

При аналізі стану КФ у залежності від ступеня депресії було встановлено, що у пацієнтів із легкими депресивними порушеннями вираженість когнітивних порушень співвідносна з аналогічним показником у хворих без депресивних порушень. У той же час у групі з помірною та значною депресією було виявлено достовірне погіршення КФ у порівнянні з хворими з м'якою депресією: $22,8 \pm 1,4$ та $26,8 \pm 0,9$ бала за MMSE відповідно. При цьому тривалість хвороби, рівень рухового дефіциту в цих групах були співвідносними.

ВИСНОВКИ

1. Вираженість КП та депресивних порушень у хворих із РС корелює зі ступенем рухового дефіциту та в меншій мірі пов'язана з тривалістю хвороби.

2. Не було виявлено залежності когнітивних та депресивних порушень від статі та віку дебюта хвороби.

3. КП в перші 5 років хвороби встановлено у 25 із 37 обстежених хворих.

4. У пацієнтів із помірною та значною депресією відзначаються більш виражені КП, ніж у пацієнтів із м'якою депресією та без неї. При оцінці КФ у хворих із РС з метою об'єктивізації істинних КП необхідно виключити депресивні порушення, що викликають псевдокогнітивні порушення.

5. Виявлення депресії в обстежених хворих із РС дозволяє констатувати її внесок у когнітивні порушення, а також коригувати депресивні порушення вже на ранніх стадіях хвороби, що може підвищити ефективність реабілітації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. - № 12. – С. 11-18.

2. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом / Алексеева Т.Г., Ениколопова Е.В., Садальская Е.В. и др. // Журнал неврологии и психиатрии. Приложение 1. Рассеянный склероз. – 2002. – С. 20-25.

3. Шмидт Т.Е. Когнитивные нарушения и попыт-

ки их коррекции при рассеянном склерозе // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. - № 9. – С. 54-56.

4. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns and prediction / Rao S.M., Leo G.J., Bernadin L., Unverzagt F. // Neurology. – 1991. – Vol. 41. – P. 692-696.

5. Is cognitive complaint a marker of cognitive impairment in early relapsing-remitting multiple sclerosis? / Boudineau M., Deloire M., Bonnet M. et al. // Multiple sclerosis. – 2003. – N 1. - P. 133.



УДК 616-053.2/4-036.83:37.018.3

**Ю.К. Ботьот,
О.В. Клименко,
Т.А. Бордій,
С.Ю. Калашикіова**

ПОРУШЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ІНТЕРНАТНОГО ЗАКЛАДУ РАНЬОГО ВІКУ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра госпітальної педіатрії №2 та неонатології
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.К. Ботьот)*

Ключові слова: діти, позбавлені материнської опіки, стан здоров'я, імунітет, інтерферони, анаферон дитячий

Key words: children deprived of parents' trusteeship, a state of health, immunity, interferons, children's Anaferon

Резюме. В статті приводяться дані показателів здоров'я вихованців вдома дитини. У більшості дітей на фоні неблагоприятних перинатальних факторів виявлена патологія ЦНС, затримка фізичного та психо-моторного розвитку, вроджені пороки. Одна з причин частих ускладнених ОРВИ у вихованців вдома дитини – це недостатність інтерферогенезу. Представлені основні напрямки реабілітації порушеного стану здоров'я вихованців вдома дитини, в тому числі результати вивчення профілактичної ефективності анаферону дитячого, застосування якого дозволило підвищити рівень ІФН-γ більш ніж в два рази, знизити частоту гострих респіраторних інфекцій в 1,8 рази, зменшити частоту ускладнень і середню тривалість одного епізоду ОРВИ в 1,3 рази.

Summary. *In the article the data of health parameters of pupils of children's home are given. In the majority of children on a background of adverse perinatal factors, pathology of CNS, delay of physical and psychomotor development, congenital defects were revealed. One of the causes of complicated ARVT in pupils of children's home is insufficiency of interferons genesis. The basic directions of rehabilitation of disturbances of health state of pupils of children's home, including results of studying of preventive efficiency of children's Anaferon application, which allowed to increase a level of IFN- γ more than twice, to reduce frequency of acute respiratory infections by 1,8 times, to decrease frequency of complications and average duration of one episode of ARVT by 1,3 times are presented.*

Реабілітація дітей раннього віку, позбавлених батьківської опіки, завжди є складною проблемою, оскільки на стан їх здоров'я впливає цілий комплекс несприятливих біологічних і соціальних чинників: висока частота анте- та інтранатальної патології, генетично зумовлених аномалій, відсутність материнського піклування часто з перших днів життя, що приводить до важкої психоемоційної депривації та хронічного стресу [6]. Це сприяє порушенню нормального розвитку дитини, ранньому формуванню хронічної патології, зниженню резистентності організму та його адаптаційних можливостей.

Гострі респіраторні інфекції у дітей, що виховуються в установах закритого типу, як правило, відрізняються затяжним і ускладненим перебігом, швидко поширюються та можуть циркулювати в колективі тривалий час внаслідок супер- і реінфекції. Часті повторні ГРІ приводять до виснаження і без того напружених механізмів адаптації дитячого організму, сприяють формуванню стійких розладів з боку бронхо-легеневої, серцево-судинної та інших систем організму, ще більшій затримці фізичного й психомоторного розвитку [4,8].

Метою нашої роботи стало вивчення стану здоров'я дітей раннього віку, які виховуються в інтернатних закладах закритого типу, для розробки реабілітаційних та профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведено обстеження 102 дітей, які виховуються в Будинку дитини №2 м. Дніпропетровська: 78 (76,5 %) хлопчиків та 24 (23,5%) дівчинки. Діти першого року життя склали 21,6 %, другого року – 38,2 %, третього року – 40,2%. Як контрольна група були вибрані 64 клінічно здорових дитини, які виховуються у повній сім'ї. Групи дослідження були однорідними за віком та статтю.

Аналіз перинатального періоду та соціального статусу проводився шляхом вкопіювання первинної документації

Оцінка фізичного та психомоторного роз-

витку дітей досліджувався в динаміці за стандартами ВООЗ (2006) згідно з наказом № 149 [2].

Для оцінки стану системного імунітету визначали вміст імунокомпетентних клітин CD3+, CD4+, CD8+, CD22+ CD16+ за допомогою імунофлуоресцентного методу [5], вміст імуноглобулінів класів А, М, G у сироватці крові за G. Manchini et al. (1965). Фагоцитарну активність нейтрофілів визначали з використанням тест-наборів НВО "Реаккомплекс" (м.Чита). Функціональну активність нейтрофілів периферійної крові визначали за реакцією відновлення нітросинього тетразолію (НСТ-тест) з використанням капілярної крові [1]. Дослідження рівнів сироваткових ІФН- α та ІФН- γ проводили відповідними ELISA-наборами in vitro із застосуванням моноклональних антитіл.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили із застосуванням методів варіаційної статистики і регресійного аналізу за допомогою пакету прикладних програм Statistica v. 6.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При дослідженні соціального статусу вихованців будинку дитини було встановлено, що майже три чверті дітей - соціальні сироти (71,5%): діти, покинуті матерями в пологовому будинку (43,1 %), забрані працівниками міліції з асоціальних родин (13,7 %), знайдені на вулиці (4,9 %), залишені батьками внаслідок народження з проявами тяжких захворювань, генетичних синдромів, уроджених вад (9,8 %). Більше чверті дітей перебуває в будинку дитини тимчасово, за заявою батьків (21,6 %) та у зв'язку з перебуванням батьків у місцях позбавлення волі (10,8 %). І тільки близько 7 % вихованців будинку дитини - біологічні сироти, тобто діти, батьки яких умерли або загинули.

Основними причинами відмови батьків від дитини були: небажана вагітність (75,5 %), алкоголізм (32,5 %), наркоманія матері (18,6 %), несприятливі матеріально-побутові умови (21,6%), хвороба дитини (9,8%), хвороба матері (6,8 %), позбавлення батьків волі (5,9 %).

Переважна більшість дітей - 76,5 % (77 осіб) потрапили до інтернатного закладу на першому році життя, з них майже три чверті - в першому півріччі (57 дітей – 74%).

Особливості перинатального періоду дітей із групи спостереження з'ясувати було складно, бо майже 90% жінок під час вагітності не спостерігалося в жіночій консультації, а у дітей, яких знайшли на вулиці, документи відсутні. З тих відомостей, які можна було знайти в історіях розвитку, ми встановили, що майже всі жінки під час вагітності курили та зловживали алкоголем, більше третини страждали на хронічний алкоголізм, 18,6 % - на наркоманію, 6,8 % - мали психічні розлади. Практично всі жінки під час вагітності переносили різноманітні інфекції, серед яких найбільш часто зустрічались урогенітальні, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, сифіліс (табл. 1).

Таблиця 1

Перинатальні чинники, що впливають на стан здоров'я вихованців будинку дитини

Чинник	%
Паління та вживання алкоголю під час вагітності	96,7
Матері, які не спостерігались під час вагітності в жіночій консультації	90,2
Перенесені інфекції під час вагітності, в т.ч.:	92,4
- урогенітальні інфекції	60,6
- ВІЛ	27,2
- туберкульоз	13,3
- сифіліс	10,6
Небажана вагітність	75,6
Хронічний алкоголізм у матері	34,7
Несприятливі матеріально-побутові умови сім'ї	21,6
Наркоманія матері	18,6
Нефропатія вагітної	17,8
Багатоплідна вагітність	15,3
Психічні хвороби матері	6,8

Майже половина вихованців будинку дитини народилися недоношеними (48,3 %), а понад 40 % дітей мали затримку внутрішньоутробного розвитку. У всіх дітей, що потрапляли до інтернатного закладу на 1-му році життя, відмічались перинатальні ушкодження ЦНС змішаного генезу. Ознаки вираженого дизморфізму та

уроджені вади розвитку мали місце у 44,1% вихованців. На нашу думку, це результат не стільки успадкування генетичних дефектів, скільки первинного тератогенного впливу на плід у перші тижні внутрішньоутробного розвитку.

Практично всі діти, які потрапили до будинку дитини на 1-му році життя, мали фонові стани та супутню патологію: рахіт - 50,1%, дефіцитну анемію – 41,2 %, хронічні розлади харчування - 48,8 %, атопічний дерматит – 49,3 %, лімфатичний діатез – 24,5 %.

Закономірним наслідком впливу цілого комплексу несприятливих факторів стала затримка фізичного розвитку у маленьких вихованців будинку дитини. Враховуючи те, що майже половина малюків із групи спостереження народилися недоношеними, ми виділили їх в окрему групу. Серед доношених дітей, позбавлених батьківського піклування, більшість народилися з показниками фізичного розвитку, які відповідали віковим стандартам (82,6 %). Та вже з перших місяців життя ці малюки почали значно відставати за показниками довжини і особливо маси тіла від своїх однолітків із сімей. Так, на 6-му місяці життя більше половини доношених дітей мали недостатню масу (55 %), затримку довжини (57,7 %), третина з них мали виснаження (32,5 %), а у 12,5 % відмічалось значне виснаження. Серед недоношених значне виснаження мала кожна друга дитина (50 %). Така ж тенденція зберігалась до однорічного віку, і тільки на 2-му та 3-му роках життя, по закінченню процесів адаптації, і доношені, і недоношені діти з групи спостереження почали рости більш інтенсивно, але показників фізичного розвитку своїх однолітків із сімей вони так і не досягли (рис 1,2).

Характерною рисою дітей, залишених батьками, була й затримка психомоторного, мовного й емоційного розвитку. Груба затримка психомоторного розвитку мала місце у 16 % малюків 1-го року, 21,5 % дітей 2-го року та 10,3 % дітей 3-го року життя. Дітей, які б мали психомоторний розвиток, що відповідав віковій нормі, серед однорічних малюків не спостерігалось, на 2-му році життя таких нараховувалось 5,2 %, на 3-му – 10,3 % Це були в основному діти, які потрапили до будинку дитини у віці після 1-го року життя. Усі інші вихованці інтернатного закладу мали середній та легкий ступінь затримки [2]. У дітей, які виховувались у сім'ї, психоневрологічний розвиток відповідав віковим нормативам, і тільки у 36 % дітей 3-го року життя відзначалась затримка мовного розвитку.

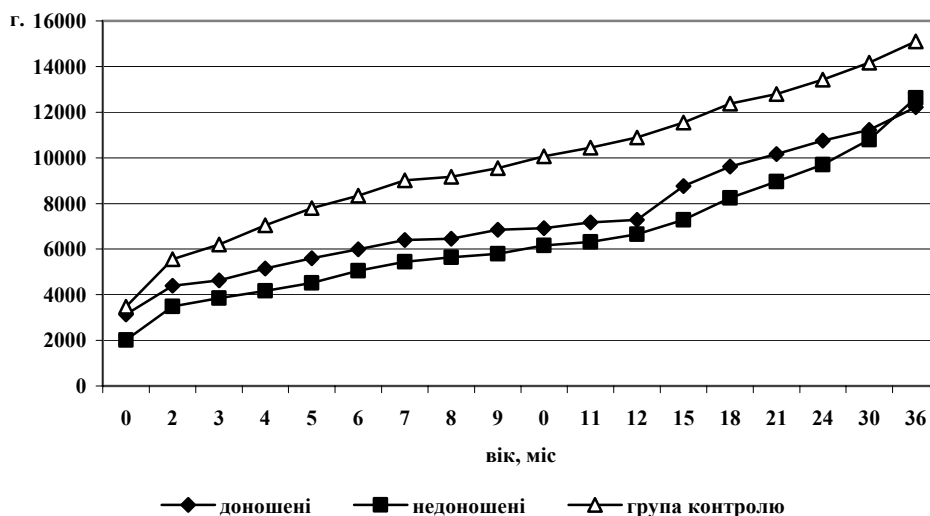


Рис. 1. Динаміка показників маси тіла дітей

В умовах впливу такого складного комплексу несприятливих факторів знижується резистентність дитячого організму до інфекцій. Аналіз респіраторної захворюваності вихованців будинку дитини показав, що її динаміка тісно пов'язана з напруженістю процесів адаптації. Як свідчить таблиця 2, найбільш часто діти хворіли на 1-му році життя ($6,7 \pm 0,3$) випадків, проти ($1,7 \pm 0,06$) випадків у групі контролю ($p < 0,01$). При цьому майже у половини з них (9 осіб – 40,9 %) перший епізод ГРВІ припав на перше півріччя. У подальшому, на 2-му та 3-му роках життя частота респіраторних інфекцій у вихованців будинку дитини знизилась у 1,5 – 2 рази, що пов'язано як зі стабілізацією адаптаційних процесів, відносним дозріванням імунної системи, так і з обмеженням числа зовнішніх контактів, у той час як

їх однолітки з сімей починали частіше хворіти на ГРВІ, що зумовлено, навпаки, розширенням числа контактів. Та, незважаючи на значне зниження з віком частоти ГРВІ у вихованців будинку дитини, питома вага випадків ускладненого перебігу ГРВІ залишалась стабільно високою (табл. 2). Крім того, ГРВІ у цих дітей мали достовірно більш тривалий перебіг (в середньому $8,5 \pm 0,3$) днів проти ($6,2 \pm 0,3$) днів у групі контролю, $p < 0,05$). У структурі ускладнень на 1-му році домінував середній отит, на 2-му - обструктивний бронхіт, на 3-му - аденоїдит (табл. 2). Звертає на себе увагу той факт, що кожна друга дитина, яка мала часті повторні ускладнені епізоди ГРВІ, потрапила до будинку дитини в перші 6 місяців життя.

Таблиця 2

Характеристика респіраторних захворювань у дітей залежно від віку

вік / показник	1-й рік		2-й рік		3-й рік	
	основна гр. (n=22)	контрольна гр. (n=17)	основна гр. (n=39)	контрольна гр. (n=27)	основна гр. (n=41)	контрольна гр. (n=20)
Середня частота ГРВІ, випадки	$6,7 \pm 0,3^1$	$1,7 \pm 0,06$	$3,9 \pm 0,2^2$	$2,3 \pm 0,2^2$	$3,1 \pm 0,3$	$3,8 \pm 0,2$
Середня тривалість ГРВІ, дні	$8,8 \pm 0,5^1$	$5,9 \pm 0,12$	$7,9 \pm 0,3^1$	$6,3 \pm 0,2$	$8,5 \pm 0,3^1$	$6,2 \pm 0,3$
Ускладнений перебіг ГРВІ, %	67,9	26,6	38,9	21	35,2	19,7
Середнього отит, %	48,6	20,5	22,3	20,6	18,5	6,9
Аденоїдит, %	-	-	21,2	6,8	38,2	13,8
Обструктивний бронхіт, %	35,3	17,6	32,9	13,8	18,5	6,4
Пневмонія, %	4,1	0	3,5	0	3,3	0

Примітки: 1. ⁽¹⁾ - достовірна різниця в порівнянні з показниками контрольної групи ($p < 0,05$), 2. ⁽²⁾ - достовірна різниця в порівнянні з показниками основної групи на 1-му році життя ($p < 0,05$)

При дослідженні нами імунного статусу вихованців будинку дитини було виявлено суттєве зниження відносної кількості CD3+ лімфоцитів ((50,4 ± 1,7) % проти (55,5 ± 0,95) %, у групі контролю $p < 0,05$); CD4+ лімфоцитів ((30,7 ± 1,7) % проти 37,9 ± 0,49, $p < 0,05$); підвищення CD22+ лімфоцитів ((25,7 ± 1,13) % проти (22,1 ± 1,3) % $p < 0,05$); дисімуноглобулінемію, переважно за рахунок підвищення Ig M ((1,25 ± 0,14) г/л проти (0,98 ± 0,04) г/л $p < 0,05$). У 42,8 % ви-

хованців інтернатного закладу відзначались транзиторні зниження рівнів Ig A, у 18,2 % - зниження Ig G. Також у дітей, позбавлених материнського піклування, мало місце достовірне зниження фагоцитарної активності нейтрофілів ((58,1 ± 2,12) % проти (6,2 ± 1,7) %, $p < 0,05$) у комбінації з підвищенням киснево-залежного метаболізму нейтрофілів ((33,1 ± 1,8) % проти (20,5 ± 1,3) %, $p < 0,01$).

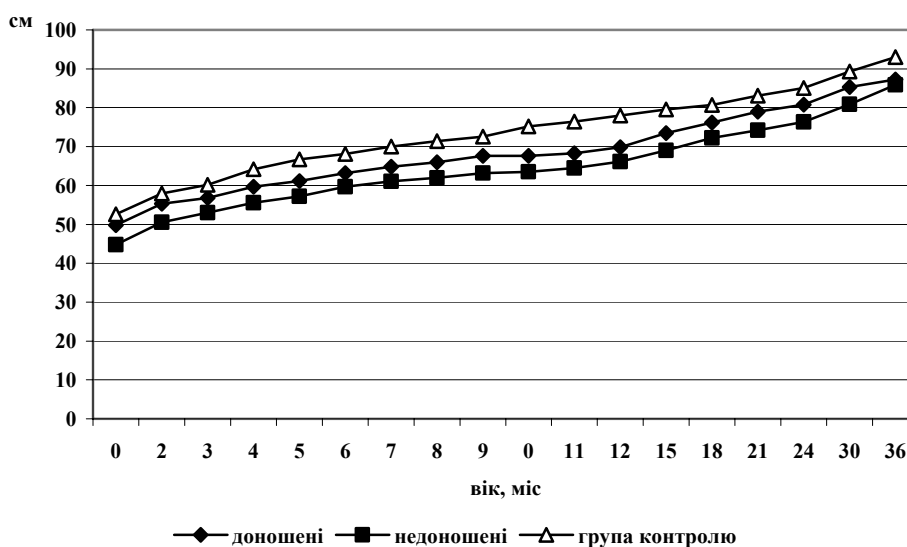


Рис. 2. Динаміка довжини тіла дітей

Вивчення концентрацій інтерферонів у сироватці крові дітей, що виховуються в будинку дитини, показало зниження їх рівнів у всіх вікових групах у порівнянні з показниками дітей із сімей. При цьому, якщо концентрації ІФН- α в динаміці зростали, що клінічно збігалось зі зниженням частоти ГРВІ, то концентрації ІФН- γ залишались стабільно низькими протягом усього періоду спостереження. На наш погляд, це є одним із ключових факторів, що зумовлюють тенденцію до несприятливого перебігу ГРВІ у дітей з будинку дитини (рис. 3).

Таким чином, виявлені розлади здоров'я у дітей раннього віку, що виховуються в інтернатних закладах, потребують адекватних реабілітаційних заходів.

Для профілактики та подолання психо-соціальної депривації та хронічного стресу цьому контингенту дітей необхідний індивідуальний догляд, який може забезпечити тільки родина. Тому пріоритетним напрямком реабілітації є, перш за все, профілактичні заходи щодо збереження дитини у власній сім'ї ще до її народження, пошук нової родини покинутим дітям

(бажано також ще до народження в разі, якщо мати не збирається залишати дитину собі), виховання покинутих дітей у дитячому будинку сімейного типу.

При лікуванні неврологічних розладів слід надавати перевагу немедикаментозним методам відновлювальної терапії із застосуванням фізіотерапії, масажу, ЛФК (Бобат- та Войта-терапія).

Для соціалізації вихованців інтернатних закладів раннього віку ефективним є застосування методик медико-соціальної педагогіки Петьо (мотивація та вплив на сенсорні функції дитини).

З метою профілактики ГРВІ та їх ускладнень у дітей раннього віку, що виховуються в інтернатному закладі, доцільно застосовувати імуноактивні препарати, які мають м'який імунокорегуючий вплив та дозволені до застосування у дітей раннього віку.

З огляду на це та враховуючи виявлені нами зміни в імунному статусі і, перш за все, зниження сироваткових інтерферонів, як засіб профілактики ГРВІ у даного контингенту дітей ми вибрали препарат анаферон дитячий, основним ефектом якого є регуляція синтезу ендогенного

ІФН- γ та, опосередкований останнім, вплив на характер імунної відповіді [3,7]. Крім того, анаферон - єдиний з індукторів інтерферону, дозволений до застосування у дітей раннього віку (старше 6 міс.). В інтеркурентному періоді препарат призначався за загальноприйнятою профілактичною дозою (1 таблетка на добу). Після прийому спостерігалось підвищення концентрацій у крові α -ІФН - до $(54,9 \pm 3,3)$ пг/мл та γ -ІФН - до $(6,3 \pm 0,9)$ пг/мл ($p < 0,05$). Також на тлі

профілактичного лікування мало місце підвищення фагоцитарної активності нейтрофілів до $(61,3 \pm 2,09)$ % та зниження НСТ до $(20,1 \pm 2,1)$ % ($p < 0,05$). Це супроводжувалось зниженням частоти респіраторних захворювань у 1,8 раза та скороченням частоти ускладнень та середньої тривалості одного епізоду ГРВІ в 1,3 раза. Побічних ефектів при вживанні препарату виявлено не було.

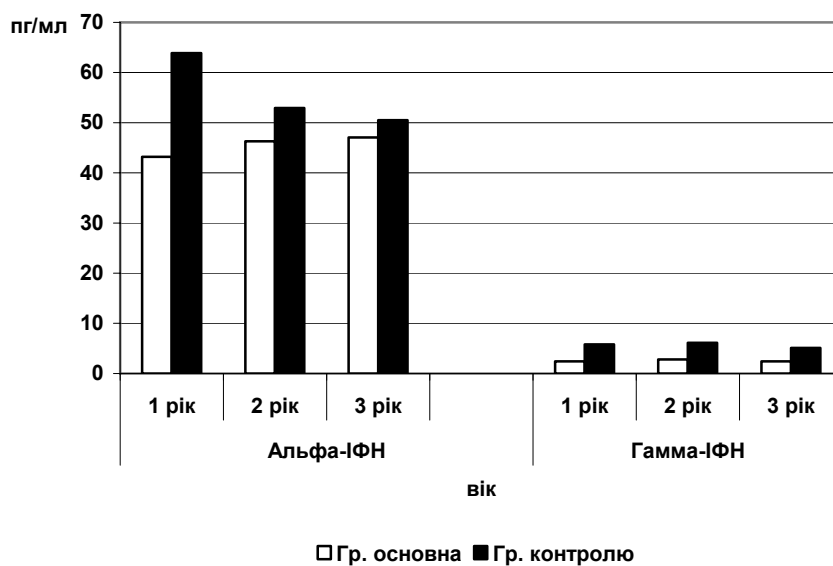


Рис. 3. Вікові особливості продукції сироваткових альфа- та гамма-інтерферонів у дітей

За допомогою регресійного аналізу ми виявили фактори, які можуть впливати на профілактичну ефективність застосування анаферону дитячого. Згідно отриманим даним найбільш ефективним застосування анаферону було у дітей з постійно високими показниками фагоцитарної активності нейтрофілів; у дітей, матері яких переносили урогенітальні інфекції під час вагітності; у дітей, що мають тенденцію до затяжного перебігу ГРВІ.

ПІДСУМОК

Таким чином, діти раннього віку, які виховуються в інтернатних закладах закритого типу, в більшості своїй - соціальні сироти, що потрапляють до установи переважно на 1-му році життя і мають численні порушення стану здоров'я:

затримку фізичного та психомоторного розвитку, неврологічні розлади, уроджені вади, високий індекс стигматизації, фонові стани. Респіраторні захворювання у цього контингенту носять ускладнений та тривалий перебіг на тлі незрілої системи клітинного, гуморального імунітету, зниження активності неспецифічного захисту, недосконалого інтерферонуутворення. Це вимагає комплексного підходу до реабілітації дітей за допомогою фізіотерапевтичних методів, ЛФК, масажу, медично-соціальної педагогіки, а також раціональної профілактики респіраторних інфекцій. Анаферон дитячий є безпечним та може застосовуватись у вихованців раннього віку інтернатних закладів для профілактики ГРВІ та їх несприятливого перебігу.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гордиенко С.М. Сравнительная оценка результатов теста восстановления нитросинего тетразолия при микроскопическом и спектрофотометрическом вариантах метода с различными солями тетразолия // Лаб. дело. - 1983. - №2. - С. 21-24.

2. Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років: Наказ МОЗ України від 20.03.2008 р. № 149.

3. Клиническая эффективность профилактического действия Анаферона у детей раннего возраста из

различного социального окружения / Козакова Т.В., Самсыгина Г.А., Фомина В.Л. и др. // Педиатрия. – 2004 - №6. – С.42-46.

4. Лимаренко М.П. Особенности гипотрофии у детей – воспитанников дома ребенка // Здоровье ребенка – 2007 - №1 – С. 37- 40.

5. Определение субпопуляций Т- и В-лимфоцитов в крови человека иммунофлюоресцентным методом / В.Х. Хавинсон, Т.Н. Карачунова, В.Г. Морозов, Л.А. Кожемякин // Лаб. дело. – 1989. – № 9. – С. 58-61.

6. Состояние здоровья и принципы реабилита-

ции детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки / Коренев Н.М., Лебец И. С., Моисеев Р.А. та ін. // Современная педиатрия.- 2004. - №2.- С.24-28.

7. Cellular responses to interferon-gamma / Boehm U., Klamp T., Groot N. et al. // Ann. Rev. Immunol. – 1997. – Vol. 15, N 6. – P. 749-759.

8. Eriksson M., Bennet R., Nilsson A. Wheezing following lower respiratory tracts infection with respiratory syncytial virus and influenza A in infancy // Pediatr. Allergy Immunol. – 2000. – Vol.11, N 3. – P.193-197.



УДК 161.314.17-036.1-08:612.017

А.Ю. Кривс

ІМУНОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЕФЕКТИВНОСТІ МІСЦЕВОГО І СИСТЕМНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЦИКЛОФЕРОНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра терапевтичної стоматології та стоматології інтернів
(зав. – д. мед. н., проф. А.В. Самойленко)*

Ключові слова: генералізований пародонтит, імунітет, імуномодулююча терапія інтерферонагенами, ефективність лікування

Key words: generalized periodontitis, immunity, immunomodulating therapy with interferogens, treatment efficacy

Резюме. В работе представлены результаты проведенных клинических и иммунологических исследований, полученные в процессе комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита с использованием различных способов и доз интерферогенного препарата циклоферона. Установлено, что оптимизация терапии достигается совместным местным и системным назначением названного иммуномодулятора как в обычных, так и сниженных дозах. Отмечено, что редукция клинических признаков болезни при использовании разработанных схем иммуномодулирующей терапии в комплексном лечении у больных хроническим генерализованным пародонтитом наступает раньше и достигается в 90% случаев, а в последующем клинико-рентгенологическая стабилизация состояния тканей пародонта – у 88,9% пациентов.

Summary. In the work the results of performed clinical and immunologic researches obtained in the process of a complex chronic generalized periodontitis treatment, using different means and doses of interferonogenic agent-cyclopheron are presented. It was defined that therapy optimization is achieved by a combined topical and systemic administration of the above-mentioned immunomodulator both in general and reduced doses. While using worked out schemes of immunomodulating therapy in a complex treatment of generalized periodontitis it was noted, that reduction of clinical signs of the disease begins earlier in 90% of cases; clinical-roentgenologic stabilization of parodontium tissues occurs in 88,9% of patients.

Запальні захворювання пародонта є актуальною проблемою практичної стоматології. Серед них – генералізований пародонтит, який належить до масових хвороб людини, ефективно лікування якого досить складне, оскільки на сучасному етапі відмічаються якісні зміни його клінічного перебігу. Спостерігається тенденція

до збільшення кількості хронічних форм захворювання, що нерідко характеризуються малосимптомним перебігом [2, 7].

У наш час встановлено зв'язок розвитку і перебігу генералізованого пародонтиту з недостатністю імунного захисту організму.

Відомо, що порушення імунної реактивності у