

УДК 617.52+616.716.1/.4)-002.3/.36-07:616.155.3-07

©У. Д. Матолич¹, А. І. Горгота²

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹
Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів²

Зміни показників лейкограми у хворих з абсцесами та флегмонами щелепно-лищевої ділянки залежно від тяжкості перебігу

Останнім часом спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з абсцесами та флегмонами щелепно-лищевої ділянки (ЩЛД) серед загальної кількості стоматологічних хворих хірургічного профілю. Кількісні показники лейкоцитів крові, а особливо показники її лейкоцитарної формули, мають важливе значення в діагностиці гострих запальних і гнійно-деструктивних захворювань, ускладнень різної локалізації та етіології.

Метою нашого дослідження було проаналізувати та порівняти показники лейкограми у хворих з абсцесами та флегмонами ЩЛД та

практично здорових людей для характеристики клітинопосередкованого імунітету залежно від тяжкості перебігу хвороби.

Основним методом лікування хворих був розтин флегмони, абсцесу, видалення «причинного» зуба, проведення загального та місцевого медикаментозного лікування. Статистичний аналіз даних проводили методом варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента. Для вирішення поставлених завдань ми обстежили 79 хворих. Пацієнтів поділили на 3 групи залежно від тяжкості перебігу захворювання і характери-

стики загального стану хворих. До першої групи (легкий перебіг — група А) увійшло 48 хворих з флегмонами, локалізованими в одній анатомічній ділянці; до 2-ї групи (середньої тяжкості — група В) — 26 хворих з флегмонами, локалізованими в двох і більше анатомічних ділянок; 3-я — 5 тяжкохворих (група С) з флегмонами м'яких тканин дна порожнини рота, половини обличчя (А. А. Тимофеев, 2004).

Порівняльна інтерпретація формули крові показала, що спільними ознаками під час госпіталізації було достовірне підвищення загальної кількості лейкоцитів у трьох групах від показників норми. У групі С ці показники були достовірно вищі ($28,2 \pm 1,50$) г/л проти ($15,35 \pm 0,90$) г/л групи А та ($18,37 \pm 1,20$) г/л проти групи В, $p < 0,05$. Причиною лейкоцитозу є стимуляція лейкопоетичної функції кровотворних органів у результаті дії специфічних збудників і факторів запалення. Слід відзначити анеозинофілію у хворих, що характерно для тяжких форм захворювання в ранній фазі імунної відповіді. Встановлено збільшення паличкоядерних нейтрофілів з появою молодих форм (мієлоцитів, метамієлоцитів), що свідчить про зсув лейкоцитарної формули вліво і є наслідком бактеріального ураження ЩЛД. Таким

чином, абсцеси та флегмони супроводжуються формуванням вираженої лейкоцитарної реакції. При узагальненні результатів відмічено, що лейкоцитарний індекс інтоксикації Я. Я. Кальф-Каліфа (ЛІ) в обстежених нами пацієнтів достовірно перевищував контрольні показники і становив 17,26 у. о. в групі А; 29,81 у. о. в групі В та 36,01 у. о. в групі С проти ($0,98 \pm 0,16$) у. о. у групі контролю. Після проведеного лікування у пацієнтів групи А і В достовірно знизилася кількість лейкоцитів до ($7,91 \pm 0,90$) г/л та ($9,83 \pm 0,75$) г/л ($p < 0,05$) відповідно; достовірно знизилось абсолютне число нейтрофільних гранулоцитів у 2,67 та у 1,86 рази ($p < 0,05$). Лише у хворих групи С кількість лейкоцитів не відповідала показникам норми, ЛІ склав 19,57 у. о., що свідчить про збереження рівня інтоксикації і потребує диференційного підходу до лікування.

Дослідження лейкоцитарної формули — важливий інструмент у своєчасній діагностиці патологічних станів, моніторингу перебігу захворювання, контролі лікування. Виявлені закономірності перебігу і результат лікування даної патології дозволяють на основі лейкограми коректувати терапію і гомеостаз хворих. Планується вивчення інших предикторів перебігу абсцесів та флегмон ЩЛД.