

Камалова Ф.Р.,
Пулатова Ш.К.,
Шодиев М.Ш.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГНОЙНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ЗАБОЛЕ- ВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Бухарский государственный медицинский институт

Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания представляют собой самую распространенную форму заболеваний, как в нашей стране, так и в странах СНГ.

Несмотря на активную разработку новых, эффективных методов профилактики и лечения кариеса и его осложнений, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области продолжают расти. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания порой развиваются быстро. Многочисленные публикации, посвященные проблеме одонтогенного гнойного воспаления не объясняют нередко встречающуюся атипичность путей распространения процесса (минуя анастомозы фасциально-клеточных пространств) или непозападные поражения фасциально-клеточных пространств.

По отчету отделения челюстно-лицевой хирургии многопрофильного медицинского центра в 2008 году на лечении находилось 1505 больных, из них 176 (32,3%) детей с различными воспалительными процессами. Среди госпитализированных больных с воспалительными процессами одонтогенный периостит составил 48,2 %, абсцесс и флегмоны различных локализаций челюстно-лицевой области 64 (36,3%), остеомиелиты челюстей -15(8,5%). Анализ госпитализированных по поводу одонтогенных гнойных заболеваний показал тенденцию не только к росту частоты этого заболевания у детей, но и росту числа больных, нуждающихся в квалифицированном лечении во избежание дальнейших осложнений, способствующих деформациям челюстно-лицевой области. Так, если в 2008 году было госпитализировано 142 больных с острыми гнойными одонтогенными периоститом, абсцессами и флегмонами, остеомиелитом челюстей, то в 2009 их число выросло до 162.

Как известно, большая часть детей с острым гнойным периоститом лечатся амбулаторно. Известно, что при несвоевременном и неадекватном лечении периостита воспалительный процесс не ограничивается мягкими тканями прилежащими к кости, в процесс вовлекается челюстная кость и развивается остеомиелит, одонтогенная флегмона и другие осложнения. В этой связи важное значение приобретает совершенствование лечения острых одонтогенных гнойных заболеваний. Это определило актуальность нашего исследования.

Так как при лечении острых гнойных одонтогенных воспалительных заболеваний мы удаляли причинные зубы в большинстве случаев – молочные (IV-V зубы верхний и нижней челюстей), а также нередко удаляли 6 зуб, который является ключом постоянной окклюзии. Многие клиницисты (хирурги-стоматологи) обращают недостаточное внимание на эту актуальную проблему. Раннее удаление молочных и постоянных зубов с несформированными корнями приводит к развитию зубочелюстных деформаций.

Произведя анализ абсцессов и флегмон по локализациям можно привести следующее: флегмона подчелюстной области -109(41,4%) флегмона дна полости рта 419 (15,5%), разлитая флегмона нескольких областей 68 (25,8%) других локализаций -45(17,1%)

Мы поставили перед собой цель – совершенствовать лечение острых одонтогенных гнойных заболеваний с включением в комплексную терапию бактериального лизата ИРС-19.

Исходя из цели, нами были сформулированы следующие задачи.

1. Изучить частоту острых гнойных одонтогенных заболеваний у детей в зависимости от возраста и «причинного» зуба.

2. Изучить особенности клинического течения острых одонтогенных воспалительных забо-

	2007	2008	2009	Итого
Периоститы челюстей	74	85	62	221-42%
Абсцессы и флегмоны Ч.Л.О.	61	42	60	163-30%
Фурункулы и карбункулы ч.л.о	15	6	8	29-5,4%
Остеомиелит челюстей	15	13	10	38-7%
Лимфаденит различных локализации ч.л.о	1	2	5	8-1,5%
Аденофлегмоны	18	22	30	70-13,2%

леваний у детей в зависимости от возраста.

3. Изучить состояние микробиоценоза раны и ротовой жидкости детей с острыми одонтогенными заболеваниями.

Для решения первой задачи нами изучена частота острых гнойных заболеваний у детей в зависимости от возраста и причинного зуба. 539 детей, лечившихся по поводу острых одонтогенных воспалительных заболеваний с учетом роста, формирования и резорбции корней временных зубов, были разделены на 3 группы. Первую составили дети 2-5 лет. Как известно, в формировании корня временных центральных и боковых резцов завершается к 2 годам, четвертого и пятого зубов к четырем годам, а клыки к 5 годам.

Вторую группу больных острыми одонтогенными заболеваниями составили дети 6-9 лет. Как показали наши наблюдения, в этом возрасте имеется заметная тенденция увеличению больных с абсцессами и флегмонами. В момент наблюдения они составили 215 (40,5) что почти в два раза больше, чем в возрастной группе 2-5 лет.

Особое внимание мы уделили «причинным» зубам при периостите. Как правило, у всех больных причиной абсцессов и флегмон явилось обострение хронического периодонтита того или иного зуба. Это, в основном, зависело от возраста ребенка. У двухлетних детей из 40 у 31 причиной флегмон явились временные резцы верхней челюсти, моляры явились причиной флегмон у 9 больных. С 3 лет роль первого временного моляра как «причинного» зуба резко возрастает, как на верхней, так и нижней челюсти.

При поступлении больных с острыми гнойными воспалительными заболеваниями их причиной заболеваний установлено обострение хронического периодонтита того или иного зуба. Нами проведено макроскопическое обследование удаленных зубов, явившихся входными воротами инфекции. При осмотре зубов мы обращали внимание на сохранность коронки зуба. Обследовали дно кариозной полости, его связь с полостью зуба, состояние тканей в полости зуба, проходимость канала, состояние верхушечного отверстия. Была проведена рентгенография удаленных зубов. По результатам осмотра, рентгенологического исследования зубов пришли к выводу, что действительно у 90% больных были удалены зубы по поводу обострения хронического периодонтита.

При гнойном периостите проведена попытка его лечения санацией корневого канала от некротических тканей. Однако, не было достигнуто успеха. Каждый случай безуспешного лечения, обострившегося хронического периодонтита, по-видимому, необходимо рассматривать как атипичное течение воспаления. В принципе, с учетом того, что каналы временных зубов у детей широкие, легко проходимы до верхушки и дав отток экссудату, скопившегося в периодонте, можно добиться купирования острого процесса. Однако, это достигается не у каждого больного.

Объяснение этому можно дать по-разному. В одних случаях это можно объяснить тем, что находящаяся в очаге воспаления вирулентная инфекция не может быть устранена традиционным введением за верхушки зуба антибиотиков и антибактериальных препаратов.

Как показали наши клинические наблюдения, развитию острых гнойных заболеваний у всех детей предшествовал хронический гранулирующий периодонтит временных и постоянных зубов с частыми обострениями. У многих после обострений зуб не был долечен. Надо полагать, что сформированный хронический очаг инфекции sensibilizировал организм к условно-патогенной и патогенной инфекции очередное обострение гнойного очага, привело к развитию острого гнойного процесса в периодонте, надкостнице, и окружающих мягких ткани гиперэргическому типу.

Фагоцитарная активность нейтрофильных лейкоцитов – способность захватывать и «переваривать» чужеродные комплексы, в частности, микробов, является объективным критерием оценки не только патологического, но и физиологического состояния иммунной реактивности.

Видимо, надо согласиться с мнением тех исследователей, которые наиболее частой причиной ослабления резистентности человека к инфекциям считают дефект функции фагоцитов. При недостаточности этого звена защиты, по-видимому, начинают активизироваться большинство анаэробов, составляющих нормальную флору полости рта, численность популяции которых контролируется этими механизмами.

Изучение фагоцитарной активности лейкоцитов позволило нам выявить зависимость между тяжестью заболевания и эффективностью проводимого лечения.

После проведенной традиционной терапии показатель фагоцитарного числа существенно не изменился. Так, если при поступлении фагоцитарное число в среднем равнялось $40,3 \pm 0,31\%$, то после завершения терапии этот показатель в среднем составил $42,0 \pm 0,39\%$. Судя по этим данным, можно заключить, что при общепринятой терапии поглотительная способность нейтрофилов не восстанавливается и выявленное нарушение сохраняется. Именно этим можно объяснить то, что, несмотря на своевременное и в полном объеме оказанную хирургическую помощь и медикаментозное лечение, у ряда детей процесс продолжал нарастать и осложнился переходом в остеомиелит и флегмону, сохранялась субфебрильная температура, длительно не заживает рана и имелись отделяемые.

Наши наблюдения показали, что выздоровление ребенка после проведенной операции периостотомии, вскрытие абсцессов и флегмон и удаление зуба также зависит от возраста ребенка и исходного состояния факторов неспецифической защиты полости рта.

Исходное снижение уровня факторов неспецифической защиты полости рта, обуславливает не только развитие заболевания, но и влияет на сроки клинического выздоровления.

Эти факты свидетельствуют о необходимости включения в традиционную терапию гнойно-воспалительных заболеваний полости рта препаратов, стимулирующих естественные защитные факторы полости рта.

Использованная литература

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Изд-3-е, переработанное и дополненное. -М. -Медицинская литература.- 2003.
2. Робустова Т.Г., Губин М.А., Царев В.Н. Пути профилактики и лечения распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений // Стоматология.-1995.
3. Бажанов А.И., Сеченова И.М. Профилактика и лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с применением вибромассажа на ауторезонансных частотах // Стоматология. - 1992. - № 3.- С.34-36.
4. Рогинский В.В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей. 1998.
5. Precious DS, Lung KE, Pynn BR, Goodday RH Presence of impacted teeth as a determining factor of unfavorable splits in 1256 sagittal-split osteotomies [see comments] (ENG; includes abstract) Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998 Apr. 85(4).- P 362-5.
6. Панкратов А.С., Коршунов В.М. Экспериментальное исследование закономерностей развития воспалительного процесса в костной ткани нижней челюсти, обусловленного воздействием анаэробной микрофлоры // Стоматология. - 1999. - № 6. -С. 4-9.
7. Беловолова Р.А., Новосядлая Н.В., Новгородский СВ. Особенности иммунного статуса и возможности иммунокоррекции при посттравматических воспалительных осложнениях у больных с открытыми переломами нижней челюсти // Иммунология. -2002. -№5. -С.287-293.