

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 взбухания. 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 нерадикальном 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 OSTEOMYELITIS**

*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,%	Теofilлин 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 <sub>r</sub>		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 <sub>r</sub>		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 <sub>r</sub>		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

Іммунологічне обстеження проводили в відповідності з практичними рекомендаціями по прискореній оцінці іммунологічного статусу [1].

Столбнячний анатоксин вводили внутрікожно по 0,1 мл на внутрішній поверхні передплеччя. Учет реакції здійснювали через 24 часа путем вимірювання діаметра еритеми на місці ін'єкції [3].

Кореляційну зв'язь визначали путем визначення коефіцієнта кореляції.

### **Результати і їх обговорення**

В ході дослідження було встановлено, що інтенсивність шкірної реакції на місці введення 0,1 мл столбнячного анатоксину коливається в широких межах. При цьому у осіб з інтенсивною шкірною реакцією, перебіг одонтогенного запального процесу характеризувався більш якими клінічними проявленнями. В результаті було встановлено, що дослідження інтенсивності реакції в місці введення анатоксину дозволяє диференціювати характер запальної реакції у хворих ОО. Були визначені конкретні показники пропонованого тесту. Так, діаметр еритеми на місці ін'єкції до 10 мм характерен для гіпоергічного типу запалення; утворення еритеми від 11 до 40 мм свідчить про нормергічну реакцію, гіперергічне перебіг остеомиєліту супроводжується утворенням еритеми більш 40 мм.

Остеомиєліт легкої ступені тяжкості супроводжувався утворенням еритеми на місці введення анатоксину розміром до  $16,4 \pm 3,4$  мм, середньої ступені –  $26,3 \pm 3,4$  мм, при важкому перебігу процесу  $31,9 \pm 3,5$  мм і більш.

При дослідженні кореляційної зв'язи показників імунограми з показниками тесту з внутрікожним введенням столбнячного анатоксину було виявлено наявність середньої кореляційної залежності між показниками тесту і такими показниками імунограми як Т-лімф. Е- РОЛ% (коефіцієнт кореляції  $r = 0,34$ ), Т-хелп. % ( $r = 0,47$ ); Адгезія НФЕ-РОН г/л ( $r = 0,44$ ); індекси співвідношення Т-хелп. / Т-супр. ( $r = 0,44$ ); Т- супр. / Т-общ. ( $K = 0,42$ ) (табл.1). Досліджуючи кореляційну зв'язь тесту з показниками імунограми хворих, розподілених по сте-

пеням тяжкості від легкої до важкої, відзначено зменшення кореляційної залежності по таким показникам: Т-лімф.Е-РОЛг/л; Т-супр.; фагоцитарний індекс; фагоцитарне число (від середньої залежності до слабкої); теофілін- резистентні (від сильної до відсутності зв'язі); ІgА (від сильної до слабкої). По таким показникам як Т-лімф.Е-РОЛ%; Адгезія НФЕ-РОН; індекс напруженості; Т-супр./Т-общ.; лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) відзначено посилення кореляційної залежності табл. 2. Таким чином, наявність кореляційної зв'язі між показниками імунограми і тесту дозволяє використовувати дане дослідження поряд з імунологічним.

### **Висновки**

Використання тесту з внутрікожним введенням столбнячного анатоксину забезпечує можливість диференційованої оцінки типу запальної реакції при гострому одонтогенному остеомиєліті на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу. Таким чином створюється можливість диференційованого підходу до прогнозування перебігу захворювання і призначенню адекватної терапії при гострому одонтогенному остеомиєліті в початковий період його розвитку.

### **Список літератури**

1. **Ускорення** первинної оцінки імунологічного статусу людини: Методичні рекомендації / [А. А. Ванічкін, Н.Н. Бушуєва, Т.В. Дегтяренко і др.] – Одеса, 1990. – 24 с.
2. **Запальні** захворювання в щелепно-лицьовій області у дітей / [Рогінський В. В., Воложин А. І., Вайлерт В. А. і др.] ; під. Ред. В. В. Рогінського. – М.: Детстомиздат, 1998. – 272 с.
3. **Семенченко Г. І.** Спосіб діагностики типу реакції при гострих одонтогенних запальних захворюваннях / Г.І. Семенченко, Г.Г. Крикляс, А. Г. Гулюк // Матеріали науч.-практ. конф. – Одеса, 1993. – С. 172-175.
4. **Тимофєєв А. А.** Гнійна хірургія щелепно-лицьової області і шиї / Тимофєєв А. А. – К. : Червона Рута-Туре, 1995. – 173с.

