



**Стационарная медицинская помощь детям с  
одонтогенными воспалительными процессами  
челюстно-лицевой области**

**Подготовил аспирант кафедры стоматологии детского  
возраста: Нилупар Ницзяти  
Научный руководитель: д.м.н., профессор Терехова Т.Н.**

# Актуальность

**Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей в возрасте от двух до девяти лет являются наиболее частыми и занимают более 50% в структуре нозологий, лечение которых проводится в стационаре. Удельный вес больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО в Республики Беларусь имеет тенденцию к росту.**

**Актуальным также является снижение эффективности проводимого лечения в связи с атипичным течением воспалительных заболеваний у детей, когда изменяется характерная клиническая картина.**



# Цель исследования

**Определение течения и тактики оказания хирургической помощи детям с воспалительными заболеваниями челюстей.**



# Задачи исследования

- 1. Определить течения воспалительных заболеваний челюстей у детей;**
- 2. Определить тактику оказания хирургической помощи помощи детям с воспалительными заболеваниями челюстей в условиях стационара.**

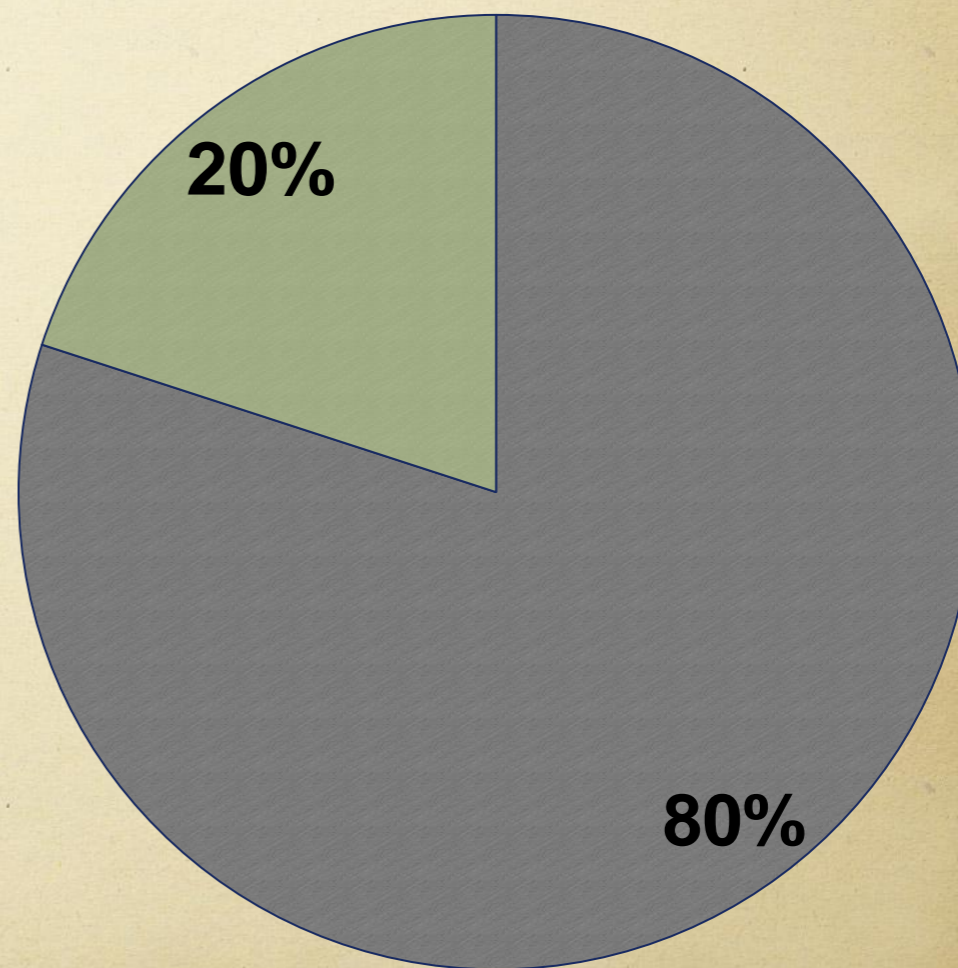
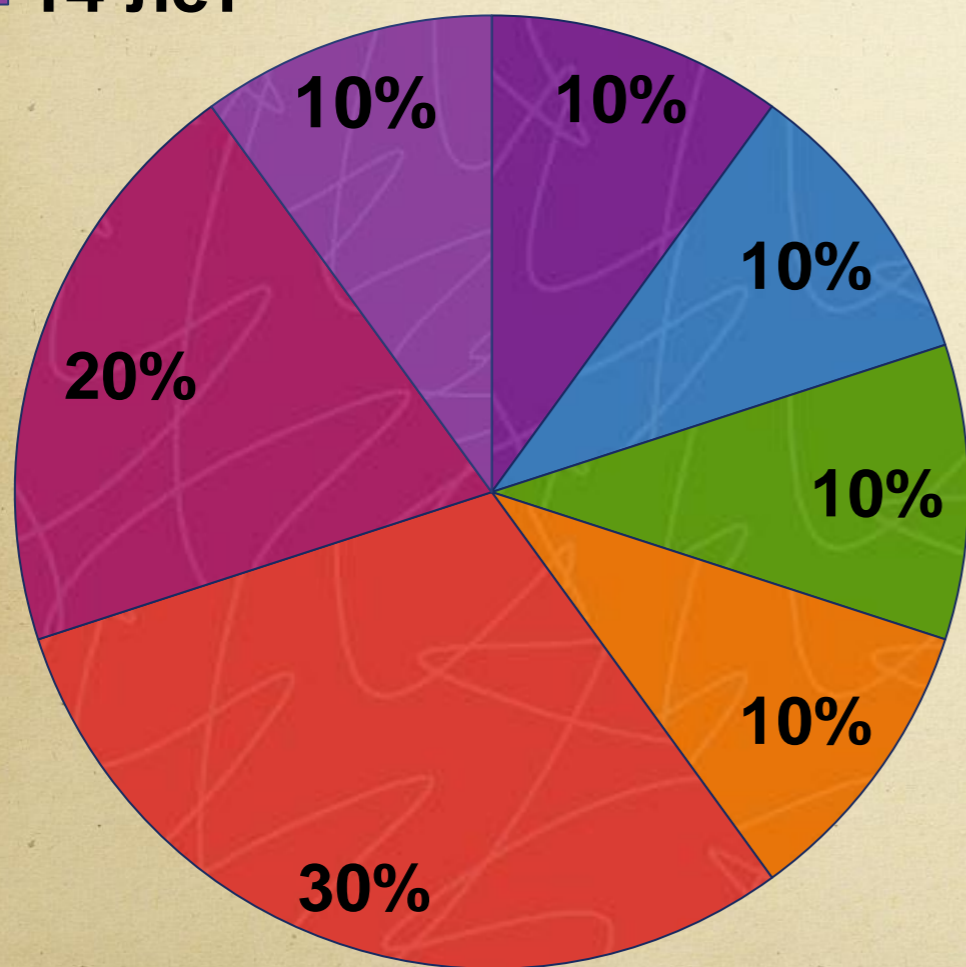
# Материалы и методы

**Нами было проведено комплексное обследование и лечение 10 детей с воспалительными заболеваниями челюстей (одонтогенный периостит и остеомиелит) в возрасте от 1 до 14 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-ая ГКДБ» г. Минска за период с 11.12.2018 по 26.02. 2019 года.**

**Рисунок 8 – Распределение пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом и остеомиелитом челюстей по возрастным группам и полу**

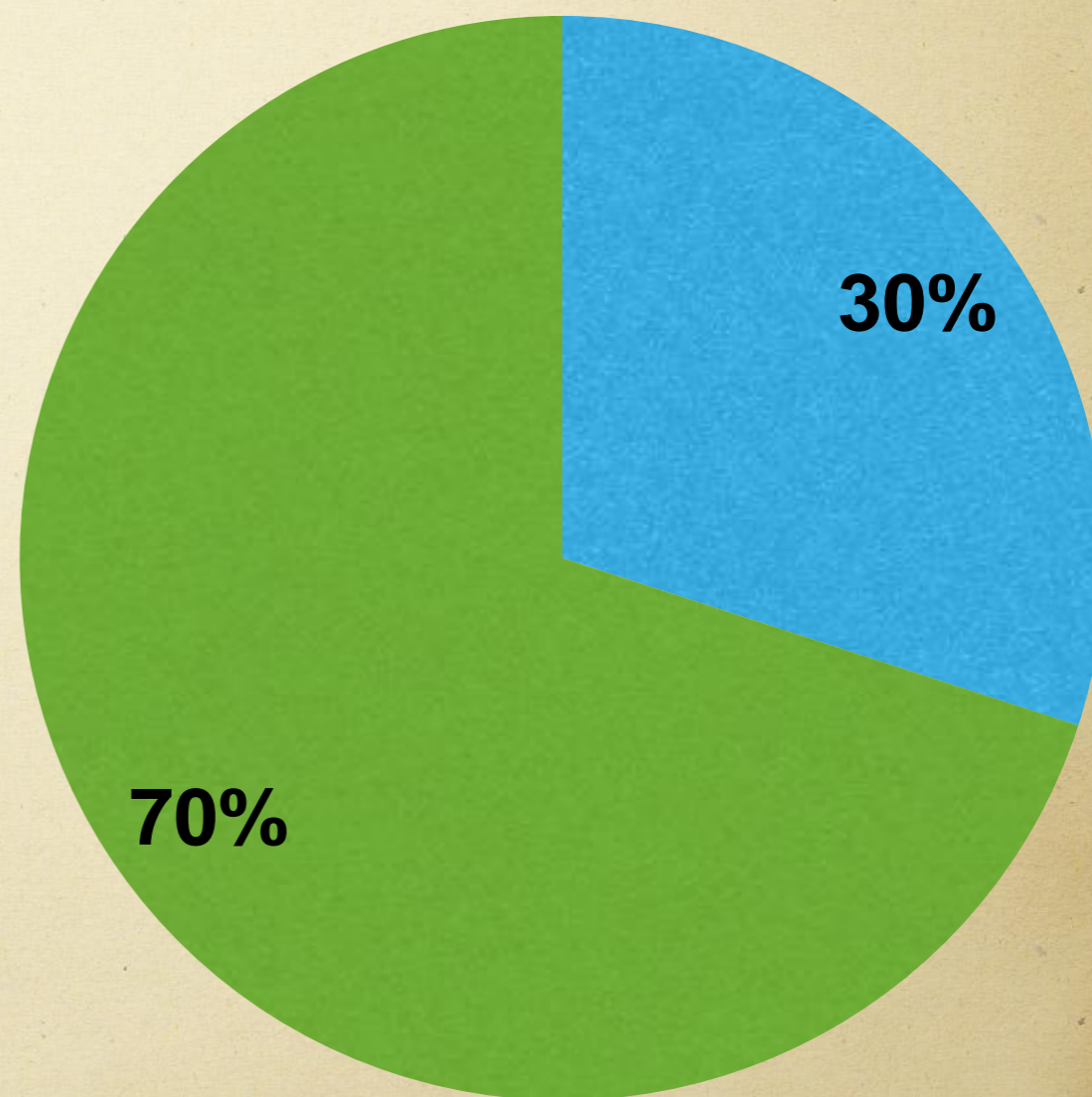
- 1 год
- 2 года
- 4 года
- 5 лет
- 6 лет
- 7 лет
- 14 лет

- мужской пол
- женский пол



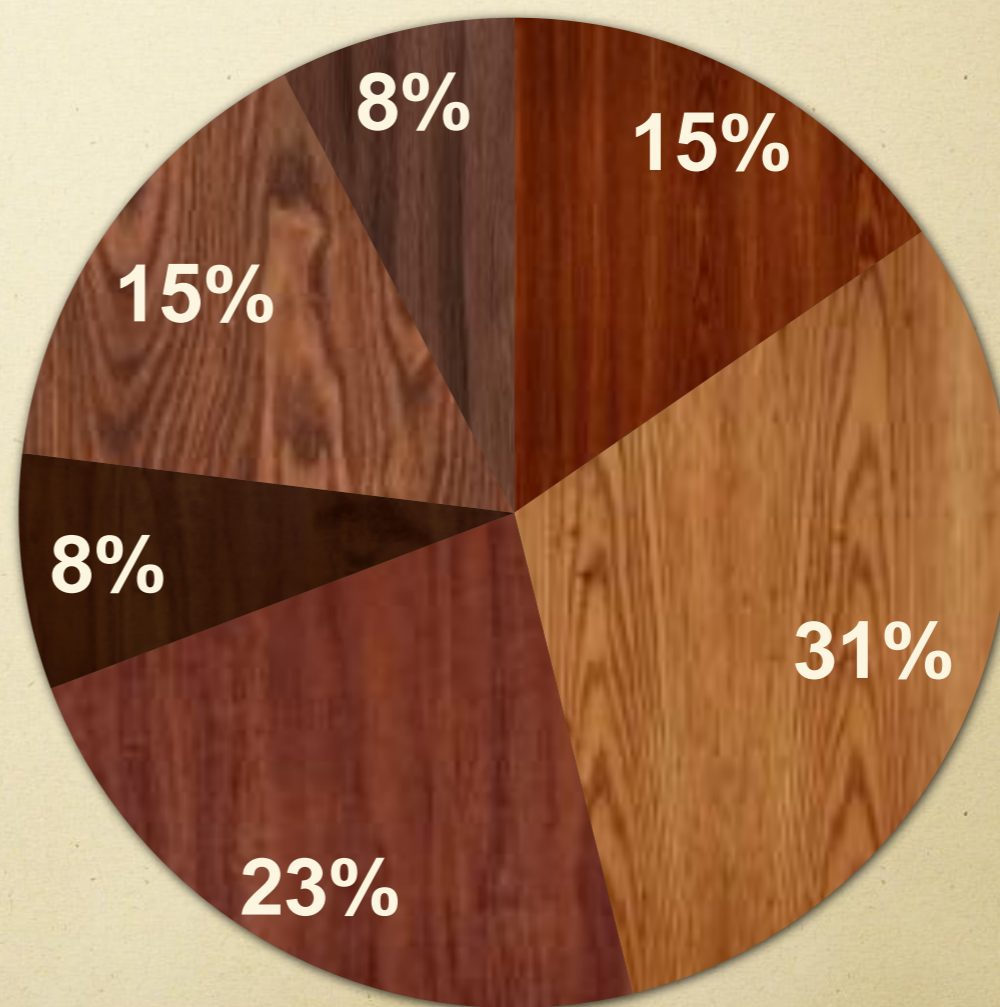
**Рисунок 9 – Локализация патологического процесса у детей, обратившихся за хирургической помощью в отделение челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска**

- верхняя челюсть**
- нижняя челюсть**



**Рисунок 10 – Источник инфекции у детей, находящихся под нашим наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска**

- **центральные резцы**
- **первые временные моляры**
- **вторые временные моляры**
- **боковые резцы**
- **временные клыки**
- **первые постоянные моляры**



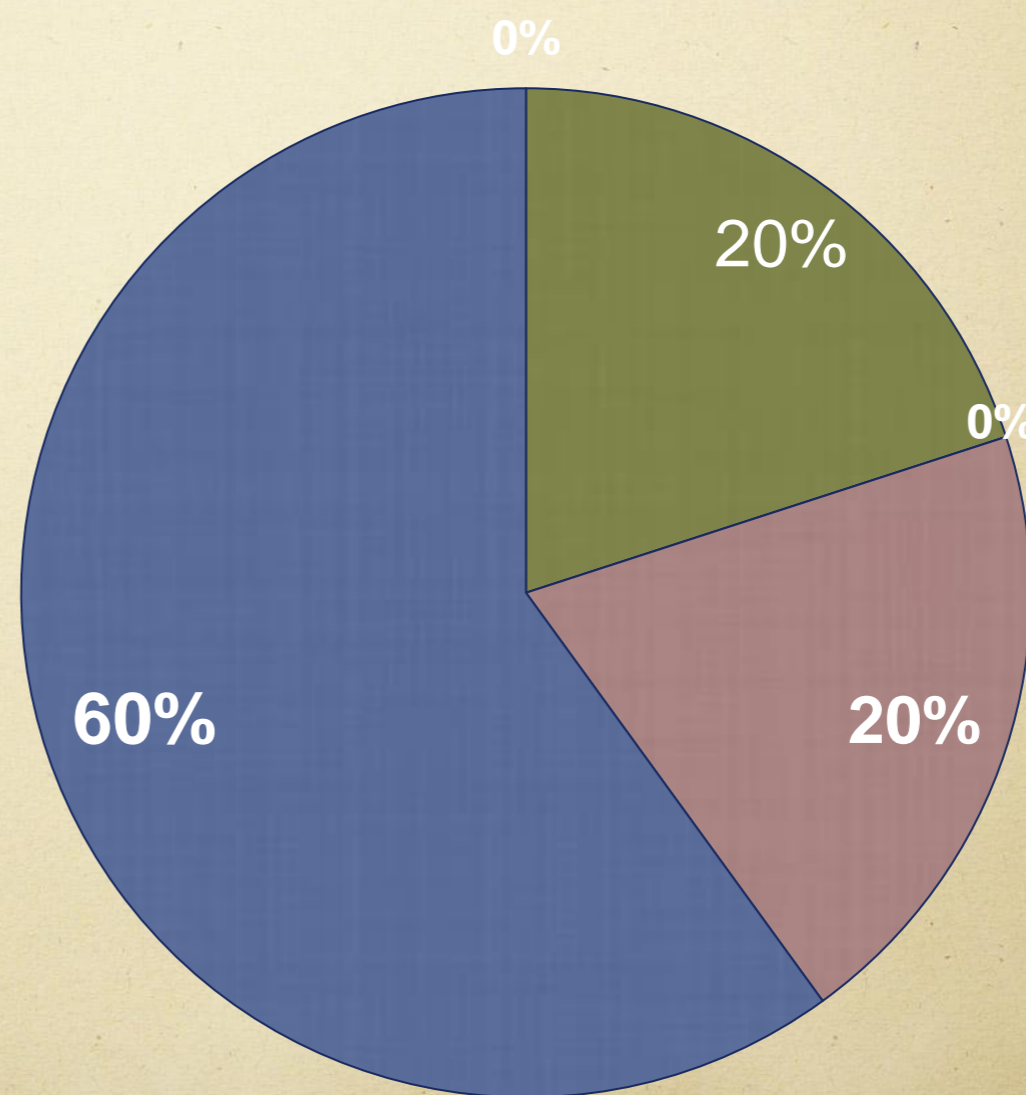


**Таблица 11–Основные клинические симптомы при острых гнойных одонтогенных периоститах и остеомиелитах челюстей у детей, находящихся под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска**

Клинические симптомы	Число пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей	
	абс	%
Болевой синдром	10	100
Иррадиация боли	0	0
Коллатеральный отек мягких тканей лица	10	100
Ограничение открывания рта	0	0
Цвет кожных покровов в области отека (гиперемия)	4	40±15,49
Наличие “причинного” зуба	10	100
Болезненная перкуссия “причинного зуба”	10	100
Наличие поднадкостничного гнойного очага	9	90±9,49

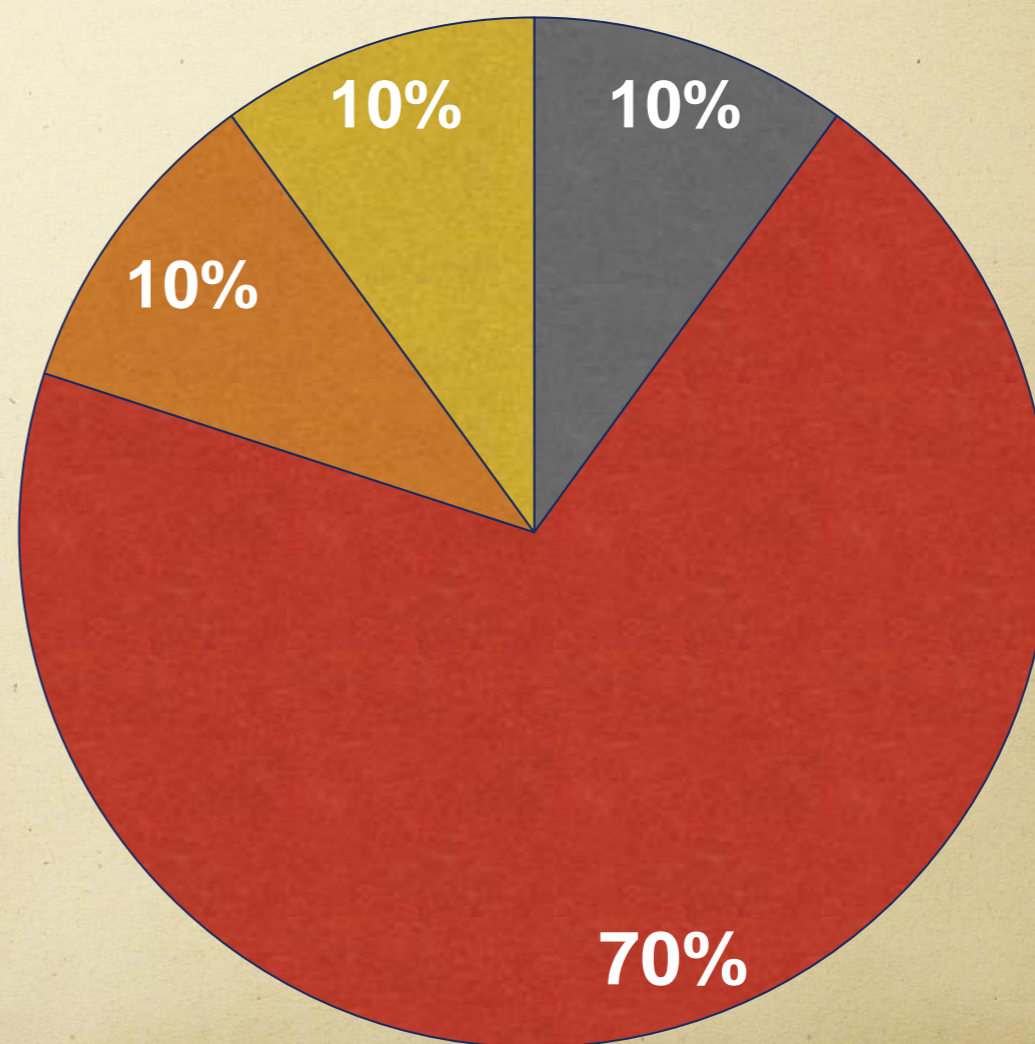
**Рисунок 12 – Содержание лейкоцитов в периферической крови у детей, находящихся под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска**

- Менее  $6 \times 10^9$
- $6 \times 10^9 - 8 \times 10^9$
- $8 \times 10^9 - 10 \times 10^9$
- $10 \times 10^9 - 12 \times 10^9$
- Более  $12 \times 10^9$



**Рисунок 13– Состав микрофлоры воспалительного очага у пациентов, находящихся под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска**

- Str.  $\alpha$ - haemolyticus 102
- Str.  $\alpha$ - haemolyticus 103
- Str.  $\alpha$ - haemolyticus 104
- Str.  $\alpha$ - haemolyticus 105



**Лечение детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска проводится с учётом совокупности клинических данных, в первую очередь таких, как тяжесть заболевания, характер и локализация воспалительного процесса.**



Лечение начинали с неотложной хирургической помощи под общим обезболиванием. Как правило, удаляли зуб, вызвавший и поддерживающий нагноительный процесс в мягких тканях и кости, и проводили ПХО раны, что обеспечивало благоприятные условия для эвакуации гноя. После ПХО раны промывали 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата и дренировали резиновой полоской до полного прекращения гнойного отделяемого.



Пациент К. 1 год, после операции

- До получения результата определения чувствительности флоры к антибиотикам назначали в возрастной дозировке антибиотики широкого спектра действия (фарментин, амоксиклав, цефалексин, цефтриаксон) курсом 5 дней в сочетании с нестероидными противовоспалительными (аналгин, ибупрофен) и антигистаминными (димедрол) препаратами.
- После купирования острой фазы воспалительного процесса детям назначали по 5 процедур УВЧ-терапии. Всем детям с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области назначали лечебное питание: жидкую пищу, содержащую необходимые в соответствии с возрастом питательные вещества и витамины.
- При своевременном радикальном хирургическом вмешательстве и адекватной медикаментозной и физической терапии средняя длительность лечения детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в стационаре составила 4,76 дней.



*Пациент Г. 6 лет,  
Острый одонтогенный остеомиелит  
верхней челюсти справа от 5.3 зуба  
на 3 день после операции*

Пациент С. 7 лет,  
Острый одонтогенный  
остеомиелит нижней челюсти  
слева от 7.4,7.5 зубов



# Выводы

1. Проведенное исследование позволило установить у  $60 \pm 15,49\%$  пациентов детского возраста присутствие системного воспалительного ответа, что свидетельствовало об обоснованности госпитализации.
2. После первичной хирургической обработки гнойного очага у  $90\%$  пациентов, находящихся под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4-ой городской детской клинической больницы г. Минска, выявлялась монокультура *Streptococcus  $\alpha$ -haemolyticus* в концентрации ниже «критического уровня»
3. Лечение детей с одонтогенными воспалительными процессами включало удаление зуба, вызвавшего нагноительный процесс в мягких тканях и кости, первичную хирургическую обработку гнойного очага с дренированием резиновой полоской до полного прекращения гнойного отделяемого, назначение в возрастной дозировке антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с нестероидными противовоспалительными и антигистаминными препаратами. После купирования острой фазы воспалительного процесса детям назначали по 5 процедур УВЧ-терапии.
4. Комплексное лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска способствовало их полному выздоровлению и предупреждению развития осложнений, угрожающих жизни ребенка.



Спасибо за внимание!!!

