

Medicinski fakultet u Nišu
Stomatološki otek
Dečja i preventivna stomatologija
Rukovodilac: Prof. Dr. Đ. Baba — Milkić

APSCESI DENTOGENOG POREKLA U DECE

Đ. Baba — Milkić, E. Vasić, M. Smiljković

Apscesi dentogenog porekla u dece, koji za osnovu svog nastavka imaju poremećen integritet vitaliteta zuba obeju denticija i u kojima se kao prouzrokovaci pojavljuju mnogi patogeni mikroorganizmi usne flore, prolaze kroz tri faze svoga razvoja: period početnog procesa, period širenja infekcije i period komplikacija. Razvijaju se blaže ili drastičnije, zavisno od toga kakve su odbrambene sposobnosti organizma i njegove reaktivne moći da se suprostavi ne samo određenoj vrsti mikroorganizma, već i njihovoj agresivnosti i snazi prodiranja.

Pato-fiziološke i mikrobiološke osobnosti procesa

Tempo razvoja ovih zapaljivo gnojnih procesa u dece zavisi, kako od imunobioloških sposobnosti organizma, vrlo često vezanim za uzrast, isto tako i od virulencije izazivača sa kojima je proporcionalan. Najčešćim uzročnicima se matraju *Streptococcus viridans* et *haemolyticus*, *Staphylococcus aureus* et *albus*, *Pneumococcus*, *Bacilli-coli*, *pyocyanus*, *fusiformis* et *histolyticus*, *Spirocheta Vincenti*, razni vidovi anaeroba i drugi. Stafilokoke i streptokoke ipak dominiraju situacijom narušenog integriteta usne duplje, u kojoj se sreću devitalizirani zubi, inficirane ciste, zagađene postekstrakcije rane, infekcije nesterilnim korenskim i injekcionim iglama, traumatske povrede mekog i koštanog tkiva, kao i medikamentozna termička oštećenja.

Ako se upoređuje sposobnost prodora jednih i drugih bakterija, može se napraviti izvesna razlika. Stafilokoke poseduju nekrotizirajuće dejstvo, osobinu brzog finansiranja na mestu prodora, gde prouzrokujući tromboziranje limfnih puteva stvaraju barijeru. Streptokokama je pak potrebno duže vreme i duži put do postizanja blokade u limfnim putevima, iz razloga što oslobađaju manje štetne otrove za tkivo od stafilokoka. Prema tome, zapaljivi proces prouzrokovan streptokokama se sporije ograđuje, jer je razmnožavanje ovih i vreme prodiranja u tkivo, obrnuto proporcionalno količini izlučenih otrovnih nekrotizirajućih materija.

U slučajevima kada je virulencija mikroorganizma velika, limfatični sistem se teško suprostavlja tendenciji ovih da prodru u tkivo, što ima za posledicu pojavu limfadenita i adenoflegmone različitog stepena.

Patoanatomska i klinička slika

U predelu orofacijalnog sistema u dece, javljaju se dva tipa gnojnih oboljenja deitogenog porekla: apscesi i flegmone.



Sl. 1: Apsces u gornjoj vilici



Sl. 2: Flegmona donje vilice



Sl. 3: Flegmona u donjoj vilici

Karakteristike apscesa se ogledaju u njihovoj ograničenosti demarkacionom linijom, kao i lokalnim simptomima koji prate zapaljenje: tumor, dolor, rubor, calor i functio lesa. Prisutni su zatim fluktuacija, zategnutost kože koja se istovremeno i sija, crvena je i topla.

Gnojni sekret pretstavlja raspadnutu masu periapikalnog tkiva u čiji sastav ulaze tkivne tečnosti, mikroorganizmi, raspadnuti leukociti, fagociti i drugo. Vrlo često, koštano tkivo u periapikalnoj regiji kao i vrh korena nisu pošteđeni, tako da se sreću koštane zargradnje i resorpcija vrha korena.

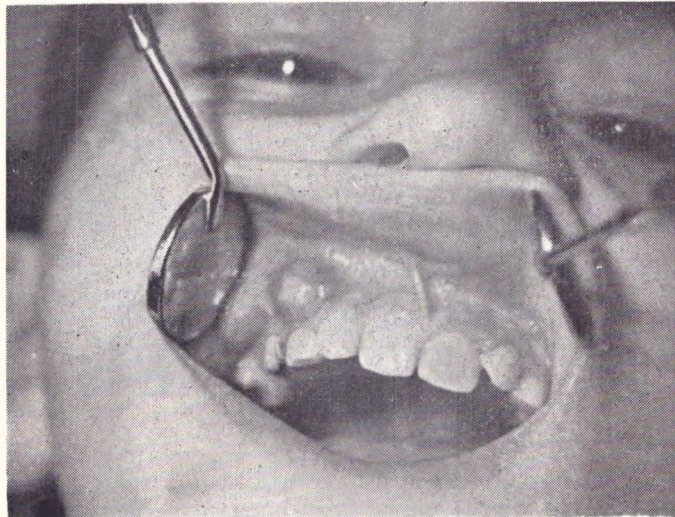
Drugi oblik zapaljivo gnojnih procesa su flegmone. One daju tešku kliničku sliku, fudroajantne su po toku, nejasno ograničene i sa tendencijom brzog širenja putem krvi i limfe.

Lokalizacija patološkog procesa i diferencijalna dijagnoza

U razvoju gnojne infekcije i nastanku apscesa, važni su i anatomske faktori koji doprinose da se infekcija razvija u jednoj ili drugoj regiji. Ti faktori su insercije mišića lica, položaj korenova u odnosu na ostale anatomske strukture, kao i sama građa kosti vilica. U odnosu na anatomske regije u dece može da bude u smislu:

- Apscessus subperiostalis processus alveolaris
- Apscessus submucosis — Parulis
- Apscessus palatinus
- Apscessus buccae
- Apscessus palpebrae inferioris
- Phlegmona orbitae
- Apscessus perimandibularis
- Apscessus submandibularis
- Phlegmona baseos oris
- Abscessus submentalis

Formiranje gnojne kolekcije brže napreduje u gornjoj vilici nego u donjoj, pogotovu kod dece u periodu mešovite denticije. Razlog što je gornja vilica propustljivija za infekciju od donje, leži u tome što je ona bogata u spongiozi, pa i maksilarni sinusi



Sl. 4: Submukozni apsces

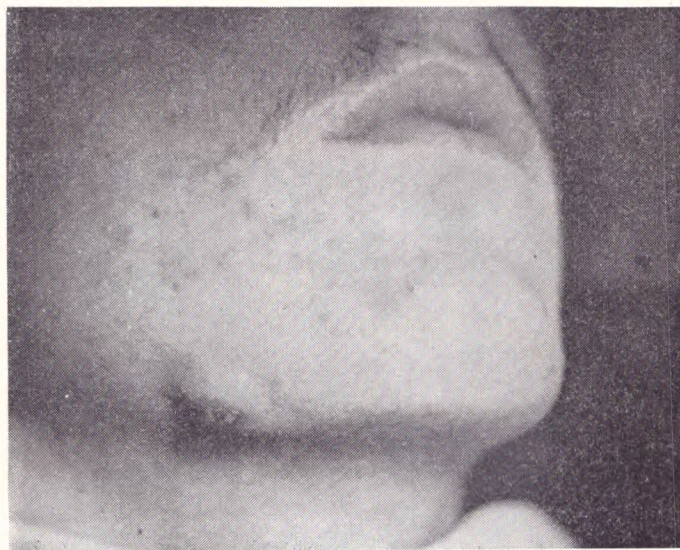
ne čine veliku prepreku, naročito kada su u pitanju teži oblici infekcije. Anatomohistološka građa gornje vilice doprinosi da se apscesi dentogenog porekla lokalizuju subperiostalno i submukozno, a to daje manje mogućnosti za pojavu ekstraoralnih fistula.

Koliko je važno po dečji organizam, u smislu očuvanja njegove normalne funkcije, sprečiti komplikacije, toliko je važno i izdiferencirati apsces dentogenog porekla od drugih tumoroznih tvorevina u istoj oblasti: flegmona, hematoma, edem, alergični edem, epidemični parotit, furunkulnosa, inficirana cista, limfadenit, maksilarni sinusit, tumori i slično.

Pregled deteta sa otokom ne sme biti površan. Često je pedontolog taj koji treba da postavi dijagnozu da li je otok dentogenog porekla ili se radi o parotitu. Otok kod epidemičnog parotita je veoma intenzivan i usled kolaralnog edema može da zahvati celo lice, znači, nije ograničen. Lociran je ispred i ispod uva, bled je, pastozan, nije topao i a pritisak ostaje otisak. Žvakanje pojačava osećaj napetosti i pojavu bolova koji iradiju prema uvu. Vtvor Stenonovog kanala je otečen i crven i na pritisak iz njega izlazi serozna tečnost, ili kapljica gnoja.

Komplikacije

Komplikacije se ogledaju u gubitku obolelog zuba i koštanog tkiva, pojavi intra i ekstraoralnih fistula i ožiljaka na koži, empi-



Sl. 5: Ekstraoralna fistula

jemu sinusa i drugom. Sreću se i komplikacije opšteg značaja kao što su osteomilitis, septikemija, tromboza moždanih venskih sinusa, apsces mozga, apsces pluća i drugo.

Terapija

Primenjuju se konzervativna i radikalna terapija u zavisnosti o kojim se zubima radi i u kojoj se vilici nalaze, uz primenu antibiotika i drenaže gnojne kolekcije i cilju sprečavanja širenja infekcije.

Antibiotici dati na vreme i u dovoljnim dozama, uz pravovremenu ekstrakciju zuba, bila bi najefikasnija terapija. Indicirana je naročito u slučajevima fudroajantnih infekcija koje zahvataju veće prostore, zatim kod dijabetičara, kardiovaskularnih bolesnika, bubrežnih, bolesnika od reumatske groznice, kod febrilnih bolesnika, kao i kod aferilnih sa postojećom anergijom. Ordiniranje antibiotika potrebno je produžiti izvesno vreme posle ekstrakcije zuba uzročnika, kako bi se absorbovale sve bakterije i sprečila agzacerbacija procesa.

Kada na osnovu opšteg stanja pacijenta terapeut smatra da će eliminacija gnojne kolekcije i stišavanje procesa biti najbrže ekstrakcijom zuba, upotreba antibiotika neće biti potrebna. Ovo se više odnosi na gornju vilicu iz koje se gnojni sadržaj drenira daleko lakše.

Od antibiotika najširu primenu ima Penicilin, ali se koriste i antibiotici širokog spektra i hemoterapeutici. Često smo u situaciji da prepíšemo antibiotike, uglavnom Penicilin koji se smatra lekom izbora, zanemarujući potrebni antibiogram. Ispravno bi bilo da se u terapiji gnojnih oboljenja dentogenog porekla držimo izvesnih principa. Nikad nećemo pogrešiti ako imamo na umu tri stvari:

- otkriti tip mikroorganizma u gnoju,
- otkriti osetljivost mikroorganizma prema antibiotiku,
- ispitati osetljivost pacijenta prema antibiotiku.

Pored ovakve terapije potrebno je dati vitamine i dosta tečnosti. Kod pacijenata koji se nalaze u stanju šoka kao posledicu dentogene infekcije, indicirani su kortikosteroidi s ciljem da se blokiraju andrinergične periferne vizokonstrukcije i uspostavi normalni metabolizam ćelija. Naše iskustvo je pokazalo da su antibiotici efikasniji kada se daju parenteralno nego per os, pogotovo što se radi o dece.

U terapiji naših pacijenata uglavnom je korišćen Penicilin u dnevnoj dozi od 800 000 J. u toku 4—5 dana, uz ostale mere zbrinjavanja od eventualnih komplikacija. Na drugo mesto je dolazio Chymociclar per os u obliku kapsula, a u slučajevima gde je postojala sumnja na ilergiju, ili smo bili sigurni u nju, ordinirani su Eritromycin per os ili Rifocin parenteralno.

U slučajevima teških infekcija ordiniran je Penicilin u udarnim dozama u kombinaciji sa antibioticima širokog spektra.

Drenaža gnojne kolekcije uvek je bila intervencija prvog reda tamo gde je situacija dozvoljavala pristup, bez obzira da li su u pitanju zubi koje treba ekstrahirati, ili kasnijim konzervativnim tretmanom osposobiti za dalje obavljanje funkcije.

Zaključak

Apscesi dentogenog porekla u dece su česta pojava i javljaju se najčešće kao komplikacija kariesa na zubima prve i druge denticije i njihovog neblagovremenog zbrinjavanja.

Tok bolesti i njene komplikacije stoje u tesnoj vezi sa pravovremenim dijagnosticiranjem i preduzimanjem odgovarajuće terapije.

Kod izvođenja terapije potrebno je pridržavati se određenih principa: otkriti tip mikroorganizma, napraviti antibiogram i hematogram i ispitati postoji li osetljivost na antibiotike u smislu alergije. Od velikog značaja je i uzrast deteta.

Symary

Dental origins abscesses in children

Suppurative infections in region of orofacial system is a frequent occurrence in children. All the microorganisms who can get a pathological form, form an oral cavity, can and streptococci are dominant.

Abscesses are the most frequent form of suppurative processes in children, with very different localisations that depends upon anatomical and morphological characteristics of face and jaw.

The authors show at the significance of a differential diagnosis, in consideration of possibility of swellings of different genesis to be appeared in region of orofacial system.

Antibiotics have the greatest importance in therapy of suppurative infections of dental origin in children. In order to be effective and quick in treatment of suppurative inflammations it is necessary to take care about three fundamental principles:

1. to find out a type of microorganism that has caused an infection
2. to make an antibiogram and
3. to check patients sensitiveness to antibiotic in sense of allergy.

Literatura:

1. Lj. Đoković: Stomatohirurgija, 1973
2. K. Anastasov: Hirurgična stomatologija, 1975
3. Guyton: Medicinska fiziologija, 1976
4. Đ. Baba — Milkić, M. Živković: Stomatološki glasni Zlatibor, 1970
5. Kominek, J; Toman, J; Rozkocova, E: Detska Stomatologije, Praha, 1966