

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Рузимурадова Зилола Шухратовна

Самарқандский Государственный Медицинский Университет

АННОТАЦИЯ

Воспалительные заболевания - одна из важнейших проблем стоматологии. Нередко распознавание этих процессов затруднено, что является причиной ошибок врача при постановке диагноза и, следовательно, при определении тактики лечения.

Цель данной работы - выявить удельный вес отдельных нозологических форм в общей структуре воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей и причины, обуславливающие трудности и недостатки в их диагностике.

Материал и методика. По предварительно разработанной схеме проведен анализ поликлинических историй болезней детей с воспалительными процессами различной этиологии с 1979 по 1981 г. За это время на кафедру за хирургической помощью обратилось 40 000 первичных больных. Наибольшую группу среди них составили дети с воспалительными процессами (от 13 до 20% в разные годы).

Изучали пол и возраст детей, удельный вес отдельных форм в общей структуре воспалительных заболеваний, объем хирургической помощи, проведенной районной поликлинике, ее эффективность, также необходимость повторного оперативного вмешательства и госпитализации ребенка. Сравнивали диагнозы направившего лечебного учреждения с установленными на кафедре.

Результаты и их обсуждение. Нозологические формы воспалительных заболеваний в порядке убывающей частоты распределились следующим образом: обострение периодонтита, сиалоаденит, лимфаденит, периостит, остеомиелит, воспалительные инфильтраты (в результате травмы, периодонтита, постинфекционные), абсцессы, периаденит, аденофлегмоны, флегмоны и специфические воспалительные процессы.

В период с 1970 по 1976 г. среди больных с воспалительными процессами дети с обострением хронического периодонтита составили 48,4 %, а с 1977 по 1981 г. - 6 %.

Большую группу составили пациенты с сиалоденитом, который наиболее часто выявлялся у детей в возрасте 4—8 лет. С 1970 по 1976 г. эти заболевания отмечены у 10% больных, а в период с 1977 по 1981 г. — у 26,5 % больных.

Массовое поступление детей с сиалоаденитом обусловлено, видимо, длительностью и трудоемкостью лечения данной патологии. Этот контингент больных не всегда обоснованно направлялся для лечения в поликлинику при кафедре.

Дети с лимфаденитами (преимущественно в возрасте 3, 6 и 10 лет) с лимфаденитом обусловлено, видимо, длительностью и трудоемкостью лечения данной патологии. Этот контингент больных не всегда обоснованно направлялся для лечения в поликлинику при кафедре.

Дети с лимфаденитами (преимущественно в возрасте 3, 6 и 10 лет) с 1970 по 1976 г, составили 18,6 %, а в 1977—1981 гг. — 23 %. Среди лимфаденитов с установленной этиологией около 60 % были неodontогенные, из них 75% постинфекционные. Следует отметить, что в детском возрасте лимфаденит редко является самостоятельным заболеванием и чаще всего бывает симптомом различных патологических процессов. Высокий процент лимфаденитов и отсутствие в направлениях указаний на этиологический фактор свидетельствуют о том, что изучению этиологии их не уделяется должного внимания: врачи ограничиваются местной терапией, рассматривая лимфаденит в отрыве от основного заболевания, симптомом которого он явился. Нередко лимфаденит осложняется периаденитом и аденофлегмоной. Чаще отмечались острые стадии заболеваний (72 %) с преобладанием гнойных форм (65 %). Среди хронических лимфаденитов, которые составили 28 %, также наблюдались преимущественно гнойные формы (79 %). Преобладание гнойных форм во всех заболеваниях говорит о том, что дети с лимфаденитом не получали в поликлинике патогенетической или своевременной рациональной терапии.

Дети с периоститом в 1970-1976 гг. составили 16,5 %, в последующие годы — 18,5 %. Причина заболевания во всех случаях — одонтогенная инфекция. Входными воротами последней в основном служили разрушенные молочные и первые постоянные моляры. Чаще заболевание наблюдалось в возрасте 5 и 7 лет. Преобладали острые формы заболевания — 96 %. Больные остеомиелитом составляли в различные годы от 4 до 14 %, причем в последние 5 лет отмечалась выраженная тенденция к увеличению частоты заболевания. В 80 % наблюдений была выявлена одонтогенная этиология процесса. В половине случаев остеомиелит наблюдался у детей в возрасте 4-7 лет. Число больных с острыми и хроническими стадиями процесса было одинаковым. Это свидетельствует о том, что лечение детей с острым остеомиелитом нередко проводилось нерационально, что способствовало переходу заболевания в хроническую стадию.

Многообразную по этиологическому фактору группу составили дети с воспалительными инфильтратами - 3,5 % (1977—1981). Из них в 37 %

случаев был выявлен травматический генез заболевания, в 23 % причиной была одонтогенная инфекция, в остальных случаях инфильтраты возникли после различных инфекционно-вирусных заболеваний. Воспалительные инфильтраты отмечались с одинаковой частотой во всех возрастах.

За период с 1977 по 1981 г. абсцессы и флегмоны составили 4,5 %, периадениты - 2,4 %, специфические процессы (Купес) — 0,5 %. специфические процессы (актиномикоз и туберкулез) – 0,5 %.

Анализ показал, что диагностика воспалительных процессов сложна, о чем говорит высокий процент диагностических ошибок. Отмечено значительное улучшение качества диагностики за исследуемый период. Так, процент неправильных диагнозов, поставленных в районных поликлиниках, сократился с 56 в 1976 г. до 32 в последующий период, т. е. почти в 2 раза.

Наибольшее несовпадение диагнозов направивших учреждений с диагнозами кафедры выявлено в группе больных с воспалительными инфильтратами. 1/8 больных были направлены без диагноза. Это говорит о том, что диагноз «воспалительный инфильтрат» мало знаком врачам. В 98 наблюдениях верными оказались только 8 диагнозов.

Наиболее тяжелый воспалительный процесс у детей — остеомиелит - с 1970 по 1977 г. был диагностирован неправильно у 78% больных, а в последующие годы - у 35 %. У 10 % детей диагноз в районной поликлинике поставлен не был. В половине случаев остеомиелит диагностировали как обострение хронического периодонтита или периостит, которые явились только симптомами заболевания.

Лимфаденит — довольно частое заболевание детского возраста. Однако и в его диагностике имеются определенные трудности. У 1/3 больных лимфаденит был диагностирован неправильно. Наиболее часто его расценивали как сиалоаденит, кисту, аденофлегмону. Более чем в 11 % случаев дети направлялись без диагноза. Следует отметить, что здесь имеют место не действительные трудности, а неверный методологический подход к заболеванию, о чем свидетельствует невыявленный этиологический фактор у подавляющего большинства больных.

Периоститы с 1970 по 1977 г. диагностировались неправильно в 43 % случаях, в последующий период — в 22 %.

В группе больных с другими, более редкими заболеваниями процент ошибочных диагнозов также был достаточно высок.

Недостатки в диагностике обуславливали нередко и нерациональную терапию. Так, большинство детей с лимфаденитами направлялись на консультацию в 1-4-е сутки заболевания.

Это наводит на мысль о том, что врачи порой направляют детей на консультацию, не дожидаясь результатов обследования и лечения. Только в

40 % случаев с лимфаденитом предварительно была оказана врачебная помощь. Остальные дети лечения не получили. В поликлинике при кафедре 98 (15,2 %) больным были вскрыты абсцессы. Имели место случаи, когда дети поступали после нескольких месяцев и даже лет неэффективного лечения. Госпитализация потребовалась 84 (13 %) больным с лимфаденитами.

Неблагополучие в отношении лечения отмечено в группе больных с остеомиелитом. Так, у 45 % больных в поликлиниках по месту жительства «причинные» зубы не были удалены, из них более половины молочные. Эти цифры наглядно свидетельствуют о том, что объем хирургической помощи при остром одонтогенном остеомиелите в поликлиниках явно недостаточный. Более чем в 80 % наблюдений больным с остеомиелитом потребовалось оперативное вмешательство.

В 64 % случаев оно проведено на кафедре. Хирургическое лечение, проведенное в районных поликлиниках, у 27 % больных оказалось неэффективным. Этим детям пришлось повторные операции. Нерациональная выдержать терапия приводит к тому, что болезнь принимает затяжной характер. Половине больных с остеомиелитом потребовалось лечение в условиях стационара.

Большинство детей с воспалительным инфильтратом были направлены на 5-7-й день заболевания. Помощь по месту жительства оказывалась далеко не в полном объеме. Так, консервативное лечение было начато в 29 случаях, хирургическое — в 16, в остальных 53 наблюдениях лечение вообще не проводилось. В госпитализации нуждался 21 % направленных детей.

Неэффективная и подчас нерациональная терапия осуществлялась у больных с периоститом. Большинство из них были направлены на консультацию на 2-3-й день от начала заболевания. Анализ показал, что 41 % больных нуждались в хирургической помощи и только в 17 % случаев эта помощь была оказана в районных поликлиниках. Но и она проводилась не на должном уровне: 72% больных было проведено дополнительное хирургическое лечение. Причинные зубы не были удалены в 64 % случаев (из них 80 % молочных). В условиях стационара потребовалось лечение 19 % всех больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

Таким образом, как показал анализ материала, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей занимают одно из самых ведущих мест в работе врача поликлиники и обуславливают высокий процент диагностических ошибок. Это связано в определенной степени с объективными сложностями обследования детей, особенно раннего возраста; с трудностями дифференциации близких по своим клиническим проявлениям заболеваний (остеомиелит - периостит, обострение хронического

периодонтита - периостит, периостит — лимфаденит, периаденит — аденофлегмона); атипичным течением, что точнее трактовать как патоморфоз воспалительных процессов; различной трактовкой некоторых воспалительных заболеваний в общедоступной медицинской литературе. Лечебная помощь проводится не в полном объеме или вообще не оказывается по месту жительства, т. е. в районе.

По нашему мнению, это объясняется главным образом недостаточной практической подготовкой и ориентацией в специальных вопросах хирургической стоматологии детского возраста врачей-хирургов, необходимых для осуществления рационального и эффективного лечения на месте, Профилактика описанных форм осложнений одонтогенной инфекции заключается в повышении качества санации и усилении контроля за ее проведением. Резервы в деле улучшения помощи детям с воспалительными процессами следует искать в области совершенствования методов диагностики заболевания и рациональном применении существующих методов лечения.

Для этого необходимо полнее использовать возможности повышения квалификации детских стоматологов через факультеты усовершенствования врачей, декадни, семинары, ординатуру и другие формы совершенствования.

Использованные литературы:

Рузимурадова Зилола Шухратовна. "КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ". *Журнал современных достижений в области образования* 7.7 (2023): 107-112.

Шухратовна, Рузимурадова Зилола. "КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ". *Журнал современных достижений в области образования* 7.7 (2023): 107-112.

Шухратовна Р. З. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Журнал достижений современного образования. – 2023. – Т. 7. – №. 7. – С. 107-112.

Муниса, Арзикулова и Рузимурадова Зилола. "ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ". *Научный журнал медицинской науки и биологии* 2.2 (2023): 2-6.