

УДК [616.31-002.157/.2+616.6:616.9]:615.37

ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ НА ФОНЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Успенская О.А., Казарина Л.Н., Шевченко Е.А.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Н. Новгород, Россия, 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1, e-mail: Uspenskaya.olga2011@yandex.ru

Проводили изучение динамики факторов местного иммунитета полости рта у женщин с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на фоне урогенитальной инфекции. Проведенное исследование доказывает максимальную эффективность препаратов Атаракс, Галавит и Эплан, применяемых в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита у пациенток с урогенитальной инфекцией, о чем свидетельствует наиболее выраженное снижение уровня коэффициента сбалансированности факторов местной защиты, которое отмечалось уже на 7 день проводимого лечения. Кроме того, результаты исследования свидетельствуют о повышении иммунологических показателей ротовой жидкости (лизоцима и SIgA), нормализации значений коэффициента сбалансированности факторов местной защиты в процессе лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией, наиболее выраженных на 3 месяц после лечения и свидетельствующих о благоприятном уровне местного иммунитета полости рта.

Ключевые слова: Атаракс, Галавит, Эплан, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, коэффициент сбалансированности факторов местной защиты, секреторный иммуноглобулин А, лизоцим, иммуноглобулин А, G.

CHANGES IN LOCAL IMMUNITY OF ORAL CAVITY IN WOMEN WITH CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS ON BACKGROUND UROGENITAL INFECTIONS

Uspenskaya O.A., Kazarina L.N., Shevchenko E.A.

Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod, Russia (603005, Nizhny Novgorod, pl. Minin, 10/1), e-mail: Uspenskaya.olga2011@yandex.ru

Was carried out to study the dynamics of factors of local immunity of the oral cavity in women with chronic recurrent aphthous stomatitis in the background urogenital infection. The study shows the maximum efficacy of Atarax, Galavit and Eplan used in the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in patients with urogenital infection, as evidenced by the most pronounced reduction in the coefficient of local immunity factors balance, which is already noted on day 7 of treatment. In addition, the results show an improvement in immunological parameters of oral fluid (lysozyme and SIgA), the normalization coefficient values balance immunity local factors in the treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in women with urogenital infection, most pronounced at 3 months after treatment and showing favorable level topical oral immunity.

Keywords: Atarax, Galavit, Eplan, chronic recurrent aphthous stomatitis, the coefficient of local immunity factors balance, secretory IgA, lysozyme, immunoglobulin A, G. The research of local immunity of the oral cavity with chronic recurrent aphthous stomatitis in women with urogenital infection.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) нередко встречается на стоматологическом приеме [5, 6, 7, 9]. Для ХРАС характерно длительное течение, частые рецидивы, резистентность к проводимому лечению [2, 3, 4]. В возникновении данного заболевания играет роль ряд факторов, так, в литературе описана иммунная, нейрогенная, инфекционно-аллергическая, вирусная и другие теории происхождения ХРАС [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. В настоящее время, несмотря на многообразие различных методов лечения ХРАС, проблема излечения данного заболевания остается достаточно острой [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Поэтому целью данного исследования явилось усовершенствование методов лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Для осуществления выше обозначенной цели нами была поставлена задача обоснования применения некоторых медикаментозных средств, применяемых для лечения ХРАС, на основании изучения динамики изменений ряда иммунологических показателей ротовой жидкости в процессе лечения.

Материалы и методы исследования

Данное исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии Нижегородской государственной медицинской академии. Было проведено клиническое обследование и последующее лечение 300 женщин с ХРАС в возрасте от 25 до 35 лет (средний возраст $28,2 \pm 1,4$ лет) на фоне урогенитальной инфекции.

В зависимости от применяемых методов лечения больные с ХРАС были разделены на 3 группы по 100 женщин в каждой:

- I группа (основная). Медикаментозная терапия в данной группе включала применение галавита, атаракса в общем лечении и аппликации эплана на проблемные участки слизистой оболочки полости рта в местном лечении.
- II группа (группа сравнения), в которой медикаментозная терапия включала общее лечение с включением в комплекс лечебных препаратов галавита, атаракса, и местное лечение – нанесение солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.
- III группа, где медикаментозная терапия включала общее лечение с назначением антигистаминных, поливитаминных препаратов, и местное лечение – нанесение солкосерил дентальной адгезивной пасты на проблемные участки слизистой оболочки полости рта.

Галавит назначали в виде сублингвальных таблеток по схеме: 10 дней – ежедневный прием – 4 таблетки в сутки и в последующем – 10 дней прием таблеток через день в той же суточной дозе. Таким образом, курс лечения составлял 30 дней. Атаракс назначался в 3 приема по 12,5 мг утром и днем, 25 мг – вечером в течение 4 недель. В полости рта после антисептической обработки применяли аппликации с Эпланом продолжительностью 20–30 мин 3–4 раза в день до полной эпителизации элементов поражения. Наблюдение за пациентками осуществлялось на протяжении 12 месяцев после проведенной терапии.

Лабораторный этап исследования включал определение уровня секреторного иммуноглобулина А (SIgA), а также коэффициента сбалансированности факторов местной защиты (Ксб.). Для данного исследования производили забор ротовой жидкости утром, натощак, без стимуляции, в количестве 3–5 мл, которую до лабораторного этапа исследования хранили в холодильнике при температуре $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Определение SIgA в количественном эквиваленте в ротовой жидкости проводили методом радиальной иммунодиффузии (РИД) в геле – G. Mancini, A. Carbonara (1965) с использованием методических рекомендаций Е.В. Чернохвостовой, С.И. Гольдерман (1975) [1]. Для определения лизоцима в ротовой жидкости использовали фотонейлометрический метод (В.Г. Дорофейчук, 1968). Коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб.), разработанный В.Г. Дорофейчук и Толкачевой с соавт. (1987), использовали для интегральной оценки состояния местного иммунитета полости рта [1].

Количественное определение сывороточных иммуноглобулинов (G, A) в ротовой жидкости проводили методом радиальной иммунодиффузии (РИД) в геле (G. Mancini, A. Carbonara, 1965) [1].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов оценки достоверности результатов, методов вариационной статистики, метода автокорреляции по стандартным методикам. Обработка и анализ полученных данных выполнялись на персональном компьютере с использованием прикладных программ Microsoft Office (Excel), пакета статистических программ «Stadia» и «Statistica 7.0».

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования иммунологических показателей ротовой жидкости при лечении 300 пациентов с ХРАС и урогенитальной инфекцией и 50 практически здоровых лиц (контроль) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Иммунологические показатели ротовой жидкости при наличии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции (N=350)

Показатель в ротовой жидкости	Сроки до и после лечения, (дни)			
	Контроль	до лечения	7	90
	M ± m			
IgA, г/л	0,06±0,002	0,058±0,003	0,041±0,002*	0,053±0,002
IgG, г/л	0,08±0,003	0,065±0,008	0,06±0,01	0,033±0,004*
Лизоцим, %	45,2±2,3	32,6±1,4*	25,3±1,2*	37,0±2,2*
Ксб.	1,54±0,17	4,595±0,543*	3,258±0,423*	1,534±0,184
SIgA, г/л	0,33±0,09	0,089±0,012*	0,125±0,002	0,242±0,013

* – достоверные отличия относительно контроля (p<0,05).

Из приведенных данных видно незначительное снижение IgA у обследованных пациенток по сравнению с контролем, на 7 день после проведенного лечения было выявлено достоверное снижение уровня IgA (p≤0,05), с последующим повышением его к 3 месяцу.

Количество IgG было ниже у обследованных женщин по сравнению с контролем и резко снижалось к 3 месяцу ($p \leq 0,05$).

Уровень лизоцима был достоверно снижен у пациенток с ХРАС по сравнению с контролем ($p \leq 0,05$). Значительное уменьшение содержания лизоцима наблюдалось и к дню после лечения ($p \leq 0,05$), тогда как на 90 день уровень его был значительно выше исходного.

Показатель Ксб. у пациенток с ХРАС при наличии урогенитальной инфекции был достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0,05$). Что свидетельствовало в пользу умеренного уровня местного иммунитета полости рта. К 7 дню после лечения Ксб. несколько снижался, однако оставался достоверно выше значений контроля ($p \leq 0,05$). Значение Ксб. резко снижалось к 3 месяцу после лечения ($p \leq 0,05$), достигая при этом значений, подобных значениям в контрольной группе ($p \leq 0,05$), т.е. отмечался благоприятный уровень местного иммунитета полости рта.

Уровень SIgA у пациенток с ХРАС до лечения был достоверно выше в сравнении с контролем, на 7 день и 90 день после лечения отмечалось достоверное повышение уровня SIgA, ($p \leq 0,05$), который приближался к значениям в контрольной группе.

Таким образом, отмечено достоверное повышение иммунологических показателей ротовой жидкости (IgG, SIgA, Ксб.) при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией, наиболее выраженное на 3 месяц после лечения.

При изучении изменений значений Ксб. в ротовой жидкости в зависимости от метода лечения было выявлено следующее.

Определенная тенденция к снижению Ксб. отмечалась во II группе на 7 день; к 3 и 6 месяцам Ксб. данной группы был значительно ниже исходного ($p \leq 0,05$), на 12 месяц он оставался стабильным, при этом его значение было заметно ниже уровня до лечения ($p \leq 0,05$). В I группе снижение Ксб. отмечался на 7 день, на 3 месяц этот показатель весьма значительно снижался по сравнению с уровнем до лечения ($p \leq 0,05$); к 6 месяцу отмечался незначительный рост уровня Ксб., а к 12 месяцу он вновь снижался, оставаясь ниже уровня до лечения ($p \leq 0,05$).

В III группе уровень Ксб. несколько снижался к 7 и 90 дням. На 180 день отмечался его рост ($p \leq 0,05$), хотя через 12 месяцев после лечения уровень Ксб. достоверно снижался ($p \leq 0,05$).

Значения Ксб. во все периоды наблюдения были приблизительно одинаковы в I и II группах обследованных, при этом в I группе снижение Ксб. было более выраженным.

Таким образом, лечение ХРАС приводило к снижению Ксб. во всех 3-х группах обследованных, при этом максимальный эффект наблюдался уже на 7 день после начала лечения в I группе.

Заключение

В данном исследовании наиболее эффективным оказалось сочетанное применение Атаракса, Галавита и Эплана, применяемых в комплексном лечении ХРАС у пациенток с урогенитальной инфекцией, о чем свидетельствует наиболее выраженное в I группе обследованных снижение уровня Ксб., которое отмечалось уже на 7 день проводимого лечения. Кроме того, результаты исследования свидетельствуют о повышении иммунологических показателей ротовой жидкости (лизоцима и SIgA), нормализации значений Ксб. в процессе лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией, наиболее выраженных на 3 месяц после лечения и свидетельствующих о благоприятном уровне местного иммунитета полости рта.

Список литературы

1. Медицинские лабораторные технологии и диагностика: справочник / под ред. А.И. Карпищенко. – СПб.: Интермедика, 1999. – 656 с.
2. Казарина, Л.Н. Клинико-иммунологическая оценка влияния препарата «лизобакт» на изменение показателей местного иммунитета полости рта у перенесших «боевой» стресс военнослужащих с хроническим генерализованным пародонтитом / Л.Н. Казарина, А.В. Егупова // *Dentalforum*. – 2010. – № 1-2. – С. 32-35.
3. Петрова, Е.А. Изменение показателей иммунной реактивности и перекисного окисления липидов в смешанной слюне беременных с железодефицитной анемией после применения препаратов железа в сочетании с зубной пастой «мексидол дент фито» / Е.А. Петрова, Л.Н. Казарина, Л.В. Ловцова, В.Б. Кузин // *Dentalforum*. – 2009. – № 1. – С. 45-48.
4. Рабинович, И.М. Клиническое изучение солкосерил-дентальной адгезивной пасты и мундизал-геля при лечении хронического рецидивирующего афтозного и герпетического стоматитов / И.М. Рабинович, Г.В. Банченко, О.Ф. Рабинович // *Стоматология*. – 1999. – № 6. – С. 20-22.
5. Сохов, С.Т. Комплексное лечение ХРАС с применением сублингвальных таблеток иммуномодулирующего препарата галавит / С.Т. Сохов, А.А. Цветкова, Л.А. Аксамит // *Российский стоматологический журнал*. – 2009. – № 2. – С. 56-60.

6. Шевченко Е.А. Анализ заболеваемости урогенитальными инфекциями в Приволжском Федеральном Округе // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 1. – С. 14-16.
7. Шевченко Е.А. Особенности изменения некоторых биохимических показателей крови при вирусных урогенитальных инфекциях // Вопросы вирусологии. – 2011. – Т. 56. – № 2. – С. 39-41.
8. Шевченко Е.А., Успенская О.А. Исследование взаимосвязей факторов, способствующих формированию персистенции при урогенитальных инфекциях // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. – № 1. – С. 57-59.
9. Шевченко Е.А., Успенская О.А., Кондюров И.М., Курылев В.В., Россохин В.Ф. Оценка вирусного компонента с целью диагностики и лечения воспалительных заболеваний ротовой полости // Современные технологии в медицине. – 2012. – № 3. – С. 96-99.

Рецензенты:

Дурново Е.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава РФ», г. Нижний Новгород;
Жулев Е.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «НижГМА Минздрава РФ», г. Нижний Новгород.