

КЛИНИЧЕСКАЯ, ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ, МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ И БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Абдуллаев Ш.Р.¹, Рахимов Ф.Э.², Гаффорова С.С.³, Хамроев М.Ш.³

¹ Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан. <https://orcid.org/0000-0001-6640-4794>

² Техникум «Общественное здоровье» имени Абу Али ибн Сино.

³ Ташкентский государственный стоматологический институт

АННОТАЦИЯ

Обосновано по литературным данным роль инфекционно-аллергической, нейрогенной, профессиональной, иммунной, перекрестной происхождения этиопатогенеза хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС), также, приведено сведения между связью патологии ХРАС и хроническими болезнями почек (ХБП) и вирусной инфекцией в полости рта (ПР) на фоне патологиями мочеполовой системы. **Целью исследования** являлось изучение эффективности комплексной диагностики и лечения ХРАС у больных с инфекционными патологиями мочеполовой системы. **Материал и методы.** Обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 70 лет, страдающих ХРАС; из них 80 (в том числе по 40 больных (основная группа ОГ-1 и сравнительная группа СГ) на фоне инфекционной патологии ХБП. Для оценки результатов лечения у больных ОГ-1 и СГ были включены препараты антигистаминных, седативных, иммуномодуляторы, поливитаминных препаратов, для местного лечения раствор «Элюдрил» на ПР – санация РП, полоскания дополнительного местного лечения «Имбирь» и растения «Мирра». В результате доказано эффективность предлагаемого метода лечения. **Результаты.** Установлено, что больных с ХРАС на фоне ХБП чаще наблюдалось регионарный лимфаденит, афтоз Микулича, отечность СОПР, высокий уровень интенсивности кариеса зубов и неудовлетворенные пародонтальный индекс, при этом отмечено имеющие более длительное и тяжелое течение ХРАС. Указано, что основным патогенетическим фактором рецидивирования инфекции при ХРАС является иммунодефицит организма и нарушения биохимического состава крови. **Заключение.** Таким образом, у больных с ХРАС и при ХБП может развиваться хронический воспалительный процесс, связанный с присутствием в ротовой полости (РП) и условно-патогенных возбудителей в результате приводящие местного иммунодефицита, который во многом определяется местом и распространенностью воспаления в целом организме.

Ключевые слова: стоматит, почечные патологии, патогенные микробы мочеполовой системы.

Для цитирования:

Абдуллаев Ш.Р., Рахимов Ф.Э., Гаффорова С.С., Хамроев М.Ш. Клиническая, иммунологическая, микробиологическая и биохимическая оценка эффективности диагностики и лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у больных с инфекционными патологиями мочеполовой системы.

Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2023;2(1):132–142.

<https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2023.2.1.017>

CLINICAL, IMMUNOLOGICAL, MICROBIOLOGICAL AND BIOCHEMICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS IN PATIENTS WITH INFECTIOUS PATHOLOGIES OF THE GENITOURINARY SYSTEM

Abdullaev Sh.R.¹, Rakhimov F.E.², Gafforova S.S.³, Hamroev M.Sh.³

¹ Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. <https://orcid.org/0000-0001-6640-4794>

² "Public health" technical school named after Abu Ali ibn Sina

³ Tashkent State Dental Institute

ABSTRACT

The role of infectious-allergic, neurogenic, occupational, immune, cross-origin etiopathogenesis of chronic recurrent aphthous stomatitis (Ch RAS) is substantiated according to literature data, and information is also provided between the relationship of pathology of ChRAS and chronic kidney diseases (ChKD) and viral infection in the oral cavity (OC) against the background of pathologies of the genitourinary system. **The aim** of the study was to study the effectiveness of complex diagnostics and treatment of ChRAS in patients with infectious pathologies of the genitourinary system. **Material and methods.** 120 patients aged from 18 to 70 years suffering from ChKD were examined; 80 of them (including 40 patients each (main group MG-1 and comparative group CG) on the background of infectious pathology of ChKD. To assess the results of treatment in patients with OG-1 and SG, antihistamine, sedative, immunomodulators, multivitamin preparations were included, for local treatment, the solution "Eludril" on the OC– sanitation of OC, rinsing additional local treatment "Ginger" and the plant "Myrrh". The results proved the effectiveness of the proposed methods of treatment. **Results.** It was found that patients with ChKD against the background of ChKD were more likely to have regional lymphadenitis, Myculich aphthosis, swelling of the OC, a high level of intensity of dental caries and unsatisfied periodontal index, while having a longer and more severe course of ChKD. It is indicated that the main pathogenetic factor of the recurrence of infection in ChRAS is the immunodeficiency of the body and violations of the biochemical composition of the blood. **Conclusion.** Thus, patients with ChRAS and ChKD may develop a chronic inflammatory process associated with the presence in the oral cavity (OC) and opportunistic pathogens as a result of local immunodeficiency, which is largely determined by the location and prevalence of inflammation in the whole body.

Key words: stomatitis, renal pathology, pathogenic microbes of the genitourinary system.

For citation:

Abdullaev Sh.R., Rakhimov F.E., Gafforova S.S., Hamroev M.Sh. Clinical, immunological, microbiological and biochemical evaluation of the effectiveness of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in patients with infectious pathologies of the genitourinary system. *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. 2023;2(1):132–142. <https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2023.2.1.017>

АКТУАЛЬНОСТЬ

По литературным сведениям, по этиопатогенеза хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС), есть ряд научных взглядов; как инфекционно-аллергической, нейрогенной, профессиональной, иммунной, перекрестной происхождения [1, 2, 4, 5, 16]. Также, часто встречается об изучение между связью патологии ХРАС и хроническими болезнями почек (ХБП), в том числе инфекционной патологии мочеполового тракта, которая не дает покоя у больных постоянными своими неблагоприятными клиническими и психологическими симптомами. Сегодня, все чаще обнаруживаются такие инфекции, как вирус простого герпеса в полости рта (ПР) на фоне патологиями почек и мочеполовой системы, такие как хламидии трахоматис, микоплазмы хоминис, уреаплазмы уреалитикум [3, 15, 17] также, у больных с ослабленным иммунитетом часто встречается кандидоз в РП [9, 7, 14, 11, 12]. При таких случаях, задача стоматолога заключается в определении степени тяжести и этиологических факторов при патологиях ХРАС, для этого необходимы требуются вы-

яснения с использованием комплексных и фундаментальных методов. И именно в стоматологии, по нашему мнению, возможно решение данной проблемы, так как врачи стоматологии сталкиваются с ХРАС, непосредственно занимаясь его диагностикой и лечением и также они нередко диагностируют инфекционное поражение мочеполового тракта видя его проявления в РП.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности комплексных диагностики и лечение ХРАС у больных с инфекционными патологиями мочеполовой системы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 120 больных в возрасте от 18 до 70 лет, страдающих ХРАС средней степени тяжести; из них 80 (в том числе по 40 больных (основная группа ОГ-1 и сравнительная группа СГ) на фоне инфекционной патологии почек и мочеполового тракта и 40 больных, страдающих ХРАС (основная группа ОГ-2) без инфекционной воспалительной патологии мочеполовой системы. Кроме этого, 20 паци-

ентов практически здоровые люди в качестве условной контрольной группы (УКГ), с целью оценки результатов ряда клинико-лабораторных исследований. Для оценки результаты предлагаемые лечение у больных ОГ-1 и СГ были включены препараты антигистаминных, седативных, иммуномодуляторы, поливитаминных препаратов и гармонотерапии, в местном лечении раствор «Элюдрил» на ПР – санация РП, полоскания дополнительного местного лечения «Имбирь» и растений «Мирра» [10]; больные ОГ-2 - проводили только местного лечения на афтозные элементы в ПР мазь «Эплан» дополнительного местного лечения ставили ватный тампон, смоченный в масла «Алоэ вера» [13, 14]. Вся патологии диагностировалась по МКБ-10 [18] и полученные клиническая информация о состоянии больные вносилась в форму №043/у и 003/Ф медицинской карты.

По оценки клинико-стоматологические состояние проведено; оценены гигиенического состояния ПР (J.C. Green, J.R. Vermillion, 1964), определена интенсивности кариеса зубов (КПУ и УИК) и комплексной пародонтальной индекс (КПИ) по П.А. Леусу 1988, определено вязкости слюны (Н.В. Грачева, 1999) и с помощью макро люминесцентный лампой обследовано слизистая оболочка полости рта (СОПР), при этом выяснялось времени возникновения жалоб, отёчность и появления эрозий и язв на СОПР.

При изучение биохимического состава не стимулированной ротовой жидкости (РЖ) определялось уровня сиаловых кислот, фотометрирование в ФЭЖе (КФК-2МП) (в норме 4,4-8,2 мг%); - активность щелочной фосфатазы (ЩФ) (в норме 0,97-1,32 нмоль/минхмл); количество общего кальция (Са) с о-креозол-фталейнкомплексом (о-КФК) (в норме 0,6-2,8 ммоль/л); концентрация неорганического фосфора (Р) в РЖ (в норме; 2,9-6,4 ммоль/л); также оценены уровня секреторного иммуноглобулина А (IgA, G, A) (G. Mancini, A. Carbonara, 1965) (в норме: IgA-0,108±0,015 г/л; IgG-0,032±0,008 г/л; лизоцим - 50,5±1,48%; Ксб. =0-2- благоприятный уровень; Ксб. =2-5-умеренный уровень; Ксб. ≥5,1-неблагоприятный уровень местного иммунитета ПР.

При общем анализе крови изучался уровень гемоглобина, количество эритроцитов,

лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов, лейкоцитарной формулы крови, эозинофилов (в норме 0,5-5%), сегментоядерных нейтрофилов (в норме 47-72%), базофилов (в норме 0-1%), моноцитов (в норме 3-11%), лимфоцитов (в норме 19-37%); также, определяли активные Т-лимфоциты.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов оценки достоверности результатов, на компьютере с использованием прикладных программ Microsoft Office (Excel), пакета статистических программ «Statgraphics v.7», «Stadia» и «Statistica 7.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты полученные данные по стоматологическими патологиями у обследованных ОГ-1 обнаружено - КПУ декомпенсированный - 0; КПУ, субкомпенсированная форма - 0,8%; КПУ, компенсированная форма - 2,5%; частичная потеря зубов - 40,0%; патология прикуса - 24,1%; патологическая стираемость - 10,8%; местная гипоплазия - 1,6%; клиновидный дефект - 36,6%; пародонтит - 7,5%; катаральный гингивит - 31,6%; гипертрофическая форма гингивит - 10,8%; пародонтит - 27,5%; отечность СОПР - 6,6%; сухость, атрофия СОПР - 4,1%; эксфолиативный хейлит - 1,6%; метеорологический хейлит - 7,5%; складчатый язык - 5,0%; десквамативный глоссит - 4,1%; травматическая эрозия - 1,6%; лейкоплакия плоская - 5,8%; мягкая лейкоплакия - 5,8%; хроническая трещина губы - 7,5%; красный плоский лишай; типичная форма - 6,6%; экссудатив-гиперимированная форма - 6,6%; герпес - 11,7%; ХРАС; афтоз Микулича - 75% и афтоз Сеттена - 25%. Вышеперечисленные патологии среди пациентов ОГ-2 – то есть жалующие с ХРАС без патологии ХБП отмечается; 0; 0; 1,6%; 41,6%; 25%; 8,3%; 1,6%; 30%; 5,0%; 23,3%; 20,0%; 25,0%; 1,6%; 1,6%; 1,6%; 13,3%; 5,0%; 1,6%; 8,3%; 6,6%; 5,0%; 13,3%; 6,6%; 8,3%; 10%; 0; 0; соответственно. При этом, у всех обследованных отмечается жалобы на дискомфорт, боль при приеме пищи и разговоре, наличие «язв» в ПР – 70%, на сухость в ПР – 5%, и конечно, интенсивность болевого синдрома зависела, в основном, от количества элементов поражения и локализации.

При осмотре ПР пациентов у ОГ-1, афты

локализовались в СОПР у 47% случаях - переходной складки, у 27% - на боковой поверхности языка, у 11% - на слизистые оболочки (СО) верхней и нижней губы, у 4% случаях - на СО щек, у 1% - на СО дна ПР, у 1% - на СО ретромолярной области и у 1% - на СО мягкого неба; а также в 51% случаев элементы поражения локализовались одновременно в нескольких участках СОПР.

При анализе структуры стоматологического патологией установлено среди пациентов ОГ-1 интенсивность кариеса зубов по КПУ составила - $14,61 \pm 0,8$; константа «К» - $5,48 \pm 0,4$ (35,7% от его значения), «П» - $6,86 \pm 0,8$ (42%), «У» - $3,44 \pm 0,2$ (21%); при этом уровень пломбирования зубов оказался высоким (УИК - $0,67 \pm 0,06$); в ОГ-2 эти результаты составили $11,48 \pm 0,6$; - $3,68 \pm 0,6$ (27,6%), «П» - $4,44 \pm 0,4$ (36,36%), «У» - $4,64 \pm 0,2$ (36,36%) соответственно. Уровень интенсивности «П» и «У» оказался выше чем «К» у больных с ХРАС без патологий ХБП (УИК - $0,47 \pm 0,06$). Индекс ОНІ-S у больных составил; ОГ-1 $-2,6 \pm 0,08$; ОГ-2 $-1,96 \pm 0,06$; гигиеническое состояние ПР ОГ-1 в среднем было неудовлетворительным; ОГ-2 - удовлетворительный. Результаты КПИ в ОГ-1 пациентов был равен $1,68 \pm 0,1$, во ОГ-2 группе КПИ составил $1,42 \pm 0,2$. При этом, установлено, взаимосвязи между ХРАС и воспалительными проявлениями патологии мочеполовой системы у пациентов с ХРАС по сравнению с УКГ ($p < 0,01$), были обнаружены местные клинические проявления воспалительного процесса в мочеполовом тракте.

По результатам больных ОГ-1 лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов, сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов, В-лимфоцитов и показателей НСТ-теста, отмечается значительная разница с сравнением обследованных людей ОГ-2. В периферической крови у больных с ХРАС обнаружен повышенный процент моноцитов или приближающийся к верхней границе нормы, что косвенно также может указывать на наличие патологии, но пока в стадии компенсации за счет резервных возможностей организма. У пациентов ОГ-1 полимерная цепная реакция (ПЦР) реальном времени выявлена в 27,3% случаев, уреоплазма - в 57,4% случаев, жидкие диагностические среды - в 44,4% случаев, прямой иммунофлуоресценция (ПИФ) - в

34,8% случаев. У пациентов с ОГ-2 – то есть с ХРАС ПЦР на микоплазмы получен в 46,2% случаев, в жидкой диагностической среде - в 46,0% случаев, метод иммуноферментного анализа (ИФА) - в 23,2% случаев.

Иммуноферментный анализ выявил высокие титры антител IgG в 25% случаев. При обнаружении микоплазмы ПЦР показал наиболее эффективные результаты по сравнению с иммуноферментным анализом ($p < 0,01$). На втором месте стояли результаты бактериологического посева, и иммуноферментный анализ ($p < 0,01$) сравнивали с тестом полимерной цепной реакции. Результаты анализа показали, что при более углубленном обследовании пациентов с хроническим заболеванием почек количество хламидии, уреоплазмы и микоплазмы, помимо бактерий, было значительно выше в культурах эпителиального слоя, чем в смешанной слюне. Пациенты с хроническими болезнями почек афтозным стоматитом сравнивали со смешанной слюной 20 здоровых людей при исследовании смешанной слюны РЖ.

При анализе количества IgG мы не обнаружили его увеличения, однако в нашем случае происходило угнетение В - клеточного звена иммунной системы, так как развивалась хронизация воспаления, инициированного урогенитальной инфекцией. Количество IgG у больных с ОГ-1 составило $11,2 \pm 0,16$ г/л по сравнению с ОГ-2: $12,8 \pm 0,4$ г/л (в норма: 7,5-15,45 г/л); содержание IgA у ОГ-1 группы больных равнялось $2,45 \pm 0,48$ г/л по сравнению с контролем $1,9 \pm 0,08$ г/л (в норме: 1,25-2,5 г/л).

Результаты макро и микроэлементного состава в крови у пациентов с ОГ-1 уровни общего Са и неорганического Р достоверно выше при ХРАС и уреоплазмозе, при ХРАС и хламидиозе общего Са по сравнению с УКГ ($p < 0,05$).

У пациентов с ХРАС и микоплазмозом выявлено повышение Cl; уровни общего Са, Си, неорганического Р ниже, чем в УКГ. А, при уреоплазмозе, уровни Си, Fe, Cl ниже, чем в УКГ. У пациентов с ХРАС и уреоплазмозом активность АЛАТ, альдолазы 1.6, АСАТ, альфа-амилазы, ЩФ повышены по сравнению с УКГ. При ХРАС и хламидиозе достоверно повышена активность АЛАТ, альдолазы 1.6, АСАТ, кислой фосфатазы, по сравнению с УКГ. А ак-

тивность ЩФ и уровни альфа-холестерина при ХРАС и хламидиозе достоверно ниже, чем в УКГ (таблица №2).

Данные изучения ряда биохимических характеристик крови у пациентов с ХРАС на фоне инфекционного поражения мочеполовой системы отражены в таблице №3.

Проведено стоматологическое обследование и последующее лечение больных с ХРАС при наличии инфекционной патологии мочеполовой системы. По результатам применяемых комплексных методов лечения в течение 12-15 дней у больных – ОГ-1 группы

с ХРАС на фоне ХБП и хронической инфекции мочеполовой системы отмечались положительные результаты. Жалобы больных напрямую связаны с процессами эпителизации элементов поражения на СОПР у больных ОГ-1 к $7,7 \pm 1,2$ дню; ОГ-2 к $10,1 \pm 1,4$ дню. В том числе гигиенические состояния ПР улучшались у всех обследуемых групп за счет параллельно проводимой санации ПР. Чаще всего для обнаружения возбудителей заболеваний мочеполовой системы используют кровь, а также соскобы и мазки, взятые из мочеполового тракта и нам известно, что составы крови и

Рис.1. Результаты анализов крови у пациентов ОГ-1

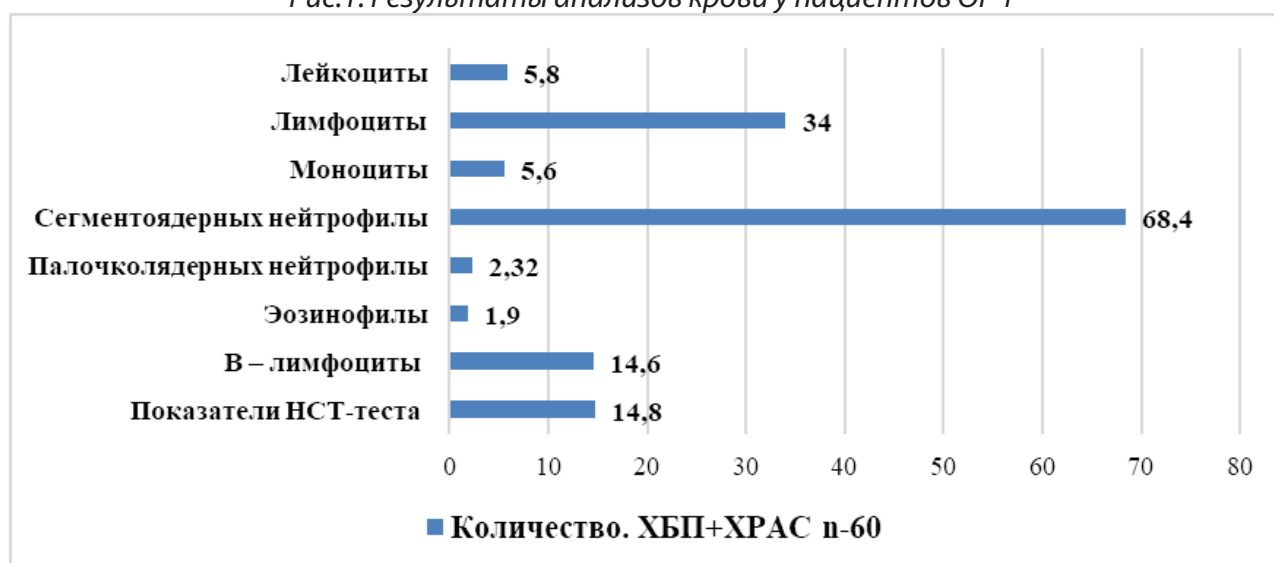


Таблица №1

Макро- и микроэлементы в крови у пациентов с ХРАС при инфекционном поражении мочеполового тракта ($M \pm m$).

Биохимические показатели крови	УКГ n=20	Уреоплазмоз 1-я(ОГ),n=10	Хламидиоз 1-я(ОГ)n=10	Микоплазмоз 1-я(ОГ)n=10
Железо (Fe), мкмоль/л	20,22 $\pm$ 0,66	13,62 $\pm$ 0,96*	12,44 $\pm$ 0,64*	24,6 $\pm$ 1,32
Медь (Cu), мкмоль/л	19,04 $\pm$ 0,6	14,0 $\pm$ 0,67*	13,12 $\pm$ 0,83*	14,8 $\pm$ 0,94*
Хлор (Cl), ммоль/л	98,6 $\pm$ 0,44	54,53 $\pm$ 4,67*	103,8 $\pm$ 0,47	105,2 $\pm$ 0,66*
Общий кальций (Ca), ммоль/л	2,44 $\pm$ 0,80	2,69 $\pm$ 0,021*	3,0 $\pm$ 0,88*	2,0 $\pm$ 0,68*
Неорганический фосфор (P), ммоль/л	1,50 $\pm$ 0,04	1,88 $\pm$ 0,04*	1,14 $\pm$ 0,09*	1,18 $\pm$ 0,08*

Приложение: * - статистически значимые отличия относительно контроля ($p < 0,05$).

Таблица №2

Активность некоторых ферментов, содержание холестерина и триглицеридов в крови у больных с ХРАС при инфекционном поражении мочеполового тракта ($M \pm m$).

Биохимические показатели крови	УКГ n=20	Уреоплазмоз 1-я(ОГ),n =10	Хламидиоз 1-я(ОГ),n =10	Микоплазмоз 1-я(ОГ),n =10
АЛАТ, мкмоль/с-л	0,48 $\pm$ 0,03	0,64 $\pm$ 0,06*	0,54 $\pm$ 0,08*	0,52 $\pm$ 0,02*
АСАТ, мкмоль/с-л	0,33 $\pm$ 0,01	0,47 $\pm$ 0,01*	0,41 $\pm$ 0,08*	0,36 $\pm$ 0,003
Альфа-амилаза, мг/ч-мл	24,44 $\pm$ 0,45	28,02 $\pm$ 0,23*	26,04 $\pm$ 0,53	27,08 $\pm$ 0,42*
Альдолаза 1.6, ед.	5,12 $\pm$ 0,80	6,98 $\pm$ 0,22*	6,24 $\pm$ 0,88	6,6 $\pm$ 0,22*
Кислая фосфатаза, нкат/л	136,0 $\pm$ 5,08	156,62 $\pm$ 4,76	200,1 $\pm$ 6,43*	192,4 $\pm$ 10,01*
Щелочная фосфатаза, ммоль/ч-л	0,90 $\pm$ 0,04	1,45 $\pm$ 0,03*	0,55 $\pm$ 0,04*	1,18 $\pm$ 0,22
Общий холестерин, ммоль/л	5,44 $\pm$ 0,20	5,24 $\pm$ 0,22	2,13 $\pm$ 0,91	5,85 $\pm$ 0,66*
Альфа-холестерин, ммоль/л	1,48 $\pm$ 0,04	1,30 $\pm$ 0,06	1,13 $\pm$ 0,03*	1,30 $\pm$ 0,04
Триглицериды, ммоль/л	1,36 $\pm$ 0,08	1,40 $\pm$ 0,08	1,22 $\pm$ 0,05	1,48 $\pm$ 0,04

*Приложение: * - статистически значимые отличия относительно контроля ($p < 0,05$).*

слюны достаточно тесно связаны друг с другом. Поэтому исследование производилось на основе наличия ХРАС и инфекций, имеющих склонность к хроническому и рецидивирующему течению: микоплазмоз, хламидиоз, а также уреоплазмоз, а также изучали показатели сдвигов местного иммунитета РП у обследованных до и после.

Результаты анализов некоторых иммунологических, а также биохимических показателей РЖ в случае заболевания хламидиозом при ХРАС представлены в таблице №4.

В таблице №5 приведены результаты изучения некоторых иммунологических и биохимических показателей РЖ при ХРАС+уреоплазмозом до и после лечения.

В таблице №6 приведены результаты исследования некоторых иммунологических, а также биохимических показателей состава РЖ при заболевании микоплазмозом в сравнении с КГ. У практически здоровых пациентов уровни сиаловых кислот, IgA и IgG, а также значение Ксб. в РЖ гораздо ниже, чем у лиц с микоплазмозом.

Результаты исследования лейкоцитов, лим-

фоцитов, моноцитов, сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов, В-лимфоцитов и показателей НСТ-теста приведены в таблице №7.

Результаты по таблице означают, что лейкоцитоз и лимфоцитоз у больных ОГ-1 группы обследованных, в отличие от ОГ-2 и больных с вылеченной урогенитальной инфекцией без рецидивов и без ХРАС. В периферической крови у больных с ХРАС обнаружен повышенный процент моноцитов или приближающийся к верхней границе нормы, что косвенно также может указывать на наличие патологии. У количества палочкоядерных нейтрофилов обнаружены достоверные различия в показателях ($p < 0,01$).

По нашим данным, у больных с ХРАС и при очаге инфекции мочеполовом тракте может развиваться хронический воспалительный процесс, связанный с присутствием в РП и в мочеполовом тракте условно-патогенных возбудителей. Полученные результаты свидетельствуют, что у больных с ХРАС на фоне ХБП, особенно при инфицированном мочеполовом тракте, были обнаружены признаки

Таблица №3

Биохимические показатели в крови у больных с ХРАС при инфекционном поражении в мочеполовом тракте ($M \pm m$).

Биохимические показатели крови	УКГ n=20	Уреоплазмоз 1-я(ОГ), n=10	Хламидиоз 1-я(ОГ), n=10	Микоплазм-3 1-я(ОГ), n=10
Мочевина, моль/л	5,50 $\pm$ 0,21	4,03 $\pm$ 0,42*	6,88 $\pm$ 0,42*	6,82 $\pm$ 0,18*
Креатинин, мкмоль/л	76,90 $\pm$ 2,22	86,71 $\pm$ 3,92*	66,42 $\pm$ 2,62*	82,6 $\pm$ 1,83*
Мочевая кислота, ммоль/л	0,34 $\pm$ 0,001	0,39 $\pm$ 0,01*	0,40 $\pm$ 0,001*	0,40 $\pm$ 0,01*
Общий билирубин, мкмоль/л	12,0 $\pm$ 0,62	20,90 $\pm$ 0,45*	13,88 $\pm$ 0,42	16,44 $\pm$ 0,23*
Связанный билирубин, мкмоль/л	2,9 $\pm$ 0,22	3,88 $\pm$ 0,12*	3,10 $\pm$ 0,60	3,12 $\pm$ 0,23*
Свободный билирубин, мкмоль/л	10,10 $\pm$ 0,42	18,0 $\pm$ 0,62*	11,0 $\pm$ 0,44	13,82 $\pm$ 0,87*
Тимоловая проба, ед.	2,50 $\pm$ 0,21	1,78 $\pm$ 0,21*	3,22 $\pm$ 0,18*	1,90 $\pm$ 0,73*
Бета-липопротеины, г/л	3,90 $\pm$ 0,02	3,21 $\pm$ 0,23*	3,02 $\pm$ 0,08*	4,92 $\pm$ 0,43*
Сиаловые кислоты, ед.	670,42 $\pm$ 5,08	613,8 $\pm$ 7,11*	694,11 $\pm$ 4,14*	700,2 $\pm$ 6,37*
Глюкоза, ммоль/л	4,75 $\pm$ 0,15	5,20 $\pm$ 0,01*	3,02 $\pm$ 0,45*	3,14 $\pm$ 0,23*
Фибриноген, г/л	2,90 $\pm$ 0,15	2,96 $\pm$ 0,11	3,28 $\pm$ 0,22	2,92 $\pm$ 0,22

Приложение: * - статистически значимые отличия относительно контроля ($p < 0,05$).

Таблица №4

Биохимические и иммунологические показатели РЖ у больных с ХРАС + хламидиоз.

Показатели РЖ	КГ (n=20)	До лечения 1-я(ОГ), n=10	После лечения	
			1-я(ОГ) n=10	2-я (ОГ) n=10
ЩФ, ммоль/ч-л	1,3 $\pm$ 0,03	0,8 $\pm$ 0,06*	1,3 $\pm$ 0,02*	1,01 $\pm$ 0,24*
Сиаловые кислоты, ед.	6,8 $\pm$ 0,18	4,2 $\pm$ 0,12*	6,3 $\pm$ 0,08*	5,9 $\pm$ 0,34*
Общий Са, ммоль/л	4,97 $\pm$ 0,39	0,60 $\pm$ 0,04*	4,86 $\pm$ 0,06*	4,19 $\pm$ 0,42*
Неорганический фосфор, ммоль/л	8,44 $\pm$ 0,62	2,9 $\pm$ 0,59*	8,8 $\pm$ 0,99*	7,9 $\pm$ 0,88*
IgA, г/л	0,08 $\pm$ 0,021	0,18 $\pm$ 0,02*	0,09 $\pm$ 0,01*	0,1 $\pm$ 0,01*
IgG, г/л	0,1 $\pm$ 0,01	0,18 $\pm$ 0,02*	0,98 $\pm$ 0,02*	0,68 $\pm$ 0,02*
Лизоцим, %	44,2 $\pm$ 2,4	10,42 $\pm$ 0,42*	42,88 $\pm$ 0,41*	40,22 $\pm$ 0,42*
SlgA, г/л	0,40 $\pm$ 0,06	0,06 $\pm$ 0,04*	0,44 $\pm$ 0,04*	0,28 $\pm$ 0,08*
Ксб.	1,48 $\pm$ 0,20	5,43 $\pm$ 0,02*	5,40 $\pm$ 0,02*	4,14 $\pm$ 0,02*

Приложение: *- статистически значимые отличия относительно контроля ($p < 0,05$).

Таблица №5
Биохимические и иммунологические показатели РЖ у больных с ХРАС + уреоплазмоз.

Показатели РЖ	КГ (n=20)	До лечения (1-я группа n=20)	После лечения Микоплазмозом n=20	
			1-я (ОГ). n=10	2-я (ОГ). n=10
ЩФ, ммоль/ч-л	1,3 ± 0,06	0,90 ± 0,02*	1,24 ± 0,02*	1,1 ± 0,04*
Сиаловые кислоты, ед.	7,0 ± 0,12	5,20 ± 0,28*	6,78 ± 0,48*	6,24 ± 0,38*
Общий Са, моль/л	5,0 ± 0,88	1,26 ± 0,05*	4,86 ± 0,03*	4,0 ± 0,06*
Неорг-й фосфор, моль/л	8,14 ± 0,32	2,98 ± 0,11*	7,88 ± 0,22*	7,21 ± 0,44*
IgA, г/л	0,08 ± 0,006	0,20 ± 0,04*	0,07 ± 0,01*	0,06 ± 0,04*
IgG, г/л	0,10 ± 0,001	0,14 ± 0,002*	0,10 ± 0,009*	0,09 ± 0,001*
Лизоцим, %	45,4 ± 2,6	13,9 ± 0,59*	44,9 ± 0,59*	44,2 ± 0,78*
SlgA, г/л	0,33 ± 0,08	0,14 ± 0,06*	0,31 ± 0,02*	0,31 ± 0,88*
Ксб.	1,56 ± 0,17	2,66 ± 0,46*	1,51 ± 0,16*	1,46 ± 0,42*

Приложение: *- статистически значимые отличия относительно контроля ($p < 0,05$).

Таблица №6
Биохимические и иммунологические показатели РЖ у больных с ХРАС + микоплазм.

Показатели РЖ	КГ (n=20)	До лечения 1-я (ОГ). n=10	После лечения	
			1-я (ОГ). n=10	2-я (ОГ) n=10
ЩФ, ммоль/ч-л	1,2 ± 0,06	0,80 ± 0,02*	1,1 ± 0,02*	1,0 ± 0,08*
Сиаловые кислоты, ед.	6,6 ± 0,22	8,42 ± 0,04*	6,5 ± 0,12*	6,0 ± 0,24*
Общий Са, ммоль/л	4,98 ± 0,40	0,68 ± 0,02*	4,52 ± 0,01*	4,22 ± 0,02*
Неорганич-й фосфор, моль/л	8,22 ± 0,32	3,88 ± 0,34*	8,0 ± 0,39*	7,7 ± 0,19*
IgA, г/л	0,07 ± 0,008	0,14 ± 0,002*	0,07 ± 0,002*	0,06 ± 0,001*
IgG, г/л	0,08 ± 0,001	0,13 ± 0,004*	0,08 ± 0,002*	0,07 ± 0,004*
Лизоцим, %	44,2 ± 2,4	14,56 ± 0,24*	43,12 ± 0,31*	41,12 ± 0,28*
SlgA, г/л	0,32 ± 0,08	0,15 ± 0,004*	0,30 ± 0,002*	0,30 ± 0,008*
Ксб.	1,54 ± 0,20	3,21 ± 0,18*	1,51 ± 0,03*	1,47 ± 0,06*

Приложение: *- статистически значимые отличия относительно контроля ($p < 0,05$).

Таблица №7

Обследованные больные с ХРАС и очагом инфекции мочеполового тракта
($M \pm m$ в %-х).

№	Биосубстраты (Кровь)	Количество		
		До лечения n=40	После лечения	
			1-я(ОГ) n=40	2-я (ОГ) n=40
1	Количество лейкоцитов (в норме: 4-9×10 ⁹ /л)	5,8±0,28* (p<0,05)	7,8±0,48*	7,0±0,98*
2	Количество лимфоцитов (в норме: 19-37%)	34,0±0,42* (p<0,05)	30±0,92 (p<0,05)	30,4±0,22 (p<0,05)
3	Количество моноцитов (в норме: 3-11%)	5,6±0,64 (p<0,05)	24,0±0,92*	20,8±0,94*
4	Количество сегментоядерных нейтрофилов (в норме: 47-72%)	68,4±1,24* (p<0,05)	(p<0,05)	(p<0,05)
5	Количество палочкоядерных нейтрофилов (в норме: 1-6%)	2,32±0,62* (p<0,05)	5,8±0,94	4,6±0,44
6	Количество эозинофилов (в норме: 0,5-6%)	1,9±0,44* (p<0,05)	(p<0,05)	(p<0,05)
7	Количество В-лимфоцитов (в норме: 15-35%)	14,6±0,45* (p<0,05)	38,8±1,04*	18,8±1*
8	Показатели НСТ-теста (в норме: 40-80%)	12,6±0,85* (p<0,05)	(p<0,05)	(p<0,05)

Приложение: *- статистически значимые отличия относит. с нормы ($p < 0,05$):

**- статистически значимые отличия относительно контрольной группы ($p < 0,05$).

местного иммунодефицита, который во многом определяется местом и распространенностью воспаления.

Продолжающийся курс приема, предлагаемый нами комплексного метода лечения, особенно с фитотерапевтическими полосканиями долгое время, позволяют добиться эффективного результата, что было особенно важно для больных с наличием инфекционным поражением мочеполового тракта.

Наблюдение всех больных в течение 3 месяцев, 6 месяцев и 12 месяцев после полного курса лечения позволило констатировать длительную ремиссию. В ОГ-1 рецидива развития афт не было выявлено. Во ОГ-2 группе рецидив возник через 10 месяцев после лечения.

Выводы. У больных с ХРАС и инфекционным поражением мочеполового тракта достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдаются регионарный лимфаденит (97%), афтоз Микулича (75%), одновременное появление афт на разных участках СОПР (59%), отечность СОПР (54%),

высокий уровень интенсивности кариеса зубов (УИК-0,37±0,06), также периодонтальный индекс составил 1,68±0,031, индекс ОН-5 2,6±0,06. При этом, отмечается рецидивирование ХРАС, имеющие более длительное и тяжелое течение, с более яркой клиникой и значительно хуже поддающегося лечению.

Основным патогенетическим фактором рецидивирования инфекции при ХРАС является иммунодефицит Т и В-клеточного звена, приводящие к нарушению функций полиморфоядерных лейкоцитов. Также, чаще встречаются гиперпротеинемия, гипоальбуминемия, гипер-α2глобулинемия, гипокупремия, повышение уровня мочевой кислоты, АЛАТ, АСАТ и альдолазы. Отмечено при ХРАС и ХБП особенно в инфекционные поражения мочеполового тракта в РЖ отмечается снижение активности ЩФ, уровня общего кальция и неорганического фосфора, SIgA и повышение значения Ксб. ($p < 0,001$). Предлагаемое нами этиопатогенетическая терапия достоверно ($p < 0,01$) снижает частоту рецидивов (3%), не вызывает

побочных и аллергических реакций (0%), особенно эффективные результаты получаются, когда индивидуально проводится санация полости рта.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие принципы по уходу за животными и их использованию.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал "Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия" сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

Статья получена 25.11.2022 г.

Принята к публикации 25.12.2022 г.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of "Integrative dentistry and maxillofacial surgery" remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 25.11.2022

Accepted for publication on 25.12.2022

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Гаффаров С.А., Назаров У.К., Беленова И.А. Обоснования морфоструктурных изменений органов полости рта у лиц, занятых в горнометаллургических производствах// Сборник трудов 12 междунар. Научно-практ-й конференц. «Стоматология словянских государства».101-103с.Белгород-2019 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44263345>
2. Гаффаров С.А., Хен Д.Н., Рахимов Ф.Э. Состояние тканей и органов полости рта лиц, занятых на алмалыкском металлоперерабатывающем производстве// Проблемы биологии и медицины. 2022 №3. С 17-21. ISSN 2181-5674 <https://doi.org/10.38096/2181-5674.2022.3> ..
3. Гаффаров С.А., Абдуллаев Ш.Р. Особенности клинического течения и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта при хронической болезни почек «Журнал теоретической и клинической медицины», №4, 129-133 с. Ташкент-2019 <https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.7090114.svg>
4. Гаффаров С.А., Олимов С.Ш. Болаларда тиш-жаг тизими нуксонлари ва соматик касалликлар орасида боғлиқликнинг илмий асослари// Стоматология» науч-практ журн» №1. 60-63 с. Ташкент-2019. <https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.7090099.svg>
5. Гаффаров С.А., Жолудов С.Е., Назаров У.К. Изучение уровня функционально-структурного состояния тканей органов полости рта у лиц, занятых на алмалыкском и Нижнетагильском металлоперерабатывающих производствах //Уральский Медицинский журнал» №12 5-8 с. 2019 г. Россия. <https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.7063901.svg>
6. Гаффаров С.А., Идиев Г.Э., Ризаев Ж.А. Заболевания - слизистая оболочка полости рта и губы //Учебное литература для медицинских ВУЗов. Редакция Нац. Энцикл-я Узбекистана. 396 с. Ташкент-2008. 396 Стр.
7. Гаффаров С.А. Отабоев Ш.Т. Олимов С.Ш. Экологическая стабильность, стоматология и здоровье человека. Ekological stability, dentistry and human health. Руководства Редакция «Академнашр» 330 с. Ташкент-2014.330 ст
8. Гаффаров С.А. Иммунологические процессы как этиопатогенетический фактор хронического рецидивирующего афтозного стоматита и хронического панкреатита // Гаффаров С.А и др. Методические рекомендации. Ташкен-2010г. с-20,р.
9. Гаффаров С.А., Идиев Г.Э., Ризаев Ж.А. Заболевания - слизистая оболочка полости рта и губы. Учебное литература для медицинских ВУЗов. Редакция Нац. Энцикл-я Узбекистана. 396 с. Ташкент-2008. 396 Стр.
10. Дегтярь Э.А. Клинико-биохимическое обоснование эффективности местной терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта при стоматите зубных рядов: Авторев.Дисс. ...канд. мед. наук.-Краснодар, 2015.-19с.
11. Камилов Х.П. Клинико-микробиологические взаимосвязи хронического рецидивирующего афтозного стоматита и дисбиотических нарушений ротовой полости и кишечника у беременных женщин. Х.П. Камилов, Г.И. Лукина, У.А. Шукурова // DentalForum. - 2009. - № 2. - С. 67-70.]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=12890261>
12. Никонов Г.К., Майнуйлов Б.М. «Основы современной фитотерапии» //www.e-stomatology.ru. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19532321>
13. Сирак С.В. Лечение вульгарной пузырчатки с локализацией очагов поражения на СОПР и губах с использованием местных ранозаживляющих средств в сочетании с имунодомом // dentalmagazine.ru. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46219495>
14. Стоматология. Руковод. для стоматологов педогогов, медиков, магистров, клин-ордин-ов, курсантов для повышения и квалификации специалистов ИУВ. Реком-но по протоколу №8. 04.10.18 г. и 28.09.18 годов МзРУз, Ташкент-2018. 875 с. Под.редакции С.А. Гаффарова
15. Шевченко Е.А. Особенности изменения некоторых биохимических показателей крови при вирусных урогенитальных инфекциях / Е.А. Шевченко // Вопросы вирусологии. - 2011. - Т. 56. - № 2. - С. 39-41.15, 17, 18] <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16219697>
16. Gafforov S.A., Nazarov U.K., Joludev S.E. Improving the methodology for determining biocompatibility of metal alloys for the prevention of intolerance and galvanosis in people living in environmentally unfavorable conditions in Uzbekistan // International journal of Psychosocial Rehabilitation. Vol. 24. Issue 04.2020. ISSN 1475-7192.C.2065-2072 <https://zenodo.org/badge/DOI/10.5281/zenodo.7054812.svg>
17. Gafforova S.S Abdullaev S.H. R. Improvements in the diagnosis of pathology of chronic recurrent aphthous stomatitis in patients with infectious pathologies of the genitourinary system// International-Conference in Association with International Engineering journal. for research & development INDIA. 2020. 205-208 Page 4 стр. <https://10.17605/OSF.IO/VFBS8>
18. [<https://www.who.int/ru/>]