

продолжения нарушениям состояния тканей периодонта - увеличению степени рецессии десны, атрофии альвеолярного отростка, подвижности зубов и уменьшению кислотоустойчивости эмали.

Угнетение функции щитовидной железы мерказолилом само по себе приводило к характерным для стресса нарушениям состояния тканей опорно-удерживающего аппарата и твердых тканей зуба, нарастающим по мере развития гипотиреоза.

Содержание гипотиреоидных животных в переполненных клетках усугубляло вызванные тиреостатиком нарушения и способствовало прогрессирующему нарастанию степени рецессии десны, атрофии альвеолярного отростка, подвижности зубов и падению кислотоустойчивости эмали. Т.е. подавление функции щитовидной железы отягощало нарушения поддерживающего аппарата и твердых тканей зуба, вызываемые хроническим стрессом. Их выраженность возрастала по мере увеличения продолжительности гипотиреоза и стрессорного воздействия.

Введение тироксина в течение 1, 2 и 3 месяцев не изменяло уровень йодтиронинов в крови, частоту сердечных сокращений, прирост массы тела животных. Это позволило классифицировать примененные дозы препарата как малые или близкие к физиологическим. Состояние тканей маргинального периодонта и твердых тканей зуба у получавших тироксин крыс не отличалось от контроля. Вместе с тем, тироксин оказал существенное ограничивающее воздействие на изменения изученных тканей полости рта, вызванные скученным содержанием животных. По отношению к стрессированным животным, не получавшим тироксин, после стресса на его фоне все параметры поражения тканей полости рта были меньшими, а уровень йодтиронинов большим. После 2 месяцев нахождения в условиях перенаселенно-

сти у крыс была ниже степень рецессии десны, а после 3 месяцев - все изучаемые показатели состояния тканей ротовой полости. Содержание тиреоидных гормонов было выше по отношению к стрессированным эутиреоидным животным на протяжении всех трех месяцев исследования. По сравнению с гипотиреоидными животными, содержащимися в переполненных клетках, после стресса у получавших тироксин крыс поражение тканей полости рта было меньшим, а уровень йодтиронинов в крови - большим.

#### **Выводы.**

Близкие к физиологическим дозы тироксина, сами по себе не влияющие на состояние опорно-удерживающего аппарата и твердых тканей зуба и концентрацию йодсодержащих гормонов щитовидной железы в крови, значительно уменьшают патологические изменения тканей ротовой полости при хроническом стрессе, ограничивая снижение уровня тиреоидных гормонов в крови в этих условиях. Из наших результатов следует, что защитный эффект тиреоидных гормонов связан с ограничением под их воздействием интенсивности стресс-реакции при длительном скученном содержании крыс, а также с лимитированием под их влиянием активации ПОЛ в этих условиях, поскольку данный механизм является ведущим в патогенезе стрессорных повреждений периодонта. Это может быть результатом геномного действия йодтиронинов, приводящего к стимуляции синтеза обладающих антиоксидантной активностью белков, оксида азота, имеющего значение в регуляции ПОЛ. Играет роль и показанное другими исследователями действие тиреоидных гормонов, нормализующее баланс протеазы / ингибиторы, микроциркуляцию, состояние костной ткани. Йодтиронины также стимулируют иммунную систему организма.

## **ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Крупченко М. С., Минина А.Н., Кабанова С. А.*

*УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"*

**Актуальность.** Актуальность проблемы воспалительных заболеваний в детской стоматологии определяется нарастанием числа больных, увеличением тяжести клинического течения, трудностями в их лечении, а поражение зон роста челюстных костей приводит к тяжелым, трудно устранимым деформациям. Проявление и течение форм гнойного воспаления в челюстно-лицевой области имеют ряд особенностей, обусловленных относительной незрелостью органов и тканей ребенка, обилием лимфоидной ткани, плохо проницаемой для антибактериальных препаратов, строением зубов, генерализованным характером гнойной одонтогенной инфекции, легкостью повреждения и повышенной проницаемостью для микробов естественных защитных барьеров. Все это меняет симптоматику воспалительных заболеваний и усложняет их диагностику. Высокая распро-

раненность и интенсивность кариозного поражения зубов приводит к возникновению очагов одонтогенной инфекции в организме ребенка. [1,2,3].

Отсутствие масштабных научных исследований в этом направлении обуславливает важность изучения данной проблемы, имеющей не только научную, но и большую практическую значимость для здравоохранения Республики Беларусь [2,4].

**Цель.** Изучить структуру и этиологию гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей.

**Материал и методы исследования.** Проводился анализ данных пятидесяти историй болезни детей в возрасте до 18 лет с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, находившихся на стационарном лечении в Витебской областной клинической боль-

нице с октября 2009 года по сентябрь 2010.

**Результаты и обсуждение.** Среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов до 18 лет преобладают процессы одонтогенной природы - в 58% (29 случаев), а неодонтогенные - в 42% (21 случай).

Группа одонтогенных заболеваний представлена в 75,86% периоститами (нижней челюсти - 55%, верхней челюсти - 45%), в 6,9% остеомиелитами, в 3,5% флегмонами. Структура неодонтогенных процессов следующая: лимфадениты - 45,45%, фурункулы - 27,27%, абсцессы - 13,64%, а также флегмоны - 13,64%.

Анализ данных о половых различиях в частоте развития нозологических форм гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области показал, что у мальчиков они возникают чаще (58%), чем у девочек (42%). Средний возраст заболевания составил у девочек 8,26 лет, причем в 5 лет гнойно-воспалительные процессы развивались у - 19%, у мальчиков средний возраст 8,6 лет, чаще встречаются в возрасте 7 лет - 18%.

Структура гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у мальчиков включает периоститы - 51,72% (верхней челюсти - 60%, нижней челюсти - 40%), лимфадениты - 17,24%, фурункулы - 17,24%, флегмоны - 6,9%, абсцессы - 3,45% и остеомиелиты нижней челюсти 3,45%.

В то же время у девочек, среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области преобладают лимфадениты - 40%. Периоститы челюстей составляют 35% (нижней челюсти - 85,71%, верхней челюсти - 14,29%), флегмоны - 10%, фурункулы - 5%, остеомиелиты нижней челюсти - 5%, абсцессы - 5%.

При изучении этиологических факторов возникновения одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей установлено, что основной причиной развития данных заболеваний являются первые постоянные моляры нижней челюсти в 27,3% случаев (правой стороны в 87,5%; левой - 12,5%). Первые

и вторые верхние временные моляры верхней челюсти составляют 13,9% от общего числа причинных зубов, первые и вторые временные моляры нижней челюсти - 13,8%, вторые временные резцы верхней челюсти - 10,3%, первые постоянные моляры верхней челюсти - 7,0%. Также источниками развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей могут служить первые временные резцы верхней челюсти, временные клыки верхней челюсти и временные клыки нижней челюсти (3,5% случаев в каждой группе).

#### **Выводы.**

Имеются половые различия по частоте развития гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, характеризующиеся преимущественным поражением мужчин по сравнению с женщинами.

Структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у больных детского и подросткового возраста имеет следующие особенности: характерно преобладание лимфаденитов у девочек, когда у мальчиков чаще встречаются периоститы челюстей.

Основным этиологическим фактором развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстей у пациентов до 18 лет являются постоянные первые моляры нижней челюсти.

#### **Литература:**

1. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский, М.: Мед. лит., 2003. - 416 с.
2. Калмахелидзе, Р.А. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей / Р.А. Калмахелидзе, А.А. Колесов, В.В. Рогинский: сборник науч. тр.; под общ. ред. А.А. Колесова. - М., 1974. - 116 с.
3. Солнцев, А. М. Одонтогенные воспалительные заболевания / А. М. Солнцев, А. А. Тимофеев. - К.: Здоровья, 1989. - 231 с.
4. Колесов, А.А. Стоматология детского возраста / А.А. Колесов. - 3-е изд. - М.: Медицина, 1985. - 480 с.

## **НУКЛЕАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ IGG У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Сенькович С.А., Окулич В.К., Погоцкий А.К., Чередняк А.Н.**

**УО "Витебский государственный Орден дружбы народов медицинский университет"**

**Введение.** Проблема недостаточной эффективности терапии, в том числе использования антибактериальных препаратов, гнойно-воспалительных хирургических заболеваний остается по-прежнему актуальной [1]. Создание новых эффективных методов диагностики и лечения хирургической инфекции невозможно без знания глубоких механизмов взаимодействия возбудителя гнойно-воспалительного процесса с иммунной системой макроорганизма. Между тем, некоторые аспекты этого взаимодействия остаются изученными недостаточно. К таким аспектам относится собственная каталитическая активность иммуноглобулинов при гнойно-воспалительных процессах. Образование иммуноглобулинов с собственной каталитической активностью (абзимов) воз-

можно в результате нескольких механизмов, в том числе идиотип-антиидиотипического, реализация которого из-за воздействия ферментов микроорганизмов на иммунную систему макроорганизма представляется при инфекционном процессе весьма вероятной [2].

Воздействие абзимов на течение различных патологических процессов остается изученным не полностью. Практически доказано участие абзимов в развитии некоторых заболеваний соединительной ткани, аутоиммунных заболеваний [3], между тем как влиянию каталитических иммуноглобулинов на течение гнойно-воспалительных заболеваний посвящены лишь единичные публикации [4, 5].

Для исследования абзимов при гнойно-воспалитель-