хирургическое лечение синусита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурашидов Р. Ш. Варианты диагностики и лечения одонтогенного гайморита / Р. Ш. Абдурашидов, А. Н. Даянов // Рос. ринология. – 1994. – №. 2. – С. 34–37.
2. Бускина А. В. К вопросу о клинической классификации хронического одонтогенного гайморита / А. В. Бускина, В. Х. Гербер // Вестн. оторинолар. – 2002. – №. 2. – С. 15–18.
3. Морохоев В. И. Тактика оториноларинголога при уточнении этиологии гайморита / В. И. Морохоев, Р. Г. Анютин // Рос. ринология. – 1998. – №2. – С. 55–60.