

Изменения показателей местного иммунитета ротовой полости у больных при хроническом генерализованном пародонтите разной степени тяжести

Булгакова А.И., Медведев Ю.А., Миргазизов М.З.,
Валеев И.В., Ярмухамедова А.Г.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Башкортостан

Одним из важных моментов, определяющих степень тяжести течения ХГП, является состояние местных факторов защиты ротовой полости. Ввиду этого нами были исследованы показатели статуса и реактивности местных механизмов иммунитета полости рта у больных хроническим пародонтитом с различными степенями тяжести данной патологии.

В слюне, ротовой жидкости и периферической крови десны 103 больных пародонтитом легкой, средней и тяжелой степени исследованы: содержание клеточных элементов в жидкости пародонтального кармана, поглотительная способность фагоцитов и их активность в НСТ-тесте; содержание в слюне иммуноглобулинов классов IgG, IgA и sIgA, а также ряда цитокинов – фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α), интерлейктивов (ИЛ) - ИЛ-1 β , ИЛ-4, и гамма-интерферона (ИФ- γ), которые определяли с помощью иммуноферментных тест-систем иммуноферментного анализа. Типирование лимфоцитов периферической крови десны проводилось в реакции непрямой иммунофлюоресценции при визуальном контроле результатов с использованием моноклональных антител против CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25, CD95, CD71 и HLA-DR – антигенов.

При изучении фагоцитарных механизмов местной защиты ротовой полости установлено, что показатели поглотительной активности нейтрофилов периферической крови десны при всех степенях тяжести хронического пародонтита достоверно ниже чем в контрольной группе. Результаты исследования спонтанного НСТ-теста, свидетельствующие о самопроизвольной активации фагоцитарных клеток у больных с хроническим пародонтитом, были достоверно выше, чем у здоровых лиц. При этом результаты стимулированного и спонтанного НСТ теста у больных с легкой, средней и тяжелой степенями заболевания практически не различались. Содержание иммуоцитокинов в слюне пациентов с различной степенью тяжести хронического пародонтита значительно вариировало: ФНО- α было примерно одинаково у больных с легкой и тяжелой степенью тяжести, но увеличено - у больных со средней тяжестью данной патологии; ИЛ - 1 β и ИЛ - 4 - у больных всех степеней тяжести хронического пародонтита было примерно одинаково, ИФ- γ - у пациентов второй группы было достоверно ниже нежели у таковых первой и третьей групп. При хроническом пародонтите увеличивается содержание лимфоцитов в периферической крови десны за счет достоверного возрастания зрелых периферических Т-лимфоцитов (CD3) и Т – хелпер-индукторов (CD4) по мере усугубления тяжести поражения пародонта. Количество цитотоксических лимфоцитов (CD8) в группах с разными степенями тяжести данного заболевания

не различается, но достоверно выше чем в контрольной группе. Содержание В-лимфоцитов (CD22) у больных с легкой и средней тяжестью заболевания не отличалось от нормальных значений, но было выше более чем в два раза у пациентов с тяжелой степенью данной патологии. Количественное содержание естественных киллерных клеток – CD16 у лиц, страдающих хроническим пародонтитом выше, чем у здоровых людей, но при средней степени тяжести достоверно ниже чем при легкой и тяжелой. Активационные показатели лимфоцитов - HLA DR, CD25, CD95, CD71 у больных хроническим пародонтитом достоверно не отличались от таковых у здоровых лиц. Полученные данные позволили разработку методов комплексных методов лечения пародонтитов с местным использованием препаратов миелопида и лейкоцитарного интерферона.

Клиническая картина саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных

Веревищев В.К., Дмитриева С.П., Власова Э.В.,
Борзунов В.М.

*Уральская государственная медицинская академия,
Свердловский областной центр по борьбе и
профилактике СПИДа, Екатеринбург*

Интенсивное распространение ВИЧ-инфекции оказало большое влияние на развитие представлений о саркоме Капоши (СК). К 1989 г. СК отмечалась у 15% всех зарегистрированных в США случаев СПИДа, причем являлась первым его проявлением. В настоящее время СК продолжает оставаться одним из диагностических критериев СПИДа. СПИД-ассоциированная СК обычно более злокачественная, чем классическая и характеризуется быстрым развитием кожно-слизистых проявлений, частым поражением внутренних органов – легких, желудочно-кишечного тракта, оболочек мозга, лимфатических узлов и др. В 50-60% случаев СК встречается у мужчин-гомосексуалистов, и значительно реже – у лиц, принадлежащих к другим группам риска инфицирования ВИЧ.

В качестве примера приводим собственное наблюдение течения СК, послужившей причиной смерти у ВИЧ-инфицированного мужчины. Больной Р., 40 лет, наблюдался по поводу ВИЧ-инфекции с ноября 1999 г. в одном из районов области. В течение 2000 г. больной амбулаторно перенес последовательно ОРЗ, ангину, обострение хронического бронхита, хронического гайморита, острую пневмонию. С ноября 2001 г. стал отмечать ухудшение самочувствия, боли и отечность в левой нижней конечности, в области левого бедра и передней поверхности брюшной стенки появились темно-фиолетовые пятна. В марте 2002 г. регистрировалось повышение температуры тела до 38⁰С, кашель со скудной мокротой, одышка, количество кожных элементов стало увеличиваться. При госпитализации в стационар в тяжелом состоянии впервые выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, IV стадия (СПИД), диссеминированная СК, герпетическая инфекция I, II типа, кандидоз слизистой рта, гортани, себорейный дерматит, кахексия. На коже верхней трети левого бедра, ягодицы, передней брюшной