

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

1. РЫЖАК Галина Анатольевна, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заместитель директора Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по научной работе и новым технологиям.

Адрес: 197110, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3.

E-mail: *galina@gerontology.ru*

2. ИОРДАНИШВИЛИ Андрей Константинович, д.м.н., профессор, заслуженный рационализатор РФ, профессор кафедры ортопедической стоматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМедА им. С.М.Кирова.

Адрес: 198302, г. Санкт-Петербург, ул. Маршала Казакова, 14, корп. 3.

Тел.: 8 (812) 275-18-47.

E-mail: *maxxxl@mail.ru*

3. МУЗЫКИН Максим Игоревич, врач, научный сотрудник Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН.

Адрес: 197110, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3.

Тел.: 8 (901) 301-42-30.

E-mail: *maxxxl@mail.ru*

4. НИКИТЕНКО Виталий Викторович, начальник отделения челюстно-лицевой хирургии ФГУ «442 ОВКГ» МО РФ.

Адрес: Суворовский проспект, д. 63.

Тел.: 8 (812) 271-12-65

**Резюме.** В работе представлены результаты ретроспективного анализа историй болезни 605 пациентов, поступивших по скорой помощи или по неотложным показаниям по поводу острого одонтогенного периостита челюстей в многопрофильный челюстно-лицевой стационар за период 2008-2011 года. Показана динамика клинических и лабораторных проявлений заболевания в различные периоды онтогенеза взрослых людей, согласно возрастной периодизации ВОЗ. Выполнена оценка эффективности проводимой терапии при остром одонтогенном периостите у взрослых людей разных возрастных групп.

**Ключевые слова:** Геронтостоматология, возрастные особенности стоматологических заболеваний, острый периостит, хронический периостит, поднадкостничный абсцесс, антибактериальная терапия одонтогенных заболеваний.

## **THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE MEDICAL TREATMENT OF ACUTE ODONTOGENIC PERIOSTITIS OF MAXILLA AND JAW WITHIN THE PEOPLE OF DIFFERENT AGE.**

**Summary.** In this research there are results of medical reports retrospective analysis of 605 patients that came to multisectoral maxillofacial hospital with acute odontogenic periostitis of maxilla and jaw by emergency or according to urgent indications in 2010-2011. The dynamics of clinical and laboratory disease development are shown in different periods of adult ontogenesis according to the WHO age periodization. The efficiency of acute odontogenic periostitis of maxilla and jaw therapy within the people of different age was estimated.

**Keywords:** gerontostomatology, odontogenic periostitis of maxilla and jaw, age-related features of stomatological diseases, chronic periostitis, acute periostitis, antimicrobial treatment of odontogenic bacterial infections,

**Введение.** До настоящего времени более 40 % коек стоматологических стационаров занимают больные с воспалительными процессами челюстно-лицевой области [3,8,10]. Среди них 30-40% составляют пациенты с одонтогенными периоститами челюстей [9,10,11]. Если в конце двадцатого века заболевание возникало преимущественно у трудоспособных людей в молодом и среднем возрасте [8,10,11,13], то в настоящее время, в связи с общим старением населения, доля гнойно-воспалительных заболеваний, приходящихся на пожилой и старческий возраст, неуклонно растет [3,4,13]. У пожилых людей к особенностям заболеваний, вызванных самой природой старения, относятся: неспецифическое проявление болезни; быстрое ухудшение состояния, если не обеспечено лечение заболеваний; высокая частота осложнений; наличие сопутствующих хронических заболеваний [2,4,12,13] Биологическое старение происходит в зрелый период жизни и сопровождается изменениями в структуре пародонта, увеличивая его повышенную восприимчивость к заболеваниям. С возрастом снижается выносливость фиксирующего аппарата зуба, катаболические процессы начинают преобладать над анаболическими и это приводит к деструкции околозубных тканей [1,2,3,7].

В связи с этим, актуальными являются вопросы, связанные с изучением проблем стоматологического здоровья, особенностей течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний у людей старших возрастных групп.

**Целью** исследования являлось изучение динамики клинических проявлений в ходе лечения острого одонтогенного периостита челюстей у взрослых людей пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования служили 605 историй болезни пациентов, поступивших по скорой помощи или по неотложным показаниям с одонтогенными периоститами челюстей в специализированное отделение многопрофильного стационара за период 2010-2011 года. Средний возраст пациентов составил  $37,5 \pm 0,65$  лет (от 17 до 84 лет). Распределение пациентов по возрасту производилось согласно возрастной периодизации (ВОЗ, 1963). Хронобиологическое и гендерное распределение пациентов представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и по возрасту, n (%)

Пол	Возраст		Всего		
	Молодой 18-44 лет	Средний 45-59 лет	Пожилой 60-74 лет	Старческий 75 лет и старше	
Муж.	271 (44,79%)	70 (11,57%)	19 (3,14%)	11 (1,82%)	371 (61,32%)
Жен.	115 (19,01%)	52 (8,60%)	48 (7,93%)	19 (3,14%)	234 (38,68%)
Итого:	386 (63,80%)	122 (20,17%)	67 (11,07%)	30 (4,96%)	605 (100%)

Ретроспективный анализ медицинской документации включал оценку эффективности проводимой терапии в соответствии со стандартами, рекомендованными для использования в клинической практике страховыми компаниями и местными органами здравоохранения при лечении пациентов по полисам обязательного медицинского страхования во всех возрастных группах в динамике, с учетом необходимости привлечения врачей-интернистов при обострении сопутствующих хронических заболеваний на фоне острого периостита.

Оценка клинических проявлений, таких как отек, увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов, повышение температуры тела, интенсивность болевого синдрома, наличие отделяемого из послеоперационной раны, проводилась по историям болезни, согласно описанию местного статуса по 3-бальной системе: 0-отсутствие признака; 1-признак незначительно выражен; 2 – признак умеренно выражен; 3- признак сильно выражен. Помимо клинических проявлений оценивались лабораторные показатели: общий анализ крови и общий анализ мочи. Оценка клинических и лабораторных факторов производилась в динамике: до операции, на 3-е, 5-е и 7-е сутки.

**Результаты исследования.** В ходе проведенной работы установлено, что периостит среди гнойно-воспалительных заболеваний является самой частой патологией в общей структуре госпитализаций по неотложным показаниям в челюстно-лицевой стационар и составляет 34,75%.

Из данных, представленных в таблице 1, следует, что одонтогенный периостит челюстей встречается у пациентов во всех возрастных группах. Наибольшую по численности группу составили пациенты молодого - 386 человек (63,80%) и среднего - 122 человека (20,17%) возраста. Из них больше половины - 371 человек (63,64%) - мужчины и 234 человека (38,68%) – женщины. Количество пациентов пожилого возраста составило 67 человек (11,07 %) и старческого возраста – 30 человек (4,96%). Необходимо отметить, что если в молодом возрасте частота встречаемости периостита челюстей у мужчин (271 случай) была в два раза больше, чем у женщин (115 случаев), а в среднем эти значения были сопоставимы (70 и 52 случая соответственно), то в пожилом и старческом возрасте частота заболевания среди женщин в два раза превысила частоту заболевания среди мужчин. В пожилом и старческом возрасте заболевание среди мужчин встречалось у 19 (3,14%) и 11 (1,82%) человек, среди женщин у 48 (7,93%) и 19 (3,14%) человек соответственно.

Общее состояние больных с периоститами челюстей при поступлении оценивалось как удовлетворительное. Температура тела при поступлении была в среднем  $37,26 \pm 0,47$  °С. При местном обследовании определялся отек мягких тканей лица в области верхней или нижней челюсти. В полости рта выявляли отек или инфильтрат слизистой оболочки переходной складки, максимально выраженный в области причинного зуба. Результаты оценки динамики клинических проявлений заболевания в различных возрастных группах представлены на рисунках 1-4. Учитывая, что исследуемые возрастные группы значительно отличались по количеству людей, для большей наглядности полученные результаты представлены в процентном соотношении, где за сто процентов принята максимально возможная совокупность бальных оценок в группе по каждому признаку.

Для пациентов молодого возраста характерно бурное начало заболевания со значительным проявлением клинических симптомов. На фоне проводимой терапии видно значительное уменьшение клинических проявлений уже к 5 суткам. К 7 суткам клинические проявления заболевания отсутствуют за исключением поднижнечелюстного лимфаденита (рис.1).

У пациентов среднего возраста динамика клинических симптомов существенно не отличалась от аналогичных показателей в группе молодых людей (рис.2)

У пациентов пожилого, и в большей мере, старческого возраста чаще определялось вялое начало заболевания, с преобладанием гипоэргического течения воспалительного процесса и маловыраженными клиническими проявлениями. В пожилом возрасте гипоэргическое течение наблюдалось у 27 (40,3%), а в старческом у 16 (53,33%) пациентов. Как видно на рисунке 3 и 4

регресс клинических симптомов у людей пожилого и старческого возраста на фоне проводимой терапии происходил медленнее, чем у людей молодого и среднего возраста.

При поступлении и в процессе наблюдения больным выполняли стандартное клинико-лабораторное обследование. В частности, при поступлении и при выписке у них определяли уровень гемоглобина, число эритроцитов, лейкоцитов, лейкоцитарную формулу, СОЭ. Исследование крови и мочи проводили с использованием гематологических анализаторов и электронных счетчиков форменных элементов. Динамика результатов клинических исследований свидетельствовала о регрессе воспалительного процесса. Пациенты всех возрастных групп были выписаны из стационара после нормализации клинических анализов. Необходимо отметить, что у 34 (50,75%) человек пожилого и у 18 (60%) – старческого возраста при выписке сохранялась увеличенная скорость оседания эритроцитов.

В ходе работы была выполнена оценка необходимости консультаций смежных специалистов при обострении хронического заболевания на фоне течения острого периостита челюстей у взрослых людей различных возрастных групп. Как видно из данных, представленных в таблице 2 к пожилому и старческому возрасту у пациентов накапливается “багаж” хронических заболеваний. В пожилом возрасте необходимость привлечения врачей-интернистов была в 25 (37,31%) случаях, в старческом возрасте – в 19 (63,33%) случае. Наиболее часто лечение проводилось совместно со специалистами кардиологами и эндокринологами в связи с такими сопутствующими заболеваниями, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

Таблица 2

Консультации смежных специалистов при обострении хронических заболеваний, n (%)

Специалист	Возраст		Молодой n=386		Средний n=122		Пожилой n=67		Старческий n=30		Всего: n=605
	Муж. n=271	Жен. n=115	Муж. n=70	Жен. n=52	Муж. n=19	Жен. n=48	Муж. n=11	Жен. n=19			
Кардиолог	1 (0,37%)	2 (1,74%)	1 (1,43%)	4 (7,69%)	5 (26,32%)	11 (22,92%)	3 (27,27%)	6 (31,58%)	33 (5,45%)		
Эндокринолог	0	1 (0,87%)	1 (1,43%)	1 (1,92%)	2 (10,53%)	4 (8,33%)	1 (9,09%)	4 (21,05%)	13 (2,15%)		
Офтальмолог	0	0	0	0	0	0	1 (9,09%)	0	1 (0,17%)		
Невролог	0	0	1 (1,43%)	0	1 (5,26%)	1 (2,08%)	0	1 (5,26%)	4 (0,66%)		
Хирург	1 (0,37%)	0	0	0	0	0	1 (9,09%)	0	2 (0,33%)		
Гастроэнтеролог	1 (0,37%)	0	3 (4,29%)	0	1 (5,26%)	0	1 (9,09%)	1 (5,26%)	7 (1,16%)		
Общее количество	3 (1,11%)	3 (2,61%)	6 (8,57%)	5 (9,62%)	9 (47,37%)	16 (33,33%)	7 (63,64%)	12 (63,16%)	61 (10,08%)		
Итого:	6 (1,55%)		11 (9,02%)		25 (37,31%)		19 (63,33%)				

Лечебные мероприятия включали в себя хирургические вмешательства (операция удаления зуба, периостотомия, вскрытие и дренирование поднадкостничного абсцесса) и терапевтическое лечение по общепринятой методике. Если причиной острого гнойного периостита являлся многокорневой зуб или наблюдались рентгенологические признаки периодонтита, то в абсолютном большинстве случаев он подлежал удалению; когда же «причинный» зуб однокорневой и имеет эстетическое и функциональное значение, проводилось его эндодонтическое лечение и хирургическое лечение гнойного периостита [6,10]. В анализируемых случаях основополагающими факторами для проведения органосохраняющих операций являлись: эстетическое и функциональное значение зуба, общее состояние пациента, отсутствие выраженной соматической патологии, незначительная степень выраженности деструктивных изменений периапикальных тканей, отсутствие сопутствующих заболеваний пародонта. Распределение пациентов по возрасту и методам лечения представлено в таблице 3.

Таблица 3

Методы лечения одонтогенного периостита у людей различных возрастных групп, n (%)

Методы лечения	Возраст		Всего n=605			
	18-44 лет n=386	45-59 лет n=122	60-74 лет n=67	75 лет и старше n=30		
Двухэтапное лечение	90 (14,88%)	9 (1,48%)	-	-	99 (16,36%)	
Одноэтапное лечение	296 (48,93%)	113 (18,68)	67 (11,07%)	30 (4,96%)	506 (83,64%)	

Одноэтапное лечение 506 (83,64 %) случаев включало хирургическое пособие под местной анестезией в объеме удаления причинного зуба и проведения вскрытия и дренирования поднадкостничного абсцесса. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная противовоспалительная и десенсибилизирующая терапии, а также местное применение антисептических средств. Данная схема применялась при локализации процесса в многокорневых зубах, а также в однокорневых (в пожилом и старческом возрасте) при наличии выраженных периапикальных изменений, соматической патологии и заболеваний пародонта при остром гнойном периостите, а также во всех случаях обострения хронического периостита. Выбор данного метода в большинстве случаев объяснялся тем, что чаще всего пациенты обращались за медицинской помощью в запущенной стадии заболевания, когда рентгенологически определялись выраженные признаки периодонтита в периапикальных тканях и сохранение зуба не представлялось возможным.

Двухэтапное лечение 99 (16,36%) случаев проводилось во всех случаях серозного периостита, а также при эстетическом и функциональном значении зуба при остром гнойном периостите. На первом этапе под местной анестезией проводилось эндодонтическое лечение - формирование эндодонтического доступа, механическая обработка канала корня зуба. Зуб оставлялся открытым с целью дренирования периодонта через канал зуба. На втором этапе производилось вскрытие поднадкостничного абсцесса разрезом слизистой оболочки по переходной складке с рассечением надкостницы и последующим дренированием послеоперационной раны полоской перчаточной резины. Больному в послеоперационном периоде назначалась антибактериальная, противовоспалительная терапия, антигистаминные препараты и местное применение антисептических средств. На следующий день в случае положительной динамики клинической картины заболевания производилась медикаментозная обработка и obturация канала корня зуба, при условии продолжения дренирования послеоперационной раны. Необходимо также отметить, что двухэтапное лечение у лиц молодого возраста в 4 (4,35%) случаях, у лиц среднего возраста в 5 (55,56%) случаях было неудачным и в последующем для купирования процесса выполнялось удаление причинного зуба.

В таблице 4 представлены основные схемы антибактериальной терапии, которые применялись в ходе лечения больных различного возраста острым гнойным периоститом. Все больные проходили лечение в системе ОМС. Наиболее часто лечение проводилось препаратами цефалоспоринового ряда различных поколений (цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон, цефурус).

Таблица 4

Основные схемы антибактериальной терапии, n (%)

№ п/п	Схема лечения	Распределение пациентов
1.	Цефазолин 1000 мг + метронидазол 500 мг 2 р\д	354 (58,5%)
2.	Панклав (амоксиклав, аугментин) 625 мг per os 2 р\д	18 (2,98%)
3.	Цефотаксим 1000 мг в/м + метронидазол 500 мг per os 2 р\д	79 (13,06%)
4.	Цефтриаксон 1000 мг в/м + метронидазол 500 мг per os 2 р\д	41 (6,78%)

5.	Амписид 750 мг в/м + метронидазол 500 мг per os 2 p\д	25 (4,13%)
6.	Цефазолин 1000 мг в/м + метрогил 100,0 в\в 2 p\д	4 (0,66%)
7.	Цифран СТ 500\600 мг per os 2 p\д	29 (4,79%)
8.	Цефоперазон и сульбактам 1000 мг в\м 2 p\д	3 (0,50%)
9.	Цефурус 750 мг в/м 3 p/д + метронидазол 0,5 мг per os 2 p\д	42 (8,60%)
Всего:	605 (100%)	

Для монотерапии применялись комбинированные препараты: панклав (амоксиклав, аугментин), Цифран СТ для перорального приема. В случаях, когда воспалительная реакция протекала по гиперэргическому типу, применялась комбинация парентерального введения цефазолина с внутривенным введением метрогила, а также внутримышечное введение комбинации цефоперазона с сульбактамом.

Во всех случаях терапия проводилась в течение 5-7 дней до выписки пациентов из стационара. В молодом и среднем возрасте в преобладающем большинстве случаев выписка из стационара производилась по выздоровлению - 98% и 90% соответственно (рис.5).

В старшей возрастной группе, учитывая затяжное течение заболевания, преобладала выписка с улучшением в поликлинику по месту жительства для дальнейшего долечивания. В пожилом возрасте данный планируемый результат лечения встречался у 48 (72%) пациентов, а в старческом возрасте у 26 (87%) пациентов (рис.6).

Таким образом, ретроспективный анализ медицинской документации при лечении одонтогенного периостита челюстей у взрослых людей различных возрастных групп позволил изучить особенности клинического течения острого гнойного периостита у лиц пожилого и старческого возраста.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. В пожилом и старческом возрасте частота заболевания острым гнойным периоститом у женщин в два раза превышает заболевание мужчин в данных возрастных группах.
2. У пациентов старших возрастных групп чаще определяется вялое начало заболевания с преобладанием гипоэргического течения воспалительного процесса с маловыраженными клиническими проявлениями.

3. Лечение пациентов пожилого и старческого возраста в 37% и 63% случаев соответственно требует привлечения врачей-интернистов, для коррекции лечения сопутствующих заболеваний.
4. Показания для удаления причинного зуба при остром периостите в пожилом и старческом возрасте значительно расширяются.
5. В старшей возрастной группе, учитывая затяжное течение заболевания, преобладает выписка из стационара с улучшением для дальнейшего долечивания в поликлинике по месту жительства.
6. Проведенный анализ антибактериальной терапии показал, что существующие схемы лечения острого одонтогенного периостита у стационарных больных в системе ОМС приводят к их выздоровлению, однако следует сказать о необходимости коррекции терапии заболевания с учетом особенностей его клинического течения и соматической патологии у пациентов старших возрастных групп.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Алимский А.В.. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии/ А.В. Алимский, В.С. Вусатый, В.Ф. Прикулс // Рос. стоматол. журн. – М.: Медицина, 2004. – № 2. – С. 38–40.
2. Борисова Е.Н. Индивидуальные факторы, способствующие развитию заболеваний пародонта у лиц пожилого и преклонного возраста / Е.Н.Борисова // Стоматология для всех. — М., 1999. – № 4. – С. 36–37.
3. Вахромеева Е.Н. Клинико-лабораторная оценка и особенности течения верхушечного периодонтита у пациентов старших возрастных групп : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.
4. Виллерхаузен-Ценхен Б. Изменения тканей полости рта в пожилом возрасте / Б. Виллерхаузен-Ценхен, Р. Гляйсер // Клиническая стоматология. – 2000. – № 3. – С. 63.
5. Дмитриева Л.А. Стоматология в гериатрии / Л.А. Дмитриева, Е.Н. Борисова // Медицинская газета. – 2000. – № 59. – С. 10.
6. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.К.Иорданишвили. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 60–62.
7. Митронин А.В. Комплексное лечение и реабилитация больных с деструктивными формами хронического периодонтита : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 31 с.
8. Робустова Т.Г. Одонтогенные воспалительные заболевания: руководство для врачей / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2006. – 664 с.
9. Суханов А.Е. Комплексное лечение острых гнойных одонтогенных периоститов челюстей : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 21 с.
10. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / Под ред. А.А.Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И.Неробеева.– М. ГЭОТАР–Медиа, 2010. – С. 304–312.
11. Шулович О.Л. Острый одонтогенный периостит: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1969. – 16 с.
12. Allen P.F. Endodontic considerations in the elderly / P.F. Allen, J.M. Whirtworth / Gerodontology. – 2004. – Vol. 21 – P.185–194.
13. Berg R. Dentistry and Aging Patients / R. Berg, D. B. Berkey // Quintessence International. – 1997 – Vol. 28 – P. 614–631.