

Сосновская Л. А.
**ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ В СТРУКТУРЕ АМБУЛАТОРНОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ**

Научный руководитель Максимович Е. В.

Кафедра хирургической стоматологии

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Острый гнойный периостит – основная причина экстренных хирургических вмешательств на амбулаторном стоматологическом приеме, является осложнением острого или обострения хронического периодонтита. Воспалительный процесс также может развиваться при затрудненном прорезывании зубов, нагноении корневых кист, заболеваниях пародонта, как осложнение эндодонтического лечения зубов при выведении большого количества пломбировочного материала за верхушку корня зуба, недостаточной обработки каналов антисептиками.

Диагноз ставится на основании анамнеза, клинических и рентгенологических данных. В периферической крови определяется картина воспалительной реакции.

Цель: определить удельный вес острых периоститов челюстей в структуре экстренной хирургической патологии на амбулаторном стоматологическом приеме, изучить его эпидемиологические характеристики, прогнозирование течения острого периостита челюстей.

Материал и методы. Исследования проводились на базе стоматологического отделения УЗ «5 городская клиническая поликлиника» г. Минска. Были изучены амбулаторные стоматологические карты, экстренные операционные журналы за период 11.2012 – 12.2013 гг., у 10 пациентов были изучены анализы крови при первичном обращении по поводу острого периостита.

Результаты. Острый периостит чаще поражает вестибулярную поверхность челюсти (у 92,5 % больных). В области нижней челюсти периостит наблюдался у 58,9 % больных, верхней – у 41,1 %. Заболевание преимущественно возникает в возрасте от 20 до 40 лет, чаще у мужчин. Наиболее часто причиной воспаления являются первые большие коренные зубы на нижней челюсти в 21% случаев, на верхней – в 17%.

У больных с острым гнойным периоститом челюсти при исследовании крови может быть увеличено число лейкоцитов до 10,0-12,0-10⁹/л, нейтрофилез до 70-78 %, СОЭ чаще остается в норме, может увеличиться до 15-20 мм/ч. Увеличение СОЭ в динамике заболевания может указывать на недостаточность оперативного вмешательства или развитие вторичного кортикального остеомиелита.

Заключение. По нашим данным основной причиной острого периостита челюстей является обострение хронического периодонтита 1 моляра на нижней челюсти. Изменения в анализах периферической крови позволяют спрогнозировать развитие течения воспалительного процесса.