

ные контакты, как в случаях с зубочелюстными аномалиями, так и при физиологическом прикусе. Использование коронок с распорками практически не повлияло на гиперконтакты на опорных зубах, особенно при смещениях модели нижней че-

люсти, при имитации жевательных движений.

Таким образом, в тех случаях, когда у детей дефекты зубных рядов сочетались с зубочелюстными аномалиями, одновременное использование съемного протеза и трейнера было невозможным.

Использование только трейнера показало, что гиперконтакты наблюдались на зубах, ограничивающих дефект зубного ряда. Коронки с распоркой при одновременном применении трейнера не изменили расстановку окклюзионных контактов.

Митченко М.П., Доброскок В.О.

ПРЕМОРБІДНИЙ СТАН ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ГНІЙНИМ ЛІМФАДЕНІТОМ ТА ОДОНТОГЕННИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

У патогенезі гострих запальних процесів щелепно-лищевої ділянки у дітей має місце наявність у них у анамнезі хронічних вогнищ запалення та гострих бактеріальних інфекцій. Наявність у деяких пацієнтів вторинної імунної недостатності та імуносупресивні ефекти сапрофітної мікрофлори порожнини рота за умов підвищеного антигенного навантаження на її тканини створюють відповідні передумови для розвитку гострих гнійних захворювань м'яких тканин і кісток обличчя внаслідок одонтогенного, гематогенного, лімфогенного, стоматогенного, дерматогенного шляхів інфікування.

Метою нашого дослідження стало вивчення преморбідного фону у 35 хворих на гострий гнійний лімфаденіт та 23 – з одонтогенним остеомієлітом. Анамнез життя і захворювання збирали переважно в батьків і дітей старших вікових груп у загальноприйнятому обсязі.

Аналіз отриманих даних дозволив установити супутні хронічні

захворювання у 27 хворих (77,1%) на лімфаденіт і у 18 – (78,3%) на остеомієліт. Найчастіше вони спостерігались у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку і стосувалися в більшості випадків ЛОР-органів, дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту.

Після вивчення преморбідного періоду встановлено, що гострий гнійний лімфаденіт виник після перенесеної ГРВІ у 10 хворих (28,6%), у 7 випадках (20%) запалення поєднувалося з гострою патологією ЛОР-органів, у 5 – (14,3%) – з гострим запаленням бронхо-легеневої системи, в 5 – (14,3%) – з гострим періодонтитом і загостренням хронічного періодонтиту від тимчасових і постійних молярів на нижній щелепі, у 3 – (8,5%) – із гнійничковими захворюваннями шкіри. У 5 пацієнтів (14,3%) провокуючого чинника, який би міг сприяти гнійному запаленню лімфатичних вузлів, не виявлено.

Виникненню одонтогенного остеомієліту щелепних кісток ГРВІ передувала в 7 дітей (30,4%),

загальне переохолодження – в 5 (21,7%), гостре запалення ЛОР органів – у 4 дітей (17,4%), загострення хронічних захворювань бронхо-легеневої системи – у 3 хворих (13,1%) і в 4 (17,4%) провокуючих факторів не виявлено.

Розвиток гострого остеомієліту розпочинався в 9 хворих (39,1%) із виникнення гострого періодонтиту в тимчасових зубах, у 7 – (30,4%) – у постійних премолярах і молярах. У 4 дітей (17,4%) і 3 (13,1%) причиною стало загострення хронічного періодонтиту в молочних і постійних зубах відповідно.

Отже, наявність хронічної соматичної патології в дітей і дія провокуючих факторів створюють підґрунтя для реалізації агресивних властивостей інфекційного агента і призводять до виникнення гострого запалення в лімфатичних вузлах і щелепних кістках. Найчастіше причинними чинниками є застудні захворювання, тимчасові та постійні моляри з ускладненими формами каріозного процесу.