

## Стоматология

ID: 2012-11-5-A-1720

Оригинальная статья

Кириллова Т.В.

### Клинико-иммунологические нарушения в формировании заболеваний пародонта у больных с лимфомами

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

#### Резюме

Заболевания пародонта у пациентов с лимфомой диагностируются в 100% случаев. Установлено, что активный воспалительный процесс в тканях пародонтального комплекса протекает на фоне выраженных нарушений в системе местного иммунитета полости рта. Данные нарушения характеризуются снижением содержания IgA, sIgA, лизоцима, увеличением концентраций IgM и IgG в ротовой жидкости. Полученное значение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта позволяет говорить об ограничении компенсаторных возможностей в системе мукозального иммунитета.

**Ключевые слова:** лимфома, пародонтит, иммуноглобулины, лизоцим

#### Введение

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний пародонта обусловлена их широкой распространенностью, прогрессирующим течением с утратой функции зубочелюстной системы и потерей зубов [4]. Наличие у пациентов с пародонтитом сочетанной патологии, ослабляющей защитные силы организма создает условия для негативного воздействия на пародонт как со стороны имеющейся в полости рта микрофлоры, так и эндогенных пародонтопатогенных факторов [3]. К такой сочетанной патологии можно отнести гемобластозы, при которых изменения в полости рта встречаются наиболее часто [1]. Лимфомы представляют обширную группу заболеваний в структуре гемобластозов, которые отличаются по морфологическому строению, клиническим проявлениям, ответу на лечение и прогнозу [2]. При лимфомах различные патологические проявления обнаруживаются в полости рта, в том числе и в тканях пародонта [5]. Однако в доступной литературе вопрос клинических проявлений и механизмов формирования заболеваний пародонта у больных лимфомами освещен недостаточно.

**Цель:** определение клинико-иммунологических особенностей состояния пародонта у больных лимфомой до начала цитостатической терапии.

#### Материал и методы

Было обследовано 50 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст составил 41,1 года) с первично выявленным диагнозом лимфома, находящихся на стационарном лечении в гематологическом отделении онкологического диспансера. У 24 пациентов был установлен диагноз лимфома Ходжкина, у 26 больных верифицирован диагноз В-крупноклеточная лимфома. Больные обследовались до начала цитостатического лечения. Проводилось определение следующих стоматологических показателей: ИГФВ - индекс гигиены (Федоров Ю.А., Володкина В.В., 1971); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Pagma C., 1960); PI - пародонтальный индекс (Russell A.L., 1956); индекс кровоточивости (Muhleman H., Son S., 1971). С целью уточнения роли местного иммунитета в формировании патологических изменений в тканях пародонта у больных лимфомами были исследованы количественные показатели sIgA, IgA, IgG, IgM в нестимулированной слюне методом радикальной иммунодиффузии в геле G. Mancini, A. Carbonara (1965) с применением диагностических наборов РЕАФАРМ; активность лизоцима в ротовой жидкости определяли фотонейлометрическим методом В.Г. Дорофейчук (1968), функциональный критерий Ксб (коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета) по методике Н.И. Толмачевой (1987), в модификации Л.М. Лукиных (2001). Группу сравнения составили 20 человек примерно одинакового возраста с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП), не имеющих соматической патологии.

#### Результаты

Воспалительные заболевания пародонта у пациентов с лимфомой определялись в 100% случаев, из которых 89,02% составляли ХГП и 10,98% случаев относились к гингивиту. Наиболее часто диагностировался ХГП различной степени тяжести, значительно реже выявлялся гингивит в катаральной и гипертрофической формах. До начала лечения у пациентов с лимфомой значения индексов были следующими. Индекс гигиены по Федорову-Володкиной составлял  $2,7 \pm 0,01$  и был на 40% выше по сравнению с группой контроля ( $p < 0,005$ ). Индекс ПМА был равен 41,5% и превышал показатели больных с ХГП без соматической патологии ( $p < 0,01$ ). Пародонтальный индекс имел отличия от группы контроля и составлял  $2,81 \pm 0,02$ . Индекс Мюллмана у пациентов с лимфопротиферативными заболеваниями был более высоким и находился в интервале  $1,67 \pm 0,27$ , тогда как у больных с ХГП без соматической патологии составлял  $1,54 \pm 0,28$ . Индексные параметры у пациентов с ХГП, протекающем без признаков соматической патологии, имели следующие значения: индекс гигиены по Федорову-Володкиной составлял  $1,6 \pm 0,02$ , индекс ПМА 33,1%, пародонтальный индекс  $2,3 \pm 0,04$  ( $p < 0,005$ ). В системе мукозального иммунитета до начала цитостатического лечения были выявлены следующие изменения. Так количество общего IgA было снижено по отношению к контролю до  $0,022 \pm 0,005$  г/л, но достоверно не отличалось ( $p > 0,5$ ), в группе контроля данный показатель составил  $0,024 \pm 0,003$  г/л. Аналогичная тенденция обнаружена в отношении содержания sIgA. Синтез секреторного IgA резко снижен до  $0,29 \pm 0,018$  г/л ( $p < 0,001$ ), группа контроля  $0,42 \pm 0,098$  г/л. Прямо противоположная динамика была получена при анализе данных IgG и IgM. Концентрация IgG резко возросла по сравнению с контролем до  $0,089 \pm 0,025$  г/л ( $p < 0,001$ ), контроль  $0,041 \pm 0,004$  г/л, синтез IgM также увеличился до  $0,058 \pm 0,017$  г/л ( $p < 0,005$ ), контроль  $0,016 \pm 0,002$  г/л. Одним из важных факторов неспецифической защиты слизистой оболочки полости рта является лизоцим. Количество лизоцима в ротовой жидкости у больных с лимфомами до проведения химиотерапии

составляло  $42,12 \pm 2,44\%$ , что достоверно не отличалось от показателей в контрольной группе  $46,89 \pm 4,74\%$ . Коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб) является более информативным критерием, чем значение одиночных показателей защитных факторов (sIgA, IgA, IgG, Liz). До начала лечения у больных лимфомой значение Ксб составило  $6,402 \pm 0,321$  ( $p < 0,001$ ), показатель Ксб контрольной группы ( $2,429 \pm 0,597$ ). Полученное значение Ксб у больных лимфомой позволяет говорить о нарушении компенсаторных механизмов в функционировании системы местного иммунитета полости рта.

### Обсуждение

Высокая распространенность заболеваний пародонта у данной категории больных может быть обусловлена, с одной стороны, наличием слизисто-висцеральных связей, (следует учитывать также возможность воздействия на слизистую оболочку продуктов обмена, образующихся во внутренних органах), с другой стороны, лимфома как системное заболевание в определенной степени изменяет реактивность организма и способствует возникновению или прогрессированию заболеваний пародонта. Полученные данные индексальных параметров свидетельствуют о наличии активного воспалительного процесса в структурах пародонта. В системе мукозального иммунитета выявлен выраженный дисбаланс. Синтез секреторного IgA резко снижен, его пониженное количество связано с повышенным потреблением при формировании компенсаторно-защитных процессов в слизистой оболочке полости рта на фоне протекающего патологического процесса в организме. Снижение концентрации данного иммуноглобулина связано также с нарушением синтеза самих молекул sIgA в клеточных структурах тканей полости рта. Увеличение синтеза иммуноглобулинов IgM и IgG свидетельствует о наличии воспалительного и деструктивного процессов в тканях ротовой полости и пародонта. Являясь индикаторным иммуноглобулином воспалительной реакции, IgG увеличивается в тканях ротовой полости и такой внешнесекреторной жидкости как слюна при понижении образования и выделения на поверхность слизистой оболочки sIgA, что является характерным симптомом местного вторичного иммунодефицита. Сниженное количество лизоцима связано с его высоким потреблением, направленным на уничтожение и элиминацию микробной флоры, развивающейся в ротовой полости на фоне патологического процесса слизистой.

### Заключение

Установленная выраженность клинических проявлений воспалительных заболеваний пародонта у больных лимфомой до начала цитостатического лечения, свидетельствует о наличии активного воспалительного процесса в тканях пародонтального комплекса. Иммунные нарушения при лимфомах на уровне местного иммунитета полости рта проявляются в целом повышением коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта и могут служить подтверждением теории о роли иммунологических механизмов в возникновении воспалительных заболеваний пародонта.

### Литература

1. Агаджанян А.А. Стоматологическая помощь больным с гематологическими заболеваниями. / А.А. Агаджанян, А.В. Алимский, Л.В. Серова// Стоматология. – 1998. - № с.42 – 48
2. Волкова М. А. Клиническая онкогематология. Руководство для врачей. – М. : Медицина, 2001.- 576 с.
3. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под общей редакцией профессора Ореховой Л.Ю./3 12 М: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.
4. Островская Л.Ю. Клинико-диагностические критерии и оценка эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ...доктора. мед. наук. / Л.Ю. Островская - Волгоград, 2008. 37 с.
5. Петрова Т.Г. Особенности развития хронического воспалительного процесса в ротовой полости при лимфопролиферативных заболеваниях: Автореф. дис. ...доктора. мед. наук. / Т.Г. Петрова - Новосибирск, 2009. 52с.