28. Хмелевская И.Г., Рагулина В.А., Конопля А.И., Чалый Г.А. Некоторые иммобилизованные протеазы и их активаторы как иммунокорригирующие средства // Антибиотики и химиотерапия.- 1997.-Т.42,№3.-С. 11-14.
29. Хорошилова И. П., Илатовская Л.В., Бордюгова Г.Г., Гахраманов Ф.С. Особенности патогенеза ожогов глаз эпихлоргидрином и их лечение // Вестник офтальмологии.- 1991.-Т.107,.№1.С.12-16.
30. Эфендиев А.И., Дадалиев А.И., Литвин Г.Д., Бердияров Ш.Т. Клинико-морфологическая характеристика раневого процесса при лечении ожоговых ран дальцекс-трипсином // Военно- медиц. журн.-1991.-№8.-С.65.
31. Ченцова Е.В., Шведова А.А., Ибадова С.И., Капитонов Ю.А. Экспериментальное обоснование эффективности применения фибронектина и эмоксипина при ожоговой болезни глаз // Офтальмологич. Журн.- 1991.- №3.-С.171-173.
32. Шавга Н., Викол Г. Тканевая терапия ожогов // 4 Международный хирургический конгресс. Тель-Авив, Израиль. 4-6 марта 1996.- С.282.
33. Echiard C.E. Immunity of the burned patient // Scand. J. Plast. Reconstr. Serg.- 1987.- Vol. 21.-P.317-321.

Реферат

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ

Нетюхайло Л.Г.

Статья посвящена одной из наиболее актуальных проблем современной медицины – проблеме лечения ожогов, которые в структуре общей смертности занимают одно из ведущих мест. Изложены основные современные этиопатогенетические принципы и методы лечения ожогов с участием иммунокоррекции, аллопластики, тканевой терапии, ингибиторов протеолиза, антибактериальныых и других препаратов.

Summary

MODERN METHODS OF MANAGEMENT OF BURNS

Net'ukhailo L.G.

This study takes up one of the most urgent problems of present-day medicine – the management of burns, which are on one of the leading stands in the structure of over-all mortality. The main modern etiopathogenetic principles and methods of the management of burns with using of immunocorrections, alloplactics, tissue therapy, inhibitors of proteolysis, antibacterial remedies and others are represented in this article.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України
м. Полтава

УДК 616.31-053.5

МЕСТНЫЕ ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ткаченко П.И., Гоголь А.М.

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области сопровождаются нарушением факторов местного иммунитета, которые являются объективными критериями оценки их течения. Автономность местных защитных реакций в некоторой степени определяет патогенез и влияет на характер течения воспалительного процесса. Современные представления относительно иммунологического аппарата слизистой оболочки полости рта создают предпосылки изучения новых патогенетических связей. Исследование иммунокомпетентности органов и тканей ротовой полости позволит, в некоторой степени, выяснить причины возникновения и особенности течения хронического лимфаденита с целью усовершенствования методов ранней диагностики, лечения и профилактики.

Введение в медицинскую терминологию понятия «местный иммунитет» обусловлено достижениями клинической иммунологии и признанием важности значения местных иммунологических реакций в этиологии и патогенезе целого ряда общесоматических и инфекционных заболеваний [38]. Нарушения неспецифической резистентности и иммунитета организма сопровождают развитие инфекционных, аллергических, неврогенных заболеваний слизистой оболочки. Краткий сравнительный анализ относительно кариеса зубов, воспалительных заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта (СОПР), проведенный по некоторым показателям местного иммунитета ротовой полости, указывает на необходимость переосмысления роли иммунокомпетентности СОПР в возникновении стоматологических заболеваний [12,15,17,33,34].

Функциональное предназначение полости рта определяет постоянное воздействие на СОПР антигенных раздражителей, преимущественно инфекционного происхождения. Безусловно, динамическое равновесие между патогенной микрофлорой полости рта и защитными системами макроорганизма зависит от состояния факторов неспецифической резистентности и иммунокомпетентности тканей ротовой полости [4].

Факторы местных неспецифических и специфических защитных реакций участвуют в развитии и течении одонтогенных воспалительных процессов. При этом, они не только отражают состояние общих защитных систем организма, но и оказывают непосредственное влияние на их формирование и функционирование [7,40].

В структуре воспалительных процессов челюстно-лицевой области преобладают лимфадениты, аденофлегмоны, одонтогенный остеомиелит и сиаладениты [16,36], которые, зачастую, протекают атипично, что и объясняет полиморфизм клинических проявлений воспалительных процессов в результате нарушений неспецифической и иммунологической реактивности организма [24]. Особенности возникновения, развития, течения и исхода воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей наиболее часто обусловлены несостоятельностью иммунокомпетентных систем организма и неблагоприятной экологической ситуацией [1,11,19], что требует разработки и внедрения в повседневную клиническую практику достижений иммунологии для совершенствования эфективности проводимых диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

Гуморальные и клеточные факторы неспецифической резистентности.

Ротовая жидкость секретируется большими, малыми слюнными и слизистыми железами. Гуморальными факторами неспецифических защитных реакций являются содержащиеся в ней органические вещества – альбумины, глобулины, витамины, ферменты. Для их оценки среди различных показателей ротовой жидкости наиболее существенными и информативными являются исследования ферментов (лизоцим, амилаза, кислая и щелочная фосфатаза, РНК- и ДНК-аза, ферменты антиоксидантной защиты, протеолитические ферметы и ингибиторы протеолиза), белков (альбумины, глобулины, лактоферин, система комплемента, пропердин, В-лизины, интерферон), углеводов (гексоз, сиаловых и урановых кислот, глюкозы, фруктозы, гексозаминов)[37,39].

Необходимо отметить, что основную роль в ферментативной антимикробной активности ротовой жидкости отводится лизоциму и его действие находиться в тесной связи с выработкой антител. Поэтому, для оценки состояния неспецифических защитных факторов ротовой жидкости зачастую исследуют в ней концентрацию лизоцима и бактерицидную активность [26]. Снижение уровня данных показателей выявлено у больных с выраженной клинической симптоматикой одонтогенных воспалительных заболеваний [28,30]. Характерным является то, что активность лизоцима паротидного секрета снижена непосредственно у детей страдающих хроническим паренхиматозним паротитом не только в период обострения заболевания, но и в период ремиссии [21,31].

Одним из механизмов неспецифической защиты полости рта являются реакции клеток СОПР, периодонта, костного мозга, лимфатических узлов, соединительной ткани. Они представлены эпителиальными структурами, нейтрофильными лейкоцитами, ретикулярными клетками лимфатических узлов, гистиоцитами соединительной ткани. Фагоцитарная и переваривающая способность их зависит от многих факторов, но в основном от состояния гуморальных факторов самой ротовой жидкости [10,13].

Значительное повышение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов установлено при одонтогенных лимфаденитах и аденофлегмонах. При этом, угнетение фагоцитарных реакций коррелирует с тяжестью клинических проявлений воспалительного процесса. При прогрессирущих флегмонах, диффузных остеомиелитах челюстей показатели фагоцитоза значительно снижены [23]. В частности, изучение цитологической картины мазков-отпечатков при остром и хроническом течении гнойных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области позволило выявить различную зависимость фагоцитарной активности [37]. Доказано, что характер фагоцитарных реакций нейтрофильных лейкоцитов определяет не только патогенез острых воспалительных заболеваний, но и создает предпосылки к затяжному течению их с развитием осложнений [7,18,40].

Состояние межклеточной кооперации нейтрофильных лейкоцитов с макрофагами и гистиоцитами, локализованных в собственной пластинке слизистой оболочки, создает предпосылки к возможности формирования очага хронической инфекции в полости рта. Помимо этого, фагоцитоз клеточных элементов тесно связан с содержанием плазматических клеток и накоплением иммунных тел в слизистой оболочке [6].

На основании показателей гемограммы периферической крови, учитывая важность этого фактора, определен целый ряд индексов соотношения популяций лейкоцитов как ориентировочных маркеров состояния иммунологической реактивности организма при некоторых воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области [3,35]. В стоматологической практике с диагностической и прогностической целью предложены также способы изучения адгезивной и фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов [30].

Гуморальный и клеточный специфический иммунитет.

Гуморальный специфический иммунитет связан с функционированием В-звена иммунной системы. Взаимодействие антигенпредставляющих клеток с В-лимфоцитами вызывает их пролиферацию и дифференцировку в плазматические клетки, которые локализуются в слюнных железах и собственно пластинке слизистой оболочки и продуцируют при этом основной гуморальный фактор – секреторный иммуноглобулин А (sig A). В синергизме с системой комплемента и лизоцимом sIg A ротовой жидкости регулирует состояние резидентной микрофлоры путем ингибирования ее связи с эпителиальными клетками, ограничения колониеобразования и степени вирулентности микроорганизмов [52]. Развитие и течение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ВЗ ЧЛО) прежде всего происходит на фоне дефицита в ротовой жидкости лизоцима, sIg A и других антител [21,28,30]. Процесс же антителообразования, согласно показателям иммунограммы периферической крови, не коррелирует с таковым в секрете ротовой полости, что является важным подтверждением относительной автономности функционирования ее иммунологического аппарата [37].

Целесообразность изучения Т-клеточного звена иммунитета определяется его важной ролью в регуляции иммунных реакций. В значимых количествах Т-лимфоциты определяются прежде всего в жидкости десневой бороздки [22], а основным местом их локализации и функциональной активности является lamina propria слизистой оболочки [6].

Зачастую, оценку показателей специфического клеточного иммунитета при ВЗ ЧЛО проводят изучая количество Т-клеток в периферической крови. Следует отметить, что течение острых воспалительных заболеваний ЧЛО сопровождается снижением количества Т-клеток (Е-РУК) на фоне увеличения содержания В-клеток (М-РУК), уменьшением иммунорегуляторного коэффициента (Т-хелперы /Т-супрессоры) за счет преимущественного снижения Th и увеличения Ts [31].

У детей развивается преимущественно клеточный иммунодефицит, прогрессирующий по мере распространения и утяжеления процесса, что в определенной мере обусловлено недостаточной активностью вилочковой железы [24]. Определена и группа риска – дети в возрасте 7-12 лет. Если же параллельно с иммунодефицитным состоянием прослеживается фагоцитарная ареактивность, то воспалительный процесс имеет тенденцию к прогрессированию и частой хронизации [7,23]. В свою очередь, хронические одонтогенные очаги инфекции формируют преморбидный фон, сопровождающийся снижением уровня антител и лизоцима не только в крови, но и в секретах ротовой полости, и обусловленный депрессией одновременно Т и В-звена иммунитета [32].

Однако, для понимания частных механизмов нарушений местного иммунитета, участвующих в развитии воспалительных процессов этого явно недостаточно. Существование лимфоидной ткани, ассоциированной с слизистыми оболочками (MALT, от англ.

Mucosalassociaated lymfoid tissue) и представленной в полости рта скоплениями лимфоцитов, плазматических клеток и фагоцитов требует иного отношения к определению функциональной значимости СОПР в поддержании иммунного гомеостаза [5,6,14]. Изучение морфофункциональных особенностей антигенпредставляющих клеток, популяций Т и В-лимфоцитов создает предпосылки для целенаправленной иммунокорекции при лечении хирургических стоматологических заболеваниях [8]. Развивая представления о иммунокомпетентности СОПР следует признать перспективность изучения ее отношений с другими органами и системами. Очевидна взаимосвязь морфофункционального состояния ее с лимфоэпителиальными образованиями, представленными скоплениями лимфоидных фолликулов, язычными, небными, глоточными миндалинами [6,9]. На протяжении последних лет отмечается рост распространенности гиперплазии образований лимфоглоточного кольца и лимфатических узлов ЧЛО и шеи у соматически здоровых детей, что может свидетельствовать о наличии очагов хронической инфекции [20] и формировании вторичной иммунной недостаточности с изменением уровня сывороточных антител к условнопатогенной микрофлоре [25].

По данным некоторых авторов установить причину возникновения неспецифических лимфаденитов ЧЛО в 20% не представляется возможным [2], что требует уточнения их этиопатогенеза. В анамнезе развития лимфаденитов есть указания на ранее перенесенные простудные заболевания и наличие сопутствующей патологии. Анализ литературных данных позволяет предположить, что развитию неспецифического лимфаденита может способствовать ингибирование фагоцитарной активности и бактерицидной способности нейтрофилов на фоне острых респираторных заболеваниях [18]. В случае наличия очага хронической инфекции (одонто-,рино-, стомато, тонзилогенного) и формирования иммунодефицитного состояния, ослабляется барьерная функция СОПР, что возможно обусловлено миграцией АПК и других иммунокомпетентных клеток во вторичные лимфоидные образования [6].

При гистологическом исследовании десны в области пораженного зуба у больных с хроническими периодонтитами в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия отмечена вакуольная дистрофия и другие дистрофические изменения, выраженность которых зависит от длительности заболевания. При течении заболевания более одного года на фоне воспалительной лимфогистиоцитарной инфильтрации и разрастания грануляционной ткани тяжи эпителия врастают довольно глубоко в субэпителиальные ткани десны [29]. Эти изменения указывают на заинтересованность эпителиальных структур в поддержании целостности противоинфекционного барьера СОПР и иммунного гомеостаза в целом. Остается не выясненным, какие структуры и факторы местной иммунной защиты определяют возможность развития хронических форм лимфаденитов. Нам представляеться перспективным изучение имунокомпетентности десны в сочетании с определением качества фагоцитарных реакций нейтрофильных лейкоцитов десневой жидкости и уровнем sIg A и лизоцима в ротовой жидкости у детей с хроническим периодонтитом, который, зачастую, сопровождается развитием хронического лимфаденита.

Таким образом, воспалительные заболевания ЧЛО сопровождаются нарушениями факторов местного иммунитета, которые являются объективными критериями оценки их течения. В целом изучение иммунокомпетентности органов и тканей ротовой полости на таком уровне позволит уточнить в некоторой степени, в частности, и етиопатогенез хронических лимфаденитов с целью усовершенствования методов ранней диагностики, лечения и профилактики.

Литература

1. Арабська Л.Г., Антипкін Ю.Г. До питання про стан здоров'я дітей, що народилися в перший рік після аварії на ЧАЕС // Актуальные проблемы педиатрии: Юбилейн. сб. науч. тр.— Запорожье,1995.-С.159-160.
2. Бахмудов Б.Р. Неспецифический лимфаденит и аденофлегмона челюстно-лицевой области и шеи у детей // Стоматология.-1996.-№6.-С.45-47.
3. Бернадский Ю.И., Кульбашная Я.А., Афонина Г.Б. Диагностика и прогнозирование степени тяжести одонтогенных флегмон с помощью иммунологических способов исследования // Стоматология.-1990.-№6.-С.32-33.
4. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта.— М.:Медицина.-1991.-304с.
5. Быков В.Л. Дендритные антигенпредставляющие клетки слизистой оболочки полости рта в норме и при патологических состояниях // Архив патологии.-1997.-т.65,вып.2-С.71-72.
6. Быкова В.П. Лимфоэпителиальные органы в системе местного иммунитета слизистых оболочек // Архив патологии.-1995.-№1 - С.11-16.
7. Воложин А.И., Агапов В.С., Сашкина Т.И., Шулаков В.В., Дробышев А.Ю. Осложненное течение воспалительного процесса. Ранняя диагностика и принципы лечения // Стоматология - 1995.-№1.-С.34-37.
8. Волошина Л.И. Состояние иммунологического аппарата слизистой оболочки полости рта в участках, выстилающих область перелома нижней челюсти // Проблеми екології та медицини.-2001.-№3-4.-С.38-40.
9. Волощук М.И., Шматко В.И.,Тырса О.В.,Кищук В.В.Исследование взаимосвязи между состоянием небных миндалин, уровнем Ig A,заболеваниями пародонта и кариеса // Журнал вушних, носових і горлових хвороб.-1999.-№3.-С.518-520.
10. Данилевський М.Ф.,Чернишов В.П., Беленчук Т.А., Самойлов Ю.Л Оцінка місцевого імунітету за показниками адсорбції мікроорганізмів клітинами епітелію слизової оболонки // Педіатрія, акушерство і гінекологія.-1991.-№2.-С.25-26.
11. Казакова Р.В.,Кольцова Н.І., Білищук М.В. Співвідношення та вплив чинників довкілля на розвиток та перебіг стоматологічних захворювань у дітей // Новини стоматології.-1998.-№5.-С.48-50.
12. Казарина Л.Н., Сашкина Т.И., Воложин А.И. Роль механизмов резистентности полости рта в патогенезе глоссалгий // Рос. стом. журнал.-2001.-№3.-С.32-34.
13. Казимирский В.А., Шаргородский В.М., Осокина М.И. Клинико-иммунологическая диагностика, прогнозирование и контроль лечения одонтогенных абсцессов, флегмон, лимфаденитов // Стоматология: Материалы III съезда стоматологической ассоциации (общероссийской).- М., 1996.-С.60-63.
14. Кайдашев И.П., Волошина Л.И., Шинкевич В.И., Карасюнок О.А., Рябенко В.В., Ножинова О.А., Баштовенко О.А. Роль дендритных клеток в обеспечении локального иммунитета полости рта // Український стоматологічний альманах.-2001.-№5.-С.80-87.
15. Куцевляк В.Ф., Денисова Е.Г. Местный иммунитет полости рта при множественном кариесе зубов у детей // Вісник стоматології.-1998.-№2.-С.61-62.
16. Махкамов Э.У., Азимов М., Минисаев Д.А., Мирахмедова Д.У., Киселева Е.М. Частота и структура воспалитеельных заболеваний челюстно-лицевой области по материалам хирургического отделения детской стоматологии при 2-й клинике Ташкентского медицинского института // Стоматология.-1990.-№2.-С.62-65.
17. Мащенко И.С., Титаренко Е.В. Состояние местных неспецифических факторов резистентности у детей с различным физическим и биологическим развитием, имеющих воспалительные заболевания пародонта // Вісник стоматології.-1996.-№2.-С.151-154.
18. Маянский А.Н., Пикуза О.И. Клинические аспекты фагоцитоза.-Казань: Магариф, 1993.-190с.
19. Мельниченко Э.М., Кушнер А.Н., Зафранская М.М., Милютин А.А. Содержание иммуноглобулинов в слюне детей, проживающих в различных радиоекологических условиях // Стоматология.-1999.-№2.-С.12-14.
20. Нероденко Н.І. Вплив стану загальносоматичного здоров'я на перебіг основних хірургічних стоматологічних захворювань // Новини стоматології.-2000.-№3.-С.50-54.
21. Рибалов О.В. Наше бачення етіології та патогенезу хронічного паренхіматозного паротиту // Дентарт.-1995.-№1.-с.60-62.

22. Робустова Т.Г., Лебедев А.К., Понякина И.Д. Комплекс экспресс-микрометодов оценки общего и местного иммунитета для практической стоматологии // Стоматология.-1990 -№2.-С.22-25.
23. Робустова Т.Г., Губин М.А., Царев В.Н., Лебедев К.А., Ушаков Р.В., Стародубцев В.С., Фомичев Е.В. Пути профилактики и лечения распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений // Стоматология.-1995.-№1.-С.31-34.
24. Рогинский В.В., Коринская Н.Н. Особенности клинического течения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей // Стоматология.-1996.-№6.-С.48-52.
25. Стенина М.А., Воеводин Д.А., Скрипник А.Ю., Розанова Г.Н., Чередеев А.Н. Уровень сывороточных антител к условнопатогенной микрофлоре как маркер процесса формирования вторичного иммунодефицита // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.-2001.-№5.-С.50-54.
26. Стомахина Н.В., Данилова М.К. Комплекс методов оценки состояния неспецифической резистентности организма по иммунологическим показателям слюны // Гигиена и санитария.-1992.-№3.-С.67-69.
27. Тайченачев А.Я. Состояние реактивности при одонтогенных воспалительных заболеваниях // Вісник стоматології.-1998.-№2.-С50-53.
28. Тимофеев А.А., Киндрась И.Б. Причины возникновения, диагностика и особенности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи // Вісник стоматології.-1997.-№1.-С.86-89.
29. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- К.: ООО"Червона Рута – Турс",2002.-1024с.
30. Ткаченко П.И. Динамика изменений иммунологических показателей у детей при остром гнойном одонтогенном остеомиелите нижней челюсти // Вісник стоматології.-1998.-№1 -С.53-56.
31. Ткаченко П.І. Патогенетичні особливості запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей та диференційовані підходи до їх лікування - Автореф. дис. ... д.м.н., Полтава, 1998.-32 с.
32. Черкашин С.І. Клініко-імунологічна характеристика одонтогенної вогнищевої інфекції та одонтогенного хроніосепсиса // Вісник стоматології.-1995.-№1.-С.34-36.
33. Чумакова Ю.Г., Запорожец Н.Н., Мороз О.В. Состояние местного иммунитета полости рта и системного иммунитета у лиц молодого возраста с хроническим катаральным гингивитом // Вісник стоматології.-2002.-№1.-С.22-24.
34. Хазанова В.В., Земская Е.А., Дмитриева Н.А., Сахарова Є.Б., Балашов А.И. Состояние местного иммунитета полости рта при кариесе зубов // Стоматология.-1995.-№5.-С.62-64.
35. Харьков Л.В., Чехова И.Л. Диагностика острых неспецифических лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей // Вісник стоматології.-1996.-№3.-С.224-228.
36. Харьков Л.В.,Нероденко Н.И.,Сульженко И.Н. Анализ частоты и структуры основных стоматологических заболеваний по материалам поликлинической базы кафедры хирургической стоматологии НМУ // Вестник стоматологии.-1997.-№1.-С.114-119.
37. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи.-М.:Медицина,1985.-352 с.
38. Шварцман Я.С., Хазенсон Л.Б. Местный иммунитет.-Л.: Медицина, 1978.-224 с.
39. Шматко В.І., Голубева І.М., Біденко Н.В., Антонишин Б.В., Остапко О.І. Захисні механізми порожнини рота // Вісник стоматології - 1998.-№4.-С.79-84.
40. Юнусходжаев Э., Галанкин В.Н. Оценка функциональной активности нейтрофилов периферической крови у больных с одонтогенными флегмонами // Стоматология.-1993.-№4.-С.26-28.

Реферат

МІСЦЕВІ ЗАХИСНІ РЕАКЦІЇ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ
Ткаченко П.І., Гоголь А.М.

Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки супроводжуються порушенням факторів місцевого імунітету, які є об'єктивними критеріями оцінки їх перебігу. Автономність місцевих захисних реакцій в певній мірі визначає патогенез та впливає на характер перебігу запального процесу. Сучасні уявлення стосовно імунологічного апарату слизової оболонки порожнини рота створюють передумови вивчення нових патогенетичних зв'язків. Дослідження імунокомпетентності органів і тканин ротової порожнини дозволить, в деякій мірі, з'ясувати причини виникнення та особливості перебігу хронічного лімфаденіту з метою вдосконалення методів ранньої діагностики, лікування і профілактики.

Summary

LOCAL PROTECTIVE REACTIONS OF ORAL CAVITY UNDER INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLO-FACIAL RANGE
Tkachenko P.I.,Gogol A.M.

Inflammatory diseases of maxillo-facial range are accompanied by disorders of local immunity factors, which are objective criteria of the assessment of their course. The autonomy of local protective reactions slightly determines pathogeny and influences upon the character of inflammatory process. Modern representations concerning the immunological organs of oral mucosa create necessary prequisitions for studying new pathogenetic links. The research of immunocompetency of organs and tissues of oral cavity will allow, somewhat, to find out the causes of originating and the feature of the course of chronic lymphadenitis with the purpose of improvement of methods of early diagnostics, treatment and prophylactics.

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України,
м. Полтава