

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Ницзяти Нилунар

аспирант

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

tsetam@mail.ru

Терехова Тамара Николаевна

Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой, профессор

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

tsetam@mail.ru

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, в том числе у детей Республики Беларусь.

Цель исследования – определить особенности оказания хирургической помощи детям с воспалительными заболеваниями челюстей.

Объектом исследования являются 10 детей в возрасте от двух до четырнадцати лет с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-ая городская детская клиническая больница» г. Минска.

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.

Назначали в возрастной дозировке антибиотики широкого спектра действия в сочетании с нестероидными противовоспалительными и антигистаминными препаратами.

После купирования острой фазы воспалительного процесса детям назначали по 5 процедур УВЧ-терапии.

Средняя длительность лечения детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в стационаре составила 4,76 дней.

Своевременное радикальное хирургическое вмешательство и адекватная медикаментозная и физическая терапия способствовали полному выздоровлению детей и предупреждению развития осложнений, угрожающих их жизни.

Ключевые слова: *дети; воспалительные заболевания челюстно-лицевой области; диагностика; лечение.*

TACTICS OF TREATMENT OF INFLAMMATORY PROCESSES IN CHILDREN IN THE DEPARTMENT OF OXYGEN FACIAL SURGERY

Nijati Nilupar
aspirant

Belarusian State Medical University
Belarus, Minsk
tsetam@mail.ru

Terekhova Tamara N.

DD, Head of the Department, Professor
Belarusian State Medical University
Belarus, Minsk
tsetam@mail.ru

Inflammatory diseases of the maxillofacial region (MFA) are the most frequent diseases of children from two to nine years old. MFA occupy more than 50% in the structure of nosologies including children of the Republic of Belarus [1,4,7].

The purpose of the study – identify the features of surgical care for children with inflammatory diseases of the jaw.

The object of the study are 10 children from two to fourteen years old with inflammatory diseases of the maxillofacial region who are being treated in the Department of Maxillofacial Surgery of the UZ "4th City Children's Clinical Hospital" in Minsk.

Treatment of children with odontogenic inflammatory processes included tooth extraction, which caused a suppurative process in soft tissues and bones, primary surgical treatment of a purulent focus with drainage of a rubber strip until the purulent discharge was completely stopped.

Antibiotics of a wide spectrum of action were prescribed at an age-related dosage in combination with non-steroidal anti-inflammatory and antihistamines.

After stopping the acute phase of the inflammatory process, children were prescribed 5 UHF-therapy procedures.

Radical surgical intervention and adequate medication and physical therapy contributed to the full recovery of children and the prevention of complications that threaten their lives.

Key words: *children; inflammatory diseases of the maxillofacial area; diagnostics; treatment.*

Введение. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей в возрасте от двух до девяти лет являются наиболее распространенными, в том числе у детей Республики Беларусь [4, 7]. Одонтогенный периостит челюстных костей является частым последствием несвоевременного или нерационального лечения зубов с осложненным кариесом. Удельный вес пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи

в разных клиниках составляет от 31 до 55% и имеет тенденцию к увеличению [1].

По мнению многих авторов, из-за возможности быстрого распространения инфекционного процесса, обусловленного анатомо-физиологическими и топографическими факторами, особенностями кровоснабжения, лимфообращения, а также рефлексогенности зоны, близости центральной нервной системы, лечение периостита и остеомиелита у детей должно проводиться в стационаре и включать комплекс лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию воспалительного процесса [2, 3, 5, 6].

Цель исследования. Определить особенности оказания хирургической помощи детям с воспалительными заболеваниями челюстей в условиях стационара.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования явились 10 детей в возрасте от двух до четырнадцати лет с воспалительными заболеваниями челюстей (одонтогенный периостит и остеомиелит) челюстно-лицевой области, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии УЗ «4-ая городская детская клиническая больница» в период с 11.12.2018г. по 26.02. 2019 года. Нами проведено комплексное обследование и лечение этих детей.

Методы исследования: клинический (сбор анамнеза, выяснение жалоб, осмотр, пальпация, постановка диагноза), микробиологический, статистический.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска, в возрасте от одного до четырнадцати лет. Одонтогенные воспалительные процессы статистически значимо чаще ($\chi^2=161,6$; $p<0,001$) зарегистрированы у детей в возрасте шести и семи лет ($50,0\pm 15,81\%$), с гендерными различиями. Большая часть пациентов (8 или $80,0\pm 12,6\%$) являлись лицами мужского пола. Патологический процесс локализовался чаще на нижней челюсти, а источником инфекции одинаково часто являлись первые ($37,5\pm 17,12\%$) и вторые ($37,5\pm 17,12\%$) временные моляры, а на верхней челюсти – центральные резцы ($40\pm 21,91\%$) (рисунок 1). Статистически значимо чаще ($\chi^2=20,8$; $p<0,001$) первые постоянные моляры служили входными воротами инфекции на нижней челюсти ($7,7\pm 7,39\%$), чем на верхней челюсти ($0,8\pm 0,58\%$).

Все наблюдаемые пациенты предъявляли жалобы на боль в области первичного очага одонтогенной инфекции («причинного» зуба; перкуссия которого в 100% наблюдений была положительной). Объективно: у всех пациентов был констатирован коллатеральный отёк окологлазничных мягких тканей (рисунок), выраженная реакция регионарных лимфатических узлов. Гиперемия кожных покровов над очагом поражения зарегистрирована у $40\pm 15,49\%$ пациентов. Инфильтрат по переходной складке с чётко обозначенным при пальпации контуром был выявлен в $90\pm 9,49\%$ наблюдений.

Температура тела у 40,0 % пациентов была субфебрильной, у 60,0% её значения можно расценить как гиперэргические.

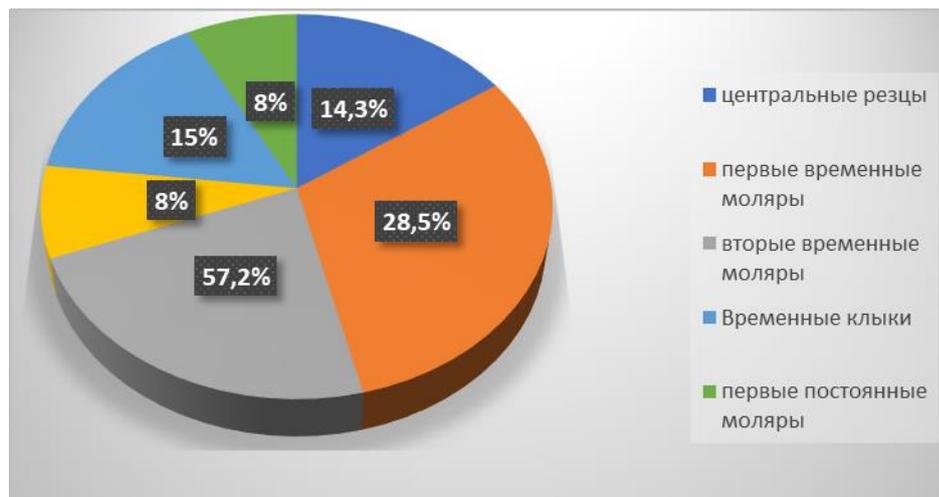


Рисунок 1 – Источник инфекции у детей, находящихся под нашим наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии 4 городской детской клинической больницы г. Минска

У $60 \pm 15,49\%$ пациентов содержание лейкоцитов в периферической крови подтверждало гиперэргическую реакцию организма и в комплексе с данными о температуре тела может расцениваться как свидетельство присутствия системного воспалительного ответа, что подтверждало обоснованность госпитализации.

При проведении микробиологических исследований установлено, что в гнойном очаге у 90% пациентов, находящихся под нашим наблюдением, выявлялась монокультура *Streptococcus α-haemolyticus* в концентрации ниже «критического уровня».

Лечение детей с одонтогенными воспалительными процессами начинали с неотложной хирургической помощи под общим обезболиванием. Как правило, удаляли причинный зуб и проводили первичную хирургическую обработку гнойного очага. После вскрытия гнойных очагов раны промывали 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата и дренировали резиновой полоской до полного прекращения гнойного отделяемого.

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 и антигистаминными препаратами.

После купирования острой фазы воспалительного процесса детям назначали по 5 процедур УВЧ-терапии.

Средняя длительность лечения детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в стационаре составила 4,76 дней.

Заключение. 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.

Своевременное радикальное хирургическое вмешательство и адекватная медикаментозная и физическая терапия способствовали полному выздоровлению детей и предупреждению развития осложнений, угрожающих их жизни.

Пациенты без констатации системного воспалительного ответа (гирерэргической реакции) могут и должны получать специализированную стоматологическую хирургическую помощь в амбулаторных условиях.

Лица с констатированным системным воспалительным ответом в целях профилактики развития тяжёлых осложнений (разлитые флегмоны, медиастенит, тромбоз кавенозного синуса, сепсис) должны получать специализированную стоматологическую хирургическую помощь в условиях стационара с обеспечением должного уровня детоксикации и гиповолемической поддержки.

Список литературы:

1. Госпитальная и поликлиническая детская хирургическая стоматология: учебник / А. К. Корсак [и др.] ; под ред. А. К. Корсака. – Минск : БГМУ, 2016. – 527 .– С. 49-70
2. Стоматология детского возраста: учебник / А. А. Колесов [и др.]; под ред. А. А. Колесова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1991. – 463 с.
3. Стоматология. Челюстно-лицевая хирургия : учеб. пособие / Т. Н. Терехова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2008. – С.63-67
4. Структура и характер воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей / П. А. Железный [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – № 2. – С. 91-94
5. Dibart, S. Practical periodontal plastic surgery / S. Dibart, M. Karima. – Ames, Iowa : Blackwell Munksgaard, 2006. –108 p.
6. Esim, A. ZH. Алгоритм диагностики и лечения одонтогенных воспалительных процессов у детей разного возраста / А. ZH. Esim, В. Z. Kurmangaliev, В. S. Zhaksybaev // Вестник Каз. НМУ. – 2013. – № 3(2). – С.113-116
7. Kaban, L. Pediatric oral and maxillofacial surgery / L. Kaban, M. Troulis, – Saunars, 2004. – 496 p.