

Комплексный метод хирургического лечения с применением инновационных фитопрепаратов у пациентов с хроническими одонтогенными верхнечелюстными синуситами, вызванными ошибками в эндодонтическом лечении

Ю.И. ЧЕРГЕШТОВ, д.м.н., проф.

Б.М. МАНУЙЛОВ, д.б.н., проф.

В.В. РОМАЩЕНКО, асп.

В.В. ЛУЗИНА, к.м.н., доц.

Е.А. АФАНАСЬЕВА, к.м.н., асс.

А.Ю. ДРОБЫШЕВ, д.м.н., проф., зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Complex method of surgical treatment, including herbal medicines in patients with chronic odontogenic maxillary sinusitis caused by errors in the endodontic treatment

Yu.I. CHERGESHTOV, B.M. MANUYLOV, V.V. ROMASHCHENKO, V.V. LUZINA, E.A. AFANAS'eva, A.Yu. DROBYSHEV

Резюме: Этиология и патогенез одонтогенного верхнечелюстного синусита достаточно хорошо изучены, источником инфицирования синуса являются периапикальные очаги воспаления и околокорневые кисты. В ряде случаев причиной заболевания становятся инородные тела, выведенные в верхнечелюстной синус при ошибках эндодонтического лечения зубов верхней челюсти [1, 2]. Имеющиеся на сегодняшний день данные литературы свидетельствуют о токсическом воздействии пломбировочного материала на слизистую оболочку верхнечелюстного синуса, что вызывает дегенеративные изменения слизистой, которые продолжаются как самостоятельный процесс, с выраженными клиническими проявлениями иммунодепрессии и воспаления [4]. Предложенный нами метод пластики трепанационного отверстия при радикальной синусотомии позволяет восстановить архитектуру синуса и воздействовать на этапы заживления непосредственно в области вмешательства от момента операции до трех месяцев, на весь срок резорбции фитопластины «ЦМ», а также эффективно бороться с обтурирующим полости синуса мицелием гриба разной степени выраженности.

Ключевые слова: верхнечелюстной синусит, радикальная синусотомия, фитотерапия, новые технологии, рациональный метод синусотомии.

Abstract: Etiology and pathogenesis of odontogenic maxillary sinusitis is well understood, the source of infection is sinus periapical foci of inflammation and radicular cysts. In some cases, the cause of the disease are foreign bodies in the maxillary sinus derived for errors endodontic treatment of the upper jaw [1, 2]. The currently available literature data indicate the toxic effects of the filling material on the mucosa of the maxillary sinus, causing degenerative changes in the mucosa, which continue as an independent process, with obvious clinical signs of immunosuppression and inflammation [4]. Our method plastic burr hole in radical sinusotomy restores architecture of the sinus and affect the stages of healing itself in the interference from the operation of up to three months for the whole period of the herbal plate "CM" resorption, as well as to deal effectively with occlusive sinus cavity fungus mycelium varying degrees severity.

Key words: maxillary sinus, radical sinusotomy, herbal medicine, new technologies, best practices sinusotomy.

Актуальность проблемы

Патологии, при которых производится верхнечелюстная синусотомия, имеют воспалительный, травматический и ятрогенный характер: одонтогенный верхнечелюстной синусит с кистой, проникающей в полость верхнечелюстного синуса или ороантральным сообщением, инородные тела, зачастую – пломбировочный материал [14]. Непосредственную роль в развитии одонтогенного верхнечелюстного синусита нередко играют дифференциально-диагностические ошибки и неправильная тактика хирурга-стоматолога при перфорациях дна синуса, которая сопровождается различными местными и общими осложнениями [12, 13].

Ежегодно численность больных хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом увеличивается на 1-2% и имеет устойчивую тенденцию к росту. [3].

Применение антибактериальных препаратов изменяет соотношение между отдельными штаммами микроорганизмов, приводит к снижению иммунно-биологической реактивности организма в целом и неспецифического иммунитета полости рта. Это, в свою очередь, способствует ослаблению реакции организма на внедрение инфекционного агента и интенсивному росту и размножению микроорганизмов, в том числе потенциально патогенных, а также ведет к прогрессированию патологического процесса и развитию дегенеративных изменений в тканях. Наряду с

этим, нерациональное применение антибактериальных препаратов, особенно последнего поколения, приводит к многочисленным осложнениям [15].

При проведении синусотомии нередко микробиологический анализ не производится, ввиду длительности и дороговизны процедуры определения патогенных колоний и их чувствительности к антибактериальным препаратам. При этом наличие инородных тел в синусе, по данным литературы, способствует образованию вокруг пломбировочного материала, находящегося в полости верхнечелюстного синуса, грибковой флоры, которая является питательной средой для ее роста. В связи с этим назначаемая антибактериальная терапия, как правило, становится не эффективной [7, 8].

Применение фитопрепаратов существенно изменяет течение воспалительного и репаративного процессов. При этом инновационные фитопрепараты (пластины «ЦМ» и Тонзинал) при правильном применении обладают несколькими механизмами лечебного действия (противомикробное, противовоспалительное, регенерирующее, восстанавливающее ферментативную активность в ротовой полости, микроциркуляцию в тканях, обезболивающее и др.), являются гипоаллергенными и, как правило, не имеют отрицательных побочных эффектов. Все эти положительные терапевтические качества фитопрепаратов позволяют отказаться от применения сильнодействующих синтетических противомикробных средств и добиться положительного терапевтического эффекта без осложнений. Терапевтическую основу этих препаратов составляют водорастворимые экстракты лекарственных растений. Экстракты получены по оригинальной технологии, позволяющей получать до 95% лечебных веществ растений. При этом выделяются целенаправленно определенные водорастворимые фракции, очищенные от балластных веществ, с сохранением их высокой природной активности. Лечебные водорастворимые компоненты лекарственных растений активно включаются в обменные процессы на клеточном и тканевом уровнях. Ранее показано, что применяемые нами фитопрепараты пластины «ЦМ» оказывают выраженный лечебный эффект, положительно влияют на иммунологические и репаративные показатели, способствуют восстановлению нормального местного микробиоценоза [5, 6].

Существующие в настоящее время методы комплексного лечения [9-11] не позволяют решить многие существующие на сегодняшний момент задачи и не гарантируют отсутствие возникновения рецидивов заболевания, а период реабилитации протекает с выраженной отечностью и болевой симптоматикой.

Таким образом, краткий анализ данных показывает, что в лечении и реабилитации данной категории больных остается ряд нерешенных вопросов. Учитывая высокую травматичность вмешательств и количество осложнений описанных выше методов лечения, связанных с негативным воздействием колоний микроорганизмов, для воздействия на которые зачастую применяют антибактериальные препараты широкого спектра действия, нами была усовершенствована классическая методика радикальной синусотомии путем применения инновационной фитопластины, не имеющей по своим комплексным терапевтическим свойствам аналогов в мире.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности хирургического лечения у больных с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом при проведении радикальной синусотомии и профилактика возможных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На кафедре челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова с 2012-го по 2015 год наблюдались 135 пациентов с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом. Все пациенты предъявляли жалобы на длительно существующее боли и тяжесть в области пораженного синуса, периодически возникающие выделения из носа. При проведении ортопантомографии и мультиспиральной томографии у 40 пациентов были выявлены инородные тела в верхнечелюстном синусе (29,6% случаев).

В 37 случаях (92,5% пациентов с инородными телами в синусе) причиной возникновения воспаления в синусе послужило чрезмерное выведение пломбировочного материала в синус, и лишь у трех пациентов (7,5% случаев с инородными телами в синусе) данное состояние было вызвано попаданием слепочного материала в синус при ортопедическом лечении.

Пациенты разделены на две группы.

1-я группа – 15 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет, у которых диагностирован хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Больным данной группы проводилась радикальная синусотомия, по классической методике, со стандартной антибактериальной и противовоспалительной терапией и наружная давящая повязка на 2-е суток, йодоформный тампон из синуса удалялся на 5-7-е сутки.

2-й группе пациентов – 25 пациентам в возрасте от 25 до 55 лет с теми же жалобами и диагнозом – проводилась радикальная синусотомия с пластикой трепанационного дефекта передней стенки синуса по разработанной нами методике с применением фитопрепаратов. Данной группе больных осуществлялось промывание полости синуса препаратом «Тонзинал» в объеме до 30 мл, пластика дефекта передней стенки синуса пластиной «ЦМ», адаптированной по форме для перекрытия дефекта на 0,5 см, которая перекрывалась слизисто-надкостничным лоскутом, мобилизованным с преддверия полости рта. Лоскут укладывался и фиксировался узловыми швами. Пациентам данной группы назначались десенсибилизирующие препараты. Прием антибиотиков и других антимикробных средств, а также нестероидных противовоспалительных препаратов не назначался, в связи с отсутствием болевой симптоматики у данной группы пациентов. Давящая наружная повязка накладывалась также на 2-е суток.

Инновационные фитопрепараты пластины «ЦМ» и «Тонзинал», применяемые в нашей работе, являются сертифицированными лечебно-профилактическими медицинскими изделиями и средством гигиены полости рта.

Пластины «ЦМ» состоят из:

1) Лиофилизированных водорастворимых экстрактов лекарственных растений: зверобоя, тысячелистника, шалфея.

2) Витамина С (природного).

3) Желатина (специально переработанного).

4) Минеральных веществ.

«Тонзинал» состоит из:

1) Лиофилизированных водорастворимых экстрактов лекарственных растений: календулы, зверобоя, тысячелистника, шиповника и солодки.

2) Морской соли.

3) Витамина С (природного).

4) Поливинилпирролидона.

5) Масла эвкалипта.

Всем пациентам проведено клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование:

1) Рентгенологическое обследование:

- ортопантомография;
- рентгенография придаточных пазух носа;
- мультиспиральная компьютерная томография, при выявлении инородных тел.

2) Лабораторное исследование:

- микробиологическое исследование синуса с последующей оценкой чувствительности к антибактериальным и противогрибковым препаратам.

Оценка микрофлоры производилась на питательных средах, путем сравнения влияния стандартной антибактериальной терапии и фитотерапии на полученные колонии, выделение и идентификация выделенных культур производилась согласно общепринятым бактериологическим методам. Забор производился непосредственно во время операции путем взятия материала при помощи стандартной транспортной среды из полости синуса. Посевы и анализ материала производился через 1-2 часа после операции в МНИИЭИМ им. Г.Н. Габричевского.

Из каждой выросшей культуры готовили взвесь микроорганизмов, добавляя 0,9-процентный стерильный физиологический раствор натрия хлорида. Полученную взвесь сравнивали со стандартом мутности №1 по МакФарланду и в случае необходимости разводили до нужной концентрации.

Степень чувствительности микроорганизма к действующим веществам расценивали по величине зоны задержки роста микроорганизмов следующим образом: более 14 мм оценивали как «высокочувствительные», диаметр, равный 10-13 мм, – как «удовлетворительную» и диаметр менее 9 мм – «низкую». Величину диаметров зон задержки роста исследуемых культур микроорганизмов оценивали по отсутствию роста в зонах «просветления» по методике, описанной ранее.

Для оценки интенсивности болевой симптоматики была использована Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E. C., 1974), модифицированная цветовым спектром, интенсивность боли определяется различными оттенками цветов, разделенной на 10 сегментов, которые соответствуют степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая, интенсивно окрашенная, – «худшая боль, какую можно себе представить».

Приводим следующие клинические наблюдения.

Клиническое наблюдение 1

Пациентка С., 36 лет. При поступлении в клинику предъявляла жалобы на чувство заложенности правой половины носа. Из анамнеза выяснено, что четыре года назад по поводу хронического пульпита проводилось эндодонтическое лечение 1.5, 1.6 зубов. При клинико-рентгенологическом обследовании обнаружен выведенный в просвет правого верхнечелюстного синуса пломбировочный материал. На ортопантомограмме отчетливо видны снижение пневматизации правого верхнечелюстного синуса и инородные тела, выведенные в периапикальные ткани, в том числе и в полость верхнечелюстной пазухи (рис. 1).

На основании данных клинического и рентгенологического обследования установлен диагноз «хронический одонтогенный правосторонний верхнечелюстной синусит, инородное тело правого верхнечелюстного синуса». Больная была оперирована, пациентке проведена радикальная синусотомия по общепринятой методике, в ходе синусотомии удалено инородное тело, произведена резекция верхушки 1.5 зуба, удален зуб 1.6. Наложено соустье с нижним носовым ходом, через которое в синус введен йодоформный тампон.

В качестве медикаментозной терапии назначались:

- «Амоксиклав» 625 мг 1 таблетка 3 раза в день на протяжении 7 дней.
- «Кетарол» 3% 1 мл 2 раза в день на протяжении 8 суток после операции.
- «Эриус» 500 мг 1 таблетка 1 раз в день, 7 дней.
- «Метрагил дента мазь» по линии швов 3 раза в день 5 дней.

Данная пациентка была выписана на восьмые сутки после операции ввиду наличия послеоперационного

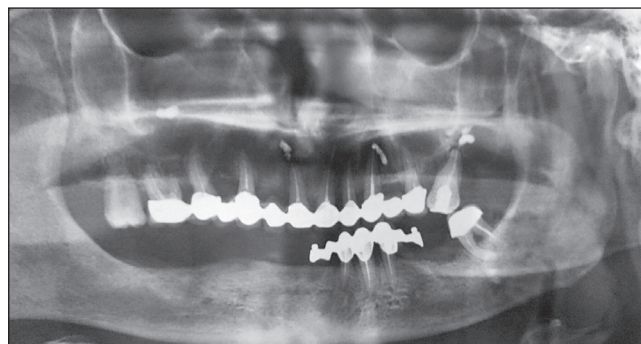


Рис. 1. Инородное тело овальной формы в просвете правой верхнечелюстной пазухи



Рис. 2, 3. Вид пациентки на 3 сутки после операции: внешне определяется отек и гематома подглазничной области. В полости рта отек и гиперемия слизистой по линии швов



Рис. 4. Внешний вид пациентки на 5 сутки после операции, удален йодоформный тампон, сохраняется отек и гематомы правой щеки и подглазничной областей

отека и гематом в правой щечной и подглазничной областях, а также наличия болевой симптоматики в послеоперационной области, затрудняющей гигиену и ухудшающей процессы регенерации в полости рта. Швы были сняты на 14 сутки после операции.

Клиническое наблюдение 2

Пациентка В., 35 лет. При поступлении в клинику предъявляла жалобы на чувство тяжести в правой подглазничной области. Из анамнеза выяснено, что семь лет назад по поводу хронического пульпита проводилось эндодонтическое лечение 1.6 зуба. При клинко-рентгенологическом обследовании обнаружен выведенный в просвет правого верхнечелюстного синуса пломбировочный материал. На ортопантомограмме отчетливо видны инородное тело в полости верхнечелюстной пазухи и тотальное снижение ее пневматизации (рис. 5).

На основании данных клинического и рентгенологического обследования установлен диагноз «хронический одонтогенный правосторонний верхнечелюстной синусит. Инородное тело в правом верхнечелюстном синусе».

Больная была оперирована. Пациентке проведена радикальная синусотомия с применением фитопрепаратов, в ходе синусотомии удалено инородное тело, произведена резекция верхушек 1.6 зуба. Синус промыт 10% раствором фитопрепарата «Тонзилал». Наложено соустье с нижним носовым ходом, через которое в синус введен йодоформный тампон.

Пластика трепанационного дефекта произведена фитопластиной «ЦМ» (рис. 6-9).

В послеоперационном периоде были назначены только «Эриус» 500 мг 1 таблетка 1 раз в день, на протяжении 3 дней, и «Тонзилал» в качестве ротовых ванночек, после приема пищи. Антибактериальные препараты не применялись.

Данная пациентка была выписана на пятые сутки после операции ввиду отсутствия болевой симптоматики и купирования воспалительных явлений в послеоперационной области. Швы сняты на седьмые сутки после операции.

Клиническое наблюдение 3

Пациент М. с отягощенным анамнезом – гепатитом-С и ВИЧ-инфекцией, 36 лет. При поступлении в клинику предъявлял жалобы на чувство тяжести в левой подглазничной области. Из анамнеза выяснено, со слов пациента, в октябре 2012 года было произведено удаление зуба 2.6, через месяц появилось гнойное отделяемое из полости носа. Были произведены три лечебно-диагностические пункции, последняя – в начале апреля 2013 года, однако улучшение не наступило, после чего пациент отметил образование ороантрального сообщения, четыре раза проводились попытки его устранения, но наступал рецидив заболевания.

При комплексном обследовании обнаружен выведенный в просвет левого верхнечелюстного синуса слепочный материал. На компьютерной термограмме определяется инородное тело в полости верхнечелюстной пазухи и снижении ее пневматизации (рис. 10). Также на догоспитальном этапе при лабораторных методах исследования были выявлены сопутствующие заболевания – гепатит-С и ВИЧ-инфекция.

Учитывая давность заболевания, безуспешность ранее проведенных вмешательств и сопутствующую патологию, было принято решение о применении фитопрепаратов в комплексе с радикальной синусотомией на левом верхнечелюстном синусе, что дало положительный результат (рис. 11).



Рис. 5. Инородное тело округлой формы в просвете правой верхнечелюстной пазухи. Тотальное нарушение пневматизации правого верхнечелюстного синуса



Рис. 6, 7. Вид пациентки до и на 1 сутки после операции: внешне определяется отек подглазничной области



Рис. 8, 9. Вид пациентки на 4 сутки после операции: внешне не определяется отек в послеоперационной области. Удален тампон из нижнего носового хода

На четвертые сутки пациенту был удален йодоформный тампон, а на пятые сутки пациент был выписан, снятие швов производилось в поликлинике по месту жительства на восьмые сутки после операции. В послеоперационном периоде были назначены только «Эриус» 500 мг 1 таблетка 1 раз в день, на протяжении 3 дней и «Тонзилал» в качестве ротовых ванночек, после приема пищи. Антибактериальные препараты не применялись.

Пациент находится у нас на динамическом наблюдении, и в течение двух лет наблюдений рецидива данного заболевания у пациента не выявлено, жалоб не предъявляет.

В каждом случае, когда есть основание предполагать вероятность проникновения пломбировочного материала в верхнечелюстную пазуху, эндодонтическое лечение должно заканчиваться проведением рентгенографического исследования. В случаях, когда причиной возникновения синусита стали инородные тела (пломбировочный материал) в синусе, в основной массе высеиваются грибы рода *Candida* от 10^3 /мл до 10^5 /мл.

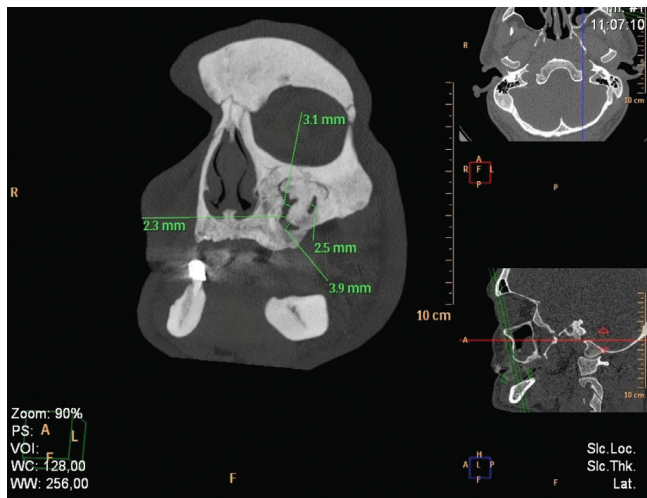


Рис. 10. На МСКТ отчетливо определяется инородное тело в левом верхнечелюстном синусе и деструкция передней стенки синуса

Микробиологические исследования

Все проведенные нами посевы были высокочувствительны к большинству противогрибковых препаратов, так же, как и к воздействию пластины «ЦМ» (табл.). Антибактериальные препараты не эффективны против данных колоний.

В проведенном нами анализе чувствительности микроорганизмов выявлена высокая эффективность пластины «ЦМ» и раствора «Тонзилал» в отношении патогенных колоний у пациентов с одонтогенными верхнечелюстными синуситами. Данные препараты обладают способностью нормализовать местную микрофлору и весьма эффективны против грибковых колоний микроорганизмов в течение всего времени воздействия (три месяца). Это позволило в послеоперационном периоде не назначать антибактериальные препараты. Осложнений у исследуемой группы пациентов выявлено не было.

Послеоперационный период у пациентов 2-й группы протекал без осложнений, предъявляемые жалобы были менее значительны, и на 3-и сутки послеоперационный отек отсутствовал, в сравнении с 1-й группой пациентов, где болевая симптоматика присутствовала до 5-7 суток наблюдения, а послеоперационный отек сохранялся до 7-10 суток.

Таким образом, предложенный нами метод комплексного лечения с применением инновационных фитопрепаратов позволяет воздействовать непосредственно на микрофлору и окружающие ткани в области оперативного вмешательства, оказывая противовоспалительный, антисептический, противогрибковый и гемостатический эффекты, а также восстановить архитектуру синуса благодаря барьерной функции мембраны. Все это позволяет снизить риск осложнений, повысить эффективность хирургического лечения и сократить сроки нетрудоспособности данной категории больных.

Поступила 17.03.2015

Координаты для связи с авторами:
143900, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9

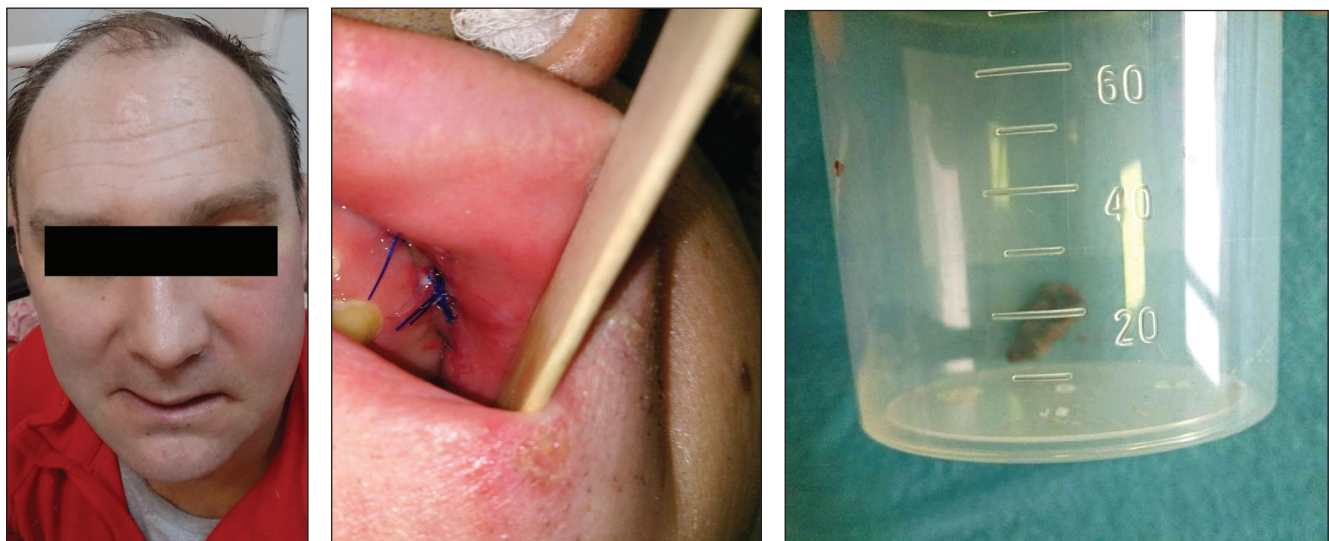


Рис. 11. Внешний вид пациента на 3 сутки после операции, послеоперационный отек не определяется, незначительная гиперемия по линии швов

Таблица

Грибы: Род <i>Candida</i> spp.	10^5 /мл	Нистатин	Амфотери- цин В	Клотримазол	Флюконазол	Кетоконазол	Итраконазол	Фито пластина «ЦМ»
		#	#	#	#	+++	#	#

+++ чувствителен; # высоко чувствителен

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агафонов А. А. Сравнительная оценка классической и эндоскопической синусотомии с исследованием транспортной функции мерцательного эпителия и аэрации пазухи // Стоматология. 2004. №4. С. 46-49.
Agafonov A. A. Sravnitel'naja ocenka klassicheskoy i jendoskopicheskoy sinusotomii s issledovaniem transportnoj funkicii mercatel'nogo epiteliya i aeracii pazuhi // Stomatologija. 2004. №4. S. 46-49.
2. Мануйлов Е. Н., Чергештов Ю. И. Орбитальные осложнения одонтогенного гайморита // Вестник оториноларингологии. 1998. №5. С. 15-17.
Manujlov E. N., Chergeshtov Ju. I. Orbital'nye oslozhneniya odontogennogo gajmorita // Vestnik otorinolaringologii. 1998. №5. S. 15-17.
3. Козлов В. С., Шиленкова В. В., Шиленков А. А. Синуситы: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. 2003. Т. 5. №3. С. 212-218.
Kozlov V. S., Shilenkova V. V., Shilenkov A. A. Sinusity: sovremennij vzgljad na problemu // Consilium Medicum. 2003. T. 5. №3. S. 212-218.
4. Козлов В. А., Шульман Ф. И. Хронический верхнечелюстной синусит как осложнение эндодонтического лечения (клинико-морфологические параллели) // Институт Стоматологии. 2003. №4 (21) [Электр. ресурс]. – www.spb-mfs.narod.ru/library/010.html.
Kozlov V. A., Shul'man F. I. Hronicheskij verhneceljustnoj sinusit kak oslozhnenie endodonticheskogo lechenija (kliniko-morfologicheskie paralleli) // Institut Stomatologii. 2003. №4 (21) [Elektr. resurs]. – www.spb-mfs.narod.ru/library/010.html.
5. Михайлова А. Б., Вавилова Т. П., Горбатова Е. А., Мануйлов Б. М. Результаты применения препаратов растительного происхождения при лечении заболеваний пародонта / Сборник XV Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2008. – С. 229.
Mihajlova A. B., Vavilova T. P., Gorbatova E. A., Manujlov B. M. Rezul'taty rimeniija preparatov rastitel'nogo proishozhdenija pri lechenii abolevanij parodonta / Sbornik XV Rossijskogo nacional'nogo kongressa «Chelovek i lekarstvo». – M., 2008. – S. 229.
6. Михайлова А. Б., Горбатова Е. А., Мануйлов Б. М. Применение препарата «ЦМ-1» при лечении хронического гингивита / Сборник материалов XVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2009. – С. 182.
Mihajlova A. B., Gorbatova E. A., Manujlov B. M. Primeniение preparata «CM-1» pri lechenii hronicheskogo gingivita / Sbornik materialov XVI Rossijskogo nacional'nogo kongressa «Chelovek i lekarstvo». – M., 2009. – S. 182.
7. Пискунов С. З., Тарасов И. В., Должикова Н. В. и др. Рекомендации по выполнению эндоскопии верхнечелюстной пазухи через лицевую стенку // Российск. ринология. 1996. №2-3. С. 96-97.
Piskunov S. Z., Tarasov I. V., Dolzhikova N. V. i dr. Rekomendacii po vypolneniju endoskopii verhneceljustnoj pazuhi cherez licevuju stenu // Rossijsk. rinologija. 1996. №2-3. S. 96-97.
8. Локтионов В. В., Сирак С. В., Григорьянц Л. А., Арутюнян К. Э., Зекерьяев Р. С. Показания и эффективность использования различных хирургических вмешательств при лечении больных с одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус // Стоматология. 2007. №3. С. 42-45.
Loktionov V. V., Sirak S. V., Grigor'janc L. A., Arutjunjan K. E., Zeker'jaev R. S. Pokazaniya i effektivnost' ispol'zovaniya razlichnyh hirurgicheskikh vmeshatel'stv pri lechenii bol'nyh s odontogennym gajmoritom, vyzvannym vyvedeniem plombirovochnogo materiala v verhneceljustnoj sinus // Stomatologija. 2007. №3. S. 42-45.
9. Нестеренко Т. Г., Хрусталева Е. В. Применение коллагеновой пластины «Тахокомб» при лечении одонтогенных синуситов / Актуальные проблемы оториноларингологии: мат. научно-практ. конф. – Барнаул, 2007. – С. 108-113.
Nesterenko T. G., Hrustaleva E. V. Primenenie kollagenovoj plastiny «Tahokomb» pri lechenii odontogennyh sinusitov / Aktual'nye problemy otorinolaringologii: mat. nauchno-prakt. konf. – Barnaul, 2007. – S. 108-113.

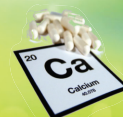
10. Погосян Ю. М., Бурназян С. С., Погосян А. Ю., Хачатрян Г. Э. Клиническое обоснование применения мембраны из пчелиного воска при комплексном лечении хронических гайморитов // Вестник хирургии Армении им. Г.С. Тамразяна. 2011. №1. С. 77-83.
Pogosjan Ju. M., Burnazjan S. S., Pogosjan A. Ju., Hachatrjan G. E. Klinicheskoe obosnovanie primeniения membrany iz pchelinoogo voska pri kompleksnom lechenii hronicheskikh gajmoritov // Vestnik hirurgii Armenii im. G.S. Tamrazjana. 2011. №1. S. 77-83.
11. Хрусталева Е. В., Нестеренко Т. Г., Гербер В. Х., Голубицкий Ю. В., Чанцева Т. И. Способ лечения одонтогенных и одонториногенных форм хронического синусита // Российская ринология. 2008. №2. С. 27-28.
Hrustaleva E. V., Nesterenko T. G., Gerber V. X., Golubickih Ju. V., Chanceva T. I. Sposob lechenija odontogennyh i odontorinogennyh form hronicheskogo sinusita // Rossijskaja rinologija. 2008. №2. S. 27-28.
12. Сирак С. В., Слетов А. А., Локтионова М. В., Локтионов В. В., Соколова Е. В. Диагностика, лечение и профилактика верхнечелюстного синусита, возникающего после эндодонтических вмешательств // Пародонтология. 2008. №3. С. 14-18.
Sirak S. V., Sletov A. A., Loktionova M. V., Loktionov V. V., Sokolova E. V. Diagnostika, lechenie i profilaktika verhneceljustnogo sinusita, vznikajushchego posle endodonticheskikh vmeshatel'stv // Parodontologija. 2008. №3. S. 14-18.
13. Горбачева И. А., Шестакова Л. А., Михайлова О. В., Чудинова Т. Н. Современные особенности одонтогенного сепсиса // Пародонтология. 2009. №2. С. 7-10.
Gorbacheva I. A., Shestakova L. A., Mihajlova O. V., Chudinova T. N. Sovremennye osobennosti odontogennogo sepsisa // Parodontologija. 2009. №2. S. 7-10.
14. Никитин А. А., Сипкин А. М., Жданов Е. В., Ашуров Р. С., Матвеева И. В. Этиологические и патогенетические факторы развития одонтогенных верхнечелюстных грибковых синуситов. Новые подходы к профилактике, диагностике и лечению // Пародонтология. 2009. №2. С. 64-72.
Nikitin A. A., Sipkin A. M., Zhdanov E. V., Ashurov R. S., Matveeva I. V. Etiologicheskie i patogeneticheskie faktory razvitiya odontogennyh verhneceljustnyh gribovyh sinusitov. Novye podhody k profilaktike, diagnostike i lecheniju // Parodontologija. 2009. №2. S. 64-72.
15. Зорян Е. В. Место препарата «Имудон» в фармакотерапии заболеваний челюстно-лицевой области // Детский доктор. 2000. №2. С. 42-45.
Zorjan E. V. Mesto preparata «Imudon» v farmakoterapii zabolevanij cheljjustno-licevoj oblasti // Detskij doctor. 2000. №2. S. 42-45.

Уникальные сберегающие технологии экстракции растений Лечебно-профилактические медицинские изделия



Клинически доказанный высокий лечебно- профилактический эффект

- Болезненность десны
- Пародонтит
- Кариес
- Гингивит
- Пародонтит
- Кровоточивость
- Отечность
- Воспаление
- Повышенная чувствительность



Одобрено
Стоматологической
Ассоциацией
России

Фармацевтическое научно-производственное предприятие «Салута-М»
www.saluta.ru; info@saluta.ru; 8 (495) 797-92-97