

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ ЕРБІСОЛУ ТА СУБАЛІНУ В ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Н.М.Копельян

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Серед захворювань порожнини рота особливу увагу привертають хвороби пародонта [1]. Тенденція такого зростання пояснюється суттєвим впливом негативних зовнішніх чинників, загальними порушеннями екології, дією різних місцевих подразників [9, 17]. В механізмах локального руйнування тканини при генералізованому пародонтиті (ГП), який індукований мікрофлорою ротової порожнини, важлива роль належить порушенню імунологічної реактивності організму. При хронічних запаленнях ясен та пародонту збільшується кількість лімфоцитів, причому в осередках запалення їх чисельність переважає над іншими типами клітин [17]. Скупчення лімфоцитів пов'язано з посиленням їх міграції з судинному русла, а не з розмноженням, оскільки вони не мають маркерів, які притаманні клітинам, що діляться. Тому цей факт необхідно враховувати при проведенні системної імунокорекції.

У комплексному лікуванні хворих на ГП патогенетично обґрунтованим є дія на осередок запалення фармакопрепаратами [1]. Наявність значних порушень імунологічної реактивності у хворих на ГП створює необхідність пошуку нових, більш ефективних засобів лікування із застосуванням імунокоригуючих препаратів. При розробці раціонального способу лікування хворих на ГП, нашу увагу привернула можливість використання комбінованої терапії даного захворювання шляхом призначення хворим субаліну, який володіє інтерферогенною активністю, та імуноактивного препарату природного походження ербісолу. Ербісол - це вітчизняний препарат, який є комплексом природних сполук з ембріональної тканини ве-

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

ликої рогатої худоби. Препарат містить біологічно активні пептиди, що володіють імуномодулюючою, протизапальною дією, стимулюють регенерацію ушкоджених тканин, підвищують функціональну активність печінки, й таким чином, зменшують прояви токсикозу [5, 8, 15]. Ербісол зареєстрований у Фармкомітеті МОЗ України та дозволений до клінічного застосування в якості гепатопротектора, стимулятора репаративної регенерації та імуноактивного препарату. При лікуванні хворих на ЕП ербісол раніше не використовувався.

Найбільш перспективними для утворення біопрепаратів із антибактеріальними та антивірусними властивостями є бактерії роду *Bacillus*. На їх основі методом генетичної інженерії створено препарат субалін. Субалін впливає на імунну систему, посилюючи клітинний та гуморальний імунітет. При цьому імуноактивна речовина одразу попадає у лімфоїдну систему, а не до кровотоку, що знижує імунізацію проти ІФН, як при парентеральному введенні препарату ІФН та його індукторів. Фізіологічна спільність імунної системи слизових оболонок, супроводжується активацією імунних реакцій всіх слизових оболонок організму хазяїна [2, 3, 10, 11, 16]. Доведено, що субалін ефективний не лише для корекції мікрофлори ШКТ, але й для лікування хронічного запалення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Обидва препарати в комплексі лікування хворих на ГП не використовувалися.

Метою дослідження було вивчення впливу комбінації субаліна та ербісолу на імунологічні показники у хворих на ГП.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконувалось згідно плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом НДР "Розробка оптимальних методів імунокорекції та імунореабілітації у хворих на генералізований пародонтит" (№ держреєстрації 0110U005010).

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом знаходилося 68 хворих на ГП віком від 26 до 59 років, з яких було 31 (45,6%) жінок та 37 (54,4%) чоловіків. Діагноз захворювання пародонта встановлювали на підставі клінічних і рентгенологічних показників. У всіх

Актуальні проблеми фармації та фармакотерапії

пацієнтів з анамнезу виявлено, що тривалість захворювання складала 3-8 років (середня тривалість $5,2 \pm 0,7$ років), а тяжкість хвороби оцінювалася як другого ступеня.

Всі пацієнти були розподілені на дві групи: до основної групи увійшли хворі на ГП 35 осіб і група зіставлення складала 33 пацієнти. В обох групах хворим призначали патогенетичну терапію із включенням антисептичних (водний розчин йодинолу, метиленовий синій), антимікробних (метронідазол, трихомонадид, метрогил, граміцидин С), протизапальних (німесил, нурофен), полівітамінних (аскорутин, галаскорбін, аевіт) препаратів, а також фізіотерапевтичних засобів (фонофорез із розчином йодиду калію або сульфату магнію, УВЧ) [1]. Пацієнтам основної групи додатково призначали також комбінацію ербісолу та субаліну. Одну дозу (1 флакон) субаліну розводили в 5 мл ізотонічного розчину хлористого натрію ex tempore і призначали у вигляді ванночок ротової порожнини щодня двічі на добу. Курс лікування складав 7-10 процедур та ербісол призначали по 2 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 15-20 діб поспіль.

Об'єм імунологічних досліджень включав визначення клітинних показників імунітету; а саме кількості загальної популяції Т-лімфоцитів (CD3+), В-клітин (CD22+) та субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) і Т-супресорів/кілерів (CD8+) у цитотоксичному тесті [12] із застосуванням моноклональних антитіл (МКАТ) класів CD3+, CD4+, CD8+ і CD22+. Функціональна активність Т-лімфоцитів визначалася за допомогою реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) - спонтанною та у відповідь на дію неспецифічного мітогену - фітогемаглютиніну (ФГА) при постановці реакції мікрометодом [4]. Дослідження рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦК) у сироватці крові здійснювалося методом преципітації в розчині поліетиленгліколю (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [13]. Молекулярний склад ЦК аналізувався за допомогою методу диференційованої преципітації в 2%, 3,5% й 6% розчинах ПЕГ [14]. При цьому визначали вміст дрібно-, середньо- та великомолекулярних імунних комплексів.

Імунологічні дослідження проводилися в динаміці - при надходженні хворого в стаціонар (у перший день лікування), через 15-20 днів від початку проведеної терапії.

Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою стандартних пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica. При цьому враховували основні принципи застосування статистичних методів у клінічних випробуваннях лікарських препаратів [6].

Отримані результати та їх обговорення

Встановлено, що до початку лікування імунологічні показники в обох групах обстежених хворих на ГП були однотиповими й характеризувалися Т-лімфопенією, зниженням рівня Т-хелперів/індукторів (CD4+) та значення імунорегуляторного індексу CD4/CD8, який відображає співвідношення Th/Ts, пригніченням показника РБТЛ (табл. 1).

Таблиця 1

Вплив комбінації ербісолу та субаліну на показники імунітету у хворих на ГП ($M \pm m$)

Імунологічні показники	Основна група (n=35)		Група зіставлення (n=33)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
CD-3+ %	46,2 ± 1,9	69,7 ± 0,6***	47,9 ± 2,0	58,8 ± 2,3 *
абс.	0,74 ± 0,03	1,25 ± 0,04 **	0,77 ± 0,04	1,0 ± 0,04 *
CD-4+ %	24,7 ± 0,7	44,8 ± 1,8 **	24,9 ± 0,8	38,1 ± 1,3 *
абс.	0,4 ± 0,01	0,81 ± 0,03 **	0,4 ± 0,01	0,7 ± 0,02
CD-8+ %	20,7 ± 0,8	22,2 ± 1,2	20,4 ± 0,9	21,6 ± 0,8
абс.	0,37 ± 0,01	0,4 ± 0,02	0,33 ± 0,01	0,38 ± 0,01
CD-22+ %	20,1 ± 1,5	22,1 ± 1,9	20,2 ± 1,3	21,8 ± 1,5
абс.	0,32 ± 0,02	0,4 ± 0,04	0,36 ± 0,03	0,37 ± 0,03
CD-4/CD-8	1,21 ± 0,03	2,0 ± 0,05**	1,23 ± 0,03	1,81 ± 0,04 **
РБТЛ %	37,9 ± 2,0	59,2 ± 1,5	38,4 ± 1,8	48,3 ± 1,5**

Примітка: розраховано між показниками до й після лікування: * - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$.

При застосуванні з метою імунокорекції в комплексному лікуванні хворих на ГП комбінації ербісолу та субаліну, має місце чітка виражена позитивна динаміка імунологічних показників (табл. 1). При цьому рівень клітин з фенотипом CD-3+ зростав в середньому в 1,5 рази у відсотковому значенні та в 1,7 рази - в абсолютному вирахованні. Причому у 21 (60,0%) хворих цієї групи в середньому на кінець лікування (18-20-у добу) рівень CD-3+ був в межах норми ($72,3 \pm 1,2\%$; $P > 0,1$), а у 14 пацієнтів (40,0%) він залишався дещо нижче норми. Се-

редне значення кількості Т-лімфоцитів при цьому в основній групі дорівнювало $69,7 \pm 0,6\%$ при вихідному $46,2 \pm 1,9\%$ ($P < 0,05$). В групі зіставлення майже у половини (16 осіб - 48,5%) обстежених на кінець лікування кількість Т-лімфоцитів з фенотипом CD3+ залишалася меншою за норму і у решти пацієнтів відмічалась помірне підвищення даного показника. Після завершення імунокорекції кількість CD-3+-клітин в середньому в групі зіставлення складала $58,8 \pm 2,3\%$ при початковому значенні $47,9 \pm 2,0\%$ ($P > 0,05$) (табл.1).

Поряд з цим в основній групі в динаміці лікування відбувалось помірне зростання числа Т-хелперів/індукторів (CD-4+) і Т-супресорів/кілерів (CD 8+), рівень яких початково був знижений відносно норми. Так, якщо число CD-4+-клітин до початку імунокорекції складало в основній групі в середньому $24,7 \pm 0,7\%$ ($0,4 \pm 0,01$ Г/л в абсолютному обчисленні), то на кінець лікування їх рівень зростав до $44,8 \pm 1,8\%$ ($P < 0,05$), що ще більш значуще було в абсолютному числі - $0,81 \pm 0,03$ Г/л ($P < 0,01$). В той же час в групі зіставлення вміст Т-хелперів/індукторів зростав в середньому в 1,5 рази, тоді як достовірної різниці між цими показниками до і після лікування у відносному вираженні не відмічено.

Рівень Т-кілерів/супресорів (CD-8+) в основній групі у 19 (55,6%) цей показник на час закінчення лікування набував нижньої межі норми, а у решти хворих цієї групи він мав чітку тенденцію до покращання. Середнє значення числа CD-8+-клітин у пацієнтів основної групи складало $22,2 \pm 1,9\%$ у відносному вираженні (при показнику до початку імунотерапії $21,6 \pm 0,8$; $P > 0,05$), та $0,38 \pm 0,01$ Г/л в абсолютному вираженні. В групі зіставлення кратність зростання числа Т-супресорів/кілерів була вірогідно меншою, хоча достовірність різниці між показниками основної групи та групи зіставлення виявлена лише між абсолютними їх значеннями (табл. 1).

Внаслідок зростання загального числа Т-лімфоцитів та їх основних регуляторних субпопуляцій імунорегуляторний індекс CD4/CD8 у більшості обстежених пацієнтів основної групи зростав, досягаючи значення в середньому $2,0 \pm 0,05$, тобто в 1,65 рази більше відносно показника на початку лікування ($P < 0,05$), що свідчило про позитивний вплив комбінації ербісо-

лу та субаліну на імунологічні показники. В той же час, у групі зіставлення, внаслідок недостатнього покращання з боку вказаних клітинних показників імунітету, на 18-20-у добу від початку лікування зберігався певний дисбаланс основних регуляторних субпопуляцій, що проявлялось меншою динамікою до збільшення CD4/CD8 і його значення імунорегуляторного індексу в цей період обстеження дорівнювало $1,81 \pm 0,04$, що було вірогідно менше, ніж в основній групі в 1,1 рази.

У хворих на ГП основної групи показник індукованої РБТЛ після закінчення лікування з використанням імунокорекції складав в середньому $59,2 \pm 1,5\%$, що вірогідно від норми не відрізнялося ($61,2 \pm 1,9\%$; $P > 0,05$). В групі зіставлення спостерігалася менш виражена позитивна динаміка щодо показника РБТЛ з мітогеном ФГА, а саме його значення складало $48,3 \pm 1,5\%$ ($P < 0,01$ відповідно до початкового рівня). Отже, запропонований метод лікування ГП з включенням ербісолу та субаліну патогенетично обгрунтований, оскільки він позитивно впливає на клітинні показники імунітету.

До початку проведення лікування у всіх обстежених із загостренням ГП відмічалася висока концентрації ЦІК у сироватці крові. Підвищення ЦІК відбувалось переважно за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних фракцій імунних комплексів, кількість яких в абсолютному обчисленні вище норми в обох групах в 1,6 рази ($P < 0,01$). Відзначається також істотне збільшення концентрації дрібномолекулярної фракції ЦІК - у 1,8 рази в основній і в 1,6 рази в групі зіставлення. Водночас, відсотковий вміст великомолекулярних імунних комплексів у структурі загальних ЦІК мав тенденцію до зниження, хоча їх абсолютний показник зростав за рахунок істотного підвищення рівня загальних ЦІК (табл. 2).

Рівень загальних ЦІК в периферичній крові достовірно зменшувався по відношенню до початкового значення і наприкінці імунокорекції складав у середньому $1,94 \pm 0,15$ г/л ($P < 0,01$), тобто досягав верхньої межі норми. В групі зіставлення кратність зниження концентрації ЦІК в сироватці крові на 15-20-у добу від початку лікування відносно вихідного показника була меншою і дорівнювала лише 1,26 рази ($P < 0,01$) (табл. 2).

Таблиця 2

Вплив комбінації субаліну та ербісолу на рівень ЦІК у крові хворих на ГП (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи обстежених хворих		P
		основна (n=35)	зіставлення (n=33)	
ЦІК загальні, г/л	1,88±0,03	3,14 ± 0,15	3,21 ± 0,21	>0,1
		1,94 ± 0,15	2,54 ± 0,18	<0,05
великомолекулярні, %	45,1±2,2	33,6 ± 1,9	35,1 ± 2,1	>0,1
		41,6 ± 1,4	39,7 ± 1,3	<0,05
г/л	0,85±0,04	1,06 ± 0,05	1,13 ± 0,06	>0,05
		0,81 ± 0,07	1,01 ± 0,03	<0,05
середньомолекулярні, %	33,3±1,4	39,6 ± 1,8	39,4 ± 2,2	>0,1
		35,2 ± 1,8	36,2 ± 1,4	<0,05
г/л	0,63±0,03	1,24 ± 0,07	1,26 ± 0,08	>0,1
		0,68 ± 0,05	0,92 ± 0,05	<0,05
дрібномолекулярні, %	21,6±1,2	26,8 ± 1,6	25,5 ± 2,0	>0,1
		23,2 ± 1,2	24,1 ± 1,2	<0,05
г/л	0,4±0,02	0,84 ± 0,06	0,82 ± 0,07	>0,1
		0,45 ± 0,02	0,62 ± 0,03	<0,05

Примітка: у чисельнику - показник на початку лікування, у знаменнику - після його завершення; значення P підраховані між показниками основної групи і зіставлення після завершення лікування.

Поряд із зменшенням рівня загальних ЦІК як у пацієнтів основної групи, так і групи зіставлення відмічалась тенденція до ліквідації дисбалансу різномолекулярних імунних фракцій, однак більш суттєво при використанні комбінації ербісолу і субаліну в якості імунотерапії. Це полягало здебільшого у зниженні вмісту найбільш токсигенних середньо та дрібномолекулярної фракцій ІК, внаслідок чого зростав рівень великомолекулярної фракції. Так, у хворих основної групи зменшення відсотку середньомолекулярних імунних комплексів в середньому складало 1,12 рази, а в абсолютному вирахованні (при вихідному значенні 1,24±0,07 г/л і показнику після завершення імунотерапії - 0,68±0,05 г/л; P<0,001). Поряд з цим в групі зіставлення динаміка рівня фракції ЦІК була вірогідно меншою. Так, на час закінчення лікування даний показник знижувався лише в 1,37 рази в абсолютному вирахованні. Щодо динаміки вмісту дрібномолекулярних ЦІК в

сироватці крові у хворих обох груп, то встановлено, що хворих, яким призначали комбінацію ербісолу та субаліну становив в середньому 0,45±0,02 г/л (при вихідному значенні 0,84±0,06 г/л; P<0,01), тоді як в групі зіставлення - 0,62±0,03 г/л, що було в 1,38 рази більше, ніж в основній групі. Слід відмітити, що абсолютні показники щодо характеристики різномолекулярного складу ЦІК змінювались більш значно, ніж їх відносні значення. Взагалі, в динаміці лікування виявлялась тенденція до нормалізації молекулярного складу, але ж рівень різномолекулярних імунних фракцій залишався підвищеним.

Враховуючи найбільшу патогенетичну значущість високого рівня середньо та дрібномолекулярних фракцій ЦІК у хворих на ГП, нами було використано такий інтегральний імунологічний показник як сума цих фракцій. При цьому виявлено, що сума фракцій середньо- та дрібномолекулярних ІК у хворих основної групи після імунотерапії складала в середньому 58,4±1,6% (при нормі 54,9±2,2%; P>0,1), що майже вірогідно від норми не відрізнялось, тоді як в групі зіставлення - 60,3±2,0% (P<0,05).

Аналіз показників щодо характеристики вмісту великомолекулярних ЦІК показав, що у хворих на ГП основної групи спостерігалась тенденція до її зростання в відсотковому відношенні. При цьому даний показник на момент закінчення імунотерапії набував значення в середньому 41,6±1,4% (при початковому 33,6±1,9%; P<0,05). В групі зіставлення хоча кратність зростання даного показника у відносному вирахованні була 1,13 (P>0,05), але ймовірної різниці абсолютних показників не відмічено. Рівень фракції великомолекулярних імунних комплексів в абсолютному обчисленні після загальноприйнятого лікування складав в середньому 0,62±0,03 г/л при показнику до лікування 0,82±0,07 г/л. Це було пов'язане з тим, що в групі зіставлення майже на кінець лікування істотно підвищеним залишався рівень середньо та дрібномолекулярних ЦІК.

Таким чином, отримані результати дозволяють вважати перспективним та доцільним використання комбінації ербісолу та субаліну в комплексі лікування хворих на ГП, оскільки це сприяє нормалізації імунологічного гомеостазу та зменшує прояви вторинного імунодефіцитного стану в періоді реконвалесценції.

Висновки

1. У хворих з генералізованим пародонтитом відмічалось суттєве зростання рівня ЦК, переважно за рахунок найбільш патогенних середньомолекулярних та дрібномолекулярних імунних комплексів.

2. Включення імуноактивних препаратів ербісолу та субаліну до комплексу лікування хворих на ГП сприяло зростанню рівня тотальної популяції Т лімфоцитів, зниженню дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин, з нормалізацією імунорегуляторного індексу CD4/CD8.

3. У хворих на кінець імунокорекції з включенням комбінації ербісолу та субаліну відмічалось зменшення рівня ЦК, переважно за рахунок пониження вмісту у крові найбільш патогенних середньо та дрібномолекулярних фракцій імунних комплексів.

Література

1. Безрукова И.В. Микробиологические и иммунологические аспекты этиопатогенеза бистропрогрессирующего пародонтита / И.В. Безрукова // Пародонтология. - 2000. - № 3. - С. 3-6.

2. Белявская В.А. Адьювантные свойства рекомбинантного пробиотика субалина, продуцирующего интерферон / В.А.Белявская, Г.М.Игнатъев, Н.В.Литвяков, Н.В.Чердынцева // Журн. микробиол. - 2001. - № 6. - С.77-82.

3. Грачева Н.М. Эффективность нового бактериального препарата биоспорина при лечении острых кишечных инфекций / Н.М.Грачева, А.Ф.Гаврилов, А.И. Соловьева // Журн. микробиол. - 1996. - № 1. - С. 75-77.

4. Иммунологические методы / под ред. Г.Фримеля: Пер. с нем.-М.: Медицина, 1987. - 472 с.

5. Клинико-иммунологическая эффективность нового украинского препарата "Ербисол" у больных с хроническим гепатитом / Н.Г.Бычкова, В.П.Шипулин, А.А.Фомина, С.А. Бычкова // Врачебное дело. - 1995. - № 3-4. - С.65-71.

6. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.

7. Литвяков Н.В. Роль макрофагов в реализации антибластного действия рекомбинантного пробиотика субалина / Н.В.Литвяков Н.В.Чердынцева, В.А. Белявская // Вопросы онкологии. - 2001. - № 1 (47). - С. 86-89.

8. Николаенко А.Н. Концептуальные подходы к разработке высокоэффективных лекарственных препаратов нового поколения класса "Эрбисол" / А.Н. Николаенко // Фармакологический вестник. - 1998. - № 6. - с.69-74.

9. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта : автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 "Стоматология" / Л.Ю. Орехова. - Санкт-Петербург, 1997. - 34 с.

10. Смирнов В.В. Бактерии рода *Bacillus* - перспективный источник биологически активных веществ / В.В.Смирнов, И.Б.Сорокулова, И.В.Пинчук // Микробиол. журн. - 2001. - № 1 (63). - С. 72-79.

11. Сорокулова И.Б. Влияние пробиотиков из бацилл на функциональную активность макрофагов / И.Б.Сорокулова // Антибиотики и химиотерапия. - 1998. - № 2 (43). - С. 20-23.

12. Фролов В.М. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных / В.М.Фролов, Н.А.Пересадин, И.Н.Баскаков // Лабораторное дело. - 1989. - № 6. - С. 71-72.

13. Фролов В.М. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение / В.М.Фролов, В.Е.Рычнев // Лабораторное дело. - 1986. - № 3. - С. 159-161.

14. Фролов В.М. Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных / В.М.Фролов, В.Е. Рычнев // Врачебное дело. - 1990. - № 6. - С. 115-118.

15. Христич Т. М. Новий український препарат ербісол у лікуванні вірусних гепатитів у ранній та пізній періоди реконвалесценції з урахуванням важкості перебігу / Т.М.Христич, Ф.В.Кузик // Гастроентерологія. - Дніпропетровськ, 2000. - Вип. 28. - С. 300-303.

16. Чердынцева Н.В. Влияние рекомбинантного пробиотика субалина на функциональную активность иммунокомпетентных клеток / Н.В. Чердынцева, Н.В. Литвяков, В.Л. Белявская, Е.С. Смольянинов // Бюлл. exper. биол. и медицины. - 1999. - № 1 (127). - С. 67-70.

17. Шмагель К.В. Сучасні погляди на імунологію пародонтита / К.В. Шмагель, О.В. Беляєва, В.А. Черешнев // Стоматологія. - 2003. - № 1. - С. 61-64.

Резюме

Копельян Н.М. Ефективність комбінації ербісолу та субаліну в лікуванні генералізованого пародонтиту.

Встановлено позитивний вплив комбінації ербісолу та субаліну на імунологічні показники у хворих на генералізований пародонтит (ГП), який проявлявся ліквідацією Т-лімфопенії, нормалізацією імунорегуляторного індексу, знижувався рівень ЦИК. Отримані дані свідчать про ефективність використання комбінації імуноактивних препаратів в комплексній терапії загострення ГП.

Ключові слова: генералізований пародонтит, імунний статус, лікування, ербісол, субалін.

Резюме

Копельян Н. Н. Эффективность комбинации эрбисола и субалина в лечении генерализованного пародонтита.

Установлено положительное влияние комбинации эрбисола и субалина на иммунологические показатели у больных с генерализованным пародонтитом (ГП), которое проявляется ликвидацией Т-лимфопении, нормализацией иммунорегуляторного индекса, снижением уровня ЦИК. Полученные данные свидетельствуют об эффективности использования комбинации иммуноактивных препаратов в комплексной терапии обострения ГП.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, иммунный статус, лечение, эрбисол, субалин.

Summary

Kopelyan N. N. Efficiency of combination erbisolum and subalinum in the treatment of generalized parodontitis.

Positive influence of combination of erbisolum and subalinum is set on immunological indexes for patients with generalized parodontitis volume (GP), which shows up liquidation of T-lymphopenia, normalization of immunoregulative index, decline of level CIC.

Key words: generalized parodontitis, immunological state, treatment, erbisolum, subalinum.

Рецензенти: д.мед.н., проф.Л.В.Савченкова

к.мед.н., доц.В.М.Мудра

УДК 615.212:615.276:547:857.4

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ АНАЛЬГЕТИЧНОЇ І ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ВІД ХІМІЧНОЇ СТРУКТУРИ СЕРЕД АМОНІЙНИХ СОЛЕЙ 3-МЕТИЛ-7- β -МЕТОКСІЕТИЛКСАНТИНІЛ- 8-ТІОАЦЕТАТУ

В.І. Корнієнко, Б.А. Самура, М.І. Романенко,
О.О. Мартинюк

Харківська державна зооветеринарна академія
Національний фармацевтичний університет (Харків)
Запорізький державний медичний університет

Вступ

Запалення та біль є найбільш розповсюдженими симптомами, які супроводжують перебіг більшості захворювань. Для лікування даних симптомів застосовуються нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). Фармакологічна корекція запального процесу НПЗЗ продовжує звертати на себе увагу експериментаторів та клініцистів [1]. Здатність нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) впливати на найважливіші патологічні процеси в організмі хворого визначила широкий спектр їх застосування в різних областях медицини. НПЗП є основною групою лікарських засобів, які застосовуються при лікуванні ревматичних, неврологічних болей [4, 10, 12]. Порівняльно низька вартість і достатня ефективність розширили сферу їх застосування в різних розділах клінічної медицини і забезпечили надзвичайну популярність цих препаратів в населення [1].

Ймовірність розвитку ерозивно-виразкового ураження шлунку і дванадцятипалої кишки при терапії НПЗП залежить від стану слизової, інтенсивності і тривалості самої терапії. При вже наявному ерозивно-виразковому процесі у гастродуоденальній зоні продовження терапії НПЗП сприяє прогресуванню виразкового процесу з розвитком кровотечі і перфорації [6, 9, 13, 14]. Частота прояву побічних ефектів при застосуванні диклофенаку досягає 20%, що підтверджено численими дослідженнями [11].