

Отмечается состояние после экзартикуляции нижней челюсти и резекции скуловой дуги. Мягкие ткани на этом уровне неоднородно уплотнены с наличием единичного пузырька газа.

В верхнечелюстных, клиновидных, лобных пазухах и клетках решетчатой кости с обеих сторон дополнительных образований и утолщения слизистой не визуализируется.

Дополнительные образования в орбитах не определяются. Ретробульбарное пространство не изменено.

Дополнительных образований, очагов патологической плотности в головном мозге не выявлено.

Срединные структуры мозга не смещены. Отмечается расширение тел боковых желудочков мозга до 1,0 см. Подоболочные пространства не расширены. Деструктивных изменений в костных структурах на уровне исследования не выявлено.

21.04.2008 г. обратился с жалобами на асимметрию лица за счет “вздутия” правой его половины, которое появилось два дня тому назад. Перед этим ребенок жаловался маме на травмирование отростком аппарата Ванкевича правой щеки. При осмотре правая половина лица резко

“вздута”, кожа над ней без видимых изменений. Отчетливо определяется феномен флюктуации.

Под инфильтрационным обезболиванием сделан разрез-прокол по имеющемуся послеоперационному рубцу длиной около 0,7 см в месте наибольшего выпухания. Выделилось около 150-170 мл густого зловонного гноя с признаками гнойного расплавления гематомы. Введен резиновый выпускник.

Рана промывалась антисептическими растворами и через неделю больной выписан без проявлений воспалительного процесса.

Указанный объем выполненных оперативных вмешательств у наблюдаемых нами детей был выполнен в связи с распространенностью опухоли и указаниями на то, что при радикальном оперативном вмешательстве возможно озлокачествление этой формы остеобластокластомы [1, 2].

Список литературы

1. **Бернадский Ю.И.** Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Бернадский Ю.И. - Витебск: Белмедкнига, 1998. – С. 273-277.

2. **Тимофеев А. А.** Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А. А. Том III. – Киев: ООО “Червона Рута-Турс”, 2000. – С. 61-64.



УДК 616.71-018.46-002

**О. Л. Фаренюк, к. мед. н., А. А. Атанасов, к. мед. н.,
Е. Д. Бабов, к. мед. н., В. Г. Крыкляс, к. мед. н.,
В. И. Себов, к. мед. н.,**

Одесский национальный медицинский Университет

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА С ВНУТРИКОЖНЫМ ВВЕДЕНИЕМ СТОЛБНЯЧНОГО АНАТОКСИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Воспалительные процессы челюстно-лицевой области продолжают оставаться актуальной проблемой, несмотря на применение при их лечении современных антибактериальных средств.

Воспалительный процесс может протекать по номергическому, гиперэргическому и гипоэргическому типу. Нами для дифференциации типа воспалительной реакции предложен тест (аллергопробы) с введением столбнячного анатоксина. Выявлена корреляция между степенью выраженности реакции на введение столбнячного анатоксина и показателями иммунограммы у больных с острым одонтогенным остеомиелитом челюстей.

Ключевые слова. *острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, иммунограмма, столбнячный анатоксин.*

**О. Л. Фаренюк, О. О. Атанасов, Є. Д. Бабов,
В. Г. Крикляс, В. І. Сєбов**

Одеський національний медичний університет

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТЕСТУ
З ВНУТРІШНЬОШКІРНИМ ВВЕДЕННЯМ ПРАВЦЕВОГО АНАТОКСИНУ
У ХВОРИХ ГОСТРИМ ОДОНТОГЕННИМ ОСТЕОМІЄЛИТОМ**

Гострі запальні процеси щелепно-лицьової ділянки залишаються актуальною проблемою, незважаючи на застосування сучасних антибактеріальних засобів. Запальний процес може протікати по нормергічному, гіперергічному та гіпоергічному типу. Для диференціювання цих типів реакцій нами запропоновано тест (алергопроби) з введенням правцевого анатоксину. Виявлено кореляцію між ступенем вираженості реакції на введення анатоксину і імунпоказниками хворих на гострий одонтогенний остеомієліт щелеп.

Ключові слова: гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи, імунограма, правцевий анатоксин.

**O. L. Farenyuk, A. A. Atanasov, E. D. Babov,
V. G. Kryklyas, V. I. Sebo**

Odessa National Medical University

**THE DIAGNOSTICAL IMPORTANCE
OF TEST WITH INTRADERMAL INTRODUCTION OF TETANUS
ANATOXIN IN PATIENTS WITH ACUTE ODONTOGENOUS OSTEO MYELITIS**

The inflammatory processes of maxillo-facial part are still the topical problem, in spite of the application of modern antibacterial preparations at their treatment.

The inflammatory process may occur by nomergical, hyperergical and hypoergical type. The test (allergy test) with the introduction of tetanus anatoxin is suggested by the authors for the differentiation of the type of the inflammatory reaction. The correlation between the degree of the expressiveness of the reaction to the introduction of the tetanus anatoxin and the revealing monogram in the patients with acute odontogenic osteomyelitis of jaws was determined.

Key words: acute odontogenic osteomyelitis of lower jaw, immunogram, tetanus anatoxin.

В последние годы наблюдаются значительные изменения в проявлениях воспалительных процессов челюстно-лицевой области. С одной стороны, часто наблюдается атипичное, торпидное течение болезни, с другой, увеличилось число прогрессирующих форм, которые нередко сопровождаются обширным поражением костной и других тканей втянутых в патологический процесс [2, 4].

Необходимость данного исследования обусловлена тем, что развитие воспалительной реакции по какому либо из типов (нормергическая, гипо- и гиперергическая) часто определяет прогноз течения заболевания и тактику лечебных мероприятий. Развитие воспалительной реакции по гиперергическому типу сопровождается выраженным повышением температуры тела, значительным отеком, быстрым распространением воспалительного процесса. Подобная реакция может создать ложное впечатление о значительной тяжести процесса. И, наоборот, при гипоергической

реакции воспалительный процесс может протекать значительно медленнее, без выраженного отека тканей и повышения температуры, создавая иллюзию легкости течения воспалительного процесса.

Цель работы

Изучить диагностическое значение теста с внутрикожным введением столбнячного анатоксина и возможность его использования при диагностике острого одонтогенного остеомиелита.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 33 пациента с острым одонтогенным остеомиелитом (ООО) нижней челюсти. Из них 10 с легким, 10 со средней тяжестью и 13 больных с тяжелым течением патологического процесса.

Таблица 1

Корреляционная зависимость показателей иммунограммы и теста с внутрикожным введением столбнячного анатоксина у больных острым одонтогенным остеомиелитом

N=33	Проба	Лимфоциты г/л	Х-лимф. Е-РОЛ%	Т-лимф. Е-РОЛ г/л	В-лимф. М-РОЛ %	В-лимф. М- РОЛ г/л	Т-хелп, %	Т- супрес- соры,%	Теофиллин резист	О- лимфо- циты	Фагоцит индекс	Фагоцит число
Среднее арифметическое М	26,567	1,913	51,065	1,000	10,935	0.362	40,677	11.300	11,960	45,417	54.645	1,687
R		0,05	0,34	0,17	-0,10	0,21	0,47	0,19	0,21	-0.002	-0,09	0,20
Мг		0,20	0,17	0,18	0,18	0,18	0,16	0,19	0,20	0,21	0,18	0,20
T		0,27	1,92	0,95	0,52	1,14	2,87	1,05	1,02	0,01	0,47	0,98
N=33	Проба	Адгезия НФЕ- Рон %	Адгезия НФЕ- Рон г/л	Индекс на- пряж	Т-хелп. Т- супрес.	супрес/ Т- общ.	В-общ./ Т-общ.	ЛИИ	ЛТИ	IgA	IgM	IgG
Среднее арифметическое М	26,567	13,432	0,755	5,753	4,418	0,225	0,297	1,128	11.888	2,565	1,630	12,266
R		-0,01	0,44	-0,13	0,44	-0,42	0,06	0,25	-0,02	0,27	-0,26	0,10
Мг		0,21	0,19	0,21	0,17	0,19	0,21	0,21	0,21	0,18	0,18	0,19
T		0,05	2,32	0,62	2,64	2,17	0,26	1,21	0,09	1,50	1,42	0,51

Таблица 2

**Корреляционная зависимость показателей иммунограммы и теста
с внутрикожным введением столбнячного анатоксина у больных острым одонтогенным остеомиелитом челюстей
в зависимости от степени тяжести**

Легкая, N=10	Проба	Лимфоциты, г/л	Т-лимф. Е-РОЛ %	Т-лимф. Е- РОЛ г/л	В-лимф. М-РОЛ %	В-лимф. М- РОЛ, г/л	Т- хелперы %	Т- супрес- соры %	Теофил- лин резист.	О - лимфоциты	Фагоцит. Индекс
Среднее арифметиче- ское М	16,400	3,704	44,667	0,841	12,778	0,240	34,333	10,222	10333	42,556	54,889
R		-0,03	0,08	0,60	0,32	0,70	0,45	-0,52	0,73	-0,18	0,64
Мг		0,35	0,38	0,30	0,36	0,27	0,34	0,32	0,26	0,37	0,29
T		0,08	0,21	1,97	0,89	2,61	1,34	1,59	2,83	0,50	2,22
Средняя, N=10	Проба	Лимфоциты, г/л	Т-лимф. Е-РОЛ %	Т-лимф. Е- РОЛ г/л	В-лимф. М-РОЛ %	В-лимф. М- РОЛ, г/л	Т- Хелперы %	Т- су- прессоры %	Теофил- лин резист.	О-лимфоциты	Фагоцит. Индекс
Среднее арифметиче- ское М	26,300	1,858	50	0,886	9,900	0,260	39,700	10300	11,125	48,625	53,000
R		0,47	0,23	0,34	-0,3:5	0,69	0,23	0,18	0,23	0,23	-0,53
Мг		0,33	0,34	0,33	0,33	0,26	0,34	0,35	0,40	0,40	0,30
T		1,41	0,67	1,04	1,05	2,70	0,68	0,53	0,58	0,59	1,77
Тяжелая, N=13	Проба	Лимфоциты, г/ц	Т-лимф. Е-РОЛ %	Т-лимф. Е- РОЛ, г/л	В-лимф. М-РОЛ %	В-лимф. М- РОЛ, г/л	Т- хелперы %	Т- супрес- соры о/.	Теофил- лин резист.	О-лимфоциты	Фагоцит. Ин- декс
Среднее арифметиче- ское М	31,923	1,777	56Д38	1,153	10,615	0,505	45,769	13,167	14,000	43,875	56,154
R		-0,32	0,28	-0,03	0,04	-0,12	0,48	0,15	-0Д1	-0,11	0,05
М_г		0,33	0,29	0,30	0,30	0,30	0,26	031	038	0,41	0,30
T		.096	0,98	0,11	0,14	0,39	1,81	0,47	0,03	0,27	0,15

Продолжение таблицы 2

Легкая, N=10	проба	Фагоц ИТ. Число	Адгезия НФЕ- Рон%	Адгезия НФЕ- Рон г/л	Индекс на- пряж	Т-хелп./ Т- супрес.	Т- супрес/ Т-общ.	В-общ./ Т- общ.	ЛИИ	ЛТИ	IgA	IgM	IgG
Среднее арифметическое М	16,400	1,582	14,667	0,699	6,438	3,718	0,247	0,288	1,047	10.502	2,326	1.706	9,652
R		0,36	0,26	0,20	0,38	0,56	-0,21	0,29	0,08	-0,24	0,75	0,41	0,42
m _r		0,35	0,36	0,37	0,35	0,31	0,37	0,36	0,38	0,37	0,25	0,34	0,34
T		1,00	0,72	0,55	1,08	1,78	0,56	0,80	0,20	0,64	3,01	1.20	1,24
Средняя, N=10	Проба	Фагоц ИТ. Число	Адгезия НФЕ- Рон %	Адгезия НФЕ- Рон г/л	Индекс напряж	Т-хелп./ Т- супрес.	Т- супрес/ Т-общ.	В-общ./ Т- общ.	ЛИИ	ЛТИ	IgA	IgM	IgG
Среднее арифметическое М	26,300	1,580	11,867	0,496	7,308	3,762	0,205	0,238	0,738	11,025	2,489	1,621	11,310
R		0,02	-0,51	-0,32	0,21	-0,05	-0,04	-0,04	0,27	-0,55	0,54	0,52	0,32
m _r		0,38	0,33	0,39	0,40	0,35	0,41	0,41	0,39	0,34	0,30	0,30	0,33
T		0,06	1,56	0,84	0,54	0,14	0,09	0,10	0,69	1,61	1,81	1,73	0,96
Тяжелая, N=13	Проба	Фагоц ИТ. Число	Адгезия НФЕ- Рон%	Адгезия НФЕ- Рон г/л	Индекс напряж	Т-хелп./ Т- супрес.	Т- супрес/ Т-общ.	В-общ./ Т- общ.	ЛИИ	ЛТИ	IgA	IgM	IgG
Среднее арифметическое М	31,923	1,920	14,625	1.076	3,048	5,287	0,225	0,359	1,554	14,374	2,777	1,607	14,782
R		0,15	0,78	0,77	-0,62	0,54	-0,71	-0,04	0,35	0,31	0,27	-0,22	-0,49
m _r		0,37	0,26	0,26	0,32	0,25	0,29	0,41	0,38	0,39	0,30	0,31	0,28
T		0,41	3,02	2,96	1,96	2,14	2,48	0,09	0,91	0,80	0,89	0,72	1,79

Иммунологическое обследование проводили в соответствии с практическими рекомендациями по ускоренной оценке иммунологического статуса [1].

Столбнячный анатоксин вводили внутрикожно по 0,1 мл на внутренней поверхности предплечья. Учет реакции осуществляли через 24 часа путем измерения диаметра эритемы на месте инъекции [3].

Корреляционную связь определяли путем вычисления коэффициента корреляции.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования было установлено, что интенсивность кожной реакции на месте введения 0,1 мл столбнячного анатоксина колеблется в широких пределах. При этом у лиц с интенсивной кожной реакцией, течение одонтогенного воспалительного процесса характеризовалось более яркими клиническими проявлениями. В результате было установлено, что, исследование интенсивности реакции в месте введения анатоксина позволяет дифференцировать характер воспалительной реакции у больных ОО. Были определены конкретные показатели предлагаемого теста. Так, диаметр эритемы на месте инъекции до 10 мм характерен для гипоергического типа воспаления; образование эритемы от 11 до 40 мм свидетельствует о нормергической реакции, гиперергическое течение остеомиелита сопровождается образованием эритемы более 40 мм.

Остеомиелит легкой степени тяжести сопровождался образованием эритемы на месте введения анатоксина размером до $16,4 \pm 3,4$ мм, средней степени – $26,3 \pm 3,4$ мм, при тяжелом течении процесса $31,9 \pm 3,5$ мм и более.

При исследовании корреляционной связи показателей иммунограммы с показателями теста с внутрикожным введением столбнячного анатоксина было выявлено наличие средней корреляционной зависимости между показателями теста и такими показателями иммунограммы как Т-лимф. Е- РОЛ% (коэффициент корреляции $r = 0,34$), Т-хелп. % ($r = 0,47$); Адгезия НФЕ-РОН г/л ($r = 0,44$); индексы соотношения Т-хелп. / Т-супр. ($r = 0,44$); Т- супр. / Т-общ. ($K = 0,42$) (табл.1). Исследуя корреляционную связь теста с показателями иммунограммы больных, распределенных по сте-

пеням тяжести от легкой к тяжелой, отмечено уменьшение корреляционной зависимости по таким показателям: Т-лимф.Е-РОЛг/л; Т-супр.; фагоцитарный индекс; фагоцитарное число (от средней зависимости к слабой); теофиллин- резистентные (от сильной к отсутствию связи); IgA (от сильной к слабой). По таким показателям как Т-лимф.Е-РОЛ%; Адгезия НФЕ-РОН; индекс напряженности; Т-супр./Т-общ.; лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) отмечено усиление корреляционной зависимости табл. 2. Таким образом, наличие корреляционной связи между показателями иммунограммы и теста позволяет использовать данное исследование наряду с иммунологическим.

Выводы

Использование теста с внутрикожным введением столбнячного анатоксина обеспечивает возможность дифференцированной оценки типа воспалительной реакции при остром одонтогенном остеомиелите на ранних стадиях развития патологического процесса. Тем самым создается возможность дифференцированного подхода к прогнозированию течения заболевания и назначению адекватной терапии при остром одонтогенном остеомиелите в начальном периоде его развития.

Список литературы

1. **Ускоренная** первичная оценка иммунологического статуса человека: Методические рекомендации / [А. А. Ваничкин, Н.Н. Бушуева, Т.В. Дегтяренко и др.] – Одесса, 1990. – 24 с.
2. **Воспалительные** заболевания в челюстно-лицевой области у детей / [Рогинский В. В., Воложин А. И., Вайлерт В. А. и др.] ; под. Ред. В. В. Рогинского. – М.: Детстомиздат, 1998. – 272 с.
3. **Семенченко Г. И.** Способ диагностики типа реакции при острых одонтогенных воспалительных заболеваниях / Г.И. Семенченко, Г.Г. Крыкляс, А. Г. Гулюк // Материалы науч.-практ. конф. – Одесса, 1993. – С. 172-175.
4. **Тимофеев А. А.** Гнойная хирургия челюстно-лицевой области и шеи / Тимофеев А. А. – К. : Червона Рута-Туре, 1995. – 173с.

