

РЕТЕНЦИЯ И ЭКТОПИЯ ЗУБА, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Равданович Т. Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Головач Е. Н.

Актуальность. Механизм, который вызывает миграцию зуба, до конца не изучен, но имеют значение следующие факторы: неправильная закладка, задержка смены или преждевременное удаление молочных зубов, врожденная патология челюстно-лицевой области, наличие сверхкомплектных зубов, воспалительные процессы и травматические повреждения челюстей [2]. Эктопия зуба может маскироваться под ЛОР-заболевание [1]. Чаще всего этой аномалии подвержен боковой резец, клык, и второй премоляр.

Цель. Изучить клинический случай миграции постоянного зуба, который изначально был расценен как верхне-челюстной синусит.

Методы исследования. Анамнез, клиническая картина, риноскопия, фарингоскопия, рентгенография ОНП, КЛКТ челюстей с захватом гайморовой пазухи.

Результаты и их обсуждение. Пациентка М, девочка 15 лет, лечилась у ЛОР-врача по поводу левостороннего верхне-челюстного синусита. При первом обращении клиническая картина и жалобы были стандартными при данной патологии: гнойный насморк, головная боль, повышение температуры тела. При выполнении передней риноскопии: гнойно-слизистое отделяемое в области среднего носового хода слева, гиперемия и отек слизистой полости носа. Был выполнен рентгенологический снимок околоносовых пазух. Окончательно выставлен диагноз – острый верхне-челюстной синусит слева. Лечение назначено согласно стандартным протоколам. Через 7 дней пациентка обратилась повторно с жалобами на появившийся отек левой щеки, дискомфорт и боль в области щеки, латеральной стенки носа, болезненность при надкусывании слева. Выполнено КЛКТ верхней челюсти с захватом гайморовой пазухи. Выставлен диагноз: острый верхне-челюстной синусит слева. Эктопия 23 в пазуху в область нижней стенки орбиты. Периостит? Новообразование левой гайморовой пазух?

Пациентка была госпитализирована и проведено хирургическое лечение: гайморотомия левой верхнечелюстной пазухи под наркозом. В ходе операции было установлено наличие нагноившейся одонтогенной кисты пазухи от 34 зуба, эктопия 23 зуба в нижнюю стенку орбиты.

Выводы. Исследование вышеизложенного клинического случая показывает нам, что эктопия зуба верхней челюсти может «маскироваться» изначально под другие заболевания ЛОР-органов. При наличии клиники, которая не укладывается в «стандартную картину» ЛОР-заболеваний необходимо прибегать к дополнительным методам исследования верхней

челюсти – КЛКТ, КТ. Заболевания верхней челюсти находятся на стыке двух специальностей: оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персии, Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование / Л. С. Персии. – М., 2006. – 32с.
2. Пономарева, К.Г. Ретенция зубов – актуальная тема современной ортодонтии / К. Г. Пономарева, М. А. Дубова // Медицина, XXI век. – 2006. – №3. – С. 16–23.

СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ

Равданович Т. Ю.

УЗ «Гродненская университетская клиника»

Научный руководитель: Гиль Т. И.

Актуальность. Патология органов головы и шеи требует особого внимания в связи с высоким риском ограничения жизненной деятельности пациента даже при ранней стадии процесса. По данным ВОЗ за период с 1999 г. по 2020 г. распространённость онкологических заболеваний в мире возросла в 2 раза. Злокачественные новообразования головы и шеи составляют около 4,3% всех случаев рака у взрослого населения в мире. Среди опухолей ЛОР органов поражение гортани занимает первое место [1, 2].

Злокачественные опухоли гортани представляют собой одну из сложнейших медико-социальных проблем современной онкологии и относятся к группе социально значимых заболеваний. Рак гортани в Республике Беларусь занимает 1-е место среди новообразований головы и шеи (за исключением рака кожи) и составляет 3,6% в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями человека [3]. Преимущественно болеют мужчины (94%) 40-60 лет (86%). Исследования последних лет свидетельствуют о росте заболеваемости раком. Число пациентов с раком гортани в Беларуси ежегодно увеличивается на 8-10% [3, 4].

На всех этапах лечения у пациентов возникают различные осложнения в полости рта, так как проводимое лечение не прямым образом влияет на стоматологический статус, вызывая снижение иммунитета, нарушение микрофлоры полости рта. В свою очередь, стоматологические заболевания являются источниками бактерий (Лосева М. И. 2004 г). Лечение этих осложнений весьма затруднительно. В связи с этим актуальной проблемой