

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТИПИЧНО ТЕКУЩИХ
ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ*****Е. В. Фомичев, Ахмед Салех, А. Т. Яковлев, Е. В. Ефимова****Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолГМУ, Клинико-диагностическая лаборатория Волгоградского кардиологического центра*

Проведено обследование и лечение 22 больных с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области. Иммунный статус пациентов характеризовался высокой активностью местного звена иммунитета и несколько слабой активацией общего иммунитета. Особенностью иммунитета при торпидно текущих флегмонах челюстно-лицевой области являлось формирование постинфекционной иммунной недостаточности с преимущественным вовлечением фагоцитарного звена местного иммунитета. Имеется корреляционная зависимость изменений параметров всех звеньев иммунного статуса организма.

Ключевые слова: флегмоны челюстно-лицевой области, иммунный статус.

CLINICOIMMUNOLOGICAL FEATURES OF ATYPICAL MAXILLOFACIAL PHLEGMONS***E. V. Fomichev, Ahmed Saleh, A. T. Jakovlev, E. V. Efimova***

Investigation and treatment of 22 patients with atypical phlegmon of maxillofacial area was carried out. The immune status of patients was characterised by a high activity of the local immunity link and somewhat weak activation of general immunity. Development of postinfectious immune insufficiency primarily involving the phagocytic compartment of local immunity was the feature of immunity in torpid maxillofacial phlegmon. There is a correlation dependence of all links of the immune status parameters changes of the body.

Key words: phlegmons of maxillofacial area, the immune status.

В настоящее время выявилась отчетливая тенденция к неуклонному росту атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области. Они характеризуются гиперергической воспалительной реакцией, длительным течением и безуспешностью традиционной терапии. Характер их клинического течения в значительной мере определяется состоянием иммунного статуса организма.

Негативное влияние на характер клинического течения болезни также оказывали такие факторы, как поздняя диагностика, неадекватное лечение, сопутствующая патология, наличие одонтогенных очагов инфекции, неполноценное питание и социальный статус.

Несмотря на слабо выраженную воспалительную реакцию и проводимое лечение, тенденции к ограничению процесса длительное время не наблюдалось.

Заживление ран было достоверно более длительным, чем при обычном течении заболевания.

Результаты изучения местного и общего иммунитета свидетельствовали о высокой активности местного звена иммунитета и несколько слабой активации общего иммунитета. У данных больных формировалась постинфекционная иммунная недостаточность с преимущественным вовлечением фагоцитарного звена местного иммунитета.

За последние десятилетия выявилась отчетливая тенденция к неуклонному росту атипично текущих и хронических гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: абсцессов, флег-

мон, лимфаденитов, одонтогенных и травматических остеомиелитов, хронических паротитов и т. д. Данные заболевания остаются малоизученной проблемой и представляют значительные трудности в диагностике и лечении. Они характеризуются многообразием клинических проявлений, сходством и нередко однотипностью микробных возбудителей, гиперергической воспалительной реакцией, развитием воспалительного процесса на фоне нарушений неспецифических и специфических защитных реакций, длительным упорным течением с истощением функций и систем организма, безуспешностью традиционной терапии [2, 4].

Особое место среди этих заболеваний занимают атипично текущие флегмоны челюстно-лицевой области. Характер их клинического течения в значительной мере определяется состоянием неспецифической и специфической реактивности организма [1, 3]. У значительной части этих больных имеется гуморальное, клеточное или сочетанное иммунодефицитное состояние, и в этом случае воспаление, как правило, развивается по гиперергическому типу [3, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить клинко-иммунологические особенности атипично текущих флегмон челюстно-лицевой области.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено обследование и лечение 22 больных с атипично текущей флегмоной челюст-

но-лицевой области в возрасте от 18 до 59 лет, поступивших в отделение челюстно-лицевой хирургии Областной клинической больницы № 1 Волгограда. Мужчин среди пациентов было 12 (54 %), женщин — 10 (45 %). Средний возраст пациентов составил $(39,2 \pm 1,7)$ лет.

Наряду с традиционным клиническим обследованием всем больным произведено исследование иммунного статуса при поступлении в стационар и на 3, 6, 10-е сутки после операции. Иммунологические методы включали определение показателей местного иммунитета (соотношение эпителиальных клеток, нейтрофилов и лимфоцитов (Э:Н:Л) Чукаева Н. А., 1990), уровня иммуноглобулинов А, G, М в слюне (Меньшов В. В., 1987) и общего иммунитета (Т- и В-лимфоциты) (Фримеля Г., 1987), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) (Кальф-Калиф Я. Я., 1941), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) (Перниса Б., 1988) и концентрацию иммуноглобулинов А, G, М в крови (Меньшов В. В., 1987).

Больные получали традиционное медикаментозное лечение, включавшее в себя антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную терапию. При поступлении в стационар под местным потенцированным обезболиванием больным проводили операцию вскрытия флегмоны. Хирургическое вмешательство сопровождалось удалением «причинного» зуба, послужившего источником инфекции. Ведение гнойной раны в послеоперационном периоде предусматривало ежедневное промывание раны растворами диоксида, натрия гипохлорида 0,06%-го, протеолитическими ферментами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Продолжительность заболевания от первых клинических проявлений до госпитализации у 12 больных (54,5 %) составляла 6—7 дней, у 6 (27,3 %) — 8—11 дней и у 4 (18,2 %) — свыше 14 дней. До госпитализации 5 пациентов (22,7 %) за медицинской помощью не обращались и лечились самостоятельно. Из анамнеза выяснено, что у большинства больных в области «причинного зуба» неоднократно наблюдались воспалительные явления, по поводу чего они бесконтрольно применяли различные антибактериальные препараты, неполным курсом, в неадекватных дозировках. Удаление «причинного зуба» в амбулаторных условиях было произведено лишь 7 больным (31,8 %). С неправильным диагнозом в клинику поступили 7 человек (31,8 %). Следует подчеркнуть, что у всех 22 пациентов в полости рта имелось от 2 до 6 зубов с деструктивными формами хронического периодонтита. Характерные особенности были установлены при анализе образа жизни и социального статуса пациентов. Около половины пациентов (10 человек,

45,5 %) находились за чертой бедности, имели дефицит веса, обусловленный, прежде всего, неполноценным и нерациональным питанием. Из 22 больных 5 человек были безработными, 6 без определенного места жительства. Следует отметить, что у 17 пациентов (77,2 %) было выявлено 2—3 и более сопутствующих заболеваний. Отмеченные преморбидные факторы оказали негативное влияние на характер клинического течения болезни. Жалобы больных в основном сводились к наличию слабости, потливости, ухудшению сна, потери аппетита, головкружению. Общее состояние 9 пациентов (40,9 %) при поступлении было оценено как удовлетворительное, у 13 пациентов (59,1 %) средней тяжести. При внешнем осмотре у больных отмечали припухлость в челюстно-лицевой области и нарушение функций соответственно локализации и распространенности воспалительного процесса. В этой области пальпировался плотный слабо болезненный или болезненный инфильтрат. Кожа над ним была напряжена, гиперемизирована, цианотична. Гнойники, как правило, имели поверхностное расположение. Болевой синдром был выражен умеренно или незначительно, боли усиливались при открывании рта и жевании. Температурная реакция у больных была в пределах $36,8—38,0$ °С.

Вскрытие гнойного очага и медикаментозная терапия привели к улучшению общего состояния у 15 пациентов (68,2 %) на пятые-шестые сутки после операции, а у 7 больных (31,8 %) — на седьмые сутки. Уменьшение болевого синдрома наблюдали в среднем на 5—6-е сутки. Несмотря на слабо выраженную воспалительную реакцию и проводимое лечение, тенденции к ограничению процесса достаточно длительное время не наблюдалось у 10 пациентов (45,5 %). Уменьшение гноетечения у них отмечали на 7—8-е сутки, появление скудных, вялых грануляций на 9—10-е сутки. Средний срок пребывания их в стационаре составил $(15,21 \pm 1,3)$ суток.

У 5 пациентов (22,7 %) сроки выздоровления были более продолжительные. Уменьшение гноетечения наблюдали на 9—10-е сутки, вялые мелкозернистые, серые грануляции появлялись на 10—11-е сутки. Причем гноетечение из раны продолжалось на фоне уже образовавшейся грануляционной ткани, долго сохранялась инфильтрация краев раны. Полное очищение раны и краевая ретракция были отмечены на 15—16-е сутки. Средний срок пребывания в стационаре этих больных составил $(18,34 \pm 1,1)$ суток.

Результаты иммунологических исследований у больных с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области свидетельствовали о развитии защитно-компенсаторных и приспособительных реакций местного иммунитета, составляющими элементами которых являлись: соотношения Э:Н:Л — $19,1:72,80:8,02$ (против нормы $46,8:50,9:2,3$) в виде нейтрофильной и лимфоцитарной инфильтрации и по-

вышения уровней иммуноглобулинов всех классов: А — 0,42, G — 0,42 и М — 0,26 г/л (против нормы соответственно 0,57, 0,53, 0,00 г/л). Первичная реакция местного звена иммунной системы развивалась сразу в первые дни воспалительного процесса и проявлялась преимущественно изменениями фагоцитарного звена (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей местного иммунитета полости рта у пациентов с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области в процессе традиционного лечения

Показатель	Здоровые лица (n = 20)	Пациенты контрольной группы (n = 22)			
		При госпитализации	На 3-и сутки лечения	На 6-е сутки лечения	На 10–11-е сутки лечения
Э, %	46,50 ± 0,21	19,10 ± 0,65*	23,30 ± 0,58**	29,3 ± 0,1*	32,90 ± 0,13**
Н, %	51,20 ± 0,22	72,80 ± 0,59*	68,30 ± 0,58**	63,60 ± 0,12**	60,20 ± 0,33**
Л, %	2,21 ± 0,08	8,02 ± 0,27*	8,40 ± 0,25*	7,2 ± 0,2**	6,96 ± 0,18**
Ig A, г/л	0,46 ± 0,04	0,42 ± 0,22	0,43 ± 0,03	0,48 ± 0,05	0,50 ± 0,05
Ig G, г/л	0,55 ± 0,05	0,42 ± 0,04*	0,43 ± 0,55	0,47 ± 0,05	0,55 ± 0,05*
Ig M, г/л	0,006 ± 0,002	0,26 ± 0,01*	0,25 ± 0,04*	0,29 ± 0,03*	0,16 ± 0,01**

Здесь и далее. * Статистически достоверные отличия от значений показателя в группе здоровых лиц ($p < 0,05$); * статистически достоверные отличия от исходного уровня ($p < 0,05$).

На 3–4-й день после операции изменения факторов местного иммунитета были более выраженными. При цитологическом исследовании содержимого ротовой полости зафиксировано увеличение количества нейтрофилов и лимфоцитов (Э:Н:Л — 23,3:68,3:8,4). Изменения иммуноглобулинов также характеризовались увеличением их уровней.

К 6-м суткам показатели местного иммунитета снизились до первоначальных данных, тем не менее к 10-м суткам факторы местного иммунитета оставались выше физиологических показателей примерно в 1,5 раза.

При сопоставлении показателей общей иммунной системы у больных в динамике прослеживалась закономерность, которая выражалась в следующем. В момент поступления у всех пациентов показатели общей иммунной системы оставались в пределах физиологических норм, но признаки начальной реакции уже наблюдались в повышении параметров ЛИИ до 1,70 при норме 1,50 и увеличением ЦИК до 58,1 Ед/л (норма до 50 Ед/л) (табл. 2).

На 6-е сутки параллельно с вышеуказанными параметрами регистрировалась неспецифическая общая тенденция повышения Ig G, M, A. Повышенный уровень показателей общего иммунного статуса сохранялся на протяжении всего исследования, хотя к десятому дню значительно снизился (табл. 2).

Таблица 2

Динамика показателей общего иммунитета у пациентов с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области в процессе традиционного лечения

Показатель	Здоровые лица (n = 20)	Пациенты контрольной группы (n = 22)			
		При госпитализации	На 3-и сутки лечения	На 6-е сутки лечения	На 10–11-е сутки лечения
Ig G, г/л	13,00 ± 0,44	12,29 ± 0,28	12,27 ± 0,41	12,83 ± 0,81	13,89 ± 0,26*
Ig M, г/л	2,79 ± 0,31	5,88 ± 0,41*	5,45 ± 1,33	5,70 ± 0,34*	5,56 ± 0,14*
Ig A, г/л	4,18 ± 0,35	3,13 ± 0,69	3,19 ± 0,60	3,54 ± 0,47	4,04 ± 0,52
Т-лимфоциты, %	82,50 ± 1,24	20,00 ± 0,95*	22,70 ± 1,54*	27,42 ± 1,15**	31,40 ± 0,44**
В-лимфоциты, %	17,50 ± 1,17	80,00 ± 2,56*	77,30 ± 1,53*	72,60 ± 1,77**	68,60 ± 0,42**
ЦИК, г/л	50,70 ± 1,48	57,00 ± 0,31*	57,15 ± 0,56*	56,50 ± 0,43	56,30 ± 0,42*
ЛИИ, у. е.	0,67 ± 0,03	3,02 ± 0,47*	2,16 ± 0,25*	1,88 ± 0,17**	1,66 ± 0,18**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, торпидное вялое течение гнойно-воспалительного процесса развивалось на фоне характерных изменений иммунитета. Иммунный статус пациентов с атипично текущей флегмоной челюстно-лицевой области характеризовался высокой активностью местного звена иммунитета и несколько слабой активацией общего иммунитета. С другой стороны, особенностью иммунитета при торпидно текущих флегмонах челюстно-лицевой области являлось формирование постинфекционной иммунной недостаточности с преимущественным вовлечением фагоцитарного звена местного иммунитета, хотя прослеживалась корреляционная зависимость изменений параметров всех звеньев иммунного статуса организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тхазаллижева Л. В. Некоторые показатели иммунитета у больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и методы коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Нальчик, 2005.
2. Фомичев Е. В., Робустова Т. Г. // Рос. стомат. журн. — 2003. — № 4. — С. 18–21.
3. Цымбалов О. В. Патогенетические принципы иммуномодуляции гомеостаза у больных с флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 2005.
4. Шулаков В. В., Воложин А. И., Агапов В. С. Сборник научных работ, посвященных 70-летию со дня рождения проф. Э. С. Тихонова. — Курск, 1998. — С. 127–129.
5. Яременко А. И., Алехова Т. М. // Стоматология. — 2002. — № 4. — С. 46–51.

Контактная информация:

Фомичев Евгений Валентинович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ ВолГМУ, e-mail: fevstom@vistcom.ru