

- // *Russian Otorhinolaryngology*. - 2018. - No. 1. - S. 34-37. (in Russ.) <http://www.entru.org/2018-1.html>
- Vokhidov U. N., Khasanov U.S. Aspects of the complex treatment of chronic polypous rhinosinusitis // *Russian rhinology*. - 2013. - T. 21. - No. 2. - S. 63-63. (in Russ.) <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22996734>
- Vokhidov U. N., Khasanov U.S. Cytokine status in chronic polypous rhinosinusitis // *Russian rhinology*. - 2013. - T. 21. - No. 2. - S. 69-69. (in Russ.) <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22996744>
- Levchenko A. S. et al. Genetic aspects of chronic rhinosinusitis // *Genetics*. - 2018. - T. 54. - No. 8. - S. 904-914. (in Russ.) DOI: 10.1134/S0016675818080088
- Pavlush D. G., Matveeva N. Yu., Duyzen I. V. Morphological features of chronic polypous rhinosinusitis // *Journal "Medicine"* No. - 2019. - T. 1. - S. 70. (in Russ.) <https://docplayer.ru/154083320-Morfologicheskie-osobennosti-hronicheskogo-polipoznogo-rinosinusita.html>
- Savlevich E. L. et al. The treatment and diagnostic algorithm for different phenotypes of polypous rhinosinusitis // *Russian Allergological Journal*. - 2019. - T. 16. - No. 2. - S. 50-60. (in Russ.) DOI: 10.36691/RAJ.2019.2.42288
- Khasanov U.S., Vokhidov U. N. Optimization of the complex treatment of patients with chronic polypous rhinosinusitis // *Doctoral student*. - 2011. - T. 45. - No. 2.3. - S. 501-505. (in Russ.) <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16537120>
- Fokkens WJ., Lund VJ., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists // *Rhinology*. - 2012. - Vol. 50, No. 1. - P.1-298. DOI: 10.4193/Rhino50E2
- Mohamad R. Chaaban, Erika M. Walsh, Bradford A. Woodworth. Epidemiology and differential diagnosis of nasal polyps. *Am J Rhinol Allergy* 27, 2013, P. 473-478. DOI: 10.2500/ajra.2013.27.3981
- Nuridinovich V. U., Obidovich A. N. Features of mesenchymal formations of chronic polypoid rhinosinusitis // *European science review*. - 2015. - No. 11-12. <https://cyberleninka.ru/article/n/features-of-mesenchymal-formations-of-chronic-polypoid-rhinosinusitis>
- Pezato R., Voegels RL, Pinto Bezerra TF, Perez-Novo C., Stamm A.C., Gregorio L.C. Mechanical disfunction in the mucosal oedema formation of patients with nasal polyps // *Rhinology*. - 2014. -- Vol. 52, No. 2. - P. 162-166. DOI: 10.4193/Rhin13.066
- Shin S.H., Ye M.K., Kim J.K., Cho C.H. Histological characteristics of chronic rhinosinusitis with nasal polyps: Recent 10-year experience of a single center in Daegu, Korea // *Am er. J. Rhinol. Allergy*. 2014. -- Vol. 28, No. 2. - P. 95. DOI: 10.2500/ajra.2014.28.4003
- Tecimer S.H., Kasapoglu F., Demir U.L., Ozmen O.A., Coskun H., Basut O. Correlation between clinical findings and eosinophil / neutrophil ratio in patients with nasal polyps // *Europ. Arch. Otorhinolaryngol*. 2015. - Vol. 272. -№4. - P.915-921. DOI: 10.1007/s00405-014-3174-4
- Van Zele T., Holtappels G., Gevaert P., Bachert C. Differences in initial immunoprofiles between recurrent and nonrecurrent chronic rhinosinusitis with nasal polyps // *Amer. J. Rhinol. Allergy*. 2014. - Vol. 28, No. 3. - P. 192-19. DOI: 10.2500/ajra.2014.28.4033
- Vokhidov U. N. State of reticular fibers in various forms of polypoid rhinosinusitis // *European science review*. - 2015. - No. 7-8. - S. 39-40. <https://cyberleninka.ru/article/n/state-of-reticular-fibers-in-various-forms-of-polypoid-rhinosinusitis>
- Yan Y., Gordon W M., Wang D.Y. Nasal epithelial repair and remodeling in physical injury, infection, and inflammatory diseases. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 21, 2013; P. 263-270. DOI: 10.1097/MOO.0b013e32835f80a0

УДК: 616.314.17-008.1-071]-616.527

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Н.Р. Даминова, Ш.Ш. Шорасулов, Х.З. Ганиева, А.Т. Бобоев

Ташкентский Государственный стоматологический институт

ABSTRACT

Cooperative investigations into widely spread parodontitis and other inner deceases in these days , interferes changes in cells of parodontitis corresponding to pathogenesis of various body deceases , as well as full remission. Mouth virus is severe autoimmune illness appur-

tenant the group bubble wrap dermatosis, which its main photomorphologic cue is akontolisis.

With the purpose of diagnostic, reaching and recieving the effectiveness prophylaxis of parodontitis in ill mouth viruses. There are a number of ongoing scientific investigations .The major thing of investigation is substantiating

of clinic features of inflammation diseases parodont-tis depending on placement of elements of mouth virus and the lastness of the decease.

Key words: *Parodontium, pemphigus, diagnosis, acantholysis.*

Актуальность. В структуре стоматологической патологии заболеваний пародонта воспалительного характера занимают одно из ведущих мест и в настоящее время не имеют тенденции к снижению. Поражения пародонта оказывают негативное воздействие на состояние всех органов и систем организма, ухудшают показатели здоровья человека и качество жизни, ухудшат течение и прогноз сочетанной патологии [1,2,4,5].

Пародонтологические аспекты пузырчатки слизистой оболочки полости рта (СОПР) относятся к числу малоизученных [6], хотя ее аутоиммунный генез предполагает вовлечение в процесс важнейшего морфофункционального комплекса полости рта - пародонта [7].

Учитывая недостаточную изученность проблемы целом, актуально проведение полномасштабного клинического исследования, посвященного изучению клинических особенностей воспалительных заболеваний пародонта при сочетании с пузырчаткой.

Цель исследований: изучение клинических особенностей заболеваний пародонта в зависимости от локализации и длительности пузырчатки.

Материалы и методы. Исследования будут проведены у 15 больных пародонтитом средней тяжести на фоне пузырчатки в возрасте от 25 до 45 лет, обратившихся в Ташкентский государственный стоматологический институт и Республиканскую клинику кожно-венерических заболеваний.

качестве предмета исследования будет материал ткани пародонта и ротовая жидкость при диагностике, лечении и профилактике пародонта у больных пузырчаткой;

С целью выполнения поставленных задач использованы способы клинико-лабораторного, биохимического и статистического исследований.

Результаты исследований. Изучение пародонтального статуса у больных пузырчаткой показало, что генерализованный пародонтит встречался 100% случаев. В его структуре преобладал ГПТС - $62,27 \pm 6,81\%$ против $5,0 \pm 3,45\%$ в группе сравнения; соответствующая частота ГПСТ - $20,44 \pm 5,46\%$ против $25,0 \pm 6,85\%$ и ГПЛС - $14,29 \pm 5,0\%$ против $37,5 \pm 7,65\%$ соответственно.

Частота тяжелых форм поражения пародонта с высокой степенью достоверности не только превосходит соответствующие значения группы сравнения, но и прогрессивно увеличивается с увеличением длительности пузырчатки. Так, при длительности заболевания до 1 года частота ГПТС составила $47,62 \pm 5,06\%$; при длительности 1-3 года - $70,0 \pm 10,8\%$ и более 3 лет - $94,44 \pm 5,12\%$.

На этом фоне отмечается снижение распространенности ГПСТ и ГПЛС, частота которых составила при длительности заболевания до 1 года $23,81 \pm 12,84\%$ - $28,57 \pm 13,62\%$; 1-3 года - $10,0 \pm 7,01\%$ - $20,19 \pm 4,3\%$ и более 3 лет - $0,0$ - $5,55 \pm 5,12\%$.

Необходимо отметить, что особенностью пародонтита при пузырчатке является генерализованный характер поражения, тяжелые воспалительно-деструктивные нарушения и упорное прогрессирующее течение с частыми обострениями, которые совпадают с периодами обострения пузырчатки.

результате исследований не установлено значимых различий в распространенности и тяжести пародонтита в зависимости локализации элементов поражения. Так, частота ГПТС при изолированном поражении десны вершин альвеолярных отростков составила $72,73 \pm 13,92\%$; при комбинированном поражении - $66,67 \pm 11,11\%$ и при изолированном - $60,0 \pm 10,95\%$; межгрупповые различия во всех случаях не достоверны ($P > 0,05$). Частоты ГПСТ составили $5,55 \pm 6,90\%$; $27,78 \pm 10,55$ и $25,0 \pm 9,68\%$; ГПЛС

$18,18 \pm 11,63\%$; $11,71 \pm 7,40\%$ и $15,0 \pm 7,98\%$ соответственно при изолированном, комбинированном поражении десны и без поражения альвеолярной зоны. Не имели значимых различий и индексные показатели состояния пародонта. Так, при изолированном поражении пародонта величина PI индекса превосходила значения группы сравнения на $165,66\%$ ($P < 0,01$); комбинированном - на $161,89\%$ ($P < 0,01$) и без поражения альвеолярной десны - на $146,04\%$ ($P < 0,01$); соответствующая динамика для индекса РМА составила $90,77\%$ ($P < 0,01$); $86,21\%$ ($P < 0,01$) и $81,96\%$ ($P < 0,01$); ОНI-S индекса - на $192,3\%$ ($P < 0,01$) и $188,62\%$ ($P < 0,01$) и индекса кровоточивости - $88,92\%$ ($P < 0,01$); $88,25\%$ ($P < 0,01$) и $87,66\%$ ($P < 0,01$). Межгрупповые различия не достоверны ($P > 0,05$).

Напротив, установлено прогрессирующее усугубление воспалительно-деструктивного поражения пародонта с увеличением длительности пузырчатки.

Так, величина PI у больных пузырчаткой превосходила соответствующие значения группы сравнения при длительности заболевания до 1 года на $99,25\%$ ($P < 0,05$); 1-3 года - на $143,02\%$ ($P < 0,01$) и более 3 лет на $187,55\%$ ($P < 0,01$); соответствующая динамика для РМА индекса составила $42,52\%$ ($P < 0,01$); $88,11\%$ ($P < 0,01$) и $122,55\%$ ($P < 0,01$); индекс гигиены ротовой полости ОНI-S индекса - $26,13\%$ ($P < 0,01$); $70,03\%$ ($P < 0,01$) и $102,44\%$ ($P < 0,01$); и индекса кровоточивости десен - $86,62\%$ ($P < 0,01$); $111,27\%$ ($P < 0,01$) и $147,89\%$ ($P < 0,01$) (таблица 1).

Можно предположить, что ведущими факторами в иницировании воспалительно-деструктивного поражения пародонта является не локализация элементов поражения, а системные аутоиммунные нарушения, определяющие активность факторов агрессии и истощающие компенсаторные возможности организма. В генезе поражения пародонта у больных

Таблица 1. Индексы воспаления, деструкции, гигиены кровотоочности пародонта в зависимости от дли-тельности пузырчатки (M±m)

	Индексы			
	PI, балл	PMA, %	ОНИ-S, балл	Кровотоочность, балл
Сравне- ния, n=20	2,65±0,15	35,25±1,66	2,87±0,14	1,42±0,10
Больные пузырчаткой, n=49				
До 1, n=11	5,28±0,22°	50,24±2,32°	3,62±0,15°	2,65±0,11°
1-3, n=18	6,44±0,31°,Δ	66,31±3,11°	4,88±0,21°,Δ	3,00±0,14°
Более 3, n=20	7,62±0,42°,Δ,*	78,45±3,62°,Δ,*	5,81±0,27°,Δ,*	3,52±0,17°,Δ,*
Всего, n=49	6,66±0,22	67,65±2,32	4,82±0,22	3,08±0,11

Примечание: ° - P<0,05 по отношению к группе сравнения;
- P<0,01 по отношению к - до 1 года; * - P<0,01 по отношению к-1-3года.

пузырчаткой доминируют такие факторы риска, как полисистемная патология, прием кортикостероидов и цитостатиков.

У больных пузырчаткой в 100% случаев выявля-ется хронический генерализованный пародонтит.

Пузырчатка влияет на быстрое прогрессирование заболеваний пародонта, определяет более тяжелый характер заболевания со значительным замедлением регенеративных и репаративных процессов: в струк-туре заболеваний пародонта преобладает ГПТС - 63,27±6,85% и ГПСТ - 22,44±5,95%.

Клинической особенностью пародонтита, ассо-циированного с пузырчаткой, является эрозивный (десквамативный) характер поражения, высокая кро-вотоочность и низкая гигиена полости рта, что ука-зывает на высокий риск системного инфицирования определяют необходимость в оказании специализи-рованной пародонтологической помощи.

Нарушения пародонтального комплекса при пузы-рчатке ассоциированы с ее длительностью и, оче-вид-но, могут определять тяжесть клинического течения, эффективность лечения и прогноз основного заболе-вания.

учетом эрозивного (дескваматозного) характера поражения пародонта и СОПР у больных пузырчат-кой особое внимание должно уделяться ликвида-ции таких местных факторов риска как зубные пасты с со-держанием абразивных компонентов, травмирование десны реставрацией и ортопедическими конструкци-ями, табакокурение.

Вывод. Результаты клинических исследований заболеваний пародонта свидетельствуют о рециди-вирующем и прогрессирующем течении сочетанной патологии и определяют участие стоматологов и дер-матологов в их лечении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пародонтология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой. — Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2013.
2. Заболеваний слизистой оболочки рта руководство / под ред. Г.М Барера. Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2005.
3. Заболеваний слизистой оболочки рта и губ руко-водство / под ред. профф Е.В. Боровского; А.Л. Машикллейсона. Москва: <МЕД пресс>, 2001.
4. Заболевания полости рта руководство / под ред. Л. Шугар; Й.Баноци; К.Шаллаи. АKADEMIKIADO> Будапешт, 1980.
5. Заболеваний слизистой оболочки рта и губ руко-водство / под ред. профф Е.В. Боровского; Мо-сква: <МЕД пресс>, 2005.
6. АТЛАС. Заболеваний слизистой оболочки поло-сти рта руководство / под ред. профф Е.В. Бо-ровского; Н.Ф.Данилевский.
7. Терапевтическая стоматология руководство / под ред. профф Е.В. Боровского; Грошиков М.И.; Патрикеев В.К; Барышева Ю.Д; Лемецкая Т.И; - 3-е изд, перераб. И доп-М: Медицина, 1982- 560 с.
8. Иванов В.С. Заболевания пародонта// Медицин-ское информационное агентство. – М.- 1998. – с. 28 – 37.
9. Состояние местного иммунитета полости рта при пародонтите у больных вульгарной пузыр-чаткой // Актуальные вопросы эксперименталь-ной и клинической медицины. Тез.докл. научн. конференц. молодых ученых ШЗИ. - Москва.
10. Хамзина Гульнара Ринатовна «Оптимизация ди-агностики и комплексного лечения пузырчатки слизистой оболочки рта». Диссертация на со-искание ученой степени кандидата медицинских наук.