



Пулатова Райхон Саидумаровна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ПАТОЛОГИЯСИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА КЛИНИКАСИНING ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Пулатова Райхон Саидумаровна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND CLINIC OF ORAL PATHOLOGY IN HIV-INFECTED PATIENTS

Pulatova Raykhon Saidumarovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада одам вируси инфекцияси (ОИВ) билан касалланган ($n=47$) беморларнинг оғиз бўшлиғи тўқима ва аъзолари ҳолати ўрганилган. Асосий гуруҳ (А/Г) – 23 нафар бемор, жумладан 11 таси қисман олиб қўйиладиган протезли, 12 та бемор шу турдаги протезга муҳтож ва кейинчалик термопластик «Vertex termo sens» материаллини қўлланилиши режалаштирилди. Назорат гуруҳи (Н/Г) – 24 нафар бемор «Силикон» материаллини янги таркиби ва усуллар билан протез тайёрлаб қўйилиши режалаштирилган гуруҳларга ажратилиб ўрганилган. Шунингдек, кариес тарқалганлиги ва унинг асорати, пародонт касалликлари кўрсаткичлари юқори даражаси кузатилиши, оғиз бўшлиғи суюқлиги таркибидаги иммунологик кўрсаткичлар инсон вируси инфекцияси билан оғриганларда салбий ўзгаришларда бўлишини тасдиқлашган.

Калит сўзлар: стоматология, орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС), одам иммунитетини вируси (ОИВ), пародонтит, гингивит, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, кариес, олиб қўйиладиган протез.

Abstract. The article presents data on the study of the state of tissues and organs of the oral cavity with HIV-infected ($n=47$), for the period from 2020 to 2023, were divided into groups: The main group (O/G) - 23 patients (11 patients who used removable partial prostheses, 12 patients who needed the longest prosthetics partially removable (emergency) and fully removable (PS) dentures (PO) using thermoplastic material "Vertex termo sens"; the experimental group (OP/G - 24 patients, replacement of dentition defects, was also planned prosthetics with "Silicone" materials with new methods and materials. A significantly higher prevalence of caries and its complications was revealed, the results of an immunological study of oral fluid confirmed a significant inhibition of local immunity factors in people living with HIV.

Keywords: dentistry, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), HIV infection, periodontitis, gingivitis, oral mucosa, caries, seminal prosthes.

Актуальность. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызывает антропонозную инфекцию с преобладанием контактного механизма передачи возбудителя и поражает иммунной системы организма - синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) и к смерти от вторичных заболеваний [1, 2, 3, 10]. Попадая в организм человека, ВИЧ поражает различные органы и ткани, но в первую очередь - клетки, несущие маркер CD4. В настоящее время доказано, что инфицированные ВИЧ CD4-клетки в огромном количестве продуцируют новые вирусные частицы, а сами

погибают. Количество CD4-клеток постепенно снижается, при сниженном до определенного уровня числа CD4-клеток у инфицированных ВИЧ начинают развиваться инфекционные процессы, вызываемые условно-патогенными возбудителями.

Также, известно, что в стоматологической практике, в основном, манипуляции носят инвазивный характер, что делает вполне реальным искусственный механизм передачи ВИЧ, а ведущим путем - парентеральный. Поэтому, знание симптомов поражения полости рта (ПР) на раз-

личных стадиях клинического течения ВИЧ-инфекции необходимы стоматологу. Наличие данных симптомов наряду с прочими признаками, указывающими на возможный иммунодефицит, может способствовать уточнению диагноза [18].

По классификации, поражения ПР сопровождают ВИЧ-инфекцию со второй клинической стадии инфекционного процесса. Возникновение заболеваний ротовой полости (РП) чаще всего связано с развитием так называемых вторичных заболеваний - оппортунистических инфекций и опухолей, свойственных иммунодефицитам [2, 4, 5, 6, 9, 11]. Выделено 3 группы этих поражений: 1-я - поражения ПР, часто связанные с ВИЧ-инфекцией: кандидоз, в том числе ангулярный хейлит, «волосистая» лейкоплакия, ВИЧ-гингивит, ВИЧ-периодонтит, рецидивирующий герпетический стоматит, саркома Капоши, лимфома не Ходжкина; 2-я - поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией; 3-я - поражения, которые могут быть связаны с ВИЧ-инфекцией: бактериальные инфекции.

Проявления ВИЧ-инфекции в ПР являются ключевыми индикаторами развития заболевания и такие поражения возникают до 80% случаев с ВИЧ-инфицированных пациентов. К факторам, предрасполагающим к появлению поражений ПР, относят число CD4 -клеток менее 200 в мкл, вирусную нагрузку (ВН) свыше 3000 коп/мл, ссеростомию, плохое гигиеническое состояние ПР, наличие вредных привычек, при этом, доказано, что, состояние тканей и органов ПР у ВИЧ-инфицированного больного являются одним из типичных проявлений у инфицированных ВИЧ [13, 19, 20, 21].

Местный иммунитет является первым иммунологическим барьером, обеспечивающим защиту организма от различных антигенных воздействий. [14, 15]. Многие иммунные процессы протекают в ротовой жидкости (РЖ) больного человека. При ВИЧ-инфекции местный иммунитет СОПР непосредственно участвует в этих процессах, при этом, секреторный иммуноглобулин класса А (sIgA) играет значительную роль в противовирусном и антибактериальном иммунитете. Ряд авторов утверждает [5, 7, 8, 16] важным в развитии заболеваний ПР при ВИЧ/СПИД состояние дефицита sIg A и лактоферрина в секрете околоушной слюнной железы. Знание разнообразных клинических проявлений ВИЧ-инфекции в ПР и возникающих на ее фоне вторичных заболеваний, необходимо для профилактики заражения больных и медицинского персонала, своевременной диагностики ВИЧ-инфекции и оптимизации ее лечения. В связи с тем, что оказание стоматологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам должно проводиться с минимальными инвазивными вмешательствами ввиду высокого риска

передачи возбудителя во время манипуляций, нам представлялось весьма актуальным рассмотреть вопрос оказания ортопедического лечения с использованием современных материалов и методов, не оказывающих раздражающего, токсического и аллергического воздействий на ткани пародонта и СОПР, а также не требующих при изготовлении протезов дополнительного препарирования зубов.

Цель исследования. Оценка и диагностика состояния тканей и органов ПР для определения оптимальных методов лечения и выборов расходных материалов к нуждаемости протезирования дефектов зубных рядов с больными ВИЧ-инфицированными.

Материалы и методы. Исследования проведено за период с 2020 по 2023 гг. было обследовано 47 больных с диагнозом «ВИЧ-инфекция» на основании положительному результату иммуноферментного анализа (ИФА) с дальнейшим подтверждением в иммуноблоте (ИБ) в клинической лаборатории Бухарского филиала Республиканского центра по борьбе со СПИД. Обследованные ВИЧ-инфицированные (n=47) были распределены на группы в зависимости от выбранного метода ортопедического лечения: Основная группа (О/Г) - 23 пациента (11 пациента, которые пользовались съемными частичными протезами, 12 пациентам которая нуждающихся дальнейшего протезирования частично-съемными (ЧС) и полными съемными (ПС) зубными протезами (ЧСЗП, ПСЗП, ЗП) с использованием термопластического материала «Vertex termo sens»; контрольная группа (К/Г)- 24 пациента, замещение дефектов зубных рядов, было тоже планировано протезирование материалами «Силикона» по предлагаемой нами методами (Патент на модел РК №7565 от 12.09.2022 г.) [12]. Все обследованных разделены по полами; мужчин - 76,2%, женщин - 23,8%; по возрастным группами: 18-25 лет - 34,7%, 26-34 года -54,3%, 35-44 года -11,0%. С целью сопоставления состояния иммунологических показателей ПР контролем (К/Г) служили 14 пациентов (n-14) с заболеваниями пародонта средней степени тяжести (ПССТ). Все больные подвергались клиническому осмотру с проведением общеклинических и лабораторных методов обследования.

Визуальное стоматологическое обследование ПР проводили с помощью одноразовых стоматологических инструментов при естественном освещении, начинали с осмотра красной каймы губ, щек, мягкого и твердого неба, дна ПР, десен, языка, также внимание обращали на состояние СО протезного ложа, его костной основы, на степень и тип атрофии альвеолярных отростков, цвет, влажность, отечность, податливость, наличие патологических изменений, также оценивалось состояние слюнных желез.

Во время осмотра учитывали состояние твердых тканей зубов, наличие пломб, вкладок, коронок и ЗП, определяли наличие дефектов зубных рядов (ДЗР), их топографию и протяженность, наличие ДЗР и замещенность их ЗП, состояние ЗП, характер контактов между рядом стоящими зубами, форму зубных дуг, в том числе вид прикуса. Частичные дефекты в зубных рядах, образовавшиеся в результате утраты зубов, нами определялись по классификации Кеннеди и фиксировали в специальную карту больного ВИЧ-инфекцией, разработанную для данного исследования.

Клинико-стоматологическое обследование проводили с помощью стандартных методов для стоматологов; как, распространенность кариеса, интенсивности поражения - кариесом и его осложнениями (К), запломбированных (П) и удаленных (У) (КПУ); состояние гигиены ПР (упрощенный гигиенический индекс ОНП-с, 1969 г.); пародонтальный индекс (PI – Russel 1956 г.); кровоточивости десневой бороздки (пробы по Muhlleman, 1971 г., Cowell, 1975) при интенсивности кровоточивости десны (ИКД). Кроме, этого определено состояние слизистой и микроциркуляции в живом организме (прижизненная микроангиоскопия или стоматоскопия) был использован люминесцентный фотодиагностический аппарат (модель-611) и иммерсионный микроскоп (модель-178 - увеличивающие объекты до 25 раз).

С помощью прибора гнатодинамометром с целью определения выносливости пародонта к нагрузкам проведена в динамике в 2-х направлениях: горизонтальном и вертикальном. Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и Statistica-6. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Клинические показатели стоматологического здоровья больных ВИЧ-инфекцией с иммунодепрессивным действием ВИЧ проявляется изменениями в твердых тканях зуба и это отражено в отечественных и зарубежных научных публикациях [3, 17] (рис. 1 и 2).

По результатам клинических наблюдений нами была выявлена достоверно более высокая распространенность кариеса и его осложнений у ВИЧ-инфицированных пациентов в сравнении с иммунокомпетентными лицами (100% против 80% соот-но). Показатель интенсивности кариеса составил у ВИЧ-инфицированных больных в О/Г КПУ=18,6±0,5, у больных в К/Г - КПУ=19,2±0,8, что по градации ВОЗ считается очень высоким.

Интенсивность кариеса у во 2 группе была следующим: компонент «К» составил 61%, компонент «П» - 11%, «У» - 28%. Нуждаемость в лечении кариеса у ВИЧ-инфицированных как в 1, так и в 2 группах достоверно выше ($p < 0,001$) таковой в группе сравнения (К/Г), где значение индекса КПУ составило 9,8±0,4.

Число кариозных зубов у женщин оказалось ниже, чем у мужчин (на 13% в группе пациентов с ВИЧ в О/Г и на 8% - в К/Г); отмечалась тенденция к росту числа пломбированных и удаленных зубов по сравнению с мужчинами. Таким образом, по результатам наших клинических наблюдений можно сделать заключение, что распространенность и интенсивность кариеса у пациентов с ВИЧ достаточно высоки.

У обследованных нами ВИЧ-инфицированных больных в О/Г выявлены следующие воспалительные заболевания пародонта: гингивит, в т.ч. катаральный - у 56,8% пациентов. Пародонтит наблюдался у 18% больных. Легкая форма воспаления пародонта у пациентов с ВИЧ в О/Г была выявлена у 30,4% больных, PI при этом составил 0,93±0,25.

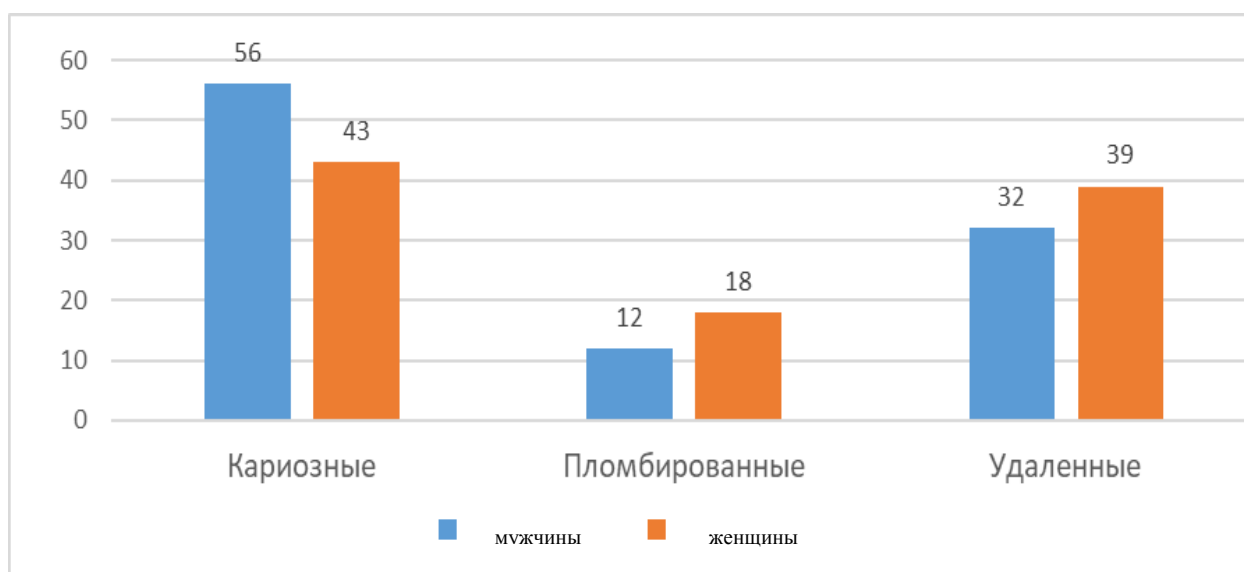


Рис. 1. Структура индекса КПУ в основной группе

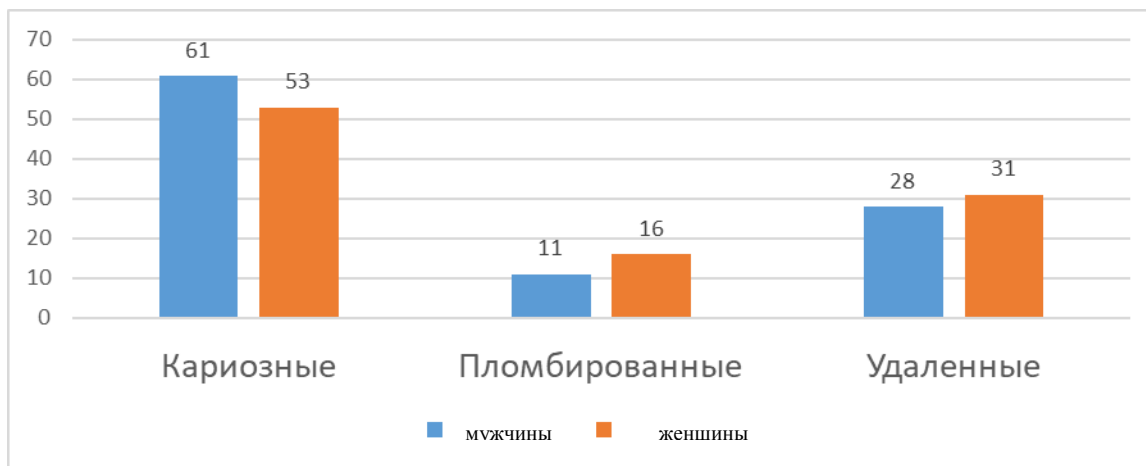


Рис. 2. Структура индекса КПУ в контрольной группе

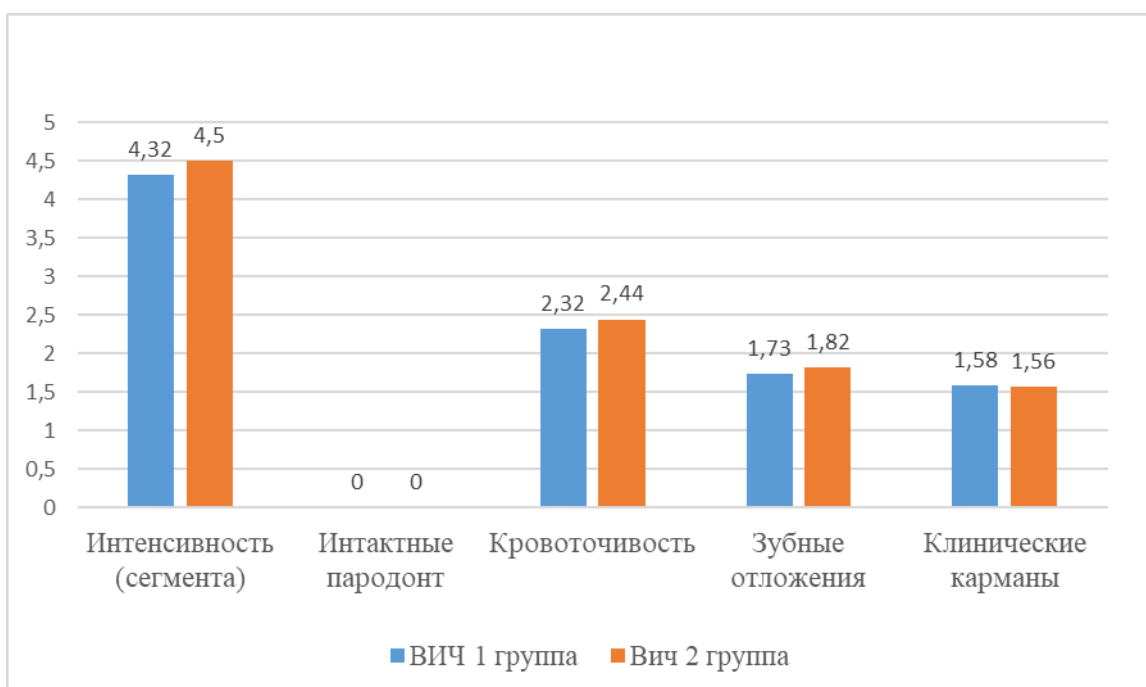


Рис. 3. Показатели патологии пародонта у больных ВИЧ-инфекцией согласно индексу CRITN

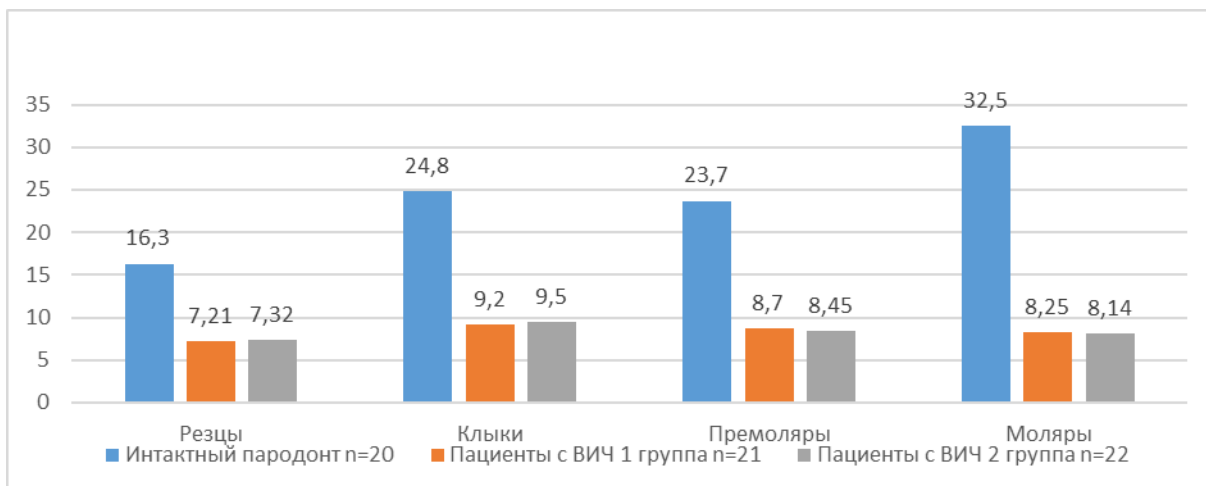
Пародонтит средней тяжести (PI $1,89 \pm 0,21$) с выраженной деструкцией, подтвержденной R-ки, наблюдали у 52,2% больных. Тяжелый пародонтит был отмечен в 17,4% случаев от общего числа больных пародонтитом. PI в этих случаях составил $2,41 \pm 0,26$. Среднее значение пародонтального индекса в этой группе больных составило $1,74 \pm 0,29$. Глубина клинических карманов достигала в среднем 5,8 мм, что соответствует 3 баллам по шкале CRITN (смотрите рис 3).

Воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) у пациентов с ВИЧ во К/Г были представлены следующим образом: гингивит, в т. ч. катаральный, наблюдался у 61,4% больных, язвенно-некротический - у 6,3% обследованных. Легкая форма воспаления пародонта была отмечена у 27,5% больных, PI при этом составил $0,98 \pm 0,27$. Пародонтит средней тяжести (PI $2,1 \pm 0,24$) наблюдался у 52,3% обследованных. Тяжелый пародонтит был отмечен нами в 20,2% случаев, когда зна-

чение PI составило $2,8 \pm 0,24$. Средняя величина пародонтального индекса была зафиксирована на отметке $1,96 \pm 0,23$.

При объективном осмотре десен выявляли набухший, ярко окрашенный с цианотичным оттенком десквамированный десневой край, легко кровоточащий при зондировании. Пародонтальные карманы были с обильным гнойно-кровянистым отделяемым и, нередко, с сочными грануляциями.

Один из наиболее чувствительных методов оценки состояния десны - зондовая проба по Мюллеману-Коуэллу - показал, что большинство (98,2%) обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов имели кровоточивость различной выраженности. Интенсивность воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) в группах ВИЧ-инфицированных больных была высокой, что обусловлено, прежде всего, выраженным иммунодефицитом.



Примечание: В - вертикальная нагрузка; Г - горизонтальная нагрузка; * - $p < 0,05$ по сравнению с интактным пародонтом.

Рис. 4. Гнатодинамометрические показатели выносливости пародонта зубов у больных ВИЧ-инфекцией (в О/Г) Вертикальная нагрузка

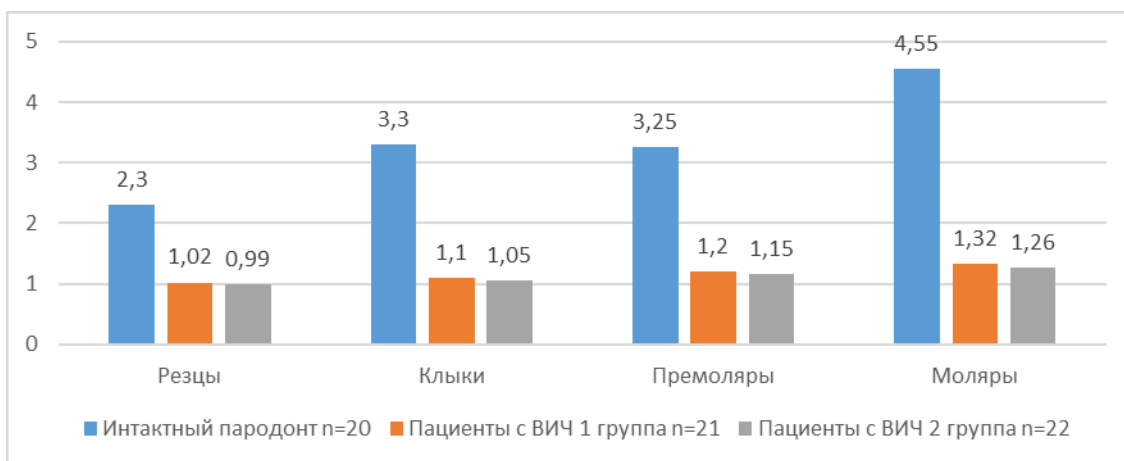
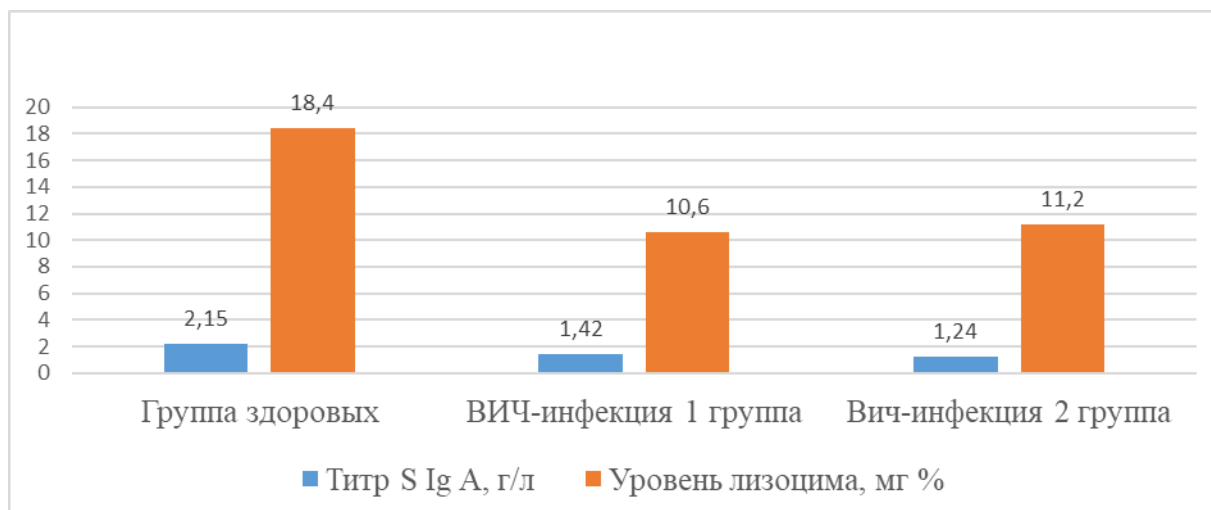


Рис. 5. Гнатодинамометрические показатели выносливости пародонта зубов у больных ВИЧ-инфекцией (в О/Г). Горизонтальная нагрузка



Примечание: * - $p < 0,05$, - $p < 0,01$, * - $p < 0,001$ достоверность результатов по отношению к данным здоровых.

Рис. 6. Результаты иммунологических исследований ротовой жидкости у ВИЧ-инфицированных пациентов до лечения

На фоне иммуносупрессии отмечались и деструктивные изменения в твердых тканях зубов, что приводило к образованию большого числа отсутствующих и разрушенных в результате осложненного кариеса зубов, а это, в свою очередь, способствовало перегрузке и нарушению трофики пародонта. Таким образом, стоматологический профиль ВИЧ-инфицированных больных характеризуют высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов и ВЗП, заболеваний СОПР на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния ПР.

Необходимо подчеркнуть, что по сравнению с аналогичными зубами интактного пародонта у пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечалось резкое (в 2- 4 раза) снижение показателей выносливости пародонта к вертикальным и горизонтальным видам нагрузок. Выносливость пародонта всех групп зубов составила 25-43,1% выносливости зубов интактного пародонта. При этом наблюдалось резкое по сравнению с интактными зубами сокращение разницы показателей между различными группами зубов (Рис.№4). Так, в интактном пародонте максимальная устойчивость к вертикальным нагрузкам обнаруживалась у моляров - $32,5 \pm 0,42$ кГ, минимальная - у резцов - $16,3 \pm 0,25$ кГ (разница 16,2 кГ). Разница показателей вертикальной устойчивости между резцами, клыками, премолярами в интактном пародонте несколько ниже - 8,5 и 7,4 кГ соответственно. У больных ВИЧ-инфекцией в 1 группе разница вертикальной устойчивости между резцами и молярами составила 1,04 кГ; между резцами и клыками и резцами и премолярами - 1,99 и 1,49 кГ соответственно ($p < 0,05$ по сравнению с интактным пародонтом). На фоне выраженного иммунодефицита у пациентов с ВИЧ во ОП/Г наблюдались существенные нарушения в выносливости пародонта: разница вертикальной устойчивости между резцами и молярами составила 0,82 кГ; между резцами и клыками и резцами и премолярами - 1,73 и 1,13 кГ соответственно.

При изучении устойчивости зубов к горизонтальным нагрузкам (рис №5) установлена аналогичная тенденция. В интактном пародонте устойчивость моляров к горизонтальным нагрузкам превышала таковую резцов на 2,25 кГ; соответствующее превышение у пациентов с ВИЧ-инфекцией в 1 группе составило 0,3 кГ, у больных во 2 группе - 0,27 кГ.

Разница в показателях горизонтальной устойчивости между резцами и клыками и резцами и премолярами равна в интактном пародонте 1,0 и 0,95 кГ соответственно; аналогичная разница у больных в 1 группе составила 0,08 и 0,18 кГ, у пациентов с ВИЧ во 2 группе - 0,06 и 0,16 кГ ($p < 0,05$ по сравнению с интактным пародонтом).

Анализ данных гнатодинамометрических исследований убедительно свидетельствует о резком снижении функционального состояния пародонта и высокой потери им способности к компенсации функциональных и структурных нарушений. Очевидно, что ВИЧ-инфекция приводит к тяжелым изменениям функционального состояния пародонтального комплекса, это проявляется резким падением выносливости пародонта к нагрузкам и потерей дифференциации нагрузок у различных групп зубов. Нивелирование показателей гнатодинамометрии на различных группах зубов свидетельствует о снижении функционального состояния пародонта.

Специфика R-ой картины у ВИЧ-инфицированных больных заключалась в генерализованном характере поражения, сочетании горизонтальной и вертикальной атрофии костной ткани челюсти, образовании больших костных карманов, дистрофии альвеолярного отростка с резорбцией межзубных перегородок, иррегулярной деструкции костной ткани и опорно-удерживающего аппарата зуба. Все изменения в костной ткани носили дистрофический характер.

Проведенные исследования позволили получить количественные характеристики основных факторов иммунитета РП у пациентов с ВИЧ-инфекцией. У больных как в О/Г, так и во К/Г определялся дисбаланс показателей локального иммунитета в виде снижения титра sIgA и уровня лизоцима (рис. 6).

Анализируя результаты исследования, можно отметить, что у ВИЧ-инфицированных пациентов как в О/Г, так и во К/Г имелась четкая тенденция к снижению активности системы местного иммунитета по сравнению с данными группы здоровых лиц. Так, титр S Ig A составлял у пациентов с ВИЧ в О/Г $1,42 \pm 0,2$ г/л, т.е. снизился в $>1,5$ раза по сравнению с данными иммунокомпетентных лиц. Во К/Г уровень S Ig A составлял $1,24 \pm 0,08$ г/л. Сходная картина прослеживалась и в отношении лизоцима ($10,6 \pm 0,8$ мг % - в О/Г и $11,2 \pm 0,5$ мг % - во К/Г).

Нуждаемость в несъемных протезах у ВИЧ-инфицированных больных во К/Г составила 28,5%. В частично-съемных и съемных зубных протезах нуждались 71,5% пациента данной группы. Повторное зубное протезирование необходимо было провести 5,8% больных. Т. о., анализируя полученные данные, мы можем говорить о том, что достоверных различий в нуждаемости ВИЧ-инфицированных больных обеих групп в зубном протезировании не было выявлено. У пациентов с ВИЧ как в О/Г, так и во К/Г отмечалась вторичная адентия, являющаяся следствием нарушения всей зубо-челюстной системы, протекающего на фоне выраженного иммунодефицита.

В структуре поражений СОПР у ВИЧ-инфицированных пациентов в К/Г, лидирующие позиции по частоте встречаемости занимал кандидозный стоматит (18,4%). Ангулярный хейлит отмечался в 12,4% случаев. Из вирусных поражений у больных в 1 группе диагностировали обострение хронического рецидивирующего герпеса (ХГС) СОПР и губ (9,4%). Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) был выявлен у 8,8% больных. Хронический неспецифический сиалоаденит отмечался у 8,4% пациентов с ВИЧ, «волосистая» лейкоплакия встречалась у 6,5% больных. Были отмечены единичные случаи саркомы Капоши (2,4%). В К/Г у больных ВИЧ-инфекцией поражения ПР доминирующие позиции также занимал кандидозный стоматит, который был диагностирован у 16,8% больных. Орофарингальный кандидоз отмечался у 2,2% ВИЧ-инфицированных пациентов. Частота встречаемости ангулярного хейлита составила 10,6%. Язвенно-некротический стоматит отмечался в 6,3% случаев. Распространенность ХГС - 11,8%, ХРАС - у 12,6% ВИЧ-инфицированных больных, хронический неспецифический сиалоаденит был отмечен в 6,6% случаев. «Волосистая» лейкоплакия была диагностирована у пациентов в 4,4% случаев, лимфома не Ходжкина - в 2,2%. При этом, поражения ПР у ВИЧ-инфицированных отличались «агрессивным», рецидивирующим характером течения.

Заключение. Выявленные закономерности основного стоматологического ВИЧ-ассоциированного симптомокомплекса определили необходимость рациональной коррекции ортопедического лечения заболеваний ПР. Для оценки качества и эффективности оказываемой ортопедической стоматологической помощи особенно важны показатели обеспеченности и нуждаемости в протезировании. В связи со значительным количеством разрушенных в результате кариозного процесса и удаленных зубов у пациентов с ВИЧ происходило увеличение доли лиц, имеющих вторичную адентию и нуждающихся в протезировании. Причем, в обеих группах ВИЧ-инфицированных больных обеспеченность протезами была крайне низкой. На таком же уровне находилось и качество протезов. В несъемном зубном протезировании на день обследования нуждались 21,2% О/Г. В соответствии с величиной и локализацией дефекта зубного ряда в ЧСЗП и ПСЗП нуждались 26 (78,8%) пациентов с ВИЧ О/Г. В повторном протезировании нуждались 6% больных обследуемой группы. Нуждаемость в несъемных протезах у ВИЧ-инфицированных больных во К/Г составила 28,5%. В ЧСЗП и ПСЗП 71,5% пациента данной группы. Повторное зубное протезирование необходимо было провести 5,8% больных. Т. о., анализируя полученные данные, мы можем говорить

о том, что достоверных различий в нуждаемости ВИЧ-инфицированных больных обеих групп в зубном протезировании не было выявлено. У пациентов с ВИЧ как в О/Г и К/Г отмечалась вторичная адентия, являющаяся следствием нарушения всей ЗЧС, протекающего на фоне выраженного иммунодефицита. Анализ данных гнатодинамометрических исследований убедительно свидетельствует о резком снижении функционального состояния пародонта и высокой потери им способности к компенсации функциональных и структурных нарушений.

Необходимо подчеркнуть, что по сравнению с аналогичными зубами интактного пародонта у пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечалось резкое (в 2-4 раза) снижение показателей выносливости пародонта к вертикальным и горизонтальным видам нагрузок. При этом наблюдалось резкое по сравнению с интактными зубами сокращение разницы показателей между различными группами зубов. У больных ВИЧ-инфекцией в О/Г разница вертикальной устойчивости между резцами и молярами составила 1,04 кГ; между резцами и клыками и резцами и премолярами - 1,99 и 1,49 кГ соответственно ($p < 0,05$ по сравнению с интактным пародонтом). На фоне выраженного иммунодефицита у пациентов с ВИЧ во К/Г наблюдались существенные нарушения в выносливости пародонта: разница вертикальной устойчивости между резцами и молярами составила 0,82 кГ; между резцами и клыками и резцами и премолярами - 1,73 и 1,13 кГ соответственно ($p < 0,05$ по сравнению с интактным пародонтом). При изучении устойчивости зубов к горизонтальным нагрузкам установлена аналогичная тенденция. В интактном пародонте устойчивость моляров к горизонтальным нагрузкам превышала таковую резцов на 2,25 кГ; соответствующее превышение у пациентов с ВИЧ-инфекцией в О/Г составило 0,3 кГ, у больных во К/Г - 0,27 кГ. Разница в показателях горизонтальной устойчивости между резцами и клыками и резцами и премолярами равна в интактном пародонте 1,0 и 0,95 кГ соответственно; аналогичная разница у больных в О/Г составила 0,08 и 0,18 кГ, у пациентов с ВИЧ во К/Г - 0,06 и 0,16 кГ ($p < 0,05$ по сравнению с интактным пародонтом).

Анализируя результаты исследования, можно отметить, что у ВИЧ-инфицированных пациентов как в О/Г, так и во К/Г группах имелась четкая тенденция к снижению активности системы местного иммунитета по сравнению с данными группы здоровых лиц. Так, титр sIg A составлял у пациентов с ВИЧ в 1 группе $1,42 \pm 0,2$ г/л, т.е. снизился в $> 1,5$ раза по сравнению с данными иммунокомпетентных лиц. Во К/Г уровень sIg A составлял $1,24 \pm 0,08$ г/л. Сходная картина прослеживалась и в отношении лизоцима ($10,6 \pm 0,8$ мг % - в О/Г и $11,2 \pm 0,5$ мг % - во К/Г).

Полученные данные свидетельствуют о достоверном снижении показателей локального иммунитета у ВИЧ-инфицированных лиц, что объясняется выраженной иммуносупрессией, наблюдаемой у пациентов с ВИЧ. Выявленные закономерности могут свидетельствовать как о напряжении систем противомикробной защиты в ПР у ВИЧ-инфицированных больных, так и о срыве механизма регуляции гомеостаза, приводящие, в конечном счете, к угнетению иммунной системы. Всем ВИЧ-инфицированным больным стоматологическое лечение (вне зависимости от конструкции протеза и материала, используемого для протезирования) необходимо проводить комплексно на фоне антиретровирусная терапия (АРВТ). Такой подход к терапии призван не только улучшить общее состояние больного, но и добиться долгосрочных положительных результатов в лечении патологии ПР.

Выводы: Стоматологический профиль пациентов с ВИЧ характеризуют высокие показатели распространенности (100%) и интенсивности кариеса зубов (ср. знач-е КПУ=18,9±0,65), воспалительных заболеваний пародонта (ср. знач-е PI=1,85±0,26; кровоточивость – спонтанная и индуцированная различной выраженности, среднее значение индекса CRITN 4,41±0,06 и плохом гигиеническом состоянии ПР - ОНI-s 2,67±0,25, при этом наиболее выраженные изменения в области свободной и прикрепленной десны, свидетельствует о наличии тяжелых ВЗП у ВИЧ-инфицированных.

Согласно результатам гнатодинамометрии выносливость пародонта к горизонтальным и вертикальным нагрузкам, существенно снижена по сравнению с данными иммунокомпетентных лиц (p5.0,05), также, специфика R-кой картины у ВИЧ-инфицированных больных заключается в генерализованном характере поражения, сочетании горизонтальной и вертикальной атрофии костной ткани челюсти, образовании больших костных карманов, дистрофии альвеолярного отростка с резорбцией межзубных перегородок, иррегулярной деструкции костной ткани и опорно-удерживающего аппарата зуба.

Иммунологический статус ПР свидетельствует, что в РЖ происходит значительное угнетение (в 1,5 и более раза от показателей нормы) факторов локального иммунитета у лиц, живущих с ВИЧ. Можно предположить, что, исходя из клинико-функциональные результатов, для эффективного лечения ВИЧ-ассоциированной патологии требуется комплексной подход, и выбор качества стоматологических материалов.

Литература:

1. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция. 2-е изд.- СПб: Питер, 2003. -368 с.

2. Гаффоров С.А., Алимова Р.Г., Гиясова Г., Мустафаева Д.А., Махсудов С. Профилактика ВИЧ-инфекции в стоматологии. Метод. рекомен. Цикл тематического усовершенствования врачей. Ташкент-2010 г. 85 стр.;

3. Гаффоров С.А., Алимов А.А., Алимов А.С. Особенности поражений полости рта и оптимизация стоматологической помощи у ВИЧ-инфицированных больных. Метод. Реком. Утвержд. МЗдрав Уз. 09.12.2021 протокол №8н-р/1210. Ташкент 2021. 28 стр.

4. Гаффоров С.А., Идиев Г.Э., Ризаев Ж.А. Заболевания слизистой оболочка полости рта и губы. Учеб. литер. для медиц ВУЗов. Нац. Энциклопедия Узбекистана. 396 с. Ташкент-2008. 396 стр.;

5. Гаффоров С.А., Саидов А.А., Ахмадалиев Н.Н. Изменение некоторых биохимических показателей слюны у рабочих текстильного производства. Вестник восстановительной медицины, С. 27-28.

6. Гаффоров С.А., Атабаев Ш.Т., Олимов С.Ш. Экологическая стабильность, стоматология и здоровье человека. *Ekological stability, dentistry and human health*. Академнашр. Ташкент – 2014. 329 стр.

7. Гаффоров С.А., Хен Д.Н., Шаюнусова Н.М. Изменения в составе ротовой жидкости в зависимости от объема несъемных зубных протезов и длительности их ношения ГСС Вестник КазНМУ, 554-556. «Стоматология» 873 стр. Ташкент-2017 г.

8. Гаффоров С.А., Ф.И Ибрагимова. Клинико-биохимическое обоснование течения и лечения заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у рабочих производства синтетических моющих и чистящих средств. СА. Медицинский журнал Узбекистана, 45-50. 2019 г.

9. Кулик И.Н., Миргородская Л.В. ВИЧ-инфекция. Проявления в полости рта // Институт стоматологии. - Москва, 2001. №3 -С. 36-40.

10. Покровский В.В. ВИЧ/СПИД в России: ситуация и прогноз // Эпидемиология и инфекционные болезни. -Москва, 2008. -№3.-С. 4-7.

11. Приказ № 480 МЗ РУз «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан». -Ташкент, 2007.

12. Рузуддинов Н.С., Фазылова А.Р., Гаффоров С.А, Рузуддинов С.Р., Рузуддинова К.Н. «Способ изготовления частичного съемного протеза из акриловой пластмассы» Патент КР №7565. 12.09.2022 г.).

13. Соболева Л.А., Осеева А.О., Шульдяков А.А., Булкина Н.В. Совершенствование терапии пародонтита у больных с ВИЧ-инфекцией // Стоматология.- Москва, 2010.-№2. -С. 26-28.

14. Тец В.В. Роль микрофлоры полости рта в развитии заболеваний человека // Стоматология.- Москва, 2008. -№3. -С. 76-79.
15. Царев В.Н., Ушаков Р.В., Комарницкий Б.М. Микробиоценоз полости рта // Стоматолог.- Москва, 2004. -№2. -С. 39-49.
16. Шатохин А.И. Особенности иммунологических и биохимических показателей слюны при ВИЧ-инфекции //Пародонтология.- Москва, 2008. -№4 (49). -С. 22-25.
17. Ющук Н.Д., Мартынов Ю.В. Проблемы ВИЧ-инфекции в стоматологии. - 2-е изд. , доп. - М.: Веди, 2003. -96 с.
18. Biggar R.J., Jaffe E.S., Goedert J.J., Chaturvedi A. Hodgkin lymphoma and immunodeficiency in persons with HIV/AIDS // BLOOD. -2006. -Vol. 108. - №12. -p. 3786-3791.
19. Chattopadhyay A, Patton LL. Risk indicators for HIV-associated jointly occurring oral candidiasis and oral hairy leukoplakia // AIDS Patient Care STDS. - 2007. -№11. -p. 825-832.
20. Kakabadze T., Rukhadze N., Mshvidobadze K. et al. Oral lesions in HIV- positive patients in Georgia //Georgian Med News.- 2008. -№ (165). -p. 60-65.
21. Nokta M. Oral manifestations associated with HIV infection //Curr HIV/AIDS Rep. -2008. -№5 (1). -p. 5-12.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКИ ПАТОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Пулатова Р.С.

Резюме. В статье представлены данные изучения состояния тканей и органов полости рта с ВИЧ-инфицированные (n=47), за период с 2020 по 2023 гг., были распределены на группы: Основная группа (ОГ) - 23 пациента, из них 11 пациентов, которые пользовались съёмными частичными протезами, 12 из них, которые нуждались в дальнейшем протезировании частично-съёмными (ЧС) и полными съёмными (ПС) зубными протезами (ЗП) с использованием термопластического материала «Vertex termo sens». Контрольная группа (КГ) - 24 пациента, с замещением дефектов зубных рядов, было тоже планировано протезирование материалами «Силикона» с новыми методами и материалами. В обеих группах выявлена достоверно более высокая распространенность кариеса и его осложнений, были подтверждены результаты иммунологического исследования ротовой жидкости, значительное угнетение факторов локального иммунитета у лиц, живущих с ВИЧ.

Ключевые слова: стоматология, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), ВИЧ-инфекция, пародонтит, гингивит, слизистая оболочка полости рта, кариес, съёмный протез.