

3(57): 3-7.

9. **Levitsky A. P., Makarenko O. A., Selivanskaya I. A. [i dr.].** *Fermentativnyy metod opredeleniya disbioza polosti rta dlya skrininga pro- i prebiotikov: metodicheskie rekomendatsii* [Enzymatic methods for determination of oral dysbiosis for screening pro- and prebiotics: method guidelines]. Kiev, GFC, 2007: 22.

10. **Shakhbazov V. G., Kolupaeva T. V., Nabokov A. L.** A new method for determining the biological age of a person. *Laboratornoe delo*. 1986; 7: 404-406.

11. **Gubler E. V.** *Vychislitelnye metody analiza i raspoznavaniia patologicheskikh protsessov* [Computational methods of analysis and recognition of pathological processes]. L., Medicine, 1978: 294.

Надійшла 23.02.18



УДК 616.311.2-002.2-06:616.322.2]-053.2-092-085

**Ю. Н. Коваль, к. мед. н.,
Ж. А. Новикова, к. мед. н.,
С. А. Шнайдер, д. мед. н.**

Одесский национальный медицинский университет

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО
КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА
У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ «ИМУПРЕТ»
НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА**

В статье представлены результаты лечения 32 детей с хроническим генерализованным катаральным гингивитом, на фоне хронического тонзиллита, растительным препаратом «Имупрет» (Бионорика, Германия). Показано, что полное купирование симптомов заболеваний достигнуто у 20 больных, уменьшение частоты и выраженности обострений – у 9 детей (n=29). Исследования показали, что препарат обладает противовоспалительным и иммуномодулирующим действиями и в ряде случаев может использоваться как альтернатива тонзилэктомии в ЛОР – практике и как пародонтальный препарат для местного применения в пародонтологической практике.

Ключевые слова: хронический генерализованный катаральный гингивит, хронический тонзиллит, лечение, дети, «Имупрет».

Ю. М. Коваль, Ж. О. Новікова, С. А. Шнайдер

Одеський національний медичний університет

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО КАТАРАЛЬНОГО
ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ПРЕПАРАТОМ
«ИМУПРЕТ» НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО
ТОНЗИЛІТУ**

У статті представлені результати лікування 32 дітей з хронічним генералізованим катаральним гінгі-

витом, на тлі хронічного тонзиліту, рослинним препаратом «Имупрет» (Біоноріка, Німеччина). Вказано, що повне купіровання симптомів захворювань досягнуто у 20 хворих, зменшення частоти та виразності загострень – у 9 дітей (n=29). Дослідження довели, що препарат має протизапальні та імунomodulatory властивості і в ряді випадків може використовуватися як альтернатива тонзилектомії у ЛОР – практиці та як пародонтальний препарат для місцевого впливу у пародонтологічній практиці.

Ключові слова: хронічний генералізований катаральний гінгівіт, хронічний тонзиліт, лікування, діти, «Имупрет».

Yu. N. Koval, Zh. A. Novikova, S.A. Schneider

Odessa National Medical University

**THE RESULTS OF TREATMENT
OF CHRONIC GENERALIZED CATARRHAL
GINGIVITIS IN CHILDREN DRUG
"SINUPRET" IN THE BACKGROUND
OF CHRONIC TONSILLITIS**

The article presents results of treatment of chronic generalized catarrhal gingivitis associated with chronic tonsillitis with an herbal medicinal drug Imupret (Bionorica, Germany) in 32 children. It is shown that complete reversal of symptoms was achieved in 20 patients, frequency and intensity of exacerbations was reduced in 9 patients (n = 29). Studies have proved that the medicinal drug has anti-inflammatory and immunomodulatory effect and in some cases may be used as an alternative option for tonsillectomy in ENT practice and as a periodontal drug for topical administration in practical periodontology.

Key words: chronic generalized catarrhal gingivitis, chronic tonsillitis, treatment, children, Imupret.

Высокая распространённость воспалительных заболеваний тканей пародонта, значительные изменения в зубочелюстной системе делают проблему воспалительных заболеваний тканей пародонта у детей социальной, общемедицинской. Известно, что заболевания тканей пародонта неблагоприятно действуют на функцию пищеварения, психоэмоциональную сферу, снижают резистентность организма к действию инфекционных и других факторов, приводят к сенсibilизации и алергизации организма больного [1, 2].

По данным ВОЗ, заболевания тканей пародонта широко распространены среди населения земного шара и ранние проявления заболеваний воспалительного характера регистрируются уже в возрасте от 10 лет, 80 % детей имеют гингивит. Среди гингивита около 90 % составляет катаральный гингивит [1, 2].

При обследовании 3157 учащихся г. Москвы в возрасте 15-25 лет выявлена высокая распространённость заболеваний тканей пародонта как

в подростковом (83,3 %), так и в более старшем возрасте (91,6 %), а также увеличение интенсивности заболеваний с возрастом [2].

Обследование 1187 детей в возрасте 7, 9, 12 лет в Москве, Санкт-Петербурге, Хельсинки, Куопио показало, что во всех возрастных группах лишь 1-4% детей имели здоровый пародонт [2].

В Латвии, по данным Л.Х. Барон и соавт. [2], 95% обследованных школьников нуждались в улучшении гигиены полости рта, 57,45 % – в удалении зубных отложений.

Среди факторов, способствующих возникновению болезней тканей пародонта, важную роль играют заболевания различных органов и систем: пищеварительной, эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой, а также гиповитаминозы и другие нарушения обмена веществ. Возникновению и прогрессированию патологического процесса в пародонте способствуют также заболевания ЛОР-органов: хронический тонзиллит, хронический фарингит, затруднённое носовое дыхание (аденоиды, полипы, хронический ринит) [3].

Хронический тонзиллит – одно из самых распространённых заболеваний, встречающихся в повседневной педиатрической практике, что является поводом для продолжения изучения этой болезни. В свою очередь, распространённость заболеваний тканей пародонта достаточно высока, и с проблемами профилактики и лечения их ежедневно сталкивается каждый врач-стоматолог. Кроме того, среди специалистов имеются различные мнения о способах лечения как острых, так и хронических тонзиллитов. Существуют и затруднения в диагностике [4, 5]. Так, рецидивирующие тонзиллиты, протекающие с повышенной температурой, нужно относить к хроническим. В таких случаях при осмотре обнаруживаются грубые изменения в миндалинах: они увеличены в размерах, а при надавливании шпателем появляется жидкий гнойный экссудат [5, 6]. Подчелюстные лимфатические узлы также гипертрофированы. Несмотря на это, диагноз часто является весьма «относительным» и устанавливается с уверенностью довольно редко.

В осложнённых случаях при нарушении трудоспособности, как правило, показано оперативное вмешательство. Однако существует ряд пациентов, которые должны или могут избежать его. К ним относятся, прежде всего, дети с лимфатическим диатезом. Кроме того, существуют объективные противопоказания к проведению операции или субъективное отрицательное отношение к ней самого пациента, так же, как и в до- или послеоперационном периоде [5, 7].

По данным литературы, тонзилэктомия слишком часто назначается при недостаточных показаниях, что не даёт возможности до конца

провести терапевтические мероприятия и дать им оценку. Помимо этого, авторы сходятся во мнении о негативных последствиях применения антибиотиков, которые нарушают микрофлору ротовой полости и кишечника [5, 8].

Антибактериальная терапия у больных хроническим тонзиллитом носит, как правило, эмпирический характер в силу необходимости принятия быстрого решения о выборе антибиотика и из-за длительности процесса идентификации возбудителя. В настоящее время выбор антибактериального препарата для лечения тонзиллита затрудняется не только возрастающим уровнем антибиотикорезистентности, но и значительной склонностью пациентов к аллергическим реакциям на антибиотики. К наиболее алергизирующим препаратам можно отнести пенициллины, цефалоспорины, препараты группы тетрациклина и сульфаниламиды.

Таким образом, имеется значительный круг пациентов, у которых могут быть применены консервативные методы лечения. По нашему мнению, значительный интерес могут представлять пациенты с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ), протекающим на фоне хронического тонзиллита (ХТ). При решении данной проблемы неоценимую помощь врачам, использующим методы консервативного лечения гингивита и тонзиллита, могут оказать иммуностимулирующие препараты последнего поколения. Одним из широко применяемых в настоящее время является препарат «Имупрет» (Бионорика, Германия) [5, 9]. Это препарат растительного происхождения, известный с 1933г., интерес к которому значительно возрос с 80-90-х годов прошлого столетия. В его состав входят корень алтея, цветы ромашки, хвощ, тысячелистник, одуванчик, листья ореха и кора дуба. Препарат выпускается в форме капель (раствор) для приёма внутрь и таблеток.

Цель нашего исследования. Определение эффективности препарата «Имупрет» при лечении детей с ХГКГ, который протекает на фоне ХТ.

Под наблюдением находились 32 ребёнка (18 мальчиков и 14 девочек) с ХГКГ, на фоне ХТ. Возраст больных варьировал от 10 до 15 лет. Диагноз у всех пациентов основывался на данных анамнеза, клинических проявлениях заболеваний, результатах стоматологического (пародонтологического), оториноларингологического и общеклинического обследования. Тяжелое течение ХТ имело место у 15 больных, средняя степень тяжести – у 14 больных, лёгкая степень – у 3. До включения в настоящее исследование дети в среднем получали в год по 3-4 курса комплексной терапии по поводу обострений ХТ.

Продолжительность заболевания составила от 3 до 5 лет. Общеклиническая программа обследования включала общий и биохимический анализы крови, бактериологическое исследование мокроты и мазка с поверхности небных дужек и задней стенки глотки, анализ мокроты, рентгенологическое исследование, оценку функции внешнего дыхания и иммунного статуса.

Для объективной оценки результатов исследований определяли, в динамике лечения ХГКГ, гигиеническое состояние полости рта по методу Green-Vermillion-ОНІ-S; определяли и выявляли распространённость воспалительного процесса в деснах по данным пробы Шиллера-Писарева; степень кровоточивости десны оценивали на основании данных полученных по методу Н.Р. Muhlemann, S.Son; степень воспаления определяли с помощью индекса гингивита – РМА в мо-

дификации Рамга; стойкость капилляров десны к дозированному вакууму определяли по методике В.И. Кулаженко (1979). Всем детям проводилось рентгенологическое исследование для дифференциальной диагностики гингивита от пародонтита.

Под наблюдением у стоматолога-детского находились те же пациенты, которые проходили лечение у оториноларинголога, в количестве 32 детей. 18 мальчиков и 14 девочек в возрасте 10-15 лет. Тяжелое течение ХГКГ имело место также у 15 больных, средняя степень тяжести – у 14 больных и легкая степень – у 3 больных.

До включения в настоящее исследование дети в среднем получали в год по несколько нерегулярных курсов комплексной терапии по поводу обострений ХГКГ. Продолжительность заболевания составила от 2 до 4 лет.

Таблица 1

Микробный спектр в мазках с поверхности небных дужек и задней стенки глотки и мокроты у детей больных ХГКГ, на фоне хронического тонзиллита (ХТ), по данным бактериологического исследования (n=32)

Возбудитель	Число пациентов	
	Мазок из глотки	Мокрота
Haemophilus influenzae	17	8
Streptococcus pyogenes	8	-
Staphylococcus aureus	14	-
Chlamydia pneumoniae	6	-
Mycoplasma pneumoniae	5	-
Candida albicans	6	-
Klebsiella pneumoniae	-	11
Neisseria spp.	-	7
Streptococcus pneumoniae	-	5
Ассоциация микроорганизмов	24	8

Лечение препаратом «Имупрет» проводилось в течении 6 месяцев. Пациенты получали препарат по 15-25 капель (в зависимости от возраста) 3 раза в день. Лечение проводилось у оториноларинголога детского профиля. А в условиях стоматологического кабинета Университетской клиники (отделение №3) – Центра стоматологического здоровья (клиническая база кафедры стоматологии детского возраста ОНМедУ), дети проходили лечение у детского пародонтолога. Всем детям проводилось обучение чистке зубов по стандартной методике; коррекция гигиенических навыков с назначением индивидуальных предметов и средств гигиены; контролируемая чистка зубов; профессиональная гигиена полости рта (в качестве антисептического средства использовался «Листерин Zero (США)); санация полости рта с рациональным выбором пломбирочных материалов. Лечение препаратом «Имупрет» проводилось в течении 6 месяцев. Пациентам вводили в десенную борозду препарат «Имупрет» (в разведении 1:1) по разработан-

ной на кафедре стоматологии детского возраста ОНМедУ методике. Результаты терапии оценивались также по окончании лечения и через год.

Эффективность монотерапии оценивалась по четырехбалльной шкале. Результат лечения оценивался как «высоко эффективный» (3 балла) в случае полного купирования симптомов, связанных с инфекцией, на фоне применения «Имупрета»; как «эффективный» (2 балла) при сохранении у больного слабых и редких проявлений тонзиллита и гингивита; как «умеренно эффективный» (1 балл) – в случае уменьшения симптомов заболеваний; как «неэффективный» (0 баллов) – при отсутствии динамики симптомов.

Прежде всего следует отметить, что во всех случаях оценки врачей и пациента полностью совпадали. В течение года (12 месяцев) после начала лечения препаратом «Имупрет» (эндогенно и экзогенно) у 20 из 32 пациентов отмечалась высокая эффективность лечения, у 9 – лечение было эффективным, и всего у трех больных эффект монотерапии был умеренным. В среднем

по всей группе пациентов оценка эффективности оказалась равной $2,53 \pm 0,17$ балла. Нами не было отмечено случаев, в которых характер течения заболевания не изменился или ухудшился.

Данные бактериологического исследования, полученные при анализе посева мокроты и мазка с поверхности небных дужек, представлены в табл. 1. Обнаруживается большое разнообразие микроорганизмов и более частая их ассоциация на небных дужках и задней стенке глотки, чем в мокроте.

Кроме того, нами проанализированы показатели иммунитета пациентов с ХГКГ, на фоне ХТ,

в зависимости от достигнутого результата лечения (табл. 2). При этом было обнаружено, что изменение некоторых иммунологических параметров коррелируется с эффективностью лечения препаратом «Имупрет». Так, была выявлена следующая закономерность: чем более эффективной была проведена терапия, тем интенсивнее нарастал уровень IgG в сыворотке крови. Только при хорошем и отличном результатах лечения достоверно повышались абсолютные и относительные значения Т-лимфоцитов (супрессоров и хелперов).

Таблица 2

Некоторые показатели иммунного статуса детей с ХГКГ, на фоне хронического тонзиллита (ХТ), до лечения и через год после его окончания в зависимости от достигнутого эффекта терапии препаратом «Имупрет» (M±m)

Показатели до (1) и после (2)		Оценка эффективности терапии		
		Умеренно эффективная	Эффективная	Высоко-эффективная
IgG, мг %	1	1020,00±66,41	1117,89±43,24	1038,33±117,63
	2	1150,00±123,4*	1563,16±70,99*	1511,67±113,0*
IgA, мг %	1	143,00±14,88	151,37±19,93	163,33±35,93
	2	127,00±12,00	131,74±8,14	123,50±9,50
IgM, мг %	1	143,60±27,88	107,58±10,08	121,83±11,27
	2	129,60±24,09	114,01±9,67	113,17±14,01
Лимфоциты %, 1	1	32,60±0,68	32,47±0,89	30,08±0,89
	2	35,00±0,00*	35,22±0,87*	32,50±0,19*
АБС.	1	1728,60±36,17	1817,00±38,93	1791,17±71,43
	2	1746,67±26,03	1955,00±50,79	2050,00±150,00
CD5, %	1	72,80±2,73	67,37±1,62	61,50±4,97
	2	74,30±2,35	71,33±1,87	68,45±5,01
АБС.	1	1261,20±69,38	1225,68±40,71	1105,00±103,75
	2	1313,80±69,04	1400,00±48,86*	1449,33±106,4*
CD4, %	1	43,20±1,36	40,89±1,18	41,83±1,51
	2	44,20±1,24	41,84±0,84	43,00±1,06
АБС.	1	547,20±43,77	517,11±26,83	459,67±44,80
	2	581,40±37,87	585,00±21,89*	621,17±44,21*
CD8, %	1	29,00±2,47	29,16±0,79	28,33±0,71
	2	40,40±1,50*	35,05±1,07*	33,83±1,27*
АБС.	1	365,00±35,62	360,26±17,57	313,16±30,43
	2	526,80±27,61*	517,11±23,49*	491,00±45,01*
CD21, %	1	8,20±1,31	9,42±0,59	8,00±0,82
	2	8,03±0,90	9,24±0,50	8,86±0,81
АБС.	1	140,60±20,32	166,78±12,41	142,00±20,73
	2	129,50±0,50	172,26±16,68	148,77±17,54
Фагоцитоз, %	1	66,20±5,95	69,16±2,21	78,17±2,70
	2	67,60±11,99	71,32±6,13	75,00±3,23

Примечание: «*» - достоверность различия между показателями до и после проведенного лечения ($p < 0,05$).

Необходимо отметить, что изменения в иммунном статусе после проведенной монотерапии ХГКГ, на фоне ХТ, были стойкими и коррелировали с изменениями в течении заболеваний и через год после прекращения использования (эндогенного и экзогенного введения) растительного препарата, с комплексным действием, «Имупрет».

Применение препарата «Имупрет» путем введения его в десенную борозду, по разработанной нами методике, вышло достаточно эффективным не зависимо от степени тяжести ХГКГ с «мягким» периодом начала ликвидации клинических симптомов воспаления. После проведенного полного курса консервативной терапии у больных с ХГКГ (через 6 месяцев) полно-

стью исчезли боль, гиперемия и отёк тканей десны. У 90 % больных ликвидировалась кровоточивость десны, у 73 % – была негативной проба Шиллера-Писарева. Достоверно снизились показатели степени кровоточивости дёсен, показателя пробы Шиллера-Писарева ($p < 0,01$), показателя значения индекса РМА ($p < 0,001$), на 45 % увеличилась стойкость капилляров дёсен к дозированному вакууму ($p < 0,001$), улучшилось гигиеническое состояние полости рта ($p < 0,001$). Результаты полученных данных кровоточивости дёсен, пробы Шиллера-Писарева, индекса РМА, стойкости капилляров дёсен к дозированному вакууму, гигиенического состояния полости рта после проведенного лечения имеют достоверные отличия в сторону нормализации показателей соответственно результатам до лечения в группе детей больных ХГКГ, на фоне ХТ ($n=32$) ($p < 0,01$; $0,001$). У 29 пациентов отмечалась высокая эффективность лечения или лечение было эффективным, а всего у 3-х больных эффект терапии был умеренным. В среднем по всей группе пациентов оценка эффективности оказалась равной $2,50 \pm 0,15$ балла. Нами, также не было отмечено случаев, в которых характер течения ХГКГ не изменился или ухудшился.

Действие препарата «Имупрет» на гуморальное звено иммунитета – IgG, а также на субпопуляции Т-лимфоцитов указывает на то, что «Имупрет» обладает выраженным иммуностимулирующим действием при монотерапии ХГКГ, протекающего на фоне течения ХТ у детей.

В случаях, когда лечение было оценено как высокоэффективное, обострения ХГКГ и ХТ отсутствовали, а при оценке лечения как эффективного снижалась их частота и тяжесть. Это говорит в пользу того, что в ряде случаев в лечении ХТ, когда применяется препарат «Имупрет», это может служить альтернативой тонзилэктомии. Особенно в случае сочетания пародонтального и тонзиллярного хронических воспалительных процессов (локализующихся в области глотки и тканях пародонта). Полученные результаты свидетельствуют о том, что препарат растительного происхождения, с комплексным действием, «Имупрет» эффективен при лечении хронического генерализованного катарального гингивита и хронического тонзиллита, как препарат монотерапии с хорошо выраженным противовоспалительным, иммуностимулирующим и противовирусным действиями на хронические воспалительные процессы в области ротоглотки.

Список литературы

1. Терапевтическая стоматология / [Боровский Е.В., Барышева Ю.Д., Максимовский Ю.М. и др.]; под ред. проф. Е.В. Боровского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: /000/ Медицинское Информационное Агентство: 1997. – 544 с.
2. **Балин В. Н.** Практическая периодонтология / Балин В. Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. – СПб: Питер Пресс, 1995. – 272 с. – (серия «Практическая медицина»).
3. Терапевтическая стоматология детского возраста / Под ред. Л.А. Хоменко, Л.П. Кисельниковой. – К.: Книга – плюс, 2013. – с. 523-618.
4. **Sprenger F.** Die Konservative Behandlung chronischen Tonsillitis / F. Sprenger / Zschr Allg Med. – 1975. – V 51. – P. 1549-1551.
5. **Дрынов Г.И.** Результаты лечения детей с хроническим тонзиллитом препаратом Тонзилгон / Г.И. Дрынов, О.К. Иванюшина, Ф.Н. Дьякова // Детский доктор. – 2001. – №1. – С. 67-69.
6. **Cheiyh S. D.** In-vivo Studie zur Wirkung eines pflanzlichen Palysaecharidextraktes aus Kamille and Eibisch auf die Granulozyten Poster. / Cheiyh S., Sehmolz M., Harms D 40 Jahrestagung Sudd. Ges. F. Kiinderheilkunde.
7. **Wagner H.** Phytipparate Immunoprophylaxe uind Immunotherapie / H. Wagner // Biol Med. – 1984. – Vol. 13. – P. 3-11.
8. **Low J.** Phuto pharmaka bie Infecten im Kindesalter. Phys Med Ren. – 1973. – V. 14. – P. 17-18
9. **Hansel R.** Immunstimulantien Steigerung Korpereigener Abwehrals Wirkprinzip pflanzlicher Aizneimittel. / R. Hansel // Dtsch Apoth Ztg. – 1985. – V. 125. – P. 155-161.

REFERENCES

10. **Borovskiy E. V., Barysheva Yu. D., Maksimovskiy Yu. M. et al.** *Terapevticheskaya stomatologiya* [Therapeutic Dentistry]: /Edited by Prof. E. V. Borovskiy – 2nd edition, revised and extended. – М.: /000/ Medizinskoye informatsionnoye agentstvo (Medical News Agency); 1997:544.
11. **Balin V. N., Iordanishvili A. K., Kovalevskiy A. M.** *Prakticheskaya periodontologia* [Practical Periodontology]. – St. Petersburg: Piter Press; 1995:272 – (Prakticheskaya medizina (Practical Medicine) series).
12. **Khomenko L.A., Kisel'nikova L.P.** *Terapevticheskaya stomatologiya detskogo vozrasta* [Therapeutic Paediatric Dentistry]. Kiev, Kniga-plyus, 2013, p. 523-618.
13. **Sprenger F.** Die Konservative Behandlung chronischen Tonsillitis. Zschr Allg Med. 1975;51: 1549-1551.
14. **Drynov G.Y., Yvanjushyna O.K., D'jakova F.N.** Rezultaty lecheniya detey s khronicheskim tonsillitom preparatom Tonzilgon [Results of Chronic Tonsillitis Treatment with Tonzilgon in Children] / Detskij doktor. – 2001. – No. 1. – p. 67-69.
15. **Cheiyh S., Sehmolz M., Harms D.** In-vivo Studie zur Wirkung eines pflanzlichen Palysaecharidextraktes aus Kamille and Eibisch auf die Granulozyten Poster. 40 Jahrestagung Sudd. Ges. F. Kiinderheilkunde.
16. **Wagner H.** Phytipparate Immunoprophylaxe uind Immunotherapie. Biol Med. 1984. Vol. 13. p. 3-11.
17. **Low J.** Phuto pharmaka bie Infecten im Kindesalter. Phys Med Ren. 1973 vol. 14. p. 17-18
18. **Hansel R.** Immunstimulantien Steigerung Korpereigener Abwehrals Wirkprinzip pflanzlicher Aizneimittel. Dtsch Apoth Ztg. 1985 vol. 125. p. 155-161

