

Журнал заснований у 1996 р.

### Головний редактор

Я. Ф. Кутасевич

### Редакційна колегія:

Г. М. Біляєв,  
Л. А. Болотна,  
Г. М. Бондаренко (заст. головного редактора),  
В. М. Волкославська,  
М. С. Гончаренко,  
Т. Г. Євтушенко,  
Г. І. Мавров  
І. О. Олійник,  
Ю. В. Сметанін  
Е. М. Солошенко,  
В. С. Стадник (випускаючий редактор).

### Науковий редактор:

Г. К. Кондакова

### Рекомендовано

Вченою радою ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН»  
Протокол № 2 від 20.02.2014 р.

### Атестовано

Затверджено постановою президії  
ВАК України від 01.07.10 № 1-05/5

### Засновник

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН»

Електронна версія журналу «Дерматологія та венерологія» розміщена на сайті [www.journal/idvamnu.com.ua](http://www.journal/idvamnu.com.ua); сайті Національної бібліотеки України ім. В.І.Вернадського [www.nbuv.gov.ua](http://www.nbuv.gov.ua); сайті Наукової Електронної Бібліотеки [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru) та Google Scholar  
Журнал «Дерматологія та венерологія» включено до Російського індексу наукового цитування (РНИЦ).

### Періодичність виходу

4 рази на рік

### Видавець

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН»  
61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9.  
Тел.: (057) 706-32-00  
факс: (057) 706-32-03.  
Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 3912 від 27.12.1999 р.

© «Дерматологія та венерологія»,  
№ 1 (63), 2014 р.

Підписано до друку 20.04.2014 р.  
Формат 60x84 1/8. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 10,7. Наклад 300 пр.  
Виготовлено з готових позитивів у ТОВ «Оберіг», 61140, Харків-140, пр. Гагаріна, 62, кв. 97.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3045 від 07.12.2007 р.

### Адреса редакції:

61057, м. Харків, вул. Чернишевська, 7/9.  
E-mail: [idvamnu@mail.ru](mailto:idvamnu@mail.ru)  
сайт: [idvamnu.com.ua](http://idvamnu.com.ua)  
Зробити позначку: стаття для журналу  
Факс: (057) 706-32-03,  
тел.: (057) 706-32-00.

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу видавця

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів  
несе рекламодавець

© ТОВ «Оберіг», 2014.

## ЗМІСТ

Інформація.....	5
<b>ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ</b>	
<i>Е.Л. Баркалова</i> Питання патогенезу та діагностики нейросифілісу.....	6
<b>ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
<i>С.К. Джораєва, Я.Ф. Кутасевич, В.В. Савенкова, В.В. Гончаренко, И.А. Маштакова, О.С. Васильєва, А.М. Кузьменко, О.К. Іванцова, О.В. Щоголєва</i> Особливості мікробного ценозу верхніх дихальних шляхів у хворих на обмежену склеродермію та червоний вовчак.....	12
<i>О.В. Коцар</i> Поширеність метицилінрезистентних позалікарняних <i>Staphylococcus aureus</i> (CA-MRSA) та коагулазонегативних стафілококів (MR-CNS) в розвитку гнійно-запальних процесах.....	22
<i>Л.А. Болотна, О.І. Саріан</i> Клінічне значення гіпергомоцистеїнемії у хворих на псоріаз.....	30
<b>КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ</b>	
<i>О.В. Єлісєєва, І.І. Соколова, Я.Ф. Кутасевич, Г.К. Кондакова</i> Оцінка ефективності лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит, який перебігає на тлі червоного плоского лишая.....	37
<i>Я.Ф. Кутасевич, О.Н. Стулій</i> Терапевтична ефективність похідного хінуклідинів при алергодерматозах і деяких інших дерматозах, що супроводжуються свербіжем.....	42
<i>Т.В. Проценко, Ю.О. Борзих, Н.М. Бондиренко</i> Морфологічні особливості ремоделювання патологічних рубців при комплексному лікуванні із застосуванням інгібіторів кальціневріна.....	52
<b>ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
<i>Г.І. Мавров, Л.В. Іващенко, Ю.В. Шербакова, Х.С. Орлова</i> Клініко-епідеміологічні особливості уrogenітального хламідіозу на сучасному етапі.....	59
<i>Е. М. Солошенко, В. М. Волкославська, О. Л. Гутисєв</i> Динаміка розповсюдженості та захворюваності на поширені дерматози в Україні і Харківському регіоні за останні 10 років.....	69
<b>КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ</b>	
<i>А.М. Біловол, С.Г. Ткаченко</i> Ентомодермоскопія корости: клінічні випадки.....	79
<b>ДЛЯ АВТОРІВ</b>	
ВИМОГИ ДО АВТОРІВ.....	85

# ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ, ЯКИЙ ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

О.В. Єлісєєва<sup>1</sup>, І.І. Соколова<sup>1</sup>, Я.Ф. Кутасевич<sup>2</sup>, Г.К. Кондакова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет

<sup>2</sup>ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

**Резюме.** Було 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, таких як активність лізоциму та бета-лізинів, концентрація С3 компоненти комплементу, як безпосередньо після закінчення курсу, так і через 3 місяці після завершення терапії.

**Ключові слова:** хронічний генералізований пародонтит, червоний плоский лишай, показники місцевого імунітету, лізоцимвміщуючі засоби.

## ВСТУП

Серед безлічі причин, що обумовлюють можливість поєднаного виникнення хронічного генералізованого пародонтита (ХГП) і червоного плоского лишая (ЧПЛ) та визначають їхній перебіг, найважливішою є стан місцевих механізмів захисту порожнини рота [1, 2, 6], тому оцінка стану імунітету порожнини рота в пацієнтів із ХГП на тлі ЧПЛ може бути одним з можливих об'єктивних критеріїв якості лікування.

У зв'язку із цим, метою нашого дослідження стало визначення в ротовій рідині С3 компоненти комплементу, активності лізоциму й бета-лізинів, як показників неспецифічного імунітету у хворих ХГП і ЧПЛ до лікування й після його закінчення, як показників позитивного впливу запропонованої комплексної терапії на імунологічну ланку патогенезу ХГП.

## ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було обстежено 72 пацієнта, які були розділені на 4 групи. В 1 групу (20 осіб) увійшли пацієнти із ХГП початкового і легкого ступеня тяжкості без ЧПЛ. 32 пацієнта із поєднаним перебігом ХГП (початковий і легкий ступінь тяжкості) на тлі ЧПЛ (типова форма) були розділені на дві групи (2 і 3). В 2 групу (16 осіб) увійшли пацієнти із ХГП і ЧПЛ без поразки слизової оболонки порожнини рога (СОПР), а в 3 групу (16 осіб) - з поразкою СОПР. Контрольну 4-у групу склали пацієнти з інтактним пародонтом (20 осіб). За способом лікування групи 2 і 3 були розділені на підгрупи 2а, 2б, 3а, 3б (по 8 осіб у кожній).

Пацієнтам груп 1, 2а й 3а був призначений ополіскувач Perio-Aid 0,12% (Dentaaid, Іспанія) 2 рази на день, після процедури чищення зубів пастою «Лакалут актив» (Німеччина).

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

Системна терапія ЧПЛ (після консультації фахівця) включала призначення пацієнтам 2 і 3 груп далагіла по 1 таблетці 2 рази на день, ксантинол нікотинату 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 [5], а також визначення С3 компоненти комплементу й активності бета-лізину за допомогою імуноферментного аналізу [4, 7].

Для статистичної обробки даних використовувався пакет програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows версії 6.0 [3].

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність лікування пацієнтів різних груп оцінювалася шляхом вивчення показників неспецифічного місцевого імунітету порожнини рота, таких як лізоцим, бета-лізину, С3 компоненти комплементу.

Як видно з таблиці 1, у пацієнтів всіх груп із ХГП початкового і легкого ступеня тяжкості, як на тлі ЧПЛ типової форми (2 і 3 група), так і без ЧПЛ (1 група), відзначається різке зниження активності лізоциму в ротовій рідині (активність лізоциму коливається залежно від ступеня ХГП і сукупної патології від 12,51% до 24,88%, при рівні активності лізоциму в здорових осіб групи контролю - 38,77%), а в пацієнтів 2 і 3 груп із ХГП на тлі ЧПЛ цей показник у середньому знижений в 2,8 рази. Оскільки роль лізоциму (ферменту ацетилмурамілази), як муколітичного ферменту ротової порожнини важко переоцінити (лізис мікроорганізмів, стимуляція фагоцитозу, регенерація біологічних тканин), стає зрозумілим розвиток виражених патологічних процесів у ротовій порожнині при істотному зниженні його активності.

Таблиця 1

**Вміст лізоциму в ротовій рідині у хворих із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая в процесі терапії (%)**

Групи	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1 (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 (n=20)	38,77±4,23	-	-

Примітка: \* - значення показника в порівнянні з контролем статистично вірогідно (p<0,05)

Після проведеної консервативної терапії відзначається достовірне збільшення активності лізоциму в ротовій рідині пацієнтів всіх дослідних груп, як через два тижні від початку лікування, так і при контрольному

вимірі вмісту лізоциму через 3 місяці. Однак тільки в пацієнтів, які одержували лікування за розробленою нами схемою, показники активності лізоциму повернулися до рівня контрольних і залишилися такими під час

усього терміну спостереження (від 34,86% до 36,38%).

Динаміка контролю активності бета-лізинів - бактерицидного фактора, що виявляє найбільшу активність у відношенні анаеробних і спороутворюючих аеробних мікроорганізмів (табл. 2) протягом усього

періоду спостереження показала, що у всіх пацієнтів із ХГП і ХГП на тлі ЧПЛ типової форми відмічалася достовірне зниження активності даного бактерицидного фактора слини в порівнянні з контролем до лікування й нормалізація активності бета-лізинів після застосування різних схем терапії.

Таблиця 2

**Динаміка активності бета-лізинів ротової рідини пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая в процесі терапії (%)**

Групи	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1 (n=20)	39,07±2,20*	25,83±2,91	38,89±2,88*
2a (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
3a (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 (n=20)	28,43±3,84	-	-

Примітка: \* - значення показника в порівнянні з контролем статистично вірогідно (p<0,05)

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 ХГП і ХГП на тлі ЧПЛ 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±151,90) мг/л] і 3б [(1002,5±54,80) мг/л] груп через 2 тижні від початку терапії й залишається на рівні контрольних даних протягом 3 місяців спостереження [(993,5±37,72) мг/л і (972,4±141,45) мг/л відповідно]. При використанні стандартних схем лікування пацієнтів із ХГП (групи 1, 2а й 3а) також відзначається позитивна динаміка, однак достовірної нормалізації концентрації С3 компоненти комплементу в ротовій рідині не відбувається.

Таблиця 3

**Вміст С3 компоненти в ротовій рідині у хворих із хронічним генералізованим пародонтитом і хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плоского лишая в процесі терапії (мг/л)**

Групи	До лікування	Через 14 днів після лікування	Через 3 місяці після лікування
1 (n=20)	637,8±39,22*	846,9±82,77*	861,9±80,99*
2a (n=8)	460,8±55,51*	696,2±80,86*	634,8±135,43*
2б (n=8)	483,1±66,73*	923,3±151,90	993,5±37,72
3a (n=8)	480,9±55,64*	721,9±85,81*	609,3±117,24*
3б (n=8)	478,3±34,93*	1002,5±54,80	972,4±141,45
4 (n=20)	984,3±102,90	-	-

Примітка: \* - значення показника в порівнянні з контролем статистично вірогідно (p<0,05)

## ВИСНОВКИ

На підставі вищевикладеного можна зробити висновок, що ХГП, а також поєднаний перебіг ХГП і ЧПЛ, супроводжується істотними змінами показників місцевого неспецифічного імунітету ротової порожнини, які проявляються в різкому зниженні активності лізоциму й бета-лізину, зниженні кількості С3 компоненти комплементу.

## REFERENCES

1. Bulgakova A. I. Improvement of local therapy of chronic generalized periodontitis: Author's abstract... Candidate of Medical Science – M. 1999. – 22 p.
2. Bulgakova A. I., Medvedev Yu. A., Chemiksova T.O., Valeev I.V. Influence of polyvalent phage and interferon on treatment of chronic generalized periodontitis, // Immunology, allergology, infectious diseases. – 2000. No2. – P. 2-4.
3. Glantz S. Biomedical statistics. – M.: Practice, 1999. – 459 p.
4. Grudyanov A. I. Periodontics – M.: Publisher «Medical Informational Agency», 2009. – 336 p.
5. Rohn G.I. The problem of dysbiosis of oral cavity in patients with diseases of oral mucosa and its correction// Maestro of dentistry. – 2001. – No5. – 55-56.
6. Modern aspects of clinical periodontology/ Under the editorship of L. A. Dmitrieva. – Moscow: 2001. – 125 p.
7. Shabanskaya M. A. Some dysbacteriosis indices of oral cavity in the presence of different forms of dental diseases and effectiveness of correctional bacterial therapy: Author's abstract... Candidate of Medical Science – M, 1994. – 23 p.

Ефективність розробленого нами способу лікування хворих із ХГП на тлі ЧПЛ підтверджується відновленням показників місцевого неспецифічного імунітету порожнини рота, таких як активність лізоциму й бета-лізину і концентрація С3 компоненти комплементу, як безпосередньо після закінчення курсу, так через 3 місяці після завершення терапії.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Булгакова А.И. Совершенствование местной терапии хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. 1999. - 22 с.
2. Булгакова А. И. Влияние фазогенного поливалентного и интерферона на лечение хронического генерализованного пародонтита/ А. И. Булгакова, Ю.А. Медведев, Т.О. Чемикосова, И.В. Валеев // Иммунол., алергол., инфектод. - 2000. №2. - С. 2-4.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
4. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.
5. 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. - 55 - 56.
6. Современные аспекты клинической пародонтологии. Под ред. Дмитриевой Л.А. - Москва: 2001. - 125 с.
7. Шабанская М.А. Некоторые показатели дисбактериозов полости рта при разных формах стоматологических заболеваний и эффективность коррекционной бактериальной терапии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М, 1994. - 23 с.



**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ХРОНИЧЕСКИМ  
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ  
ПАРОДОНТИТОМ  
НА ФОНЕ КРАСНОГО  
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ**

**Елисеева О.В.<sup>1</sup>,  
Соколова И.И.<sup>1</sup>,  
Кутасевич Я.Ф.<sup>2</sup>,  
Кондакова А.К.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харьковский национальный  
медицинский университет

<sup>2</sup>ГУ «Институт дерматологии  
и венерологии НАМН Украины»

**Резюме.** Было изучено состояние иммунитета полости рта у пациентов с ХГП на фоне КПЛ, как одного из возможных объективных критериев качества лечения. Успешное лечение больных по разработанной нами схеме («Лизомукоид», «Лисобакт») лизоцимсодержащие пленки) сопровождается восстановлением показателей местного неспецифического иммунитета полости рта – активности лизоцима и бета-лизина, концентрации С3 компоненты комплекса, как непосредственно после окончания курса, так через 3 месяца после завершения терапии.

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, красный плоский лишай, показатели местного иммунитета, лизоцимсодержащие средства.

**Об авторах:**

Елисеева Ольга Владимировна – канд. мед. наук, ассистент кафедры стоматологии Харьковского национального медицинского университета

e-mail: Yeliseyeva\_dent@bigmir.net;

Соколова Ирина Ивановна – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой стоматологии Харьковского национального медицинского университета

e-mail: iisokolova62@mail.ru;

Кутасевич Янина Францевна – доктор мед. наук, профессор, директор ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН»

Кондакова Анна Константиновна – канд. биол. наук, зав. лаб. Биохимии ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН»

**EFFECTIVENESS  
EVALUATION OF  
TREATMENT OF  
PATIENTS WITH  
CHRONIC GENERALIZED  
PERIODONTITIS ASSOCIATED  
WITH ORAL LICHEN PLANUS**

**Yeliseyeva O.V.<sup>1</sup>,  
Sokolova I.I.<sup>1</sup>,  
Kutasevich Y.F.<sup>2</sup>,  
Kondakova A.K.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kharkiv National Medical University

<sup>2</sup>SE «Institute of Dermatology  
and Venerology of National Academy  
of Medical Sciences of Ukraine»

**Abstract.** The state of the oral cavity immunity of the 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 the 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 just after the end of the course of treatment and in 3 months after the therapy.

**Key words:** chronic generalized periodontitis, oral lichen planus, local immunity characteristics, lysozyme containing medicine.