

## ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Кабанова С.А.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»  
Витебск, Беларусь.  
stomvsmu@mail.ru*

*На основании ретроспективного анализа данных историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в стоматологическом отделении Витебской областной клинической больницы, определены изменения структуры, особенности течения, лечения, а также проблемы в оказании помощи пациентам детского возраста.*

**Ключевые слова:** *инфекционно-воспалительные процессы; дети; челюстно-лицевая область.*

## PROBLEMS OF HEALTH CARE FOR CHILDREN WITH MAXILLOFACIAL INFLAMMATORY DISEASES

**Kabanova S.A.**

*Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University  
Vitebsk, Belarus*

*Annotation. Based on a retrospective analysis of the data from the case histories of children who were inpatient treatment for maxillofacial inflammatory diseases in the Vitebsk Regional Clinical Hospital, changes in the structure, clinical signs, treatment, as well as problems in providing care to pediatric patients were identified.*

**Key words:** *inflammatory processes, children, maxillofacial area.*

Динамичный процесс развития ребенка в различные возрастные периоды, особенности формирования иммунитета, многообразие этиологических факторов и быстрое развитие гнойного процесса у детей определяют актуальность изучения проблем, связанных с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области у детей [1,2].

Исходы гнойно-воспалительных заболеваний у детей осложняются тем, что поражение зон роста челюстных костей приводит к тяжелым, трудно устранимым деформациям. Это требует диспансеризации этого контингента до завершения роста и формирования челюстно-лицевой области [3].

Цель исследования – изучить изменения структуры развития инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, особенности их течения и оказания медицинской помощи.

Проведен ретроспективный анализ 381 истории болезни пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области в возрасте до 18 лет, которые лечились в стационаре Витебской областной клинической больницы в периоды с 1997 по 2001 (212 человек) и с 2018 по 2020 годы (178 человек). Изучена структура заболеваемости в различные возрастные периоды, этиология, чувствительность микрофлоры к антибиотикам, а также другие

компоненты консервативного лечения детей с гнойными процессами. Спектр микрофлоры изучен у 70 пациентов.

В результате исследования установлено снижение среднего возраста детей, госпитализированных по поводу воспалительных процессов детей с 11,6+4,2 лет (1997 – 2001 годы) до 10,3+5,1 лет (2018 -2020 годы). Срок от момента появления боли до обращения за медицинской помощью уменьшился по сравнению с ранним периодом (4,3 дня) и составил 3,5 дня в 2020 году. Анализ данных показал, что лишь 11 % детей стоматологическая помощь была оказана в день появления жалоб на боль в зубе, у 17% поводом для обращения к стоматологу явилась припухлость мягких тканей возле зуба. Основная часть пациентов детского возраста (73%) день обратились за медицинской помощью в день нарушения общего состояния и повышения температуры. Среди причин для госпитализации отмечены: значительное нарушение общего состояния, выраженные местные клинические признаки периостита, аллергические реакции или сопутствующие хронические заболевания в анамнезе, сомнительный диагноз в связи с быстрым переходом серозной стадии воспаления в гнойную, возраст до 4 лет независимо от тяжести воспаления. Изучение структуры нозологических форм гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в 1997-2001 году показало, что у пациентов до 4 лет преобладали абсцессы и лимфадениты. В 4-7 лет периоститы челюстей составляют основную группу патологических состояний (53,9%), меньшую – остеомиелиты (19,2%), абсцессы и лимфадениты (по 11,5%), а также фурункулы (3,9%). У детей 7-12 лет также чаще развиваются периоститы челюстей (43%), реже флегмоны (23%), лимфадениты (10,8%), остеомиелиты (9,2%), абсцессы (7,7%) и фурункулы (6,3%). У пациентов 12-18 лет чаще возникают периоститы (38,7% случаев), абсцессы (22,7%), фурункулы (20,2%), флегмоны (10,9%), остеомиелиты (4,2%) и лимфадениты (3,4%). С 2018 по 2020 годы у пациентов до 4 лет чаще встречаются лимфадениты челюстно-лицевой области (46,6%), реже периоститы челюстей (40%), остеомиелиты и фурункулы (6,7% каждый). В структуре заболеваний у 4-7 летних детей преобладают периоститы (63,2%), в меньшем количестве наблюдаются лимфадениты (26,3%), флегмоны (5,3%), а остеомиелиты и абсцессы (2,6%). У детей 7-12 лет чаще возникают периоститы (в 40,8% случаев), лимфадениты (24,5%), фурункулы (14,5%), флегмоны (8,2%), абсцессы (6%) и остеомиелиты (6%). У детей старшего школьного возраста воспалительные заболевания челюстно-лицевой области представлены следующим образом: фурункулы (38,8%), периоститы (32,8%), лимфадениты (16,4%), флегмоны (6%), абсцессы (3%) и остеомиелиты (3%).

Таким образом, в структуре гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей от рождения до 7 лет за последние годы произошло увеличение случаев развития периоститов челюстей и лимфаденитов. У пациентов от 7 до 12 лет отмечается рост количества лимфаденитов и фурункулов, при снижении количества периоститов, остеомиелитов и флегмон области головы и шеи. В группе пациентов 12-18 лет реже стали встречаться периоститы, абсцессы, флегмоны и остеомиелиты

челюстно-лицевой области, в то же время за период с 2001 по 2020 год произошло увеличение количества лимфаденитов данной локализации.

Основными компонентами лечебных мероприятий являлись: неотложная хирургическая помощь, активная противовоспалительная терапия, борьба с общей интоксикацией, назначение общеукрепляющих средств. В качестве средства для наркоза при проведении хирургических операций в большинстве случаев использовалось внутривенное введение пропофола (диприван, рекофол), преимуществом использования которого у детей является быстрое начало действия и быстрое пробуждение, что определяет его возможности для поддержания анестезии любой длительности. Расчет дозы осуществлялся по формуле: доза (в мг/кг массы тела) =  $5,2 - 0,152 \times \text{возраст (в годах)}$ . В ряде случаев существенной оказалась проблема венозного доступа у детей.

В 88% случаев причиной возникновения и развития воспалительных процессов челюстно-лицевой области у пациентов в возрасте до 18 лет по нашим данным являются стафилококки. При изучении чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам, выяснилось, что стафилококки высокочувствительны к амикацину (96,15% чувствительных штаммов), доксициклину (96,15%), цефазолину (89,56%), линкомицину (82,77%), оксациллину (73,08%). Так как течение воспалительного процесса у детей характеризуется выраженной интоксикацией, то нельзя переоценить необходимость дезинтоксикационной терапии. Если при легкой степени заболевания с целью дезинтоксикации был достаточен обильный прием жидкости, то при средне-тяжелых формах воспаления проводилась инфузионная терапия (гемодез в/в капельно, разовая доза для детей 5-10 мл/кг; раствор натрия хлорида изотонический в /в капельно в дозе 20-30 мл/кг веса ребенка; реополиглюкин в/в капельно, 5-10 мл/кг) или экстракорпоральная гемосорбция в виде плазмофереза, УФО крови, лазерного облучения крови. С целью форсированного диуреза использовался фуросемид в виде однократного введения внутрь или в/в 0,5-1,0 мг/кг.

В качестве препаратов, повышающих неспецифическую резистентность и иммунологические свойства организма использовалась пассивная иммунизация, препараты, повышающие иммунные и регенераторные свойства организма, (пентоксил), препараты, способствующие улучшению тканевого дыхания - витаминные комплексы С, В1, В2, В6, Е; сочетание пентоксила с дибазолом, оротатом калия, метилурацилом, а также физиотерапевтическое лечение.

К проблемам, влияющим на исход инфекционно-воспалительных заболеваний у детей, можно отнести: затягивание сроков консервативного лечения, незначительное время дренирования раны, неправильную тактику относительно "причинного" зуба, нарушение методики хирургического вмешательства (неправильно выбранное место вскрытия абсцесса, разрез проведен не до кости, а в области мягких тканей).

### Список литературы

1. Харьков Л.В. Тактика лечения периоститов челюстей у детей/ Л.В.Харьков, И.Л.Чехова, Н.И.Неродченко // Стоматология. - 2001. - №9. - С.42-44.

2. Структура и характер воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей. / П.А. Железный и др.] //Мед. наука и образование Урала. - 2017. - №2. - С.91-94.

3. Ницзяти Н. Лечение детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области /Ницзяти Н., Терехова Т.Н. //Паринские чтения 2020. Актуальные вопросы диагностики, лечения и диспансеризации пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.: сб. трудов Нац. конгресса с международным участием «Паринские чтения 2020» - Минск: Изд. центр БГМУ, 2020 - С.123-124.