

УДК 616-097-02:616.314.18-002.4.] – 02:616.33-002.44.

©Н. В. Манащук

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ КОЛІТИВ

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ КОЛІТИВ – У статті наведено результати імунологічних обстежень при захворюваннях тканин пародонта у пацієнтів з хронічними колітами. Показано наявність порушень імунної системи в осіб з гінгівітом та пародонтитом на тлі хронічних колітів, а саме: зменшення рівня загальних Т-клітин, Т-хелперів і супресорів та збільшення сироваткових IgM, IgG.

ОСОБЕННОСТИ ИМУННОГО СТАТУСА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛИТОВ – В статье приведены результаты иммунологических обследований при заболеваниях тканей пародонта у больных с хроническими колитами. Показано наличие нарушений иммунной системы у пациентов с гингивитом и пародонтитом на фоне хронических колитов, а именно: уменьшение уровня общих Т-клеток, Т-хелперов и супрессоров и увеличение сывороточных IgM, IgG.

FEATURES OF IMMUNE STATUS OF PERIODONTAL DISEASES ON THE BACKGROUND OF CHRONIC COLITIS – The article presents an immunological tests results of periodontal tissue diseases in patients with chronic colitis. It is shown disorders of the immune system in patients with gingivitis and parodontitis on the background of chronic colitis, namely: reduction of total T cells, T - helper and suppressor and increased serum IgM, IgG.

Ключові слова: хронічні коліти, клітинний та гуморальний імунітет, пародонтит, гінгівіт.

Ключевые слова: хронический колит, клеточный и гуморальный иммунитет, пародонтит, гингивит.

Key words: chronic colitis, cellular and humoral immunity, parodontitis, gingivitis.

ВСТУП За останнє десятиліття у розвитку запальних та запально-дистрофічних захворювань пародонта велике значення надають розладам імунної системи та її здатності до адекватної відповіді на антигенну стимуляцію [1, 2, 4]. Поглиблено вивчають характер, глибину та спрямованість імунних порушень в організмі хворих з гінгівітом та пародонтитом на тлі супутніх патологій шлунково-кишкового тракту [3, 5, 6, 8]. Однак залишається поза увагою дана проблема у пацієнтів з хронічними колітами, у яких захворювання пародонта виявлено в 97,4 % обстежених [7, 9]. Виявлення особливостей порушень тієї чи іншої ланки імунної відповіді при різних клінічних проявах захворювань пародонта на тлі хронічних колітів становить великий практичний інтерес, тому що дає змогу розробити оптимальні підходи до диференційованої імунотерапії цих захворювань.

Виходячи з цього, метою дослідження стало вивчення особливостей клітинного та гуморального імунітету при захворюваннях пародонта у пацієнтів з хронічними колітами.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 37 хворих із хронічними колітами з гастроентерологічних відділень лікарень м. Тернополя. Вік обстежуваних коливався від 29 до 64 років. Серед пацієнтів було 26 (70,3 %) жінок та 11 (29,7 %) чоловіків. Ці пацієнти склали основну групу. Групу контролю становили 28

осіб без загальносоматичної патології у віці від 31 до 62 років. Серед пацієнтів було 15 (53,6 %) жінок та 13 (46,4 %) чоловіків. Оскільки пацієнти основної групи перебували на стаціонарному лікуванні, діагноз захворювань кишечника поставив лікар-гастроентеролог.

Діагноз захворювань пародонта встановлювали на основі результатів анамнезу, клінічного обстеження та даних загальноприйнятих додаткових методів обстеження. Гігієнічний стан порожнини рота осіб визначали за гігієнічним індексом Федорова–Володкіної та індексом Гріна–Вермільйона. Пародонтальний статус оцінювали за пробою Шіллера–Писарева, папілярно-маргінально-альвеолярним індексом (РМА) та комплексним пародонтальним індексом (КПІ). При постановці діагнозу захворювань пародонта користувались класифікацією М. Ф. Данилевського [4].

Об'єм імунологічних досліджень включав визначення показників клітинного та гуморального імунітету. Т-клітинну ланку оцінювали за допомогою CD-маркерів (CD3+(загальні клітини), CD4+(хелпери), CD8+(супресори), CD16+(природні кілери)). В-клітинну ланку – за допомогою CD-маркера CD22+. Основні субпопуляції Т- і В-лімфоцитів визначали за допомогою реакції розеткоутворення з еритроцитами, на яких адсорбовані моноклональні антитіла проти рецепторів CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+ з використанням діагностикумів еритроцитарних для виявлення субпопуляції Т- і В-лімфоцитів людини.

Критерієм оцінки гуморальної ланки став рівень сироваткових імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG), які визначали в сироватці крові за допомогою методу радіальної імунодифузії. Статистичну обробку результатів виконано у відділі системних статистичних досліджень університету в програмному пакеті Statsoft STATISTIKA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Після визначення пародонтологічного статусу пацієнтів основної групи поділили на дві підгрупи. Першу підгрупу склали пацієнти, у яких спостерігали патологію пародонта. Ця підгрупа налічувала 29 осіб, що склало 78,4 % від усіх обстежених. Другу підгрупу склали пацієнти з інтактним пародонтом у кількості 8 осіб, що відповідно склало 21,6 % всіх обстежених.

Аналіз результатів показників клітинного та гуморального імунітету в пацієнтів з хронічними колітами та інтактним пародонтом показав наявність у них імунологічних порушень. Так, відмітили достовірне зменшення рівня загальних Т-клітин (CD3+) на 14,6 % ($p < 0,05$) відносно показників у пацієнтів контрольної групи. Встановлено зниження абсолютної кількості Т-хелперів (CD4+) на 20,2 %, супресорів (CD8+) – на 28,6 % та природних кіллерів (CD16+) – на 18,1 % порівняно з такими показниками у пацієнтів без загальносоматичної патології.

У пацієнтів, які на тлі хронічних колітів мали ще й патологію пародонта при дослідженні клітинного іму-

нітету, спостерігали більш виражене зменшення загальних Т-клітин на 20,2 % ($p < 0,05$), порівняно із хворими з інтактним пародонтом, та на 31,9 % ($p < 0,05$) порівняно з групою контролю. Достовірно зменшувалась відповідно і кількість субпопуляцій CD4+ на 12,3 % ($p < 0,05$), CD8+ на 16 % ($p < 0,05$) та природних кіллерів (CD16+) на 11 % ($p < 0,05$), порівняно із хворими з хронічними колітами та інтактним пародонтом, та відповідно Т-хелперів на 30,1 % ($p < 0,05$), Т-супресорів на 40 % ($p < 0,05$) та природних кілерів на 27,1 % ($p < 0,05$) порівняно з відповідними показниками у пацієнтів без загальносоматичної патології.

Стан гуморальної ланки характеризувався достовірним збільшенням рівня сироваткового IgM (у 1,3 раза, $p < 0,05$) відносно показників у пацієнтів контрольної групи. Збільшився і рівень IgG (у 1,1 раза) порівняно з групою контролю.

Гуморальний імунітет пацієнтів, які на тлі хронічних колітів мали ще і патологію пародонта, характеризувався збільшенням рівня сироваткового IgM у 1,6 раза ($p < 0,05$), порівняно із хворими з інтактним пародонтом, та відповідно у 2,2 раза, ($p < 0,05$) відносно контрольної групи. Відмічали достовірне збільшення рівня сироваткового IgG (у 1,2 раза, $p < 0,05$) як порівняно із хворими з інтактним пародонтом, так і порівняно з групою контролю. Крім того, рівень CD22+ ($18,8 \pm 0,4$) на тлі приєднання патології пародонта починав знову підніматися до показників у здорових людей.

У пацієнтів з хронічними колітами та захворюваннями пародонта спостерігаються зміни в імунному статусі. Це пов'язано, на нашу думку, з тим, що захворювання кишечника призводить до зниження неспецифічної резистентності організму, що, у свою чергу, сприяє негативному впливу на пародонт та слизову оболонку мікрофлори в порожнині рота, оскільки відомо, що втягнення в патологічний процес органів, які функціонально пов'язані з товстою кишкою, супроводжується порушенням їх діяльності [6–8].

ВИСНОВОК Отримані результати свідчать про те, що у пацієнтів із патологією пародонта на тлі хронічних колітів спостерігаються зміни в імунній системі, які вказують на необхідність та доцільність включення імунокорегуючих засобів у комплексне лікування гінгівіту та пародонтиту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вейсгейм Л. Д. Состояние вопроса о влиянии соматических заболеваний на клинику и лечение пародонтитов / Л. Д. Вейсгейм, Е. В. Люмкис // Новое в стоматологии. – № 6(122). – 2004. – С. 75–77.
2. Воложин А. И. Иммунологические нарушения в патогенезе хронического генерализованного пародонтита / А. И. Воложин, Г. В. Порядин, А. Н. Казмировский // Стоматология. – Москва, 2005. – № 3. – 4 с.
3. Горбачева Л. А. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита / Л. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // Стоматология. – 2001. – Т. 80, № 1. – С. 26–34.
4. Данилевський Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко. – Київ : Здоров'я, 2000. – 462 с.
5. Кирсанов А. Н. Механизмы взаимосвязи патологии внутренних органов и пародонта / А. Н. Кирсанов, Л. А. Горбачева // Пародонтология. – 1999. – № 1. – С. 36–39.
6. Кукурудза Н. І. Імунні порушення в розвитку та перебігу генералізованого пародонтиту та їх корекція амізоном / Н. І. Кукурудза // Галиц. лікар. вісн. – 2006. – Т. 13, № 3. – С. 41–44.
7. Півторак К. В. Імунний статус при загостренні неспецифічного виразкового коліту та хворобі Крона, залежність від наявності анемічного синдрому / К. В. Півторак // Біомедицина та біосоціальна антропология. – 2008. – № 11. – С. 156–159.
8. Роль імунної системи у розвитку і перебігу генералізованого пародонтиту, а також перспективи застосування рослинних препаратів для корекції місцевого імунітету ротової порожнини / Н. О. Стасюк, В. І. Герелюк, Н. В. Нейко, Л. Ю. Плав'юк // Галиц. лікар. вісн. – 2005. – Т. 12, № 1, С. 90–91.
9. Ткачук Н. Н. Особенности лечения и терапия пародонтита у больных неспецифическим язвенным колитом : автореф. дисс. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец.14.01.22 "Стоматология" / Ткачук Н. Н. – К., 1984. – 23 с.

Отримано 10.02.14