

Медицина

УДК 617.52-001

DOI: 10.52754/16947452\_2022\_3\_44

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

*Ешиев Абдыракман Молдалиевич,  
д.м.н, профессор, член-корр. НАН КР  
[eshiev-abdyrakhman@rambler.ru](mailto:eshiev-abdyrakhman@rambler.ru)*

*Ошский государственный университет  
Ош, Кыргызстан*

***Аннотация.** Профилактика и эффективное лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области остаётся чрезвычайно актуальным вопросом на сегодняшний день. Среди факторов, вызывающие развитие этих процессов, основное значение имеют очаги хронической одонтогенной инфекции, а также нарушение преемственности поликлинического и стационарного обеспечения хирургических стоматологических больных. Нами изучено 595 больных детей с одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО, получающие стационарное лечение в ОМОКБ. Анализ клинического материала свидетельствует, что основная часть больных 91,9% обратились за хирургической помощью в стационар во время обострения процесса в периодонте и периосте. У 80,8% больных определялся коллатеральный отёк мягких тканей в области «причинного» зуба, свищи с гнойным отделяемым в области «причинного» зуба имели место у 19,2% больных, у 96,9%, - зубы были разрушены кариозным процессом. Цель профилактики острых воспалительных заболеваний ЧЛО у детей - более раннее направление и лечение этой категории больных в условиях специализированного челюстно-лицевого стационара; лечение детей с острыми воспалительными процессами является многокомпонентным, комплексным и в полном объёме его можно провести в условиях в ОМОКБ при наличии современных диагностических центров и отделении интенсивной терапии; улучшение качества лечебной работы путём психологической перестройки взрослых врачей стоматологов общей практики, стремление к повышению своей квалификации в детской стоматологии; комплексное лечение должно предусматриваться этио-патогенетической терапией с использованием современных принципов общего и местного лечения воспалительных процессов ЧЛО.*

***Ключевые слова:** донтогенная инфекция, терапия, гнойно-воспалительные заболевания, секвестр, корневые каналы, периостит.*

## БАЛДАРДЫН БЕТ-ЖААК АЙМАКТАРЫНЫН СЕЗГЕНУУ ООРУЛАРЫНЫН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛОО

*Ешиев Абдыракман Молдалиевич,*

[eshiev-abdyrakhman@rambler.ru](mailto:eshiev-abdyrakhman@rambler.ru)

м.и.д, профессор, КР УИА мүчө корреспонденти

Ош мамлекеттик университети

Ош, Кыргызстан

**Аннотация.** Бет-жаак аймагынын сезгенүү ооруларын алдын алуу жана натыйжалуу дарылоо бүгүнкү күндө өтө актуалдуу бойдон калууда. Бул процесстердин өнүгүшүн шарттаган факторлордун ичинен өнөкөт одонтогендик инфекциянын очоктору, ошондой эле хирургиялык стоматологиялык бейтаптарды амбулатордук жана стационардык колдоонун үзгүлтүксүздүгүн бузуу биринчи кезектеги мааниге ээ. Биз ОМОКБ стационардык дарыланууда бет-жаак аймагынын одонтогендик сезгенүү оорулары менен ооруган 595 баланы изилдедик. Клиникалык материалды талдоо көрсөткөндөй, оорулуулардын көпчүлүгү (91,9%) периодонт жана периост процессинин курчушу учурунда ооруканага хирургиялык жардам сурап кайрылышкан. Пациенттин 80,8%да "себептүү" тиштин аймагында жумшак ткандардын коллатералдык шишиги аныкталган, "себептүү" тиштин аймагында ириңдүү агындылар менен фистулалар бейтаптардын 19,2%ында, 96,9% да тиштер кариес процесси менен талкаланган. Балдардын бет-жаак аймагынын курч сезгенүү ооруларын алдын алуунун максаты: бул категориядагы бейтаптарды адистештирилген бет-жаак стационарына эртерээк жөнөтүү жана дарылоо; курч сезгенүү процесстери бар балдарды дарылоо көп компоненттүү, татаал жана заманбап диагностикалык борборлор жана реанимация бөлүмү бар ОМОКБ шарттарында толук көлөмдө жүргүзүлүшү мүмкүн; бойго жеткен жалпы стоматологдорду психологиялык жактан кайра куруу, балдар стоматологиясы боюнча алардын квалификациясын жогорулатууга умтулуу аркылуу медициналык иштин сапатын жогорулатуу; комплекстүү дарылоо жаак-бет аймагындагы сезгенүү процесстерин жалпы жана жергиликтүү дарылоонун заманбап принциптерин колдонуу менен этио-патогенетикалык терапияны камтышы керек.

**Ачык сөздөр:** Одонтогендик инфекция, терапия, ириңдүү-сезгенүү оорулары, секвестр, тамыр каналдары, периостит.

## PREVENTION AND TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN

Eshiev Abdyrakhman Moldalievich,

doctor of medical sciences, professor, corresponding member NAS KR,

[eshiev-abdyrakhman@rambler.ru](mailto:eshiev-abdyrakhman@rambler.ru)

Osh State University

Osh, Kyrgyzstan

**Abstract.** Prevention and effective treatment of inflammatory diseases of the maxillofacial region remains extremely relevant today. Among the factors causing the development of these processes, foci of chronic odontogenic infection, as well as a violation of the continuity of

*outpatient and inpatient support for surgical dental patients, are of primary importance. We have studied 595 sick children with odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial area receiving inpatient treatment for OIUCH. The analysis of the clinical material shows that the majority of patients (91.9%) applied for surgical assistance to the hospital during an exacerbation of the process in the periodontium and periosteum. In 80.8% of the patient, collateral edema of soft tissues was determined in the area of the “causal” tooth, fistulas with purulent discharge in the area of the “causal” tooth occurred in 19.2% of patients, in 96.9%, the teeth were destroyed by a carious process. The purpose of prevention of acute inflammatory diseases of the maxillofacial region in children is: earlier referral and treatment of this category of patients in a specialized maxillofacial hospital; treatment of children with acute inflammatory processes is multicomponent, complex and can be carried out in full in the conditions in the ОМОКВ with modern diagnostic centers and an intensive care unit; to improve the quality of medical work through the psychological restructuring of adult general dentists, the desire to improve their skills in pediatric dentistry; complex treatment should include etio-pathogenetic therapy using modern principles of general and local treatment of inflammatory processes in the maxillofacial area.*

**Keywords.** *Odontogenic infection, therapy, purulent-inflammatory diseases, sequestration, root canals, periostitis.*

**Введение.** Пути профилактики и эффективного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области остаётся чрезвычайно актуальными на сегодняшний день. В настоящее время воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей по данным клиники челюстно-лицевой хирургии в Ошской межобластной объединённой клинической больницы являются наиболее распространённой патологией. Выборочное исследование больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, проведённое сотрудниками нашей клиники за последние 3 лет показало, что, показатели остаётся высокими, не смотря на определённые успехи стоматологической науки и практики [1, 6].

По данным некоторых авторов [2, 4, 7, 9, 12] они составляют 57,5 – 62.4% первичных хирургических больных челюстно-лицевого стационара. Среди факторов, вызывающих развитие этих процессов, основное значение имеют очаги хронической одонтогенной инфекции, а также нарушение преемственности поликлинического и стационарного обеспечения хирургических стоматологических больных. Одонтогенные воспалительные процессы ЧЛЮ у детей по клиническому течению отличаются от взрослых, и имеют ряд особенностей, которые во многом обусловлены анатомо-физиологическими особенностями детского организма. В частности, с одной

стороны - богатая васкуляризация челюстно-лицевой области у детей способствует активной регенерации, с другой стороны- гематогенному распространению одонтогенной инфекции. Наряду с этим, у детей раннего возраста идёт интенсивная перестройка челюстей. Наличие зон роста, широкие гаверсовы каналы, неустойчивость миелоидного мозга к инфекции, обильное экстраоссальное кровоснабжение челюстей и другие факторы объясняют своеобразие клинического течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей [3, 5].

На тяжесть клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой локализации оказывает влияние вредных факторов окружающей среды, всеобщая аллергизация и другие причины, которые приводят к снижению общей иммунологической реактивности организма. Следует отметить относительную незрелость органов и тканей у детей, обильность лимфоидной ткани и плохую проницаемость для антибактериальных препаратов, повреждения и повышенную проницаемость для микробов естественных защитных барьеров у детей. Обычно острые одонтогенные воспалительные заболевания у детей протекают с высокой температурой тела, с резко выраженным отёком и припухлостью тканей. В тяжелых случаях в начале заболевания отмечаются рвота и понос, а также быстрый переход в хроническую форму по сравнению со взрослыми больными. Воспалительный процесс часто вовлекаются зачатки зубов, что отягощает течение заболеваний и требует чрезвычайно бережного отношения во время оперативного вмешательства. При одонтогенных хронических процессах происходит раннее поражение и секвестрация участков челюсти, сопровождающихся поражением ростковых зон костной ткани и часто вызывающие различные деформации, и недоразвитие челюстей [8, 10, 11, 13].

Цель данной работы: провести анализ причин, способствующих развитию хронических очагов одонтогенной инфекции и наметить пути профилактики воспалительных осложнений.

**Материалы и методы исследования.** В клинике челюстно-лицевой хирургии в Ошской межобластной объединенной клинической больнице в течение 3-х лет находились на стационарном лечении 595 больных детей с одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО, из них мальчиков - 311 (52,2%), девочек - 284 (47,8%) в возрасте от 3 до 14 лет, которые обратились в клинику челюстно-лицевой хирургии с одонтогенными воспалительными

процессами ЧЛЮ, развившиеся в различные сроки от начала заболевания. При обследовании больных изучали анамнез заболевания, состояние «причинных» зубов, а также рентгенологическую картину рядом находящихся зубов (643 зуба), определение состояния пародонте и зачатков постоянных зубов проходимость и степень формирования корневых каналов.

**Результаты исследования и их обсуждения.** Анализ клинического материала свидетельствует, что основная часть больных 547 (91,9%) обратились за хирургической помощью в стационар во время обострения процесса в периодонте и периосте. У 481 (80,8%) больных определялся коллатеральный отёк мягких тканей в области «причинного» зуба, свищи с гнойным отделяемым в области «причинного» зуба имели место у 114 (19,2%) больных, у 577 больного (96,9%), зубы были разрушены кариозным процессом.

Рентгенологический контроль 643 зубов верхней и нижней челюстей позволили выявить изменения, характерные для хронического гранулематозного, гранулирующего, фиброзного периодонтитов, а также различные состояния зачатков постоянных зубов: зачаток-здоровый у 405 (62,9%), зачаток-под угрозой у 102 (15,8%), погибающий зачаток у 89 (13,9%), мёртвый зачаток у 47 (7,4) %. В ряд случаев обнаружено разряжение костной ткани с образованием секвестров и развитием остеомиелитических поражений челюстных костей у 68 (11,4%) больных.

Анализ причин возникновения прогрессирующих воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей показал, что стоматологами-терапевтами и стоматологами-хирургами в государственных и частных стоматологических поликлиниках допускаются ряд диагностических оперативно-тактических ошибок, которые приводят к потере времени, утяжелению клинической картины заболевания, распространению гнойно-воспалительного процесса и развитию тяжелеющих осложнений. Причина возникновения прогрессирующих воспалительных процессов челюстно-лицевой области является неадекватное лечение (недостаточный отток гноя через канал зуба, недостаточный разрез при периостомии, неполноценное назначение антибиотикотерапии) в стоматологических поликлиниках или стоматологических кабинетах, частных стоматологических клиниках, а последнее, как правило, бывает типичной для детского возраста.

Изучение анамнеза болезни больных показало, что она выражается в несвоевременной и неправильной диагностике заболеваний. Недостаточность

разрезов, неудовлетворительное дренирование гнойного очага, неполноценность дезинтоксикации, и физиотерапии приводили к таким результатам. Прогрессирование и распространение заболеваний и их осложнений в челюстно-лицевой области возможна при организации преемственности поликлинического и стационарного обеспечения хирургических и стоматологических больных.

Однако мы должны признать, что уровень поликлинической стоматологической хирургической помощи в настоящее время не соответствует возрастным требованиям современной медицины. В структуре стоматологических поликлиник не предусмотрены клинические, биохимические и бактериологические лаборатории, поэтому в условиях стоматологической поликлиники врачи стоматологи не могут провести даже простейшее лабораторное обследование. Они тем самым, лишены возможности, определить тяжесть заболевания, своевременно распознать развитие тяжелейших осложнений и прогнозировать исход заболеваний. Своевременное выявление и адекватная терапия детей с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области затруднены также в следствии того, что значительное количество больных впервые обращаются за медицинской помощью в стоматологические кабинеты и хирургические отделения лечебных учреждений, где осуществляется так называемый смешанный приём. В большинстве случаев в таких кабинетах работают врачи стоматологи, неимеющие достаточной подготовки по хирургической стоматологии и, как правило, неимеющие опыта работы по детской стоматологии. Незная возрастных особенностей детского организма и течения современных воспалительных процессов их осложнений, а также, по-прежнему, полагаясь на всеильные антибиотики, они относятся к воспалительным процессам без должной настороженности.

Лечение детей с прогрессирующими острыми воспалительными процессами ЧЛЮ (флегмоны, фурункул-карбункулы, острый остеомиелиты челюстей и т.д.) в неспециализированных хирургических клиниках должно быть ограничено. Особенно в настоящее время часто госпитализируется в Ошской межобластной детской больнице в гнойную хирургию, и эти дети полноценное лечение не получают. Это связано с тем, что общие хирурги, также, незная особенностей течения одонтогенной инфекции, проводят неполноценную терапию, проводят неправильное вскрытие флегмоны, не умеют удалять причинного зуба, таким образом, источник инфекции не

ликвидируется, что приводит к возникновению тяжелейших осложнений, как медиастинит, сепсис, секвестрация челюстных костей.

Кроме того, 167 (28,1%) больных детей с периоститом и остеомиелитом челюстей за медицинской помощью не обращались и занимались самолечением. Обратились к табибам, знахарям или же получали лечение нетрадиционной медицины. Позднее обращение больных детей, объясняется низким уровнем санитарной грамотности населения, незнания значения зубов для здоровья ребёнка, а также страх перед лечением у стоматолога. Таким образом, у большинства больных-255(42,8%) детей очаги хронической одонтогенной инфекции не были устранены консервативно или же лечение было не адекватным.

**Выводы.** Проведенное клиническое, лабораторное и рентгенологическое исследование свидетельствует о том, что при профилактики острых воспалительных заболеваний ЧЛЮ у детей необходимо:

- Более раннее направление и лечение этой категории больных в условиях специализированного челюстно-лицевого стационара.

- Лечение детей с острыми воспалительными процессами является многокомпонентным, комплексным и в полном объёме его можно провести в условиях в ОМОКБ при наличии современных диагностических центров и отделении интенсивной терапии.

- Улучшить качество лечебной работы путём психологической перестройки взрослых врачей стоматологов общей практики, стремлением повышения своей квалификации.

- Комплексное лечение должно предусматривать этиопатогенетическую терапию с использованием современных принципов общего и местного лечения воспалительных процессов ЧЛЮ.

- Дезинтоксикационная терапия должна проводиться для восстановления реологических свойств крови, снижения интоксикации организма и улучшения тканевого питания.

- Местное лечение должно предусматривать общие принципы гнойной хирургии с использованием современных лекарственных препаратов с учетом фазы течения раневого процесса.

#### Литература

1. Абдуллаева С.А. Современное состояние вопроса этиологии, патогенеза и лечения флегмон дна полости рта и шеи/С.А. Абдуллаева // Известия ОшГУ, 2018.- №3.-С.168-171.

2. Базин А. К. Эпидемиологические аспекты кариозной болезни у школьников Новосибирска / А. К. Базин [и др.] // Сиб. Мед. Обозрение. -2011. -Т. 71, № 5. — С. 45–49.
3. Байриков И. М., Монаков В. А., Савельев А. Л., Монаков Д. В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Самарского государственного медицинского университета // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – № 11. – 2014. – С. 100–104.
4. Блинова А.С., Иволина Н.К., Каргина К.В., Дрегалкина А.А Частота, структура и динамика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области// Сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», 10-12 апреля 2019 г., Екатеринбург. –Том II. – С. 1026-1030.
5. Гостищев, В.К. Клиническая оперативная гнойная хирургия руководство / В.К. Гостищев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-240с.
6. Губин, М.А. Пути оптимизации лечения первичных гнойных ран лица и шеи / М. А. Губин // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2019. – № 2.-С.68-74.
7. Ешиев А.М., Ешиев Д.А., Абдуллаева С.А. Способ вскрытия флегмоны дна полости рта и шеи /Патент КР № 1876 от 30.07.2016 // Бюллетень Интеллектуальная Собственность, Бишкек. -2016.-№8.-С.7.
8. Железный П. А., Кобелкин М. В., Изюмов А. О., Апраксина Е.Ю., Апраксина Н. С., Минеева А. М. Структура и характер воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей// Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – Т. 18. – № 2 (90). – С.
9. Козлова А.В., Котельникова А.А., Дрегалкина А.А. Лекарственный (бисфосфонатный) остеонекроз челюстей. Дифференциальная диагностика с одонтогенным остеомиелитом // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы III Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов [Электронный ресурс], Екатеринбург, 3-5 апреля 2018 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. — Том 3. — 1029 с.
10. Нестеров А. В., Лебедев М. В., Захарова И. Ю. Частота и структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко) // Вестник Пензенского государственного университета № 1 (17). – 2017. – С. 65–71
11. Центило, В. Г. Одонтогенные флегмоны дна полости рта: особенности клиники, диагностики, оперативного лечения / В. Г. Центило, М. Ю. Павленко // Архив клинико-экспериментальной медицины. - 2012. - Т. 21, № 1. - С. 65-68.
12. Харитонов, Ю. М. Новые технологии в лечении больных с одонтогенной гнойной инфекцией / Ю. М. Харитонов, И. С. Фролов // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 3, ч. 3. -С. 582-585
13. Эпидемиологические аспекты кариозной болезни у школьников Новосибирска / А. К. Базин [и др.] // Сиб. мед. обозрение. - 2018. - Т. 71, № 5. - С. 45-49.