



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **57863** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 5/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ**

1

2

(21) u201011499

(22) 27.09.2010

(24) 10.03.2011

(46) 10.03.2011, Бюл.№ 5, 2011 р.

(72) ЄЛІСЄЄВА ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА, СО-
КОЛОВА ІРИНА ІВАНІВНА(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб оцінки ефективності лікування генера-
лізованого пародонтиту у хворих на червоний пле-
скатий лишай, що включає визначення показників

гуморального імунітету порожнини рота, який **від-
різняється** тим, що ефективність терапії оцінюють
контролем показників специфічної та неспецифіч-
ної реактивності ротової рідини: концентрації сек-
реторного імуноглобуліну А і С3 компонента комп-
ліменту та активності лізоциму і бета-лізину і,
якщо вищезгадані показники мають тенденцію до
їх нормалізації, призначене лікування оцінюють як
ефективне, і його продовжують або корегують в
разі, коли дані показники не мають тенденції до
нормалізації.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до стоматології та дерматології, і може бути
використаною для оцінки ефективності лікування
генералізованого пародонтиту у хворих на черво-
ний плескатий лишай.

Розвиток генералізованого запального проце-
су в пародонті відбувається на тлі складних пору-
шень гомеостатичної рівноваги в організмі (А.С.
Григорян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина, О.А. Фро-
лова Болезни пародонта (руководство для вра-
чей). - М.: Медицинское информационное агенст-
во, 2004. - 320с.; Цепов Л.М., Николаев А.И.
Диагностика, лечение и профилактика заболева-
ний пародонта. - МЕДпресс-информ, 2008). При
цьому функціональні та морфологічні зміни в тка-
нинах пародонту, які відбуваються при генералізо-
ваному пародонтиті, часто перебігають на тлі су-
путньої соматичної патології і цей зв'язок є
взаємообтяжувачим.

Поширеність та тяжкість генералізованого па-
родонтиту особливо залежать від перебігу захво-
рювань слизової оболонки порожнини рота та за-
хворювань, які проявляються ураженнями
слизової оболонки порожнини рота. До таких за-
хворювань відносять, насамперед, червоний плес-
катий лишай. Червоний плескатий лишай (ЧПЛ)
являється хронічним рецидивуючим дерматозом.
Ураження слизових оболонок, в тому числі слизо-
вої порожнини рота, є характерною рисою ЧПЛ
(Рабинович О.Ф., Эпельдимова Е.Л. Методы диаг-
ностики и местного лечения заболеваний слизис-

той оболочки рта (красный плоский лишай, реци-
дивирующий афтозный стоматит, декубитальные
язвы) // Стоматология. – 2005. - №3. - С. 58-63).

Арсенал лікувальних і профілактичних засобів,
що застосовуються при запальних захворюваннях
пародонту та слизових оболонок порожнини рота,
включає майже всі групи лікарських засобів. При
цьому лікувальні процедури діляться на два види:
усунення місцевих симптомів і системне лікування.
Мета терапії при поєднаній патології - усунення
мікроциркуляторних порушень та пов'язаних з ни-
ми запально-деструктивних змін у пародонтальних
карманах і тканинах, зменшення набряку, нормалі-
зація тканинного обміну, порушеного мікробіоце-
нозу та окисно-відновних процесів в тканинах па-
родонту та слизової порожнини рота тощо
(Современные подходы к патогенетической тера-
пии плоского лишая слизистой оболочки рта / Е.В.
Иванова, Э.Г. Щербакова, О.Ф. Рабинович, А.А.
Барсуков, Е.Г. Ежова, И.А. Василенко // Стомато-
логия. - 2005. - №5. - С. 28-31; Руденко В.В. До
проблеми запальних захворювань порожнини рота
/ В.В. Руденко // Український медичний часопис. -
2005. - №2 (48). - С. 110-112).

Так як проблема лікування запальних захво-
рювань порожнини рота має соціальне значення,
оцінка ефективності терапевтичних комплексів є
актуальною задачею практичної стоматології.

Загальним патогенетичним чинником для ге-
нералізованого пародонтиту та ЧПЛ, в тому числі
при їх поєднанні, є запалення, так як генералізо-

(19) **UA** (11) **57863** (13) **U**

ваний пародонтит - запалення тканин пародонту, яке характеризується деструкцією зв'язувального апарата періодонта та альвеолярної кістки, а червоний плескатий лишай - хронічне запальне захворювання шкіри та слизових оболонок порожнини рота. Відомо, що запалення ініціюється та обтяжується, в першу чергу, порушеннями в імунній системі, системі перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та системі антиоксидантного захисту (АОЗ), тому вплив на маркери стану імунної системи та систем ПОЛ, АОЗ є головним інструментом в відомих способах лікування генералізованого пародонтиту, ЧПЛ, в тому числі при їх поєднанні.

Виходячи із сучасних наукових уявлень про поліетіологічність захворювань, найбільш перспективним вважають комплексний підхід до оцінки ефективності лікування, який передбачає оцінку дії на основні етіологічні ланцюги захворювань та імунобіологічну реактивність хворого (Современные подходы к патогенетической терапии плоского лишая слизистой оболочки рта / Е.В. Иванова, Э.Г. Щербакова, О.Ф. Рабинович, А.А. Барсуков, Е.Г. Ежова, И.А. Василенко // Стоматология. - 2005. - №5. - С. 28-31; Руденко В.В. До проблеми запальних захворювань порожнини рота / В.В. Руденко // Український медичний часопис. - 2005. - №2 (48). - С. 110-112).

Даний спосіб оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту у хворих на червоний плескатий лишай є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

Головним недоліком відомих способів оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту у хворих на червоний плескатий лишай, в тому числі і прототипу, є відсутність загальних для обох захворювань маркерів оцінки ефективності лікування, що знижує терапевтичний ефект лікувальних комплексів в лікуванні генералізованого пародонтиту у хворих на червоний плескатий лишай.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення точності оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту у хворих на ЧПЛ.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту у хворих на червоний плескатий лишай, який включає визначення показників гуморального імунітету порожнини рота, згідно з корисною моделлю, ефективність терапії оцінюють контролем показників специфічної та неспецифічної реактивності ротової рідини: концентрації секреторного імуноглобуліну А і С3 компоненту комплементу та активності лізоциму і бета-лізину і, якщо, вищезгадані показники мають тенденцію до їх нормалізації, призначене лікування оцінюють як ефективне, і його продовжують або корегують в разі, коли дані показники не мають тенденції до нормалізації.

Технічний ефект корисної моделі, а саме підвищення точності оцінки ефективності лікування генералізованого пародонтиту у хворих на черво-

ний плескатий лишай, обумовлений тим, що знайдені та запропоновані загальні маркери імунітету для пародонтиту і ЧПЛ, моніторинг яких і буде контролем ефективності лікування даного контингенту хворих.

Секреторний імуноглобулін А (IgA) - основний імуноглобулін секрету слизуватих, що блокує адгезію мікроорганізмів до епітеліоцитів, тим самим забезпечуючи локальний імунний захист. Кількісна характеристика IgA дозволяє оцінити стан бар'єрних функцій слизуватих в місці вегетації, персистенції мікроба й установити прогностичні критерії плинності інфекційного процесу.

С3 компонент комплементу - один з білків системи комплементу, синтезується в печінці, необхідний для реакцій фагоцитозу. Є вираженим стимулятором В-лімфоцитів, граючи, таким чином, важливу роль у синтезі антитіл. Недостатність цього компонента приводить до підвищення чутливості організму до гнійних інфекцій.

Лізоцим - фермент, що відноситься до класу гідролаз, який вибірково гідролізує глікозидні зв'язки в муреїні - складному біополімері, з якого побудовані стінки бактерій. Лізоцим (мурамідаза) міститься в різних тканинах (слизувата рота і носової порожнини, просвіт товстого і тонкого відділів кишечника, печінка, селезінка) і біологічних рідинах (сльози, слина, травний секрет, сироватка крові, молоко).

Бета-лізини - катіонні сироваткові білки, що володіють бактерицидною активністю до аеробних спортивірих бактерій, особливо *B. subtilis* і *B. anthracis*. Бета-лізини знаходяться в крові і тканинах людини і тварин. Продуцентами їх є тромбоцити, хоча кореляція між активністю бета-лізину і кількістю тромбоцитів спостерігається не завжди. Рівень бета-лізину коливається в залежності від віку й інших фізіологічних факторів. Виявлено зміну активності бета-лізину при різних захворюваннях. Бета-лізини використовують для оцінки як стану природного імунітету, так і гостроти запального процесу.

Якісний набір загальних маркерів для контролю ефективності лікування генералізованого пародонтиту і ЧПЛ встановлено експериментально.

Спосіб виконують наступним чином: хворим на генералізований пародонтит у поєднанні із червоним плескатиим лишаєм на фоні системної терапії червоного плескатоного лишаю призначають місцеве лікування пародонту та слизової оболонки порожнини рота. Лікування лікарськими засобами здійснюють під контролем показників специфічної та неспецифічної реактивності ротової рідини: концентрації IgA і С3 та активності лізоциму і бета-лізину. Якщо вищезгадані показники мають тенденцію до їх нормалізації, призначене лікування оцінюють як ефективне. Лікування продовжують або його корегують (змінюють лікарський засіб або форму його використання) в разі, коли дані показники не мають тенденції до нормалізації.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади:

Приклад 1. Пацієнтка Е., 40 років, звернулася зі скаргами на: відчуття стягнутості, появу шорсткості слизуватої щік, пощипування під час прийому

гострої і гарячої їжі; кровоточивість ясен при чищенні зубів.

Анамнез захворювання: на кровоточивість ясен уперше звернула увагу при чищенні зубів біля року тому. Останнім часом кровоточивість підсилася, з'явився біль у яснах.

Супутні захворювання: червоний плескатий лишай.

Об'єктивно: на слизуватій обох щік видні бляшки білого кольору, що розташовуються ближче до перехідної складки. Папули на слизуватій оболонці у виді нальоту не піднімаються над рівнем здорової тканини і мають перламутровий колір. Наліт не знімається при зскрібанні. Слизувата навколо і між папулами почервоніла, набрякла. Папули утворюють візерунки з округлими обрисами. Слизувата оболонка ясен в області 14-23, 34-44 зубів ціанотична, набрякла, ясневий край нормальної фестончатості, ясневі сосочки набрякли, пухкої консистенції, є кровоточивість в області зазначених зубів. Маргінальні ясна ціанотичні, шийку зуба охоплюють нещільно, альвеолярні ясна не змінені. Є над- і підясневі зубні відкладення. Наявність пародонтальних карманів глибиною 3 мм переважно в області міжзубного проміжку. Пальпація ясневого краю безболісна. Порожнина рота не санована. Стан зубів: карієс 18, 14, 11, 21, 24, 25, 26, 37, 45, 46 зубів; періодонтит 46 зуба; над- і підясневий зубний камінь в області 34-44 зубів.

Клінічний діагноз: Хронічний генералізований пародонтит легкого ступеня тяжкості, червоний плескатий лишай, типова форма.

Додаткові методи обстеження: ГІ ОНІ - S=2 (незадовільний стан гігієни порожнини рота); РМА=33% (середня тяжкість поразки тканин пародонта); Проба Шиллера-Писарева = 3,5 бали (помірковано виражений процес запалення); PI=0,53 (початковий і перший ступінь ГП); Індекс кровоточивості РВІ = у 1 і 2 квадратах, 1 ступінь кровоточивості, у 3 і 4 квадратах - 2 ступінь.

Ортопантомографія. Відсутність компактною пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок.

Результати досліджень ротової рідини: Лізоцим - 6,04 мг/л (N 7,31±0,44 мг/л); slgA - 0,49 г/л (N 0,36±0,02 г/л); С3 компонент компліменту - 1750 мг/мл (N 900-1500 мг/мл); β-лізину - 37% (N 32%).

Лікування: Дерматологом призначена терапія: делагіл по 1 таблетці 2 рази в день, курсом 10 днів; ксантинол нікотинат по 1 таблетці 3 рази в день, курсом 14 днів; вітамінотерапія. Стоматолог: навчання гігієні порожнини рота ультразвуковим скейлером; полірування зубів гумовими чашечками з пастою clean polish середньої зернистості (виробник kerr-hawe); полоскання ротової порожнини ополіскувачем Perio-Aid 0.05% (виробник Dentaaid) у перебігу 30 секунд. Через дві доби повторна професійна гігієна порожнини рота ультразвуковим скейлером в області 34-44 зубів; полірування зубів гумовими чашечками з пастою clean polish середньої зернистості; полоскання ротової порожнини ополіскувачем

Perio-Aid 0.05% (виробник Dentaaid) у перебігу 30 секунд.

Місцеве лікування: полоскання ополіскувачем Perio-Aid 0.12% 2 рази в день, після чищення зубів по 30 секунд, курсом 10 днів; прикладання до пошкодженої слизової ватяного тампону, змоченого обліпиховою олією, на 15 хвилин, курсом 10 процедур; чистка міжзубних контактів флоссом Oral-B 2 рази в день після чищення зубів.

Контрольний огляд через 14 днів: Скарг немає. Об'єктивно: на слизуватій щік поява нових елементів не спостерігається, слизувата оболонка щік без ознак запалення, зменшення папульозних висипань. Запальні явища зникли за винятком незначної гіперемії ясневих сосочків в області 33-32 зубів, кровоточивості ясен немає. Гігієна порожнини рота задовільна.

Результати досліджень ротової рідини: Лізоцим - 7,06 мг/л; slgA - 0,4 г/л; С3 компонент компліменту - 1600 мг/мл; β-лізину - 34%.

Рекомендовано ретельно дотримувати гігієну порожнини рота, продовжувати користатися ополіскувачем Perio-Aid протягом 15 днів, чистити міжзубні проміжки флоссом, зменшити кількість споживаних вуглеводів. Через 3 місяці пацієнтці призначений профілактичний огляд.

Приклад 2. Пацієнтка Д., 43 років, звернулася зі скаргами на: відчуття стягнутості, появу шорсткості слизуватої щік; кровоточивість ясен при чищенні зубів.

Анамнез захворювання: на кровоточивість ясен уперше звернула увагу при чищенні зубів біля року тому.

Супутні захворювання: червоний плескатий лишай.

Об'єктивно: в порожнині рота видні полігональні папули білуватого кольору щільної консистенції на тлі майже незміненої слизуватої оболонки обох щік у ретромолярній області. Папули зливаються лінійним з'єднанням, формуючи сітку. Слизувата оболонка навколо елементів не змінена, зберігає рожевий колір. Слизувата оболонка ясен в області 17-15, 25-27, 36-45 зубів гіперемована, набрякла, кровоточить. Маргінальні ясна ціанотичні, шийку зуба охоплюють нещільно, альвеолярні ясна не змінені. Є м'який зубний наліт, над- і підясневі зубні відкладення щільної консистенції. Наявність пародонтальних карманів глибиною до 3 мм переважно в області міжзубного проміжку. Пальпація ясневого краю безболісна. Порожнина рота не санована. Стан зубів: карієс 18, 23, 24, 26, 27, 35, 34, 44, 45 зубів; періодонтит 37 зуба; над- і підясневий зубний камінь в області 33-44 зубів.

Клінічний діагноз: Хронічний генералізований пародонтит легкого ступеня тяжкості, червоний плескатий лишай, типова форма.

Додаткові методи обстеження: ГІ ОНІ - S = 2,5 (незадовільний стан гігієни порожнини рота); РМА = 35% (середня тяжкість поразки тканин пародонта); Проба Шиллера-Писарева = 3,5 бали (помірковано виражений процес запалення); PI = 1,3 (початковий і перший ступінь ГП); Індекс кровоточивості РВІ = у 1 і 2 квадратах, 1 ступінь кровоточивості, у 3 і 4 квадратах - 2 ступінь.

Ортопантомографія. Початковий ступінь де-струкції кісткової тканини міжзубних перегородок: розволокнення компактної пластинки, явища остеопороза, незначне зниження висоти міжзубних перегородок.

Результати досліджень ротової рідини: Лізоцим - 5,81 мг/л (N 7,31±0,44 мг/л); slgA - 0,43 г/л (N 0,36±0,02 г/л); С3 компонент компліменту – 1875 мг/мл (N 900-1500 мг/мл); β-лізину – 42% (N 32%).

Лікування: Дерматологом призначена терапія: делатіл по 1 таблетці 2 рази в день, курсом 10 днів; ксантинол нікотинат по 1 таблетці 3 рази в день, курсом 14 днів; вітамінотерапія. Стоматолог: професійна гігієна порожнини рота ультразвуковим скейлером; полірування зубів гумовими чашечками з пастою clean polish середньої зернистості (виробник Kerr-hawe); полоскання ротової порожнини ополіскувачем Perio-AID 0.05% (виробник Dentaaid) у перебігу 30 секунд. Через дві доби повторна професійна гігієна порожнини рота ультразвуковим скейлером в області 34-44 зубів; полірування зубів гумовими чашечками з пастою clean polish середньої зернистості; полоскання ротової порожнини ополіскувачем Perio-AID 0.05% (виробник Dentaaid) у перебігу 30 секунд.

Місцеве лікування: полоскання ополіскувачем Perio-Aid 0.12% 2 рази в день, після чищення зубів по 30 секунд, курсом 10 днів; прикладання до пошкодженої слизової ватяного тампону, змоченого обліпиховою олією, на 15 хвилин, курс 8 процедур; чистка міжзубних контактів флоссом Oral-B 2 рази в день після чищення зубів.

Контрольний огляд через 14 днів. Скарг немає. Об'єктивно: на слизуватій щік поява нових елементів не спостерігається, слизувата оболонка щік без ознак запалення, зменшення папульозних висипань. Запальні явища зникли за винятком незначної гіперемії ясеневих сосочків в області 33-43 зубів, кровоточивості ясен немає. Гігієна порожнини рота задовільна.

Результати досліджень ротової рідини: Лізоцим - 6,86 мг/л; slgA - 0,4 г/л; С3 компонент компліменту – 1687 мг/мл; β-лізину – 36%.

У лікувальну схему включені антисептичні таблетки для розсмоктування лісобакт по 2 таблетки 3 рази в день, курсом 10 днів.

Було рекомендовано ретельно дотримувати гігієну порожнини рота, продовжувати користатися ополіскувачем Perio-Aid протягом 14 днів, чистити міжзубні проміжки флоссом, зменшити кількість споживаних вуглеводів.

Контрольний огляд через 2 тижні: скарг немає. Об'єктивно: зникнення практично всіх папульозних елементів зі слизуватої щік. Ясна в області 33-43 зубів у кольорі не змінені, гігієна порожнини рота гарна.

Результати досліджень ротової рідини після корегування схеми лікування: Лізоцим - 7,28 мг/л; slgA - 0,32 г/л; С3 компонент компліменту – 1200 мг/мл; β-лізину – 31%.

Рекомендовано ретельно дотримувати гігієну порожнини рота, чистити міжзубні проміжки флоссом, регулярно змінювати зубні пасти, зменшити кількість споживаних вуглеводів. Через 3 місяці пацієнтці призначений профілактичний огляд.