

Особенности течения стоматологических заболеваний у детей-альбиносов

*Ринат Ахмедулович Салеев, Алёна Борисовна Абдрашитова,
Алия Ильдаровна Махмутова*, Наиля Назибовна Маянская
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия*

Реферат

DOI: 10.17816/KMJ2018-357

Цель. Дать сравнительную характеристику состояния местного и общего иммунитета у пациентов с основным диагнозом «Альбинизм» и заболеваниями слизистой оболочки рта.

Методы. В стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ Минздрава России» на лечении и диспансерном учёте находятся 4 пациента в возрасте 16–17 лет с основным диагнозом «Альбинизм» и сопутствующими заболеваниями слизистой оболочки рта. На момент обращения 2 пациентам основной (первой) группы поставлен диагноз «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Афты Саттона. K12.1». Пациенты контрольной (второй) группы — 5 детей в возрасте 12–15 лет с диагнозом «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит». Состояние местного иммунитета оценивали по уровню лизоцима в ротовой жидкости до и после лечения. Активность лизоцима в ротовой жидкости определяли и вычисляли по разработанной нами методике. Состояние общего иммунитета оценивали по анализу иммунограмм. Микробиологический статус пациентов определяли микроскопическим и бактериологическим методами.

Результаты. По результатам анализа иммунограмм пациентов первой группы с диагнозом «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Афты Саттона» до начала исследования выявлена выраженная нейтропения ($5,4 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (Т-лимфоциты $85 \pm 3,5\%$), лейкопения ($2,2 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$), увеличение уровня иммуноглобулина А ($2,69 \pm 0,1$ г/л), снижение фагоцитарного числа (до 2,6) и уровня циркулирующих иммунных комплексов ($22 \pm 1,48$ у.е.). У пациентов контрольной группы выявлены лейкопения ($2,89 \pm 0,23 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (Т-лимфоциты $74,3 \pm 1,32\%$), незначительное повышение уровня иммуноглобулина G ($14,5 \pm 0,59$ г/л), снижение фагоцитарного числа ($4,5 \pm 0,5$) и уровня циркулирующих иммунных комплексов ($38,67 \pm 1,23$ у.е.), нейтропения ($25,5 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$).

Вывод. Уровень клеточного звена общего иммунитета у пациентов-альбиносов незначительно отличается от пациентов контрольной группы, однако показатели клеточного иммунитета не восстанавливаются даже при длительном периоде ремиссии; для выбора метода лечения пациентов с диагнозом «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит» необходимо определить этиологию заболевания, в частности иммунологический статус пациентов до и после лечения.

Ключевые слова: альбинизм, стоматит, афты, иммунитет, лизоцим.

Features of dental diseases in children with albinism

*R.A. Saleev, A.B. Abdrashitova, A.I. Makhmutova, N.N. Mayanskaya
Kazan State Medical University, Kazan, Russia*

Aim. To comparatively characterize the state of local and general immunity in patients with the primary diagnosis of albinism and oral mucosal diseases.

Methods. In the dental clinic of FSBEI HE «Kazan SMU MOH Russia» 4 patients aged 16 to 17 years are observed with the primary diagnosis of albinism and comorbid oral mucosal diseases. On initial examination 2 patients from group 1 were diagnosed with chronic recurrent aphthous stomatitis, Sutton's disease. K12.1. The control group (group 2) included 5 children aged 12 to 15 years diagnosed with chronic recurrent aphthous stomatitis. The state of local immunity was assessed by the level of lysozyme of the oral fluid before and after the treatment. Lysozyme activity in the oral fluid was evaluated and calculated by our newly developed method. The state of local immunity was assessed by immunograms. Patients' microbiologic status was evaluated by microscopic and bacteriological methods.

Results. Among the patients from group 1 with the diagnosis of chronic recurrent aphthous stomatitis, Sutton's disease, the analysis of immunograms prior to the study revealed severe neutropenia ($5.4 \pm 0.4 \times 10^9/\text{l}$), lymphocytosis (T-lymphocytes $85 \pm 3.5\%$), leukopenia ($2.2 \pm 0.1 \times 10^9/\text{l}$), increased level of immunoglobulin A (2.69 ± 0.1 g/l), decreased number of phagocytes (2.6) and circulating immune complexes (22 ± 1.48). In patients from the control group leukopenia ($2.89 \pm 0.23 \times 10^9/\text{l}$), lymphocytosis (T-lymphocytes $74.3 \pm 1.32\%$), insignificant increase of immunoglobulin G level (14.5 ± 0.59 g/l), decreased number of phagocytes (4.5 ± 0.5) and circulating immune complexes (38.67 ± 1.23), and neutropenia ($25.5 \pm 0.1 \times 10^9/\text{l}$) were revealed.

Conclusion. Cellular component of the general immunity in albinos insignificantly differs from the patients of the control group but no restoration of the cellular immunity occurs even in long-term remission; to choose the method of treatment for patients diagnosed with chronic recurrent aphthous stomatitis it is necessary to determine the etiology of the disease, particularly, immunologic status of patients before and after the treatment.

Keywords: albinism, stomatitis, aphths, immunity, lysozyme.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями [1].

Альбинизм проявляется следующими признаками: кожа белого цвета, волосы белые, серебристые, радужная оболочка глаз красная [2]. Из-за отсутствия меланина альбиносы не переносят солнечное облучение (возникают актинический дерматит, пре-канкрзные кератозы, эпителиомы, конъюнктивит, светобоязнь).

За стоматологической помощью пациенты-альбиносы чаще всего обращаются с жалобами на периодически появляющиеся болезненные язвы и афты на слизистой оболочке рта, кровоточивость дёсен и ранними признаками проявления хронического генерализованного пародонтита тяжёлой степени, особенно ярко выраженными у ребёнка в период пубертата.

Классический алгоритм лечения данных нозологий, как правило, не приносит долгого и устойчивого результата. В доступной нам литературе описаны случаи и алгоритм лечения пациентов-альбиносов с проблемами со стороны органов зрения, но, к сожалению, не встречается информации по диагностике и лечению болезней органов рта [3].

Цель исследования — провести сравнительную характеристику состояния местного и общего иммунитета у пациентов с основным диагнозом «Альбинизм» и заболеваниями слизистой оболочки рта.

Задачи исследования:

1) дать характеристику состояния общего и местного иммунитета у пациентов-альбиносов и контрольной группы с диагнозом «ХРАС. Афты Саттона. К12.1»;

2) сравнить сроки эпителизации элементов поражения и периодов ремиссии.

В стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ Минздрава России» на лечении и диспансерном учёте находятся 4 пациента в возрасте 16–17 лет с основным диагнозом «Альбинизм» и сопутствующими заболеваниями слизистой оболочки рта.

На момент обращения 2 пациентам основной (первой) группы поставлен диагноз «ХРАС. Афты Саттона. К12.1». Пациенты контрольной группы: 1 ребёнок в возрасте 12 лет с диагнозом «ХРАС. Афты Саттона. К12.1», рождённый преждевременно (в срок

8 мес), и 4 ребёнка в возрасте 12–15 лет с диагнозом «ХРАС» (вторая группа).

Первая группа (16 и 17 лет).

Жалобы: ухудшение общего состояния, повышение температуры тела в течение 2–3 дней, нарушение питания из-за болезненного образования в области языка, слизистой оболочки щеки, альвеолярного отростка, припухлости и болезненности в области поднижнечелюстных лимфатических узлов.

Анамнез. Основное врождённое заболевание: альбинизм (глазо-кожная форма). Сопутствующее заболевание: астигматизм, миопия средней степени. Пациенты находятся на диспансерном учёте у офтальмолога и невролога.

Болевые ощущения (постоянная ноющая жгучая боль) в области слизистой оболочки рта возникли 7 дней назад, далее появились эрозивные поражения с налётом на слизистой оболочке языка, щёк, альвеолярного отростка (у одного пациента в количестве двух афт, у второго — трёх). Боль купируется при применении ибупрофена (нурофена) и смазывании элементов поражения гелем «Камистад». Температура тела повышается ежедневно к вечеру до 37,1–37,5 °С. Данные проявления на слизистой оболочке рта у обоих детей выявлены впервые. У одного ребёнка 2 года назад была длительно эпителизирующаяся травматическая язва в области кожи головы (срок эпителизации 3 мес).

Status localis. Лицо симметричное, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены до ≈0,5 см, болезненны при пальпации, не спаяны с окружающей тканью. Температура тела на момент обращения 37,3 °С.

В области рта на фоне незначительно локально гиперемизированной и отёчной слизистой оболочки (щёки, альвеолярного отростка, верхней челюсти) определяются элементы поражения в виде афт с неровными и нечёткими границами, фибриновым налётом и венчиком гиперемии по краю образования. Пальпация резко болезненна, поверхность мягкой консистенции. Размеры варьируют от 1,0 до 2,3 см (рис. 1).

Дополнительные методы диагностики. Состояние местного иммунитета оценивали по уровню лизоцима у всех пациентов в ротовой жидкости до и после лечения заболевания. Активность лизоцима в ротовой жидкости определяли и высчитали по разработанной нами методике «Способ

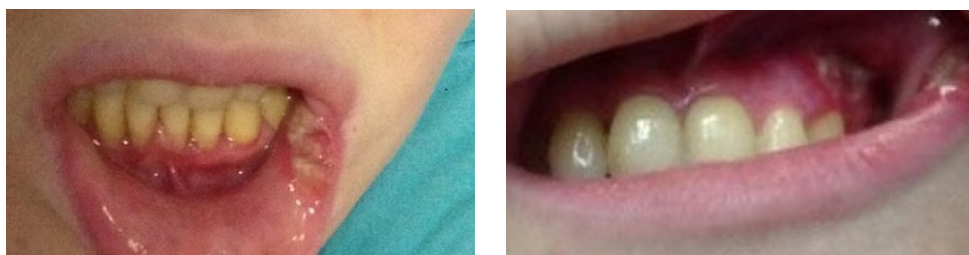


Рис. 1. Пациент первой группы. Диагноз: «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Афты Саттона. K12.01»

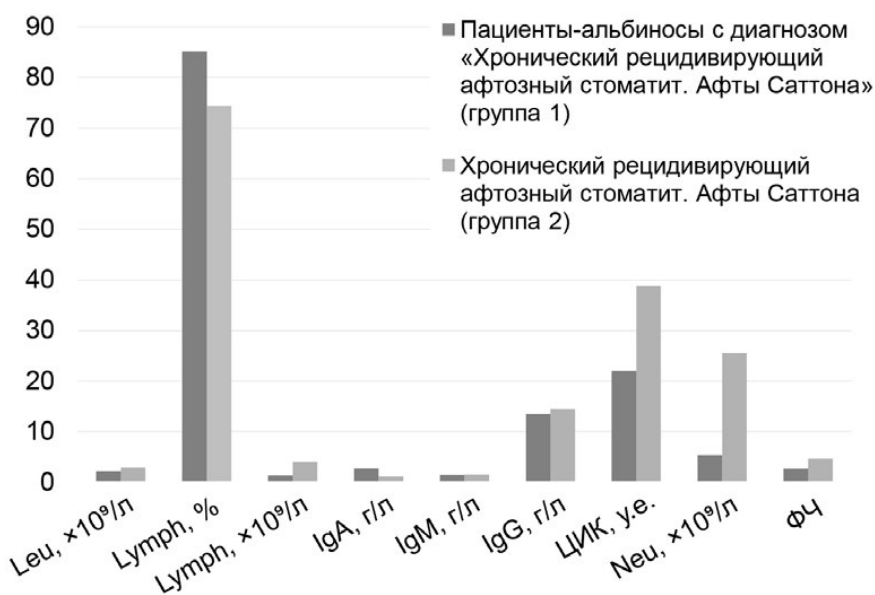


Рис. 2. Результаты анализа иммунограмм пациентов до лечения; Leu — лейкоциты; Lymph — лимфоциты; Ig — иммуноглобулин; Neu — нейтрофилы; ЦИК — циркулирующие иммунные комплексы; ФЧ — фагоцитарное число

Таблица 1. Видовой состав микробиоты ротовой жидкости

Аэробы и факультативные анаэробы	Физиологическое значение	Первая группа	Вторая группа
<i>S. mutans</i>	150 000	800 000	400 000
<i>S. salivarius</i>	10 000 000	20 000 000	16 200 000
<i>S. mitis</i>	1 000 000	2 000 000	1 800 000
Сапрофитные нейссерии	100 000	300 000	280 000
Лактобактерии	1000	200	189
Стафилококки	1000	1800	1900
Дифтероиды	2	3	2
Гемофилы	1	2	1
Пневмококки	2	8	8
Грибы рода <i>Candida</i>	1000	2000	1800
Микоплазмы	100	120	158

Примечание. Резидентная флора в 1 мл ротовой жидкости у исследуемых пациентов (КОЕ).

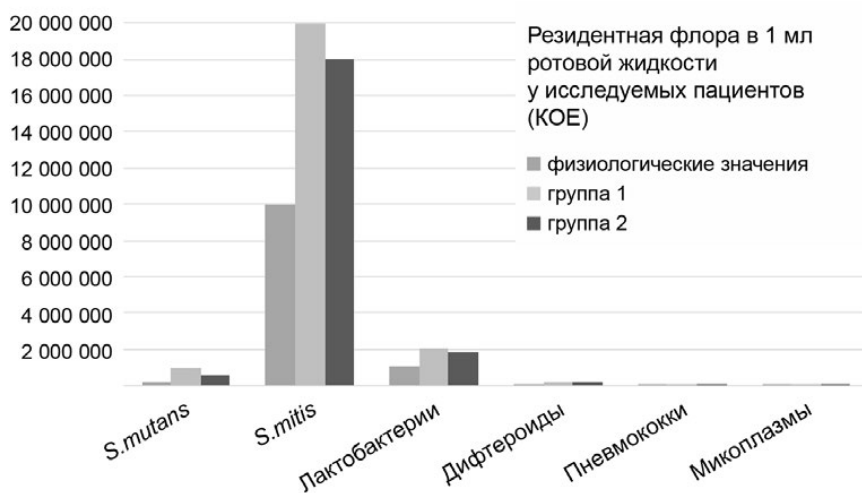


Рис. 3. Результаты микробиологического исследования

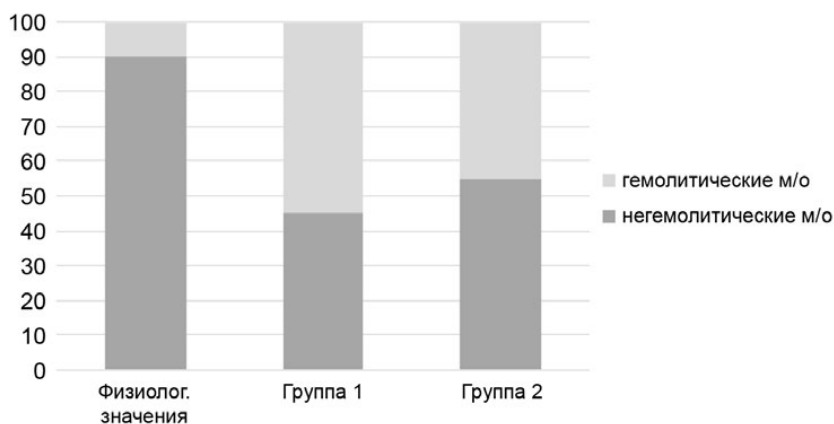


Рис. 4. Наличие патогенности микроорганизмов (%)

количественного определения лизоцима в ротовой жидкости» (регистрационный номер заявки на патент 2012108673).

Состояние общего иммунитета оценивали по анализу иммунограмм в обеих группах до и после лечения заболеваний слизистой оболочки рта [4]. Микробиологический статус пациентов определяли микроскопическим и бактериологическим методами. Проведена культивация аэробов, анаэробов и грибов ротовой жидкости до начала исследования.

Лечение пациентов проводили стандартными методами. Местное лечение: аппликационная анестезия, медицинская обработка слизистой оболочки рта растворами анти-

септиков, ферментов, аппликации дентальной адгезивной пасты солкосерил на поверхность эрозий (после каждого приёма пищи до полной эпителизации). Общее лечение: строгая диета, обильное питьё, поливитамины компливит по 1 таблетке в день в течение 1 мес, рыбий жир по 2 капсулы в день в течение 1–2 нед, клемастин (тавегил) 0,001 г по 1/2–1 таблетке 2 раза в день в течение 10 дней, левамизол (декарис) 100 мг 1 раз однократно, имудон в виде таблеток для рассасывания в полости рта по 5–8 штук в день в течение 10 дней.

По результатам анализа иммунограмм пациентов первой группы с диагнозом «ХРАС. Афты Саттона» до начала исследо-

вания выявлены выраженная нейтропения ($5,4 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (Т-лимфоциты $85 \pm 3,5\%$), лейкопения ($2,2 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$), увеличение уровня иммуноглобулина А ($2,69 \pm 0,1$ г/л), снижение фагоцитарного числа до 2,6 и уровня циркулирующих иммунных комплексов ($22 \pm 1,48$ у.е.).

У пациентов контрольной группы обнаружены лейкопения ($2,89 \pm 0,23 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (Т-лимфоциты $74,3 \pm 1,32\%$), незначительное повышение уровня иммуноглобулина G ($14,5 \pm 0,59$ г/л), снижение фагоцитарного числа ($4,5 \pm 0,5$) и уровня циркулирующих иммунных комплексов ($38,67 \pm 1,23$ у.е.), нейтропения ($25,5 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$). Анализ иммунограммы показал выраженное нарушение клеточного звена иммунологического статуса пациентов с диагнозом ХРАС в обеих группах (рис. 2).

Уровень местного иммунитета рта оценивали по активности лизоцима как фактора неспецифической резистентности. Условная норма активности лизоцима у жителей г. Казани составляет $32,0 \pm 0,17\%$ [5]. У пациентов-альбиносов с диагнозом ХРАС уровень активности лизоцима до лечения составил в среднем $12,5 \pm 3,17\%$, у пациентов контрольной группы — $24,5 \pm 0,63\%$.

В исследовании более подробно остановились на определении резистентной микрофлоры ротовой жидкости до лечения. Выявлено преобладание бактерий рода *Streptococcus*, также присутствовали *Neisseria*, *Lactobacillus* и в незначительном количестве другие микроорганизмы, представленные в табл. 1.

Достоверные различия выявлены в количестве колоний *Streptococcus*, которые в максимальном количестве присутствовали у пациентов первой группы с основным диагнозом «Альбинизм» и сопутствующим «ХРАС. Афты Саттона» (рис. 3). При качественном анализе обнаружены изменения свойств патогенности, максимально — тоже в первой группе. В норме условно-патогенные микроорганизмы имеют 10% патогенных свойств. Микроорганизмы пациентов первой группы имели 55% гемолитических свойств, во второй группе — 20%, что отлично от физиологических значений (рис. 4).

Лечение пациентов проводили стандартными методами. Оценивали результат по срокам эпителизации слизистой оболочки и длительности периода ремиссии. После проведённого лечения по стандартному



Рис. 5. Пациент первой группы. Диагноз: «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Афты Саттона. K12.01». После лечения

алгоритму у пациентов контрольной группы полная эпителизация афт происходила в среднем в течение $10 \pm 0,5$ дня. В первой группе очищение от фибринозного налёта и эпителизация афт наступали в течение $28 \pm 1,8$ дня (рис. 5).

Период ремиссии у пациентов контрольной группы составил $11,0 \pm 1,1$ мес, в то время как у пациентов-альбиносов (первая группа) — $1,0 \pm 0,8$ мес. В настоящее время период ремиссии у пациентов-альбиносов составляет $6 \pm 0,5$ мес (в контрольной группе — $12 \pm 1,0$ мес).

В период ремиссии нами проведён анализ уровня лизоцима ротовой жидкости, достоверного изменения уровня лизоцима не выявлено. Анализ иммунограммы у пациентов контрольной группы показал увеличение количества лейкоцитов ($4,1 \pm 1,4 \times 10^9/\text{л}$), достоверные изменения остальных показателей отсутствовали. У пациентов-альбиносов изменений показателей иммунограммы не отмечено, что, возможно, связано с необходимостью более длительного периода ремиссии. По данным анализа иммунограммы у пациентов основной и контрольной групп наблюдалось восстановление показателя уровня иммуноглобулина А ($2,0 \pm 0,39$ и $1,4 \pm 0,18$ г/л соответственно).

ВЫВОДЫ

1. Уровень клеточного звена общего иммунитета у пациентов-альбиносов с диагнозом «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит. Афты Саттона» незначительно отличается от пациентов контрольной группы. Однако у пациентов-альбиносов показатели клеточного иммунитета не восстанавливаются даже при длительном периоде ремиссии. При определении уровня активности лизоцима

у пациентов обеих групп до и после лечения выявлено нарушение неспецифической резистентности рта.

2. Для определения метода лечения пациентов с диагнозом «Хронический рецидивирующий афтозный стоматит» необходимо определить этиологию заболевания, в частности иммунологический статус пациентов до и после лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Успенская О.А. Исследование иммунологических показателей ротовой жидкости при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита. *Рос. стоматол. ж.* 2015; 19 (3): 20–22. [Uspenskaya O.A. Research of immunological parameters of oral liquid in the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal.* 2015; 19 (3): 20–22. (In Russ.)]
2. Федотов В.П. Расстройства пигментации кожи. *Дерматовенерол. Косметол. Сексopatол.* 2014; 1–4: 114–130. [Fedotov V.P. Disorder of skin pigmentation (dyschromias). *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Seksopatologiya.* 2014; 1–4: 114–130. (In Russ.)]
3. Пилькевич Н.Б. Соматическая патология, приводящая к снижению остроты зрения у детей. *Загальна патологія та патологічна фізіологія.* 2012; 7 (4): 25–36. [Pil'kevich N.B. Somatic pathology, leading to decreased visual acuity in children. *Zagal'na patologiya ta patologichna fiziologiya.* 2012; 7 (4): 25–36. (In Russ.)]
4. Кузнецова И.В. Сравнительная характеристика показателей неспецифической резистентности, клеточного и гуморального иммунитета у пациентов при критических состояниях инфекционного и неинфекционного генеза. *Вестн. неотложной и восстановит. мед.* 2009; 10 (2): 202–205. [Kuznecova I.V. Comparative characteristics of parameters of nonspecific resistance, cellular and humoral immunity in patients in critical conditions of infectious and non-infectious origin. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy meditsiny.* 2009; 10 (2): 202–205. (In Russ.)]
5. Егорова А.Б., Мусина Л.Т., Мустафин И.Г., Уразова Р.З. Состояние местного иммунитета полости рта при использовании антисептических зубных паст в качестве лечебно-профилактических средств. *Иммунология.* 2012; (3): 159–162. [Egorova A.B., Musina L.T., Mustafin I.G., Urazova R.Z. The state of local oral cavity immunity in the subjects using antiseptic toothpastes as the therapeutic and prophylactic remedies. *Immunologiya.* 2012; (3): 159–162. (In Russ.)]

УДК 616.314.1

© 2018 Мороз П.В. и соавторы

Особенности клинического течения и принципы лечения эндодонто-пародонтальных поражений

Павел Владиславович Мороз^{1}, Андрей Константинович Иорданишвили²,
Виктория Александровна Проходная¹, Станислав Юрьевич Максюков¹,
Андрей Владимирович Сафроненко¹, Елена Шамилевна Гуляева³*

¹Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия;

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия;

³Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

Реферат

DOI: 10.17816/KMJ2018-362

Цель. Изучить характерные отличия клинического течения хронического генерализованного пародонтита при наличии периапикального очага инфекции и принципы лечения при комбинированном лечении эндодонта и пародонта.

Методы. Было проведено клинко-рентгенологическое обследование 1525 пациентов разных возрастных групп. В результате была сформирована клиническая группа из 68 больных хроническим генерализованным пародонтитом со степенью тяжести от средней до тяжелой, которые в зависимости от наличия или отсутствия периапикальной деструкции были разделены на две группы. В первую группу были объединены 32 пациента с наличием хронического генерализованного пародонтита и признаков хронического верхушечного периодонтита. Во вторую группу вошли 36 больных хроническим генерализованным пародонтитом с отсутствием периапикальной инфекции и повреждения. Проведена индексная оценка состояния тканей пародонта в динамике комбинированного эндодонтического и пародонтологического лечения.

Результаты. Первоначальная задача лечения эндодонто-пародонтальных поражений вне зависимости от локализации первичного очага поражения — устранение или купирование хронических периапикальных воспалительных процессов зубов. Предложенная система мониторинга в процессе лечения и динамического наблюдения в течение 18 мес за пациентами, страдающими эндодонто-пародонтальными поражениями, с применением клинических и рентгенологических методов обследования предусматривает: (1) этапный эпикриз либо заклю-