

ISSN 2077-4214

# ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

Український  
науково-практичний журнал  
засновано у листопаді 1993 року  
**ЖУРНАЛ**  
виходить 1 раз на квартал

**Випуск 2, Том 2 (119)**

**Рекомендовано до друку  
Вченою радою ВДНЗУ  
«Українська медична  
стоматологічна академія»  
Протокол № 6 від 11.03.2015 р.**

Включений до Російського індексу  
цитовання (РІНЦ) на базі Наукової  
електронної бібліотеки eLIBRARY.RU  
та Google Scholar на базі Наукової  
електронної бібліотеки CyberLeninka

**Відповідно до постанови  
президії ВАК України  
від 11 жовтня 2000 р. №1-03/8,  
від 13 грудня 2000 р. №1-01/10,  
від 14.10.2009 р. №1-05/4 журнал  
пройшов перереєстрацію і внесений  
до Переліку № 6 і № 7 фахових  
видань, в якому можуть  
публікуватися результати  
дисертаційних робіт на  
здобуття наукових ступенів  
доктора і кандидата наук**

© ВДНЗУ «УМСА» (м. Полтава), 2015  
Підписано до друку 17.03.2015 р.  
Замовлення № 12  
Тираж 200 примірників

Біологічні і медичні науки

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**ЖДАН В. М.**, д. мед. н.  
– головний редактор (м. Полтава)  
**ПРОНІНА О. М.**, д. мед. н.  
– заступник головного редактора (м. Полтава)  
**ЧАЙКОВСЬКИЙ Ю. Б.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**ANDREJ KIELBASSA**, Dr. med. dent. habil., Dr. h. c. (Krems, Austria)  
**КИКАЛИШВИЛИ Л. А.**, д. мед. н. (Тбілісі, Грузія)  
**КОЧИНА М. Л.**, д. біол. н. (м. Харків)  
**КУРСЬКИЙ М. Д.**, д. біол. н. (м. Київ)  
**ОЛІЙНИК С. А.**, д. біол. н. (Seoul, South Korea)  
**ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О.**, д. мед. н. (Мінск, Беларусь)  
**РИБАКОВ С. Й.**, д. мед. н. (USA, Washington DC - Київ)  
**ШАПОШНИКОВ А. А.**, д. биол. н. (Белгород, Россия)

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

**АВЕТИКОВ Д. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**БАБІЙЧУК Г. А.**, д. біол. н. (м. Харків)  
**БЕЗШАПОЧНИЙ С. Б.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**БІЛАШ С. М.**, д. біол. н. (м. Полтава)  
**БОБИРЬОВ В. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**БОНДАРЕНКО В. А.**, д. біол. н. (м. Харків)  
**ГАПОН С. В.**, д. біол. н. (м. Полтава)  
**ГАСЮК А. П.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ГРОМОВА А. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ДУБІНІН С. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ДУДЕНКО В. Г.**, д. мед. н. (м. Харків)  
**ДУДЧЕНКО М. О.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**КАТЕРЕНЧУК І. П.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**КОСТИЛЕНКО Ю. П.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ЛОБАНЬ Г. А.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ЛУЗІН В. І.**, д. мед. н. (м. Луганськ)  
**ЛЯХОВСЬКИЙ В. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**МІШАЛОВ В. Д.**, д. мед. н. (м. Київ)  
**МІЩЕНКО І. В.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**НЕПОРАДА К. С.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**НОВІКОВ В. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ОЛІЙНИК І. Ю.**, д. мед. н. (м. Чернівці)  
**ОРЛОВА Л. Д.**, д. біол. н. (м. Полтава)  
**ОСТРОВСЬКА С. С.**, д. біол. н. (м. Дніпропетровськ)  
**ПОХИЛЬКО В. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ПОПОВ О. Г.**, д. мед. н. (м. Одеса)  
**СКРИПНИК І. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СКРИПНИКОВА А. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СКРИПНИКОВ П. М.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**СОБОЛЄВ В. І.**, д. біол. н. (м. Донецьк)  
**ТКАЧЕНКО П. І.**, д. мед. н. (м. Полтава)  
**ТОПКА Е. Г.**, д. мед. н. (м. Дніпропетровськ)  
**ЦЕБРЖИНСЬКИЙ О. І.**, д. біол. н. (м. Полтава)  
**ШКЛЯР С. П.**, д. мед. н. (м. Харків)  
**УДОД О. А.**, д. мед. н. (м. Донецьк)  
**ДАНИЛЬЧЕНКО С. І.** зав. редакції

## ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

### ЗАСНОВНИКИ:

Українська академія наук Вищий державний навчальний заклад  
України «Українська медична стоматологічна академія»

**Порядковий номер випуску і дата його виходу в світ:**  
Випуск 2, Том 2 (119) від 27.03.2015 р.

### Адреса редакції:

36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА  
кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії  
**Свідцтво про Державну реєстрацію:**  
КВ №10680 від 30.11.2005 р.

**Відповідальний за випуск: О. М. Проніна**

**Технічний секретар: С. І. Данильченко**

**Комп'ютерна верстка та замовник: А. І. Кушпільов**

**Художнє оформлення та тиражування: Ю. В. Мирон**

**Секретар інформаційної служби журналу: С. І. Данильченко**  
м. Полтава, тел. (05322) 7-51-81, 7-22-96, 7-24-84, (095) 691-50-32

## ДО ВІДОМА АВТОРІВ ЖУРНАЛУ «ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ»

У журналі публікуються роботи з усіх розділів сучасної клінічної і експериментальної медицини, а також присвячені фундаментальним проблемам біології, біохімії, фізіології, біотехнології, екології і валеології.

**У зв'язку з постановою президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України», у наукових статтях повинні бути такі необхідні елементи: постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями (№ держреєстрації) аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття; формулювання цілей статті (постановка завдання); виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів; висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень у даному напрямку.**

Стаття після редагування та рецензування подається у 2-х примірниках з супровідним листом, експертним заключенням, рецензією, електронним носієм. Об'єм оригінальних і оглядових статей 5-15 сторінок тексту, включаючи список літератури, таблиці, графіки, реферати. Другий екземпляр статті підписується авторами з зазначенням прізвища, ім'я та по батькові, домашньої та службової адреси, номерів телефонів, дати подання до друку.

Текст і таблиці першого екземпляру статті повинні бути набраними тільки на комп'ютері (Word 6.0; 7.0 або Word 97, шрифт Times New Roman, 14 кегль з обов'язковим наданням електронного варіанту). Диск чи електронний носій повинен бути новим, а надрукований текст на принтері на білому папері, чітким шрифтом, без помарок і виправлень. Текст на електронному носії повинен бути повним аналогом тексту на папері і записаний в 2-х файлах. Таблиці, графіки і мікрофотографії (чорно-білі, кольорові обов'язкові для морфологічних робіт – 9x12 см) розміщуються на сторінках статті в ході викладення матеріалу або компонується на одній сторінці. Графіки, гістограми (чорно-білі або кольорові) розміщуються по тексту або компонуються на окремому листі. Сторінки не нумерувати.

*До друку приймаються наукові статті, які містять такі необхідні елементи: шифр УДК; назва статті; ініціали та прізвища авторів (кількість авторів однієї статті не повинна перевищувати п'яти осіб); назва установи та місто.*

**Назва та номер держреєстрації наукової теми.**

**Вступ (Вступление):** постановка проблеми у загальному вигляді; аналіз останніх (за 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор; № держреєстрації; визначення невирішених раніше частин загальної проблеми.

**Мета дослідження (Цель исследования) (постановка завдання).**

**Об'єкт і методи дослідження (Объект и методы исследования).**

**Результати досліджень та їх обговорення (Результаты исследований и их обсуждение).**

**Висновки (Выводы).**

**Перспективи подальших досліджень (Перспективы дальнейших исследований).**

**Література (Литература).**

**Реферати (резюме)** російською, українською мовами обсягом не більше по 0,5 стор. кожен та ключовими словами. Резюме англійською мовою має бути структурованим, обсяг – 2 сторінки.

Список літератури складається в алфавітному порядку. Література має бути оформлена згідно вимог ДАКУ. Посилання на літературу в тексті статті даються цифрами у квадратних дужках.

Текст друкується через 1,5 інтервали, на білому папері формату А4, висота рядкових букв не менше 3 мм. На початку з лівого боку друкується УДК, потім у відповідному рядку ініціали авторів і прізвище, у наступному рядку – назва статті. З нового рядка друкується назва установи, місто. З абзцу (5 знаків) – текст статті. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 3,0 см.

**Матеріали надіслати за адресою:** 36024, м. Полтава-24, вул. Шевченка, 23, УМСА кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії. **Контактні телефони:** Полтава – (05322) 7-51-81, 7-22-96, 7-24-84, (095) 691-50-32, (098) 305-25-77. E-mail: svetlana\_danilch@mail.ru

**Автори несуть персональну відповідальність за правильність наведеної інформації**

Папір офсетний 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнітура Pragmatica. Ум. друк. арк. 36,7. Ум. фабр.-відб. 45,16. Обл.-вид. арк. 31,05  
Замовник і видавник ФОП Кушпільов А. І. Свідцтво Держреєстрації № 790512, від 09.09.2004,  
36023, м. Полтава, вул. Алмазна 14, кв. 9.

**Макет, тиражування:** ФОП Мирон І. А., м. Полтава, вул. Г. Сталінградка, 34/24а, корп. 1, кв. 128  
Свідцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовників  
та розповсюджувачів видавничої продукції ПЛ № 33 від 29 листопада 2010 року

**Адреса редакції:** 36024, м. Полтава-24, вул. Шевченка, 23, УМСА, кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії.

<b>Гризодуб Д. В., Роберт Бадалов Мехрали Аглы</b> Оценка микробной обсемененности полости рта пациентов, страдающих непереносимостью базисных материалов съемных зубных протезов	48	<b>Grizodub D. V., Robert Badalov Mekhrali Agly</b> Evaluation Colonization Mouth of the Patient in Case Of Intolerance Materials of Removed Dentures
<b>Дністранський В. І.</b> Порівняльна оцінка ефективності різних методів лікування хронічного деструктивного періодонтиту	53	<b>Dnistranskiy V. I.</b> Comparative Evaluation of the Effectiveness of Various Methods of Treatment of Chronic Destructive Periodontitis
<b>Дорошенко С. І.</b> Міждисциплінарний підхід до ортодонтичного лікування пацієнтів з синдромальною патологією	58	<b>Doroshenko S. I.</b> Interdisciplinary Approach to Orthodontic Treatment of Pathology Syndromic
<b>Дорошенко С. І., Ірха С. В., Григор'єва С. М.</b> Стан мікрофлори кореневих каналів зубів до та після електрофульгурації	64	<b>Doroshenko S. I., Irkha S. V., Grigorieva S. M.</b> The Microflora of Root Canals before and after Elektrofulhuration
<b>Дорошенко С. І., Махницький Д. М.</b> Вплив знімних зубних протезів, виготовлених із пластин для термовакуумного формування, на імунологічний статус порожнини рота дітей з дефектами зубних рядів	68	<b>Doroshenko S. I., Makhnitsky D. N.</b> Effects of Removable Dentures Made from Vacuum Form Plates on Oral Immunological Status of Children with Dental Defects
<b>Дрогомирецька М. С., Сухомлинова Т. Я., Якимець А. В., Поляник Н. Я., Лепорський Д. В.</b> Мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки	73	<b>Drohomiiretskiy M. S., Suhomlinova T. Y., Yakymets A. V., Polyanyk N. Y., Leporsky D. V.</b> Multidisciplinary Approach to the Management of Patients with Congenital Maxillofacial Area
<b>Дрок В. О.</b> Визначення показників метаболізму кісткової тканини у пацієнтів з зубощелепними аномаліями та остеопенічним синдромом	79	<b>Drok V. A.</b> Examination Indicators of Bone Metabolism in Patients with Dentofacial Anomalies and Syndrome Osteopenia
<b>Елисеєва О. В., Соколова И. И.</b> Лечения больных генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая лизоцимсодержащими лекарственными препаратами	83	<b>Yeliseyeva O. V., Sokolova I. I.</b> Treatment of the Patients with Chronicle Generalized Periodontitis Together with Oral Lichen Planus of Lysozyme Containing Medicine
<b>Єрис Л. Б.</b> Деякі аспекти протезування хворого після повної резекції верхньої щелепи, обумовлені клінічним станом протезного ложа	88	<b>Eris L. B.</b> Some Aspects of Prosthetics of the Patient after the Complete Resection of the Upper Jaw by the Clinical Condition of the Prosthetic
<b>Єрмакова Л. Г.</b> Визначення <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> у біотопах порожнини рота у хворих на туберкульоз легень	92	<b>Ermakova L. G.</b> Identification <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> in Biotopes Oral Cavity Patients with Pulmonary Tuberculosis
<b>Зайцев А. В., Бойченко О. Н., Николишин А. К.</b> Методология в кариесологии, возможности состояние методологии в кариесологии и возможность ее улучшения	96	<b>Zaitsev A. V., Boychenko O. N., Nikolishin A. K.</b> Status of Methodology in Cariesology and Opportunities for its Improvement

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)**

**yeliseyeva\_dent@bigmir.net**

Данная работа является фрагментом НИР «Удосконалення та розробка нових індивідуальних методів діагностики та лікування стоматологічних захворювань у дітей та дорослих», № гос. регистрации 0112U002382 01.12 – 12.14.

**Вступление.** Пародонтологические аспекты красного плоского лишая (КПЛ), особенно КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР) относятся к числу малоизученных, хотя его аутоиммунный генез предполагает вовлечение в процесс важнейшего морфофункционального комплекса полости рта – пародонта, с последующим развитием более тяжелой и генерализованной сочетанной патологии. По данным специалистов [3, 11, 12] частота выявления специфических заболеваний пародонта при красном плоском лишае полости рта варьирует от 13,0% до 48,0%. Одним из таких заболеваний является хронический генерализованный пародонтит (ХГП). ХГП – это микробно-индуцированный иммунным повреждением пародонтальный комплекс с большой вероятностью генетической и общесоматической предрасположенностью, протекающий с нарушением свободно-радикальных механизмов в тканях, характеризующийся прогрессирующим течением с исходом в резорбцию костной ткани альвеолярного отростка [1, 6]. Поэтому вопрос о разработке лечебно-профилактических методов лечения ХГП при КПЛ остается актуальным.

**Цель исследования** – оценить эффективность комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у больных типичной формой красного плоского лишая и красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта.

**Объект и методы исследования.** Нами было обследовано 20 больных КПЛ обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом начальной и легкой степенями тяжести. Длительность заболевания у обследуемых пациентов составляла от 2 месяцев до 7-и лет. Диагноз типичной формы КПЛ подтверждался клинически и лабораторно. Для диагностики красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта использовали международную классификацию стоматологических болезней ВОЗ МКБ-3 на основе МКБ-10 (1997) [9].

Обследуемые пациенты были разделены на группы в зависимости от патологического процесса. В 1 группу вошли пациенты с ХГП на фоне КПЛ без поражения СОПР (10 пациентов), во 2 – ХГП на фоне КПЛ СОПР (10 пациентов). В качестве контрольной группы были обследованы 20 практически здоровых доноров (контроль). Все обследуемые группы были сопоставимы по половому и возрастному составу.

Комплексное обследование тканей пародонта включало анализ жалоб больных, объективное стоматологическое обследование в динамике с определением гигиенического и пародонтальных индексов, а именно: упрощенный индекс гигиены по Грину – Вермильону (ОHI-S); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) С. Parma; пародонтальный индекс (PI) А. L. Russel; пробу Шиллера-Писарева; индекс кровоточивости Muhlemann-Saxer (РBI) [1, 2, 7].

В качестве показателей, которые характеризуют деструктивные процессы при сочетанной патологии, были выбраны параметры системы ПОЛ-антиоксиданты – в смешанной слюне определяли уровень ТБК-активных продуктов (ТБК-ап) [5], активность ключевых ферментов системы антиоксидантной защиты каталазы (КАТ) [8] и супероксиддисмутазы (СОД) [10].

Больным 1 и 2 групп было проведено местное лечение тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта с использованием зубного безспиртового лечебно-профилактического зубного эликсира, содержащего лизоцим, поливалентный ингибитор протеолитических ферментов овомукоид, активатор лизоцима (цетримид) и др. вспомогательные соединения (например «Лизомукоид», НПА «Одеская биотехнология», Украина), и зубной пасты с активными действующими веществами: алюминия лактат, алюминия фторид, хлоргексидин, аллантоин (например, лечебно-профилактическая зубная паста «Лакалут актив», Германия). Данной пастой пациенты чистили зубы 2 раза в день (утром после еды и вечером перед сном). Эликсиром «Лизомукоид» полоскали ротовую полость после процедуры чистки зубов и после каждого приема пищи. Также в лечебную схему были включены антисептические

таблетки, в качестве которых выбрали «Лисобакт» (Босналек д. д., Босния и Герцеговина), для рассасывания в полости рта по 2 таблетки 3-4 раза в сутки, курсом 8 дней, содержащие лизоцима хлорид 20 мг и витамин В6 (пиридоксина гидрохлорид) 10 мг.

В лечебную схему 2 группы были назначены лизоцимсодержащие пленки (НПА «Одесская биотехнология», Украина), которые приклеивали на очаги поражения СОПР и десневой край 2 раза в день, после процедуры чистки зубов пастой «Лакалут актив» и ополаскивания полости рта зубным эликсиром «Лизомукоид». Курс лечения длился 2 недели. Результат лечения оценивали сразу после окончания терапии, а его отдаленные последствия – через 3 месяца.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 6.0. В качестве непараметрических методов использовали метод Манна-Уитни. Достоверность полученных результатов оценивалась с помощью критерия Вилкоксона [4].

**Результаты исследований и их обсуждение.**

Комплексное обследование тканей пародонта у пациентов 1 и 2 группы показало, что значения медианы упрощенного индекса ОНI-S до лечения составил 2,2 и 2,5 баллов, соответственно. В группе контроля этот показатель составил 0,41 балл. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс позволяет объективно оценить степень выраженности воспаления в пародонте. Значения этого показателя в группе 1 и 2 до лечения составил соответственно 27,09% и 27,46%, в группе контроля – 2,08%. Пародонтальный индекс, характеризует тяжесть воспалительно-деструктивных изменений в пародонте. У больных 1 и 2 группы значения этого индекса составили 1,93 и 1,64 балла, в группе контроля – 0,06. До лечения значения медианы пробы Шиллера-Писарева, которая характеризует глубину воспалительного процесса десен, в группе 1 и 2 составили 1,53 и 1,6 баллов, в группе контроля – 0,12 баллов. Значения индекса кровоточивости десневых сосочков Muhlemann-Saxer в группе 1 и 2 составили 0,33 и 0,33 баллов, в группе контроля этот индекс не был выявлен (табл. 1).

У всех обследуемых пациентов уровень ТБК-ап в смешанной слюне в период обострения заболевания было выше по сравнению с группой контроля (табл. 2). У больных 1 группы уровень ТБК-ап увеличился в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ), 2 группы – в 1,4 раза ( $p < 0,05$ ).

Процессы ПОЛ в организме сдерживаются системой антиоксидантной защиты (АОЗ), в которую входят такие ключевые ферменты как каталаза и супероксиддисмутаза. Было установлено, что их активность

Таблица 1

**Характеристика гигиенического и пародонтальных индексов у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая в период обострения заболевания и практически здоровых доноров**

Индексы	Обследуемые группы	До лечения		
		me	LQ	UQ
ОНI-S	1 группа	2,22*	2*	2,9*
	2 группа	2,5*	1,93*	3,22*
	контроль	0,41	0,33	0,58
РМА	1 группа	27,09*	21,03*	34,72*
	2 группа	27,46*	22,38*	31,3*
	контроль	2,08	0	2,6
PI	1 группа	1,93*	1,77*	2,4*
	2 группа	1,64*	1,29*	2,22*
	контроль	0,06	0	0,07
Проба Шиллера-Писарева	1 группа	1,53*	1,26*	2,15*
	2 группа	1,6*	1,34*	1,92*
	контроль	0,12	0	0,15
РВI	1 группа	0,33	0,27	0,47
	2 группа	0,33	0,21	0,52
	контроль	-	-	-

**Примечание:** me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль; \* – достоверная разница по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

варьировала по группам и зависела от тяжести патологического процесса. Показано, что у больных 1 группы активность ферментов несколько снижена по сравнению с контрольной группой, но не достигала достоверных отличий: KAT у пациентов 1 группы в целом по группе была снижена в 1,08 раза (3,66%), активность СОД была ниже контрольных значений в 1,6 раза (8,73%,  $p < 0,05$ ). У пациентов 2 группы отмечается достоверно низкий уровень СОД в слюне (6,78%,  $p < 0,05$ ) и KAT (3,45%,  $p < 0,05$ ).

Значительное снижение активности СОД у больных свидетельствует о понижении реакции,

Таблица 2

**Показатели уровня ТБК-активных продуктов и активности ферментов антиоксидантной защиты в слюне больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая в период обострения заболевания**

Исследуемые показатели	контроль			1 группа			2 группа		
	me	LQ	UQ	me	LQ	UQ	me	LQ	UQ
ТБК-ап, мкмоль/мл	0,67	0,53	0,74	1,02*	0,88	1,07	0,94*	0,89	1,08
KAT, %	4,2	3,4	6,1	3,66	2,54	5,04	3,45*	2,78	5,72
СОД, %	13,85	12,75	15,2	8,73	6,91	11,15	6,78*	4,53	11,05

**Примечание:** me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль; \* – достоверная разница по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 3**  
**Динамика изменения гигиенического и пародонтальных индексов у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая в процессе лечения**

Индексы	Обследуемые группы	Через 14 дней после лечения			Через 3 месяца после лечения		
		me	LQ	UQ	me	LQ	UQ
ОHI-S	1 группа	0,33	0,18	0,41	0,63	0,41	1,13
	2 группа	0,33	0,24	0,5	0,41	0,33	1,08
РМА	1 группа	4,65	3,56	5,82	8,51	6,1	12,32
	2 группа	4,08	2,84	6,26	6,25	5,02	9,14
PI	1 группа	1,72	1,58	2,12	1,73	1,57	2,23
	2 группа	1,39	1	2	1,45	1,03	2,03
Проба Шиллера-Писарева	1 группа	0,27	0,21	0,35	0,51	0,36	0,76
	2 группа	0,24	0,17	0,37	0,32	0,22	0,45
РВІ	1 группа	0,03	0	0,07	0,07	0,03	0,1
	2 группа	0,03	0	0,05	0,05	0,03	0,12

**Примечание:** me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль; \* – достоверная разница по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 4**  
**Сравнительная характеристика показателей активности перекисного окисления липидов и антиокислительной активности в смешанной слюне больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне красного плоского лишая в процессе лечения**

Изучаемые показатели	Обследуемые группы	Через 14 дней после лечения			Через 3 месяца после лечения		
		me	LQ	UQ	me	LQ	UQ
ТБК-ап, мкмоль/мл	1 группа	0,84*	0,77	0,94	0,53	0,43	0,6
	2 группа	0,84*	0,74	0,93	0,45	0,44	0,52
КАТ, %	1 группа	2,49*	2,06	5,05	2,03*	1,53	2,83
	2 группа	3,05*	2,65	3,53	1,93*	1,61	3,01
СОД, %	1 группа	5,71*	4,29	8,79	4,45*	3,59	5,31
	2 группа	4,91*	3,58	9,03	3,59*	2,95	5,16

**Примечание:** me – медиана, LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль; \* – достоверная разница по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

предотвращающей накопление перекиси водорода, образующейся при дисмутации супероксидного аниона. Интенсификация ПОЛ ведет к дезорганизации фосфолипидного матрикса клеточных мембран. Одновременно нарушаются процессы биосинтеза фосфолипидов. Учитывая тот факт, что фосфолипиды являются основной структурной единицей мембранных комплексов, наблюдается изменение структурно-функциональных свойств биологических мембран, ведущих к патологическому изменению клеточного функционирования и более тяжелому течению патологического процесса.

Таким образом, у больных ХГП на фоне КПЛ наблюдаются нарушения оптимальных

взаимоотношений ПОЛ и АОЗ, которые у пациентов с КПЛ СОПР носят более выраженный характер. При данной патологии в слюне пациентов наблюдается значительное накопление конечных продуктов перекисного окисления липидов на фоне снижения активности ключевых ферментов системы АОЗ КАТ и СОД, что следует рассматривать как фактор нарушения метаболической регуляции в тканях слизистой оболочки полости рта.

Для получения объективной информации о состоянии тканей пародонта пациентов с ХГП КПЛ и ХГП КПЛ СОПР после проведенного комплексного лечения, была проанализирована динамика изменения гигиенического и пародонтальных индексов, а также параметров ПОЛ – АОЗ смешанной слюны. Ближайшие результаты оценивали через 10 – 14 дней, а отдаленные – через 3 месяца после проведенной терапии.

Нами выявлен стойкий клинический эффект со статистически достоверным снижением показателей гигиенических и пародонтальных индексов. Через 14 дней после лечения у всех больных отмечено улучшение, состояние тканей пародонта: исчезла болезненность, отечность и кровоточивость десен, уменьшилась клинически определяемая глубина пародонтальных карманов. У пациентов обеих групп клинические данные были подтверждены положительной динамикой индекса гигиены и пародонтальных индексов, которые имели достоверные различия с исходными параметрами. Регистрировалось достоверное снижение индекса гигиены ОHI-S в 1 и 2 группах через 14 дней после лечения – 0,33 и 0,33 баллов, а через 3 месяца – 0,63 и 0,41 баллов соответственно ( $p < 0,05$ ). Снижение индекс РМА в 1 и 2 группах через 14 дней после полученной терапии составил 4,65%; 4,08% и 8,51%; 6, 25% через 3 месяца ( $p < 0,05$ ). PI через 14 дней после лечения снизился до значений 1,72 и 1,39 баллов. А через 3 месяца – 1,73 и 1,45 баллов ( $p < 0,05$ ). Медианы пробы Шиллера-Писарева в группе 1 и 2 через 14 дней после лечения стали 0,27; 0,24 баллов, и 0,51; 0,32 баллов через 3 месяца ( $p < 0,05$ ). Значения медианы индекса кровоточивости десневых сосочков Muhlemann-Saxer в группе 1 и 2 через 14 дней после лечения составили 0,03; 0,03 баллов, и 0,07; 0,05 баллов ( $p < 0,05$ ) соответственно (**табл. 3**).

Динамика изменения показателей, характеризующих состояние ПОЛ-АОЗ в слюне пациентов (**табл. 4**) свидетельствует о том, что применение разработанного комплексного метода лечения у больных ХГП на фоне КПЛ приводит к достоверно

значимому снижению через 3 месяца продуктов ПОЛ в слюне и достижению контрольных значений.

Таким образом, полученные результаты показывают, что разработанный комплексный метод терапии обладает способностью тормозить ферментативное СРО органических соединений и тем самым снижать выход продуктов этого окисления, что позитивно сказывается на динамике патологического процесса у пациентов в ходе терапии.

**Выводы.** Проведенное исследование показывает позитивное влияние лизоцимсодержащих лекарственных средств на ткани пародонта при сочетанном течении ХГП начальной и легкой степени тяжести и КПЛ типичной формы, а также КПЛ СОПР. В комплекс лечебно-профилактических

мероприятий следует включать: «Лизомукоид» та «Лисобакт».

Диагностика и лечение ХГП на фоне КПЛ является актуальной темой в современной стоматологии. Разработанные лечебно-профилактические средства внедряются в практическое здравоохранение.

**Перспективы дальнейших исследований.** Разработанная схема лечения пациентов с ХГП на фоне КПЛ внедряется в практическое здравоохранение. Разработанная схема лечения пациентов с ХГП на фоне КПЛ внедряется в практическое здравоохранение. Планируется продолжить исследования сочетанной патологии ХГП и КПЛ экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форм.

### Литература

1. Артюшкевич А. С. Заболевания пародонта / А. С. Артюшкевич. – М. : «Медицинская литература», 2006. – С. 69.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.2. Болезни пародонта: учебник / Г. М. Барер. – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 73.
3. Белёва Н. С. Особенности состояния и контроль гигиены полости рта у больных с деструктивными формами красного плоского лишая слизистой полости рта / О. С. Гилёва, Н. С. Белёва, Т. В. Либик, Н. Б. Кобус // Материалы Всероссийского конгресса и республиканской конференции стоматологов Республики Башкортостан «Внедрение новых технологий при лечении стоматологических заболеваний». – Уфа, 2007. – С. 156–158.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М. : Практика, 1999. – 459 с.
5. Гончаренко М. С. Метод оценки перекисного окисления липидов / М. С. Гончаренко, А. М. Латинова // Лабораторное дело. – 1985. – № 11. – С. 60–61.
6. Грудянов А. И. Заболевания пародонта / А. И. Грудянов. – М. : Мед. информ. агентство, 2009. – 336 с.
7. Денисова О. Г. Захворювання пародонту у дітей / О. Г. Денисова. – Х., 2008. – С. 43–44.
8. Королюк М. А. Метод определения активности каталазы / М. А. Королюк, Л. И. Иванова, И. Г. Майорова, В. Е. Токарев // Лабораторное дело. – 1988. – № 1. – С. 16–18.
9. Международная классификация стоматологических болезней МКБ-С-3 на основе МКБ-10 : пер. с англ. / ВОЗ. – 3-е изд. – М. : Медицина, 1997. – 248 с.
10. Патент Российской Федерации № 2144674, RU, G01N33/52, G01N33/68 З. № 99103192/14 от 24.02.1999. Опубл 20.01.2000. Сирота Т. В. Способ определения антиоксидантной активности супероксиддисмутазы и химических соединений. С
11. Святенко Т. В. Червоний плоский лишай: діагностика та лікування / Т. В. Святенко. – Донецьк : Каштан, 2008. – 272 с.
12. Mignogna M. D. Gingival involvement of oral lichen planus in a series of 700 patients / M. D. Mignogna, L. Lo Russo, S. Fedele // J. Clin. Periodontol. – 2005. – Vol. 32, № 10. – P. 1029 – 1033.

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

#### **ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ТЛІ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ ЛІЗОЦИМВМІЩУЮЧИМИ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ.**

**Елісеєва О. В., Соколова І. І.**

**Резюме.** Проведено вивчення ефективності комплексного лікування хронічного генералізованого пародонтиту у хворих на тлі типової форми червоного плоского лишая слизової оболонки порожнини рота. Виявлено, що в лікувально-профілактичний комплекс заходів доцільно включати лікарські засоби «Лізоомукоїд» та «Лісобакт»

**Ключові слова:** червоний плоский лишай, ушкодження слизової оболонки порожнини рота, хронічний генералізований пародонтит, лікування.

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

#### **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Елисеєва О. В., Соколова И. И.**

**Резюме.** Проведено изучение эффективности комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у больных типичной формой красного плоского лишая и красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Показано, что в лечебно-профилактический комплекс мероприятий целесообразно включать лекарственные средства «Лизомукоид» та «Лисобакт».

**Ключевые слова:** красный плоский лишай, поражения слизистой оболочки рта, хронический генерализованный пародонтит, лечение.

UDC 616. 314. 17-008. 1-036. 12+616. 516]-08-036. 8

### **Treatment of the Patients with Chronic Generalized Periodontitis Together with Oral Lichen Planus of Lysozyme Containing Medicine**

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

**Abstract.** Lichen planus is one of the most wide-spread and manifest as for clinical implications diseases of the oral mucosa. Periodontal aspects of lichen planus, especially lichen planus of the oral mucosa, belong to a number of understudied ones, though its autoimmune genesis presupposes involvement of one of the most important morphofunctional complexes of the oral cavity, i. e. paradontium, with further development of more severe and generalized combined pathology. Chronic generalized periodontitis (CGP) is a parodontal complex which is microbial induced by immune destruction and characterized by high probability of genetic and general somatic disposition. It proceeds with disorder of free-radical mechanisms in tissues and has progressive course with outcome such as resorption of osseous tissue of the alveolar bone. That is why the question concerning elaboration of medical and preventive methods of treatment of CGP in lichen planus is of present interest.

*Research goal:* to estimate efficiency of combination treatment of chronic generalized periodontitis in patients with a typical form of lichen planus of the oral mucosa.

*Materials and methods.* The study involved 20 patients with lichen planus both male and female aged from 18 to 60 suffering from chronic generalized periodontitis of primary and mild severity levels. Disease duration in examined patients was from 2 months to 7 years. Diagnosis of a typical form of lichen planus was proved by clinical and laboratory studies. The patients, who were observed, were divided into groups depending on pathological process. The first group included patients with CGP associated with lichen planus without involvement of the oral mucosa (10 patients), the second one – CGP associated with lichen planus of the oral mucosa (10 patients). As a control group 20 apparently healthy donors (control) were examined. Complete physical examination of paradontium tissues included analysis of patients' complaints, physical examination of the oral cavity in dynamic with determination of hygienic and parodontal indices. As indices which characterize destructive processes in combined pathology, criteria of lipid peroxidation – antioxidant system were chosen: the level of TBA-active products (TBA-ap), activity of key enzymes of antioxidant protection system of catalase and superoxide dismutase in mixed saliva was defined.

*Results of the research and their consideration.* In patients with CGP associated with lichen planus, disorders of appropriate interaction of lipid peroxidation and antioxidant protection, which have more pronounced character in patients with lichen planus of the oral mucosa, were observed. In this pathology it is observed that patients' saliva contains significant accumulation of final products of lipid peroxidation associated with decrease of activity of key enzymes of system of catalase and superoxide dismutase antioxidant protection. It should be considered as a factor of disorder of metabolic regulation in tissues of the oral mucosa.

Obtained results show that elaborated complex method of treatment is able to suspend nonenzymatic free-radical peroxidation of organic compounds and thereby to reduce product yield of this peroxidation that has positive influence on dynamic of pathological process in patients in treatment course.

*Conclusions.* The study shows positive influence of lysozyme-containing medical agents on tissues of paradontium in combined course of CGP of primary and mild severity levels and lichen planus of typical form as well as lichen planus of the oral mucosa. The complex of preventive and curative interventions should include "Lizomuroid" and "Lysobact".

**Keywords:** oral lichen planus, oral cavity mucous membrane injury, chronic generalized periodontitis, treatment.

*Рецензент – проф. Ткаченко І. М.*

*Стаття надійшла 23. 01. 2015 р.*