

Среднее значение ГИ по Федорову-Володкиной в основной группе - $2,8 \pm 0,14$, в контрольной - $2,9 \pm 0,35$ (плохая гигиена полости рта); упрощенного индекса гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону - $3,0 \pm 0,4$ и $3,1 \pm 0,5$ соответственно (плохая гигиена полости рта); индекса РМА в модификации Parma - $43,6 \% \pm 5,7$ (средняя степень тяжести воспаления десен) и $21,5 \% \pm 4,6$ (легкая степень); пародонтального индекса по Расселу - $5,05 \pm 1,36$ (III степень генерализованного пародонтита) и $1,61 \pm 0,84$ (начальная и I степень).

Глубина пародонтальных карманов в среднем составила в основной группе $3,8 \text{ мм} \pm 2,0$, в контрольной - $1,5 \text{ мм} \pm 0,8$. Уровень рецессии десны: $2,6 \text{ мм} \pm 2,0$ и $1,0 \pm 1,4$ соответственно. У 9 человек (56,25 %) основной и 2 (13,3 %) контрольной группы выявлена подвижность зубов I-III степени.

На прицельных рентгеновских снимках, а также ортопантомограммах у всех пациентов (100 %) основной группы и 3 (20 %) контрольной определяются рентгенологические симптомы патологических изменений в тканях пародонта (деструкция вершин межальвеолярных перегородок, остеопороз кости альвеолярного отростка, расширение альвеолярной щели около вершин межальвеолярных перегородок, снижение высоты последних с образованием костных карманов).

Выводы. В ходе исследования была установлена связь между клиническими проявлениями заболеваний тканей пародонта и нарушением функций поджелудочной железы. Выявлено, что у пациентов на фоне хронического панкреатита заболевания тканей пародонта диагностируются чаще и в более тяжелой степени, чем у пациентов контрольной группы. В связи с этим рекомендовано совместное ведение таких пациентов врачами-стоматологами и гастроэнтерологами.



УДК 616.314.17-008.1-053

И. Е. Сергеева, к. мед. н.

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца

ГУМОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Представленные в отечественной научной литературе исследования, посвященные механизмам иммунного ответа у больных генерализованным пародонтитом (ГП) главным образом, базируются на количественном определении абсолютных показателей про- и противовоспалительных цитокинов, соотношении Т-хелперов: Т-супрессоров в крови, количества В-лимфоцитов, иммуноглобулинов А, М, G классов в периферической крови больных, секреторных иммуноглобулинов, ферментов, лизоцима в смешанной ротовой жидкости. На современном этапе, эти показатели не достаточны для отражения регуляторных механизмов, определения функциональной способности субпопуляций антигенпрезентирующих клеток, изучения маркеров активности, что необходимо для развития комплексной концепции механизмов дистрофически-воспалительных реакций в тканях пародонта, в зависимости от течения заболевания, и оценки роли иммунной системы на локальном уровне и, в определенной мере, как гомеостатического показателя целостного организма.

Цель исследования. Провести анализ функционального состояния некоторых гуморальных факторов врожденного (неспецифического) иммунитета у больных ГП I-II степени хронического и обострившегося течения, для дальнейшей коррекции патогенетического лечения.

Решение поставленных задач требует комплексного подхода, учитывающего широкий диапазон измеряемых критериев и параметров. Эти задачи невозможно решить только на основании клинического исследования области заболевания. Поэтому предметом изучения явились диагностические среды и определение в них характера нарушений сопоставляемых параметров при обязательном включении исследования функции околоушных слюнных желез (С g. Parotis), объем секрета которых составляет 2/3 суточного количества слюны.

У 138 пациентов ГП I-II степени (77ч. - обострившегося, 61ч. - хронического течения), а также 24ч. - контрольной группы (возраст 20-50 лет) определены показатели содержания лактоферрина (ЛФ), SLPI (secretory leukocyte protease inhibitor), лизоцима, арахидоновой кислоты (АК) в средах полости рта: секрете g. Parotis (С), смешанной ротовой жидкости (СРЖ), пародонтальных карманах (ПК), а также в периферической крови. Данные сравнительного анализа обследованных, относительно показателей контрольной группы, имеют статистическую достоверность, при $P < 0,05$.

У больных ГП обострившегося течения в гомогенате ПК на фоне относительного соотношения-увеличения лимфоцитов и снижения количества гранулоцитов определяется фагоцитарный индекс (ФИ) до 45 %, фагоцитарное число (ФЧ) до 70 %. Количество SLPI: в СРЖ увеличено в 4 раза, а в С- на 10 %. Отмечается возрастание в периферической венозной крови экспрессии антипротеаз гепотацитами на 51,6 %. Количество ЛФ: в С увели-

чивается на 43,8 %, в СРЖ – в 4 раза, в периферической крови – в 2 раза. Содержание лизоцима в СРЖ уменьшено на 21 %, при стабилизации его в С. Сумма ненасыщенных жирных кислот (Σ ННЖК) снижена во всех исследуемых средах: максимально – в мембранах эритроцитов периферической крови на 38 % и минимально – в филтрате ПК на 20 %. Содержание АК во всех диагностических средах снижено: в С g. Parotis – на 49 %, в эритроцитах крови – на 24 %, что свидетельствует об активации процессов перекисидации липидов, с последовательным ферментативным активным накоплением эйкозапентаеновой ($C_{20:5}$) ЖК до 24 %. Однако, зарегистрировано повышение на 34 % содержания АК в плазме крови больных ГП.

При хроническом течении ГП в гомогенате ПК микроскопически определяется относительное уменьшение количества лимфоцитов с тенденцией к увеличению гранулоцитов, при снижении их функциональной активности: ФИ-11,71 %, ФЧ-13,85 %. В периферической крови больных ГП I-II степени, не зависимо от характера течения заболевания, не выявлено статистически достоверной разницы количества лейкоцитов, при этом ФИ составляет в среднем – 12 %, ФЧ – 8 %. Количество АК в исследуемых диагностических средах у больных ГП I-II степени хронического течения имеет направленность на увеличение, в среднем до 25 %, по сравнению с показателями при обострившемся течении заболевания.

В периферической крови пациентов ГП I-II степени хронического течения определяется менее выраженная экспрессия SLPI (увеличение на 26 %), при этом количество ЛФ продуцируется в 2 раза больше, при снижении Σ ПНЖК и увеличения насыщенности ЖК спектра за счет пальмитиновой ЖК в фосфолипидов эритроцитов и липидов плазмы крови. В содержимом ПК выявлено увеличение содержания АК до 50 %, при конкурентном снижении концентрации линолевой и линоленовой ЖК. В С g. Parotis зарегистрировано снижение АК на 52 %, при увеличении линолевой ЖК на 59% и снижении линоленовой ЖК на 60 %.

Количество ферментов в биологических средах полости рта имеет разнонаправленный вектор экспрессии: в С g. Parotis – увеличение SLPI на 20,7%, ЛФ – на 56%, при уменьшении лизоцима на 30,6 %. В СРЖ соответственно – уменьшение SLPI в 2 раза (на 92%) и увеличения ЛФ в 2 раза, уменьшение лизоцима на 69 %.

Проведенные исследования свидетельствуют о более высокой информативной диагностической значимости и динамичности ферментативных показателей, определяемых в местных биологических средах: содержимом С g. Parotis, надсадной жидкости СРЖ, в ПК и тождественном их определении в периферической крови больных ГП. Определение активности гуморальных факторов неспецифического иммунного ответа обуславливают стратегию и тактику последованости терапии ГП, состоящую в комплексности назначения антимикробных мероприятий – удаление над и поддесневых зубных отложений, микробных бляшек, целесообразности назначения антибиотиков, антиоксидантов, антимикробных ферментов, методов введения и последовательности ингибиторов протеиназ, а также нестероидных противовоспалительных средств в подавлении воспалительной реакции с помощью ингибиторов ЦОГ-1 и ЦОГ-2.

Изучение динамики гуморальных факторов свидетельствует об их важной роли в развитии воспаления, в изменении проницаемости гистогематологического барьера, в повреждении клеток и субклеточных структур, что обеспечивает разный уровень функциональной способности регуляторных систем (факторов неспецифического иммунитета), как на локальном уровне в местах наибольшей воспалительной реакции, так и состояния организма.



Ю. Г. Чумакова, д. мед. н., А. А. Вишневская, А. В. Островский

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»
ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ «ФЛОРИДА ПРОУБ»

Дальнейшее развитие пародонтологии диктует необходимость изыскания точных, объективных, унифицированных методов диагностики, позволяющих определить исходное состояние тканей пародонта у пациента, проводить анализ изменения клинических симптомов в динамике, оценить эффективность применяемых методов профилактики и лечения в отдаленные сроки наблюдения.

Большинство из используемых в настоящее время методов диагностики достаточно сложны в использовании, плохо воспроизводимы и, к сожалению, практическому здравоохранению недоступны. Результаты обследования больных разными специалистами плохо сопоставимы, что не позволяет объективно оценить эпидемиологическую ситуацию в разных регионах в отношении заболеваний пародонта. Практически отсутствуют методы диагностики, позволяющие определить раннюю стадию заболевания – состояние предболезни. Существуют