

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

DOI 10.31718/2077-1096.19.2.219

УДК 616.428:611.91/93]-002.2./-036.11-053.2:616-08

Доброскок П.І., Ткаченко В.О., Доленко О.Б., Коротич Н.М., Попело Ю.В.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАХОДИ ПРИ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ЛІМФАДЕНІТАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Розробка новітніх технологій та впровадження ефективних методів лікувально-профілактичних заходів в повсякденну клінічну практику стосовно фармакологічного супроводу хворих з запальними процесами щелепно-лицевої ділянки займають чільне місце в наукових дослідженнях вітчизняних і закордонних авторів. Не дивлячись на наявність значної кількості методів і способів, які застосовуються для їх лікування на загальному та місцевому рівнях, інколи не вдається досягати бажаних позитивних результатів, тому останнім часом досить часто реєструються випадки переходу гострого запалення в лімфатичному вузлі в його хронічні форми. Вони потребують довготривалого систематичного нагляду і проведення значного обсягу запобіжних заходів для унеможливлення загострення. На жаль, до теперішнього часу не існує універсального способу профілактики і всі вони носять симптоматичний характер та в більшості випадків проводяться без врахування впливу на цей процес чисельних механізмів їх патогенезу. Загалом, всебічний аналіз літературних джерел з цієї тематики дозволяє зробити висновки, що сучасні здобутки не задовольняють в повній мірі запитів практичної медицини і це потребує подальших наукових розробок, бажано з визначенням їх ефективності.

Ключові слова: діти, лімфаденіт, щелепно-лицева ділянка, лікування, профілактика.

Представлена робота є фрагментом НДР кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології, Української медичної стоматологічної академії «Інтегративно-диференційоване обґрунтування вибору оптимальних методик оперативних втручань та обсягу лікувальних заходів при хірургічній патології щелепно-лицевої ділянки», державний реєстраційний № 0116U003821.

Розробка і впровадження ефективних методів лікування, профілактики гострих та хронічних лімфаденітів щелепно-лицевої ділянки протягом багатьох десятиліть займають провідне місце в хірургічній практиці. Позитивних результатів вдається досягти не завжди, що пов'язано з високим ступенем антибіотикорезистентності мікроорганізмів, яка найчастіше обумовлена обміном генетичних маркерів та можливістю розповсюдження запального процесу на прилеглі тканини з вираженим порушенням метаболічних процесів, обумовлюючи тим самим необхідність розробки нових ефективних комплексних методів лікування на всіх рівнях [1,6,18].

Не дивлячись на значні успіхи медичної науки стосовно встановлення ролі етіологічних чинників, що приймають участь у виникненні гострих і хронічних лімфаденітів та складових механізмів їх патогенезу, лікування дітей цієї категорії проводиться за стандартизованими протоколами, які за весь час їх існування ні разу не переглядалися. Значна кількість науковців першочергову роль відводять ендogenous факторам – мікробному, імунологічному, мембранодеструктивному, гормональному, генетичному, гіпоксії. Деякі вказують на важливу роль і екзогенних – фізичних, хімічних, аліментарних. Разом з тим важко уявити, що перелічені фактори ризику діють на організм осібно, не залежно один від од-

ного. Стає очевидним, що всі форми лімфаденітів слід розглядати як захворювання обумовлені багатofакторним генезом [10,25,27].

При виборі комплексу для лікування лімфаденітів і їх ускладнень у дітей слід враховувати вікові, анатомо-фізіологічні особливості:

- м'які тканини, які прилягають до щелепних кісток, характеризуються меншою щільністю фасцій та апоневрозів, що обмежують певний анатомічний простір;

- пухкіша підшкірна жирова клітковина і м'язові структури;

- недосконалість (жорсткості) тканинних структур, які межують з гнійним осередком, що сприяє його поширенню на оточуючі тканини;

- морфо-функціональна незрілість самої лімфатичної системи створює сприятливі умови для частого ураження лімфатичних вузлів;

- мікроциркуляція в ділянці обличчя та шиї досить розвинута, що має як позитивні (швидше виводяться токсини із вогнища запалення, надходять гормони, чинники захисту, кисень сприяючи тим самим покращенню умов для репаративної регенерації, так і негативні – генералізація інфекції з витікаючими наслідками;

- значна больова ноцицептивна чутливість цієї зони;

- швидке формування гнійного вогнища (протягом кількох годин);

– поверхнево розташовані абсцеси і флегмони супроводжуються асиметрією обличчя за рахунок вираженої інфільтрації і розлитого набряку жирової клітковини, а глибоко-розташовані протікають з порушенням функції жування, ковтання і мови; [1,9,17, 27].

Лікування дітей з лімфаденітами має бути, перш за все, комплексним і включати санацію одонтогенних та неодонтогенних вогнищ інфекції, а також певний обсяг заходів із залученням антибактеріальної, протизапальної, імуномодуючої терапії та вітамінних комплексів. Беззаперечно, що за наявності лімфаденіту одонтогенного походження в залежності від стану причинних зубів, термінів формування та розсмоктування їх коренів, врахування віку дитини його слід лікувати чи видаляти [1,7,13,27].

Методологічний підхід стосовно ведення дітей з серозним лімфаденітом залежить від того, на який день після початку захворювання дитина звернулася до лікаря, і чим це зроблено раніше, тим більш успішним буде консервативне лікування. З цією метою призначають компреси з 5% розчином димексиду до якого додають протизапальні фармакологічні препарати. При цьому до 10 мл його 5,0% розчину залучають фурацилін, по 1 мл розчину гідрокортизону, 25-50,0% анальгін та 1,0% димедролу. Приготовлений екстрем розчин у вигляді звичайного компресу прикладають на анатомічну ділянку де розташовується збільшений лімфатичний вузол [27].

У фундаментальних виданнях та періодичних публікаціях вказується на те, що при лікуванні серозного запалення в лімфатичному вузлі ефективними являються напівспиртові компреси, парафінові аплікації, мазеві пов'язки. Їх результативність підтверджена багаторічним застосуванням, але ефективність того чи іншого засобу залежить від фази запального процесу та від термінів, коли він був застосований. У зв'язку з тим, що найчастіше дитина потрапляє до лікаря не в перший день від початку захворювання, та теплові процедури, що можуть додатково сприяти поглибленню застійних явищ у лімфатичному вузлі та підвищенню температури на місцевому рівні, провокуючи активізацію та прискоренню переходу серозного запалення у гнійне. Виражений клінічний ефект отримано при використанні регіонарної лімфостимуляції і застосування озонотерапії [22,27].

На тлі патогенетично обґрунтованої протизапальної терапії при серозному випоті відбуваються морфологічні зміни в лімфатичних вузлах. Прослідковується зменшення їх розмірів, підвищується ступінь ехогенності стромальних структур і паренхіми за рахунок зниження вираженості набряку та клітинної інфільтрації. По завершенню запального процесу в ньому він перестає візуалізуватися серед оточуючих навколишніх тканин, або його ультразвукове зображення не відрізняється від будови інтактного лімфатичного вузла[14,27].

В наукових публікаціях представлені відомості про ефективність поєднаного застосування антиоксидантних препаратів, антиагрегантів та гомеопатичних засобів у складі комплексного лікування хворих на гострій лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки. Вказується і на суттєвий вплив гірудотерапії в комплексному лікуванні гострих форм лімфаденітів у дітей. Останнім часом досить широко в клінічній практиці використовуються антигомотоксичні препарати різних фармакологічних груп. Ткаченко П.І і співав. запропонували поєднувати антигомотоксичний препарат лімфоміозот з гірудотерапією також при лікуванні гострих форм лімфаденітів та отримали позитивні результати [11,27].

В останні роки з'являються нові клінічні методи терапії з залученням фізичних методів впливу на осередок запалення: УВЧ, ультразвуку низької частоти, гіпербаричної оксигенації, лазерного випромінювання, потоку озонованого розчину, світлолікування пульсуючим струменем рідини під високим тиском, фотодинамічне лікування з одночасним лазерним опромінюванням активованої води, антисептиків, пов'язок з протеолітичними ферментами, мазей та гелів на гідрофільній основі, еубіотиків і пробіотиків [17,27].

Коли лікар не може встановити наявності джерела інфекції в порожнині рота, зубах, щелепних кістках, м'яких тканинах обличчя та ЛОР-органах при гострому серозному та загостренні хронічного лімфаденіту лікування має бути консервативним. В таких випадках рекомендується використовувати фізіотерапевтичні методи: сухе тепло, УВЧ-терапію, новокаїно-антибіотикові блокади. Якщо дитина звертається до лікаря у перші 2 – 3 доби від початку захворювання, найефективнішим вважається застосування іонофорезу з гідрокортизоном, електрофорезу з антибіотиком і димедролом та лазерного випромінювання [27].

У зв'язку зі збільшенням кількості алергічних і токсико-алергічних реакцій від застосування значного розмаїття лікарських засобів особливо актуальним є вдосконалення медикаментозних та немедикаментозних засобів корекції імунітету. Слід розглядати перспективним використанням транскраніальної електростимуляції, яка крім анальгезуючого ефекту стимулює процеси репаративної регенерації, активізує центральні механізми судинної регуляції, а також чинить імуномодуючий ефект. Саме цим і обумовлено застосування даного методу в комплексному лікуванні запальних процесів щелепно-лицевої ділянки з торпідним перебігом [18,10,28].

Обсяг лікувальних заходів на пряму залежить від вираженості проявів запалення та інтоксикації організму, але завжди перевагу віддають застосуванню дезінтоксикаційної, антиоксидантної, загальнозміцнюючої, імуностимулюючої терапії. Відносно використання антибактеріальних препаратів пропонується наступна тактика: за наяв-

ності гострого неодонтогенного запалення лімфатичних вузлів, що супроводжується загальною реакцією організму, ослабленим дітям молодшого віку обов'язково призначаються антибіотики цефалоспоринового ряду, що накопичуються у м'яких тканинах, в тому числі і в лімфатичних вузлах. У разі виникнення гострого одонтогенного лімфаденіту за умови задовільного загального стану та оптимального дренирування гнійного осередку до їх використання слід підходити диференційовано [9,26,27].

Відомі регіонарні лімфотропні та прямі ендолімфатичні шляхи введення лікарських засобів. Клінічні дослідження засвідчують, що при лікуванні лімфаденітів різної анатомічної локалізації за допомогою лімфотропної антибактеріальної терапії нормалізація загального стану і імунологічних показників настає в більш короткі терміни, ніж при традиційному лікуванні. Найкращі результати отримані при сумісному застосуванні антибіотиків і препаратів вилочкової залози, які активно стимулюють Т-клітинну ланку імунітету, активізують метаболічну активність нейтрофілів, збільшують різницю між стимульованими і спонтанними критеріями НСТ-тесту. Вищевикладене вказує на те, що регіональна лімфотропна терапія являється і багатообіцяючим способом лікування дітей [5,27,30].

Основним методом лікування гнійних форм лімфаденітів завжди вважався хірургічний, який здійснюється в умовах стаціонару, бажано під загальним знеболюванням. Проводять розрізи шкіри, підшкірної жирової клітковини за класичним варіантом та розтин капсули лімфатичного вузла, що створює відповідні умови для евакуації вмісту через сформований рановий канал [12,20].

В разі, коли справу маємо з довготривалим гострим гнійним або хронічним гнійним лімфаденітом із поверхневою локалізацією та наявністю симптому флюктуації, ефективним є застосування наступного методу: на протилежних полюсах абсцесу проводять два проколи шкіри, розташованих один від одного на відстані 2 – 3 см, через які вводяться поліхлорвінілові перфоровані трубки для дренирування та санації його порожнини. Цей прийом дозволяє обійтися без розтинів та утворення деформуючих рубців у ділянці обличчя після загоєння рани, що поліпшує кінцевий косметичний результат операції [24,27].

Але слід враховувати, що ці форми лімфаденітів щелепно-лицевої локалізації можуть ускладнюватися аденофлегмонами, а останні – флебітами, тромбофлебітами, сепсисом і це потребує виваженого підходу при плануванні тактичного підходу в даних випадках. Наявність ендотоксикозу у хворих цієї категорії, що спричинений некротизованими тканинами, надмірною активацією імунокомпетентних клітин, антигенною мікробною стимуляцією та токсинами кишечника, впливає на дисбаланс параметрів системи гомеостазу, а тривала дія токсичних продуктів

знижує адаптаційно-захисні резерви організму. Тому, зниження рівня ендогенної інтоксикації має вагоме патогенетичне обґрунтування і являється одним із основних складових компонентів при лікуванні таких хворих [2,3,15,27].

Науковцями доведено, що у пацієнтів із запальними процесами щелепно-лицевої ділянки, які характеризуються високим ризиком розвитку ускладнень, має місце дисбактеріоз кишечника, що ініціює порушення проникності слизової оболонки тонкого кишечника, прогресуюче збільшення в ньому кількості мікрофлори зі зміною її співвідношення її видового складу. В такому разі у них виникають умови для їх масової колонізації бактерій і токсинів в системний кровоток. Якщо ці параметри перевищують функціональні можливості природних захисних систем організму, то це може призвести до їх зриву, неконтрольованого перебігу запального процесу враженням внутрішніх органів [16,19,29].

Тому, з метою профілактики розвитку можливих ускладнень, ефективним є забезпечення раннього післяопераційного ентерального харчування та використання ентеросорбційної терапії, яка базується оснований на зв'язуванні і виведенні із травного каналу за допомогою ентеросорбентів ендо- і екзогенних речовин та клітин. При цьому препарати сорбують не тільки токсичні речовини і продукти незавершеного метаболізму з просвіту кишечника, але і з крові через епітеліальну вистилку судин та з капілярів ворсинок слизової оболонки кишківника [18,27].

При виникненні непередбачених варіантів перебігу запалення та за умов високої вірогідності розвитку ускладнень рекомендується проводити протягом 1 – 3 діб інфузійну детоксикаційну терапію розчинами колоїдів (гідроксиетилен крохмаль, рефортан, неогемодез, розчини кристаллоїдів чи один із сучасних плазмозаміщуючих препаратів). Для зниження впливу проявів інтоксикації використовується метод низькодозованої аспірації ранового ексудату, що значно знижує її ступінь і антигенне навантаження на організм дитини [18,27].

В сумнівних, складних та суперечливих випадках, які супроводжуються гіперплазією лімфоїдної субстанції в лімфатичному вузлі, слід провести його екстирпацію з послідуочим морфологічним дослідженням для верифікації процесу [12,23,27].

Планування профілактичних заходів стосовно гострих та хронічних лімфаденітів складається із своєчасного лікування карієсу зубів і його ускладнених форм усунення неодонтогенних джерел інфекції (лікування стоматитів, ринітів, гінгівітів, глоситів, отитів, фурункулів, карбункулів та ін.), усунення недоліків травматичних пошкоджень слизової оболонки рота та шкіри обличчя, підвищення резистентності організму [4,21,27].

Таким чином, узагальнюючи представлені дані, слід зауважити, що питання стосовно формування оптимальних варіантів комплексу ліку-

вально-профілактичних заходів у хворих з різними нозологічними формами лімфаденітів щелепно-лицевої ділянки у дітей одонтогенного і неодонтогенного походження залишають місце для удосконалення. Якщо ж дивитися на імунну, мембранодеструктивну і нейрогуморальну відповідь організму на запалення як на інтеграцію великої кількості складових частин пошкоджуючого фактору, то можна констатувати, що вельми недостатньо переконливих даних для проведення патогенетично обґрунтованої корекції наявних порушень раціональної фармакологічної та вибору виду фізіотерапевтичних процедур для їх лікування.

Перспективи подальших досліджень

Наведені відомості про лікувальну ефективність поєднаної дії фармакологічних препаратів різних груп і фізіотерапевтичних процедур, що дозволяє активізувати процес одужання дітей з гострим і хронічним лімфаденітом.

Література

- Block SL. Managing cervical lymphadenitis - a total pain in the neck! *Pediatric annals*. 2014;43(10):390–396.
- Chuykin SV, Hasanov TA, Baymuhametov AR. Primenenie preparata vobenzim v kompleksnom lechenii ostrogo gnoynogo limfadenita chelyustno-litsevoy oblasti u detey [Use of the drug Vobenzim in the complex treatment of acute purulent lymphadenitis of the maxillofacial region in children]. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana*. 2011;6(6):82–84. (Russian)
- Dalgic A, Karakoc O, Karahatay S, Hidir Y, Gamsizkan M, Birkent H, et al. Submandibular triangle masses. *The Journal of craniofacial surgery*. 2013;24(5):529–531.
- Dobroskok VO. Hostryi hniyni limfadenit shchhelepno-lytsovoi dilianky u ditei: stomatolohichniy status, fizyko-khimichni ta biokhimichni vlastyivosti rotovoi ridyny [Acute purulent lymphadenitis of maxillofacial area in children: dental status, physico-chemical and biochemical properties of oral liquid]. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visn. Ukr. med. stomat. Akad. 2013;1(41):339 – 341. (Ukrainian)
- Fernando DR. Endolimfonodulyarnoe vvedenie antibiotkov pod ultrazvukovym kontrolom v lechenii bolnykh paratonzilarnyimi abscessom, oslozhnennym sheynim limfadenitom [Endolymphomodular injection of antibiotics under ultrasound control in the treatment of patients with paratonsillar abscess complicated by cervical lymphadenitis]. Astrahan: Gos. byudzh. obrazovat. uchrezhdenie vyssh. prof.obrazovaniya; 2012. 25 p. (Russian)
- Gautam Biswas, Anjan Das, Dibakar Haldar, Ankur Mukherjee. Clinico-Pathological Correlates of Cervical Lymphadenopathy: A Hospital Based Study. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2013;65(1):42–47.
- Gulomov SS, Usmonov FK. Opredelenie effektivnosti lecheniya hronicheskogo kataralnogo gingivita v detskom vozraste putem vozdeystviya na patogennuyu mikrofloru [Determination of the effectiveness of treatment of chronic catarrhal gingivitis in children through exposure to pathogenic microflora]. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*. 2010;3(34):32–34. (Russian)
- Haritonova L, Israfilova O. Korrektsiya immunnogo statusa u chasto boleyuschih detey [Correction of the immune status of frequently ill children]. *Vrach*. 2011;10:53–56. (Russian)
- Hasanov TA, Chuikin SV. Kliniko-immunologicheskaya otsenka effektivnosti sistemnoy enzimoterapii pri gnoynih limfadenitah u detey [Clinical and immunological evaluation of the effectiveness of systemic enzyme therapy for purulent lymphadenitis in children]. *Permskiy meditsinskiy zhurnal*. 2011;28(6):86–89. (Russian)
- Hasegawa J, Hidaka H, Tateda M, Kudo T, Sagai S, Miyazaki M, et al. An analysis of clinical risk factors of deep neck infection. *Auris Nasus Larynx*. 2011;38(1):101–107.
- Korotkih NG, Toboev GV. Sravnitel'naya kliniko-immunologicheskaya effektivnost primeneniya antigipoksantov v lechenii flegmon chelyustno-litsevoy oblasti [Comparative clinical and immunological efficacy of antihypoxic drugs in the treatment of phlegmon of the maxillofacial region]. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2010;1:23–24. (Russian)
- Kryvchenia DYU, Benzar IM. Miniinvazyvnyi sposib likuvannia limfatychnykh malformatsii u ditei [Minivasive way to treat lymphatic malformations in children]. *Khirurgiya dytiachoho viku*. 2012;4:14–18. (Ukrainian)
- Lin RH, Huang CC, Tsou YA, Lin CD, Tsai MH, Chen JH, et al. Correlation between imaging characteristics and microbiology in patients with deep neck infections: a retrospective review of one hundred sixty-one cases. *Surgical infections*. 2014;15(6):794–799.
- Lysenko DA. Dyferentsiyni diahnoz pry limfadenopatii: minimalna prohrama obstezhennia khvoroho [Differential diagnosis of lymphadenopathy: the minimum program of patient examination]. *Therapia. Ukrainykyi medychnyi visnyk*. 2010;11:37-39. (Ukrainian)
- Maroldi R, Farina D, Ravanelli M, Lombardi D, Nicolai P. Emergency imaging assessment of deep neck space infections. *Seminars in ultrasound, CT, and MR*. 2012;33(5):432–442.
- Meier JD, Grimmer JF. Evaluation and management of neck masses in children. *American family physician*. 2014;1;89(5): 353–358.
- Minaev SV, Vinyarskaya IV, Tsutsieva VV. Optimizatsiya programmy lecheniya detey s ostrymi nespetsificheskimi limfadenitami [Optimization of the treatment program for children with acute nonspecific lymphadenitis]. *Voprosy prakticheskoy pediatrii: nauchno-prakticheskii zhurnal dlya neonatologov i pediatrov*. 2010;5(5):33-36. (Russian)
- Mironov AYU, Budanova EV, Arazashvili LD, Aleksandrov MT, Platonov VV. Amben i bifidumbakterin v kompleksnom lechenii bolnykh s odontogennymi flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti [Amben and Bifidumbacterin in the complex treatment of patients with odontogenic phlegmons of the maxillofacial area]. *Stomatolog*. 2009;1-2:25–36. (Russian)
- Neff L, Newland JG, Sykes KJ, Selvarangan R, Wei JL. Microbiology and antimicrobial treatment of pediatric cervical lymphadenitis requiring surgical intervention. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2013;77 (5):817–820.
- Parker NP, Scott AR, Finkelstein M, Tibesar RJ, Lander TA, Rimell FL. Predicting Surgical Outcomes in Pediatric Cervicofacial Nontuberculous Mycobacterial Lymphadenitis. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2012;121(7):478–484.
- Polunina NV. Mediko-organizatsionnye aspekty reabilitatsii bolnykh s vospalitelnyimi zabolevaniyami i povrezhdeniyami chelyustno-litsevoy oblasti v ambulatornykh usloviyakh [Medical and organizational aspects of the rehabilitation of patients with inflammatory diseases and injuries of the maxillofacial area on an outpatient basis]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010;5:4–7. (Russian)
- Rybalov OV, Mischenko IP, Skikevich MG, Yatsenko OI. Opyt primeniya preparata "POLIMIK" u bolnykh s abscessami i flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti (rezultaty prospektivnogo otkrytogo issledovaniya) [Experience of the use of the drug "POLIMIK" in patients with abscesses and phlegmons of the maxillofacial area (results of a prospective open study)]. *Sovremennaya stomatologiya*. 2010;2:90–94. (Russian)
- See Young Park, Bum Jo Jung, Young Seung Ko, Chang Ho Seong. An Unusual Case of Luetic Lymphadenitis as a Solitary Submandibular Mass. *Korean Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2009;52(10):849.
- Sharypov MV. Ispolzovanie balnoy sistemy otsenki tyazhesti gnoyno-vospalitelnykh protsessov chelyustno-litsevoy oblasti pri razlichnykh vidakh drenirovaniya [Using the point system for assessing the severity of purulent-inflammatory processes in the maxillofacial region with various types of drainage]. *Visnik problem biologiyi i meditsini*. 2014;2(2):228–234. (Russian)
- Tkachenko P, Dobroskok V, Korotych N, Kolisnyk I. Differences in clinical manifestations of odontogenic and non-odontogenic lymphadenitis. *Wiadomosci Lekarskie*. 2017;LXX(5): 930–933.
- Tkachenko PI, Dobroskok VO, Korotych N., Kolisnyk IA, Trufanova VP. The role of microbial component in the progression of the acute suppurative inflammation of tissues of maxillofacial area in children. *Svit medytsyny i biologii*. 2018;1(63):83–86.
- Tkachenko PI, Starchenko II, Bilokon SO. Nespetsyifichni limfadenity shchhelepno-lytsovoi dilianky u ditei (kliniko-morfologichni aspekty) [Nonspecific lymphadenitis of the maxillofacial area in children (clinical and morphological aspects)]. *Poltava: TOV «ASMI»*; 2018. 120 p. (Ukrainian)
- Tkachenko PI, Vesnina LE, Dobroskok VO, Mykytiuk MV. Rol rehuliatzii rivnia interleukiniv u realizatsii perebihu hostroho hniinoho pidnyzhnoshchelepnoho limfadenitu u ditei [The role of regulation of the level of interleukins in acute purulent submandibular lymphadenitis in children]. *Svit medytsyny ta biologii*. 2014;1(43):80–84. (Ukrainian)
- Vorobieva EI, Tsvetkova AA, Povetkin VV. Opyt primeniya antibakterialnogo preparata Rulid v kompleksnom lechenii patsientov s odontogennymi vospalitelnyimi zabolevaniyami chelyustno-litsevoy oblasti [Experience of using the anti-bacterial drug Rulid in the complex treatment of patients with odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial region]. *Stomatologiya dlya vseh*. 2011;1:26–29. (Russian)
- Zhanalina BS. Regional'naya limfotropnaya antibiotikoterapiya v kompleksnom lechenii detey s gnoyno-vospalitelnyimi zabolevaniyami chelyustno-litsevoy oblasti [Regional lymphotropic antibiotic therapy in the complex treatment of children with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region]. *Stomatologiya*. 2008;2:70–72. (Russian)

Реферат

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Ткаченко П.И., Доброскок В.А., Доленко О.Б., Коротич Н.Н., Попело Ю.В.

Ключевые слова: дети, лимфаденит, челюстно-лицевая область, лечение, профилактика.

В работе представлен обзор литературы, касающийся анализа результативности лечебно-профилактических мероприятий у детей с острыми и хроническими формами лимфаденитов неodontогенного и одонтогенного происхождения челюстно-лицевой локализации. Несмотря на наличие большого количества технических нововведений и современных фармакологических препаратов, не всегда удается достичь желаемых успехов. Кроме того, не всегда учитываются особенности развития ребенка в ante- и постнатальном периодах, роль сопутствующих общесоматических патологий, преморбидный фон, разносторонность этиологических факторов и патогенетических изменений, которые обусловлены их действием. Особого внимания заслуживает дальнейшее совершенствование способов улучшения антибактериальной терапии гнойных очагов, которая должна базироваться на разработке методик введения уменьшенных доз препаратов, что достигается при пара- и эндолимфатическом применении антибиотиков. Однако внедрение этого метода в клиническую стоматологическую практику требует объективизации, ведь результаты изучения фармакокинетики показали, что такие пути введения суточной дозы антибиотика обеспечивают ингибиторные концентрации препарата в отношении многих возбудителей инфекции в течение 24-48 часов. Иммунотерапия при лечении гнойных хирургических заболеваний является важной составляющей комплексного лечения, а коррекция должна базироваться на основе учета дефицита отдельных составляющих компонентов иммунной защиты. Исследования фармакологического действия антиоксидантных препаратов выявили их выраженный антиоксидантный и антифосфолипазный эффекты, однако остаются неосвещенными отдельные вопросы относительно их влияния на организм в целом и на состояние полости рта в частности. Многолетний опыт использования физиотерапевтических средств на гнойную рану свидетельствует об их высокой эффективности и перспективности. Следует также учитывать, что препараты, которые используются местно в первой фазе раневого процесса, имели не только антибактериальное действие, но и значительную осмотическую активность и некролитические свойства. В фазе реорганизации рубца и его эпителизации следует использовать мазевые препараты, стимулирующие репаративные процессы и ускоряющие эпителизацию. К сожалению, научные исследования по изучению влияния лечебно-профилактических мероприятий на течение острых и хронических воспалительных процессов челюстно-лицевой области непосредственно у детей немногочисленны. На данный момент времени этот вопрос продолжает изучаться, что и реализуется внедрением новых рациональных разработок, которые позволяют учитывать преобладающую роль основных механизмов патогенеза и определиться с дифференцированным подходом в выборе препаратов, доз, схем.

Summary

THERAPY AND PREVENTION FOR ACUTE AND CHRONIC LYMPHADENITIS OF MAXILLOFACIAL AREA IN CHILDREN

Tkachenko P.I., Dobroskok V.O., Dolenko O.B., Korotych N.M., Popelo Yu.V.

Key words: children, lymphadenitis, maxillofacial area, treatment, prevention.

The article presents the reviews of the relevant literature on the effectiveness of therapeutic and preventive measures in children with acute and chronic lymphadenitis of non-odontogenic and odontogenic origin of the maxillofacial localization. Despite the large number of technical innovations and modern pharmacological preparations, it is not always possible to achieve the desired success. Moreover, a number of factors as the peculiarities of the perinatal and postnatal development of the child, the role of the concomitant somatic pathologies, the premorbid background, the versatility of the etiological factors and the pathogenetic changes sometimes are far from being taken into account. Special attention should be paid to the further improvement of ways towards advancing antibacterial therapy of purulent foci that should be based on the techniques elaborated for administering reduced doses of the drug and can be achieved by para- and endolymphatic application of antibacterial drugs. However, the introduction of this method in clinical dentist practice requires the objectivity of the assessment of its therapeutic efficacy, as the results of the study of pharmacokinetics have shown that such mode of administering a daily dose of antibiotics provides the inhibitory concentrations of the drug for many infectious agents within 24-48 hours. Immunotherapy in the treatment of purulent surgical diseases is an essential component of the integrated treatment, and the correction should be based on the clear evidence of the deficiency of individual components in the immune defence. The investigation of the pharmacological action of antioxidants has demonstrated their marked anti-peroxide and antiphospholipase effects, however, some issues regarding their influence on the state of the oral cavity with these types of the disease are remaining unclear. Many years of the experience in applying physiotherapeutic agents for purulent wounds have been proven as effective and promising. It is necessary to emphasize that the drugs used in the first phase of the wound process possessed not only antibacterial effects, but also a significant osmotic activity and necrolytic properties. In the phase of scar remodelling and epithelisation, ointments stimulating reparative processes

and promoting epithelisation are recommended to apply. Unfortunately, there are few scientific studies on the effect of therapy and prevention on acute and chronic inflammatory processes of the maxillofacial area in children. At present, this issue is in the focus of researchers' close attention that is implemented through the elaboration of new approaches taking into account the predominant role of the main mechanisms of pathogenesis.

DOI 10.31718/2077-1096.19.2.224

УДК 616.517-056.5

Ємченко Я.О.

РОЛЬ PPAR В ПАТОГЕНЕЗІ ПСОРИАЗУ ТА ОЖИРІННЯ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Псоріаз - одне з найбільш розповсюджених хронічних рецидивуючих мультифакторних захворювань шкіри з домінуванням генетичної упередженості, для якого характерні гіперпроліферація епідермальних клітин, порушення процесу кератинізації на тлі запальної реакції в дермі, а також ураження нігтів, суглобів і волосистої частини голови, яке провокується екзогенними і ендогенними факторами та проявляється еритематозно - лускатими елементами, папулами і бляшками. За результатами клініко-епідеміологічних досліджень, на псоріаз хворіє біля 3-4 % населення нашої планети, незалежно від статі, віку та етнічної групи, при цьому питома вага цієї патології в загальній структурі шкірних хвороб сягає, за даними різних авторів, від 1% до 40%. Однак, незважаючи на значне поширення псоріазу та на велику кількість робіт з цієї проблеми, до сих пір немає єдиного погляду на патогенез цього дерматозу. Дані багатьох клінічних досліджень доводять, що останнім часом спостерігається збільшення випадків коморбідності псоріазу та ожиріння, що призводить до тяжких, атипичних, інвалідизуючих та резистентних до терапії форм дерматозу. Все це значно погіршує якість життя пацієнтів, знижує працездатність та соціальну активність хворих на псоріаз, що визначає не тільки медичну, але й соціальну значимість проблеми. Причинами розвитку псоріазу та абдомінального ожиріння є імунологічні порушення і генетичні дефекти. Особливістю патогенезу у хворих на псоріаз з ожирінням, на відміну від хворих без надмірної маси тіла, є статистично значиме зростання гіперлептинемії і збільшення системного цитокінового прозапального потенціалу. Тому перспективою подальших досліджень є більш поглиблене вивчення імунопатогенезу коморбідності псоріатичної хвороби, що дозволить виявити нові мішені терапії даного дерматозу.

Ключові слова: псоріаз, ожиріння, патогенез, системне запалення.

Робота є фрагментом НДР «Комплексне дослідження патогенетичної ролі субпопуляцій M1 та M2 макрофагів в розвитку хронічного обструктивного захворювання легень для розробки та обґрунтування персоналізованої терапії з врахуванням маси тіла» (№ державної реєстрації 0117U005252).

Псоріаз – це хронічне рецидивуюче, генетично обумовлене, мультифакторне захворювання, з яскраво вираженими шкірними проявами, ураженням нігтів, суглобів, волосистої частини голови та внутрішніх органів. Останнім часом патогенез захворювання пов'язують зі змінами в імунних профілях шкіри хворих, що проявляється так званім «цитокіновим штормом» в осередках ураження, надлишковою інфільтрацією цих ділянок імунними клітинами, гіперпроліферацією і порушенням диференціювання кератиноцитів та розростанням судинної сітки в ділянках псоріатичних висипань. Все це призводить до появи на шкірі псоріатичних бляшок, які можуть супроводжуватися больовими відчуттями і свербіжем [1].

За результатами клініко – епідеміологічних досліджень на псоріаз хворіє біля 3-4 % населення нашої планети, незалежно від статі, віку та етнічної групи, при цьому питома вага цієї патології в загальній структурі шкірних хвороб сягає, за даними різних авторів, від 1% до 40% [2].

Однак, незважаючи на значне поширення псоріазу та на велику кількість робіт з цієї проблеми, точні молекулярно-генетичні причини розвитку залишаються не встановленими, а да-

не захворювання невиліковним. Існуючі на сьогоднішній день методи терапії, на жаль, дозволяють лише знизити прояви симптомів даного дерматозу і подовжити періоди його ремісії.

В свою чергу, дані багатьох клінічних досліджень доводять, що останнім часом спостерігається збільшення випадків коморбідності псоріазу та ожиріння, що призводить до тяжких, атипичних, інвалідизуючих та резистентних до терапії форм дерматозу. Все це значно погіршує якість життя пацієнтів, знижує працездатність та соціальну активність хворих на псоріаз, що визначає не тільки медичну, але і соціальну значимість проблеми [3].

Тож, на нашу думку, для більш об'єктивного розуміння патогенезу та покращення ефективності лікування псоріазу необхідно враховувати недостатньо вивчену коморбідність цього захворювання.

Сьогодні ожиріння є серйозною проблемою в сучасному світі. За даними літератури, в останні роки збільшився відсоток хворих з цим захворюванням. Тож, ожиріння не тільки асоціюється зі збільшенням ризику розвитку таких важких захворювань, як цукровий діабет, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, ортопедичні проблеми і