

**Щавровская Л.А., Цурикова И.М.**

## **ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ И РОЛЬ БАКТЕРИЙ В ЕГО РАЗВИТИИ**

**Научный руководитель: канд. с-х. наук, ст. преп. Рябцева Т.В.,**

**канд. мед. наук, доц. Назаренко О.Н.**

*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии*

*Кафедра пропедевтики детских болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Одонтогенный остеомиелит остается серьезной проблемой детской челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ). Особенности строения костной ткани и высокая реактивность детского организма способствуют быстрому распространению инфекции от пораженного зуба в толщу челюсти, что требует глубокого понимания роли микрофлоры в развитии воспаления.

**Цель:** изучить клинические особенности течения одонтогенного остеомиелита у детей и проанализировать роль бактериальных патогенов в его патогенезе на основе архивного материала.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинических и лабораторных данных 30 пациентов детского возраста (15 – мужского пола и 15 – женского), находившихся на лечении в отделении ЧЛХ УЗ «4-я ГДКБ» г. Минска с диагнозом «острый одонтогенный остеомиелит». Оценивались жалобы, данные осмотра, показатели общего анализа крови и локализация процесса.

**Результаты и их обсуждение.** Возрастная структура: Пик заболеваемости пришелся на возраст 6–9 лет, что соответствует периоду активной смены зубов. Локализация: В 70% случаев процесс локализовался на нижней челюсти в области временных моляров. Клинические проявления: У всех пациентов (100%) наблюдался выраженный лейкоцитоз (ср.  $12\text{--}15 \times 10^9/\text{л}$ ) и повышение СОЭ, что свидетельствует о высокой бактериальной нагрузке и системном ответе на эндотоксины.

Роль бактерий (аналитический компонент): Несмотря на полимикробный характер заболевания, клиническая картина (бурное начало, высокая температура до  $38.5\text{--}39^\circ\text{C}$ , быстрое формирование гнойного экссудата) указывает на ведущую роль золотистого стафилококка и стрептококков. Эти патогены выделяют ферменты (гиалуронидазу), которые разрушают надкостницу и способствуют выходу гноя в мягкие ткани (формирование околочелюстных флегмон).

**Выводы.** Одонтогенный остеомиелит у детей в равной степени поражает мальчиков и девочек, чаще всего в период сменного прикуса. Тяжесть клинических проявлений и изменения в анализах крови подтверждают высокую агрессивность микробных ассоциаций, доминирующих в одонтогенном очаге. Своевременное удаление «причинного» зуба является критически важным этапом элиминации бактериального очага для предотвращения гибели зачатков постоянных зубов.