

повищенням рівня IgG и ЦИК.

**Ключевые слова:** стабільная стенокардия, нестабільная стенокардия, клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет, лимфоциты.

V.G. Lyzogub, T.V. Zavalska, M.V. Sayuk, Khaled Ahmad Khalil Abu Sara

#### Immune Status Disturbances of Patients with Stable and Unstable Angina

**Summary:** The study involved 67 patients with unstable angina (UA), among them 30 patients with newly arisen angina (NAA) and 37 patients with progressive angina (PA), 27 patients with stable angina (SA) II-III functional classes and 22 healthy individuals. Serum lymphocyte populations and subpopulations determination were carried out using monoclonal

antibodies. Serum Ig G, A, M, and circulating immune complexes (CIC) definition was performed by the Mancini method. As the result patients with UA and SA had cellular and humoral immunity violation, resulting imbalance of lymphocyte subpopulations. Patients with SA decreasing T-helper cells (CD4 +) level were typical, though patients with UA increasing levels of T-helper cells (CD4 +), B lymphocytes (CD22 +) and decreasing T-suppressor (CD8 +) level were typical. Humoral immunity changes in patients with SA are characterized by increased levels of CIC, and in patients with UA are characterised by increased levels of IgG and CIC.

**Key words:** table angina, unstable angina, cellular immunity, humoral immunity, lymphocytes.

Надійшла 15.04.2013 року.

УДК 616-071+616-092+616.314.17-008.1+ 616-08+615.33+616.33-002+616.24-002+618.12-002

Матвійків Т.І., Герелюк В.І.

#### Клінічний стан тканин пародонту у хворих на хронічний генералізований пародонтит на тлі системної антибіотикотерапії у зв'язку з супутньою виразковою хворобою шлунку

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** Обстежено 54 хворих з виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки і системною антибіотикотерапією, (САБТ) у яких паралельно діагностовано хронічний генералізований пародонтит (ХГП). Для 62,8% хворих – це ХГП I ступеня, а для 37,2% випадків – ХГП II ступеня. Зміни в пародонтальних індексах, загалом після проведеної САБТ, мають тенденцію до покращення клінічної картини в ротовій порожнині, проте виявлено суттєве зростання показників індексу SBI та PMA в місячний термін для хворих, яким не проводилась професійна гігієна порожнини рота, що є проявом активізації запально-дистрофічних процесів у пародонті на тлі САБТ супутньої патології і вказує на її ятрогенний вплив. Помітний позитивний ефект отримано від запропонованого коригуючого лікування (прийом суспензії пробіотика “Ентерожерміна” у тандемі з полосканням антисептичним розчином “Стоматофіл”, застосуванням лікувально-профілактичної зубної пасти на основі лікарських трав і попередньо проведеною професійною гігієною ротової порожнини). Комплексні заходи професійної гігієни, за результатами дослідження гігієнічних індексів ротової порожнини у хворих на ХГП із супутньою патологією та САБТ, показали важливість своєчасного застосування професійної гігієни ротової порожнини рота з конкретним визначенням терміну її проведення, що надає підставу рекомендувати та широко застосовувати таку методику в пародонтологічній практиці.

**Ключові слова:** хронічний генералізований пародонтит, супутня патологія, системна антибіотикотерапія.

#### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Запально-дистрофічні захворювання тканин пародонта та особливості їх комплексного лікування представляють серйозну проблему для сучасної пародонтології [1, 2]. Велика кількість науковців всього світу визнають тісний патогенетичний зв'язок між захворюваннями тканин пародонта та соматичною патологією, коли запальні захворювання пародонта розглядають не тільки як локальне запалення тканин, що оточують зуб, викликане мікрофлорою зубної бляшки, але і як реакцію організму на бактеріальну інфекцію [3, 4, 5, 6, 7, 10]. Серед супутньої патології, яка часто поєднується з ураженням тканин пародонта, слід відзначити серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, остеопороз, виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки (ВХШ та ДК), захворювання верхніх дихальних шляхів [6, 7]. Слід відмітити, що патологія ротової порожнини діагностується у 92% хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ), [3, 4].

У сучасній пародонтології велика увага приділяється врахуванню і корекції пародонтологічного лікування у зв'язку з використанням різних фармакологічних препаратів, які застосовуються для лікування супутньої патології. До

медикаментів, які часто використовуються для системного лікування, слід віднести антибактеріальні препарати. Антибіотики мають різний ступінь активності, неоднаковий спектр дії, є токсичними та призводять до цілої низки побічних ефектів (безпосередніх та віддалених), які, окрім загальних проявів, доволі часто паралельно спостерігаються і в порожнині рота. Крім того, прийом антибіотиків спричиняє посилення вірулентних властивостей умовно-патогенної мікрофлори порожнини рота, а саме зубних відкладень і вмісту пародонтальних кишень, призводить до порушення слиновиділення та суттєвого зниження місцевого імунітету, безумовно впливає на тривалість і тяжкість гострих і хронічних захворювань порожнини рота, ускладнює їх діагностику та лікування, [10]. У фаховій стоматологічній літературі практично відсутня інформація стосовно особливостей впливу системної антибіотикотерапії (САБТ) супутньої патології на перебіг та ефективність лікування генералізованого пародонтиту (ГП) для такої категорії хворих. Зокрема недостатньо вивчено взаємозв'язок між САБТ супутньої патології і важливою ланкою комплексного лікування ГП – професійною гігієною порожнини рота.

Постійне персистування інфекції, що призводить до захворювань ШКТ, у ротовій порожнині визначає її як резервуар і додаткове джерело реінфікування організму хворого, тому, на думку ряду авторів, поширеність і тяжкість захворювань пародонта корелюють зі стадією, тривалістю та важкістю захворювань ШКТ [8, 9, 10]. Лікування пацієнтів хворих на ВХШ та ДК передбачає їх госпіталізацію і, згідно з сучасними протоколами лікування, характеризується системним призначенням різних антибактеріальних препаратів, які мають неоднозначний вплив на ротову порожнину та перебіг ГП, що і визначає актуальність клінічного вивчення пародонтологічного статусу у таких пацієнтів залежно від груп антибактеріальних препаратів, призначених для лікування супутнього захворювання.

**Метою** нашого дослідження було вивчити особливості перебігу та ефективності лікування хворих на ХГП, яким призначалася САБТ з приводу лікування супутньої ВХШ та ДК.

#### Матеріал і методи дослідження

В умовах стаціонару Івано-Франківської міської клінічної лікарні №1 (гастро-ентерологічне відділення) нами було обстежено 54 хворих, у яких було діагностовано ВХШ та ДК. Вік пацієнтів в середньому складав (37,72±1,96) років, серед них було 30 жінок та 24 чоловіки. Крім супутньої патології, у всіх хворих було встановлено діагноз ХГП. Серед обстежених у 62,8% діагностовано ХГП I ступеня, а у

**Таблиця 1. Динаміка змін показників ІГ ротової порожнини у хворих на ХГП та супутньою ВХШ і ДК на фоні САБТ у різні періоди обстеження (M±m)**

Групи обстежених хворих	Період обстеження		
	До прийому САБТ	Через 14 днів після прийому САБТ	Через 1 місяць після прийому САБТ
Група I (n=18)	1,85±0,05	2,31±0,03*	1,73±0,03 <sup>▲</sup>
Група II (n=18)	1,81±0,06	0,91±0,03*	0,43±0,07 <sup>▲</sup>
Група III (n=18)	1,91±0,03	0,73±0,03*	0,37±0,04 <sup>▲</sup>

Примітка: \* – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 14 днів після прийому,  $p < 0,05$ ; • – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$ . <sup>▲</sup> – достовірність відмінності між показниками через 14 днів після прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$

37,2% випадків – ХГП II ступеня.

Проаналізувавши схеми лікування та призначивши антибактеріальні препарати, ми встановили, що найчастіше пацієнти отримували комбіновані препарати, до складу яких входили антибіотики з групи макролідів: кларитроміцин та антипротозойний препарат орнідазол. Антипротозойні препарати мають антибактеріальний ефект проти анаеробних бактерій та найпростіших, що нерідко спричиняють захворювання тканин пародонта – пародонтопатогенні: *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *P. denticola*, *Fusobacterium fusiformis*, *Wolinella recta*, *Treponema sp.*, *Eikenella corrodens*, *Borrelia vincentii*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Selenomonas sp.* Щодо препаратів з групи макролідів, то вони мають виражений бактериостатичний фармакологічний ефект. Рідше препаратами вибору були антибактеріальні засоби бактерицидної дії з групи пеніцилінів та фторхінолонів. Дані лікарські середники досить часто призначаються і в сучасній пародонтології, проте їх системний прийом у зв'язку з супутньою патологією та їхній вплив на тканини пародонту потребує вивчення і буде враховуватись у подальшому дослідженні.

Під час першого клінічного стоматологічного обстеження пацієнтів було зібрано анамнез, встановлено основні скарги та клінічні ознаки захворювань тканин пародонту. Усіх пацієнтів було поділено на 3 клінічні групи по 18 чоловік в кожній. Клінічна група I (n=18) представлена пацієнтами з (САБТ) супутньої патології, яким не проводилась попередня професійна стоматологічна підготовка; у II клінічну групу (n=18) увійшли хворі з САБТ супутньої патології та попередньо проведеною професійною стоматологічною підготовкою; клінічна група III (n=18) – це пацієнти з САБТ супутньої патології, попередньо проведеною професійною стоматологічною підготовкою та запропонованим корегуючим стоматологічним лікуванням. З метою попередження розвитку дисбактеріозу в організмі та зокрема у ротовій порожнині, пацієнти III клінічної групи приймали пробіотик «Ентерожерміна», (виробництва Sanofi-Synthelabo S.p.A., Італія) за схемою: 1 флакон суспензії утримувати в ротовій порожнині протягом 1 хвилини з наступним проковтуванням 2 рази на добу протягом прийому антибактеріальних препаратів.

В якості антибактеріального ополіскувача ротової порожнини, ми використали комбінований фітопрепарат «Стоматофіт» (виробництва Rhytopham Klenka S.A., Польща), яким хворі ополіскували порожнину рота 2 рази на добу після чищення зубів. Усім пацієнтам на період клінічного обстеження рекомендовано застосовувати зубну пасту на основі лікарських трав для чищення зубів щонайменше 2 рази на добу після прийому їжі. Професійна стоматологічна підготовка ротової порожнини поєднувала проведення таких маніпуляцій: видалення зубних відкладень (зубного налету, під- та надясенного зубного каменю) з пришийкових поверхонь усіх груп зубів, згладжування поверхонь їх коренів за допомогою кюреток Грейсі у поєднанні з використанням ультразвукового приладу «Woodpecker» (Woodpecker Inc., Китай); полірування зубів та поверхні їх коренів щіточками та гумовими чашечками, пастою «CLEAN POLISH» (виробництва фірми «Кетт», Німеччина) з наступним нанесенням десенситайзера для зменшення чутливості відповідних ділянок; усунення дефектів пломбування та протезування, де особливу увагу звертали на неадекватне пломбування каріозних порожнин апроксимальних та пришийкових ділянок. Враховували травматичну оклюзію та проводили її корекцію шляхом вибіркового прищілфування зубів. Проведення усіх стоматологічних маніпуляцій попередньо узгоджувались з лікарями, які проводили лікування супутнього захворювання ШКТ.

**Таблиця 2. Динаміка змін показників ІК з ясенної борозни (SBI) у хворих на ХГП та супутньою ВХШ і ДК на фоні САБТ у різні періоди обстеження (M±m)**

Групи обстежених хворих	Період обстеження		
	До прийому САБТ	Через 14 днів після прийому САБТ	Через 1 місяць після прийому САБТ
Група I (n=18)	2,3±0,07	1,61±0,13*	1,75±0,02•
Група II (n=18)	2,1±0,05	1,21±0,07*	0,85±0,07 <sup>▲</sup>
Група III (n=18)	2,4±0,05	0,7±0,09*	0,5±0,04 <sup>▲</sup>

Примітка: \* – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 14 днів після прийому,  $p < 0,05$ ; • – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$ ; <sup>▲</sup> – достовірність відмінності між показниками через 14 днів після прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$

Усіх пацієнтів стоматологічно оглядали у період до призначення САБТ або на етапах її прийому, через 14 днів та через 1 місяць після лікування. Результати клінічного обстеження вносили у попередню розроблену карту пародонтологічного хворого.

З метою оцінки стану тканин пародонту ми вирішили обрати такі гігієнічні та пародонтальні індекси: індекс гігієни ротової порожнини (ІГ) (Green J. C., Vermillion J.K., 1964), індекс кровоточивості з ясенної борозни (ІК) SBI (Muhlemann H. R., Son S., 1971), індекс гінгівіту (ГІМА) (Parma, 1960), комунальний індекс потреб у лікуванні (СРІТН), визначення ступеня рухомості зубів за Ентнімом (1970) та глибини пародонтальної кишені. Для визначення нозології пародонтопатій користувалися класифікацією хвороб пародонта, запропонованою М. Ф. Данилевським (1994).

### Результати дослідження та їх обговорення

При об'єктивному обстеженні хворих з діагностованою гастро-дуоденальною патологією перед початком прийому антибактеріальної терапії було виявлено, що ІГ у досліджуваних групах особливо не відрізнявся і становив для клінічної групи I (1,85±0,05) бали, для групи II – (1,81±0,06) бали та для групи III – (1,91±0,03) бали. Це свідчить про незадовільну гігієну ротової порожнини у цієї категорії пацієнтів, що можливо зумовлюється підвищенням кислотності у ротовій порожнині, кількісних та якісних змін слини і, як результат, більш інтенсивним утворенням та мінералізацією твердих зубних відкладень. Хороший стан гігієни ротової порожнини виявлено лише у 1,5% обстежених пацієнтів (ІГ=0,16).

Через 14 днів після закінчення лікування показник ІГ ротової порожнини для пацієнтів I групи суттєво не покращився, навіть дещо погіршився, і в середньому по групі склав (2,31±0,03) бали ( $p < 0,05$ ). Одночасно у групах II і III цей показник був відповідно (0,91±0,03) бали та (0,73±0,03) бали ( $p < 0,05$ ), що свідчить про суттєве покращення гігієни порожнини рота в обстежених пацієнтів цих груп. Показники гігієни порожнини рота в місячний термін характеризувались ще більш позитивними результатами для II та III клінічних груп ( $p < 0,05$ ). Дані ІГ ротової порожнини відображено в таблиці 1.

При зборі анамнезу, визначення термінів розвитку ХГП та періодів його загострень, хворі скаржилися на періодичну кровоточивість із ясен під час прийому їжі та під час чищення зубів, неприємний запах із ротової порожнини.

Результати аналізу даних ІК з ясенної борозни (SBI) до початку загальної медикаментозної терапії характеризувались такими показниками: для I клінічної групи (2,3±0,07) бали, у II групі досліджуваних – (2,1±0,05) бали та у III групі – (2,4±0,05) бали, коли кровоточивість з ясенної борозни з'являлась одразу після зондування. При об'єктивному обстеженні хворих через два тижні після закінчення медикаментозного лікування супутньої патології ІК у I клінічній групі становив (1,61±0,13) бали проти (1,21±0,07) бали у II групі та (0,7±0,09) бали у III групі пацієнтів. ІК, який оцінювали у місячний термін, склав: у I групі – (1,75±0,02) бали проти (0,85±0,07) бали у II групі

**Таблиця 3. Динаміка змін показників індексу гінгівіту (РМА, %) у хворих на ХГП та супутню ВХШ і ДК на фоні САБТ у різні періоди обстеження (M±m)**

Групи обстежених хворих	Період обстеження		
	До прийому САБТ	Через 14 днів після прийому САБТ	Через 1 місяць після прийому САБТ
Група I (n=18)	55,57±2,43	40,80±2,61*	44,89±2,28 <sup>•</sup> ^
Група II (n=18)	59,86±2,12	19,14±0,56*	17,64±0,70 <sup>•</sup> ^
Група III (n=18)	55,97±2,76	11,55±0,72*	9,04±0,37 <sup>•</sup> ^

Примітка: \* – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 14 днів після прийому,  $p < 0,05$ ; • – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$ ; ^ – достовірність відмінності між показниками через 14 днів після прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$

обстежених та (0,5±0,04) бали у III контрольній групі. Результати ІК SBI представлено в таблиці 2.

Запальні зміни (симптоматичний гінгівіт різних клініко-морфологічних форм) оцінювали за допомогою індексу РМА. Серед обстежених найчастіше діагностували симптоматичний хронічний генералізований катаральний гінгівіт на фоні ХГП – у 94% хворих, симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт діагностовано лише у 6% оглянутих пацієнтів. Отже, показники індексу РМА при першому стоматологічному обстеженні клінічних груп охарактеризували стан тканин пародонта з «важким» ступенем гінгівіту і складала для I групи (55,57±2,43)%, для II групи – (59,86±2,12)% та для III групи – (55,97±2,76)%. Проаналізувавши показники цього індексу для хворих усіх груп після прийому САБТ та через місяць після закінчення лікування супутньої гастро-дуоденальної патології, можна говорити про достовірно позитивні зміни в тканинах пародонта, зменшення запально-дистрофічних процесів та стабілізацію клінічних проявів ГП ( $p < 0,05$  для всіх значень). Лише у I групі через місяць після лікування отримано вищі показники індексу РМА у порівнянні з результатами після 14 днів терапії ( $p < 0,05$ ), що можливо є проявом негативного впливу САБТ у більш віддалений термін. Дані дослідження індексу РМА відображено в таблиці 3.

Результати комунального пародонтального індексу потреб у лікуванні (СРІТН) для I клінічної групи у першому періоді обстеження становили (3,47±0,04) одиниці проти (3,39±0,03) одиниць для II клінічної групи хворих та (3,43±0,04) одиниць для III групи. Дані показників цього індексу в двохтижневий термін характеризують позитивний ефект від проведених стоматологічних маніпуляцій. Так, у II клінічній групі індекс СРІТН становив (0,67±0,02) одиниці, проти (0,61±0,03) одиниць для III групи. Дані індексу СРІТН для I клінічної групи обстежених хворих склали в середньому по групі (3,43±0,05)

**Таблиця 4. Динаміка змін показників індексу СРІТН у хворих на ХГП та супутню ВХШ і ДК на фоні САБТ у різні періоди обстеження (M±m)**

Групи обстежених хворих	Період обстеження		
	До прийому САБТ	Через 14 днів після прийому САБТ	Через 1 місяць після прийому САБТ
Група I (n=18)	3,47±0,04	3,43±0,05*	3,35±0,05 <sup>•</sup> ^
Група II (n=18)	3,39±0,03	0,67±0,02*	0,63±0,03 <sup>•</sup> ^
Група III (n=18)	3,43±0,04	0,61±0,03*	0,53±0,03 <sup>•</sup> ^

Примітка: \* – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 14 днів після прийому,  $p < 0,05$ ; • – достовірність відмінності між показниками до прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$ ; ^ – достовірність відмінності між показниками через 14 днів після прийому САБТ та через 1 місяць після прийому,  $p < 0,05$

одиниці і практично не відрізняються від попередньо отриманих даних. Це очевидно свідчить про важливість проведення професійної гігієни ротової порожнини для такої категорії хворих, особливо перед початком прийому САБТ з приводу лікування супутньої патології. Оцінюючи індекс СРІТН через місяць після закінчення лікування, ми отримали найбільш позитивні показники у групі III – (0,53±0,03) одиниці, у групі I і II результати становили відповідно (3,35±0,05) одиниці та (0,63±0,03) одиниці. Дані дослідження комунального індексу потреб у лікуванні СРІТН відображено у таблиці 4.

Для пацієнтів II та III груп, яким було рекомендовано зробити прицільні рентгенограми проблемних ділянок до лікування, через 14 днів, а також через місяць після закінчення лікування супутньої патології, виявлено зменшення явищ остеопорозу міжальвеолярних перегородок, розширення періодонтальної щілини та стабілізацію патологічного процесу в кістці щелепи. Глибина патологічних пародонтальних кишень для цих хворих з ХГП I ступеня розвитку зменшувалася з 2-3 мм до 0,5-1 мм та з 5-6 мм до 2,5-3 мм у хворих на ХГП II ступеня розвитку відповідно.

### Висновки

1. Встановлено, що патологія пародонта на фоні ВХШ і ДК в основному представлена ХГП I ступеню розвитку для 62,8% обстежених та ХГП II ступеню розвитку для 37,2% хворих. Серед обстежених хворих на фоні ХГП найчастіше діагностували симптоматичний хронічний генералізований катаральний гінгівіт – у 94,0% хворих, симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт діагностовано у 6,0% оглянутих пацієнтів.

2. Виявлення суттєве зростання показників індексу SBI та РМА в місячний термін у I групі хворих, що на нашу думку, є проявом активізації запально-дистрофічних процесів в пародонті на тлі системної антибіотикотерапії супутньої патології і вказує на її ятрогенний вплив.

3. Пародонтальний статус ротової порожнини, зокрема зміни в пародонтальних індексах, після проведеної АБТ у всіх групах мають тенденцію до покращення. Найбільш виражений достовірно позитивний ефект отримано від запропонованого корегуючого лікування у III групі обстежених хворих, де пацієнти приймали суспензію пробіотика «Ентерожерміна» та одночасно у ролі антибактеріального ополіскувача використовували «Стоматофіт». А також систематично застосовували лікувально-профілактичну зубну пасту на основі лікарських трав.

4. Також отримано позитивний ефект від прийому запропонованих комбінованих антибактеріальних препаратів з приводу лікування супутньої патології на тканини пародонту, згідно з показниками індексу РМА.

5. Комплексні заходи професійної гігієни, за результатами дослідження гігієнічних індексів ротової порожнини у хворих на ХГП із супутньою патологією та САБТ, показали важливість своєчасного застосування професійної гігієни ротової порожнини рота з конкретним визначенням терміну її проведення, що надає підставу рекомендувати та широко застосовувати таку методику в пародонтологічній практиці.

### Література

- Данилевський Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 464 с.
- Дмитриева Л. А. Пародонтит / Л. А. Дмитриева. – Москва: МЕДпресс-информ, 2007. – 504 с.
- Еремін О. В. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта / О. В. Еремін, А. В. Липилин, И. В. Козлова // Саратов. науч. мед. журн. – 2009. – № 3. – С. 393–398.
- Новикова В. П. Состояние полости рта у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) / В. П. Новикова, А. М. Шабанов // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2009. – № 1. – С. 25–28.
- Цепов Л. М. Межсистемные связи при болезнях пародонта / Л. М. Цепов, А. И. Николаев // Пародонтология. – 2003. – № 2. – С. 19–24.
- Горбачева И. А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с

генерализованым пародонтитом / И. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 6–10.

7. Горбачева И. А. Особенности минерального обмена у больных генерализованным пародонтитом на фоне различных заболеваний внутренних органов / И. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // Пародонтология. – 2003. – № 1. – С. 8–12.

8. Цимбалістів А. В., Робакидзе Н. С. Вплив стоматологічного статусу хворих на виразкову хворобу на інфікованість порожнини рота і слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* // Клінічна стоматологія. – 2001. – № 1. – С. 16–18.

9. Івашкін В. Т., Лагіна Т. Л. Інфекція *Helicobacter pylori*: сучасний стан проблеми // Російський медичний журнал. – 1996. – № 3. – С. 140–150.

10. Царев В. Н., Ушаков Р. В. Антимикробная терапия в стоматологии: Руководство. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2004. — 144 с.

*Матвійків Т.І., Герелюк В.І.*

**Клінічне состояние тканей пародонта у больных хроническим генерализованным пародонтитом на фоне системной антибиотикотерапии в связи с сопутствующей язвенной болезнью желудка**

**Резюме.** Обследовано 54 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, и системной антибиотикотерапией, (САБТ) в которых параллельно диагностирован хронический генерализованный пародонтит, (ХГП). Для 62,8% больных - это ХГП I степени, а для 37,2% случаев – ХГП II степени. Изменения в пародонтальных индексах, в целом, после проведенной САБТ, имеют тенденцию к улучшению клинической картины в полости рта, однако обнаружено существенный рост показателей индекса SBI и PMA в месячный срок для больных, которым не проводилась профессиональная гигиена полости рта, что является проявлением активизации воспалительно-дистрофических процессов в пародонте на фоне САБТ сопутствующей патологии и указывает на ее ятрогенное влияние. Выраженный положительный эффект получен от предложенного корректирующего лечения (прием суспензии пробиотика “Ентерожермина” в тандеме с полосканием антисептическим раствором “Стоматофит”, применением лечебно-профилактической зубной пасты на основании лекарственных трав и предварительно проведенной профессиональной гигиеной полости

рта). Комплексные мероприятия профессиональной гигиены, по результатам исследования гигиенических индексов полости рта у больных на ХГП с сопутствующей патологией и САБТ показали важность своевременного применения профессиональной гигиены полости рта с конкретным определением срока ее проведения, и дает основание рекомендовать и широко применять такую методику в пародонтологической практике.

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, сопутствующая патология, системная антибиотикотерапия.

*Т.І. Матвійків, В.І. Герелюк*

**Clinical State of Periodontal Tissues in Patients with Chronical Generalized Periodontitis and Systemic Antibiotic Therapy in Case of Peptic Stomach Ulcer and Duodenum**

**Summary:** The study involved 54 patients with gastric ulcer of stomach and duodenum, on the basis of systemic antibiotic therapy and parallelly diagnosed chronic generalized periodontitis (CGP). For 62.8% patients – it is CGP of I stage, and 37.2% of cases – with diagnosed CGP of II stage. Changes in periodontal indices, after systemic antibiotic therapy of somatic pathology, tend to improve the clinical picture in the oral cavity. There is a significant increase of SBI and PMA indices in one month term for the patients, who did not receive a professional oral hygiene. As a result, an activation of inflammatory-dystrophic processes in the periodontal tissues on the background of systemic antibacterial therapy took place, which indicates its iatrogenic effect. Expressed positive results, were obtained from the proposed corrective treatment (receiving of probiotic suspension “Enterozhermina” in tandem with rinsing by antiseptic solution of “Stomatofit”, usage of toothpaste, based on medicinal herbs and previously held professional oral hygiene). Comprehensive occupational oral health measures, according to the survey, showed, that professional oral hygiene for the patients with systemic antibiotic therapy of somatic pathology and diagnosed CGP, it is very important in case of timely provided professional oral hygiene, specifying the period of its implementation, which gives the basis to recommend and widely use this technique in periodontal practice.

**Keywords:** chronic generalized periodontitis, somatic pathology, systemic antibiotic therapy.

Надійшла 08.04.2013 року.

УДК 616-076.5+616.5+616.98:578.828.

*Матейко Г.Б., Венрик Т.В., Прокоф'єва О.О.*

**Показники імунного та вірусологічного статусу хворих з ВІЛ-асоційованою герпетичною інфекцією**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб (зав. каф. – проф. Г.Б. Матейко)  
ДВНЗ «Вано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** Вивчено імунний та вірусологічний статус хворих на ВІЛ-асоційовану герпетичну інфекцію за рівнем CD4+Т-лімфоцитів та вірусного навантаження ВІЛ із врахуванням клінічної стадії ВІЛ-інфекції. Дані показники не корелювали із стадією захворювання у хворих з ВІЛ-асоційованою герпетичною інфекцією та виявлена їх слабка зворотна кореляція. Це утруднює їх клінічну оцінку, головним чином у пацієнтів в I стадії хвороби, в яких низькі показники CD4+Т-лімфоцитів та високе вірусне навантаження ВІЛ можуть бути за рахунок прогресування СНІДу або недавнього інфікування. У осіб з герпетичною інфекцією в II стадії ВІЛ-інфекції виявлена зворотна сильна кореляція між показниками CD4+Т-лімфоцитів і вірусного навантаження ВІЛ. У хворих на герпетичну інфекцію в III стадії ВІЛ-інфекції також виявлено сильну зворотну кореляцію між показниками CD4+Т-лімфоцитів і вірусного навантаження ВІЛ. У хворих з герпетичною інфекцією в IV стадії ВІЛ-інфекції встановлено слабкий позитивний зв'язок між стадією хвороби і вірусним навантаженням ВІЛ, слабкий негативний зв'язок між рівнем CD4+Т-лімфоцитів і вірусним навантаженням ВІЛ. Відсутній зв'язок між стадією захворювання і рівнем CD4+Т-лімфоцитів.

**Ключові слова:** ВІЛ-асоційована герпетична інфекція, імунний та вірусологічний статус.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Дослідження вмісту CD4+Т-лімфоцитів та вірусного навантаження (ВН) є обов'язковим в обстеженні ВІЛ-інфікованих, оскільки у них, особливо у хворих на СНІД, на фоні різко зниженого клітинного імунітету відбувається висока вірусна реплікація [3, 6]. Ці показники можуть допомогти при уточненні стадії хвороби, прогнозуванні її перебігу, оцінці ефективності антиретровірусної терапії (АРТ).

Стан імунної системи визначає розвиток і подальший перебіг герпетичної інфекції (ГІ) у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією [1-2, 4]. При наявності ВІЛ-індукованого імунодефіциту ГІ набуває схильності до тяжкого, часто рецидивуючого перебігу і нерідко є безпосередньою причиною летальності таких хворих [5, 7, 8, 9].

**Мета роботи:** оцінити імунний статус хворих з ВІЛ-асо-