

дружбы народов. Серия „Медицина“, – 1999. – №2 – С. 115-119.

5. **Абакумова Л.Н.** Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. – Санкт-Петербург. 2006 – 56 с.

6. **Головский Б.В., Усольцева Л.В., Ховаева Я.Б., Иванова Н.В.** Особенности клинического проявления дисплазии соединительной ткани у лиц трудоспособного возраста // Клиническая медицина. – 2002 – №12 – С.39-41.

7. **Jensen B. Iridology.** The science practice in the healing arts. – Escondido (California). – 1982. – Vol.1,2. – 580 p.

8. **Потебня Г.П., Лисовенко Г.С., Кривенко В.В.** Клиническая и экспериментальная иридология. – К.: Наукова думка. – 1995. – С. 262.

9. **Deck I.** Illustrierte Zeichenlehre. Eingang zum Lehrbuch: Grundlagen der Irisdiagnostik. – Ettlingen, 1987. – 376 S.

10. **Рой І.В.** Концепція розвитку первинного остеохондрозу хребетного стовпа // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2003. – №3 – С.65-70.

11. **Ковалевский Е.И.** Глазные болезни. – М., 1980. – 432 с.

12. **Вельховер Е.С.** Клиническая иридология. – М.: Орбита, 1992. – 423 с.

13. **Питер Джексон Мейн.** Иридодиагностика для всех. – М.: Росмэн, 2005. – 128 с.

14. **Починок Т.В., Васюкова М.М., Горобець Н.І.** та ін Недиференційована дисплазія сполучної тканини у дітей: діагностика і тактика лікування // Медицина транспорту України. – 2007. - №1. – С. 85-92.

15. **Воловар О.С., Ціленко О.Л., Маланчук В.О., Крижанівська О.О.** Спосіб діагностики структурно-функціонального стану сполучної тканини організму при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки. – Патент України № 46677 по класу А61В3/00, А61В5/00 на корисну модель. – Бюлетень «Промислова власність». - 2009. – №24.

Надійшла 24.06.10.

УДК 616.716-018.44-002-008.811.9.003.13-036.1

М. П. Комский, к. мед. н.

Днепропетровская государственная медицинская академия

ДИНАМИКА МЕСТНЫХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕНННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЯМОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Робота посвящена сравнительной характеристике локальных признаков у больных с хронической стадией одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, леченных традиционным методом и с применением

прямой внутриартериальной региональной лимфотропной терапии: после секвестрэктомии через поверхностную височную артерию на стороне поражения ретроградно вводили катетер в наружную сонную артерию, куда подавался лекарственный инфузат. Манипуляцию проводили с помощью инфузора Intermate LV-10 (фирмы «Baxter») с объемной скоростью 10 мл/час.

Ключевые слова: хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, прямая внутриартериальная региональная лимфотропная терапия, инфузора Intermate LV-10 фирмы «Baxter».

М. П. Комский

Дніпропетровська державна медична академія

ДИНАМІКА МІСЦЕВИХ СИМПТОМІВ ХРОНІЧНОЇ СТАДІЇ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛИТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЯМОЇ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ

Робота присвячена порівняльній характеристиці локальних ознак у хворих з хронічною стадією одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи, лікованих традиційним методом і із застосуванням прямої внутрішньоартеріальної регіональної лімфотропної терапії: після секвестрэктомії через поверхневу скроневу артерію на стороні поразки ретроградно вводили катетер в зовнішню сонну артерію, куди подавався лікарський інфузат. Манипуляцію проводили за допомогою інфузора Intermate LV-10 (фірми «Baxter») з об'ємною швидкістю 10 мл/годину.

Ключові слова: хронічна стадія одонтогенного остеомиєліту нижньої щелепи, пряма внутрішньоартеріальна регіональна лімфотропна терапія, інфузора Intermate LV-10 фірми «Baxter».

М. Р. Koms'ky

Dnepropetrovsk State Medical Academy

DYNAMICS OF LOCAL SYMPTOMS OF CHRONIC STAGES OF ODONTOGENICNIC OSTEOOMYELITIS OF NIZHNEY JAWS AT APPLICATION OF LINE OF REGIONAL TO LYMPHOTROPIC THERAPY

Work is devoted comparative description of local signs at patients with the chronic stage of odontogenic osteomyelitis of lower jaw, treated a traditional method and with the use of direct endarterial regional lymphotropic therapy: after sekvestrektomii, through a superficial temporal artery, on the side of defeat, the retrograde entered a catheter in an outward carotid, where medicinal infuzat was given. Manipulation was conducted by infuzora of Intermate LV-10 (firms «Baxter») with by volume speed 10 ml/hour.

Key words: chronic stage of odontogenic osteomyelitis of lower jaw, direct endarterial regional lymphotropic therapy, infuser of Intermate LV-10 firms «Baxter».

Актуальность темы. В настоящее время от 10,0 % до 20,0 % больных, требующих хирургической помощи в условиях стоматологической поликлиники и до 50,0 % пациентов челюстно-лицевых стационаров [1] страдают гнойно-воспалительными заболеваниями. При этом остеомиелит челюстей, особенно нижней челюсти, является одной из самых распространенных и тяжелых форм осложнений одонтогенных воспалительных заболеваний [2].

Не смотря на то, что клиническая картина возникновения и развития остеомиелитов челюстей описана довольно давно [1,2], в настоящее время актуальной остается систематизация их симптоматики, ее алгоритмизация, разработка и внедрение новых клинико-лабораторных программ диагностики и прогрессивных методов лечения, позволяющих улучшить результаты комплексной терапии и доступных для широкого использования [1, 2, 4, 5].

Цель работы. Проанализировать динамику изменений результирующих клинических проявлений хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти (НЧ) при их традиционной и лимфотропной послеоперационной терапии.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 86 больных, находившихся на стационарном лечении в городском хирургическом Центре патологии головы и шеи КП «Городская многопрофильная клиническая больница №4» г. Днепропетровска с 1999 по 2009 годы с тяжелыми проявлениями хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, леченными традиционным и предложенным методами. Из них 80,8 % составляли мужчины, а 19,2 % - женщины. Средний возраст пациентов составлял $37,8 \pm 2,4$ года.

Критериями включения в исследование служили: наличие у пациента клинически установленная и рентгенологически подтвержденная хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти; необходимость в проведении оперативного (с последующим консервативным) лечения; информированное согласие пациента.

Для детального клинико-статистического анализа нами разработана и использовалась статистическая технологическая карта [3], освещавшая клинико-статистические данные, характеризующие выраженность локальных признаков остеомиелита нижней челюсти, состоящая из 9 симптомов, которые разбиты по степени тяжести от 0 до 3 баллов. В наших условиях наблюдений наличие свища является общим показателем и не имеет значения в определении эффективности лечебных воздействий, поэтому данный симптом

был исключен. Больные были разделены на ряд подгрупп (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по группам наблюдений при изучении лечения хронических форм остеомиелитов нижней челюсти

Группы наблюдений	Одонтогенный ОНЧ (к-во больных)
I. Хроническая форма	
I.1. Группа сравнения	42
I.1.A. Исх. состояние	42
I.1.B. 7 сут. после операт. леч.	42
I.1.B. 14 сут. после операт. леч.	42
II. Лимфотропная терапия	44
II.A. Исх. состояние	44
II.B. 7 суток	44
II.B. 14 суток	44
II.2.Г. Отдал. результаты	23

В группу сравнения наблюдений было включено 42 больных с тяжелыми формами ХООНЧ, которым после секвестрэктомии проводили последующее традиционное консервативное лечение, включавшее 2-3-х недельный (в зависимости от выраженности гнойно-септических проявлений) курс внутривенных инъекций аугментина, а, начиная с 10-12 дня, переходили на пероральное его применение амоксиклава по 1,2 г/сутки, регулярные введения супрастина по 40 мг в сутки, гепарина в дозе 5 тыс. ЕД/сутки и контрикала по 10 тыс. АТРЕ/сутки. Кроме этого, в конкретных случаях применяли средства симптоматической терапии.

В основную группу исследований нами было включено 44 больных с тяжелыми формами ХООНЧ, у которых сопутствующие заболевания не оказывали существенного воздействия на течение и тяжесть хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти. Пациентам, входившим в данную группу, после проведения по общепринятым методикам [7] секвестрэктомии назначали прямую внутриартериальную региональную лимфотропную терапию (ЛТрТ): после секвестрэктомии через поверхностную височную артерию на стороне поражения, ретроградно вводили катетер в наружную сонную артерию. С помощью данного катетера в сосудистое русло подавался лекарственный инфузат. В первые сутки проведения инфузии он включал амоксилав (аугментин) по 1,2 г, разведенный в 20 мл стерильного изотонического раствора, затем инъецировали 5000 ЕД гепарина, после чего катетер герметизировали. Со второго по шестой день лечения после начальной инъекции 5000 ЕД гепарина проводили длительное введение инфузата, содержащего амоксилав по 1,2 г, супрастин 2

мл (40 мг) и контрикал 10000 ЕД, полученный на основе стерильного раствора Рингера-Локка в объеме 240 мл.

Манипуляцию проводили с помощью инфузора Intermate LV-10 (фирмы «Baxter») с объемной скоростью 10 мл/час на протяжении 24 часов. Это позволяло поддерживать превышение по сравнению с исходными величинами срединамического давления в системе наружной сонной артерии в среднем до 15 мм рт. ст. (11,3 гПа), обеспечивающему стимуляцию лимфообразования и лимфооттока, но не вызывающего тромбоза сосудов и морфологических изменений в прилежащих тканях [9].

Полученные результаты наблюдений были обработаны математически с использованием для количественных показателей t-критерия Стьюдента [10]. Значимость различий качественных показателей оценивали с помощью метода разности квадратов радиан [11].

Результаты и обсуждение. У всех больных установлен одонтогенный источник инфекции. Первое место по частоте занимали нижние шестые зубы (29,4 %), затем нижние восьмые зубы – (27,6 %), нижние седьмые зубы – (22,3 %), на остальные зубы нижней челюсти приходилось (20,7 %).

Наблюдения показали, что в исходном состоянии (до проведения оперативного вмешательства и ЛТРТ) проявления местных признаков ХООНЧ существенно не отличались от установленных в серии лиц с хроническим ОО нижней челюсти при традиционных способах лечения (табл. 2).

Как и в ранее описанной группе, в этой категории наблюдений выраженный отек (От) наблюдался у преобладающего (73,7 %) числа больных. Размер инфильтрата (Ин) составлял $2,95 \pm 0,25$ см, что практически не отличалось от серии сравнения. Плотный Ин обнаруживался у 65,8 % пациентов, что соответствовало средней степени выраженности данного местного симптома. Слабая гиперемия кожи (ГЕ) наблюдалась в 50,0 % случаев. У всех больных, включенных в исследование, отмечалось наличие свища (Св), содержащего грануляционную ткань. Из Св в 23,7 % случаев выделялась серозная жидкость, в 18,4 % - обильный жидкий гной зеленоватого цвета, а у 5,3 % больных гнойное отделяемое было скудным, вязким, окрашенным в желтоватый цвет. Такое состояние этого параметра практически полностью совпадало с установленным в исходном состоянии у больных, входивших в группу сравнения. Слизистая оболочка (Со) переходной складки у 55,3 % пациентов этой категории до проведения лечения была отечной, а еще у 42,1 % - сглаженной. Состояние подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов (ЛЮ) как и у лиц, включенных в серию срав-

нения, характеризовалось либо увеличением в 47,4 % на стороне поражения со снижением подвижности либо только повышением (в 50,0 %) их размеров. На ортопантограмме доминировала (в 97,4 % случаев) перестройка структуры костной ткани с наличием секвестральных капсул, что соответствовало тяжелой степени выраженности местных проявлений ХООНЧ. Только у 2,6 % пациентов данной категории рентгенологически регистрировалось наличие выраженных очагов деструкции костной ткани без её секвестрации. По локализации в основной группе и групп сравнения больных отмечалось поражение ела и угла нижней челюсти. Т.о., у лиц, включенных в группу наблюдений с использованием метода прямой региональной ЛТРТ, выраженность локальных симптомов ХООНЧ существенно не отличалось от аналогичных параметров серии сравнения. Это означает, что последующее их сопоставление и оценка, выявляемых различий, будут иметь репрезентативный характер.

На 7 день после оперативного лечения и начала проведения ЛТРТ было установлено уменьшение доли выраженных От при некотором возрастании числа случаев с легкой степенью данного показателя. Размеры инфильтрата на данном этапе, статистически значимо уменьшались на 51,9 % по сравнению с исходными величинами. Как и в серии сравнения, существенно снижалась (до 18,4 %) частота регистрации плотной степени консистенции инфильтрата, при некотором увеличении числа легких форм данного параметра.

Выраженность ГЕ кожных покровов над инфильтратом у больных, прошедших курс ЛТРТ, в большей степени редуцировалась, по сравнению с исходным состоянием. Этот показатель сохранялся только у 10,5 % ($p < 0,05$) и только в легкой степени, что также несколько превосходило снижение величин, установленное в «эталонных» исследованиях. Отделяемое из свищевого хода не было установлено в 84,5 % наблюдений, что было существенно больше исходных значений. Статистически значимо уменьшалось до 5,2 % число лиц с отечной слизистой оболочкой переходной складки, тогда как доля её сглаженности, напротив, несколько увеличивалось. Существенно изменялось уже на данном этапе лечения ХООНЧ с применением ЛТРТ состояние подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов. В отличие от контрольной группы, в этой ситуации достоверно до 7,9 % снижалось число больных с увеличенными, малоподвижными ЛЮ и практически на прежнем уровне оставалась доля лиц с их увеличением.

Таблица 2

Сдвиги выраженности местных симптомов в процессе лечения ХООНЧ у больных контрольной группы

Сроки наблюдений (к-во больных)	Регистрируемые показатели (частота регистрации)												
	Выраженность отека			Размеры инфильтрата (см)	Консистенция инфильтрата			Цвет кожи над инфильтратом			Состояние лимфатич. узлов		
	Резко выраженный	Выраженный	Слабо выраженный		Деревянистая	Плотная	Тестовая	Резкая гиперемия	Гиперемия	Слабая гиперемия	Увел. с обеих сторон, мало-подвиж.	Увел., мало-подвиж.	Увел., подвиж.
До начала лечения % (42)	23,8	61,9	11,9	2,90±0,22	2,4	69,0	19,0	2,4	31,0	42,9	0	45,2	45,2
На 7 сутки лечения % (42)	4,8	*28,6	*59,5	*1,43±0,25	0	*19,0	42,9	2,4	*	26,2	0	11,9	76,2
На 14сутки лечения % (42)	0	*14,3	*52,4	*0,90±0,19	0	*4,8	38,1	0	*2,4	11,9	0	*4,8	73,8

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с началом лечения.

Таблица 3

Выраженность местных симптомов в процессе лечения ХООНЧ с использованием метода лимфотропной терапии

Сроки наблюдений (количество больных)	Регистрируемые показатели (частота регистрации)												
	Выраженность отека			Размеры инфильтрата (см)	Консистенция инфильтрата			Цвет кожи над инфильтратом			Состояние лимфатич. узлов		
	Резко выраженный	Выраженный	Слабо выраженный		Деревянистая	Плотная	Тестовая	Резкая гиперемия	Гиперемия	Слабая гиперемия	Увел. с обеих сторон, мало-подвиж.	Увел., мало-подвиж.	Увел., подвиж.
До начала лечения % (44)	15,8	73,7	10,5	2,95 ±0,25	0	65,8	28,9	0	15,8	50,0	0	47,4	50,0
На 7 сутки лечения % (44)	0	36,8	44,7	* 1,42±0,20	0	*18,4	50,0	0	0	*10,5	0	*7,9	57,9
На 14сутки лечения % (44)	0	*5,3	*55,3	***0,63±0,18	0	*5,3	39,7	0	0	*5,3	0	*5,3	39,5

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с показателями, установленными до начала лечения;

** - $p < 0,05$ при сопоставлении со сдвигами на 7 сутки наблюдений.

Рентгенологическое обследование показало, что уже через 7 суток проведения предполагаемого способа лечения ХООНЧ происходило резкое уменьшение количества перестроек костной ткани, при некотором возрастании как числа зарегистрированных случаев порозности, так и очагов её деструкции.

Т.о., уже на первом этапе определения эффективности ЛТрТ обращает на себя внимание тот факт, что все регистрируемые местные проявления ХООНЧ снижались как минимум в степени равной, наблюдаемой при традиционных способах лечения. Однако, такие параметры как гиперемия кожи над инфильтратом и отечность слизистой оболочки, а также число лиц с ЛУ, окруженными перифокальным воспалением, в этих условиях, резко уменьшались. Кроме этого, статистически значимо возрастает число больных, у которых прекратились выделения из свищевого хода и рентгенологически не определяются секвестральные капсулы. Подобные сдвиги позволяют предположить более выраженный противомикробный эффект предполагаемого способа применения, в частности, аугментина. Кроме ускорения редукции местных явлений ХООНЧ на фоне применения ЛТрТ, обусловленных её антибактериальным действием, обращает на себя такая же зависимость динамики локальных симптомов, зависящих от интенсивности регионального кровотока, микроциркуляции, лимфообразования и лимфооттока. Увеличение скорости процессов микроциркуляции, образования и оттока лимфы при различных условиях проведения ЛТрТ была показана нами в предшествующих исследованиях [6, 8, 9].

На 14 сутки наблюдений продолжалось дальнейшее уменьшение выраженности местной симптоматики ХООНЧ, которое в условиях ЛТрТ в ряде случаев превосходило динамику аналогичных проявлений, установленную при общепринятых способах лечения.

Слабо выраженный отек отмечался в данной серии клинических наблюдений у 55,3 % пациентов (табл. 3). Размер Ин составлял $0,63 \pm 0,18$ см, что было статистически значимо на 78,6 % меньше исходных величин и на 55,6 % ($p < 0,05$) ниже, чем на 7 день исследований. Однако, такое снижение данного показателя было статистически не существенным при сопоставлении с группой сравнения, страдающих ХООНЧ. Консистенция инфильтрата была плотной, что соответствовало средней степени локальных проявлений ХООНЧ, у 5,3 % обследованных, что значительно ниже, чем в исходном фоне. Однако, ещё довольно высокой

(39,7 %) была доля лиц с инфильтратами тестоватой плотности. Гиперемия кожных покровов над очагом поражения, как и в серии сравнения, отмечалась только в легкой степени у 5,3 % обследованных пациентов. Гнойное отделяемое из свищевого хода, на данном этапе наблюдений было установлено у 7,9 % людей, страдающих ХООНЧ на фоне предшествующей ЛТрТ, что было практически одинаково с показателями, установленными при использовании общепринятых способов лечения. Слизистая оболочка переходной складки была сглаженной у 15,8% больных, тогда как в 78,9 % случаев её состояние было обычным. Указанные показатели были статистически значимо лучше, чем при традиционной терапии. На 14 день после начала курса лимфотропной терапии увеличенные лимфатические узлы наблюдались у 5,3 % пациентов с тяжелыми формами ХООНЧ, что было достоверно меньше исходных величин. Особое внимание привлекает тот факт, что число случаев увеличения ЛУ, на этом этапе исследований, было практически в 2 раза ($p < 0,05$) меньшим, чем в контроле. Более выражено, по сравнению с «эталонной» серией, редуцировались, в условиях ЛТрТ рентгенологические проявления хронического одонтогенного остеомиелита НЧ. Этот период наблюдений, со стороны ортопантомографии, характеризовался наличием небольших (5-6 %) долей лиц с наличием перестроек костной ткани и очагов её деструкции, порозность нижнечелюстной кости отмечалась в 36,8 % случаев и у 52,6 % обследованных существенных сдвигов данного параметра не наблюдалось. Последний из перечисленных рентгенологических показателей был существенно выше, чем при проведении в послеоперационном периоде общепринятых способов терапии ХООНЧ.

Вместе с тем, нужно констатировать, что к исходу 14 дня постоперационного лечения, включающего ЛТрТ, сохраняется значительные остаточные проявления тяжелых форм ХООНЧ, что требовало дальнейшего стационарного лечения пациентов.

Отбирая результирующие клинические признаки остеомиелитов, мы пришли к заключению о том, что характер описания изменения местных признаков имеют громоздкость проведения и субъективизм оценки как тяжести состояния, так и эффективности предпринимаемых лечебных воздействий.

Для преодоления указанных недостатков мы применили систему выражения тяжести проявления признаков в количестве баллов [3] (табл. 4-6).

Таблица 4

**Проявления локальных признаков хронического одонтогенного остеомиелита
(в баллах) при общепринятом послеоперационном лечении**

Сроки наблюдения (к-во больных)	Статистические показатели	Локальные проявления ХООНЧ								
		От ¹⁾	Ин	КИн	ГЕ	ВСв	СО	ЛУ	Rö	Сумма баллов
1. До начала Лечения (42)	М	2,1	1,5	1,6	1,1	0,8	1,9	1,4	2,9	13,3
	±m	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,5
2. 7 сутки лечения (42)	М	*1,3	*0,7	*0,8	*0,4	0,5	*1,0	*1,0	*2,1	*7,8
	±m	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3
3. 14 сутки лечения (42)	М	***0,8	*0,5	*0,5	*0,2	0,4	*0,8	*0,8	*1,9	* **5,8
	±m	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3

Примечание: ¹⁾ – От - выраженность отека мягких тканей на стороне поражения; Ин – размер инфильтрации на стороне заболевания; КИн - консистенция инфильтрата; ГЕ – гиперемия кожи над инфильтратом; ВСв – характер выделяемого из свища; СО – состояние слизистой оболочки переходной складки рта; ЛУ – изменения региональных лимфатических узлов; Rö – рентгенологические проявления ХООНЧ; * - p < 0,05 по сравнению с началом лечения; ** - p < 0,05 при сопоставлении с 7 сутками послеоперационной терапии.

Таблица 5

**Изменение местных симптомов (в баллах) при лимфотропной терапии
хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти**

Сроки наблюдений (к-во больных)	Статистические показатели	Локальные проявления ХООНЧ								
		От ¹⁾	Ин	КИн	ГЕ	ВСв	СО	ЛУ	Rö	Сумма баллов
1. До начала Лечения (44)	М	2,1	1,5	1,6	*1,7	0,8	*1,5	1,4	3,0	13,5
	±m	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,05	0,4
2. 7 сутки Лечения (44)	М	*1,2	*0,7	*0,9	*0,1	*0,3	*0,7	*0,7	*0,7	***5,3
	±m	0,1	0,1	0,1	0,05	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
3. 14 сутки лечения (44)	М	*0,7	* **0,3	* **0,5	*0,1	*0,2	***0,3	*0,5	*0,7	***3,2
	±m	0,1	0,1	0,1	0,05	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2

Примечание: ¹⁾ – От - выраженность отека мягких тканей на стороне поражения; Ин – размер инфильтрации на стороне заболевания; КИн - консистенция инфильтрата; ГЕ – гиперемия кожи над инфильтратом; ВСв – характер выделяемого из свища; СО – состояние слизистой оболочки переходной складки рта; ЛУ – изменения региональных лимфатических узлов; Rö – рентгенологические проявления ХООНЧ; * - p < 0,05 по сравнению с началом лечения; ** - p < 0,05 при сопоставлении с 7 сутками послеоперационной терапии; • - p < 0,05 по сравнению с традиционным послеоперационным лечением.

Таблица 6

**Изменения симптомов хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти
(в баллах) при разных способах лечения**

Серии наблюдений	Сроки наблюдений	Статистические показатели	Локальные проявления остеомиелита нижней челюсти		
			Σ симптомов патол. очага	Rö	Σ баллов
ХООНЧ	Исх. фон	М	9,0	2,9	13,3
		± m	1,0	0,1	0,5
	14 сут	М	*3,2	* 1,9	*5,8
		± m	0,3	0,2	0,3
ХООНЧ+ ЛТрТ	Исх. фон	М	9,5	3,0	13,5
		± m	1,0	0,05	0,4
	14 сут	М	*3,0	*0,7	*3,2
		± m	0,2	0,1	0,2

Примечание: Σ (сумма) симптомов патологического очага в баллах (выраженность отека мягких тканей на стороне поражения, размер инфильтрации на стороне заболевания, консистенция инфильтрата, гиперемия кожи над инфильтратом, характер выделяемого из свища, состояние слизистой оболочки переходной складки рта); Rö – рентгенологические проявления остеомиелита НЧ; Σ баллов – общая сумма; * – p < 0,05 по сравнению с исх. фоном; ° – p < 0,05 по сравнению с хронической формой одонтогенного остеомиелита, леченного традиционным способом.

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что на 14 сутки лечения тяжелых случаев ХООНЧ в отличие от 7 дня наблюдений, такой показатель как ГЕ кожи над инфильтратом утрачивает преобладающее, по сравнению с контролем, значение. Тогда как состояние СО переходной складки и подчелюстных лимфатических узлов на стороне поражения сохраняют свою значимость. В большей степени, на данном этапе исследований, проявляются рентгенологические признаки нормализации состояния нижнечелюстной кости.

На основании вышеизложенного можно предположить, что применение прямой внутриартериальной региональной лимфотропной терапии, способствует ранней степени нормализации гемодинамики, процессов микроциркуляции, стимулирует лимфообразование и лимфоотток. Это на 7 сутки проявляется в более значительном снижении, по сравнению с традиционным лечением, гиперемии и отека СО переходной складки. Более быстрая нормализация, в этих условиях, процессов кровообращения и лимфооттока, вероятно, приводит к 14 суткам лечения к ускорению активации репаративных процессов, о чём свидетельствует как уменьшение размеров ЛУ, так и нормализация Р-логических признаков остеомиелита.

Параллельно с активацией на фоне ЛТрТ, циркуляторного компонента противовоспалительного действия, наблюдается увеличение противомикробной активности антибиотиков (в частности, аугментина), входящих в комплексную терапию ХООНЧ. Такое заключение подтверждается снижением, начиная с 7 суток, как доли лиц с увеличенными ЛУ, окруженными перифокальным воспалением, уменьшением частоты выделений из свищевого хода и исчезновением с ортопантомограмм секвестральных капсул. Повышение антибактериальной активности, с ранних этапов послеоперационного лечения, в условиях ЛТрТ, очевидно, создаёт условия, которые дополнительно способствуют полноценному протеканию процессов заживления. Вместе с тем, причины и механизмы подобного усиления

требуют дальнейшего изучения.

Нам в 23 случаях через 12-14 месяцев удалось проследить отсроченные результаты проведения лимфотропной терапии тяжелых форм ХООНЧ. Из предлагаемых в качестве критериев оценки тяжести течения и эффективности лечения остеомиелитов НЧ, в данной группе больных в 21,7 % отмечалось как увеличение размеров мягких тканей, так и ЛУ на стороне поражения. Кроме этого, в 17,4 % случаев рентгенологически выявлялись неравномерность очертаний и наличие порозности нижнечелюстной кости. Пальпаторное обследование зоны увеличения показало, что она была пастозной и холодной. Можно предположить, что обнаруженные визуальные изменения являются результатом прорастания соединительной ткани из зоны регенерации в участки отека, отмеченные до начала и при проведении лечения. Это предположение соответствует современным представлениям [12] о разрастании соединительнотканых элементов в длительно существующих очагах воспаления.

Установленные отсроченные результаты проведения лимфотропной терапии свидетельствуют о том, что её применение оказывает стойкий лечебный эффект, который не сопровождается рецидивами одонтогенного остеомиелита и инвалидизацией пациентов.

Количество койко-дней, необходимых для лечения одонтогенного остеомиелита нижней челюсти (ООНЧ), безусловно, относится к числу конкретных социально-экономических показателей эффективности, проводимых лечебных воздействий, а исход заболевания, кроме этого, позволяет оценить не только последующее качество жизни пациентов, но и вероятность повторных обращений за медицинской помощью.

Показатели эффективности применения прямой региональной лимфотропной терапии при различных формах остеомиелитов НЧ в Днепровском городском хирургическом центре патологии головы и шеи в период с 1999 г. по 2009 г. приводятся в табл. 7.

Таблица 7

Количество койко-дней пребывания в стационаре и исход лечения

Серии наблюдений (Количество больных)	Статистические показатели	Общее к-во койко-дней	% выздоровления	К-во койко-дней при выздоровлении	% улучшения	К-во койко-дней при улучшении
1. Хронический одонтогенный ОНЧ						
1.1 Традиционное послеоперационное лечение (42)	М	26,5	19,0	27,0	81,0	24,5
	± m	1,4	-	1,7	-	1,5
1.2 ЛТрТ в послеоперационном периоде (44)	М	23,9	26,9	21,7*	73,1	24,8
	± m	1,1	-	1,1	-	1,3

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с группой сравнения.

Анализ приведенных результатов показывает, что лечение тяжелых форм ХООНЧ традиционными методами требовало существенно более длительного (на 24,4 %) стационарного лечения больных и завершалось выздоровлением только в 19,0 % случаев.

Применение: после проведения секвестрэктомии, прямой региональной лимфотропной терапии приводило к статистически значимому сокращению на 19,6 % продолжительности стационарного лечения больных, излечившихся от ХООНЧ.

Список литературы

1. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Геотар-Мед. 2002. – 352 с.
2. Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина, 2000. – С. 161 – 375.
3. Комский М.П., Малевич О.Е. Определение тяжести гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой локализации. // «Вісник стоматології», 2005.- №1.- С. 45-48.
4. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных воспалительных заболеваний за 50 лет (1955 - 2004) // Стоматология, 2007. – № 3. – С. 63 – 66.
5. Янушевич О.О., Ярыгин Н.В., Ярема Р.И. Эндолимфатическая терапия в комплексе лечебных мер одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области // Хирург, 2009. – №3. – С. 8 – 17.
6. Комский М.П. Внутриаартериальная регионарная лимфотропная терапия травматических повреждений нижней челюсти. – Днепропетровск: ДМИ НМ, 1998. – 132 с.
7. Міністерство охорони здоров'я України, Наказ № 226 від 27.07.98 р. «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфакторів стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей».
8. Комский М.П., Малевич О.Е. Оптимизация лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области с использованием внутриаартериальной лимфотропной терапии // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т. 2. – С. 782 – 784.
9. Комський М. П. Технічне забезпечення довготривалої регіонарної внутрішньоартеріальної лімфотропної терапії запальних процесів щелепнолицевої ділянки // Матер. наук. – практ. конф.: «Актуальні проблеми стоматології. Нові методики та технології». - Львів: Галдент.- 1998. – С. 123-124.
10. Плохинский Н.А. Биометрия. – М.: Изд-во Московского. ун-та.– 1978.–368 с.
11. Колодяжный В.И., Белоус А.К. Быстрая оценка эффекта в долях при медико-биологических

экспериментах / Сб. Фарм. и токс. – Киев.– 1980. – вып. № 15. – С. 103 - 113.

12. Воспаление (Этиология, патогенез, принципы лечения): Уч.- метод. пособие для студентов. / Под. ред. А. И. Воложина, Д. Н. Маянского – М., 1996. – 111 с.

Поступила 04.11.10.



УДК 616.716.4-001.5-018.44

Я. П. Нагірний, д. мед. н.

Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського

ВПЛИВ ГОСТРОЇ ТРАВМИ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В КЛІТИНАХ ОКІСТЯ У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Вивчено вплив ранньої травми на структурні зміни клітин окістя у хворих з травматичними переломами нижньої щелепи. Встановлено наявність в них виражених дистрофічних і некробіотичних змін в поєднанні з запальними явищами, що веде до зниження їх регенераторного потенціалу.

Ключові слова: травматичні переломи нижньої щелепи, клітини окістя, структурні зміни, травма.

Я. П. Нагирный

Тернопольский государственный медицинский
университет им. И. Я. Горбачевского

ВЛИЯНИЕ ОСТРОЙ ТРАВМЫ НА УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КЛЕТКАХ НАДКОСТНИЦЫ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Изучено влияние ранней травмы на структурные изменения клеток надкостницы у больных с травматическими переломами нижней челюсти. Установлено наличие в них выраженных дистрофических и некробактериальных изменений в сочетании с воспалительными явлениями, что приводит к снижению их регенераторного потенциала.

Ключевые слова: травматические переломы нижней челюсти, клетки надкостницы, структурные изменения, травма.