

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Каюмова Нилуфар Нигматджановна

Ассистент

Ташкентский государственный стоматологический институт

Узбекистан, Ташкент.

n1missdoctor@gmail.com

Ходжиметов Абдугафур Ахадович

Кандидат медицинских наук, доцент, профессор

Ташкентский государственный стоматологический институт

Узбекистан, Ташкент

abdugafur.Khadjimetov@mail.com

Хасанов Шухрат Махмудович

Кандидат медицинских наук, доцент

Ташкентский государственный стоматологический институт

Узбекистан, Ташкент

hasshuhrat@mail.ru

В настоящее время доказано, что при повреждении периферических нервов в спинном мозге вырабатываются цитокины (интерлейкин-1, интерлейкин-6, альфа-фактор некроза опухоли), которые способствуют персистенции боли. Блокирование цитокинов уменьшает боль. С развитием данного направления исследований связывают новые перспективы в разработке лекарственных препаратов для лечения невропатической хронической боли. По данным В.П. Зуева (1981), почти у 60 % больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области выявляются патологические изменения иммунной системы. Легкая и средняя степени тяжести гнойного процесса (как правило, абсцессы) вызывают умеренные изменения в иммунной системе. При тяжелых флегмонах происходит угнетение иммунитета, особенно резко выраженное при гнилостно-некротических формах, чем обуславливается необходимость проведения исследований иммунобиологической реактивности организма. Таким образом, представляется необходимой динамичная оценка иммунного статуса у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой и подбор адекватных методов иммунокоррекции. На наш взгляд, изучение особенностей изменения нервной системы, психоэмоциональной сферы и сопутствующих им расстройств нейроэндокринной регуляции у пациентов с острым одонтогенным периоститом челюстей поможет расширить комплекс патогенетически обоснованных способов лечения, повысить эффективность терапии и профилактики осложнений.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные заболевания, формы работы, методы, фагоцитарная активность нейтрофилов

FEATURES OF LOCAL IMMUNITY OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH ONTOGENOUS INFLAMMATORY DISEASE OF THE MAXILLO-FACIAL REGION

Kayumova Nilufar Nigmatjanovna

Assistant

Tashkent State Dental Institute,

Uzbekistan, Tashkent.

n1missdoctor@gmail.com

Khojimetov Abdugafur Ahadovich

PhD, Associate Professor, Professor

Tashkent State Dental Institute,

Uzbekistan, Tashkent.

abdugafur.Khadjimetov@mail.com

Khasanov Shukhrat Makhmudovich

PhD, Associate Professor

Tashkent State Dental Institute,

Uzbekistan, Tashkent.

hasshuhtrat@mail.ru

It has now been proven that when peripheral nerves are damaged in the spinal cord, cytokines are produced (interleukin-1, interleukin-6, tumor necrosis factor alpha), which contribute to the persistence of pain. Blocking cytokines reduces pain. With the development of this area of research, new prospects are associated in the development of drugs for the treatment of chronic neuropathic pain. According to V.P. Zueva (1981), in almost 60% of patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region, pathological changes in the immune system are detected. Mild and moderate severity of the purulent process (usually abscesses) cause moderate changes in the immune system. In severe phlegmon, inhibition of immunity occurs, especially pronounced in putrefactive necrotic forms, which necessitates studies of the immunobiological reactivity of the body. Thus, a dynamic assessment of the immune status in patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial and the selection of adequate methods of immunocorrection seems to be necessary. In our opinion, the study of the characteristics of changes in the nervous system, psychoemotional sphere and related disorders of neuroendocrine regulation in patients with acute odontogenic periostitis of the jaw will help expand the range of pathogenetically substantiated methods of treatment, increase the effectiveness of therapy and prevention of complications.

Key words: *odontogenic inflammatory diseases, forms of work, methods, phagocytic activity of neutrophils*

На сегодняшний день в Республике Узбекистан одной из самых распространённых форм гнойно-воспалительного процесса в челюстно-лицевой области являются остит (Ризаев Ж.А., Азимов М.И. 2019). У лиц анемией и низкой иммунной системой эти заболевания имеют свои особенности, проявляющиеся часто вялым торпидным течением, а иногда тяжёлой клинической картиной с осложнениями в виде медиастинита, абсцесса мозга, сепсиса и нередко летальных исходов. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что практически всегда имеющаяся сопутствующая патология оказывает негативное влияние на характер клинического течения гнойно-воспалительного процесса и способствует его хронизации. В настоящее время данные об местном иммунном статусе организма у данного контингента больных гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области достаточно разрозненны и противоречивы. Экспериментальными исследованиями показано также наличие связи между нарушениями центральной нервной системы (ЦНС) и возникновением воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. Отмечено повышение возбудимости подкорковых центров у больных с одонтогенным воспалительным процессом, гиперемией сосудов, отеком и клеточная инфильтрацией периоста. Извращение сосудистой региональной реакции при остром гнойном процессе челюстно-лицевой области указывает на заинтересованность вегетативных центров, регулирующих сосудистый тонус. На фоне недостаточности кровоснабжения тройничного узла, чрезвычайно чувствительного к ишемии могут быть причиной невралгии тройничного нерва (Пузин М.Н., 2002). Существенное значение для нормального функционирования тройничного нерва имеет состояние вегетативной иннервации сосудистого русла, принимающего участие в кровоснабжении тройничного нерва и органические изменения сосудистых стенок. Большое число симпатических нервных волокон, содержащихся в нижнечелюстном и верхнечелюстном нервах, могут влиять на тонус сосудистой стенки при вовлечении нервных стволов в патологический процесс и локально нарушать кровоснабжение. В потерявшем эластичность сосуде с возрастом, сила пульсовой волны расходуется не на увеличение диаметра сосуда, а на разгибание артериальной петли, дистальное плечо которой с каждой систолой наносит удары по корешок тройничного нерва, запуская механизм демиелинизации (Балясина Е.В., 2015). В свою очередь, атеросклеротическому видоизменению сосудов с повышением ригидности сосудистой стенки способствует эндотелиальная дисфункция (Dzau V. J., Gibbon G. N., 1991). Кроме того, вследствие нейроваскулярного конфликта отмечается отек и набухание корешок тройничного нерва, а также стенки конфликтующей артерии, что способствует прогрессированию травматизации нерва компримирующим сосудом, увеличению числа демиелинизированных нервных волокон, возникновению и

поддержанию выраженного болевого синдрома. Отсутствие единого понимания патогенеза невралгии тройничного нерва лежит в основе продолжающегося широкого использования деструктивных хирургических вмешательств и недостаточно эффективных медикаментозных методов лечения.

Целью данного исследования явилось, повышение эффективности комплексного лечения больных с одонтогенным гнойно-воспалительным заболеванием челюстно-лицевой области путём разработки скрининг методов диагностики данной патологии.

Материал и методы: Для решения поставленных задач нами было проведено обследование 38 с одонтогенным гнойно-воспалительным заболеванием челюстно-лицевой области в поликлинике хирургической стоматологии и дентальной имплантологии и отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии ТГСИ с 2018 по 2020 годы, которые были в возрасте от 35 до 55 лет. Из исследования исключались пациенты, имевшие онкологические заболевания, ревматические заболевания, сахарный диабет, инфекционно-воспалительные заболевания в стадии обострения, декомпенсированную сопутствующую патологию, которая могла оказывать влияние на клиническую картину болезни и результаты лечения. Для подтверждения имеющихся иммунных сдвигов лицам основной и контрольной группы было проведено комплексное иммунологическое обследование: исследование фагоцитарной активности нейтрофилов сыворотки крови (ФП, ФЧ) и определение относительного количества эпителиальных клеток, нейтрофилов и лимфоцитов в ротовой жидкости (Э: Н: Л, %). Материалом для исследования служила слюна (ротовая жидкость). Для определения достоверности различий между сравниваемыми средними величинами использовали t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования. В анамнезе заболевания более чем половина больных (57%) указывала на возникновение нерезких болей в челюсти, продолжительностью от 2 до 7 суток, при этом они отмечали небольшую припухлость около челюстных мягких тканей, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. В дальнейшем появлялся умеренно плотный малоблезненный инфильтрат без четких границ в прилегающих к челюсти мягких тканях. Гнойники, в основном, имели поверхностное расположение и наиболее часто располагались в поднижнечелюстной, подбородочной областях, дне полости рта. Именно при локализации в области дна полости рта отмечалось наиболее вялое клиническое течение заболевания. Изменения в лейкограмме были достаточно разнообразными. У 27 больных (70%) количество лейкоцитов не выходило за пределы нормы, у 11 больных (30%) отмечался лейкоцитоз более $10 \cdot 10^9/\text{л}$. При исследовании состояния местного иммунитета т.е. ротовой жидкости наблюдались значительные изменения в соотношениях Э: Н: Л - в 2 и более раз было снижено количество эпителиальных клеток и лимфоцитов, тогда как количество сегментоядерных нейтрофилов было увеличено. При исследовании состояния механизмов врожденного иммунитета было установлено, что активность фагоцитарного звена иммунитета была подавлена у обследуемых больных. Отмечено снижение уровней ФП и ФЧ.

Таким образом, клинико-лабораторное исследование местного иммунного статуса у пациентов с одонтогенным гнойным воспалительным заболеванием челюстно-лицевой области показало атипичное течение воспалительного процесса без выраженных клинических проявлений между местной иммунной системой.

Список литературы:

1. Бажанов, Н. Н. Стоматология : учебник / Н. Н. Бажанов. - М. : ГОЭТАР-МЕД, 2002. – С. 304.
2. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / Н. Н. Бажанов [и др.]; под ред. А. Г. Шаргородского. - М. : Медицина, 1985. – С. 352.
3. Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. - М. : Медицина, 2000. – С. 688.
4. Агапов, В. С. Пути совершенствования методов лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области / В. С. Агапов, И. А. Пиминова // Образование, наука и практика в стоматологии : тез. докл. Всерос. II науч.-практ. конф. - СПб. : Человек, 2005. – С. 16-17.
5. Козлов, В. А. Стоматология : учебник для мед. вузов и последипломной подготовки специалистов / В. А. Козлов. - СПб. : СпецЛит, 2003. – С. 477.
6. Host defense peptides: An insight into the antimicrobial world / S. Gupta [et al.] // Journal of Oral and Maxillofacial Pathology. – 2018. – Vol. 22 (2). – P. 239-244.
7. Шулаков, В.В. Воспалительные заболевания черепно-лицевой области и патогенетическое обоснование их лечения с применением медицинского озона: автореф. ... дис. д.м.н. : 14.00.21 / В.В. Шулаков. – М., 2014. – С. 46.
8. Ten years of descending necrotizing mediastinitis: management of 23 cases / F. Rocca [et al.] // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2007. – № 65(9). – P. 1716-24.
9. Черешнев, В. А. Иммунология воспаления: роль цитокинов / В. А. Чернышов, Е. Ю. Гусев // Мед. иммунология. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 361-368.
10. Симбирцев, А. С. Цитокины - новая система регуляции защитных реакций организма / А. С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. – 2002. – № 1. – С. 18-24.
11. Ксембаев, С. С. Острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстей. Диагностика и лечение ангио- и остеогенных нарушений / С. С. Ксембаев, И. Г. Ямашев. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – С. 128.