

Е. В. Крешетов (Казань). Состояние неспецифического звена клеточной противомикробной защиты у детей с острой одонтогенной инфекцией

Одонтогенные воспалительные процессы относятся к наиболее частым заболеваниям лица и челюстей; их удельный вес постоянно возрастает. Быстрое развитие острого одонтогенного воспаления у детей нередко затрудняет диагностику заболевания и выбор адекватного лечения, что является причиной участвующих форм хронического остеомиелита челюстей. В связи с этим необходим поиск дополнительных методов исследования, позволяющих как можно раньше оценивать объективные критерии сущности острого одонтогенного заболевания.

Цель нашего исследования заключалась в изучении функционального состояния гранулоцитов периферической крови по содержанию гликогена, фосфолипидов и пероксидазы у детей с периоститом и остеомиелитом челюстей при поступлении в стационар и в состоянии клинического выздоровления для ранней диагностики и контроля за проводимым лечением.

Гликоген, фосфолипиды нейтрофилов и пероксидазу изучали общепринятыми гистохимическими методами. Кровь из пальца брали утром натощак, готовили мазки, высчитали гистохимический показатель содержания этих веществ.

Исследования были проведены у 119 детей в возрасте от 4 до 15 лет. У 49 больных (1-я группа) был острый одонтогенный периостит, у 70 (2-я) — острый одонтогенный остеомиелит. В контроле изучены мазки крови 22 здоровых детей.

Лечение больных заключалось в незамедлительном удалении очага обострения хронического верхушечного периодонтита с обеспечением оттока гнойному экссудату. По показаниям назначали антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтические процедуры. Проводили клинико-лабораторные анализы крови.

Содержание гликогена, активность пероксидазы и фосфолипидов (ед.) в нейтрофилах периферической крови у детей с острой одонтогенной инфекцией

Время исследования	n	Гликоген	Фосфолипиды	Пероксидаза
При поступлении	119			
	49	2,28±0,04 <i>P</i> <0,01	2,20±0,07 <i>P</i> >0,2	1,62±0,03 <i>P</i> <0,05
остеомиелит	70	2,58±0,04 <i>P</i> <0,01	2,27±0,06 <i>P</i> >0,05	1,43±0,06 <i>P</i> <0,001
	41			
По выздоровлении	21	2,01±0,06 <i>P</i> >0,05	2,17±0,12 <i>P</i> >0,3	1,71±0,06 <i>P</i> >0,05
	20	2,25±0,06 <i>P</i> <0,05	2,18±0,08 <i>P</i> >0,3	1,63±0,04 <i>P</i> <0,05
Здоровые дети	22	1,87±0,03	2,13±0,04	1,83±0,03

У больных с острым одонтогенным периоститом выявлено повышение гистохимического показателя содержания гликогена (*P*<0,01), снижение активности пероксидазы (*P*<0,05), увеличение СОЭ до 20 мм/ч и лейкоцитоз до $12 \cdot 10^9$ в 1 л. У 15 из 49 больных изменений в морфологическом составе белой крови не обнаружено. Острый одонтогенный периостит клинически проявлялся фебрилитетом до 38,5°, снижением аппетита и нарушением сна.

У больных с острым одонтогенным остеомиелитом наблюдалось повышение гистохимического показателя содержания гликогена (*P*<0,001), снижение активности пероксидазы (*P*<0,01), увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево и фебрилитет, превысивший 39° у 29 больных. Большая часть детей жаловалась на общую слабость и озноб, а у 10 обследованных было отмечено нарушение стула.

Таким образом, при поступлении больных с острым одонтогенным периоститом отмечалось увеличение содержания гликогена, снижение показателей пероксидазы при стабильной активности фосфолипидов, а у больных с острым одонтогенным остеомиелитом были найдены еще более выраженные отклонения показателей метаболизма в гранулоцитах периферической крови.

Указанные сдвиги уровня гликогена и активности пероксидазы в нейтрофилах, по-видимому, связаны с изменениями активности фагоцитарного процесса. Так, по мнению А. М. Чернуха (1979), повышение содержания гликогена в нейтрофиле является обычной компенсаторной реакцией в условиях гнойного воспаления. Снижение активности пероксидазы у детей отражает, вероятно, снижение или недостаточную актив-

ность переваривающей фазы фагоцитоза, так как известно, что пероксидаза участвует в последнем этапе фагоцитирования частиц лейкоцитом.

При исследованиях, проведенных в состоянии клинического выздоровления у больных с острым одонтогенным периоститом, выявлена тенденция к нормализации изучаемых показателей к 4—5-м суткам, тогда как у больных с острым одонтогенным остеомиелитом гистохимический показатель содержания гликогена и активность пероксидазы оставались измененными к 7—9-м суткам, несмотря на нормализацию показателей клинических анализов крови (см. табл.). Следовательно, у детей с различными видами острой одонтогенной инфекции активность гликогена и пероксидазы изменяется и нормализуется в зависимости от тяжести воспаления и является более информативным тестом для диагностики вида одонтогенного воспаления, а также для контроля эффективности лечения.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616—089.819.1

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ

Г. Г. Неттов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Основным недостатком применяемых в хирургии и травматологии дренажей является относительно быстрое закупоривание их просвета раневым отделяемым. С целью повышения активности дренирования, эффективности промывания и вакуумирования ран, а также для облегчения очистки дренажной трубки нами предложен хирургический дренаж (удостоверение на рацпредложение № 387 от 8/IV 1982 г., выданное Казанским НИИТО) со специальным мандреном. Последний выполнен в виде эластического стержня 3 (А) с толщиной, соответствующей внутреннему диаметру хирургической трубки 1, со спиральной выемкой 4 по всей поверхности мандрена.

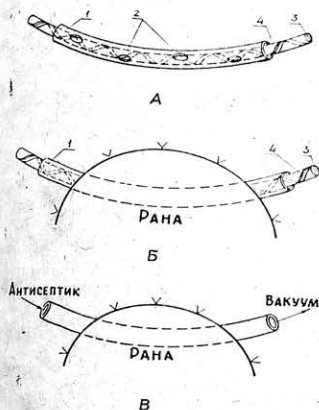
Методика дренажа: после окончания хирургической обработки в рану вставляют дренажную трубку 1 с боковыми отверстиями 2 и с мандреном 3, оба конца дренажной трубки с мандреном выводят наружу (Б). Рану послойно ушивают.

Принцип работы дренажа заключается в следующем: сразу же после операции несвернувшаяся кровь (раневое отделяемое) вытекает из раны по спиральной выемке 4 мандрена 3. После того, как кровь свернется и закупорит выемки мандрена, последний удаляют из дренажной трубки. При необходимости рану промывают растворами антисептиков, антибиотиков и производят ее вакуумирование. Для этого после удаления мандрена к одному концу трубки подводят промывающий раствор, а к другому подключают вакуум-отсос (В). При вакуумировании без промывания свободный конец дренажной трубки закрывают стерильной салфеткой для предотвращения подсоса окружающего воздуха в рану. Спиралевидный ход выемки мандрена способствует полному удалению свернувшейся крови из дренажной трубки.

После промывания и стерилизации мандрен пригоден для дальнейшего использования. Изготавливается мандрен из эластического, химически нейтрального материала (например, силикона) и рассчитан на многократное употребление. Диаметр мандрена должен соответствовать внутреннему диаметру дренажной трубки. В качестве дренажа можно использовать трубку от системы для однократного применения.

Хирургический дренаж с мандреном апробирован в отделении для лечения повреждений и заболеваний кисти Казанского НИИТО при лечении 17 больных с сочетанной травмой кисти.

Испытания показали, что его применение повышает активность дренирования, эффективность промывания и вакуумирования ран, упрощает очистку просвета дренажной трубки, а при необходимости может удлинять сроки пребывания дренажа в ране. Преимущества предлагаемого дренажа позволяют рекомендовать его для клинической практики при лечении сочетанной травмы кисти и профилактики нагноительных процессов в ране.



Хирургический дренаж.

Поступила 30 июня 1983 г.