

УДК 616.12-036.838.

Некоторые аспекты медицинской реабилитации одонтогенного остеомиелита у детей

Ешиева Аселя Абдыракмановна, аспирант кафедры хирургии
Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института
переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова, г. Ош, Кыргызская Республика
Ешиев Абдыракман Молдалиевич д.м.н., профессор,
заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош, Кыргызская Республика

Аннотация: Статья посвящена изучению частоты встречаемости одонтогенного остеомиелита у детей. Проанализированы основные формы заболевания и его осложнения. Также изучены остаточные явления остеомиелитов для усовершенствования реабилитации в постгоспитальном периоде с применением электро-вибромассажа.

Ключевые слова: остеомиелиты челюстей, одонтогенный остеомиелит, электровибромассаж, челюстно-лицевая хирургия.

Введение: Вопрос медицинской реабилитации детей, перенесших одонтогенные воспалительные заболевания за последние годы приобретает особую актуальность по ряду причин: 1. Увеличение частоты одонтогенных воспалительных процессов в структуре стоматологических заболеваний, что составляют от 45 до 55% [1, 4, 6, 8]. 2. Качественное изменение клинического течения одонтогенной инфекции в сторону роста числа тяжелых, атипичных, скрытых, первично-хронических форм одонтогенного остеомиелита [7]. 3. Учащение осложнений, приводящих к вторичным дефектам и деформациям зубочелюстной системы [3]. Увеличение частоты хронизации одонтогенного остеомиелита обусловлен затрудненной и несвоевременной диагностикой острой фазы заболевания, так как в острой фазе заболевания рентгенологические признаки отсутствуют. В этом случае врачи должны поставить диагноз на основании клинических проявлений и лабораторных исследований крови. Хроническая форма остеомиелита диагностируется на основании рентгенографии, особенно секвестральная форма. Некомпетентность врача-стоматолога в данной области и может явиться причиной перехода заболевания в хроническую форму.

Опыт многих стоматологических учреждений указывают на необходимость создания службы по реабилитации как наиболее совершенной и высокоэффективной формы медицинского обеспечения больных с хирургическими стоматологическими заболеваниями [2, 5].

Актуальность проблемы медицинской реабилитации детей с одонтогенным остеомиелитом обусловлена значительным удельным весом этого заболевания в структуре воспалительных процессов одонтогенной этиологии (15-33%), трудностями в диагностике, атипичностью проявления, частым переходом острой стадии в хроническую, тяжелыми осложнениями [6, 7, 8]. Однако вопросы реабилитации больных детей с хроническим одонтогенным остеомиелитом остаются малоизученными, что представляет несомненный интерес для практических врачей-стоматологов.

Целью исследования выявить основные формы остеомиелита, осложнения, приводящие к серьезным последствиям, а также определение наиболее действенных методов реабилитации таких больных.

Материалы и методы исследования

Исходя из поставленной цели, нами проведены ретроспективные анализ архивного материала отделения челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы за период 2014 по 2018гг. За этот период в клинике находились 187 детей с одонтогенным остеомиелитом в возрасте от 3-х до 14 лет. Из них хроническая форма болезни наблюдалась у 79 (42,2%) больных. Мальчиков было 43, девочек-38 (таб.1). Проведена оценка основных симптомов заболевания деструкция, секвестрация, периостальные наслоения, распространенность процесса, частота и структура осложнений.

Таблица 1. Распределение детей хроническим одонтогенным остеомиелитом по полу, возрасту и локализации процесса

Возраст (лет) 3-7	Челюсти								Всего
	Верхняя				Нижняя				
	мальчики		девочки		мальчики		девочки		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
3-7	1	1,2	-	-	18	22,8	20	25,3	39(49,4%)
8-10	-	-	-	-	12	15,2	10	12,6	22(27,8%)
11-14	2	2,5	1	1,2	10	12,6	5	6,3	18(22,8%)
Итого	3	3,7	1	1,2	40	50,6	35	44,3	79(100%)

Результаты исследования и их обсуждения

Среди госпитализированных детей превалировала острая форма (108,-57,8%) одонтогенного остео-

миелита хроническая (79,-42,2%). Хроническая форма чаще локализовалась на нижней челюсти (у75,-94,9%), реже на верхней челюсти (4-5%). Хрониче-

ская форма одонтогенного остеомиелита чаще наблюдается у детей в возрасте от 3 до 7 лет, отмечено у 39 детей и составляют (49,3%). У детей школьного возраста от 8- до 10 лет переход острой фазы заболевания в хроническую снижается, встречалось у 22 пациентов (27,8%), Детей от 11 до 14 лет страдает хроническим остеомиелитом у 18 человек процентном соотношении составляет 22,8%. Входными воротами для инфекции (причинные зубы) служили первые и вторые молочные и первые постоянные моляры. Остеомиелитический процесс протекал на фоне анемии дефицитного генеза. Так, по данным гемограммы при поступлении в клинику у 124 (66,3%) детей диагностирована гипохромная анемия различной степени тяжести.

Согласно классификации М.М.Соловьева [6] хронический одонтогенный деструктивный остеомиелит выявлен у 43 больных (54,4%). По характеру деструкции челюстных костей преобладает секвеструющая форма (у 35 детей), что составляет за период наблюдения 44,3% случаев. Литическая форма констатирована в 2 (2,5%) случаях, а в 39,4% случаях дети госпитализировались с первично-хронической формы заболевания. По распространённости инфекционно-воспалительного процесса очаговой остеомиелит установлен у 28 (35,4%) больных, диффузная форма у 33 (41,7%) детей. При хронических формах остеомиелита верхней челюсти около челюстные абсцессы встречались реже. Наиболее частым осложнением хронических одонтогенных остеомиелитов нижней челюсти являются около-челюстные абсцессы и флегмоны. Патологический перелом выявлен у 5% детей с одонтогенным деструктивным остеомиелитом. Причинами перехода острой стадии заболевания в хроническую являлись: поздняя обраба-

мость детей за медицинский помощью (у 60%), погрешности в диагностике и тактике лечения на догоспитальном этапе (у 40%) и самолечение. На госпитальном этапе всем больным оказана специализированная медпомощь. Операция секвестрэктомия произведена 77 (97,4%) больным. Исходя из данных полученных при исследовании встречаемости и осложнений остеомиелита челюстей, можно судить о необходимости реабилитационного периода в комплексном лечении таких больных. Методы реабилитации в основном должны быть направлены на полное восстановление функций утраченных после гнойно-воспалительных процессов ЧЛО, и возвращение больного к полноценной жизнедеятельности в постгоспитальном периоде. В первую очередь происходит утрата функций местных тканей, что непосредственно влияет на дальнейший исход реабилитации, так как нарушается кровоснабжение, иннервация и т.д. Поэтому в период реабилитации рекомендуется использовать физические методы как электровибромассаж, УВЧ, аутомеханотерапия, а также препараты, улучшающие кровоснабжение и уменьшающие образование рубцовых тканей в послеоперационной ране. К таким препаратам можно отнести гель «Контрактубекс», который при совместном использовании с электровибромассажем в кратчайшие сроки восстанавливает функции мягких тканей и уменьшает объем рубцовых тканей.

Таким образом, клинические наблюдения показали многогранность и тяжесть осложнений и исходов хронического одонтогенного остеомиелита в детском возрасте. Следовательно, необходимо уделить особое внимание диспансерному наблюдению детей в пост госпитальном периоде и разработке четкой системы мероприятий по их реабилитации.

Литература:

1. 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 клиник Самарского государственного медицинского университета. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2014.-№11.-С. 100-104.
2. Гончарова А.В. Роль стационар замещающих технологий в реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вестник РГМУ.-2011.-№5.-С. 76-79.
3. Гуйтер О.С., Митин Н.Е., Устюгова А.Е., Срокина М.А. этиологические факторы, способствующие возникновению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области // Медицина и здравоохранение, 2015.-№3.-С.56-58.
4. Мустафаев М.Ш., Нагоев Б.С., Шогенова А.Р. Комплексное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Фундаментальные исследования, 2014.-№2.-С. 78-79.
5. Корсак А.К. Медицинская реабилитация детей с одонтогенными воспалительными процессами: Автореф. канд. дис. наук.-М., 1984.-23с.
6. Сүпиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.-М., 2001.-160с.
7. Харитонов Ю.М., Лнев В.Н. Клинико-лабораторная характеристика острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, вызванных анаэробной инфекцией/ Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2009.-№2.-С. 60-63.
8. Шалабаев О.Д., Шалабаева К.З., Амхадова М.А., Толмачев В.Е. Клиническая оценка степени тяжести общего состояния больных с одонтогенными флегмонами. Российский стоматологический журнал, 2012.-№5.-С. 41-42.