

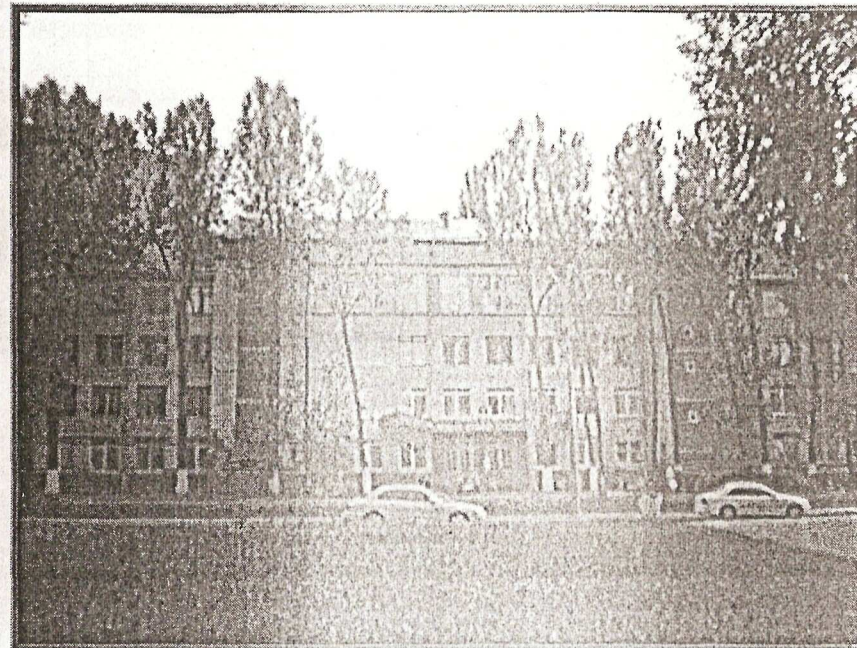
**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО
імені П.Л. ШУПИКА**

ВИПУСК 19
КНИГА 3

Київ - 2010

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА



ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
СПІВРОБІТНИКІВ НМАПО
імені П.Л. Шупика

ВИПУСК 19
КНИГА 3

Київ – 2010

УДК: [616-073.916+616-056.3] (061)
ББК: [53.6+54.1] з-41

Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика
Київ, 2010 р. - 952 с.

19 випуск збірника наукових праць виходить у вигляді 4 книг. В третій книзі висвітлені актуальні питання серцево-судинної хірургії, кардіології, терапії, акушерства і гінекології, педіатрії, неврології, офтальмології, фтизіатрії, клінічної імунології та алергології, судової медицини, стоматології, гематології і трансфузіології, інфекційних хвороб, фармації та наукові роботи молодих вчених.

Збірник розрахований на хірургів, кардіологів, терапевтів, гінекологів, педіатрів, неврологів, офтальмологів, фтизіатрів, імунологів, алергологів, стоматологів, гематологів, лікарів судової медицини, інфекційних хвороб, фармацевтів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

Головний редактор: член-кор. НАМН України, професор Ю.В. Вороненко

Науковий редактор: д.мед.н., професор І.С. Зозуля

Редакційна колегія: Л.Я. Бабиніна - д.мед.н., проф.; Г.В. Бекетова - д.мед.н., проф.; В.В. Бережний - д.мед.н., проф.; В.І. Біда - д.мед.н., проф.; О.І. Білогорцева - д.мед.н., проф.; Г.Ф. Білоклицька - д.мед.н., проф.; В.О. Бобров - член-кор. НАМН України, проф.; М.І. Борщевська - д.мед.н., проф.; Ю.П. Вдовиченко - д.мед.н., проф.; Н.О. Ветютнева - д.мед.н., проф.; С.В. Видиборець - д.мед.н., проф.; А.П. Волоха - д.мед.н., проф.; Р.М. Вітовський - д.мед.н., проф.; Т.І. Гавриленко - д.мед.н., проф.; С.М. Гайдукова - д.мед.н., проф.; В.В. Гебеш - д.мед.н., проф.; Ю.І. Головченко - д.мед.н., проф.; Р.І. Гош - к.біол.н., с.наук.с.; О.М. Гриценко - д.мед.н., проф.; С.А. Гусева - д.мед.н., проф.; Л.Л. Давтян - д.мед.н., проф.; І.В. Дзюблик - д.мед.н., проф.; О.Я. Дзюблик - д.мед.н., проф.; М.М. Долженко - д.мед.н., проф.; О.І. Жарінов - д.мед.н., проф.; В.А. Загорій - д.мед.н., проф.; К.М. Ігрунова - д.мед.н., проф.; В.К. Казимирко - д.мед.н., проф.; Г.П. Козинець - д.мед.н., проф.; В.В. Камінський - д.мед.н., проф.; В.М. Коваленко - член-кор. НАМН України, проф.; О.Є. Коваленко - д.мед.н., проф.; Ю.М. Кондратенко - д.мед.н., проф.; Р.С. Коритнюк - д.мед.н., проф.; Г.В. Книшов - академік НАМН України, проф.; В.М. Кузнецов - д.мед.н., проф.; Л.В. Кузнецова - д.мед.н., проф.; В.І. Мамчич - д.мед.н., проф.; Є.Л. Мачерет - член-кор. НАМН України, проф.; В.Д. Мішалов - д.мед.н., проф.; О.М. Охотнікова - д.мед.н., проф.; О.В. Павленко - д.мед.н., проф.; В.І. Паламарчук - д.мед.н., проф.; М.Є. Пономаренко - д.мед.н., проф.; А.П. Радзіховський - д.мед.н., проф.; С.О. Риков - д.мед.н., проф.; Д.В. Самарін - д.мед.н., проф.; В.П. Сільченко - д.мед.н., проф.; М.М. Сергієнко - член-кор. НАМН України, проф.; О.В. Ткаченко - д.мед.н., проф.; О.О. Тимофєєв - д.мед.н., проф.; Ю.І. Фещенко - академік НАМН України, проф.; Н.В. Харченко - д.мед.н., проф.; Л.І. Чернишова - д.мед.н., проф.; Н.І. Швець - д.мед.н., проф.; Н.М. Шуба - д.мед.н., проф.; Є.Є. Шунько - д.мед.н., проф.; Ю.П. Шупик - д.мед.н., проф.; О.М. Юзько - д.мед.н., проф..

РЕКОМЕНДОВАНО

Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України
Протокол №6 від 16.06.10 р.

АТЕСТОВАНО

Вищою атестаційною комісією України:

медичні, фармацевтичні науки

Затверджено постановою президії ВАК України від 10.02.2010 р. № 1-05/1

Відповідальна за комплектування, редагування та випуск: к.біол.н., с.наук.с. Р.І. Гош
Комп'ютерне упорядкування та верстка: І.І. Кондрачук, В.П. Кондрачук

Рецензенти: В.Г. Коляденко - член-кор. АПН України, професор;
М.М. Сергієнко - член-кор. НАМН України, професор.

Редакційна колегія зберігає авторський текст без істотних змін, звертаючись до коректування в окремих випадках.

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори.

ISBN 978-966-391-084-0

© Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE

NATIONAL MEDICAL ACADEMY FOR POSTGRADUATE
EDUCATION NAMED AFTER P.L. SHUPYK

COLLECTION
OF SCIENTIFIC WORKS
of STAFF MEMBERS
of P.L. SHUPYK
NMAPE

EDITION 19
BOOK 3

Kyiv – 2010

НАУКОВІ ПРАЦІ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ФЛАВОЗІД ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЕРПЕСУ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Антонова Н.М., Савичук Н.О.

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика,
Інститут стоматології.

Резюме. У статті за результатами власних досліджень надано дані про використання вітчизняного противірусного препарату рослинного походження Флавозід для лікування асоційованих і моно-форм гострої герпетичної інфекції та для превентивної проти рецидивної терапії ГІ у дітей.

Ключові слова: гострий герпес, порожнина рота, діти, моно-інфекція, асоційовані форми герпетичної інфекції, Флавозід, превентивна терапія.

ВСТУП

Герпесвірусні захворювання — група інфекційних хвороб, які викликаються вірусами родини *Herpesviridae*, можуть протікати у вигляді локалізованих, генералізованих, рецидивуючих форм, мають здатність до позитивного персистування в організмі людини та віднесені Комітетом експертів ВОЗ до СНІД-індикаторних хвороб. На думку експертів ВОЗ, наступне століття може стати віком опортуністичних інфекцій, завдяки зростаючому впливу шкідливих факторів навколишнього середовища на організм людини, насамперед на його імунну систему.

Продовжується зростати кількість захворювань, які супроводжуються вторинними імунodefіцитними станами, різними за ступенем тяжкості. Серед численних факторів, які впливають на імунну систему, особлива увага приділяється вірусам сімейства герпесу. Досягнення лабораторної та молекулярної діагностики збільшили вірогідність верифікації діагнозу даної

патології та свідчать про невинне зростання кількості інфікованих серед дорослого та дитячого населення. Герпес-асоційовані захворювання як причина смерті від вірусних інфекцій займають друге місце після ОРВІ [1].

Найбільш імовірним періодом інфікування вірусами герпесу традиційно є дитинство, а найбільш імовірною формою гострого локального ураження — гострий герпес порожнини рота (ГГПР).

Вірусом простого герпесу 1-го типу звичайно інфікуються впродовж перших років життя, частіше у віці від шести місяців до трьох років, коли в організмі дитини зникають антитіла, отримані від матері. До герпес-вірусів також належать HSV1/2, HZV, EBV, CMV, HHV-6, 7 та 8 типу.

Необхідно також урахувати можливість одночасного інфікування людини кількома збудниками родини герпес-вірусів ко- та суперінфекції [4, 6, 10, 11].

Останніми роками все більшого значення в розвитку ГГПР набувають асоційовані форми герпетичної інфекції. В літературних джерелах вітчизняних та зарубіжних авторів багато уваги приділяється лікуванню моно-форм гострого герпесу, але лікування асоційованих форм мало вивчено. Практично не зустрічається публікацій щодо стоматологічних захворювань, викликаних асоціаціями герпес-вірусів [7-9, 12, 14].

Мета дослідження. Вивчити використання препарату Флавозід для лікування гострого герпесу порожнини рота та профілактики рецидивів герпетичної інфекції у дітей.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В умовах Дитячого міського центру профілактики та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота і пародонта м. Києва обстежено 93 дитини віком до 3-х років. В результаті клініко-лабораторного обстеження та визначення маркерів герпетичної інфекції згідно з діючими алгоритмами (Стандарти надання медичної допомоги дітям м. Києва за спеціальністю «Дитяча терапевтична стоматологія» ГУОЗ м.Київ-2004 рік) та відповідно з класифікацією М.Ф. Данилевського [1998, 2000] у всіх обстежених дітей (93 особи, з яких хлопчиків було обстежено 48 осіб, а дівчаток — 45 осіб), був визначений діагноз «гострий герпес порожнини рота».

Ступінь тяжкості захворювання визначали з урахуванням загальних (проявів синдромів інтоксикації, диспепсії, гіпертермії) та місцевих (появи пухирцеві-ерозивних елементів ураження, ознак гінгівіту та лімфаденіту) клінічних ознак, поширеності герпетичної інфекції.

Верифікацію діагнозу здійснювали з використанням методів: ДНК-полімеразного методу — полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з

використанням стандартних діагностичних наборів праймерів НВО «Вектор», визначення вмісту специфічних антитіл класів Ig G та IgM до герпес-вірусів у сироватці крові здійснювали методом імуноферментного аналізу з використанням стандартних наборів реактивів фірми NOVUM DIAGNOSTICA GMBH на імуноферментному аналізаторі STAT FAX 303 PLUS (Німеччина).

Для визначення стану імунної системи обстежених дітей до та після лікування використовували методи імунологічних тестів I-III рівнів. Імунологічні дослідження здійснювали у імунологічних лабораторіях «Діла» м. Київ, вул. Підвисоцького 4-а, поліклініка №1 лікарні №2 та в «Українському лікувально-діагностичному центрі» (ліцензія МЗ України 30028-ЮР).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті аналізу частоти виявлення різних форм гострого герпесу порожнини рота виявлено, що у 35 дітей (37,6%) дітей ГГПР спричинявся моно-формами, а у 58 - (62,4%) – асоціацією герпес-вірусів.

В результаті клініко-лабораторного обстеження 93 дітей, легка форма ГГПР виявлена у 18 (19,3%) дітей, середньо-тяжка у 36 (38,7%), тяжка-39 (41,91%). Легка форма захворювання встановлена у 8 (8,6%) хлопчиків та у 10 (10,7%) дівчаток, середньо-тяжка - у 17 (18,3%) хлопчиків та у 19 (20,4%) дівчаток, тяжка - у 21 (22,6%) хлопчиків та у 18 (19,3%) дівчаток. Таким чином, найбільш поширеним ступенем тяжкості є тяжка форма гострого герпесу порожнини рота, яка складає у 39 осіб (41,9%). Серед хлопчиків тяжка форма зустрічається частіше – у 21 особи (22,6%), рідше у дівчаток-18 (19,3%). Аналіз залежності тяжкості перебігу захворювання від статі не виявив суттєвих відмінностей (табл.1).

Таблиця 1

Розподіл дітей з гострим герпесом порожнини рота в залежності від ступеня тяжкості

	Ступінь тяжкості гострого герпесу порожнини рота					
	легкий		середньо-тяжкий		тяжкий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хлопчики	8	8,6±2,90	17	18,3±4,0	21	22,6±4,34
Дівчатка	10	10,7±3,20	19	20,4±4,18	18	19,3±4,09
Разом	18	19,3±4,09	36	38,7±,05	39	41,9±5,12

В результаті аналізу розподілу пацієнтів з моно- та асоційованими формами герпетичної інфекції порожнини рота в залежності від ступеня

тяжкості достовірних відмінностей в залежності від статі не виявлено (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл дітей з гострим герпесом порожнини рота в залежності від ступеня тяжкості і характеру інфекційного чинника

	Ступінь тяжкості гострого герпесу порожнини рота					
	легкий		середньотяжкий		тяжкий	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Моно-форми гострого герпесу порожнини рота (n=35)						
хлопчики	6	17,14±6,37	4	11,4±5,37	6	17,1±6,36
дівчатка	8	22,8±7,09	8	22,8±7,09	3	8,6±4,74
Разом	14	40±8,28	12	34,3±8,02	9	25,7±7,38
Асоційовані форми гострого герпесу порожнини рота (n=58)						
хлопчики	2	3,4±2,38	13	22,4±5,47	15	25,8±5,74
дівчатка	2	3,4±2,38	11	18,9±5,14	15	25,8±5,74
Разом	4	6,9±3,33	24	41,4±6,47	30	51,7±6,56

Аналіз отриманих результатів дослідження імунологічного статусу в цілому, незалежно від віку, тяжкості перебігу ГГПР у дітей порівняно з контрольною групою показав, що в гострому періоді захворювання на фоні достовірно збільшеної загальної кількості лейкоцитів відмічалось зменшення абсолютної кількості лімфоцитів периферійної крові, зменшення відносної кількості Т-лімфоцитів, достовірно зменшення концентрації Т-хелперів, цитотоксичних лімфоцитів та природних кілерів.

Гуморальна ланка імунітету реагувала збільшенням відсотку активованих природних кілерів на фоні зменшеного рівня імуноглобулінів класів Ig G, М,А. Фагоцитарна ланка характеризувалася зниженням фагоцитарного числа і фагоцитарного індексу. Показник циркулюючих імунних комплексів збільшувався в гострому періоді і повертався до норми після раціонального лікування (табл. 3).

Таблиця 3

Стан показників імунної системи дітей з гострим герпесом порожнини рота залежно від форми герпетичної інфекції до лікування

Назва показника	Пацієнти з ГГПР		Здорові діти (n=18)
	моно-форма ГП (n=20)	асоційована форма (n=35)	
1	2	3	4
Т-лімфоцити CD3%	64±0,08	63,5±0,07	66,5±1,5
(CD3+) абс. кільк.	2,62±0,09	1,80±0,07	1,45±0,12
% цитолітичних Т-лімф. (CD3+CD56+)	7,0±0,42	9,71±0,52	9,35±3,2
% активованих Т-лімф. (CD3+HLA-DR+)	6,04±2,1	11,21±3,6	9,3±3,2
Т-хелперні лімф.	38±0,05	32,93±0,04	43,1±1,6
Абс (CD4+)	1,6±0,03	0,93±0,03	0,96±0,06
%неком.Т-хелп	60±2,8	60,93±3,04	71,4±2,5
Т-супрес.	26±3,2	28,29±2,22	22,7±1,0
АбсТ-супресорно/цитотоксичні лімфоцити (CD3+CD8+)г/л	0,1±0,02	0,81±0,06*	0,44±0,03
Співвідношення CD3+CD4+/CD3+CD8	1,5±0,03	1,19±0,02	1,80±0,08
В-лімф. (CD19+)	14±0,03	13±0,02	17,67±0,02
абс В-лімф	0,6±0,02	0,38±0,02	0,41±0,03
Природні CD16	18±0,02*	18,07±0,02	12,8±1,3
Абс (CD16/56+)	0,7±0,06	0,51±0,03*	0,28±0,02

продовження таблиці

1	2	3	4
% активованих пр.кілерів (CD16/56+CD8+)	27,8±2,03	39,5±4,01*	15,7±2,3
Ig G	8,17±0,17	7,08±0,12	11,2±0,28
IgA	0,92±0,03	0,56±0,02*	1,24±0,1
IgM	0,83±0,12	0,81±0,12	1,10±0,1
ЦИК	0,016±0,01	0,010±0,01	0,011±0,01
Активність фагоцитозу %	32±0,21	33,07±0,34	38,2±0,54
Абсол. кількість	1,57±0,01	1,9±0,02	1,0±0,01
Інтенсивність % фагоцитозу	8,4±0,3	6,78±0,2	6,77±0,21
НСТ-спонт.	10±0,28	13,29±0,34	13,3±0,32
НСТ-стимул.	22±0,34	22,71±0,36	22,77±0,37
Функц. резерв	98,0±0,5	65,33±0,3	101,96±0,64
Активність комплементу	76±0,05	61,93±0,04	80,0±0,06

В залежності від форми герпетичної інфекції призначали схеми противірусної терапії. Для лікування моноформ ГГПР призначалася противірусна терапія з використанням «золотого стандарту» - препаратів групи ацикловіра. Для терапії асоційованих форм ГГПР в залежності від ступеня тяжкості використовували перший противірусний препарат рослинного походження у формі сиропу Флавозід, який в своєму складі має такі активні речовини: 100 мл сиропу містять 2мл протекфлазиду, отриманого з диких злаків *Deschampsia caespitosa* L.(щупак дернистий) та *Calamagrostis epigeios* L.(війник наземний) зі вмістом флавоноїдів.

Фармакологічні властивості. Флавоноїди, які входять до складу препарату мають здатність пригнічувати реплікацію вірусів герпесу людини. При проведенні до клінічних досліджень виявлено активність препарату щодо

вірусів простого герпесу HSV 1 та 2 типів, вірусу Епштейна-Бар (EBV), вірусу HZV. Флавоноїди діють на клітини, які інфіковані вірусами та мають підвищену активність вірус індукованих кіназ, пригнічують активну реплікацію вірусів. Під час доклінічних досліджень встановлено, що препарат дозо залежно стимулює синтез ендогенного α - та γ -інтерферонів, одноразове пероральне приймання призводить до активного синтезу інтерферону до шести діб із піком концентрації на другу добу в селезінці, печінці та головному мозку. Для аналізу впливу вірусів герпесу на імунітет дітей були досліджені імунологічні показники у дітей з ГГПР моно- та асоційованими формами ГІ. Для лікування виявлених вторинних імунодефіцитних станів, що підтверджено клінічними дослідженнями [7,8] ми застосовували препарат Флавозід згідно діючої інструкції з медичного використання реєстраційне свідоцтво №UA/5013/01/01 від 18.08.2006 р.

Аналіз імунологічних показників, проведений залежно від ступеня тяжкості у дітей з ГГПР, як при тяжкій формі перебігу так і при середній ступені тяжкості характеризувався порушеннями імунологічних показників порівняно з контрольною групою. Результати досліджень показали, що немає чіткої залежності між покращенням клінічних проявів ГГПР і нормалізацією імунологічних порушень – при задовільному стані дитини і відсутності клінічних проявів захворювання, імунологічні порушення залишаються досить суттєвими, що зумовлює необхідність диспансерного нагляду за дітьми в амбулаторних умовах з розробленням індивідуального плану профілактичних заходів, а саме превентивної проти рецидивної терапії, якій в повному обсязі відповідає препарат рослинного походження Флавозід, перевагою якого є тривалість застосування в дитячій практиці.

Після пропонованого лікування препаратом Флавозід стан показників імунної системи у дітей з ГГПР суттєво змінився. Інтенсивність фагоцитозу покращилась на 100%, збільшилась кількість Т-лімфоцитів CD3+ з 71,4% до 95%, збільшилась кількість Т-хелперів, а також секреторних імуноглобулінів класів IgG, A до 90%, а Ig M до 85%.

Аналіз динаміки показників В-лімфоцитів та імуноглобулінів класів: G, A та M в сироватці крові, залежності від віку та тяжкості стану у дітей з ГГПР показали, що у дітей з асоційованою ГІ після пропонованого лікування препаратом Флавозід збільшився вміст В-лімфоцитів відносно норми на 15%, у 90% дітей рівень імуноглобулінів G, M, A став відповідати нормі, а дітей зі зниженими показниками імуноглобулінів стало менше 10%.

Аналізуючи інтенсивність фагоцитозу, яка стала відповідно 100%,

ми відмітили збільшення абсолютної кількості фагоцитуючих клітин, функціонального резерву та активності комплементу на 20% (табл.4).

Таблиця 4

Стан показників імунної системи дітей з ГГПР після лікування Флавозидом у дітей з асоційованою формою ГІ

Показники параметрів дослідження	Гр.1 (n=35) до лікування			Пропоноване лікування Гр.1 (n=20)		
	N	↑	↓	N	↑	↓
Т-лімфоцити CD 3%	71,4	8,57	20	95	0	5
% цитолітичних Т-лімф. (CD3+CD56+)	30	70	0	45	55	0
% активованих Т-лімф. (CD3+HLA-DR+)	42,8	57,1	0	70	25	5
Т-хелперні лімф.	65,7	5,71	28,6	90	5	5
% неком. Т-хелп.	50	5	45	35	5	60
Т-супрес.	54,3	8,57	37,1	75	5	20
Співвідношення CD3+CD4+/CD3+CD8	54,3	20	25,7	80	0	20
В-лімф. (CD19+)	54,3	28,6	17,1	70	0	30
Природні CD16	60	40	0	70	30	0
% активованих пр.кілерів (CD16/56+CD8+)	35	65	0	25	75	0
Ig G	80	0	20	90	0	10
IgA	65,7	2,9	31,5	90	5	5
IgM	71,4	5,7	22,9	85	5	10
ЦИК	40	60	10	80	20	0
Активність фагоцитозу	40	10	50	50	0	50
Абсол. кількість	20	10	70	30	0	70
Інтенсивність фагоцитозу	75	20	5	100	0	0
НСТ-спонт.	40	60	0	60	30	10
НСТ-стимул.	75	0	25	60	0	40
Функц. резерв	55	0	45	75	0	25
Активність комплементу	50	0	50	80	0	20

Примітка: N – норма імунологічних показників; ↑ – вище норми; ↓ – нижче норми.

Результати імунологічного дослідження, проведеного через місяць після лікування підтвердили позитивний вплив Флавозиду у дітей з ГГПР, що проявляється у формі відновлення Т-клітинної ланки імунітету за рахунок CD3+, CD16+, Т-хелперів лімфоцитів, Т-супресорів, їх співвідношень та активації цитолітичної активності Т-лімфоцитів (CD3+CD56+).

У 70% дітей спостерігалася нормалізація, а у 30% – підвищення рівня CD16+. Активуючий вплив флавозиду на кілерну активність підтверджується підвищенням відсотка активованих природних кілерів (CD16+/56+) у 75% дітей. Гуморальна ланка імунітету проявляла ознаки стабілізації з нормалізацією питомої ваги В-лімфоцитів (CD19+) у 70% дітей та деяким зниженням активності у 30% дітей. При цьому вміст Ig у сироватці крові відновився до фізіологічної норми у 85-90%.

Цікавим є позитивний дезінтоксикуючий вплив флавозиду, що підтвердився відновленням ЦИК у 80% обстежених дітей.

Повторні результати вірусологічного дослідження виявили зменшення титрів специфічних імуноглобулінів IgG в сироватці крові обстежених дітей до 50%, зникнення IgM. У дітей з моно- та асоційованою формою ГГПР спостерігається формування вторинного постінфекційного імунодефіциту, що проявляється надмірною активацією з ознаками виснаження як клітинної, так і гуморальної ланок імунітету. Виявлені зміни не повністю усуваються за рахунок саморегуляції з використанням моно-терапії протівірусними препаратами селективної дії. Додаткове застосування препарату Флавозід у складі комплексного лікування дітей з моно- і асоційованими формами ГГПР сприяє усуненню ознак вторинного постінфекційного імунодефіциту у терміни, що відповідають формуванню первинної імунної відповіді.

ВИСНОВКИ

- При моно-формі найбільш поширена легка форма герпетичної інфекції – 18 (51,4%), найменший відсоток складає тяжка форма – 9 (26%). Можливо зробити висновок, що наявність асоціацій сприяє збільшенню тяжкості захворювання – *маркер прогресування* герпетичної інфекції.

- Найбільш поширеним ступенем тяжкості є тяжка форма гострого герпесу порожнини рота, яка складає у 39 осіб (41,9%). Серед хлопчиків тяжка форма трапляється частіше у 21 (22,6%) випадках, рідше у дівчат – 18 (19,3%).

- У дітей з ГГПР у гострому періоді відмічаються пригнічення клітинної ланки імунітету та активація гуморальних факторів захисту.

- У цілому, виявлені порушення імунологічного статусу у дітей з гострим герпесом порожнини рота мали певну залежність від форми ГГ, тяжкості перебігу захворювання, а також мали залежність від віку дитини.

- При зменшенні клінічних проявів практично всі відхилення досліджених параметрів мали тенденцію до відновлення, але повної

нормалізації не наставало.

- Відновлення показників імунного статусу після лікування препаратом Флавозид наставало скоріше ніж після лікування за стандартною схемою, що дозволяє рекомендувати використання препарату в дитячій практиці для лікування гострого герпесу порожнини рота та профілактики рецидивів захворювання.

Література

1. Бюллетень ВОЗ. // Меморандум совещания ВОЗ – 1991. – Т.69, № 3. – С. 11-19.
2. Баринский И.Ф., Шубладзе А.К., Каспаров А.А., Гребнюк В.И. Герпес: этиология, диагностика, лечение: Навч. посіб. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
3. Бикбулатов Р.М. Герпетическая инфекция (экспериментальные и клинические аспекты): Автореф. дис...д-ра наук: 14.00.09 / НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи АМН СССР. – М., 1988. – 48 с.
4. Брызжикова Т.С., Юрлова Т.И. Герпетическая инфекция // Клиническая медицина. – 1996. – №7. – С.7-8.
5. Возіанова Ж.І., Глей А.І. Інфекційний мононуклеоз, спричинений вірусом Епштейна – Барра // Мистецтво лікування. – 2005. – №5. – С.1-5.
6. Вотяков В.И., Коломиец А.Г. Генерализованная герпетическая инфекция: Факты и концепции. - Минск: Выша школа, 1992.- 351 с.
7. Герасимов С.В., Чирун В.Н., Вітковська Н.В. Эффективность Протефлазиду при первинному герпетичному гінгівостоматиті у дітей раннього віку // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2006. – №2, (27). – С.179-182.
8. Герасимов С.В. Етіотропне лікування флавозидом гострого герпетичного гінгівостоматиту у немовлят і дітей раннього віку // Перинатологія і педіатрія. – 2007. – №2, (30). – С.75-78.
9. Дранник Г.М. Герпетичні інфекції: герпес / Г.М. Дранник. Клінічна імунологія, алергологія, інсектологія. – 2006. – №1. – С. 68 -72.
10. Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Клиника, диагностика и лечение острого герпетического стоматита у детей // Лечащий врач. – 2000. – №8. – С.22-26.
11. Дяченко Ю.В., Рудинская Л.А. Способ лечения герпетического стоматита у детей // Вісник стоматології. – 1997. – С.-643-644.
12. Елизарова В.М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Острый герпетический стоматит у детей // Медицинская помощь – 2001. – №4. – С.27-29.
13. Заверная А.М., Стрюк Л.В., Ткачук Н.Н. Особенности клинического течения и терапии рецидивирующего простого герпеса полости рта // Республиканский межведомственный сборник Стоматология. – 1991. – Вып.26. – С.27-30.
14. Исаков В.А., Борисова В.В., Исаков Д.В. Герпес: патогенез и лабораторная диагностика: Руководство для врачей. – С-П.: Б.и., 1999. - 192 с.

15. Коломиец А.Г., Вотяков В.И., Бикбулатов Р.М. Генерализованная герпетическая инфекция: факты и концепции. – Минск: Наука и техника. – 1992. – 351 с.

16. Наказ ГУОЗ та МЗ м. Києва від 20.12.2004 р. №583 Про затвердження «Тимчасових стандартів надання медичної допомоги хворим в ЛПЗ м. Києва». Додаток «Стандарти надання медичної допомоги дітям м. Києва за спеціальністю «Дитяча терапевтична стоматологія».

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФЛАВОЗИД ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕСА ПОЛОСТИ РТА И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Антонова Н.Н., Савичук Н.О.

Резюме. В статье по результатам собственных исследований представлены данные о применении отечественного противовирусного препарата растительного происхождения Флавозид для лечения ассоциированных и моно-форм острой герпетической инфекции и профилактики ее рецидивов у детей.

Ключевые слова: острый герпес, полость рта, дети, моно-инфекция, ассоциированные формы герпетической инфекции, Флавозид, превентивная терапия.

PECULIARITIES OF MEDICAL ADMINISTERING FLAVZID FOR TREATING ACUTE HERPERS OF THE ORAL CAVITY AND PREVENTING HERPETIC INFECTION RELAPSES

N.M. Antonova, N.O. Savichuk

Summary. The article gives information about the use of domestic antiviral medicinal plant Flavozid for treating associated and mono-form acute herpetic infection and for preventing antirecurrent therapy of herpetic infection in children.

Key words: acute herpes, oral cavity, children, mono-infection, associated forms of herpes infection, Flavozid.

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ АЛКОГОЛЬНО-МОРФІННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ

Біловицький О.В.

**Кримський державний медичний
університет ім. С.І. Георгієвського.**

Резюме. У статті викладені патоморфологічні зміни легень щурів при експериментальній алкогольно-морфінній інтоксикації.

Ключові слова: інтоксикація, алкоголь, морфій, патоморфологія, легені.

ВСТУП

У цей час в Україні й зокрема у Криму, однієї з найбільш гострих проблем серед молоді є вживання наркотиків, тютюнових виробів, спиртних напоїв. Алкогольна смертність, що прийняла характер гуманітарної катастрофи, співіснує в Україні із другою погрозою - смертоносними наркотиками. Більшість наркоманів є "супутніми" полінаркоманами, уживаючи більше одного виду наркотику одночасно [6,9].

Важливим є вирішення питання про дію алкоголю і опіоїдів в комбінації і ролі кожної з цих речовин у танатогенезі. У значній долі випадків рівень морфіну в крові сам по собі не може бути причиною летального результату від передозування героїном: смерть відбувається через вживання декількох наркотиків [7,8,11]. Дані наукової літератури й досліджень, проведених нами, переконливо свідчать про те, що одним з перших «органів-мішеней», морфологічні ознаки поразки якого можна виявити на самому ранньому етапі розвитку полінаркоманії, є легені, а саме на мікроскопічному рівні в легеневій тканині при впливі комбінованої алкогольно-опіоїдної інтоксикації розвиваються морфологічні зміни, які характерні для респіраторного дистрес-синдрому, що дало можливість припустити наявність особливої нозологічної форми - алкогольно-наркотичного синдрому гострого легеневого ушкодження (АНСГЛУ) [1,2,3,5].

Метою роботи було виявлення та вивчення змін структурних компонентів аерогематичного бар'єру (АГБ) в умовах комбінованої алкогольно-опіоїдної інтоксикації в експерименті.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Використовували легені 12 статевозрілих щурів лінії "Вістар", масою 150-180 г. Комбіновану опіоїдно-алкогольну інтоксикацію моделювали на 6 щурах, яким внутрішньочеревинно вводився 1% розчин морфіну гідрохлориду чимраз збільшуване (від 5 мг/кг до 45 мг/кг) та 40% розчин етанолу 7 г/кг/добу [4, 7, 10]. Контрольну групу склали 6 тварин.

Препарати для трансмісійного електронно-мікроскопічного дослідження брали з ділянок легені з найбільш вираженими змінами тканин. Фіксацію й проводку здійснювали за загальноприйнятими методиками. Напівтонкі

Лишневская В.Ю.¹, Игрунова К.Н.², Коберник Н.Н.¹, Ватлицев Д.В.²
 РОЛЬ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОВАСКУЛЯРНОГО ГЕМОСТАЗА В
 ПРОГРЕССИРОВАННИЙ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ
 МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....237

Лішневська В.Ю., Парасюк О.І.
 МІКРОСУДИННА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З
 ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....249

Лысенко О.В.
 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ЭНДОТОКСИНОВ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ
 ИНТОКСИКАЦИИ.....254

Панішина Н.Г.*, Дягіль Г.С.*, Брюзгіна Т.С., Юрженко Н.М.
 ВИВЧЕННЯ ЗМІН ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У
 ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ МІСЛОЛЕЙКОЗОМ.....259

Пилипенко В.М.
 ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МЕДИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
 МЕТАБОЛІЧНИХ І ГІПОТАЛАМО-ГІПОФІЗАРНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ
 СПАДКОВИХ СИНДРОМАХ З ОЖИРІННЯМ.....263

Радомський О.А., Літун Ю.М.
 ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ЕПІМЕТАФІЗУ
 МАЛОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ФІГУРНОЮ ПЛАСТИНОЮ.....270

Радченко Ю.О., Риков С.О.
 РОЛЬ КЛІТИН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ В ПАТОГЕНЕЗІ ГЛАУКОМНОЇ
 ОПТИЧНОЇ НЕИРОПАТІЇ.....276

Сергієнко О.В.
 КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ГЛІКОЛІЗУ В
 ЕРИТРОЦИТАХ ПЕРВИННИХ ДОНОРІВ КРОВІ.....283

Серегеева И.Е., Борисенко А.В., Яременко Л.М.
 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ
 ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ
 ПАРОДОНТИТОМ.....287

**Середа П.І., Колесова Н.А., Аршиннікова Л.Л.,
 Антоненко Л.І., Брюзгіна Т.С., Литвиненко В.І.,
 Сухарєва Н.М., Жданова О.О., Горовенко Ю.І.**
 ДИНАМІКА ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ БІЛИХ ЩУРІВ В
 ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ВІДТВОРЕННЯ
 ЕЛЕКТРОСУДОМНОГО ШОКУ.....295

Соколенко В.Л., Соколенко С.В.
 ОЦІНКА АДАПТАЦІЇ ПРИРОДНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ОРГАНІЗМУ ДО
 ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ У ВНЗ.....300

Тимченко С.Л.
 ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ 10-16 РІЧНИХ УЧНІВ ЗАЛЕЖНО
 ВІД РІВНЯ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ В ОРГАНІЗМІ В УМОВАХ МІСЬКОГО
 СЕРЕДОВИЩА.....305

Фільченков О.О., Завелевич М.П., Храновська Н.М., Потопальский А.І.
 АНАЛІЗ ЦИТОТОКСИЧНОЇ ТА АПОПТОЗ-ІНДУКУЮЧОЇ ДІЇ
 АМІТОЗИНОБЕРАМІДУ НА МОДЕЛІ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОЇДНИХ КЛІТИН
 ЛЮДИНИ.....310

Хитрий Г.П.
 ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ І ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ
 ЛІПІДІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ХОЛОДОВОМУ СТРЕСІ.....321

НАУКОВІ ПРАЦІ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Антонова Н.М., Савичук Н.О.
 ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ФЛАЗОВІД
 ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЕРПЕСУ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА
 ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.....326

Біловицький О.В.
 УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ
 АЛКОГОЛЬНО-МОРФІННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ.....337

Божко Н.В.
 ВПЛИВ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ БОЛЬОВИЙ
 СИНДРОМ В ХІРУРГІЇ ГОРТАНІ.....343

Борисенко Т.А.
 ВИВЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ З МАЛАТАМИ
 ЗАЛЕЖНО ВІД РІЗНИХ ВИДІВ ТАРИ.....350

Ватліцов Д.В., Парілова О.О.
 ВПЛИВ СТРЕСУ НА ІНАКТИВАЦІЮ МОНОНУКЛЕАРНИХ КЛІТИН ТА
 ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ОРГАНІЗМУ.....354

Величко Н.С.
 СТАН ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК
 З ХОЛЕСТАТИЧНИМ ГЕПАТОЗОМ ВАГІТНИХ І ЙОГО ДИНАМІКА ПІД
 ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ РЕГУЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ.....361

Дерпак Ю.Ю.
 ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКОСТІ РЕТИКУЛОЦИТІВ У
 ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ РЕГУЛЯРНИХ ДОНОРІВ.....365