

Флерьянович М. С., Походенько-Чудакова И. О., Карпенко Е. А.

**ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОЧАГА
ПРИ ФУРУНКУЛАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
В РЕЗУЛЬТАТЕ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет, Республика Беларусь*

Проведен анализ клеточной популяции инфекционно-воспалительного очага у пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области до и после стандартного комплекса лечения.

Ключевые слова: фурункул, челюстно-лицевая область, цитологический анализ.

Fleryanovich M. S., Pohodenko-Chudakova I. O., Karpenko E. A.

**CHANGE IN CYTOLOGICAL PICTURE
OF INFECTIOUS-INFLAMMATORY FOCUS FOR BOILS IN ORAL
AND MAXILLOFACIAL IN STANDARD TREATMENT**

*Belarusian State Medical University, Minsk
Vitebsk State Medical University, Republic of Belarus*

The analysis of the cell population of infectious and inflammatory focus in patients with boils in maxillofacial area before and after the standard complex treatment was carried out.

Keywords: boils, maxillofacial area, cytological analysis.

Фурункулы челюстно-лицевой области по-прежнему остаются одним из наиболее частых заболеваний неodontогенной этиологии указанной локализации. Так, по данным российских авторов за 2015 год, фурункулы находятся на третьем месте среди всех воспалительных заболеваний челюст-

но-лицевой области и шеи по объему финансовых затрат на стационарное лечение [1]. В то же время известно, что одним из наиболее доступных и информативных методов контроля эффективности проводимого лечения является цитологический анализ мазков-отпечатков [3].

Цель исследования — провести анализ клеточной популяции ИВО у пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области до и после стандартного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. В исследованиях участвовали 10 пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области, находившихся на стационарном лечении. При поступлении в стационар пациентам проводили стандартный комплекс лечебных мероприятий, включавший: первичную хирургическую обработку (ПХО) инфекционно-воспалительного очага (ИВО) с последующими ежедневными перевязками, назначение антибактериальных лекарственных средств, десенсибилизирующей терапии и физиотерапевтического лечения. Цитологические исследования проводили на 1-е и 5-е сутки после проведения ПХО. Забор материала осуществляли методом соскоба со стенки раны. Затем его переносили на предварительно обезжиренное стерильное предметное стекло, равномерно распределяя тонким слоем, фиксировали в течение 10 минут в метаноле и окрашивали по методике Романовского–Гимзе [2]. Микропрепараты исследовали при помощи световой микроскопии на микроскопе Olympus BX40 с видеовыходом под иммерсией (окуляр $\times 10$, объектив $\times 100$). Клетки подсчитывали в 10 полях зрения. Данные обрабатывали статистически с применением пакета прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Цитологический анализ определил наличие: нейтрофильных лейкоцитов, часть из которых находилась в состоянии фагоцитоза (большое число экстрацеллюлярных сетей, «нейтрофильных ловушек»), а часть — на различных стадиях разрушения (эозинофилы; лимфоциты; макрофаги; единичные фиброциты и фибробласты).

Через сутки после ПХО большая часть клеток была представлена нейтрофильными лейкоцитами, среднее число которых составляло 54 (50–64), что указывает на миграционную активность микрофагов в очаг воспаления и характерно для развития начальной фазы воспаления. Содержание различных форм нейтрофилов составило: 2 (1–3) % палочкоядерных, 82 (77–86) % сегментоядерных, 7 (5–9) % лимфоцитов. Это подтверждает наличие в организме острого инфекционного процесса и согласуется с сообщениями специальной литературы [2]. В большом числе препаратов визуализировались деструктивные лейкоциты, составлявшие 9 (7–12) %. Данный факт указывает на то, что в ИВО активно протекает процесс фагоцитоза, но объем поврежденных и некротизированных компонентов внеклеточного матрикса велик, поэтому часть заполненных клеточным детритом нейтрофилов погибает, что подтверждает данные В. А. Монакова

и соавт., 2015 [3]. Об этом же свидетельствует и наличие макрофагов число которых равняется 2 (1–4) %.

На 5-е сутки выявлено увеличение числа нейтрофильных лейкоцитов 72 (67–75). При этом среднее число сегментоядерных составляло 87 (84–92) %, палочкоядерных — 2 (1–3) % и лимфоцитов — 12 (8–15) %. Все указанные изменения не были статистически значимыми. В тоже время в мазках отсутствовали деструктивные лейкоциты и появлялись эозинофилы 1 (1–3) и базофилы 1 (1–2), что может свидетельствовать о реакции организма, протекающей по типу аллергической, в том числе и сенсibilизации. Среднее число макрофагов оставалось прежним, что указывает на активно продолжающееся очищение раны.

Вывод. Представленные результаты убеждают в недостаточной эффективности примененного лечебного комплекса и побуждают к его усовершенствованию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Захарова, Н. М.* Возможность цитологического метода исследования в контроле и прогнозировании регенерации костной ткани при комплексном лечении остеомиелита у детей / Н. М. Захарова, А. А. Цыбин, А. Е. Машков // *Детская хирургия*. 2015. Т. 19, № 3. С. 36–40.

2. *Камышников, В. С.* Клиническая лабораторная диагностика (методы и трактовка лабораторных исследований) / В. С. Камышников, Л. И. Алехнович, С. Г. Василю-Светлицкая. Москва : МедПресс-Информ, 2015. 719 с.

3. *Монаков, В. А.* Цитологическая динамика гнойных ран челюстно-лицевой области при вакуумно-промывном дренировании / В. А. Монаков, А. Л. Савельев, И. А. Селезнева // *Международ. журн. прикладных и фундаментальных исслед.* 2015. № 11–1. С. 41–46.