

УДК 612.017.1: 616.314.17-008.1-002.2-08-035

В. И. Днестрянский
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Исследование проведено с участием 62 пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом, которые были разделены на две группы. Пациентам первой группы (19 человек) было проведено лечение по традиционной методике, 42 больным было проведено лечение по усовершенствованной нами методике (в первой подгруппе (21 человек) лечение проводилось по традиционной схеме с добавлением обработки корневого канала ликвидами для глубокого фторирования, во второй (21 человек) - по схеме первой подгруппы с добавлением ультразвуковой обработки силера непосредственно в корневом канале). У всех пациентов кроме традиционных стоматологических показателей определялось содержание секреторного иммуноглобулина А (Ig А) и лизоцима (перед лечением и через неделю после лечения) в слюне. Установлено, что все три использованных метода лечения хронического деструктивного периодонтита приводят к достоверному ($p < 0,05$) снижению и нормализации показателей местного иммунитета полости рта через 7 дней после лечения (содержания sIgA снижается в среднем в 2,3-3,0 раза; содержания лизоцима в 1,4-1,9 раза). На основании результатов корреляционного и факторного анализа полученных данных установлено, что наиболее эффективным методом лечения ХДП является метод, при котором используется как глубокое фторирование корневого канала ликвидами, так и ультразвуковая обработка силера непосредственно в корневом канале.

Ключевые слова: хронический деструктивный периодонтит, местный иммунитет, иммуноглобулин, лизоцим.

Работа является фрагментом НДР «Удосконалення методів діагностики та лікування захворювань пародонту та твердих тканин», № держреєстрації 0113U002274.

Основой патогенеза воспалительного процесса является сочетание двух основных факторов: воздействия на ткань того или иного раздражителя и местной реакции ткани. Реакция, в свою очередь, зависит от состояния организма, его местного и общего иммунитета [6]. Местный иммунитет ротовой полости характеризует секреторный иммуноглобулин А, который препятствует прикреплению и проникновению бактерий и вирусов через эпителий, связывая патогены, попадающие в биологические жидкости, а также нейтрализует вирусы, проникшие внутрь эпителиальных клеток [2, 7, 11, 14].

Из ферментов, играющих одну из ведущих ролей в естественном неспецифическом иммунитете, следует назвать лизоцим (мурамидазу). Терапевтический эффект лизоцима связан с его антимикробным действием, зависящим от ферментативных свойств данного белка. Лизоцим расщепляет полностью или частично клеточные стенки многих видов микробов, состоящие из мукопептидов, глюкозаминопептидов и хитинов. Помимо антимикробного фермент оказывает регенерирующее и обезболивающее действие. Имеются сведения об антикоагулянтном действии лизоцима. Снижение лизоцима в слюне может служить показателем хронической инфекции в ротовой полости. Низкое содержание лизоцима до операции в слюне и сыворотке и повышение его после оперативного вмешательства является показателем эффективности проведенного лечения [13].

Исследование слюны больных челюстным остеомиелитом в различных стадиях болезни показывает, что максимальное содержание лизоцима в слюне отмечается в периоде закрытого процесса. После вскрытия очага и в периоде выздоровления титр лизоцима снижается. Авторы считают, что низкий уровень содержания фермента может стать показателем предрасположенности к кариесу зубов, а его высокие величины - оценкой степени пародонтоза. Активность лизоцима резко понижается при хроническом воспалении околоушной железы, а при сиалопатии, наоборот, несколько превышает его нормальный уровень. Выявлено, что при острых одонтогенных серозных лимфаденитах, одонтогенных флегмонах имеется достоверное снижение лизоцима в слюне. Определена зависимость выраженности микробной сенсibilизации с уровнем лизоцима в слюне и крови. Чем выше микробная аллергия больного, тем меньше уровень лизоцима в смешанной слюне [12].

Хроническое воспаление, развивающейся при нормальном иммунном статусе следует рассматривать как защитный барьер, который предотвращает попадание продуктов распада тканей, микроорганизмов и их токсинов в кровь и лимфу из зоны инфекционного воспаления в области верхушки корня зуба. Однако формирование этого барьера может быть затруднено, как в

результате повышения вирулентности микрофлоры, так и в связи с недостаточностью функционирования иммунной системы [4, 8, 15].

Процесс пролиферации завершается образованием грануляционной ткани, которая в дальнейшем трансформируется в волокнистую рубцовую ткань. Хронические воспалительные деструктивные процессы в периодонте характеризуются длительным течением и мало выраженной клинической симптоматикой [4].

Длительное существование локального очага инфекции сопровождается повышением чувствительности организма - сенсбилизацией к действию того или иного раздражителя. Многие авторы указывают, что хронический очаг воспаления в околоверхушечных тканях зуба способствует алергизации организма [8].

Очаг хронического воспаления в периодонте, оказывая неблагоприятное воздействие на иммунобиологическое состояние организма, обостряет общесоматические заболевания у пациентов, а также может быть причиной появления других заболеваний [4, 8].

Целью работы было сравнительная оценка состояния местного иммунитета при разных методах лечения хронического деструктивного периодонтита (ХДП).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 62 пациента (33 мужчины и 29 женщин) с хроническим деструктивным периодонтитом. Распределение пациентов по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов с ХДП по возрасту

| Возрастные группы, годы | Количество пациентов, (%) |
|-------------------------|---------------------------|
| 17-21 | 2 (3±2,1) |
| 22-35 | 24 (39±6,2) |
| 36-60 | 26 (42±6,3) |
| 61-74 | 7 (11±4,0) |
| 75-90 | 3 (5±2,8) |
| Всего | 62 |

Для проведения сравнительной оценки состояния местного иммунитета при разных методах лечения ХДП пациенты были разделены на две группы. Пациентам первой группы (19 человек, средний возраст (46,7±13,5) года) было проведено лечение ХДП по традиционной методике [9]. Основную группу составили 42 больных, которым было проведено лечение ХДП по усовершенствованной нами методике. В этой группе было выделено две подгруппы (2а и 2б) по 21 пациенту в каждой. Средний возраст пациентов первой подгруппы составил (42,7±20,8) лет, второй – (40,0±12,4). В возрастном аспекте достоверных различий между исследованными группами не выявлено.

В подгруппе 2а лечение ХДП проводилось по традиционной схеме с добавлением обработки корневого канала ликвидами для глубокого фторирования. В подгруппе 2б лечение проводилось по схеме первой подгруппы с добавлением ультразвуковой обработки силера непосредственно в корневом канале.

Всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование с целью диагностики, определения качества obturации и контроля эффективности лечения (сразу после лечения, а также через 6 месяцев). Для анализа и сравнения результатов рентгенологического исследования рассчитывался периапикально-альвеолярный индекс (ПАИ), снижение которого указывало на успешность лечения [3, 10].

Биохимическое исследование слюны с определением показателей местного иммунитета (секреторного иммуноглобулина А (sIg А) и лизоцима) [1, 5] проводилось перед лечением ХДП, а также через неделю после лечения. Для постановки диагноза использовалась классификация МКБ - 10.

У всех пациентов определялся индекс КПУ, который дает количественную характеристику состояния зубов конкретного пациента. Для его расчета определяют количество кариозных (невыведенных) зубов (К), количество леченых (пломбированных) зубов (П), количество удаленных или подлежащих удалению зубов (У). Сумма (К+П+У) всех пораженных и утраченных зубов характеризует интенсивность кариозного процесса у конкретного человека.

Состояние гигиены полости рта пациентов проводилось с использованием Гигиенического индекса (ИГ) по методу Ю.А. Федорова и В.В. Володкиной.

Для обработки результатов исследований была использована описательная статистика, непараметрические критерии (Вилкоксона и знаков), факторный и корреляционный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. В табл.2 представлены результаты оценки состояния полости рта пациентов с использованием индексов КПУ и ИГ. Можно отметить, что средние значения индексов в группах не различались, причем у всех пациентов полученные индексы указывают на неудовлетворительное гигиеническое состояние рта и высокое поражение кариесом зубов.

Таблица 2

Средние значения индексов состояния полости рта в группах

| Группы | Показатели состояния полости рта | |
|--------|----------------------------------|----------|
| | КПУ, у.е. | ИГ, у.е. |
| 1 | 12,7±4,7 | 2,5±0,6 |
| 2а | 13,4±5,2 | 2,2±0,6 |
| 2б | 12,7±5,2 | 2,3±0,7 |

В связи со значительным разбросом показателей местного иммунитета внутри каждой группы пациентов нами были вычислены медианы, а также 25% и 75% квартили. Квартили - это показатели, которые чаще всего используются для оценки распределения данных при описании свойств числовых выборок. В то время как медиана разделяет упорядоченный массив пополам (50% элементов массива меньше медианы и 50% - больше), квартили разбивают упорядоченный набор данных на четыре части. Медиана является характеристикой центральной тенденции, поскольку на ее величину не влияют очень большие и очень маленькие значения исследуемого показателя.

В табл. 3 представлены средние тенденции показателей местного иммунитета в выделенных группах. На основании данных, представленных в табл. 3 можно отметить, что после лечения показатели местного иммунитета полости рта достоверно уменьшились во всех исследованных группах. Кроме того, можно отметить, что средние тенденции (медианы и квартили) после лечения несколько меньше в группах 2а и 2б, по сравнению с группой 1, однако достоверных отличий между показателями нами не выявлено. Выявлены достоверные отличия при сравнении этих показателей до и после лечения во всех трех группах пациентов.

Для сравнения полученных в исследуемых группах значений показателей местного иммунитета нами были определены эти же показатели в группе здоровых испытуемых, средний возраст которых составил (26,0±6,5) лет, а индексы ИГ и КПУ были в пределах нормальных значений. В этой группе не было выявлено хронических деструктивных заболеваний периодонта. Можно отметить, что в группе контроля значения показателей местного иммунитета достоверно ниже, чем исходные значения в исследуемых группах (табл.3). Сравнение показателей местного иммунитета группы контроля с показателями, полученными после проведенного лечения в основной группе пациентов, показало, что содержание иммуноглобулина А в слюне достоверно ниже в группах 1, 2а и 2б, чем в группе контроля. По показателю содержания лизоцима между основной группой и группой контроля достоверных отличий не выявлено.

Таким образом, все три варианта лечения ХДП привели к улучшению местного иммунитета полости рта больных выделенных групп, в сравнении с исходным состоянием и группой контроля.

Таблица 3

Медианы и квартили показателей местного иммунитета полости рта больных до и после лечения

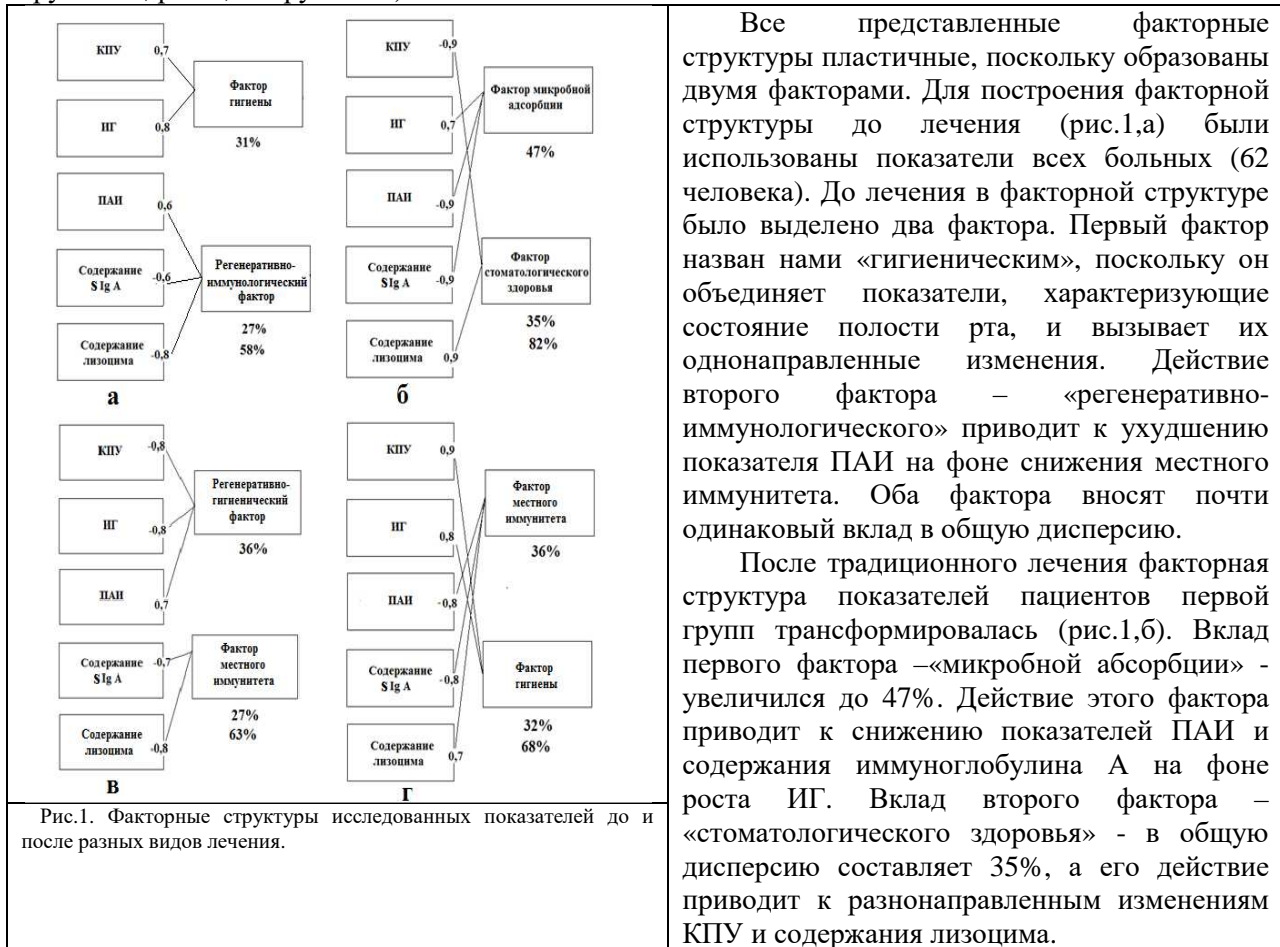
| Условия регистрации | Группа | Показатели местного иммунитета полости рта | | | | | |
|---------------------|-----------------|--|--------------|--------------|---------|--------------|--------------|
| | | Секреторный иммуноглобулин А | | | Лизоцим | | |
| | | Медиана | 25% квартиль | 75% квартиль | Медиана | 25% квартиль | 75% квартиль |
| До лечения | 1 (n=19) | 316,54 | 292,3 | 389,2 | 8,44 | 8,1 | 9,9 |
| | 2а (n=21) | 325,54 | 301,8 | 398,3 | 9,14 | 7,9 | 10,1 |
| | 2б (n=21) | 328,44 | 309,5 | 381,1 | 8,64 | 7,6 | 9,1 |
| После лечения | 1 (n=19) | 137,51 | 116,2 | 143,3 | 6,21 | 4,2 | 7,1 |
| | 2а (n=21) | 111,32 | 107,1 | 115,3 | 4,92 | 4,4 | 6,0 |
| | 2б (n=21) | 105,83 | 103,1 | 123,1 | 6,03 | 4,8 | 7,1 |
| Норма | Контроль (n=10) | 175,75 | 145 | 186 | 5,2 | 4,7 | 5,3 |

Примечания: 1 – различия медиан иммуноглобулина А и лизоцима группы 1 до и после лечения достоверны ($p < 0,01$); 2 – различия медиан иммуноглобулина А и лизоцима группы 2а до и после лечения достоверны ($p < 0,01$); 3 – различия медиан иммуноглобулина А и лизоцима группы 2б до и после лечения достоверны ($p < 0,01$); 4 – различия медиан иммуноглобулина А и лизоцима основных групп и

группы контроля до лечения достоверны ($p < 0,01$); 5 – различия медиан иммуноглобулина А группы контроля и основных групп после лечения достоверны.

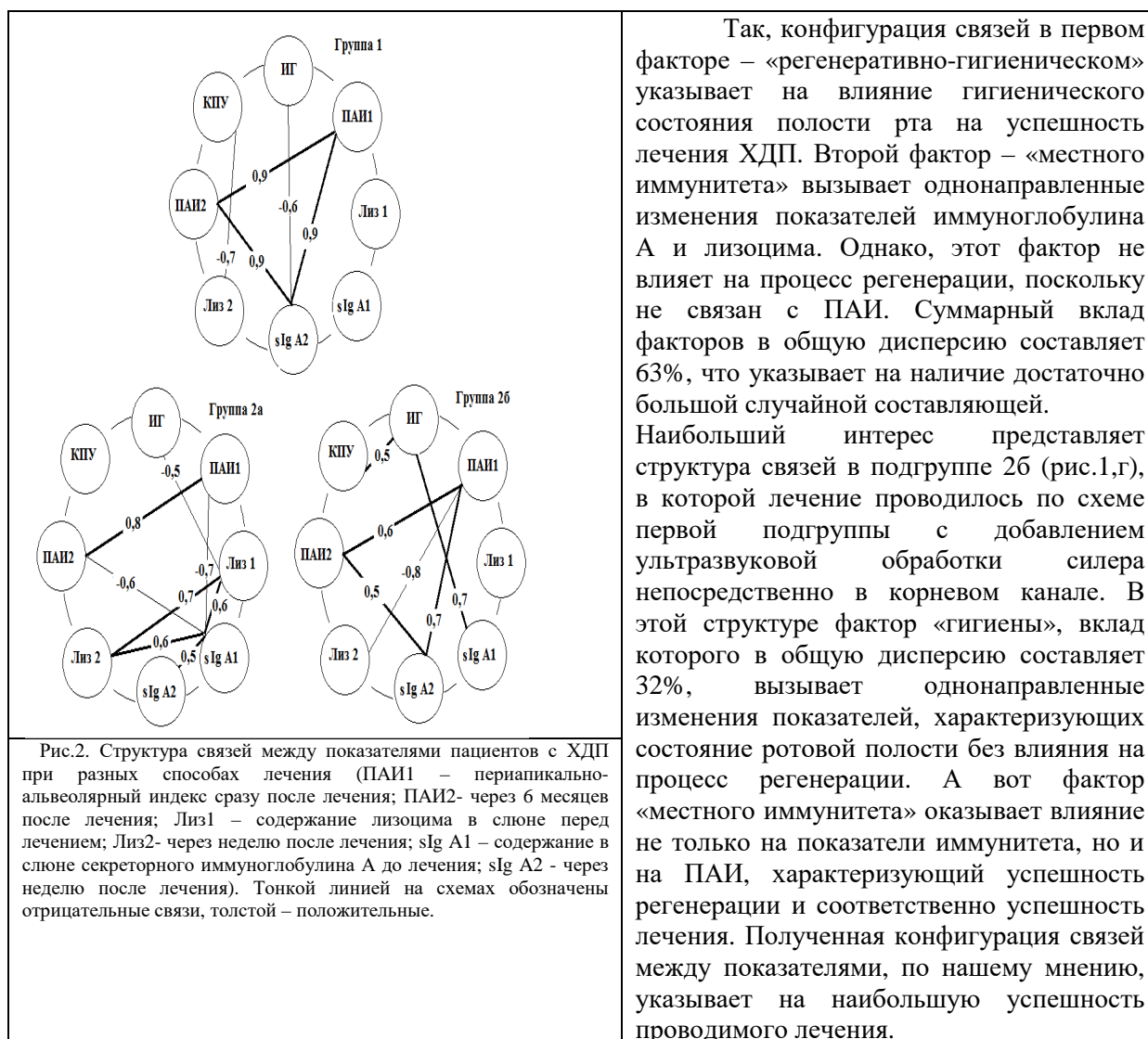
В среднем содержание в слюне секреторного иммуноглобулина А снизилось в 2,3-3,0 раза, а содержания лизоцима - в 1,4-1,9 раза через 7 дней после лечения.

Для выявления закономерностей изменения структуры связей между исследованными показателями до и после разных видов лечения ХДП был использован факторный анализ. На рис.1 представлены факторные структуры показателей больных до лечения (рис.1,а), после традиционного лечения (рис.1,б), а также двух вариантов модифицированного лечения (рис.1,в – группа 2а; рис.1,г – группа 2б).



Можно отметить, что повышение содержания лизоцима под действием этого фактора способствует улучшению состояния полости рта. Суммарный вклад факторов в общую дисперсию высокий (82%), что указывает на оптимальный выбор показателей для описания исследуемой системы.

Факторная структура показателей пациентов подгруппы 2а (рис.1, в), которым лечение ХДП проводилось по традиционной схеме с добавлением обработки корневого канала ликвидами для глубокого фторирования, отличается от структуры первой группы (рис.1,б).



Так, конфигурация связей в первом факторе – «регенеративно-гигиеническом» указывает на влияние гигиенического состояния полости рта на успешность лечения ХДП. Второй фактор – «местного иммунитета» вызывает однонаправленные изменения показателей иммуноглобулина А и лизоцима. Однако, этот фактор не влияет на процесс регенерации, поскольку не связан с ПАИ. Суммарный вклад факторов в общую дисперсию составляет 63%, что указывает на наличие достаточно большой случайной составляющей.

Наибольший интерес представляет структура связей в подгруппе 2б (рис.1,г), в которой лечение проводилось по схеме первой подгруппы с добавлением ультразвуковой обработки силера непосредственно в корневом канале. В этой структуре фактор «гигиены», вклад которого в общую дисперсию составляет 32%, вызывает однонаправленные изменения показателей, характеризующих состояние ротовой полости без влияния на процесс регенерации. А вот фактор «местного иммунитета» оказывает влияние не только на показатели иммунитета, но и на ПАИ, характеризующий успешность регенерации и соответственно успешность лечения. Полученная конфигурация связей между показателями, по нашему мнению, указывает на наибольшую успешность проводимого лечения.

Для подтверждения наших представлений об эффективности использования ультразвука при лечении ХДП, оцениваемого по показателям местного иммунитета, был использован корреляционный анализ. На основании расчета были построены структуры, позволяющие проанализировать распределение значимых корреляций между показателями при разных способах лечения ХДП.

В соответствии со схемой на рис.2 можно отметить, что во всех исследованных группах пациентов имеется положительная связь между ПАИ сразу после лечения и в отдаленный срок, причем в первой группе она самая сильная ($r=0,9$), в подгруппе 2а она слабее ($r=0,8$), а в подгруппе 2б она самая слабая ($r=0,6$), что может указывать на снижение влияния исходного состояния на результат регенерации при модифицированном нами способе лечения.

В первой группе показатели гигиенического состояния полости рта (КПУ и ИГ) оказывают влияние на показатели местного иммунитета после лечения, вызывая их снижение, о чем свидетельствуют отрицательные значения коэффициентов корреляции. ПАИ до лечения тесно коррелирует с ПАИ после лечения, а также оба индекса вызывают однонаправленное с ними изменение содержания sIg А после лечения. С другими показателями местного иммунитета показатели регенерации в первой группе больных не связаны.

В группе 2а также можно выделить наличие положительных связей между показателями местного иммунитета сразу до лечения и через неделю после лечения. Так, уровень лизоцима до лечения влияет на его значения после лечения, аналогично связано содержание sIg А в эти сроки. Причем содержание sIg А до лечения коррелирует не только с содержанием лизоцима до лечения, но и с этим показателем после лечения. А вот после лечения содержание лизоцима и sIg А между собой не связаны. Можно также отметить наличие в этой подгруппе отрицательной корреляции

между ИГ и содержанием лизоцима в слюне до лечения, что подтверждает негативное влияние гигиенического состояния полости рта на местный иммунитет. С другой стороны можно отметить роль sIg A в процессах регенерации. Его исходная концентрация влияет не только на начальные процессы регенерации, но и на их результат ($r=-0,7$ между ПАИ сразу после лечения и sIg A1, и $r=-0,6$ между ПАИ через 6 месяцев после лечения и sIg A1). Большое количество значимых связей (8) между показателями в сравнении с группой 1(5) и группой 2б (5) указывает на большое напряжение исследуемой системы, что можно трактовать как менее эффективный вариант лечения ХДП.

В подгруппе 2б конфигурация связей между показателями существенно отличается от группы 2а. Прежде всего, гигиеническое состояние полости рта (ИГ) связано с содержанием sIgA 1 и вызывает его рост. Исходные значения показателей местного иммунитета не связаны с конечными значениями. Уровень регенерации (ПАИ) коррелирует с sIgA 2 ($r=0,6$). Кроме того, исходный уровень ПАИ влияет на содержание лизоцима и sIgA через неделю после лечения.

Полученная структура связей в группе 2б между показателями простая, что указывает на спокойное состояние системы и может свидетельствовать о достаточной эффективности лечения.

Выводы

1. Все три использованных метода лечения ХДП приводят к достоверному ($p<0,05$) снижению и нормализации показателей местного иммунитета полости рта через 7 дней после лечения (содержания sIgA снижается в среднем в 2,3-3,0 раза; содержания лизоцима в 1,4-1,9 раза).
2. Анализ конфигурации факторных структур, построенных на основании исследованных показателей, до лечения и после разных видов лечения позволил установить, что показатель успешности регенерации (ПАИ) после традиционного лечения зависит от гигиены полости рта (ИГ) и содержания sIgA; после лечения по традиционной схеме с добавлением обработки корневого канала ликвидами для глубокого фторирования ПАИ зависит только от состояния гигиены полости рта, а вот после лечения по традиционной схеме с добавлением обработки корневого канала ликвидами для глубокого фторирования и ультразвуковой обработки силера непосредственно в корневом канале ПАИ зависит только от показателей местного иммунитета полости рта.
3. На основании корреляционного анализа показано, что во всех исследованных группах пациентов имеется положительная связь между ПАИ сразу после лечения и в отдаленный срок, причем в первой группе она самая сильная ($r=0,9$), в подгруппе 2а она слабее ($r=0,8$), а в подгруппе 2б она самая слабая ($r=0,6$), что может указывать на снижение влияния исходного состояния на результат регенерации при лечении ХДП с использованием ультразвуковой обработки силера.
4. Анализ значимых корреляций между исследованными показателями показал наличие большого количества связей в группе 2а (8) по сравнению с первой группой (5) и группой 2б (5), что может указывать на менее эффективный вариант лечения ХДП только с использованием глубокого фторирования.
5. Наиболее эффективным методом лечения ХДП является метод, при котором используется как глубокое фторирование корневого канала ликвидами, так и ультразвуковая обработка силера непосредственно в корневом канале, что подтверждается результатами корреляционного и факторного анализа.

Перспективой дальнейших исследований является прогнозирование сроков реабилитации пациентов с хроническим деструктивным периодонтитом на основании данных о состоянии местного иммунитета, а также усовершенствование методов лечения ХДП.

Список литературы

1. Buharin O. V. Lizocim i ego rol' v biologii i medicine / O. V. Buharin, N. V. Vasil'ev // Tomsk: Izd-vo Tomskogo universiteta. - 1974. - 209 s.
2. Grigor'ev I. V. Rol' biohimicheskogo issledovanija sljunny v diagnostike zabolevanij / I. V. Grigor'ev, A.A. Chirkin // Klinicheskaja laboratornaja diagnostika. - 1998. - №6. - S. 18-20.
3. Degtjareva L. A. Analiz metodov ocenki sostojanija okoloverhushechnyh tkanej zuba pri hronicheskom verhushechnom periodontite / L. A. Degtjareva, L. I. Avdonina // Ukrainskij stomatologicheskij al'manah. - 2005. - № 3. - S. 22-26.
4. Zubok D. I. Kliniko-morfologicheskie osobennosti periapikal'nyh destruktivnyh processov / D.I. Zubok, A.I. Danilenko // Visnik stomatologii. - 2001. - № 4. - S. 32-34
5. Kostrikin D. S. Instrukcija po primeneniju nabora reagentov dlja immunofermentnogo opredelenija sekretornogo iga v biologicheskikh zhidkostjakh «sekretornyj IgA-IFA / D.S. Kostrikin // xema-medica.com/eng/sets/kardio/K276.pdf?PROTECT=mlwupuha. - 16 s.
6. Mitronin A. V. Kliniko-immunologicheskaja harakteristika destruktivnyh form hronicheskogo periodontita / A. V. Mitronin, G. G. Robustova, Ju. M. Maksimovskij [i dr.] // Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. - 2005. - №1. - S. 29-34.
7. Misnik A. V. Sostojanie mestnogo immuniteta polosti rta u pacientov s hronicheskim destruktivnym periodontitom do i после

jendodonticheskogo lechenija / A. V. Misnik // Institut stomatologii. - №4. - 2008. - S.46-47.

8. Prijma N.V. Patomorfologichna charakteristika zmin v periapikal'nih tkaninah pri hronichnomu periodontiti / N.V. Prijma // Aktual'ni problemi suchasnoї medicini VISNIK VDNZU «Ukrains'ka medichna stomatologichna akademija». - Tom 13. - Vipusk 4 (44). - S. 161-164

9. Protokoli nadannja medichnoї dopomogi: stomatologija, terapevtichna, ortopedichna, hirurgichna, ditjacha; ortodontija. – K., MNIAC med. statistiki, MVC «Medinform». - 2005. – 236 s

10. Solov'eva A. M. Primenenie modificirovannogo periapikal'nogo indeksa PAI dlja ocenki rezul'tatov jendodonticheskogo lechenija postojannyh zubov s nezavershennym formirovaniem kornej / A.M. Solov'eva // Parodontologija. – 1999. – № 3 (13). – S. 48–50.

11. Trezubov V.N. Analiz prichin vozniknovenija oslozhnenij kariesa / V.N. Trezubov, S.D. Arutjunov // Stomatologija. - 2003. - № 4. - S. 32-34.

12. Timofeev A.A. Rukovodstvo po cheljjustno-licevoj hirurgii i hirurgicheskoj stomatologii / A.A. Timofeev // Kiev: Chervona Ruta-Turs. - 2012. - 1048 s.

13. Julish E.I. Optimizacija lechenija vnebol'nichnyh pnevmonij u detej s hlamidofil'noj infekciej i kandidozom dyhatel'nyh putej / E.I. Julish, L.S. Korineva // Vrachebnaja praktika. - 2007. - № 6(60). - S. 92-96.

14. Abdul Latiff A.H. The clinical significance of immunoglobulin A deficiency / A. H. Abdul Latiff, M. A. Kerr // Ann Clin Biochem. -Mar 2007. - 44. - P.131–139.

15. Gomes B.P. Microbiological examination of infected dental root canals / B.P. Gomes, E.T. Pinheiro, C.R. Gade-Neto // Oral Microbiol Immunol. - 2004. - Vol. 19, №2. - P. 71-76.

Реферати

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ПРИ РІЗНИХ СПОСОБАХ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Днестранський В. І.

Дослідження проведене за участю 62 пацієнтів з хронічним деструктивним періодонтитом, які були розділені на дві групи. Пацієнтам першої групи (19 чоловік) було проведено лікування за традиційною методикою, 42 хворим було проведено лікування за вдосконаленою нами методикою (у першій підгрупі (21 людина) лікування проводилося за традиційною схемою з додаванням обробки кореневого каналу ліквідами для глибокого фторування, в другій (21 людина) - за схемою першої підгрупи з додаванням ультразвукової обробки силера безпосередньо в кореновому каналі). У усіх пацієнтів окрім традиційних стоматологічних показників визначався вміст секреторного імуноглобуліну А (Ig A) і лізоциму (перед лікуванням і через тиждень після лікування) в слині. Встановлено, що усі три використані методи лікування ХДП призводять до достовірного ($p < 0,05$) зниження і нормалізації показників місцевого імунітету порожнини рота через 7 днів після лікування (зміст sIgA знижується в середньому в 2,3-3,0 разу; зміст лізоциму в 1,4-1,9 разу). На підставі результатів кореляційного і факторного аналізу отриманих даних встановлено, що найбільш ефективним методом лікування ХДП є метод, при якому використовується як глибоке фторування кореневого каналу ліквідами, так і ультразвукова обробка силера безпосередньо в кореновому каналі.

Ключові слова: хронічний деструктивний періодонтит, місцевий імунітет, імуноглобулін, лізоцим.

Стаття надійшла 6.03.2015 р.

FEATURES OF LOCAL IMMUNITY AT DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC DESTRUCTIVE APICAL PERIODONTITIS

Dnistranskiy V. I.

The study was conducted with the participation of 62 patients (33 men and 29 women) with chronic destructive apical periodontitis, which were divided into two groups. Patients of the first group (19 persons) were treated apical periodontitis according to the traditional methods. The main group consisted of 42 patients divided into two subgroups (2A and 2B), which was treated apical periodontitis improved by our method. In subgroup 2a treatment of apical periodontitis was conducted according to the traditional scheme with the addition processing of the root canal liquids for deep fluoridation. In subgroup 2b treatment was carried out according to the scheme of the first sub-group with the addition of ultrasonic agitation of siler directly in the root canal. Analysis of the configuration of factor structures built on the basis of the investigated parameters, before treatment and after different types of treatment allowed to establish that the measure of the success of regeneration (PAI) after traditional treatment depends on the oral hygiene (HI) and sIgA content; after treatment according to the traditional scheme with the addition processing of the root canal liquids for deep fluoridation PAI depends only on the state of oral hygiene, but after treatment according to the traditional scheme with the addition processing of the root canal liquids for deep fluoridation and ultrasonic agitation of siler directly in the root canal PAI depends on the performance of local immunity of the oral cavity.

Key words: chronic destructive apical periodontitis, local immunity, immunoglobulin, lysozyme.

Рецензент Петрушанко Т.О.