

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Крюков А.А., Лущик М.В., Остроухова О.Н.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: art.krukov1023@gmail.com*

Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области занимают значительное место в хирургической стоматологии [1]. Среди них наиболее часто встречаются острые и хронический периодонтиты, остеомиелиты челюсти, абсцессы и флегмоны. Своеобразие острых гнойных воспалительных процессов связано с перемещением инфекционного фокуса из периодонта в другие ткани: надкостницу альвеолярного отростка или челюсти, костную ткань, околочелюстные мягкие ткани [1]. Ещё одной особенностью течения можно выделить транзитные формы. В качестве примера может служить острый остит. Данное заболевание имеет обратимый характер воспаления, однако, присутствует вероятность перехода в другую, более тяжелую форму, такую как острый гнойный остеомиелит челюсти. Клинические проявления воспалительных процессов в челюстно-лицевой области зависят от реактивности организма. Доказано, что более тяжело протекает заболевание с гиперреактивным типом. При нем развиваются диффузные воспаления и распространённые флегмоны. Гипергигиенический тип носит вялотекущий характер. В связи с тем, что одонтогенные заболевания достаточно распространены, актуальность данной работы не вызывает сомнения.

Цель исследования – анализ литературных данных по особенностям протекания воспалительного процесса в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы: теоретический обзор литературы.

Результаты и их обсуждение. Рассмотрим более подробно как протекают некоторые неинфекционные заболевания челюстно-лицевой области. Периодонтит – это воспаление, которое развивается из-за грамположительных бактерий стрептококков. Сам воспалительный процесс обусловлен поступлением инфекционно-токсического содержимого корневого канала через верхушечное отверстие. Попадание токсина в периодонт ведет к образованию биологически активных продуктов усиливающих проницаемость сосудов, так развивается периодонтит [2]. В начале заболевания боль не ярко выражена и локализована только в области пораженного зуба, затем она становится более выраженной и иннервирует по ходу ветвей тройничного нерва. Выделяют две взаимно связанные фазы. Первая фаза – интоксикация пародонта. В ней наблюдается длительные беспричинные боли ноющего характера. На самой десне и в области зуба изменений нет, возмож-

но наличие повышенной чувствительности во время надкусывания. В самом периодонте под действием различных факторов нарушается клеточный метаболизм, что сопровождается к накоплению молочной кислоты и приводит к ацидозу. Все это ведет к отеку соединительной ткани, увеличению проницаемости сосудистой стенки. Вторая фаза – фаза выраженного экссудативного процесса. Характеризуется непрерывными болевыми ощущениями. У больного из-за скопления экссудата могут вызываться ощущения удлинённого зуба или его патологическая подвижность. Десна отечна, а пульпа некротизированна. В редких случаях может наблюдаться лейкоцитоз и повышение СОЭ. Также наблюдается обильная инфильтрация, надкостница утолщена и определяется полнокровие костного мозга. В настоящее время эффективность лечения периодонтита показана с помощью метода вакуумного дренирования, позволяющего удалить экссудат, ослабить напряжение тканей, что уменьшает боль и отек [3]. Доказано, что кроме удаления экссудата, вакуум положительно действует на кровообращение в микрососудах периодонта, что способствует возобновлению трофики в воспаленных тканях [4].

Острый одонтогенный остеомиелит челюсти развивается как осложнение хронического апикального периодонта. При заболевании встречается чаще поражения верхней челюсти, что связано с особенностями ее анатомического строения. Причинными зубами чаще всего выступают моляры и премоляры, в таком случае заболевание имеет диффузный характер. Деструкция кости происходит в крупных масштабах, что может приводить к патологическим переломам челюсти. Поражается не только альвеолярная часть челюсти, но и отростки. Ещё одной особенностью является частые осложнения со стороны мягких тканей, рядом расположенных мышц и наличием клеточных пространств [5]. Возникновение остеомиелита верхней челюсти чаще всего связано с преходящим воспалительным процессом, исходящим от первого верхнего большого коренного зуба. При воспалении резцов отек распространяется на верхнюю губу. Если причинным зубом оказывается клык, то воспаляется подглазничная область. Остеомиелит верхней челюсти развивается быстрее, чем нижней, но протекает легче. Это обусловлено плотностью кости, хорошей васкуляризацией, отсутствием прилегающих к кости мышц. Острый остеомиелит характеризуется поражением всех компонентов кости. В местах поражений кости обнаруживаются значительные изменения сосудов, их расширение, полнокровие, стаз и тромбоз. Содержимое питательных каналов кости подвергается расплавлению. К инновационным методам лечения остеомиелита можно отнести NO-терапию, которая включает в себя использование плазменных

NO-содержащих газовых потоков. Применение данного метода приводило к снижению воспалительных проявлений и ускорению периода заживления [5].

Заключение. Патогенез воспалительного процесса при различных его формах имеет общие механизмы. Выраженность клинических симптомов зависит от действия повреждающего агента, а также реактивности организма, которая зависит от состояния нервной, иммунной и эндокринной систем.

Список литературы

1. Робустова Т.Г., Карапетян И.С. и др. Хирургическая стоматология. М.: Изд-во Медицина, 2000. 688 с.
2. Кожокеева В.А., Кутгубаева К.Б., Эргешов С.М. и др. Пародонтит: клиника, диагностика, лечение: учебное пособие. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 102 с.
3. Казарян Н.С., Козлов К.К., Новосельцев А.В. и др. Устройство для закрытого дренирования гнойных ран и серозных полостей // Омский научный вестник. 2013. № 1(118). С. 146–147.
4. Монаков В.А. Вакум-терапия в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: дис. Самара, 2017. 170 с.
5. Шамборский В.Н. Рациональные модели, алгоритмы диагностики и анализа лечения острого одонтогенного остеомиелита челюстей: дис. Курск, 2014. 152 с.

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Кудрявцева В.И., Сахарова С.В.,
Пономарева М.Н.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, Тюмень,
e-mail: vkudravceva199919@gmail.com;
ГБУЗ ТО ОКБ №2, Тюмень

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения и на сегодняшний день общемировое число людей, живущих с ВИЧ, в 2020 г. составило 37,7 млн человек. Число новых случаев инфицирования ВИЧ в 2020 г. составило 1,5 млн человек. Число людей, умерших от связанных со СПИДом болезней в 2020 г., составило 680 000 [1]. ВИЧ-инфекция характеризуется многолетним течением, актуальным для него синдромом приобретенного иммунодефицита, приводящем к развитию заболеваний глаз, в том числе с поражением оболочек глазного яблока, зрительного нерва и придаточного аппарата [1,2]. Относительно высокий процент осложнений (70%) ВИЧ-инфекции приходится на орган зрения и может проявляться заболеваниями, как переднего, так и заднего отрезков глаза [2].

Цель. Представить офтальмологические проявления ВИЧ – инфекции на примере клинического случая пациентки офтальмологического отделения работающего в круглосуточном режиме ГБУЗ ТО ОКБ №2, г. Тюмени.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ нозологий у пациентки с офтальмологическими проявлениями ВИЧ-инфекции,

находящейся на стационарном лечении с 12.04.2021 г. – 19.04.2021 г. и с 17.08.2021 г. – 26.08.2021 г.

Результаты и обсуждение. Пациентка Т. обратилась в кабинет неотложной медицинской помощи с жалобами на тянущие боли при движении левого глаза, блики. Анамнез заболевания: считает себя больной в течение двух дней, сегодня отмечает снижение зрения левого глаза. Офтальмологический статус на момент поступления: Visus OD/OS=0,6 с/к -1,0 =0,9/ 0,1н/к; при офтальмоскопии глазного дна (асферичной линзой 78 Д) OD – диск зрительного нерва (ДЗН) бледно-розовый, границы четкие; артерии и вены нормального калибра; по ходу сосудов множественные диффузные очаги серого цвета; перипапиллярно очаг белого цвета диаметром около 4 мм неправильной формы, в макулярной зоне рефлекс четкий, на периферии без особенностей. При офтальмоскопии глазного дна (асферичной линзой 78 Д) OS-ДЗН бледно-розовый, границы четкие; артерии и вены нормального калибра; по ходу сосудов множественные диффузные очаги от серого до белого цвета, в макулярной зоне рефлекс четкий, на периферии перераспределение пигмента. Выявлены функциональные изменения крови, характерные для попадания вируса иммунодефицита человека – угнетения ростков крови: умеренная лейкопения ($3,43 \times 10^9/\text{л}$); лимфоцитопения ($0,41 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопения ($90 \times 10^9/\text{л}$). Наличие эозинофилии ($\text{Э} - 10\%$) указало на повышенную функцию иммунной системы в нейтрализации патологических агентов. Антитела (а/т) класса G к вирусу простого герпеса 1,2 типа, Цитомегаловирусу (ЦМВ), к токсоплазме положительны. В полости рта творожистый налет, снимается шпателем (зев, миндалины, зеки, язык) В результате микробиологического исследования выделенный микроорганизм *Candida sp.* Основной диагноз: Двусторонний хориоретинит, грибковой этиологии. Сопутствующий: Кандидоз ротовой полости. В результате проведенных дополнительных лабораторных исследований, особенностей офтальмологического статуса и слизистой полости рта пациентке рекомендована консультация инфекциониста и лечение в ГБУЗ ТО «Центре профилактики и борьбы со СПИДом» (ЦПБС). По ургентным показаниям с ухудшением офтальмологического статуса через 4 месяца пациентка повторно поступает в офтальмологическое отделение (находилась в стационаре с 17.08.2021-26.08.2021). Основной диагноз: Нейрохориоретинит обоих глаз неясной этиологии. Частичная атрофия зрительного нерва левого глаза. Сопутствующий: артериальная гипертензия (АГ) 3ст, 2стадии, риск 3. ХСН1. Анемия неуточненного генеза, легкой степени тяжести. В анамнезе В20 обнаружен в апреле 2021 года. Пациентка обследована у инфекциониста, анализ ПЦР