

СТАТИСТИЧНІ ВІДОМОСТІ ПРО ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

STATISTICAL INFORMATION ABOUT THE INFLAMMATORY PROCESSES OF THE JAW-FACIAL PART IN CHILDREN

**Павло І. Ткаченко, Сергій О. Білоконь, Наталія М. Лохматова, Віталіна О. Доброскок, Ольга Б. Доленко,
Наталія М. Коротич, Юлія В. Попело**

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «УКРАЇНЬСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ», ПОЛТАВА, УКРАЇНА

**Pavlo I. Tkachenko, Serhii O. Bilokon, Nataliia M. Lokhmatova, Vitalina O. Dobroskok, Olha B. Dolenko,
Nataliia M. Korotych, Yuliia V. Popelo**

HIGHER STATE EDUCATIONAL ESTABLISHMENT OF UKRAINE «UKRAINIAN MEDICAL STOMATOLOGICAL ACADEMY», POLTAVA, UKRAINE

РЕЗЮМЕ

Вступ: В структурі хірургічних стоматологічних захворювань у дітей преважують гострі та хронічні запальні процеси. Слід зауважити, що в хірургічних спеціалізованих відділеннях переважають різні форми лімфаденітів, аденофлегмони та одонтогенний остеомиєліт, але без чіткого розуміння статистичної ситуації не можливо вирішити ряд організаційних проблем.

Мета: Вивчити частоту зустрічаємості ведучих нозологічних форм гострих гнійних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей для планування організаційних заходів по наданню їм якісної спеціалізованої допомоги на перспективу.

Матеріали та методи: Матеріалом для написання даної наукової роботи слугували результати комплексного обстеження і лікування протягом 6 років 537 дітей з гострим гнійним лімфаденітом, аденофлегмоною та гострим одонтогенним остеомиєлітом.

Результати: За даними нашої клініки, ці три нозологічні форми захворювання складають 42% від усієї кількості стаціонарних стоматологічних хворих і 11% від загальної кількості дітей з гострою хірургічною патологією. Із 537 пацієнтів з гострим гнійним лімфаденітом спостерігали 240 хворих (44,8%), з аденофлегмоною 150 (27,9%), з гострим одонтогенним остеомиєлітом 147 (27,3%). Хлопчиків було 318 (59,2%), дівчаток – 219 (40,8%). Вік хворих від 2 місяців до 15 років. Вивчення анамнезу захворювання дозволило встановити, що виникненню гострого запалення передували обтяжливий преморбідний фон та наявність супутніх хронічних загальносоматичних захворювань у переважної більшості хворих.

Висновки: Вище згадані фактори в значній мірі призводять до зниження захисно-адапційних можливостей дитячого організму та створюють передумови для формування у дітей патологічного симптомокомплексу, який може реалізуватися навіть при мінімальній дії на тканини щелепно-лицевої ділянки антигенного навантаження. Така ситуація потребує виваженого мультидисциплінарного підходу до планування лікувально-профілактичних заходів у даній категорії хворих на всіх етапах спостереження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: діти, лімфаденіт, аденофлегмона, остеомиєліт, статистика.

ABSTRACT

Introduction: The acute and chronic inflammatory processes prevail in the structure of the dental surgical diseases in children. Notably, various forms of lymphadenitis, adenophlegmon and odontogenous osteomyelitis dominate in the specialized surgical units; however, it is not possible to resolve a number of organizational problems without clear understanding of the statistical situation.

The aim: The paper is aimed at the analysis of the incidence rate of major nosological forms of the acute suppurative inflammations of the maxillofacial area in children for the prospective planning of arrangements to provide them with high-quality specialized care.

Materials and methods: The paper involves findings of comprehensive examination and treatment of 537 children with acute purulent lymphadenitis, adenophlegmon and odontogenous osteomyelitis that was carried out within 6 years.

Results: The resulting clinical data have shown that three abovementioned nosological forms of the disease accounted for 42% of the overall number of the inpatient dental patients and 11% of the total number of children with acute surgical pathology. Out of 537 patients, 240 patients (44.8%) with acute purulent lymphadenitis, 150 (27.9%) patients with adenophlegmon and 147 (27.3%) patients with acute odontogenous osteomyelitis have been observed (318 (59.2%) boys and 219 (40.8%) girls aged from 2 months to 15 years). The study of the past history of the disease has established that in the majority of patients burdened premorbid history and occurrence of concomitant chronic general somatic diseases was presented prior to the onset of acute inflammation.

Conclusions: The factors, mentioned above, greatly contributed to increase in protective-adaptive properties of child body and create the prerequisites for the formation of pathological symptomocomplex in children, which can be implemented even in the minimal effect of antigen load on the tissues of maxillofacial area. Such situation requires a balanced multidisciplinary approach to the planning of preventive measures in this category of patients at all stages of the observation.

KEY WORDS: children, lymphadenitis, adenophlegmon, osteomyelitis, statistics

ВСТУП

Гострі та хронічні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки у дітей превалюють в структурі хірургічних стоматологічних захворювань. Це обумовлено, перш за все, їх значною частотою, розповсюдженістю різновидів причинних факторів, що відіграють провідну роль у їх виникненні. Слід зауважити, що в хірургічних спеціалізованих відділеннях переважають різні форми лімфаденітів, аденофлегмони та одонтогенний остеомієліт. За останнє десятиріччя збільшилась кількість запальних процесів з агресивним і атиповим перебігом, почастишали випадки переходу гострого перебігу в хронічну форму захворювань [1,2,4].

Масштабні економічні та екологічні негаразди обумовлюють необхідність моніторингу і узагальнення епідеміологічних, експериментальних, клінічних даних з цього приводу. Планування комплексу заходів стосовно обсягу хірургічного та медикаментозного лікування запальних захворювань не може бути повноцінним без чіткого розуміння статистичної ситуації стосовно даного питання з врахуванням забезпеченості спеціалізованими ліжками [1].

На жаль, в Україні останнім часом з багатьох причин значно погіршився стан здоров'я дитячого населення, що пов'язано частково із нашаруванням стоматологічної патології на загально соматичну та додатково ускладнюється впливом факторів фізичного, хімічного, біологічного походження, які обумовлюють антропогенне забруднення навколишнього середовища. В історичному аспекті, за даними клініки Київського державного інституту удосконалення лікарів, питома вага хворих з запальними процесами щелепно-лицевої ділянки підвищилася за період з 1969 по 1994 роки з 53,5% до 68,4%, що безумовно насторожує. Однак масштабних статистичних досліджень за останні роки у нас в цьому сенсі не проводилось, в тому числі і стосовно дітей. Тим паче, що прослідковуються відчутні наслідки незavidного становища стоматологічної допомоги дітям у зв'язку зі зниженням її об'єму і якості профілактичної роботи [2,3,4].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження стала вивчення частоти зустрічальності ведучих нозологічних форм гострих гнійних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей для планування організаційних заходів по

наданню їм якісної спеціалізованої допомоги на перспективу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалом для написання даної наукової роботи слугували результати комплексного обстеження протягом 6 років (2012 - 2017 рр.) 537 дітей з гострим гнійним лімфаденітом, аденофлегмоною та гострим одонтогенним остеомієлітом щелепних кісток, які проходили лікування в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави. В своїй роботі ми користувалися загально-прийнятою класифікацією [2].

Загально клінічні методи (опитування, огляд, пальпація) застосовувалися у всіх хворих. При виявленні скарг звертали увагу на порушення загального стану дитини, уточнювали анамнез життя і основного захворювання, локалізацію та характер болю, з'ясували причини, що сприяють його посиленню. Анамнез захворювання збирали переважно у батьків і рідних, які сповіщали точні відомості про початок захворювання, його перші симптоми, характер клінічного перебігу. Уточнювали попередні патологічні стани, які могли безпосередньо чи опосередковано впливати на виникнення та перебіг захворювання.

Важливе місце в обстеженні дитини займав огляд. Перш за все проводили оцінку стану м'яких тканин в області запалення, забарвлення шкіряних покривів, ступеня відкриття рота, змін з боку зубів і слизової оболонки порожнини рота. Визначали реакцію регіональних лімфатичних вузлів їх консистенцію, розміри, вираженість інфільтративних змін та відношення до прилеглих тканин. Крім того, обсяг додаткових обстежень включав приватні та спеціальні методи дослідження. Статистична обробка матеріалу проводилася згідно класичних вимог [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В групу з гострим гнійним лімфаденітом увійшло 240 дітей, що становило 44,9% від загальної кількості хворих. Розподіл всіх хворих в залежності від нозологічної форми захворювання, статі та віку наведено в таблиці I.

Найчастіше запалення лімфатичних вузлів локалізувалося в піднижньощелепних ділянках - 85 спосте-

режень (35,4%). Запалення лімфовузлів в привушно-жувальній ділянці нами спостерігалось в 40 випадках (16,7%). В 15 спостереженнях (6,3%) лімфаденіт цієї локалізації супроводжувався одночасним збільшенням вузлів в під нижньощелепних та шийних ділянках. В 32 випадках (13,3%) запальний процес локалізувався в підпідборідній ділянці і в 30 спостереженнях (12,5%) в ділянці бокової поверхні шиї. В щічній ділянці лімфаденіт мав місце в 24 випадках (10%) і в 22- (9,2%) запалювались позаду щелепні лімфатичні вузли. В 7 спостереженнях (2,9%), із 240, гнійний процес діагностували одночасно в двох анатомічних ділянках.

Найчастіше лімфаденіт виникав в весняний – 80 дітей (39,3%) і осінній - 75 дітей (31,3%) періоди. На зимовий проміжок часу приходилось 60 дітей (25%) і на літній – 25 (10,4%).

Більшість хворих (169-70,4%) поступили в клініку протягом 5 днів від початку захворювання. В 61 випадку (25,4%) пацієнти направлялися на госпіталізацію з невірним діагнозом. Страждали переважно діти ясельної та дошкільної вікових груп. Значно рідше лімфаденіт виникав у дітей грудного віку і молодшого шкільного. Найменша частота його виникнення мала місце у дітей старшого шкільного віку.

Після вивчення преморбідного періоду встановлено, що гострий гнійний лімфаденіт виник після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції у 89 хворих (37%), у 37 випадках (15%) запалення лімфовузлів співпало з гострою патологією ЛОР-органів, у 34 - (14%) з гострим запаленням бронхо-легеневої системи, у 23 - (10%) з розладом шлунково-кишкового тракту (ШКТ), у 13 - (6%) з гострим періодонтитом та загостренням хронічного від тимчасових та постійних молярів на нижній щелепі, у 7 - (3%) з гострою травмою м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та порожнини рота, у 6 - (3%) з захворюваннями шкіри обличчя, у 5 - (2%) з гострим інфекційним захворюванням слизової оболонки порожнини рота. У 26 дітей (10%) провокуючого етіологічного чинника гнійного запалення лімфовузлів виявити не вдалося.

Супутні хронічні соматичні захворювання виявлені у 120 дітей (50%). Найчастіше вони прослідковувалися в групах дітей ясельного, дошкільного та молодшого шкільного віку і стосувалося це переважно ШКТ, бронхолегеневої системи та ЛОР - органів.

Під нашим наглядом знаходилося 150 дітей з аденофлегмоною, що становило 27,9% від загальної кількості хворих, яких спостерігали. Найчастіше аденофлегмона виникала в під нижньощелепних ділянках – 58 випадків (38,7%) та ділянці бокової поверхні шиї – 35 випадків (23,3%). В 25 спостереженнях (16,7%) гнійний процес виникав в позаду щелепній ділянці, у 18 - (12%) в підпідборідній, у 11 - (7,3%) в привушно-жувальній і у 3-(2%) в щічній.

Вона мала місце однаково часто у всі пори року. Значна більшість хворих (97 -64,7%) поступила на госпіталізацію протягом 5 днів від початку захворювання. В 43 спостереженнях (28,7%) цей строк становив 6 - 8 днів

і в 10 випадках (6,6%) діти звертались за допомогою після цих термінів і, як правило, внаслідок безуспішного амбулаторного чи стаціонарного лікування за місцем проживання. В 27 спостереженнях (18%) діагноз лікувального закладу, який направляв дитину, не співпадав з діагнозом встановленим в нашій клініці. Аденофлегмона найчастіше діагностувалися у дітей ясельного і дошкільного віку (117 спостережень 78,0%).

Виникненню аденофлегмони превалювали: ГРВІ у 45 дітей (30%), гостре запалення та загострення хронічних процесів ЛОР - органів у 21 дитини (14%), патологічні зміни в бронхо-легеневій системі у 19 дітей (12,7%), розклад ШКТ у 15 дітей (10%), гострий періодонтит та загострення хронічного в тимчасових молярах у 20 дітей (13,3%), постійних молярів у 6 - (4%), гостре запалення слизової оболонки порожнини рота у 5 дітей (3,3%), гнійничкове враження шкіри у 4 пацієнтів (2,7%). У 15 дітей (10%) провокуючого чинника виникнення аденофлегмони не встановлено.

Супутня хронічна загальносоматична патологія діагностована у 106 дітей (70,7%). І з них у 12 – (11,4%) мало місце поєднання двох хронічних захворювань. Найчастіше хронізація загально соматичної патології встановлювалась у дітей дошкільного віку, рідше в ясельній групі і молодшій шкільній, поодинокі випадки припадали на грудний вік.

За 6 років під нашим наглядом знаходилося 147 дітей з гострим одонтогенним остеомієлітом щелепних кісток. Джерелом інфекції у всіх дітей ясельного і дошкільного віку та у 12 дітей (18,2%) молодшого шкільного являлись тимчасові моляри. Всього остеомієліт виник в 67 випадках (45,6%). Причому, на долю першого моляра приходилось 35 випадків (52,2%) і другого 32 - (47,8%). Найчастіше вражалася ліва половина нижньої щелепи (39 випадків 58,2%).

Ускладнений карієс в постійних пре молярах став причиною виникнення остеомієліту у дітей старшого шкільного віку в 2 випадках (1,4%) і стосувалося це лише других премолярів. Постійні моляри стали причиною розвитку гнійного процесу в 82 випадках (55,7%). Перший моляр викликав остеомієліт у 41 дитини (27,2%) молодшого шкільного віку і у 30 - (19,7%) старшого шкільного. Другий моляр став причиною розвитку запалення в нижній щелепі у 4 дітей (2,7%) молодшого шкільного і у 7 дітей (4,8%) старшого шкільного віку.

Загалом, перший постійний моляр був причетним до патологічного процесу в 71 спостереженнях (48,4%), другий в 11 випадках (7,5%). В цій групі дітей також превалювало враження лівої половини нижньої щелепи (47 випадків – 31,9%). Причому, у 42 хворих (28,6%) загострення хронічного періодонтиту виникло одразу після проведення лікувальних маніпуляцій в тимчасових зубах і у 26 хворих (17,7%) в постійних.

Більша частина дітей (93-63,3%) звернулися за допомогою протягом 5 днів від появи перших клінічних симптомів захворювання. Як правило, це були діти, які не зверталися одразу за допомогою, або ж ті, котрі не

отримували ніякого лікування, 54 дитини (36,7%) госпіталізовані в строки після 5 діб. Майже всі хворі цієї групи (49-97%) на до госпітального етапі отримували медикаментозне лікування, але воно завжди проводилося не в повному обсязі, а хірургічне втручання у вигляді вилучення «причинного» зуба було проведено лише у 8 дітей (5,4%) від загальної кількості пацієнтів. Тим паче, що в 15 випадках (27,8%) із 54, діти лікувалися з іншими діагнозами в непрофільних педіатричних та хірургічних відділеннях. Загалом, діагноз лікувальних закладів, які направляли на госпіталізацію дітей з остеомієлітом в 51 випадку (34,7%) не співпадав з клінічним. Найчастіше діагностувалося запалення нижньої щелепи у дітей молодшого шкільного та дошкільного віку і рідше в старшій віковій групі.

Аналізом преморбідного періоду встановлено, що виникненню остеомієліту передувало: ГРВІ у 42 дітей (28,6%), загальне переохолодження у 37 - (25,2%), запалення ЛОР-органів у 21 дитини (14,3%), бронхо-легеневої системи у 15 - (10,2%), загострення хронічних захворювань ШКТ у 8 дітей (5,4%) і у 24 дітей (16,3%) провокуючого фактору виявити не вдалося.

Супутні хронічні загально соматичні захворювання виявлено у 93 дітей (63,3%). При цьому поєднання двох нозологічних форм спостерігалось у 12 пацієнтів (12,9%). Найчастіше їх діагностували у хворих молодшого шкільного віку і стосувалося це в основному ШКТ та бронхолегеневої системи.

ВИСНОВКИ

Таким чином, за даними нашої клініки, ці три нозологічні форми захворювання складають 42% від усієї кількості стаціонарних стоматологічних хворих і 11% від загальної кількості дітей з гострою хірургічною патологією. Із 537 пацієнтів з гострим гнійним лімфаденітом спостерігали 240 хворих (49,8%), з аденофлегмоною 150 - (27,9%), з гострим одонтогенним остеомієлітом нижньої щелепи 147 - (27,9%). Хлопчиків було 318 - (59,2%), дівчаток 219 - (40,8%). Вік хворих від 2 місяців до 15 років.

Вивчення анамнезу захворювання дозволило встановити, що виникненню гострого запалення передували обтяжливий преморбідний фон: при гострому гнійному лімфаденіті в 214 випадках (89,2%), при аде-

нофлегмоні в 135 – 90%, при гострому одонтогенному остеомієліті щелепних кісток в 123 випадках (83,7%). Наявність супутніх хронічних загальносоматичних захворювань органів і систем виявлено у 120 дітей із 240 з гострим гнійним лімфаденітом (50%), у 106 із 150 з аденофлегмоною (70,7%) і у 93 із 147 - (63,3)% з гострим одонтогенним остеомієлітом.

Безумовно, що вищезгадані фактори в значній мірі впливають на ранній онтогенез, призводять до зниження захисно-адапційних можливостей дитячого організму та створюють передумови для формування у дітей патологічного симптомокомплексу, який може реалізуватися навіть при мінімальній дії на тканини щелепно-лицевої ділянки антигенного навантаження та впливу несприятливих чинників як ендогенного, так і екзогенного походження. Це потребує виваженого мультидисциплінарного підходу до планування лікувально-профілактичних заходів у даній категорії хворих на всіх етапах спостереження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Zelenskyi VA, Mukhoramov FS. Detskaia khyrurhicheskaia stomatolohiia y cheliustno-lytsevaia khyrurhiia. Moskva; 2008,206p.
2. Tkachenko PY, Belokon SA, Korotych NN. Ostrye y khronicheskye nespetsyfycheskye vospalytelnye protsessy cheliustno-lytsevoi oblasti u detei. Poltava:000 ASMY; 2016,175p.
3. Tkachenko PI, Dobroskok VO, Korotych NM et al. The role of microbial component in the progression of the acute suppurative inflammation of tissues of maxillofacial area in children. Svit medytsyny ta biolohii. 2018;1(63):83–86.
4. Dobroskok VO. Hostryi hniinyi limfadenit shchelopno-lytsevoi dilianky u ditei: stomatolohichniy status, fizyko-khimichni ta biokhimichni vlastyvyosti rotovoi ridyny. Visnyk Ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2012;13.1(41):339-341.
5. Mintser OP, Voronenko YuV, Vlasov VV. Obroblennia klinichnykh i eksperymentalnykh danykh u medytsyni. Navch. posib. dlia stud. vyshch. navch. zakl. K:Vyshch. Shk;2003:41-43.

Робота є фрагментом ініціативної кафедральної НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» за угодою із МОЗ України «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», державний реєстраційний № 0116U003821.

АДРЕСА ДЛЯ КОРЕСПОНДЕНЦІЇ

Віталіна О. Доброскок

ВДНЗУ «УМСА»

вул. Шевченко, 23, 36011, Полтава

тел: +380505357050

e-mail: vitalinadobroskok87@gmail.com

Надіслано: 09.03.2018

Затверджено: 08.05.2018