

УДК 616-007.24-084+616.716

*Н. М. Гордиюк, Г. Г. Бойко, Л. А. Анисимова, З. В. Зайцева, И. Б. Самсонов*

Кафедра стоматологии ФПО ГУ «ДМА МЗ Украины»

### **ПРОФИЛАКТИКА ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И РЕТЕНЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ЗУБОВ СВОЕВРЕМЕННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ АДЕНОИДИТОВ**

Хроническое воспаление глоточной миндалины или хронические аденоидиты у детей являются одной из актуальных проблем отоларингологии и косвенно стоматологии, так как нелеченные и длительно существующие аденоидиты и нарушение при этом носового дыхания способствуют развитию, в будущем, деформаций верхней челюсти.

С позиции клинической иммунологии хронические аденоидиты следует трактовать, как классический пример вторичного иммунодефицитного состояния.

Диагностика аденоидных разрастаний, особенно у детей младшего возраста, чаще затруднительна. Это связано, прежде всего, с особенностями анатомического строения носоглотки.

Не всегда ведущей жалобой ребенка является отсутствие носового дыхания. Частые затяжные насморки более двух недель, беспричинный кашель и покашливание, храп во время сна, частые простуды, рецидивирующие средние отиты, прогрессирующее снижение слуха – эти симптомы являются характерными для наличия хронических аденоидитов.

Ретроназальное направление мукоцилиарного клиренса определяет главенствующую роль глоточной миндалины как индуктивного органа мукозального иммунитета верхних дыхательных путей. Поток антигенов задерживается и улавливается эпителиальными структурами данного лимфоэпителиального органа. Поэтому многие авторы придерживаются концепции консервативного лечения хронических аденоидитов, заключающегося в следующих направлениях:

1. Воздействие на воспалительный процесс глоточной миндалины.
2. Снижение сенсибилизации организма.
3. Стимуляция иммунитета.

В обязательном порядке детям проводятся цитологические, бактериологические исследования верхних дыхательных путей, рентгенограмма придаточных пазух носа, по показаниям КТ, МРТ. Детям, принимающим часто антибиотики, мы назначаем курс энтеросорбентов; при наличии изменений в придаточных пазухах носа, повышенной гиперсекреции слизи, назначаем муколитики, секретолитики (эриспал, флюдitek, синупрет). Проводим элиминацию возбудителя путем промывания полости носа, носоглотки, небных миндалин. Применяем антигомотоксические препараты, некоторые из них непосредственно вводим в миндалины (лимфомиазот), проводим местное воздействие на глоточную миндалину путем закапывания носоглотки два раза в день раствором мирамистина, протаргола, коры дуба в определенной последовательности. Назначаем местные иммуномодуляторы (иммудон, ИРС-19, Аква Марис, циннабсин). На тампонах вводим в полость носа масло чайного дерева. При отсутствии эффекта от консервативного лечения аденоиды удаляем. Таким образом, своевременное консервативное и хирургическое лечение хронических аденоидитов способствует профилактике деформаций верхней челюсти и ретенции центральных зубов.



УДК 616-311.4+616.314.17-008.1

*О. В. Громов*

КП ДМА МОН Украины, кафедра ортопедической стоматологии

### **ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА АКСИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА**

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) являются одной из актуальнейших проблем современной стоматологии. Своевременная диагностика патологических состояний ВНЧС затруднена из-за пролонгированной фазы компенсации. Обычно пациенты обращаются в клинику на более поздних стадиях заболевания, при наступлении фазы декомпенсации и появлении болевых симптомов. Самым современным устройством для исследований в этом направлении считается электронный аксиограф ARCUSdigma© фирмы KaVo, Германия (Цимбалистов А. В. Статовская Е. Е., 2005; Лебеденко И.Ю. и соавт., 2006).