

Департамент здравоохранения и социальной защиты населения  
Белгородской области  
Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет  
Стоматологическая ассоциация России  
Белгородская стоматологическая ассоциация

## СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Труды VII Международной  
научно-практической конференции

*Под редакцией  
проф. А.В. Цимбалистова, проф. Б.В. Трифонова,  
доц. А.А. Копытова*



Белгород  
2014

УДК 616.31  
ББК 56.6  
С 81

С 81      **Стоматология славянских государств** : труды VII Международной научно-практической конференции / Под ред. А.В. Цимбалистова, Б.В. Трифонова, А.А. Копытова. – Белгород : ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2014. – 492 с.

ISBN 978-5-9571-1019-4

УДК 616.31  
ББК 56.6

ISBN 978-5-9571-1019-4

© Коллектив авторов, 2014  
© НИУ «БелГУ» 2014

Возможен отек легких или синдром угнетения дыхания. Большинство пациентов хорошо переносят синусовую тахикардию, однако для снижения тахидизритмии у симптоматических пациентов применим пропранолол. Для коррекции гипотензии можно использовать жидкость, но часто необходимо использовать вазопрессоры. Шок является плохим прогностическим признаком, и в случае его возникновения необходима катетеризация правой стороны сердца для измерения наполняющего давления и выброса крови из сердца.

**Поддерживающая терапия.** Необходимы неотложные меры, включая снятие судорог (поддержка дыхания, вентиляция легких, диазепам в/в), измерение внутренней температуры, немедленная регидратация, также могут потребоваться активное охлаждение тела и введение дантролена. Диурез с применением маннитола может усилить клиренс миоглобина и предотвратить острую почечную недостаточность. Для снятия чувства паники и депрессии возможно применение серотонинактивных препаратов, таких как флувоксамин (100,0 мг/сут), amitриптилин и транилципромин. Хотя применение дантролена (3мг/кг в течение 1ч) может снизить гипертермию, его влияние на клинический исход незначительно. Для снятия припадков применяют поддержку дыхания, вентиляцию легких и диазепам в/в. Для коррекции судорог, вызванных диазепамом, возможно применение фенитоина. Курарезация применяется по мере необходимости в случаях, когда гипертермия и рабдомиолиз осложняют клиническое течение. Для снятия тахикардии и гипертензии применяют бета-блокаторы (атенолол) и альфа-блокаторы (фентоламин).

**Осложнения.** Острая почечная недостаточность, повышение давления в какой либо анатомической полости, субарахноидальное кровоизлияние, внутричерепная гематома, отек мозга с образованием транстенториальной грыжи, рассеянная внутрисосудистая коагуляция и синдром угнетения дыхания.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ ПРИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

*Волошан А.А., Демяник Д.С.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

**Актуальность.** Выбор тактики лечения и трудности диагностики пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами являются по-прежнему актуальными вопросами в челюстно-лицевой хирургии. На долю одонтогенного верхнечелюстного синусита приходится довольно высокий процент больных, обращающихся за медицинской помощью в больничные учреждения – стоматологические клиники, ЛОР-отделения. Число таких пациентов увеличивается из года в год в связи с неадекватной квалифицированной, в частности, терапевтической стоматологической помощи на местах. Об этом свидетельствуют данные литературы (Тимофеев А.А (2011), Запрудина М.В. (1984), Неупокоев Н.Н (1996), Морохоев В.И. (2009).

Затруднение при диагностике, массовое, нередко бесконтрольное и неадекватное назначение и применение антибиотиков, неудачное консервативное лечение одонтогенного синусита создает условия для эволюции микроорганизмов, приобретения патогенности микроорганизмами, представляющими сапрофитную флору, повышения вирулентности условно патогенных бактерий.

В последнее время в литературе появились сообщения о возможности развития хронического гайморита на фоне грибкового поражения пазухи, вызванного представителями рода *Aspergillus*. Эти сообщения носят единичный характер, поэтому проведенный нами обзор литературы показал целесообразность дальнейшего изучения клинического многообразия и трудностей дифференциальной диагностики при лечении пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами с преобладанием грибковой флоры. Наш опыт показывает, что достаточно часто недооценивается или остается не выявленной одонтогенная причина верхнечелюстного синусита с преобладанием грибковой флоры, в результате чего проводится неэффективная, стандартная терапия.

Целью данной работы является выработка единых принципов в диагностике, тактике лечебного процесса и реабилитационного периода больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами с преобладанием грибковой флоры.

Задачи. Изучить наиболее распространенные ошибки в диагностике и тактике лечения больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами с преобладанием грибковой флоры.

Выявить сложности диагностики одонтогенных верхнечелюстных синуситов с преобладанием грибковой флоры на различных стадиях клинического течения.

Выработать алгоритм объема оперативного вмешательства при выявлении одонтогенного верхнечелюстного синусита с преобладанием грибковой флоры.

Материалы и методы. Мы провели наблюдение 60 больных с одонтогенными синуситами, находившихся на лечении в стоматологическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» за период 2013-2014 года, которые были обследованы клиничко-лабораторными и рентгенологическими методами (включая панорамную рентгенографию и конусную томографию для установления одонтогенной причины). На момент обращения в клинику 70 % больных жаловались на одностороннюю заложенность носа, боли в причинном зубе, отечность и гиперемия десны, выделения из носового хода. Всем пациентам проводилось комплексное лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита, согласно стандартов качества МОЗ Украины в стоматологическом стационаре. Мы проводили радикальную операцию – цистогайморотомию (40) и цистоназогайморотомии (20) (в зависимости от клинической картины) с остеореконструкцией дефектов и пластическим закрытием местными тканями. У 60 больных производился забор биоматериала с целью определения состава микрофлоры, а также гистологическое исследование. У пяти пациентов интраоперационно, опираясь

на клиническую картину предположен факт наличия тотального грибкового поражения верхнечелюстного синуса.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты анализа статистических данных показали, что за указанный период времени в стоматологическом отделении КУОЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» находилось 60 больных, из них 5 больных с одонтогенным синуситом с превалированием грибковой флоры. У 5 пациентов (из 60) выделили и идентифицировали грибковые поражения верхнечелюстных пазух, в том числе в 3 наблюдениях обнаружили грибки типа *Aspergillus niger*, в 1 - *Actinomyces israelii*, в 1 - *Candida albicans*. Названные грибки ассоциировались с другими микроорганизмами – *Staphylococcus haemolyticus*, *Propionibacterium*, *Peptococcus*, *Staphylococcus hominis*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Eubacterium lentum*, *Veillonella parvula*, *Klebsiella oxytoca* и *Streptococcus*. Полагаясь на наш клинический опыт уже на интраоперационной стадии в синус были уложены антибактериальные и препараты с фунгицидной активностью. К стандартной комплексной терапии данным пациентам было назначено также противогрибковые препараты. Основные трудности в дифференциальной диагностике верхнечелюстных синуситов были связаны с необходимостью только детального обследования пациента. Отметим, что в период дооперационного обследования у 3 пациентов обнаружили на рентгенограммах и компьютерных томограммах (КТ) инородные тела в области верхнечелюстных синусов. Результаты оперативного вмешательства и патолого-гистологического исследования послеоперационного материала показали, что выявленные так называемые «инородные тела» оказались *Aspergillus niger*, которые имитировали наличие пломбирочного материала.

В качестве клинического примера приводим выписку из истории болезни. Больная М. 1982 г.р. обратилась за медицинской помощью в стоматологический стационар с жалобами на боли в зубе на верхней челюсти, который беспокоит на протяжении 4 лет, одностороннюю заложенность и выделения из носа. Пациентка обследована клинически и лабораторно. На КТ установлено наличие радикулярной кисты от 26, тотальное завуалирование верхнечелюстного синуса и рентгенконтрастное инородное тело. Произведена операция : «Цистогайморотомия с удалением 26, остеореконструкцией дефекта с пластическим закрытием дефекта местными тканями». Интраоперационно при ревизии синуса обнаружена полипозно- измененная слизистая оболочка с бесформенной массой коричнево- темного цвета, мягкой консистенции, легко удаляемой кюретажной ложкой из синуса .При гистологическом изучении биоматериала было установлено наличие *Aspergillus niger*. Отдаленные результаты лечения показали удовлетворительный эффект нашей терапии .

Таким образом, детальное обследование, установление этиологического фактора заболевания, комплексная медикаментозная терапия и радикальное оперативное вмешательство у пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами с преобладанием грибковой флоры, обеспечивает достижение положительного исхода в ближайшем, так и в отдаленном периоде.

<b>Безруков С.Г., Романенко И.Г., Марченко Н.В., Кириченко В.Н.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНАЦИИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ .....	36
<b>Беленова И.А., Олейник О.И., Сущенко А.В.</b> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ В РАМКАХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОЛОСТИ РТА .....	40
<b>Борисова Э.Г., Азарова О.А., Кунин В.А.</b> ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ. ПРОФИЛАКТИКА ...	44
<b>Булычева Е.А., Рукавишников В.В.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРИБОРА T-SCAN ДЛЯ АНАЛИЗА ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА .....	45
<b>Васильченко Г.А., Иорданишвили А.К., Пономарев А.А.</b> К ВОПРОСУ О ДИСТОПИИ И РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ МУДРОСТИ.....	48
<b>Вечеркина Ж.В., Чиркова Н.В., Попова Т.А.</b> ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НАНОРАЗМЕРНЫХ ЧАСТИЦ КРЕМНИЯ НА КАЧЕСТВО ФИКСАЦИИ СТЕКЛОИНОМЕРНЫМ ФИКСИРУЮЩИМ МАТЕРИАЛОМ.....	50
<b>Власова А.О., Иорданишвили А.К., Веретенко Е.А., Либих Д.А.</b> ПОНЯТИЕ АДАПТАЦИИ В АСПЕКТЕ СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ .....	54
<b>Волобуева Е.В., Алиханян С.С., Бавыкина Т.Ю., Бессмертных Т.В., Матяш Е.А., Яковенко Д.М.</b> К ВОПРОСУ О НАРКОТИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ .....	55
<b>Волошан А.А., Демяник Д.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ ПРИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ.....	59
<b>Воробьева Ю.Б., Панина О.А.</b> ПРОБЛЕМЫ ПРИ РАБОТЕ С СОВРЕМЕННЫМИ АДГЕЗИВНЫМИ СИСТЕМАМИ (ПРИЧИНЫ И СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ).....	62
<b>Вырмаскин С.И., Трунин Д.А., Устина М.В.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРБИЕВОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА И СКАЛЬПЕЛЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫХ ДИАБЕТОМ.....	66
<b>Галевская К.Ю., Фадеев Р.А.</b> ФОРМЫ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ И НЕЙТРАЛЬНЫМ ТИПОМ РОСТА ЛИЦА.....	69