

## Резюме:

Распространенность заболеваний полости рта, необходимость лечения среди младших школьников и низкий уровень стоматологической помощи повышают актуальность проблемы организации стоматологической помощи. В статье рассматриваются препятствия на пути к стоматологической помощи детям младшего школьного возраста и пути их преодоления.

**Ключевые слова:** младшие школьники,

стоматологическая помощь, профилактика.

## Summary:

The prevalence of oral diseases, the need for treatment among primary school children and the low level of dental care increase the urgency of the problem of organizing dental care. This article discusses the barriers to dental care for primary school age children and ways to overcome them.

**Key words:** junior schoolchildren, dental care, prevention.

УДК:616.716.8-002-053.3 – 089.168

## ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ, ПЕРЕНЕСЕННЫХ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ



**Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б., Эшбадалов Н.Х.**

*Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Остеомиелиты челюстей, перенесенные в раннем детском возрасте, особенно в случаях хронического их течения, осложняются различными деформациями лица и нарушением зубочелюстной системы [4]. Выраженность этих нарушений напрямую зависит от длительности остеомиелитического процесса и возраста ребенка. У детей младшей возрастной группы при продолжительном течении остеомиелита деформации челюстно-лицевой области проявляются в большей степени [1,3].

Существенную роль в характере возникающих нарушений играет также локализация патологического очага и его распространенность [2,5]. Механизм возникновения деформаций и их клиническая характеристика неодинаково проявляются на верхней и нижней челюстях [6,7].

### Цель исследования

Изучение отдаленных исходов остеомиелита челюстей, перенесенных в раннем детском возрасте.

### Материал и методы

В 2016-2018 гг. из 502 детей, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра города Андижана с диагнозами острый и хронический остеомиелиты челюстей поступили 215 (47,8%).

### Результаты

Все наблюдаемые после остеомиелита верхней челюсти нарушения можно распределить на 3

группы. Во-первых, это деформации мягких тканей лица: западения в области нижнеглазничного края пораженной половины верхней челюсти, рубцовые изменения в этой области и выворот нижнего века, иногда утолщение соответствующей щеки.

Во-вторых, это деформации самой верхнечелюстной кости – ее недоразвитие, сопровождающееся уменьшением размеров, недоразвития гайморовой пазухи и изъяны нижнеглазничного края.

В-третьих, это дефекты и деформации в пределах зубных рядов – частичная адентия, гипоплазия эмали и деформация жевательных поверхности постоянных зубов, косой и обратный прикус – ложная прогения.

Западение в области нижнеглазничного края объясняется изъяном кости верхней челюсти в результате ее секвестрации при хроническом течении остеомиелита. Рубцовые деформации кожи в этом месте и выворот нижнего века являются следствием многократных рецидивирующих абсцессов под глазницей, что характерно для хронического остеомиелита верхней челюсти у детей.

Наблюдаемое иногда утолщение щеки происходит вследствие нарушения лимфообращения в этой области вследствие рубцовых изменений в мягких тканях после хронического рецидивирующего остеомиелита верхней челюсти.

Недоразвитие верхней челюсти,

сопровожающееся перекрестным и обратным прикусом, происходит в результате гибели зачатков молочных зубов или их удаления во время операции – секвестрэктомии (это подтверждается и экспериментальными данными – удаление зачатков молочных зубов из одной половины верхней челюсти у щенков приводит к деформациям, аналогичным тем, которые наблюдаются в клинике при соответствующих условиях).

Удаление зачатков постоянных зубов подобными явлениями не сопровождается. Можно полагать, что зачатки молочных зубов в какой-то мере являются зонами роста верхней челюсти.

Уменьшение размеров верхнечелюстной пазухи, определяемое при рентгенографическом исследовании, наблюдается только у тех больных, у которых остеомиелит осложнился хроническим гайморитом. С возрастом эти изменения сглаживаются. Надо полагать, что, наряду с недоразвитием одной половины верхней челюсти на почве остеомиелита, основной причиной уменьшения размеров верхнечелюстной пазухи является хронический гайморит.

Гипоплазия эмали зубов, деформации зубного ряда, аномалии положений отдельных зубов происходят вследствие поражения зачатков зубов воспалительным процессом или операционной травмой.

После остеомиелита нижней челюсти наблюдается анкилоз челюстно-височного сустава, укорочение половины нижней челюсти с ее смещением в пораженную сторону с западением подбородка, резкое нарушение прикуса отраженная деформация верхней челюсти. На коже по ходу нижней челюсти остаются рубцы в местах вскрытия абсцессов и флегмон.

Анкилоз челюстно-височного сустава возникает вследствие гнойного артрита, как осложнения остеомиелита нижней челюсти. В тех случаях, когда воспалительный процесс поражает суставной отросток, ветвь и угол челюсти, которые являются ее зонами роста, отмечается укорочение всей половины нижней челюсти, как тела, так и ветви, что, в свою очередь, сопровождается западением подбородка и смещением его в больную сторону. При этом, как правило, развивается перекрестный прикус. Отраженная деформация верхней челюсти возникает, очевидно, вследствие нарушения прикуса. Верхняя челюсть, утрачивая опору в зубах нижней челюсти, сдавливается с боков мягкими тканями щек.

Альвеолярные отростки верхней челюсти вместе с зубами наклоняются внутрь, свод нёба углубляется, и размер всей челюсти в поперечном направлении уменьшается. Аномалии положения отдельных зубов, деформации коронок и гипоплазия эмали возникают вследствие

поражения зачатков зубов.

Отраженной деформации нижней челюсти при нарушении в развитии верхней челюсти и даже при дефектах ее половины не наблюдалось.

#### **Выводы**

1. Профилактика возникновения описанных дефектов и деформаций состоит в своевременной диагностике остеомиелита челюстей, раннем и рациональном лечении с максимальным щадящим отношением к зачаткам молочных и постоянных зубов.

2. После выздоровления необходимо систематическое наблюдение за ребенком врача-ортодонта для выявления и лечения возникающих нарушений прикуса.

#### **Литература**

1. Азимов М. Диагностика и патогенетические аспекты терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1991. – 316 с.
2. Алешина О.Е. Дифференциальная диагностика гнойных и негнойных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 28 с.
3. Бажанов Н.Н., Соловьев М.М., Рогинский В.В. Итоги обсуждения классификации острых одонтогенных воспалительных процессов // *Стоматология*. – 1990. – №3. – С. 87-89.
4. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М.: Медицина, 1991. – С. 237-254.
5. Вернадский Ю.И., Юсубов Ю.А. Одонтогенные остеомиелиты челюстей у детей // *Стоматология*. – 1986. – №6. – С. 35-37.
6. Martin M.V., Longman L.P., Hill J.B., Hardy P. Osteomyelitis // *Brit. Dent. J.* – 1997. – Vol. 183, №4. – P. 135-137.
7. Oulis C., Berdoussis E., Vadiakas G. Остеомиелит Гарре необычного происхождения у 8-летнего ребенка // *Педиатр. стоматол.* – 2000. – Vol. 10, №3. – P. 240-244.

**Цель:** изучение отдаленных исходов остеомиелита челюстей, перенесенных в раннем детском возрасте. **Материал и методы:** в 2016-2018 гг. из 502 детей, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра города Андижана с диагнозами острый и хронический остеомиелиты челюстей поступили 215 (47,8%). **Результаты:** остеомиелиты челюстей, особенно с хроническим течением, перенесенные в раннем детском возрасте, осложняются различными деформациями лица и нарушением зубочелюстной системы, выраженность которых находится в прямой зависимости от длительности остеомиелитического процесса и возраста ребенка. **Выводы:** профилактика возникновения дефектов и деформаций состоит в своевременной диагностике

остеомиелита челюстей, раннем и рациональном лечении с максимальным щадящим отношением к зачаткам молочных и постоянных зубов с последующим наблюдением у врача-ортодонта.

**Ключевые слова:** лечение, хронический остеомиелит, одонтогенный остеомиелит, челюстно-лицевая область, дети, прикус.

**Maqsad:** erta bolalik davrida o'tkazilgan jag 'osteomiyelitining uzoq muddatli natijalarini o'rganish. Material va uslublar: 2016-2018 yillarda. Andijon shahar mintaqaviy ko'p tarmoqli bolalar markazining yuz-yuz jarrohligi bo'limida jag'ning o'tkir va surunkali osteomiyelit tashxisi bilan davolanayotgan 502 boladan 215 nafari (47,8%) qabul qilindi. Natijalar: jag'larning osteomiyeliti, ayniqsa surunkali yo'l bilan, erta bolalik davrida o'tkazilgan, yuzning turli xil deformatsiyalari va dentoalveolyar tizimdagi buzilishlar bilan murakkablashadi, ularning og'irligi osteomiyelit jarayonining davomiyligi va bolaning yoshiga bevosita mutanosibdir. Xulosa: nuqsonlar va deformatsiyalarning oldini olish jag'larning osteomiyelitini o'z vaqtida tashxislashdan, sut va doimiy tishlarning rudimentlariga maksimal darajada tejamkorlik bilan munosabatda bo'lish bilan erta va oqilona davolashdan so'ng ortodontist kuzatuvidan iborat.

**Kalit so'zlar:** davolash, surunkali osteomiyelit, odontogen osteomiyelit, maxillofasiyal mintaq, bolalar, luqma.

**Purpose:** To study the long-term outcomes of osteomyelitis of the jaws, transferred in early childhood. Material and methods: In 2016-2018. Of the 502 children undergoing treatment in the department of maxillofacial surgery of the regional multidisciplinary children's center of the city of Andijan with diagnoses of acute and chronic osteomyelitis of the jaws, 215 (47.8%) were admitted. Results: Osteomyelitis of the jaws, especially with a chronic course, transferred in early childhood, is complicated by various deformities of the face and disorders of the dentoalveolar system, the severity of which is in direct proportion to the duration of the osteomyelitis process and the age of the child. Conclusions: The prevention of defects and deformities consists in the timely diagnosis of osteomyelitis of the jaws, early and rational treatment with the maximum sparing attitude to the rudiments of milk and permanent teeth, followed by observation by an orthodontist.

**Key words:** treatment, chronic osteomyelitis, odontogenic osteomyelitis, maxillofacial region, children, bite.

*Обзорные статьи*

УДК: 616.31-002.157.2-08

## ОПТИМИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ



Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р., Юлдашева Н.А., Таджиева К.Р.

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

Выбор метода комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) зависит от знания патогенеза и состава микрофлоры слизистой оболочки полости рта (СОПР) [6,17]. Многие исследователи изучают у пациентов с ХРАС микробиоценоз полости рта и только затем целенаправленно проводят комплексные лечебные мероприятия. Утверждают, что полость рта часто колонизируют лактобациллы, способные продуцировать протеазы, пептидазы и бактериоциты, выполняя физиологически важную функцию поддержания постоянства внутренней среды организма. Лактобациллы участвуют в обеспечении неспецифической резистентности и становятся

частью экологического барьера. В этом случае лактобактерии оказывают антагонистическое действие на патогенные микроорганизмы, блокируя рецепторы эпителиоцитов, защищая их самих от болезнетворных микроорганизмов [1,2]. В предотвращении этой формы болезни особую роль играют средства локального и общего действия [24].

Лечение зависит от формы стоматита. Так, при некоторых формах авторы предлагают использовать кортикостероидные препараты, обладающие противовоспалительным, десенсибилизирующим действием (преднизолон, дексаметазон) [20,21]. Плазмафорез способствует восстановлению общего статуса пациентов, уменьшению сроков