

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ
ФТИЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМ. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»**

ХАРЧЕНКО-СЕВРЮКОВА ГАННА СЕРГІЇВНА

УДК: 616.24-007.272-036.12:616.31-001.5

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ РОТОВОЇ
ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

14.01.27 – пульмонологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Київ – 2016

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

Науковий керівник

доктор медичних наук

Гуменюк Микола Іванович,

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», провідний науковий співробітник відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук

Сушко Віктор Олександрович,

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», Перший заступник Генерального директора з наукової роботи, завідувач відділу медичної експертизи та лікування наслідків впливу радіаційного опромінення

доктор медичних наук, професор

Свінцицький Анатолій Станіславович,

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3

Захист дисертації відбудеться “30” січня 2017 р. о 13 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

Автореферат розісланий “28” грудня 2016 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. О. Речкіна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з наявністю супутньої патології – одна з найбільш актуальних медико-соціальних проблем (Ляшук П. М., 2011; Феценко Ю. І., 2015). Особливої уваги потребують захворювання ротової порожнини (Scannapieco F. A., 2010).

Гіпоксичні стани, які виникають при тривалому перебігу ХОЗЛ, призводять до порушення киснево-відновлювальних процесів і трофіки тканин пародонту (Ghali R.F., 2011). Хворі на ХОЗЛ відносяться до групи ризику виникнення порушень мінерального обміну (Silva D. R., 2011). Остеопороз (ОП) у хворих на ХОЗЛ виникає вторинно – як наслідок системного запального процесу, метаболічних порушень, довготривалої гіпоксії, застосування інгаляційних та системних глюкокортикостероїдів (ГКС), зниження фізичної активності, толерантності до фізичного навантаження і носить системний характер (Феценко Ю. І., 2015; Khan A., 2007).

ХОЗЛ розвивається у осіб переважно зрілого та похилого віку (після 40 років), тому і вторинний ОП при ХОЗЛ виникає на тлі розвитку інволюційних порушень мінерального обміну, метаболічних та імунологічних розладів (Дядьк А. И., 2013), що в свою чергу може негативно впливати на виникнення та перебіг генералізованого пародонтиту (ГП) (Мазур І. П., 2006; Scannapieco F. A., Mylotte J. M., 2010). За даними деяких епідеміологічних досліджень частота остеопеній і остеопорозу у хворих на ХОЗЛ сягає 60 % (Глухов А. В., 2010). Однак взаємозв'язок ХОЗЛ з патологічними процесами ротової порожнини залишається недостатньо вивченим.

У зв'язку з відсутністю стандартних схем обстеження хворих і діагностики ХОЗЛ із супутніми патологічними процесами ротової порожнини, профілактичні і лікувальні заходи цієї поєднаної патології не розробляються належним чином.

Найбільш інформативним та достовірним методом діагностики остеопорозу на сьогодні є кількісна комп'ютерна денситометрія. Це єдиний метод, який дозволяє визначити дійсну щільність губчастої речовини кісток з високою точністю й відтворюваністю та отримати візуальну інформацію про її структуру (Issever A. S., 2006). Сукупність викладеного створило передумови для виконання даної роботи, визначило мету і завдання дослідження.

Зв'язок з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» «Розробити ефективні лікувальні заходи медичної допомоги хворим на обструктивні захворювання легень» (№ держ. реєстрації 0113U000264).

Мета дослідження: покращити діагностику патологічних процесів ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ шляхом дослідження клінічних симптомів ХОЗЛ, патологічних процесів тканин пародонту, стану місцевого імунітету ротової порожнини та імунологічних маркерів системного запалення, показників системного остеопорозу та дослідження денситометричних показників щільності губчастої речовини альвеолярного відростка.

Задачі дослідження:

1. Вивчити клінічні симптоми хронічного обструктивного захворювання

легень та особливості супутніх патологічних процесів ротової порожнини.

2. Вивчити стан місцевого імунітету ротової порожнини та імунологічних маркерів системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

3. Визначити порушення мінерального обміну у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за допомогою кількісної комп'ютерної денситометрії.

4. Дослідити денситометричні показники щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

5. Провести аналіз взаємозв'язків досліджуваних параметрів.

6. Розробити алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини.

Об'єкт дослідження: хронічне обструктивне захворювання легень у хворих з патологічними процесами ротової порожнини.

Предмет дослідження: клінічні симптоми хронічного обструктивного захворювання легень, патологічні процеси ротової порожнини, стан місцевого імунітету ротової порожнини, імунологічні маркери системного запалення, показники системного остеопорозу, денситометричні показники щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи.

Методи дослідження: анкетування, загальне клінічне та пародонтологічне обстеження, біохімічні, імунологічні, дослідження функції зовнішнього дихання, рентгенологічні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше вивчено структуру та клінічні особливості патологічних процесів ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ. Встановлено, що провідною патологією ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ є генералізований пародонтит I–II ступеня тяжкості та його ускладнення – часткова або повна вторинна адентія. Особливостями клінічного перебігу генералізованого пародонтиту у хворих на ХОЗЛ є помірно виражені ознаки запалення тканин пародонта та різко виражені резорбтивно-деструктивні процеси кісткової тканини альвеолярного відростка, про що свідчить значна рецесія ясен, втрата клінічного прикріплення ясен та виражена втрата висоти альвеолярного відростка.

Доповнено наукові дані щодо особливостей стану місцевого імунітету ротової порожнини та маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ з патологічними процесами ротової порожнини. Доведено, що найбільш низькі значення показників місцевого імунітету (рівні IL-1 β та sIgA) характерні для тяжких хворих (клінічна група D), що є несприятливим фактором перебігу генералізованого пародонтиту і ХОЗЛ. Установлено, що визначення сироваткового рівня CRP-h у хворих на ХОЗЛ є важливим додатковим критерієм оцінки тяжкості системного запального процесу в різних клінічних групах, що обумовлює необхідність індивідуалізації підходів при виборі лікувальних заходів.

Установлено, що у 98,4 % хворих на ХОЗЛ спостерігається системне порушення мінерального обміну, що проявляється в значному зменшенні мінеральної щільності кісткової системи, а клінічно діагностується як остеопенія у 28,6 % хворих та остеопороз – у 69,8 %, який виявляється в 6 разів частіше, ніж у

осіб без соматичної патології того самого віку і статі.

Визначено особливості денситометричних показників щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи. Доведено, що системні порушення мінерального обміну у хворих на ХОЗЛ відбуваються паралельно з резорбтивно-деструктивними процесами альвеолярної кістки, що супроводжується розвитком генералізованого пародонтиту, призводить до втрати значної кількості зубів або повної вторинної адентії.

Доведено, що ризик виникнення остеопорозу альвеолярних відростків та бугра верхньої щелепи у хворих на ХОЗЛ підвищується з тривалістю основного захворювання, тривалістю тютюнокуріння та прогресуванням бронхообструкції.

Практичне значення одержаних результатів. Результати проведеного дослідження довели, що для всіх хворих на ХОЗЛ та підозрою на ХОЗЛ, доцільним є призначення стоматологічного обстеження для раннього виявлення патологічних процесів ротової порожнини і проведення своєчасної санації вогнищ запалення, а також дослідження рівня маркера системного запалення CRP-h як додаткового критерію для визначення тяжкості перебігу ХОЗЛ і генералізованого пародонтиту.

Для визначення вираженості резорбтивно-деструктивних процесів кісток щелепно-лицьової ділянки хворим на ХОЗЛ рекомендується обстеження на остеопороз та проведення багатозрізової комп'ютерної томографії з додатковим дослідженням щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи.

Запропонований для впровадження в клінічну практику алгоритм діагностики та лікування хворих на ХОЗЛ із патологічними процесами ротової порожнини, суть якого полягає у застосуванні додаткових методів обстеження: анкетування для раннього виявлення хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та супутньої патології ротової порожнини, проведення кількісної комп'ютерної денситометрії для виявлення вторинного системного остеопорозу (ОП), консультації лікаря-стоматолога, а при необхідності – інших спеціалістів, якими встановлюється діагноз патології ротової порожнини та порушень мінерального обміну кісткової тканини, і на підставі отриманих даних до базисної терапії ХОЗЛ призначається відповідна терапія супутніх захворювань. Застосування даного алгоритму запобігає тяжкому перебігу ХОЗЛ, розвитку вторинного системного остеопорозу і генералізованого пародонтиту.

Впровадження результатів роботи у практику. Основні результати дослідження впроваджені в практику роботи відділення діагностики, терапії та клінічної фармакології захворювань легень Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», відділення клінічної пульмонології Київської міської клінічної лікарні № 17, пульмонологічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 3, комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, включені до учбової програми кафедри пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

За матеріалами дисертації опубліковано 2 інформаційних листа «Виявлення остеопорозу методом кількісної комп'ютерної денситометрії (3D QCT) в клінічних групах хворих на хронічне обструктивне захворювання легень» (м. Київ, 2015) та

«Алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини» (м. Київ, 2015). Видано 1 медико-біологічне нововведення, яке рекомендовано до впровадження «Алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини».

Особистий внесок здобувача. Наведені в роботі матеріали є особистим внеском дисертанта в проблему вирішення актуального завдання. Огляд літературних джерел, відбір тематичних хворих, їх розподіл на групи, проведення клінічних, пародонтологічних та функціональних досліджень у хворих, аналіз отриманих результатів, статистична обробка даних, оформлення матеріалів дисертації проведені автором особисто. Висновки та практичні рекомендації сформульовані разом з науковим керівником.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи доповідались на V З'їзді фтизіатрів і пульмонологів України (м. Київ, 2013 р.), на V стоматологічному міжнародному конгресі «Клінічна пародонтологія – погляд в майбутнє» (м. Київ, 2013 р.), на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Щорічні терапевтичні читання: від досліджень до реалій клінічної практики XXI століття» (м. Харків, 2015 р.), на VIII З'їзді фтизіатрів і пульмонологів Узбекистану (м. Ташкент, 2015 р.) та науково-практичній конференції в Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (м. Київ, 2015 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 17 наукових праць: 13 статей (із них 8 статей у виданнях, атестованих ДАК України, 8 статей у виданнях, що входять до міжнародних науково-метричних баз даних, 1 – у виданні іноземної держави) і 4 тез.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена українською мовою на 177 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 6 рисунками, містить 31 таблицю. Складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалів і методів, п'яти розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, переліку літератури, який містить 200 джерел (112 – кирилицею, 88 – латиницею).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкт та методи дослідження. Обстежено 93 особи. Було виділено 2 групи спостереження:

Основна (I група) – 63 хворих на ХОЗЛ (41 чоловік і 22 жінки), середній вік – $(63,8 \pm 1,1)$ роки. FEV₁ до проби з бронхолітиком складав $(46,2 \pm 2,0)$ %; FEV₁/ FVC – $(50,6 \pm 1,6)$. FEV₁ після проби з бронхолітиком – $(48,8 \pm 2,1)$ %; FEV₁/ FVC – $(51,6 \pm 1,6)$. Середня тривалість ХОЗЛ – $(11,2 \pm 1,3)$ роки.

Контрольна (II група) – 30 осіб без соматичної патології, із них 18 чоловіків і 12 жінок, середній вік – $(59,6 \pm 1,3)$ року. FEV₁ – $(111,0 \pm 3,3)$ %; FEV₁/ FVC – $(78,0 \pm 0,6)$, які добровільно погодились взяти участь у дослідженні.

Пацієнти основної та контрольної груп не відрізнялися за статтю, віком,

ростом, вагою та індексом маси тіла (ІМТ).

При постановці діагнозу ХОЗЛ та при розподілі хворих за клінічними групами ХОЗЛ враховувались критерії Наказу № 555 МОЗ України від 27 червня 2013 р. Результати обстеження хворих на ХОЗЛ порівнювалися з даними осіб без соматичної патології.

Для вивчення особливостей перебігу патологічних процесів ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ, усім пацієнтам проводилось: анкетування, загальне клінічне та пародонтологічне обстеження, біохімічне дослідження, дослідження імунологічних маркерів системного та місцевого запалення, дослідження функції зовнішнього дихання, рентгенологічне обстеження з подальшим дослідженням показників мінеральної щільності поперекових хребців і денситометричних показників губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи.

Для комплексної оцінки симптомів ХОЗЛ та визначення клінічної групи захворювання хворі на ХОЗЛ заповнили опитувальник mMRC (модифікований опитувальник Британської медичної дослідницької ради – Modified British Medical Research Council) та пройшли тест оцінки ХОЗЛ (Chronic obstructive pulmonary disease assessment test (CAT)).

Для визначення загальних факторів ризику розвитку ОП проводилось додаткове опитування хворих, яке включало: визначення статусу куріння, зловживання алкоголю, дослідження харчових звичок, способу життя, проявів рухливості, перебування на сонці, переносимості фізичного навантаження.

Анамнез куріння розраховувався в одиницях «пачко-рік». Дослідження показників якості життя проводилося за допомогою опитувальника якості життя Госпіталю святого Георгія. Вимірювання антропометричних показників включало розрахунок ІМТ – маса тіла, поділена на зріст у квадраті.

Вивчення функції зовнішнього дихання проводилось усім досліджуваним за даними спірометрії та бодіплетизмографії на апараті «Master Screen PFT» («Cardinal Health», Німеччина).

Переносимість фізичного навантаження вивчалась за допомогою тесту із 6-хвилинною ходою із урахуванням кількості пройдених шатлів (метрів) та з оцінкою вираженості задишки за шкалою Борга безпосередньо до та після теста.

При імунологічному обстеженні визначали маркери системного запалення – ІЛ-6, ІЛ-1 β , CRP-h у сироватці крові та маркери місцевого запалення – ІЛ-1 β , sIgA та загальний білок в змішаній слині хворих на аналізаторі-спектрофотометрі μ Quant (BioTek, США).

Біохімічні дослідження проводились на біохімічному автоматизованому аналізаторі «Vitalab Selectra E».

Усім хворим додатково проводилась консультація лікаря-стоматолога, яким здійснювалось клінічне стоматологічне та пародонтологічне дослідження з визначенням параклінічних індексів.

Діагностику остеопорозу проводили на багатозрізовому комп'ютерному томографі Aquilion TSX-101A «Toshiba» (Японія) за допомогою ліцензійної програми «QST Pro» на основі дослідження мінеральної щільності (МЩ) поперекових (L1–L3) хребців.

Щільність губчастої речовини альвеолярного відростка (ЩАВ) і втрату висоти

альвеолярного відростка досліджували за допомогою багатозрізової комп'ютерної томографії (БЗКТ), яка проводилась на КТ сканері Aquilion TSX-101A «Тоchiba» (Японія) з використанням вільно поширеної програми «K-Pacs» 2008 (Німеччина), з визначенням середнього, мінімального та максимального значення щільності на заданій площі в од. Хаунсфільда (HU). Для більш детального вивчення структурно-функціональних порушень виміри проводили у трьох фіксованих точках з правого та лівого боку: точка 1 – між 1-м і 2-м зубом, точка 2 – між 3-м і 4-м зубом, точка 3 – бугор верхньої щелепи, а за відсутності зубів – враховували місця їх проекції.

Статистична обробка результатів роботи виконувалась із застосуванням методів параметричної та непараметричної статистики. Результати дослідження зберігали та обчислювали за допомогою ліцензійних програмних продуктів, які входять у пакет Microsoft Office Professional 2003, ліцензія Russian Academic OPEN No Level № 17016297.

Результати досліджень та їх обговорення. При обстеженні 63 хворих на ХОЗЛ за оцінкою вираженості клінічних симптомів, функціональних показників і ризику можливих ускладнень усіх хворих було розподілено на клінічні групи. Серед обстежених 22 (34,9 %) хворих були віднесені до клінічної групи В, 12 (19,1 %) – до клінічної групи С, 29 (46,0 %) – до клінічної групи D.

Хворі клінічних груп В, С і D, які взяли участь у дослідженні статистично значимо не відрізнялися за віком, коли був встановлений діагноз ХОЗЛ, середньою тривалістю ХОЗЛ, клінічними симптомами за шкалою mMRC і функціональними показниками. Проте хворі клінічних груп С і D мали статистично значимо більшу кількість загострень за останні 12 міс. в порівнянні з хворими клінічної групи В, а пацієнти клінічної групи D мали більш виражені клінічні симптоми за даними САТ в порівнянні з пацієнтами клінічної групи С – ($23,7 \pm 0,9$) бали і ($9,4 \pm 0,3$) бали, відповідно ($p < 0,01$).

Усі хворі отримували стандартну базисну терапію ХОЗЛ відповідно до клінічної групи. Інгаляційні кортикостероїди в складі базисної терапії приймали 49 ($77,8 \pm 5,2$) % пацієнтів. Серед 63 хворих на ХОЗЛ 3 пацієнтів отримували преднізолон. При цьому 1 пацієнтка приймала преднізолон постійно в складі базисної медикаментозної терапії в дозі 5 мг на добу, а 2 пацієнтів при загостренні ХОЗЛ приймали преднізолон курсами – з 20 мг протягом 20 діб (на курс – 250 мг). 42 ($66,7 \pm 5,9$) % пацієнти приймали при загостренні ХОЗЛ дексаметазон курсами (60 мг на курс) у вигляді внутрішньовенних ін'єкцій. Середня кількість курсів за 12 міс – ($1,4 \pm 0,1$), середня тривалість курсу – ($10,4 \pm 0,5$) діб.

Із супутніх соматичних захворювань у хворих на ХОЗЛ найбільш часто діагностували серцево-судинну патологію – у 41 ($65,1 \pm 6,0$) % пацієнтів.

Досліджувані без соматичної патології ніколи не проходили обстеження на ОП, а із 63 хворих на ХОЗЛ лише 3-м ($4,8 \pm 2,7$) % була проведена денситометрія і встановлено діагноз – ОП, що свідчило про відсутність уваги до виявлення порушень мінерального обміну у хворих на ХОЗЛ та населення у віці 40 років і старше.

У жінок обох груп приблизно в однаковому віці відмічене початок менопаузи – в I групі в ($49,2 \pm 1,0$) років і в II групі в ($50,9 \pm 0,9$) років. Середня тривалість менопаузи у жінок в I групі складала ($13,6 \pm 1,8$) років, а в контрольній групі – ($8,7 \pm 2,6$) років, $p > 0,05$.

При аналізі анамнезу тютюнокуріння з'ясовано, що курили на даний час

14 ($22,2 \pm 5,2$) % хворих на ХОЗЛ і 4 ($13,3 \pm 6,2$) % пацієнта контрольної групи. Хворі на ХОЗЛ мали статистично значимо більший стаж тютюнокуріння, викурювали більшу кількість сигарет на добу. Середній індекс пачко-років в I групі складав ($21,6 \pm 3,3$), а в II – ($7,1 \pm 2,7$), $p < 0,01$.

Хворі клінічної групи D мали статистично значимо гірший стан якості життя за загальним рахунком – ($64,0 \pm 2,9$) бали в порівнянні з хворими клінічної групи B – ($52,9 \pm 3,1$) бали ($p < 0,01$). При цьому в клінічній групі D пацієнти характеризувались більш вираженим обмеженням фізичної активності – ($69,1 \pm 3,7$) бали ніж в клінічних групах B та C – ($51,2 \pm 3,9$) бали та ($51,5 \pm 6,3$) бали відповідно ($p < 0,01$).

З приводу стоматологічних захворювань частіше лікувалися особи без соматичної патології – 21 ($70,0 \pm 8,4$) %, ніж хворі на ХОЗЛ – 22 ($34,9 \pm 6,0$) %, $p < 0,01$. Пацієнти контрольної групи більш своєчасно зверталися за пародонтологічним лікуванням і ортопедичною стоматологічною допомогою.

На підставі даних пародонтологічного обстеження та БЗКТ у всіх хворих на ХОЗЛ діагностовано ГП: у 29 (46,0 %) хворих – I ступеня, у 17 (27,0 %) – II ступеня та у 17 (27,0 %) – повну вторинну адентію. У всіх осіб, які не мали соматичних захворювань, також були виявлені ознаки ГП, але переважно початкового та I ступеня тяжкості.

Значна питома вага ускладнених форм карієсу зубів у хворих на ХОЗЛ на фоні інгаляційної кортикостероїдної терапії, вторинного імунодефіциту та виражених резорбтивно-деструктивних процесів пародонту обумовлювала значну питому вагу видалених зубів у структурі індексу КПВ (карієс, пломба, видалення) – ($14,9 \pm 0,8$) % у порівнянні з контрольною групою ($6,7 \pm 0,8$) %, $p < 0,001$, що вимагало крім пародонтологічного лікування, широкого застосування ортопедичної допомоги даній категорії хворих. Значну частку (47,0 %) серед хворих на ХОЗЛ з повною вторинною адентією склали хворі клінічної групи D.

За даними клінічного пародонтологічного обстеження та БЗКТ у пацієнтів I групи статистично достовірно встановлені більш тяжкі ураження пародонту ніж у осіб того ж самого віку і статі без соматичної патології, що представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Пародонтальний статус пацієнтів I і II груп (M ± m)

Показник	I група (n = 46)	II група (n = 30)	p-value
Кількість зубів в порожнині рота	$17,1 \pm 0,8$	$25,3 \pm 0,8$	$p < 0,001$
Індекс Грин-Вермільона, бали	$3,83 \pm 0,15$	$2,57 \pm 0,18$	$p < 0,001$
Кровоточивість ясен, бали	$1,6 \pm 0,1$	$1,5 \pm 0,1$	$p > 0,05$
Рухливість зубів, бали	$1,4 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,1$	$p > 0,05$
Рецесія ясен, мм	$1,68 \pm 0,12$	$1,12 \pm 0,08$	$p < 0,001$
Глибина пародонтальної кишені, мм	$3,84 \pm 0,13$	$3,20 \pm 0,12$	$p < 0,01$
втрата клінічного прикріплення ясен мм	$5,16 \pm 0,09$	$4,50 \pm 0,13$	$p < 0,001$
Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), %	$25,4 \pm 1,3$	$33,7 \pm 1,5$	$p < 0,001$
Пародонтальний індекс (PII), 0–8 бали	$3,80 \pm 0,11$	$2,57 \pm 0,12$	$p < 0,001$
Гнотечка із пародонтальної кишені, 1–3 бали	$1,90 \pm 0,10$	$1,03 \pm 0,01$	$p < 0,001$
Втрата висоти альвеолярного відростка, мм	$3,6 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,1\#$	$p < 0,001$
КПВ (карієс, пломба, видалення)	$18,5 \pm 0,8$	$16,9 \pm 1,0$	$p > 0,05$

Особливостями місцевих клінічних ознак захворювання пародонту були помірно виражені ознаки запалення тканин пародонту та різко виражені резорбтивно-деструктивні процеси кісткової тканини альвеолярного відростка, про що свідчить значна рецесія ясен, втрата клінічного прикріплення ясен та виражена втрата висоти альвеолярного відростка, яка у хворих на ХОЗЛ складала ($3,6 \pm 0,1$) мм порівняно з особами без соматичної патології ($2,2 \pm 0,1$) мм, $p < 0,001$.

У всіх хворих на ХОЗЛ з генералізованим пародонтитом виявлено порушення рівнів маркерів системного запалення та імунологічних показників місцевого імунітету. У хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ (клінічні групи С і D) мало місце більш виражене підвищення вмісту С-реактивного протеїну (CRP-h) у сироватці крові (у 4–6 разів у порівнянні з загальноприйнятими референтними значеннями та у 2–3,5 рази у порівнянні з показниками контрольної групи), а також зниження рівнів прозапальних цитокінів ІЛ-1 β та ІЛ-6, що свідчило про трансформацію характеру запалення у найбільш тяжких хворих.

Рівень високочутливого CRP-h сироватки крові прогресивно збільшувався зі зростанням тяжкості перебігу та частоти загострень ХОЗЛ – від клінічної групи В (Me = 12,0 мг/л), при значенні цього показника для даної вікової групи 2,8 мг/л, до клінічної групи С (Me = 19,0 мг/л) та до клінічної групи D (Me = 22,6 мг/л), що свідчило про напруженість системного запалення та прогресування ХОЗЛ і генералізованого пародонтиту.

При дослідженні імунологічних маркерів місцевого запалення в змішаній слині визначено, що найбільш низькі значення показників місцевого імунітету (рівня ІЛ-1 β та sIgA) характерні для тяжких хворих (клінічної групи D), що було несприятливим фактором перебігу генералізованого пародонтиту і ХОЗЛ.

Частоту виявлення порушень мінерального обміну методом комп'ютерної денситометрії у пацієнтів I і II груп представлено в табл. 2.

Таблиця 2

**Частота виявлення порушень мінерального обміну у пацієнтів I і II груп
(M \pm m)**

Порушення мінерального обміну	I група (n = 63)		II група (n = 30)	
	абс.	%	абс.	%
Без порушень мінерального обміну	1	1,6 \pm 1,6	13	43,3 \pm 9,0 ^{&}
Остеопенія	18	28,6 \pm 5,7 [*]	14	46,7 \pm 9,1
Остеопороз (ОП)	44	69,8 \pm 5,8 ^{*#}	3	10,0 \pm 5,5 ^{*#&}

Примітки:

1. * – різниця порівняно з пацієнтами «без супутньої патології» всередині груп статистично значима ($p < 0,01$).

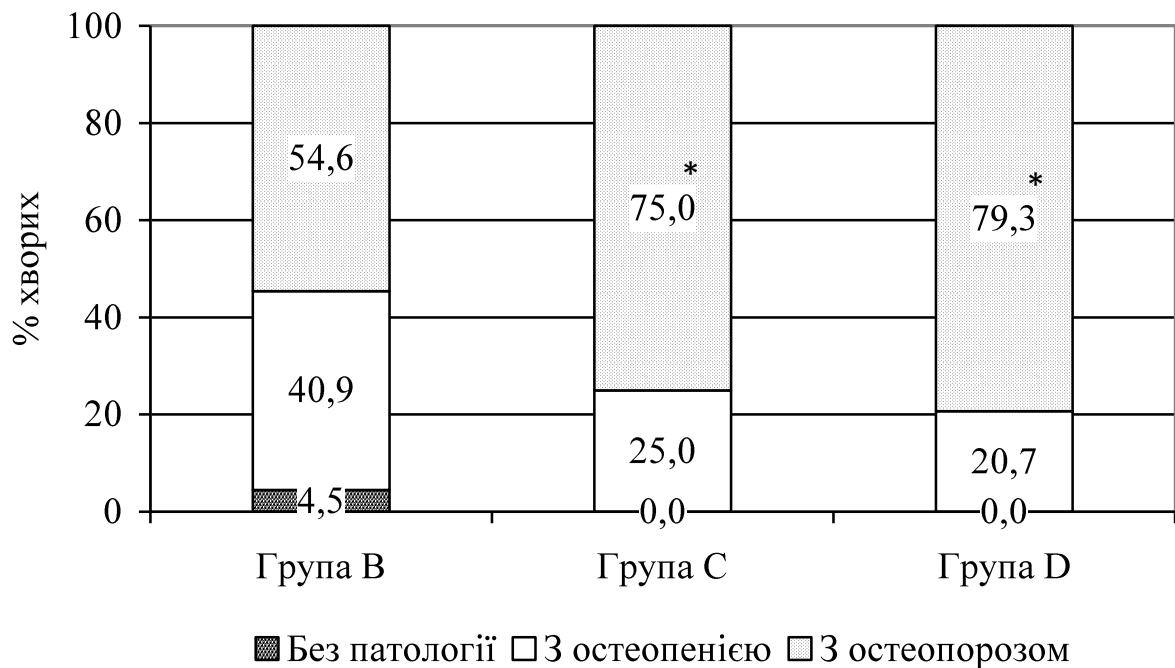
2. # – різниця між остеопенією і остеопорозом всередині груп статистично значима ($p < 0,01$).

3. & – різниця між групами статистично значима ($p < 0,01$).

За даними денситометрії встановлено, що у 98,4 % хворих на ХОЗЛ клінічних

груп В, С і D спостерігалось системне порушення мінерального обміну, що проявлялось в значному зменшенні мінеральної щільності кісткової системи, а клінічно було діагностовано як остеопенія у 28,6 % хворих та ОП – у 69,8 %, який виявлявся в 6 разів частіше, ніж у осіб без соматичної патології того ж самого віку і статі.

Частоту виявлення порушень мінерального обміну в клінічних групах хворих на ХОЗЛ представлено на рис. 1.



Примітка. * – різниця між остеопенією і ОП в клінічних групах ХОЗЛ статистично значима ($p < 0,01$).

Рис. 1. Частота виявлення порушень мінерального обміну в клінічних групах хворих на ХОЗЛ

Найбільш часте виявлення ОП спостерігалось у хворих у клінічній групі D – (79,3 % пацієнтів).

За Z-, T-критеріями і середнім значенням МЩ поперекових (L1–L3) хребців основна та контрольна групи достовірно відрізнялися між собою. Так, Z-критерій в I групі становив $(-1,03 \pm 0,13)$, а в II групі – $(0,59 \pm 0,23)$, $p < 0,001$. T-критерій в I групі становив $(-3,19 \pm 0,14)$, в II групі – $(-1,29 \pm 0,17)$, $p < 0,001$. Середнє значення МЩ поперекових (L1–L3) хребців в I групі дорівнювалось $(87,7 \pm 3,8)$ мг/см³, а в II групі – $(139,1 \pm 4,7)$ мг/см³, $p < 0,001$.

Дані кореляційних зв'язків між Z-, T-критеріями, середнім значенням МЩ поперекових (L1–L3) хребців та середнім і максимальним значенням щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи у пацієнтів I групи представлено в табл. 3.

Кореляційні зв'язки між Z-, T-критеріями, середнім значенням МЩ поперекових (L1–L3) хребців та середнім і максимальним значенням щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи у пацієнтів I групи

Показники	Коефіцієнт кореляції	Права сторона						Ліва сторона					
		1 точка		2 точка		3 точка		1 точка		2 точка		3 точка	
		Середня ЩАВ	Максимальна ЩАВ	Середня ЩАВ	Максимальна ЩАВ	Середня ЩАВ	Максимальна ЩАВ	Середня ЩАВ	Максимальна ЩАВ	Середня ЩАВ	Максимальна ЩАВ	Середня ЩАВ	Максимальна ЩАВ
МЩ поперекових хребців	ρ	-	-	0,3353	0,3348	0,3211	0,3771	0,3786	0,4385	0,4647	0,4127	0,3406	0,3942
	P	-	-	0,0077	0,0078	0,0109	0,0025	0,0024	0,0004	0,0001	0,0009	0,0068	0,0015
Z-критерій	ρ	-	-	0,3174	0,3245	-	0,2845	0,3718	0,4665	0,2955	0,3880	0,3575	0,3771
	P	-	-	0,0119	0,0101	-	0,0250	0,0029	0,0001	0,0197	0,0018	0,0043	0,0025
T-критерій	ρ	-	-	0,3231	0,3270	0,3231	0,3694	0,3688	0,4268	0,4434	0,4018	0,3446	0,3925
	P	-	-	0,0104	0,0095	0,0104	0,0031	0,0032	0,0005	0,0003	0,0012	0,0061	0,0016

Примітки: ρ – коефіцієнт кореляції Спірмена; P – статистична значущість коефіцієнта кореляції.

Методом кореляційного аналізу встановлено, що системні порушення мінерального обміну у хворих на ХОЗЛ впливали на розвиток резорбтивно-деструктивних процесів альвеолярної кістки, що призводило до втрати значної кількості зубів або повної вторинної адентії.

Для характеристики резорбтивно-деструктивних процесів кісток щелепно-лицьової ділянки проводили БЗКТ і аналізували середні і максимальні значення ЩАВ.

Як видно із табл. 4 максимальні значення щільності губчастої речовини альвеолярного відростка в заданих точках у пацієнтів I і II груп достовірно відрізнялись між собою і були вище у осіб II групи, що свідчило про більш виражені резорбтивно-деструктивні процеси кісткової тканини у пацієнтів на ХОЗЛ.

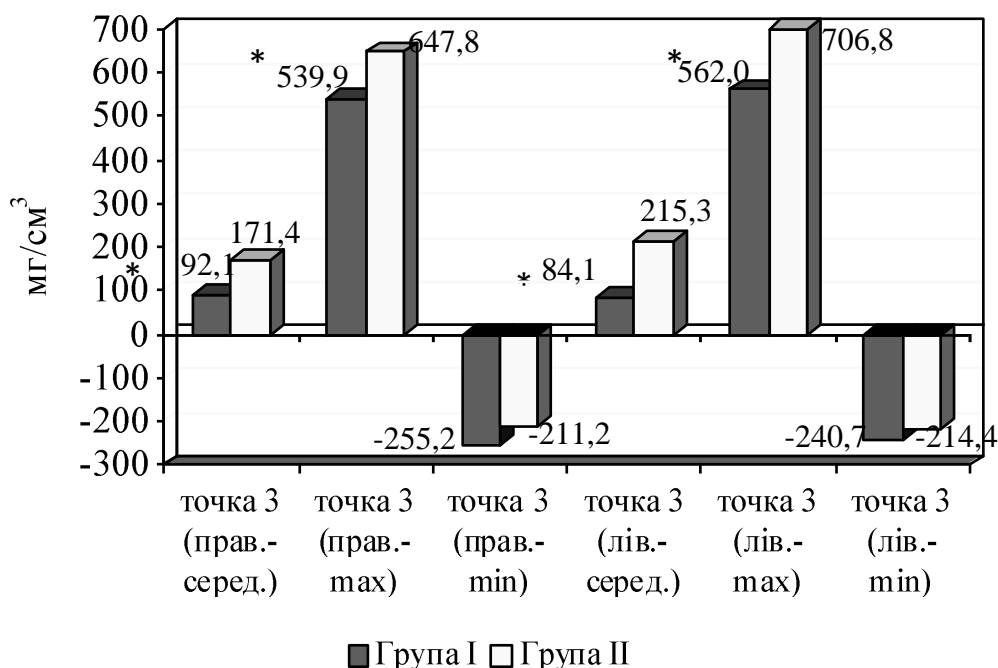
Таблиця 4

Максимальна щільність губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи (НУ) у пацієнтів I і II груп (М ± m)

Групи хворих	Права сторона			Ліва сторона		
	1 точка	2 точка	3 точка	1 точка	2 точка	3 точка
I група	776,8 ± 41,7	835,0 ± 51,5	539,9 ± 40,9	899,8 ± 38,4	824,3 ± 45,4	526,0 ± 38,4
II група	903,4 ± 67,5*	948,8 ± 62,8*	647,8 ± 49,0*	1018,7 ± 56,8*	956,8 ± 55,0*	706,8 ± 55,7*

Примітка.* – різниця між I і II групами статистично значима (p < 0,05).

Для об'єктивної оцінки резорбтивно-деструктивних процесів щелепно-лицьової ділянки і тканин пародонту додатково досліджували щільність губчастої речовини бугра верхньої щелепи, що представлено на рис. 2.



Примітка.* – різниця між групами статистично значима (p < 0,05).

Рис. 2 Щільність губчастої речовини бугра верхньої щелепи у хворих на ХОЗЛ і осіб без соматичної патології

Отримані дані свідчать, що у хворих на ХОЗЛ щільність губчастої речовини майже в усіх 3-х точках була достовірно ($p < 0,05$) нижче, ніж у практично здорових осіб.

При проведенні кореляційного аналізу встановлено від'ємний зв'язок між Т-критерієм і тривалістю ХОЗЛ ($\rho = -0,255$, $p < 0,05$), між Z-, Т-критеріями і тривалістю тютюнокуріння ($\rho = -0,200$, $p < 0,05$), кореляційний зв'язок між Z-критерієм і FEV₁ ($\rho = 0,260$, $p < 0,05$). При цьому не виявлено кореляційних зв'язків критеріїв ОП з клінічними симптомами ХОЗЛ і ГП, харчовими звичками пацієнтів, переломами кісток в анамнезі, фізичною активністю і якістю життя.

На підставі отриманих результатів проведених досліджень розроблений алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих з патологічними процесами ротової порожнини, суть якого полягає у застосуванні додаткових методів обстеження: анкетування для раннього виявлення хворих на хронічне обструктивне захворювання легень, діагностики супутньої патології ротової порожнини, проведення кількісної комп'ютерної денситометрії для виявлення вторинного системного остеопорозу, і на підставі отриманих даних до базисної терапії ХОЗЛ призначається відповідна терапія супутніх захворювань. Застосування алгоритму дозволяє проводити профілактику, ранню діагностику і лікування ХОЗЛ та патологічних процесів ротової порожнини, що запобігає тяжкому перебігу ХОЗЛ, розвитку вторинного системного остеопорозу і генералізованого пародонтиту.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі шляхом вивчення клінічних симптомів ХОЗЛ, патологічних процесів тканин пародонту, стану місцевого імунітету ротової порожнини та імунологічних маркерів системного запалення, показників системного остеопорозу та дослідження денситометричних показників щільності губчастої речовини альвеолярного відростка представлено вирішення актуальної задачі пульмонології – покращення діагностики патологічних процесів ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ.

1. У хворих на ХОЗЛ клінічних груп В, С і D провідне місце в структурі стоматологічних захворювань займає патологія пародонта, що клінічно проявляється симптомами генералізованого пародонтиту I–II ступеня тяжкості та його ускладненням – частковою або повною вторинною адентією. Особливостями клінічного перебігу генералізованого пародонтиту у хворих на ХОЗЛ є помірно виражені ознаки запалення тканин пародонта та різко виражені резорбтивно-деструктивні процеси кісткової тканини альвеолярного відростка, про що свідчить значна рецесія ясен, втрата клінічного прикріплення ясен та виражена втрата висоти альвеолярного відростка, яка у хворих на ХОЗЛ складає ($3,6 \pm 0,1$) мм порівняно з особами без соматичної патології того самого віку і статі – ($2,2 \pm 0,1$) мм, $p < 0,001$.

2. У хворих на ХОЗЛ з генералізованим пародонтитом виявлено порушення рівнів маркерів системного запалення та імунологічних показників місцевого імунітету.

Доведено, що найбільш низькі значення показників місцевого імунітету (рівнів IL-1 β та sIgA) характерні для тяжких хворих (клінічна група D), що є несприятливим фактором перебігу генералізованого пародонтиту і ХОЗЛ.

Установлено, що рівень високочутливого С-реактивного протеїну (CRP-h) сироватки крові прогресивно збільшується зі зростанням тяжкості перебігу та частоти загострень ХОЗЛ – від клінічної групи В (Me = 12,0 мг/л), при значенні цього показника для даної вікової групи 2,8 мг/л, до клінічної групи С (Me = 19,0 мг/л) та до клінічної групи D (Me = 22,6 мг/л), що відображає напруженість системного запалення та прогресування ХОЗЛ і генералізованого пародонтиту, обумовлює необхідність індивідуалізації підходів при виборі терапевтичних заходів.

3. Установлено, що у 98,4 % хворих на ХОЗЛ клінічних груп В, С і D спостерігається системне порушення мінерального обміну, що проявляється в значному зменшенні мінеральної щільності кісткової системи, а клінічно діагностується як остеопенія у 28,6 % хворих та остеопороз – у 69,8 %, який виявляється в 6 разів частіше, ніж в осіб без соматичної патології того ж самого віку і статі.

4. На підставі дослідження денситометричних показників щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи у хворих на ХОЗЛ доведено, що системні порушення мінерального обміну відбуваються паралельно з резорбтивно-деструктивними процесами альвеолярної кістки, що супроводжується розвитком генералізованого пародонтиту та призводить до втрати значної кількості зубів або повної вторинної адентії.

5. Вірогідність виникнення остеопорозу у хворих на ХОЗЛ підвищується з тривалістю основного захворювання ($\rho = -0,255$, $p < 0,05$), тривалістю тютюнокуріння ($\rho = -0,200$, $p < 0,05$) та прогресуванням бронхообструкції ($\rho = 0,260$, $p < 0,05$). Тому своєчасну діагностику і лікування ХОЗЛ, боротьбу з тютюнокурінням слід вважати базовими заходами профілактики розвитку вторинного системного остеопорозу.

6. Розроблений алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Всім хворим на ХОЗЛ та підозрою на ХОЗЛ, рекомендується проводити стоматологічне обстеження з метою раннього виявлення патологічних процесів ротової порожнини і проведення своєчасної санації вогнищ запалення, а також дослідження рівня маркера системного запалення CRP-h – як додаткового критерію для визначення тяжкості перебігу ХОЗЛ і генералізованого пародонтиту.

2. Для визначення вираженості резорбтивно-деструктивних процесів кісток щелепно-лицьової ділянки хворим на ХОЗЛ рекомендується обстеження на остеопороз та проведення багатозрізової комп'ютерної томографії з додатковим дослідженням щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи.

3. Рекомендується застосування алгоритму діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сучасні методи діагностики порушень мінерального обміну у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Л. О. Яшина, М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, М. І. Линник, Г. Л. Гуменюк, Г. С. Харченко-Севрюкова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2013. – Вип. 22, кн. 2. – С. 434–443. *Здобувачем здійснено обзор літературних джерел інформації, підготовку статті до друку.*
2. Дослідження мінеральної щільності поперекових хребців і денситометричних показників щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, М. І. Линник, Г. С. Харченко-Севрюкова, В. В. Куц // Укр. пульмонол. журн. – 2014. – № 1. – С. 18–24. *Здобувачем здійснено клінічне та функціональне обстеження хворих, статистичну обробку даних, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.
3. Маркери системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / М. І. Гуменюк, В. І. Ігнат'єва, Ю. О. Матвієнко, І. Ф. Ільїнська, Г. С. Харченко-Севрюкова // Укр. пульмонол. журн. – 2014. – № 3. – С. 33–36. *Здобувачем здійснено відбір та клініко-функціональне обстеження хворих, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.
4. Mineral metabolism and pathological process of periodontal in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Electronic resource] / L. O. Iashyna, N. I. Gumeniuk, V. I. Ignatieva, N. I. Lynnyk, G. S. Kharchenko-Sevriukova. – Access mode : http://www.thepharmajournal.com/vol3Issue2/Issue_april_2014/15.1.pdf *Здобувачем здійснено відбір хворих, проведення пародонтологічного обстеження, підготовку статті до друку.*
5. Особливості харчових звичок, тютюнокуріння та фізичної активності у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з порушеннями мінерального обміну [Текст] / М. І. Гуменюк, Л. О. Яшина, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, Г. С. Харченко-Севрюкова // Астма та алергія. – 2014. – № 4. – С. 18–27. *Здобувачем здійснено відбір та клініко-функціональне обстеження хворих, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.
6. Харченко-Севрюкова, Г. С. Клініко-імунологічні особливості перебігу генералізованого пародонтиту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Г. С. Харченко-Севрюкова // Астма та алергія. – 2015. – № 1. – С. 45–50. Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.
7. Алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини [Текст] / М. І. Гуменюк, Л. О. Яшина, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, Г. С. Харченко-Севрюкова, В. В. Куц // Астма та алергія. – 2015. – № 2. – С. 12–20. *Здобувачем здійснено обзор літературних джерел інформації та аналіз результатів проведених досліджень, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.

8. Особливості клінічних проявів патологічних процесів пародонта у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, Г. С. Харченко-Севрюкова, В. В. Куц // Укр. пульмонол. журн. – 2015. – № 1. – С. 40–44. *Здобувачем здійснено відбір хворих, проведення пародонтологічного обстеження, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.

9. Клінічні прояви патологічних процесів в тканинах пародонта і денситометричні показники губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, М. І. Линник, Г. С. Харченко-Севрюкова, В. В. Куц // Современная стоматология – 2015. – № 2. – С. 16–22. *Здобувачем здійснено відбір хворих, проведення пародонтологічного обстеження, підготовку статті до друку*

10. Патологічні процеси пародонту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, Г. Л. Гуменюк, М. І. Линник, Г. С. Харченко - Севрюкова // Астма та алергія. – 2013. – № 3. – С. 28–34. *Здобувачем здійснено відбір хворих, проведення пародонтологічного обстеження, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.

11. Особливості етіології та патогенезу остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Л. О. Яшина, М. І. Гуменюк, В. І. Ігнат'єва, Г. Л. Гуменюк, Г. С. Харченко-Севрюкова // Астма та алергія. – 2013. – № 2. – С. 35–41. *Здобувачем здійснено обзор літературних джерел інформації, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.

12. Особливості місцевого імунітету ротової порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з генералізованим пародонтитом [Текст] / М. І. Гуменюк, В. І. Ігнат'єва, Ю. О. Матвієнко, Г. С. Харченко-Севрюкова // Астма та алергія. – 2014. – № 2. – С. 31–37. *Здобувачем здійснено відбір хворих, проведення пародонтологічного обстеження, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.

13. Актуальність діагностики остеопорозу у хворих на бронхообструктивні захворювання легень, які отримують глюкокортикостероїди [Текст] / М. І. Гуменюк, В. І. Ігнат'єва, Г. Л. Гуменюк, М. І. Линник, Г. С. Харченко-Севрюкова // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2013. – № 1 (28). – С. 42–46. *Здобувачем здійснено обзор літературних джерел інформації, підготовку статті до друку.* Журнал зареєстровано в наукометричній базі INDEX COPERNICUS.

14. Показники місцевого імунітету ротової порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з генералізованим пародонтитом [Текст]: тези доповідей / Гуменюк М. І., Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Матвієнко Ю. О., Харченко – Севрюкова Г. С. // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Щорічні терапевтичні читання: від досліджень до реалій клінічної практики XXI століття». – Харків, 2015. – С. 78. *Здобувачем здійснено відбір та пародонтологічне обстеження хворих, підготовку тезисів до друку.*

15. Актуальність діагностики порушень мінерального обміну і захворювань

пародонта у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва, Г. С. Харченко-Севрюкова // Новини стоматології. – 2013. – № 2 (75), дод. – С. 16. *Здобувачем здійснено обзор літературних джерел інформації, підготовку тексту до друку.*

16. Харченко-Севрюкова, Г. С. Захворювання пародонту в хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Г. С. Харченко-Севрюкова // Укр. пульмонол. журн. – 2013. – № 3, дод. – С. 233.

17. Osteoporosis detection in chronic obstructive pulmonary disease patients [Text] / Iashyna L. A., Gumeniuk M. I., Mazur I. P., Ignatieva V. I., Linnik M. I., Kharchenko-Sevriukova G. S., Kuts V. V. // Матеріали VIII съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана : тезиси докладов. – Ташкент, 2015. – С. 293–294. *Здобувачем здійснено відбір та клініко-функціональне обстеження хворих, статистичну обробку даних, підготовку тезисів до друку.*

АНОТАЦІЯ

Харченко-Севрюкова Г. С. Особливості перебігу патологічних процесів ротової порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія. – Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», Київ, 2016.

Дисертація присвячена вивченню особливостей патологічних процесів ротової порожнини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) шляхом дослідження тяжкості перебігу клінічних симптомів ХОЗЛ, його впливу на виникнення вторинних системних порушень мінеральної щільності кісткової тканини і розвиток резорбтивно-деструктивних процесів тканин пародонта.

Проведено вивчення клінічних симптомів ХОЗЛ, патологічних процесів тканин пародонту, стану місцевого імунітету ротової порожнини та імунологічних маркерів системного запалення, показників системного остеопорозу та дослідження денситометричних показників щільності губчастої речовини альвеолярного відростка та бугра верхньої щелепи.

Установлено, що у 98,4 % хворих на ХОЗЛ клінічних груп В, С і D з супутнім генералізованим пародонтитом спостерігається системне порушення мінерального обміну, що проявляється в значному зменшенні мінеральної щільності кісткової системи, а клінічно діагностується як остеопенія у 28,6 % хворих та остеопороз – у 69,8 %, який виявляється в 6 разів частіше, ніж в осіб без соматичної патології того ж самого віку і статі. Доведено, що системні порушення мінерального обміну у хворих на ХОЗЛ відбуваються паралельно з резорбтивно-деструктивними процесами альвеолярної кістки, що супроводжується розвитком генералізованого пародонтиту та призводить до втрати значної кількості зубів або повної вторинної адентії.

Запропоновано алгоритм діагностики та лікування хронічного обструктивного захворювання легень у хворих із патологічними процесами ротової порожнини.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, остеопороз,

остеопенія, генералізований пародонтит, денситометрія.

АННОТАЦІЯ

Харченко-Севрюкова Г. С. Особенности течения патологических процессов ротовой полости у больных хроническим обструктивным заболеванием легких. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.27 – пульмонология. – Государственное учреждение «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2016.

Диссертация посвящена изучению особенностей патологических процессов ротовой полости у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) путем исследования тяжести течения клинических симптомов ХОБЛ, его влияния на возникновение вторичных системных нарушений минеральной плотности костной ткани и развитие резорбтивно-деструктивных процессов тканей пародонта.

Обследовано 93 человека. Проведено изучение клинических симптомов ХОБЛ, патологических процессов тканей пародонта, состояния местного иммунитета полости рта и иммунологических маркеров системного воспаления, показателей системного остеопороза и исследование денситометрических показателей плотности губчатого вещества альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти. Показано, что у больных ХОБЛ клинических групп В, С и D ведущее место в структуре стоматологических заболеваний занимает патология пародонта, что клинически проявляется симптомами генерализованного пародонтита I–II степени тяжести и его осложнениями – частичной или полной вторичной адентией.

Установлено, что уровень высокочувствительного С-реактивного протеина (CRP-h) сыворотки крови прогрессивно увеличивается с возрастанием тяжести и частоты обострений ХОБЛ, что отражает напряженность системного воспаления и прогрессирования ХОЗЛ и генерализованного пародонтита, обуславливает необходимость индивидуализации подходов при выборе терапевтических методов лечения.

Определено, что у 98,4 % больных ХОБЛ клинических групп В, С и D наблюдается системное нарушение минерального обмена, которое проявляется в значительном уменьшении минеральной плотности костной ткани, а клинически диагностируется как остеопения у 28,6 % больных и остеопороз – у 69, 8 %, который выявляется в 6 раз чаще, чем у лиц без соматической патологии того же возраста и пола.

На основании исследования денситометрических показателей плотности губчатого вещества альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти доказано, что системные нарушения минерального обмена у больных ХОБЛ происходят параллельно с резорбтивно-деструктивными процессами альвеолярной кости, сопровождающимися развитием генерализованного пародонтита и приводящими к потере значительного количества зубов или полной вторичной адентии.

Доказано, что вероятность возникновения остеопороза у больных ХОБЛ повышается с увеличением продолжительности основного заболевания ($\rho = -0,255$, $p < 0,05$), продолжительности курения ($\rho = -0,200$, $p < 0,05$) и прогрессирующим бронхообструкцией ($\rho = 0,260$, $p < 0,05$).

Предложен алгоритм диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких у больных с патологическими процессами ротовой полости, суть которого заключается в применении дополнительных методов обследования и на основании полученных данных к базисной терапии ХОБЛ назначается соответствующая терапия сопутствующих заболеваний. Применение данного алгоритма позволит предотвратить тяжелое течение ХОБЛ, развитие вторичного системного остеопороза и генерализованного пародонтита.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, остеопороз, остеопения, генерализованный пародонтит, денситометрия.

SUMMARY

Kharchenko-Sevriukova G. S. Specifics of pathological processes in oral cavity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. – Manuscript.

Thesis for the academic degree of Candidate of Medical Science in speciality 14.01.27 – Pulmonology. – State Institution F. G. Yanovsky National Institute of Phthiisology and Pulmonology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2016.

The thesis investigates the specifics of pathological processes in oral cavity in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by studying the severity of clinical symptoms of COPD, its impact on the occurrence of secondary systemic disorders of bone mineral density and the development of resorptive and destructive processes in periodontal tissue.

Clinical symptoms of COPD, pathological processes in periodontal tissues, the state of local immunity of the oral cavity and immunological markers of systemic inflammation, indicators of systemic osteoporosis have been studied and densitometric parameters of density of spongy substance of the alveolar ridge and maxillary tuber have been measured.

It has been found that 98.4 % of patients with COPD clinical groups B, C and D with concurrent generalized periodontitis develop systematic disturbances of mineral metabolism, manifested through significant decrease of mineral density of the bone system and clinically diagnosed as osteopenia in 28.6 % of patients and osteoporosis – in 69.8 % of patients, which is found 6 times more often than in patients without a somatic pathology of the same age and sex. It has been proved that systematic disturbances of mineral metabolism in patients with COPD develop in parallel with resorptive and destructive processes in the alveolar bone, accompanied by the development of generalized periodontitis and leading to the loss of a significant number of teeth or complete secondary adentia.

An algorithm for diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in patients with pathological processes in the oral cavity has been proposed.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, osteoporosis, osteopenia, generalized periodontitis, densitometry.

Підписано до друку 23.12.2016 р. Формат 60х90/16.
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. 112.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.
200-87-15, 050-525-88-77
E-mail: nsvit23@ukr.net
Сайт: nsvit.com.ua