

**К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОДХОДА К
ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА
ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра стоматологии детского возраста, д.м.н., профессор
Терехова Т.Н.**

**Заведующий кафедрой хирургической стоматологии, д.м.н.,
профессор Походенько-Чудакова И.О.**

**Аспирант кафедры стоматологии детского возраста,
Нилупар Ницзяти**

Актуальность

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей в возрасте от двух до девяти лет являются наиболее частыми и занимают более 50% в структуре нозологий, лечение которых проводится в стационаре.

Лечение детей с воспалительными процессами челюстно-лицевой области направлено на купирование заболевания и восстановление функций организма в максимально короткие сроки. На современном этапе комплексное лечение такой патологии включает хирургические и консервативные методы.

Антибактериальная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения пациентов с воспалительными процессами. Однако исследования показывают, что с каждым годом увеличивается число штаммов микроорганизмов резистентных к антибиотикам. Кроме того, способность микроорганизмов к формированию биопленки в значительной мере снижает степень проникновения лекарственных средств и диктует необходимость увеличения их минимальной подавляющей концентрации (МПК). Поэтому несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении воспалительных заболеваний челюстей у детей, усовершенствование методов профилактики, диагностики и лечения остается актуальным вопросом, требующим постоянного совершенствования и обновления в связи с современным уровнем знаний по проблеме.

Цель исследования

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



Материалы и методы

Нами было проведено комплексное обследование и лечение 30 детей с воспалительными заболеваниями челюстей (одонтогенный периостит и остеомиелит) в возрасте от 6 до 9 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-ая ГКДБ» г. Минска.

Рисунок 1 – Распределение пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом и остеомиелитом челюстей по возрастным группам и полу

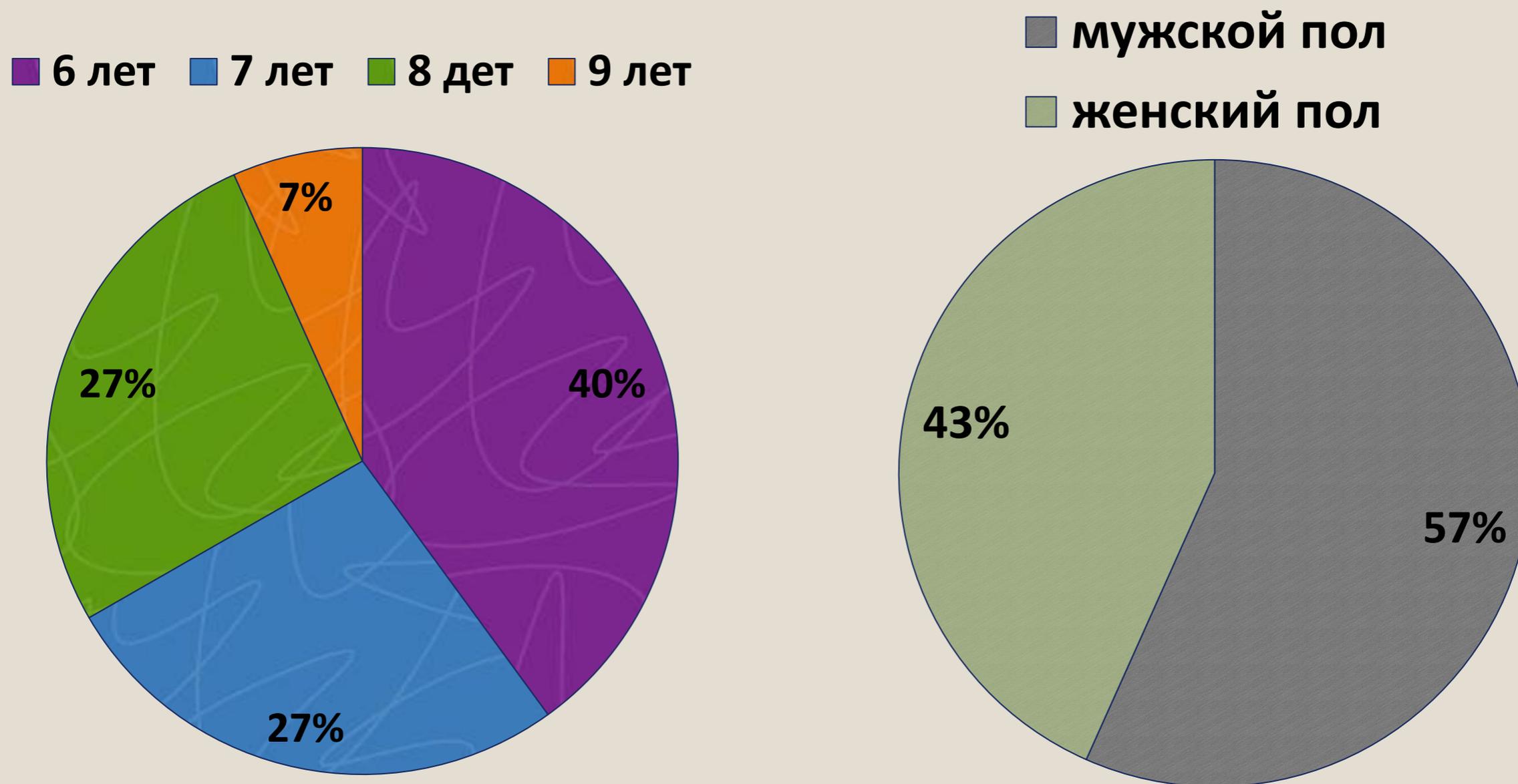


Рисунок 2 – Локализация патологического процесса у детей, обратившихся за хирургической помощью в отделение челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска

- **верхняя челюсть**
- **нижняя челюсть**

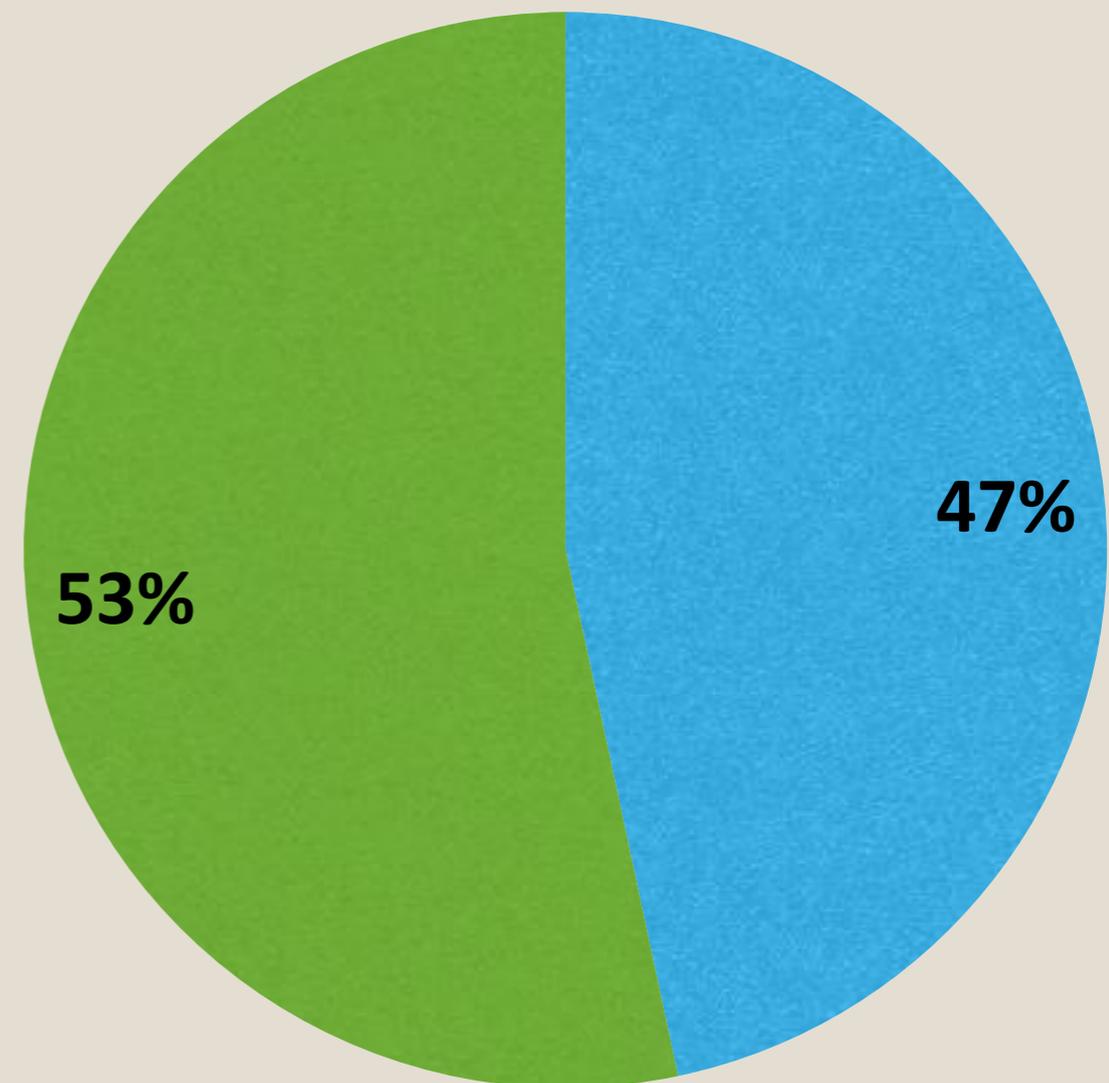


Рисунок 3 – Источник инфекции у детей, находящихся под нашим наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска

- временные резцы
- первые временные моляры
- вторые временные моляры
- временные клыки

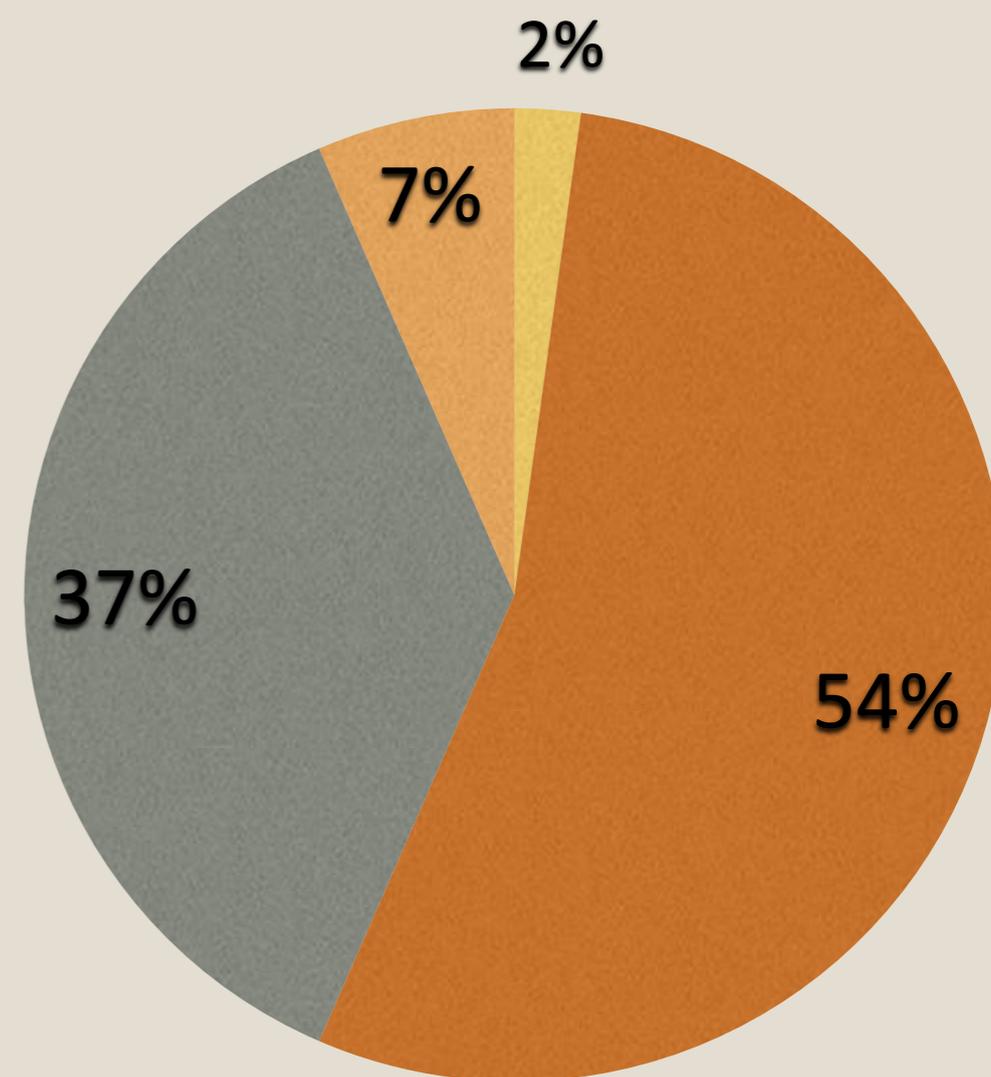
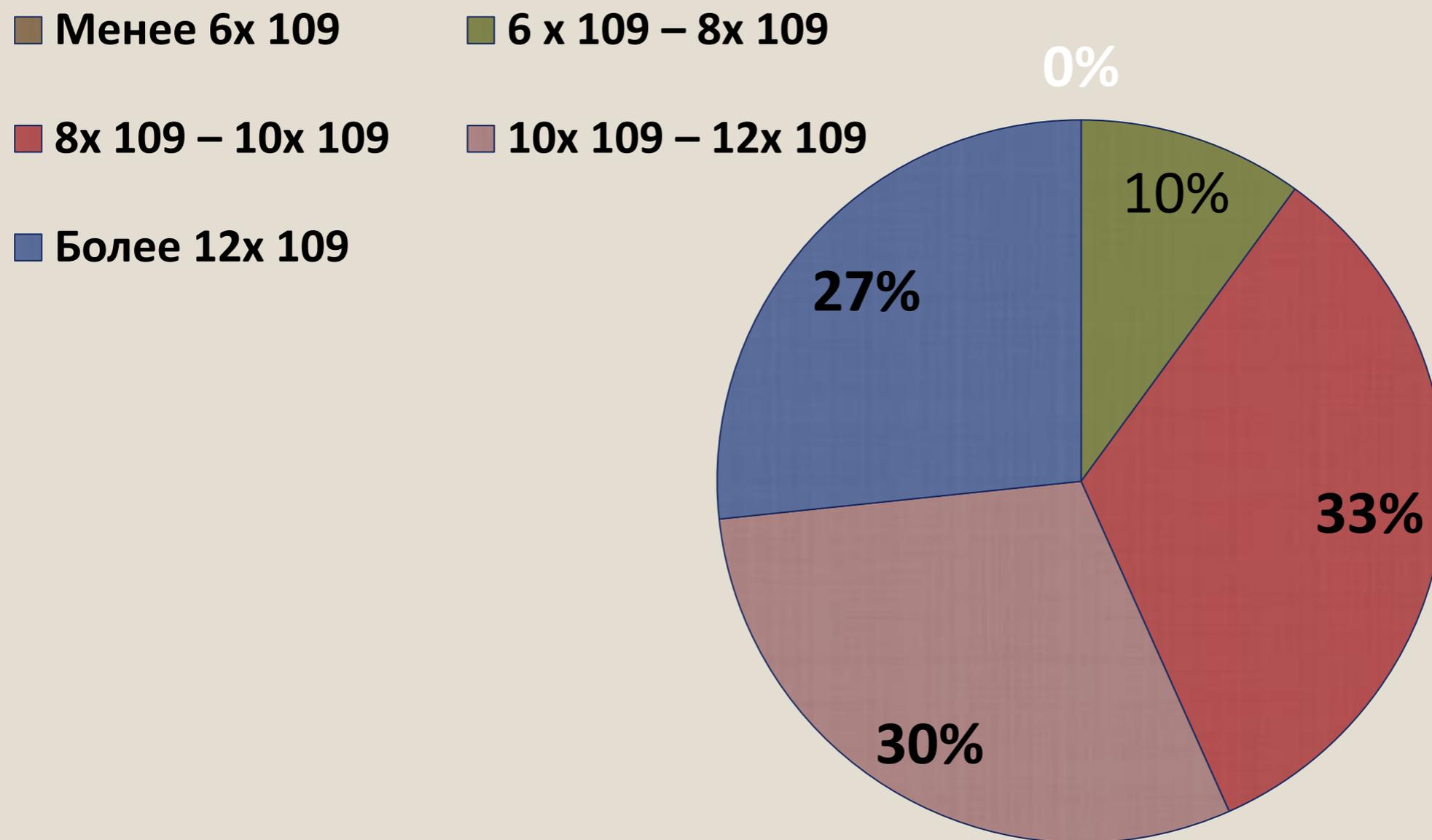


Таблица 1–Основные клинические симптомы при острых гнойных одонтогенных периоститах и остеомиелитах челюстей у детей, находящихся под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска

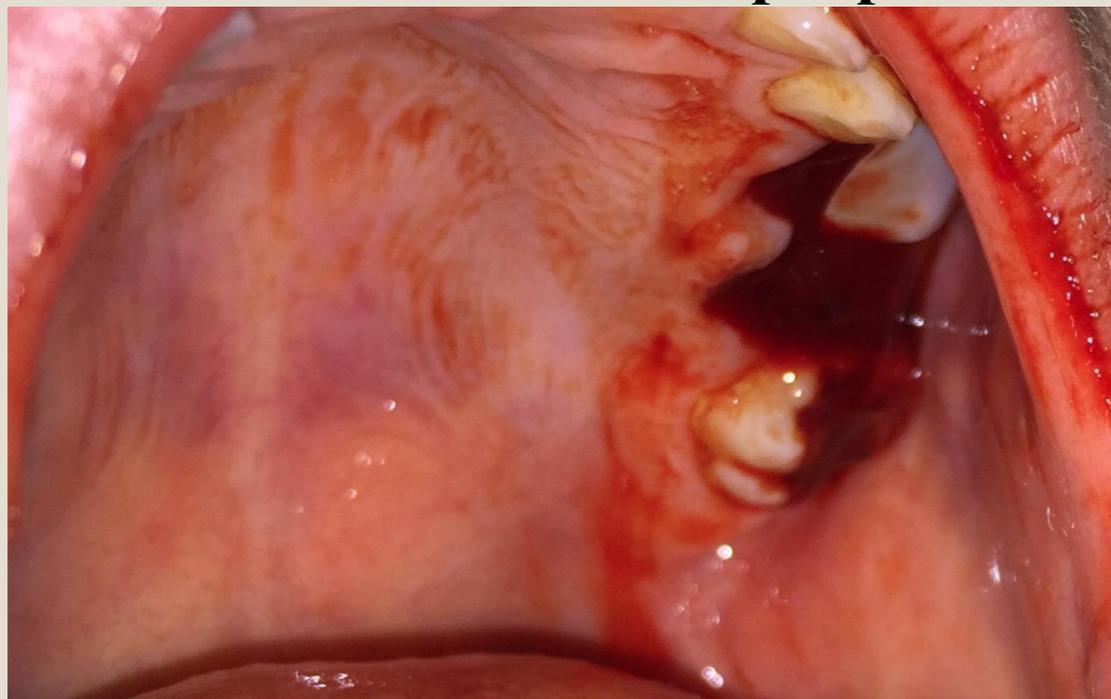
| Клинические симптомы | Число пациентов с воспалительными заболеваниями челюстей | |
|---|--|-----|
| | абс | % |
| Болевой синдром | 30 | 100 |
| Иррадиация боли | 0 | 0 |
| Коллатеральный отек мягких тканей лица | 30 | 100 |
| Ограничение открывания рта | 0 | 0 |
| Цвет кожных покровов в области отека (гиперемия) | 30 | 100 |
| Наличие “причинного” зуба | 30 | 100 |
| Болезненная перкуссия “причинного зуба” | 30 | 100 |
| Наличие поднадкостничного гнойного очага | 30 | 100 |

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



Оказание медицинской помощи начинали с неотложного хирургического вмешательства – первичной хирургической обработки инфекционно-воспалительного очага, осуществляемой под общим обезболиванием. В процессе оперативного вмешательства в обязательном порядке удаляли «причинный» зуб, вызвавший и поддерживающий ИВП в кости и прилежащих мягких тканях, создавали оптимальные условия для эвакуации гнойного экссудата.

После первичной хирургической обработки инфекционно-воспалительного очага, проводили инстилляцию раны 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата с последующей постановкой дренажа из перчаточной резины. Дренажи заменяли при каждой перевязке. Продолжительность дренирования раны определяли на основании констатации прекращения отделения гнойного экссудата.



Пациент 7 лет

состояние после удаления 6.4,
6.5 зубов и периостотомии

Медикаментозное лечение включало антибиотики широкого спектра действия, обладающие тропизмом к костной ткани в возрастной дозе курсом 7 дней; нестероидные противовоспалительными лекарственные средства; антигистаминные препараты; общеукрепляющие средства.

После купирования острой фазы воспалительного процесса не ранее, чем с 3-х суток после оперативного вмешательства детям назначали физиотерапию – 5 процедур токов ультравысокой частоты.

Средняя продолжительность лечения пациентов исследуемой категории в условиях стационара составила 6,7 койко-дней



*Пациент 6 лет,
Острый одонтогенный
остеомиелит верхней челюсти слева
от 6.4 зуба*

ВЫВОДЫ

- 1.Полученные результаты позволяют заключить, что все наблюдаемые пациенты имели выраженные классические признаки воспалительного процесса.**
- 2.У $26,7\pm 8,1\%$ пациентов был констатирован системный воспалительный ответ. Данный факт свидетельствовал об обоснованности госпитализации лиц с указанным стоматологическим и соматическим статусом в стационар.**
- 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.Своевременное радикальное хирургическое вмешательство и адекватная медикаментозная и физиотерапия способствуют выздоровлению детей и предупреждению развития тяжелых осложнений, угрожающих их жизни. Однако период времени стационарного лечения, составляющий 6,7 дней, является достаточно продолжительным. Это диктует необходимость усовершенствовании подхода к лечению острого гнойного периостита челюсти у детей.**

Спасибо за внимание!!!

