

Резюме

**КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА  
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АЛЬВЕОЛИТА У ДЕТЕЙ**

**Ткаченко П.И., Билоконь С.О., Лохматова Н.М.**

В статье представлены результаты комплексного лечения острого альвеолита у детей с местным использованием мазей “Офлокаин-Дарница” и “Альгофин”, а также клинико-цитологическая оценка його эффективности. Предложенный метод позволил сократить сроки клинического выздоровления на 2-3 суток, и может быть рекомендован как метод выбора в терапии данной нозологической формы у детей.

**Ключевые слова:** острый альвеолит, дети, лечение, мазь «Офлокаин-Дарница», «Альгофин».

Стаття надійшла 15.11.10 р.

**CLINICAL AND CYTOLOGICAL INDICES FOR  
EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT  
AT CHILDREN WITH ACUTE FOOTH  
SOCKET INFLAMMATION**

**Tkachenko P.I., Bilokon' S.O., Lokhmatoва N.M.**

The clinical and cytological results of complex treatment the children with local usiny of ointment „Oflokain – Darnica” and „Algofin” during acute footh socket inflammation ore presented in this article. It is well – proven that the offered method allowed to reduce the terms of clinical convalescence on 2 – 3 days, and can be recommended as a method of choise in freatment of this disease for children.

**Key words:** acute alveolitis, children, treatment, ointment “Oflokain-Darnica”, “Al'gofin”.

УДК [616.716+617.52]–002.36–053.3:616.98

П.И. Ткаченко, К.С. Ткаченко, С.О. Билоконь, О.В. Гуржія  
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Поділля

**СТАФИЛО-СТРЕПТОДЕРМИЯ ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ  
ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ**

У статті розглянуті причини виникнення дерматогенних запальних процесів щелепно-лицьової області у дітей, представлені результати клінічного дослідження пацієнтів з даною патологією на прикладі обстеження і лікування дитини з флегмоною щелепно-лицьової області, що розвинулася на фоні стафіло-стрептодермії. Намічені шляхи профілактики розвитку дерматогенних запальних процесів щелепно-лицьової області у дітей.

**Ключові слова:** подермія, діти, флегмона, стафіло-стрептодермія.

*Робота є фрагментом комплексної ініціативної теми Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” “Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань” (державний реєстраційний номер 0106U003237).*

Загальновідомо, що подермія – це група захворювань шкіри, які викликаються переважно стафілококами та стрептококами, а іноді – вульгарним протеєм, синьогнійною і кишковою паличками та ін. При стрептококової інфекції розвивається переважно серозне, а при стафілококової – гнійне запалення. Інші бактерії частіше призводять до ураження шкіри в асоціації одна з одною або із анаеробними мікроорганізмами чи грибами [5, 6]. За статистичними даними, подермії у дітей зустрічаються в 25-60% випадків всіх дерматитів та можуть бути ускладненнями будь-якого захворювання шкіри із порушенням цілісності епітелія [2]. Серед подермії вирізняють стафілодермії (остіофолікуліт, фолікуліт, фурункул, фурункульоз поверхневий, карбункул, сикоз вульгарний, гідраденіт, вугрі звичайні, епідемічна пухирчатка новонароджених), стрептодермії (імпетиго стрептококове, целюліт, ектима звичайна, суха стрептодермія) і стрепто-стафілодермії (імпетиго вульгарне, хронічна виразкова подермія, шанкриформна подермія) [5, 6].

У новонароджених та дітей грудного віку частіше виникають різні форми саме стрепто-стафілодермії [2, 5]. Така патологія може протікати як самостійне захворювання, так і мати різноманітні ускладнення, зокрема у вигляді гострих запальних процесів щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) і шиї. Враховуючи наявність критичних періодів розвитку імунної системи та вікові анатомічні закономірності будови м'яких тканин у дітей, слід наголосити на вкрай важкому перебігу дерматогенних запальних процесів [7, 8, 9]. У здорових людей навіть за наявності на шкірних покривах масивної кількості вірулентної мікрофлори стрепто-стафілодермія не виникає. Від проникнення мікробів через шкіру організм захищають різноманітні фактори. Насамперед, роговий шар шкіри має значну щільність та міцність, його клітини можуть бути розплавлені лише в дуже концентрованих кислотах і лугах, а сам кератин є хімічно неактивною речовиною. Злущування верхніх шарів епідермісу із механічним видаленням мікроорганізмів відбувається постійно. Крім того, шкіра та бактеріальна клітина мають позитивний електричний заряд, що також сприяє видаленню мікроорганізмів безпосередньо з поверхні епідермісу [4]. Висока концентрація іонів водню (рН 3,5-6,7), бактерицидні та бактериостатичні властивості тканинної рідини, секрета потових і сальних залоз теж несприятливо впливають на ріст та розмноження піококів [2]. Внаслідок порушення цілісності епідерміса і при його функціональній неповноцінності, виникають умови

для проникнення мікроорганізмів в підлеглі тканини. Отже, вхідними воротами для інфекції є мікротравми шкіри, виникненню яких сприяють мацерація та різке зтоншення рогового шару. Переохолодження і перегрівання організму являються чинниками, що негативно впливають на обмінні процеси в шкірі: змінюється кількісно-якісний склад тканевої рідини, пота і шкірного сала, знижуються їх антибактеріальні властивості [6].

У дітей велике значення мають анатомо-фізіологічні особливості шкіри щелепно-лицевої ділянки. Так, незавершеність її морфологічної структури, пухкість рогового шару, недостатня міцність зв'язку епідерміса і дерми внаслідок слабкості базальної мембрани, луже середовище поверхні шкіри та її підвищена вологість і абсорбаційна здатність, недосконалість процесів терморегуляції, лабільність колоїдно-осмотичного стану шкіри створюють сприятливі умови для активації навіть слабо вірулентних та умовно-патогенних штамів мікроорганізмів [4]. У виникненні та розвитку стрепто-стафілодермій велике значення відіграє загальна реактивність макроорганізму, що обумовлює спроможність його опору мікробній інвазії. В основі розладів специфічних механізмів імунологічної опірності лежать, в першу чергу, порушення Т-клітинної ланки імунітету [3], що найчастіше спостерігається у дітей грудного віку та в пубертатному періоді [8]. У дітей додатковими факторами є вплив вологості, особливо теплої (випаровування під пелюшками і товстою одежою), та мацерація шкіри різноманітними виділеннями (пот, сеча, слина, слиз із носа) [5]. За умов адекватного лікування і відповідного догляду за шкірою прогноз стрепто-стафілодермії зазвичай сприятливий: на 5-7 добу кірки відторгаються, залишаючи вторинне еритематозне п'ятно, яке злущується і зникає без сліду [6].

**Метою** роботи було висвітлення особливостей деяких аспектів перебігу дерматогенних флегмон ЩЛД, які розвинулися внаслідок піодермії.

**Матеріал та методи дослідження.** Матеріалом для написання даної роботи стали результати клінічних спостережень, комплексного обстеження та лікування в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології протягом 5 років 48 хворих з гострими гнійними запальними процесами ЩЛД, що виникли на тлі піодермії. Загалом, це склало 1% випадків від загальної кількості дітей з гнійною хірургічною патологією і 2,5% від числа хворих із залученням до запального процесу тільки м'яких тканин. Для обстеження дітей застосовувалися загальноклінічні та параклінічні методи [8].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Як показали спостереження, найчастіше виникнення піодермії прослідковувалось у весняний і літній періоди – 36 (69%) випадків, а на зимовий та осінній проміжки часу припадало 12 спостережень, що склало 31%. Всі хворі поступали до спеціалізованого відділення протягом 5-8 діб від початкових проявів гнійничкового ураження шкіри. Із 48 хворих у 32 (67%) перебіг стафіло-стрептодермії ускладнився гострим гнійним лімфаденітом, у 12 (25%) аденофлегмоною і в 4 (8%) випадків – розповсюдженою флегмоною підшкірної жирової клітковини. У всіх випадках захворювання розпочиналось із виникнення фліктени на тлі ділянки запаленої, гіперемованої шкіри, з'являлись ознаки фолікуліту, обмежені вінцем гіперемії. В подальшому на шкірі утворювалися ерозії округлої і неправильної форми з рожево-червоним дном, що кровоточили, та товсті, грубі, солом'яно-жовті, “медові” кірки. Такі вогнища мали виражену схильність до периферійного росту, починали зливатися між собою, охоплюючи значні ділянки шкіри. При цьому завжди прослідковувалась реакція лімфатичних вузлів у вигляді гнійного запалення одного із них та реактивними змінами в інших.

З метою ілюстрації результатів дослідження наводимо одне із рідких клінічних спостереження, що стосується даної категорії хворих. Хворий П., 5 місяців, мешканець одного із віддалених сіл Полтавської області, госпіталізований в клініку кафедри дитячої хірургічної стоматології на базі хірургічного відділення Полтавської міської дитячої клінічної лікарні з діагнозом: флегмона піднижньощелепної ділянки зліва. Батьки хлопчика при звертанні скаржились на неміч, остуду, нудоту, погіршення сну та апетиту, рідкий стул, підвищення температури тіла до 39°C, біль і припухання м'яких тканин в піднижньощелепній ділянці, обмежене відкривання рота у дитини. З анамнезу стало відомо, що хлопчик знаходиться на штучному вигодовуванні з дня народження. Тиждень тому у нього на шкірі привушної та піднижньощелепної ділянок зліва з'явилися утворення, характерні для стрепто-стафілодермії. Незважаючи на рекомендації дільничого лікаря, батьки не поставилися належним чином до призначеного ним лікування. Поступово стан дитини погіршувався, ділянка ураження набрякла, шкіра над припухлістю поступово набувала яскраво-червоного забарвлення, а потім місцями утворилися ділянки із синюшним відтінком. Коли стан хлопчика значно погіршився, батьки звернулися до лікаря і дитина одразу ж була госпіталізована. На момент госпіталізації загальний стан пацієнта був вкрай важким, температура тіла 39,5°C. Шкірні покриви бліді. Визначалася виражена асиметрія обличчя за рахунок значного припухання м'яких тканин в привушно-жувальній, позадущелепній та піднижньощелепній ділянках із розповсюдженням інфільтрації на бокову поверхню шиї зліва до ключиці. Шкіра над припухлістю значно гіперемована, напружена, в зморшку не збиралася, визначався колатеральний набряк. На шкірі лівої щоки, в ділянці ураження та на підшвах нижніх кінцівок визначалися ерозії і “медові” кірки (рис. 1 а, б). Червона облямівка губ суха із пластівцевими лусочками. Відкривання рота, обмежене, з рота – неприємний запах. В порожнині рота визначалась незначна кількість пінної, мутної, в'язкої рогової рідини, а слизова оболонка не мала видимих патологічних змін. Зуби відсутні. Загальним аналізом крові встановлено лейкоцитоз із значним збільшенням кількості сегментоядерних нейтрофілів та еозинофілів, підвищення ШОЕ до 45 мм/год, а в сечі виявлено протеїнурію. Базуючись на даних об'єктивного огляду хворого, із урахуванням анамнезу захворювання встановлено клінічний діагноз: лівостороння дерматогенна флегмона привушно-жувальної, позадущелепної, піднижньощелепної ділянок та бокової поверхні шиї із розповсюдженням до надключичної ямки, стрепто-стафілодермія. Під інтубаційним наркозом було проведено розтин гнійника в декількох місцях, отримано значну кількість гнійного ексудату.



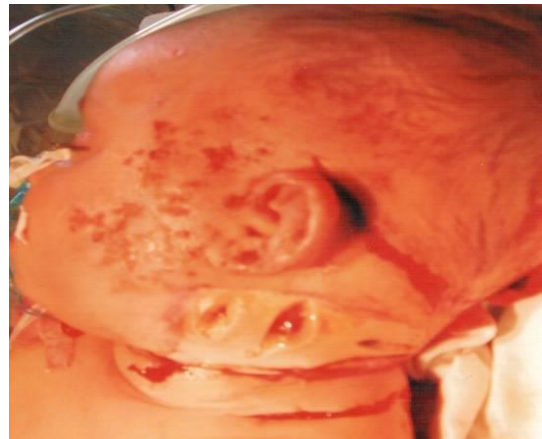
а



б



в



г



д



е



ж

Рис. 1. Хворий П., 5 місяців. Діагноз: лівостороння дерматогенна флегмона привушно-жувальної, позадущелепної, піднижньощелепної ділянок та бокової поверхні шиї із розповсюдженням до надключичної ямки, стрепто-стафілодермія. Етапи хірургічного лікування.

При ревізії встановлено значне відшарування шкіри від підшкірної клітковини в ділянці бокої поверхні шиї розмірами 5 x 4 см. Рана дренована (рис. 1 в). Медикаментозна терапія проводилась згідно класичних принципів лікування гострих запальних процесів (антибактеріальна, протизипальна, гіпосенсибілізуюча,

інфузійна та загальнозмцнююча терапія) із розрахунку на кг/маси тіла. Враховуючи вкрай важкий загальний стан пацієнта, виражений набряк слизової оболонки гортано-глотки і з метою запобігання розвитку септикопемії, дитина 7 днів знаходилась в реанімаційному відділенні, де протягом 5 діб проводилась штучна вентиляція легень. Стан хворого залишався стабільно важким впродовж 3 днів, потім сформувалась осередковий некроз шкіри розміром 12x5 см в боковій ділянці шиї. Слід зауважити, що із урахуванням прогресуючого клінічного перебігу захворювання та з метою профілактики розповсюдження запального процесу щодня протягом 3 діб доводилось додатково накладати контрапертури (рис. 1г).

На 4 день остаточно сформувалась зона некрозу (рис. 1 д), відторгнення якої відбулося на 10 добу із утворенням великої за площею ранової поверхні з гнійними осередками, що перемежувалися ділянками грануляційної тканини (рис. 1е). Після цього динаміка клінічного перебігу захворювання та лабораторних показників значно змінилась на позитивну, а стан дитини став поступово покращуватися.

В цей термін рану вели під пов'язками із використанням сучасних вітчизняних багатокомпонентних мазей “Офлокаїн-Дарниця” та “Метилураціл-Дарниця” (в залежності від фази ранового процесу), змінюючи їх двічі на добу [1]. З початком інтенсивного очищення рани та формуванням чистої грануляційної ранової поверхні, враховуючи значну за площею ділянку дефекта м'яких тканин, стало питання про заміщення дефекта шляхом вільної пересадки клаптя шкіри або накладання відстрочених швів. Враховуючи низку об'єктивних причин та небажання батьків (хлопчик із асоціальної сім'ї), перевагу віддали останньому (рис. 1 ж). При обстеженні на 20 добу від початку лікування загальний стан дитини був задовільним. Збереглися лише незначні інфільтративні зміни в навколоранових тканинах, а сама рана загоїлась вторинним натягом. На 21 добу від початку лікування дитину виписано під нагляд хірурга за місцем проживання із наданням рекомендацій стосовно проведення обсягу реабілітаційних заходів.

#### Висновки

Поряд із загальним зниженням кількості соматично здорових дітей, є і низка соціально-економічних факторів. Багато залежить від батьків, рівня їх культури, адже профілактика повинна бути спрямована, в першу чергу, на повноцінне та збалансоване харчування і кропіткий догляд за дитиною, запобігання забруднення шкіри. Слід своєчасно звертати увагу на появу везикуло-пустульозних елементів ураження з метою їх своєчасної ліквідації. Зрозуміло, що велика роль у попередженні виникнення стрепто-стафілодермії та її ускладнень відводиться медичним працівникам, достатньому рівню організації санітарно-просвітницької роботи, а лікування подібних випадків стає спільним завданням лікарів різних профілів.

*Перспективи подальших досліджень. Дерматогенні запальні процеси ЩЛД у дітей є досить актуальною проблемою дитячої хірургічної стоматології, потребують індивідуального підходу у діагностиці та лікуванні хворих (спільно із дерматологами), а низка невирішених питань, пов'язаних із етіопатогенезом і профілактикою даної патології, потребує поглиблених наукових досліджень.*

#### Література

1. Білоконь С.О. Рана щелепно-лищевої ділянки у дітей / С.О.Білоконь, О.В.Гуржій – Полтава, 2006. – 72 с.
2. Зверькова Ф.А. Болезни кожи детей раннего возраста / Ф.А. Зверькова – Санкт-Петербург – Сотис, 1994.
3. Ишейкин К.С. Стан окремих показників імунної системи у дітей, хворих на дитячу екзему та atopічний дерматит / К.С.Ишейкин // Наук.-практ. журн. дерматовенерол., косметол., сексопатол. – 2008. – № 1-2 (11). – С. 83-87
4. Пальцев М.А. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас) / М.А.Пальцев, Н.Н.Потекаев, И.А.Казанцева и др. – М.: Медицина, 2004. – 432 с.
5. Скрипкин Ю.К. Руководство по детской дерматовенерологии / Ю.К.Скрипкин, Ф.А.Зверькова, Г.А.Шарапова и др. – М.: Медицина, 1983. – 477 с.
6. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К.Скрипкин, А.Л.Машкиллейсон, Г.Я. Шарапова – М.: Медицина, 1995.
7. Ткаченко П.І. Гострі одонтогенні процеси щелепно-лищевої ділянки в дітей (періостит, остеомієліт, лімфаденіт) / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь – Львів, 2006. – 101 с.
8. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно- лищевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування / П.І.Ткаченко // Дис. ... д-ра мед. наук.– Полтава, 1998. – 416 с.
9. Харьков Л.В. Хирургічна стоматологія дитячого віку / Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, І.А. Чехова – К.: Книга-плюс, 2003. – 480 с.

#### Усвідомлю

#### **СТАФИЛО-СТРЕПТОДЕРМИЯ КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

**Ткаченко П.И., Ишейкин К.Е., Белоконь С.А., Гуржий Е.В.**

В статье рассмотрены причины возникновения дерматогенных воспалительных процессов челюстно-

#### **STAFILO-STREPTODERMIIYA AS REASON OF ORIGIN PHLEGMONS OF MAXILLUFACIAL AREA FOR CHILDREN**

**Tkachenko P.I., Isheykin K.E., Belokon S.A., Gurziy E.V.**

In the article reasons of origin of dermatogenics inflammatory processes of maxillufacial area are

лицевой области у детей, представлены результаты клинического исследования пациентов с данной патологией на примере обследования и лечения ребёнка с флегмоной челюстно-лицевой области, развившейся на фоне стафило-стрептодермии. Намечены пути профилактики развития дерматогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей.

**Ключевые слова:** пиодермия, дети, флегмона, стафило-стрептодермия.

Стаття надійшла 15.10.10 р.

considered for children, the results of clinical research of patients are presented with this pathology on the example of inspection and treatment of child with the phlegmon of maxillifacial area, developing on a background staphylococcal streptoderma. The ways of prophylaxis of development of dermatogenics inflammatory processes of maxillifacial area are set for children.

**Key words:** pyoderma, children, phlegmon, staphylococcal streptoderma.

УДК 616.743 – 006.03 – 074

Н.І. Качерня, К.Ю. Бєзвіна  
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Поділля

### АЛГОРИТМ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З КІСТАМИ БІЧНОЇ ДІЛЯНКИ ШИЇ

Проведено обстеження 67 пацієнтів з кістами бічної ділянки шиї, яке включало клініко-анамнестичні дані, ультразвукове дослідження, цитологічне, гістологічне, біохімічне, імуногістохімічне дослідження тканинних структур утворення та його вмісту. На підставі узагальнення отриманих результатів розроблений діагностичний алгоритм, застосування якого дозволяє більш точно, за короткий час провести диференційну діагностику кіст бічної ділянки шиї вже на догоспітальному етапі.

**Ключові слова:** алгоритм, киста шиї, диференційна діагностика.

*Робота виконана в рамках науково-дослідних робіт Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія": "Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки", (номер державної реєстрації 0105U004081) та "Вивчення імунологічного апарату м'яких тканин порожнини рота при генералізованому пародонтиті та ортопедичних утручаннях для розробки сучасних методів імунокорекції" (номер державної реєстрації 0103U001312).*

Однією з важливих проблем сучасної щелепно-лицевої хірургії є кістозні утворення. Існує велика кількість класифікацій кіст щелепно-лицевої ділянки, серед яких виділяють набуті (кісти слинних залоз та їх вивідних проток; кісти слизистих залоз верхньощелепних пазух; кісти сальних залоз; травматичні кісти) та вроджені (епідермоїдні та дермоїдні; серединні кісти шиї; бічні кісти шиї; кісти привушної ділянки та кісти язика) [4]. Всі вони мають досить велику давність та основані на походженні кіст і їх локалізації [1].

В щелепно-лицевій ділянці кісти м'яких тканин зустрічаються досить часто, але лише 25% припадає на кісти бічної ділянки шиї. Аномалії розвитку 2-ї або 3-ї пари зябрових (глоткових) кишень можуть призводити до формування бічних кіст і нориць шиї, наприклад, епітеліальне випинання глоткової кишени, з якого утворюються дві частини щитоподібної залози також розглядають як джерело кіст в рамках бранхіогенної теорії їх походження [5, 7]. Внутрішні бранхіогенні кишени утворюються ентодермою, а зовнішні – ектодермальним зародковим листком. Персистуючі залишки зябрових кишень – бранхіогенні кісти шиї можуть бути вислані як багаточисельним плоским епітелієм (ектодермальні кісти), так і багаторядним циліндричним (ентодермальні кісти). В останньому випадку під епітелієм розташований шар лімфоїдної тканини, що безумовно вказує на їх різне походження [3, 5]. Не зважаючи на однотипність клінічних проявів та морфологічних характеристик кіст бічної ділянки шиї, відносно постійну їх локалізацію та топографічну анатомію, помилки в діагностиці складають від 20% до 63% [5, 6].

**Метою** роботи було розробити алгоритм діагностики хворих на кісту бічної ділянки шиї.

**Матеріал та методи дослідження.** Клінічні спостереження стосуються 67 хворих на кісту бічної ділянки шиї віком від 13 до 65 років (чоловіків – 31, жінок – 36), які склали чотири групи спостереження. Перша представлена 20 пацієнтами (29,7%) із бранхіогенною кістою шиї, друга включала – 18 хворих (26,9%) із епідермоїдною кістою бічної ділянки шиї, третя – 18 хворих (26,9%) з дермоїдною кістою бічної ділянки шиї, четверта – 11 пацієнтів (16,5%) із кістою слинної залози.

Обстеження хворих здійснювали згідно загальноприйнятої схеми, звертаючи особливу увагу на анамнез, клінічні прояви захворювання та попереднє лікування. В якості первинного документа нами складена спеціальна карта обстеження хворих із даною патологією, де фіксувались провокуючі фактори, супутня соматична патологія, загальні та місцеві симптоми, локалізація кісти, її розміри, результати додаткових методів обстеження. Застосовували ультразвукове дослідження, тонкоіглову аспірацію під контролем ультразвукового дослідження, цитологічне та біохімічне дослідження пунктату, імунологічний статус периферійної крові, гістологічне та імуногістохімічне дослідження стінки кісти [2].