

**ЗАЩИТНАЯ СИСТЕМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТНОМ СТОМАТИТЕ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

**Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И., Шамсиев Д.Ф., Бахрамова Ф.**

**Ташкентский государственный стоматологический институт**

**АННОТАЦИЯ**

Клиническое обследование больных начинали с выяснения жалоб и сбора анамнеза: давность заболевания, провоцирующие факторы, проводимое лечение, периодичность обострений, длительность ремиссий. Проводили оценивание слизистой оболочки полости рта (СОПР) по наличию элементов поражения, их количеству, локализации, выраженности воспаления, состоянию краев элементов и их размеров.

Нами проведено изучение количественного и качественного состава микроорганизмов, взятой из ротовой жидкости, затем чашки Петри помещались в термостат на 24-48 часов при температуре 37<sup>0</sup>С. По истечении инкубации производили подсчет выросших колоний Ig КОЕ /см<sup>2</sup>, у выросших колоний изучали морфологию, культуральные, тинкторильные и биохимические свойства, тем самым устанавливали вид микроба.

*Ключевые слова.* гепатобилиарная система, микробы, соматические заболевания, патогенез.

**PROTECTIVE SYSTEM OF THE MUCOSA OF THE ORAL CAVITY IN CHRONIC RECURRENT AFTHOUS STOMATITIS IN THE BACKGROUND OF CHRONIC CHOLECYSTITIS**

**Ibragimova M.Kh., Ubaydullaeva N.I., Shamsiev D.F., Bahramova F.**

**ABSTRACT**

Clinical examination of patients began with clarifying complaints and collecting anamnesis: duration of the disease, provoking factors, treatment, frequency of exacerbations, duration of remissions. The oral mucosa (OOM) was assessed by the presence of lesion elements, their number, localization, the severity of inflammation, the state of the edges of the elements and their sizes.

We have studied the quantitative and qualitative composition of microorganisms taken from the oral fluid, then the Petri dishes were placed in a thermostat for 24-48 hours at a temperature of 37<sup>0</sup>C. After incubation, the grown Ig colonies CFU / cm<sup>2</sup> were counted, the morphology, cultural, tinctorial and biochemical properties of the grown colonies were studied, thereby establishing the type of microbe.

Introduction. One of the important problems of modern dentistry is the study of the pathogenesis of the development of chronic inflammatory processes of the oral mucosa (OOM), especially against the background of concomitant chronic diseases [1,2,3,7,11]. One of these chronic inflammatory processes of OOM is chronic recurrent aphthous stomatitis (RAS), manifested by round or oval aphthates and is characterized by a prolonged course, frequent relapses, combined with somatic diseases, including the gastrointestinal tract. The age of patients is often from 20 to 40 years, in the presence of somatic pathology ranges from 45-60 years. In the structure of general somatic pathology of patients with RAS, 45.9% had chronic cholecystitis [6,8,9,13]. An important role in the pathogenesis of chronic recurrent aphthous stomatitis is played by the state of microbiocenosis of the oral mucosa. A decrease in the parameters of cellular and humoral immunity contributes to the excessive growth of microbes, both resident and pathogenic, *Candida* fungi by 1.5 times in RAS patients with pathology of the hepatobiliary system [4,5,12], of the urogenital system [10]

**Key words.** hepatobiliary system, microbes, somatic diseases, pathogenesis.

### **Kirish**

Zamonaviy stomatologiyaning muhim muammolaridan biri bu og'iz shilliq qavatining surunkali yallig'lanish jarayonlari (OBShQ) rivojlanishining patogenezini o'rganishdir, ayniqsa, surunkali kasalliklar bilan birgalikda [1,2,3,7,11]. OBShQning ushbu surunkali yallig'lanish jarayonlaridan biri bu dumaloq yoki oval aftalar bilan namoyon bo'ladigan va somatik kasalliklar, shu jumladan oshqozon-ichak traktining uzoq davom etishi, tez-tez qaytalanishi bilan ajralib turadigan surunkali takroriy aftöz stomatit (SQAS). Bemorlarning yoshi ko'pincha 20 yoshdan 40 yoshgacha, somatik patologiya mavjud bo'lganda 45-60 yoshgacha. SQAS bilan og'rigan bemorlarning umumiy somatik patologiyasi tarkibida 45,9% surunkali xoletsistitga ega [6,8,9,13]. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning patogenezida og'iz shilliq qavatining mykrobiosenozi holati muhim rol o'ynaydi. Uyali va gumoral immunitet parametrlarining pasayishi gepatobiliyer tizim patologiyasi bilan kasallangan SQAS kasalligida [4,5,12], siydik-jinsiy tizimning kasalliklarida rezident va patogen, *Candida* zamburug'lari mikroblarining 1,5 baravar ko'payishiga yordam beradi. 10]

**Kalit so'zlar.** gepatobiliar tizim, mikroblar, somatik kasalliklar, patogenez.

**Введение.** Одной из важных проблем современной стоматологии является изучение патогенеза развития хронических воспалительных процессов слизистой оболочки полости рта (СОПР), особенно на фоне сопутствующих хронических заболеваний [1,2,3,7,11]. Одним из таких хронических воспалительных процессов СОПР является хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), проявляется афтами округлой или овальной формы и характеризуется длительным течением, частыми рецидивами, сочетается с соматическими заболеваниями, в том числе, желудочно-кишечного тракта. Возраст больных часто бывает от 20 до 40 лет, при наличии соматической патологии колеблется от 45-60 лет. В структуре общесоматической патологии больных ХРАС у 45,9% наблюдался хронический холецистит [6,8,9,13]. Важную роль в патогенезе хронического рецидивирующего афтозного стоматита играет состояние микробиоценоза СОПР. Снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета способствует избыточному росту

микробов как резидентных, так и патогенных, грибов *Candida* в 1,5 раза у пациентов ХРАС при патологии гепатобилиарной системы [4,5,12], урогенитальной системы [10]

**Цель исследования.** Изучить состояние микробиоценоза и местных факторов защиты СОПР у больных ХРАС орофарингиальной области при хроническом холецистите.

**Материал и методы исследования.** Осмотрены 96 пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС) орофарингиальной области с хроническим холециститом, из них 54 пациентов – основная группа, 42 пациентов группа сравнения. В качестве показателей нормы использовали результаты обследования 20 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста, являющихся контролем. Были проведены клинические, микробиологические, иммунологические и статистические методы исследования.

Клиническое обследование больных начинали с выяснения жалоб и сбора анамнеза: давность заболевания, провоцирующие факторы, проводимое лечение, периодичность обострений, длительность ремиссий. Проводили оценивание слизистой оболочки полости рта (СОПР) по наличию элементов поражения, их количеству, локализации, выраженности воспаления, состоянию краев элементов и их размеров.

Нами проведено изучение количественного и качественного состава микроорганизмов, взятой из ротовой жидкости, затем чашки Петри помещались в термостат на 24-48 часов при температуре 37<sup>0</sup>С. По истечении инкубации производили подсчет выросших колоний Ig КОЕ /см<sup>2</sup>, у выросших колоний изучали морфологию, культуральные, тинкторильные и биохимические свойства, тем самым устанавливали вид микроба.

У пациентов ХРАС изучали местные факторы защиты полости рта: фагоцитарная активность нейтрофилов, уровень лизоцима и титр иммуноглобулина А секреторной фракции (sIgA). Определение фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов ротовой жидкости осуществляли по методу М.А.Темирбаева (1989). Активность лизоцима в ротовой жидкости определяли при помощи способа, предложенного Ш.Р. Алиевым, (2004), с использованием бумажных дисков. Определение титра секреторного иммуноглобулина класса А (sIgA) определяли по способу Манчини, основанный на измерении диаметра кольца преципитации.

**Результаты и обсуждение.** Исследования проводились на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института, заведующий кафедрой, профессор Камиллов Х.П. и бактериологической лаборатории Управления санитарно-эпидемиологического надзора Главного медицинского управления при Администрации Президента Республики Узбекистан.

Пациенты ХРАС орофарингеальной области с хроническим холециститом жаловались на боль и жжение у 39 лиц (72,22%) (Chi-квадрат Пирсона 0,030) и у 35 лиц (64,81) (Chi-квадрат Пирсона 0,003) в основной группе, у 31 (73,81%) (Chi-квадрат Пирсона 0,030-); у 27 (64,29) (Chi-квадрат Пирсона 0,003) пациентов группы сравнения (Рис. 1).

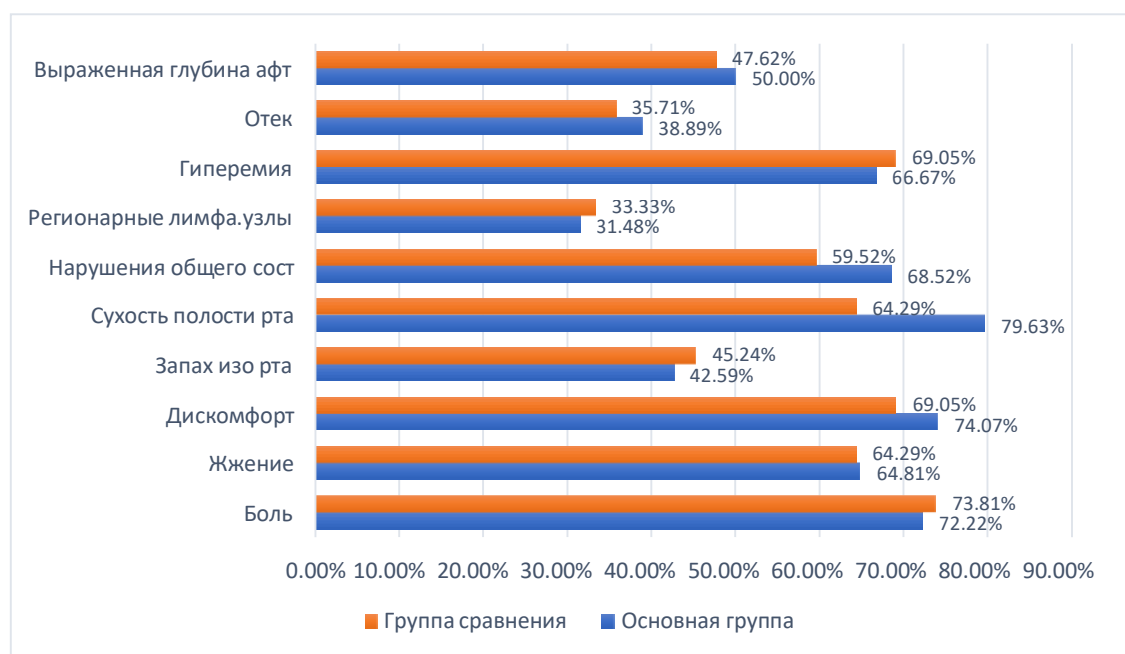


Рис.1. Клиническое состояние СОПР у больных ХРАС в исследуемых группах до лечения

Дискомфорт, запах изо рта и сухость полости рта отмечается соответственно у 40 (74,07%); 23 (42,59%) и 43 (79,63%) больных основной группы; у 29 (69,05%); 19 (45,24%) и 27 (64,29%) (Хи-квадрат Пирсона соответственно 0,295; 0,067; 2,817) – у больных ХРАС группы сравнения. Нарушение общего состояния и увеличение регионарных лимфатических узлов отмечаются соответственно у 37 (68,52%), 17 (31,48%) больных ХРАС основной группы; у 25 (59,52%), 14 (33,33%) – (Хи-квадрат Пирсона соответственно 0,836; 0,037) у больных ХРАС группы сравнения. Гиперемия и отек, выраженная глубина афт отмечались у 36 (66,67%), 21 (38,89% и 50,00% в основной группе, в группе сравнения соответственно у 29 (69,05%), у 15 (35,71% и у 20 (47,62%) (Хи-квадрат Пирсона соответственно 0,061; 0,102 и 0,054) в группе сравнения. Клинически отмечались афты орофарингиальной области, диаметром от 0,1 до 0,8 см с гиперемизированным ободком, покрытые фибринозным налетом. В зависимости от тяжести ХРАС диаметр афт и их количество увеличивалось, у этих больных количество рецидивов отмечались в среднем от 3 - 5 и более раз в год. Рецидивирование афт в основной группе в отличие от ХРАС в группе сравнения, наступали в сроки обострения фонового заболевания - хронического холецистита.

Таблица №1

Количественный анализ микроорганизмов ротовой полости пациентов ХРАС орофарингиальной области при хроническом холецистите ( $M \pm m$  Lg. КОЕ/ мл)

Показатель	Норма	У больных
Лактобактерии	5,10±0,14	2,15±0,05*
Стаффилококк золотистый	-	2,40±0,09*
Общее количество аэробов	4,70±0,15	7,15±0,24*
Эшерихии ЛН	1,10±0,10	4,10±0,14*

Протей	2,10±0,10	3,30±0,06*
Грибы рода Candida	2,15±0,08	3,20±0,10*

Примечание: \* - отмечена достоверность различий по отношению «Нормы» (\* -  $P<0,001$ ; \*\* -  $P<0,01$ ; \*\*\* -  $P<0,05$ ).

При анализе количественного и качественного состава микрофлоры выявлено появление стафилококка золотистого, который в норме в полости рта не встречаются. Общее количество аэробов также увеличивается до значения  $7,15\pm 0,24^*$ , грибы рода Candida увеличиваются составляет Ig  $3,20\pm 0,10^*$  КОЕ/мл. В группе факультативных микроорганизмов также наблюдаются выраженные достоверные сдвиги, возрастает количество эшерихий и протей. Такой дисбаланс микроорганизмов в полости рта приводит к развитию субкомпенсированного дисбиоза, оказывающего негативное влияние на состояние местных факторов защиты полости рта (Таблица 1).

Таблица №2

Состояние местных факторов защиты ротовой полости пациентов ХРАС орофарингиальной области при хроническом холецистите

	Показатель	Норма	У больных
<b>1</b>	Титр лизоцима мг %	19,60±0,44	10,20±0,20*
<b>2</b>	Показатель фагоцитоза %	56,00±2,13	33,20±1,88
<b>3</b>	Уровень секреторного иммуноглобулина класса А (sIgA) г/л	2,30±0,21	0,80±0,01

Примечание: \* - отмечена достоверность различий по отношению нормы (\* -  $P<0,001$ ; \*\* -  $P<0,01$ ; \*\*\* -  $P<0,05$ ).

Полученные результаты по изучению местных факторов защиты ротовой жидкости демонстрируют достоверное снижение активности титра лизоцима ( $10,20\pm 0,20$  отмечена достоверность различий по отношению к норме) в ротовой жидкости у пациентов ХРАС орофарингиальной области при хроническом холецистите. Многими исследователями доказаны роли специфических иммуноглобулинов слюны в местной иммунной защите полости рта. Важная роль принадлежит секреторному иммуноглобулину А в слюне (Скрипкин В.В., 2017).

По мнению Хайбуллиной Р.Р. с соавт. (2017) можно объяснить, что секреторный IgA образуется в лимфоидной ткани, окончательная сборка молекулы происходит в эпителиальных клетках слизистых оболочек и выводных протоках слюнных желез, отмечается устойчивость sIgA к действию протеолитических ферментов. Именно sIgA нарушает бактериальную адгезию к поверхности слизистой оболочки полости рта и эмали зубов, чем поддерживает специфический иммунитет против патогенных бактерий полости рта. (Садыков М.И. и др., 2016, Скрипкин В.В., 2017).

Таким образом, изучение иммуно-микробиологических параметров ротовой жидкости при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите орофарингиальной области на фоне

хронического холецистита демонстрирует связи нарушений показателей микробиоценоза, местных факторов защиты с тяжестью клинического течения ХРАС в орофарингиальной области.

**Выводы.** Снижение уровня местных защитных факторов при хроническом холецистите приводит к хронизации воспалительного процесса СОПР и способствует его периодическим рецидивам и утяжелению клинического течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита в орофарингиальной области.

#### *Литература*

1. Азимбоев Н.Б. *Этиология и причины возникновения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта (обзор литературы)/ Молодой ученый. — 2016. — №26. — С. 189-193.*
2. Гаврилова О.А. *Особенности процесса перекисного окисления липидов в норме и при некоторых патологических состояниях у детей.(Обзор литературы).//Acta biomedical Scientifica,2017.Том 2,№4.С.15-22.*
3. Гализина О.А. *Основные аспекты возникновения, клинических проявлений, лечения и профилактики хронического рецидивирующего афтозного стоматита/ Клинические исследования. РСЖ, №6. 2014.С.39-42.*
4. Герасимова А.А. Кабирова М.Ф., Герасимова Л.П., Минякина Г.Ф., Сисина О.В. *Уровень сенсибилизации к аллергенам грибковой этиологии и состояние местного иммунитета при заболеваниях слизистой оболочки полости рта/Проблемы стоматологии 2017, Т. 13 № 1, стр.56-60.*
5. Ибрагимова М.Х. *Поражения слизистой оболочки полости рта и пародонта при патологии гепатобилиарной системы. Монография. Ташкент. 2020.-114 С*
6. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х. *Оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом // Ўзбекистон тиббиёт журнали. - Тошкент, 2016. - С. 2-4.*
7. Косюга С.Ю., Кленина В.Ю., Ашкинази В.И. *Анализ структуры сопутствующей общесоматической патологии у пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом/ Современные проблемы науки и образования. 2015. – № 1 (часть 1)*
8. Лангуев А.И. *Хронический рецидивирующий афтозный стоматит у пожилых людей. Ж. клиническая геронтология, 9-10, 2015.С.71.*
9. Успенская О.А., Шевченко Е.А., Болтенко С.А. *Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией и без нее //Современные проблемы науки и образования – 2015 – № 1-1.*
10. Ashwini Dhopte, Giridhar Naidu, Ramanpal Singh-Makkad, Ravleen Nagi, Hiroj Bagde, Supreet Jain. *Psychometric analysis of stress, anxiety and depression in patients with recurrent aphthous Stomatitis-A cross-sectional survey based study/ J Clin Exp Dent. 2018;10(11):e1109-14.*
11. Borilova Linhartova, P., Janos, J., Slezakova, S., Bartova, J., Petanova, J., Kuklinek, P., Fassmann, A., Dusek, L., Izakovicova Holla, L. *Recurrent aphthous stomatitis and gene variability in selected interleukins: a case-control study (2018) European Journal of Oral Sciences, 126 (6), pp. 485-492.*
12. Chun-Pin Chiang and other. *Recurrent aphthous stomatitis e Etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, and management/ Journal of the Formosan Medical Association Volume 118, Issue 9, September 2019, Pages 1279-1289*

13. *Hamed Mortazavi, Yaser Safi, Maryam Baharvand, and Somayeh Rahmani. Diagnostic Features of Common Oral Ulcerative Lesions: An Updated Decision Tree/ Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry Volume 2016, Article ID 7278925, 14 pages*

<https://doi.org/10.34920/min.2021-3.038>

УДК: 613.2:616.12-005.4-06:616.153

## ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ



### **И.Х. ШОВАЛИЕВ**

Кафедра общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры, ТГСИ

#### **Аннотация**

Ухудшение качества и количества пищи в определенной степени приводит к возникновению стоматологических патологий и распространению хронических неинфекционных заболеваний, таких как кариес зубов, стоматит, ожирение, диабет и другие. Из-за социально-экономического кризиса негативное состояние здоровья в Узбекистане называют «социальной напряженностью». Разработка и использование продуктов функционального питания заменяет ценные витаминные добавки.

*Ключевые слова:* стоматологические патологии, питательные вещества, калий, магний, калорийность

## **HYGIENIC JUSTIFICATION OF THE USE OF FUNCTIONAL NUTRITION PRODUCTS**

### **I.X. SHOVALIEV**

Department of public health, healthcare and physical education management, TSDI

#### **Abstract**

Deterioration of the quality and quantity of food leads to a certain extent to the occurrence of dental pathologies and the spread of chronic non-communicable diseases such as dental caries, stomatitis, obesity, diabetes and others. Due to the socio-economic crisis, the negative state of health in Uzbekistan is called "social tension". The development and use of functional nutrition products is