

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Результати дослідження. Під дією комплексної поетапної терапії в ротовій рідині пацієнтів груп 1.1 і 2.1 нормалізувалися вміст лізоциму (зріс на 5,3 % і 22,5 % відповідно), концентрація МДА (знизилася в 1,5-2 рази), активність ферментів уреазы (знизилася в 2-2,5 рази в порівнянні з контр-

ольними групами), каталази (знизилася у 1,7-1,9 рази), еластази (знизилася у 1,5-2 рази), значення антиоксидантно-прооксидантного індексу АПІ (через 6 місяців після операції або фіксації моста перевищував на 40 % показники груп порівняння), показник ступеня дисбіозу (через 6 місяців був

у 1,7-2,6 рази менший, ніж у початковому стані).

Отже, проведені біохімічні дослідження показали високу ефективність запропонованої комплексної терапії супроводження ортопедичного лікування включених дефектів зубних рядів.

Митченко М. П., Доброскок В. О.

РЕГІОНАЛЬНІСТЬ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ГОСТРИХ ФОРМ ЛІМФАДЕНІТІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В ДІТЕЙ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

У структурі запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей за амбулаторних і стаціонарних умов помітне місце займають гострі лімфаденіти. Лімфа, що відтікає від органів і тканин, проходить через регіональні лімфатичні вузли, а у зв'язку з низькою концентрацією захисних компонентів у ній сама субстанція лімфатичного вузла може стати середовищем для розповсюдження та розмноження вірусів, бактерій, грибків та ін. За несприятливих умов вони можуть викликати гостре серозне або гнійне запалення їх (Ткаченко П. І., 2007).

Метою нашої роботи стало вивчення локалізації гострих серозних та гнійних лімфаденітів щелепно-лицевої локалізації в дітей.

Під нашим наглядом протягом 2 років (2010-2011 рр.) перебували 152 дитини віком від 3 до 12 років. Із них серозна форма лім-

фаденіту була діагностована у 89 дітей (58,6 %), гнійна - у 63 (41,4 %).

Найчастіше серозна форма запалення визначалась у піднижньощелепних лімфатичних вузлах (46 випадків – 51,6 %), боковій поверхній шиї, переважно в її верхній третині (15 – 16,9 %). Значно рідше - в защелепній і привушно-жувальній ділянках (по 10 спостережень – 22,5 %). Незначна кількість припадала на підпідборідну локалізацію (4 – 4,5 %), по 2 випадки - на завушну і щічну ділянки – 4,5 %.

Гнійне запалення лімфатичних вузлів найчастіше спостерігалось у піднижньощелепних ділянках – 30 спостережень (47,6 %). У привушно-жувальній ділянці нами спостерігався цей процес у 10 випадках (15,9 %). У 9 пацієнтів (14,3 %) лімфаденіт розташовувався на боковій поверхній шиї, в 5 (7,9 %) - у підпідборідній ділянці. У щічній

ділянці лімфаденіт мав місце в 4 випадках (6,3 %), у 3 дітей (4,8 %) запалювалися защелепні лімфатичні вузли і у 2 пацієнтів (3,2 %) - завушні.

Слід зауважити, що незалежно від нозологічної форми запалення найчастіше лімфаденіт виникав у весняний і осінній періоди (97 спостережень – 63,8 %). На зимовий і літній час припадало 55 дітей (36,2 %).

Отже, в дітей у гостре запалення найчастіше втягуються лімфатичні вузли, розташовані в піднижньощелепній, привушно-жувальній ділянках та верхній третині бокової поверхній шиї, що пов'язано з підвищеним антигенним навантаженням на ділянки, звідки відтікає лімфа в регіональні колектори. У їхній структурі переважає серозна форма з переважанням випадків у весняно-осінній період.