

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

616 -002;616.9;616-314-76

На правах рукописи

АРТЫКОВА НИГИНА КАРИМДЖОНОВНА

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА НА
ФОНЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С
ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.01.14 - Стоматология**

Душанбе – 2024

Работа выполнена на кафедре ортопедической стоматологии ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Научный руководитель: **Юсупова Заррина Хикматовна** – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Официальные оппоненты: **Султанов Мехрибон Шамсиевич** – доктор медицинских наук, директор ООО “Ситораи Зебо” города Душанбе

Одинаев Илхом Исломиiddинович – кандидат медицинских наук, врач-стоматолог Дорожной больницы ГУП «Роҳи оҳани Тоҷикистон»

Оппонирующая организация: Государственное учреждение «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-053 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, р. Сино, ул. Сино 29-31, www.tajmedun.tj. тел. (+992) 918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2024 года

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент**

Джонибекова Р.Н.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Широкая распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) среди населения и многообразие их клинических проявлений обуславливает необходимость поиска причин выявления этиопатогенетических факторов [Луцкая И.К., 2018; Старикова И.В., 2018; Байдик О.Д., 2021; Сабанцева Е.Г., 2021; Успенская О.А., 2022]. По данным литературы, одно из важных мест в патогенезе заболеваний СОПР принадлежит хроническим вирусным инфекциям, которые не только изменяют их клинические проявления, но и приводят к хроническому рецидивирующему течению [Царев В. Н. и соавторы, 2020; Rahman R., 2019; Huang C. W., 2020; Arduino P. G., 2022]. Доказано, что при заболеваниях полости рта в большинстве случаев имеет место латентная вирусная полиинфекция. Известно, что внедрение вирусной инфекции в организм приводит к его пожизненному сохранению, так как вирус способен изменять фенотипические свойства клеток хозяина и приводить к трансформации клеток [Азимбаев Н. М., 2016; Царев В. Н. и соавторы, 2017]. Это состояние становится пусковым механизмом иммунопатологических реакций, которое проявляется вирусиндуцированной иммуносупрессией, а наличие ортопедических зубных конструкций, усугубляет ухудшение иммунного статуса за счет нарушений биоценоза [Карпук И. Ю., 2014; Шишкова, Ю. С. и соавторы., 2018]. По данным литературы, одновременное инфицирование вирусами герпеса и папилломы человека наблюдается в 0,8-5,6% случаев при различных патологических состояниях СОПР [Вечерковская М. Ф., 2020; Царев В. Н. и соавторы, 2017; Царев, В. Н. и соавторы, 2020]. Доказано, что герпесвирусная инфекция 1 и 2 типа выявляется в ротовой полости у 15,7% случаях пациентов с пародонтозом, в 55% случаях при гингивитах, у 42,67% больных с хроническим генерализованным пародонтитом [Царев В.Н. и соавторы, 2019]. Установлено, что хроническая вирусная инфекция СОПР, как и другие микробные агенты может приводить к ухудшению функциональных и эксплуатационных качеств ортопедических конструкций, которые в свою очередь травмируя слизистые оболочки полости рта могут усилить проникновение вируса в глуболежащие ткани и приводить к развитию порочного круга. [Шишкова Ю.С., 2018; Ахмедбейли Д.Р., 2019; Mombelli A., 2018]. Доказано, что внедрение вирусного агента приводит к развитию воспалительного процесса слизистой оболочки полости рта, что сопровождается нарушением проницаемости сосудистой стенки и местного кровотока, а также усилением продукции медиаторов воспаления. При этом, выявлено, что при вирусной инфекции изменения микроциркуляции слизистой оболочки полости рта обнаруживаются раньше появления клинических симптомов воспаления [Зюлькина Л.А., 2017; Алеханова И. Ф., 2019; Орехова Л.Ю., 2019]. Роль вирусной инфекции в этиопатогенезе заболеваний СОПР доказывается тем, что при их лечении широко используются препараты интерферонов и иммуноглобулинов, которые

оказывают не только противовирусный, но и иммуномодулирующий эффект. В литературе приводятся данные о том, что традиционные подходы к лечению пародонтита, заключающиеся в проведении профессиональной гигиены полости рта и применении консервативных, хирургических и ортопедических методов терапии, хотя и приводят к нормализации клинических и лабораторных показателей, но часто сопровождаются рецидивированием патологических состояний полости рта [Панченко А.Д., 2013; Спиридонова С.А., 2013; Степанов М.И., 2013; Перламутров Ю.Н., 2019]. В связи с этим, в последние годы в комплексном лечении заболеваний СОПР используются противовирусные препараты с иммуномодулирующим эффектом, которые используются как в системной терапии, так и с использованием различных методов местного воздействия [Хисматулина Ф.Р., 2015; Бойко Н.В., 2017; Камилова Х.П., 2018; Valmasova I. P., 2019]

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Доказана эффективность изопринозина в комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта, что проявляется увеличением скорости эпителизации очагов поражения и уменьшением болевого симптома [Перламутров Ю.Н., 2019]. Выявлены иммунные нарушения при заболеваниях полости рта и красной каймы губ, характеризующиеся высоким уровнем IgA и тенденцией к повышению содержания IgG, что свидетельствует о хроническом течении у них герпесвирусной инфекции [Тадевосян М.Н. и соавт., 2020г]. Доказано влияние вирусов на ткани пародонта, обусловленное Т-цитотоксическими лимфоцитами и нарушениями апоптоза, что приводит к прогрессирующей колонизации анаэробных пародонтопатогенных бактерий [Царева В.Н. и соавт., 2020]. Выявлены нарушения микроциркуляции слизистой полости рта у больных с рецидивирующим афтозным стоматитом в сочетании с герпесвирусной инфекцией, которые прогрессируют с нарастанием тяжести заболевания [Шишкова Ю.С., 2018; Сабанцева Е.Г., 2021]. Интерес к изучению эффективности противовирусных препаратов при лечении заболеваний слизистой полости рта у пациентов, использующих ортопедические конструкции нашел отражение в исследованиях Панченко А.Д., (2022), которые выявили улучшение иммунных показателей и уменьшение клинических проявлений поражений слизистой полости рта под действием иммуностропного препарата Гепон.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнялась в рамках научно-исследовательской работы кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «ИПОвСЗРТ» «Этиология, патогенез, эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний в ортопедической стоматологии» (срок выполнения 2021-2025 гг.).

Общая характеристика работы

Цель исследования. Оптимизация терапии заболеваний полости рта у пациентов с ортопедическими конструкциями с учетом выявленной вирусной инфекции.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту встречаемости герпесвирусной и папилломавирусной инфекции при заболеваниях полости рта у пациентов с ортопедическими конструкциями
2. Выявить особенности течения герпесвирусной и папилломавирусной инфекции у пациентов с ортопедическими конструкциями при заболеваниях СОПР.
3. Выявить нарушения иммунного статуса и местного кровотока при заболеваниях СОПР у пациентов с ортопедическими конструкциями с учетом выявленной вирусной инфекции
4. Оценить эффективность комплексного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне вирусной инфекции с применением противовирусной и магнитнолазерной терапии.

Объект исследования. Объектом исследования служили 142 пациента в возрасте от 25 до 70 лет с заболеваниями слизистой полости рта (афтозный стоматит - 32 (22,5%) случая; гингивит - 25 (17,6%); пародонтит - 36 (25,4%); папилломы – 23 (16,2%), хейлиты - 26 (18,3%) случаев), которые в зависимости от наличия зубных конструкций, были распределены в три основные группы: первая группа (I) - 51 пациента с частичной адентией без ортопедических конструкций; вторая группа (II) - 48 пациентов с несъемными зубными протезами; третья группа (III) – 43 пациента с сочетанными (несъемными и съемными протезами).

Предмет исследования. Выявление при заболеваниях СОПР герпесвирусной и папилломавирусной инфекции, изучение показателей общего иммунного статуса, состояния микроциркуляции слизистой полости рта и оценка эффективности комплексного лечения с применением системной и местной противовирусной терапии.

Научная новизна исследования. У больных с заболеваниями СОПР выявлена инфицированность герпесвирусной и папилломавирусной инфекциями и дана их вирусологическая характеристика в зависимости от наличия ортопедических конструкций. Выявлены особенности нарушений иммунного статуса у больных с заболеваниями СОПР на фоне хронической вирусной инфекции и наличия ортопедических конструкций. Доказано влияние герпесвирусной и папилломавирусной инфекции на состояние местного кровотока СОПР и выявлены патологические типы гемодинамики в зависимости от заболеваний СОПР и наличия ортопедических конструкций. Доказана эффективность комплексного лечения заболеваний СОПР с применением системной и местной противовирусной терапии.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы

и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов. Для клинической практики доказано, что наличие ортопедических конструкций влияет на хронизацию вирусносительства. Выявлены особенности клинического течения заболеваний СОПР, на основании которых можно предположить наличие герпесвирусной и папилломавирусной инфекции. Разработан комплексный метод лечения заболеваний СОПР с применением системной и местной противовирусной терапии.

Положения, выносимые на защиту:

1. Заболевания СОПР в 85,2% случаях протекают на фоне вирусной инфекции, которая в 30,2% случаях представлена сочетанием герпесвирусной и папилломавирусной инфекции, причем моноинфекция ВПГ выявляется в 2 раза чаще, чем моноинфекция ВПЧ. У пациентов с ортопедическими конструкциями в 1,2 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов встречается сочетание ВПГ и ВПЧ, которые при АС и ХТ выявляются в 1,4 раза чаще, чем при болезнях пародонта (ГНГ и ПДТ) (20/58;34,5% против 15/61;24,6% случаев) и при ППЛ (8/23;34,5% против 15/61;24,6% случаев).
2. У пациентов с заболеваниями СОПР в 50 (52,6%) случаях наблюдается хроническое течение герпесвирусной инфекции, которая в 25 (26,3%) случаях сопровождается рецидивами, а в 20 (21,1%) – реактивацией вируса простого герпеса. Папилломавирусная инфекция в 2,3 раза чаще проявляется неонкогенными типами, чем низкого онкогенного риска, которые в 2 раза чаще встречаются у пациентов с ортопедическими конструкциями, чем без них (16 (37,2%) против 5 (19,2%) случаев). У пациентов, пользующихся ортопедическими конструкциями по сравнению с пациентами без зубных конструкций в 1,5 раза чаще наблюдается значимая вирусная нагрузка ВПЧ (17/43;39,5% против 7/26;26,9%).
3. Нарушения иммунного статуса наблюдаются у 82,9% пациентов с заболеваниями СОПР на фоне вирусной инфекции, причем при наличии ортопедических конструкций они встречаются в 1,4 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов. Нарушения местного кровотока наблюдаются у 85,2% пациентов с заболеваниями СОПР, причем у пациентов с ортопедическими конструкциями тяжелые типы микроциркуляции наблюдаются в 2,4 раза чаще, чем без них.
4. Применение препарата Инозин пранобекс и лазерофореза геля Виферон в комплексной терапии заболеваний СОПР, по сравнению с общепринятой терапией, в 1,2 раза чаще приводит к снижению титров Ig G к ВПГ и в 2,2 раза чаще - к снижению клинически значимой вирусной нагрузки, а также в 1,4 раза чаще приводит к улучшению пародонтологического статуса, в 1,3 раза чаще – к клиническому выздоровлению и в 1,8 раза чаще к уменьшению частоты рецидивов.

Степень достоверности результатов. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования,

статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов терапии заболеваний СОПР, протекающих на фоне герпесвирусной и папилломавирусной инфекций в зависимости от наличия зубных ортопедических конструкций и оценка эффективности комплексного лечения с применением системной и местной противовирусной терапии.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований)

Диссертационная работа соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.14 - Стоматология. Подпункт 3.1 (Этиология, патогенез, диагностика, лечение и методы профилактики болезней твердых и мягких тканей зубов, тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта у детей и взрослых); 3.4 (Нарушение стоматологического здоровья у взрослых и детей как следствие развития системных заболеваний организма); 3.6 (Ортопедическое лечение дефектов зубов, зубных рядов, врожденных и приобретенных дефектов, и деформаций зубочелюстной системы с применением различных конструкций зубных протезов).

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования

Автором определены цель и задачи исследования, разработаны принципы выбора лабораторных и инструментальных методов диагностики герпесвирусной и папилломавирусной инфекции у пациентов с заболеваниями СОПР в зависимости от наличия ортопедических конструкций. Автором оптимизирован выбор лечебной тактики у пациентов с заболеваниями СОПР на фоне хронической вирусной инфекции. Автором выполнен набор, проведена регистрация клинического материала, статистическая обработка, анализ полученных результатов и их интерпретация, оформление диссертации, подготовка материалов к публикациям, докладам, а также непосредственное участие в их реализации.

Апробация и реализация результатов диссертации

Основные результаты исследований опубликованы в 25 научных работах, 6 из которых напечатаны в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией, 19 научных работ были опубликованы, доложены и обсуждены на ежегодной XXVI научно-практической онлайн-конференции с международным участием ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» «Новые направления развития медицинской науки и образования» (Душанбе, 2020), ежегодной XXVII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» «Современные достижения медицинской науки и образования за годы независимости», посвященной 30-летию независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2021), 68-й годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с

международным участием «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» (Душанбе, 2020), 69-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» (Душанбе, 2021); 3 научные работы опубликованы и доложены на ежегодной XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» «Современные тенденции науки и практики в сфере здравоохранения», (Душанбе, 2022), 75-й научно-практической конференции ученых и студентов Самаркандского государственного медицинского института (Самарканд, 2021, 2022), годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Медицинская наука: новые возможности» (Душанбе, 2022), ежегодной II научно-практической конференции ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет» «Современная медицина и современное образование», XVIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», на заседании межкафедральной комиссии по стоматологии ГОУ «ИПОВ СЗРТ» (протокол № 6 от 23 декабря 2023 года).

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 25 научных работ, в их числе 6 статей в изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте РТ и РФ.

Структура и объем диссертации Диссертационная работа является клиническим исследованием, изложена на 160 страницах машинописного текста, содержит введение, общую характеристику работы, обзор литературы и 5 глав собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации и список литературы с использованием 140 источников (67 отечественных и 73 зарубежных). Материалы диссертации иллюстрированы 30 рисунками и 32 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Исследование проводилось на базе кафедры ортопедической стоматологии ГОУ «ИПОВСЗ» МЗРТ. Критериями включения явились пациенты с часто рецидивирующими заболеваниями СОПР: частичной адентией без ортопедических конструкций; с несъемными зубными конструкциями; с сочетанием (несъемными и съемными протезами) зубных конструкций. Критериями исключения явились пациенты с аллергическими реакциями на компоненты зубных протезов; с заболеваниями твердых тканей зубов; с пародонтозом и гнойными заболеваниями СОПР; пациенты, страдающие вирусными гепатитами и ВИЧ инфицированные; пациенты с тяжелым течением хронических заболеваний внутренних органов, с эндокринными, онкологическими и гематологическими заболеваниями; наличие острых и хронических инфекционных болезней; пациенты,

применяющие системные противовирусные и гормональные препараты в течение последних 6 месяцев; злоупотребление алкоголем или наркотиками в анамнезе, психические заболевания; беременность и кормление грудью.

Методы исследования

Всем пациентам исследовался пародонтологический статус на основании индекса Грин Вермильона, индекса Мюллемана, йодного числа Свракова, индекса гингивита РМА и определения глубины пародонтального кармана.

Для генотипирования вируса папилломы человека использовался метод ПЦР (полимеразная цепная реакция). Количественное и качественное исследование биоматериала на вирус папилломы человека (ВПЧ) заключалось в выявлении ДНК ВПЧ в исследуемом материале (мазки с очагов поражения СОПР) с определением вирусной нагрузки.

Определение серологических маркеров герпесвирусной инфекции сыворотки крови исследовалось методом иммуноферментного анализа (ИФА) и определением специфических антител класса IgM, IgG и avidности IgG с применением тест-системы «Вектор-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия).

Оценка иммунного статуса проводилась на основании изучения показателей показатели абсолютного и относительного содержания лимфоцитов в периферической крови (CD₃, CD₂₀ и субпопуляции Т-лимфоцитов (CD₄-Т-хелперы, CD₈-Т-супрессоры) методом иммунофлуоресценции «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание общих иммуноглобулинов А, М, G и E в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом, а иммунорегуляторный индекс (ИРИ) - методом преципитации полиэтиленгликоля (Ю.А. Гриневич и А.И. Алферов) (1981). Интенсивность флуоресценции эксперссирующих CD16, CD32, CD95 определяли методом проточной цитометрии (CYTOMICS FC500) с использованием конъюгатов МКАТ CD16-ECD, CD32-PE. Содержание в сыворотке крови ИЛ-6 определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора ООО «Цитокин» (Россия).

Исследование местного кровотока проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАЗМА ПФ (Россия) и вейвлет-анализом амплитудно-частотного спектра ЛДФ-грамм.

Для статистической обработки материала использовалась программа «Statistica 10» (Stat Soft Inc., США). Нормальность распределения выборки оценивали по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Для количественных величин вычисляли их среднее значение и стандартную ошибку, для качественных величин вычислялись проценты. При множественных сравнениях между количественными группами применялся Н-критерий Крускала-Уоллиса, при парных сравнениях – U-критерий Манна-Уитни, при парных сравнениях зависимых групп использовался Т-критерий Вилкоксона. Качественные показатели в случае трех групп сравнивались по критерию χ^2 для произвольных таблиц, а в парных случаях – по критерию χ^2

Пирсона, в том числе с поправкой Йетса и точный критерий Фишера, в зависимых группах использовался критерий МакНемара. Различия были статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинические проявления заболеваний СОПР характеризовались легкой тяжестью течения АС у 20/32; 62,5% пациентов, средней тяжестью течения болезней пародонта (ГНГ и ПДТ) у 42/6; 68,9% пациентов, множественные папилломами, которые наблюдались в 1,3 раза чаще, чем одиночные (13/23; 56,5% против 10/23; 43,5% случаев). Хейлиты во всех случаях имели признаки хронического воспалительного процесса и проявлялись в 9/26; 34,6% экфолиативным и ангулярным хейлитом, а в 8/26; 30,8% случаях – хронической трещиной губ.

Обследование на инфицированность ВПГ и ВПЧ выявило у 121/142; 85,2% данные герпесвирусную и папилломавирусную инфекции. У 52/121; 43,0% пациентов был выявлен ВПГ, у 26/121; 21,5% - ВПЧ, а в 43/121; 35,5% - сочетание ВПГ и ВПЧ (рисунок 1)

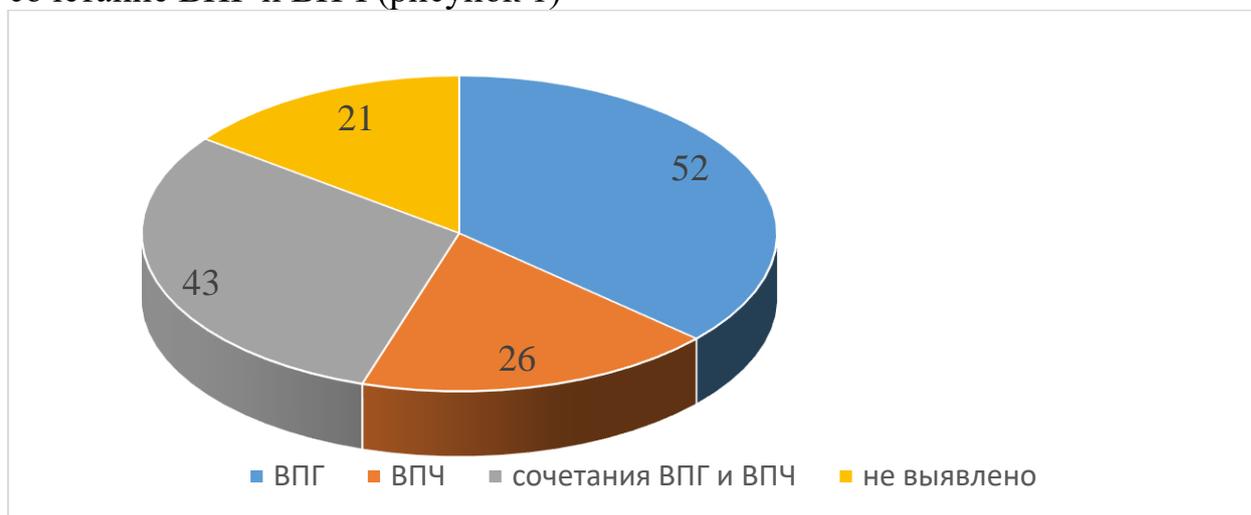


Рисунок 1. - Частота обнаружения ВПГ и ВПЧ у обследованных пациентов

Как видно на рисунке 1, у пациентов с ортопедическими конструкциями в 1,2 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов выявлялось сочетание ВПГ и ВПЧ (29/91; 31,9% против 14/51; 27,5% случаев) а у пациентов без зубных протезов в 1,5 раза чаще, чем с ортопедическими конструкциями наблюдалась моноинфекция ВПЧ (12/51; 23,5% против 14/91; 15,4% случаев).

ВПГ в виде моноинфекции у пациентов с АС и с заболеваниями пародонта (ГНГ и ПДТ) наблюдался соответственно, в 16/52; 30,8% и в 25/52; 48,1% случаях, что в 1,7 и 1,4 раза больше, чем в сочетании с ВПЧ, с которым наблюдалось 8/43; 18,6% больных с АС и 15/43; 34,9% пациентов с патологией пародонта. Однако, у пациентов с ППЛ и ХТ, напротив, чаще ГВИ выявлялась в сочетании с ВПЧ и составила соответственно, 8/43; 18,6% и

12/43;27,9% случаев, что в 2,4 и 1,6 раза больше чем число больных с моноинфекцией ВПГ (соответственно, 4/52;7,7% и 9/52;17,3% случаев).

На основании показателя индекса авидности было выявлено, что ни в одном случае у больных как с моноинфекцией ВПГ, так и при ее сочетании с ВПЧ не наблюдалось острой стадии первичной инфекции. У больных с сочетанием ВПГ и ВПЧ в 2,2 раза чаще, чем у больных с моноинфекцией ВПГ наблюдалось хроническое течение герпесвирусной инфекции (22/43;51,2% против 12/52;23,1% случаев), на что указывало обнаружение низкоавидных IgG без присутствия IgM. Кроме того, у больных с сочетанием ВПГ и ВПЧ в 1,2 раза чаще, чем у больных с моноинфекцией ВПГ наблюдалось рецидивирующее течение герпесвирусной инфекции, на что указывало выявление у них высокоавидных IgG при отсутствии IgM (13/43;30,2% против 13/52;25,0% случаев). Однако, у больных с моноинфекцией в 2,8 раза чаще, чем при сочетании ВПГ и ВПЧ, на фоне высокоавидных IgG выявлялись IgM, что указывало на реактивацию герпесвирусной инфекции (27/52;52,0% против 8/43;18,6% случаев). Было выявлено, что у пациентов с ортопедическими конструкциями в 2 раза чаще, чем у пациентов без зубных конструкций имеется хроническое течение ГВИ (24/91;37,4% против 10/51;19,6% случаев) и в 2,4 раза чаще наблюдается рецидивирующее течение (21/91;23,1% против 5/51;9,8% случаев). Однако, реактивация герпесвирусной инфекции выявлялась в 1,9 чаще у пациентов без зубных конструкций, чем при их наличии (18/51;35,3% против 17/91;18,7% случаев).

У пациентов без зубных конструкций в 1,3 раза чаще выявлялись неонкогенные типы ВПЧ (1 и 3 типы), то есть в 21/26;81,0% против 27/43;62,7% случаях, а у пациентов, пользующихся ортопедическими конструкциями, напротив в 1,9 раза чаще выявлялись типы ВПЧ низкого риска онкогенности, чем у пациентов без зубных конструкций (16/43;37,2% против 5/26;19,2% случаев). У пациентов без зубных конструкций в 1,8 раза чаще, чем у больных с ортопедическими конструкциями выявлялась малозначимая нагрузка ВПЧ (12/26;46,2% против 11/43;25,6% случаев), а у последних в 5,7 раза чаще выявлялась высокозначимая вирусная нагрузка, чем в группе больных без зубных протезов (19/43;44,2% против 4/51;7,8% случаев).

Иммунный статус изучали у 105 пациентов: без ортопедических конструкций (n=36), с несъемными ортопедическими конструкциями (НСОК; n=35) и с сочетанием съемных и несъемных ортопедических конструкций (СНОК; n=35).

Результаты изучения иммунных показателей у 105 больных с заболеваниями СОПР, протекающих на фоне герпесвирусной и папилломавирусной инфекций показали, что у 87 (82,9%;105) обследованных больных наблюдались нарушения показателей иммунного статуса, которые были выявлены как у пациентов с ортопедическими конструкциями, так и без них. У всех пациентов с заболеваниями СОПР на фоне вирусной инфекции было выявлено повышение содержания НК-клеток (CD16+), что характерно

для воспалительного процесса вирусной этиологии. У пациентов с СНСОК показатели CD₃ и CD₄, являющиеся Т-хелперами второго типа были в 1,2 раза ниже по сравнению с пациентами II группы, что указывало на недостаточность клеточно-эффекторного звена иммунитета.

При этом, у пациентов БОК, показатель CD₃ составил 67,4±2,0%, то есть, выше такового в контрольной группе 66,9±2,4%, что указывало на гиперактивное состояние иммунитета, а у пациентов с СНСОК данный показатель был ниже контрольных значений в 1,2 раза и составил 55,5±2,0%, что указывало на снижение резистентности организма. У пациентов БОК показатель ИРИ был выше контрольных значений (1,9±2,0%) и составил 2,2±1,2%, что указывало на избыточный иммунный ответ, в то время, как у пациентов с НСОК и СНСОК, напротив, отмечалось снижение ИРИ, соответственно до 1,8±0,3% и 1,5±1,5%, что указывало на наличие иммунодефицита. Данные изменения иммунных показателей у пациентов с заболеваниями СОПР на фоне вирусной инфекции указывали на неадекватную иммунную реакцию (таблица 1)

Таблица 1. - Иммунологические показатели у больных обследуемых групп (n=105)

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Заболевания СОПР без вирусной инфекции (n=20)	Заболеваниями СОПР на фоне вирусной инфекции		
			БОК (n=36)	НСОК (n=35)	СНСОК (n=34)
	1	2	3	4	5
CD ₃ (%)	66,9±2,4	66,4±2,2	67,4±2,0	66,6±2,0	55,5±2,0
p	p1-5<0,001, p2-5<0,001, p3-5<0,001, p4-p5<0,001				
CD ₄ (%)	38,9±1,5	37,9±1,2	35,9±1,4	37,5±1,8	31,2±1,8
p	p1-5<0,001, p2-5<0,01, p3-5<0,05, p4-p5<0,01				
CD ₈ (%)	19,7±2,0	19,3±1,2	16,2±1,2	20,8±1,5	20,8±1,5
p	p1-3<0,05, p2-3<0,05, p3-4<0,001, p3-5<0,001				
ИРИ (CD ₄ /CD ₈)	1,9±0,2	1,9±0,2	2,2±0,3	1,8±0,3	1,5±0,2
p	p3-5<0,05				
CD ₂₀ (%)	21,5±1,5	21,3±1,5	22,2±1,4	21,8±1,8	25,1±1,8
p	>0,05				
Апоптоз CD ₉₅	27,4±2,1	27,4±2,1	25,8±2,5	26,8±2,2	23,2±2,1
p	>0,05				
НК – клетки CD ₁₆ (%)	7,3±1,5	7,7±1,5	11,9±0,5	8,9±0,5	12,3±0,5
p	p1-3<0,001, p1-5<0,001, p2-3<0,001, p2-5<0,001, p3-4<0,001, p4-5<0,001				
Фагоцитоз CD ₃₂ (%)	53,0±2,0	54,3±2,0	59,7±2,6	55,7±2,7	54,9±1,9
p	p1-3<0,01, p2-3<0,001, p3-5<0,05				
Ig A (г/мл)	1,7±0,2	1,7±0,2	1,6±0,1	1,6±0,1	1,5±0,1
p	>0,05				
Ig M (г/мл)	1,6±0,2	1,6±0,2	1,5±0,01	1,5±0,01	1,4±0,01
p	>0,05				
IgG (г/мл)	9,7±0,7	9,7±0,6	10,5±1,2	9,9±0,6	11,3±1,7
p	>0,05				

Примечание: p – отмечены статистически значимые различия показателей между соответствующими группами (по U-критерию Манна-Уитни)

На наличие инфекционного процесса и снижение иммунитета указывало повышение показателей CD_{20} , Ig A и M, которые были наиболее отклонены от контрольных значений у пациентов с ортопедическими конструкциями. Повышение в 1,2 раза уровня IgG у пациентов с СНСОК по сравнению с контрольной группой ($11,3 \pm 0,16$ г/л против $9,7 \pm 0,74$ г/л) указывало на хроническое рецидивирующее течение инфекционного процесса.

На фоне повышения содержания натуральных киллеров в крови обследованных больных БОК наблюдалось повышение показателя CD_{32} , ($59,7 \pm 2,6\%$), указывающего на активную фагоцитарную функцию организма, в то время как у пациентов с НСОК и СНСОК данный показатель был ниже и составил соответственно, $55,7 \pm 2,7\%$ и $54,9 \pm 1,9\%$. Независимо от патологии СОПР, были выявлены нарушения гуморального иммунитета, которые проявлялись не только повышением CD_{20} , но и повышением уровня IgG, что указывало на хронизацию и рецидивирование инфекционного процесса. Наиболее высокие значения IgG были выявлены у больных с ППЛ ($11,3 \pm 0,16$ г/мл), что значительно выше по сравнению с контрольными значениями ($9,7 \pm 0,74$ г/мл). Наиболее низкий показатель IgG был выявлен у больных с ХТ ($9,9 \pm 0,16$ г/мл). Снижение апоптоза также было наиболее выражено у пациентов с ППЛ, которое проявлялось снижением показателя CD_{95} до $24,2 \pm 1,2\%$, что оказалось значительно ниже не только от контрольных значений, но и по сравнению с пациентами с заболеваниями пародонта (ГНГ и ПДТ), у которых CD_{95} составил соответственно, $26,8 \pm 0,2$ и $26,4 \pm 0,5\%$. Из общего количества больных с выявленными нарушениями иммунного статуса ($n=87$), при заболеваниях пародонта (ГНГ и ПДТ) они наблюдались в 1,8 раза чаще, чем при ППЛ ($36/87; 41,4\%$ против $20/87; 23,0\%$ случаев), в 2 раза чаще, чем при АС ($36/87; 41,4\%$ против $17/87; 19,5\%$ случаев) и в 2,3 раза чаще, чем при ХТ ($36/87; 41,4\%$ против $14/87; 16,1\%$ случаев).

Оценку гемодинамических типов микроциркуляции СОПР проводили у 142 пациентов с заболеваниями СОПР. Контрольную группу составили 20 здоровых пациентов, рандомизированных по полу и возрасту без патологических состояний СОПР. В группе пациентов с ВПГ показатель ПМ составил $14,2 \pm 1,2$ пф.ед, то есть был выше по сравнению с контрольной группой ($10,39 \pm 0,1$ перф.ед) $p_1 < 0,001$, а у пациентов с ВПЧ и сочетанием ВПГ и ВПЧ ПМ составил соответственно $9,4 \pm 1,9$ и $8,7 \pm 1,9$ пф.ед). Изменения показателей ЛДФ на фоне инфекции ВПГ характеризовались повышением активных компонентов местного кровотока (ALF) в очагах поражения $39,22 \pm 0,11\%$ и на участках не пораженной кожи $38,13 \pm 0,03\%$, по сравнению с данным показателем в группе пациентов с заболеваниями СОПР без вирусной инфекции. На фоне высоких показателей ALF ($p_1 < 0,001$) у пациентов с ВПГ наблюдалось повышение показателя дыхательных (АНФ) и снижения пульсовых (АСФ) колебаний, что отражалось на снижении индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ), который составил $1,0 \pm 0,19$ усл.ед.

в очагах поражения, то есть был в 1,2 раза ниже, по сравнению с данным показателем на не пораженных участках СОПР ($1,2 \pm 0,19$ усл.ед.), в 1,4 раза ниже, чем ИЭМ у пациентов с заболеваниями СОПР без сопутствующей вирусной инфекции ($1,4 \pm 0,19$ усл.ед) и в 1,3 раза ниже по сравнению с контрольной группой ($1,34 \pm 0,2$ усл.ед) (таблица 2)

Таблица 2. - Показатели ЛДФ у пациентов в зависимости от выявленной вирусной инфекции (n=142)

Показатели ЛДФ	Зона исследования	Пациенты с заболеваниями СОПР на фоне хронической вирусной инфекции			Без вирусной инфекции (n=21)	Контрольная группа (n=20)
		С ВПГ (n=52)	С ВПЧ (n=26)	Сочетание ВПГ и ВПЧ (n=43)		
ПМ (пф.ед)	Очаги поражения	$14,38 \pm 0,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$8,14 \pm 0,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$9,24 \pm 0,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$11,53 \pm 0,1$	$10,39 \pm 0,1$
	Не пораженные участки	$13,19 \pm 0,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$8,12 \pm 0,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$9,12 \pm 0,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$10,23 \pm 0,3$	
ALF (%)	Очаги поражения	$39,22 \pm 2,2$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,03 \pm 2,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,13 \pm 2,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$48,02 \pm 2,7$	$48,19 \pm 2,4$
	Не пораженные участки	$38,13 \pm 2,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,14 \pm 2,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,24 \pm 2,4$ $p_1, p_2 < 0,001$	$48,18 \pm 2,8$	
АНФ (%)	Очаги поражения	$29,14 \pm 2,2$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$	$27,25 \pm 2,1$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$25,22 \pm 2,2$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$21,17 \pm 2,1$	$23,45 \pm 2,1$
	Не пораженные участки	$22,17 \pm 2,1$ $p_1, p_2 > 0,05$	$27,17 \pm 2,3$ $p_1, p_2 > 0,05$	$25,12 \pm 2,4$ $p_1, p_2 > 0,05$	$23,14 \pm 2,2$	
ACF (%)	Очаги поражения	$9,12 \pm 0,2$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$13,17 \pm 0,4$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$11,14 \pm 0,3$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$	$12,02 \pm 0,5$	$12,29 \pm 0,5$
	Не пораженные участки	$9,62 \pm 0,3$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$13,22 \pm 0,4$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$11,22 \pm 0,3$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$	$12,11 \pm 0,5$	
ИЭМ (усл.ед)	Очаги поражения	$1,0 \pm 0,19$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$0,9 \pm 0,12$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,0 \pm 0,19$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,4 \pm 0,19$	$1,34 \pm 0,2$
	Не пораженные участки	$1,2 \pm 0,19$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$0,9 \pm 0,12$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,0 \pm 0,19$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,4 \pm 0,19$	
РКК (%)	Очаги поражения	$195,2 \pm 11,3$ $p_1, p_2 > 0,05$	$192,4 \pm 11,1$ $p_1, p_2 > 0,05$	$215,1 \pm 13,4$ $p_1, p_2 > 0,05$	$194,3 \pm 12,4$	$200,2 \pm 12,1$
	Не пораженные участки	$197,1 \pm 11,2$ $p_1, p_2 > 0,05$	$197,3 \pm 11,4$ $p_1, p_2 > 0,05$	$210,2 \pm 13,2$ $p_1, p_2 > 0,05$	$198,2 \pm 12,2$	

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между всеми группами наблюдения (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p_1 – статистическая значимость различия показателей при сравнении с контрольной группой, p_2 – при сравнении с 1-ой группой, p_3 – при сравнении со 2-ой группой ($p_1 - p_3$ по U-критерию Манна-Уитни)

Увеличение амплитуды дыхательной волны указывало на снижение микроциркуляторного давления, ухудшение оттока крови и увеличение объема крови в веноулярном звене. У пациентов с ВПЧ показатель ALF был ниже, чем в группе пациентов без вирусной инфекции. На фоне более выраженного повышения показателя АНФ и снижения АСФ наблюдалось

снижение ИЭМ до $0,9 \pm 0,12$ усл.ед. В группе пациентов с сочетанием ВПГ и ВПЧ, наблюдалось снижение показателя ИЭМ, который составил $1,0 \pm 0,19$ %, то есть был ниже в 1,4 раза данного показателя в группе пациентов без вирусной инфекции ($1,4 \pm 0,19$ %) На основании показателей ЛДФ было выявлено, что нормоциркуляторный тип микроциркуляции (НЦТМ) в 1,6 раза чаще встречался у пациентов БОК (29/51;56,9%), чем у пациентов с НСОК (17/48; 35,4%) и в 2,2 раза чаще, чем у пациентов с СНСОК (11/43;25,6%). При этом у пациентов с ортопедическими конструкциями чаще выявлялись тяжелые типы гемодинамики. СПТМ у пациентов с НСОК и СНСОК выявлен соответственно, в 13/48;27,1% и 13/43;30,2% случаях, что в 1,5 и в 1,7 раза чаще, чем у пациентов БОК (9/51;17,6% случаев). ЗСТМ у пациентов с СНСОК наблюдался в 2 раза чаще, чем у пациентов с НСОК (17/43;39,5% против 9/48;18,8% случаев) и в 6,7 раза чаще, чем у пациентов БОК (17/43;39,5% против 3/51;5,9% случаев)

С целью оптимизации терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) с учетом выявленной вирусной инфекции в основной группе (55 пациентов) была проведена комплексная терапия с системным применением препарата инозин пранобекс (в стандартной дозировке: 1 таблетка (500 мг) на 10 кг массы тела больного на 3 приема в течение 10 суток, далее перерыв – 14 суток, после чего проводили 2–3 аналогичных курса с интервалом в 10–14 суток) и местном применении лазерофореза геля Виферон. В контрольной группе (50 пациентов) применяли стандартное лечение заболеваний СОПР.

Через 3 месяца после проведенной терапии снижение титра Ig G выявлялось в 3 раза чаще, чем в контрольной группе (26/55;47,3% против 8/50;16,0% случаев). Через 6 месяцев терапии диагностические титры антител были выявлены у 40/55;72,7% пациентов основной группы, в то время как в контрольной группе число таких пациентов наблюдалось в 1,2 раза меньше (30/50;60,0% против 40/55;72,7%). На фоне проведенной терапии средние значения вирусной нагрузки в основной группе через 3 месяца снизились в 1,6 раза ($4,86 \pm 1,2$ Lg против $2,98 \pm 1,3$ Lg), а в контрольной группе лишь в 1,2 раза ($4,86 \pm 1,2$ Lg против $4,02 \pm 1,2$ Lg). Через 6 месяцев вирусная нагрузка у пациентов основной группы снизилась в 1,8 раза ($4,86 \pm 1,2$ Lg против $2,76 \pm 1,5$ Lg), а в контрольной группе - в 1,5 раза ($4,86 \pm 1,2$ Lg против $3,14 \pm 1,5$ Lg). В основной группе после проведенной терапии число пациентов с клинически значимой вирусной нагрузкой снизилось от 26/55;47,3% до 12/55;21,8%, то есть в 2,2 раза.

В контрольной группе число пациентов с клинически значимой вирусной нагрузкой после лечения снизилось от 28/50;56,0% до 19/50;38,0% случаев, то есть, в 1,5 раза. После проведенной терапии число пациентов с малозначимой вирусной нагрузкой в основной группе составило 22/55;40,0%, что оказалось в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе – 14/50;28,0%.

В основной группе восстановление иммунных показателей наблюдалось у 48/55;87,3% пациентов, а в контрольной группе – у

28/50;56,0%, то есть в 1,6 раза. Под влиянием проведенной терапии в основной группе по сравнению с контрольной, число пациентов с НЦТМ наблюдалось в 1,5 раза чаще (27/55;49,1% против 16/50;32,0% случаев), а число пациентов с тяжелым СПТМ - в 1,8 раза реже, то есть в 9/55;16,4% против 15/50;30,0% случаев.

Кроме того тяжелый ЗСТМ не выявлялся ни в одном случае среди пациентов основной группы, а в контрольной группе он выявлялся в 7/50;14,0% случаях. Сравнительная эффективность комплексной терапии СОПР в основной и контрольной группах проводилась на основании таких показателей, как восстановление пародонтологического статуса, отсутствие клинических проявлений заболеваний СОПР, отсутствие рецидивов в течение 6 месяцев после проведенного лечения.

Восстановление пародонтологического статуса оценивали по следующим критериям: улучшение (индекс Мюллемана - 0 баллов, йодное число Свракова - 0 баллов, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - 0 баллов, отсутствие пародонтальных карманов), слабый эффект (индекс Мюллемана - 1-2 балла, йодное число Свракова - до 2,3 баллов, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - <30%, глубина пародонтальных карманов - < 2 мм), отсутствие эффекта (индекс Мюллемана - >1-2 балла, йодное число Свракова - > 2,3 баллов, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - >30%, глубина пародонтальных карманов - > 2мм).

Полное отсутствие высыпаний на СОПР указывало на клиническое выздоровление; наличие высыпаний - на отсутствие эффекта. Наличие 1-2 обострений заболевания в течение 6 месяцев указывало на рецидив заболевания СОПР. Эффективность лечения от проведенной терапии наблюдалась как в основной, так и в контрольной группе при всех заболеваниях СОПР. Однако, в основной группе по сравнению с контрольной группой число больных с улучшением пародонтологического статуса у больных с АС было выше в 1,5 раза (7/10;70% против 4/8;50,0% случаев), у больных с ГНГ - в 1,6 раза (7/11;63,6% против 4/10;40,0%), с ПДТ - в 1,2 раза (7/12;58,3% против 5/10;50,0%), ППЛ - в 2 раза (8/10;80,0% против 4/10;40,0%), с ХТ - в 1,3 раза (9/12;75,5% против 7/12;58,3% случаев)

Отсутствие эффекта в улучшении пародонтологического статуса наблюдалось в основной группе только у 2/11;18,2% пациентов с ГНГ и 1/12; 8,4% пациента с ПДТ, в то время как в контрольной группе оно наблюдалось при всех заболеваниях СОПР, кроме АС.

Проведенная комплексная терапия, проведенная в основной группе привела к клиническому выздоровлению в 2,3 раза чаще у пациентов с ППЛ СОПР, чем в контрольной группе, то есть в 7/10;70,0% против 3/10;30,0% пациентов. Кроме того, в основной группе клиническое выздоровление наблюдалось в 12/12;100,0% случаев, а в контрольной группе - у 8/12;66,7% пациентов, то есть в 1,5 раза меньше. У пациентов с заболеваниями СОПР основной группы по сравнению с контрольной группой уменьшилось число рецидивов. Наиболее часто наблюдалось отсутствие рецидивов ПДТ, которое

наблюдалось в 2,8 раза чаще в основной группе, чем в контрольной (10/12;83,3% против 3/10;30,0% случаев). В 2,5 раза чаще отсутствие рецидивов наблюдалось у пациентов основной группы с ХТ (10/12;83,3% против 4/12;33,3% случаев) (таблица 3)

Таблица 3. - Эффективность терапии заболеваний СОПР в основной и контрольной группах через месяц после лечения

Критерии оценки эффективности		Заболевания СОПР					Всего (n=55)
		АС (n=10)	ГНГ (n=11)	ПДТ (n=12)	ППЛ (n=10)	ХТ (n=12)	
Основная группа (n=55)							
Пародонт. статус	Улучшение	7 (70,0%)	7 (63,6%)	7 (58,3%)	8 (80,0%)	9 (75,5%)	38 (69,1%)
	Слабый эффект	3 (30,0%)	2 (18,2%)	4 (33,3%)	2 (20,0%)	3 (25,0%)	14 (25,4%)
	Отсутствие эффекта	0	2 (18,2%)	1 (8,4%)	0	0	3 (5,5%)
Клин. проявл. заб.СОПР	Клин.выздор	10 (100%)	8 (72,7%)	9 (75,0%)	7 (70,0%)	12 (100,0%)	46 (83,6%)
	Отсутствие эффекта	0	3 (27,3%)	3 (25,0%)	3 (30,0%)	0	9 (16,4%)
Рецидивы заб.СОПР	Отсутствие	8 (80,0%)	9 (81,8%)	10 (83,3%)	9 (90,0%)	10 (83,3%)	46 (83,6%)
	наблюдались	2 (20,0%)	2 (18,2%)	2 (16,7%)	1 (10,0%)	2 (16,7%)	9 (16,4%)
Контрольная группа (n=50)							
Критерии оценки эффективности		Заболевания СОПР					Всего (n=50)
		АС (n=8)	ГНГ (n=10)	ПДТ (n=10)	ППЛ (n=10)	ХТ (n=12)	
Пародонт. статус	улучшение	4 (50,0%)	4 (40,0%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)	7 (58,3%)	24* (48,0%)
	Слабый эффект	4 (50,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	3 (25,0%)	19 (38,0%)
	Отсутствие эффекта	0	2 (20,0%)	1 (10,0%)	2 (20,0%)	2 (16,7%)	7 (14,0%)
Клин. проявл. заб. СОПР	Клинич-ое выздоровл-е	8 (100%)	7 (70,0%)	7 (70,0%)	3 (30,0%)	8* (66,7%)	33* (66,0%)
	Отсутствие эффекта	0	3 (30,0%)	3 (30,0%)	7 (70,0%)	4* (33,3%)	17* (34,0%)
Рецидивы заб.СОПР	Отсутствие	4 (50,0%)	5 (50,0%)	4* (40,0%)	3 (30,0%)	7 (58,3%)	23** (46,0%)
	наблюдались	4 (50,0%)	5 (50,0%)	6* (60,0%)	7 (70,0%)	5 (41,7%)	27** (54,0%)

Примечание: *p<0,05, **p<0,001 - при сравнении с таковыми показателями в основной группе (по критерию χ^2)

Отсутствие рецидивов ГНГ в основной группе наблюдалось в 2 раза, чем в контрольной (9/11;81,8% против 4/10;40,0 случаев), АС – в 1,6 раза (8/10;80,0% против 4/8;50,0% случаев) ППЛ – в 1,3 раза (9/10;90,0% против 7/12;70,0% случаев).

У пациентов основной группы, проведенная комплексная терапия с применением препарата Инозин пранобекс и лазерофореза геля Виферона показала наилучший эффект у пациентов БОК, так как у них, по сравнению с пациентам с НСОК в 1,3 раза чаще наблюдались нормальные показатели

пародонтологического статуса (16/18;88,8% против 14/21;66,7% случаев) и в 1,3 раза чаще наблюдалось отсутствие рецидивов заболеваний СОПР (18/18;100,0% против 16/21;76,2%) случаев. По сравнению с пациентами с СНСОК у пациентов БОК в 1,8 раза чаще наблюдались нормальные показатели пародонтологического статуса (16/18;88,8% против 8/16;50,0% случаев), в 1,5 раза чаще - отсутствие проявлений заболеваний СОПР (17/18;94,4% против 10/16;62,5% случаев), в 1,3 раза чаще - отсутствие рецидивов заболеваний СОПР (18/18;100% против 12/16;75,0% случаев). В основной группе пациентов с НСОК по сравнению с пациентами с СНСОК, в 1,3 раза чаще наблюдались нормальные показатели пародонтологического статуса (14/21;66,7% против 8/16;50,0%) и в 1,4 раза чаще отсутствовали заболевания СОПР (19/21;90,5% против 10/16;62,5% случаев). Отсутствие рецидивов заболеваний СОПР наблюдалось у пациентов с НСОК и СНОК соответственно, в 16/21;76,2% и 12/16;75,0% случаях.

Таким образом, предложенная комплексная терапия в 1,4 раза чаще, чем стандартная терапия привела к улучшению пародонтологического статуса (38/55;69,1% против 25/50;50,0% случаев) и в 1,3 раза чаще - к клиническому выздоровлению (46/55;83,6% против 33/50;66,6% случаев). В основной группе в течение 6 месяцев наблюдения отсутствие рецидивов наблюдалось в 1,8 раза чаще, чем в контрольной группе, то есть в 46/55;83,6% против 23/50;46,0% случаев.

Выводы

1. У пациентов с заболеваниями полости рта в 43/142;30,2% случаях выявляется сочетание герпесвирусной и папилломавирусной инфекции, то есть в 1,7 раза чаще, чем моноинфекция ВПЧ и в 1,2 раза реже, чем моноинфекция ВПГ. У пациентов с ортопедическими конструкциями сочетание ВПГ и ВПЧ встречается в 1,2 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов [1-А, 2-А,3-А, 14-А, 16-А,17-А, 21-А]
2. Заболевания полости рта в 50 (52,6%) случаях протекают на фоне хронической герпесвирусной инфекции, а реактивация ВПГ в 2 раза чаще, наблюдается у пациентов без ортопедических конструкций, чем при их наличии. Папилломавирусная инфекция при заболеваниях полости рта в 34 (49,2%) случаях характеризуется малозначимой вирусной нагрузкой, причем у пациентов без ортопедических конструкций она встречается в 2 раза чаще, чем у пациентов с ортопедическими конструкциями [4-А, 7-А, 9-А, 12-А,13-А, 15-А, 22-А, 24-А, 25-А]
3. У 87 (82,9%) пациентов с заболеваниями слизистой полости рта и выявленной вирусной инфекцией наблюдаются нарушения иммунного статуса, характеризующиеся высоким уровнем CD16, CD32 Т-лимфоцитов, что подтверждает вирусную этиологию воспалительного процесса и низкими показателями CD 95, отвечающих за апоптоз, что указывает на иммуносупрессию. У пациентов с ортопедическими конструкциями нарушения иммунного статуса встречаются в 1,4 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов [5-А]

4. Нарушения местного кровотока наблюдаются у 85,2% пациентов с заболеваниями полости рта, причем в 64 (45,0%) случаях они представлены тяжелыми типами гемодинамики, которые в 2,4 раза чаще выявляются у лиц с ортопедическими конструкциями, чем без них [8-А, 10-А, 11-А, 19-А, 20-А]
5. Комплексная терапия заболеваний полости рта с применением препарата Инозин пранобекс и лазерофореза геля Виферон в очаги поражения, по сравнению с общепринятой терапией, в 1,2 раза чаще приводит к снижению титров Ig G к ВПГ и в 2,2 раза чаще - к снижению клинически значимой вирусной нагрузки, что в 1,4 раза чаще сопровождается восстановлением иммунного статуса и в 1,5 раза – восстановлением показателей местного кровотока. В результате предложенного метода терапии в 1,4 раза чаще наблюдалось улучшение пародонтологического статуса, в 1,3 раза чаще - клиническое выздоровление, и в 1,8 раза чаще - уменьшение частоты рецидивов [6-А, 18-А, 23-А]

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. При ведении пациентов с заболеваниями СОПР необходимо учитывать, что в 48,6% случаях они протекают на фоне герпесвирусной и папилломавирусной инфекции, которая чаще наблюдается у пациентов с зубными протезами.
2. При лечении заболеваний полости рта в комплексное лечение необходимо включать препарат Инозин пранобекс и лазерофорез геля Виферон в очаги поражения, так как по сравнению с общепринятой терапией предложенный метод в 1,4 раза чаще приводит к улучшению пародонтологического статуса, в 1,3 раза – к клиническому выздоровлению и в 1,8 раза чаще снижает частоту рецидивов.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

- [1-А]. Артыкова, Н.К. Влияние хронической вирусной инфекции на состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами [Текст] /Н.К. Артыкова, Х.Р. Турсунова Х.Р., З.Х. Юсупова// Здравоохранение Таджикистана.- 2021.- №1.- С.11-16.
- [2-А]. Артыкова, Н.К. Зухуроти клиникии сирояти вирусии ковокии дахон дар шахсоне, ки аз протези гирифташаванда истифода мекунанд [Матн]/Н.К. Артыкова//АвчиЗухал. – 2021. - №2. - С. 90-94
- [3-А]. Артыкова, Н.К. Роль вирусной инфекции в патологии слизистой оболочки полости рта у лиц, с ортопедическими конструкциями [Текст] /Н.К. Артыкова// Здравоохранение Таджикистана.- 2022.- №1 (352).- С.17-23.
- [4-А]. Артыкова, Н.К. Папилломавирусная инфекция слизистой полости рта и ее кожные проявления у лиц, пользующихся зубными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022.- №3.- С.13-19
- [5-А]. Артыкова, Н.К. Вазъи иммунии беморони гирифтори бемориҳои луобҳои дахон дар заминаи сирояти вирусӣ дар шахсоне, ки аз сохторҳои ортопедӣ истифода мебаранд [Матн]/З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова// Авчи Зухал. – 2023. - №4. – С.80-88
- [6-А]. Артыкова, Н.К. Эффективность противовирусной терапии при лечении заболеваний слизистой полости рта у лиц, пользующихся зубными конструкциями [Текст]]/З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова//Симург. -2023.-№4. – С.68-76.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

- [7-А]. Артыкова, Н.К. Клинические проявления изменений слизистой оболочки полости рта у лиц с несъемными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х. Муниева, З.Х. Юсупова // Материалы ежегодной XXV-научно-практической конференции ГУ «ИПОвСЗРТ» «Новые направления развития медицинской науки и образования». - Душанбе, 2019.- С.41.
- [8-А]. Артыкова Н.К. Состояние кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с зубными протезами, с сопутствующей хронической герпесвирусной инфекцией[Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х. Муниева, З.Х. Юсупова.// Материалы ежегодной XXV научно-практической конференции ГУ «ИПОвСЗ РТ» «Новые направления развития медицинской науки и образования». - Душанбе, 2019.- С.42.
- [9-А]. Артыкова, Н.К. Разновидности папиллом на слизистых оболочках [Текст] / Н.К. Артыкова С.Х. Муниева, Д.Б.Муниев// Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» - Душанбе, 2020 – С.10-11

- [10-А]. Артыкова, Н.К. Состояние микроциркуляции слизистых оболочек полости рта при различных видах несъемных протезов [Текст] / Н.К. Артыкова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» - Душанбе, 2020 – С.557.
- [11-А]. Артыкова, Н.К. Нарушение местного кровотока при патологических состояниях слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.К. Артыкова, У.С. Самадзода, Ш.А. Абдулхаков// Материалы международной научно-практической конференции (68-й годичной) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». – Душанбе, 2020 – Т.1. -С.161
- [12-А]. Артыкова, Н.К. Папилломавирусная инфекция слизистых оболочек полости рта и красной каймы губ [Текст] / С.Х. Муниева, Н.К. Артыкова, У.С. Самадзода, Ш.Х. Абдулхаков// Научно-практический журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина» Ташкент.- 2020.-№3(47). - С.45.
- [13-А]. Артыкова, Н.К. Герпетические поражения слизистой оболочки и кожи вокруг рта [Текст] / Н.К. Артыкова, Д.Б.Муниев, Т.Н.Камолова// Материалы 75 научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных – Самарканд.- 2021.- С.209
- [14-А]. Артыкова, Н.К. Герпесвирусная инфекция слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова, Д.Б.Муниев, Т.Н.Камолова// Материалы 75 научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных – Самарканд.- 2021.- С.210
- [15-А]. Артыкова, Н.К. Герпетические высыпания у стоматологических пациентов [Текст] / Н.К. Артыкова, Ш.А.Абдулхаков, С.Д.Ёров// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» - Душанбе, 2021 – С.379
- [16-А]. Артыкова, Н.К. Роль вирусной инфекции в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» - Душанбе, 2021 – С.677
- [17-А]. Артыкова, Н.К. Папилломавирусная инфекция слизистых оболочек полости рта [Текст] / Н.К. Артыкова, Т.Н.Камолова, У.С. Самадзода// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» - Душанбе, 2021 – С.718.

- [18-А]. Артыкова, Н.К. Комплексное лечение пациентов с герпесвирусами [Текст] / С.Х.Муниева, Н.К. Артыкова, У.С. Самадзода// Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019- 2021)». - Душанбе, 2021. – Т.1- С. 561-562.
- [19-А]. Артыкова, Н.К. Влияние вирусной инфекции на состояние кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с зубными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова, З.Х. Юсупова // Материалы научно- практической конференции (69-й годичной) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019- 2021)». - Душанбе, 2021. – Т.1С. 32-33
- [20-А]. Артыкова, Н.К. Наружная терапия в комплексном лечении пациентов с герпесвирусами [Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х.Муниева, У.С. Самадзода// Материалы научно- практической конференции (69-й годичной) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)». - Душанбе, 2021. – С. 563-564.
- [21-А]. Артыкова, Н.К. Влияние вируса папилломы человека на состояние слизистых оболочек полости рта у лиц, пользующихся зубными протезами [Текст] / С.Х.Муниева, Н.К. Артыкова, Т.Н.Камолова// Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годичная), посвященная 30-летию независимости РТ.-2021.- Т.2. - С. 279
- [22-А]. Артыкова, Н.К. Проявление вирусной инфекции слизистой оболочки полости рта у лиц, со съёмными и несъёмными протезами [Текст] / З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова, М.З.Назарова// Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годичная), посвященная 30-летию независимости РТ.-2021.- С. 287
- [23-А]. Артыкова, Н.К. Лечение герпетической инфекции у лиц с несъемными протезами с применением магнитно-лазерного излучения [Текст] / Н.К. Артыкова// Материалы XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ».-2022.-С.180.
- [24-А]. Артыкова, Н.К. Вирус простого герпеса при заболеваниях слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х.Муниева, Х.Х.Назаров// Материалы юбилейной (70-й) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием». – 2022.- Том 2.- С.459-460
- [25-А]. Артыкова, Н.К. Заболевания пародонта у лиц, пользующихся зубными протезами на фоне вирусной инфекции [Текст] / З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова// Материалы международной научно-практической конференции, посвящённой памяти учёного С. Кубаева. – Самарканд, 2022. – С. 93 - 97

Перечень сокращений, условных обозначений

АС – афтозный стоматит
БОК – без ортопедических конструкций
ВПГ – вирус простого герпеса
ВПЧ – вирус папилломы человека
ГВИ – герпесвирусная инфекция
ГНГ - гингивит
ГПТМ – гиперемический тип микроциркуляции
ЗСТМ – застойно-стазический тип микроциркуляции
ИЭМ – индекс эффективности микроциркуляции
ЛДФ -лазердоплерфлоуметрия
НСОК – несъемные ортопедические конструкции
НЦТМ – нормоциркуляторный тип микроциркуляции
ПМ – показатель микроциркуляции
ПДТ - пародонтит
ППЛ - папиллома
РКК – резерв капиллярного кровообращения
СНСОК – съемные и несъемные ортопедические конструкции
СОПР – слизистая оболочка полости рта
СПТМ – спастический тип микроциркуляции
ХТ - хейлит

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ
СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

616 -002;616.9;616-314-76

Бо ҳуқуқи дастнавис

АРТИКОВА НИГИНА КАРИМҶОНОВА

**ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР
ЗАМИНАИ СИРОЯТИ ВИРУСӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ
КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб аз рӯи ихтисоси
14.01.14 - Стоматология

Душанбе – 2024

Таҳқиқот дар кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Юсупова Заррина Хикматовна – номзади илмҳои тиб, мудири кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон».

Муқарризи расмӣ:

Султанов Мехрибон Шамсиевич – доктори илмҳои тиб, директори ҚДММ “Ситораи Зебо”

Одинаев Илхом Исломиiddинович – номзади илмҳои тиб, табиби – стоматолог беморхонаи роҳӣ КВД “Роҳи оҳани Тоҷикистон”

Муассисаи тақриздиханда:

Муассисаи давлатии «Пажуҳишгоҳи илмӣ-клиникии стоматология ва Ҷарроҳии чоғу рӯй»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2024 соати _____ дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D.KOA-053 МТД “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, н.Сино, кӯчаи Сино, 29-31, www.tajmedun.tj. тел. (+992) 918724088

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2024 ирсол гардид

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дастанет

Ҷонибекова Р.Н.

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзуи таҳқиқот. Паҳншавии густурдаи бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон (ПЛКД) ва рангорангии аломатҳои клиникаи он зарурати ҷустуҷӯи сабабҳо ва муайян кардани омилҳои этиопатогенетиро ба миён меорад [Луцкая И.К., 2018; Старикова И.В., 2018; Байдик О.Д., 2021; Сабанцева Е.Г., 2021; Успенская О.А., 2022]. Тибқи маълумоти сарчашмаҳо, яке аз ҷойҳои асосиро дар патогенези бемориҳои ПЛКД сироятҳои музмини вирусӣ ишғол мекунанд, ки на танҳо аломатҳои клиникаи онро тағйир медиҳанд, балки ба ҷараёни музмини ретсидивӣ низ оварда мерасонанд [Царев В. Н. ва ҳаммуаллифон, 2020; Rahman R., 2019; Huang C. W., 2020; Arduino P. G., 2022]. Исбот карда шудааст, ки ҳангоми бемориҳои ковокии даҳон дар бештари ҳолатҳо сирояти омехтаи вирусии ниҳонӣ (латентӣ) ҷой дорад. Маълум аст, ки ба организм ворид шудани сирояти вирусӣ боиси умрбод боқӣ мондани он мегардад, чунки вирус қобилияти тағйир додани хосиятҳои фенотипии ҳуҷайраи ҳуҷайро дорад ва боиси трансформатсияи ҳуҷайраҳо мегардад [Азимбаев Н. М., 2016; Царев В. Н. ва ҳаммуаллифон, 2017]. Ин ҳолат механизми калидии аксуламалҳои иммунопатологӣ мегардад, ки бо иммуносупрессияи аз вирус пайдошуда зоҳир мешавад, мавҷудияти констрuksияҳои ортопедии дандонҳо бошад, бадшавии статуси иммуниро аз ҳисоби биосеноз амиқтар месозад [Карпук И. Ю., 2014; Шишкова, Ю. С. ва ҳаммуаллифон, 2018]. Тибқи маълумоти сарчашмаҳо, ҳамзамон сироятнок шудан бо вирусҳои герпес (табхол) ва папиломаи одам дар 0,8-5,6% ҳолат ҳангоми ҳолатҳои гуногуни ПЛКД ба мушоҳида мерасад [Вечерковская М. Ф., 2020; Царев В. Н. ва ҳаммуаллифон, 2017; Царев, В. Н. ва ҳаммуаллифон, 2020]. Исбот карда шудааст, ки сирояти герпесвирусии навъи 1 ва 2 дар ковокии даҳон дар 15,7% ҳолат дар беморони дорои пародонтоз, дар 55% ҳолат ҳангоми гингивитҳо, дар 42,67% бемори гирифтори сироятҳои музмини умумии пародонтит муайян карда мешавад [Шевченко Е. А. ва ҳаммуаллифон, 2012; Царев В.Н. ва ҳаммуаллифон, 2019]. Муқаррар карда шудааст, ки сирояти музмини вирусии ПЛКД, ҳамчун дигар омилҳои микробӣ метавонад боиси бад шудани сифатҳои функционалӣ ва эксплуататсионии констрuksияҳои ортопедӣ гардад, ки инҳо дар навбати худ ба пардаи луобии ковокии даҳон осеб расонида мектавонанд, ки дохилшавии вирусро ба бофтаҳои амиқтар ҷойгиршуда пурзӯр намуда, ба пайдо шудани даври мустаҳкам оварда расонанд [Шिशкова Ю.С., 2018; Ахмедбейли Д.Р., 2019; Mombelli A., 2018]. Исбот карда шудааст, ки ворид шудани омили (агенти) вирус боиси пайдо шудани протсесси илтиҳобии пардаи луобии ковокии даҳон мешавад ва инро ихтилолҳои нуфузпазирии девораҳои рағҳо ва маҷрои ҳуни маҳаллӣ, ҳамчунин пурзӯр шудани маҳсулоти медиатрҳои сироятӣ ҳамроҳӣ мекунанд. Дар ин маврид муайян карда шудааст, ки ҳангоми сирояти вирусӣ, тағйир ёфтани микросиркулятсияи пардаи луобии ковокии даҳон пеш аз пайдо шудани симптомҳои клиникаи илтиҳобӣ муайян карда мешаванд [Зюлькина Л.А., 2017; Алеханова И. Ф., 2019; Орехова Л.Ю., 2019]. Нақши сирояти вирусӣ дар этиопатогенези бемории ПЛКД бо ин исбот карда мешавад, ки ҳангоми табобати

онҳо препаратҳои интерферонҳо ва иммуноглобулинҳо ба таври васеъ истифода мешаванд, ки на танҳо таъсири зиддивирӯсӣ, балки таъсири иммуномодуляторӣ низ доранд. Дар сарчашмаҳо оид ба ин маълумот оварда мешавад, ки равишҳои анъанавии табобати пародонтит, ки аз гузаронидани беҳдошти касбии ковыюкии даҳон ва истифода кардани усулҳои консервативӣ, чарроҳӣ ва ортопедии табобат иборат аст, гарчанде ба муътадил гаштани нишондиҳандаҳои клиникӣ व्या лабораторӣ оварда мерасонад, аммо аксар вақт онро такроршавии ҳолатҳои патологӣ ковокии даҳон ҳамроҳӣ мекунанд [Панченко А.Д., 2013; Спиридонова С.А., 2013; Степанов М.И., 2013; Перламутров Ю.Н., 2019]. Вобаста аз ин, солҳои охир дар табобати комплекси бемориҳои ПЛКД ҳам аз препаратҳои зиддивирӯсии дорои таъсири иммуномодуляторӣ истифода мекунанд, ки ба сифати табобати системавӣ ба қор бурда мешаванд ва ҳам аз усулҳои гуногуни таъсиршон мавзей [Хисматулина Ф.Р., 2015; Бойко Н.В., 2017; Камилова Х.П., 2018; Valmasova I. P., 2019]

Дарачаи қорқарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш Самаранокии изопринозин дар муолиҷаи комплекси луобпардаи даҳон собит шудааст, ки он бо афзоиши суръати эпителизатсияи осебҳо ва коҳиши нишонаҳои дард зоҳир мешавад [Перламутров Ю.Н., 2019]. Ихтилоли иммунӣ дар бемориҳои холигоҳи даҳон ва сарҳади сурхи лабҳо муайян карда шудааст, ки бо сатҳи баланди IgA ва тамоюли зиёдшавии таркиби IgG хос аст, ки аз ҷараёни музмини сирояти герпесвирӯсӣ шаҳодат медиҳад [Тадевосян М.Н. ва дигарон, 2020]. Таъсири вирусҳо ба бофтаҳои пародонтӣ, ки дар натиҷаи лимфоситҳои Т-ситотоксикӣ ва ихтилоли апоптоз ба вучуд омадаанд, исбот шудааст, ки ба мустамликаи прогрессивии бактерияҳои анаэробӣ периодонтопатогенӣ оварда мерасонад [Царева В.Н. ва дигарон, 2020]. Ихтилоли микроциркуляцияи луобпардаи даҳон дар беморони гирифтори стоматити такрорӣ афтизӣ дар якҷоягӣ бо сирояти вирусҳои герпес муайян карда шудааст, ки бо афзоиши шиддати беморӣ пеш мераванд [Сабанцева Е.Г., 2021]. Таваҷҷӯҳ ба омӯзиши самаранокии доруҳои зидди вирусӣ дар табобати бемориҳои луобпардаи даҳон дар беморони бо сохторҳои ортопедӣ истифодашаванда дар таҳқиқоти Панченко А.Д., (2022) инъикос ёфтааст, ки беҳбудии параметрҳои иммунӣ ва коҳиши зухуроти клиникӣ онро ошқор кардааст. осеби луобпардаи даҳон дар зери таъсири доруи иммунотропии Герон.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи қорҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «ДТБКСТЧТ» «Этиология, патогенез, эпидемиология, ташхис, табобат ва пешгирии бемориҳои дандонпизишкӣ дар стоматологияи ортопедӣ» (муддат 2021-2025) иҷро карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Оптимизатсияи табобати бемориҳои ковокии даҳон дар беморони дорои конструксияҳои ортопедӣ бо назардошти сирояти вирусии ошкор кардашуда.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши басомади дучоршавии сирояти герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ ҳангоми бемориҳои ковокии даҳон дар беморони дорои конструксияҳои ортопедӣ.
2. Муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни сирояти герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ дар беморони дорои конструксияҳои ортопедӣ ҳангоми бемориҳои ПЛҚД.
3. Муайян кардани ихтилолҳои статуси иммунӣ ва маҷрои хуни мавзей ҳангоми бемориҳои ПЛҚД дар беморони дорои конструксияҳои ортопедӣ СОПР бо назардошти сироятҳои вирусии ошкор кардашуда.
4. Баҳо додан ба самаранокии табобати комплекси бемориҳои ПЛҚД дар заминаи сирояти вирусӣ бо истифода аз табобати зиддивирӯсӣ ва магнитиву лазерӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот 142 синну соли аз 25 то 70-солаи дорои бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон (стоматити афтозӣ - 32 (22,5%) ҳолат; гингивит - 25 (17,6%); - пародонтит - 36 (25,4%); папиллома – 23 (16,2%), хейлит - 26 (18,3%) ҳолат), ки вобаста аз мавҷуд будани конструксияҳои дандон, ба се гурӯҳи асосӣ ҷудо карда шудаанд: гурӯҳи якум (I) - 51 бемори дорои адентияи ҷузъӣ бе конструксияҳои ортопедӣ; гурӯҳи дуюм (II) - 48 бемори дорои протезҳои гирифтанаашавандаи дандонҳо; гурӯҳи сеюм (III) – 43 бемор бо конструксияҳои таркибӣ (протезҳои гирифташаванда ва гирифтанаашаванда).

Мавзӯи таҳқиқот. Ҳангоми бемориҳои ПЛҚД муайян кардани сирояти герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ, омӯхтани нишондиҳандаҳои статуси умумии иммунӣ, ҳолати микросиркулятсияи пардаи луобии ковокии даҳон ва баҳогузори намудани самаранокии табобати комплексӣ бо истифода аз табобати системавӣ ва мавзеии зиддивирӯсӣ.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Дар беморони мубтало ба бемориҳои ПЛҚД сироятнокшавӣ аз вирусҳои герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ муайян карда шуд, хусусиятҳои вирусологии онҳо вобаста аз конструксияҳои ортопедӣ пешниҳод гардид. Хусусиятҳои ихтилолҳои статуси иммунӣ дар беморони мубтало ба бемориҳои ПЛҚД дар заминаи сирояти музмини вирусӣ ва вучуд доштани конструксияҳои ортопедӣ муайян карда шуд. самаранокии табобати комплекси бемориҳои ПЛҚД бо истифода аз табобати системавӣ ва смавзеии зиддивирӯсӣ исбот карда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот аз он иборат аст, ки нуқтаҳои назариявӣ ва методолог, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда, метавонанд, ки дар равнди таълими Муассисаҳои олии таълимии тиббӣ мавриди истифода қарор дода шаванд. Барои амалияи клиникӣ исбот карда шудааст, ки вучуд доштани конструксияҳои ортопедӣ ба музмин шудани

хомилии вирусӣ таъсир мерасонанд. Хусусиятҳои клиникалии ҷараёни бемории ПЛКД муайян карда шуда, дар асоси он мавҷуд будани сирояти герпесвирусӣ ва папилломавирусиро тахмин кардан мумкин аст. Усули комплексии таъоботи бемориҳои ПЛКД бо истифода аз таъоботи системавӣ ва мавзеии зиддивирӯсӣ таҳия карда шуд.

Нуктаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда

1. Бемориҳои ПЛКД дар 85,2%-и ҳолатҳо дар заминаи сирояти вирусӣ ҷараён мегирад, ки дар 30%-и ҳолатҳо якҷояшавии сирояти герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ дида мешавад, моноинфексияи ВГО (вируси герпеси оддӣ) назар ба моноинфексияи ВПО (вируси папилломаи одам) 2 маротиба камтар муайян карда шудааст. Дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ назар ба беморони бидуни протезҳои дандонҳо 1,2 маротиба бештар якҷояшавии ВГО ва ВПО, назар ба бемориҳои пародонт (ГНГ ва ПДТ) (20/58;34,5% дар муқобили 15/61;24,6% ҳолат) ба мушоҳида мерасад.
2. Дар беморони мубтало ба бемориҳои ПЛКД дар 50 (52,6%) ҳолат ҷараёни музмини сирояти герпесвирусӣ дида мешавад, ки дар 25 (26,3%) ҳолат онро ретсидивҳо ҳамроҳӣ мекунанд, дар 20 (21,1%) – реактиватсияи вируси герпеси оддӣ дида мешавад. Сирояти папилломавирусӣ 2,3 маротиба бештар дар навъҳои неонкогенӣ зоҳир мешавад, назар ба хатари ками онкогенӣ, ки 2 маротиба бештар дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ ба мушоҳида мерасад назар ба набудани онҳо (16 (37,2%) дар муқобили 5 (19,2%) ҳолатв). Дар бемороне, ки аз конструкцияҳои ортопедӣ истифода мекунанд, дар муқоиса аз беморони бидуни конструкцияҳои дандон 1,5 маротиба бештар сарбории назарраси вирусии ВПО ба мушоҳида мерасад (17/43;39,5% дар муқобили 7/26;26,9%).
3. Ихтилоли статуси иммунӣ дар 82,9%-и беморони мубтало ба бемориҳои ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ ба назар ирасид, хангоми мавҷуд будани конструкцияҳои ортопедӣ онҳо 1,4 маротиба бештар ба назар расиданд, нисбат ба беморони бе протези дандонҳо. Ихтилоли маҷрои хуни миавзей дар 85,2%-и беморони мубтало ба бемориҳои ПЛКД дида шуд, дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ навъҳои вазнини микросиркулятсия 2,4 маротиба бештар буданд, назар ба бидуни онҳо.
4. Истифодаи препарати Инозин пранобекс ва лазерофорези гели Виферон дар таъоботи комплексии бемориҳои ПЛКД, дар тмуқоиса аз таъоботи маъмулӣ, 1,2 маротиба бештар ба камшавии титри Ig G ба ВГО ва 2,2 маротиба бештар - ба растшавии сарбории аз ҷиҳати клиникӣ муҳимми вирусӣ, ҳамчунин 1,4 маротиба бештар ба беҳтаршавии сстатуси пародонтологӣ ва 1,3 маротиба бештар ба сихатшавии клиникӣ ва 1,8 маротиба бештар ба кам шудани миқдори ретсидивҳо оварда мерасонад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмии натиҷаҳои таъоботи бемориҳои ПЛКД, ки дар заминаи сирояти герпесвирусӣ ва

папилломавирусӣ вобаста аз вучуд доштани конструксияҳои ортопедии дандонҳо ҷараён доранд ва баҳодиҳӣ ба самаранокии табобати комплексӣ бо истифода аз табобати системавӣ ва маҳаллии зиддивирӯсӣ асос ёфтаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот)

Таҳқиқоти диссертатсия ба шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) назди Президенти ҶТ аз рӯйи ихтисоси 14.01.14 - Стоматология мувофиқат мекунад. Зербанди 3.1 (Этиология, патогенез, ташхис, табобат ва усулҳои пешгирии бемориҳои бофтаҳои саҳт ва нарми дандон, бофтаҳои пародонтӣ ва луобпардаи даҳон дар кӯдакон ва калонсолон); 3.4 (Проблемаҳои саломатии дандонпизишкӣ дар калонсолон ва кӯдакон дар натиҷаи инкишофи бемориҳои системавии бадан); 3.6 (Табобати ортопедии нуқсонҳои дандонҳо, дандонҳо, нуқсонҳои модарзодӣ ва бадастомада, деформатсияи системаи дандонпизишкӣ бо истифода аз тарҳҳои гуногуни дандонҳо).

Саҳми шахсии доктарабӣ дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф мақсад ва вазифаҳои таҳқиқотро муайян карда, принсипҳои интихоби усулҳои лабораторӣ ва инструменталии ташхиси сироятҳои герпесвирӯсӣ ва папилломавирусӣ дар тбеморони дорои ПЛКД вобаста аз мавҷудияти конструксияҳои ортопедӣ таҳия карда шудаанд. Муаллиф маводи клиникаро ҷамъоварӣ намуда, қайд кардааст, коркарди оморино анҷом додааст, натиҷаҳои ба даст овардашударо таҳлил карда ва шарҳ додааст, диссертатсия, мавадро барои наш рва гузоришҳо омода кардааст, ҳамчунин дар амалӣ сохтани онҳо бевочита иштирок кардааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 25 таълифоти илмӣ нашр шудаанд, ки аз онҳо 6 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст, 19 таълифоти илмӣ дар конференсияи XXVI илмӣ-амалии онлайн-конференсия бо иштироки намояндагони байналмилалӣи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Самтҳои инави рушди илм ва таҳсилоти тиб» (Душанбе, 2020), конференсияи солонаи XXVII илмӣ- амалии бо иштироки намояндагони байналмилалӣи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Дастовардҳои муосири илм ва таҳсилоти тиб дар солҳои соҳибистиклолӣ», баҳшида ба 30-солагии истиқлолияти Ҷумҳурии (Душанбе, 2021), дар конференсияи солонаи XXVIII илмӣ- амалии бо иштироки намояндагони байналмилалӣи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Ғамоулҳои муосири илм ва амалия дар соҳаи нигоҳдории тандурустӣ», (Душанбе, 2022), дар конференсияи солонаи 68-уми илмӣ-амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ « Асосҳои бунёди рушди инноватсионии илм ва таҳсилот» (Душанбе, 2020), дар конференсияи солонаи 69-уми илмӣ-амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони

байналмилалӣ «Дастовардҳо ва мушкилоти илмҳои бунёди ва тибби клиникӣ» (Душанбе, 2021), 75-умин конференсияи илмӣ-амалии олимон ва донишҷӯёни Донишкадаи давлатии тиббии Самарқанд (Самарқанд, 2021, 2022), конференсияи солонаи илмӣ-амалии олимон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» «Илми тиб: имкониятҳои нав» (Душанбе, 2022), конференсияи солонаи II - уми илмӣ-амалии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон» «Тибби муосир ва таҳсилоти муосир», конференсияи XVIII –и илмӣ-амалии олимон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар ҷаласаи комиссияи байналмилалии байникафедравии стоматологияи МДТ «ДТБД ВТ» (протоколи № 6 аз 23-юми декабри соли 2023) гузориш ва баррасӣ шудаанд.

Интишороти аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Оид ба мавзӯҳои марбут ба рисола 25 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 6 мақола дар маҷаллаҳои тақризишаванда, ки ҚОА назди Президенти ҚТ ва ФР барои ҷопи натиҷаҳои таҳқиқотҳои рисолавӣ тавсия медиҳанд, нашр шудааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Таҳқиқоти диссертатсия пажӯҳиши таҳқиқотӣ буда, дар 160 саҳифа таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт ва 5 боби таҳқиқоти худӣ, хулосаҳо, ҷамъбасти тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёти истифодашуда бо истифода аз 140 сарчашма (67 сарчашмаи ватанӣ ва 73 сарчашмаи хориҷӣ) иборат мебошад. Дар рисола 30 расм ва 32 ҷадвал оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳқиқот дар пойгоҳи кафедраи стоматологияи ортопедии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ВТ ва ҲИА ҚТ иҷро карда шудааст. Меъёрҳои дохилкунӣ беморони дорои бемориҳои зуд-зуд такроршавандаи ПЛКД буданд: алентияи ҷузъӣ бо конструксияи ортопедӣ; бо конструксияҳои гирифтанишавандаи дандонҳо; дар якҷоягӣ бо конструксияҳои дандонҳо (протезҳо гирифтанишаванда ва гирифтанишаванда). Меъёрҳои хориҷкунӣ беморони дорои аксуламалҳои аллергия ба компонентҳои протезҳои дандонҳо; бо пародонтоз ва бемориҳои фасодноки ПЛКД; беморони гирифтори гепатити вирусӣ ва сирояти ВИЧ, беморони дорои ҷараёни вазнини бемориҳои музминӣ узвҳои дарунӣ бо бемориҳои эндокринӣ, онкологӣ ва гематологӣ; бо доштани бемориҳои сироятии шадид ва музмин; бемороне, ки дар давоми 6 моҳи охир препаратҳои системавӣ зиддивирӯсӣ ва гормоналӣ истеъмол мекунанд; аз меъёр зиёд истеъмол кардани алкоголь ва маводи муҳаддир дар анамнез, бемориҳои рӯҳӣ; ҳомилагӣ ва синамаконӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Дар ҳамаи беморон дар асоси шохиси Грин Вермилон (ОНИ-S), шохиси Мюллеман, миқдори йодии Свраков, шохиси гингивити РМА ва муайян кардани амиқии кисаи пародонталӣ статуси пародонтоликӣ таҳқиқ карда шуд.

Бо мақсади генотипсозии вируси папилломаи одам аз усули ПСР (аксуламали полимеразии занҷирӣ) истифода карда шуд. Таҳқиқи миқдорӣ ва сифатии биомавод барои вируси папилломаи одам (ВПО) аз ошкор намудани ДНК ВПО дар маводи таҳқиқшаванда (молишак аз лонаи осеби ПЛКД) бо муайян кардани сарбории вирусӣ иборат буд.

Муайян кардани маркерҳои сироятҳои серологии герпесвирусии зардоби хун бо усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) ва муайян кардани антителаҳои махсуси синфи IgM, IgG ва фмшвшен avidity IgG бо истифодаи тест-системаи «Вектор-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия) таҳқиқ карда шуд.

Баҳодихӣ ба статуси иммунӣ дар асоси омӯзиши нишондиҳандаҳои муҳтавои мутлақ ва нисбии лимфоситҳо дар хуни канорӣ (CD3, CD20 ва субпопулятсияи Т-лимфоситҳо (CD4-Т-хелперҳо, CD8-Т-супрессорҳо) бо усули иммунофлуорестсияи «Статус» ва истифодаи бастаи антителаҳои моноклоналӣ ва поликлоналӣ гузаронида шуд. Муҳтавои миқдории иммуноглобулинҳои А, М, G ва E дар зардоби хун бо усули иммуноферментӣ ва шохиси иммунорегуляторӣ (ШИР) – бо усули претсипитатсияи полиэтиленгликол (Ю.А. Гриневич ва А.И. Алферов) (1981) муайян карда шуданд. Шиддатнокии флуорестсентсияи эксперсиякунандаи CD16, CD32 бо усули ситометрияи чараён (CYTOMICS FC500) бо истифода аз конъюгатҳои МКАТ CD16-ЕCD, CD32-PE муайян карда шуд. Муҳтавои ИЛ -6 дар зардоби хун бо усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) ва ёрии бастаи ЧММ «Ситокин» (Россия) муайян карда шуд.

Таҳқиқоти маҷрои хуни маҳаллӣ бо усули лазерии флоуметрияи доплеровӣ (ЛДФ) дар дастгоҳи ЛАЗМА ПФ (Россия) ва вейвлет-анализи спектри амплитудавӣ-басомадии ЛДФ-грамм гузаронида шуд.

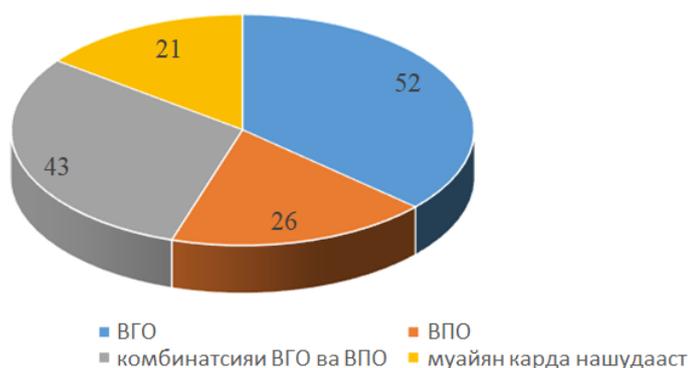
Барои коркарди омории мавод «Statistica 10» (Stat Soft Inc., ИМА) истифода гардид. Муътадил будани намунаҳоро аз рӯи меъёрҳои Шапиро-Уилк ва Колмогоров-Смирнов баҳогузорӣ кардем. Барои бузургҳои миқдорӣ нишондиҳандаи миёнаи онҳо ва хатои стандартиро ҳисоб кардем, барои бузургҳои сифатӣ фоизҳо ҳисоб карда шуданд. Ҳангоми муқоисаҳои сершумори байни гурӯҳҳои имикдорӣ аз Н-критерияи Крускал-Уоллис, ҳангоми муқоисаи чуфтӣ – U-критерияи Манн-Уитни, ҳангоми муқоисаи чуфтии гурӯҳҳои тобеъ Т-критерияи Вилкоксон истифода карда шуд. Нишондиҳандаҳои сифатӣ дар ҳолатҳои се гурӯҳ аз рӯи критерияи χ^2 барои ҷадвалҳои озод, дар ҳолатҳои чуфт – мувофиқи критерияи критерияи χ^2 Пирсон, аз ҷумла бо ислоҳи Йетс ва критерияи дақиқи Фишер, дар гурӯҳҳои тобеъ аз критерияи МакНемар истифода карда шуд. Фарқиятҳо ҳангоми $p < 0,05$ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим ҳисобида шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Аломатҳои клиники бемориҳои ПЛКД вазнинии сабуки чараёни бемории СА дар 20/32; 62,5% -и беморон, вазнинии миёнаи чараёни бемории пародонт (ГНГ ва ПДТ) дар 42/6 мебошанд; дар 68,9%-и беморон папилломаҳои сершумор

дида шуд, ки 1,3 маротиба назар ба ҳолатҳои ҷудоғона зиёд аст (13/23;56,5% дар муқобили 10/23;43,5% ҳолат). Хейлитҳо дар ҳама ҳолатҳо дорои аломатҳои протесси илтиҳобии музмин буданд ва дар 9/26;34,6% ҳолат бо хейлитҳои эксфолиативӣ ва ангулярӣ, дар 8/26; 30,8% ҳолат – роғи музмини лабҳо зоҳир шуданд.

Таҳқиқоти сироятнокшавӣ аз ВГО ва ВПО -ро дар 121/142; 85,2% сирояти герпесвирусӣ ва папилломавирусиро муайян кард. Дар 52/121; 43,0%- и беморон ВГО, дар 26/121;21,5% - ВПО, дар 43/121; 35,5% - якҷояшавии ВГО ва ВПО ба назар мерасад (расми 1)



Расми 1. - Басомади ошкорсозии ВГО ва ВПО дар беморони таҳқиқшуда.

Тавре ки дар расми 1 дида мешавад, дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ нисбат ба беморони бидуни протези дандонҳо якҷоягӣ ВГО ва ВПО 1,2 маротиба (29/91;31,9% дар муқобили 14/51;27,5% ҳолат) бештар буд ва дар беморони бидуни протези дандонҳо 1,5 маротиба бештар нисбат ба конструкцияҳои ортопедӣ моносирояти ВПО (12/51;23,5% дар муқобили 14/91;15,4% ҳолат) ба назар расид. ВГО дар шакли моносироят дар беморони дорои СА ва беморҳои пародонти (ГНГ ва ПДТ) мутаносибан дар 16/52;30,8% ва дар 25/52; 48,1% ҳолат дида шуд, ки 1,7 ва 1,4 маротиба бештар аст, нисбат ба якҷояшавии ВПО, ки бо ин 8/43;18,6% -и беморони дорои АС ва 15/43;34,9% -и беморони дорои беморҳои пародонт ба қайд гирифта шуд. Аммо дар беморони дорои ППЛ ва ХТ, баръакс, бештар СГВ дар якҷоягӣ бо ВПО муайян карда шуд ва мутаносибан 8/43;18,6% ва 12/43;27,9% ҳолатро ташкил дод, ки 2,4 ва 1,6 маротиба бештар аст назар ба миқдори беморони дорои моносирояти ВГО (мутаносибан, 4/52;7,7% ва 9/52;17,3% ҳолат). Дар асоси нишондиҳандаҳои шохиси avidity муайян карда шуд, ки дар ягон ҳолат дар беморони ҳам дорои моносирояти ВГО ва ҳам дар вақти якҷоя шудани он бо ВПО марҳалаи шадиди сирояти аввалия ба мушоҳида нарасид. Дар беморони дорои ВГО ва ВПО чараёни музмини сирояти герпесвирусӣ 2,2 маротиба бештар ба назар расид нисбат ба беморони дорои моносирояти ВГО (22/43;51,2% дар муқобили 12/52;23,1% ҳолат), ки ба ин ошкор намудани low-avidity IgG бе вучуд доштани IgM далолат мекунад. Ғайр аз ин, дар беморони дорои якҷояшавии ВГО ва ВПО

1,2 маротиба бештар нисбат ба беморони и дорои моносирияти ВГО ва ВПГ чараёни такроршавандаи сирияти герпесвируси мушохида шуд, ки ба ин дар онҳо муайян кардани highly avid IgG бе вучуд доштани IgM (13/43;30,2% дар муқобили 13/52;25,0% ҳолат) далолат мекунад. Аммо дар беморони дорои моносирият 2,8 маротиба бештар, нисбат ба якҷояшавии ВГО ва ВПГ, дар заминаи highly avid IgG мо IgM –ро муайян кардем, ки ба ин реактиватсияи сирияти герпесвируси (27/52;52,0%дар муқобили 8/43;18,6% ҳолат) далолат мекунад. Муайян карда шуд, ки дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ 2 маротиба бештар назар ба беморони бидуни конструкцияҳои дандонҳо чараёни музмини ГВИ (24/91;37,4% дар муқобили 10/51;19,6% ҳолат) ва 2,4 маротиба бештар чараёни такроршаванда (21/91;23,1% дар муқобили 5/51;9,8% ҳолат) дида мешавад. Аммо, реактиватсияи сирияти герпесвируси 1,9 маротиба бештар дар беморони бидуни конструкцияҳои дандонҳо ба мушохида расид, назар ба беморони дорои конструкцияҳои дандонҳо (18/51;35,3% дар муқобили 17/91;18,7% ҳолат). Дар беморони бидуни конструкцияҳои дандонҳо 1,3 маротиба бештар навъҳои ғайри онкогении ВПО (типҳои 1 ва 3) ба мушохида расиданд, яъне 21/26;81,0% дар муқобили 27/43;62,7% ҳолат, дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ, баръакс 1,9 маротиба навъҳои ВПО-и дорои хатари ками онкогенӣ муайн карда шуд, назар ба беморони бидуни конструкцияҳои дандонҳо (16/43;37,2% дар муқобили 5/26;19,2% ҳолат). Дар беморони бидуни конструкцияҳои дандонҳо 1,8 назар ба беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ бештар сарбории камаҳамияти ВПО муайян карда шуд (12/26;46,2% дар муқобили 11/43;25,6% ҳолат), дар инҳо сарбории пураҳаммият, назар ба беморони бидуни конструкцияҳои дандонҳо 5,7 бештар дида шуд (19/43;44,2% дар муқобили 4/51;7,8% ҳолат).

Статуси иммунӣ дар 105 бемор омӯхта шуд: бидуни конструкцияҳои ортопедӣ (n=36), бо конструкцияҳои ортопедии гирифтанашаванда (КОГН;n=35) ва якҷоя шудани конструкцияҳои ортопедии гирифташаванда ва гирифтанашаванда (КОГШ ва КОГН; n=35). Натиҷаҳои омӯзиши нишондиҳандаҳои иммунӣ нишон дод, ки дар 105 бемори гирифтори бемориҳои ПЛКД, ки дар заминаи сириятҳои герпесвируси ва папилломавируси чараёндоранд, дар 87 (82,9%;105) нафари таҳқиқшуда ихтилоли нишондиҳандаҳои статуси иммунӣ дида шуд, ки ҳам дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ ва ҳам бидуни онҳо муайян карда шуд. Дар ҳамаи беморони мубтало ба ПЛКД дар заминаи сирияти вируси баланд будани муҳтавои НК-хучайраҳо (CD16+) муайян карда шуд, барои протесси илтиҳобии этиологияаш вируси хос аст. Дар беморони дорои КГШ ва КГН нишондиҳандаҳои CD₃ ва CD₄, ки Т-хелперҳои типҳои 2 ба ҳисоб мераванд, 1,2 маротиба пасттар буданд нисбат ба беморони гурӯҳи II, ки аз нокифоя будани звенои хучайравӣ -эффектории иммунитет дарак медиҳанд. Дар ин маврид, дар беморони бидуни конструкцияҳои ортопедӣ (БКО) нишондиҳандаи CD₃ 67,4±2,0% -ро ташкил дод, яъне аз ҳамин гунна нишондодҳои гурӯҳи назоратӣ 66,9±2,4% баланд, ки аз ҳолати гиперактивии иммунитет дарак медиҳад, дар беморони дорои КГШ ва КГН ин нишондиҳанда

аз нишондиҳандаҳои назоратӣ 1,2 маротиба паст буд ва $55,5 \pm 2,0\%$ -ро ташкил дод, ки аз паст шудани резистентнокии организм гувоҳӣ медиҳад. Дар беморони БКО нишондиҳандаҳо аз нишондиҳандаҳои назоратӣ баланд ($1,9 \pm 2,0\%$) буданд ва $2,2 \pm 1,2\%$ -ро ташкил доданд, дар ҳоле ки дар беморони дорои КОГН ва КГШ ва КГН, баръакс паст шудани ИРИ мутаносибан то $1,8 \pm 0,3\%$ ва $1,5 \pm 1,5\%$, ба мушоҳида мерасад, ки аз набудани иммунодефитсит гувоҳӣ медиҳад. Ин тағйироти нишондиҳандаҳои имунӣ дар беморони мубтало ба бемориҳои ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ аз номуносиб будани аксуламали имунӣ дарак медиҳад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Нишондиҳандаҳои иммунологӣ дар беморони гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (n=105)

Нишондиҳанда	Гурӯҳи назоратӣ (n=20)	Бемории ПЛКД бе сирояти вирусӣ (n=20)	Бемории ПЛКД дар заминаи сирояти вирусӣ		
			БКО (n=36)	КОГН (n=35)	КГШ ва КГН (n=34)
	1	2	3	4	5
CD ₃ (%)	66,9±2,4	66,4±2,2	67,4±2,0	66,6±2,0	55,5±2,0
p	p1-5<0,001, p2-5<0,001, p3-5<0,001, p4-p5<0,001				
CD ₄ (%)	38,9±1,5	37,9±1,2	35,9±1,4	37,5±1,8	31,2±1,8
p	p1-5<0,001, p2-5<0,01, p3-5<0,05, p4-p5<0,01				
CD ₈ (%)	19,7±2,0	19,3±1,2	16,2±1,2	20,8±1,5	20,8±1,5
p	p1-3<0,05, p2-3<0,05, p3-4<0,001, p3-5<0,001				
ИРИ (CD ₄ /CD ₈)	1,9±0,2	1,9±0,2	2,2±0,3	1,8±0,3	1,5±0,2
p	p3-5<0,05				
CD ₂₀ (%)	21,5±1,5	21,3±1,5	22,2±1,4	21,8±1,8	25,1±1,8
p	>0,05				
Апоптоз CD ₉₅	27,4±2,1	27,4±2,1	25,8±2,5	26,8±2,2	23,2±2,1
p	>0,05				
NK CD ₁₆ (%)	7,3±1,5	7,7±1,5	11,9±0,5	8,9±0,5	12,3±0,5
p	p1-3<0,001, p1-5<0,001, p2-3<0,001, p2-5<0,001, p3-4<0,001, p4-5<0,001				
Фагоситоз CD ₃₂ (%)	53,0±2,0	54,3±2,0	59,7±2,6	55,7±2,7	54,9±1,9
p	p1-3<0,01, p2-3<0,001, p3-5<0,05				
Ig A (г/мл)	1,7±0,2	1,7±0,2	1,6±0,1	1,6±0,1	1,5±0,1
p	>0,05				
Ig M (г/мл)	1,6±0,2	1,6±0,2	1,5±0,01	1,5±0,01	1,4±0,01
p	>0,05				
IgG (г/мл)	9,7±0,7	9,7±0,6	10,5±1,2	9,9±0,6	11,3±1,7
p	>0,05				

Эзоҳе: p – фарқиятҳои аз ҷиҳати омори муҳимми байни гурӯҳҳои дахлдор нишон дода шудааст (тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Аз мавҷуд будани протесси сирояти ва паст шудани иммунитет баланд шудани нишондиҳандаҳои CD₂₀, Ig A ва M дарак медиҳанд, ки дар беморони дорои коструксияҳои ортопедӣ аз нишондиҳандаҳои назоратӣ хеле дур рафтаанд. То 1, 2 маротиба баланд шудани сатҳи IgG дар беморони дорои КГШ ва КГН дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ ($11,3 \pm 0,16$ г/л дар муқобили $9,7 \pm 0,74$ г/л)

аз ҷараёни музмину такроршавандаи протсессии сироятӣ дарак медиҳад. Аз мавҷуд будани протсессии сироятӣ ва паст шудани иммунитет баланд шудани нишондиҳандаҳои дарак медиҳанд, ки онҳо аз нишондиҳандаҳои назоратӣ бештар дар беморони дорои конструксияҳои ортопедӣ дур шудаанд. Дар заминаи баланд шудани муҳтавои киллерҳои натуралӣ дар хуни бемаорони таҳқиқшудаи БКО баланд шудани нишондиҳандаи CD32, ($59,7 \pm 2,6\%$) дида шуд, ки аз функцияи фаъоли фагоситарии организм дарак медиҳад, дар ҳоле ки дар беморони дорои КОГН ва КГШ ва КН ин нишондиҳанда паст буд ва мутаносибан $55,7 \pm 2,7\%$ ва $54,9 \pm 1,9\%$ -ро ташкил дод. Новобаста аз бемориҳои ПЛКД, ихтилолҳои иммунитетии гуморалӣ муайян карда шуданд, ки на танҳо бо балнад шудани CD20, балки бо баланд шудани сатҳи IgG низ зоҳир шуданд, ин аз музмин ва такроршаванда шудани протсессии сироят дарак медиҳад. Нишондиҳандаҳои нисбатан баланди IgG дар беморони дорои ППЛ ($11,3 \pm 0,16$ г/мл) мушоҳида шуд, ки нисбат ба нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ хеле баланд аст ($9,7 \pm 0,74$ г/мл). Нишондиҳандаи нисбатан пастии IgG дар беморони дорои ХТ ($9,9 \pm 0,16$ г/мл) ба қайд гирифта шуд. Паст шудани апоптоз низ дар беморони дорои ППЛ ба назар расид, ки ибто паст шудани нишондиҳандаҳои CD95 то $24,2 \pm 1,2\%$ зоҳир гашта, на танҳо аз нишондиҳандаҳои назоратӣ, балки дар муқоиса аз беморони дорои бемориҳои пародонт (ГНГ ва ПДТ) низ хеле паст буд, ки дар онҳо CD95 мутаносибан $26,8 \pm 0,2$ ва $26,4 \pm 0,5\%$ -ро ташкил дод. Аз микдори умумии бемороне, ки дар онҳо ихтилолҳои статуси иммунӣ ошкор карда шудааст ($n=87$), ҳангоми бемориҳои пародонт (ГНГ ва ПДТ) вай 1,8 маротиба бештар, нисбат ба ППЛ ($36/87; 41,4\%$ дар муқобили $20/87; 23,0\%$ ҳолат), 2 маротиба бештар, нисбат ба СА ($36/87; 41,4\%$ джар муқобили $17/87; 19,5\%$ ҳолат) ва 2,3 маротиба бештар назар ба ХТ ($36/87; 41,4\%$ дар муқобили $14/87; 16,1\%$ ҳолат) ба назар расид.

Баҳодиҳӣ ба навъҳои гемодинамики микросиркулятсияи ПЛКД дар 142 бемори мубтало ба ПЛКД гузаронида шуд. Гурӯҳи назоратиро 20 нафари солим ташкил дода, аз рӯйи чинс ва синну сол бидуни ҳолатҳои патологияи ПЛКД рандомизатсия (гурӯҳбандии тасодуфӣ) карда шуданд. Дар гурӯҳи беморони дорои ВГО нишондиҳандаи микросиркулятсия (НМ) $14,2 \pm 1,2$ пф.ед - ро ташкил дод, яъне дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ баланд ($10,39 \pm 0,1$ перф.ед) $p < 0,001$ буд, дар беморони дорои ВПО ва якҷояшавии ВГО ва ВПО мутаносибан $9,4 \pm 1,9$ ва $8,7 \pm 1,9$ пф.ед. –ро ташкил дод.

Тағйироти нишондиҳандаҳои ЛДФ дар заминаи сирояти ВГО дорои хусусиятҳои баланд шудани компонентҳои фаъоли маҷрои хуни маҳаллӣ (ALF) буда, дар мавқеъҳои осебдида $39,22 \pm 0,11\%$ ва ноҳияҳои беосеби пӯст $38,13 \pm 0,03\%$ мебошанд, дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи беморони дорои бемориҳои ПЛКД –и бидуни сирояти вирусӣ. Дар заминаи нишондиҳандаҳои баланди ALF ($p < 0,001$) дар беморони дорои ВГО баланд шудани нишондиҳандаҳои (АНФ) ва паст шудани тағйирёбии набз (ACF) ба мушоҳида мерасад, ки дар паст шудани шохиси самаранокии микросиркулятсия

(ШСМ) инъикос ёфтааст ва дар маҳалли осебдида $1,0 \pm 0,19$ воҳиди шартиро ташкил медиҳад, дар муқоиса аз маҳаллҳои осебнадидаи ПЛКД ($1,2 \pm 0,19$ воҳиди шартӣ), $1,4$ маротиба камтар аст аз ШСМ дар беморони дорои ПЛКД бидуни сирояти вирусӣ ҳамроҳшуда ($1,4 \pm 0,19$ воҳиди шартӣ) ва $1,3$ маротиба камтар аст дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ ($1,34 \pm 0,2$ воҳиди шартӣ). (ҷадвали 2)

Ҷадвали 2. - Нишондиҳандаҳои ЛДФ дар беморон вобаста аз сирояти вирусӣ муайян кардашуда (n=142)

Нишондиҳандаи ЛДФ	Минтақаи таҳқиқ	Беморони дорои бемориҳои ПЛКД дар заминаи сирояти музмини вирусӣ			Бе сирояти вирусӣ (n=21)	Гурӯҳи назоратӣ (n=20)
		Бо ВГО (n=52)	Бо ВПО (n=26)	ВГО ва ВПО (n=43)		
НМ (в.пф)	Мавқеи осеб	$14,38 \pm 0,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$8,14 \pm 0,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$9,24 \pm 0,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$11,53 \pm 0,1$	$10,39 \pm 0,1$
	Ноҳияҳои осебнадида	$13,19 \pm 0,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$8,12 \pm 0,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$9,12 \pm 0,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$10,23 \pm 0,3$	
ALF (%)	Мавқеи осеб	$39,22 \pm 2,2$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,03 \pm 2,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,13 \pm 2,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$48,02 \pm 2,7$	$48,19 \pm 2,4$
	Ноҳияҳои осебнадида	$38,13 \pm 2,1$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,14 \pm 2,3$ $p_1, p_2 < 0,001$	$37,24 \pm 2,4$ $p_1, p_2 < 0,001$	$48,18 \pm 2,8$	
АНФ (%)	Мавқеи осеб	$29,14 \pm 2,2$ $p_1 < 0,01$ $p_2 < 0,05$	$27,25 \pm 2,1$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$25,22 \pm 2,2$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$21,17 \pm 2,1$	$23,45 \pm 2,1$
	Ноҳияҳои осебнадида	$22,17 \pm 2,1$ $p_1, p_2 > 0,05$	$27,17 \pm 2,3$ $p_1, p_2 > 0,05$	$25,12 \pm 2,4$ $p_1, p_2 > 0,05$	$23,14 \pm 2,2$	
ACF (%)	Мавқеи осеб	$9,12 \pm 0,2$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$13,17 \pm 0,4$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$11,14 \pm 0,3$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,01$	$12,02 \pm 0,5$	$12,29 \pm 0,5$
	Ноҳияҳои осебнадида	$9,62 \pm 0,3$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$13,22 \pm 0,4$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$11,22 \pm 0,3$ $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$	$12,11 \pm 0,5$	
ШСМ (усл.ед)	Мавқеи осеб	$1,0 \pm 0,19$ $p_1, p_2 > 0,05$	$0,9 \pm 0,12$ $p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,0 \pm 0,19$ $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$	$1,4 \pm 0,19$	$1,34 \pm 0,2$
	Ноҳияҳои осебнадида	$1,2 \pm 0,19$ $p_1, p_2 > 0,05$	$0,9 \pm 0,12$ $p_1, p_2 > 0,05$	$1,0 \pm 0,19$ $p_1, p_2 > 0,05$	$1,4 \pm 0,19$	
ЗХК (%)	Мавқеи осеб	$195,2 \pm 11,3$ $p_1, p_2 > 0,05$	$192,4 \pm 11,1$ $p_1, p_2 > 0,05$	$215,1 \pm 13,4$ $p_1, p_2 > 0,05$	$194,3 \pm 12,4$	$200,2 \pm 12,1$
	Ноҳияҳои осебнадида	$197,1 \pm 11,2$ $p_1, p_2 > 0,05$	$197,3 \pm 11,4$ $p_1, p_2 > 0,05$	$210,2 \pm 13,2$ $p_1, p_2 > 0,05$	$198,2 \pm 12,2$	

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни ҳамаи гурӯҳҳои таҳқиқшаванда (тибқи Н-критерияи Крускал-Уоллис); p_1 – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо ҳангоми муқоиса кардан бо гурӯҳи назоратӣ, p_2 – ҳангоми муқоиса кардан бо гурӯҳи 1, p_3 – ҳангоми муқоиса кардан бо гурӯҳи 2 ($p_1 - p_3$ тибқи U-критерияи Манн-Уитни).

Зиёд шудани амплитудаи мавҷҳои нафаскашӣ аз пастшавии фишори ы микросиркуляторӣ, бад шудани аксулчараёни хун ва зиёд шудани ҳаҷми хун дар звенои венулярӣ дарак медиҳад. Дар беморони дорои ВПО нишондиҳандаи ALF назар ба беморони гурӯҳи бидуни сирояти вирусӣ паст буд. Дар заминаи нисбатан баланд будани нишондиҳандаи АНФ ва паст будани АCF паст будани

ШСМ то $0,9 \pm 0,12$ в/ш. дида шуд. Дар гурӯҳи беморони дорои якҷояшавии ВГО ва ВПО паст шудани нишондиҳандаи ШСМ мушоҳида гашт, ки $1,0 \pm 0,19$ %-ро ташкил дод, яъне дар гурӯҳи беморони бидуни сирояти вирусӣ $1,4$ маротиба камтар ($1,4 \pm 0,19\%$) буд.

Дар асоси нишондиҳандаҳои ЛДФ муайян карда шуд, ки типи нормосиркулятории микросиркулятсия (ТНМС) $1,6$ маротиба бештар дар беморони дорои БКО ($29/51; 56,9\%$) дида шуд назар ба беморони дорои КОГН ($17/48; 35,4\%$) ва $2,2$ маротиба бештар нисбат ба беморони дорои КГШ ва ГН ($11/43; 25,6\%$). Дар ин маврид дар беморони дорои констрuksияҳои ортопедӣ бештар навъҳои вазнини гемодинамика ба чашм расид. Типи спазматикии микросиркулятсия (ТСМС) дар беморони дорои КОГН ва КГШ ва ГН мутаносибан дар $13/48; 27,1\%$ ва $13/43; 30,2\%$ ҳолат муайян карда шуд, ки $1,5$ ва $1,7$ маротиба аз беморони дорои БКО бештар ($9/51; 17,6\%$ ҳолат) аст.

Типи рукудкунанда ва спазматикии микросиркулятсия (ТРСМ) дар беморони дорои КГШ ва ГН НСОК 2 маротиба ($17/43; 39,5\%$ дар муқобили $9/48; 18,8\%$ ҳолат) ва $6,7$ мартиба ($17/43; 39,5\%$ дар муқобили $3/51; 5,9\%$ ҳолат) бештар дида шуд назар ба беморони дорои БКО.

Бо мақсади такмил додани табобати бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон (ПЛҚД) бо дар назардошти сирояти вирусии ошкор кардашуда дар гурӯҳи асосӣ (55 бемор) табобати комплексӣ тавассути истифодаи системавии препаратҳои инозин пранобекс (бо дозаи стандартӣ: 1 ҳабб (500 мг) дар 10 кг массаи бадани бемор 3 маротиба дар давоми 10 шабонарӯз, баъдан танаффус – 14 шабонарӯз сурат гирифт, баъди ин $2-3$ ҳамин гуна курс бо фосилаи $10-14$ шабонарӯз) ва истифодаи маҳаллии лазерофорез гели Виферон гузаронида шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ (50 бемор) табобати стандартии бемории ПЛҚД анҷом дода шуд.

Баъди 3 моҳи гузаронидани табобат пастшавии титри Ig G 3 маротиба бештар ба назар трасид нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ($26/55; 47,3\%$ дар муқобили $8/50; 16,0\%$ ҳолат). Баъди 6 моҳи табобат титрҳои ташхисии антитела дар $40/55; 72,7\%$ бемори гурӯҳи асосӣ муайян укарда шуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ чунин беморон $1,2$ маротиба камтар ($30/50; 60,0\%$ дар муқобили $40/55; 72,7\%$) ба мушоҳида расиданд. Дар заминаи табобати гузаронидашуда нишондиҳандаи миёнаи сарбории вирусӣ дар гурӯҳи асосӣ баъди 3 моҳ то $1,6$ маротиба паст шуд ($4,86 \pm 1,2$ Lg дар муқобили $2,98 \pm 1,3$ Lg), дар гурӯҳи назоратӣ бошад танҳо $1,2$ маротиба ($4,86 \pm 1,2$ Lg дар муқобили $4,02 \pm 1,2$ Lg). Баъди 6 сарбории вирусӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ $1,8$ маротиба ($4,86 \pm 1,2$ Lg дар муқобили $2,76 \pm 1,5$ Lg) кам шудааст, дар гурӯҳи назоратӣ бошад - то $1,5$ маротиба ($4,86 \pm 1,2$ Lg дар муқобили $3,14 \pm 1,5$ Lg). Дар гурӯҳи асосӣ пас аз табобати гузаронидашуда миқдори беморони дорои сарбории муҳимми клиникаи вирусӣ аз $26/55; 47,3\%$ то $12/55; 21,8\%$, яъне $2,2$ маротиба паст шудааст. Дар гурӯҳи назоратӣ миқдори беморони дорои сарбории аз ҷиҳати клиникӣ муҳимми вирусӣ пас аз табобат аз $28/50; 56,0\%$ то $19/50; 38,0\%$ ҳолат, яъне $1,5$ маротиба кам шудааст. Пас аз табобати гузаронидашуда миқдори беморони дорои

сарбории муҳиммияташ ками клиникии вирусӣ дар гурӯҳи асосӣ 22/55;40,0% - ро ташкил дод, ки назар ба гурӯҳи назоратӣ 1,4 маротиба– 14/50;28,0% зиёд аст. Табобати гузаронидашуда ҳам ба нишондиҳандаҳои хучайравӣ ва ҳам ба иммунитетҳои гуморалӣ таъсир расонидааст. Дар гурӯҳи асосӣ барқароршавии нишондиҳандаҳои иммунӣ дар 48/55;87,3% бемор, дар гурӯҳи назоратӣ бошад– дар 28/50;56,0% бемор дида шуд, яъне 1,6 маротиба камтар дида шуд. Тахти таъсири табобати гузаронидашуда дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ миқдори беморони дорои микросиркулятсияи МННС 1,5 маротиба бештар (27/55;49,1% дар муқобили 16/50;32,0% ҳолат) буд, миқдори беморони дорои ТСМС бошад - 1,8 маротиба камтар, яъне 9/55;16,4% дар муқобили 15/50;30,0% ҳолатро ташкил доданд. Ғайр аз ин, ТРСМ-и вазнин дар байни беморони гурӯҳи асосӣ дар ягон ҳолат ба қайд гирифта нашуд, дар гурӯҳи назоратӣ бошад, вай дар 7/50%;14,0% ҳолат муайян карда шуд.

Самаранокии муқоисавии табобати комплекси ПЛКД дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ дар асоси нишондиҳандаҳои ба монанди барқароршавии статуси пародонтологӣ, набудани зуҳуроти клиники бемории ПЛКД, набудани ретсидивҳо дар давоми 6 моҳи пас аз табобати гузаронидашуда анҷом дода шуд. Барқароршавии статуси пародонтологӣ аз рӯи критерияҳои зерин баҳогузорӣ карда шуд: беҳбудӣ (шоҳиси Мюллеман - 0 балл, миқдори йодии Свраков - 0 балл, шоҳиси папиллярӣ-маргинали-алвеолярӣ – 0 балл, набудани кисаҳои пародонталӣ), таъсири суст (шоҳиси Мюллеман - 1-2 балл, миқдори йодии Свраков - то 2,3 балл, шоҳиси папиллярӣ-маргинали-алвеолярӣ – <30%, умқи кисаҳои пародонталӣ– < 2 мм), набудани самаранокӣ (шоҳиси Мюллеман - >1-2 балл, миқдори йодии Свраков й - > 2,3 балл, шоҳиси папиллярӣ-маргинали-алвеолярӣ– >30%, умқи кисаҳои пародонталӣ – > 2мм). Пурра вучуд надоштани бусурот (доначаҳо) дар ПЛКД аз шифоёбии клиникӣ; мавҷуд будани бусурот (доначаҳо) – аз набудани самаранокӣ дарак медиҳанд. Мавҷуд будани 1-2 хуруҷи беморӣ аз ретсидиви бемории ПЛКД дарак медиҳад Самаранокии табобати гузаронидашуда ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар гурӯҳи назоратӣ ҳангоми ҳама бемориҳои ПЛКД мушоҳида карда шуд. Аммо дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ миқдори беморони статуси пародонтологияшон беҳбудиефта дар беморони дорои СА 1,5 маротиба бештар буд (7/10;70% дар муқобили 4/8;50,0% ҳолат), дар беморони дорои ГНГ –1,6 маротиба (7/11;63,6% дар муқобили 4/10;40,0%), дар беморони дорои ПДТ –1,2 маротиба (7/12;58,3% дар муқобили 5/10;50,0%), ППЛ – 2 маротиба (8/10;80,0% дар муқобили 4/10;40,0%), бо ХТ – 1,3 маротиба (9/12;75,5% дар муқобили 7/12;58,3% ҳолат). Набудани самаранокии беҳбудии статуси пародонтологӣ дар гурӯҳи асосӣ танҳо дар 2/11;18,2% бемори дорои ГНГ ва 1/12; 8,4% бемори дорои ПДТ ба назар расид, дар ҳоле ки дар гурӯҳи назоратӣ вай дар ҳама бемориҳои ПЛКД, ба истиснои СА мушоҳида шуд. Табобати комплекси гузаронидашуда дар гурӯҳи асосӣ дар беморони дорои ППЛ ПЛКД 2, 3 маротиба бештар дида шуд назар ба гурӯҳи назоратӣ, яъне 7/10;70,0% дар муқобили 30/10;30,0% бемор.

Ғайр аз ин, дар гурӯҳи асосӣ шифоёбии клиникӣ дар 12/12;100,0% ҳолат ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 8/12;66,7% бемор дида шуд, яъне 1,5 маротиба камтар. Дар беморони гурӯҳи асосии дорои бемориҳои ПЛҚД назар ба гурӯҳи назоратӣ миқдори ретсидивҳо кам шудааст. Бештар ах ҳама набудани ретсидивҳои ПДТ ба мушоҳида мерасанд, ки 2,8 маротиба дар гурӯҳи асосӣ дида шуд назар ба гурӯҳи назоратӣ (10/12;83,3% дар муқобили 3/10;30,0% ҳолат). Ба андозаи 2,5 бештар набудани ретсидивҳо дар беморони гурӯҳи асосии дорои ХТ (10/12;83,3% дар муқобили 4/12;33,3% ҳолат) ба қайд гирифта шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - Самаранокии таъобати ПЛҚД дар гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ баъди як моҳи таъобат.

Меъёрҳои баҳодихӣ ба самаранокӣ		Бемориҳои ПЛҚД					Ҷамагӣ (n=55)
		СА (n=10)	ГНГ (n=11)	ПДТ (n=12)	ППЛ (n=10)	ХТ (n=12)	
Гурӯҳи асосӣ (n=55)							
Статуси пародонтӣ	Беҳбудӣ	7 (70,0%)	7 (63,6%)	7 (58,3%)	8 (80,0%)	9 (75,5%)	38 (69,1%)
	Самаранокӣ кам	3 (30,0%)	2 (18,2%)	4 (33,3%)	2 (20,0%)	3 (25,0%)	14 (25,4%)
	Набудани самаранокӣ	0	2 (18,2%)	1 (8,4%)	0	0	3 (5,5%)
Аломат. клин. бем. ПЛҚД	Шифоёбии клиникӣ	10 (100%)	8 (72,7%)	9 (75,0%)	7 (70,0%)	12 (100,0%)	46 (83,6%)
	Набудани самаранокӣ	0	3 (27,3%)	3 (25,0%)	3 (30,0%)	0	9 (16,4%)
Ретсидивҳои бемориҳои ПЛҚД	Нест	8 (80,0%)	9 (81,8%)	10 (83,3%)	9 (90,0%)	10 (83,3%)	46 (83,6%)
	Дида шуд	2 (20,0%)	2 (18,2%)	2 (16,7%)	1 (10,0%)	2 (16,7%)	9 (16,4%)
Гурӯҳи назоратӣ (n=50)							
Меъёрҳои баҳодихӣ ба самаранокӣ		Бемориҳои ПЛҚД					Ҷамагӣ (n=50)
		АС (n=8)	ГНГ (n=10)	ПДТ (n=10)	ППЛ (n=10)	ХТ (n=12)	
Статуси пародонтӣ	Беҳбудӣ	4 (50,0%)	4 (40,0%)	5 (50,0%)	4 (40,0%)	7 (58,3%)	24* (48,0%)
	Самаранокӣ кам	4 (50,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	3 (25,0%)	19 (38,0%)
	Набудани самаранокӣ	0	2 (20,0%)	1 (10,0%)	2 (20,0%)	2 (16,7%)	7 (14,0%)
Аломатҳои клиникӣ бемориҳои ПЛҚД	Шифоёбии клиникӣ	8 (100%)	7 (70,0%)	7 (70,0%)	3 (30,0%)	8* (66,7%)	33* (66,0%)
	Набудани самаранокӣ	0	3 (30,0%)	3 (30,0%)	7 (70,0%)	4* (33,3%)	17* (34,0%)
Ретсидивҳои бемориҳои ПЛҚД	Нест	4 (50,0%)	5 (50,0%)	4* (40,0%)	3 (30,0%)	7 (58,3%)	23** (46,0%)
	Дида шуд	4 (50,0%)	5 (50,0%)	6* (60,0%)	7 (70,0%)	5 (41,7%)	27** (54,0%)

Эзоҳ: *p<0,05, **p<0,001 – ҳангоми муқоиса кардан бо ҳамин гуна нишондодҳо дар гурӯҳи асосӣ (тибки критерияи χ^2)

Набудани ретсидивҳои ГНГ дар гурӯҳи асосӣ 2 маротиба бештар буд назар ба гурӯҳи назоратӣ (9/11;81,8% дар муқобили 4/10;40,0 ҳолат), СА–1,6

маротиба (8/10;80,0% дар муқобили 4/8;50,0% ҳолат) ППЛ – 1,3 маротиба (9/10;90,0% дар муқобили 7/12;70,0% ҳолат).

Дар беморони гурӯҳи асосӣ, гузаронидани табобати комплексӣ бо истифода аз препарати Инозин пранобекс ва лазерофорез гели Виферон Дар беморони дорои БКО самаранокии хуб нишон дод, чунки дар инҳо дар муқоиса аз беморони дорои КОГН 1,3 маротиба бештар нишондиҳандаҳои муътадили статуси пародонтологӣ (16/18;88,8% дар муқобили 14/21;66,7% ҳолат) ва 3 маротиба бештар набудани ретсидивҳои бемориҳои ПЛКД (18/18;100,0% дар муқобили 16/21;76,2% ҳолат) дида шуд. Дар муқоиса аз беморони гирифтори КГШ ва ГН дар беморони дорои БКО 1,8 маротиба бештар нишондиҳандаҳои муътадли пародонтологӣ (16/18;88,8% дар муқобили 8/16;50,0% ҳолат), 1,5 бештар – набудани аломатҳои бемориҳои ПЛКД (17/18;94,4% дар муқобили 10/16;62,5% ҳолат), 1,3 маротиба бештар – набудани ретсидивҳои бемориҳои ПЛКД (18/18;100% дар муқобили 12/16;75,0% ҳолат) мушоҳида гашт. Дар беморони гурӯҳи асосии дорои КОГН дар муқоиса аз беморони дорои КГШ ва ГН 1,3 маротиба бештар нишондиҳандаҳои муътадили статуси пародонтологӣ (14/21;66,7% дар муқобили 8/16;50,0%) ва 1,4 маротиба бештар набудани бемориҳои ПЛКД (19/21;90,5% дар муқобили 10/16;62,5% ҳолат) дида шуд. Набудани ретсидивҳои бемориҳои ПЛКД дар беморони дорои КОГН ва КГШ ва ГН мутаносибан, дар 16/21;76,2% ва 12/16;75,0% ҳолат мушоҳида гашт.

Ҳамин тавр, табобати комплекси пешниҳодшуданазар ба табобати стандартӣ 1, 4 маротиба бештар ба беҳтаршавии статуси пародонтологӣ (38/55;69,1% дар муқобили 25/50;50,0% ҳолат) ва то 1,3 маротиба бештар ба шифоёбии клиникӣ (46/55;83,6% дар муқобили 33/50;66,6% ҳолат) оварда расонид. Дар гурӯҳи асосӣ дар давоми 6 моҳи муоина набудани ретсидивҳо 1,8 маротиба бештар буд назар ба гурӯҳи асосӣ, яъне 46/55;83,6% дар муқобили 23/50;46,0% ҳолатро ташкил дод.

Хулосаҳо

1. Дар беморони дорои бемориҳои ковокии даҳон дар 43/142;30,2% ҳолат якҷояшавии сироятҳои герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ муайян карда мешавад, яъне 1,7 маротиба бештар аз моносирояти ВПО ва 1,2 маротиба камтар аз моносирояти ВГО. Дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ якҷояшавии ВГО ва ВПО назар ба беморони бидуни протезҳои дандонҳо 1,2 маротиба бештар мушоҳида мегардад [1-А, 2-А, 3-А, 14-А, 16-А, 17-А, 21-А]
2. Бемориҳои ковокии даҳон дар 50 (52,6%) ҳолат дар заминаи сирояти музмини герпесвирусӣ чараён мегирад, реактиватсияи ВГО 2 маротиба бештар дар беморони бидуни конструкцияҳои ортопедӣ ба назар мерасад, нисбат ба будани онҳо. Сирояти папилломавирусии бемориҳои ковокии даҳон дар 34 (49,2%) ҳолат дорои сарбории муҳиммиаташ ками вирусӣ ҳастанд, дар беморони бидуни конструкцияҳои ортопедӣ вай 2 маротиба камтар ба назар мерасад, нисбат ба дорои конструкцияҳои ортопедӣ [4-А, 7-А, 9-А, 12-А, 13-А, 15-А, 22-А, 24-А, 25-А]

3. Дар 87 (82,9%) –и беморони дорои бемориҳои пардаи луобии ковокии даҳон (ПЛҚД) ва сирояти вирусии муайян кардашуда ихтилоли статуси иммунӣ дида мешавад, ки барояш сатҳи баланди CD16, CD32 Т-лимфоситҳо хос аст, инро этиологияи вирусии протсессии илтиҳобӣ ва нишондиҳандаҳои пасти CD 95, ки масъули апоптоз ҳастанд, тасдиқ мекунад ва ин ба иммуносупрессия далолат мекунад. Дар беморони дорои беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ ихтилолҳои статуси иммунӣ 1,4 маротиба бештар дучор мешаванд, нисбат ба беморони бидуни протезҳои дандонҳо [5-А]
4. Ихтилоли маҷрои хуни маҳаллӣ дар 85,2% -и беморони гирифтори бемориҳои ковокии даҳон дида мешавад, дар 64 (45,0%) ҳолат онҳо ҳамчун навъи вазнини гемодинамика пешниҳод мешаванд, ки 2,4 маротиба бештар дар шахсони дорои конструкцияҳои ортопедӣ ҳастанд, назар ба шахсони бидуни онҳо [8-А, 10-А, 11-А, 19-А, 20-А]
5. Табобати комплекси бемориҳои ковокии даҳон бо истифодаи препаратҳои Инозин пранобекс ва лазерофорез гели Виферон дар мавқеи осеб дар муқоиса аз табобати маъмулӣ 1,2 маротиба бештар ба кам шудани титрҳои Ig G к ВПГ ва 2,2 маротиба бештар ба кам шудани сарбории муҳимми клинӣи вирусӣ мусоидат мекунад, ки 1, 4 маротиба бештар онро барқароршавии статуси иммунӣ ва 1,5 маротиба барқароршавии нишондиҳандаҳои маҷрои тхуни маҳаллӣ ҳамроҳӣ мекунад. гузаронида шуд. Дар натиҷаи усули пешниҳоднамудаи табобат 1, 4 маротиба бештар беҳтаршавии статуси пародонтологӣ, 1,3 маротиба бештар шифоёбии клинӣи ва 1,8 маротиба бештар кам шудани миқдори ретсидивҳо ба мушоҳида мерасад [6-А, 18-А, 23-А]

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Ҳангоми мураккабии беморони дорои ПЛҚД ба ҳисоб гирифтани лозим аст, ки дар 48,6%-и ҳолатҳо онҳо дар заминаи сироятҳои герпесвирусӣ ва папилломавирусӣ ҷараён мегиранд, ки бештар дар беморони дорои протези дандонҳо дида мешавад.
2. Ҳангоми табобати бемориҳои ковокии даҳон ба табобати комплексӣ препарати Инозин пранобекс ва лазерофорез гели Виферонро ба мавқеи осебдохил кардан зарур аст, чунки дар муқоиса аз табобати маъмулӣ усули пешниҳодшуда 1,4 маротиба бештар ба беҳтаршавии статуси пародонтологӣ ва 1,3 маротиба бештар ба шифоёбии клинӣи ва 1,8 маротиба бештар кам шудани ретсидивҳо оварда мерасонад.

**Корҳои илми нашршуда мувофиқи мавзӯи диссертатсия
Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшаванда нашршуда**

- [1-М]. Артыкова, Н.К. Влияние хронической вирусной инфекции на состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами [Текст] /Н.К. Артыкова, Х.Р. Турсунова Х.Р., З.Х. Юсупова// Здоровоохранение Таджикистана.- 2021.- №1.- С.11-16.
- [2-М]. Артыкова, Н.К. Зухуроти клиникҳои сирояти вирусии ковокии даҳон дар шаҳсоне, ки аз протези гирифташаванда истифода мекунанд [Матн]/Н.К. Артыкова//Авчи Зухал. – 2021. - №2. - С. 90-94
- [3-М]. Артыкова, Н.К. Роль вирусной инфекции в патологии слизистой оболочки полости рта у лиц, с ортопедическими конструкциями [Текст] /Н.К. Артыкова// Здоровоохранение Таджикистана.- 2022.- №1 (352).- С.17-23.
- [4-М]. Артыкова, Н.К. Папилломавирусная инфекция слизистой полости рта и ее кожные проявления у лиц, пользующихся зубными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2022.- №3.- С.13-19
- [5-М]. Артыкова, Н.К. Вазъи иммунии беморони гирифтори бемориҳои луобҳои даҳон дар заминаи сирояти вирусӣ дар шаҳсоне, ки аз сохторҳои ортопедӣ истифода мебаранд [Матн]/З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова// Авчи Зухал. – 2023. - №4. – С.80-88
- [6-М]. Артыкова, Н.К. Эффективность противовирусной терапии при лечении заболеваний слизистой полости рта у лиц, пользующихся зубными конструкциями [Текст] З.Х. Юсупова, Н.К. Артыкова//Симург. -2023.-№4. – С.68-76.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсиҳои нашршуда

- [7-М]. Артыкова, Н.К. Клинические проявления изменений слизистой оболочки полости рта у лиц с несъемными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х. Муниева, З.Х. Юсупова // Материалы ежегодной XXV- научно-практической конференции ГУ ИПОвСЗ РТ «Новые направления развития медицинской науки и образования». - Душанбе, 2019.- С.41.
- [8-М]. Артыкова Н.К. Состояние кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с зубными протезами, с сопутствующей хронической герпесвирусной инфекцией[Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х. Муниева, З.Х. Юсупова.// Материалы ежегодной XXV научно-практической конференции ГУ «ИПОвСЗ РТ» «Новые направления развития медицинской науки и образования». - Душанбе, 2019.- С.42.
- [9-М]. Артыкова, Н.К. Разновидности папиллом на слизистых оболочках [Текст] / Н.К. Артыкова С.Х. Муниева, Д.Б.Муниев// Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ

- имени Абуали ибни Сино» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» - Душанбе, 2020 – С.10-11
- [10-М]. Артыкова, Н.К. Состояние микроциркуляции слизистых оболочек полости рта при различных видах несъемных протезов [Текст] / Н.К. Артыкова // Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» - Душанбе, 2020 – С.557.
- [11-М]. Артыкова, Н.К. Нарушение местного кровотока при патологических состояниях слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.К. Артыкова, У.С. Самадзода, Ш.А. Абдулхаков// Материалы международной научно-практической конференции (68-й годичной) ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)». – Душанбе, 2020 – Т.1. -С.161
- [12-М]. Артыкова, Н.К. Папилломавирусная инфекция слизистых оболочек полости рта и красной каймы губ [Текст] / С.Х. Муниева, Н.К. Артыкова, У.С. Самадзода, Ш.Х. Абдулхаков// Научно-практический журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина» Ташкент.- 2020.-№3(47). - С.45.
- [13-М]. Артыкова, Н.К. Герпетические поражения слизистой оболочки и кожи вокруг рта [Текст] / Н.К. Артыкова, Д.Б.Муниев, Т.Н.Камолова// Материалы 75 научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных – Самарканд.- 2021.- С.209
- [14-М]. Артыкова, Н.К. Герпесвирусная инфекция слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова, Д.Б.Муниев, Т.Н.Камолова// Материалы 75 научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных – Самарканд.- 2021.- С.210
- [15-М]. Артыкова, Н.К. Герпетические высыпания у стоматологических пациентов [Текст] / Н.К. Артыкова, Ш.А.Абдулхаков, С.Д.Ёров// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» - Душанбе, 2021 – С.379
- [16-М]. Артыкова, Н.К. Роль вирусной инфекции в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся несъемными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» - Душанбе, 2021 – С.677
- [17-М]. Артыкова, Н.К. Папилломавирусная инфекция слизистых оболочек полости рта [Текст] / Н.К. Артыкова, Т.Н.Камолова, У.С. Самадзода// Материалы XVI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» - Душанбе, 2021 – С.718.

- [18-М]. Артыкова, Н.К. Комплексное лечение пациентов с герпесвирусами [Текст] / С.Х.Муниева, Н.К. Артыкова, У.С. Самадзода// Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019- 2021)». - Душанбе, 2021. – Т.1- С. 561-562.
- [19-М]. Артыкова, Н.К. Влияние вирусной инфекции на состояние кровотока слизистой оболочки полости рта у больных с зубными протезами [Текст] / Н.К. Артыкова, З.Х. Юсупова // Материалы научно- практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019- 2021)». - Душанбе, 2021. – Т.1С. 32-33
- [20-М]. Артыкова, Н.К. Наружная терапия в комплексном лечении пациентов с герпесвирусами [Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х.Муниева, У.С. Самадзода// Материалы научно- практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019- 2021)». - Душанбе, 2021. – С. 563-564.
- [21-М]. Артыкова, Н.К. Влияние вируса папилломы человека на состояние слизистых оболочек полости рта у лиц, пользующихся зубными протезами [Текст] / С.Х.Муниева, Н.К. Артыкова, Т.Н.Камолова// Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годичная), посвященная 30-летию независимости РТ.-2021.- Т.2. - С. 279
- [22-М]. Артыкова, Н.К. Проявление вирусной инфекции слизистой оболочки полости рта у лиц, со съёмными и несъёмными протезами [Текст] / З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова, М.З.Назарова// Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годичная), посвященная 30-летию независимости РТ.-2021.- С. 287
- [23-М]. Артыкова, Н.К. Лечение герпетической инфекции у лиц с несъемными протезами с применением магнитно-лазерного излучения [Текст] / Н.К. Артыкова// Материалы XXVIII научно-практической конференции с международным участием ГОУ «ИПОСЗРТ».-2022.-С.180.
- [24-М]. Артыкова, Н.К. Вирус простого герпеса при заболеваниях слизистой оболочки полости рта [Текст] / Н.К. Артыкова, С.Х.Муниева, Х.Х.Назаров// Материалы юбилейной (70-й) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием». – 2022.- Том 2.- С.459-460
- [25-М]. Артыкова, Н.К. Заболевания пародонта у лиц, пользующихся зубными протезами на фоне вирусной инфекции [Текст] / З.Х.Юсупова, Н.К. Артыкова// Материалы международной научно-практической конференции, посвящённой памяти учёного С. Кубаева. – Самарканд, 2022. – С. 93 - 97

Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

- БКО – бе конструкцияҳои ортопедӣ
- ВГО – вируси герпеси оддӣ
- ВПО – вируси папилломаи одам
- ГНГ - гингивит
- ЗГХК – захираи гардиши хуни капиллярӣ
- КОГШ – конструкцияҳои ортопедии гирифташаванда
- КОГШ ва ГН – конструкцияҳои ортопедии гирифташаванда ва гирифтанашаванда
- ЛДФ -лазердоплерфлоуметрия
- НМ – нишондиҳандаҳои микросиркулятсия
- ННСМ – навъи нормосиркулятории микросиркулятсия
- НПТМ – навъи гиперемии микросиркулятсия
- НРСМ – навъи рукудиву статика микросиркулятсия
- ПДТ - пародонтит
- ПЛКД – пардаи луобии ковокии даҳон
- ППЛ - папиллома
- СА– стоматити афтозӣ
- СГВ – сирояти герпесвирусӣ
- СПТМ – навъи спазматикии микросиркулятсия
- ХТ - хейлит
- ШСМ – шохиси самаранокии микросиркулятсия

АННОТАЦИЯ

Артыкова Нигина Каримджоновна

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Ключевые слова: заболевания полости рта, съемные и несъемные ортопедические конструкции, герпесвирусная и папилломавирусная инфекция, микроциркуляция слизистой полости рта, иммунный статус, интерлейкин-6

Цель исследования. Оптимизация терапии заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с ортопедическими конструкциями с учетом выявленной вирусной инфекции.

Методы исследования. Количественное и качественное исследование биоматериала на вирус папилломы человека (ВПЧ) заключалось в выявлении ДНК ВПЧ в исследуемом материале (мазки с очагов поражения СОПР) с определением вирусной нагрузки. Определение серологических маркеров герпесвирусной инфекции сыворотки крови исследовалось методом иммуноферментного анализа (ИФА) и определением специфических антител класса IgM, IgG и авидности IgG с применением тест-системы «Вектор-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия). Оценка иммунного статуса проводилась методом иммунофлуоресценции «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание общих иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Содержание в сыворотке крови ИЛ-6 определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора ООО «Цитокин» (Россия). Местный кровоток исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАЗМА ПФ (Россия). Для статистической обработки материала использовалась программа «Statistica 10» (Stat Soft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна. Заболевания СОПР в 85,2% случаях протекают на фоне герпесвирусной и папилломавирусной инфекции. У пациентов с ортопедическими конструкциями в 1,2 раза чаще, чем у пациентов без зубных протезов встречается сочетание ВПГ и ВПЧ. Папилломавирусная инфекция в 2,3 раза чаще проявляется неонкогенными типами, чем низкого онкогенного риска, которые в 2 раза чаще встречаются у пациентов с ортопедическими конструкциями, чем без них (16 (37,2%) против 5 (19,2%) случаев. Нарушения местного кровотока наблюдаются у 85,2% пациентов с заболеваниями СОПР. При наличии ортопедических конструкций в 2,4 раза чаще наблюдаются тяжелые типы микроциркуляции.

Рекомендации по использованию. Включение в комплексную терапию заболеваний полости рта системного препарата препарат Инозин пранобекс и введение геля Виферон в очаги поражения по сравнению с общепринятой терапией чаще приводит к улучшению пародонтологического статуса, к клиническому выздоровлению и снижает частоту рецидивов.

Область применения: стоматология

АННОТАТСИЯИ
Артикова Нигина Каримчонова
ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ БЕМОРИҲОИ КОВОКИИ ДАҲОН ДАР
ЗАМИНАИ СИРОЯТИ ВИРУСИ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ
КОНСТРУКСИЯҲОИ ОРТОПЕДИ

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои ковокии даҳон, конструкцияҳои гирифташаванда ва гирифтанашавандаи ортопедӣ, сирояти герпесвируси ва папилломавируси, микросиркулятсияи пардаи луобии ковокии даҳон, статуси иммунӣ, интерлейкин-6

Мақсади таҳқиқот. Оптимизатсияи табобати бемориҳои ковокии даҳон дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ бо назардошти сирояти вирусии ошқор кардашуда.

Усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти миқдорӣ ва сифатии биомавод барои вируси папилломаи одам (ВПО) аз ошқор сохтани ДНК дар ВПО дар маводи таҳқиқшаванда (молишак аз лонаи осебҳои ПЛДК) бо муайян кардани сарбории вирус иборат буд. Муайян кардани маркерҳои сироятҳои серологии герпесвируси зардоби хун бо усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) ва муайян кардани антителаҳои махсуси синфи IgM, IgG ва avidity IgG бо истифодаи тест-системаи «Вектор-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия) таҳқиқ карда шуд. Баҳодихӣ ба статуси иммунӣ бо усули иммунофлуорестсияи «Статус» ва истифодаи бастаи антителаҳои моноклоналӣ ва поликлоналӣ гузаронида шуд. Муҳтавои миқдории иммуноглобулинҳои А, М, G ва E дар зардоби хун бо усули иммуноферментӣ муайян карда шуданд. Муҳтавои ИЛ -6 дар зардоби хун бо усули таҳлили иммуноферментӣ (ТИФ) ва ёрии бастаи ЧММ «Ситокин» (Россия) муайян карда шуд. Маҷрои хуни маҳаллӣ бо усули лазерии флоуметрияи доплеровӣ (ЛДФ) дар дастгоҳи ЛАЗМА ПФ (Россия) таҳқиқ карда шуд. Барои коркарди омории мавод «Statistica 10» (Stat Soft Inc., ИМА) истифода гардид.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва наwgонии онҳо. Бемориҳои ПЛКД дар 85,2% ҳолат дар заминаи сирояти музмини герпесвируси ва папилломавируси чараён мегирад. Дар беморони дорои конструкцияҳои ортопедӣ якҷояшавии ВГО ва ВПО назар ба беморони бидуни протезҳои дандонҳо 1,2 маротиба бештар мушоҳида мегардад. Сирояти папилломавируси 2,3 маротиба бештар бо навҳои неонкогенӣ ба мушоҳида мерасанд назар ба беморони бидуни конструкцияҳои ортопедӣ (16 (37,2%) дар муқобили 5 (19,2%) ҳолат. Ихтилоли маҷрои хуни маҳаллӣ дар 85,2% -и беморони гирифтори бемориҳои ковокии даҳон дида мешавад. Ҳангоми мавҷуд будани конструкцияҳои ортопедӣ 2,4 маротиба бештар навъи вазнини микросиркулятсия дида мешавад.

Тавсияҳо барои истифода. Ҳангоми табобати бемориҳои ковокии даҳон ба табобати комплексӣ препарати Инозин пранобекс ва лазерофорез гели Виферонро ба мавқеи осебдохил кардан зарур аст, чунки дар муқоиса аз табобати маъмулӣ бештар ба беҳтаршавии статуси пародонтологӣ ва ба шифоёбии клиникӣ ва кам шудани миқдори ретсидивҳо оварда мерасонад.

Соҳаи истифода: стоматология.

ANNOTATION
Artykova Nigina Karimdzhonovna
FEATURES OF TREATMENT OF ORAL CAVITY DISEASES DUE TO
VIRAL INFECTION IN PATIENTS WITH ORTHOPEDIC
CONSTRUCTIONS

Key words: diseases of the oral cavity, removable and non-removable orthopedic structures, herpesvirus and human papillomavirus infection, microcirculation of the open oral cavity, immune status, interleukin-6.

Purpose of the study. Optimization of therapeutic measures is carried out by examining the oral cavity in patients with orthopedic structures, taking into account the identified viral infection.

Research methods. Quantitative and qualitative testing of biomaterial for human papillomavirus (HPV) consisted of identifying HPV DNA in the material under study (smears from lesions of the mucous membranes) and determining the viral load. Determination of serological markers of herpesvirus infection in blood serum was studied by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and determination of specific antibodies of the IgM, IgG and IgG avidity classes using the Vector-Strip test system (ZAO Vector-Best, Russia). The assessment of immune status was carried out by the "Status" immunofluorescence method using a set of monoclonal and polyclonal antibodies. The quantitative content of total immunoglobulins A, M, G in blood serum was determined by the enzyme immunoassay method. The content of IL-6 in blood serum was determined by enzyme immunoassay using a kit from Cytokin LLC (Russia). Local blood flow was studied using laser Doppler flowmetry (LDF) using a LAZMA PF apparatus (Russia). For statistical processing of the material, the "Statistica 10" program (Stat Soft Inc., USA) was used.

The results obtained and their innovations. Diseases of the oral mucosa in 85.2% of cases occur against the background of herpesvirus and human papillomavirus infections. In patients with orthopedic structures, the combination of HSV and HPV is 1.2 times more likely than in patients without dentures. Human papillomavirus infection is 2.3 times more likely to manifest itself in non-oncogenic types than in low-oncogenic risk types, which are 2 times more common in patients with orthopedic structures than without them (16 (37.2%) versus 5 (19.2%) cases). Disturbances of local blood flow are observed in 85.2% of patients with diseases of the oral mucosa. In the presence of orthopedic structures, severe types of microcirculations are observed 2.4 times more often.

Recommendations for use. The inclusion of complex therapy for the oral cavity of the systemic drug Inosin pranobex and the introduction of Viferon gel into the lesions, compared with conventional therapy, most often leads to a permanent periodontal result, to clinical recovery and leads to relapses.

Scope of application: dentistry