

7. Efron D.T., Most D., Barbul A. Role of nitric oxide in wound healing //Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2000. – Vol. 3. – № 3. – P. 197-204.
8. Schaffer M.R., Tantry U., Gross S.S. et al. Nitric oxide regulates wound healing //J. Surg. Res. – 1996. – Vol. 63. – P. 237-240.
9. Sheckter A.B., Pekshev A.W., Perov Y.L. et al. The effect of nitrogen oxide on healing of wounds //Virchow Archiv. – 1999. – Vol. 435. – № 3 – P. 225.

УДК 616.458-002-053.4:611-018.53

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ С ЛИМФАДЕНИТОМ ЛИЦА И ШЕИ

Анохина И.В., Забелин А.С., Макаренкова Л.В.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

HAEMOTOLOGIC INDICES IN CHILDREN WITH LYMPHADENITIS OF THE FACE AND NECK

Anochina I.V., Zabelin A.S., Makarenkova L.V.

The Smolensk State Medical Academy

В статье приведен результат обследования 25 детей с лимфаденитом лица и шеи челюстно-лицевой области. Показана зависимость гематологических показателей от стадии воспалительного процесса.

Ключевые слова: лимфаденит, гематологические показатели.

The result of examination of 25 children with lymphadenitis of the face and neck of maxillofacial area is presented in the article. The link of haemotologic characteristics from the inflammatory process stage is demonstrated.

Key words: lymphadenitis, haemotologic characteristics.

Увеличение лимфатического узла – распространенное заболевание у детей и является следствием различных патологических процессов. Заболевание имеет тенденцию к росту и составляет 20–35% от всех воспалительных процессов челюстно-лицевой области [1]. По данным А.М. Reuss, М. Wiese-Posselt, В. Weimann et al. (2009), частота лимфаденита у иммунокомпетентного ребенка составляет 97%, а рецидивы заболевания 3,1 на 100000 детей [7]. Чаше встречаются неонтогенные лимфадениты в возрасте от 6–11 лет [5].

С данной патологией детей родители обращаются к врачам различных специальностей – стоматологам, педиатрам, хирургам, отоларингологам, иммунологам. У врачей-клиницистов достаточно часто возникают трудности в определении стадии развития воспалительного процесса и дальнейшей тактике лечения ребенка, так как общепринятые методы обследования детей не всегда позволяют ее установить.

Цель исследования – оценить гематологические показатели детей с лимфаденитом лица и шеи в зависимости от стадии развития заболевания.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 4 до 7 лет с лимфаденитом лица и шеи,

госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. В зависимости от стадии развития воспалительного процесса было выделено 2 группы больных. В первую группу вошли 10 детей с острым серозным лимфаденитом лица и шеи, во вторую – 15 пациентов с острым гнойным.

При осмотре ребенка оценивали локализацию и размер лимфатического узла, подвижность, болезненность, наличие симптома флюктуации, состояние окружающих тканей. Дополнительно проводились общеклиническое обследование, дополнительные методы диагностики (ультразвуковое исследование, пункция лимфатического узла), консультация отоларинголога, педиатра. Неспецифическую иммунологическую реактивность оценивали с помощью интегральных лейкоцитарных индексов, которые представлены частным от деления одних клеточных элементов клеток крови на другие [3, 4]. Вычисляли: ИСНЛ (индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов), отражающий клеточный баланс показателей неспецифической и специфической защиты; ИСЛМ (индекс соотношения лимфоцитов и моно-

цитов), указывающий на взаимодействие представителей эффекторного и аффекторного клеточных звеньев иммунитета; ИСНМ (индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов), дающий представление о взаимосвязях клеток фагоцитов как компонента микро-макрофагальной системы защиты организма больного; ИСЛЭ (индекс соотношения лимфоцитов и эозинофилов), определяющий выраженность гиперчувствительности замедленного и немедленного типа. Данные индексы соотношений определяли при поступлении и выписке ребенка в стационар.

Для сравнения с нормой использовали показатели этих индексов, определенные у здоровых детей [3, 4].

Результаты обследования и их обсуждение

Среди обследуемых детей было 15 мальчиков и 10 девочек, из них городских – 11, сельских – 14. Воспалительный процесс неodontогенной этиологии наблюдался у 19 детей, у остальных причиной развития лимфаденита был одонтогенный источник инфекции. Общее состояние детей в первой группе было удовлетворительным, температура тела – в пределах нормы или субфебрильная. При пальпации определялся болезненный, плотноэластической консистенции лимфатический узел, кожа над ним в цвете не изменена, собиралась в складку. У детей второй группы общее состояние было средней тяжести или удовлетворительным, гипертермия достигала 38°C. При местном обследовании определялся воспалительный инфильтрат без четких границ, спаянный своим основанием с окружающими тканями, подвижность его была ограничена. Симптом флюктуации выявлен только у 37% детей.

Оценка общего анализа крови показала, что среднее количество лейкоцитов при серозном лимфадените составило $9,48 \pm 0,65 \times 10^9$, а при гнойном – $11,96 \pm 0,85 \times 10^9$ (рис. 1). Среднее значение СОЭ у детей увеличивалось пропорционально тяжести течения заболевания (рис. 2). При серозном лимфадените оно составило $13,23 \pm 0,96$ мм/час, а при гнойном $19 \pm 0,85$ мм/час.

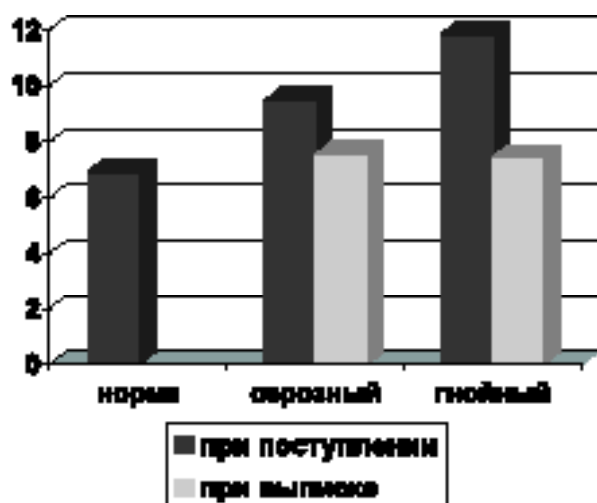


Рис. 1. Степень выраженности лейкоцитоза у детей с серозным и гнойным лимфаденитом.

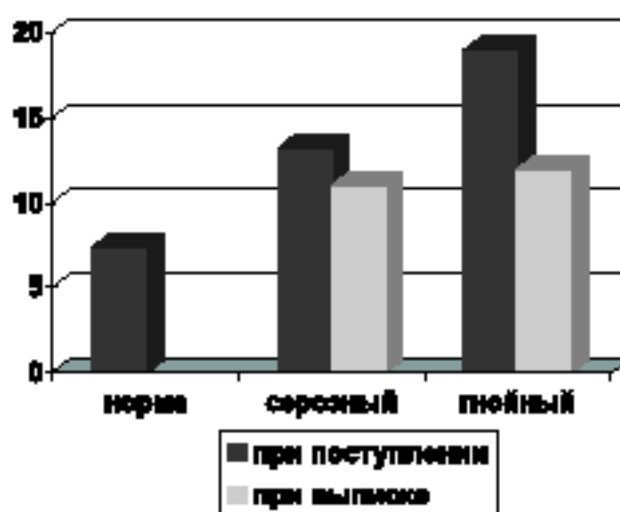


Рис. 2. Динамика СОЭ у детей с серозным и гнойным лимфаденитом

Как видно из представленных данных, при нарастании воспалительного процесса отмечаются увеличение общего количества лейкоцитов и повышение СОЭ. После проведенной терапии эти показатели снижались или приближались к норме.

Проведенные исследования гематологических индексов позволили установить определенные сдвиги в соотношениях представленных показателей и выявить зависимость их величин от стадии течения воспалительного процесса (табл. 1). Как видно из представленных данных, ИСНЛ увеличивается, причем при гнойной форме лимфаденита он вырос вдвое в сравнении с серозной стадией заболевания. Данный факт указывает на снижение иммунологической реактивности ребенка при развитии гнойного воспаления. В то же время ИСНМ оставался низким на всем протяжении заболевания, что указывает на угнетение микрофагально-макрофагальной системы защиты организма ребенка. ИСЛМ за счет снижения количества лимфоцитов при гнойном лимфадените уменьшался в 2 раза, а при серозном оставался в пределах нормы. При всех формах заболевания отмечается снижение ИСЛЭ в течение всего периода лечения, это дает основание предположить, что у детей с лимфаденитом воспалительный процесс развивается по гиперергическому типу.

Таблица 1. Гематологические индексы у детей с лимфаденитом ($M \pm m$)

Индексы	ИСНЛ	ИСНМ	ИСЛМ	ИСЛЭ
Норма	$1,15 \pm 0,04$	$10,08 \pm 0,89$	$8,73 \pm 0,78$	$24,03 \pm 2,86$
Серозный лимфаденит	$3,40 \pm 0,84$	$14,99 \pm 2,1$	$8,85 \pm 1,38$	$14,99 \pm 2,9$
	$2,61 \pm 0,87$	$9,56 \pm 1,91$	$5,76 \pm 0,91$	$20,16 \pm 3,11$
Гнойный лимфаденит	$2,87 \pm 0,88$	$8,51 \pm 1,38$	$3,84 \pm 0,38$	$19,91 \pm 2,9$
	$1,27 \pm 0,47$	$10,35 \pm 1,75$	$4,35 \pm 0,2$	$11,66 \pm 1,33$

- числитель показатель при поступлении

- знаменатель показатель при выписке

При исследовании гематологических индексов соотношения клеток у детей с лимфаденитом лица и шеи в зависимости от стадии воспалительного процесса установлена различная направленность их изменений. После проведенного лечения регистрируется нормализация либо положительная динамика показателей индексов. Наиболее информативными индексами являются ИСНЛ, ИСЛМ.

Выводы

Определение индексов соотношения лейкоцитов крови дает возможность более глубоко оценить уровень иммунологической реактивности, общее состояние ребенка, что повышает информативную ценность клинического анализа крови.

Гематологические индексы позволяют определять стадию воспалительного процесса в лимфатическом узле, прогнозировать течение заболевания, осуществлять контроль над динамикой проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) /Под ред. А.Г. Шаргородского. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 528 с.
2. Мустафина Ж.Г., Крамоненко Ю.С., Кобцева В.Ю. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности у больных офтальмопатологии //Клин. лаб. диагностика. – 1999. – № 5. – С. 47-49.
3. Осин А.Я. Гематологические изменения у детей различного возраста //Лабораторное дело. – 1986. – № 8. – С. 483-487.
4. Осин А.Я. Соотношение лейкоцитов периферической крови у детей различного возраста //Лабораторное дело. – 1987. – № 6. – С. 427-430.
5. Петрович Н.И., Горбачева К.И. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей //Стоматологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 335-337.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста /Под редакцией Л.В. Харкова. – М.: Книга плюс, 2005. – 470 с.
7. Reuss A.M., Wiese-Posselt M., Weimann B., Siedler A., Zuschneid I, An der Heiden M., Claus H., von Kries R., Haas W.H. Incidence rate of nontuberculous mycobacterial disease in immunocompetent children: a prospective nationwide surveillance study in German //Pediatr Infect. Dis J. – 2009. – Vol. 28. – № 7. – P. 642-644.

УДК 615.273.5.038

ИЗУЧЕНИЕ ОБЩЕТОКСИЧЕСКОЙ И АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «АЛЮФЕР»

Артюшкевич А.С., Тамилович Г.В., Мельнова Н.И., Гапанович В.Н.

БелМАПО;

УП «ЛОТИОС»;

ГУ «РНПЦ ГТ» МЗ Республики Беларусь

EXAMINATION OF GENERAL TOXIC AND ANTISEPTIC EFFICACY OF HAEMOSTATIC MEDICINE «ALUFER»

Artyushkevich A.S., Tamilovich G.V., Melnova N.I., Gapanovich V.N.

Republic of Belorussia

Гемостатический препарат «Алюфер» помимо основного действия обладает выраженным бактериостатическим, бактерицидным, антимикозным эффектом. Бактерицидная активность «Алюфера» не уступает 0,5% раствору хлоргексидина и 5% спиртовому раствору йода. «Алюфер» не обладает побочными общетоксическими эффектами.