

**Т.К. Супиев, Н.Г. Негаметзянов, С.Б. Нурмаганов, С.А. Аханов**  
 Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,  
 Казахский медицинский университет «ВШОЗ»,  
 Городская клиническая больница № 5, г. Алматы

### ПРОБЛЕМА ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Анализ деятельности стоматологических учреждений Республики Казахстан за 2016 год выявил ухудшение стоматологической помощи детям. Кариез и его осложнений выявлены у 78% обследованных, из них одонтогенные воспалительные заболевания - у 11,4%. Интенсивность кариеса составила: в городах - 2,8 (от 1,8 до 5,0) и сельской местности - 3,9 (от 2,0 до 8,0).*

*С целью профилактики одонтогенных воспалительных заболеваний рекомендуется улучшение качества лечения зубов по поводу кариеса, пульпита и периодонтита, своевременная хирургическая санация полости рта с расширением показаний к удалению временных зубов с хроническим периодонтитом у детей III-IV групп здоровья, ранняя диагностика и хирургическое дренирование одонтогенных гнойных очагов.*

**Ключевые слова:** одонтогенная инфекция, дети, гной

**Актуальность проблемы.** В современных условиях из-за недостаточного выделения бюджетных средств отмечается снижение профилактических стоматологических мероприятий среди детского населения Республики Казахстан [6]. Это привело к увеличению осложненных форм кариеса зубов и развитию одонтогенных воспалительных заболеваний. В этом плане более неблагоприятная обстановка наблюдается в сельской местности, где населению, в том числе и детям, оказывается только неотложная стоматологическая помощь. Результаты наших исследований и данные литературы [2,3,8,9] свидетельствуют, что хронические очаги инфекции в области разрушенных зубов у детей являются иммунопатологическим процессом, очагами сенсибилизации и хронической интоксикации развивающегося организма. Наши наблюдения выявили случаи, когда у 6-летнего пациента в полости рта имелись до 20 зубов, пораженных кариесом [7]. В Республике есть отдельные регионы, где у 100% детей наблюдается кариес, причем с ранним удалением всех первых постоянных моляров [4]. В то же время, первые постоянные моляры у детей («ключ окклюзии»), имеют прямое отношение к правильному развитию прикуса у ребенка. Удаляя в ранние сроки постоянные моляры, мы уже переводим детей к стоматологической инвалидности. Доказано, что после каждой санации полости рта у детей, через один год вновь появляются кариес зубов у подавляющего большинства детей. Поэтому «перелечить» все кариозные зубы у детей практически невозможно, или оно возможно при вложении больших сил и технического оснащения. Кариес можно «победить» только при целенаправленном, постоянном и методичном выполнении программы профилактики стоматологических заболеваний. Поэтому общее оздоровление детей и подростков невозможно без регулярной санации полости рта у детей и подростков. Кроме того, эти очаги инфекции способствуют развитию заболеваний внутренних органов, утяжелению течения соматической патологии [7]. Особенностью течения кариозного процесса является его постоянное прогрессирование, поэтому лечение одного-двух зубов не останавливает дальнейшее развитие кариеса. Поэтому, у детей с III и IV группами здоровья, рекомендуется расширение показаний к удалению временных зубов с хроническим периодонтитом с частыми обострениями []. Это позволит снизить развитие одонтогенных воспалительных заболеваний у детей.

**Цель исследования.** Изучить проблему одонтогенной инфекции в Республике Казахстан и разработать меры их профилактики и лечения.

**Материал и методы.** Для решения поставленной цели проведен анализ годовых отчетов главных стоматологов областей и городов Астана и Алматы за 2016 год.

**Результаты исследований.** В 2016 году стоматологические учреждения республики посетили более 2,6 млн. детей и подростков, из них в городах 65,3% и сельской местности – 34,6% пациентов (табл.1). Из них по поводу кариеса и его осложнений обратились 78% детей и подростков, причем без существенной разницы в городской и сельской местности. Вызывает тревогу тот факт, что в среднем интенсивность кариеса зубов составляет 2,8 (от 1,8 до 5,0) в городах и 3,9 (от 2,0 до 8,0) в сельской местности. Довольно часто среди них встречались развившиеся одонтогенные воспалительные заболевания (обострение хронического периодонтита, периостит челюстей и др.), которые составили 11,4% с превалярованием у больных в сельской местности.

Что касается заболеваний тканей пародонта (у 22%), то они у сельчан встречались в два раза больше, что можно объяснить низким уровнем санитарного просвещения учащихся сельских школ.

Таблица 1 – Основные показатели стоматологической помощи детям и подросткам в Республике Казахстан в 2016 г.

Показатели	Всего детей		Город		Село	
	N	%	N	%	N	%
Посещений по поводу острой зубной боли	2675050	100,0	1748155	65,3	926895	34,6
Проведено лечение по поводу						
Кариеса зубов	1157750	43,3	643940	55,6	513810	44,4
Осложненного кариеса зубов	927307	34,7	461563	49,8	465744	50,2
Заболеваний пародонта	589993	22,0	198238	33,6	391755	66,4

Данные таблицы №2 свидетельствуют, что хирургическая помощь детям с различными гнойно-воспалительными заболеваниями оказывают как челюстно-лицевые хирурги (в том числе детские), так и врачи-стоматологи хирурги (в том числе и детские). Из них 54 специалиста работали в условиях стационара и 88 специалистов в поликлинических условиях, преимущественно в сельской местности. В специализированных стационарах детской челюстно-лицевой хирургии организованы 60 коек (Астана, Алматы), а в составе отделений детской хирургии в областных центрах организованы 50 коек для детей с патологиями челюстно-лицевой области. Кроме того, дети с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛЮ госпитализировались в общие и детские хирургические клиники, где были выделены 46 коек.

Таким образом, для оказания экстренной хирургической помощи детям и подросткам с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в Республике Казахстан организованы 156 коек в различных клиниках республиканского, областного и районного уровня.

Таблица 2 - Объем экстренной хирургической помощи детям и подросткам с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в Республике Казахстан за 2016 год

Хирургические клиники (отделения)	В с е г о		Из них лечились в больнице			
	Койки	Вылечено больных	городской		Сельской	
			Абс.ч.	В %	Абс. ч.	В %
Детской челюстно-лицевой хирургии	60	1945	1945	100,0	-	-
Челюстно-лицевые койки в детской хирургии	50	2608	2608	100,0	-	-
Челюстно-лицевые койки в общей хирургии	39	1509	1509	100,0	-	-
Детские хирургические клиники	7	487	241	49,5	246	50,5
<b>ИТОГО:</b>	<b>156</b>	<b>6569</b>	<b>6323</b>	<b>96,2</b>	<b>246</b>	<b>3,8</b>

В Мангистауской области организованы 10 коек в дневном стационаре.

В указанных клиниках в 2016 году экстренная хирургическая помощь оказана 6569 детям и подросткам с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Среди них пациентов с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями было 83,6%, с неодонтогенными - 16,4%.

По данным приемного отделения ГКБ №5 за 2016 год в течение года в клинику по поводу острых воспалительных заболеваний обратились 47641 пациентов, их них 1905 детей и подростков. Большинство пациентов получали неотложную хирургическую помощь по поводу одонтогенного абсцесса или периостита челюстей и были направлены на поликлиническое лечение. А 633 пациентов с более тяжелыми формами гнойно-воспалительных заболеваний (флегмоны, остеомиелиты, флебиты и др.) были госпитализированы в клинику детской челюстно-лицевой хирургии. Среди госпитализированных больных чаще были диагностированы одонтогенные воспалительные заболевания (529 пациентов).

**Неотложная хирургическая помощь** детям с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации во всех клиниках и стационарах общего профиля организована по принципу минимального вреда ребенку, в том числе тканям и органам данной локализации. При планировании лечения зубов, явившихся источниками одонтогенной инфекции, придерживались правила разумного консерватизма. В частности, при решении вопроса о возможности и целесообразности сохранения временного зуба ведущим моментов должен быть не возраст ребенка и сроки прорезывания постоянного зуба «заместителя», а характер воспаления и степень резорбции корней, распространение процесса на зачаток постоянного зуба, что можно определить при рентгенологическом исследовании (Виноградова Т.Ф.) [1].

На наш взгляд [5], сохранение временных моляров с хроническим периодонтитом в стадии обострения следует решать индивидуально. Следует отметить, что у детей своевременное удаление зуба (по показаниям) способствует быстрейшему выздоровлению. При своевременном удалении зуба с хроническим периодонтитом, вызвавшего заболевание, достигается как снижение вирулентности инфекционного начала, так и снижение внутрикостного давления, что способствует ограничению воспалительного процесса. Чтобы свести до минимума нежелательные последствия хирургического вмешательства рекомендуется проведение патогенетически обоснованной премедикации, благодаря которой реакция организма на операционную травму может быть снижена.

В ранние сроки развития воспалительного процесса (стадия серозной инфильтрации) допускали возможность удаления «причинного» зуба без рассечения околочелюстных мягких тканей. При тяжелом течении воспалительного процесса (сомнительный и неблагоприятный прогнозы) включение в комплексную терапию острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти метода остеоперфорации и внутрикостного промывания является патогенетически обоснованной операцией. После окончания операции раскрытия околочелюстных абсцессов, флегмон или остеоперфорации в сочетании с внутрикостным промыванием при одонтогенном остеомиелите, в гнойную полость вводили одного из дренажных материалов.

При выборе антибиотика для лечения ребенка с острой одонтогенной инфекцией придерживались требований:

- учет вероятного возбудителя и его чувствительности;
- течения заболевания и иммунного статуса;
- фармакокинетики антибиотика;
- результатов бактериологических исследований;
- оценки соотношения стоимость/эффективность.

В более тяжелом течении воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации для повышения эффективности антибиотиков, предупреждения или замедления формирования устойчивости возбудителей к действию этих препаратов использовали комбинированную антибиотикотерапию. Строго по показаниям назначалась иммунотерапия, преимущественно фармакологические иммунокорректирующие препараты (левамизол, пуриновые и пиримидиновые основания, тимоген и др.).

Все дети и подростки, получавшие стационарное лечение по поводу гнойно-воспалительных заболеваний, выздоровели, летальные исходы не наблюдались. После выписки из стационара пациенты продолжали лечение в условиях поликлиники.

**Заключение.** В современных условиях отмечается ухудшение стоматологической помощи детскому населению в РК. Незначительное количественное увеличение персонала, финансирование и материального обеспечения детской стоматологической службы, ежегодные санации полости рта только у определенного количества детей реально не влияют на стоматологическую заболеваемость. Предупреждение стоматологических заболеваний у детей, повышение эффективности лечения – это как медицинская, так социально-экономическая проблема, актуальность которой не снижается, а возрастает в последние годы.

С целью профилактики одонтогенных воспалительных заболеваний следует улучшить качества лечение зубов по поводу кариеса, пульпита и периодонтита; своевременно проводить хирургическую санацию полости рта с расширением показаний к удалению зубов с хроническим периодонтитом в случаях установления правильного диагноза в ранней стадии заболевания и с учетом прогноза заболевания проводить адекватное лечение заболевания.

Отметим, что только восстановление принципа диспансеризации всех детей у врача-стоматолога, апробированный и признанный во всем мире, позволило бы в ближайшие годы может стабилизировать стоматологические заболевания и включиться к выполнению программы ВОЗ по стоматологическому здоровью населения. В систему диспансеризации должны быть включены дети всех возрастных групп, поскольку они определяют здоровье народа на перспективу.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1987. – 528 с.
2. Корчагина В.В. Достижение максимального стоматологического здоровья детей раннего возраста внедрением современных технологий: автореф. дис. ... д-р. мед. наук – М., 2008. – 35 с.
3. Сатыго Е.А. Система профилактики зубочелюстных аномалий и кариеса зубов у детей в период раннего сменного прикуса: автореф. дис. ... д-р. мед. наук – СПб., 2014. – 38 с.
4. Рысбаева Ж.И. Комплексная реабилитация детей со стоматологическими заболеваниями в кризисной зоне Приаралья: автореф. Дис. ... канд. мед. наук – Алматы, 1998. – 20 с.
5. Супиев Т.К. Особенности операции удаления зубов у детей: показания, противопоказания, техника исполнения, возможные осложнения, их профилактика и лечение // Лекции по стоматологии детского возраста. – Алматы: КазНМУ, 2013. – Т.2. – С. 93-131.
6. Супиев Т.К., Нурмаганов С.Б., Негаметзянов Н.Г. и соавт. Кариес зубов и его осложнения у детей, особенности лечения и профилактики // Конспект стоматология. – 2015. - №1(11). – С. 57-66.
7. Супиев Т.К., Божбанбаева Н.С., Негаметзянов Н.Г., Атежанов Д.О. Персистирующая инфекция и ее влияние на соматическое и стоматологическое здоровье детей, меры профилактики и лечения. – Алматы: КазНМУ. – 2015. – 208 с.
8. Bagramian R.A., Garcia-Godoy F., Volpe A. R. The global increase in dental caries. A pending public health crisis // American J. of Dentistry. – 2009. – № 1. - P. 3-8.
9. Sudna P., Bhasin S., Aneundi R.T. Prevalence of dental caries among 5-13 -year-old children of Mangalore city // J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent. – 2005. – №6. – P. 74-79.

**Т.К. Супиев, Н.Г. Негаметзянов, С.Б. Нурмаганов, С.А. Аханов**  
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,  
Жоғарғы Қоғамдық Денсаулық Сақтау мектебі,  
Қалалық № 5 клиникалық ауруханасы*

#### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАЛАЛАР АРАСЫНДА ОДОНТОГЕНДІК ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

**Түйін:** Қазақстан Республикасында 2016 жылы стоматологиялық шаруашылықтардың жұмыстарын анықтағанда балаларға стоматологиялық көмек көрсетудің деңгейі төмендеген. Кариес және оның асқынулары 78% балаларда анықталған, оның ішінде одонтогендік қабыну аурулары - 11,4% балаларда кездескен. Кариестың интенсивтік көрінісі қалаларда - 2,8 және аулдарда - 3,9 болған.

Одонтогендік қабыну аурулардың алдын алу үшін кариес, пульпит және периодонтитпен ауырған тістерді уақытында емдеу керек, ауыз қуысты хирургиялық санациялағанда денсаулығы III-IV топтарға жататын балалардың созылмалы периодонтитпен ауырған уақытша тістерін уақытында жұлып тастау керек, одонтогендік қабыну ауруларына тез арада диагностика жасап хирургиялық көмек көрсету керек.

**Түйінді сөздер:** одонтогенді инфекция, балалар, ірің

**T.K. Supiyev, N.G.Negametzyanov, S.B. Nurmaganov, S.A. Ahanov**  
*Asfendiyarov Kazakh National medical university,  
Graduate School of Public Health,  
City clinical hospital №5*

#### **THE PROBLEM OF CHILD ODONTOGENIC INFECTION IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

**Resume:** Analysis of the activities of dental institutions in the Republic of Kazakhstan for 2016 revealed a deterioration in dental care for children. Caries and its complications were revealed in 78% of the examined, out of them odontogenic inflammatory diseases - in 11,4%. The intensity of caries is: in cities - 2.8 (from 1.8 to 5.0) and in rural areas - 3.9 (2.0 to 8.0). In order to prevent odontogenic inflammatory diseases, it is recommended to improve the quality of dental treatment for caries, pulpitis and periodontitis, timely surgical sanitation of the oral cavity with expansion of indications for the removal of temporary teeth with chronic periodontitis among children of III-IV health groups, early diagnosis and surgical drain of odontogenic purulent foci.

**Keywords:** odontogenic infection, children, pus