



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

А.Ж. Есим, А.Б.Токпаева

Казакский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
ГККП «Детская стоматологическая поликлиника», г.Алматы

Среди хирургической патологии челюстно-лицевой области у детей и взрослых одонтогенная остается ведущей. До настоящего времени большинство хирургов стоматологов и челюстно-лицевых хирургов придерживается тактики удаления зуба при одонтогенной инфекции [1,2]. Настоящая работа посвящена дифференцированному подходу по отношению к острым одонтогенным периоститам у детей, причиной которых явились временные зубы. Необходимо строго дифференцировать клинические особенности течения серозных и гнойных периоститов в зависимости от: возраста ребенка, локализации: верхняя, нижняя челюсть; длительности процесса, частоты рецидива хронического процесса в периодонте, множественности кариозного поражения, функциональной принадлежности зуба: передние, боковые, одно- многокорневые; наличие свищевого хода, соматического статуса.

Возраст ребенка. Этот показатель влияет на течение воспалительного процесса двояко: отрицательно и положительно.

1. Отрицательно. Чем меньше возраст ребенка, тем быстрее развивается воспалительный процесс. Общая реакция организма превалирует над местными проявлениями. Гипертермия за счет несовершенства центра терморегуляции. Общая интоксикация с явлениями внутричерепной гипертензии. Быстрая дегидратация.

2. Положительно (при своевременной и полноценной помощи. Быстрое восстановление микроциркуляции; быстрое купирование воспалительных процессов; быстрая регенерация костной ткани; не оставляет резидуальных явлений со стороны ЦНС и внутренних органов.

Локализация воспалительного очага. В ЧЛО особо важную роль этот показатель играет в период молочного прикуса. **Верхняя челюсть.** В детском возрасте имеются морфологические, топографические и функциональные особенности. Морфологически верхняя челюсть очень тонкая, слабо выражено костно-мозговое вещество, которое преимущественно расположено в альвеолярном отростке и слабо выражено в бугорке. Кортикальная пластинка очень тонкая. Из-за преимущественного экстраоссального кровоснабжения - много перфорационных отверстий. Верхняя челюсть пневматизированная кость. Однако надо помнить, что верхнечелюстная пазуха у детей младшего возраста по объему меньше. Топографическое расположение верхней челюсти играет своеобразную роль в течении и распространении острых периоститов. У детей младшего возраста кариесу подвергаются преимущественно

передние зубы в пределах 5.2, 6.2 реже 5.3 и 6.3. В этой связи гнойный воспалительный процесс для самой верхней челюсти протекает благоприятно, неблагоприятно - для окружающих тканей из-за особенностей сосудистой сети средней зоны лица. В функциональном отношении воспалительные процессы верхней челюсти при их локализации в переднем отделе особых нарушений не вызывают. При локализации очага от временных жевательных зубов возможны явления реактивного воспаления верхнечелюстной пазухи. В связи с тем, что венозная сеть средней зоны лица имеет тесную связь с венами полости глазницы и черепа, необходимо наибольшая осторожность и тщательность хирургической помощи при локализации воспалительных процессов, особенно у детей младшего возраста.

Нижняя челюсть. Анатомическая особенность нижней челюсти - выраженная кортикальная пластинка и обилие костно-мозгового вещества. Основным источником одонтогенных периоститов являются временные жевательные зубы. Морфологическая и функциональная особенности нижней челюсти также играют одинаково положительную и отрицательную роль.

Положительная: быстрое купирование; быстрая остеорегенерация; быстрое восстановление функции; менее выраженная перифокальная реакция; быстрая реакция со стороны регионарных лимфатических узлов; регенерация структуры лимфатических узлов у детей до 3-х лет, менее выраженная интоксикация.

Отрицательная: быстрое распространение воспалительного процесса по протяженности костно-мозгового вещества; раннее нарушение функциональной активности; быстрое формирование поднадкостничного абсцесса; быстрое распространение инфекции в регионарные лимфатические узлы; снижение функции слюнных и слизистых желез; ранняя дегидратация.

Длительность процесса. Данный признак особенно важен для детского возраста т.к. переход серозной стадии в гнойную может быть кроковременным. У детей до 3-х лет в связи со слабостью иммунного аппарата серозный периостит в течение 12-24 ч. переходит в гнойный. Длительное нахождение гнойного очага в поднадкостном пространстве у детей до 6-ти лет может привести к резорбции кортикальной пластинки, что способствует появлению подвижности временных зубов до периода рассасывания корней. Этот признак для большинства стоматологов является явным показанием для удаления. Однако при соответствующем лечении все признаки исчезают после 3-4 недель.



Частота рецидива воспалительного процесса в периодонте. Данный показатель характеризует картину общего и местного иммунитета, активности микробной ассоциации, своевременности и полноценности лечебных мероприятий в корневой системе и пародонте, наличия соматической патологии, особенно в системе мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта. Частое обострение хронического очага в периодонте способствует снижению сопротивляемости ткани к действию микробной флоры и токсинов тем самым происходит лизис белкового матрикса костной ткани и нарушение микроциркуляции.

Множественность кариозного поражения временных зубов характеризует в первую очередь несовершенство остео-амело-дентиногенеза во внутриутробном периоде и младенческом возрасте. Многофакторность несовершенного остеогенеза в начальных стадиях, по-видимому, отражается на формировании именно зачатков временных зубов, более уязвимых в связи с особенностью минерализации, в том числе, высокой концентрации специфических макро- и микроэлементов. Наличие распространенной патогенной микробной обсемененности в кариозных зубах способствует снижению активности сапрофитов, тем самым способствует снижению местного иммунитета полости рта, реминерализующей и противовоспалительной активности смешанной слюны

Функциональная принадлежность зубов определяет скорость проникновения инфекции в систему корневых каналов, их распространение в окружающие ткани и эффективность проводимых мероприятий. В детском возрасте, особенно в период временного прикуса корневые каналы широкие, что играет и положительную и отрицательную роль. Положительная сторона – это возможность полноценной санации макро- и микроканалов временных зубов. В последующем при рассасывании корней, благоприятно влияющем на минерализацию зачатков постоянных зубов. Отрицательным моментом широких корневых каналов временных зубов является более быстрое распространение патогенной флоры и токсинов в окружающий периодонт и костную ткань. Для временных жевательных зубов данное явление усугубляется хронизацией процесса в межкорневой костной ткани, приводящей к дисминерализации. На рентгенологических снимках при этом обнаруживается картина резорбции. Однако, во время удаления данного зуба нередко обнаруживается костная ткань. Таким образом, резорбция верхушки межкорневой перегородки нижних временных моляров не всегда должна являться показанием к экстракции данного зуба. Рентгенологическая картина слабой минерализации костной ткани у детей младшего возраста может привести к диагностической ошибке.

Наличие свищевого хода на слизистой оболочке альвеолярного отростка в период молочного прикуса не является абсолютным показанием для удаления зуба. С точки зрения патологической анатомии и физиологии воспалительных процессов свищевой ход – это наличие хронического про-

цесса вне обострения т.е. компенсации. Организм балансирует патологический процесс, управляет активностью, т.е. «магма» выделяется и не предполагается «взрыв» внутри ткани. Создание свищевого хода или канала для отделения детритов при отсутствии нарушений микроциркуляции в этой зоне, хорошо определяющееся визуально и полноценной стуктуре корня временного зуба, наоборот является показанием для проведения органосохраняющей методики лечения.

Соматический статус – это определяющий показатель всего гомеостаза. Наличие хронических очагов инфекции в организме в первую очередь нарушает общий иммунитет. Своевременное выделение токсических продуктов из развивающего организма регулирует функции органов иммуогенеза и способствует восстановлению иммунитета. Любая локализация хронического процесса в организме растущего ребенка приводит к нарушению отдельных звеньев системаобразующей функции, а в последующем и всего организма. Однако дифференцированное и комплексное лечение с полноценной реабилитацией способствует устранению дефицита необходимых макро- и микроэлементов для формирования белкового матрикса тканей, органа и организма. Это относится и к зачаткам постоянных зубов.

На основании изложенных позиций необходимо решать главную проблему- принцип лечения и его особенности в зависимости от создавшейся ситуации. При оказании экстренной помощи при острых одонтогенных периоститах необходимо дифференцировать объем и этапность комплексной терапии.

1. Выраженная общая интоксикация(высокая температура, рвота, отказ от пищи, дегидратация) с местными изменениями требует при соответствующих условиях в поликлинике – вскрытия и санации гнойного очага, дренирования корневых каналов и срочной госпитализации.

2. Состояние удовлетворительное или средней тяжести- вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренаж, аэрация раны, наблюдение до 24 часов в домашних условиях, местная дозированная гипотермия. При положительной динамике дальнейшее лечение в амбулаторных условиях.

3. Нарастание воспалительного процесса через 12–24 часа, несмотря проводимые мероприятия, является абсолютным показанием для госпитализации.

4. Нарастание воспалительного процесса из-за тактической и технической ошибки – недостаточное вскрытие гнойного очага при слабовыраженной общей интоксикации- необходимо расширить рану, промыть с антисептическими растворами с обязательной смесью кислородвыделяющих средств, в частности, перекиси водорода. Необходимо помнить: где протекает гнойный процесс, там определяется недостаток кислорода в тканях. По состоянию ребенка назначение препаратов: антибиотики внутрь (2 – 3 дн) частое полоскание с кислород выделяющими растворами, местная дозированная гипотермия. При положительной динамике через



12- 24 часа можно продолжить амбулаторное лечение. При отсутствии положительного результата – госпитализация. Наблюдение в течение 3 – 6 мес., ежемесячно. Длительность последующих наблю-

дений 3 года после смены зубов. Необходимость ортодонтического лечения и наблюдения, как правило, выявляется в течение года после прорезывания постоянных зубов.

Литература:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Витебск, 1998; 404 с.
2. Справочник по детской стоматологии. Под ред. А. Камерона, Р. Уидмера. Перевод с английского. М., 2003. 287 с.

ЭПИФИЗАРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Б.М Муканов, Е.Х Абдуллаев, А.А Ергалиева, А.К. Достяров

ГКП «Алматинская областная многопрофильная клиническая больница», г.Алматы

Важной особенностью строения костей голени у детей является наличие зон роста, а также проксимального и дистального эпифизов, имеющих изолированные системы кровоснабжения. Переломы костей голени являются одним из самых частых повреждений, при этом нередко они возникают в проксимальном или дистальном эпифизах. В отличие от взрослых, переломы мыщелков большеберцовой кости у детей практически не наблюдается, редки разрывы крестообразных связок. Однако, в детском возрасте относительно часто встречаются переломы межмыщелкового возвышения большеберцовой кости. Эти повреждения возникают преимущественно из-за избыточного переразгибания голени в коленном суставе.

В травматологической клинике кафедры детской хирургии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, в травматологическом отделении областной больницы (г.Алматы) наблюдали 57 детей с переломами межмыщелкового возвышения большеберцовой кости - у 56 больных имел место перелом переднего бугорка, у 1 больной - заднего бугорка мешмыщелкового возвышения.

Выбор лечебной тактики зависит от величины смещения отломка. При смещении отломка в пределах 2-3мм. возможна попытка закрытой ручной репозиции. После пункции коленного сустава и ликвидации гемартроза производили максимальное разгибание голени. В ряде случаев удается уменьшить смещение, однако полное его устранение достигается редко. Конечность фиксировали глубокой задней гипсовой лонгетой, которую через неделю переводим в гипсовый тотур. Продолжительность иммобилизации 5-6 недель. При смещении отломков более чем на 3-4 мм. попытки полного устранения смещения, как правило, безуспешны, хотя сращение происходит. Изучение исходов переломов межмыщелкового возвышения, сросшегося со смещением более 2мм, показало, что возникает нестабильность коленного сустава, клинически проявляющаяся признаками недостаточности передней крестообразной связки вплоть до полного выпадения ее функции. В связи с этим в случаях безуспешности

ручной репозиции при более выраженных степенях смещения прибегали к оперативному лечению – производили открытую репозицию и шов бугорка межмыщелкового возвышения. Конечность фиксировали сначала глубокой задней гипсовой лонгетой, а затем циркулярной гипсовой повязки на срок 5-6 недель.

Подобная тактика применена у 35 детей. Отдаленные результаты лечения изучены у 23 больных в сроки от 1 года до 15 лет. Полное восстановление функции передней крестообразной связки и стабильности коленного сустава наблюдали у 21 пострадавшего. Остаточное смещение отломка более 2 мм наблюдали у 2 детей. У обоих отмечалось избыточная по сравнению со здоровым суставом переднезадняя подвижность, уплотнение по сравнению со здоровым суставом замыкательных пластинок мыщелков большеберцовой кости.

Консервативное лечение в виде закрытой ручной репозиции и последующей фиксации гипсовой повязкой вне зависимости от величины смещения отломка проведено 21 больному. Смещение отломка в пределах до 2 мм отмечено у 6 детей. Отдаленные результаты лечения изучены у 13 детей. Хорошие результаты получены у 4 больных, где остаточное смещение не превышало 2 мм. Однако у всех из них наблюдали умеренно выраженную деформацию межмыщелкового возвышения на рентгенограммах, а также ассиметричную передне-заднюю подвижность коленного сустава. У 8 пострадавших исход был расценен как удовлетворительной, у одного больного отмечена типичная клиника полного отсутствия функции передней крестообразной связки.

Эпифизеолизы проксимального эпифиза большеберцовой кости встречаются у детей значительно реже. Наблюдали 5 больных с эпифизеолизами проксимального эпифиза. У 4 - детей смещение эпифиза. У 4 детей смещение эпифиза было значительным и проявлялось клинически резкой болезненностью по ходу росткового хряща. Активного хирургического вмешательства при таких повреждениях не требовалось и лечение заключалось в иммобилизации гип-