

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПУЗЫРЧАТКОЙ.

Набираева Б.А., Охунов Б., Миррахимова М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

bahore98@mail.ru

Истинная пузырчатка – одно из наиболее тяжелых заболеваний в дерматологической практике. У большинства больных пузырчаткой патологический процесс начинается с поражения слизистой оболочки рта и губ. В течении более чем одного года полость рта при этом может быть единственным местом, где локализуются высыпания. Они могут возникать на любом участке слизистой оболочки полости рта. Первичным элементом пузырчатки являются внутриэпидермальный пузырь, расположенный на невоспаленном основании. Поскольку покрытия пузыря очень тонкая, то при осмотре полости рта обнаруживаются только эрозии, в некоторых случаях покрытые обрывками крышки пузыря. Этому способствуют мацерация пузыря слюной, травматизация зубами, пищевым комком и другими факторами. При этом повреждения слизистой оболочки полости рта болезненны и вызывают затруднения при разговоре и приеме пищи, а у некоторых больных болезненность эрозии отмечается даже во время сна (Матулиевская Е.В. и др., 1996; Кубанова А.А. и др., 1999).

Параллельно с микробиологическими исследованиями у одних и тех же больных пузырчаткой полости рта изучали состояние местных факторов защиты, а именно состояние титра лизоцима, показатель фагоцитоза и уровень секреторного иммуноглобулина класса А (IgA).

Для определения фагоцитарной активности нейтрофилов в слюне, забор и обработка слюны проводилась по методу М.А. Темурбаева (1984) в модификации А.В. Антонова (1996). Для этого отобранную слюну очищали, промывали за буферным раствором и центрифугировали при 1000 об/мин в течении 10 минут недостаточную жидкость сливали, а к осадку добавляли 0,5 мл физиологического раствора. К 0,2 мл полученной смеси, в пробирке добавляли по 0,1 мл взвеси частиц латекса. Смесь инкубировали во влажной камере 30 мин, при 37°C, постоянно встряхивая. В последующем из этой смеси готовили мазки по типу мазка крови окрашивали по Романовскому-Гимзе. Подсчитывали под микроскопом не менее 100 нейтрофилов с латексом и без него в каждом препарате.

Активность лизоцима в ротовой жидкости, определялись нами при помощи способа Алиева Ш.Р. (1994), которая включала в себя использование стерильных бумажных дисков. В этих целях, забор слюны проводили натошак в стерильную посуду, в последующем брали пинцетом бумажные диски (схожие с антибиотиком) и тщательно пропитывали их в слюне, затем эти диски укладывали на поверхность питательного агара, в чашках Петри, засеянных газоном суточной культурой *Micr.lysodenticus*, посева инкубировали в

термостате при температуре 37°C, активность лизоцима в слюне определяли по методу диффузии в агаре.

Определение иммуноглобулинов класса А - секреторной фракции (sIgA), в основе метода положен метод Манчини (1984), который основан на измерении диаметра кольца преципитации, образующегося при внесении ротовой жидкости в лунки, вырезанные в слое агара, в котором предварительно дисперированы моноспецифическая ан-тисыворотка. В стандартных условиях опыта диаметр кольца преципитации прямо пропорционален концентрации иммуноглобулина.

Результаты и обсуждение. Известно, что неотъемлемой частью микроэкосистемы полости рта является нормальная микрофлора, обеспечивающая колонизационную резистентность (Ленцнер А.А. и соавт., 1992). При этом, важнейшими экологическими детерминантами, вызывающие обитание в этом отделе пищеварительного тракта микробов, являются состояние зубочелюстной системы, пища, окислительно-восстановительный потенциал, степень резистентности слизистых оболочек полости рта (Усатова Г.Г., 1998). По мнению И.Г. Понамаревой (1993), изучая функционирование механизмов полости рта, можно получить данные, как о неблагоприятном внешнем воздействии, так и о нарушениях нейрогуморальной регуляции, как следствие, какого-то заболевания.

Учитывая вышеизложенное, нами также проведено изучение состояния колонизационной резистентности различных участков полости рта: десны, язык, щек и неба, как в контрольной группе, так и у больных людей с пузырчаткой. Для этого нами использованы специальные гильзы из нержавеющей стали, с определенной глубиной и поверхностью (см²), которые после тщательной стерилизации заливались высокоселективными питательными средами, после чего помещали в стерильные чашки Петри и хранились в холодильнике. При приеме больных производили посев отпечатками, для этого эти Гильзы прикладывались к поверхности слизистых оболочек: десны, языка, щек и неба на 2-3 сек, затем эти гильзы опять укладывали в чашки Петри и переносили их в термостат при температуре 37°C на 24-48 часов. По истечении этих сроков, чашки вынимали из термостата, забирали гильзы и делали подсчет выросших колоний (КОЕ/см²), после чего у выросших культур изучали морфологию, тинкториальные, культуральные и биохимические свойства, тем самым устанавливали вид выросшего микроба

Список литературы:

1. Салимов, Одилхон. "СПОСОБ ПРОНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ." *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований* 1.2 (2020): 16-22.