

УДК: 616.316-002-085

ИМУНОФАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ДНА ПОЛОСТИ РТА

Нармахматов Б.Т., Махмудов А.А.

Alfraganus University

Аннотация:

В последние годы в поликлинических стоматологических учреждениях и в челюстно-лицевых стационарах отмечено увеличение числа больных с флегмонами дна полости рта. По данным литературы, вторичная иммунная недостаточность часто становится причиной гнойно-септических осложнений болезней, в том числе и стоматологических. Нами обследованы 75 больных с флегмонами дна полости рта, поступивших в стационар. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа 53 больных получили комплексное лечение, 2 группа больных с флегмонами дна полости рта в составе комплексной терапии получали имунофан в дозе 50 мкг в/м однократно в течение 5 дней. Сравнительный анализ лечения, проведенного по традиционной и предложенной нами схеме выявил существенные различия по их эффективности и результатам. Таким образом, включение в комплекс традиционного лечения у больных с флегмонами дна полости рта современного иммуномодулятора имунофан приводило к коррекции иммунитета, что сопровождалось улучшением клинико-лабораторных данных и сокращением сроков лечения заболевания.

Ключевые слова: одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, имунофан, коррекция иммунитета.

Аннотация:

Сўнгги йилларда поликлиника стоматология муассасалари ва жағ-юз шифохоналарида оғиз бўшлиғи тубининг флегмоналари билан касалланган беморлар сонининг ортиши кузатишмоқда. Адабиёт маълумотларига кўра, иккинчи даражали иммун етишмовчилиги кўпинча ириңли-септик асортларнинг, шу жумладан стоматологик касалликларнинг сабаби бўлади. Биз оғиз бўшлиғи тубининг флегмоналари билан шифохонага ётқизилган 75 нафар беморни текширдик. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳдаги 53 нафар бемор комплекс даволашни олди, 2-гуруҳдаги оғиз бўшлиғи тубининг флегмоналари бўлган беморлар комплекс терапия таркибида кунига бир марта 50 мкг дозада 5 кун давомида иммуномодулятор Имунофани олдилар. Анъанавий ва биз таклиф этган схема бўйича ўтказилган даволашнинг қиёсий таҳлили уларнинг самарадорлиги ва натижалари бўйича сезиларли фарқларни аниқлади. Шу

тарика, оғиз бўшлиғи тубининг флегмоналари бўлган беморларда анъанавий даволаш комплексига замонавий иммуномодулятор Имунофанни қўшиш иммунитетни тўғрилашга олиб келди, бу эса клиник-лаборатория кўрсаткичларининг яхшиланиши ва касалликни даволаш муддатларининг қисқариши билан кузатилди.

Калит сўзлар: одонтоген ириңли-яллиғланиш касалликлари, Имунофан, иммунитетни тўғрилаш.

Annotation:

In recent years, an increase in the number of patients with phlegmons of the floor of the mouth has been observed in outpatient dental clinics and maxillofacial hospitals. According to the literature, secondary immunodeficiency often leads to purulent-septic complications of diseases, including dental ones. We examined 75 patients with phlegmons of the floor of the mouth who were admitted to the hospital. The patients were divided into two groups. The first group of 53 patients received standard comprehensive treatment, while the second group received the immunomodulator Imunofan as part of the comprehensive therapy at a dose of 50 mcg intramuscularly once daily for 5 days. Comparative analysis of treatment conducted according to the traditional and our proposed scheme revealed significant differences in their effectiveness and outcomes. Thus, the inclusion of the modern immunomodulator Imunofan in the traditional treatment regimen for patients with phlegmons of the floor of the mouth led to immune correction, which was accompanied by improved clinical and laboratory data and reduced treatment duration.

Keywords: odontogenic purulent-inflammatory diseases, Imunofan, immune correction.

Введение. В последние годы в поликлинических стоматологических учреждениях и в челюстно-лицевых стационарах отмечено увеличение числа больных с флегмонами дна полости рта. Отмечается также тенденция к утяжелению их течения, повышению склонности гнойной инфекции к генерализации и возникновению протекающих более тяжело других воспалительных заболеваний (Гайворонская и др., 2016). Иммунологические механизмы в развитии, как соматических болезней, так и стоматологической патологии в последние годы изучаются наиболее пристально

(Непобедимый и др., 2010). По данным литературы, вторичная иммунная недостаточность часто становится причиной гнойно-септических осложнений болезней, в том числе и стоматологических, также из-за неэффективности традиционной терапии этих заболеваний (Рахимов и др., 2015). Следовательно, исследование механизмов развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, утяжеления течения и разработка на этой основе патогенетически обоснованных методов лечения является одной из важнейших проблем хирургической стоматологии (Уварова и др., 2015; Шевченко и др., 2018; Фомичёв и др., 2014).

Материал и методы. Нами было проведено комплексное иммунологическое обследование больных с флегмонами дна полости рта в динамике лечения с применением препарата, разрешённого к использованию в практике здравоохранения – имунофан. 22 больных с флегмонами дна полости рта в составе комплексной терапии получали имунофан в дозе 50 мкг в/м однократно в течение 5 дней. Обследование и лечение больных проводилось в отделении Челюстно-лицевой хирургии КБСМП г. Ташкент. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия), дополнительные методы исследования (ортопантомография, общий анализ крови, мочи, при необходимости биохими-

ческое исследование крови). Иммунологические методы исследования включали: иммунофенотипирование клеток ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD19^+$, $CD95^+$ лимфоцитов, $CD16^+$) с помощью моноклональных антител, определение иммунорегуляторного индекса (ИРИ - соотношение $CD4/CD8$), концентрации иммуноглобулинов класса А, М и G в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение. Комплексное иммунологическое обследования пациентов с флегмонами дна полости рта выявило вторичную иммунную недостаточность клеточного звена. Так, у больных отмечалось снижение количественных показателей $CD3^+$ и $CD4^+$ клеток, повышение числа $CD8^+$ и $CD16^+$, зарегистрирован дисбаланс индекса иммунорегуляции ($CD4/CD8$) в результате достоверного снижения числа Т-хелперов (рис. 1).



Рисунок 1. Состояние клеточного иммунитета у больных с флегмонами дна полости рта.

При исследовании гуморального звена иммунитета у пациентов с флегмонами дна полости рта выявлена депрессия уровня IgA и IgG, а

количество IgM соответствовало норме (табл. 1).

Показатель	Больные	Здоровые	p
CD19 ⁺ , %	23,0± 1,8	10±2	0,01
CD19 ⁺ , 10 ⁹ /л	750 ± 54,2	170±34	0,05
IgA мг%	1,45±0,13	1,9±0,15	0,05
IgG мг%	8,8±1,5	12,0±1,5	0,01
IgM мг%	1,2±0,06	1,2±0,1	Нд

Таблица 1. Состояние гуморального иммунитета у больных с флегмонами дна полости рта.

Таким образом, выявлены закономерности иммунного ответа, выражающиеся дефицитом как показателей Т-клеточного звена, так гуморального звена иммунитета и углубление нарушений функционирования системы нейрогуморальной регуляции, что явилось научным основанием для разработки метода коррекции нарушений иммунитета с включением в схему традиционной терапии имунофан у больных с флегмонами дна полости рта.

Сравнительный анализ лечения, проведенного по традиционной и предложенной нами схеме выявил существенные различия по их эффективности и результатам. Так, уже на вторые сутки после проведения оперативного вмешательства и введения имунофан больные второй группы чувствовали себя значительно лучше, в отличие от пациентов первой группы, находящихся на традиционном лечении. Они практически не предъявляли жалоб на боли в области оперативного вмешательства, были

более активны, эмоциональны и коммуникабельны, отмечали улучшение общего состояния, повышение настроения и аппетита.

В результате проведенного анализа выявлено, что нормализация температуры наступала на $1,92 \pm 0,10$ день при иммуноактивном лечении больных против $3,88 \pm 0,22$ при традиционном лечении ($p < 0,001$).

Включение имунофан в схему базисной терапии позволило у больных второй группы существенно сократить сроки лечения. Так, при иммуноактивном лечении больных средняя продолжительность экссудации составила $2,66 \pm 0,42$ суток, а при традиционном лечении - $4,11 \pm 0,31$ суток ($p < 0,05$) (табл. 2).

У больных с флегмонами дна полости рта при иммунотерапии исчезновение боли и отека мягких тканей лица зарегистрировано в среднем на $2,88 \pm 0,39$ и $3,67 \pm 0,50$ сутки соответственно по сравнению с таковыми показателями больных, получавших традиционную терапию: $4,32 \pm 0,37$ и $4,89 \pm 0,30$ ($p < 0,05$).

Изучаемые показатели (сутки)	Исследуемые группы	
	1 группа (традиционное лечение) (n=53)	2 группа (традиционное лечение + имунофан) (n=22)
Болевой синдром	$4,32 \pm 0,37$	$2,88 \pm 0,39^*$
Сроки рассасывания коллатерального отека	$4,89 \pm 0,30$	$3,67 \pm 0,50^*$
Сроки прекращения экссудации	$4,11 \pm 0,31$	$2,66 \pm 0,42^*$
Сроки рассасывания инфильтрата	$5,20 \pm 0,30$	$3,26 \pm 0,11^*$

Длительность заболевания	7,84±0,44	4,85±0,60**
--------------------------	-----------	-------------

Примечание: * $p < 0,05$ – между группами, ** $p < 0,001$ – между группами.

Таблица 2. Сравнительная характеристика репаративных процессов в гнойной ране у больных исследуемых групп.

Иммунокоррекция на фоне традиционной терапии позволила достаточно быстро и эффективно устранить вторичную иммунную недостаточность путем количественного прироста Т-лимфоцитов за счет Т-хелперов с соответствующим увеличением иммунорегуляторного индекса в исследуемой группе, а также за счет нормализации количества

натуральных киллеров (табл. 3). В отношении субпопуляции иммунорегуляторных Т-лимфоцитов при использованном способе лечения характерным было достоверное повышение относительного содержания субпопуляций $CD4^+$ клеток. В частности, содержание $CD4^+$ лимфоцитов увеличилось с $22,3 \pm 3,2\%$ до $34,1 \pm 3,2\%$ ($p < 0,01$).

Исследуемые показатели		Больные с ФДПР, получавшие традиционную терапию + имунофан (n=22)		Контрольная группа (n=25)
		До лечения	После лечения имунофаном	
Т-лимфоциты (CD3+)	%	36,9±4,3*	49,7±4,2**	65,9±7,0
Т-хелперы (CD4+)	%	22,3±3,2*	34,1±3,2**	45±6
Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+)	%	29,7±2,7	22,7±3,1**	27±4,0
CD4/CD8 (ИРИ)		0,76±0,01*	1,5±0,1*	1,7±0,1
НК (CD16)	%	18,6±2,4*	12,9±1,2*	13±6
В-лимфоциты (CD19+)	%	23±1,8*	19,7±10,8*	10,0±2

Примечание: * $p < 0,05$ – по отношению к контролю, ** $p < 0,05$ – по отношению к показателям до лечения.

Таблица 3. Сравнительная характеристика клеточного иммунитета у больных с флегмонами дна полости рта с применением иммунокоррекции.

Иммуномодулирующее действие имунофана проявилось во влиянии на уровень иммуноглобулинов основных классов, количество IgA и IgG у больных с флегмонами дна полости рта после иммуноориентированной терапии соответствовало норме (табл. 4). Так, включение в комплексную терапию имунофана

отражается достоверным повышением концентрации IgA являющимся одним из ведущих факторов противомикробной и антитоксической защиты ($1,45 \pm 0,13\%$ до $1,9 \pm 0,17\%$, $p < 0,05$) и тенденцией к повышению уровня Ig классов M и G проявляя недостоверные различия.

Показатели	Больные с ФДПР (n=22)		Контроль (n=25)	P
	До лечения	После лечения		
IgA г/л	$1,45 \pm 0,13$	$1,9 \pm 0,17$	$1,9 \pm 0,15$	$P_{1-3} < 0,05$ P_{2-3} - нд $P_{1-2} < 0,05$
IgM г/л	$1,2 \pm 0,06$	$1,2 \pm 0,03$	$1,2 \pm 0,1$	P_{1-3} - нд P_{2-3} - нд P_{1-2} - нд
IgG г/л	$8,8 \pm 0,3$	$9,5 \pm 0,1$	$10,0 \pm 2$	$P_{1-3} < 0,05$ P_{2-3} - нд $P_{1-2} < 0,05$

Таблица 4. Показатели гуморального иммунитета у больных с флегмонами дна полости рта при лечении с имунофаном в комплексе с традиционной терапией.

Исследование состояния фагоцитарной активности нейтрофилов в группах пролеченных больных выявило сниженные значения этого фактора иммунитета в начале лечения. Полученные нами данные по результатам лечения больных с флегмонами дна полости рта свидетельствуют о значительно более выраженном изменении со стороны иммунной системы в показателях фагоцитарной активности нейтрофилов

при схеме лечения с использованием имунофана.

Выводы. Таким образом, включение в комплекс традиционного лечения больных с флегмонами дна полости рта современного иммуномодулятора имунофан приводило к коррекции иммунитета, что сопровождалось улучшением клинико-лабораторных данных и сокращением сроков лечения заболевания. Эффективность комплексного лечения

иммунофан, безопасность и доступность, отсутствие осложнений и побочных реакций при его применении

позволяют рекомендовать широкое использование этого метода в комплексе лечебных мероприятий.

Список литературы.

1. Гайворонская Т.В., Уварова А.Г., Ловлин В.Н., Уваров И.Б., Гербова Т.В., & Виниченко Е.Л. (2016). Клинико-иммунологическая оценка эффективности лейкинферона в комплексном лечении пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области. Кубанский научный медицинский вестник, (4), 35-41.
2. Непобедимый, Э. Г., Коробкин, В. А., & Смахтин, М. Ю. (2010). Иммунокорригирующие эффекты вобэнзима, полиоксидония и их комбинации на состояние нейтрофильного звена антиинфекционной защиты и цитокинового статуса у больных флегмоной поднижнечелюстной области. Человек и его здоровье, (3), 103-107.
3. Рахимов З.К., Пулатова Ш.К., & Замонова Г.Ш. (2015). Совершенствование схемы патогенетической терапии переломов нижней челюсти с осложненным течением. Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области, (2 (9)), 77-82.
4. Уварова А.Г., Гайворонская Т.В., Оноприев В.В., Ловлин В.Н., & Гербова Т.В. (2015). Иммуноориентированная терапия при переломах нижней челюсти у пациентов с высоким риском развития воспалительных осложнений. Кубанский научный медицинский вестник, (1), 119-124.
5. Шевченко Л.В., Пахлеванян С.Г., & Журавлев Ю.И. (2018). Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у пациентов с полиморбидными состояниями - мультидисциплинарная проблема (обзор литературы). Актуальные проблемы медицины, 41 (3), 436-448.
6. Фомичёв Е.В., Гумилевский Б.Ю., & Сербин А.С. (2014). Динамика показателей иммунного статуса у больных пожилого возраста с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области на фоне иммунокорригирующей терапии. Кубанский научный медицинский вестник, (3), 119-123.