

Одонтогенные остеомиелиты челюстей у детей

Рустам Абдуносирович Рахимбердиев
Зилола Шухратовна Рuzимурадова
Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: В данной статье обсуждается вопрос одонтогенные остеомиелиты челюстей у детей.

Ключевые слова: одонтогенные остеомиелиты, челюсть, патогенез

Odontogenic osteomyelitis of the jaws in children

Rustam Abdunosirovich Rakhimberdiev
Zilola Shukhratovna Ruzimuradova
Samarkand State Medical University

Abstract: This article discusses the issue of odontogenic osteomyelitis of the jaws in children.

Keywords: odontogenic osteomyelitis, jaw, pathogenesis

Остеомиелит челюстей у детей остается одной из актуальных проблем хирургической стоматологии. Это объясняется усложнением клинического течения заболевания и трудностью в связи с этим диагностики и лечения его.

В настоящее время существуют сосудистая, аллергическая, рефрактерно-нейротрофическая теория патогенеза остеомиелита. В.И. Лукьяненко [1] отмечает, однако, что ответить на вопрос о доле участия аллергических, сосудистых, рефлекторных процессов в развитии остеомиелита челюсти при существующих методиках исследования мы пока не можем. Присоединяясь к этому мнению автора, можем добавить, что роль указанных факторов в развитии остеомиелита челюстей у детей также неясна.

Целью настоящего сообщения является рассмотрение аспектов проблемы патогенеза, иммунологической характеристики, диагностики и лечения одонтогенных остеомиелитов челюстей у детей

Материал и методика. С целью изучения патогенеза одонтогенного остеомиелита нижней челюсти нами проведены опыты на 3 группах молодых животных.

Мы предприняли попытку создать модель остеомиелита нижней челюсти путем иммунизации кроликов патогенным штаммом N° 209 Р стафилококка (1-я

группа), пытались получить модель остеомиелита путем предварительной сенсibilизации организма животных введением им подкожно нормальной лошадиной сыворотки (2-я), пытались получить модель остеомиелита у молодых кроликов на фоне иммуносупрессии, вызванной введением циклофосфана (3-я)

На основании проведенных экспериментальных исследований установлено, что в 1-й группе ни у одного из животных не обнаружен остеомиелит челюсти, во 2-й только у 2 кроликов из 15 обнаружены патологические изменения в кости, в 3-й получена модель остеомиелита нижней челюсти у 24 кроликов из 25. При этом клинически, рентгенологически, макроскопически обнаружены различные формы остеомиелита, по клиническому течению соответствующие морфологическим и рентгенологическим проявлениям одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у детей.

Результаты экспериментальных исследований подтверждают роль иммуносупрессии в патогенезе остеомиелита челюстей. Причиной возникновения вторичного иммунодефицита у детей прежде всего являются острые, респираторные вирусные инфекции. Вопросы иммунодепрессивного действия вирусов были подробно рассмотрены на Международном вирусологическом конгрессе в 1972 г.

Приобретенная недостаточность иммунной системы способствует нарушению равновесия между инфекционным одонтогенным очагом в периапикальных тканях зуба и организмом ребенка, вызывая активизацию сапрофитов.

Степень возникшего вторичного иммунодефицита и обуславливает развитие различных форм остеомиелита.

По мере познания основных закономерностей функционирования иммунной системы становится все более очевидно, что развитие и очаговых и системных воспалительных процессов зависит в основном от эффективности иммунных реакций, осуществляемых иммунокомпетентными клетками. В связи с этим мы проводили иммунологические исследования у 140 больных при их поступлении в клинику и в ходе лечения заболевания (на 7-10-е и 12-15-е сутки пребывания в стационаре), а при необходимости и в более отдаленные сроки (через 1, 3, 6 мес).

У больных определяли процентное содержание Т- и В-лимфоцитов в периферической крови по реакции розеткообразования с эритроцитами барана Е-РОК и комплементом ЕАС-РОК.

Функциональную активность лимфоцитов изучали путем постановки реакции бласттрансформации с фитогемагглютинином фирмы «Дифко». Фактор торможения миграции лейкоцитов изучали по методу Соборг [2]. Содержание

сывороточных иммуноглобулинов определяли методом радиальной иммунодиффузии по Mancini и соавт.

Результаты исследования. На основании проведенных иммунологических исследований обнаружено достоверное снижение показателей клеточного иммунитета у детей с острым и хроническим одонтогенным остеомиелитом.

Установлено, что степень снижения этих показателей явилась отражением клиники заболевания и преморбидным фоном. При анализе изменений содержания сывороточных иммуноглобулинов установлено, что снижение уровня IgM и IgG в острой фазе остеомиелита может свидетельствовать о переходе его в хроническую форму с образованием секвестров.

С помощью иммунологических исследований нами разработан способ дифференциальной диагностики гиперостозных остеомиелитов с остео-генными опухолями челюстей, в частности фиброзной дисплазией. Сущность этого способа заключается в том, что содержание Т-лимфоцитов и их функциональная активность в периферической крови у детей с гиперостозными остеомиелитами достоверно снижаются, тогда как у детей с фиброзной остеодисплазией они остаются в пределах нормы.

Проведены бактериологические исследования для выявления роли анаэробных бактерий в этиологии и клинике остеомиелита. Эти микроорганизмы были выделены из гнойного очага у 61,7% больных. Среди них обнаружены представители фузобактерий, бактероидов меланингеникус и фрагилис при преобладании анаэробных кокков. В большинстве случаев анаэробные бактерии встречались в ассоциации с факультативными микроорганизмами (стафилококками, стрептококками, энтеробактериями).

В патологическом очаге у каждого больного обнаруживали 2-3 вида анаэробных бактерий.

При выявлении из патологического очага микроорганизмов в аэробных и анаэробных ассоциациях воспалительная реакция была менее выражена, процесс протекал вяло, имел тенденцию к хроническому течению. Увеличение случаев первично-хронических форм остеомиелита может быть связано с частой встречаемостью указанных ассоциаций

Исходя из выявленных патогенетических, иммунологических и микробиологических фактических материалов, лечение больных проводили комплексное. Целью его были коррекция нарушенного звена иммунной системы организма воздействие на микрофлору местноты гнойного вазге. Среди препаратов с выраженным иммуно. регулирующим действием в клинической практике наибольшее распространение получил лева мизол.

Этот препарат мы назначали (начиная 1981 г.) в комплексном лечении внутрь по 2,5 мг на 1 кг массы тела 2 раза в неделю на ночь в течение нед в течение 1-3 нед в зависимости от течения процесса.

Местное лечение острого одонтогенного остеомиелита заключалось во вскрытии гнойного очага и дренировании последнего катетером от системы переливания крови. Через катетер в течение 3-5 дней ежедневно вводили в патологический очаг метроджил. К этому времени в очаге уже не обнаруживались бактерии. На очаг воздействовали также гелий-неоновым лазером ЛГ-75. Облучение проводилось ежедневно, начиная с 1 мин, каждый следующий день это время увеличивали на 0,5 мин. В зависимости от харак. тера местного воспалительного процесса проводили 7-10 сеансов.

Критерием оценки эффективности проводимого лечения явились данные клинических, рентгенологических, тепловизиографических, иммунологических, микробиологических исследований.

Установлено, что быстрее всего происходит очищение раны от гнойно-некротических тканей и рассасывание инфильтрата. Показатели иммунологической реактивности достоверно изменялись в соответствии с клиническим течением заболевания. В большинстве случаев выздоровление детей наступало без крупной секвестрации челюсти. Хронические мелкоочаговые формы остеомиелита ликвидировались после проведенного консервативного лечения без секвестрэктомии.

К последней пришлось прибегнуть у 8 из 45 детей, поступивших по поводу хронического остеомиелита. Ни в одном из случаев рецидива остеомиелита не наблюдали.

В процессе лечения проведение тепловизиографии позволяет следить за течением заболевания, прогнозировать его исход. Несмотря на клиническое выздоровление детей и на отсутствие очага в кости на рентгенограмме, термосимметрия обнаруживается на стороне поражения в течение 3-4 нед после выписки детей из стационара.

Проведенное в соответствии с данными экспериментальных исследований комплексное патогенетическое лечение остеомиелита челюстей у детей улучшает клиническое течение заболевания, способствует более быстрому его купированию и позволяет избежать рецидива.

Использованная литература

1. Азимов, А., & Азимов, И. (2020). Тепловизионное исследование лица больных острым одонтогенным остеомиелитом челюстей у детей и взрослых. Журнал Стоматологии и краниофациальных исследований, 1(1), 55-58.

2. Махмудбеков, Б., Хасанов, А., Умаров, О., & Исмаилов, М. (2020). Современные аспекты острого одонтогенного остеомиелита челюсти у детей. *Stomatologiya*, 1(1 (78)), 75-82.

3. Агарков, Н. М., Гонтарев, С. Н., Глаголева, Я. В., & Луценко, В. Д. (2014). Математическое моделирование диагностики остеомиелита челюстей и периодонтита у детей. Системный анализ и управление в биомедицинских системах, 13(3), 720-724.