

# Гострі гнійні інфекції в дитячій хірургічній стоматології

С. О. Білоконь, О. В. Гуржій, Н. П. Білоконь,  
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

48

Гострий гнійний лімфаденіт (ГГЛ) (lymphadenitis purulenta acuta) — це запальний процес лімфатичного вузла в стадії гнійного розплавлення [12]. Серед гнійно-запальних процесів (ГЗП) в щелепно-лицевій ділянці (ЩЛД) у дітей він зустрічається найчастіше [8, 10]. Існуючу думку, що ГГЛ слід вважати первинним захворюванням (в тих випадках, коли етіологічний чинник не встановлено) [3], більшість авторів не підтримує, відносячи гостре запалення лімфатичних вузлів до вторинних захворювань [2, 8, 10]. Неможливість визначення етіологічних факторів, на думку проф. В. В. Рогінського (1998), свідчить про «невірний методологічний підхід до діагностики захворювання» [8]. У тих випадках, коли лімфаденіт виникає на тлі інфекційного загальносоматичного захворювання, він розглядається як симптом основної нозологічної форми і може бути одонтогенного і неодонтогенного походження [1].

В клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава) (завідуючий кафедрою — д. м. н., професор П. І. Тка-

ченко) накопичений чималий досвід по вивченню етіопатогенезу та розробці методів діагностики і лікування різних форм лімфаденітів у дітей, зокрема ГГЛ. Отримані дані засвідчують [10], що ГГЛ найчастіше виникає у весняний та осінній періоди, більшість хворих звертається в клініку через 5 днів від початку захворювання, а у 25% випадків діти направляються на госпіталізацію з невірним діагнозом.

Зазвичай ГГЛ виникає на тлі ГРВІ (37%), гострого запалення ЛОР-органів (15%) або бронхо-легеневої системи (14%). Доля одонто- і стоматогенної інфекції, складаючи 5–10%, на цьому тлі, виглядає досить незначною [10]. Не останню роль у можливості виникнення ГГЛ відіграє спадковість та характер вигодовування дитини [9].

За даними проф. П. І. Ткаченка (1998), ГГЛ найчастіше страждають діти ясельної та дошкільної вікових груп. Цікаво, що зараз картина децю змінилася. Згідно із результатами нашого останнього дослідження (2002), серед 166 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу ГГЛ в клініці кафедри

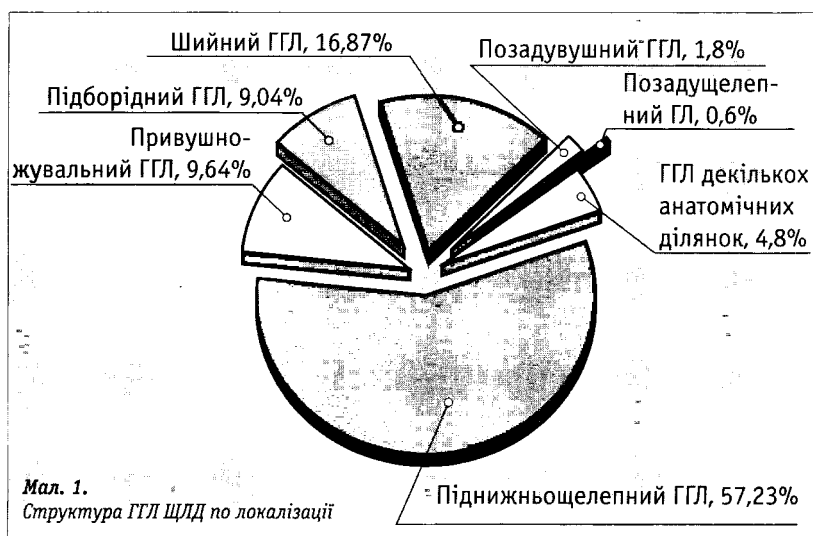
дитячої хірургічної стоматології УМСА з 1999 по 2001 роки, найчастіше страждали діти дошкільної та молодшої шкільної вікових груп (таблиця 1). Причому, переважно (57,23%) ГЗП локалізувався у піднижньощелепних лімфатичних вузлах (мал. 1), що співпадає із нашими попередніми дослідженнями [9, 10] та даними інших авторів [3].

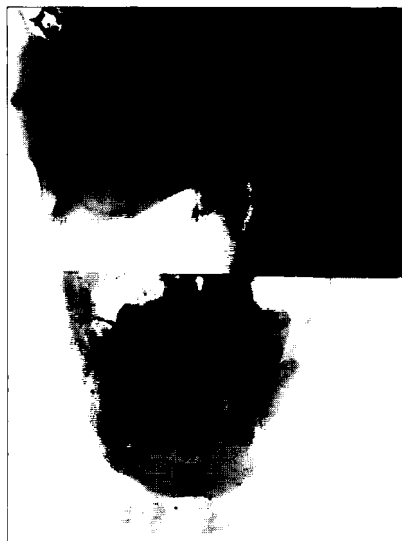
Під час госпіталізації в клініку всі хворі із ГГЛ ЩЛД скаржились на появу припухання та болісність м'яких тканин у відповідній ділянці обличчя та шиї, різного ступеня погіршення сну і апетиту. У 144 (86%) хворих спостерігалось підвищення температури тіла від 37,2 до 38,2°C. Запальний процес в лімфатичних вузлах у них супроводжувався остудою, млявістю, блідістю шкіряного покриву, тахікардією, помірною сухістю слизової оболонки порожнини рота.

В 49 (29,38%) спостереженнях гнійне ураження лімфатичних вузлів супроводжувалось розвитком аденефлегмони (у більшості випадків в піднижньощелепній ділянці).

У 92 (55,80%) хворих спостерігалась гіперемія та гіпертермія шкіри над гнійним осередком. Флюктуацію вмісту гнійної порожнини та колатеральний набряк навколишніх тканин було виявлено, відповідно, у 96 (58,14%) та 135 (81,40%) випадках. У 65 (39,54%) хворих із ГГЛ піднижньощелепної та привушно-жувальної ділянок спостерігалось обмежене та болісне відкриття рота.

З огляду на можливі ускладнення та віддалені наслідки, стурбованість дитячих щелепно-лицевих хірургів викликає і гострий одонтогенний остеомієліт тіла нижньої щелепи (ГООТНЩ). Відомо, що ГООТНЩ, перенесений в дитячому віці, може призводити до адентії, загибелі значних ділянок кісткової тканини, хронізації процесу із прогресуванням резорбтивно-продуктивних явищ,





**Мал. 2.**  
Хворий Б., 14 років. Рентгенограма в боковій (А) та прямій (Б) проєкціях через 2 роки після лікування з приводу ГООТНЩ та розлитой остеофлегмони справа. Спостерігається деформація тіла та вугла нижньої щелепи, обумовлена розвитком деструктивно-продуктивних процесів.

що у поєднанні із пошкодженням зон росту викликає деформації зубо-щелепної системи (мал. 2).

У нашому спостереженні із 15 хворих ГООТНЩ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології УМСА протягом 1999–2001 років, 10 (66,67%) належали до молодшої шкільної групи, 4 (26,67%) — до старшої шкільної групи, а 1 (6,67%) дитина була дошкільного віку. Із анамнезу встановлено, що 13 (86,67%) із них на догоспітальному етапі не отримували в повному обсязі комплекс класичних лікувальних заходів стосовно даної нозологічної форми. Зокрема, вилучення «причинного» зуба було здійснено лише у 2 (13,33%) дітей (1 тимчасовий зуб, 1 постійний зуб), а розтин гнійного осередку із наступним дрениванням рани не було проведено в жодному випадку. Взагалі, діагноз лікувальних закладів, які направляли на госпіталізацію дітей із ГООТНЩ, у 9 (60%) випадках не співпадав із клінічним.

Розвиток ГООТНЩ розпочинався у 1 (6,67%) хворого із виникнення гострого періодонтиту в тимчасових зубах та у 4 (26,67%) в постійних молярах. В 4 (26,67%) випадках причиною стало загострення хронічного

періодонтиту в тимчасових зубах і в 6 (40%) — в постійних зубах. Причому, у 3 (30%) хворих загострення хронічного періодонтиту виникло одразу після проведення лікувальних ендодонтичних маніпуляцій в постійних зубах.

У 12 (80,00%) дітей початок захворювання супроводжувався появою пульсуючого болю в ділянці «причинного» зуба, після чого з'являлися загальні ознаки захворювання. Однак у 3 (20%) хворих прояви загальної інтоксикації передували місцевим змінам.

Поява больової реакції в спокої та припухання м'яких тканин у відповідній ділянці нижньої щелепи у всіх випадках супроводжувались підвищенням температури тіла до 37,5–40,0°C, погіршенням сну, апетиту, явищами загальної інтоксикації: у 6 (40%) дітей визначались головний біль, нудота, розлади функціонування органів шлунково-кишкового тракту. У 2 (13,33%) дітей видимі ділянки шкіряних покривів були звичайного забарвлення, а у 13 (86,67%) — бліді.

На момент госпіталізації звертала на себе увагу виражена асиметрія обличчя за рахунок припухання м'яких тканин в проєкції відповідної ділянки щелепи та колатерального набряку. У 10 дітей (66,67%) шкіра над фокусом припухання була різко гіперемована. Пальпаторно визначався щільний болісний інфільтрат, напруження шкіри і у 7 (46,67%) хворих — симптом флюктуації. Регіонарні лімфовузли збільшувались у 9 (60%) пацієнтів.

У всіх хворих обмежувалось відкриття рота, з якого відчувався неприємний запах. Червона облямівка губ була суха із пластівцевими кірками. В порожнині рота 8 (53,33%) хворих визначалась незначна кількість в'язкої, пінної ротової рідини з чисельними білісуватими прожилками, у 3 (20%) виявлено сухість слизової оболонки порожнини рота, а у 3 (20%) спостерігалась гіперсалівація. Язик був обкладений у 11 (73,33%) хворих і мав відбитки зубів на його боковій поверхні у 5 (33,33%). Ясна і перехідна складка, прилеглі до втягнутих в патологічний процес зубів, були набряклі та гіперемовані. У всіх випадках визначалась флюктуація

по перехідній складці. Врозуміло виявити наявність симптому Венсана вдалося лише у 6 (40%) дітей.

Больова реакція періодонту на перкусію та рухливість одного зуба мала місце у 4 (26,67%) хворих, двох поряд розташованих зубів у 6 (40%) хворих, трьох — у 2 (13,33%), чотирьох — у 2 (13,33%) всіх зубів половини щелепи у 1 (6,67%). У 2 (13,33%) дітей із ясеневих кишень виділявся гній.

У хворих ГООТНЩ мали місце ураження м'яких тканин, яке супроводжувалось інфільтрацією навколишньої клітковини. Як наслідок, у 5 дітей (33,33%) ГООТНЩ ускладнився остеофлегмоною, а тяжкість та розповсюдженість гнійного запалення клітковини були прямо пропорційними термінам від початку захворювання.

На рентгенограмах, зроблених з метою визначення ступеня деструктивних змін в кістковій тканині щелеп, на час госпіталізації у всіх випадках визначався зруйнований «причинний» зуб та резорбція кістки в ділянці верхівок коренів або їх біфуркації. Джерелом одонтогенної інфекції у 5 (33,33%) випадках були тимчасові, а в 10 (66,67%) — постійні зуби.

Сьогодні нерідко спостерігається зміна класичної клінічної картини ГЛЛ ЩЛД та ГООТНЩ у бік млявого або агресивного перебігу, а із збільшенням віку пацієнтів, як зазначають дослідники, зростає вірогідність розповсюдження ГЗП ЩЛД на декілька анатомічних ділянок [7]. Така картина, за даними літератури, найчастіше спостерігається у самому активному віці (від 21 до 40 років) і має, здебільшого, одонтогенну етіологію [6]. Однак наводимо випуску із історії хвороби № 6146 (із власних спостережень), яка яскраво засвідчує, що подібні явища — не рідкість і в дитячій практиці.

Хворий Б., 12 років, звернувся за допомогою до дільничного стоматолога із скаргами на постійний біль в зубі на нижній щелепі справа. Після проведених ендодонтичних маніпуляцій хлопеч перехолонув, купаючись в річці. Наступного дня в нього підвищилась температура тіла, а біль з одного зуба перекинувся на всю половину нижньої



**Мал. 3.**  
Хвора Д., 12 років. Діагноз: гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт справа. Зовнішній вигляд післяопераційної рани. В порожнину ранового каналу введено гумову стрічку для дренивання.

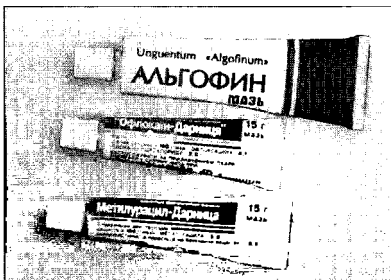
щелепи. Однак за допомогою не звернувся, а до вечора з'явилася асиметрія обличчя. Через інтенсивну больову реакцію ніч не спав, а погіршення загального стану, збільшення асиметрії обличчя спонукало хворого наступного ранку звернутися за допомогою у ЦРЛ. У стані середньої тяжкості 20.08.01 був направлений на госпіталізацію хірургом-стоматологом Полтавської ЦРЛ в хірургічне відділення Полтавської міської дитячої клінічної лікарні з діагнозом: флегмона правої підщелепної ділянки. Після ретельного об'єктивного дослід-



**Мал. 4.**  
Хворий Б., 12 років. Діагноз: ГООТНЩ справа, розлита остеофлегмона. Зовнішній вигляд післяопераційної рани. В порожнину ранового каналу введено поліетиленовий трубчастий дренаж.

ження було встановлено клінічний діагноз: гострий одонтогенний остеомієліт правої половини нижньої щелепи, який ускладнився розлитю остеофлегмоною із залученням крило-щелепного і навкологлоткового просторів, крило-піднебінної та підскроневої ямок. Результати додаткових методів дослідження підтвердили попередній діагноз, а причиною захворювання, як з'ясувалося, став 46 зуб. Під кетаміновим наркозом хворому проведено розтин гнійних осередків з утворенням контрапертур, рани дреновані. «Причинний» зуб вилучено. Подальше місцеве лікування проводилось під пов'язкою.

Відомо, що будь-який патогенетично обумовлений метод лікування ГЗП буде ефективним лише у тому разі, якщо гнійний осередок ліквідовано хірургічним шляхом із забезпеченням подальшого дренивання рани, що дозволяє не



**Мал. 5.**  
Вітчизняні багатокомпонентні мазі «Альгофін», «Офлокаїн-Дарниця» та «Метилурацил-Дарниця».

тільки локалізувати інфекцію, але і створити умови для повноцінного відтоку вмісту гнійника і сприятливого перебігу ранового процесу, попередити розвиток ускладнень та прогресування інтоксикації [5]. Цей принцип, безумовно, в повній мірі стосується і терапії ГГЛ ЩЛД та ГООТНЩ [12]. Однак оперативні втручання в ЩЛД, особливо у дітей, істотно відрізняються від операцій, проведених в інших ділянках людського тіла. До якості післяопераційного рубця (поверхні, розміру, форми, кольору) висуваються особливо великі вимоги. Тому проблема місцевої післяопераційної терапії набуває принципової значимості в дитячій щелепно-лицевій хірургії (ЩЛХ).

Найбільш розповсюдженим у практичній медицині є метод лікування гнійної рани під пов'язкою, який має суттєві переваги: відрізняючись простотою і доступністю, забезпечує високу концентрацію ліків в осередку інфекції. Можливість суттєво підвищити ефективність цього методу з'явилася завдяки використанню розробленого протягом останнього десятиліття в Україні принципово нового класу комбінованих лікарських препаратів, склад яких науково обґрунтовано до патогенезу ранового процесу із урахуванням його фази і характеру мікрофлори (виду збудника, його чутливості до антимікробних препаратів) [4]. Великий внесок у випуск подібних м'яких

Розподіл хворих ГГЛ за статтю та віком

Таблиця 1

Стать	Вікові групи									
	грудна, 1 міс.-1 рік		ясельна, 1-3 роки		дошкільна, 3-7 років		молодша шкільна, 7-12 років		старша шкільна, 12-15 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
хлопці	3	1,66	13	7,18	24	13,26	19	10,50	22	12,16
дівчата	5	2,76	21	11,60	19	10,50	24	13,26	16	8,84
всього	8	4,82	34	20,48	43	25,90	43	25,90	38	22,89

Розподіл хворих ГООТНЩ за статтю та віком

Таблиця 2

Стать	Вікові групи									
	грудна, 1 міс.-1 рік		ясельна, 1-3 роки		дошкільна, 3-7 років		молодша шкільна, 7-12 років		старша шкільна, 12-15 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
хлопці	—	—	—	—	1	6,67	6	40,0	2	13,33
дівчата	—	—	—	—	—	—	4	26,67	2	13,33
всього	—	—	—	—	1	6,67	10	66,67	4	26,66

лікарських форм робить ДНЦЛЗ (м. Харків) та «Фармацевтична фірма «Дарниця» (м. Київ). В своїй науково-практичній роботі для лікування ран, які утворюються після розтину гнійного осередку (мал. 3, мал. 4), в комплексній терапії ГГЛ та ГООТНЩ ми використовуємо розроблені ними багатокомпонентні мазі «Альгофін», «Офлокаїн-Дарниця» та «Метилурацил-Дарниця» (мал. 4). Отримані клінічні результати, підтвержені морфологічними дослідженнями, засвідчують високу ефективність їх застосування в дитячій ЩЛХ [11].

Резюмуючи вищевикладене, зазначимо, що ГГЛ ЩЛД та ГООТНЩ і сьогодні залишаються актуальними проблемами дитячої ЩЛХ, вимагаючи своєчасної адекватної діагностики та оптимізації комплексного лікування, у тому числі підвищення ефективності післяопераційного ведення гнійної рани.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю. И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. — М.: Медицинская литература, 2000. — 404 с.
2. Богашова Л. Я. Особенности течения острых лимфаденитов у детей // Стоматолог. — 2002. — № 9. — С. 24.
3. Виноградова Т. Ф. Стоматология детского возраста. — М., 1976.
4. Загорій В., Добровольський Ю., Валітова Л. Мазі «Фармацевтичної фірми «Дарниця»: комплексний підхід у лікуванні гнійно-інфекційних ран // Ваше здоров'я. — 2000. — № 19 (497). — С. 3.
5. Литвиненко В. Е. Комплексное лечение гнойных ран с применением иммоксента, иммуномодулятора и антиоксидантов // Дис... канд. мед. наук. — Полтава, 1996. — 177 с.
6. Матрос-Таранец И. Н., Слободяник О. Л., Дадонкин Д. А. и соавт. Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам клиники челюстно-лицевой хирургии Донецкого государственного медицинского университета за 1996–2000 годы) // Украинський стоматологічний альманах. — 2001. — № 6. — С. 51–53.
7. Неделько Н. А., Каде А. Х. Изучение зависимости локализации и распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области от возрастной структуры больных // Материалы Российского научного форума с международным участием «Стоматология». — Москва, 2001. — С. 407–408.
8. Рогинский В. В. Воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области у детей. — М.: Детстомиздат, 1998. — 255 с.
9. Ткаченко П. І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування // Дис... д-ра мед. наук. — Полтава, 1998. — 416 с.
10. Ткаченко П. І., Гуржій О. В. Лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки у дітей. — Полтава, 2001. — 106 с.
11. Ткаченко П. І., Гуржій Е. В., Белоконь С. А., Белоконь Н. П. Сравнительная эффективность применения отечественных многокомпонентных мазей при лечении гнойных ран челюстно-лицевой области у детей // Стоматолог. — 2003. — № 8. — С. 9–11
12. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Кава Т. В. Справочник хирурга-стоматолога. — Москва: Книга Плюс, 2002. — 384 с.