

## СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.314.17-008.1-036.12+616.516]-08-036.8:612.017.1

*О.В. Єлісєєва, І.І. Соколова**Харківський національний медичний університет***ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
З ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ  
НА ТЛІ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ  
МОНІТОРУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ ЛОКАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ**

Вивчено стан імунітету ротової порожнини у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая як одного із можливих об'єктивних критеріїв якості лікування. Успішне лікування хворих за розробленою нами схемою («Лізомукоїд», «Лісобакт», плівки, що містять лізоцим) супроводжується відновленням показників місцевого неспецифічного імунітету ротової порожнини: активності лізоциму і бета-лізинів, концентрації С3 компоненти комплементу, а також нормалізацією рівня SIgA як безпосередньо після закінчення курсу, так і через 3 місяці після завершення терапії.

**Ключові слова:** червоний плоский лишай, імунітет порожнини рота, плівки, що містять лізоцим.

Зміни на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР), тканинах пародонта найчастіше є першими клінічними, а іноді й єдиними ознаками порушень функціонування різних органів і систем. У той же час порушення, що виникають у порожнині рота, можуть збільшувати тяжкість фонового захворювання. Червоний плоский лишай – одне з найпоширеніших і маніфестних за клінічними проявами захворювань СОПР [1–3].

Серед безлічі причин, що зумовлюють можливість виникнення хронічного генералізованого пародонтиту і червоного плоского лишая та визначають їхній перебіг, найважливішою є стан місцевих механізмів захисту порожнини рота [4–6], тому оцінка стану імунітету порожнини рота у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая може бути одним із можливих об'єктивних критеріїв якості лікування.

У зв'язку з цим метою дослідження стало визначення в ротовій рідині SIgA, С3 компоненти комплементу, активності лізоциму й бета-лізинів у хворих з хронічним генералізованим пародонтитом і червоним плоским

лишаєм до та після лікування як показників позитивного впливу запропонованої комплексної терапії на імунологічну ланку патогенезу хронічного генералізованого пародонтиту.

**Об'єкт і методи.** Обстежено 72 пацієнти, яких було розподілено на чотири групи. В 1-шу групу (20 осіб) увійшли пацієнти із хронічним генералізованим пародонтитом початкового і легкого ступеня тяжкості без червоного плоского лишая. Тридцять два пацієнти із поєднаним перебігом хронічного генералізованого пародонтиту (початковий і легкий ступінь тяжкості) на тлі червоного плоского лишая (типова форма) були розділені на дві групи по 16 осіб у кожній: 2-га – пацієнти із хронічним генералізованим пародонтитом і червоним плоским лишаєм без поразки СОПР, 3-тя – з поразкою СОПР. Контрольну 4-ту групу склали пацієнти з інтактним пародонтом (20 осіб). За способом лікування 2-га і 3-тя групи були розділені на підгрупи 2а, 2б та 3а, 3б (по 8 осіб у кожній).

Пацієнтам 1-ї, 2а та 3а груп був призначений ополіскувач Perio-Aid 0,12% (Dentaid, Іспанія) 2 рази на день, після про-

© О.В. Єлісєєва, І.І. Соколова, 2014

цедури чищення зубів пастою «Лакалут актив» (Німеччина). Пацієнтам 3а групи було призначено обліпихову олію на вогнища поразки СОПР, від 8 до 10 процедур на курс. Отже, пацієнти 1-ї, 2а та 3а груп одержували стандартну терапію. Для пацієнтів 2б і 3б груп була розроблена нова схема лікування, що включала зубний еліксир «Лізоомукоїд» (НВА «Одеська біотехнологія», Україна), зубну пасту «Лакалут актив» і антисептичні таблетки «Лісобакт» (Босналек д.д., Боснія і Герцеговина). У лікувальну схему 3б групи також були включені лізоцимвмісні плівки (НВА «Одеська біотехнологія», Україна) на вогнища поразки СОПР і крайовий пародонт.

Системна терапія червоного плоского лишая (після консультації фахівця) включала призначення пацієнтам 2-ї і 3-ї груп делагілу по 1 таблетці 2 рази на день, ксантинолінотинату по 1 таблетці 3 рази на день і вітаміну Е в капсулах по 1 капсулі 1 раз на день.

Імунологічне дослідження ротової рідини включало вивчення активності лізоциму нефелометричним методом [7], а також визначення SIgA, C3 компоненти комплементу й активності бета-лізину за допомогою імуноферментного аналізу [8, 9].

Ефективність лікування пацієнтів різних груп оцінювали шляхом вивчення показників місцевого імунітету порожнини рота як неспецифічного (лізоцим, бета-лізини, C3 компоненти комплементу), так і специфічного (SIgA) імунітету.

Отримані дані статистично обробили [10].

**Результати та їх обговорення.** У пацієнтів усіх груп із хронічним генералізованим пародонтитом початкового і легкого ступеня тяжкості як на тлі червоного плоского лишая типової форми (2-га та 3-тя група), так і без червоного плоского лишая (1-ша група) відзначається різке зниження активності лізо-

циму в ротовій рідині (активність лізоциму коливається залежно від ступеня хронічного генералізованого пародонтиту і супутньої патології від 12,51 до 24,88 % при рівні активності лізоциму у здорових осіб групи контролю 38,77 %), а у пацієнтів 2-ї та 3-ї груп із хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая цей показник у середньому знижений в 2,8 рази (табл. 1). Оскільки роль лізоциму (ферменту ацетилмурамідази) як муколітичного ферменту ротової порожнини є дуже важливою (лізис мікроорганізмів, стимуляція фагоцитозу, регенерація біологічних тканин), стає зрозумілим розвиток виражених патологічних процесів у ротовій порожнині при істотному зниженні його активності.

Після проведеної консервативної терапії достовірно збільшується активність лізоциму в ротовій рідині пацієнтів усіх дослідних груп як через два тижні від початку лікування, так і через 3 місяці. Однак тільки у пацієнтів, які одержували лікування за розробленою нами схемою, рівень активності лізоциму повернувся до контрольного значення і залишився таким під час усього терміну спостереження (від 34,86 до 36,38 %).

Динаміка активності бета-лізину – бактерицидного фактора, що виявляє найбільшу активність у відношенні до анаеробних і спороутворюючих аеробних мікроорганізмів (табл. 2) протягом усього періоду спостереження, показала, що у всіх пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая типової форми відмічалися достовірно зниження активності даного бактерицидного фактора слини в порівнянні з такою в контролі до лікування та нормалізація активності бета-лізину після застосування різних схем терапії.

Таблиця 1. Вміст лізоциму в ротовій рідині у хворих із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая до і після лікування, ( $M \pm m$ ) %

Група	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1-ша (n=20)	24,88±4,41*	27,01±3,20*	27,97±9,72*
2а (n=8)	12,51±2,80*	23,53±3,40*	22,80±13,40*
2б (n=8)	15,94±3,19*	34,86±8,89	35,35±5,72
3а (n=8)	15,41±2,06*	23,41±6,13*	25,34±2,85*
3б (n=8)	13,42±5,80*	36,22±7,80	36,38±5,15
4-та (n=20)	38,77±4,23	–	–

Примітка. \* $p < 0,05$ ; вірогідно в порівнянні з контролем.

Тут і в табл. 2–4.

Таблиця 2. Динаміка активності бета-лізину в ротовій рідині пацієнтів до і після терапії, ( $M \pm m$ ) %

Група	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1-ша (n=20)	39,07±2,20*	25,83±2,91	38,89±2,88*
2а (n=8)	17,55±2,30*	21,45±1,21*	19,30±2,83*
2б (n=8)	17,16±2,12*	32,35±5,05*	27,70±3,48
3а (n=8)	15,47±2,49*	20,95±1,12*	20,01±1,75*
3б (n=8)	14,29±1,88*	27,41±4,83	22,95±4,22*
4-та (n=20)	28,43±3,84	–	–

Найбільш важливим компонентом системи комплементу є С3 фрагмент, розщеплення якого на С3а і С3б є центральним моментом кожного з каскадів активації системи комплементу, що завершуються утворенням мембран атакуючого комплексу й лізисом патогенних бактерій порожнини рота. Тому у всіх пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая рівень даного фрагмента комплементу знижений у порівнянні з контролем в 1,5–2 рази (табл. 3). Проведене за розробленою нами схемою лікування нормалізує даний показник у хворих 2б (923,3 мг/л) і 3б (1002,5 мг/л) груп через 2 тижні від початку терапії й залишається на рівні контрольних значень протягом 3 місяців спостереження (993,5 і 972,4 мг/л відповідно). При використанні стандартних схем ліку-

вання пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом (1-ша, 2а та 3а групи) також відзначається позитивна динаміка, однак достовірної нормалізації концентрації С3 фрагмента в ротовій рідині не відбувається.

У всіх хворих із хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая у ротовій рідині підвищилась у 2 рази (в порівнянні з нормою) концентрація SIgA (табл. 4), а у пацієнтів 1-ї групи цей показник мав тенденцію до різкого зниження. Після проведеного лікування за розробленою нами схемою відбулася нормалізація рівня SIgA у ротовій рідині пацієнтів 2б і 3б груп протягом усього періоду спостереження. У хворих із хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая, яких лікували за стандартною схемою (2а й 3а), достовірних змін даного показника не було, а у пацієнтів 1-ї групи рівень SIgA нор-

Таблиця 3. Концентрація С3 компоненти у хворих із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая, ( $M \pm m$ ) мг/л

Група	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1-ша (n=20)	637,80±39,22*	846,90±82,77*	861,90±80,99*
2а (n=8)	460,80±55,51*	696,20±80,86*	634,80±135,43*
2б (n=8)	483,10±66,73*	923,30±151,90	993,50±37,72
3а (n=8)	480,90±55,64*	721,90±85,81*	609,30±117,24*
3б (n=8)	478,30±34,93*	1002,50±54,80	972,40±141,45
4-та (n=20)	984,30±102,90	–	–

Таблиця 4. Вміст SIgA в ротовій рідині у обстежених пацієнтів, ( $M \pm m$ ) г/л

Група	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1-ша (n=20)	0,13±0,05*	0,31±0,05	0,17±0,03*
2а (n=8)	0,54±0,03*	0,45±0,05*	0,49±0,12*
2б (n=8)	0,60±0,08*	0,39±0,04	0,35±0,04
3а (n=8)	0,60±0,07*	0,52±0,07*	0,48±0,06*
3б (n=8)	0,57±0,09*	0,36±0,03	0,37±0,06
4-та (n=20)	0,29±0,05	–	–

малізувався безпосередньо після закінчення терапії, але при контрольному вимірі через 3 місяці повернувся до вихідного рівня.

#### **Висновки**

Дослідження показало, що хронічний генералізований пародонтит, а також поєднаний перебіг хронічного генералізованого пародонтиту і червоного плоского лишая супроводжуються істотними змінами показників місцевого імунітету ротової порожнини, які проявляються в різкому зниженні активності лізоциму й бета-лізину, зниженні кількості С3 компоненти комплементу та зростанні в ротовій рідині рівня SIgA.

#### **Список літератури**

1. Белёва Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.С. Белёва. – Пермь, 2010. – 23 с.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 336 с.
3. Suger P.B. Oral lichen planus: cause, diagnosis and management / P.B. Suger, N.W. Savage // Aust. Dent. J. – 2002. – Vol. 47. – P. 290–297.
4. Булгакова А.И. Совершенствование местной терапии хронического генерализованного пародонтита : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Булгакова. – М., 1999. – 22 с.
5. Влияние пубертариофага поливалентного и интерферона на лечение хронического генерализованного пародонтита / А.И. Булгакова, Ю.А. Медведев, Т.О. Чемикосова, И.В. Валеев // Иммунол., аллергол., инфектол. – 2000. – № 2. – С. 2–4.
6. Современные аспекты клинической пародонтологии / под ред. Л.А. Дмитриевой. – М., 2001. – 125 с.
7. Ронь Г.И. Проблема дисбиоза полости рта у больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и его коррекция / Г.И. Ронь // Маэстро стоматологии. – 2001. – № 5. – С. 55–56.
8. Рабинович И.М. Коррекция микробиологических изменений у больных с дисбактериозами полости рта / И.М. Рабинович, Н.А. Дмитриева, О.И. Ефимович // Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. – М., 2000. – С. 281–283.
9. Шабанская М.А. Некоторые показатели дисбактериозов полости рта при разных формах стоматологических заболеваний и эффективность коррекционной бактериальной терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Шабанская. – М., 1994. – 23 с.
10. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459 с.

**О.В. Елисеєва, И.И. Соколова**

#### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ МОНИТОРИРОВАНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛОКАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА**

Изучено состояние иммунитета полости рта у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая как одного из возможных объективных критериев качества лечения. Успешное лечение больных по разработанной нами схеме («Лизомукоид», «Лисобакт»), лизоцимсодержащие плёнки) сопровождается восстановлением показателей местного неспецифического иммунитета полости рта: активности лизоцима и бета-лизинов, концентрации С3 компоненты комплемента, а также нормализацией уровня SIgA как непосредственно после окончания курса, так и через 3 месяца после завершения терапии.

**Ключевые слова:** *красный плоский лишай, иммунитет полости рта, лизоцимсодержащие средства.*

*O.V. Yeliseyeva, I.I. Sokolova*

**EFFECTIVENESS EVALUATION OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS ASSOCIATED WITH ORAL LICHEN PLANUS BY MONITORING LOCAL IMMUNITY INDICES**

The state of the oral cavity immunity of patients with chronic generalized periodontitis together with oral lichen planus has been examined as one of the possible objective criterion of the treatment quality. Successful treatment of patients according to the worked out scheme («Lizomukoid», «Lisobakt», lysozyme containing films) is accompanied by restoration of the local non-specific immunity characteristics of the oral cavity – lysozyme and beta-lysine activity, C3 fragment complement concentration, and also SIgA level normalization just after the end of the course of treatment and in 3 months after the therapy.

**Key words:** *oral lichen planus, oral cavity immunity, lysozyme containing medicine.*

*Поступила 17.01.14*