

## КЛИНИЧЕСКОЕ И ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С ХРАС НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан, Ташкент

**Введение.** Косюга С.Ю. и соавт., (2015 год) в структуре общесоматической патологии пациентов с ХРАС из 37 человек с патологией ЖКТ (100%) у 17 (45,9%) отмечает хронический холецистит [1,5]. Авторы отмечают, что заболевание характеризуется воспалительной реакцией СОПР, развитием болезненных афт и эрозий, полиморфизмом клинической картины и стойкостью к лечению. [4]. Расположение афт при ХРАС наблюдается на слизистой оболочке щеки (45,6%), переходной складке (45%), кончике и боковой поверхности языка (6,1%-14%), подъязычной области (4%-7%), верхней и нижней губы (41,2%), мягкое небо (2%) [2,3,6,7].

**Цель исследования.** Определить клиническое и гигиеническое состояние полости рта у больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом орофарингиальной области при хроническим холецистите.

**Материал и методы.** Материалом для анализа и выводов служили данные обследования 96 ХРАС орофарингиальной области с хроническим холециститом, из них 54 – основная группа, 42 – группа сравнения. Лечение пациентов было общее и местное. В местном лечении использовался Бактизидим, в группе сравнения – Элюдрил. В качестве показателей нормы использовали результаты обследования 20 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста, являющихся контролем. Все больные ХРАС распределены на 3 группы по возрасту и полу: с легкой степенью, со средне-тяжелой и тяжелой степенью течения. Количество больных во всех группах больных было равнозначным.

Всего в исследовании участвовали женщин 51 (53,5%), мужчин - 45 (46,9%). В группе пациентов с легкой формой ХРАС было 14 женщин (27,5%) и 16 мужчин (35,6%), средне-тяжелой формой 18 женщин (35,3%) и 16 мужчин (35,6%), в группе с тяжелой формой женщин 19

(37,5%) и мужчин 13 (28,9%). Средний возраст пациентов составил 34,44 лет  $\pm 2,03$ . Все пациенты осмотрены гастроэнтерологом, составлен план лечения с учетом соматической патологии.

**Результаты.** Клиническое обследование больных ХРАС орофарингиальной области с хроническим холециститом основной группы показало, что боль и жжение наблюдались у 39 (72,2%) и у 35 (65,3); у 31 (73,8%); (64,3) пациентов группы сравнения. Дискомфорт, запах изо рта и сухость полости рта отмечается соответственно у 40 (73,6%); 23 (43,1%) и 43 (77,8%) больных ХРАС основной группы; у 29 (69%); 19 (45,2%) и 27 (66,7%) – у больных ХРАС группы сравнения. Нарушение общего состояния и увеличение регионарных лимфатических узлов отмечается соответственно у 37 (68,1%), 17 (30,6%) больных ХРАС основной группы; у 25 (61,9%), 14 (33,3%) – у больных ХРАС группы сравнения. Гиперемия, отек и выраженная глубина афт наблюдается соответственно у больных ХРАС в основной группе отмечается у 36 (66,7%); 21 (38,9%); 27 (50%) и у 29 (66,7%); 15 (35,7%); у 20 (47,6%) – у больных группы сравнения.

Количество рецидивов у больных ХРАС легкой степени тяжести основной группы

наблюдается 1-2 раза в год, продолжительность рецидивов от 7-10 дней, длительность ремиссии составляет 6-7 месяцев. Боль и жжение проявлялись при приеме обычной пищи, а прием острых блюд сопровождался явлениями дискомфорта. При осмотре таких больных наблюдались гиперемия и отек в области афтозного высыпания, покрытые фибринозным налетом, регионарные лимфатические узлы слегка увеличены и болезненны.

У больных ХРАС средней тяжести основной группы на месте афт появлялись язвы, покрытые серо-белым налетом. Количество афт не более 4-6, однако диаметр увеличивался и был в пределах 1,0-1,2 мм. При анализе состояния краев эрозии наблюдается воспалительный инфильтрат, гиперемия, отек. Количество рецидивов у этих больных было 2-3 раза в год, продолжительность рецидивов составляет 10-13 дней, длительность ремиссии составляет 4-6 месяцев. У больных с тяжелым течением ХРАС основной группы наиболее выражены нарушения общего характера: они

жаловались на постоянную головную боль, горечь во рту, боли в правом подреберье, сильные боли и жжение эрозивной поверхности, отмечалась значительная гиперемия и отек с воспалительным инфильтратом в пределах элементов поражения - афт и эрозий, покрытых фибринозно-некротическим налетом, регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

**Выводы.** Таким образом, клинические наблюдения у больных ХРАС орофарингиальной области при хроническом холецистите демонстрируют жалобы на боль, жжение и дискомфорт, исходное гигиеническое состояние полости рта у пациентов ХРАС оценивалось как "плохое". После проведения комплексного лечения к 10 дню уровень гигиены оценивался как удовлетворительный, к 30 дню и до конца сроков наблюдения ГИ (ОНИ-s) оценивалось как хорошее. Клинические результаты в основной группе демонстрировали уменьшение жжения на  $3,5 \pm 0,75$  дни в легкой форме ХРАС, в средне-тяжелой форме - на  $5,6 \pm 0,01$  дни, в тяжелой форме - на  $7,51 \pm 0,1$  дни.

## Литература

1. Булкина Н.В., Токмакова Е.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О. Современные аспекты патогенеза и комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 4-1. – С. 30-33.
2. Ибрагимова М.Х. Тактика диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта при патологии гепатобилиарной системы. Ташкент. Автореф доктор. дисс., 2019. -62
3. Ибрагимова М.Х., Камилова С.Р. Состояние микробиоценоза и местного иммунного статуса больных ХРАС при хроническом калькулезном холецистите/Сб. статей Материалы V Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии». Санкт-Петербург, 2019. С.86-92
4. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х. Оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом // *Ўзбекистон тиббиёт журнали*. - Тошкент, 2016. - С. 2-4.
5. 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).

6. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции./ Автореферат дисс., 2015, 32 С.
7. Bryan J. W. Wong, DMD, Wa Sham Cheung, DDS, and Karen M. Campbell, DDS, MSC. Aphthous stomatitis major in a 4-month-old infant/ *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 55, No. 6, pp. e157–e158, 2018.