

cantly lower than that of the control model 3 with normal bone where R was equal to  $750.6 \pm 31.5H$  ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion.** Having analysed the results of the simulated modeling of the biomechanical systems - "bone tissue - dental implant - suprastructure" we established that a console 15mm extension of suprastructures, based on 4 dental implants caused additional load of bone tissue around the implant; the presence of metabolic osteopathies with the decreased bone density led to significant bio-mechanical risks and essential loss of bearing capacity of bone within 42-44%, and conditionally removable dentures within 71.7 - 80.3%.

**Key words:** metabolic osteopathy, simulated modeling of biomechanical systems, bioengineering analysis, CAD / CAE technology.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

*Н.О. Савичук,\* Л.В. Корнієнко,\**

*І.О. Трубка,\* Л.А. Сафронова\*\**

## КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ СТАНУ КОЛОНІЗАЦІЙНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

\*Інститут стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика,

\*\*Інститут мікробіології і вірусології НАН України

**Вступ.** Порухення стану колонізаційної резистентності порожнини рота у дітей з хронічним вірусним гепатитом є одним з найвагоміших факторів ризику виникнення та прогресування стоматологічної патології.

**Мета.** Розроблення, впровадження та визначення ефективності лікувально-профілактичних комплексів, направлених на корекцію даної патогенетичної ланки розвитку стоматологічних захворювань у дітей із хронічними вірусними гепатитами.

**Методи.** При визначенні ефективності запропонованих лікувально-профілактичних заходів пацієнти були розподілені на дві групи – основну лікувальну (ОЛГ) та контрольну лікувальну групи (КЛГ). До складу основної групи увійшли 40 дітей з хронічним вірусним гепатитом, які отримували запропонований лікувально-профілактичний комплекс – препарати „Субалін” і „Лісобакт”. До складу групи порівняння увійшли 20 дітей з хронічним вірусним гепатитом, які отримували традиційні методи профілактики та лікування. У якості методів лабораторного супроводу використовували мікробіологічні дослідження порожнини рота та визначення рівню імуноглобулінів ротової рідини, які здійснювалися до початку лікування та через 20 днів після його закінчення.

**Результати.** У дітей з ХВГ порівняно з традиційними підходами були виявлені позитивні зміни у стані стоматологічного здоров'я, що відображено

у наведених в роботі таблицях: зниження поширеності уражень червоної кайми губ, зниження показників пародонтальних індексів, збільшення частоти виявлення та показників обсіменіння порожнини рота представниками нормальної мікрофлори та елімінацією умовно патогенної мікрофлори та асоціації патогенних бактерій; нормалізація показників місцевого імунітету.

**Висновки.** Включення до складу комплексного лікування запропонованих препаратів забезпечує високу терапевтичну ефективність у 72,5-75,6% пацієнтів з хронічним вірусним гепатитом. При цьому досягається висока елімінаційна ефективність, відновлення колонізаційної резистентності та імунної відповіді.

**Ключові слова:** хронічний вірусний гепатит, стоматологічне здоров'я, колонізаційна резистентність.

## **ВСТУП**

Порушення системи антиінфекційної резистентності у дітей з хронічними вірусними гепатитами (ХВГ) проявляється домінуванням суб- і декомпенсованих форм дисбактеріозу слизової оболонки порожнини рота (СОПР), що на фоні дисбалансу показників місцевого імунітету та ендогенної інтоксикації [3] стає одним з найвагоміших факторів ризику стоматологічного здоров'я та обов'язковою складовою патогенезу захворювань твердих тканин зубів, пародонту та слизової оболонки порожнини рота [4].

Однак, слід відзначити, що проблема корекції дисбіотичних зрушень порожнини рота при хронічних вірусних гепатитах у дітей залишається досі не вирішеною. Проблема вибору препарату еу- або пробіотичної дії пов'язана у першу чергу з серйозними порушеннями імунологічної ланки колонізаційної резистентності та ризику аутоімунізації запальних процесів у печінці, небажаним імуномодулюючим ефектом та туморогеною індукцією вакциноподібних препаратів [1].

**Мета** - визначення клінічної ефективності лікувально-профілактичного комплексу у складі препаратів Субалін (ЗАТ „Біофарма”) та Лісобакт (LYSOBACT) Vosnalijek [2].

## **ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ**

Для визначенні ефективності проведення лікувально-профілактичних з аходів пацієнти були розподілені на дві групи – основну (ОЛГ) та контрольну лікувальну групи (КЛГ). До складу основної групи увійшли 40 дітей з хронічним вірусним гепатитом, які отримували запропонований лікувально-профілактичний комплекс. До складу групи порівняння увійшли 20 дітей з хронічним вірусним гепатитом, які отримували традиційні методи профілактики та лікування.

Обстеження дітей здійснювали в Дитячому міському центрі профілактики та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота та пародонта ГУОЗ та МЗ м. Києва, Дитячому міському гастроентерологічному центрі ГУОЗ та МЗ м. Києва, ДКЛ № 9 Подільського району м. Києва.

Діагноз ХВГ верифікували за загальноприйнятими стандартами [5,9] на підставі даних клініко–інструментального обстеження.

В обох групах здійснювали традиційний комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Формування лікувально-профілактичного комплексу для основної групи дітей з ХВГ відбувалось з урахуванням об'єктивних обмежень у застосуванні ряду медикаментів. З метою запобігання необґрунтованого призначення медикаментів та поліпрагмазії і для уникнення несприятливого впливу на перебіг асоційованих захворювань кожен з компонентів лікувально-профілактичного комплексу був попередньо експертно оцінений на доцільність призначення лікарями-спеціалістами (гематологами, онкологами, імунологами, інфекціоністами, нефрологами, фізіотрамами, ревматологами та ін.).

Пацієнти основної групи поряд з базовою терапією отримували препарат пробіотичної дії Субалін (ЗАТ „Біофарма”) та замісний імунотропний препарат Лісобакт (LYSOBACT) Vosnalijek.

Субалін призначався наступним способом: вміст флакона розчиняли кип'яченою водою кімнатної температури. У склянку наливали воду з розрахунку 1 чайна ложка води на 1 дозу препарату. Невеликою кількістю цієї води розводили препарат у флаконі, потім переносили вміст флакона в склянку. Препарат розчиняється протягом 1—2 хвилин, утворюючи гомогенну суспензію. Отриману суспензію застосовували всередину по 1 дозі 2 рази в день протягом 20 днів.

Лісобакт таблетки для розсмоктування призначався у наступному дозуванні: у віці 3—7 років по 1 таблетці 3 рази в добу; 7—12 років — по 1 таблетці 4 рази в добу. Дорослим і дітям у віці старше 12 років — по 2 таблетки 3—4 рази в добу

Клінічну ефективність лікування оцінювали на підставі аналізу вираженості головних клінічних ознак та даних лабораторних досліджень.

Клінічний моніторинг ефективності лікувально-профілактичних комплексів включав визначення індексів гігієни, пародонтальних індексів [11], візуальну оцінку стану слизової оболонки порожнини рота.

Лабораторний моніторинг здійснювали до початку лікування та через 20 днів після його закінчення. У якості методів лабораторного супроводу використовували: мікробіологічні дослідження порожнини рота, визначення рівню імуноглобулінів ротової рідини.

Збір та доставку матеріалів для мікробіологічного дослідження здійснювали відповідно до стандартних сучасних вимог до забору матеріалу для бактеріологічного дослідження [8].

Матеріал для мікробіологічного дослідження порожнини рота отримували методом дисків з наступним засівом на диференційно-діагностичні середовища. Показники обсіменіння порожнини рота визначали шляхом оцінки кількості колоній в 1 мм<sup>2</sup> поверхні (КУО/мм<sup>2</sup>, ІgКУО/мм<sup>2</sup>) [10]. В основу ідентифікації мікроорганізмів покладені дані класифікації, викладені в 9-му виданні визначника Bergey [12, 13]. Оцінку ступеня тяжкості дисбактеріозу порожнини рота здійснювали за класифікацією В.В.Хазанової та співавт. [10]. Для визначення стану імуного статусу слизової оболонки порожнини рота вивчався вміст S-IgA, IgA, IgG, IgM у змішаній нестимульованій слині за методом радіальної імунодифузії за Manchini G., Garbonare B., (1965) в модифікації

Simmons (1971) [6]. Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з використанням стандартних статистичних програм "Statistica 6.0" та "SPSS 14" (Stat Soft Inc.) [7].

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті проведених заходів в обох групах вдалося домогтися зникнення відчуття дискомфорту, кровоточивості ясен, неприємного запаху з рота. Суб'єктивні відчуття хворих і дані клінічного огляду порожнини рота підтверджували результати визначення об'єктивних пародонтальних індексів, про що свідчило достовірне зниження індексу РМА ( $12,93 \pm 0,27$ ) в основній групі. В контрольній групі позитивна динаміка цього індексу виражена в меншому ступені. Також дещо покращились показники гігієнічного стану порожнини рота як в основній, так і в контрольній групах (табл. 1).

Таблиця 1

### Динаміка показників індексів гігієни та пародонтальних індексів у дітей з хронічними вірусними гепатитами на фоні використання лікувально - профілактичного комплексу

Групи: Показники:	До лікування (n=60)	ОЛГ (n=40)	КЛГ (n=20)	Здорові діти (n=104)
ОHI-S	$0,83 \pm 0,05^*$	$0,5 \pm 0,01$	$0,66 \pm 0,05$	$0,33 \pm 0,02$
Федорова-Володкіної	$1,63 \pm 0,12$	$1,16 \pm 0,21$	$1,5 \pm 0,01$	$1,26 \pm 0,11$
РМА, %	$20,30 \pm 1,02^*$	$12,93 \pm 0,27^{\wedge}$	$18,30 \pm 0,62^*$	$13,65 \pm 0,34$
S. Raimfiord	$16,97 \pm 0,15$	$14,97 \pm 0,11$	$14,97 \pm 0,11$	$14,0 \pm 0,84$
СРІТN	$1,1 \pm 0,32$	$0,91 \pm 0,02$	$1,01 \pm 0,12$	$0,96 \pm 0,07$

**Примітка:** \* - достовірність відмінностей порівняно з групою здорових дітей ( $p < 0,05$ ),  $\wedge$  - достовірність відмінностей порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

Результати мікробіологічного дослідження після лікування виявили позитивний вплив на характер мікробіоценозу СОПР лікувального комплексу, що проявлялось збільшенням питомої ваги індигової флори і зменшенням – умовно-патогенної і патогенної. Частота виявлення патогенної та умовно патогенної мікрофлори була достовірно найменшою і склала 10,3-14,2%.

Так, у результаті лікування дітей основної групи із використанням запропонованого лікувального комплексу достовірно підвищилась кількість колоній *Str. Salivarius* ( $4,8 \text{ в } 0,32 \text{ ІгКУО/мм}^2$ ) порівняно з дітьми контрольної групи ( $3,18 \text{ в } 0,12 \text{ ІгКУО/мм}^2$ ); здійснилась повна елімінація таких умовно патогених мікроорганізмів як *Str. pyogenes*, *E. coli*, *Enterobacter cloacae*, *Candida alb.*, *Klebsiella pneumonia*, *Lactobacter*.

Рівень обсіменіння патогенними та умовно патогенними мікроорганізмами *Neisseria* (10%,  $2,7 \text{ в } 0,12 \text{ ІгКУО/мм}^2$ ) та *St. aureus* (15%,  $2,51 \text{ в } 0,17 \text{ ІгКУО/мм}^2$ ) досяг показників групи здорових дітей.

В контрольній групі порівняно з основною достовірно високими залишались показники обсіменіння *Neisseria* (41,66%, 4,0в0,14 ІgКУО/мм2),

Таблиця 2

**Видовий і кількісний склад мікробіоценозу слизової оболонки порожнини рота у дітей з хронічним вірусним гепатитом на фоні використання лікувально - профілактичного комплексу**

Вид мікроорганізмів	Частота виявлення та кількість колоній мікроорганізмів							
	До лікування(п=60)		ОЛГ (п=40)		КЛГ (п=20)		Здорові(п=104)	
	част. (%)	кількість колоній ІgКУО/мл	част. (%)	кількість колоній ІgКУО/мл	част. (%)	кількість колоній ІgКУО/мл	част. (%)	кількість колоній ІgКУО/мл
<i>Str. Salivarius</i>	100	2,82±0,12	100	4,8±0,32*	100	3,18±0,12*	100	5,38±0,17
<i>Str. sapr.</i>	0	-	30	3,28±0,25^	0	-	30	3,91±0,14
<i>Str. Pyogenes</i>	41,66	3,28±0,22	-	-	18,33	2,80±0,12*	-	-
<i>Str. Faecalis</i>	30,0	2,18±0,19	-	0	-	-	-	-
<i>St. Aureus</i>	41,66	3,18±0,27	15,0	2,51±0,17^	25,0	2,83±0,17	15,0	2,79±0,19
<i>Klebsiella pneumonia</i>	18,33	4,10±0,11	-	-	11,66	4,10±0,11*	-	-
<i>E. colli</i>	5,0	3,01±0,26	-	0	-	0	-	-
<i>Enterobacter cl.</i>	65,0	3,88±0,29	-	0^	30,0	2,18±0,21*	-	-
<i>Candida alb.</i>	11,66	3,58±0,47	-	0^	10	2,54±0,17	15,0	3,0±0,43
<i>Lactobacter</i>	35,0	2,21±0,11	-	0^	18,33	2,21±0,11	-	-
<i>Neisseria</i>	61,66	4,12±0,17	10,0	2,7±0,12^	41,66	4,0±0,14	7,5	3,16±0,16

**Примітка:** \* - достовірність відмінностей порівняно з групою здорових дітей ( $p < 0,05$ ), ^ - достовірність відмінностей порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

*Str. Pyogenes* (18,33%, 2,80в0,12 ІgКУО/мм2) та *Klebsiella pneumonia* (11,66%, 4,0в0,11 ІgКУО/мм2), але дещо знизились показники контамінації *St. aureus* (25%, 2,83в0,17 ІgКУО/мм2), *Enterobacter cloacae* (30%, 2,18в0,21 ІgКУО/мм2) та здійснилась повна елімінація *Str. Faecalis* та *E. colli*. (табл.2).

Аналіз отриманих результатів з точки зору ступеня тяжкості порушень мікробіоценозу порожнини рота виявила, що у дітей з ХВГ основної групи після закінчення лікування структура дисбіотичних порушень суттєво змінилася. Так, під впливом запропонованого лікувального комплексу, найчастіше виявляються елементи дисбіотичного зсуву (77,5%), який характеризується незначними змінами кількості одного виду умовно-патогенного мікроорганізму при збереженні нормального видового складу мікрофлори порожнини рота. Незначний позитивний лікувальний ефект спостерігався у дітей контрольної групи, в основному за рахунок зменшення кількості хворих з дисбактеріозом порожнини рота ІV ступеню важкості. Тобто, колонізаційна резистентність порожнини рота найбільш виражено відновлювалась у дітей основної групи (табл.3).

**Ступені важкості дисбактеріозу слизової оболонки порожнини роту у дітей з хронічним вірусним гепатитом на фоні використання лікувально-профілактичного комплексу**

Ступінь тяжкості	ХВГ					
	До лікування (n=60)		Після лікування (n=40)		Контрольна група (n=20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дисбіотичний зсув	-	-	31	77,5	-	-
I-II	12	20,0	8	22	8	30,0
III	30	50,0	1	0,5	9	45,0
IV	18	30,0	-	-	5	25,0

Таким чином, використання основного курсу терапії у складі комплексного лікування дітей з ХВГ мало високу елімінаційну ефективність та забезпечило нормалізацію мікробіоценозу СОПР. Це свідчить про те, що залучення препарату Субалін з подвійним пробіотичним і імунотропним ефектом в комбінації з препаратом Лісобакт в складі комплексного лікування дітей з ХВГ забезпечує суттєве зниження частоти виявлення патогенної мікрофлори та нормалізацію рівня індигенної мікрофлори.

Результати клініко-лабораторних досліджень характеру імунної відповіді у дітей з ХВГ свідчать про збереження ознак вторинного імунodefіциту. Для корекції вказаних патогенетичних змін, враховуючи вже існуюче велике навантаження на імунну систему дітей з ХВГ, ризик аутоімунізації запальних процесів та запобігаючи поліпрагмазії, використання препаратів з групи імунотропників було обмежене м'яким інтерферонотропним ефектом Субаліну та замісним імунотропним препаратом Лісобакт.

Після проведеного лікування у пацієнтів основної групи спостерігалась активізація місцевого секреторного імунітету, а саме відновлення вмісту S-IgA з  $0,19 \pm 0,02$  г/л до  $0,57 \pm 0,11$  г/л  $p < 0,01$ , зменшенням рівня IgA (з  $0,26 \pm 0,090$  г/л до  $0,11 \pm 0,12$  г/л  $p < 0,01$ ) та IgG (з  $0,17 \pm 0,12$  г/л; до  $0,03 \pm 0,08 p < 0,01$ ) (табл. 4).

Оцінка динаміки імунної відповіді у пацієнтів контрольної групи виявила активізацію місцевого секреторного імунітету, однак рівень вказаних факторів не досягав показників здорових дітей. S-IgA  $0,19 \pm 0,02$  г/л -  $0,33 \pm 0,19$  г/л  $p < 0,01$ ; IgA  $0,26 \pm 0,090$  г/л до  $0,19 \pm 0,02$  г/л  $p < 0,01$ ; IgG  $0,17 \pm 0,12$  г/л; до  $0,01 \pm 0,001$  г/л  $p < 0,01$ ).

Таблиця 4

**Показники імунного статусу порожнини рота у дітей з хронічними вірусними гепатитами на фоні використання лікувально-профілактичного комплексу**

Показники імунного статусу	До лікування (n=60)	ОЛГ (n=40)	КЛГ (n=20)	Здорові (n=104)
S-IgA (г/л)	0,19±0,02* <sup>^</sup>	0,57±0,11 <sup>^</sup>	0,33±0,19*	0,63±0,19
IgA (г/л)	0,26±0,09* <sup>^</sup>	0,11±0,12 <sup>^</sup>	0,19±0,02*	0,09±0,02
IgG (г/л)	0,17±0,12* <sup>^</sup>	0,01±0,001 <sup>^</sup>	0,03±0,02*	0
IgM (г/л)	0,03±0,02* <sup>^</sup>	0	0	0

**Примітка:** \* - достовірність відмінностей порівняно з групою здорових дітей ( $p < 0,05$ ), <sup>^</sup> - достовірність відмінностей порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у пацієнтів основної групи, спостерігалось відновлення показників імунної відповіді до рівня здорових дітей на фоні активізації факторів гуморального імунітету, що можна пояснити інтерфероногеним механізмом дії Субаліну та замісною імунною дією Лісобакту.

### ВИСНОВКИ

На підставі порівняльного аналізу ефективності запропонованого лікувально-профілактичного у дітей з ХВГ порівню з традиційними підходами були виявлені позитивні зміни у стані стоматологічного здоров'я, що проявлялись:

- зниженням на 30% поширеності уражень червоної кайми губ, та оптимізацією структури захворюваності за рахунок повної відсутності поєднання ангулярного та експлозативного хейлітів, та значним зниженням кількості ангулярних хейлітів;
- достовірним зниженням показників пародонтальних індексів РМА (12,93±0,27), Ramfied (14,97±0,11) та CPI (0,91±0,02), які достовірно не відрізняються від показників здорових дітей;
- збільшенням частоти виявлення та показників обсіменіння порожнини рота (100%) представниками нормальної мікрофлори та елімінацією умовно патогенної мікрофлори та асоціацій патогенних бактерій;
- нормалізацією показників місцевого імунітету за рахунок відновлення вмісту S-IgA до 0,57±0,11 г/л  $p < 0,01$ , зменшення рівнів IgA до 0,11±0,12 г/л та IgG до 0,03±0,08;

Включення до складу комплексного лікування препарату з "подвійним" (імуномодулюючим і протівірусним ефектом) „Субалін” і препарату замісної терапії Лісобакту забезпечує високу терапевтичну ефективність у 72,5-75,6% пацієнтів. При цьому досягається висока елімінаційна ефективність, відновлення колонізаційної резистентності і імунної відповіді, усунення проявів ендогенної інтоксикації.

**Література**

1. Дранник Г.Н., Гринвич Ю.А., Дизик Г.М. Иммунотропные препараты. К. Здоровье. 1994.
2. Застосування замісної імунотерапії у комплексному лікуванні генералізованих пародонтитів. Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. МОЗ України. 2005.
3. Корнієнко Л.В., П'янкова О.В., Зайцева Н.Є., Сафронова Л.А. Стан колонізаційної резистентності порожнини рота та дистальних відділів кишечника у дітей з хронічними вірусними гепатитами. Дентальні технології. 2008, 3.
4. Корнієнко Л.В. Фактори ризику стоматологічних захворювань у дітей з хронічними ураженнями печінки. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л.Шупика. 2008, 17 (3): 239-244.
5. Лук'янова О.М., Білоусов Ю.В., М.Ф.Денисова, Чернега Н.В. Критерії діагностики та принципи лікування хронічного гепатиту у дітей. Методична розробка І ПАГ АМН України та ХМАПО МОЗ України.
6. Мельников О.Ф., Заболотный Д.И. Диагностика иммунодефицитов при патологии слизистой оболочки на основе определения иммуноглобулинов в секретах. Метод. Рекомендации. Киев. 2003.
7. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині. Навчальний посібник. К.: Вища школа. 2003.
8. Памятка по правилам забора и посева исследуемого материала при основных бактериальных инфекциях. Обл. СЭС №8/701 от 27.05.97 г. Приложение к письму. Обл. СЭС №8/701 от 27.05.97г.
9. Учайкин В. Ф. Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особенности течения и лечение. Эпидемические и инфекционные болезни. 1998, 2: 4-8.
10. Хазанова В. Микробная флора полости рта. Справочник по стоматологии. М. 1993: 438 - 443.
11. Хоменко Л.О., Шматко В.І., Остапко О.І. та ін. Стоматологічна профілактика у дітей. Навч.посібник. К.: Віпол. 1993.
12. Хоулт Дж. Определитель бактерий Берджи. М.: Мир. 1997, 1: 1-429.
13. Хоулт Дж. Определитель бактерий Берджи. М.: Мир. 1997, 2: 437-799.

**Н.О. Савичук, Л.В. Корниенко, И.А. Трубка, Л.А. Сафронова**  
**Коррекция нарушения состояния колонизационной**  
**резистентности полости рта у детей с хроническими**  
**вирусными гепатитами**

**\*Институт стоматологии НМАПО имени П.Л.Шупика,**

**\*\*Институт микробиологии и вирусологии НАН Украины**

**Вступление.** Нарушение колонизационной резистентности полости рта у детей с хроническим вирусным гепатитом является одним из наиболее значимых факторов риска возникновения и прогрессирования стоматологической патологии.



**Цель.** Разработка, внедрение и определения эффективности лечебно-профилактических комплексов, направленных на коррекцию данного патогенетического звена развития стоматологических заболеваний у детей с хроническими вирусными гепатитами.

**Методы.** При определении эффективности предлагаемых лечебно-профилактических мероприятий пациенты были разделены на две группы - основную лечебную и контрольную лечебную группы. В состав основной группы вошли 40 детей с хроническим вирусным гепатитом, получавших предложенный лечебно-профилактический комплекс - препараты "Субалин" и "Лисобак". В состав группу сравнения вошли 20 детей с хроническим вирусным гепатитом, получавших традиционные методы профилактики и лечения. В качестве методов лабораторного сопровождения использовали микробиологические исследования полости рта и определение уровня иммуноглобулинов ротовой жидкости, которые осуществлялись до начала лечения и через 20 дней после его окончания.

**Результаты.** У детей с ХВГ по сравнению с традиционными подходами были обнаружены положительные изменения в состоянии стоматологического здоровья, что отражено в приведенных в работе таблицах: снижение распространенности поражений красной каймы губ, снижение показателей пародонтальных индексов, увеличение частоты выявления и показателей обсемененности полости рта представителями нормальной микрофлоры и элиминацией условно патогенной микрофлоры и ассоциаций патогенных бактерий, нормализация показателей местного иммунитета.

**Выводы.** Включение в состав комплексного лечения предложенных препаратов обеспечивает высокую терапевтическую эффективность у 72,5-75,6% пациентов с хроническим вирусным гепатитом. При этом достигается высокая элиминационная эффективность, восстановление колонизационной резистентности и иммунного ответа.

**Ключевые слова:** хронический вирусный гепатит, стоматологическое здоровье, колонизационная резистентность.

***N. O. Savytchuk, L. V. Korniienko, I.O. Trubka, L. A. Safronova***  
**Correcting the deranged state of colonization resistance**  
**of oral cavity in children with chronic viral hepatitis**  
**Institute of Dentistry Shupyk NMAPO,**  
**Institute of Microbiology and Virology of NAS of Ukraine**

**Introduction.** The deranged state of colonization resistance of oral cavity in children with chronic viral hepatitis is one of the most important risk factors for the onset and progression of dental disease.

**Purpose.** To develop, implement and detect the effectiveness of therapeutic and preventive complexes, aimed at correcting this pathogenetic link of dental diseases development in children with chronic viral hepatitis.

**Methods.** To determine the effectiveness of the proposed therapeutic and preventive measures, the patients were divided into two groups – a basic treatment

group and a control treatment group. The basic group consisted of 40 children with chronic viral hepatitis treated with the proposed therapeutic and preventive complex i.e. "Subalin" and "Lisobakt." As compared the control group included 20 children with chronic viral hepatitis treated by the traditional preventive and therapeutic methods. As laboratory methods there were used microbiological analysis of oral cavity and measurement of the rate of immunoglobulins in oral fluid; the methods were applied before the treatment and 20 days after its completion.

**Results.** There were detected positive changes in the state of dental health in children with chronic viral hepatitis compared with those who underwent the traditional therapeutic approaches, as represented in the tables given in the paper i.e. reduced prevalence of the vermilion border lesions, reduced gingival indices, increased rate of the detection and indices of oral cavity contamination by normal microflora and elimination of conditionally pathogenic microflora and pathogenic bacteria associations, normalized local immunity.

**Conclusion.** The inclusion of the proposed drugs to the complex treatment insures a high therapeutic efficacy in 72.5-75.6% of patients with chronic viral hepatitis. Thus the high eliminative efficiency, restoration of colonization resistance and immune response are achieved.

**Key words:** chronic viral hepatitis, dental health, colonization resistance.

© І.М. ЧОРНЕНЬКИЙ, 2013

*І.М. Чорненький*

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЮ АДГЕЗИВНОСТІ МЕТАЛЕВИХ ПОВЕРХОНЬ КОБАЛЬТО - ХРОМОВОГО СПЛАВУ ШТИФТОВИХ КОНСТРУКЦІЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДІВ СТРУМИННОЇ АБРАЗИВНОЇ ОБРОБКИ

Інститут стоматології НМАПО

імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Вступ.** З огляду на клінічну актуальність нових підходів на вплив адгезивних властивостей металевих штифтових конструкцій виконана робота є дослідження впливу струминної обробки поверхні кобальто - хромового (Co-Cr) сплаву і експериментальне дослідження впливу на адгезивність.

**Мета.** Підвищення ефективності відновлення коронкової частини зубів штифтовими конструкціями шляхом удосконалення методик обробки поверхні суцільнолитих штифтових конструкцій.

**Матеріали та методи.** Експеримент був проведений на металевих зразках на базі кафедри ортопедичної стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика і лабораторне дослідження растровою електронною мікроскопією в Інституті металофізики імені Г. В. Курдюмова НАН України, та експериментальних досліджень на адгезію в НТТУ (КПІ).

Зб. наук. праць співробіт. НМАПО  
імені П.Л.Шупика 22 (1)/2013