

3 наблюдения (4,2%) пришлось на такие заболевания, как радикулярная киста верхней челюсти, проросшая в верхнечелюстную пазуху; хронический одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи, радикулярная киста верхней челюсти, проросшая в верхнечелюстную пазуху; киста верхнечелюстной пазухи.

На основании установленных диагнозов, заболевания верхнечелюстной пазухи одонтогенной этиологии выявлены в 70 наблюдениях (97,2%), а неодонтогенной – у 2 пациентов (2,8%).

Локализация патологического процесса в боковом отделе верхней челюсти справа установлена в 31 наблюдении (43,0%), слева – в 38 (52,8%), одновременно в боковых отделах справа и слева – у 2 обратившихся (2,8%). В 1 исследовании (1,4%) локализация патологического процесса была в боковом и фронтальном отделах.

В соответствии с установленными диагнозами пациентам проводилось комплексное лечение. По показаниям радикальная операция на верхнечелюстной пазухе проведена 26 госпитализированным (36,1%), в сочетании с пластическим устранением свищевого хода – 21 (29,2%), в сочетании с цистэктомией на верхней челюсти – у 8 (11,1%), а сочетание всех трех перечисленных хирургических манипуляций – у 1 обратившегося (1,4%). Только пластическое устранение свищевого хода было реализовано у 6 пациентов (8,3%), цистэктомия на верхней челюсти – у 1 человека (1,4%), а сочетание данных оперативных вмешательств выполнено в 1 наблюдении (1,4%). Удаление кисты верхнечелюстной пазухи было проведено в 2 исследованиях (2,8%). 6 пациентам (8,3%) проведено симптоматическое лечение.

Во 2 группе исследования установлен 21 диагноз. Наиболее часто пациенты обращались по поводу следующих заболеваний: 1) радикулярная киста верхней челюсти – 55 наблюдений (41,0%); 2) радикулярная киста нижней челюсти – 27 (20,1%); 3) радикулярная киста верхней челюсти, проросшая в верхнечелюстную пазуху – 20 человек (14,9%). На остаточную кисту верхней челюсти и радикулярную кисту нижней челюсти, неврит III ветви тройничного нерва пришлось по 4 наблюдения (3%).

В 89 наблюдениях патологический процесс определялся на верхней челюсти, а в 46 – на нижней (65,9% и 34,1% соответственно). Во фронтальном отделе локализация корневой кисты выявлена у 57 человек (42,2%), а в боковых – у 64 (47,4%), при этом в боковом отделе справа в 29 наблюдениях (21,5%), а слева – в 35 (25,9%). Одновременно во фронтальном и боковом отделах патологический процесс был установлен у 14 пациентов (10,4%).

В соответствии с диагнозом пациентам было проведено комплексное лечение. По показаниям операцию цистэктомии выполнили в 85 наблюдениях (63%), в сочетании с радикальной операцией на верхнечелюстной пазухе – в 11 (8,1%), а в сочетании с пла-

стическим устранением дефекта альвеолярного отростка челюстей – у 5 обратившихся (3,7%). Сочетание трех вышеперечисленных манипуляций реализовано у 3 пациентов (2,2%). Удаление образования челюсти было выполнено в 4 исследованиях (3%), эксцизионная биопсия – в 3 (2,2%). Трепанобиопсия была проведена в 2 наблюдениях (1,5%), а на такие оперативные вмешательства, как апикулярная остеотомия, иссечение свищевого хода и компактоостеотомия, пришлось по 1 наблюдению (0,7%).

Средняя длительность стационарного лечения пациентов 1 группы составила 10,9 дня, а пациентов 2 группы – 8,4 дня. У пациентов 1 группы на момент выписки из стационара полное выздоровление было констатировано в 39 наблюдениях (54,2%), 33 человека (45,8%) направлены для последующего лечения в поликлиники по месту жительства. Во 2 группе дальнейшее амбулаторное лечение не требовалось в 79 исследованиях (58,5%), а 56 человек (41,5%) продолжали болеть и нуждались в комплексной реабилитации.

Заключение. Одонтогенные синуситы верхнечелюстных пазух и радикулярные кисты верхней и нижней челюстей являются распространенными заболеваниями. Хронические верхнечелюстные синуситы наиболее часто возникают по причине выведения пломбирочного материала в просвет верхнечелюстного синуса при эндодонтическом лечении (22,2%), а группой риска являются женщины трудоспособного возраста. Радикулярные кисты верхней челюсти встречаются в 1,9 раз чаще, чем радикулярные кисты нижней челюсти. Группой риска в равной степени являются мужчины и женщины трудоспособного возраста.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ НАЛЕТ ПРИСТЛИ У ДЕТЕЙ. ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

А.В.Порошина, К.А.Маркова

Научный руководитель - к.м.н., асс. Т.А.Русанова

Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко

Кафедра детской стоматологии с ортодонтией

Актуальность. В настоящее время здоровье полости рта у ребенка вызывает озабоченность большинства родителей. С появлением первых зубов необходимо начинать гигиенический уход за полостью рта ребенка. Довольно часто у детей в возрасте от года на зубах появляется налет. Он может быть желтым (плохая гигиена), серым (гипоплазия эмали), зеленым (повреждение зубной пелликулы), коричневым (избыток железа в слюне) и черным. Больше всего родителей пугает черный налет на зубах. Его еще называют неспецифическим бактериальным налетом Пристли. Особые бактерии выделяют в процессе своей жизнедеятельности темный пигмент, покрывающий зубы.