

Использование лазерной терапии для лечения детей с воспалительными процессами в челюстно-лицевой области

М. Л. Стебелькова, Н. П. Стадницкая, Ю. З. Садиков

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Лазерная терапия широко используется в отделении детской хирургической стоматологии Московского центра детской челюстно-лицевой хирургии для профилактики воспалительных осложнений после удаления зубов, пластических операций и т. д. Для обсуждения выделены наиболее трудоемкие в плане лечения группы больных с неспецифическим хроническим паренхиматозным паротитом, гиперпластическими воспалительными процессами челюстных костей одонтогенной этиологии, воспалительными инфильтратами. Для лечения этих больных разработана и внедрена методика неспецифической иммунокоррекции путем воздействия на зоны поражения и каротидные синусы при помощи лазерных терапевтических установок "Узор" и "Оптодан" (Прохончуков, Жилина, 1994).

207 детей поступили в отделение в период обострения заболевания. Состояние характеризовалось подъемом температуры, появлением боли и припухлости в околоушно-жевательных областях — с одной или обеих сторон. Одновременное поражение желез с двух сторон часто затрудняет дифференциальную диагностику с эпидемическим паротитом. В первые 7 дней в зоне поражения желез пальпировался разлитой и плотный болезненный инфильтрат, отмечалась гипосаливация, слюна была вязкой, желеобразной, прозрачной или, при инфицировании, с примесью гноя. Всем больным ранее проводили противовоспалительную терапию, но без учета стадии процесса, в связи с чем, вероятно, не был достигнут желаемый результат. Использование лазерной терапии в сочетании с комплексным лечением (инстилляцией желез по показаниям, применение иммуномодуляторов, антиоксидантов, антигистаминных, противовоспалительных, слюногонных препаратов в зависимости от стадии течения процесса) позволило снизить остроту процесса и после 2—3 курсов достичь стойкой ремиссии. В случаях, когда одно обострение не успевало купироваться и начиналось новое — положительные результаты были выражены особенно ярко. Такое упорное и тяжелое течение наблюдалось у 72 пациентов, в основном в возрасте 3—5 лет. У всех больных была

достигнута ремиссия, но 2 раза в год — осенью и весной, когда наиболее вероятно развитие обострения, им проводили профилактические курсы иммуномодуляции и лазерной терапии.

Лазерную терапию назначали как в острой стадии, так и во время ремиссии. Воздействию подвергали околоушно-жевательные области и зоны каротидных синусов. В первом случае обработку проводили в течение 2 мин при максимальной мощности и частоте 80 Hz аппаратом "Узор" или "Оптодан" (1-й режим), во втором — при минимальной мощности и частоте 1500 Hz ("Узор"), или на 2-м режиме ("Оптодан"). Процедуры проводили ежедневно в течение 5—10 дней. Как правило, уже после 3-го сеанса отмечалась нормализация саливации, тогда как при лечении по общепринятой методике слюноотделение улучшалось лишь на 7—9-е сутки. Пациентам, обратившимся за помощью в начальной стадии воспаления, купировать процесс и предотвратить присоединение инфекции удалось при использовании только лазерной терапии.

Диагностику и контроль за лечением больных осуществляли при помощи сиалографии. Контроль использовался одновременно и в лечебных целях, за счет введения в железу йодолипола. Его противовоспалительное действие основано на присутствии йода на масляной основе, которая препятствует быстрому выведению из железы. Это обеспечивает не только контрастирование последней, но и рассасывание инфильтратов. В процессе наблюдения выявлено отчетливо выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие лазерной терапии. Она не вызывает неприятных ощущений, поэтому особенно показана для детей младшей возрастной группы.

В последнее время отмечается тенденция к увеличению хронических воспалительных процессов в костной ткани челюстей с преобладанием гиперпластического компонента. Диагностика и лечение детей с данными патологическими процессами представляет определенные трудности. По клинико-рентгенологическому течению выделены 2 варианта воспалительного процесса в

костной ткани нижней челюсти, сопровождающиеся гиперпластической реакцией: оссифицирующий периостит и гиперпластический остеомиелит.

Оссифицирующий периостит начинается первично-хронически или подостро. В клинической и рентгенологической картине преобладающим симптомом служит деформация нижней челюсти за счет ее утолщения. В большинстве случаев, причина возникновения заболевания одонтогенная. Деформация развивается через 1—3 мес после лечения зуба по поводу хронического периодонтита. Процесс имеет циклическое течение. Ярких признаков воспаления не наблюдается даже в период обострения. Рентгенологической особенностью являются мощные слоистые периостальные напластования. Почти всегда определяется резорбирующий тоннель, идущий от корня зуба — источника инфекции. Периостальные напластования имеют правильный рисунок, что свидетельствует о циклическости заболевания.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с реактивным периоститом, который служит симптомом периодонтита, с актиномикозом и опухолями.

Под наблюдением находилось 47 пациентов, которым после обследования был поставлен диагноз оссифицирующий периостит. Из них 15 поступило с диагнозом новообразования нижней челюсти, 3 — актиномикоза нижней челюсти, остальные — без диагноза. У большинства пациентов давность заболевания составляла от 1 до 6 мес. Локализация процесса — тело и углы нижней челюсти. Лечение пациентов с оссифицирующим периоститом проводили по схеме: санация полости рта с удалением зуба — источника инфекции; применение антибиотиков костнотропного действия, десенсибилизирующих препаратов, поливитаминов с антиоксидантами и проведение курса лазерной терапии с использованием аппаратов "Узор" и "Оптодан". Курс лечения составлял 5—7 дней. После первого курса лечения наблюдалось значительное улучшение состояния пациентов. При повторном курсе мы отказались от применения антибактериальных препаратов. Периостальные напластования постепенно подвергались инволюции, и происходило восстановление конфигурации нижней челюсти. У всех пациентов было достигнуто полное выздоровление и устранен косметический недостаток без оперативного вмешательства. Сроки лечения не превышали 1,5 мес.

Под нашим наблюдением находился 51 пациент с гиперпластическим остеомиелитом различной тяжести и давности заболевания. У 26 из них срок заболевания составлял более 1 года; у 19 пациентов — от 6 мес до 1 года;

у 6 — до 6 мес. 45 пациентам ранее проводились лечебные мероприятия, включая оперативные вмешательства.

Процесс начинался подостро или первично-хронически. Патогномичным симптомом служила цикличность течения. Каждое обострение сопровождалось появлением боли, затруднением открывания рта, увеличением деформации челюсти.

Процесс распространялся на новые участки костной ткани, нередко приводя к гибели зачатков постоянных зубов, расположенных в зоне поражения.

Характерная особенность заболевания заключается в формировании стойких изменений в структуре костной ткани. При длительном течении заболевания даже после устранения источника одонтогенной инфекции воспалительный процесс не прекращается, и заболевание продолжается вне связи с первичным очагом. Поддерживать и осложнять течение гиперпластического остеомиелита могут инфицированные погибшие зачатки постоянных зубов, а также внешне интактные зубы с ретроградно пораженной пульпой, расположенные над очагом поражения.

Рентгенологическая картина весьма многообразна и зависит от давности заболевания и его стадии. В начале заболевания отмечаются утолщение костной ткани за счет периостальных наслоений и значительные изменения в структуре костной ткани, где чередуются участки разрежения и уплотнения костного вещества.

В дальнейшем нарушается архитектоника костной структуры, возникают новые области разрежения. Появляющиеся участки периостальных наслоений уже не доминируют в клинической картине на фоне общих изменений в структуре кости.

Дифференциальный диагноз довольно сложен. Чаще всего гиперпластический остеомиелит приходится дифференцировать с оссифицирующим периоститом, актиномикозом нижней челюсти и опухолями и опухолеподобными процессами.

Комплексное лечение этой группы больных в период обострения в условиях поликлиники заключалось в назначении различных антибиотиков, десенсибилизирующих препаратов, иммуномодуляторов и курса лазерной терапии. Отмечено, что применение лазерной терапии значительно сокращало длительность периода обострения заболевания, сопровождавшегося болевым симптомом. Проведение лазерной терапии уже после 2—3 сеансов позволяло добиться значительного снижения интенсивности болей, в ряде случаев полностью избавляя пациента от нее. Курс лечения составлял 10 дней. Использование лазерной терапии позволило полностью отказаться от

назначения антибиотиков при последующих обострениях. В тех случаях, когда выявлялись гибель зачатков, ретроградное инфицирование пульпы, высокая интенсивность резорбтивных процессов в челюсти, больных направляли на госпитализацию для оперативного лечения. Предварительно, после проведения прицельного рентгенологического исследования и двукратной одонтодиагностики, уточняли количество зубов с ретроградно инфицированной пульпой и проводили депульпирование последних с пломбированием каналов корней за "верхушку". Оперативное вмешательство ставило цель — декорткацию челюсти, ее ревизию, удаление патологических очагов, резекцию верхушек корней и моделирование челюсти. В стационаре проводили полноценный курс терапии, и больной вновь поступал в поликлиническое отделение. Через 1,5—2 мес курс лечения с использованием лазерной терапии повторяли. Как правило, если больной обращался сразу после начала обострения, удавалось быстро купировать процесс. Полное излечение достигнуто у 47 больных, под наблюдением в состоянии ремиссии остаются 4 пациента.

В настоящее время увеличилось количество воспалительных процессов, не разрешающихся нагноением. Они объединены в группу воспалительных инфильтратов. С таким диагнозом у нас на лечении находилось 278 пациентов разного возраста. У детей младшей возрастной группы воспалительные инфильтраты чаще всего были следствием лимфаденитов как

одонтогенной, так и другой этиологии. У подростков причиной развития данной патологии служил, как правило, хронический периодонтит. Пациенты с воспалительными инфильтратами не требуют хирургического лечения. Выздоровление достигнуто во всех случаях после проведения противовоспалительной и лазерной терапии по стандартной методике с помощью аппаратов "Узор" и "Оптодан". Использование лазерной терапии позволило быстро улучшить самочувствие пациентов.

Клинические наблюдения показали, что включение лазерной терапии в комплексное лечение больных с воспалительными заболеваниями в челюстно-лицевой области позволяет достигнуть положительных результатов в короткие сроки.

Литература

Москаленко Г. Н. Хронический паренхиматозный паротит у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: ММСИ, 1985. — С. 24.

Москаленко Е. П. Актуальные вопросы иммунологии и иммуно-патологии: Сб. науч. тр. — Ростов-на-Дону, 1985. — 456 с.

Прохончуков А. А., Жилина Н. А. Применение лазерного аппарата «Оптозан» для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Метод. рекомендации. — М.: Медицина, 1994.

Середина В. И., Оглазова Н. М. Клинико-иммунологическая характеристика хронического паротита // Стоматология. — 1981. — № 5. — С. 44—45.

Рыбалов О. В. Состояние околоушных слюнных желез детей, перенесших эпидемический паротит // Стоматология. — 1982. — № 6. — С. 34—35.