

Вісник СТОМАТОЛОГІЇ

Науково-практичний журнал

3

Одеса • 2014

Вісник СТОМАТОЛОГІЇ VISNYK STOMATOLOGY

ISSN 2078-8916

ЗМІСТ

Експериментально-теоретичний розділ

Томиліна Т. В., Скляни К. В., Левіцький А. П. Вплив біологічески активних речовин вищого вижимки на со-	2
стояние пародонта криси з прелизолюзованим імунodefіцитом	
Столяр В. Г. Гістологічне дослідження ясен шурів з прелизолюзованим пародонітом після аплікацій полівалентного	6
орального гелю	
Трояненко Л. Н., Чумакова Ю. Г. Сравнительная оценка лечебно-профилактического действия зубных паст на модели	9
пародонтита у криси	
Мрочко О. І., Заболотний Т. Д., Левіцький А. П. Розвиток запально-дистрофічних та дисбіотичних процесів в пародонті за умов інгаляцій спирта та їх профілактика квертуліном	14

Терапевтичний розділ

Сухина І. С., Томиліна Т. В., Соколова І. И., Насонова А. Н. Развитие воспаления в тканях полости рта больных ра-	19
ком молочной железы после адьювантной химиотерапии	
Дроник І.И. Клинико-диагностические и этиологические особенности хронического генерализованного пародонтита с	21
гнобными очагами в пародонте	
Макаренко М. В. Динаміка біохімічних показників ротової рідини після застосування озонотерапії у пацієнтів молодого	25
віку з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом	
Машенко І.С., Гударьян А.А., Дорогина А. С. Лечение быстропрогрессирующего генерализованного пародонтита у	30
больных с лекарственной устойчивостью к метформинной терапии	
Струк В. И., Вагманюк Н. В. Показатели цитокининовой системы как маркеры доклинической стадии гене-	35
рализованного пародонтита у больных катаральным гингивитом	
Шостенко А.А. Характеристика секреторного иммунитета и методы его коррекции у больных с различным проявлением	38
генерализованного катарального гингивита	
Лавровская Я. А., Романенко И. Г., Левіцький А. П. Состояние воспаления и дисбиоза в полости рта у больных хро-	47
ническим пародонитом после приема антибиотических препаратов	
Глазунов О. А. Математическое моделирование влияния общесоматического патологического статуса у	51
горнорабочих.	

Хірургічний розділ

Гударьян А.А. Системный подход к профилактике и лечению дентальной перимплантита при выявлении факторов	56
риска его возникновения	
Любченко А. В. Отдаленные результаты лечения больных с костно-деструктивной патологией височно-	59
нижнечелюстного сустава.	
Гударьян А. А. Иммунологические и микробиологические особенности послеоперационных воспалительных осложне-	64
ний челюстно-лицевой области	
Самойленко И. А. Преперационная подготовка больных с генерализованным пародонитом к дентальной импланта-	68
ции	
Машенко І.С., Гударьян А.А., Ширинкин С.В. Возможность применения непосредственной имплантации с аугмента-	70
цией кости и немедленной нагрузки в реабилитации пациентов с генерализованным пародонитом	
Машенко І.С., Гударьян А. А., Идашкіна Н. Г., Юнкін Я. О. Эффективность HELVO – терапии в профилактике и	75
лечении посттравматического остеомиелита у больных с переломами нижней челюсти	
Гулюк А.Г., Лепский В.В. Хирургическое устранение дефектов челюстей у больных генерализованным пародонитом	80
Гударьян А. А., Шандыба С. И. Эффективность местного дифференцированного использования мембран при лечении	
генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом 2 типа	43

Ортопедичний розділ

Жуков К. В. Изменение свойств поверхности съемных пластиночных протезов, изготовленных из акриловых пластмасс	84
Стоян Е. Ю., Соколова І. И., Романова Ю. Г., Перешняйлова І. А. Дифференцированный подход к диагностике,	
лечению и реабилитации пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов	85

Дрогомирецька М. С., Мартиньш Ю. М. Розповсюдженість бруксизму серед дорослого населення (1 частина)	90
Самойленко В. А. Причины, значение и роль воспалительных осложнений, возникающих в тканях пародонта при не-	
пользовании брекет-систем	96

Дослідом позитивно впливає на стан секреторного імунітету, надає більш виражений вплив на його показники в порівнянні з традиційною.

Ключові слова: генералізований пародонтит, катаральний гінгівіт, імунокорекційна терапія.

A. A. Shostenko

State Establishment "Bukovina state medical university"

FEATURE SECRETORY IMMUNITY AND METHODS OF ITS CORRECTION IN PATIENTS WITH VARIOUS MANIFESTATIONS OF GENERALIZED CATARRAL GINGIVITIS

ABSTRACT

The most common periodontal pathology at a young age is a catarrhal gingivitis, as evidenced by numerous studies of domestic and foreign authors

The purpose of the study - to research the state of the local secretory immunity and identification of the most characteristic features of his patients with different clinical manifestations of generalized catarrhal gingivitis, a landmark assessment of the impact of complex therapy on clinical and laboratory parameters of the disease.

Materials and methods. The article presents the results of its correction in 58 patients with various manifestations of generalized catarrhal gingivitis.

Results. Found that patients with generalized catarrhal gingivitis during acute inflammation in the gums marked maximum inhibition of secretory immunity, exchange expressed in patients with chronic manifestation of the disease. Developed and applied in practice, a method of using a professional hygiene measures, anti-bacterial, anti-inflammatory and immunomodulatory agents in treatment of generalized catarrhal gingivitis.

Conclusions. Established that immunocorrective therapy has a more pronounced effect on its performance compared to traditional.

Key words: generalized periodontitis, catarrhal gingivitis, immunotherapy.

Найбільше часто зустрічаюється патологією пародонта в молодому віці вважається катаральний гінгівіт, о чим свідчать численні дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів [1, 2].

Однією з особливостей течії запального процесу в десневій тканині на сучасному етапі прийнято вважати збільшення його активності в пацієнтів, які страждають на хронічні форми, схильні до частих обострень і к більш швидкому переходу в пародонтит. Їх патогенез на сьогоднішній день до кінця не вивчений, що є високою достовірністю відомо, що активізація патологічного процесу в десневій тканині обумовлена впливом медіаторів запалення, виділення яких призводить до порушення ряду імунологічних і імунопатологічних механізмів, зокрема порушення мікрофлори і продукції життєдіяльності зубної білми [3-5]. Сказане дозволяє вважати, що виражений дефіцит імунітету може грати одну з головних ролей в розвитку небажальної течії пародонтиту та катарального гінгівіту.

Це змушує поручити з моніторингом локального гуморального імунітету проводити на згадані основні шляхи, підвищують ефективність базисної терапії, використовуючи при лікуванні генералізованого катарального гінгівіту. Перспективної представляється застосування комплексної лікування пацієнтів з формами захворювання сучасних протиприродних і імуномодулюючих препаратів, які забезпечують ефективність лікування, яке гарантує, що в період активного запалення пародонта слід проводити усунювання місцевих факторів, які впливають на процес запалення, а також рекомендується використання імунокорекційних препаратів. Логічно вивести з сказаного необхідність проведення ефективної етапної імунокорекції, яка повинна бути здійснена на основі результатів дослідження впливу на показники секреторного імунітету.

Ціль дослідження. Вивчення стану місцевого секреторного імунітету і визначення найбільш характерної його особливості у пацієнтів з різноманітними клінічними проявами генералізованого катарального гінгівіту, оцінка впливу етапної комплексної терапії на клініко-лабораторні показники захворювання.

Матеріали і методи дослідження. Для вивчення ролі місцевого секреторного імунітету і його впливу на особливості прояву генералізованого катарального гінгівіту лабораторному дослідженню підвергнуто 58 пацієнтів в віці від 19 до 31 року (середній вік $25,9 \pm 1,2$ років). Серед включених в дослідження було жінок 32 (55,1%), чоловіків 26 (44,9%). З них 20 пацієнтів мали постійне хронічне запалення (1 група) і 28 пацієнтів в стоматологічну клініку в період обострення запального процесу в десневій тканині (2 група). При постановці клінічного діагнозу використовувалися прийнята на Україні класифікація запальних захворювань пародонта. У всіх пацієнтів на момент дослідження виключено супутні захворювання ЛОР-органів, захворювання шлунково-кишкового тракту, а також гострі респіраторні захворювання. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб відповідного віку, у яких були вивчені фактори секреторного імунітету.

Вивчені окремих досліджуваних групах проводились об'єктивні клінічні дослідження, включаючи збір анамнезу, визначення алергічного статусу, візуальну і інструментальну оцінку місцевого статусу.

Поруч з об'єктивним дослідженням в роботі використовувалися стандартна ортопантомографія з наступним вивченням отриманих знімків на кістках тканин альвеолярних отростків в області міжзубних перегородок.

Визначення загального стану імунітету пацієнтів здійснювалось за допомогою Green-Wermillion, а активність запального процесу в десневій тканині

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный анализ данных анамнеза и общей клинической характеристики обследуемых нами больных выявил ряд различий и закономерностей между группами с хронической и обостряющейся течением генерализованного катарального гингивита.

Было выявлено, что продолжительность заболеваний с момента первых клинических проявлений было больше у больных с постоянно хроническим проявлением воспалительного процесса в десневой ткани на 2-3 года. Учитывая тот факт, что первые клинические симптомы обострения (резкое покраснение, выраженная кровоточивость и отечность десен) регистрировались уже в начале заболевания, а частые рецидивы обострения имели место на первом году, можно предположить, что столь ранний дебют активных воспалительных явлений в десневой ткани обусловлен характером изменений секреторного иммунного ответа у этой категории пациентов. Известно, что дефицит местного иммунитета способствует ухудшению гигиенического состояния полости рта, вызывает микробную колонизацию пародонтальных тканей. От выраженности иммунного реагирования в значительной степени вероятнее всего и будет зависеть состояние слизистой оболочки десен, ее устойчивость к действию болезнетворных факторов, что и было подтверждено данными исследованиями.

Показатели секреторного иммунитета, оцененные по концентрации в слюне SIgA, IgG, и IgM у пациентов I и II групп имели разные значения (табл.).

У пациентов с хроническим течением генерализованного катарального гингивита концентрация в слюне SIgA была в пределах нижних показателей контрольной группы, уровни Ig M были слегка снижены и при этом наблюдалось повышение концентрации Ig G.

У больных с обостряющимся течением генерализованного гингивита показатели местного иммунитета ниже, чем у пациентов с хроническим проявлением воспалительного процесса в десне. В частности, у них наблюдалось резкое снижение SIg A (почти в два раза) и обращал на себя внимание мягкий рост продуцируемых Ig G и достоверное падение в смешанной слюне параметров Ig M. Можно полагать, что существенное снижение концентрации в ротовой жидкости уровней Ig M на фоне незначительного повышения уровней Ig A и G является признаком сохранения активного воспалительного процесса и наличие этих изменений прежде всего противостоит воспалительной терапии.

Таким образом, к числу наиболее характерных особенностей секреторного иммунитета у пациентов хронического течения воспалительного процесса в десневой ткани относится тенденция к снижению концентрации Ig A, и повышение уровня Ig G и Ig M при сориентированности на высокие значениях пара-

согласно изменению индекса кровоточивости Шен-Лое и папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (ПМА).

При поступлении на лечение и в процессе динамического наблюдения у всех пациентов оценивался секреторный гуморальный иммунный статус независимо от периода заболевания (хроническое течение или обострение).

Субстратом для лабораторного исследования служила смешанная нестимулированная слюна, которую собирали утром натощак в мерные пробирки центрифугировали при 3000 об/мин в течение 20 минут. В надосадочной жидкости определяли указанные иммуноглобулины. Количество иммуноглобулинов выражали в г/л. Концентрацию иммуноглобулинов в ротовой жидкости определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Mancini et al, 1965 [6]. Определение секреторного иммуноглобулина проводили с помощью иммуноферментного анализа с использованием моноспецифической сыворотки против названного иммуноглобулина.

С позиций клинических, параклинических и лабораторных результатов исследования разработана поэтапная тактика комплексного лечения хронического и обостряющегося течения генерализованного гингивита. На первом этапе пациентам I и II групп проводилась единая базисная терапия: профессиональные гигиенические мероприятия в комплексе с многократным орошением участков поражения антисептиками («Гивалекс» или раствором хлоргексидина) с помощью дентальных ирригаторов (от 6 до 8 процедур).

У пациентов в период обостряющегося течения заболевания локальная антимикробная терапия дополнялась назначением инсталляций в межзубные пространства и на десневую ткань препарата «Интстилагель» (6мл) ежедневно в течение двух недель.

На первом этапе комплексного лечения хронического генерализованного гингивита пациенты I группы получали иммунокорректирующую терапию липидом в дозировке по 1 мг в сутки на протяжении 10 дней. Этот вид терапии больные II группы в период активного проявления заболевания не получали. Им дополнительно был назначен Намесил по общепринятой схеме использования. Липидил использовался на втором этапе лечения, после купирования признаков и симптомов острого воспаления в десневой ткани по описанной выше схеме.

В последующем, профилактика рецидивов воспалительного процесса в десневой ткани осуществлялась проведением курсов иммунокорректирующей терапии липидом инстилляционным методом (1мг препарата на 30,0 мл физраствора). Курс ежедневных процедур колебался от 6 до 8 дней и повторялся у больных I группы через 6-8 месяцев, а у больных II группы через 3-4 месяца по завершению лечения.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью Microsoft Excel для Windows XP на персональном компьютере с определением величин средней и средней (M±m), расчетом t-критерия Стьюдента. При проверке гипотез использовался уровень значимости $p < 0,05$.

Таблиця 1

Сравнительная характеристика показателей секреторного иммуногемато катарального гингивита длительного наблюдения у больных с различным течением генерализованного катарального гингивита

Показатели иммуногемато	I группа				II группа			
	До лечения	После лечения	Через месяц	Через год и более	До лечения	После лечения	Через месяц	Через год и более
slg A (г/л)	0,83±0,02	0,96±0,2	1,08±0,21	0,97±0,2	0,344±0,02	0,91±0,13	1,17±0,18	0,99±0,21
lg G (г/л)	0,42±0,03	0,51±0,04	0,46±0,02	0,47±0,02	0,57±0,02	0,50±0,02	0,44±0,02	0,43±0,02
lg M (г/л)	0,24±0,01	0,22±0,02	0,24±0,01	0,21±0,02	0,18±0,03	0,19±0,02	0,21±0,02	0,22±0,01

Примечание: * p < 0,05 по отношению к контрольной группе; ** p < 0,05 по отношению к до лечения.

метров содержания Ig G в смешанной слюне существенно для обостряющегося генерализованного катарального гингивита. Такие изменения секреторного иммуногетта могут, вероятно, объяснять причину частичной активации воспалительного процесса в десневых тканях и наличие у больных склонности к таким проявлениям заболевания.

Одной из задач настоящего исследования стала разработка и оценка этапного комплексного лечения при различной активности течения генерализованного катарального гингивита. Результаты клинико-лабораторного исследования показали, что эффект от дополнительного включения ликопида в базисную терапию заболевания зависит от того на каком этапе лечения он используется у больных с хроническим и обостряющимся течением заболевания.

Введение ликопида на начальном этапе комплексного лечения на фоне профессиональных гигиенических вмешательств в комбинации с антибактериальными средствами позволило добиться полной ремиссии клинических симптомов заболевания, индекса гигиены, индекса кровоточивости и индекса ПМА уже к 10-12 дню терапии. Наступившее выздоровление 96,9 % пациентов сохранилось на протяжении 6 и более месяцев.

Использование у больных с обостряющимся течением генерализованного катарального гингивита Нимесила на первом этапе комплексной терапии более значимо способствовало улучшению состояния тканей десны, чем при традиционном способе, что выразилось большим снижением кровоточивости десен, большей нормализации десневых индексов. Снижение индексов после проведенного первого этапа лечения составило у больных, получавших Нимесил, соответственно гигиены – на 40,4 %, кровоточивости – 39,2 %, ПМА – на 66,9% против 27,8 %, 21,2 % и 30,4 % при традиционном лечении.

Использование ликопида на втором этапе лечения обостряющегося катарального гингивита способствовало полному регрессу симптомов заболевания и нормализации десневых индексов у 89,3 % пациентов.

Критериями положительного клинико-лабораторного эффекта и благоприятного прогноза исхода заболевания можно считать наступившую под влиянием этапной комплексной терапии нормализацию секреторного иммуногетта (табл.). Полученные в работе новые сведения о иммуномодулирующей эффективности комплексной этапной терапии препаратов ликопида. С учетом отдаленных результатов исследования он может быть использован для активизации лечения как у больных с хроническим, так и обостряющимся течением генерализованного катарального гингивита.

Проведенный впервые сравнительный анализ влияния инстилляций ликопидом на показатели секреторного иммуногетта у больных с обостряющимся течением генерализованного катарального гингивита выявил преимущество этого способа введения иммуномодуляторов над традиционными: двукратный подъем продукции Slg A на уровне слюнистости мазков, рост более чем на 25% и на 30% содержания в слюне

Ig M и Ig G происходил уже к концу первой недели проводимых инстилляций, а по завершению лечения установлено полноценная нормализация показателей локального иммунитета. При традиционном приеме ликопида состояния локального иммунитета нормализовались или значительно улучшались лишь на 23,3% день комплексного лечения.

Таким образом, проведенная комплексная этапная терапия в зависимости от клинических проявлений генерализованного катарального гингивита с использованием традиционной базовой терапии в сочетании с Нимесилом и иммуномодулятором ликопидом оказывает положительное влияние на быстрое купирование признаков и симптомов генерализованного катарального гингивита в период обострения воспалительного процесса в десневой ткани, обеспечивает продолжительную нормализацию показателей секреторного иммунитета.

Выводы. 1. У больных генерализованным катаральным гингивитом в период обострения воспалительного процесса в десне выявлено максимальное угнетение секреторного иммунитета, менее выраженное у пациентов с хроническим проявлением заболевания.

2. Разработан и применен на практике метод использования профессиональных гигиенических мероприятий, антибактериальных, противовоспалительных и иммуномодулирующих средств в комплексном лечении генерализованного катарального гингивита.

3. Применение комплексной этапной терапии позволяет возможность снизить сроки лечения, уменьшить количество рецидивов и добиться длительной клинической реабилитации больных генерализованным катаральным гингивитом.

4. Инстилляционная иммунокорректирующая терапия ликопидом положительно влияет на состояние секреторного иммунитета, оказывает более выраженное влияние на его показатели по сравнению с традиционной.

Список литературы

1. Грудинов А. И. Заболевание пародонта / Грудинов А. И. – М.: Идагальство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
2. Cochran D. I. Inflammation and bone loss in periodontal disease / D.L. Cochran // J. Periodontol. – 2008. – №79. – P.1569-1576.
3. Ketschall M. Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses / M. Ketschall, P.N. Papapanou // J Clin Periodontol. – 2011. – №38. – P. 17-27.
4. Soranaky S.S. Periodontal microbial ecology / S.S. Soranaky, A.D. Hatjageorgidis // Periodontol. 2005. – №38. – P.135-187.
5. Michael P. M. Immunological and Inflammatory Aspects of Periodontal Disease / P.M. Michael // Continuing Education Course 2013. – P.1-18.
6. Manelhal G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion / G. Manelhal, N.O. Garbunan, S.F. Hertenans // Immunohematology. – 1965. – Vol. 2, № 6. – P. 234-235.

REFERENCES

1. Grudynov A.I. Zabolovaniya paradonta (Periodontal diseases). Moskva, Izdatel'stvo «Meditsinskoe informatsionnoye agentstvo», 2009, 336 s.
2. Cochran D.I. Inflammation and bone loss in periodontal disease. J Periodontol. 2008; 79: 1569-1576.
3. Ketschall M, Papapanou P.N. Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses. J Clin Periodontol 2011; 38: 17-27.

4. Socransky S.S., Hajfajec A.D. Periodontal microbial ecology. *Periodontol* 2005;38:135-187.
 5. Michael P.M. Immunological and Inflammatory Aspects of Periodontal Disease. Continuing Education Course 2013; 1-18.
 6. Manchini G., Garbonara A., Heremans S. Immunohistochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. *Immunocytochemistry* 1965;2(6):234-235.

Поступила 26.08.14



УДК 616.316+616.37+577.152+612.31

**Я. А. Лавровская¹, И. Г. Романенко¹, д. мед. н.,
 А. П. Левицкий², д. биол. н.**

¹Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского
²Государственное учреждение «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины»

**СОСТОЯНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСБИОЗА
 В ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ
 ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПОСЛЕ
 ПРИЕМА АНТИДИСБИОТИЧЕСКИХ
 ПРЕПАРАТОВ**

У 84 больных хроническим панкреатитом определяли в слюне уровень биохимических маркеров воспаления, дисбиоза и антиоксидантной защиты и установили наличие орального дисбиоза, воспаление и снижение уровня защитных систем. Использование в комплексе лечебных мероприятий антидисбиотических препаратов («Кальцисора» и зубного эликсира «Виноградный») позволило устранить дисбиотические и воспалительно-дистрофические процессы в полости рта.
Ключевые слова: хронический панкреатит, слюна, дисбиоз, воспаление, антидисбиотические препараты.

Я. А. Лавровська, І. Г. Романенко, А. П. Левицький
¹Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського
 Державна Установа «Інститут стоматології
 Національної академії медичних наук України»

**СТАН ЗАПАЛЕННЯ І ДИСБІОЗУ
 В ПОРОЖНІНІ РОТА У ХВОРИХ
 НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ
 ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДИСБІОТИЧНИХ
 ПРЕПАРАТІВ**

У 84 хворих на хронічний панкреатит визначили в слині рівень біохімічних маркерів запалення, дисбіозу та антиоксидантного захисту і встановили наявність орального дисбіозу, запалення та зниження рівня захисних систем. Використання в комплексі лікувальних заходів антидисбіотичних препаратів («Кальцісора» і зубного еліксира «Виноградний») дозволило усунути дисбіотичні та запально-дистрофічні процеси в порожнині рота.
Ключові слова: хронічний панкреатит, слина, дисбіоз, запалення, антидисбіотичні препарати.

Ya. A. Lavrovskaya, I. G. Romanenko, A. P. Levitskiy
¹The Crimean State Medical University named after Georgievskii S.I.
²State Establishment "The Institute of Stomatology of the National academy of medical science of Ukraine"

**THE STATE OF INFLAMMATION
 AND DYSBIOSIS IN ORAL CAVITY IN PATIENTS
 WITH CHRONIC PANCREATITIS AFTER
 THE TAKING OF ANTIDYSBIOTIC
 PREPARATIONS**

ABSTRACT

The aim of the work: to reveal the antidybiotic and anti-inflammatory influence on oral tissues of the preparation "CalChicor" and dentifrice water "Vinoogradny" ("Grape") in the patients with chronic pancreatitis.
 The materials and the methods. In 84 patients with chronic pancreatitis and in 34 healthy people the level of inflammatory markers (activity of elastase, content of MDA), the index of microbe insemination (urease activity), the state of nonspecific immunity (lysozyme activity) were determined. By the correlation of the relative activities of urease and lysozyme the degree of dysbiosis by Levitskiy method was calculated, and antioxidant-prooxidant index API was computed by the correlation of catalase activity and content of MDA.

The findings. The level of markers of inflammation and urease activity was determined to increase really in the patients with chronic pancreatitis. Activity of lysozyme and catalase, on the contrary, decrease. The application of the preparation "CalChicor" in pills, containing the extract from chicory roots and calcium citrate, as well as oral cavity rinsing with dentifrice water "Vinoogradny", containing the extract from vine leaves, during 20 days have reduced the level of inflammatory markers, urease activity, the degree of dysbiosis and raised activity of lysozyme, catalase and index API.

Conclusion. The antidybiotic preparations "CalChicor" and "Vinoogradny" have anti-inflammatory influence on periodontal tissues in patients with hepatobiliary pathology.

Key words: chronic pancreatitis, saliva, dysbiosis, inflammation, antidybiotic preparations.

Одним из серьезных осложнений хронического панкреатита является развитие кишечного дисбиоза, на фоне которого легко возникают различные воспалительно-дистрофические заболевания, в том числе и стоматологические [1, 2].

Ранее нами было показано, что у больных хроническим панкреатитом в слюне возрастает уровень биохимических маркеров воспаления (содержание малонового альдегида, МДА, активность эластазы) и снижается активность антиоксидантного фермента каталазы [3].

Для устранения негативного воздействия дисбиоза на состояние тканей полости рта было предложено использовать антидисбиотические препараты, к числу которых относятся про-, пре- и синбиотики, адаптогены, иммуностимуляторы, селективные агглютиниробные средства и др. [4-6].

Таким образом, в данном исследовании представлены свидетельства, что ранним объективным индикатором резорбтивного процесса в костных тканях пародонта у больных генерализованным катаральным гингивитом является гиперпродукция провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α , длительно сохраняющаяся в течение всего периода наблюдения.

Выводы. 1. У больных генерализованным катаральным гингивитом и начальной степенью генерализованного пародонтита с односторонним проявлением воспалительного процесса в краевом пародонте наблюдается различная частота повышения провоспалительных интерлейкинов ИЛ-1 β и ФНО- α , причем эти изменения выявляются у всех пациентов и совпадают с началом резорбции межзубных костных перегородок как диагностируемый при рентгенологическом исследовании, так и у больных с наличием дискутабельных ее признаков.

2. В диагностике ранней стадии перехода генерализованного катарального гингивита в пародонтит следует ориентироваться на повышение гиперпродукции ФНО- α и, особенно, ИЛ-1 β величины которых нарастают по мере прогрессирования изменений как в десневой ткани, так и в костных структурах пародонта.

Список литературы

1. Cochran D. L. Inflammation and bone loss in periodontal disease. / D.L. Cochran // J. Periodontol. – 2008. – №79. – P. 1569-1576.
2. Цепов Л. М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / Цепов Л. М., Николаев А. И., Михеева Е. А. Москва: МедПресс, 2008. – 272 с.
3. Rescala B. Immunological and microbiologic profiles of chronic and aggressive periodontitis subjects / B. Rescala, W. Rosalem, R.P. Teles, R.G. Fischer, et al // J. Periodontol. – 2010. – №81. – P.1308-1316.
4. Michael P.M. Immunological and Inflammatory Aspects of Periodontal Disease. / P.M. Michael // Continuing Education Course. 2013. – P. 1-18.
5. Delves P.J. The immune system. Second of two parts. // P.J. Delves, I.M. Roitt // J. Med. 2000. – №343. – P. 108-117.
6. Seymour G. J. Shouts and whispers: an introduction to immunology in periodontal disease / G.J. Seymour, J.J. Taylor // J. Periodontol. – 2004. – №35. – P.9-13.

REFERENCES

1. Cochran D.L. Inflammation and bone loss in periodontal disease. J Periodontol 2008;79:1569-1576.
2. Cepov L, Nikolaev A, Mikheeva E. Diagnosis, treatment and prevention of periodontal disease. MEDpress.2008;272.
3. Rescala B, Rosalem W Jr, Teles RP, Fischer RG, Hafajee AD, Socransky SS, Gustafson A, Figueredo CM. Immunological and microbiologic profiles of chronic and aggressive periodontitis subjects. J Periodontol 2010; 81: 1308-1316.
4. Michael PM. Immunological and Inflammatory Aspects of Periodontal Disease. Continuing Education Course 2013; 1-18.
5. Delves PJ, Roitt JM. The immune system. Second of two parts. J Med 2000; 343:108-117.
6. Seymour G, Taylor J. Shouts and whispers: an introduction to immunology in periodontal disease. J Periodontol 2004;35:9-13.

Поступила 26.08.14

А. А. Шостенко

Государственное учреждение «Буковинский государственный медицинский университет»

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОГО ИМУНИТЕТА И МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА

В статье представлены результаты изменений показателей секреторного иммунитета и методы его коррекции у 58 больных с различным проявлением генерализованного катарального гингивита.

Цель исследования: изучение состояния местного секреторного иммунитета и определение наиболее характерных его особенностей у больных с различными клиническими проявлениями генерализованного катарального гингивита. Оценка влияния этапной комплексной терапии на клинико-лабораторные показатели заболевания. Выявлено, что у больных генерализованным катаральным гингивитом в период обострения воспалительного процесса в десне отмечается максимальное увеличение секреторного иммунитета, менее выраженное у пациентов с хроническим проявлением заболевания. Разработан и применен на практике метод использования профессиональных гигиенических мероприятий, антибактериальных, противовоспалительных и иммуномодулирующих средств в комплексном лечении генерализованного катарального гингивита. Установлено, что иммунокорректирующая терапия лизоцидом положительно влияет на состояние секреторного иммунитета, оказывает более выраженное влияние на его показатели по сравнению с традиционной.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, катаральный гингивит, иммунокорректирующая терапия.

А. А. Шостенко

Державна установа «Буковинський державний медичний університет»

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОГО ІМУНІТЕТУ ТА МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ПРОЯВАМИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

У статті представлені результати зміни показників секреторного імунітету та методи його корекції у 58 хворих з різним проявом генералізованого катарального гінгівіту. Мета дослідження: вивчення стану місцевого секреторного імунітету і визначення найбільш характерного його особливості у хворих з різними клінічними проявами генералізованого катарального гінгівіту. Оцінка впливу етапної комплексної терапії на клініко-лабораторні показники захворювання. Виявлено, що у хворих на генералізований катаральний гінгівіт в період загострення запального процесу в десні відзначається максимальне підвищення секреторного імунітету, яке менш виражене у пацієнтів з хронічним проявом захворювання. Розроблено та застосовано на практиці метод використання професійних гігієнічних заходів, антибактеріальних, протизапальних та імунomodulatory препаратів в комплексному лікуванні генералізованого катарального гінгівіту. Встановлено, що більш виражене впливає на його показники порівняно з традиційною.