

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31-002-036.11-02./-032]-053.2

Ткаченко П.І., Білоконь С.О., Попело Ю.В., Коротич Н.М., Лохматова Н.М., Доленко О.Б.

ПРЕМОРБІДНИЙ ФОН ПРИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В ДІТЕЙ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Актуальність дослідження

Останнім часом помітні суттєві зміни в клінічних проявах гострих і хронічних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей. Узагальнення нових наукових розробок із формуванням сучасних поглядів на важливість ролі преморбідних факторів у їх виникненні й перебігу вказує на те, що ця проблема набуває не тільки медичного, а й соціального значення [1-4].

Одні й ті ж сприятливі й несприятливі причинні фактори можуть призводити до різних наслідків залежно від характеру конкретних умов їхньої дії, і якщо одні підвищують резистентність організму, то інші її знижують. Виразність запальної реакції залежить також і від конституціональних вікових особливостей організму й рівня його органної тканинної інтеграції. У внутрішньо-утробний період розвитку плода всі чинники, які відповідають за формування захисних реакцій, починають проявляти свою активність лише з 4-5 місяців вагітності [5-7].

На жаль, у постнатальний період, особливо в грудному й ясельному віці, опірність організму дитини до різних несприятливих патогенних чинників залишається на низькому рівні, в основному за рахунок незрілості клітин ретикулоендотеліальної системи. У зв'язку з цим особливу увагу слід звертати на вивчення несприятливих факторів, що зумовлюють розвиток тих чи інших хвороб, тобто мова йде про своєчасне виявлення стадії передхвороби для цілеспрямованого проведення заходів задля усунення чи пом'якшення їхнього впливу [5;8].

Поява новітніх технологій надала можливість вивчати роль внутрішніх і зовнішніх факторів на вищому органоспецифічному рівні, а широке й планомірне забезпечення лікувально-профілактичною допомогою дітей усіх вікових груп вигідно відрізняється від банального звернення за необхідності. Такий методологічний підхід дозволяє з високим ступенем вірогідності

встановлювати розбіжності реакцій організму на ушкоджувальні чинники в кожному конкретному випадку.

Мета роботи – вивчити преморбідний фон, який передував виникненню гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей.

Матеріали і методи дослідження

Нами ретельно проаналізовано (за сім років) зміст 537 тематичних історій хвороб дітей із гострими гнійними одонтогенними й неодонтогенними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки. За результатами узагальнення необхідних даних нами було відібрано для поглибленого аналізу лише пацієнтів із гострим гнійним лімфаденітом, аденофлегмоною й гострим одонтогенним остеомієлітом, які превалювали в структурі стаціонарних хворих дитячого хірургічного відділення Полтавської міської клінічної лікарні.

Анамнестичні відомості про життя, виникнення й характер перебігу хвороби уточнювали переважно в рідних із залученням і дітей старших вікових груп, які з упевненістю відповідали на поставлені запитання і, в переважній більшості, досить чітко об'єктивно оцінювали свій загальний стан і особливості динаміки розвитку патологічного процесу. Суто клінічне обстеження охоплювало всі складові, які започатковані в класичній клінічній практиці хірургічної стоматології, підводячи його до єдиної методологічної позиції [9].

Насамперед ми звертали увагу на несприятливі фактори, які передували виникненню запальної реакції: гнійничкові осередки в організмі дитини, контакт із домашніми тваринами, механічну травму, вплив зовнішніх механічних і хімічних факторів. Усі вони певною мірою могли бути конкретними причинними чинниками і провокувати виникнення гострого запалення. Уточнювали конституційний статус, ураховували вікові анатомо-фізіологічні особливості й тип захисної

реакції. Детально вивчали стоматологічний статус, особливо коли мова йшла про одонтогенне походження гнійника і коли це стосувалося дітей після 3-х років, адже на цей період життя в них чітко окреслюються обтяжливі соціально-преморбідні фактори [8].

Ураховуючи той факт, що серед причин, які викликають запальні процеси щелепно-лищевої ділянки, важлива роль відводиться гострій інфекції верхніх дихальних шляхів, ЛОР-органів, легень чи загостренню хронічних соматичних хвороб, ми прискіпливо вивчали й амбулаторні карти пацієнтів. На закінчення було проведено медико-статистичну обробку цифрового матеріалу.

Результати дослідження та їх обговорення

Після вивчення преморбідного фону у 240 пацієнтів із гострим гнійним лімфаденітом різної анатомічної локалізації встановлено, що він виник після перенесеної ГРВІ у 89 хворих (37%), у 37 випадках (15%) запалення лімфовузлів збіглося з проявами гострої патології ЛОР-органів, у 34 (14%) воно поєднувалося з гострим запаленням бронхолегеневої системи, у 23 (10 %) – із

розладом шлунково-кишкового тракту (ШКТ), у 13 (6%) було спровоковано гострим періодонтитом і загостренням хронічного від тимчасових і постійних молярів нижньої щелепи. У 7 пацієнтів (3%) запалення збіглося з гострою травмою м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки й слизової оболонки порожнини рота, у 6 (3%) було спровоковано гнійничковими захворюваннями шкіри обличчя, у 5 (2%) – пов'язане з гострим інфекційним запаленням слизової оболонки порожнини рота. У 26 дітей (10%) провокуючого етіологічного чинника гнійного запалення лімфатичних вузлів виявити не вдалося. Установлено також, що в родинах 8 хворих (3%) спостерігалось запалення лімфатичних вузлів у дідусів, бабусь, батьків, братів, сестер у дитячому віці й зазвичай у тих же анатомічних ділянках [9].

Супутні хронічні соматичні хвороби виявлено в 122 хворих із 240 (51%) (табл.1). Дані з таблиці засвідчують, що найчастіше вони мали місце в групах дітей ясельного, дошкільного й молодшого шкільного віку, і в більшості випадків це стосувалося дихальних шляхів і ЛОР-органів.

Таблиця 1
Розподіл супутніх хвороб поміж вікових груп дітей із гострим гнійним лімфаденітом

№	Супутня хронічна патологія	Вікові групи й кількість хворих											
		грудна		ясельна		дошкільна		молодша шкільна		старша шкільна		усього	
1	ШКТ	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
		-	-	8	6	12	10	11	9	2	2	33	27
2	Бронхолегенева система	-	-	7	6	13	11	10	7	1	1	31	25
3	ЛОР-патологія	-	-	6	5	17	14	4	3	1	1	28	23
4	Серцево-судинна система	-	-	-	-	4	3	2	2	4	3	10	8
5	Хвороби шкіри	1	1	1	1	3	2	2	1,5	2	1,5	9	7
6	Нервова система	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	2	2
7	Хвороби скелета	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	2	2
8	Інші хвороби	-	-	-	-	4	3	2	2	1	1	7	6
Усього		1	1	22	18	54	44	34	28	11	9	122	100

Отже, у 227 пацієнтів (95%) лімфаденіт був неодонтогенної природи, лише в 13 дітей (5%) він мав одонтогенне походження, у 3 випадках (23%) це стосувалося дітей дошкільної групи, а в 10 (77%) – молодшого шкільного віку.

Виникненню аденофлегмон у 150 пацієнтів передували: ГРВІ – у 45 дітей (30%); гостре запалення й загострення хронічних процесів ЛОР-органів – у 21 дитини (14%); патологічні зміни в бронхолегеневій системі – у 19 дітей (13%); розлади ШКТ – у 15 дітей (10%); гострий періодонтит і загострення хронічного в тимчасових молярах – у 20 дітей (13%), постійних молярах – у 6 (4%); гостре запалення слизової оболонки поро-

жнини рота – у 5 дітей (3%); гнійничкове ураження шкіри – у 4 дітей (3%). У 15 дітей (10%) провокуючого чинника виникнення аденофлегмони встановити не вдалося. Отже, на частку одонтогенного походження аденофлегмони припадало лише 17% спостережень.

Супутню хронічну соматичну патологію діагностовано в 100 дітей зі 150 (66,7%), а в 6 дітей (6%) мало місце поєднання двох хронічних хвороб. Найчастіше хронізацію соматичної патології встановлювали в групі дітей дошкільного віку, трохи рідше – в ясельній групі та молодшій шкільній, нечасто – у період грудного вигодовування (табл.2).

Таблиця 2
Розподіл супутніх хронічних хвороб поміж вікових груп дітей з аденофлегмоною

№	Супутня хронічна патологія	Вікові групи й кількість хворих											
		грудна		ясельна		дошкільна		молодша шкільна		старша шкільна		усього	
		число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
1	Бронхолегенева система	-	-	5	5	15	15	6	6	-	-	26	26
2	ЛОП-патологія	-	-	3	3	13	13	4	4	-	-	20	20
3	ШКТ	-	-	4	4	10	10	4	4	-	-	18	18
4	Серцево-судинна система	-	-	1	1	6	6	3	3	2	2	12	12
5	Нервова система	-	-	1	1	3	3	2	2	1	1	7	7
6	Хвороби шкіри	1	1	1	1	4	4	-	-	-	-	6	6
7	Кістково-м'язова система	-	-	1	1	2	2	1	1	2	2	6	6
8	Інші хвороби	-	-	2	2	2	2	1	1	-	-	5	5
	Усього	1	1	18	18	55	55	21	21	5	5	100	100

Під нашим наглядом перебували 147 дітей із гострим одонтогенним остеомієлітом тіла нижньої щелепи, що склало 18% загальної кількості хворих, розподіл за віком наведено в табл. 3.

Джерелом інфекції в усіх дітей ясельного й дошкільного і у 12 дітей (18%) молодшого шкільного віку були тимчасові моляри. Усього від тимчасових зубів остеомієліт виник у 67 випадках (46%). Причому, на частку першого моляра припадало 35 випадків (52%), другого – 32 (48%). Ускладнений карієс у постійних премолярах став причиною остеомієліту лише у 2 дітей старшого шкільного віку (14%) і стосувалося це лише двох премолярів. Постійні моляри стали причиною розвитку гнійного процесу в 78 випадках (53%), при цьому перший моляр був задіяний у 40 дітей (91%) молодшого шкільного віку і у 29 (81%) – старшого шкільного. Другий моляр став причиною розвитку запалення в нижній щелепі в 4 дітей (9%) молодшого шкільного і в 7 дітей (19%) старшого шкільного віку. Загалом, перший постійний моляр був причетний до патологічного процесу в 67 спостереженнях (85%), другий – в 11 (15%). У цій групі дітей також превалювало ураження лівої половини щелепи (47 випадків – 59%).

Аналізом стану преморбідного періоду встановлено, що виникненню остеомієліту передувало:

ГРВІ – у 42 дітей (29%), загальне переохолодження – у 37 (25%), запалення ЛОР-органів – у 21 дитини (14%), бронхолегеневої системи – у 15 (10%), загострення хронічних хвороб ШКТ – у 8 дітей (5%); у 24 дітей (16%) провокуючого фактора встановити не вдалося.

Розвиток гострого остеомієліту тіла нижньої щелепи розпочинався в 45 хворих (31%) із виникнення гострого періодонтиту в тимчасових зубах, у 53 (36%) – у постійних премолярах і молярах; у 22 (15%) причиною стало загострення хронічного періодонтиту в тимчасових зубах і у 27 (18%) – у постійних. Причому у 12 хворих (8%) загострення хронічного періодонтиту виникло одразу після лікувальних маніпуляцій у тимчасових зубах і в 17 хворих (12%) – у постійних.

Супутні хронічні хвороби органів і систем виявлено в 90 дітей (61,2%) зі 147 з гострим одонтогенним остеомієлітом нижньої щелепи, їх розподіл за віком наведено в табл. 3. Поєднання їхніх двох нозологічних форм спостерігалось в 3 дітей (3%). Як засвідчують дані з таблиці, найчастіше наявність супутньої хронічної соматичної патології органів і систем діагностовано в дітей молодшого шкільного віку, й стосувалося це здебільшого ШКТ, бронхолегеневої й кровотворної систем.

Таблиця 3
Розподіл супутніх хронічних хвороб поміж вікових груп дітей із гострим одонтогенним остеомієлітом тіла нижньої щелепи

№	Супутня хронічна патологія	Вікові групи й кількість хворих											
		грудна		ясельна		дошкільна		молодша шкільна		старша шкільна		Усього	
		число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
1	ШКТ	-	-	-	-	5	6	16	18	8	9	29	33
2	Бронхолегенева система	-	-	-	-	2	2	10	11	4	5	16	18
3	ЛОП-патологія	-	-	-	-	3	3	8	9	3	3	14	15
4	Кровотворна система	-	-	-	-	4	5	6	7	1	1	11	13
5	Серцево-судинна система	-	-	1	1	1	1	5	6	2	2	9	10
6	Нервова система	-	-	1	1	-	-	3	3	-	-	4	4
7	Хвороби шкіри	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	2	2
8	Інші хвороби	-	-	-	-	1	1	3	3	1	1	5	5
	Усього	-	-	2	2	16	18	53	59	19	21	90	100

Висновок

Отже, встановлення окремих несприятливих чинників або наявність у дітей комплексів соматичних хвороб зумовлює необхідність формування з них групи ризику, особливо коли мова йде про наявність у них гострих і хронічних одонтогенних вогнищ запалення. За своєчасного встановлення факторів, на які можна впливати, виникає можливість контролювати їх за допомогою запобіжних заходів, у тому числі й планової стоматологічної санації. Досить вагоме значення має частота виникнення в них гострих інфекційних хвороб і наявність хронічних соматичних патологічних процесів. Не слід забувати і про соціально-гігієнічні преморбідні фактори: поганий догляд за порожниною рота, низький рівень санітарно-просвітницьких заходів, відсутність планової санації в декретованих групах населення. Жодний гострий запальний процес не можна вважати завершеним, адже кожна дитина потребує індивідуальної реабілітації після оперативного втручання з відповідно визначеними строками спостереження, встановлення необхідності консультацій суміжних спеціалістів, що дозволить раціонально усунути залишкові явища.

Перспективи подальших досліджень

Своєчасне встановлення ролі провокуючих чинників, які можуть спричинити гострі запальні процеси щелепно-лицевої ділянки в дітей, дозволить завчасно провести запобіжні заходи, спрямовані на їх усунення чи унеможливлення.

Список літератури

1. Абдрахманова ГЕ, Чой СВ, Исаева АМ, Смагулов ШС, Ятиманов ЫН, Баялиев ББ та ін. Влияние факторов риска на развитие гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей. Молодой ученый. 2014; 18(77):136-38.
2. Гришко ЮМ. Спадковість як причина і умова розвитку хвороб. Світ медицини та біології. 2016;2(56):172-76.
3. Коновалова НМ. Порушення розвитку дітей раннього віку, народжених від матерів, які вживають алкоголь. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2018; Т. 18, №1 (61):52-6.
4. Ткаченко ПІ, Коротич НМ, Лохматова НМ. Економічний ефект від застосування різних лікувальних схем у дітей з гострими запальними процесами щелепно-лицевої ділянки та хронічним паренхіматозним паротитом. Світ медицини та біології. 2015;1(48):77-80.
5. Ткаченко ПІ, Старченко ІІ, Білоконь СО. Неспецифічні лімфаденіти щелепно-лицевої ділянки у дітей (клініко-морфологічні аспекти). Полтава. 2018:120.
6. Ткаченко ПІ, Білоконь СО, Лохматова НМ, Коротич НМ, Лобач ЮБ. Особливості змін лімфоїдної субстанції при різних формах лімфаденітів щелепно-лицевої ділянки у дітей. Актуальні про-

блеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2019; Т. 19, №1 (65):119 – 23.

7. Ткаченко ПІ, Білоконь СО, Лохматова НМ, Дolenko ОВ, Резвіна КЮ, Попело ЮВ. Імунокомпетентність лімфоцитарного пулу периферичної крові при гострому гнійному лімфаденіті в дітей. 2019;2:14-9.
8. Tkachenko PI, Bilokon SO, Popelo YV, Lokhmatova NM, Dolenko OB, Korotych NM. Adverse factors that can affect on the course of chronic parenchymatic parotitis in children. 2020; VOL.LXXIII (6):1173-84.
9. Маланчук ОС, Валовар ІЮ, Гарляускайте ІЮ. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія. 2011:672.

References

1. Abdrahmanova GE, Choiv SV, Isaeva AM, SmagulovShS, Yatimanov YN, Bayaliev BB, ta in. Vliyanie faktorov riska na razvitie gnojno-vospalitelnyh zabolevanij u novorozhdennyh detej. Molodoj uchenyj. 2014; 18(77):136-38. (Russian)
2. Grishko YuM. Spadkovist yak prichina I umova rozvitku hvorob. Svit medicini ta biologiyi. 2016; 2(56):172-76. (Ukrainian)
3. Konovalova NM. Porushennya rozvitku ditej rannogo viku, narodzhениh vid materiv, yakі v zhivayut alkohol. Aktualni problemi suchasnoyi medicini. 2018; T. 18, №1 (61):52-6. (Ukrainian)
4. Tkachenko PI, Korotich NM, Lohmatova NM. Ekonomichni jefekt vid zastosuvannya riznih likuvalnih shem u ditej z gostrimi zapalnymi procesami shelepno-licevoyi dilyanki ta hronichnim parenhimatoznim parotitom. Svitmedicini ta biologiyi. 2015; 1(48):77-80.(Ukrainian)
5. Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO. Nespetsifichni limfadeniti shelepno-licevoyi dilyanki u ditej (kliniko-morfologichniaspekti). Poltava. 2018:120. (Ukrainian)
6. Tkachenko PI, Bilokon SO, Lohmatova NM, Korotich NM, LobachYuB. Osoblivosti zmin limfoydnoyi substanciyi pri riznih formah limfadeniti v shelepno-licevoyi dilyanki u ditej. Aktualni problemi suchasnoyi medicini. Visnik Ukrayinskoyi medichnoyi stomatologichnoyi akademiyi. 2019; T. 19, №1 (65):119 – 23.(Ukrainian)
7. Tkachenko PI, Bilokon SO, Lohmatova NM, Dolenko OB, RezvinaKYu, PopeloYuV. Imunokompetentnist limfocitarnogo pulu periferichnoyi krovi pri gostromu gnijnomu limfadeniti v ditej. 2019; 2:14-9. (Ukrainian)
8. Tkachenko PI, Bilokon SO, Popelo YV, Lokhmatova NM, Dolenko OB, Korotych NM. Adverse factors that can affect on the course of chronic parenchymaticparotitis in children. 2020; VOL.LXXIII (6):1173-84.
9. Malanchuk OS, Valovari Yu, Garlyauskajtel Yu. Hirurgichna stomatologiya ta shelepno-liceva hirurgiya. 2011:672. (Ukrainian)

Стаття надійшла 25.06.2020 р.

Резюме

За мету дослідження було поставлено вивчення преморбідного стану, який передував виникненню гострих одонтогенних і неодонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей. Установлено, що незалежно від нозологічної форми захворювання в переважній більшості хворих по основній хворобі їм передували вірусна інфекція, гостра патологія ЛОР-органів, бронхолегеневої системи, розлади шлунково-кишкового тракту. Результатами аналізу ролі одонтогенного фактора було встановлено, що при гострому гнійному лімфаденіті він у 95% мав неодонтогенне походження, а при аденофлегмоні кількість таких спостережень сягала 83%. У 18% дітей причиною остеомієліту стали тимчасові моляри, у 85% спостережень він був спровокований першими постійними молярами, у 15% – другими. Помітний відчутний вплив гострих інфекційних хвороб, що передували лімфаденіту, також аденофлегмони, остеомієліту, як і супутніх соматичних хвороб. Це необхідно враховувати в плануванні для них запобіжних профілактичних заходів, спрямованих на оздоровлення.

Ключові слова: діти, преморбідний фон, лімфаденіт, аденофлегмона, одонтогенний остеомієліт.

Резюме

Целью исследования было поставлено изучение преморбидного состояния, предшествовавшего возникновению острых одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей. Установлено, что независимо от нозологической формы заболевания у подавляющего большинства больных по основному заболеванию им предшествовали вирусная инфекция, острая патология ЛОР-органов, бронхолегочной системы, желудочно-кишечного тракта. Результатами анализа роли одонтогенного фактора было установлено, что при остром гнойном лимфадените он в 95% был неодонтогенного происхождения, а при аденофлегмоне количество таких наблюдений достигало 83%. У 18% детей причиной остеомиелита стали временные моляры, в 85% наблюдений он был спровоцирован первыми постоянными молярами, в 15% – вторыми. Прослеживается ошутимое воздействие острых инфекционных болезней, предшествовавших лимфадениту, также аденофлегмоны, остеомиелита, как и сопутствующих соматических болезней. Это необходимо учитывать при планировании для них профилактических мероприятий, направленных на оздоровление.

Ключевые слова: дети, преморбидный фон, лимфаденит, аденофлегмона, одонтогенный остеомиелит.

UDC 616.31-002-036.11-02./-032]-053.2

PREMORBIDITY IN ACUTE INFLAMMATION OF THE MAXILLOFACIAL AREA IN CHILDREN

Tkachenko P.I., Bilokon S.O., Popelo Yu.V., Korotych N.M., Lokhmatova N.M., Dolenko O.B.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Summary

Current state-of-the-art technologies facilitate studying the role of internal and external factors at a higher organ-specific level, and the broad and systematic provision of treatment and prevention care for child population of all age groups differs favorably from the routine visit to a doctor, if necessary. Apparently, the above methodological approach enables establishing different responses of the body to damaging factors in each case.

Methods and Material. 537 case histories of children with acute purulent odontogenic and neodontogenic inflammation of the maxillofacial area have been thoroughly studied. Only medical histories of inpatients have been selected.

Results and Discussion. The analysis of premorbid state of 240 patients with acute purulent lymphadenitis has shown that the onset of the diseases was triggered by the experienced ARVI in 89 patients (37%) and in 37 cases (15%) inflammation of the lymph nodes coincided with manifestations of acute pathology of the ENT organs; in 34 (14%) cases it was combined with acute inflammation of the bronchopulmonary system, in 23 (10%) cases with disorder of the gastrointestinal tract (GIT), in 13 (6%) cases it was provoked by acute periodontitis and exacerbation of chronic periodontitis in temporary and permanent molars of the mandible.

Concomitant chronic somatic diseases were detected in 122 patients (51%). They most often occurred in toddlers, preschoolers and school-aged children and related, in most cases, to the respiratory tract and ENT organs.

Precursors of adenophlegmon in 150 patients were ARVI (45 children (30%)); acute inflammation and exacerbation of chronic ENT processes (21 children (14%)); pathological changes in the bronchopulmonary system (19 children (13%)); gastrointestinal disorders (15 children (10%)); acute periodontitis and exacerbation of chronic periodontitis in temporary molars (20 children (13%)), permanent molars (6 (4%)); acute in-

inflammation of the oral mucosa (5 children (3%)); pyoderma (4 children (3%)). In 15 children (10%) the provoking factor for the development of adenophlegmon failed to be established.

Concomitant chronic somatic pathology was diagnosed in 100 children out of 150 (66.7%), and combination of two chronic diseases was found in 6 children (6%). Most often, the chronic course of somatic pathology was established in preschoolers, less frequently in toddlers and school-aged children, and infrequently during breastfeeding.

In acute odontogenic osteomyelitis, the source of infection was temporary molars in all toddlers and preschoolers, as well as in 12 school-aged children (18%). In total, the onset of osteomyelitis was triggered by temporary teeth in 67 cases (46%). Notably, 35 cases (52%) were related to the first molar and 32 (48%) cases to the second molar. Complicated dental caries in permanent second premolars caused osteomyelitis in 2 (14%) adult children only. Permanent molars caused the development of purulent process in 78 cases (53%).

The analysis of the premorbid state has revealed that the onset of osteomyelitis was preceded by: ARVI (42 children (29%)); general hypothermia (37 (25%)), inflammation of the ENT organs (21 children (14%)) and bronchopulmonary system (15 (10 %)); exacerbation of chronic gastrointestinal diseases (8 children (5%)) and in 24 children (16%) a provoking factor failed to be established.

Concomitant chronic diseases of organs and systems were found in 90 children (61.2%) out of 147 with acute odontogenic osteomyelitis of the mandible. The combination of their two nosological forms was noted in 3 children (3%).

In conclusion, the establishment of certain adverse factors, or the presence of somatic diseases in children necessitates the formation of a risk group, especially when it comes to the existence of odontogenic foci of inflammation. Timely establishment of factors that can be influenced enables control over them through preventive measures, including routine dental check-ups.

Keywords: children, premorbidity, lymphadenitis, adenophlegmon, odontogenicosteomyelitis.