

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 наблюдений.

Выводы. 1. У больных генерализованным катаральным гингивитом и начальной степенью генерализованного пародонтита с однотипным 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 дискусательных 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. **Цепов Л., Николаев А., Михеева Е.** Diagnosis, treatment and prevention of periodontal disease. MEDpress.2008;272.
3. **Rescala B., Rosalem W Jr., Teles RP., Fischer RG., Haffajee AD., Socransky SS., Gustafsson 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 P.J, Roitt I.M.** 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

УДК 616.311.2-02

А. А. Шостенко

Государственное учреждение «Буковинский государственный медицинский университет»

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОГО ИММУНИТЕТА 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 характерной его особенности 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 угнетение 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 ликолидом 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 ГЕНЕРАЛИЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

У статті представлені результати змін 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 характерної 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 яснах відзначається максимальне пригнічення секреторного імунітету, яке менш виражене у пацієнтів з хронічним проявом захворювання. Розроблено та застосовано на практиці метод використання професійних гігієнічних заходів, антибактеріальних, протизапальних та імунomodуючих засобів в комплексному лікуванні генералізованого катарального гінгівіту. Встановлено, що імунорегуюча терапія

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

Ключові слова: генералізований пародонтит, катаральний гінгівіт, імунотерапія.

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 changes in the parameters of local immunity and methods 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 licopid positive effect on the secretory immune system, has a more pronounced effect on its performance compared to traditional.

Key words: generalized periodontitis, catarrhal gingivitis, immunotherapy.

Наиболее часто встречающейся патологией пародонта в молодом возрасте является катаральный гингивит, о чем свидетельствует многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов [1, 2].

Отличительной особенностью течения воспалительного процесса в десневой ткани на современном этапе принято считать увеличение доли его активно текущих, затяжных хронических форм, склонных к частым обострениям и к быстрому переходу в пародонтит. Их патогенез на сегодняшний день до конца не изучен, но с высокой достоверностью известно, что активация патологического процесса в десневой ткани обусловлена воздействием медиаторов воспаления, выделение которых происходит в результате ряда цитологических и иммунологических механизмов, запускаемых условно – патогенной микрофлоры и продуктами жизнедеятельности зубной биопленки [3-5]. Сказанное позволяет полагать, что выраженный дефицит иммунитета может играть одну из ведущих ро-

лей в развитии неблагоприятно текущих вариантов генерализованного катарального гингивита.

Это заставляет наряду с мониторингом локального гуморального иммунитета проводить на этой основе поиск путей, повышающих эффективность базисной терапии, используемой при лечении генерализованного катарального гингивита. Перспективной представляется назначение в комплексной лечении активно текущих форм заболевания современных противовоспалительных и иммуномодулирующих средств, которое обеспечит их действие, прежде всего на уровне слизистых оболочек полости рта. Есть первые и немногочисленные сведения, что в период острого течения заболеваний пародонта следует проводить устранения местных вредно действующих факторов в сочетании с антибактериальной терапией, а затем только рекомендуется использование иммуноориентированных препаратов. Логически вытекает из сказанного необходимость определения эффективности этапной иммунотерапии, которая должна определяться на основе изучения результатов с учетом ее влияния на показатели секреторного иммунитета.

Цель исследования. Изучение состояния местного секреторного иммунитета и определение наиболее характерной его особенности у больных с различными клиническими проявлениями генерализованного катарального гингивита, оценка влияния этапной комплексной терапии на клинико – лабораторные показатели заболевания.

Материалы и методы исследования. Для выявления роли местного секреторного иммунитета и его влияния на особенности проявления генерализованного катарального гингивита лабораторному обследованию подвергнуто 58 больных в возрасте от 19 до 31 года (средний возраст $25,9 \pm 1,2$ лет). Среди включённых в исследования было женщин 32 (55,1 %), мужчин 26 (44,9 %). Из них 20 пациентов имели постоянное хроническое течение заболевания (1 группа) и 28 обращались в стоматологическую клинику в период обострения воспалительного процесса в десневой ткани (2 группа). При постановке клинического диагноза использовалась принятая на Украине классификация воспалительных заболеваний пародонта. У всех пациентов на момент исследования исключены сопутствующие заболевания воспалительного характера: хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, а также острые респираторные болезни. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц соответствующего возраста, у которых изучались факторы секреторного иммунитета.

В вышеперечисленных исследуемых группах проводились общепринятые клинические исследования, включающие сбор жалоб, анамнеза, определения аллергического статуса, визуальную и инструментальную оценку местного статуса.

Наряду с общеклиническим обследованием в работе использовалась стандартная ортопантомография с последующим изучением полученных снимков на визиографе для более объективной оценки состояния костных тканей альвеолярных отростков в области межзубных перегородок.

Определение гигиенического состояния полости рта осуществлялось по методу Green-Wermillion, а активность воспалительного процесса в десневой ткани согласно изменению индекса кровоточивости Silness-Loe 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 обострившегося 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 обострившегося течения заболевания локальная антимикробная терапия дополнялась назначением инстилляций в межзубные пространства и на десневую ткань препарата «Инстиллагель» (6мл) ежедневно в течение двух недель.

На первом этапе комплексного лечения хронического генерализованного гингивита пациенты I группы получали иммунокорректирующую терапию ликописом 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 Нимесил по общепринятой схеме использования. Ликопид 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 ликописом 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 ошибки средней ($M \pm m$), расчетом t-критерия Стьюдента. При проверке гипотез использовался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведенный анализ данных анамнеза и общей клинической характеристики обследуемых нами больных выявил ряд различий и закономерностей между сравниваемыми группами с хроническим и обострившимся 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, оцениваемые 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 обострившимся 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 продукции Ig G и достоверное падение в смешанной слюне параметров Ig M. Можно полагать, что существенное снижение концентрации в ротовой жидкости SIg A и Ig M на фоне незначительного повышения уровней Ig G является признаком сохранности активного воспалительного процесса и наличие этих изменений требует на начальном этапе лечения проведения прежде всего противовоспалительной терапии.

Таким образом, к числу наиболее характерных особенностей секреторного иммунитета у пациентов болеющих генерализованным гингивитом в период хронического течения воспалительного процесса в десневой ткани относится тенденция к снижению концентрации sIg A, и повышение уровня Ig G и Ig G в слюне. Существование резкого дефицита SIg A и Ig M при сокращающихся не высоких значениях пара-

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей секреторного иммунитета в процессе длительного наблюдения у больных с различным течением генерализованного катарального гингивита

Показатели иммунитета	Группы исследуемых								
	I группа				II группа				Контрольная 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)	0,8±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**	1,24±0,23
Ig G (Г\л)	0,83±0,02*	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**	0,47±0,02
Ig M (г/л)	0,42±0,03**	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**	0,23±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 свойственно для обострившегося генерализованного катарального гингивита. Такие изменения секреторного иммунитета могут, вероятно, объяснять причину частичной активации воспалительного процесса в десневых тканях и наличие у больных склонности к таким проявлением 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 обострившимся течением заболевания.

Введение ликопида на начальном этапе комплексного лечения на фоне профессиональных гигиенических вмешательств в комбинации с антибактериальными средствами позволило добиться полной редукции 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 обострившимся течением генерализованного катарального гингивита Нимесила на первом этапе комплексной терапии более значимо способствовало улучшению состояния тканей десны, чем при традиционном способе, что выражалось 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 обострившегося катарального гингивита способствовало полному регрессу симптомов заболевания и нормализации десневых индексов у 89,3 % пролеченных.

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

Проведенный впервые сравнительный анализ влияния инстилляций ликопидом на показатели секреторного иммунитета у больных с обострившимся течением генерализованного катарального гингивита выявил преимущество этого способа введения иммуномодуляторов над традиционным: двукратный подъем продукции SIg A на уровне слизистых мембран, 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 нормализовалось или значительно улучшалось лишь на 25-30 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, мене 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 создает 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. **Грудянов А. И.** Заболевания пародонта / Грудянов А. И. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
2. **Cochran D. L.** Inflammation and bone loss in periodontal disease / D.L. Cochran // J. Periodontol. – 2008. – №79. – P.1569-1576.
3. **Kebschull M.** Periodontal microbial complexes associated with specific cell and tissue responses / M. Kebschull, P.N. Papapanou // J Clin Periodontol. – 2011. – №38. – P.17-27.
4. **Socransky S.S.** Periodontal microbial ecology / S.S. Socransky, A.D. Haffajee // 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. **Manchini G.** Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion / G. Manchini, A.O. Garbonara, S.F. Heremans // Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2, N 6. – P. 234-235

REFERENCES

1. **Grudyanov A.I.** *Zabolevaniya parodonta* [Periodontal disease]. Moskva: Izdatel'stvo «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo»2009;336.
2. **Cochran D.L.** Inflammation and bone loss in periodontal disease. J Periodontol 2008;79:1569-1576.
3. **Kebschull 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., Haffajee 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. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. *Immunochimistry*.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

² Государственное 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 («Кальцикора» 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 ПОРОЖНИНІ РОТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДИСБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

У 84 хворих на хронічний панкреатит визначали 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 («Кальцикора» 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. Levits'kiy

¹The Crimean State Medical University named after Georgievskij S.I.

State 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 antidysbiotic and anti-inflammatory influence on oral tissues of the preparation "CalChicor" and dentifrice water "Vinogradnyj" ("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 Levitskij 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 "Vinogradnyj", 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 antidysbiotic preparations "CalChicor" and "Vinogradnyj" have anti-inflammatory influence on periodontal tissues in patients with hepatobiliary pathology.

Key words: chronic pancreatitis, saliva, dysbiosis, inflammation, antidysbiotic 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 антимикробные средства и др. [4-6].