

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ**

ІЛЕНКО Наталія Володимирівна

УДК [616.314.17:616.98:578.828]-084

**ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ
ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ ПАРОДОНТА У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ**

14.01.22 — стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Полтава – 2014

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Петрушанко Тетяна Олексіївна**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, кафедра терапевтичної стоматології, завідувачка.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Ярова Світлана Павлівна**, Донецький національний медичний університет ім. М.Горького МОЗ України, кафедра загальної стоматології навчально-наукового інституту післядипломної освіти, завідувачка;

доктор медичних наук, професор **Назарян Розана Степанівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології, завідувачка.

Захист відбудеться « ____ » _____ 2014 р. об ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: 36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» (36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

Автореферат розісланий « ____ » _____ 2014 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Розширення масштабів пандемії ВІЛ-інфекції, відсутність специфічної профілактики, високовартісне лікування і серйозні соціальні наслідки зазначеного захворювання дозволяють віднести цю проблему до найбільш актуальних у сучасній медицині.

Враховуючи значну частоту уражень порожнини рота (від 80 до 92%) при ВІЛ-інфекції, першість маніфестних проявів в ній, їх активне прогресування, раннє виявлення таких пацієнтів досить важливе, як для своєчасності надання їм медичної і, зокрема, стоматологічної допомоги, так і для зниження ризику зараження медичного персоналу (Покровский В.В., Ермак Т.Н. та співав., 2000; Гонтаренко А.А., 2003; Суржанський С.К., Трофимець Е.К. та співав., 2003). Характеристика різних уражень твердих тканин зубів, пародонта та слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при ВІЛ-інфекції надана в роботах авторів І.В. Бугоркова (2003), А.І. Шатохіна (2006), А.В. Кудрявцева (2008) тощо. Доведено, що пошкодження ясен є першим проявом деструктивних процесів у пародонті, які на фоні ВІЛ-інфекції, зазвичай, мають агресивний перебіг. Клінічними особливостями ВІЛ-пародонтиту констатовані інтенсивна гіперемія та некроз ясен, що швидко розповсюджується на більшу частину ясеневого краю, швидко прогресуюча кісткова резорбція, сильний ірадіюючий біль, спонтанні кровотечі з ясен (Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В. та співав., 2000; Бугорков І.В., 2003; McKaig R.G., Patton L.L., 2000).

Однак на сьогодні немає єдиних схем первинної та вторинної профілактики запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих, які б змогли попередити їх появу, загальмувати стрімкий розвиток чи призвести до стійкої ремісії патологічного процесу. Саме тому доцільним є подальше вивчення механізмів формування пародонтопатології на тлі ВІЛ-інфекції, враховуючи типологічну характеристику пацієнтів, зміни ротової рідини, цитологічних та мікробіологічних показників СОПР. Одним із пріоритетних напрямків є розробка заходів первинної профілактики та лікування запальних захворювань тканин пародонта, які б впливали на окремі патогенетичні ланки розвитку патологічних змін в них та були максимально безпечними для пацієнтів зі статусом ВІЛ, що і обумовлює актуальність даної наукової роботи.

Зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Науково-дослідна робота є фрагментом тем ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» державного фінансування «Удосконалення патогенетичних підходів до комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит» (№ державної реєстрації 0110U000449), «Роль запальних захворювань зубо-щелепного апарату в розвитку хвороб, пов'язаних із системним запаленням» (№ державної реєстрації 0112U001538). Дисертант є безпосереднім виконавцем фрагментів зазначених тем наукових робіт.

Мета і задачі дослідження. Метою роботи є підвищення ефективності первинної та вторинної профілактики хвороб пародонта ВІЛ-інфікованих осіб шляхом застосування патогенетично обґрунтованих лікувально-профілактичних заходів.

Для досягнення поставленої мети вирішували ряд завдань дослідження:

1. Вивчити поширеність та структуру захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих у залежності від тривалості захворювання, рівня CD4-лімфоцитів в крові та типологічних характеристик обстежених пацієнтів.

2. Проаналізувати морфологічні зміни тканин ясен та імунологічні показники ротової рідини ВІЛ-інфікованих осіб залежно від стадії ВІЛ-інфекції та рівня CD4-лімфоцитів в крові.

3. Дослідити коефіцієнт сталості мікрофлори ясенної рідини та колонізаційну резистентність слизової порожнини рота ВІЛ-інфікованих осіб в залежності від стадії імунодефіциту та рівня CD4-лімфоцитів в крові.

4. Вивчити активність вільнорадикальних процесів та біофізичних характеристик ротової рідини ВІЛ-інфікованих.

5. На основі індивідуалізації групової форми організації профілактики, розробити концепцію первинної та вторинної профілактики запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих, перевірити її клінічну ефективність.

Об'єкт дослідження – захворюваність тканин пародонта ВІЛ-інфікованих осіб у залежності від їх інфекційного анамнезу та психологічного стану.

Предмет дослідження – механізми розвитку патологічних змін в тканинах пародонта ВІЛ-інфікованих, первинна та вторинна їх профілактика.

Методи дослідження – стоматологічне клінічне та параклінічне обстеження ВІЛ-інфікованих хворих, дослідження стану вегетативної нервової системи та психологічних характеристик особистості, імунологічних, біохімічних та біофізичних параметрів ротової рідини, бактеріологічне та цитологічне дослідження показників стану порожнини рота пацієнтів зі статусом ВІЛ для оцінки їх стоматологічного статусу, виявлення патогенетичних зв'язків змін тканин пародонта в залежності від психологічного статусу, інфекційного анамнезу, стану ротової рідини. Математичний аналіз отриманих результатів для оцінки ефективності запропонованого лікування та профілактики хвороб пародонта у ВІЛ-інфікованих.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше проведені комплексні клінічні, стоматологічні, психологічні, лабораторні дослідження, які дозволили врахувати зміни стану вегетативної нервової системи, психологічних характеристик особистості, стоматологічного статусу, імунологічних, біохімічних та біофізичних параметрів ротової рідини, бактеріологічних та цитологічних показників стану порожнини рота пацієнтів зі статусом ВІЛ та визначити ряд патогенетичних механізмів розвитку патологічних змін у тканинах пародонта ВІЛ-інфікованих.

Уточнено наукові дані про показники стану порожнини рота ВІЛ-інфікованих осіб в залежності від їх типологічних характеристик, які підтверджують, що інтроверти характеризуються інтенсивнішим ураженням твердих тканин зубів та більш тяжким перебігом пародонтологічних захворювань. Доповнено наукові дані про вегетативний статус ВІЛ-інфікованих. Зокрема, виявлено домінування симпатикотонії серед обстежених, що обґрунтовує факт впливу високого рівня психоемоційного напруження у ВІЛ-інфікованих на розвиток одонто- та пародонтопатології.

Розширені наукові поняття щодо етапів морфогенезу ВІЛ-асоційованих альтеративних змін в тканинах пародонта та слизової оболонки порожнини рота (СОПР). Виявлено підвищення ступеню зроговіння епітеліоцитів ясенних сосочків ВІЛ-інфікованих осіб в 1,8 разів, що є преморбідним станом розвитку лейкоплакідних змін СОПР.

Уточнені наукові дані імунологічних параметрів та стрес-індукованих змін ротової рідини ВІЛ-інфікованих. Виявлено, що рівень концентрації ФНП- α в ротовій рідині збільшувався в 3 рази на фоні пародонтопатології без фонової ВІЛ-інфекції та в 14 разів при ураженнях тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, а вміст кортизолу в ротовій рідині ВІЛ-інфікованих перевищував аналогічний показник у не інфікованих ВІЛ осіб в 1,5 разів. Встановлено зв'язок зміни цих показників зі стадією розвитку основного захворювання та наявністю ряду опортуністичних змін в організмі обстежених.

Вперше досліджено показники колонізаційної резистентності слизової оболонки порожнини рота, коефіцієнт сталості мікрофлори ясенної рідини та реакцію адсорбції мікроорганізмів порожнини рота ВІЛ-інфікованих. Встановлено підвищення кількості грамнегативної мікрофлори в ясенній рідині з прогресуванням стадії імунодефіциту, що підтверджується зниженням коефіцієнту сталості мікрофлори ясенної рідини в 4 рази. Відмічено достовірне збільшення адгезивного числа та адгезивного індексу при генералізованому пародонтиті III ступеню тяжкості у ВІЛ-інфікованих, що підтверджується зростанням даних показників на 1,4 рази порівняно групою не інфікованих ВІЛ пацієнтів і може свідчити про виснаження адаптивних механізмів, підвищення рівня колонізації слизової оболонки порожнини рота мікроорганізмами, зниження природних очисних властивостей слизової та порушення десквамативних процесів.

Поглиблені дані про підвищення інтенсивності вільнорадикальних процесів та активності антиоксидантних систем з поглибленням імунодефіциту та з прогресуванням пародонтопатології, доказом чому є зростання каталазного показника в 1,5 рази, активності супероксиддисмутази в 1,8 разів та приріст ТБК-активних продуктів в 1,7 разів порівняно з аналогічними показниками в осіб без статусу ВІЛ.

Розширені наукові дані про ряд біофізичних змін ротової рідини ВІЛ-інфікованих, а саме виявлено підвищення в'язкості (в 2 рази), зниження мінералізуючого потенціалу (в 2 рази) та швидкості слиновиділення (в 1,6 рази) на фоні ВІЛ-інфекції, що формує сприятливі умови для порушення мінералізації твердих тканин зубів, розвитку запальних захворювань тканин пародонта. Визначення та аналіз вище зазначених показників змішаної слини має діагностичне та прогностичне значення, особливо для ВІЛ-інфікованих.

Практичне значення отриманих результатів. Запропоновано та впроваджено спосіб патогенетичного комплексного лікування запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих осіб, що характеризується максимально природним складом, широким спектром дії лікарських засобів у фізіологічно збалансованих співвідношеннях, застосування якого забезпечує комплексну дію на ключові ланцюги патогенетичних змін у тканинах пародонта ВІЛ-інфікованих, сприяє їх корекції та ліквідації у вигляді зниження активності

запальних процесів в пародонті, стабілізації клінічної картини у найближчі та віддалені терміни (у 2,3 рази кращий клінічний ефект порівняно із традиційним стоматологічним лікуванням), а також попереджує виникнення запальних реакцій ясен (Патент України на корисну модель № 75796).

Запропоновано комплексний підхід до обстеження у стоматолога ВІЛ-інфікованих людей, що включає загальноприйняте клінічне обстеження, проведення індексної оцінки стану тканин пародонта, дослідження ротової рідини з визначенням імунної відповіді за рівнем концентрації основних про- та проти запальних цитокінів - інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α), а також стресорного навантаження за рівнем концентрації кортизолу, що дозволяє підвищити ефективність діагностики тяжкості запальних уражень тканин пародонта ВІЛ-інфікованих (Патент України на корисну модель № 83466).

Результати наукових розробок впроваджені в клінічну практику терапевтичного відділення Полтавської обласної клінічної стоматологічної поліклініки, терапевтичного відділення №1 стоматологічного медичного центру м. Львова та лікувально-діагностичного відділення Керченської стоматологічної поліклініки.

Матеріали дослідження використовуються в навчальному процесі на кафедрі терапевтичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», кафедрах терапевтичної стоматології стоматологічного факультету та факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Особистий внесок здобувачки. Здобувачка особисто провела інформаційний пошук, сформулювала мету та завдання дослідження, запропонувала схему комплексного лікування запальних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих. Особисто автором проведено лікування хворих з пародонтопатологією, здійснені клінічні та параклінічні дослідження, систематизовані та статистично оброблені результати, впроваджені запропоновані схеми в практичну охорону здоров'я.

Разом з науковим керівником проведені аналіз та узагальнення результатів дослідження, зроблені наукові висновки та практичні рекомендації.

Імунологічні та біохімічні дослідження проводилися на базі Науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики (НДІ ГІОРПФ) за участю здобувачки.

Цитологічні та мікробіологічні дослідження проводилися на базі Полтавського обласного Центру профілактики та боротьби зі СНІДом та кафедри патологічної анатомії з секційним курсом ВДНЗ України «УМСА» особисто.

Біофізичні дослідження ротової рідини виконані автором на базі Полтавського обласного Центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

Конкретний особистий внесок автора в наукові роботи, опубліковані разом із співавторами, складає рівнозначну частину науково-практичної участі кожного співавтора. Особистий внесок в одержаних патентах на корисну модель полягає в обґрунтуванні запропонованої схеми.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертаційної роботи були представлені на науково-практичній конференції лікарів-стоматологів «Актуальні

питання терапевтичної та дитячої стоматології. Сучасні методи лікування стоматологічних захворювань» (Полтава, 2011), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в стоматології та клінічній медицині», що присвячена 90-річчю ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (Полтава, 2011), науково-практичній конференції «Актуальні питання сучасної стоматології» (Полтава, 2012), 1-му Українському міжнародному симпозиуму Квінтесенції «Пародонтологія та відновна стоматологія» (Київ, 2012), Всеукраїнській підсумковій науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука-2011» (Полтава, 2011), міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційні технології в пародонтології» (Одеса, 2012), 1-ому Національному українському стоматологічному конгресі «Стоматологія в Україні – реальність та перспективи» (Київ, 2012), Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 2012), науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 90-й річниці з дня народження професора Максименка Павла Тихоновича (Полтава, 2012), науково-практичній конференції «Первинна та вторинна профілактика хвороб пародонта» (Одеса, 2013), 64 та 65-му міжнародних стоматологічних форумах АСУ (Київ, 2014).

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 17 друкованих робіт, з них 12 статей: 9 у фахових виданнях України, 1 закордонна стаття та 5 тез в матеріалах наукових конференцій, з'їздів та конгресів. Отримано 2 патенти на корисну модель.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 208 сторінках комп'ютерного тексту і складається із вступу, 8 розділів, узагальнення та обговорення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, для якого увійшли 167 вітчизняних та 24 іноземних джерел. Фактичні дані наведені у 37 таблицях, ілюстровані 36 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Об'єкти та методи досліджень. Результати роботи ґрунтуються на обстеженні 94 ВІЛ-інфікованих пацієнтів (58 жінок і 36 чоловіків) віком 20-49 років, що перебували на диспансерному обліку в Полтавському обласному Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Виконано клінічне, стоматологічне, психологічне, лабораторне їх обстеження та рандомізовано три дослідних групи: I - 33 пацієнти, у яких застосовувався запропонований спосіб комплексного лікування запальних захворювань тканин пародонта, II - 35 осіб зі статусом ВІЛ, що отримували загальноприйнятту терапію запальних захворювань тканин пародонта згідно протоколів надання медичної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 23.11.2004 №566, III - 26 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які відмовилися від подальшого лікування захворювань тканин пародонта у зв'язку з відсутністю бажання, мотивації, тяжкими психологічними порушеннями чи низькою соціальною адаптацією. У I групі виділені 2 підгрупи: I - 18 осіб з терміном спостереження після проведеного лікування 3 місяці та II - 15 хворих, яких обстежено через 6

місяців після завершення запропонованого курсу лікування. Контрольну групу склали 35 осіб відповідного віку та статі, що не мають статусу ВІЛ.

Кожен пацієнт був обстежений за єдиною методикою, що включала загальноприйняті клінічні дослідження. Огляд проводили у ранкові години при природному освітленні у стаціонарному стоматологічному кабінеті. При роботі з пацієнтами використовували індивідуальні засоби захисту: медичний спецодяг та шапочку, маску, захисні окуляри та гумові рукавички. Для оцінки стоматологічного статусу була розроблена карта, в якій реєстрували основні показники обстежених хворих. Визначали стан твердих тканин зубів, наявність некаріозних уражень зубів, розповсюдженість та інтенсивність карієсу (КПВ), його приріст за період дослідження. Для аналізу емалевої резистентності застосовували ТЕР-тест за В.С.Окушко (1984). Запальні явища в яснах оцінювали за змінами кольору ясен, рельєфу та консистенції, наявності кровоточивості, виразкування, гіпертрофічних та атрофічних процесів, патологічної рухливості зубів, появою ясенних та пародонтальних кишень, гнійного ексудату в них, величиною втрати епітеліального прикріплення. За показаннями застосовували формалінову пробу. Для оцінки стану оральної гігієни використовували спрощений індекс гігієни порожнини рота Гріна-Вермільйона (ОHI-S, Oral Hygiene Index Simplified, Green-Vermillion, 1964). Кількісну оцінку пародонтологічного статусу проводили за допомогою індексу кровоточивості сосочків (РВІ) по Saxer та Muhlemann, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА по Парма, комплексного пародонтального індексу (КПІ) та пародонтального індексу (РДІ) за Ramfjord. Якісна оцінка стану пародонта визначена на основі проби Шиллера-Писарева, а також інтерпретували її в числовому варіанті за Свраковим (1963). Стан кісткової тканини альвеолярного відростка оцінювали рентгенологічно (ортопантомограма та внутрішньоротові контактні рентгенівські знімки). Діагноз захворювань тканин пародонта формулювали за класифікацією М.Ф.Данилевського (1994). Стан СОПР та червоної облямівки губ досліджений клінічно. Діагностику захворювань СОПР проводили згідно з класифікацією Є.В.Боровського та А.Л.Машкилейсона (1984).

З метою виявлення індивідуальних психодинамічних властивостей особистості (екстраверсія, інтроверсія, рівень емоційної стабільності – нестабільності) ВІЛ-інфікованих використовували опитувальник Г.Айзенка.

Бар'єрну функцію СОПР вивчали шляхом виявлення ступеню її зроговіння на снові індексу кератинізації (ІК). Оцінювали ризик запальних захворювань пародонта шляхом визначення коефіцієнту сталості (КС) мікрофлори ясенної рідини. Проводилася скринінгова оцінка колонізаційної резистентності СОПР за В.В.Чередою та співав. (2010), що включає визначення адгезивного числа (АЧ) (середня кількість оральних стрептококів адгезованих на 1 букальному епітеліоциті), адгезивного індексу (АІ) (відсоток букальних епітеліоцитів, що адгезували більше 10 оральних стрептококів) та показника колонізаційної резистентності (ПКР) в балах. Визначали реакцію адсорбції мікроорганізмів (РАМ) клітинами епітелію СОПР(М.Ф.Данилевський, А.П.Самойлов, Т.А.Беленчук, 1985).

При імунологічному дослідженні ротової рідини вивчали про- та протизапальну відповідь шляхом визначення основних біомаркерів – ФНП-α та ІЛ-10 у відповідності з протоколами фірми виробника за допомогою

імуноферментного аналізу (ЗАТ «Вектор-Бест», Росія), рівень концентрації кортизолу – аналогічно на основі імуноферментного аналізу (DRG Instruments GmbH, Germany). Оцінені біохімічні параметри ротової рідини - каталазний показник, рівень концентрації супероксиддисмутази (СОД) та ТБК-активних продуктів до та після інкубації за стандартизованими методиками. Вивчали швидкість слиновиділення (П.Н.Шараєв, 1992), буферну ємність ротової рідини, її в'язкість (Т.Л.Рединова, 1986), поверхневий натяг (Т.Л.Рединова, 1989), а також мінералізуючий потенціал (П.А.Леус, 1977) та показник кристалоутворення (Н.В.Курякіна, 2001).

Запропонований спосіб первинної профілактики запальних захворювань тканин пародонта включає професійну гігієну та санацію порожнини рота; дотримання індивідуальної гігієни порожнини рота згідно рекомендованого стоматологом алгоритму, щоденні ротові ванночки «Генгігелю» в якості ополіскувача, пальцевий масаж ясен із втиранням високомолекулярної гіалуронової кислоти у вигляді препарату гель для ясен «Генгігель», аутогенне тренування, корекція харчування, прийом внутрішньо засобів рослинного походження - трави золототисячника та листків м'яти перцевої по ½ склянці 2 рази на добу за 30 хвилин до прийому їжі, природного лимоннокислого кальцію у вигляді яєчної пудри (1 чайна ложка) під час вечері із щойно віджатим лимонним соком протягом 21 дня. У комплексному лікуванні запальних хвороб пародонта додатково рекомендували застосування для ротових ванночок та полоскань препарату «Сандрін» (15 крапель на 50 мл води двічі на день), а при наявності виразково-некротичних змін ясен - ополіскувача «Октенідол» (3-4 рази на день).

Математична обробка отриманих даних проводилась за допомогою стандартного методу варіаційного аналізу на персональному комп'ютері IBM PC Pentium IV. Аналіз результатів дослідження здійснювався з використанням програм "Microsoft Excel 2003", "Statistica for Windows. Version 5.0", "NCSS 2004" та "SPSS for Windows. Release 13.0"

Результати досліджень та їх обговорення. Поширеність одонтопатології, як у пацієнтів дослідної групи так і групи порівняння, становила 100%, інтенсивність ураження твердих тканин у ВІЛ-інфікованих осіб в 1,7 разів вища порівняно з не інфікованими ВІЛ. Середня кількість уражених каріозним процесом зубів та видалених з приводу карієсу та його ускладнень в осіб дослідної групи в 3,8 рази та 3,5 рази відповідно більше, ніж в осіб групи порівняння, тоді як середня кількість запломбованих зубів достовірно не відрізнялася. Характерна наявність у ВІЛ-інфікованих пацієнтів значної кількості зруйнованих зубів, що не підлягають відновленню. Рівень гігієнічного догляду за порожниною рота як у ВІЛ-інфікованих так і у не інфікованих ВІЛ осіб задовільний, але значення ОНІ-S для осіб дослідної групи в 1,8 разів більше.

Поширеність пародонтопатології в осіб зі статусом ВІЛ склала 98,94%, а в осіб аналогічного віку не інфікованих ВІЛ - 82,86%. У пацієнтів дослідної групи переважно був виявлений генералізований пародонтит I-III ступеню тяжкості, в меншій кількості випадків – генералізований гінгівіт та пародонтит початкового ступеню тяжкості. Діагноз папіліт та локалізований пародонтит не був встановлений жодному з обстежених ВІЛ-інфікованих. У групі порівняння

достовірно частіше був діагностований гінгівіт та генералізований пародонтит I ступеню тяжкості, рідше генералізований пародонтит початкового та II ступеню тяжкості, в поодиноких випадках виявлений папіліт, локалізований пародонтит та генералізований пародонтит III ступеню тяжкості ($p < 0,05$ порівняно із дослідною групою). В осіб обох груп переважав хронічний перебіг запальних та запально-дистрофічних уражень тканин пародонта.

Аналіз результатів індексної оцінки порожнини рота засвідчив достовірно вищі показники у пацієнтів дослідної групи, як для КПВ та гігієнічного, так і для гінгівальних та пародонтальних індексів, що свідчить про вищу інтенсивність ураження та швидке прогресування одонто- та пародонтопатології в осіб зі статусом ВІЛ. З прогресуванням ВІЛ-інфекції погіршуються індексні показники стану порожнини рота - виявлена тенденція до достовірного підвищення значень гінгівального, пародонтальних індексів та індексу кровоточивості ясен при зниженні кількості лімфоцитів, на плазмолемах яких експресуються кластери диференціації CD4, що може свідчити про прогресування запально-дистрофічних змін в тканинах пародонта при зменшенні кількості CD4-лімфоцитів.

Вивчення типологічних характеристик в обстежених ВІЛ-інфікованих осіб дозволило констатувати, що 49 осіб (52,13%) - інтроверти, а 45 (47,87%) – екстраверти. Слід зазначити, що серед ВІЛ-інфікованих осіб інтроверти мали вищі значення КПВ та показники індексної оцінки стану тканин пародонта, які з високим рівнем імовірності можуть свідчити про інтенсивніше ураження у них твердих тканин зубів та більш тяжкий перебіг пародонтологічних захворювань.

У ВІЛ-інфікованих осіб ІК перевищував ангалогічний показник в осіб без статусу ВІЛ майже в 1,8 рази ($p < 0,05$). Очевидно, підвищення ІК у ВІЛ-інфікованих осіб на 40% порівняно з орієнтовною нормою при наявності пародонтопатології у 98,94% обстежених можна пояснити розвитком адаптивних гіперкератотичних змін епітелію ясен у відповідь на вплив мікрофлори порожнини рота, асоційованої з ВІЛ, що узгоджується з отриманою цитологічною картиною. Виявлено стійку тенденцію до підвищення ІК з прогресуванням ВІЛ-інфекції та зі зниженням кількості лімфоцитів, що експресують на плазмолемі кластери диференціації CD4.

Отримане в ході дослідження середнє значення РАМ для ВІЛ-інфікованих та не інфікованих ВІЛ осіб достовірно не відрізнялося. Характерним є те, що при прогресуванні пародонтопатології РАМ знижувалася у хворих групи порівняння, але підвищувалась в осіб дослідної групи. При ВІЛ інфекції підвищення РАМ може бути пов'язано з адаптивними гіперкератотичними змінами епітелію ясен та, відповідно, зі зниженням активності десквамації та порушення нормальних механізмів очищення порожнини рота.

В середньому у групі ВІЛ-інфікованих осіб КС мікрофлори ясенної рідини становив $2,09 \pm 0,13$ і був достовірно нижчим ($p < 0,01$) порівняно із аналогічним показником у пацієнтів групи порівняння ($2,98 \pm 0,23$). Результати обчислення АІ та АЧ виявили широкий діапазон значень обох показників, що дозволяє припустити їх високу чутливість до сторонніх супутніх факторів та мінливість, а значить недостатнє діагностичне та прогностичне значення для осіб, що мають патологію тканин пародонта на тлі ВІЛ-інфекції. Виявлена тенденція до збільшення значень АЧ при поглибленні імунодефіциту.

У ході дослідження ротової рідини обстежених отримані наступні результати: в осіб дослідної групи середнє значення прозапального цитокіну ФНП- α дорівнювало $11,15 \pm 1,42$ пг/мл, а у контрольній групі - $2,41 \pm 0,38$ пг/мл ($p < 0,001$) проти $0,8 \pm 0,4$ пг/мл у здорових осіб. Отже, рівень концентрації ФНП- α збільшується в 3 рази на фоні пародонтопатології та в 14 разів при захворюваннях тканин пародонта на фоні ВІЛ-інфекції. Середнє значення концентрації ІЛ-10 в ротовій рідині для ВІЛ-інфікованих осіб склало $19,36 \pm 7,68$, а для осіб без статусу ВІЛ - $23,43 \pm 20,74$ ($p > 0,05$). Необхідно відмітити, що рівень концентрації ІЛ-10 в ротовій рідині змінюється несуттєво, але демонструє великий розкид отриманих даних, що може бути пов'язано оклюзією імунопатогенетичних механізмів розвитку ВІЛ-інфекції та ко-інфекцій. У ході досліджень концентрації кортизолу в ротовій рідині встановлено, що в обстежених дослідної групи вона склала $7,71 \pm 0,67$ нг/мл, тоді як у представників контрольної групи вона була на рівні $5,14 \pm 0,69$ нг/мл ($p < 0,01$).

Вивчення початкового рівня ТБК-активних продуктів у ротовій рідині осіб дослідної групи показало достовірно вище його значення порівняно із показником представників групи контролю ($5,83 \pm 0,11$ мкмоль/мл проти $3,37 \pm 0,22$ мкмоль/мл, $p < 0,001$). Аналогічні зміни виявлені і щодо приросту концентрації ТБК-активних продуктів у групі ВІЛ-інфікованих осіб ($12,29 \pm 0,27$ мкмоль/мл проти $5,68 \pm 0,50$ мкмоль/мл, $p < 0,001$). Слід відмітити, що каталазний показник у ВІЛ-інфікованих осіб склав $15,6 \pm 0,52$, а в осіб без статусу ВІЛ - $10,55 \pm 0,29$ ($p < 0,001$). Оскільки ВІЛ-інфіковані перебувають у стані постійного стресу важливим було вивчення в ротовій рідині обстежених активності СОД. Виявлено, що в осіб дослідної групи даний показник становив $0,171 \pm 0,012$ ум.од., тоді як контрольної - $0,095 \pm 0,025$ ум.од. ($p < 0,01$). Доведено, що при тривалих стресорних впливах, високому емоційному напруженні та депресивних станах відмічається поступове підвищення активності СОД, що співпадає з результатами нашого дослідження. Можливо таким чином можна об'єктивізувати індивідуальну тривалість стресорного впливу, рівень тканинних пошкоджень пародонта.

Аналіз результатів вивчення біофізичних параметрів ротової рідини ВІЛ-інфікованих осіб дозволив встановити, що середній показник в'язкості становить $5,63 \pm 0,88$ відн. од., що більше ніж в 2 рази перевищує середній показник в'язкості у пацієнтів групи порівняння. Буферна ємність ротової рідини ВІЛ-інфікованих осіб в середньому становила $6,6 \pm 0,07$, що достовірно не відрізнялося від середнього значення рН у не інфікованих ВІЛ осіб. Але у 10,8% обстежених осіб зі статусом ВІЛ кислотно-основна рівновага ротової рідини зсунулася в бік ацидозу нижче критичного рівня і склала менше 6,2, що свідчить про втрату ремінералізуючих властивостей слини. МПС в середньому для ВІЛ-позитивних пацієнтів становив $1,41 \pm 0,18$, що відповідає низькому рівню. У групі порівняння МПС в середньому становить $2,75 \pm 0,25$ балів, що відповідає задовільному рівню. Цей показник достовірно перевищує аналогічний для дослідної групи. Показник кристалоутворення у ВІЛ-інфікованих осіб становив в середньому $0,38 \pm 0,02$ і достовірно не відрізнявся від аналогічного показника у групі не інфікованих ВІЛ. Поверхневий натяг ротової рідини у групі обстежених ВІЛ-інфікованих становив в середньому $80,46 \pm 3,42$ мН/м проти $87,4 \pm 5,16$ мН/м у групі осіб без статусу ВІЛ

($p > 0,05$). В той же час отримані результати щодо даного показника в обох групах значно перевищують найбільш сприятливий стан при 50-60мн/м.

Проведений нами кореляційний аналіз з побудовою плеяд на площині дозволив виявити, що досліджувані показники у ВІЛ-інфікованих осіб знаходяться у динамічному зв'язку лише частково. Це вказує на розбалансування організму ВІЛ-інфікованої людини, як функціональної динамічної системи та на руйнування ряду зв'язків, що існують у пацієнтів не інфікованих ВІЛ. Ключовим параметром, що має найбільшу кількість зв'язків (10) із досліджуваними параметрами виявився каталазний показник ротової рідини пацієнтів зі статусом ВІЛ, що підкреслює вагоме значення процесів ВРО та активності АОС як у розвитку патологічних змін в тканинах пародонта ВІЛ-інфікованих осіб, так і в функціонуванні захисних та пристосувальних систем організму в цілому та порожнини рота, зокрема. Результати кореляційного аналізу важливо враховувати при розробці патогенетичних схем розвитку ВІЛ-асоційованих патологічних змін в порожнині рота та патогенетично обґрунтованих профілактичних та лікувальних комплексів для цього контингенту пацієнтів. Беручи до уваги отримані нами дані та наявні літературні відомості щодо поширеності та механізмів розвитку захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих осіб при розвитку імунodefіцитного стану, з метою вдосконалення та поглиблення патогенетичних підходів у лікуванні та профілактиці пародонтопатологій нами застосований системний підхід до обґрунтування лікувальних та профілактичних заходів на основі запропонованої власної патогенетичної схеми, що відобразила можливі механізми розвитку патологічних процесів в тканинах пародонта при ВІЛ-інфекції (рис.1). Ця схема дозволяє об'єктивізувати основні патогенетичні ланки виникнення патологічних змін у пародонті і індивідуалізувати механізми розвитку захворювання в кожному конкретному випадку. Своєчасне виявлення домінантної ланки чи кількох детермінуючих ланок патогенетичних механізмів у конкретного пацієнта і вчасний коригуючий вплив дозволить затримати чи попередити розвиток змін в пародонтальному комплексі, а при їх наявності - зменшити тяжкість проявів патологічних процесів. Такий підхід профілактує розвиток вогнищево-обумовленої інфекції у порожнині рота, покращує якість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

З урахуванням виявлених патогенетичних ланок розвитку патологічних процесів у тканинах пародонта ВІЛ-інфікованих нами обґрунтована та впроваджена системна концепція профілактично-лікувальних заходів для зазначених осіб у стоматолога. Ефекти медикаментозного впливу запропонованого комплексу наведені на рис.2. Клінічна ефективність впровадженого способу лікування запальних захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих осіб зберігалася протягом 6 місяців, що підтвердили результати клінічного обстеження, розрахунку індексу РМА, йодного числа Свракова та індексу кровоточивості за Н.Р.Muhlemann. Позитивним є те, що вірогідного збільшення показників ПІ за Ramfjord та КПІ за Леусом не встановлено, що дозволяє говорити про відсутність активного прогресування деструктивних змін в тканинах пародонта.

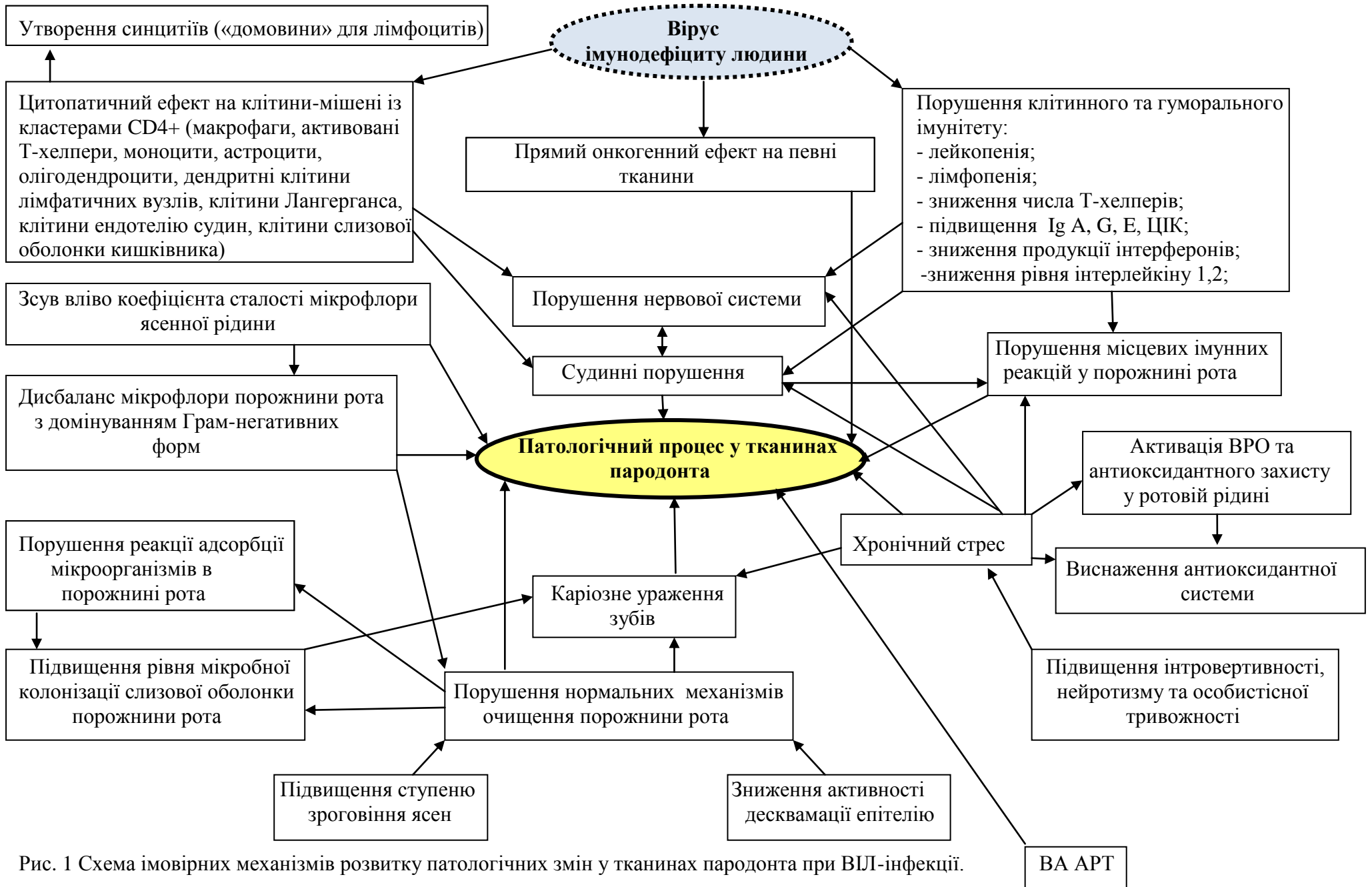


Рис. 1 Схема імовірних механізмів розвитку патологічних змін у тканинах пародонта при ВІЛ-інфекції.

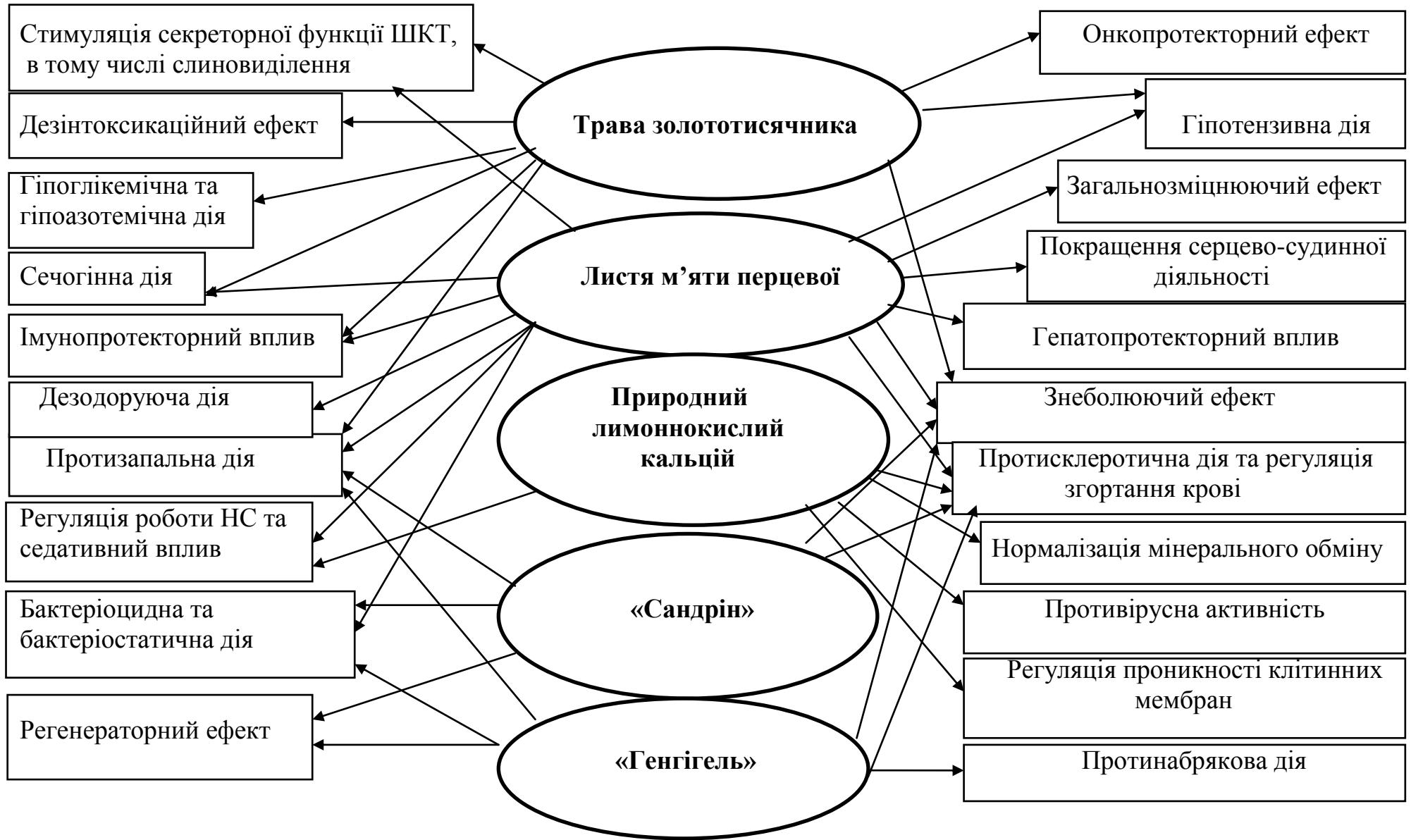


Рис. 2 Ефекти медикаментозного впливу запропонованого лікувально-профілактичного комплексу, що призначає стоматолог ВІЛ-інфікованим

При об'єктивному обстеженні пацієнтів I підгрупи основної групи дослідження через 6 місяців після завершення курсу лікування у 46,67% осіб був констатований стан клінічної ремісії, а запальні явища в тканинах пародонта спостерігали у 53,33% осіб. У групі контролю при об'єктивному обстеженні реєстрували клінічну картину, що відповідає ремісії у 20% пацієнтів, тоді як у 80% ВІЛ-інфікованих осіб контрольної групи діагностовано запальні зміни в тканинах пародонта. Таким чином отримані результати проведених досліджень обґрунтовують доцільність використання запропонованого способу лікування запальних захворювань тканин пародонта у пацієнтів зі статусом ВІЛ.

ВИСНОВКИ

В дисертації наведене узагальнення виконаних клінічних, психологічних, лабораторних досліджень і запропоновано нове вирішення наукової задачі, що виявляється в підвищенні ефективності первинної та вторинної профілактики запальних захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих осіб на основі патогенетичного обґрунтування лікувально-профілактичних заходів.

1. Проблема ВІЛ-інфекції є надзвичайно актуальною. Враховуючи значну частоту уражень порожнини рота (від 80 до 92%) при ВІЛ-інфекції, першість маніфестних проявів в ній, їх активне прогресування, раннє виявлення таких пацієнтів досить важливе, як для своєчасності надання їм медичної і, зокрема, стоматологічної допомоги, так і для зниження ризику зараження медичного персоналу.

2. Поширеність пародонтопатології у ВІЛ-інфікованих осіб склала 98,94% проти 82,86% у пацієнтів без статусу ВІЛ аналогічного віку. Діагностовано виключно запальні та запально-дистрофічні зміни, генералізований пародонтит різного ступеню тяжкості зустрічався у 10,8 разів частіше ніж гінгівіт. Серед гінгівіту, як самостійного так і симптоматичного, в обох групах спостережень переважала катаральна форма, але зустрічалися гіпертрофічні (13,83% проти 2,86%) та виразково-некротичні ураження (8,51% проти 0). З прогресуванням ВІЛ-інфекції та зниженні кількості CD4-лімфоцитів крові реєструвався більш тяжкий розвиток деструктивних явищ в пародонті.

3. Серед ВІЛ-інфікованих осіб інтроверти мали достовірно вищі показники індексної оцінки стану порожнини рота, які з високим рівнем імовірності свідчать про інтенсивніше ураження твердих тканин зубів та більш тяжкий перебіг уражень тканин пародонта.

4. Виявлене підвищення ступеню зроговіння епітелію ясен при поглибленні деструктивних змін в тканинах пародонта у пацієнтів на фоні ВІЛ-інфекції та особливо при її прогресуванні. У ВІЛ-інфікованих осіб індекс кератинізації ясен перевищував аналогічний показник в обстежених без статусу ВІЛ майже в 1,8 рази.

5. Рівень концентрації ФНП- α в ротовій рідині збільшувався в 3 рази на фоні пародонтопатології без фонові ВІЛ-інфекції та в 14 разів при ураженнях тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. На початкових стадіях розвитку ВІЛ-інфекції рівень ФНП- α у змішаній слині максимальний і знижується з

розвитком інфекційного процесу. Вміст кортизолу в ротовій рідині ВІЛ-інфікованих достовірно перевищував аналогічний показник у не інфікованих ВІЛ осіб ($7,71 \pm 0,67$ нг/мл та $5,14 \pm 0,69$ нг/мл відповідно).

6. Встановлено достовірне підвищення кількості грамнегативної мікрофлори в ясенній рідині з прогресуванням імунодефіциту. Відмічено достовірне збільшення адгезивного числа та адгезивного індексу при генералізованому пародонтиті III ступеню тяжкості у ВІЛ-інфікованих, що свідчить про виснаження адаптивних механізмів, підвищення рівня колонізації слизової оболонки порожнини рота мікроорганізмами, зниження природних очисних властивостей слизової та порушення десквамативних процесів.

7. В осіб із статусом ВІЛ при запально-дистрофічних змінах в тканинах пародонта показник реакції адсорбції мікроорганізмів збільшувався в 1,5 рази порівняно з особами, що мають хвороби пародонта без фонові ВІЛ-інфекції, тоді як у пацієнтів групи контролю – знижувався в 1,45 рази. Виявлена стійка тенденція до підвищення показника РАМ з прогресуванням імунодефіцитного стану.

8. Доведено, що інтенсивність вільнорадикальних процесів та активність антиоксидантних систем підвищується з поглибленням імунодефіциту та з прогресуванням пародонтопатології, доказом тому є зростання каталазного показника, активності супероксиддисмутази та приріст ТБК-активних продуктів.

9. Зареєстровано достовірне зростання в'язкості ($5,63 \pm 0,88$ відн.од. проти $2,76 \pm 0,28$ відн.од. у контролі), зниження мінералізуючого потенціалу ротової рідини ($1,41 \pm 0,18$ проти $2,75 \pm 0,25$) та швидкості слиновиділення на фоні ВІЛ-інфекції ($0,33 \pm 0,03$ мл/хв. проти $0,54 \pm 0,05$).

10. Патогенетично обґрунтовано комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо попередження та усунення патологічних змін тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих осіб. Запропонований спосіб комплексного лікування запальних та запально-дистрофічних захворювань тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих дозволяє отримати клінічну стабілізацію процесу у 80,00% спостережень, що на 11,43% більше порівняно із контролем. Клінічний ефект запропонованого способу в 2,3 рази вищий, ніж від традиційного лікування.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Комплексне клінічне обстеження ВІЛ-інфікованих у стоматолога повинно проводитись не рідше ніж 1 раз на 3 місяці. Його необхідно поєднувати із вивченням психологічного, соматичного статусу, дослідженням біофізичних властивостей ротової рідини.

2. З метою первинної профілактики патологічних змін тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих необхідно застосовувати комплекс патогенетично обґрунтованих заходів у стоматолога, які базуються на результатах їх всебічного клінічного, психологічного, лабораторного обстеження, даних інфекційного анамнезу. Він повинен включати наступні заходи у зазначеній послідовності:

- професійна гігієна та санація порожнини рота;
- індивідуальна гігієна порожнини рота згідно рекомендованого стоматологом алгоритму;

- засоби рослинного походження внутрішньо - трава золототисячника та листя м'яти перцевої (по 1 чайній ложці залити 0,5 літрів окропу, настояти 10-15 хвилин, пити по ½ склянці фіточаю 2 рази на добу за 30 хвилин до прийому їжі; розсипні збори трав можна замінити пакетованими фіточаями і використовувати по 1 пакетику золототисячника та м'яти за вищезазначеною методикою);
- природний лимоннокислий кальцій внутрішньо у вигляді ячної пудри (1 чайна ложка) із щойно віджатим лимонним соком;
- щоденні ротові ванночки «Генгігелю» в якості ополіскувача;
- пальцевий масаж ясен із втиранням високомолекулярної гіалуронової кислоти у вигляді препарату гель для ясен «Генгігель»;

3. З метою підвищення ступеня ефективності діагностики та вивченні імунопатогенезу розвитку ВІЛ-асоційованих пародонтопатології необхідно враховувати зміну рівня концентрації біомаркерів в ротовій рідині – ФНП- α , ІЛ-10 та кортизолу.

4. Зміни інтенсивності вільнорадикальних процесів та активності антиоксидантних систем у ротовій рідині осіб із статусом ВІЛ допомагає об'єктивізувати індивідуальну тривалість стресорного впливу та чутливість до нього, рівень тканинних пошкоджень пародонта.

5. У порожнині рота цитологічні зміни в структурі епітелію ясен відображаються клінічно у розвитку ВІЛ-асоційованих виразкового гінгівіту та пародонтиту у динаміці розвитку патологічного процесу.

6. Для широкого використання в практиці лікування запальних захворювань тканин пародонта, в тому числі і для ВІЛ-інфікованих пацієнтів, рекомендується використовувати запатентований нами лікувально-профілактичний комплекс у послідовності, аналогічній первинній профілактиці, але для ротових щоденних ванночок рекомендується препарат «Сандрін», при виразково-некротичних змінах ясен - ротові ванночки Октенідолу (3-4 рази на день після гігієнічних процедур).

Запропонований комплекс враховує зміни ротової рідини ВІЛ-інфікованих пацієнтів та є максимально природним, що попереджує можливість розвитку поліпрагмазії. Призначається він не менше 2 разів на рік, в залежності від клінічної ситуації, загального стану пацієнта, його ставлення до власного здоров'я на основі заключення лікаря-стоматолога, що здійснює лікування та диспансеризацію.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Петрушанко Т.О. Зміни стоматологічного статусу ВІЛ-інфікованих осіб в залежності від рівня їх психоемоційного напруження / Т.О.Петрушанко, Н.В. Іленко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2011. – Т. 11, випуск 4(36), частина 2. – С.26-29. *Особистий внесок здобувача – проведено клінічне та психологічне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

2. Іленко Н.В. Взаємозв'язок стоматологічного статусу та біофізичних параметрів ротової рідини ВІЛ-інфікованих осіб / Н.В.Іленко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2012. – Т. 12, випуск 1-2(37-38). – С.40-43.

3. Іленко Н.В. Характер змін рівня фактора некрозу пухлин – α та інтерлейкіну – 10 у ротовій рідині ВІЛ-інфікованих / Н.В.Іленко, Т.О.Петрушанко, Т.В.Мамонтова // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 5. – С. 20-23. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, забір матеріалу та участь в імунологічних дослідженнях, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

4. Іленко Н.В. Стан пародонта та зубів ВІЛ-інфікованих в залежності від рівня у крові CD4 / Н.В.Іленко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2012. – Т. 12, випуск 4(40). – С.24-28.

5. Іленко Н.В. Аналіз цитологічних показників епітелію слизової оболонки порожнини рота ВІЛ-інфікованих осіб / Н.В.Іленко, Т.О.Петрушанко, Д.Е.Ніколенко // Проблеми екології та медицини. – 2013. – №1-2. – Т. 17. – С.4-12. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, забір матеріалу, вивчення цитологічних параметрів епітелію слизової оболонки порожнини рота, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

6. Петрушанко Т.О. Особливості стану тканин пародонта, імунологічних та біохімічних змін ротової рідини ВІЛ-інфікованих / Т.О.Петрушанко, Н.В.Іленко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – Т. 13, випуск 2(42). – С.46-49. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

7. Петрушанко Т.О. Ураженість пародонта ВІЛ-інфікованих залежно від їх типологічних характеристик / Т.О.Петрушанко, Н.В.Іленко // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. - №4 (04). – С.72-74. *Особистий внесок здобувача – проведено клінічне та психологічне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

8. Іленко Н.В. Адсорбційна взаємодія мікрофлори та епітеліоцитів ясен ВІЛ-інфікованих осіб / Н.В.Іленко, Т.О.Петрушанко // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – Т. 13, випуск 3(43). – С.40-44. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

9. Петрушанко Т.А. Скрининговая оценка колонизационной резистентности слизистой оболочки полости рта ВИЧ-инфицированных людей / Т.А.Петрушанко, Н.В.Иленко // Молодой учёный. – 2013. – №11. – С.222-225. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

10. Іленко Н.В. Коефіцієнт сталості мікрофлори ясенної рідини ВІЛ-інфікованих осіб / Н.В.Іленко, Т.О.Петрушанко, Н.М.Іленко // Вісник проблем

біології і медицини. – 2014. – Вип.2, Том 1 (107). – С.155-159. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

11. Петрушанко Т.А. Пациенты с ВИЧ-статусом на повседневном приеме врача-стоматолога / Т.А.Петрушанко, Н.В.Иленко // ДентАрт. – 2013. – №4 (73). – С.21-26. *Особистий внесок здобувача – проведено клінічне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

12. Петрушанко Т.О. Застосування нового лікувально-профілактичного комплексу у ВІЛ-інфікованих осіб із запально-дистрофічним ураженням пародонта / Т.О.Петрушанко, Н.В.Іленко // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2014. - № 1(33). – С.66-73. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання статті та підготовка до друку.*

13. Деклараційний патент України на корисну модель № 83466 Україна, МПК G01N33/48. Спосіб діагностики запальних захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих людей / Т.О.Петрушанко, Л.Е.Весніна, Т.В.Мамонтова, Н.В. Іленко.– № и 2013 04008; заявл. 01.04.13; опубл. 10.09.13, Бюл. № 17. *Особистий внесок здобувача – участь у розробці та апробації запропонованого способу, клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів та підготовка патенту.*

14. Деклараційний патент України на корисну модель №75796 Україна, МПК А61J 3/00; А61К 8/97; А61К8/30. Спосіб комплексного лікування запальних захворювань тканин пародонта ВІЛ-інфікованих / Т.О.Петрушанко, Н.В. Іленко.– № и 2012 07362; заявл. 18.06.12; опубл. 10.12.12, Бюл. № 23. *Особистий внесок здобувача – участь у розробці та апробації запропонованого способу, клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів та підготовка патенту.*

15. Іленко Н.В. Психологічні особливості роботи лікарів-стоматологів при прийомі ВІЛ-інфікованих пацієнтів / Н.В.Іленко // Проблеми екології та медицини. Випуск присвячений 90-річчю Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія». – 2011. – №3-4. – Т. 15 (додаток 1). – С.86.

16. Петрушанко Т.О. Фізичні параметри ротової рідини ВІЛ-інфікованих осіб / Т.О.Петрушанко, Н.В. Іленко // Мат. 4-го Міжнародного імплантологічного конгресу «Сучасні технології в стоматологічній галузі». – Ужгород, 2012. – С.36-38. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання тез та підготовка до друку.*

17. Петрушанко Т.О. Зв'язок стоматологічного статусу ВІЛ-інфікованих пацієнтів із їх психологічними характеристиками та біофізичними параметрами ротової рідини / Т.О.Петрушанко, Н.В. Іленко // Вісник стоматології. Спецвипуск 6: мат. Міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології в пародонтології». – Одеса, 2012. – С.61-63. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання тез та підготовка до друку.*

18. Іленко Н.В. Залежність стану тканин пародонта ВІЛ-інфікованих від психологічного статусу та змін ротової рідини / Н.В.Іленко // Вісник стоматології. Спецвипуск 6: мат. Міжнародної науково-практичної конференції «Інноваційні технології в пародонтології». – Одеса, 2012. – С.110-111.

19. Петрушанко Т.А. Превентивная направленность лечебно-профилактического комплекса стоматологического лечения ВИЧ-инфицированных / Т.А.Петрушанко, Н.В.Иленко // Предиктивность в фундаментальной и клинической стоматологии : V Научно-практическая конференция Ассоциации стоматологов Приднестровья : мат. конф. – Тирасполь, 2013. – С.55-58. *Особистий внесок здобувача – проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів, статистична обробка результатів, написання тез та підготовка до друку.*

АНОТАЦІЯ

Іленко Н.В. Патогенетичне обґрунтування первинної та вторинної профілактики хвороб пародонта у ВІЛ-інфікованих. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, Полтава, 2014.

При більш високій розповсюдженості пародонтопатології та наявності тенденції до більш тяжких форм її перебігу на фоні ВІЛ-інфекції встановлено ряд змін системи гомеостазу порожнини рота. У ВІЛ-інфікованих пацієнтів з інтровертивним типом особистості виявлений більш тяжкий перебіг одонтопатології та захворювань тканин пародонта. Встановлено ряд змін цитологічних та мікробіологічних параметрів порожнини рота у ВІЛ-інфікованих осіб, що вказують на порушення нормальних механізмів очищення порожнини рота та зростання кількості Грам «-» мікроорганізмів. Виявлені зміни рівня концентрації ФНП- α , ІЛ-10 та кортизолу в ротовій рідині ВІЛ-інфікованих осіб. Вивчення біохімічних параметрів ротової рідини у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією засвідчили зміни інтенсивності вільнорадикальних процесів та активності антиоксидантних систем у осіб групи дослідження. Біофізичні зміни ротової рідини при ВІЛ-інфекції характеризувалися зростанням в'язкості, зниження мінералізуючого потенціалу ротової рідини та швидкості слиновиділення.

Беручи до уваги отримані дані та наявні літературні відомості ми розробили патогенетичну схему, що відобразила можливі механізми розвитку патологічних процесів в тканинах пародонта при ВІЛ-інфекції, а також обґрунтували концепцію первинної профілактики хвороб пародонта у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Розроблено, обґрунтовано та впроваджено схему комплексного лікування запальних захворювань тканин пародонту у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Оцінка ефективності запропонованих схем лікування засвідчила досягнення ремісії запального процесу в тканинах пародонта.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, запальні захворювання тканин пародонта, концепція первинної профілактики, вторинна профілактика, патогенетичне обґрунтування.

АННОТАЦИЯ

Иленко Н.В. Патогенетическое обоснование первичной и вторичной профилактики болезней пародонта у ВИЧ-инфицированных. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» МЗ Украины, Полтава, 2014.

Диссертация посвящена патогенетическому обоснованию первичной и вторичной профилактики болезней пародонта на фоне ВИЧ-инфекции.

При более высокой распространенности пародонтопатологии и наличия тенденции к более тяжелым формам ее течения на фоне ВИЧ-инфекции установлено ряд изменений системы гомеостаза полости рта. У ВИЧ-инфицированных пациентов с интровертивным типом личности выявлено более тяжелое течение одонтопатологии и заболеваний тканей пародонта. Установлено повышение степени ороговения эпителия десен при прогрессировании деструктивных изменений в тканях пародонта у пациентов на фоне ВИЧ-инфекции, снижение активности десквамации и нарушение нормальных механизмов очищения полости рта. Эти изменения усиливаются с прогрессированием иммунодефицитного состояния. Это подтверждают изменения микробиологических параметров полости рта, которые изучались у ВИЧ-инфицированных людей. Выявлена тенденция к смещению коэффициента постоянства микрофлоры десневой жидкости влево, что свидетельствует об возрастании количества грам «-» микроорганизмов в десневой жидкости ВИЧ-инфицированных пациентов.

Уровень концентрации ФНО- α в ротовой жидкости увеличивается в 14 раз при заболеваниях тканей пародонта на фоне ВИЧ-инфекции. Установлено тенденцию к снижению уровня концентрации данного провоспалительного цитокина в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Изучение уровня концентрации ИЛ-10 в ротовой жидкости ВИЧ-инфицированных пациентов позволило выявить неоднозначные результаты с высоким разбросом значений, что требует дополнительных исследований. Уровень концентрации кортизола в ротовой жидкости ВИЧ-инфицированных пациентов оказался достоверно выше сравнительно с пациентами группы исследования, что отображает высокий уровень психоэмоционального напряжения людей, которые живут со статусом ВИЧ. Изучение биохимических параметров ротовой жидкости у пациентов с ВИЧ-инфекцией выявило изменения интенсивности свободнорадикальных процессов и активности антиоксидантных систем у пациентов группы исследования. Биофизические изменения ротовой жидкости при ВИЧ-инфекции характеризовались повышением вязкости, снижением минерализирующего потенциала ротовой жидкости и скорости слюноотделения.

Принимая во внимание данные, полученные в ходе нашего исследования, а также известные литературные данные, с целью усовершенствования

патогенетических подходов в лечении и профилактике пародонтопатологий мы разработали патогенетическую схему, которая отобразила возможные механизмы развития патологических процессов в тканях пародонта при ВИЧ-инфекции.

Нами также была разработана и обоснована концепция первичной профилактики болезней пародонта у ВИЧ-инфицированных пациентов. На основании полученных результатов была разработана, обоснована и внедрена схема комплексного лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта у ВИЧ-инфицированных пациентов. Предложенный комплекс учитывает выявленные изменения гомеостаза полости рта и является максимально природным, что предупреждает развитие полипрагмазии. Клинический эффект предложенного способа в 2,3 раза превышает эффект от традиционного лечения и позволяет достичь ремиссии воспалительного процесса в тканях пародонта, что свидетельствует о целесообразности его применения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, воспалительные заболевания тканей пародонта, концепция первичной профилактики, вторичная профилактика, патогенетическое обоснование.

ANNOTATION

Penko N.V. Pathogenetic basis of primary and secondary prevention of periodontal diseases in HIV-infected patients. – Manuscript.

Dissertation for the candidate of medical sciences degree in speciality 14.01.22 – dentistry. Higher state educational establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy” Ministry of public health of Ukraine, Poltava, 2014.

At higher prevalence of periodontal diseases and the trend towards more severe forms of their course with the presence of HIV infection we established a number of changes of homeostasis system of oral cavity. The more severe cases of odontopathology and periodontal diseases were detected in HIV-infected patients with introvertive personality type. A number of cytological and microbiological changes in the oral cavity in HIV-patients were determined that are pointing to the disruption of normal cleansing mechanisms of oral cavity and the growth of Gram «-» microorganisms. The changes in level of concentration of TNF- α , IL-10 and cortisol in the oral liquid of HIV-patients were revealed. Studies of biochemical parameters of the oral liquid in patients with HIV infection showed the changes in intensity of free radical processes and activity of antioxidant systems in persons of the study group. Biophysical changes of the oral liquid with the presence of HIV infection had characteristics of increased viscosity, decreased mineralization potential of the oral liquid and the change in speed of salivation.

Taking into account the obtained data and the available information in literature we have developed pathogenetic scheme, reflecting the possible mechanisms of the development of pathological processes in periodontal tissues for the cases with HIV-infection. We have also substantiated the concept of primary prophylactics of periodontal diseases in HIV-infected patients. The well-grounded scheme of complex treatment of inflammatory periodontal diseases was designed and implemented in HIV-patients. The evaluation of the effectiveness of the proposed treatment schemes showed the achievement of remission of inflammatory process in periodontal tissues.

Key words: HIV-infection, inflammatory periodontal diseases, the concept of primary prevention, secondary prevention, pathogenetic substantiation.