

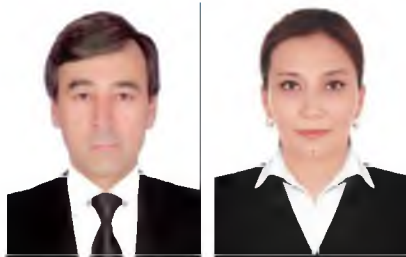
representative of SARS-CoV-2. **Conclusions:** The treatment of coronavirus infection with a new combination drug based on *G. lucidum* and black cumin is pathogenetically justified.

Key words: coronavirus infection SARS-CoV-2, treatment, *G. lucidum*, black cumin.

Терапевтическая стоматология

УДК: 616.31-002.157.1+616.31-07

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ПОЛОСТИ РТА



Камилов Х.П., Тахирова К.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Изучение механизмов развития, мониторинг, разработка новых эффективных методов лечения и профилактики хронических рецидивирующих дерматозов полости рта остается наиболее актуальной проблемой современной стоматологии [1,8,10]. К числу таких заболеваний, безусловно, можно отнести многоформную экссудативную эритему (МЭЭ), представляющую собой полиморфное заболевание, течение которого сопровождается поражением кожи и слизистых оболочек, сезонностью высыпаний и нередко явлениями общей интоксикации [2,5]. МЭЭ возникает в результате сложных иммунных механизмов, включающих реакции антиген-антитело, нацеленные на мелкие кровеносные сосуды в коже или слизистой оболочке. Примерно в 90% случаев пусковое событие связано с инфекцией, герпесом. Вирус простого герпеса играет доминирующую роль в 70-80% случаев [3,6,7].

Цель исследования

Изучение микробиологических и иммунологических показателей при многоформной экссудативной эритеме полости рта.

Материал и методы

На амбулаторном наблюдении были 40 человек в возрасте 18-55 лет с многоформной экссудативной эритемой. Изучался анамнез МЭЭ и клиническое течение настоящего рецидива. Определяли частоту встречаемости многоформной экссудативной эритемы и анализировали причинно-следственные связи поражения слизистой оболочки рта при

данной патологии, включая факторы риска в развитии патологических состояний слизистой оболочки полости рта. В динамике оценивали состояние иммунного статуса больных, который представляет собой комплекс информативных показателей, отражающих состояние различных звеньев иммунитета.

Результаты и обсуждение

У больных МЭЭ отмечались значительные изменения как анаэробной, так и факультативной микробной флоры. Так, количество анаэробной группы микробов, особенно лактобацилл, было более чем в 2 раза (в 2,37 раза) ниже контрольных значений (с $5,10 \pm 0,14$ до $2,15 \pm 0,05$) ($P < 0,001$). Значительные изменения наблюдаются и в группе факультативных микроорганизмов.

Проведенное у больных МЭЭ микробиологическое исследование показало, что в ротовой полости, в частности на участке афты (эрозии), имеется избыточный рост микробов (табл.). Следует отметить, что у здоровых лиц в полости рта отмечается баланс лактобактерий и стрептококков. У больных МЭЭ, напротив, микробиологическая картина меняется в сторону достоверного доминирования штаммов пиогенного стрептококка (90,74%) КХБ Log/мл $4,52 \pm 0,14$, грибов *Candida* (50,00%) КХБ Log/мл $3,60 \pm 0,18$, золотистого стафилококка (29,63%) КХБ Log/мл $3,70 \pm 0,14$). Такие явления, естественно, развивают в полости рта состояние субкомпенсированного дисбиоза, который характеризуется наличием не менее двух патогенных видов [4,9].

Характеристика микрофлоры полости рта у больных МЭЭ

Выделенные группы микробов	Абс.	% встречаемости	КХБ Log/мл
			M±m
Str. pyogenes	39	97,5	4,52±0,14
Enterobacter	11	27,5	6,20±0,29
Staph. aureus	17	42,5	3,70±0,14
Staph. epidermidis	21	52,5	6,10±0,05
Candida	27	67,5	3,60±0,18
Lactobacter	11	27,5	2,15±0,13

Мы изучили количественный анализ микроорганизмов полости рта больных МЭЭ до и после лечения. Так, в норме золотистый стафилококк и гемолитический стрептококк в ротовой жидкости не встречаются. Однако средние титры этого патогена колебались на уровне $3,30 \pm 0,16 - 2,40 \pm 0,09$ Lg КОЕ/ мл, а титры обнаружения стрептококка гемолитического – $2,40 \pm 0,12 - 5,15 \pm 0,17$ Lg КОЕ/мл ($p < 0,001$). Представители условно-патогенных микроорганизмов эшерихии ЛП и ЛН, которые наблюдались в титрах соответственно $1,30 \pm 0,06 - 2,50 \pm 0,10$ и $3,30 \pm 0,13 - 4,10 \pm 0,14$ Lg КОЕ/мл, в нормофлоре полости рта также не значатся. Грибы рода *Candida* отмечались на уровне $2,50 \pm 0,13 - 2,60 \pm 0,10$ при показателях нормы $2,15 \pm 0,08$ Lg. КОЕ/ мл ($p < 0,001$).

На фоне увеличения количества патогенной и условно-патогенной микрофлоры в ротовой полости наблюдается снижение титров представителей нормофлоры. Так, показатели уровня эпидермального $2,15 \pm 0,08 - 3,70 \pm 0,06$ Lg.КОЕ/мл и сапрофитного стафилококка $2,60 \pm 0,11 - 3,20 \pm 0,11$ Lg КОЕ/ мл соответственно понизились, в контроле $4,40 \pm 0,15$ и $4,70 \pm 0,21$

Lg КОЕ/ мл. Необходимо отметить, что сочетание в ротовой жидкости патогенного золотистого стафилококка и гемолитического стрептококка с грибами рода *Candida* у больных МЭЭ является неблагоприятным фактором для клинического течения заболевания. Сочетание данных патогенных микроорганизмов формирует дисбиоз полости рта.

Клинико-микробиологические проявления дисбиоза в $9,57 - 10,00\%$ случаев соответствовали дисбиотическому сдвигу; у $46,66 - 50,00\%$ больных изменения микробиоценоза оценивались как дисбактериоз I-II степени, у $40,62 - 43,33\%$ – как дисбактериоз III степени. Среди наблюдаемых нами пациентов не было лиц с нормоценозом и в то же время не было пациентов с тяжелыми формами дисбиоза IV степени.

Содержание в периферической крови основных субпопуляций лимфоцитов определяли у 40 больных МЭЭ и 10 здоровых доноров. Результаты изучения количественных параметров различных субпопуляций лимфоцитов представлены на рисунке.

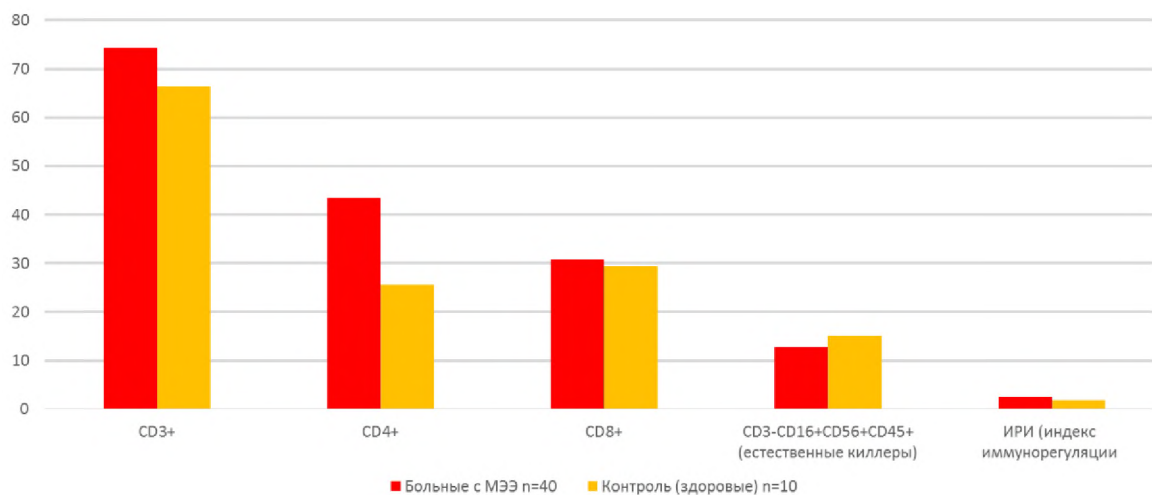


Рис. 1. Показатели фенотипирования лимфоцитов с помощью моноклональных антител у больных МЭЭ. * – $p < 0,05$ по сравнению со здоровыми донорами.

Полученные результаты показали, что у обследованных больных с клиническими проявлениями многоформной экссудативной эритемы наблюдалось статистически достоверное увеличение общей популяции Т-лимфоцитов (до $74,4 \pm 3,8\%$ при $66,5 \pm 3,7\%$ у здоровых доноров). В то же время выявлено количественное уменьшение CD3-CD16+CD56+CD45+ до $12,9 \pm 1,3\%$ при контрольных цифрах $15,0 \pm 1,4\%$. Результаты проведенных исследований показали, что у больных с активными проявлениями МЭЭ коэффициент Тх/Тс оказался статистически достоверно выше, чем у здоровых доноров – $2,6 \pm 0,2$.

Такое значение иммунорегуляторного индекса у обследованных больных было достигнуто за счет значительного повышения в циркулирующей крови уровня Т-хелперов до $43,5 \pm 3,1\%$ при $36,5 \pm 3,0\%$ у здоровых доноров.

Оценку В-лимфоцитов проводили по поверхностным антигенам. У больных многоформной экссудативной эритемой отмечалось достоверное увеличение общего количества В-лимфоцитов.

Полученные результаты свидетельствовали о повышении содержания в крови больных МЭЭ примированного антигеном В-лимфоцитов (CD-CD19+CD45+). Концентрация В-лимфоцитов с поверхностным антигеном оказалась выше, чем у здоровых доноров более чем в 2 раза. В то же время у больных МЭЭ по сравнению со здоровыми донорами было в 1,8 больше В-лимфоцитов с поверхностным антигеном. Также достоверно повышен уровень предшественников плазматических клеток (CD38+).

Таким образом, у больных многоформной экссудативной эритемой повышены все дифференцированные формы Т-лимфоцитов.

Выводы

1. На фоне увеличения уровней патогенной и условно-патогенной микрофлоры в ротовой полости снижаются титры представителей нормофлоры. Так, показатели уровня эпидермального $2,15 \pm 0,08 - 3,70 \pm 0,06$ Lg.KOE/мл и сапрофитного стафилококка $2,60 \pm 0,11 - 3,20 \pm 0,11$ Lg.KOE/мл соответственно понизились, в контроле $4,40 \pm 0,15$ и $4,70 \pm 0,21$ Lg.KOE/мл.

2. Сочетание в ротовой жидкости патогенного золотистого стафилококка и гемолитического стрептококка с грибами рода *Candida* у больных МЭЭ является неблагоприятным фактором для клинического течения заболевания. Сочетание данных патогенных микроорганизмов формирует дисбиоз полости рта. Патогенетическая значимость выявленных нарушений иммунитета и неспецифической резистентности организма у больных МЭЭ наглядно указывает на необходимость проведения лечебных мероприятий иммуномодулирующей направленности.

Литература

1. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Зацепина М.В. Результаты исследования заболеваемости и клинических проявлений в полости рта многоформной экссудативной эритемы // *Стоматология для всех.* – 2017. – №4. – С. 16-20.
2. Камилов Х., Тахирова К., Номуродова Ф. (2022). Распространенность и течения многоформной экссудативной эритемы полости рта // *Акт. пробл. стоматол. и челюстно-лицевой хир.* – 2022. – №1 (01). – С. 159-161.
3. Хисматуллина З.Р., Чичкова В.В., Григорьева Р.Р. и др. Многоформная экссудативная эритема: этиология, патогенез и клинические аспекты // *Соврем. пробл. науки и образования.* – 2021. – №4.

4. Hasan S., Jangra J., Choudhary P. et al. Erythema Multiforme: A Recent Update // Biomed. Pharmacol. J. – 2018. – Vol. 11. – P. 167-170.
5. Kowal-Vern A. Erythema multiforme // Brit. Med. J. Best Pract. – 2021.
6. Majenka P., Naoum C., Hartmann M. Multiform erythema after COVID-19 mRNA vaccination // Dtsch Arztebl. Int. – 2021. – Vol. 118. – P. 690.
7. Plaza J. Erythema Multiforme // Med. Scape. – 2020.
8. Soares A., Sokumbi O. Recent Updates in the Treatment of Erythema Multiforme // Medicina. – 2021. – Vol. 57. – P. 921.
9. Traves K., Love G., Studdiford J. Erythema Multiforme: Recognition and Management // Amer. Fam. Physic. – 2019. – Vol. 100. – P. 82-88.
10. Wunderlich K., Dirschka T. Erythema exsudativum multiforme infolge einer COVID-19-Impfung (BNT162b2) // Hautarzt. – 2022. – Vol. 73. – P. 68-70.

Цель: изучение микробиологических и иммунологических показателей при многоформной экссудативной эритеме полости рта. **Материал и методы:** на амбулаторном наблюдении были 40 человек в возрасте 18-55 лет с многоформной экссудативной эритемой. Изучался анамнез многоформной экссудативной эритемы и клиническое течение настоящего рецидива. **Результаты:** сочетание в ротовой жидкости патогенного золотистого стафилококка и гемолитического стрептококка с грибами рода *Candida* у больных многоформной экссудативной эритемой является неблагоприятным фактором для клинического течения заболевания. Сочетание данных патогенных микроорганизмов формирует дисбиоз полости рта. **Выводы:** у этих больных необходимо проведение лечебных мероприятий иммуномодулирующей направленности.

Ключевые слова: мультиформная эритема, биохимический анализ, ротовая жидкость, воспаление, микрофлора полости рта, иммунология полости рта, резистентность.

Maqsad: og'iz bo'shlig'ining ko'p shaklli ekssudativ eritemasida mikrobiologik va immunologik ko'rsatkichlarni o'rganish. **Material va usullar:** 18-55 yoshdagi 40 nafar ekssudativ eritema multiformali bemorlar ambulator kuzatuvda olindi. Ko'p shaklli ekssudativ eritema tarixi va hozirgi takrorlanishning klinik kechishi o'rganildi. **Natijalar:** ko'p shaklli ekssudativ eritema bilan og'rigan bemorlarda og'iz suyuqligida patogen *Staphylococcus aureus* va gemolitik streptokokklarning zamburug'lar bilan birikmasi kasallikning klinik kechishi uchun noqulay omil hisoblanadi. Ushbu patogen mikroorganizmlarning kombinatsiyasi og'iz disbiyozini hosil qiladi. **Xulosa:** bu bemorlar immunomodulyatsion terapevtik choralarni talab qiladi.

Kalit so'zlar: eritema multiforme, biokimyoviy tahlil, og'iz suyuqligi, yallig'lanish, og'iz mikroflorasi, og'iz immunologiyasi, qarshilik.

Objective: To study microbiological and immunological parameters in erythema multiforme exudative of the oral cavity. **Material and methods:** 40 people aged 18-55 years with erythema multiforme exudative were under outpatient observation. The history of exudative erythema multiforme and the clinical course of present recurrence were studied. **Results:** The combination of pathogenic *Staphylococcus aureus* and hemolytic streptococcus with fungi of the genus *Candida* in the oral fluid in patients with erythema multiforme exudative is an unfavorable factor for the clinical course of the disease. The combination of these pathogenic microorganisms forms oral dysbiosis. **Conclusions:** These patients require immunomodulatory therapeutic measures.

Key words: erythema multiforme, biochemical analysis, oral fluid, inflammation, oral microflora, oral immunology, resistance.

Хирургическая стоматология

УДК: 616.314.26-007.26/.271-089.

ПОДГОТОВКА И ПЛАНИРОВАНИЕ К ОРТОГНАТИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ 3-ЕГО КЛАССА ПО ЭНГЛЮ



Хасанов А.И., Рахманов Ш.А., Абдувалиев А.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.