

Результаты применения интерферона в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,
стоматологическая клиника «Санодент», г. Уфа, Россия, тел.: (347) 273-54-56

У 202 больных хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) разной степени тяжести и 40 здоровых лиц с помощью исследования слюны, ротовой жидкости, периферической крови десны оценено состояние местного иммунитета ротовой полости. Установлено, что ХГП протекает на фоне сниженных показателей фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов и в разной степени выраженного возрастания в слюне содержания цитокинов (интерлейкины -1β , -4 ; α -фактор некроза опухоли, интерферон $-\gamma$). Сублингвальное применение в комплексном лечении больных ХГП в качестве иммуномодулятора свечевой препарата «Лейкоцитарный интерферон» обеспечивает излечение при сниженных показателях остаточных явлений воспалительного процесса, что сопряжено с усилением функционально-метаболической активности фагоцитов в ротовой полости и тенденциями к нормализации ряда содержания ключевых цитокинов.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтит, иммунитет, воспалительный процесс, цитокины.

Среди заболеваний стоматологического профиля хронический генерализованный пародонтит (ХГП) занимает ведущее место. Одним из ведущих факторов, обуславливающих возможности возникновения и определяющих течение ХГП, является состояние местных механизмов защиты ротовой полости ¹⁻³. Предложено немало средств иммунокорректирующей терапии в лечении ХГП. Но на фоне ухудшения экологической обстановки, влияния экзогенных и эндогенных факторов риска, роста аллергических заболеваний среди населения, остается актуальным поиск новых средств терапии. В связи с этим нами были исследованы клинико-иммунологическое состояние тканей пародонта у больных ХГП с различными степенями тяжести данной патологии и предложен иммунокорректирующий препарат — лейкоцитарный интерферон (ИФ), способный оказывать стимулирующее влияние на местные механизмы иммунной защиты ротовой полости ^{1, 4}.

Материал и методы

В исследовании использован материал (слюна, ротовая жидкость), полученный от 202 больных разной степени тяжести и 40 здоровых лиц. Больные в соответствии с клиническими критериями ^{1, 5} подразделялись на группы с легким (1 степень тяжести), средним (2 степень тяжести) и тяжелым (3 степень тяжести) течением ХГП. Клиническое состояние тканей пародонта оценивали с помощью индексов: гигиенического (Green-Wermillion), ПИ (Russel). Состояние иммунной резистентности ротовой полости оценивали с помощью оценки поглотительной активности нейтрофильных лейкоцитов, вычислением фагоцитарного числа при индукции фагоцитоза частицами латекса и теста спонтанного восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест); а также ряда цитокинов — α -фактора некроза опухоли (ФНО- α), интерлейкинов — ИЛ- 1β , ИЛ-4 и γ -интерферона (ИФ- γ), которые выявляли с помощью иммуноферментных тест-систем для определения ФНО- α человека, набора реагентов ProCon IL-1b и ProCon IL-4, набора реактивов «ИФА-IFN-gamma», предназначенного для количественного определения интерферона-гамма человека в исследуемых образцах методом твердофазного иммуноферментного анализа ^{5, 6}. Лечение больных в контрольной группе проводили с помощью традиционных методов, а в основной группе больным ХГП разной степени тяжести в качестве средств такой терапии был выбран интерферон лейкоцитарный (производства ФГУП «НПО «Микроген» МЗ и СР РФ «Имунопрепарат» в г. Уфе), обладающий выраженными иммуномодулирующими свойствами. Препарат использовали параллельно с традиционной терапией в виде свечевой формы выпуска сублингвально по 10000 МЕ на один прием (3–5–7 сеансов). Статистическую обработку данных проводили на ПЭВМ с использованием средств MS Excel 4.0, MS Word 6.0.

Результаты и обсуждение

При исследовании местных механизмов иммунной реактивности полости рта была выявлена существенная разница в характере изменения их показателей у больных с ХГП разной степени тяжести. Изучение фагоцитарных механизмов местной защиты ротовой полости позволило установить, что показатели погло- тительной активности нейтрофилов перифери- ческой крови десны при всех степенях тяжести ХГП достоверно ниже чем в контрольной груп- пе. При этом у больных со средним и тяжелым течением процесса они были ниже, чем у боль- ных с легким течением. Результаты исследова- ния спонтанного НСТ-теста, свидетельствующие об уровне самопроизвольной активации фагоцитарных клеток, у всех больных с ХГП были достоверно выше, чем у здоровых лиц, хотя в то же время и снижались по мере увели- чения степени тяжести заболевания. Показате- ли активности фагоцитов в индуцированном НСТ-тесте у всех больных также были выше нормальных, более выражено — при легком, менее при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. Обращает на себя внимание практическое отсутствие разницы в результа- тах спонтанного и индуцированного НСТ-тес- та у ХГП (при существенной — у здоровых).

Содержание иммуноцитоклинов в слюне пациентов с различной степенью тяжести хро- нического пародонтита значительно варьиро- вало: ФНО- α было примерно одинаково у больных с легкой и тяжелой степенью тяже- сти, но увеличено у больных со средней тяже- стью данной патологии; ИЛ-1 β и ИЛ-4 — у больных всех степеней тяжести хроническо- го пародонтита было примерно одинаково, ИФ- γ — у пациентов с ХП средней тяжести было достоверно ниже, нежели у таковых в группах с легким и тяжелым ХП.

Результаты исследований клинического благополучия, оцениваемого по клиническим тестам (ИГ, ПИ, ПМА), в основной группе были объективно лучше в сравнении с больны- ми, получавшими традиционное лечение. При этом сокращались сроки достижения кли- нического эффекта ремиссии. Плотность аль- веолярной кости после проведенного ком- плексного лечения значительно увеличилась при всех степенях тяжести ХГП. Оценка состояния местных механизмов иммунитета ротовой полости при использовании ИФ в комплексном лечении ХГП показала, что по- зитивные клинические эффекты лечения со- провождались различающимися по характеру

и интенсивности изменениями изучавшихся показателей местного иммунитета полости рта.

Установлено, что ИФ при ХГП любой степени тяжести обеспечивает стимуляцию функционально-метаболической активности фагоцитов ротовой полости (возрастание по- глотительной способности, увеличение актив- ности клеток в НСТ-тесте). При оценке цитокинового статуса в ротовой полости в ре- зультате лечения ИФ в ротовой жидкости у больных всех степеней тяжести отмечено уменьшение содержания ведущего противовос- палительного цитокина ФНО- α и увеличение содержания в ротовой жидкости ИЛ-1 β (помимо участия в острофазовой реакции активно поддерживает регенеративно-пролифератив- ные процессы). Включение в лечебные меро- приятия назначения ИФ сопровождается рез- ким (до 15–20 раз) снижением секреции другого ведущего противовоспалительного ци- токина — ИФ- γ . По окончании лечения у боль- ных легкой степени и средней степени заболе- вания отмечается достоверное возрастание содержания ведущего противовоспалительно- го цитокина — ИЛ-4, а при тяжелой, протекаю- щей на фоне его повышенного уровня — снижение.

Приведенные данные позволяют заклю- чить, что метод с использованием в терапии ХГП ИФ, в сравнении с традиционными мето- дами лечения, обеспечивает излечение при сниженных показателях остаточных явле- ний воспалительного процесса, что сопряжено с усилением функционально-метаболической активности фагоцитов в ротовой полости и тенденциями к нормализации ряда содержа- ния ключевых цитокинов.

Литература

1. Булгакова А. И. Совершенствование местной терапии хронического генерализованного пародонтита. Автореф... дис. канд. мед. наук.— М.: 1999.— 22 с.
2. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии. / Под ред. Н. А. Арефьевой.— Уфа: Штайм, 1997.— 120 с.
3. Современные аспекты клинической пародонто- логии. / Под ред. Л. А. Дмитриевой.— М., 2001.— 125 с.
4. Медведев Ю. А. Основы иммунных и иммуно- направленных методов терапии и профилактики.— Уфа: РИО ГУП «Имунопрепарат», 2000.— 82 с.
5. Петров Р. В., Лопухин Ю. М., Череев А. Н. и др. Оценка иммунного статуса человека.— М.: Медицина, 1984.— 36 с.
6. Сибиряк С. В., Юсупова Р. Ш., Курчатова Н. Н. Иммунофенотипирование лимфоцитов в клини- ческой практике.— Уфа: Штайм, 1997.— 22 с.