

БЛОКАДА ВУШНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ВУЗЛА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЧЕРЕПА

BLOCKADE OF OTIC VEGETATIVE NODE DEPENDING ON THE ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF THE SKULL

**Vasko M.Yu., Kuropiatnyk V.S., Lysenko V.R., Nazarenko S.D., Gorodnytska I.M., Butyrina I.D.,
Assist. Gorbachenko O.B.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології

Вивчення хірургічної анатомії вегетативних вузлів голови являється складовою частиною дослідження нервових джерел голови та їх розповсюдження на певні ділянки. В клінічних умовах зустрічаються запалення вегетативних вузлів голови, які носять назву гангліонітів. Антропометричні варіанти топографії вегетативних вузлів голови в значній мірі залежать від особливостей зв'язків з іншими вегетативними вузлами голови. У людей похилого і старечого віку дуже часто зустрічаються захворювання трійчастого нерва та вегетативних вузлів голови. Але надання суттєвої допомоги не може бути ефективним без детального вивчення їх розташування.

Метою нашої роботи було прослідкувати ефективність блокади вушного вегетативного вузла з урахуванням особливостей розташування вегетативних вузлів голови в залежності від форми черепа.

Об'єктами наших досліджень стали 6 хворих з гангліонітом вушного вузла, з них 3 хворих з брахіцефальною формою черепа та 3 хворих з доліхоцефальною формою черепа. Вік хворих від 43 до 62 років з терміном захворювання 1-7 років. Загальну форму черепа ми визначали методами краніоскопії і краніометрії.

До інструментів, які ми використовували для вимірювання антропометричних показників голови увійшли: антропометр, антропометрична стрічка, ковзний циркуль. У результаті вимірювання отримали індекси, на підставі яких визначали антропометричні показники голови.

При брахіцефальній формі черепа вушний вегетативний вузол займає високе заднє положення, а у доліхоцефалів – низьке переднє. Тому, для максимального точного підведення голки до вушного вегетативного вузла підходить модифікація центральної анестезії нижньощелепного нерва за Вайсблатом у підкроневій ямці. Модифікація полягає у додатковому нахилі голки вгору або вниз у залежності від антропометричних показників пацієнта.

Діагностичною ознакою гангліоніту вушного вузла є припинення болю після введення 2% розчину лідокаїну попереду зовнішнього слухового отвору. Для уточнення діагнозу використовували спеціальні методи дослідження (рентгенографія, ультразвукове дослідження).

Ефективне раціональне лікування гангліонітів залежить від правильного урахування локалізації вушного вегетативного вузла, яка залежить від будови черепа. Застосування цієї методики дозволяє досягнути кращого результату в лікуванні захворювань вушного вегетативного вузла.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC PARENCHYMATOID PAROTITIS IN CHILDREN

Vydaiko A.O., Dzhumaev V., Dryga A.O., Prof. Tkachenko P.I., M.D., Assoc. Prof. Lokhmatova N. M.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології

Гострі та хронічні запальні процеси щелепно-лищевої ділянки у дітей залишаються досить проблемним питанням дитячої хірургічної стоматології, що обумовлено їх значною часткою в структурі як амбулаторних так і стаціонарних хворих. Не являється виключенням і хронічний паренхіматозний паротит (ХПП), який відноситься до первинного хронічного враження привушної залози (ПЗ) і на долю якого припадає 87 – 89 % від числа всіх хронічних сіалоаденітів.

В диференційній діагностиці запальних захворювань слинних залоз значна увага приділяється цитологічному дослідженню секрету. Цей метод простий у виконанні, досить інформативний. Важливим діагностичним моментом являється вивчення саме кількісних та якісних характеристик паротидного секрету, зокрема його клітинного складу, як маркера, що визначає ефективність лікувальних заходів особливо при загостренні ХПП.

Мета дослідження: вивчити клінічні прояви та клітинний склад паротидного секрету при загостренні ХПП у дітей.

Для реалізації мети було проведено аналіз основних анамнестичних даних захворювання і його клінічних проявів за даними змісту записів в амбулаторних картках хворих диспансерної групи при міській дитячій клінічній стоматологічній поліклініці м. Полтави та особистих спостережень. Вивчено також і клітинний склад паротидного секрету при первинному зверненні в час загострення. Збір секрету проводили за допомогою ложки Фолькмана і на предметне скельце наносили 2 каплі секрету, робили мазки та фарбували за Романовським-Гімзою. Клітинний склад цитогам вивчали під мікроскопом МБІ-15 (об'єтив 90, окуляр 10).

В залежності від клінічних проявів ХПП хворі були розділені на 2 групи. Перша група з активним перебігом – до її складу увійшло 11 хворих у яких під час загострення хронічного процесу в ПЗ погіршувалося загальне самопочуття, були значно виражені прояви запальної реакції, а частота загострень сягала від 3 до 9 разів на рік. В другу групу, з неактивним перебігом захворювання, увійшло 14 дітей у яких загострення протікало без вираженої запальної реакції з боку ПЗ порушення загального самопочуття, а кількість загострень складала 1-2 рази на рік.