

**Аннотация.** В работе приведены данные относительно зависимости особенностей течения осложненного кариеса при остром гнойном поднижнечелюстном лимфадените в 36 взрослых в возрасте от 27 до 42 лет. Определено, что степень выраженности изменений архитектоники напрямую зависит от вида возможного этиологического фактора, способствующего формированию абсцесса в лимфатическом узле, особенно когда речь идет о его одонтогенном происхождении.

**Ключевые слова:** лимфаденопатия, острый гнойный лимфаденит, осложненный кариес.

**Annotation.** The paper presents data on the dependence of the features of the course of complicated caries in acute purulent submandibular lymphadenitis in 36 adults aged 27 to 42 years. It was determined that the severity of changes in architectonics directly depends on the type of possible etiological factor contributing to the formation of an abscess in the lymph node, especially when it comes to its odontogenic origin.

**Key words.** Lymphadenopathy, acute purulent lymphadenitis, complicated caries.

**Введение.** Проблема острых гнойных лимфаденитов заключается в том, что они возникают достаточно часто, и не всегда удается отдифференцировать одну нозологическую форму от другой [6]. Прежде всего это обусловлено разнообразием экзогенных и эндогенных факторов, непосредственно, или же опосредованно принимают участие в возникновении острого гнойного лимфаденита, поэтому действительно важным является поиск эффективных методов лечения и действенных средств, направленных на предотвращение возможных осложнений и проведения профилактических мероприятий [8,10].

Учитывая вышеизложенное, поиск и применение современных совершенных методов исследования для установки входных ворот инфицирования и определения роли эпителиальных структур полости рта, как главного защитного барьера является актуальным.

научные-статьи.рф

На основе данных современной научной литературы на сегодня практически не исследованы факторы местного иммунитета слизистой оболочки полости рта [11]. Информация об особенностях изменений количественных и качественных показателей иммунокомпетентных клеток слизистой оболочки, наличие кариеса, которые могут влиять на возникновение и течение воспалительного процесса в лимфатических узлах, практически отсутствует или носит противоречивый характер [2,4,8,12].

**Целью работы** было определение стоматологического статуса и особенностей клинического течения острого гнойного поднижнечелюстного лимфаденита и осложненного кариеса у взрослых.

**Материал и методы исследования.** Нами было проведено клинические наблюдения за 36 больными острым гнойным поднижнечелюстным лимфаденитом (в равной степени как правосторонним, так и левосторонним) в возрасте от 27 до 42 лет (мужчин-20, женщин-16), которые составили 2 группы наблюдения. К первой группе отнесены 12 больных с острым гнойным одонтогенным лимфаденитом поднижнечелюстного участка, ко второй-24 с острым гнойным одонтогенным лимфаденитом. В свою очередь во второй группе нами было выделено 2 подгруппы. Первая подгруппа состояла из 10 человек в которых воспаление лимфоузла совпало с обострением хронического гранулирующего периодонтита моляров нижней челюсти и которые, по нашему убеждению, стали причинным фактором его возникновения. Во второй подгруппе, в которую вошли 14 пациентов, было установлено наличие моляров которые были поражены хроническим периодонтитом в стадии ремиссии.

Клинический осмотр больных, полости рта и инструментальное обследование проводили с помощью общепринятых методов. С целью уточнения и подтверждения диагноза острого гнойного поднижнечелюстного лимфаденита перед оперативным вмешательством в сомнительных случаях проводилось УЗИ исследование на аппарате «Logic 9».

Стоматологический статус оценивали по методике ВОЗ (1997 год). Определяли показатели интенсивности кариеса зубов (индекс кп + КПУ), гигиеническое состояние полости рта по индексу: Green-Vermillion (1964) и Silness-Loi (1967).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенное стоматологическое обследование первой группы больных позволило установить, что интенсивность кариеса КПУ + кп составляет 1,0, что по критерию оценки ВОЗ относится к очень низкому. Значение индекса Green-Vermillion -становила 0,4, что соответствует оценке OOI-S - низкий, (гигиена полости рта - хорошая) индекс гингивита Silness-Loe - составил 0,2 балла, что указывает на наличие начальных проявлений гингивита.

Клинически первая группа больных, которая была представлена 12 пациентами с острым гнойным неодонтогенным лимфаденитом поднижнечелюстного участка, характеризовалась тем, что все больные отмечали острую боль, иногда пульсирующего характера в области локализации очага воспаления. Начало заболевания во всех случаях характеризовалось появлением постепенно прогрессирующей припухлости и болезненности мягких тканей в соответствующей области, которые сопровождалась вялостью, ухудшением сна и аппетита. В анамнезе у 9 пациентов (75,0%) наблюдалось повышение температуры тела до 37,8 - 38,0<sup>0</sup>С. У 3 пациентов (25,0%) воспалительный процесс в лимфатических узлах сопровождался значительным ухудшением общего самочувствия, которое проявлялось вялостью, бледность кожных покровов, умеренной сухостью слизистой оболочки полости рта, ограниченным открыванием рта.

Клинические симптомы на местном уровне характеризовались постепенным увеличением лимфатического узла в поднижнечелюстной области, в течение 3-4 суток. При госпитализации пальпаторно отмечалась резкая болезненность, определялся очаг уплотнения в месте локализации очага воспаления с коллатеральным отеком и ограничение подвижности самого лимфатического узла. Кожа над лимфатическим узлом у всех больных

оставалась обычного цвета, а над самым гнойным очагом, она была напряженная и не собиралась в складку. У 3 больных с 12 (25,0%), наблюдалось ограниченное открывание рта. Флюктуацию в очаге воспаления удалось обнаружить в 6 случаях (50,0%). При визуальном и инструментальном обследовании полости рта у всех больных первой группы изменений стоматологического статуса выявлено не было.

Результаты проведенного стоматологического обследования во второй группе первой подгруппе позволило установить, что интенсивность кариеса КПУ + кп составила 2,2, что по критерию оценки ВОЗ относится к низкой. Значение индекса Green-Vermillion - (в среднем для пациентов данной группы) составляли 0,4, что соответствует оценке OOI-S - низкий, (гигиена полости рта - хорошая) индекс гингивита Silness-Loe – составлял 0,8 балла, (легкий гингивит), что указывало на наличие начальных признаков воспаления маргинального края десны.

Пациенты первой подгруппы второй группы, состоящей из 10 больных, отмечали широкую область боли и припухлость в поднижнечелюстной области, которая беспокоила их в течение нескольких часов последних суток, при этом предшествовало появление непрерывного, постепенно прогрессирующей, нестерпимой боли в области пораженного зуба, резко возрастала при накусывании. В 7 больных (70,0%) из 10 наблюдалось ограниченное и болезненное открывание рта.

Температура тела у всех больных повышалась до 37,7-38,5С. На момент госпитализации общее состояние 7 исследуемых (70,0%) сопровождалось интоксикацией, которая проявлялось вялостью, бледность кожных покровов, умеренной сухостью слизистой оболочки полости рта, нарушением аппетита и сна. У 3 больных (30,0%) общее состояние было удовлетворительным.

Клинические проявления заболевания характеризовались быстрым увеличением одного из поднижнечелюстных лимфатических узлов, в течение 1 суток. Пальпаторно отмечалась резкая болезненность прилегающих мягких

тканей, рядом расположены лимфатические узлы были увеличены, но значительно меньше по размерам, ограничены в подвижности и в большинстве случаев образовывали пакеты (чаще всего из 2-3 узлов). Кожа над лимфатическим узлом у всех больных была напряженная с признаками незначительной гиперемии и коллатеральным отеком, в складку не собирался.

Флюктуацию в очаге воспаления было обнаружено у всех больных. При объективном обследовании полости рта оказывались «причинные» зубы, изменены в цвете, с глубокой кариозной полости соединенной с пульповой камерой, зондирование которой было безболезненное, перкуссия резко болезненна, иногда отмечалась патологическая подвижность I-II степени. Слизистая оболочка в области шейки и проекции корней «причинного» зуба гипермирована и отечная, при пальпации болезненна, иногда наблюдалось утолщение слизистой оболочки со следами микрорубцов и наличие свища - по три случая, соответственно. Рентгенологически у всех больных определялся очаг деструкции костной ткани с четкими границами в проекции верхушки или бифуркации корней зуба. На основании оценки анамнеза заболевания и результатов объективного обследования было установлено, что именно очередное обострение хронического гранулирующего периодонтита послужило причиной возникновения гнойного воспаления в лимфатическом узле.

Стоматолгичный статус детей второй группы второй подгруппы характеризовался следующим образом: интенсивность кариеса КПУ + кп составила 1,6, что по критерию оценки ВОЗ относится к низкой. Значение индекса Green-Vermillion - (в среднем для пациентов данной группы) составляли 0,4, что соответствует оценке OOI-S - низкий, (гигиена полости рта - хорошая) индекс гингивита Silness-Loe - составил 0,6 балла, (легкий гингивит), что указывало на наличие начальных признаков воспаления маргинального края десны.

Ко второй подгруппе второй группы вошли 14 больных с

стоматогенным причинным фактором в виде моляра пораженного хроническим гранулированным периодонтитом в стадии ремиссии. Больные отмечали наличие припухлости и острой боли в поднижнечелюстной области, которые постепенно нарастали в течение 1-2 суток. Температура тела повышалась до 37,3-38,0С, у половины из них наблюдалось ограниченное и болезненное открывание рта. На момент госпитализации общее состояние 9 пациентов (64,0%) сопровождалось вялостью, бледность кожных покровов, умеренной сухостью слизистой оболочки полости рта нарушением аппетита и сна. У 5 больных (36,0%) общее состояние было удовлетворительным.

Клинические признаки *Locus morbi* характеризовались увеличением отдельных подчелюстных лимфатических узлов, в течение 1-2 суток, с болезненностью при пальпации мягких тканей над ними, лимфатические узлы были ограничены в подвижности, кожа над ними напряженная с признакам легкой гиперемии и наличием коллатерального отека, в складку не прищипывалась. Эпиглоттит в стадии воспаления был обнаружен в 5 случаях (50,0%). Дети данной подгруппы, как правило, жалоб относительно разрушенного зуба не предъявляли, но двое из них (14,0%) указывали на неприятные ощущения в нем и незначительный дискомфорт при накусывании.

На основе анамнеза заболевания и данных объективного обследования был заподозрен, что причиной острого воспаления в поднижнечелюстных узлах, с большой степенью вероятности, мог стать, несмотря на ремиссию, именно хронический гранулирующий периодонтит.

**Выводы.** При остром гнойном поднижнечелюстном лимфадените стоматологический статус и состояние гигиены полости рта хуже, если этиологическим фактором возникновения его являются осложненные формы кариеса.

#### **Список литературы:**

1.Аминова Г.Г. Морфологические особенности лимфоидных структур у

новорожденных детей / Г. Г. Аминова, Д. Е. Григоренко, А. К. Русин [и др.] // Морфология. - 2000. - Т. 118, № 6. - С. 53-56.

2. Белянин В.Л. Диагностика реактивных гиперплазий лимфатических узлов / В.Л. Белянин, Д.Э. Цыплаков // - Санкт-Петербург-Казань, - 239 с.

3. Деннис Х.Райт. Морфологическая диагностика патологии лимфатических узлов / Х.Райт Деннис, Дж.Эддис Брюс, С.Леонг Энтони // - Москва. - С.17-47

4. Михалева Л.М. Ультраструктурные аспекты клеточных популяций мягких тканей десны при хроническом воспалительном процессе / Л. Михалева, Т. Бархин, В.Д. Шаповалова [и др.] // Архив патологии. - 2002. - № 6. - С. 15-21.

5. Пауков В.С. Иммунопатология и морфология хронического воспаления / В.С. Пауков, В.К. Гостищев, Н. Ермакова [и др.] // Архив патологии. - 1996. - Т. 58, вып. 1. - С. 28-33.

7. Петров С.В. Руководство по иммуногистохимической диагностике эпителиальных опухолей / С.В. Петров, Н.Т. Райкин // - Казань. Изд. Центр "Титул", - 2000, - 287 с.

8. Танасийчук И. С. Цитологические показатели лимфатических узлов в норме, при хронических лимфаденитах и мелкоклеточных лимфосаркомах, квантификационный анализ: Автореф. дис. на получение наук. степени канд. мед. наук: спец. 14.03.01 «Нормальная анатомия» / И. С. Танасийчук. // - М., 2006. - 21 с.

9. Харьков Л.В. Анализ частоты и структуры основных стоматологических заболеваний по материалам поликлинической базы кафедры хирургической стоматологии НМУ / Л.В. Харьков, Н.И. Нероденко, И.Н. Сульженко // - 1997. - №1. - С.114-119.

10. Чумакова Ю. Г. Состояние местного иммунитета полости рта в лиц молодого возраста с хроническим катаральным гингивитом // Ю.Г. Чумакова, Н.Н. Запорожец, А.В. Мороз // Вестник стоматологии. - 2002. - № 1. - С. 22-24.

научные-статьи.рф

11. Adhesive mechanisms governing interferon-producing cell recruitment into lymph nodes. / T. G. Diacovo, A. L. Blasius, T. W. Mak [et al.] // J. Exp. Med. - 2005. - Sep., № 202 (5) .- P. 687-696.

12. An inflammation-induced mechanism for leukocyte transmigration across lymphatic vessel endothelium / L. A. Johnson, S. Clasper, A. P. Holt [Et al.] // J. Exp. Med. - 2006. - Nov 27; № 203 (12). - P. 2763-2777.

13. Migration of dendritic cells / H. Yoneyama, K. Matsuno, K. Matsushimaa [et al.] // Int. J. Hematol. - 2005. - Apr, № 81 (3). P.204-207.

14. Proulx S.T. RI and quantification of draining lymph node function in inflammatory arthritis / S.T. Proulx, E. Kwok // Ann. N.-Y. Acad. Sci. - 2007 - Nov, № 1117. - P. 106-12

научные-статьи.рф