

• Заснований у грудні 1994 року

• Виходить 4 рази на рік

• Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України»

УДК 616.31(05)

ISSN 2078-8916

Редакційна колегія:

С. А. Шнайдер - головний редактор
А. П. Левицький - науковий редактор
А. Г. Гулюк
О. В. Деньга
В. А. Лабунець
В. Я. Скиба
О. І. Сукманський
Т. П. Терешина
Л. Д. Чулак
И. К. Новицька
О. Е. Рейзвіх – відповідальний секретар редакції

Редакційна рада

А. В. Алімський (Москва, Росія)
С. Г. Безруков (Сімферополь, Україна)
А. В. Борисенко (Київ, Україна)
Г. Ф. Білолицька (Київ, Україна)
В. С. Бурдейний (Одеса, Україна)
С. І. Жадько (Сімферополь, Україна)
В. Н. Ждан (Полтава, Україна)
Є. Н. Дичко (Дніпропетровськ, Україна)
Г. Ф. Катурова (Харків, Україна)
В. І. Куцевляк (Харків, Україна)
Jan P. van Hove (Голандія)
Alex Mersel (Ізраїль)
Borislav Milanov (Софія, Болгарія)
В. К. Леонтєв (Москва, Росія)
П. А. Леус (Мінськ, Республіка Білорусь)
В. О. Маланчук (Київ, Україна)
В. Ф. Максим (Львів, Україна)
І. С. Мащенко (Дніпропетровськ, Україна)
О. В. Павленко (Київ, Україна)
Г. Н. Пахомов (Женева, Швейцарія)
Н. І. Смоляр (Львів, Україна)
М. М. Угрин (Львів, Україна)
Л. В. Харьков (Київ, Україна)
Л. О. Хоменко (Київ, Україна)
А. В. Цимбалістов (Санкт-Петербург, Росія)
О. О. Челяпін (Харків, Україна)
В. Н. Горохівський (Одеса, Україна)
В. П. Неспрядько (Київ, Україна)
І. К. Новицька (Одеса, Україна)

Засновники журналу

Державна Установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України»
Асоціація стоматологів України
Комунальна установа «Одеська обласна клінічна стоматологічна поліклініка»

Журнал зареєстровано

7 грудня 1994 року, свідоцтво: серія КВ, №1110

Мова видання

Українська, російська та англійська

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт (Постанова президії ВАК України, №1328 від 21.12.2015)

Журнал «Вісник стоматології» реферується Інститутом проблем реєстрації інформації НАН України

Журнал обробляється та відображається в Українському реферативному журналі «Джерело»

Журнал індексується в системі Google Scholar

Електронна версія журналу представлена на сайті НБУ ім. В. І. Вернадського

Журнал представлений в базі даних РИНЦ (Наукова електронна бібліотека РФ)

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради ДУ «ІСЦЛХ НАМН» від 26.02.2018 р.

Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях фактів, цитат, статистичних та інших даних несуть автори

Технічний редактор

Г. Є. Кудлюк

Літературний редактор

Н. В. Мозгова

Макет і комп'ютерна верстка

Г. Є. Кудлюк

Адреса редакції

65026, Одеса,

вул. Рішельєвська, 11

тел. (048) 704-46-49, тел./факс (048) 728-24-84,

Державна установа «Інститут стоматології ЦЛХ НАМН»

E-mail: visnyk@email.ua, www.visnyk.od.ua

Передплатний індекс 74108

- Stebljanko A.A., Grigorova A.A.** Dynamics of hematological indices of patients with acute purulent odontogenic periostitis of jaws 75

PEDIATRIC DENTISTRY

- Den'ga O.V., Gorohovskij V.V., Balega M.B.** A comprehensive treatment of the sensitive teeth in children and young adults 80
- Kliuchka Ye. O.** Features of the influence of menstrual dysfunction on periodontal tissues in adolescent girls 84
- Koval Yu. N., Novikova Zh. A., Schneider S.A.** The results of treatment of chronic generalized catarrhal gingivitis in children drug "sinupret" in the background of chronic tonsillitis 88
- Lahoda L.S.** Communication of the effects of effects of carbons with somatic pathology in children residing on environmentally polluted territories 93
- Melnyk V.S., Horzov L.F., Zombor K.V.** The prevalence of dentognathic anomalies and the state of teeth hard tissues and periodontium disease in children 6-15 years old in Uzhhorod. 97

EPIDEMIOLOGY, ORGANIZATION, HISTORY

- Expert problem commission of Ministry of Health and NAMS of Ukraine "Stomatology" reports:** 102
- Skiba V. Y., Ivanov V. S.** The analysis of work of the expert problem commission of MH And NAMS of Ukraine «dentistry» during 2017 year 106

gravates the course of periodontal tissue diseases. *Implantologija, Parodontologija, Osteologija*. 2008;2(10):98-102.

5. Fjodorov Ju. A., Tumanova S. A., Leonova E. V., Rubezhova N. V., Kibrocashvili I. A., Abramova N. E. Povyshennaja chuvstvitel'nost' zubov. *Klinicheskaja kartina, diagnostika i lechenie* [Hypersensitivity of teeth. Clinical picture, diagnosis and treatment]. SPb.: SPbMAPO; 2010:56.

6. Fedorov Ju.A., Drozhzhina V.A. Clinic, diagnosis and treatment of non-carious lesions of teeth. *Novoe v stomatologii*. 1997;10:145.

7. Gorohovskij V.V., Makarenko O.A., Shpak S.V. Experimental modeling of the demineralization of hard dental tissues. *Modern science-moderni veda*. 2016;6:111-118.

Надійшла 22.02.18



УДК 016.314:614.253.2:612.31

Є. О. Ключка

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Порушення менструальної функції (ПМФ) у дівчат-підлітків сприяє розвитку більш тяжких форм запальних захворювань пародонта і більш виражених проявів запального процесу в тканинах пародонта. Показано, що ПМФ призводить до зниження мінералізуючої функції слини, збільшення ступеня дисбіозу ротової порожнини на фоні зниження місцевих (sIgA) і загальних (вміст електрофоретично рухомих ядер букального епітелію) механізмів неспецифічної резистентності організму.

Ключові слова: порушення менструальної функції, дівчата-підлітки, запальні захворювання пародонта.

Є. О. Ключка

Харьковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Нарушение менструальной функции (НМФ) у девочек-подростков благоприятствует развитию более тяжелых форм воспалительных заболеваний пародонта и более выраженных проявлений воспалительного процесса в тканях пародонта. Показано, что НМФ приводят к снижению минерализующей функции слю-

ны, увеличению степени дисбиоза ротовой полости на фоне снижения локального уровня sIgA и числа электрофоретически подвижных ядер букального эпителия (показатели неспецифической резистентности организма).

Ключевые слова: нарушения менструальной функции, девочки-подростки, воспалительные заболевания пародонта.

Ye. O. Kliuchka

Kharkiv National Medical University

FEATURES OF THE INFLUENCE OF MENSTRUAL DYSFUNCTION ON PERIODONTAL TISSUES IN ADOLESCENT GIRLS

The aim. Currently there is no available data on the features of the course of inflammatory processes in parodontium in adolescent girls with menstrual dysfunction (MD), which makes it important to study the nature of the effect of MD on the development and course of inflammatory parodontal diseases in this contingent of patients.

The materials and methods. In two groups of adolescent girls with inflammatory parodontal diseases (the main group with MD and the control group without MD) were studied: structure and severity of parodontal inflammatory diseases; state of oral cavity hygiene; content of total calcium and sIgA in saliva; presence of dysbiotic processes in the oral cavity using the enzyme method, and also determination of cytobiophysical potential of buccal epithelium nuclei.

The findings. MD in adolescent girls contributes to development of more severe forms of inflammatory parodontal diseases and more evident manifestations of inflammatory process in parodontal tissues. It has been established that MD leads to disruption of mineralizing function of saliva (decrease in the level of total calcium), increase in oral cavity dysbiosis, accompanied by decrease in the local (sIgA) and general (content of electrophoretically mobile nuclei of buccal epithelium) mechanisms of nonspecific resistance of the organism.

Key words: menstrual dysfunction, adolescent girls, inflammatory parodontal diseases.

Порушення менструальної функції (ПМФ) в підлітковому віці стає все більш актуальною проблемою [1-5]. Оскільки дана проблема посеред інших має загальні провокуючі фактори, вона не обмежується тільки гінекологічними проявами.

Однією з найбільш актуальних проблем стоматології є запальні захворювання пародонта, в тому числі в підлітковому віці [6-8].

В доступній літературі відсутні дані щодо особливостей перебігу запальних процесів у пародонті на фоні ПМФ у дівчат-підлітків.

Отже, стан тканин пародонта в дівчат-підлітків з ПМФ потребує детального дослідження, щоб виявити можливий вплив ПМФ на розвиток і перебіг запальних захворювань пародонта в даного контингенту хворих.

Мета дослідження. Вивчення характеру впливу ПМФ у дівчат-підлітків на структуру, особливості перебігу запальних захворювань пародонта і стан тканин пародонта.

Матеріали і методи дослідження. Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 60 дівчат-підлітків у віці 12-17 років з наявністю запальних захворювань пародонта в альтернативних групах: а) до основної групи (n=30) увійшли хворі з ПМФ; б) контрольна група (n=30) складалася із пацієнок без ПМФ.

Діагностику захворювань пародонта здійснювали згідно класифікації захворювань пародонта, запропонованої М. Ф. Данилевським та співав. (1994).

При клінічному дослідженні тканин пародонта оцінювали стан гігієни порожнини рота за допомогою індексів гігієни Федорова-Володкіної (1971) [6] і спрощеного індексу Green-Vermilion (1960) [6]. Тяжкість і розповсюдженість запальних змін визначалися за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА в модифікації Рагма (1960) і папілярного індексу кровоточивості Mühlemann-Saxer (1975) [6].

Мінералізуюча функція слини оцінювалася шляхом визначення концентрації загального кальцію в ротовій рідині фотометричним методом за допомогою діагностичних тестів фірми «Human».

Для визначення дисбіотичних порушень в порожнині рота використовували ферментативний метод за А. П. Левицьким (2007) [9].

Стан локального імунітету вивчався за допомогою визначення вмісту в слині sIgA за Н. Mancini (1965), а неспецифічної резистентності організму – за допомогою параметрів цитобіофізичного потенціалу ядер букального епітелію за методом В.Г. Шахбазова (1986) [10].

Достовірність відмінностей між групами визначалася за допомогою непараметричного метода статистики – метода кутового перетворення ф Фішера (С.В. Гублер, 1978) [11].

Результати дослідження та їх обговорення. При вивченні структури запальних захворювань пародонта в групах встановлено, що домінуючою патологією в обох групах виявлено хронічний катаральний гінгівіт, який діагностовано в 93,3 % пацієнтів контрольної групи і в 1,4 раза рідше (66,7 %; $p < 0,05$) у хворих основної групи.

Гіпертрофічний гінгівіт був характерним для основної групи, тому що був діагностований

тільки в цій групі (10 %) і не визначався в контролі (0 %).

При аналізі розподілення частки хворих в групах в залежності від тяжкості хронічного катарального гінгівіту виявлено, що легкий перебіг захворювання був характерний для контролю і в 1,9 разів частіше ($p < 0,05$) зустрічався (57,1 %), аніж в основній групі (30 %).

Середньотяжкий перебіг захворювання виявлено у 36,7% хворих контрольної групи і в 1,9 разів частіше (70 %, $p < 0,05$) в основній групі.

Що стосується важкого перебігу гінгівіту, то частка таких хворих в основній групі склала 10 %, а в контрольній групі в 3 рази рідше (3,8 %; $p > 0,05$).

Серед хворих з хронічним пародонтитом встановлено, що як локалізована, так і генералізована його форми відмічені в однаковій частині (3,3 %) пацієнтів контрольної групи. В основній групі локалізована форма хронічного пародонтиту зустрічалася в 3 рази частіше (10 %), а генералізований пародонтит I ступеня в 4 рази (13,3 %) частіше, аніж в контролі.

Отримані результати свідчать про те, що ПМФ сприяє розвитку більш тяжких форм запальних захворювань пародонта в дівчат-підлітків.

Визначення гігієни порожнини рота обстежуваних показало, що гарна або задовільна гігієна порожнини рота мала місце у 1/5 хворих обох груп. У половини пацієнтів встановлено незадовільну гігієну порожнини рота, а у 1/3 хворих діагностовано погану або дуже погану гігієну порожнини рота. При цьому достовірних відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$). Останнє свідчить про те, що виявлені відмінності в групах відносно тяжкості запальних захворювань пародонта зумовлені ПМФ.

При порівнянні ступеню вираженості запалення в яснах за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) встановлено, що легкий ступінь запалення відмічено у 40% хворих контролю і дещо менше (у 30 %, $p > 0,05$) в основній групі. Подібну тенденцію визначено і відносно запалення середньої тяжкості (відповідно у 46,7 % і 36,7 %; $p > 0,05$). Що стосується важкого запалення ($\text{РМА} \geq 61\%$), то воно достовірно частіше (в 2,9 рази; $p < 0,05$) визначалося у пацієнтів основної групи (відповідно у 13,3 % і 33,3 % хворих).

Аналіз даних індексу кровоточивості показав, що в контролі кровотеча була відсутня у 60 % хворих, а в основній групі в 2,6 рази рідше (23,3 %; $p < 0,01$). Окремі точкові кровотечі (1 бал) в 1,7 разів частіше ($p < 0,05$) діагностувалися в основній групі, ніж в контролі (відповідно у 56,7 % і 33,3 %). Що стосується виражених проявів кровоточивості судин ясен (2, 3 і 4 бали), то

в контролі частка таких хворих була незначною і склала 6,7 %, а в основній групі в 3 рази більше (19,9 %; $p > 0,05$).

Отже, ПМФ суттєво посилює активність запалення в тканинах пародонта, потенціюючи при цьому патологічні процеси в судинному руслі ясен, що проявляються підвищеною кровоточивістю.

Дослідження вмісту кальцію в слині хворих показало, що помірне або виражене його зниження ($\leq 0,70$ ммоль/л) відмічено у 30 % пацієнтів контролю і в 2 рази частіше в основній групі (у 63,3 %; $p < 0,05$). Незначне зниження вмісту ка-

льцію (0,71-0,90 ммоль/л) виявлено в рівній долі у 1/3 хворих обох груп ($p < 0,05$), а нормальний вміст кальцію в слині ($\geq 0,91$ ммоль/л) діагностовано у 33,3% пацієнтів контролю і в 5 разів рідше (у 6,7 %; $p < 0,05$) в основній групі. Отже, ПМФ сприяє зниженню мінералізуючої функції слини, що може негативним чином відобразитися на мінеральній щільності кісткових тканин пародонта.

Значення показників, що визначають ступінь дисбіозу порожнини рота в групах, наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих в групах в залежності від значень показників дисбіоза порожнини рота

№	Показники	Градації показника	Контроль, n=30		Основна група, n=30		P
			абс.	%	абс.	%	
1.	Уреаза в слині, мк-кат/л	$\leq 0,10$	9	30	4	13,3	$> 0,05$
		0,11-0,13	10	33,3	8	26,7	$> 0,05$
		$\geq 0,14$	11	36,7	18	60	$< 0,05^*$
2.	Лізоцим в слині, од/л	≤ 40	8	26,7	18	60	$< 0,05$
		41-50	17	56,7	11	36,7	$> 0,05$
		≥ 51	5	16,6	1	3,3	$< 0,05^*$
3.	Ступінь дисбіозу, ум.од.	$\leq 1,30$	3	10	0	0	$< 0,05$
		1,31-2,0	12	40	4	13,3	$< 0,05$
		2,1-4,0	11	36,6	14	46,7	$> 0,05$
		$\geq 4,1$	4	13,4	12	40	$< 0,05$

Примітка: * - однобічний критерій.

Із таблиці 1 витікає, що нормативні значення уреаз ($\leq 0,10$ мккат/л), що визначає мікробну контамінацію порожнини рота, відмічені у 30% хворих контролю і в 2,2 рази рідше (у 13,3 %; $p > 0,05$) в основній групі.

Незначне підвищення активності ферменту (0,11-0,13 мк-кат/л) визначалося у приблизно рівній (у 1/3) долі хворих, а помірне або виражене підвищення активності уреаз ($\geq 0,14$ мк-кат/л) достовірно частіше (в 1,6 разів; $p < 0,05$) виявлялося в основній групі. Ці дані вказують на більшу мікробну контамінацію порожнини рота у хворих з ПМФ.

На ступінь бактеріальної контамінації порожнини рота впливає активність ферменту лізоциму, що має антибактеріальну дію. Зниження рівню лізоциму в слині (≤ 40 од/л) відмічено у 26,7 % пацієнтів контролю і в 2,2 рази частіше (у 60 %; $p < 0,05$) в основній групі.

Внаслідок вищевказаного співвідношення рівнів уреаз і лізоциму встановлено суттєві відмінності в групах і відносно показників ступеню дисбіозу. Так, нормативні його значення ($\leq 1,30$ ум.од.) не зустрічалися в основній групі, а в контролі частка таких хворих склала 10 % ($p < 0,05$).

Незначні прояви дисбіозу (1,31-2,0 ум.од.) також були характерні для хворих контрольної групи і в 3 рази частіше ($p < 0,05$) визначалися в них, ніж в основній групі. Помірний ступінь дисбіозу (2,1-4,0 ум.од.) діагностовано у 36,6 % хворих контролю і дещо частіше (46,7 %; $p > 0,05$) в основній групі, а виражені прояви дисбіозу ($\geq 4,1$ ум.од.) в 3 рази частіше ($p < 0,05$) виявлялися в основній групі. Звідси витікає, що ПМФ викликає більш значимий дефіцит продукції нейтрофілами порожнини рота лізоциму, що призводить до збільшення його бактеріальної контамінації і розвитку більш вираженого, ніж контроль, запалення в тканинах пародонта.

Прояву дисбіозу порожнини рота може сприяти зниження як місцевої, так і системної резистентності організму. Визначення вмісту sIgA в слині показало (табл. 2), що зниження його рівня ($\leq 0,30$ мг/л) в 2 рази частіше ($p < 0,05$) визначалося в основній групі.

Поряд з порушенням місцевого захисту у хворих основної групи в 2 рази частіше ($p < 0,05$) виявлялося зниження загальної резистентності організму, що було визначено за часткою електрофоретично рухомих ядер букального епітелію.

Таблиця 2

Розподіл хворих в групах в залежності від значень показників місцевої і системної резистентності організму

№	Показники	Градації показника	Контроль, n=30		Основна група, n=30		P
			абс.	%	абс.	%	
1.	sIgA, мг/л	≤0,30	8	26,7	16	53,3	<0,05
		0,31-0,40	14	46,6	12	40	>0,05
		≥0,41	8	26,7	2	6,7	<0,05
2.	Електрофоретично рухомі ядра букального епітелію, %	≤40	6	20	13	43,3	<0,05
		41-50	15	50	15	50	>0,05
		≥51	9	30	2	6,7	<0,05

Висновки. 1. ПМФ сприяє розвитку більш тяжких форм запальних захворювань пародонта у дівчат-підлітків, а саме: гіпертрофічного гінгівіту і хронічного пародонтита.

2. У дівчат-підлітків з ПМФ встановлено більш виражені прояви запального процесу в тканинах пародонта за даними папілярно-маргінального індексу і індексу кровоточивості.

3. ПМФ у дівчат-підлітків викликає достовірне зниження у порівнянні з контролем мінералізуючої функції слини.

4. У дівчат-підлітків з ПМФ у порівнянні з контролем встановлено більш виражені прояви дисбіозу ротової порожнини на фоні зниження місцевих (рівень лізоциму і sIgA) і загальних (вміст електрофоретично рухомих ядер букального епітелію) факторів неспецифічної резистентності організму.

Список літератури

1. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: руководство для врачей / Ю. А. Гуркин. – СПб: ИКФ Фолиант, 2000. – 574 с.
2. Богданова Е. А. Репродуктивное здоровье девочек-подростков с ожирением. Руководство по гинекологии детей и подростков. Под ред. В. И. Кулакова, Е. А. Богдановой / Е. А. Богданова, Н. И. Кан. – М.: Триада – Х., 2005. – С. 305-331.
3. Амбарцумян Т. Ж. Особенности нарушений менструальной функции у девочек-подростков с дисфункцией щитовидной железы: автореф. дис. на соискание учен.степени канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Стоматология» / Амбарцумян Татевик Жоржиковна. – Волгоград, 2007. – 25 с.
4. Дынный В. А. Особенности гормонального обеспечения аномальных маточных кровотечений в подростковом возрасте в современном социуме и негормональные методы лечения / В. А. Дынный, Н. А. Щербина, А. А. Дынный // Здоровье женщины. – 2014. – № 5(91). – С. 136-140.
5. Bevan I. A. Bleeding disorders: a common cause of menorrhagia in adolescents / I. A. Bevan, K. W. Maloney, C. A. Hillery // J. Pediatrics. – 2001. – V.138, № 6. – P. 865-871.
6. Белоклицкая Г. Ф. Значение объективных клинических индексов в пародонтальной диагностике / Г. Ф. Белоклицкая, А. А. Пети, Л. Г. Сандыга // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – 1999. – Вип.8. – С. 484-492.
7. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко // Киев: Здоровье, 2000. – 464 с.

8. Белоклицкая Г. Ф. Влияние гигиенического комплекса Colgate® на пародонтальный статус и уровень бактериальной обсемененности биотопа пародонтального кармана у больных генерализованным пародонтитом в стадии обострения / Г. Ф. Белоклицкая, О. В. Ашаренкова, М. М. Богданова // Современная стоматология. – 2011. – № 3(57). – С. 3-7.

9. Ферментативный метод определения дисбиоза полости рта для скрининга про- и пребиотиков: методические рекомендации / А. П. Левицкий, О. А. Макаренко, И. А. Селиванская [и др.]. – К.: ГФЦ, 2007. – 22 с.

10. Шахбазов В. Г. Новый метод определения биологического возраста человека / В. Г. Шахбазов, Т. В. Колупаева, А. Л. Набоков // Лабораторное дело. – 1986. – № 7. – С. 404-406.

11. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. – Л.: Медицина, 1978. – 294 с.

REFERENCES

1. Gurkin Yu. A. *Ginekologija podrostkov: rukovodstvo dlia vrachei* [Gynecology of adolescents: doctors' manual]. St. Petersburg, IKF Foliant, 2000: 574.
2. Bogdanova Ye. A., Kan N. I. *Reproduktivnoe zdorove devochek-podrostkov s ozhireniem. Rukovodstvo po ginekologii detei i podrostkov* [Reproductive health of adolescent girls with obesity. Guidance on gynecology of children and adolescents]. Ed. V.I.Kulakov, Ye.A.Bogdanova. M., Triada-H., 2005: 305-331.
3. Ambartsumian T. Zh. *Osobennosti narushenii menstrualnoi funktsii u devochek-podrostkov s disfunktsiei shchitovidnoi zhelezy* [Peculiarities of menstrual dysfunction in adolescent girls with thyroid dysfunction]. Abstract of the dissertation cand. med. Sciences. Volgograd, 2007: 25.
4. Dynnik V. A., Shcherbina N. A., Dynnik A. A. Features of hormonal maintenance of abnormal uterine bleeding in adolescence in modern society and nonhormonal methods of treatment. *Zdorove zhenshchiny*. 2014; 5(91): 136-140.
5. Bevan I. A., Maloney K. W., Hillery C. A. Bleeding disorders: a common cause of menorrhagia in adolescents. *J. Pediatrics*, 2001; 138(6): 865-871.
6. Beloklitskaya G. F., Peti A. A., Sandyga L. G. *Znachenie obiektivnykh klinicheskikh indeksov v parodontalnoi diagnostike* [The value of objective clinical indices in periodontal diagnostics]. Collected scientific works KMAPE named after P. L. Schupyka. 1999; 8: P.484-492.
7. Danilevskiy N. F., Borisenko A. V. *Zabolevaniya parodonta* [Periodontal diseases]. Kiev: Zdorov'ya, 2000: 464.
8. Beloklitskaya G. F., Asharenkova O. V., Bogdanova M. M. Influence of the Colgate® hygienic complex on the periodontal status and the level of bacterial contamination of the biotope of the periodontal pocket in patients with generalized periodontitis in the acute stage. *Sovremennaiia stomatologija*. 2011;

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. *Laboratornoye delo*. 1986; 7: 404-406.

11. **Gubler E. V.** *Uchislitelnye 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. Новикова, С. А. Шнайдер

Одесский национальный медицинский университет

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

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

втом, на тлі хронічного тонзиліту, рослинним препаратом «Імупрет» (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 імуномодулюючі 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, «Імупрет».

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