

**Сведения об авторах:**

Фирсова Ирина Валерьевна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии;  
тел.: 8(8442)73-06-58; e-mail: pin177@rambler.ru

Македонова Юлия Алексеевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры;  
тел.: (8442)730346; e-mail: mihai-m@yandex.ru

Михальченко Валерий Федорович, доктор медицинских наук, профессор кафедры;  
тел.: (8442)730658; e-mail: karta007@rambler.ru

Михальченко Дмитрий Валерьевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний; тел.: (8442)73-21-61; e-mail: karta007@rambler.ru

Поройский Сергей Викторович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой медицины катастроф;  
тел.: (8442)385681; e-mail: poroyskiy@mail.ru

© Коллектив авторов, 2015

УДК 616.52.716.8-001

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10096>

ISSN – 2073-8137

## ОСТРЫЕ ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ

К. С. Гандылян, С. М. Карпов, И. С. Романенко, К. Г. Карakov, В. А. Зеленский,  
М. П. Порфириадис, Э. Э. Хачатурян, Д. А. Доменюк, Е. Н. Чалая

Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

## DURING DIFFERENT CLINICAL FORMS OF ACUTE ODONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES

Gandylyan K. S., Karpov S. M., Romanenko I. S., Karakov K. G., Zelenskiy V. A.,  
Porfiriadis M. P., Khachatryan E. E., Domenyuk D. A., Chalaya E. N.

Stavropol State Medical University, Russia

При всех клинических вариантах течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний (ООВЗ) были выявлены признаки регионарного лимфаденита. При периостите и остеомиелите в процесс вовлекались преимущественно подчелюстные, щечные и значительно реже околоушные лимфатические узлы, тогда как при флегмоне практически у всех пациентов развивалась лимфаденопатия всех регионарных лимфатических узлов.

Исследование состояния жевательной мускулатуры во многом зависело как от выраженности течения ООВЗ, так и от возможной локализации процесса, что наиболее значимо проявлялось при флегмонах. Проведенное исследование указывает, что синдром поражения мягких тканей челюстно-лицевой области при различных клинических вариантах течения ООВЗ в количественном изменении при периостите и остеомиелите составил II степень, при флегмоне – III степень поражения.

*Ключевые слова:* периостит, остеомиелит, флегмона, острое одонтогенное воспалительное заболевание

In all clinical variants of courses of acute odontogenic inflammatory diseases (AOID) signs of regional lymphadenitis were revealed. At periostitis and osteomyelitis the process involved mainly submandibular, buccal, and much less frequently, the parotid lymph nodes, whereas with phlegmon almost all patients developed lymphadenopathy of all regional lymph nodes.

Investigation of a condition of the masticatory muscles depended largely on both the severity of AOID course and on the possible localization of the process that was manifested the most significantly at phlegmons. The study demonstrates that the syndrome of maxillofacial soft tissue disease at different clinical variants of AOID course, quantitatively measured at periostitis and osteomyelitis reached II degree, at phlegmon – III degree of lesion.

*Key words:* periostitis, osteomyelitis, phlegmon, acute odontogenic inflammatory disease

**Острые одонтогенные воспалительные заболевания (ООВЗ) составляют важную медицинскую проблему в клинической практике хирургической стоматологии [1, 3, 4, 5, 7]. В общей структуре стоматологических заболеваний травматического и нетравматического генеза частота развития воспалительных процессов в челюстно-лицевой области колеблется в пределах 55–65 % [7], а в структуре острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) доходит до 69,5 % и в настоящее время имеет тенденцию к увеличению удельного веса [1–4].**

В этой связи исследование клинико-функционального состояния пациентов с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями позволяет выбрать оптимальную терапию, в которой основу будет составлять предупреждение косметических дефектов мягких тканей лица и функционального состояния мимической мускулатуры, а также нарушений деятельности всех трофотропных систем и механизмов.

**Материал и методы.** Обследован 91 больной с ООВЗ на базе отделения челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц. Из исследования были исключены пациенты с нейропатией лицевого и тройничного нервов.

Диагностика ООВЗ основывалась на предварительном клинико-рентгенологическом обследовании. В зависимости от тяжести и степени вовлечения в воспалительный процесс костных и окружающих мягких тканей лица все пациенты были разделены на базовые 3 группы. Первую группу составили 25 пациентов, у которых был диагностирован острый одонтогенный периостит, вторую – 30 пациентов с остеомиелитом, третью – больные с остеомиелитом, осложненным флегмоной челюстно-лицевой области (36 человек). Средний возраст пациентов с периоститом составил  $30,5 \pm 1,43$  года, с остеомиелитом –  $26,2 \pm 1,76$ , с флегмоной –  $41,3 \pm 2,02$  года, возраст лиц контрольной группы –  $36,2 \pm 1,87$  года. Среди больных с периоститом преобладали женщины – 64 %, с остеомиелитом и флегмоной – мужчины (56,7 % и 58,3 %).

**Результаты и обсуждение.** В начальных стадиях ООВЗ определялась болезненность при перкуссии «причинного» зуба: при периостите у 22 (88 %) пациентов, остеомиелите – у 18 (60 %), флегмоне – у 15 (41,7 %) пациентов. «Причинный» зуб вначале неподвижен, что было выявлено у больных с периоститом в 22 (88 %) случаях. По мере обострения инфекционно-воспалительного процесса зуб расшатывается; его подвижность при остеомиелите была отмечена в 20 (66,7 %) случаях, при флегмоне в 25 (69,4 %) случаях. Слизистая оболочка переходной складки и десна в области зубов были гиперемированы, отечны, резко болезненны при

пальпации. У больных периоститом эта реакция была локальной и отмечалась в 19 (78 %) случаях, при остеомиелите и флегмоне она захватывала несколько зубов или всю половину челюсти, наблюдаясь в первом случае у 26 (86,7 %), во втором – у 36 (100 %) пациентов.

Отмечено, что периостит в большинстве случаев (64 %) сопровождался отеком мягких тканей, сглаженностью переходной складки, изменением конфигурации лица и последующим формированием поднадкостничного абсцесса. Если «причинным» зубом являлся клык верхней челюсти, отек захватывал преимущественно подглазничную и щечную области, угол рта, крыло носа, в ряде случаев – нижнее веко (8 %). При вестибулярной локализации поднадкостничного абсцесса верхней челюсти в области центральных и боковых резцов отек определялся на крыльях носа и верхней губе (8 %). В 2 (8 %) случаях локализации поднадкостничного абсцесса с небной стороны премоляров воспалительный инфильтрат распространялся на соответствующую половину твердого неба. При вовлечении бокового и центрального резцов отек преимущественно захватывал передний отдел твердого неба с обеих сторон от средней линии (8 %). При вовлечении в процесс моляров отекали ткани крыловидно-челюстной складки, слизистая оболочка мягкого неба и передняя небная дужка (8 %). При поражении первого большого коренного зуба верхней челюсти и малых коренных зубов отек распространялся на подглазничную, щечную, скуловую области, верхнюю губу, нижнее веко, отмечалось сглаживание носогубной складки с опусканием угла рта, что составило 5 (20 %) случаев. При гнойно-воспалительном очаге в области второго и третьего больших коренных зубов верхней челюсти определялась отечность щечной, скуловой, височной и верхней отдела околоушно-жевательной области (8 %). В случае источника инфекции в клыках или премолярах, при периостите нижней челюсти отек распространялся на нижнюю губу с опусканием угла рта, а также на нижний и средний отделы щечной области и в поднижнечелюстную область, что было отмечено в 5 (20 %) случаях. Если «причинным» зубом оказывался моляр, то при периостите нижней челюсти отек захватывал околоушно-жевательную, поднижнечелюстную области со сглаженностью контура нижнего края и угла нижней челюсти, а также крыло-челюстное пространство, нижний и средний отделы щечной области, что также наблюдалось у каждого пятого больного.

При остеомиелите челюсти в глубине отечной ткани в 21 (70 %) случае удавалось пальпировать инфильтрат, а при флегмоне во всех случаях появлялся симптом флюктуации; у 26 (86,7 %) пациентов с остеомиелитом определялся симптом Венсана с анестезией или парестезиями в области половины нижней губы и подбородка, в основе чего при воспалении лежит сдавление

или разрыв волокон нижнего альвеолярного нерва, обусловленный патологическими изменениями тканей нижней челюсти.

При всех клинических вариантах ООВЗ были выявлены признаки регионарного лимфаденита. Так, при периостите в 20 (80 %) случаях в процесс вовлекались преимущественно подчелюстные, у 16 (64 %) больных – щечные и значительно реже (в 2 случаях, что составило 8 %) – околоушные лимфатические узлы.

При остеомиелите в воспалительный процесс вовлекалось преимущественно от 2 до 4 лимфатических узлов. Наиболее часто вовлекались подчелюстные, щечные и околоушные узлы. При флегмоне практически у всех пациентов развивалась лимфаденопатия всех регионарных лимфоузлов.

Исследование состояния жевательной мускулатуры во многом зависело как от выраженности течения ООВЗ (при периостите она была интактна у 23 (92 %) больных), так и от возможной локализации процесса, что наиболее значимо проявлялось при флегмонах. В половине случаев остеомиелита определялась болезненность при пальпации жевательных мышц и умеренно выраженная миалгия мышц височно-нижнечелюстного сустава, сопровождавшаяся болезненностью, а в ряде случаев и значительной болью при жевании. Подобные признаки выявлялись у всех пациентов с флегмоной. Однако болевые феномены в жевательных мышцах, несмотря на мышечно-тонические проявления, определялись у 31 (86,1 %) пациента, что определялось локализацией гнойно-воспалительного процесса. Анатомо-топографическая локализация острых одонтогенных флегмон представлена в таблице.

Таблица

**Анатомо-топографическая локализация острых одонтогенных флегмон**

Локализация	Число больных в группе	
	абс.	%
Крылонебная ямка и подвисочная область	1	2,8
Дно полости рта	1	2,8
Крыло-челюстное пространство	14	38,9
Подглазничная область	2	5,6
Околоушно-жевательная область	2	5,6
Щечная область	2	5,6
Поднижнечелюстная область	12	33,3
Подподбородочная область	2	5,6
ИТОГО	36	100

Было установлено, что наиболее частой локализацией острых одонтогенных флегмон явились крыловидно-челюстное пространство и поднижнечелюстная область.

Флегмона крыло-челюстного пространства обычно была следствием острого остеомиелита угла и ветви челюсти при осложнениях перио-

донтитов моляров и характеризовалась резкой болью при попытке открывании рта, акте глотания, а также контрактурой жевательных мышц. У больных с данным видом ООВЗ асимметрия лица была умеренной, так как сформировавшийся инфильтрат располагался за ветвью нижней челюсти. Флегмона околоушно-жевательной области в 2 (5,6 %) случаях развивалась при распространении инфекционного процесса от моляров нижней челюсти. В дебюте ООВЗ инфильтративный процесс был скрыт преимущественно жевательными мышцами, вследствие чего определялась отчетливая пальпаторная болезненность жевательных мышц и их контрактура. Флегмона поднижнечелюстной области преимущественно характеризовалась болезненностью при глотании и открывании рта, припухлостью поднижнечелюстного треугольника и контрактурой височно-нижнечелюстного сустава. Флегмона подглазничной области (2 – 5,6 % случаев) развивалась вследствие инфицирования от клыка или премоляра верхней челюсти. Инфильтративный процесс распространялся на боковую поверхность носа, верхнюю губу, ниже нее веко. При флегмоне подподбородочной области в 2 случаях очагами инфекции послужили подчелюстная и подъязычная области. Флегмона щечной области в 2 случаях развивалась как осложнение периодонтита премоляров, моляров и сопровождалась отеками века, верхней губы, щеки и значительным ограничением открывания рта. В 1 случае флегмона крылонебной ямки и подвисочной области развивалась вследствие осложнения периодонтита 7-го и 8-го зубов верхней челюсти и сопровождалась отеком височной и околоушно-жевательной области и контрактурой жевательных мышц. В другом случае при флегмоне дна полости рта воспалительный процесс возник из инфекционных очагов в области премоляров, остеомиелите нижней челюсти. В этом случае определялась припухлость подчелюстной, подподбородочной и подъязычной областей, сопровождавшаяся болезненным и затрудненным жеванием и глотанием.

В 7 (19,4 %) случаях у пациентов с острой одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области были выявлены две и более флегмоны, преимущественно на поздних стадиях заболевания: на 2–3-й день у 1 (2,8 %) пациента, на 4–6-й день у 3 (8,3 %) пациентов, на 10-й день и позже у 3 (8,3 %) пациентов в группе (рис.).

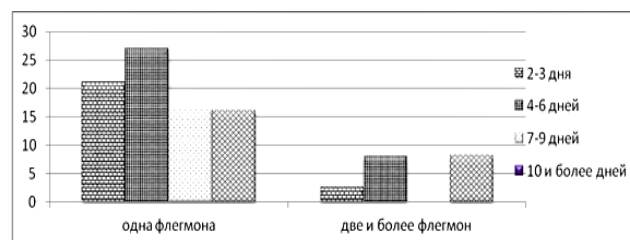


Рис. Зависимость количества флегмон от времени течения заболевания (%)

Проведенное исследование показало, что синдром поражения мягких тканей ЧЛО в количественном измерении при различных клинических вариантах течения ООВЗ составил: при периостите  $9,9 \pm 0,04$  (II степень поражения), при остеомиелите –  $13,6 \pm 0,03$  (II степень поражения), при флегмоне –  $20,4 \pm 0,04$  (III степень поражения).

Клиническая оценка состояния мимической мускулатуры нижней части лица позволила выявить, что у 29 (80,6 %) больных с флегмоной ЧЛО наиболее выраженные нарушения характеризовались резким затруднением оскаливания зубов с больной стороны. При остеомиелите в 18 (60 %) случаях выявлялась асимметрия носогубных складок при оскаливании зубов, тогда как при периостите в 13 (52 %) случаях визуально определялась сглаженность носогубной складки с больной стороны (чаще при периостите верхних премоляров или резцов).

Во всех случаях клиническая картина сопровождалась общей воспалительной реакцией и

интоксикацией с резким подъемом температуры, диффузной головной болью, выраженной общей слабостью, нарушением аппетита и диссомиями, а также с воспалительными изменениями крови с наличием лейкоцитоза, со сдвигом влево, высокой СОЭ и т. д.

**Заключение.** При всех клинических вариантах течения ООВЗ были выявлены признаки лимфаденита. Исследование установило, что при периостите в воспалительный процесс преимущественно вовлекались подчелюстные, щечные и значительно реже – околоушные лимфатические узлы, тогда как при флегмоне практически у всех пациентов развивалась лимфаденопатия всех регионарных лимфатических узлов.

Состояние жевательной мускулатуры во многом зависело от выраженности течения ООВЗ и от локализации воспалительного процесса и наиболее часто было нарушено при флегмонах челюстно-лицевой области.

#### Литература

1. Байриков, И. М. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Самарского государственного медицинского университета / И. М. Байриков, В. А. Монаков, А. Л. Савельев, Д. В. Монаков // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 11. – С. 100–104.
2. Каракон, К. Г. Опыт клинического применения лазерной фотодинамической системы в стоматологии / К. Г. Каракон, Э. Э. Хачатурян, З. А. Сеираниду // Пародонтология. – 2012. – № 1. – С. 61–63.
3. Карпов, С. М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями / С. М. Карпов, Е. М. Мосиенко // Клиническая неврология. – 2009. – № 2. – С. 3–5.
4. Карпов, С. М. Показатели временной нетрудоспособности у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями /

С. М. Карпов, Е. М. Мосиенко // Вестник медицинского стоматологического института. – 2009. – № 1. – С. 15–17.

5. Порфириадис, М. Обоснование иммуномодулирующей терапии при вялотекущих одонтогенных флегмонах / М. Порфириадис, Т. Сашкина, В. Шулаков [и др.] // Врач. – 2010. – № 7. – С. 72–74.
6. Тер-Асатуров, Г. П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон / Г. П. Тер-Асатуров // Стоматология. – 2005. – № 84 (1). – С. 20–27.
7. Яхьяев, С. Х. Основные причины и распространенность хронических болевых синдромов среди неврологических больных / С. Х. Яхьяев, Е. А. С. Хадж, И. Н. Долгова, С. М. Карпов // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 10-5 (17). – С. 39.
8. Mehra, H. Chronic suppurative osteomyelitis of mandible: a case report / H. Mehra, S. Gupta, H. Gupta [et al.] // Craniomaxillofac Trauma Reconstr. – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 197–200.

#### References

1. Bairikov I. M., Monakov V. A., Saveliev A. L., Monakov D. V. *Mejdunarodnii jurnal prikladnih i fundamentalnih issledovanii. – International Journal of Applied and fundamental research.* 2014;11:100-104.
2. Karakov K. G., Khachaturyan E. E., Seiraniidu Z. A. *Parodontologiya. – Periodontics.* 2012;1:61-63.
3. Karpov S. M., Mosienko E. M. *Klinicheskaya nevrologiya. – Clinical Neurology.* 2009;2:3-5.
4. Karpov S. M., Mosienko E. M. *Vestnik Meditsinskogo stomatologicheskogo instituta. – Journal of Medical Dental Institute.* 2009;1:15-17.

5. Porfiriadis M., Sashkina T., Shulakov V., Karakov K., Biryulev A. *Vrach. – Doctor.* 2010;7:72-74.
6. Ter-Asaturov G. P. *Stomatologiya. – Stomatology.* 2005;84(1):20-27.
7. Yakhyaev S. Kh., Khadj E. A. S., Dolgova I. N., Karpov S. M. *Mejdunarodnii nauchno-issledovatel'skii jurnal. – International Research Journal.* 2013;10-5(17):39.
8. Mehra H., Gupta S., Gupta H., Sinha V., Singh J. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2013;6(3):197-200.

**Сведения об авторах:**

Гандылян Кристина Семеновна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел.: 89624546718; e-mail: gandylyanks@mail.ru

Карпов Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики; тел.: 89054101523; e-mail: karpov25@rambler.ru

Романенко Илья Петрович, врач-стоматолог, соискатель кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел.: 89283023272; e-mail: ilyha26r@gmail.com

Караков Карен Григорьевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии; тел.: 89624466000; e-mail: terstomsgma@yandex.ru

Зеленский Владимир Александрович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и детской стоматологии; тел.: 89624460793; e-mail: zelenskiiva@yandex.ru

© В. А. Батури, С. Н. Руденко, 2015

УДК 616.853-053.3/.5-08

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10097>

ISSN – 2073-8137

## ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕНЗОНАЛОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ФАРМАКОКИНЕТИКИ

В. А. Батури<sup>1, 3</sup>, С. Н. Руденко<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

<sup>2</sup> Ставропольская краевая клиническая больница, Россия

<sup>3</sup> Центр клинической фармакологии и фармакотерапии, Ставрополь, Россия

## CHANGE OF COGNITION IN EPILEPTIC CHILDREN AT BENZONAL TREATMENT DEPENDING ON INDIVIDUAL SPECIFICITIES OF ITS PHARMACOKINETICS

Baturin V. A.<sup>1, 3</sup>, Rudenko S. N.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Stavropol State Medical University, Russia

<sup>2</sup> Stavropol Regional Clinical Hospital, Russia

<sup>3</sup> Center for Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy, Stavropol, Russia

Обследовались дети, больные эпилепсией и получающие противоэпилептические средства: бензонал и препараты вальпроевой кислоты. Изучены концентрации в плазме крови бензонала и его основного метаболита – фенобарбитала, а также вальпроатов. Среди детей, получавших бензонал, по результатам терапевтического лекарственного мониторинга можно было выделить три группы. В первую были отнесены дети с концентрацией бензонала в крови выше 2 мкг/мл и фенобарбитала – 10–30 мкг/мл. Во вторую – больные, у которых концентрация бензонала была минимальной (менее 2 мкг/мл), а уровень фенобарбитала также 10–30 мкг/мл. В третью группу – дети с низким содержанием бензонала и высоким уровнем плазменного фенобарбитала (35–40 мкг/мл). Через 1 год лечения у больных с высоким уровнем фенобарбитала в крови наблюдалось значимое снижение психофизиологических показателей внимания, памяти и мышления.

*Ключевые слова: эпилепсия, дети, бензонал, фенобарбитал, терапевтический лекарственный мониторинг, когнитивная функция*

We surveyed children with epilepsy and those receiving antiepileptic drugs: benzonol and valproates. The concentrations of benzonol and its main metabolite – phenobarbital, and valproates in blood plasma were studied. By the results of therapeutic drug monitoring the children treated with benzonol, can be divided into three groups. The children with the concentration of benzonol above 2 mcg/ml and phenobarbital – 10–30 mcg/ml in the blood were referred to the first group. The second group were the patients who have had a minimum benzonol concentration (less than 2 mcg/ml), and the level of phenobarbital was also 10–30 mcg/ml. The third group were the children with low benzonol and high plasma pentobarbital (35–40 mcg/ml). After 1 year of treatment the patients with high levels of phenobarbital in the blood showed a significant reduction of psychophysiological indicators of attention, memory and thinking.

*Key words: epilepsy, children, benzonol, phenobarbital, therapeutic drug monitoring, cognitive function*