

нейтрофілів у вмісті порожнини рота. Автори пов'язують це з сенсibiliзацією організму за рахунок впливу несприятливих чинників (грибки, лямблії).

Ключові слова: язиковий мигдалик, клітинний склад порожнини рота, імунна відповідь.

Стаття надійшла 26.12.2013 р.

the contents of the oral cavity. The authors attribute this to sensibilisation of organism due to the influence of adverse factors (fungi, giardia).

Key words: lingual tonsil, cellular composition of oral cavity, immune answer.

Рецензент Ковальов С.В.

УДК 616.314.17-002.2-08

Т.С. Непокуйна-Слободянюк
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОВГОТРИВАЛОГО КУРСУ АЗИТРОМІЦИНУ

Дослідження присвячене вивченню ефективності тривалого курсу азитроміцину у сполученні з консервативним лікуванням хронічного генералізованого пародонтиту за клінічними параметрами і динамікою концентрацій ІЛ-1 β , АСТ та АЛТ у пародонтальних кишнях. 40 пацієнтів з ХГП I-III ступенів тяжкості взяли участь у подвійному, плацебо-контрольованому паралельному дослідженні. Вони були розподілені у 2 врівноважені групи, які приймали азитроміцин (500 мг 1 раз на день, 7 днів; далі по 500 мг 1 раз на тиждень 12 тижнів), або отримували тільки стандартне пародонтологічне лікування. Реєстрували гігієнічні, пародонтальні індекси, РМА, глибину пародонтальних кишень (ПК), рецесію ясен, рухомість зубів, кровоточивість ясен, протягом року. Проби для визначення ІЛ-1 β , АЛТ і АСТ отримували з ПК 1-2 зубів з активним пародонтитом паперовими штифтами. АЛТ, АСТ визначали кінетичним фотометричним методом; ІЛ-1 β – методом твердофазного «сендвіч» імуноферментного аналізу. Тривалий курс ад'ювантної антибіотикотерапії азитроміцином при ХГП дозволяє досягти стійкий клінічний ефект у 80% хворих протягом 360 \pm 5 днів із задовільною переносимістю, що підтверджено достовірним зниженням рівнів ІЛ-1 β , АСТ, АЛТ у пародонтальних кишнях.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, азитроміцин, інтерлекін-1 бета.

Робота є фрагментом НДР «Відновлення стоматологічного здоров'я в пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями і їх реабілітація», № держреєстрації 0111U006300.

Роль особливої етіології хронічного генералізованого пародонтиту у вигляді мікробної пародонтопатогенної біоплівки зумовлює складності по ерадикації бактерій, що персистують у тканинах пародонту [4].

Азитроміцин є полусинтетичним антибіотиком-макролідом II покоління, що має ефективність проти пародонтопатогенної мікробної біоплівки внаслідок відповідного антимикробної спектру [14] і завдяки імуномодельючим властивостям за рахунок депонування у нейтрофілах, макрофагах, фібробластах, проявляючи антибактеріальний, протизапальний й регенеративний ефекти [7].

В літературі повідомляється про досвід використання короткого курсу антибіотикотерапії азитроміцином додатково до консервативного пародонтологічного лікування з нестійким мікробіологічним й клінічним ефектом [8,12,14]. Незважаючи на проведені клінічні дослідження, залишається остаточно невирішеною проблема вибору режимів призначення препарату [12], що обґрунтовує застосування більш тривалих [10].

Метою роботи було вивчення ефективності довготривалого курсу азитроміцину як супровід консервативної пародонтологічної терапії хронічного генералізованого пародонтиту за клінічними показниками і динамікою концентрацій ІЛ-1, АСТ і АЛТ в пародонтальних кишнях для підвищення ефективності лікування.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилося на базі кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ВДНЗУ «УМСА» та Науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава. Перед початком дослідження було отримано схвалення комісії по біоетиці Української медичної стоматологічної академії. У клінічне дослідження були включені 40 пацієнтів, віком 23-65 років, з ХГП I, II та III ступенів тяжкості. Перед включенням у клінічне дослідження, всі пацієнти проходили скринингове обстеження для верифікації діагнозу. Пацієнтам проводили загальний аналіз крові, аналіз крові на глюкозу, огляд порожнини рота з визначенням індексів, рентгенологічне дослідження.

Всім пацієнтам проводили первинне пародонтологічне лікування (ППЛ 1), яке включало зняття зубних відкладань, поліровку; іригації та інстиляції у пародонтальні кишні (ПК)

хлоргексидину 0,2%, пародонтальну пов'язку «Парасепт» (Владмива, Росія), корекцію травматичної оклюзії, за показаннями; корекцію чи заміну пломб і реставрацій, інструктаж з гігієни та призначення засобів гігієни, та підтримуюче пародонтальне лікування (ППЛ 2) – за показаннями та згідно стандартного протоколу.

Критерії включення в дослідження: 1) підписання інформованої згоди; 2) наявність у пацієнтів ХГП I, II, III ступенів тяжкості. Критерії виключення з дослідження: 1) наявність важких, неконтролюємих захворювань внутрішніх органів, або нейропсихіатричних розладів; 2) наявність інших умов, які визначали нездатність пацієнта розуміти суть і можливі наслідки дослідження.

Після ППЛ 1 та санаційних заходів пацієнти були розподілені на дві групи по 20 осіб. Пацієнтам 1-ї групи проводили тільки стандартні перераховані маніпуляції; 2-ї: додатково призначали довго-тривалий курс азитроміцину («Азимед», ВАТ «Київмедпрепарат», Україна) по 500 мг 1 раз на день, 7 днів, далі по 500 мг 1 раз на тиждень, 12 тижнів. Пацієнтів повторно обстежували через 14±3, 30±5, 90±5, 180±5 і 360±5 днів. Позапланові візити включали стани при загостренні ХГП, пародонтальних абсцесах, показаних до видалення зуба, розвитку пульпіту, апікального періодонтиту і т.п. Клінічне стоматологічне обстеження включало визначення суб'єктивного самопочуття пацієнтів за допомогою візуальної аналогової шкали, оцінку гігієнічного індексу (ГІ) Федорова-Володкіної, ГІ та індексу зубного каменю Грін-Вермільйона (ОHI-S=DI+CI), проби Шиллера-Пісарєва (ПШ-П), РМА, пародонтального індексу Расела (Periodontal Index, PI), глибини ПК (від ясенного краю до дна кишень), рівня рецесії ясен (РЯ) (від емалево-цементної межі до ясенного краю) [2], індексів патологічної рухомості зубів (ІР), кровоточивості ясен (ІК); ознак травматичної оклюзії.

Матеріалом для дослідження ІЛ-1, АЛТ і АСТ служили проби вмісту пародонтальних кишень, отримані паперовими штафтами (пінами). Проби отримували з ПК одного-двох тих самих зубів, де визначалося активне запалення: ізолювали ділянку від ротової рідини, знімали над'ясенну зубну бляшку, висушували зуб, паперові піни занурювали під ясенний край на 1-2 мм й витримували 30 секунд. Піни із зразками переносили у стерильні епандорфи та протягом 12 годин доставляли у лабораторію. Зберігали при -80°C до проведення методики. Визначення концентрації ІЛ-1β проводили методом твердофазного «сендвіч» імуноферментного аналізу за допомогою комерційного набору реагентів А-8766 ІЛ-1бета-ИФА-БЕСТ (виробник ЗАО «Вектор-Бест», Росія). Визначення АЛТ, АСТ у вмісті пародонтальних кишень проводили кінетичним фотометричним (дінітрофенілгідразиним) методом за допомогою набору «Біо-La-Тест», Чехія, як описано раніше [1]. Загальний аналіз крові та аналіз крові на глюкозу пацієнтам проводили у сертифікованих клінічних лабораторіях м. Київ та м. Полтава, за стандартними методиками.

Результати обробляли статистично із застосуванням методу Т-тесту для незалежних, або залежних величин; χ^2 з поправкою Йейтса.

Результати дослідження та їх обговорення. Пацієнтів рандомізували на дві групи, врівноважені за віком, статтю, ступенями тяжкості ХГП особливостям клініки ХГП і супутнім захворюванням, які на момент дослідження були компенсованими та/або в стані ремісії. У 1-й групі було 3 пацієнта з III ступенем тяжкості ХГП, 8 – з II, 9 – з I; у 2-й – 4, 8, 8, відповідно.

Середні показники індексів для кожної групи до початку лікування, наведені у таблиці 1 і не мали клінічно значимих відмін. Рентгенологічно при ХГП спостерігали: розширення періодонтальної щілини, остеопороз та нерівномірний тип резорбції міжзубних перетинок. Рівень резорбції відповідав ступені тяжкості (до 1/3 – I, до 1/2 – II, 2/3 – III).

Таблиця 1

Середні клінічні індекси до первинного пародонтологічного лікування

Груп и	ГІ, бали	ОHI-S DI, бали	ОHI-S CI, бали	РМА, %	ІК, бали	ІР, бали	Глибина ПК, мм	Рівень РЯ, мм	PI, бали
1	2,75±0,33	2,00±0,33	1,44±0,67	67,60±15,97	2,11±0,62	0,61±0,65	1,60±0,89	1,47±0,76	3,80±1,25
2	3,30±0,61 *	2,56±0,68 *	1,27±0,74	68,75±17,88	1,95±0,43	0,52±0,54	1,64±0,85	1,23±0,71	3,80±1,05

Примітка. Статистична обробка методом Т-тесту для незалежних величин: дані наведені у вигляді вибіркового середнього (M) ± стандартне відхилення (SD, δ); * - $p < 0,05$ при порівнянні з 1-ю групою.

Середні рівні ІЛ-1, АСТ, АЛТ у ПК перед лікуванням були досить високі (табл. 2), і не відрізнялися достовірно між групами.

Через 14±3 днів після ППЛ 1, самопочуття пацієнтів поліпшилося, що виражалось в достовірному підвищенні показників візуальної шкали (від 43,60±20,39 до 80,70±11,30 у 1-й групі; від 44,60±18,61 до 75,10±20,90 у 2-й). Середні концентрації ІЛ-1, АСТ, АЛТ достовірно знижувалися в обох групах, при цьому середній рівень АЛТ був вище у групі, де призначали азитроміцин (табл. 2).

Через 30±5 днів показники індексних оцінок у групах в цілому достовірно покращувалися. Достовірно нижче був середній рівень рецесії ясен (РД) в 2-й групі $1,53 \pm 0,89$, у порівнянні з 1-ю. Привернуло увагу зниження середнього ІК у 2-й групі ($0,44 \pm 0,33$) майже в чотири рази в порівнянні з вихідними значеннями ($p < 0,05$). Це відображає значну клінічну ефективність ППТ 1 в поєднанні з прийомом азитроміцину. Середні концентрації ІЛ-1, АСТ, АЛТ у 2-й групі продовжували достовірно знижуватися, та були достовірно нижче ніж у 1-й (див. табл. 2). Через 90±5 днів середні значення візуальної шкали у групах залишалися на достовірно вищому рівні. У 1-й групі всі клінічні індекси, окрім індексу патологічної рухливості зубів, перевищували такі 2-ї групи (дані не наводили).

Таблиця 2

Динаміка біохімічних показників у пародонтальних кишнях

Середні показники		До початку лікування	Через 14±3 днів після лікування	Через 30±5 днів після лікування	Через 90±5 днів після лікування	Через 180±5 днів спостереження	Через 360±5 днів спостереження
1 група	ІЛ-1β пкг/мл	224,6±40,5	108,5±28,9*	111,7±28,0*	175,7±38,0 ^{*,**}	254,0±53,7 ^{*,**}	252,9±53,3 ^{*,**}
	АСТ Од/л	102,4±13,7	59,5±14,4*	68,2±12,2*	94,1±13,0 ^{*,**}	111,0±17,3 ^{*,**}	110,7±17,5 ^{*,**}
	АЛТ Од/л	89,0±11,7	65,7±21,1*	61,8±16,5*	81,6±20,0 ^{*,**}	101,7±23,7*	104,9±22,0*
2 група	ІЛ-1β	250,6±59,6	91,1±24,9 ^{*,**}	58,9±24,9 ^{*,**}	71,2±37,1 ^{*,**}	157,6±37,6 ^{*,**}	169,0±47,7 ^{*,**}
	АСТ	111,0±34,8	42,9±19,9 ^{*,**}	41,5±14,6 ^{*,**}	25,3±14,2 ^{*,**}	52,1±20,1 ^{*,**}	64,4±26,9 ^{*,**}
	АЛТ	95,3±18,2	77,6±15,2 ^{*,**}	43,9±18,0 ^{*,**}	34,0±19,5 ^{*,**}	63,7±21,7 ^{*,**}	76,6±22,0 ^{*,**}

Примітки: 1. Статистична обробка методом Т-тесту для залежних та незалежних (між групами) варіант. 2.* - $p < 0,05$ при порівнянні із станом до початку лікування. 3. ** - $p < 0,05$ при порівнянні із станом через 14±3 днів після лікування. 4. *** - $p < 0,05$ – через 30±5 днів. 5. # $p < 0,05$ – 90±5 днів спостереження. 6. ## $p < 0,05$ – 180±5 днів спостереження. 7. ### - порівняно з 1-ю групою.

Отже, вже через 3 місяці клінічні ефекти ППТ 1 в першій групі стали недостатніми: загострення ХГП було зареєстроване у більшості пацієнтів 13 з 20 (65%) (їм проводили ППТ 2). Таким чином, клінічно, ефект лікування в 1-й групі тривав до 3-х місяців у 35% пацієнтів. Відсоток загострень у 2-й групі становив 5% (у одного пацієнта). Концентрації ІЛ-1β, АСТ та АЛТ в 2-й групі були достовірно нижчі, порівняно із 1-ю, що свідчить про переваги терапії з використанням азитроміцину, узгоджується та доповнює клінічні дані. Відмічено, що з даного етапу досліджень всі лабораторні показники починали достовірно зростати в 1-й групі, а у 2-й – лише концентрації ІЛ-1β, проте не достовірно (табл. 2).

Через 180±5 днів спостереження достовірні клінічні відмінності стосувалися всіх клінічних індексів, окрім одного з гігієнічних (ОHI-S DI): у 2-й групі вони відображали кращий пародонтальний статус (дані не наводили). У 9-ти пацієнтів 1-ї і 5-ти – 2-ї групи було зареєстроване клінічне загострення ХГП. Середні концентрації ІЛ-1, АСТ, АЛТ у 2-й групі, були достовірно нижче, ніж у 1-й, і стабільно нижче, ніж до лікування. У 1-й групі лабораторні показники не відрізнялися достовірно від вихідних даних, отриманих перед ППТ 1 (табл. 2).

Через 360±5 днів спостереження краще суб'єктивне самопочуття визначено у пацієнтів 3-ї групи. Ця група характеризувалася достовірно кращими показниками майже всіх індексів, окрім одного з гігієнічних (ОHI-S DI) (табл. 3).

Таблиця 3

Порівняння середніх клінічних показників між групами через 360±5 днів (M±δ)

Показники	Групи	
	1	2
Значення візуальної шкали, мм	62,0±22,94	82,98±17,72*
ГІ Ф.-В., бали	2,46±0,35	2,12±0,47*
ОHI-S DI, бали	1,37±0,59	1,39±0,41
ОHI-S CI, бали	0,67±0,54	0,18±0,19*
РМА, %	64,35±17,08	49,80±13,96*
ІК, бали	1,75±0,76	0,06±0,09*
ІР, бали	0,58±0,54	0,23±0,80*
Середня глибина ПК, мм	1,47±0,66	1,12±0,65*
Середній рівень РЯ, мм	2,47±1,05	1,55±0,90*
PI Рассела, бали	4,25±1,36	3,53±1,20*

Таким чином, наприкінці спостереження в 2-й групі реєстрували значний терапевтичний ефект у порівнянні з контрольною, в якій проводили тільки стандартне пародонтологічне лікування (первинне та підтримуюче) без ад'ювантної антибіотикотерапії.

Побічних ефектів при прийомі азитроміцину, що вимагають відміни препарату, не спостерігалось.

При порівнянні частоти загострення ХГП, встановлено, що через 90 днів після лікування достовірно менша кількість пацієнтів 2-ї групи характеризувалася посиленням запалення (один, проти 13, $\chi^2=13,30$; $p=0,0003$). Через 360 ± 5 днів, достовірно менша кількість пацієнтів 2-ї групи мали клінічні ознаки загострення запалення в тканинах пародонту (4 проти 15, $\chi^2=1,03$; $p=0,0015$). Кількість позапланових візитів з приводу загострення ХГП було достовірно менше у групі, де призначали азитроміцин (1 проти 10, $\chi^2=8,03$; $p=0,0046$).

Азитроміцин є одним з найбільш безпечних антимікробних препаратів і характеризується доброю переносимістю. При застосуванні макролідів не відзначено гемато-, нефротоксичності, розвитку хондро- і артропатій, токсичного впливу на центральну нервову систему, фото сенсibiliзації [13], а ряд небажаних реакцій, зокрема алергічні реакції і антибіотик-асоційована діарея зустрічаються вкрай рідко ($\approx 1:2000$) [11]. Сприятливий профіль безпеки дозволяє призначати макроліди в амбулаторних та стаціонарних пацієнтів, включаючи дітей, вагітних, пацієнтів похилого віку та осіб із супутньою патологією [3,5,6,11].

Динаміка всіх визначених клінічних індексів протягом 360 ± 5 днів спостереження після ППЛ 1 показала переваги лікування ХГП з використанням азитроміцину у вигляді їх достовірного покращення. Визначні ефекти стосувалися різкого зменшення кровоточивості ясен, меншої ступені рецесії ясен, кількості загострень і позапланових візитів з приводу загострення ХГП. Недавні дослідження [7] відзначають позитивний ефект використання азитроміцину в супроводі пародонтальної терапії навіть на глікемічний контроль у пацієнтів з діабетом.

Раніше показано, що концентрація ІЛ-1 β має кореляційні взаємовідношення з клінічною активністю запалення пародонту, а саме із ступенем кровоточивості, втратою зубоаясенного прикріплення [15]. У нашому дослідженні ми використали визначення рівнів ІЛ-1 β в ПК як маркер активності імунного запалення. За цією ознакою підтверджена ефективність використання азитроміцину у комплексі консервативного лікування ХГП, протягом 360 ± 5 днів спостереження.

АСТ та АЛТ – цитоплазматичні ферменти, що вивільняється під час клітинної загибелі чи ураженні, а підвищення рівнів ензиматичної активності пов'язане з ділянками активного перебігу запалення пародонту. Ділянки з тяжким запаленням ясен і прогресуючою втратою прикріплення характеризуються значним підвищенням АСТ у кревікулярній рідині [9]. Ми використовували концентрації ензимів у ПК як маркер активності неспецифічного рівня запалення у періодонті. За даною ознакою підтверджена ефективність використання азитроміцину у комплексі консервативного лікування ХГП, протягом 360 ± 5 днів спостереження.

Достовірно знижені концентрації ІЛ-1 β , АСТ, АЛТ у ПК відображають меншу активність імунного та неспецифічного запалення в періодонті і, отже, нижчу інтенсивність його деструкції, при довготривалому курсі ад'ювантної антибіотикотерапії азитроміцином у комплексі консервативного лікування ХГП різних ступенів тяжкості у пацієнтів із супутніми хронічними захворюваннями. Ефект спостерігався протягом, щонайменше, року спостереження.

Висновки

1. Первинна пародонтальна терапія при ХГП, що включає професійну гігієну, зняття зубних відкладень, полірування, іригацію пародонтальних кишень 0,2% розчином хлоргексидину, накладення пародонтальної пов'язки, корекцію травматичної оклюзії і реставрацій, заміну пломб, забезпечує стійкий клінічний ефект у 35% хворих протягом 90 ± 5 днів.
2. Тривалий курс ад'ювантної антибіотикотерапії азитроміцином при ХГП дозволяє досягти стійкий клінічний ефект у 80% хворих протягом 360 ± 5 днів з задовільною переносимістю.
3. Достовірно знижені рівні ІЛ-1 β , АСТ, АЛТ у ПК підтвердили меншу інтенсивність деструкції періодонту при тривалому курсі ад'ювантної антибіотикотерапії азитроміцином у комплексі консервативного лікування ХГП різних ступенів тяжкості у пацієнтів із супутніми хронічними захворюваннями протягом, щонайменше, 1 року.

Перспективи подальших досліджень. Подальші багатоцентрові рандомізовані клінічні контролюємі дослідження мають підтвердити ефективність та безпечність застосування тривалих курсів азитроміцину у якості ад'ювантної терапії різних форм хронічного генералізованого пародонтиту.

Список літератури

1. Беркало Л.В. Методи клінічних та експериментальних досліджень в медицині / Л.В. Беркало, О.В. Бобович, Н.О. Боброва [та ін.] // - Полтава: Полімет, - 2003.-319с.
2. Белоклицкая Г.Ф. Современный взгляд на классификации болезней пародонта. Ответ на приглашение к дискуссии, прозвучавшее в статье Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. «Сучасні класифікації захворювань пародонту» в журнале «Імплантологія, пародонтологія, остеологія», - 2006, № 4, С. 59–62. Ключников С.О. Применение макролидов у детей в современных условиях / С.О. Ключников, В.Б. Болдырев // РМЖ.-2007.-№21.-С.1552-1558. Современная стоматология и зубное протезирование. http://www.stomatology.org.ua/modules/myarticles/article.php?item_id=2/.
4. Кайдашев И.П. Очерки иммунобиологии слизистой оболочки полости рта / И.П. Кайдашев, В.И. Шинкевич, Д.М. Король [и др.] / - Полтава: Полімет, - 2008.-304с.
5. Лукьянов С.В. Клиническая фармакология макролидов / С.В. Лукьянов // - Consilium medicum.- 2004.-№ 10.-С.769-773.
6. Синопальников А.И. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ / А.И. Синопальников, И.В. Андреева, О.У. Стецюк // Клиническая медицина.-2012.-№ 3.-С.23-30.
7. Botero J.E. Effects of periodontal non-surgical therapy plus azithromycin on glycemic control in patients with diabetes: a randomized clinical trial / J.E. Botero, F.L. Yepes, S.P. Ochoa [et al.] // J Periodontal Res.-2013.-Vol. 27.
8. Emingil G. Effect of azithromycin, as an adjunct to nonsurgical periodontal treatment, on microbiological parameters and gingival crevicular fluid biomarkers in generalized aggressive periodontitis / G. Emingil, B. Han, G. Ozdemir [et al.] // J Periodontal Res.-2012.-Vol. 47, N 6.-P.729-739.
9. Gupta G. Gingival crevicular fluid as a periodontal diagnostic indicator- I: Host derived enzymes and tissue breakdown products / G. Gupta // J Med Life.-2012.-Vol. 5, N 4.-P.390-397.
10. Haas A.N. Adjunctive azithromycin in the treatment of aggressive periodontitis: microbiological findings of a 12-month randomized clinical trial / A.N. Haas, C.M. Silva-Boghossian, A.P. Colombo [et al.] // J Dent.-2012.-Vol. 40, N 7.-P.556-563.
11. Lee C.E. The incidence of antimicrobial allergies in hospitalized patients: implications regarding prescribing patterns and emerging bacterial resistance / C.E. Lee, T.R. Zembower, M.A. Fotis [et al.] // Arch. Intern. Med.-2000.-Vol. 160, N 18.-P. 2819-2822.
12. Muniz F.W. Azithromycin: A new concept in adjuvant treatment of periodontitis / F.W. Muniz, C.C. de Oliveira, R. de Sousa Carvalho [et al.] // Eur J Pharmacol.-2013.-Vol.705, N 1-3.-P.135-139.
13. Pomares X. Long-term azithromycin therapy in patients with severe COPD and repeated exacerbations / X. Pomares, C. Monton, M. Espasa [et al.] // Int J Chron Obstruct. Pulm. Dis.-2011.-Vol.6.-P.449-456.
14. Sampaio E. Clinical and microbiological effects of azithromycin in the treatment of generalized chronic periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial / E. Sampaio, M. Rocha, L.C. Figueiredo [et al.] // J Clin Periodontol.-2011.-Vol. 38, N 9.-P.838-846.
15. Wu Y.F. Interleukin-1beta and IL-1 receptor antagonist levels in gingival crevicular fluid and their relationship to clinical indices of periodontitis / Y.F. Wu, C. Tan, J.Y. Zhang [et al.] // Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.-2004.-Vol.35, N 5.-P.683-686.

Реферати

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОГО КУРСА АЗИТРОМИЦИНА
Непокупная-Слободянюк Т.С.

Исследование посвящено изучению эффективности длительного адьювантного курса азитромицина в сочетании с консервативным лечением хронического генерализованного пародонтита (ХГП) по клиническим параметрам и динамике концентраций ИЛ-1β, АСТ и АЛТ в пародонтальных карманах. 40 пациентов с ХГП I-III степеней тяжести участвовали в двойном плацебо-контролируемом параллельном исследовании. Они были распределены на 2 уравновешенные группы, принимавшие азитромицин (500 мг в день, 7 дней, далее, по 500 мг 1 раз в неделю, 12 недель), или только стандартное пародонтологическое лечение.

Регистрировали гигиенические, пародонтальный индекс, РМА, глубину пародонтальных карманов (ПК), рецессию десны, подвижность зубов, кровоточивость десны в течение 360±5 дней. Пробы для определения ИЛ-1β, АЛТ, АСТ отбирали бумажными штифтами из ПК 1-2 зубов с активным пародонтитом. АЛТ, АСТ определяли кинетическим фотометрическим методом; ИЛ-1β – методом твердофазного «сэндвич» иммуноферментного анализа.

Длительный курс адьювантной антибиотикотерапии азитромицином при ХГП позволяет достичь стойкий клинический эффект у 80% больных в течение 360±5 дней с удовлетворительной переносимостью, что подтверждено достоверным снижением уровней ИЛ-1β, АСТ, АЛТ в пародонтальных карманах.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, азитромицин, интерлейкин-1 бета.

Стаття надійшла 23.12.2013 р.

THE EFFECTIVENESS OF LONG-TERM AZITHROMYCIN USING IN NON-SURGICAL THERAPY OF GENERALIZED CHRONIC PERIODONTITIS

Nepokupna-Slobodyanyuk T.S.

The study examines the effectiveness of long term azithromycin in combination with non-surgical periodontal therapy on clinical parameters and IL-1β, AST, ALT concentration levels in periodontal pockets over 360±5 days in patients with generalized chronic periodontitis (CP). Forty patients with generalized chronic periodontitis I, II and III levels of severity were included in this randomized, placebo-controlled, parallel-arm study. They were randomly assigned to azithromycin or placebo groups (500 mg once daily for 7 days, then 500 mg once a week for 12 weeks) of 20 people after initial periodontal treatment and sanitation measures.

Periodontal clinical parameters (PPD, BoP, CAL, teeth pathological mobility, PMA, hygiene indexes, calculus scores) and IL-1β, AST, ALT concentrations were evaluated before treatment and after 14±3, 30±5, 90±5, 180±5 and 360±5 days. The material for the study of IL-1β, ALT and AST were sample of periodontal pockets content from 1-2 same teeth received with paper pins. Determination of ALT, AST was performed by kinetic photometric (dinitrofenilhidrazyn) method. Determination of IL-1β was performed by solid-phase sandwich enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) method.

The long term adjuvant azithromycin provides clinical benefit in 80% of patients with generalized CP I-III levels of severity within 360±5 days with satisfactory tolerability, as confirmed significant decrease in IL-1β, AST, ALT in periodontal pockets.

Key words: chronic generalized periodontitis, azithromycin, interleukin-1 beta.

Рецензент Ткаченко П.І.