

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. У больных ВГ вследствие вирусного поражения печени выявляются: нарушения моторной функции билиарного тракта, со склонностью к гипертонусу сфинктеров Одди и Люткиенса, изменением биохимического состава желчи, а именно: снижение уровня секреции ХК, снижение ХХК, ФЛ и ФЛХК, что говорит о её высоких литогенных свойствах, а более чем в 94% случаев развивается билиарная недостаточность.

2. Больные ВГ представляют собой группу риска по развитию холелитиаза, что подтверждается более частым выявлением холецистита, билиарного сладжа и ЖКБ по сравнению с общими популяционными показателями.

3. Для комплексной диагностики нарушений внешнесекреторной функции печени у больных ВГ целесообразно использовать ЭХДЗ с графическим отображением этапов и биохимическим исследованием желчи (ХК, холестерин, ХХК, билирубин, кальций, ФЛ, ФЛХК, СРБ) с расчётом суммарного дебита компонентов желчи, выделившиеся за час после введения раздражителя.

5. Для коррекции нарушений внешнесекреторной функции печени у больных ВГ, а также профилактики камнеобразования наряду с противовирусной терапией результативно использование препаратов УДХК, дюспа-

талины и внутривенное введение озонированного физиологического раствора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбаков В.В. Оценка эффективности противовирусной терапии хронического гепатита С. Консенсус Европейской группы по изучению гепатита (Еврогеп) по критериям ремиссии // Российские медицинские вести. – 1997. – № 4. – С. 28–30.
2. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Тарасов К.М. Дуоденальное исследование. – М.: ЗАО "Медицинская газета", 1998. – 192 с.
3. Подымова С.Д. Болезни печени. – М.: Медицина, 1998. – 704 с.
4. Практическая гепатология. Практическое пособие под ред. Акад. РАМН Мухина М.А. – М. – 2004. – 296 с.
5. Серова В.В., Апрошко З.Г. Хронический вирусный гепатит. – М.: Медицина, 2004. – 384 с.
6. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. 2-е изд. – СПб.: Теза, 1998. – 131 с.
7. Шерлок Ш. Антивирусная терапия хронического гепатита С // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 12, № 3. – С. 758–762.
8. Alter H.J. The hepatitis C virus and its relationship to the clinical spectrum of NANB hepatitis // Gastroenterology. – 1990. – (suppl.1). – P. 78–94.
9. Glue P., Rouzier-Panis R., Raffanel C. et al. A dose-ranging study of pegylated interferon alfa 2b and ribavirin in chronic hepatitis C // Hepatology. – 2000. – Vol. 119. – P. 317–323.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕСТНОГО ИММУННОГО СТАТУСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

© Ракова Т.В., Лазарев А.И.

Кафедра терапевтической стоматологии
Курского государственного медицинского университета, Курск
E-mail: main@kgmu.kursknet.ru

Проведено обследование и лечение 83 больных с хроническим катаральным гингивитом. Все пациенты разделены на 4 группы в зависимости от схемы лечения. Пациентам 1 группы проводили лечение по традиционной схеме. У пациентов 2 группы к основному лечению добавили аппликации препарата "Йодогликоль паста нео". Пациентам 3 и 4 групп кроме традиционного лечения и аппликаций "Йодогликоль паста нео", в схему лечения ввели деринат: орошение десневого края раствором "Деринат" – 3-й группе, аппликации дерината на полимерном носителе Na-КМЦ – 4-й группе. Состояние местного иммунного статуса оценивали по содержанию в смешанной слюне IgA, IgM, IgG, sIgA, ИЛ-4, ИЛ-8. Оценивались такие показатели, как НСТ-спонтанный, НСТ-стимулированный, функциональный резерв нейтрофилов, индекс стимуляции нейтрофилов, индекс активности фагоцитоза. Установлено, что наиболее эффективной схемой лечения хронического катарального гингивита в отношении нормализации иммунологических показателей является сочетание: традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" + деринат в виде пленок.

Ключевые слова: гингивит, местный иммунный статус, иммуномодулятор.

INFLUENCE OF THE IMMUNOCORRECTING THERAPY ON THE INDICES OF THE LOCAL IMMUNE STATUS IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS

Rakova T.V., Lazarev A.I.

Therapeutical Stomatology Department of the Kursk State Medical University, Kursk

83 patients with chronic catarrhal gingivitis have been examined and treated. All patients were divided into 4 groups depending on the medical regimen. The patients of the 1st group were treated according to the traditional regimen. "Iodo-glycol paste neo" applications were added to the basic treatment of the patients of the 2nd group. Besides the traditional treatment and "Iodo-glycole paste neo" applications, the medical regimen of the patients in the 3rd and 4th groups included "Derinat": the irrigation of the gingival edge with the solution "Derinat" in the 3rd group, applications with derinat on polymer carrier Na-CMC – in the 4th group. The state of the local immune status was assessed according to the content of IgA, IgM, IgG, sIgA, IL-4, IL-8 in the mixed saliva. Such indices as NBT-spontaneous, NBT-stimulated, functional reserve of neutrophils, index of neutrophil stimulation, phagocytosis activity index were also assessed. It has been established that the most effective treatment regimen of chronic catarrhal gingivitis concerning normalization of immunologic indices is the following combination: traditional treatment + "Iodo-glycole paste neo" + "Derinat" in a form of films.

Keywords: gingivitis, local immune status, immunomodulator.

Высокая распространенность, склонность к прогрессированию и многогранное воздействие неблагоприятных факторов на зубочелюстную систему и организм в целом, а также неоднозначные результаты лечения, позволяют отнести заболевания пародонта к числу наиболее актуальных проблем современной стоматологии [15, 18]. Многоцентровые исследования, проведенные в 53 странах, свидетельствуют о высоком уровне распространения заболеваний пародонта: у лиц в

возрасте 15-19 лет эта патология составляет 55-89%, в возрасте 35-44 лет – 65-98%, у лиц старших возрастных групп – достигает 98% [2].

Хронический катаральный гингивит является наиболее распространенной патологией пародонта у лиц молодого возраста от 17 до 25 лет [1]. Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению хронической формы катарального гингивита, проблемы

эффективной терапии этой патологии полностью не решены [15].

Важнейшим этиологическим фактором воспалительных заболеваний пародонта признана бактериальная микрофлора, участвующая в формировании зубной бляшки [2, 4, 8, 16, 17], однако вопросы этиологии и патогенеза данной патологии изучены недостаточно и привлекают пристальное внимание исследователей [9].

По мнению исследователей, особая роль в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта принадлежит иммунным механизмам, так как микробный фактор может быть реализован в полной мере только при неадекватной защитной реакции иммунной системы организма, на фоне воздействия негативных факторов внешней среды [10]. С другой стороны, микрофлора, вегетирующая в полости рта, на сегодняшний день рассматривается как один из важнейших специфических стимуляторов запуска иммунных реакций в слизистой оболочке [5, 9, 11, 14]. Вместе с тем, независимо от первопричины, воспалительные заболевания пародонта сопровождаются изменениями в системе локального иммунитета ротовой полости. При этом в литературе имеются разноречивые данные о характере и степени изменений показателей иммунитета полости рта при хроническом катаральном гингивите [3, 6, 7].

В этой связи особую актуальность приобретает разработка клинически и иммунологически обоснованных методов лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта.

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение клинико-иммунологической эффективности применения "Йодогликоль пасты нео" и дерината в комплексном лечении больных с хроническим катаральным гингивитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено обследование и комплексное лечение 83 больных, в том числе 45 женщин и 38 мужчин в возрасте от 17 до 25 лет с диагнозом хронический катаральный гингивит. На момент обследования все пациенты считали себя здоровыми, не нахо-

дились на диспансерном учете по поводу общесоматической патологии у врачей других специальностей. Контрольную группу составили 30 человек без видимой патологии.

Все пациенты, принимавшие участие в исследовании, были разделены на 4 группы в зависимости от метода проводимого лечения. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Пациентам первой группы проводили пародонтологическое лечение по традиционной схеме, которая включала: оценку качества санации полости рта; устранение действия местных травматических факторов; снятие зубных отложений; шлифовку и полировку зубных поверхностей; обучение правильной гигиене полости рта; медикаментозную обработку полости рта 0,06% р-ром хлоргексидина биклюконата (ротовые ванночки) попеременно с р-ром ротокана (1 ч.л. на 1 ст. воды). Также всем пациентам давались рекомендации по правилам чистки зубов, выбору зубной пасты, пользованию флоссами. При необходимости проводилась контрольная чистка зубов (определение эффективности гигиенических мероприятий путем использования окрашивающих средств).

У пациентов второй группы к основному лечению добавили аппликацию антисептического препарата "Йодогликоль паста нео" 2 раз в день в течение 7 дней. Пациентам третьей и четвертой групп кроме традиционного лечения и аппликаций препарата "Йодогликоль паста нео" тем же курсом, в схему лечения ввели иммуномодулятор деринат: орошение десневого края водным раствором "Деринат" – 3-й группе, аппликации дерината на полимерном носителе – натриевая соль карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ) – 4-й группе. Аппликации и орошения деринатом выполняли через 15 минут после аппликаций йодогликолевой пасты ежедневно в течение 10 дней.

Состояние местного иммунного статуса ротовой полости оценивали по содержанию в смешанной слюне IgA, IgM, IgG, sIgA, ИЛ-4, ИЛ-8 с помощью наборов реагентов ВЕКТОР-БЕСТ (ООО "ВЕКТОР-БЕСТ", г. Новосибирск) методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Функциональная активность нейтрофилов, оценивалась по активности фагоцитоза –

проценту активных фагоцитов из числа со- считанных нейтрофилов [13].

Функциональная активность нейтрофилов оценивалась в тесте восстановления нитроси- него тетразолия [12]. Рассчитывался индекс стимуляции нейтрофилов (ИСН), который представляет отношение диформаза- н-позитивных клеток в стимулированной реакции к диформаза- н-позитивным клеткам в спонтан- ной реакции НСТ-теста. К позитивным клет- кам относили нейтрофилы с четко видимыми отложениями диформаза- на, нейтрофилы с пылевидными гранулами считали неактив- ными. Подсчитывали 100 нейтрофилов, ре- зультат выражали в процентах. Функцио- нальный резерв нейтрофилов определялся как разница между диформаза- н-позитивными клетками в стимулированной реакции и диформаза- н-позитивными клетками в спон- танной реакции НСТ-теста. В работе исполь- зовали нитросиний тетразолий фирмы Lachema (Чехия).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами было проведено исследование мест- ного иммунного статуса пациентов с хрони- ческим катаральным гингивитом до лечения и после его завершения (табл.).

Как видно из таблицы, традиционное ле- чение снижало содержание IgG, IgM, норма- лизовало уровень sIgA и не влияло на уро- вень IgA. Традиционное лечение снижало, но не до нормы, концентрацию ИЛ-8 и повыша- ло содержание ИЛ-4. После традиционного лечения в сочетании с "Йодогликоль паста нео" отличий в изменениях показателей по сравнению с традиционным лечением не бы- ло. Таким образом, при хроническом гин- гивите традиционное лечение и таковое с ис- пользованием "Йодогликоль паста нео" ока- зывает неспецифические противовоспали- тельные эффекты, корригируя, но не до уров- ня нормы, нарушенные показатели.

Таблица

Динамика иммунологических показателей у всех исследуемых групп до и после лечения

Показатели (ед. изм-я)	Группа контроля n=30	Пациенты с ХКГ до лечения n=63	1 группа после лече- ния n=20	2 группа по- сле лечения n=21	3 группа по- сле лечения n=21	4 группа по- сле лечения n=21
Ig G (мг/мл)	0,05± 0,01	0,07± 0,003 ^{*1}	0,03± 0,002 ^{*1,2}	0,04± 0,004 ^{*1,2}	0,03± 0,003 ^{*1,2}	0,03± 0,005 ^{*1,2}
Ig M (мг/мл)	0,06± 0,004	0,04± 0,002 ^{*1}	0,03± 0,002 ^{*1,2}	0,03± 0,004 ^{*1,2}	0,03± 0,006 ^{*1,2}	0,03± 0,005 ^{*1,2}
Ig A (мг/мл)	0,10± 0,01	0,11± 0,01	0,11± 0,01	0,11± 0,009	0,09± 0,039	0,13± 0,012
sIg A (мг/мл)	14,5± 1,12	18,3± 2,15 ^{*1}	11,3± 3,97 ^{*2}	13,3± 1,35 ^{*2}	9,2± 2,36 ^{*1-3}	11,4± 3,16 ^{*2}
ИЛ-8 (пг/мл)	6,05± 0,84	16,3± 0,8 ^{*1}	11,5± 1,54 ^{*1,2}	9,6± 1,5 ^{*1-3}	10,0± 0,88 ^{*1,2}	11,77± 1,47 ^{*1,2}
ИЛ-4 (пг/мл)	3,45± 0,63	6,71± 0,57 ^{*1}	12,74± 0,97 ^{*1,2}	13,30± 0,58 ^{*1,2}	14,77± 0,14 ^{*1-3}	14,4± 0,46 ^{*1-3}
НСТ-сп. (%)	36,00± 2,73	27,57± 3,38 ^{*1}	47± 4,02 ^{*1,2}	36,75± 4,87 ^{*2,3}	40,33± 4,02 ^{*2,3}	24,5± 3,04 ^{*1,3}
НСТ-ст. (%)	68,33± 4,8	74,36± 4,01	83± 2,24	56,75± 4,46 ^{*1-3}	73,67± 6,35	68,25± 2,99
ФРН	31,00± 5,48	46,79± 3,57 ^{*1}	36± 1,79 ^{*2}	20,0± 0,82 ^{*1-3}	33,33± 12,85 ^{*2}	43,75± 1,51 ^{*1,3}
ИСН	2,06± 0,32	3,24± 0,40 ^{*1}	1,81± 0,11 ^{*1,2}	1,62± 0,09 ^{*1-3}	1,97± 0,34 ^{*1,2}	3,11± 0,35 ^{*1,3}
ИАФ	83,67± 2,42	83,14± 3,16	74,5± 4,25	68± 5,56 ^{*1,2}	59,33± 3,01 ^{*1-3}	83,5± 2,61

Примечание: 1. * – p<0,05; 2. – цифра рядом со звездочкой указывает на группу, по отношению к которой различия достоверны.

Использование дерината в виде раствора и пленок оказывало более выраженный противовоспалительный эффект, так как после их применения наблюдался более высокий уровень ИЛ-4. На содержание иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG, sIgA и ИЛ-8 деринат в виде раствора и в виде пленок оказывал эффекты, аналогичные традиционному лечению. Таким образом, включение дерината в схему традиционного лечения позволяет в большей степени купировать локальное воспаление в пародонте.

Что касается состояния фагоцитов ротовой полости, то здесь мы должны отметить, что фагоцитарная активность клеток у больных с гингивитом после лечения достоверно снижалась во всех группах (с минимумом в группе получавшей деринат раствор), что может указывать на иммунокорректирующие эффекты лечения, которое вызвало, по всей вероятности, избыточную стимуляцию активности фагоцитов, что привело к их пиковой активности, которая сменилась фазой декомпенсации, кроме группы получавшей деринат в виде плёнок, что мы можем объяснить дозированным поступлением препарата на слизистую и расценить как наиболее благоприятный результат.

После традиционного лечения уровень кислородзависимых ферментов в цитоплазме фагоцитов в НСТ-спонтанном тесте вырос даже выше контрольных значений. При применении же в дополнение к традиционному лечению "Йодогликоль паста нео" происходила нормализация уровня спонтанных ферментов, а при добавлении дерината в виде раствора наблюдалась та же картина, что и при традиционном лечении, но, что интересно, в схеме традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" + пленки с деринатом значительных изменений не наблюдалось.

Иная картина в отношении другого показателя активности кислородзависимых ферментов в цитоплазме фагоцитов НСТ-стимулированного теста. После традиционного лечения резко увеличивался их уровень. В схеме традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" наблюдалось снижение концентрации ферментов, а в схемах с применением дерината – полная нормализация их уровня в клетке, что также указывает на положительный эффект его применения.

Функциональный резерв нейтрофилов (показатель готовности фагоцита к перевариванию) после традиционного лечения снижается до уровня контрольных значений, а индекс стимуляции нейтрофилов (показатель ресурса фагоцита) ниже групп до лечения и контроля. В остальном профиль их изменений по отношению к контрольным значениям и исходным данным был сопоставим и характеризовался в группе традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" резким снижением, что указывает на декомпенсацию функции фагоцитов, в группе традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" + деринат в виде раствора – наблюдалась нормализация, а группе пациентов, получавших схему традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" + деринат пленки, мы отметили значительное увеличение и функционального резерва, и индекса стимуляции нейтрофилов.

Анализируя полученные в отношении функциональной активности фагоцитов полости рта данные, мы можем сказать, что применение дерината в составе традиционного лечения с "Йодо-гликоль паста нео" как в виде раствора, так и в виде плёнок достоверно изменяет активность фагоцитов в сторону компенсации их нарушенной функции у больных с хроническим катаральным гингивитом. Причем, применение раствора дерината нормализует и компенсирует эти изменения, а использование плёнок с ним же не только корректирует нарушенные функции фагоцитоза в полости рта, но и, по нашему мнению, оказывает стабилизирующий эффект в отношении избыточной цитокинопосредованной активации фагоцитов.

Таким образом, традиционная терапия оказывает недостаточный нормализующий эффект на показатели местного иммунного статуса у больных с хроническим катаральным гингивитом. Наиболее эффективной схемой лечения хронического катарального гингивита в отношении нормализации иммунологических показателей является сочетание: традиционное лечение + "Йодогликоль паста нео" + деринат в виде пленок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимович Л.М. Профилактика и лечение гингивита у подростков – воспитанников дет-