



5. //Russian Otorhinolaryngology. -2018. - No. 1. - S. 34-37. (in Russ.) <http://www.entni.org/2018-1.html>
6. 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.) hups: www.elihrrarv.ru Hem. asp?id=22996734
7. 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.elihrrarv.ru/item.asp?id=22996744>
9. 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
10. 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-rinosinuita.html>
11. 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
12. 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.elihrrarv.ru/item.asp?id=16537120>
13. Fokkens W.J., Lund VJ, MullolJ. etal. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summan: for otorhinolaryngologists //Rhinology. - 2012. - Vol. 50. No. 1. -P. 1-298. DOI: 10.4193/Rhino50E2
14. Mohamad R Chaaban, Erika M. Walsh, Bradford A. Woodworth. Epidemiology: and di fferential diagnosis of nasal polyps. Am J Rhinol Allergy: 27, 2013, P. 473-478. DOI: 10.2500/ajra.2013.27.3981
15. Nuridinovich V. U, Obidovich A. N. Features of mesenchymal formations of chronic polypoid rhinosinusitis European science review. - 2015. - No. 11-12. hups: cyberleninka.ru article n jealures-of-mesenchymal- formations-of-chronic-polypoid-rhinosinusitis
16. Pezato R, Voegels RL, Pinto Bezerra TF, Perez-Novo C., Stamm A.C., Gregorio EC. 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
17. Shin S.H., YeMK, KimJK, 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
18. TecimerS.H, KasapogluE, 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. Otorhinolarvngol. - 2015. - Vol. 272. -№4. - P.915-921. DOI: 10.1007/S00405-014-3174-4
19. 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
20. 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>
21. Yan Y, Gordon W. M, Wang D.Y. Nasal epithelial-repair and remodeling inphysical injury:, infection, and inflammatory diseases. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 21. 2013: P 263-270. DOI: 10J097/MOO. ObOl 3e32835f80a0

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 spreaded parodontitis and other inner deceases in these days , interferences changes in cells of paradontitis 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 paradontitis in ill mouth virases. There are a number of ongoing scientific investigations .The major thing of investigation is substantiating



of clinic features of inflammationing deceases parodontitis depending on placement of elements of mouth vims and the lastness of the decease.

Key words: *Parodontium, pemphigus, diagnonis, 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 в 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.

В 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 клиник- лабораторного, биохимического и статистического исследований.

Результаты исследований. Изучение пародонтального статуса у больных пузырчаткой показало, что генерализованный пародонтит встречался в 100% случаев. В его структуре преобладал 11 ИС - $62,27 \pm 6,81\%$ против $5,0 \pm 3,45\%$ в группе сравнения; соответствующая частота ГИСТ - $20,44 \pm 5,46\%$ 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 11 ИС 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 ГИСТ 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.

В результате исследований не установлено значимых различий в распространенности и тяжести пародонтита в зависимости локализации элементов поражения. Так, частота 11 ИС при изолированном поражении десны вершин альвеолярных отростков составила $72,73 \pm 13,92\%$; при комбинированном поражении - $66,67 \pm 11,11\%$ и при изолированном - $60,0 \pm 0,95\%$; межгрупповые различия во всех случаях не достоверны ($P > 0,05$). Частоты ГИСТ 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 РІ 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 $81,96\%$ ($P < 0,01$); ОНІ-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 РІ 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 ОНІ-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 и кровоточивости пародонта в зависимости от длительности пузырчатки (M±t)

Группа, длительность приема кортикальносте по иде в, годы	Индексы			
	РІ, балл	РМА, %	ОНИ-S, балл	Кровоточивость, балл
Сравнения, 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° Д	66,31±3,11°	4,88±0,21 ° Д	3,00±0,14°
Более 3, n=20	7,62±0,42° Д*	78,45±3,62° Д*	5,81 ±0,27° Д*	3,52±0,17° Д*
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;

Д -P<0,01 по отношению к - до 1 года; * -P<0,01 по отношению к-1 - 3 года.

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

У больных пузырчаткой в 100% случаев выявляется хронический генерализованный пародонтит.

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

Клинической особенностью пародонтита, ассоциированного с пузырчаткой, является эрозивный (десквамативный) характер поражения, высокая кровоточивость и низкая гигиена полости рта, что указывает на высокий риск системного инфицирования и определяют необходимость в оказании специализированной пародонтологической помощи.

Нарушения пародонтального комплекса при пузырчатке ассоциированы с ее длительностью и, очевидно, могут определять тяжесть клинического течения, эффективность лечения и прогноз основного заболевания.

С учетом эрозивного (дескваматозного) характера поражения пародонта и СОПР у больных пузырчаткой особое внимание должно уделяться ликвидации таких местных факторов риска как зубные пасты с содержанием абразивных компонентов, травмирование десны реставрацией и ортопедическими конструкциями, табакокурение.

Вывод. Результаты клинических исследований заболеваний пародонта свидетельствуют о рецидивирующем и прогрессирующем течении сочетанной патологии и определяют участие стоматологов и дерматологов в их лечении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Пародонта юг; /я: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой. — Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2013.
2. Заболеваний слизистой оболочки рта руководство / под ред. ГМ. Барера. Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2005.
3. Заболеваний слизистой оболочки рта и губ руководство под ред. профф Е.В. Боровского: А.Л. Машикеллеясона. Москва: <МЕДпресса,2001.
4. Заболевания полости рта руководство / под ред. Л. Шугар: ИБаноци: КШаллаи. А КА ДРМІ АΙΚΙΑ J)() Будапешт, 1980.
5. Заболеваний слизистой оболочки рта и губ руководство под ред. профф Е.В. Боровского: Москва: <МЕДпресса ,2005.
6. АТЛАС. Заболеваний слизистой оболочки полости рта руководство / под ред. профф Е.В. Боровского: Н. Ф. Данилевский.
7. Терапевтическая стоматология руководство / под ред. профф Е.В. Боровского: Грошиков М.И; Патрикеев В.К; Барышева ЮД; Лемецкая Т.П: - 3-е изд, перераб. И доп-М: Медицина, 1982- 560 с.
8. Иванов В. С. Заболевания пародонта// Медицинское информационное агентство. -М-1998. - с.28-37.
9. Состояние местного иммунитета полости рта при пародонтите у больных вульгарной пузырчаткой Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины. Тез.докл. научи, конференц, молодых ученых ШЗИ. -Москва.
10. Хамзина Гульнара Ринатовна «Оптимизация диагностики и комплексного лечения пузырчатки слизистой оболочки рта». Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук