

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ
ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ**

Елисеева О.В., Соколова И.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Красный плоский лишай (КПЛ) – одно из наиболее распространенных и манифестных по клиническим проявлениям заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) [9]. Пародонтологические аспекты КПЛ, особенно КПЛ 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, 10] 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). Поэтому вопрос о разработке лечебно-профилактических методов лечения ХГП при КПЛ остается актуальным [1, 6].

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

Материалы и методы. Нами было обследовано 20 больных КПЛ обоого 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) [8].

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) A.L. Russel; пробу Шиллера-Писарева; индекс кровоточивости Muhlemann-Saxer (РВI) [1, 2, 7].

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, «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 «Одеская 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 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).

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

№ шкалы ММРІ	Индекси	Обследуемые группы	До лечения		
			me	LQ	UQ
O	ОHI-S	1 группа	2,22*	2*	2,9*
		2 группа	2,5*	1,93*	3,22*
		контроль	0,41	0,33	0,58
P	PMA	1 группа	27,09*	21,03*	34,72*
		2 группа	27,46*	22,38*	31,3*
		контроль	2,08	0	2,6
P	PI	1 группа	1,93*	1,77*	2,4*
		2 группа	1,64*	1,29*	2,22*
		контроль	0,06	0	0,07
Sh	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
P	PBI	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 ($p < 0,05$).

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 ОНI-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 ($p<0,05$). РI 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).

Таблица 3

Динамика изменения гигиенического и пародонтальных индексов у больных хроническим генерализованным парадонтитом на фоне красного плоского лишая в процессе лечения

№ шкалы ММРI	Индексы	Обследуемые группы	Через 14 дней после лечения			Через 3 месяца после лечения		
			me	LQ	UQ	me	LQ	UQ
О	ОНI-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
Р	РМА	1 группа	4,65	3,56	5,82	8,51	6,1	12,3
								2

		2 группа	4,08	2,84	6,26	6,25	5,02	9,14
P	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
Sh	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
P	PVI	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 ($p < 0,05$).

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».

ЛИТЕРАТУРА

1. Артющкевич А.С. Заболевания пародонта. - Медицинская литература, 2006.- 69 с.
2. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник. Ч. 2. Болезни пародонта. - 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 . - М. : Практика, 1999. – 459 с.
5. Гончаренко М.С. Метод оценки перекисного окисления липидов / Гончаренко М.С., Латинова А.М. // Лабораторное дело.- 1985.- № 11.- С. 60-61.
6. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009. - 336 с.
7. Денисова О.Г. Захворювання пародонту у дітей. – Харків, 2008.-С.43-44.
8. Международная классификация стоматологических болезней МКБ-С-3 на основе МКБ-10,1997.
9. Святенко Т.В. Червоний плоский лишай: діагностика та лікування. – Донецьк: Каштан, 2008, - 271 с..
10. Mignogna M.D. Gingival involvement of oral lichen planus in a series of 700 patients/ Mignogna M.D., Lo Russo L., Fedele S. // J Clin Periodontol. – 2005.- Vol.32. - No.10.- P. 1029-33.