

УДК 616.314.17-085-097]-06:616.37-002-036.12

©В. В. Шманько, Н. В. Чорній

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»

## **Вплив комбінованої форми котиерпії на імунний статус у пацієнтів із захворюваннями пародонту на тлі хронічного панкреатиту**

**Резюме.** У статті представлено результати комбінованої терапії з застосуванням орального антисептика та гепатопротектора з імунокорегуючою дією для лікування захворювань пародонту на тлі хронічного панкреатиту.

**Ключові слова:** хронічний панкреатит, захворювання пародонту, септофіт, антрал.

**В. В. Шманько, Н. В. Чорній**

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»

## **Влияние комбинированной формы котиерпии на иммунный статус у пациентов с заболеваниями пародонта на фоне хронического панкреатита**

**Резюме.** В статье представлены результаты комбинированного применения орального антисептика и гепатопротектора с иммунокорректирующим действием для лечения заболеваний пародонта на фоне хронического панкреатита.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, заболевания пародонта, септофит, антрал.

**V. V. Shmanko, N. V. Chorniy**

SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky»

## **The effect of combined drug therapy on immune status in patients with parodontium diseases on the background of chronic pancreatitis**

**Summary.** The article presents the results of the combined using of oral antiseptic and hepatoprotectors with immunocorrective action at the treatment of parodontium diseases on the background of chronic pancreatitis.

**Key words:** chronic pancreatitis, parodontium disease, Septofit, Antral.

**Вступ.** Пошук нових лікарських засобів для терапії з хворюючих пародонтальних захворювань є актуальною проблемою у стоматології та фарматології [4, 6, 9]. Це зумовлено високою розповсюдженістю з хворюючих пародонтальних захворювань серед дорослого населення та тенденцією до різкого їх збільшення серед осіб молодого віку [1, 8, 15]. Згідно з даними експертів ВООЗ, 80 % людей у різних країнах мають з хворюючий пародонтит. У структурі їх перешкоджають гінгівіт і пародонтит, що складають 92–95 % [2, 7, 14]. Підвищується частота пародонтитів при з хворюючих шлунково-кишкового тракту [3]. Це вказує на необхідність пошуку нових шляхів комбінованого лікування цих захворювань.

Нині відомі способи лікування з хворюючих пародонтитів, які включають з використанням антибіотиків, протизапальних, імуностимулюючих, остеотропних препаратів для згальної терапії та місцевого застосування антисептиків [1, 5, 13].

**Метою роботи** було дослідити клінічну ефективність комбінованого застосування орального антисептика та гепротектора з імунокорегуючою дією для лікування з хворюючих пародонтитів та хронічного пародонтиту.

**Матеріали і методи.** Нині було обстежено 102 хворих гастроентерологічних відділень лікарень м. Тернополя з клінічно встановленим діагнозом хронічного пародонтиту. Контрольну групу становили 30 чоловік – без пародонтитів з хворюючих шлунково-кишкового тракту.

Лікування та обстеження пацієнтів проводили в стандартній режимі фоновому з хворюючих. Вік пацієнтів коливався від 24 до 63 років, серед яких 48,8 % жінок і 51,2 % чоловіків.

З метою лікування хворих поділили на першу та другу групи. В кожній групі 21 (83,3 %) хворих із хронічним катаральним гінгівітом та 9 (16,7 %) пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом та хронічного пародонтиту.

Клінічне обстеження хворих проводили за стандартною схемою. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за індексом Федоров – Володкіної [2]. Для оцінки запального процесу ясен застосовували парілярно-марганцево-альвеолярний індекс РМ (Parma, 1960) [2], ступінь з хворюючих пародонтитів оцінювали за комплексним пародонтальним

індексом КПІ [2], наявність запального процесу визначали за допомогою проби Шиллер – Писарев [2]. Оцінку стану тканин пародонта проводили клінічними методами. Визначали наявність ясенного краю, кровоточивість, втрату зубоясенного епітеліального прикріплення, рухомість зубів, гноевидіння запального кишені. При постановці діагнозу користувалися класифікацією з хворюючих пародонтитів, запропонованою М. Ф. Данилевським [2].

Групу спеціальних методів становили імунологічні дослідження периферійної крові. Для визначення кількості Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій (CD3, CD4, CD8, CD16-клітин), В-лімфоцитів (CD22) проводили методом моноклональних антитіл, визначення концентрації основних класів імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG) у крові – методом радіальної імунодифузії за методом G. Mancini (1965) [16]. Результати обстежень оброблено статистично за використанням загальноприйнятих методів вартісної статистики за допомогою персонального комп'ютера за використанням пакетів статистичних програм «Statistica 2:2» і «Microsoft Excel 2007». Рівень вірогідності визначали за критерієм Стюдента.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Забстеження 102 хворих на хронічний пародонтит виявлено з хворюючих пародонтитів у 77 (75,7 %) обстежених, у 22 (21,6 %) – пародонтит був інтактний, в 3 (2,4 %) відмічалося повна втрата зубів. Серед 77 хворих за уреченням пародонтитів хронічний катаральний гінгівіт легкого та середнього ступенів тяжкості був у 56 (73,2 %) хворих, хронічний генералізований пародонтит I–II ступенів тяжкості – у 21 (26,8 %) хворих.

Взявши до уваги патогенетичні механізми розвитку з хворюючих пародонтитів та хронічного пародонтиту та провівши огляд існуючих на даний час схем лікування гінгівіту та генералізованого пародонтиту, в своїй роботі ми застосували поряд з традиційними методами лікування препаратів місцевої дії, саме «Септофіт» та препарат згальної терапії – гепротектор з імунокорегуючою та антиоксидантною дією «Нтраль», що спрямовано на ліквідацію запальних та запально-дистрофічних процесів у тканинах пародонта і відновлення місцевого та системного імунного захисту в хворих на хронічний пародонтит, що дозво-

литель досягти підвищення ефективності лікувального курсу тривалого гінгівіту та генералізованого пародонтиту й уникнути можливих ускладнень лікування тривалої ремісії.

Усім хворим було проведено професійну чистку зубів та вивчення гігієни, та кожний лікувальний курс тривав один день, при потребі проводили вибіркоче пришліфовування. Всім хворим призначили остеотропний препарат «Кальміцин» по 1 таблетці 2 рази на день курсом 1 місяць, рекомендували користуватись зубною пастою «Пародонт-КС» та зубною щіткою середньої жорсткості, дотримуватись індивідуальної гігієни (користуватись флосами та зубними йоржиками).

Крім того, хворим першої групи призначили антисептик на основі хлоргексидину для полоскання тричі на день протягом 14 днів. Для лікування хворих другої групи застосовували фітосептик «Септофіт» по 2 таблетки 3 рази на день, розсмоктуючи в роті, курсом 14 днів, перорально – гепатопротектор «Інтраль» по 1 таблетці тричі на день протягом 30 днів. Ефективність комбінованого лікування оцінювали за динамікою клініко-рентгенологічних, лабораторних та імунологічних тестів після проведеного лікування на 14 і 30 день.

Найважливішим результатом виявився позитивний вплив комбінованого лікування хронічного тривалого гінгівіту та хронічного генералізованого пародонтиту у пацієнтів з тяжким хронічним пародонтитом у двох групах.

**Таблиця 1.** Статистичні дані оцінювання стану пародонту у пацієнтів із хронічним пародонтитом та хворюючими пародонтом до лікування і після лікування (M±m)

Показник	У хворих першої групи			У хворих другої групи		
	до лікування	після лікування		до лікування	після лікування	
		на 14 день	на 30 день		на 14 день	на 30 день
Індекс гігієни за Федоровим-Влодкіною (бали)	2,31±0,08	1,42±0,02*	1,74±0,02*	2,2±0,1	1,57±0,03*	1,41±0,02*
РМА %	21,86±1,92	10,26±0,26*	15,76±0,79*	20,8±2,3	10,23±0,1	10,3±0,1*
КПІ (бали)	1,49±0,15	0,12±0,03*	0,52±0,05*	1,7±0,1	0,11±0,02*	0,3±0,01*

**Примітка.** \* – достовірність відмінностей порівняно з показниками першої та другої груп (p<0,05).

Клінічний ефект комбінованого лікування хворюючих пародонтом та хронічного пародонтиту підтверджується також позитивною динамікою імунологічних тестів (таблиця 2). Також у пацієнтів із хворюючими пародонтом та хронічного пародонтиту з

однак ефективність терапії, яку отримували хворі другої групи була вищою, що відобразилося у скороченні тривалості лікування. Про це свідчили показники результатів індексного оцінювання стану пародонту та гігієни порожнини рота у пацієнтів із хронічним пародонтитом (таблиця 1). У хворих другої групи індекс гігієни за Федоровим-Влодкіною знизився з (2,2±0,1) до (1,4±0,02) бали відповідно в доброму стану гігієни порожнини рота (p<0,05), у хворих першої групи з (2,31±0,08) до (1,74±0,02) бали, що свідчило про зовсім добрий стан гігієни. Значно зменшився індекс РМА з (20,8±2,3) % до лікування, і до (10,3±0,1) % після лікування (p<0,05) у хворих другої групи, у хворих першої групи індекс РМА зменшився з (21,86±1,92) % до лікування, і до (15,76±0,79) % після лікування (p<0,05), що вказує на легкий ступінь гінгівіту. Індекс КПІ у хворих другої групи після лікування знизився з (1,7±0,1) до (0,3±0,01) бали (p<0,05), у хворих першої групи зменшився з (1,49±0,15) до (0,52±0,05) бали, що вказує на низький ризик хворюючого пародонтиту. Порівнюючи індекси показників стану пародонту у хворих першої групи з показниками другої, слід відмітити, що позитивну динаміку під час лікування спостерігали у хворих обох груп. Проте стійкого клінічного ефекту досягнуто лише у хворих другої групи, які приймали септофіт та інтраль, на що вказують показники на 30 день лікування.

також збільшилася кількість Т-лімфоцитів збільшилася і тенденція до нормалізації, саме підвищилась кількість Т-хелперів (CD4-клітин) в периферійній крові у хворих другої групи порівняно з хворими першої групи у 5,3 рази.

У хворих другої групи спостеріг ли ліквід цію Т-лімфопенії, підвищення CD3+ (Т-лімфоцитів – інтегр льного пок зник клітинної л нки, кількості) Т-хелперів/індукторів (CD4+) до нижньої межі норми, норм ліз ція імунорегуляторного індексу CD4/CD8 т підвищення пок зників CD8+ (Т-цитотоксичних лімфоцитів),

CD16+ (Т-природних кілерів), CD22+ (В-лімфоцитів) т зниження рівнів імуноглобулінів кл сів , М, G.

При імунологічному дослідженні н 30 день лікув ння вст новлено чітко вир жений позитивний вплив нтр лю в комплексному лікув нні н пок зники клітинної т гумор льної л нки імунітету (т бл. 2).

**Т блиця 2.** Імунний ст тус уп цієнтів із хронічним п нкре титом із хворюв ннями п родонт (M±m)

Показник %	У хворих першої групи			У хворих другої групи		
	до лікування	після лікування		до лікування	після лікування	
		на 14 день	на 30 день		на 14 день	на 30 день
CD3	45,5±0,7*	49,2±0,6*	**52,6±0,6*	45,03±0,84*	52,1±0,7*	**62,8±0,7*
CD4	31,03±0,44*	33,2±0,4*	**35,4±0,5*	30,7±0,5*	34,6±0,5*	**40,7±0,3*
CD8	13,8±0,2	15,6±0,3	**17,3±0,3*	13,9±0,4*	16,9±0,3*	**21,6±0,4*
CD4/CD8	2,3±0,2	2,1±0,1	2,04±0,2	2,2±0,1*	2,1±0,2	1,9±0,1
CD16	12,7±0,3*	13,1±0,2*	**13,3±0,2*	11,7±0,3*	13,0±0,2*	**14,1±0,2*
CD22	18,2±0,4*	18,6±0,3*	**18,5±0,2*	18,9±0,3*	18,6±0,7*	**19,03±0,28*
IgG	12,7±0,02	11,7±0,2*	**11,4±0,1*	12,4±0,2*	11,5±0,1*	**10,5±0,1*
IgA	2,7±0,1	2,41±0,08*	**2,23±0,06*	2,45±0,07*	2,24±0,06*	**1,77±0,02*
IgM	2,7±0,1	2,43±0,08	**2,3±0,1*	2,6±0,1*	2,2±0,2*	**1,52±0,03*

**Примітки:** 1. \* – достовірність відмінностей порівняно з пок зник ми групи до лікув ння (p<0,05); 2. \*\* – достовірність відмінностей порівняно з пок зник ми між першою т другою груп ми (p<0,05).

Під ч с лікув ння поліпшув лись пок зники специфічної імунної резистентності т місцевого імунітету у хворих н хронічний п нкре тит з п тологією п родонт першої т другої групи. Проте рівень пок зників специфічної імунної резистентності у хворих другої групи відрізняється від пок зників у хворих першої групи.

Т к, CD3+- бсолютн кількість Т-лімфоцитів під впливом з г льноприйнятої тер пії зросл в 1,2 р з (p<0,05), відповідного пок зник другої групи в 1,4 р з (p<0,05). Відсоток CD16+ - лімфоцитів у хворих першої групи т кож підвищився відносно поч ткового зн чення у середньому в 1,04 р з , ле з лиш вся нижчим порівняно з нормою у 1,15 р з (p<0,05) т в 1,1 р з – з пок зником другої групи (p<0,05). Подібну тенденцію спостері г ли у хворих першої групи і з боку кількості Т-хелперів/індукторів (CD4+). Під впливом з г льноприйнятого лікув ння рівень їх підвищився у середньому в 1,14 р з , порівняно з поч тковими рівнем, що з лиш лось вірогідно нижчим від зн чень відповідного пок зник другої групи в 1,15 р з (p<0,05) (т бл. 2).

Пок зник CD8 у хворих першої групи з зн в певних позитивних змін, с ме підвищився відносно поч ткового рівня у середньому в 1,25 р з , ле з лиш вся нижчим від відповідного пок зник другої групи в 1,25 р з (p<0,05).

Під впливом лікув ння із з стосув ням нтр лю рівень В-лімфоцитів у хворих другої групи збільшився у 1,1 р з . В період лікув ння у хворих першої групи вміст В-лімфоцитів т кож підвищився у середньому в 0,9 р з відносно поч ткового зн чення, проте з лиш вся нижчим від пок зник другої групи в 1,03 р з .

Після з вершення лікув ння із з стосув ням нтр лю в другій групі хворих н хронічний п нкре тит з п тологією п родонт відміч ють чітку тенденцію до норм ліз ції концентр ції сиров ткових імуноглобулінів, р зом з тим, як у першій групі позитивні зсуви були менш вир женими, зберіг лося вірогідне підвищення вмісту Іg т Іg М, ІgG у сиров тці (p<0,05).

Як видно з т блиці 2, пок зник ІgG у хворих другої групи знизився н 1,9, порівняно з по-

чтковим, іст новить (10,5±0,1) г/л, тоді як відповідний пок зник у першій групі зменшився н 1,3 т був (11,4±0,1) г/л. Рівень IgA знизився н 0,47 р з у хворих першої групи, тоді як у другій групі відповідний пок зник зменшився н 0,68 р з . Рівень Ig M у хворих другої групи знизився н 1,08, порівняно з почтковим, у хворих першої групи н 0,4 р з .

Тким чином, включення у комплексне лікування з хворюв ньп родонт н тлі хронічного п нкре титу геп топротектор з імунокорегуючою дією т нтисептик сприяє відновленню клітинної т гумор льної л нок системного імунітету. Імуномодулюючі вл стивості нтр лю визн ч ються зд тністю мефен мової кислоти, що входить до скл ду преп р ту, індукув ти вироблення ендогенного інтерферону, стимулюв ти ф гоцит рну функцію нейтрофілів і м кроф гів, н д в ти позитивний вплив н імунний ст тус і рівень лейкоцитів, циклічних нуклеотидів.

нтр ль відновлює вміст імуноглобулінів і Т-лімфоцитів, норм лізує їх молекулярний скл д й імунорегуляторний індекс, знижує

рівень ЦІК і, н с мперед, пептидів середньомолекулярних м с, що сприяє зменшенню вир женості мет болічного токсикозу. Результ ти клінічних досліджень н уковців доводять доцільність і перспективність використання нтр лю в комплексній тер пії хронічного п нкре титу, вир зкової хвороби дв н дцятип лої кишки, хронічного холециститу, п тології орг н зору, нгїни, бешихи, черевного тифу, кору, ГРВІ, хронічного тонзиліту, гнійно-з п льних процесів н тлі цукрового ді бету і ряду інших з хворюв ньп[18].

**Висновок.** Отрим ні результ ти свідч ть про те, що з стосув ння нтисептик т геп топротектор з імунокорегуючою дією, с ме септофіт т нтр ль у комплексному лікув нні к тр льного гінгівіту т генер лізов ного п родонтиту в п цієнтів н тлі хронічного п нкре титу вплив є н імунну систему хворих: відбув сться корегув ння порушень у клітинній і гумор льній л нк х. Це проявляється у швидшому пригніченні з п льних явищ в п родонті, підвищенні резистентності орг нізму хворого т прискоренні регенер тивних процесів у тк нин х п родонт .

#### Список літер тури

1. Глыбин Т. . Ср внимательное клиническое исследование применения геля "Гликодент" и современных хлоргексидинсодерж щих преп р тов при лечении п родонтит / Т. . Глыбин , Л. . Дмитриев , Д. . Кострюков // П родонтология. — 2007. — 2 (43). — 20 с.
2. Д нилевський Н. Ф. З болев ния п родонт / Н. Ф. Д нилевський, . В. Борисенко. — Київ: Здоров'я, 2000. — С. 297 — 299.
3. Дмитриев Л. . П родонтит / Л. . Дмитриев . — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 100 — 163.
4. Дослідження ктивності лізоциму при з стосув нні льт нової м зі н моделях експеримент льного п родонтиту / С. Ю. Чечотін [т ін.] : м т. Всеукр їнської н ук.-пр кт. конф. студентів т молодих вчених " кту льні проблеми клінічної, експеримент льної, профілактичної медицини т стом тології". — Донецьк, 2003. — 160 с.
5. З негин н Д. В. Комплексное лечение п родонтит хлоргексидином в ультр звуковом поле / Д. В. З негин н // Клиническ ястом тология. — 2004. — 4. — 34 с.
6. Протимікробн ктивність преп р ту "Гів лекс" при лікув нні хворих н п родонтит / В. Ф. Куцевляк, С. М. Б бич, К. В. Божко [т ін.] // Імпл нтологія. П родонтологія. Остеологія. — 2008. — 2. — 10 с.
7. Л з рчук Т. Б. н ліз пок зників клітинного і гумор льного імунітету у хворих н хронічний п нкре тит / Т. Б. Л з рчук // Міжвідомчий збірник "Г

строентерологія". — 1999. — 28. — С. 179 — 183.

8. Мельничук Г. М. Гінгівіт, п родонтит, п родонтоз: особливості лікув ння // Н вч льний посібник / Г. М. Мельничук, М. М. Рожко. — Івано-Франківськ, 2004. — С. 110 — 113.

9. Петруня О. М. Ефективність нтр лю т ербісолу в комплексній тер пії хворих н просту ді бетичну ретиноп тію : дис. н здобуття н ук. ступеня к нд, мед. н ук: 14.01.18 / Інститут очних хвороб і тк нинної тер пії ім. В. П. Філатов МН Укр їни / О. М. Петруня. — 2003. — 20 с.

10. Пр вдін В. В. Особенности клиники и иммуноморфологии п родонтит у н селения промышленного регион с сопутствующей п тологией желудочно-кишечного тр кт : втореф. дис. н соиск ние н учн. степени к нд, мед. н ук : спец. 14.01.22. "Стом тологія" / В. В. Пр вдін. — Т., 2002. — 18 с.

11. С вельев Н. Н. Опыт применения преп р т "Роток н" в комплексном лечении п родонтит / Н. Н. С вельев , Т. В. Б глык, . Ф. Пиминов // Стом толог. — 2004. — 11 (79). — 27 с.

12. С ф ров Т. П. тогенетические спекты и особенности тер пии з болев ний п родонт у больных с хронической п тологией желудочно-кишечного тр кт : втореф. дис. н соиск ние н учн. степени к нд, мед. н ук : спец. 14.01.22. "Стом тологія" / Т. С фр нов. — М., 1986 — 33 с.

13. Цепов Л. М. Комплексное лечение з болев ний

п родонт в условиях мбул торного стом тологического прием / Л. М. Цепов, . И. Николаев // Смоленск, 1996. — 58 с.

14. Щокін К. Г. Порівняння нтиексуд тивної к тивності суч сних геп топротекторів нтр лют ті т ри золіну / О. В. Гололобов // Укр їнський біоф р м цевтичний журн л. — 2009. — Т. I, 3. — 5 с.

15. Медик ментозне лікув ння з хворюв ньтк нин п родонт / С. П. Яров , Н. В. Мозгов , І. В. Ч йковськ т ін. // Донецьк. — 2007. — 70 с.

16. Mancini G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion / G. Mancini, A. Carbonare, J. Haromans // Immunochemistry. — 1965. — N2. — P. 235—239.

Отрим но 16.09.11