

6. Исследования в эндодонтии. Самостоятельный исследовательский проект является важным аспектом программы каждого студента: каждый студент должен спланировать, написать и защитить оригинальную научную работу. Выбор темы исследования и научного руководителя тщательно контролируется сотрудниками.

7. Для сравнения: ААЕ, Американская ассоциация эндодонтистов, была создана в 1943 году. Численность ААЕ – 7500 человек. Появление специальности «эндодонтия» относится к 1963 году.

В эндодонтической секции СтАР (на начало апреля) – 158 человек.

8. Будущее эндодонтии в России связано с внедрением передовых технологий мирового уровня. Реализация этого возможна лишь путем обучения (постдипломного и, по возможности, додипломного) – на современном теоретическом и практическом уровне (на базе продвинуто-оснащенной клиники), с изучением и обзорным анализом специализированной литературы.

Материал подготовила Галина Масис

Одонтогенный гайморит в практике врача-оториноларинголога

*Фрагменты выступления врача-отоларинголога, кандидата медицинских наук, доцента кафедры ЛОР-болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова **Синькова Эдуарда Викторовича** на XX Национальном конгрессе «Человек и лекарство – 2013» 18 апреля 2013 года.*

1. Физиология носа и околоносовых пазух.

1.1. Одна из важнейших функций носа и околоносовых пазух – согревание, увлажнение и очищение вдыхаемого воздуха.

1.2. Слизистая оболочка носа и околоносовых пазух – единый орган.

1.3. Все околоносовые пазухи сообщаются с полостью носа посредством соустьев (сообщений).

1.4. Через соустья в пазуху поступает воздух и происходит эвакуация слизи, вырабатываемой бокаловидными клетками.

1.5. Околоносовые пазухи выстланы дыхательным эпителием (многорядный цилиндрический мерцательный эпителий).

1.6. Бокаловидные клетки и серозно-слизистые железы выделяют секрет, который мерцающим движением ресничек мукоцилиарного аппарата (mucos – слизь, cilia – ресничка) транспортируется из околоносовых пазух.

1.7. Колебания ресничек возможно только при наличии слизи. Слизь содержит ферменты (лизоцим и лактоферин) и секреторные иммуноглобулины.

2. Синусит – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух. Он является следствием нарушения аэрации околоносовых пазух, застоем и инфицированием в нем секрета.

3. В клинике синусита: жалобы на головную боль, затруднение носового дыхания, выделения из носа, расстройство обоняния. При наружном осмотре может быть отечность мягких тканей лица, в проекции пазух, болезненность при пальпации передних стенок пазух.

4. Принципы терапии острых синуситов:

– Разгрузочная терапия – сосудосуживающие средства.

– Пункционное лечение.

– Метод постоянного дренажа.

– Синус-катетер ЯМИК.

– Метод перемещения по Проетцу.

4.1. Фармакотерапия острых синуситов.

• Местная антибактериальная терапия («Изофра», «Полидекса», «Биопарокс»).

• Системная антибиотикотерапия – «Амоксициллин», цефалоспорины, фторхинолоны, макролиды, тетрациклины. Введение – перорально, парентерально, ступенчатая терапия.

• Антигистаминная терапия.

• Секретомоторная и секретолитическая терапия («Геломиртол форте», «Синупрет», Флуимуцилрино/флуимуцил, Флуимуцил-антибиотик.

• Противовоспалительные топические глюкокортикостероиды (беклометазона дипропионат, «Будесонид», флутиказона пропионат, мометазона фураат).

• Нестероидные противовоспалительные препараты («Диклофенак», «Эреспал»).

5. В настоящее время операции на околоносовых пазухах с наружным доступом уступают место более современным эндоскопическим методам – функциональной эндоскопической хирургии околоносовых пазух.

6. Особенности одонтогенного гайморита.

6.1. Причинами, способствующими возникновению одонтогенного гайморита, бывают инородные тела, проникающие в пазуху из полости рта: пломбировочный материал; часть сломавшихся стоматологических инструментов; провалившиеся корни зубов; турунды.

6.2. К возникновению одонтогенного гайморита могут приводить:

- гранулемы корня зуба;
- субпериостальные абсцессы;
- пародонтоз.

6.3. Типичные проявления одонтогенного гайморита:

– головная боль в области лба;

– выделение гноя из свищевого хода в альвеолярном отростке;

– попадание воздуха в рот при сморкании;

– попадание пищи в пазуху после приема пищи;

– ощущение гнилостного запаха самим больным.

6.4. Диагностика одонтогенного гайморита:

– выявить причинный зуб (разрушенный или ранее леченный);

– определить перфоративное отверстие, ведущее в просвет пазухи после бывшего удаления зуба;

– гнойные выделения через свищ и в среднем носовом ходе;

– гнилостный запах гноя.

6.5. Пути грибкового инфицирования верхнечелюстных пазух.

Помимо аэрогенного пути грибкового инфицирования и развития грибкового тела верхнечелюстной пазухи возможен и одонтогенный путь. В некоторых случаях исходным моментом для роста грибов являются пломбировочные материалы, попавшие в верхнечелюстную пазуху через каналы зубов верхней челюсти. Ряд этих материалов содержит тяжелые металлы, в частности – цинк, который может катализировать процессы жизнедеятельности грибов.

Материал подготовила Галина Масис