

УДК 616.314.1-022: 578.828 HIV]-07

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

*О. С. Гилева, В. А. Садилова**

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, Россия

PERIODONTAL DISEASES IN HIV-INFECTED PATIENTS: PREVALENCE AND PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS DEPENDING ON ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY

*O. S. Gileva, V. A. Sadilova**

Perm State Academy of Medicine named after Academician EA. Wagner, Russia

Цель. Изучение распространенности и клинической структуры заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от приверженности антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Работа основана на результатах комплексного стоматологического обследования 222 ВИЧ-инфицированных пациентов ГКУЗ «Пермский краевой центр СПИД» за период с 2009 по 2011 г.

Результаты. Распространенность классических воспалительных заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных составила 69,7% и специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта – 27,0%. У пациентов, получающих антиретровирусную терапию, отмечены достоверно более низкая распространенность специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта, а также менее тяжелое течение классического гингивита и пародонтита.

Выводы. Стоматологический статус ВИЧ-инфицированных пациентов характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью заболеваний пародонта. Заболевания пародонта у ВИЧ-инфицированных отличаются полиморфизмом, могут быть специфическими и неспецифическими, обусловленными типичной пародонтопатогенной флорой. Пародонтологический статус ВИЧ-инфицированных пациентов, не приверженных антиретровирусной терапии, скомпрометирован в большей степени, чем у лиц, получающих соответствующее противовирусное лечение.

Ключевые слова. ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта, линейная десневая эритема, язвенно-некротический гингивит, язвенно-некротический пародонтит, антиретровирусная терапия.

Aim. To study the prevalence and clinical structure of periodontal diseases in HIV-infected patients depending on adherence to antiretroviral therapy (ART).

Materials and methods. The study was based on the results of complex dental examination of 222 HIV-infected patients of “Perm Regional AIDS Center” over the period from 2009 to 2011.

© Гилева О. С., Садилова В. А., 2013

e-mail: verusha_007@mail.ru

тел. 8 (342) 233 01 92

[Садилова В. Н. (*контактное лицо) – аспирант кафедры пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний; Гилева О. С. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний].

Results. Prevalence of classical inflammatory periodontal diseases in HIV-infected patients was 69,7% and that of specific HIV-associated periodontal diseases 27,0%. Patients who underwent antiretroviral therapy had reliably lower prevalence of HIV-associated periodontal diseases and less severe course of classical gingivitis and periodontitis.

Conclusion. Dental status of HIV-infected patients is characterized by higher prevalence and intensity of periodontal diseases. Periodontal diseases in HIV-infected patients are characterized by polymorphism, they can be specific and nonspecific, conditioned by typical periodontopathogenic flora. Periodontologic status of HIV-infected patients not adherent to ART is compromised to a greater extent than in subjects receiving the corresponding antiviral therapy.

Key words. HIV-associated periodontal diseases, linear gingival erythema, ulcerous-necrotic gingivitis, ulcerous-necrotic periodontitis, antiretroviral therapy.

ВВЕДЕНИЕ

В течение последних лет эпидемиологическая ситуация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в различных регионах Российской Федерации остается напряженной. Только в Пермском крае за последнюю четверть века было выявлено 17 595 случаев ВИЧ-инфицирования [1]. Особенностью современного эпидпроцесса является увеличение количества пациентов на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и СПИДа, требующих оказания высококвалифицированной медицинской, в том числе и стоматологической, помощи.

Стоматологические аспекты ВИЧ-инфекции разноплановы и до конца не изучены [13]. ВИЧ-ассоциированные стоматологические заболевания могут являться первыми симптомами инфицирования, отличаются высокой частотой, клиническим полиморфизмом и манифестностью течения, в значительной степени утяжеляют течение основного заболевания и снижают качество жизни пациента [4]. Применение антиретровирусной терапии (АРТ) для лечения ВИЧ-инфекции увеличивает продолжительность и качество жизни пациента, однако полностью не избавляет от ВИЧ-ассоциированной патологии, изменяя ее спектр и частоту выявления [8, 11].

В специализированной медицинской литературе наиболее полно изучены про-

блемы диагностики и лечения ВИЧ-ассоциированных поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) [7, 12], тогда как пародонтологическим аспектам ВИЧ/СПИД уделено значительно меньшее внимание. Между тем закономерности возникновения и развития ВИЧ-инфекции предполагают вовлечение в патологический процесс особой анатомо-топографической зоны полости рта – пародонта с развитием специфической ВИЧ-ассоциированной пародонтальной патологии [15]. Последняя требует своевременного выявления и лечения, особой дифференциальной диагностики, так как, с одной стороны, пародонтальный комплекс может быть первичной, а нередко и излюбленной зоной локализации элементов поражения при многих ВИЧ-ассоциированных заболеваниях полости рта (саркома Капоши, неходжкинская лимфома и др.), а, с другой стороны, сочетанные деструктивные поражения пародонта существенно повышают риск вирусного, бактериального и грибкового системного инфицирования и могут модифицировать клиническую картину иной ВИЧ-ассоциированной стоматологической патологии. Есть данные, что некоторые пародонтопатогены, способствуя транс-инфекции ВИЧ-1 из кератиноцитов полости рта в дендритные клетки, форсируют прогрессирование инфекционного процесса [9, 14].

Степень нарушений пародонтального и гигиенического статуса в полости рта на момент дебюта ВИЧ-инфекции во многом

определяет агрессивность течения и эффективность лечения специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта.

Основной целью современной АРТ больных, живущих с ВИЧ, является поддержание необходимого уровня качества жизни, в том числе учитывающего влияние стоматологического здоровья [2, 10].

Цель исследования состояла в изучении распространенности и клинической структуры заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от приверженности АРТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки распространенности типичных форм воспалительных заболеваний пародонта (гингивит/пародонтит), бактериальной природы и специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта (линейная десневая эритема, язвенно-некротический гингивит/пародонтит) проведено одномоментное (поперечное) исследование, для которого объем выборочной совокупности был рассчитан согласно рекомендациям ВОЗ [16] и составил 138 человек. Для расчета объема выборочной совокупности предполагаемая распространенность типичных воспалительных заболеваний у ВИЧ-пациентов, исходя из данных литературы, составила 90%, а показатели распространенности специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний приближались к 9% для линейной десневой эритемы, к 3,6% – для язвенно-некротического гингивита и пародонтита; доверительный интервал равнялся 95%, оценка выборки – 5%.

На основании имеющихся данных о генеральной совокупности ВИЧ-инфицированных в Пермском крае было проведено квотирование по двум признакам: уровень CD4-лимфоцитов в мл крови и приверженность АРТ. Квотирование по АРТ определя-

лось целью исследования, а квотирование по уровню CD4-лимфоцитов обеспечивало репрезентативность выборки по самому надежному показателю прогрессирования ВИЧ-инфекции и прогноза ее инфекционных и неинфекционных осложнений, а также критерию, определяющему решение о назначении АРТ [5]. Для расчета квот были выбраны диапазоны уровня CD4-лимфоцитов (кл/мм³): 500, 350–499, 200–349, <200, в клинических рекомендациях разграничивающие относительные и абсолютные показания для назначения АРТ (ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИД, 2010).

Объем выборочной совокупности составил 222 человека, что в 1,5 раза превышало ранее рассчитанный минимальный объем. В основную группу (70 человек, в том числе 27 мужчин и 43 женщины в возрасте от 24 до 55 лет) были включены ВИЧ-инфицированные пациенты, приверженные АРТ слобораторно подтвержденным вирусологическим эффектом лечения. Основная группа была сформирована на основании ранее рассчитанных квот по уровню CD4-лимфоцитов. Аналогичным способом сформирована группа сравнения, представленная пациентами без АРТ (152 человека, в том числе 66 мужчин и 86 женщин от 17 до 48 лет). Рандомизация была проведена по календарному принципу (понедельник, четверг – формирование основной группы; среда, пятница – группы сравнения). Развернутый диагноз основного заболевания и сопутствующей системной патологии фиксировали по результатам заключений врачей лечебного отдела ПКУЗ «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции проводилась методом иммуноферментного анализа с подтверждением специфичности результата иммуноблоттингом. Иммунологическое обследование включало определение общего количества лимфоцитов, Т-хелперов (CD4),

T-супрессоров (CD8) и соотношения CD4/CD8. Лабораторное обследование включало также общий клинический и биохимический анализы крови; исследование крови на маркеры вирусных гепатитов В и С, сифилиса и токсоплазмоза, вируса простого герпеса и цитомегаловирусной инфекции.

Пациентам основной и группы сравнения, обратившимся в ГКУЗ «Пермский краевой центр по профилактике борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями», было проведено комплексное обследование полости рта и челюстно-лицевой области по разработанному нами протоколу (РП «Протокол первичного стоматологического обследования ВИЧ-инфицированного пациента» № 2591 от 13.09.2012), пародонтологическая часть которого включала расчет основных гигиенических и пародонтологических индексов: индекс *CPITN* (Community periodontal index of treatment needs; ВОЗ, 1997), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс *PMA* в модификации С. Parma (1960), индекс кровоточивости десневых сосочков *PBI* по Saxer и Muhlemann (1975), упрощенный индекс гигиены полости рта *OHI-S* (Green-Vermillion, 1964), индекс рецессии десны *IR* (Stahl С., Morris M., 1955), определение глубины пародонтальных карманов и потери эпителиального прикрепления (пародонтальный зонд Hu-Friedy CP 15), пародонтальный индекс риска системного инфицирования *PIRI* (Periodontal index for risk of infectiousness, 2002); по показаниям проводилось ортопантомографическое исследование.

В соответствии с классификацией заболеваний пародонта, принятой президиумом секции пародонтологии Российской академии стоматологии (2001) [6], выделяли классические воспалительные заболевания пародонта (гингивит и пародонтит, вызванные бактериальной бляшкой) и специфические ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта. Диагнозы «линейная десневая эритема» (ЛДЭ), «язвенно-некротический гинги-

вит» (ЯНГ), «язвенно-некротический пародонтит» (ЯНП) и других ВИЧ-ассоциированных заболеваний полости рта формулировали по международной классификации поражений полости рта, связанных с ВИЧ-инфекцией (EC-Clearinghouse, 1992). Использовали также классификацию заболеваний полости рта, обусловленных ВИЧ-ассоциированной иммуносупрессией (Classification of oral diseases of HIV-associated immune suppression, ODHIS), выделяя ВИЧ-ассоциированные заболевания, обусловленные различной стадией иммуносупрессии, а также медикаментозно обусловленную и эмергентную стоматологическую патологию. Топографирование и кодирование элементов поражения СОПР, включая десневые сегменты, проводили по карте-топограмме. Изучая клинито-топографические особенности ВИЧ-ассоциированных заболеваний СОПР и пародонта, определяли частоту вовлеченности в процесс (опухолевый, воспалительный и др.) десневого комплекса, клинические особенности десневых проявлений патологии. В ходе клинического обследования, сбора анамнеза уточняли, была ли десна первичной областью манифестации патологических элементов или вовлекалась в процесс на этапах развития ВИЧ-ассоциированной патологии, насколько поражение десневого комплекса изменяло ее типичные проявления.

Качественную и количественную оценку микрофлоры в биотопах пародонтального комплекса (десневая борозда и пародонтальный карман) и языка (спинка) проводили на основе бактериологического и молекулярно-генетического исследования (ПЦР).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica 6,0. Для определения достоверности результатов исследования применяли параметрический *t*-критерий Стьюдента и непараметрический критерий Манна–Уитни. Выявляемые закономерности и связи изучаемых

параметров между группами и признаками считали значимыми при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$. Достоверность различий между процентными долями двух выборок оценивали по показателю ϕ методом углового преобразования Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность и структура заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных пациентов представлена в таблице.

По результатам комплексного стоматологического обследования установлено, что распространенность классических воспалительных и ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта у пациентов основной группы, получающих АРТ, составила 88,6%, а у пациентов группы сравнения – 96,7%. Достоверно чаще ($p < 0,05$) клинически интактный пародонт (11,4%) диагностировали у пациентов основной группы, чем у пациентов группы сравнения (3,3%).

В структуре воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) у пациентов основной группы доминировали (28,6%) начальные стадии пародонтита – пародонтит легкой степени, протекающий хронически, с вовлечением в процесс всех десневых сегментов.

Далее по частоте встречаемости выявляли хронический генерализованный катаральный гингивит (27,1%), ассоциированный с банальным микробным налетом, низким уровнем гигиены полости рта ($OHI-S 2,08 \pm 0,14$, $PMA 32,50 \pm 5,30$).

Развившиеся формы пародонтита – хронический генерализованный пародонтит (ХГП) средней степени тяжести и его тяжелое течение – определены соответственно в 12,9% и 1,4% случаев. Симптоматика этих форм пародонтита не отличалась от таковой у соматически сохраненных лиц аналогичного пола и возраста, была объективизирована следующими значениями индексов ($OHI-S 2,16 \pm 0,18$, $PMA 38,50 \pm 6,30$, $PBI 2,04 \pm 0,31$, $CPITN 2,34 \pm 0,28$, $IR 30,34 \pm 2,86$, $PIRI 1,82 \pm 0,6$).

Обращал на себя внимание относительно высокий процент гипертрофического гингивита у пациентов основной группы (4,3%), протекающего по типу локализованного (в пределах одного десневого сегмента) процесса, преимущественно в отечной форме. Проведение комплексного пародонтологического лечения с коррекцией гигиенического статуса, традиционной антибактериальной терапией на фоне АРТ сопровождалось активной положительной динамикой течения ВЗП.

Распространенность и структура заболеваний пародонта у ВИЧ-инфицированных пациентов

Тип пародонтальной патологии	Нозологическая форма	Группа наблюдения				p
		основная		сравнения		
		%	абс.	%	абс.	
Воспалительные заболевания пародонта, обусловленные зубной бляшкой	Гингивит катаральный	27,1	19	20,4	31	
	Гингивит гипертрофический	4,3	3	0,0	0	<0,05
	ХГП легкой степени тяжести	28,6	20	19,7	30	
	ХГП средней степени тяжести	12,9	9	21,0	32	
	ХГП тяжелой степени тяжести	1,4	1	8,6	13	<0,05
Специфические ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта	ЛДЭ	11,4	8	17,8	27	
	ЯНГ	0,0	0	6,6	10	<0,05
	ЯНП	2,9	2	2,6	4	
	Интактный пародонт	11,4	8	3,3	5	<0,05
	Всего	100,0	70	100,0	152	

Примечание: p – достоверность отличий между показателями основных групп и групп сравнения.

В процессе пародонтологического обследования особое внимание уделяли выявлению специфической ВИЧ-ассоциированной патологии пародонта: ЛДЭ, ЯНГ и язвенно-некротического пародонтита ЯНП, которые в соответствии с классификацией WHO-ЕС (1992) относятся к заболеваниям, наиболее тесно связанным с ВИЧ-инфекцией, а по классификации ODHIS (2004) ассоциируются с разной степенью иммуносупрессии: ЛДЭ – со снижением уровня $CD4 < 500$ кл/мм³, а язвенно-некротические поражения пародонта – с тяжелой иммуносупрессией $CD4 < 200$ кл/мм³. Различные формы специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта выявлены в 14,3% наблюдений в основной группе. ЛДЭ – доминирующая форма ВИЧ-ассоциированной патологии – диагностирована у 11,4% пациентов, приверженных АРТ, и клинически определялась в виде резко гиперемированной полосы вдоль десневого края, преимущественно в нижнем переднем десневом секстанте (32, 38 ТК ВОЗ), болезненной при зондировании и приеме раздражающей пищи, иногда проявляющейся симптомами сухости, жжения и дискомфорта в полости рта. Характерной клинической чертой ЛДЭ было явное несоответствие тяжести воспаления десны количеству и локализации мягкого зубного налета ($OHI-S$ $0,90 \pm 0,11$ при PMA $44,50 \pm 5,70$), а также высокая обсемененность маргинальной десны грибами рода *Candida* (10^5 и более КОЕ/мл), резистентность ЛДЭ к традиционным антибактериальным препаратам при эффективном и быстром «ответе» на применение топической противогрибковой терапии. У всех больных с ЛДЭ выявляли ксеростомический симптом (I–II ст.), характеризующийся в $5,5 \pm 1,5$ балла по Визуальной аналоговой шкале.

Язвенно-некротический пародонтит как специфическая форма ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта ($CD4 < 200$ кл/мм³) выявлен у 2,9% пациентов основной группы, полу-

чающих АРТ. Для ЯНП была характерна значительная деструкция мягкотканого и костного компонента пародонта ($OHI-S$ $2,61 \pm 0,28$, PMA $41,50 \pm 4,32$, PBI $3,04 \pm 0,31$, $CPITN$ $2,84 \pm 0,38$, IR $32,34 \pm 1,96$, $PIRI$ $2,79 \pm 0,72$), а больные предъявляли жалобы на неприятный запах изо рта, боль при приеме пищи и гигиеническом уходе за полостью рта, подвижность зубов и неэстетичный вид десны. Излюбленная локализация ЯНП у больных основной группы – верхний передний (31,37 ТК ВОЗ) секстант (28,4%) и нижний передний (32, 38 ТК ВОЗ) секстант (44,2%). У пациентов с ЯНП при микроскопии содержимого пародонтального кармана выявляли палочковидные формы (мелкие и веретенообразные палочки, спирохеты, мицелий грибов рода *Candida*), микробиологически – *Candida spp.* 10^5 – 10^6 КОЕ/мл в ассоциациях с условно-патогенной и периопатогенной микрофлорой.

Показатели распространенности заболеваний пародонта у пациентов основной группы анализировали в сравнении с таковыми у ВИЧ-пациентов, не приверженных АРТ (группа сравнения). Признаки заболеваний пародонта (классических и специфических ВИЧ-ассоциированных) выявлены в 96,7% наблюдений, клинически интактный пародонт – у 3,3% пациентов. Наиболее часто у пациентов группы сравнения выявляли хронический генерализованный пародонтит средней (21,0%) степени тяжести, в основной группе в 12,9% случаев установлена средняя степень тяжести и в 19,7% – легкая. Тяжелое течение пародонтита определяли достоверно ($p < 0,05$) чаще в основной группе, чем в группе сравнения (соответственно 8,6 и 1,4%). Клиническая картина ВЗП у пациентов группы сравнения была объективизирована следующими значениями индексов: $OHI-S$ $2,246 \pm 0,28$, PMA $37,52 \pm 4,21$, PBI $2,06 \pm 0,41$, $CPITN$ $3,14 \pm 0,48$, IR $32,34 \pm 2,94$, $PIRI$ $1,98 \pm 0,8$. Обращал на себя внимание высокий (7,2%) процент выявления у больных группы сравнения пародонтита в стадии обострения,

с гноеотечением и абсцедированием, тогда как у пациентов, приверженных АРТ, пародонтит в стадии обострения не диагностирован.

Хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести, обусловленный наддесневой и зубной микробной бляшкой (*OHI-S* $2,12 \pm 0,21$, *PMA* $39,50 \pm 5,26$), диагностирован в 19,7% наблюдений, гипертрофический гингивит не выявлен. Симптоматика гингивита и пародонтита, обусловленного микробным налетом, мало отличалась от обычных форм проявления, коррекция и контроль гигиены полости рта на фоне традиционной антибактериальной терапии приводили к улучшению пародонтального статуса.

Специфические для ВИЧ/СПИД заболевания пародонта выявлены у 27,0% пациентов группы сравнения, достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у пациентов основной группы, приверженных АРТ. В структуре специфических ВИЧ-ассоциированных заболеваний доминировала ЛДЭ (17,8%) с типичными клиническими и микробиологическими проявлениями (при 11,4% частоты выявления у лиц основной группы). Чаще (9,2%), чем в основной группе (2,9%), выявлены язвенно-некротические поражения пародонта, представленные ЯНГ и ЯНП (*OHI-S* $2,82 \pm 0,31$, *PMA* $38,52 \pm 4,34$, *PVI* $3,14 \pm 0,21$, *CPITN* $2,98 \pm 0,36$, *IR* $36,30 \pm 1,89$, *PIRI* $2,89 \pm 0,64$). Кроме того, у 6,6% пациентов группы сравнения диагностировали специфический язвенно-некротический гингивит, не определяемый у пациентов основной группы.

Следующим направлением исследования было изучение вовлеченности пародонтального комплекса в патологические процессы, связанные с иными ВИЧ-ассоциированными заболеваниями СОПР. К числу наиболее часто выявляемых заболеваний СОПР у ВИЧ-инфицированных пациентов (вне зависимости от приема препаратов АРТ) относится кандидоз, диагностируемый

клинически и микробиологически у 30,0% пациентов, приверженных АРТ, и у 53,9% больных группы сравнения. Характерно, что основные элементы поражения при кандидозе (белесоватый, легко снимаемый налет при остром псевдомембранозном и эритематозно-атрофическом кандидозе, белые бляшки, эрозии при хроническом гиперпластическом кандидозе) в 48,5% случаев располагались на десне, преимущественно в нижнем переднем (32 ТК ВОЗ) и нижних боковых (29,30 ТК ВОЗ) секстантах.

Гиперкератотические поражения СОПР (диффузный гиперкератоз, волосатая лейкоплакия, лейкоплакия Таппейнера, плоская и веррукозная лейкоплакия, лишеноидные реакции на препараты АРТ) выявлены у 5,8% пациентов основной группы и у 2,3% группы сравнения. Наиболее часто в процесс вовлекалась десна при диффузном гиперкератозе и плоской лейкоплакии (64,5%), а в 33,4% случаев (только у больных основной группы, получающих АРТ) на десне определялись типичные белые лишеноподобные папулы, сливающиеся в сетчатый рисунок, напоминающий типичную форму плоского лишая СОПР.

Хроническая рецидивирующая герпетическая инфекция с поражением кожи лица, красной каймы губ и СОПР диагностирована у 2,9% больных основной и 4,6% больных группы сравнения. Элементы поражения (афты, язвы, налет) практически у каждого ВИЧ-инфицированного пациента локализовались и на десне, отличались резкой болезненностью, неровными фестончатыми краями, наличием перифокального воспаления, клинически напоминали язвенный или язвенно-некротический гингивит, требовали особого подхода к лечению.

На фоне АРТ отмечался значительный рост распространенности папилломавирусных поражений СОПР: у пациентов основной группы эти поражения в форме остроконечных кондилом, папиллом и очаговой интраэпителиальной гиперплазии выявляли

в 10,0% случаев. Важно, что в 64,8% наблюдений папилломавирусные поражения первично возникали именно на слизистой десны, чаще в ее маргинальной части, в верхнем переднем (31, 37 ТК ВОЗ), нижнем переднем (32, 38 ТК ВОЗ) и нижнем боковом правом (29, 35 ТК ВОЗ) секстантах. У пациентов группы сравнения очаги папилломавирусной инфекции, определяемые в 3,3% случаев, характеризовались внеслезевой локализацией. Вместе с тем именно у больных, не приверженных АРТ, диагностировали саркому Капоши в полости рта, причем в единичных случаях она первично манифестировала в слизистой оболочке альвеолярной десны в проекции 1.2–2.1 (21 ТК ВОЗ) в виде узловатого дольчатого образования малинового цвета, прогрессивно увеличивающегося в размерах до 2,0 см и изменяющегося в цвете (до темно-вишневого) в течение двух месяцев наблюдения, к исходу которого были обнаружены новые элементы поражения (саркоматозные узлы, пятна) на слизистой неба (51, 52 ТК ВОЗ).

Неспецифические эрозивно-язвенные поражения СОПР, многофакторные по природе у ВИЧ-инфицированных пациентов, выявлялись у 7,1% в основной группе и только у 1,3% пациентов группы сравнения. Чаще появление эрозий и язв было связано с приемом антиретровирусных препаратов (комбивир, калетра). Десневая локализация элементов была обнаружена у 11,0% пациентов и всегда сочетанно с другими участками СОПР.

Выводы

Стоматологический статус ВИЧ-инфицированных пациентов характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью заболеваний пародонта. Заболевания пародонта у ВИЧ-инфицированных отличаются полиморфизмом, могут быть специфическими и неспецифическими, обусловленными типичной пародонтопатогенной флорой.

Пародонтологический статус ВИЧ-инфицированных пациентов, не приверженных АРТ, скомпрометирован в большей степени, чем у лиц, получающих соответствующее противовирусное лечение. Назначение эффективных схем АРТ сопровождается достоверным снижением распространенности и тяжести специфических язвенно-некротических ВИЧ-ассоциированных заболеваний пародонта, а также снижением интенсивности пародонтита, вызванного банальной микробной биопленкой.

Специфические ВИЧ-ассоциированные заболевания пародонта (линейная десневая эритема, язвенно-некротический гингивит и пародонтит) требуют своевременной диагностики, особых подходов к дифференциальной диагностике и лечению.

Пародонт как анатомо-функциональный и топографический комплекс может быть первичной, излюбленной или частой зоной манифестации ВИЧ-ассоциированного кандидоза, неспецифических эрозивно-язвенных и неопластических (саркома Капоши) поражений полости рта.

Библиографический список

1. ВИЧ-инфекция в Пермском крае в 2012 г.: справка / Эпидемиологический отдел ГКУЗ ПКЦ СПИД и ИЗ. Пермь 2013.
2. Гилева О. С., Либик Т. В., Халилаева Е. В., Данилов К. В., Садилова В. А. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни. Медицинский вестник Башкортостана 2011; 3: 6–11.
3. Гилева О. С., Халилаева Е. В., Либик Т. В., Подгорный Р. В., Халявина И. Н. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU. Уральский медицинский журнал 2009; 8: 104–109.
4. Ефимов А. В. Особенности стоматологического статуса ВИЧ-инфицированных

- в латентной стадии и начальном периоде вторичных заболеваний: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь 2005; 28.
5. Лечение ВИЧ-инфекции 2009 / под ред К. Хоффман, Ю. К. Рокшто. М.: Р. Валент 2012; 736.
 6. Практическая терапевтическая стоматология / под ред. А. И. Николаева, Л. М. Цепова. М.: МЕДпресс-информ 2005; 489.
 7. *Coogan M., Greenspan J., Chalalcombe S.* Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull. World Health Organ.* 2005; 83: 1–16.
 8. *Efimov A., Gileva O., Khaliavina I., Goulyayeva Y., Khalilaeva E.* Spectrum of oral manifestations in HIV-infected drug users on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Hordic-Baltic Oral Medicine meeting, Malmo 2007*; 23.
 9. *Giacaman R. A., Asrani A. C., Gebhard K. H., Dietrich E. A., Vacharaksa A., Ross A., Herzberg M. C.* Porphyromonas gingivalis induces CCR5-dependent transfer of infectious HIV-1 from oral keratinocytes to permissive cells. *Retrovirology* 2008; 5: 29.
 10. *Gileva O., Libik T., Khaliavina I., Goulyayeva Y., Khalilaeva E.* Oral health-related quality of life in patients with non-specific ulceronecrotic oral mucosal lesions. *Oral Diseases* 2008; 14: 24.
 11. *Gileva O. S., Libik T. V., Khalilaeva E. V., Bondarenko E. A.* Oral mucosal diseases in HIV-infected Russians on HAART. *The 6th World Workshop on Oral Health and Disease in AIDS. China 2009*; 88.
 12. *Gileva O. S., Sazbina M. V., Gileva E. V., Efimov A. V., Scully C.* Spectrum of oral manifestations of HIV/AIDS in the Perm region (Russia) and self-induced ulceronecrotic lingual lesions. *Medicina Orale (Spain)* 2004; 3 (9): 212–215.
 13. *Greenspan D., Greenspan J.* Oral complications in HIV infection. *Global HIV/AIDS medicine* 2008; 215–225.
 14. *Huang C. B., Emerson K. F., Gonzalez O. A., Ebersole J. L.* Oral bacteria induce a differential activation of human immunodeficiency virus-1 promoter in T cells, macrophages and dendritic cells. *Oral. Microbiol. Immunol.* 2009; 24: 401–407.
 15. *Ryder M. I., Nittayananta W., Coogan M., Greenspan J., Greenspan D.* Periodontal disease in HIV/AIDS. *Periodontology* 2000 2012; 60: 78–97.
 16. *Vaughan J. P., Morrow R. H.* Manual of epidemiology for district health management. Geneva: World Health Organization 1989.

Материал поступил в редакцию 02.02.2013