

к росту амплитуды дыхательной волны в ЛДФ-грамме, что указывает на проявление застойных явлений в микроциркуляторном русле. Лазерная доплеровская флоуметрия отражает ухудшение микроциркуляции не только в очаге непосредственного воспаления, но и в клинически не измененной слизистой оболочке симметричных областей. Это свидетельствует о вовлечении в процесс воспаления всего микроциркуляторного русла слизистой оболочки рта при эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая.

Регистрируемые в ходе исследований ЛДФ-граммы могут отличаться у разных пациентов на одной области исследований в силу индивидуальных особенностей микроциркуляторного русла.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое изучение динамики репаративных процессов слизистой оболочки полости рта при применении тромбоцитарной аутоплазмы в комплексном лечении больных красным плоским лишаем [Электронный ресурс] / И. В. Фирсова, Ю. А. Македонова, Н. Ш. Мартынова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/128-22645>

2. Метод лазерной доплеровской флоуметрии: пособие для врачей / В. И. Козлов, Э. С. Мач, Ф. Б. Литвин и др. – М., 2001. – 22 с.

3. Морфологический анализ состояния периодонта при использовании различных видов силеров в эндодонтии / И. В. Фирсова, Ю. А. Македонова, Д. В. Михальченко и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – Т. 10, № 4. – С. 389–394.

4. Применение PRP-терапии в лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта [Электронный ресурс] / Н. Ш. Мартынова, Ю. А. Македонова, В. Ф. Михальченко и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/128-22439>

5. Принцип качества и безопасности в современной стоматологической практике [Электронный ресурс] / И. В. Фирсова, С. В. Поройский, Ю. А. Македонова и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/120-15530>

6. Северина Т. В. Изменение состояния капиллярного кровотока слизистой оболочки полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите // Кубанский научный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 112–115.

7. Clinical and experimental study of the regenerative features of oral mucosa under autohemotherapy / I. V. Firsova, Iu. A. Makedonova, D. V. Mikhailchenko, et al. // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2015. – Vol. 6 (6). – P. 1711–1716.

**И. В. Фоменко, А. Л. Касаткина, В. И. Шишкина, Е. П. Фирсова**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра стоматологии детского возраста

## АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

УДК 616-053.2+616.31+617.36-08-039.57

В статье проанализированы причины развития одонтогенного периостита челюстных костей у 58 детей различного возраста, находящихся на амбулаторном лечении.

*Ключевые слова:* дети, периостит челюстных костей, лечение, профилактика.

**I. V. Fomenko, A. L. Kasatkina, V. I. Shishkina, E. P. Firsova**

## DEVELOPMENT OF ODONTOGENIC PERIOSTITIS OF JAW BONES IN CHILDREN

The article analyzes the causes of odontogenic periostitis of jaw bones in 58 children of different age receiving outpatient care.

*Key words:* children, periostitis of the jaw bones, treatment, prevention.

Не теряет актуальности проблема увеличения количества детей с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Во многих случаях имеет место изменение типичной клинической картины и проявлений данной патологии у детей, недостаточная эффективность проводимого лечения, несмотря на усовершенствование методов диагностики [3].

В то же время своевременная и верная диагностика воспалительного заболевания, выбор

места и тактики лечения во многом предупреждают развитие серьезных осложнений, угрожающих жизни ребенка [2, 3].

Исследования показывают, что от 20 до 50 % больных направляются в стационар с неправильным диагнозом; примерно у половины из них не удалены молочные или постоянные зубы – источники инфекции; госпитализация запаздывает [1].

Большинство воспалительных процессов, с которыми дети обращаются в стоматологическую поликлинику, имеют одонтогенный характер [4].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать причины, клинические особенности острого одонтогенного периостита челюстных костей у детей, находившихся на амбулаторном лечении.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе ДКСП № 2 нами было проведено обследование и лечение 58 пациентов от 3 до 18 лет с одонтогенным острым периоститом челюсти. Все они обращались в клинику по экстренным показаниям, после клинико-рентгенологического обследования и постановки диагноза получали адекватное лечение.

Клиническую эффективность лечения определялась по динамике субъективных и объективных симптомов заболевания.

Учитывая морфо-функциональные изменения, происходящие в организме ребенка на различных этапах его развития, дети были распределены на следующие возрастные периоды: от 1 до 3 лет; 4–6 лет; 7–10 лет, 11–14 лет, 15–18 лет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди детей, обратившихся в детскую стоматологическую поликлинику по поводу острого периостита челюстных костей, преобладали мальчики – 65,5 % (38 чел.), девочки составили 34,5 % (20 чел.).

Проведенное исследование позволило установить, что по поводу периостита обращались чаще всего дети в возрасте 4–6 и 7–10 лет (31 и 32,7 % случаев соответственно). Реже периостит развивался у детей в возрасте 1–3 лет (3,5 %), 11–14 лет (13,8 %) и 15–17 лет (19,0 %). Среди детей, обратившихся по поводу периостита, жители сельской местности преобладали над жителями города (55,2 и 44,8 %), различие было наиболее выражено среди детей младше 7 лет (80 и 20 % соответственно). У детей раннего и дошкольного возраста причинными зубами развития периостита были только молочные зубы (моляры – 84 %, резцы – 16 % случаев). У школьников в возрасте 7–10 лет молочные моляры были причинными зубами в 89,5 % случаев, постоянные первые моляры – в 10,5 % случаев. У школьников 11–14 лет молочные зубы были причиной периостита в 25 % случаев, постоянные – в 75 % случаев. В возрасте 15–17 лет причиной периостита были только постоянные зубы (в основном моляры, реже премоляры и резцы). Зубы нижней челюсти становились причиной периостита в 2,2 раза чаще, чем зубы верхней челюсти (69 и 31 % случаев). Эта закономерность прослеживалась как для молочных зубов (66,6 и 33,3 %), так и для постоянных зубов (73,7 и 26,3 % соответственно).

Большинство (72,4 %) зубов, которые вызвали развитие периостита, ранее не подвергались лечению.

Таким образом, наиболее восприимчивыми к развитию периостита являются дети дошкольного и младшего школьного возраста. Проживание детей в сельской местности повышает вероятность отсутствия лечения зубов и развития острых воспалительных процессов в челюстно-лицевой области.

Более половины родителей отметили, что не занимались плановой санацией своих детей, а обращались за помощью только в случае появления острой зубной боли.

На основании проведенного исследования было установлено, что наиболее тяжелое и длительное течение заболевания наблюдалась у детей с отягощенным преморбидным фоном. Родители этих детей отмечали: общую аллергизацию организма, частые воспалительные процессы, заболевания верхних дыхательных путей (более 4 раз в году), сопутствующие заболевания.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что наиболее уязвимыми являются дети дошкольного и младшего школьного возрастов. Для повышения качества дифференциальной диагностики, прогноза клинического течения острых одонтогенных воспалительных процессов челюстных костей у детей необходимо учитывать совокупность клинических проявлений, преморбидный фон, данные рентгенологического исследования.

Мы считаем обоснованным выделять все формы воспалительных заболеваний костной ткани у детей (периостит, остит, остеомиелит острая и хроническая форма), учитывая возможность торпидного течения и быстрого перехода из одной формы в другую. При этом ребенка с диагнозом «острый одонтогенный периостит челюсти» можно лечить амбулаторно.

Критериями выбора места лечения являются возраст ребенка, тяжесть общего состояния, социально-бытовые условия, возможность наблюдения и квалификация хирурга-стоматолога.

Особое внимание следует уделять профилактике кариеса и его осложнений в молочных зубах, так как их поражаемость значительно выше постоянных, и они чаще становятся причиной развития осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воспалительные заболевания ЧЛО у детей / Под редакцией проф. В. В. Рогинского. – М.: Детстомиздат. – 1998. – 255 с.
2. Системные проблемы в работе детского врача-стоматолога / Е. Е. Маслак, М. Л. Яновская, В. С. Галкин и др. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 55–59.
3. Стоматология детская. Хирургия / Под ред. проф. С. В. Дьяковой. – М., 2009. – С. 118–123.
4. Фоменко И. В., Касаткина А. Л., Огонян В. Р. Клиническая диагностика воспалительных кист челюстей у детей и их лечение // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – №1. – С. 56–57.