ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников д.м.н., профессор Х.А. Акилов

«____» __06____ 2025 г.

АБДУЮСУПОВА КАМОЛА МИРВАЛИЕВНА
ХАЙДАРОВ АРТУР МИХАЙЛОВИЧ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Методические рекомендации

Ташкент-2025 г.

Составители:

Хайдаров А.М. - Заведующий кафедрой 1 Стоматологии ЦРПКМР, д.м.н.

Абдуюсупова К.М. - кафедра 1 Стоматологии ЦРПКМР, ассистент

Рецензенты:

Шукурова У.А. - Заведущая кафедрой Пропедевтической терапевтической стоматологии ТГСИ, д.м.н., профессор

Нурматова Н.Т. - Доцент кафедры Стоматологии, детской стоматологии и ордонтии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, к.м.н.

Рахимова В.Ш. - Доцент кафедры Инфекционных и детских инфекционных болезней Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, к.м.н.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Центрального организационно-методического совета Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Протокол № 13 от «14» 06 2025 г.

Председатель ЦОМС ЦРПКМР _____ проф. Касимова М.С.

Методические рекомендации утверждены на заседании Учёного совета Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Протокол № 52 от «25» 06 2025 г.

Секретарь Ученого совета ЦРПКМР _____ доц. Гулямова М.К.

В методической рекомендации обобщены литературные и собственные данные об особенностях клинической картины и комплексного лечения пациентов с хроническим пародонтитом на фоне вирусного гепатита С. Рассмотрены клинические стоматологические нарушения, характерные для этой группы пациентов, а также предложена оптимальная терапевтическая стратегия, включающая применение пробиотиков, ферментативных препаратов и масленного препарата для местной обработки Кызыл-май. Область применения: рекомендации предназначены для врачей-стоматологов занимающихся лечением пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями полости рта и системными заболеваниями, таким как вирусный гепатит С. Они помогут в разработке эффективных схем лечения и улучшении качества жизни пациентов.

ВВЕДЕНИЕ

В современной стоматологии воспалительные заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди патологий, требующих системного и междисциплинарного подхода. Их значимость определяется не только широкой распространённостью, но и склонностью к хронизации, трудностями терапии и выраженным влиянием на общее соматическое состояние. Особенно остро эта проблема встаёт в отношении пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), у которых течение пародонтита обостряется за счёт комплекса взаимосвязанных патогенетических механизмов.

Развитие локального воспаления в пародонтальных тканях при ХВГС обусловлено не только снижением иммунологического надзора, но и формированием сложных вирусно-бактериальных ассоциаций в области пародонтальных карманов. Эти ассоциации включают в себя разнообразные компоненты — от вирусов герпеса до грибковой флоры и резистентных бактериальных штаммов, — что ведёт к значительному увеличению инфекционной нагрузки в очаге воспаления. По мере прогрессирования хронического пародонтита данный микробиологический дисбаланс усугубляется, способствуя глубинному разрушению структур пародонта, потере зубов и генерализации воспалительного процесса.

У лиц, инфицированных вирусом гепатита С, наблюдаются выраженные изменения в качественном и количественном составе микрофлоры ротовой полости, особенно в содержимом пародонтальных карманов. Условно-патогенные микроорганизмы, включая вирусы герпетической группы, грибы рода Candida, анаэробные бактерии, при недостаточном контроле со стороны иммунной системы, активно колонизируют слизистую и мягкие ткани. Их персистенция поддерживает хронический воспалительный очаг, усугубляет течение пародонтита и, как показывают наблюдения, может вызывать системные рецидивы вирусного гепатита. Таким образом, происходит взаимное отягощение течения обоих

заболеваний — стоматологического и гепатологического, что требует выработки единого терапевтического подхода.

Актуальность проблемы подтверждается статистикой Всемирной организации здравоохранения, согласно которой воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) уступают по распространённости только кариесу зубов, охватывая до 90% взрослого населения земного шара. Наибольшая заболеваемость приходится на возрастные группы 15–19 лет (55–89%) и 35–44 года (65–98%) [16,18,20,31,34]. Это свидетельствует не только о широком охвате молодёжи и лиц трудоспособного возраста, но и о существенной недооценке значимости ранней диагностики и профилактики.

Многочисленные клинические и эпидемиологические исследования подчёркивают, что в этиопатогенезе пародонтальных поражений участвуют как местные, так и системные факторы. По мнению Ковальского А.М. (2017) и Микляевой С.В. (2018), к числу системных предрасполагающих причин относятся патологии печени, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Эти состояния нарушают гомеостаз, ослабляют общую и местную резистентность, способствуя переходу условно-патогенных микроорганизмов в активную форму. Местные же факторы включают зубной налёт и камень, недостаточное слюноотделение, некачественные ортопедические и ортодонтические конструкции, а также аномалии прикуса, препятствующие полноценной гигиене и создающие зоны микробной колонизации [4,6,8,9].

Особый интерес у клиницистов вызывает влияние заболеваний печени на морфофункциональное состояние слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. Печёночная патология, включая ХГС, оказывает выраженное деструктивное воздействие на слизистые оболочки, обусловленное нарушением белково-синтетической функции печени, гиповитаминозом, геморрагическим синдромом и общим иммунодефицитом. Согласно А.Г. Кучеру (2016), изменения в ротовой полости могут служить важным диагностическим признаком хронических гепатитов, отражая глубину и стадию печёночной декомпенсации.

Однако, несмотря на определённую осведомлённость о данной взаимосвязи, в доступной научной литературе наблюдается явный дефицит детализированных исследований, касающихся именно вирусного гепатита С. Как правило, публикации ограничиваются описанием отдельных клинических случаев или общих обзоров, не содержащих специфической информации о пародонтологических аспектах. Ещё более ограничены данные о микробиологических, иммунологических и морфофункциональных изменениях в тканях пародонта у данной категории больных. Наблюдается явная нехватка работ, в которых проводился бы дифференцированный анализ состояния слизистой и пародонта, а также разрабатывались бы обоснованные методические рекомендации по стоматологической помощи.

Таким образом, становится очевидным, что лечение воспалительных заболеваний пародонта у больных с ХГС требует не только знания общих стоматологических принципов, но и понимания патогенетических

механизмов, лежащих в основе печёночной недостаточности. Подобный междисциплинарный подход позволяет учитывать иммунометаболические особенности, микробный спектр, степень воспалительной реакции, резистентность к терапии и общее соматическое состояние пациента. Необходимость в разработке эффективных и патогенетически обоснованных схем лечения для таких больных обусловливает актуальность настоящего исследования и подчёркивает его практическую значимость.

Целью клинико-экспериментального наблюдения явилось выявление разновидностей, форм, степени тяжести и клинических особенностей течения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с подтверждённым ХГС, анализ спектра местных и системных этиологических и патогенетических факторов, а также апробация комплексной схемы лечения с оценкой её клинической эффективности.

Материал и методы исследования

Проведение исследования осуществлялось на клинической и научной базе профильных медицинских учреждений, специализирующихся на инфекционных заболеваниях и стоматологии. Клиническое наблюдение за пациентами, а также все диагностические и лечебные мероприятия были организованы на базе II отделения хронических вирусных гепатитов Научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний. Одновременно, стоматологическое сопровождение и углублённый анализ состояния пародонта проводились на кафедре “1 Стоматологии” Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (ЦРПКМР).

В исследование были включены 120 человек, возраст которых варьировал от 18 до 45 лет. Диагноз хронического вирусного гепатита С у всех участников был подтверждён методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с применением сертифицированных диагностических наборов, обеспечивающих высокую чувствительность и специфичность выявления вирусной РНК в крови. Строгое соответствие диагностическим критериям обеспечивало однородность выборки и позволило минимизировать влияние неконтролируемых факторов.

В соответствии с целями и задачами исследования вся совокупность обследованных была распределена на три чётко структурированные группы. Контрольную группу составили 18 человек, не имевших в анамнезе ни системных заболеваний, ни клинических признаков поражения пародонта. Эти участники служили эталоном сравнительного анализа, позволяющим объективно интерпретировать данные, полученные в основных когортных подгруппах.

Сравнительная группа включала 48 пациентов с подтверждённым ХГС и наличием воспалительных заболеваний пародонта. Этим пациентам проводилось стандартное лечение, которое включало в себя общую терапию, назначаемую инфекционистом по принятому клиническому протоколу, и

традиционные стоматологические процедуры, направленные на купирование воспалительного процесса в полости рта.

Основную группу составили 54 пациента, страдающих сочетанной патологией — ХГС и хроническими формами пародонтита, которым помимо базовой терапии была назначена усовершенствованная схема лечения, включающая пробиотическую, ферментную и фитотерапевтическую поддержку. Комплексное вмешательство было направлено на нормализацию микробного гомеостаза, модуляцию иммунного ответа и регенерацию поражённых тканей.

Разработанная схема включала в себя следующие компоненты:

1. **Приём Лактобактерина** внутрь за 30 минут до приёма пищи, по 5 доз дважды в сутки, на протяжении 14 дней. После окончания курса пациентам назначался **Бифидумбактерин** в той же дозировке и режиме — внутрь, за 30 минут до еды, по 5 доз дважды в день в течение следующих 14 дней. Эти пробиотики подбирались в соответствии с международными рекомендациями по восстановлению кишечной микрофлоры у пациентов с нарушением системной и местной иммунорезистентности.
2. **Вобэнзим** — комплексный ферментный препарат натурального происхождения, принимался по 2 таблетки трижды в день, за 15 минут до еды, непрерывно в течение 60 дней. Продолжительность курса подбиралась на основании клинических данных о хронизации воспалительного процесса в полости рта и нарушении реологических свойств крови у пациентов с ХГС.
3. **Местная терапия с использованием масла Кызыл-май** — в виде аппликаций на слизистую оболочку, продолжительностью 15–20 минут, трижды в сутки. Курс составлял 2–3 недели в зависимости от клинической динамики.

Пробиотики Лактобактерин и Бифидумбактерин были выбраны в качестве базовой микробиотической поддержки благодаря доказанной эффективности в подавлении патогенной микрофлоры и восстановлении функционального равновесия в кишечнике. Лактобактерин содержит не менее 4 миллиардов колониеобразующих единиц (КОЕ) ацидофильных лактобацилл, обладающих способностью ферментировать лактозу с образованием молочной кислоты, тем самым создавая неблагоприятную среду для роста болезнетворных микроорганизмов. Бифидумбактерин, в свою очередь, представлен в виде лиофилизированной массы живых бифидобактерий *Bifidobacterium bifidum*, обладающих выраженными антагонистическими свойствами по отношению к патогенам и участвующих в метаболизме желчных кислот, синтезе витаминов группы В и регуляции кишечного барьера.

Комплексное действие пробиотиков обеспечивается следующими биологическими механизмами:
– активное закисление среды вследствие ферментации углеводов,
– синтез витаминов B1, B2, B6, B12 и K,
– участие в преобразовании желчных пигментов,
– конкурентное ингибирование адгезии патогенов к эпителиальным клеткам,
– продукция бактериоцинов — природных антимикробных пептидов,
– стимуляция врождённой резистентности и усиление фагоцитарной активности иммунных клеток.

Вобэнзим представляет собой поликомпонентный энзимный препарат, включающий растительные и животные протеазы (бромелайн, папаин, трипсин, химотрипсин и др.). После энтерорезорбции в тонком кишечнике активные молекулы ферментов поступают в системный кровоток, связываясь с транспортными белками плазмы. Далее они локализуются в очагах воспаления, где реализуют комплексное воздействие: модулируют иммунный ответ, уменьшают отёчность, способствуют растворению фибрина, нормализуют сосудистую проницаемость и уменьшают агрегацию тромбоцитов. Вобэнзим доказал свою эффективность в коррекции иммунных и реологических нарушений, что делает его особенно ценным в лечении хронических воспалительных процессов на фоне системных инфекций.

Масло Кызыл-май, применяемое местно, содержит высокоактивный комплекс биологических веществ — сапониновые гликозиды (прежде всего глицирризин), эфирные масла, растительные пептиды, витамины и минеральные компоненты. Его фармакологическое действие включает противовоспалительный, антибактериальный, репаративный и общеукрепляющий эффекты. Регулярное применение масла на слизистую оболочку способствует ускорению процессов эпителизации, снижению чувствительности тканей и восстановлению целостности пародонтального прикрепления.

Все этапы клинического вмешательства, включая отбор пациентов, методы диагностики, протоколы лечения и наблюдение за состоянием больных, проводились в полном соответствии с международными этическими стандартами в области биомедицинских исследований. Работа соответствовала нормам Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2000 г.) и положениям Женевской конвенции о правах человека (1997 г.). Каждый пациент дал добровольное письменное согласие на участие в исследовании после получения полной информации о целях, объёме вмешательства и возможных рисках.

Критерии включения в выборку были строго регламентированы: подтверждённый диагноз хронического вирусного гепатита С, наличие воспалительных заболеваний пародонта, возраст от 18 до 45 лет. Исключались пациенты, проходившие курс противовирусной терапии менее

чем за полгода до включения, лица с ВИЧ-инфекцией, коинфекцией вирусами гепатита B или D, туберкулёзом, онкологическими или аутоиммунными заболеваниями, а также беременные и лица с наркотической зависимостью.

Этические аспекты, критерии включения и методология клинического обследования

Проведение настоящего клинического исследования осуществлялось с соблюдением всех международных этико-правовых норм, регулирующих участие человека в биомедицинских испытаниях. Все диагностические и лечебно-профилактические процедуры были реализованы в полном соответствии с основополагающими документами по биоэтике, включая Женевскую декларацию о правах человека (1997 г.) и Хельсинкскую декларацию Всемирной медицинской ассоциации (редакция 2000 г.). Исследование прошло официальное утверждение локальным этическим комитетом учреждения, в котором оно проводилось. Каждый пациент был предварительно ознакомлен с целью, методами и объёмом медицинского вмешательства и дал письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании, что является неотъемлемым элементом этической валидации клинических данных.

Критерии включения и исключения

Для обеспечения достоверности и гомогенности клинической выборки были выработаны строгие критерии включения. В исследование были включены лица в возрасте от 18 до 45 лет с достоверно подтверждённым диагнозом хронического вирусного гепатита C, верифицированным методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием зарегистрированных тест-систем с высокой чувствительностью к РНК вируса. Все включённые пациенты находились в компенсированной или субкомпенсированной стадии заболевания без признаков печёночной энцефалопатии или тяжёлой гепатоцеллюлярной недостаточности.

Исключению подлежали следующие категории: лица, употреблявшие наркотические средства в течение предшествующих шести месяцев, пациенты, проходившие курс противовирусной терапии в недавнем анамнезе, лица младше 18 лет, а также пациенты с диагностированной коинфекцией вирусами гепатита B или D. Дополнительно исключались пациенты с тяжёлыми сопутствующими патологиями — ВИЧ-инфекцией, активным туберкулёзом лёгких, онкологическими и аутоиммунными заболеваниями, декомпенсированными формами цирроза печени, беременные женщины и лица с нарушенной когнитивной функцией, препятствующей пониманию условий участия.

Клиническое обследование пациентов

Комплексная клиническая оценка включала последовательное проведение нескольких взаимодополняющих этапов. На первом этапе фиксировались субъективные жалобы: наличие болевого синдрома различной этиологии (температурный, механический, спонтанный), кровоточивость дёсен (во время чистки зубов, при приёме пищи или вне связи с механическим раздражением), признаки экссудации (включая галитоз), повышенная подвижность зубов, их смещение, наличие дефектов пломб и признаки хронической травматизации слизистой оболочки.

Анамнестический блок исследования предусматривал сбор данных о вредных привычках (включая курение и приём алкоголя), пищевом поведении, аллергическом статусе, наличии наследственной предрасположенности к пародонтопатиям, а также о перенесённых и текущих соматических заболеваниях. При изучении анамнеза пародонтологического заболевания уточняли его давность, момент манифестации симптомов, наличие связи с активной фазой гепатита, сведения о ранее проведённой терапии и её результативности.

Осмотр начинался с внешнего исследования области лица и шеи, с пальпацией регионарных лимфатических узлов. Оценивался их размер, консистенция, болезненность и подвижность. Состояние слизистой оболочки ротовой полости оценивалось по совокупности признаков: цвет, выраженность сосудистого рисунка, степень тургора, наличие патологических элементов (гиперемия, эрозии, язвы), тип и вязкость слюны.

Отдельно фиксировалась глубина преддверия полости рта, уровень прикрепления уздечек губ и языка, наличие рубцовых изменений и слизистых тяжей, способных влиять на топографию полости рта. При анализе зубо-челюстных взаимоотношений оценивались: положение зубов, наличие трем, диастем, окклюзионные контакты, патологические формы прикуса.

Индексная оценка состояния пародонта

Для обеспечения объективной оценки состояния пародонта были использованы стандартизированные индексные шкалы, включённые в клинико-эпидемиологические протоколы обследования:

1. Индекс гигиенического состояния полости рта (OHI-S)

(по Greene & Vermilion, 1964)

Измерение проводилось по стандартной методике на зубах Рамфьерда: **16, 11, 26, 36, 31, 46.**

- **Индекс налёта (DI-S):**
  0 - налёт отсутствует;
  1 - покрытие ≤⅓ поверхности;
  2 - покрытие от ⅓ до ⅔;
  3 - покрытие >⅔ поверхности.

- **Индекс камня (CI-S):**
  0 - камень отсутствует;
  1 - покрытие <⅓ поверхности;
  2 - покрытие от ⅓ до ⅔ или фрагменты поддесневого камня;
  3 - покрытие >⅔ или массивные отложения под десной.

Формула расчёта общего гигиенического индекса:

$$OHI = DI + CI$$

Интерпретация результатов:

- 0–1,2 - удовлетворительное гигиеническое состояние;
- 1,3–3,0 - неудовлетворительное;
- 3,0 - крайне низкая гигиена.

2. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA)
(по J. Schour & M. Massler, в модификации Parma, 1960)

Оценивается наличие воспаления трёх зон десны:

- P - сосочек (papilla);
- M - маргинальная десна (margo);
- A - альвеолярная часть.

Формула индекса:

$$\text{PMA} = \left(\sum \text{оценок} \times 100\backslash\%\right) / (3 \times n)$$

PMA отражает степень распространённости и выраженности воспалительного процесса в дёснах.

3. Комплексный пародонтальный индекс (КПИ)
(по Леусу, 1989)

Применяется в популяционных исследованиях и индивидуальной клинической оценке. Анализ проводился на стандартных индексных зубах: **17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47.**

Таблица 2.2.1. Критерии КПИ:

Код	Признак	Описание
0	Здоровый	Нет признаков воспаления или отложений
1	Зубной налёт	Выявляется зондом в области коронки или межзубных промежутков
2	Кровоточивость	Кровь при лёгком зондировании

		зубодесневого желобка
3	Поддесневой камень	Видимые или пальпируемые отложения под десной
4	Патологический карман	Глубина >3 мм при зондировании
5	Патологическая подвижность зуба	2–3 степени по классификации Барера—Лемецкой

Расчёт индекса:

$$\text{КПИ} = \left(\sum \text{баллов всехзубов}\right)/n$$

Градация по степени тяжести:

- 0,1–1,0 - риск развития пародонтита;
- 1,1–2,0 - лёгкая степень;
- 2,1–3,0 - умеренная степень;
- ≥3,1 - тяжёлая степень.

4. Оценка подвижности зубов
(по классификации Барера и Лемецкой, 1966)

- **I степень** - смещение в вестибулооральном направлении ≤2 мм;
- **II степень** - смещение >2 мм, включая медиодистальное направление;
- **III степень** - подвижность во всех плоскостях, включая вертикальное направление.

Методы клинико-инструментального обследования, индексной диагностики и статистической оценки состояния пародонта у пациентов с ХГС

В рамках настоящего исследования для углублённой оценки пародонтального статуса у пациентов с хроническим гепатитом С была применена расширенная система индексных, рентгенологических и лабораторных методов диагностики, соответствующих современным требованиям доказательной стоматологии. Все клинико-диагностические манипуляции проводились в условиях строгого соблюдения международных биоэтических стандартов. Исследование было предварительно одобрено локальным этическим комитетом медицинского учреждения. Каждый участник дал письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании, что соответствует нормам Женевской конвенции о защите прав человека (1997) и Хельсинкской декларации ВМА (2000, редакция).

Оценка кровоточивости пародонта

В качестве одного из ранних клинических маркеров воспаления применялась оценка десневой кровоточивости по H.P. Muhlemann и S. Son (1971), проводимая зондированием в пяти стандартных точках: 16, 12, 44, 32, 36 зубы. Диагностическая значимость индекса кровоточивости заключается в возможности выявления начальной стадии гингивита до развития морфологических изменений.

Критерии оценки:

- 0 - кровоточивость отсутствует;
- 1 - точечное кровоизлияние при зондировании;
- 2 - образование чётко видимого пятна крови;
- 3 - полное заполнение межзубного промежутка кровью;
- 4 - профузное кровотечение, мгновенно заполняющее борозду.

Мониторинг этого показателя проводился в динамике: до начала лечения, после его завершения, а также у группы больных с сопутствующим пересаженным почечным трансплантатом, где кровоточивость могла быть маркером иммуносупрессивных реакций.

Измерение глубины пародонтальных карманов

Измерение глубины десневых карманов осуществлялось при помощи пародонтального зонда с миллиметровой шкалой. Измерения проводились с четырёх сторон каждого зуба (мезиально, дистально, вестибулярно, орально), что позволяло максимально объективно зафиксировать глубину патологического процесса. Показатели колебались от 1–3 мм (физиологическая норма) до 10–12 мм (глубокие пародонтальные карманы при тяжёлых формах пародонтита).

Для оценки архитектурных изменений пародонта использовалась ортопантомограмма (по методике И.Ю. Курляндского), на которой визуализировались: глубина и локализация карманов, признаки воспалительного экссудата, степень рецессии, подвижность зубов, степень убыли костной ткани и радиологические признаки кровоточивости.

Рентгенологическое исследование

Рентгенодиагностика включала два уровня визуализации: обзорную ортопантомографию (ОПТГ) и прицельную радиографию отдельных сегментов. В ходе анализа учитывались:

- структура и высота альвеолярных отростков;
- степень резорбции межальвеолярных перегородок;
- расширение периодонтальной щели;
- утрата или истончение кортикальной пластинки;

- наличие зубного камня, периапикальных очагов и остеопоротических изменений.

Особое внимание уделялось фуркационным поражениям многокорневых зубов и оценке соотношения длины коронки и корня как важнейшему прогностическому параметру.

Статистическая обработка результатов

Количественные и качественные показатели, полученные в процессе исследования, подвергались статистической обработке с использованием стандартных функций Microsoft Excel 2002. Расчёты включали:

- среднее арифметическое значение (M),
- стандартную ошибку средней (±m).

$$\bar{x} \pm m$$

Для оценки достоверности различий между группами применяли **t-критерий Стьюдента** (двусторонний тест) для независимых и зависимых выборок. При расчётах использовали критический уровень значимости:
p<0,05, p < 0{,}05, p<0,05
что соответствует общепринятому уровню статистической достоверности в медицинских исследованиях.

Результаты клинического обследования и терапевтического вмешательства

Оценка состояния слизистой оболочки полости рта у включённых в исследование пациентов проводилась с учётом как первичных (острых воспалительных), так и вторичных (атрофических и дегенеративных) изменений. У большинства больных были зарегистрированы признаки выраженной ксеростомии, жалобы на жжение языка и дёсен, извращение вкуса, локальную гиперестезию, стойкий галитоз, петехиальные и экхиматозные элементы на слизистой оболочке, признаки хейлита, грибкового поражения и десквамативного глоссита.

Доминирующими нозологическими единицами в обследованной выборке были: хронический генерализованный пародонтит, катаральный гингивит, кандидозный стоматит, парестезии слизистой оболочки рта и клинические формы атрофического глоссита.

Комплексное лечение включало:

1. **Обучение пациентов индивидуальным правилам гигиены полости рта** с последующей проверкой техники чистки зубов (контроль с применением индикационных средств).

2. **Профессиональную гигиену**: удаление над- и поддесневых отложений при помощи пародонтальных кюрет и ультразвукового аппарата «PiezonMaster» (EMS, Швейцария).
3. **Лечение локальных факторов**: санация очагов кариеса, коррекция реставраций, восстановление контактов, устранение окклюзионных травм (селективное пришлифовывание по Дженкельсону, 1967), временное шинирование подвижных зубов (Fiber-Splint™ ML, Polydentia, Швейцария).
4. **Закрытый кюретаж пародонтальных карманов** с последующим введением геля «Метрогил-дента» методом защитно-бандажной аппликации.
5. **Обработка десны** перед наложением повязки раствором 0,1% хлорофиллипта.

Патогенетическое обоснование лечения

Анализ клинико-патогенетических механизмов ХГП у пациентов с хроническим гепатитом С выявил, что прогрессирование воспалительных процессов в тканях пародонта происходит на фоне системных нарушений микроциркуляции, снижения неспецифической резистентности и изменения минерального обмена. Эти нарушения усугубляют течение пародонтита и затрудняют ремиссию при традиционном лечении.

Именно поэтому предложенная схема лечения была дополнена приёмом пробиотиков (*лактобактерин, бифидумбактерин*), энзимотерапией (препарат *Вобэнзим*) и местным нанесением фитопрепарата *Кызыл-май*, обладающего противовоспалительным и регенераторным действием.

По результатам сопоставительного анализа эффективности, включение в базовую терапию биопрепаратов с доказанным иммуномодулирующим и регенераторным действием позволило достоверно улучшить состояние слизистой оболочки полости рта, снизить индекс кровоточивости и глубину карманов, нормализовать показатели местного иммунитета у пациентов с хроническим гепатитом С.

Эти данные подтверждают целесообразность использования многофакторного патогенетически ориентированного подхода, направленного одновременно на санацию полости рта, нормализацию микробиоты, иммунный статус и восстановление барьерной функции слизистой.

Результаты исследования

Оценка состояния полости рта проводилась по наличию первичных и вторичных признаков воспаления, встречающихся в полости рта на фоне сопутствующих заболеваний, а также по их количеству и степени выраженности. Были изучены такие проявления, как сухость и жжение в полости рта, извращение вкуса, болезненность дёсен, языка и слизистой

оболочки полости рта (СОПР), кровоточивость дёсен, налёт на языке, хейлит, петехии и экхимозы на СОПР, гиперестезия. Также были выявлены и изучены особенности таких заболеваний полости рта, как катаральный гингивит, хронический генерализованный пародонтит, глоссит, ксеростомия, грибковый стоматит, парестезия слизистой оболочки полости рта.

Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита включало следующие мероприятия: обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта с последующим неоднократным контролем; профессиональная гигиена полости рта, включающая удаление зубных отложений с помощью ручных инструментов (пародонтальных кюрет) и ультразвукового аппарата «PiezonMaster» (ElectricMedicalSystems, Швейцария); устранение местных факторов, способствующих аккумуляции микробной биопленки и травматическому повреждению тканей пародонта (лечение кариеса зубов; коррекция пломб; восстановление нарушенных контактных пунктов; функциональное избирательное пришлифовывание по Дженкельсону (JankelsonD., 1967) и временное шинирование подвижных зубов при помощи Fiber-Splint™ ML (Polydentia, Швейцария); кюретаж пародонтальных карманов;

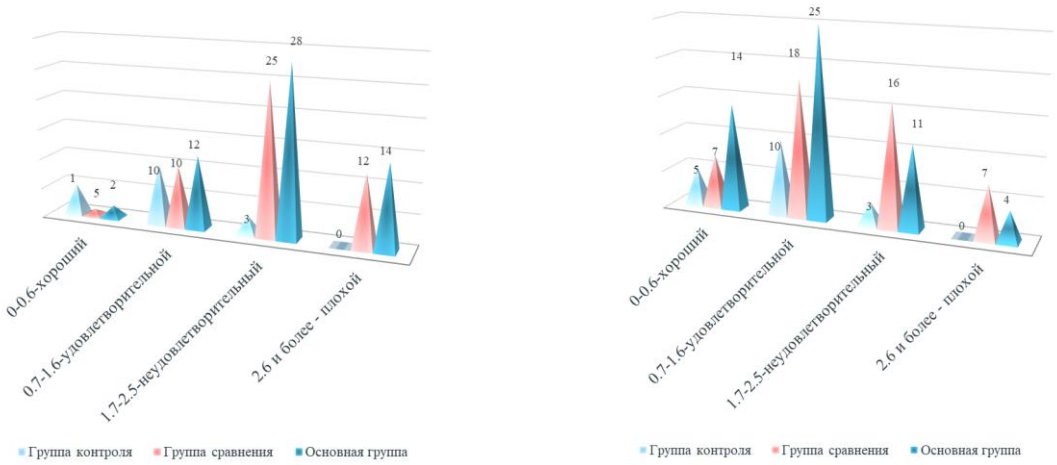
Клинические и патогенетические аспекты возникновения и развития хронического генерализованного пародонтита (ХГП) на фоне заболеваний печени как группы риска в настоящее время изучены недостаточно. Учитывая, что распространенность такой коморбидной патологии увеличивается, а системные метаболические изменения, способствуют активации воспаления в тканях пародонта, изменениям микроциркуляции, минерального обмена и метаболизма костной ткани, актуальной является также проблема поиска патогенетически обоснованных способов лечения заболеваний пародонта у данной категории больных.

Перед традиционной стоматологической обработкой при хроническом генерализованном пародонтите всем больным провели санацию полости рта: лечили кариозные зубы, удаляли зубные камни и налёты, устраняли травматическую окклюзию, поводился кюретаж в пародонтальных карманах, а в нижнюю область кармана в воспаленные пародонтовые ткани помещали метрогиловый гель дента методом защитно-бандажной повязки. Перед наложением защитно-бандажной повязки, десну обрабатывали 0,1% раствором хлорофиллипта.

Таким образом, данные литературы и наш проспективный анализ 102 пациентов с пародонтитом свидетельствуют о взаимосвязи воспалительных заболеваний тканей пародонта с соматическими заболеваниями. Особенно это выражено у пациентов с патологиями печени, у которых наряду с пародонтитом, как правило, имеется несколько сопутствующих соматических заболеваний, что соответствует клинической модели полиморбидности. Подобный клинический сценарий развития полиморбидности подразумевает необходимость комплексного лечения пародонтита и сопутствующих соматических заболеваний с одновременным воздействием на такой немаловажный патогенетический фактор в их развитии.

Следовательно, эффективность лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне хронических гепатитов у пациентов, получавших наряду с традиционным пародонтологическим лечением требуют комплексный подход к лечению основанный на результатах проведённых исследований, что на наш взгляд, позволят значительно улучшить состояние полости рта и общее самочувствие пациентов с хроническим пародонтитом на фоне вирусного гепатита С. Использование пробиотиков- лакто и бифидобактерин, ферментативного препарата Вобэнзим и масленного препарата Кызыл-май, в сочетании с регулярным мониторингом и индивидуальным подходом к каждому пациенту, на наш взгляд способствует снижению риска развития осложнений и улучшению прогноза заболевания.

При сравнение полученных результатов исследования относительно изучаемых показателей защитной системы ротовой полости было отмечено достоверные изменения в группе с использованием разработанной комплексной терапии. Следовательно, включение в арсенал терапии ферментного препарата Вобэнзима, и местного Кызыл-май, усиливающего процесс регенерации позволило улучшить показатели местной защиты слизистой ротовой полости у пациентов с заболеванием пародонта ассоциированной гепатитом С.

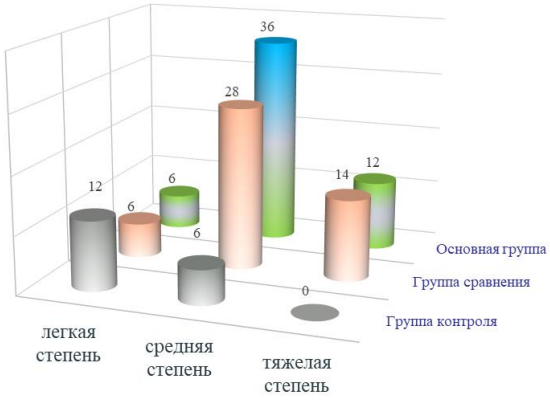


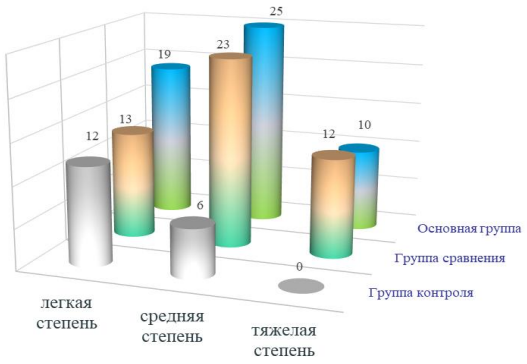
До лечения После лечения

Рис.1. Показатели ГИ по Грин-Вермилиону до и после терапии

До начала лечения в группах сравнения и основной группе были зафиксированы высокие значения гигиенического индекса по методике Грина-Вермилиона (OHI-S), свидетельствующие о крайне неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта. После проведения лечебных мероприятий в обеих группах отмечалась положительная динамика, выражавшаяся в достоверном снижении индексных показателей. Особенно выраженные изменения наблюдались в основной группе, где была

применена авторская схема комплексной терапии: значения гигиенического индекса снизились в 2 раза по сравнению с исходными, что подтверждает её высокую клиническую эффективность.

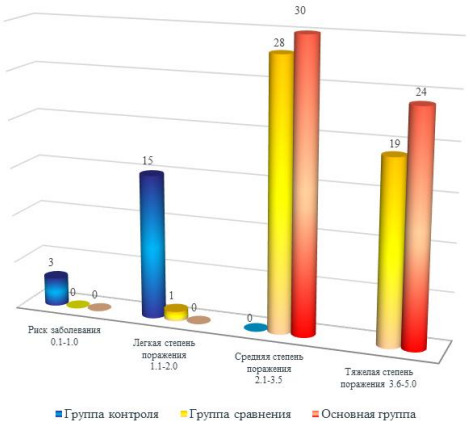


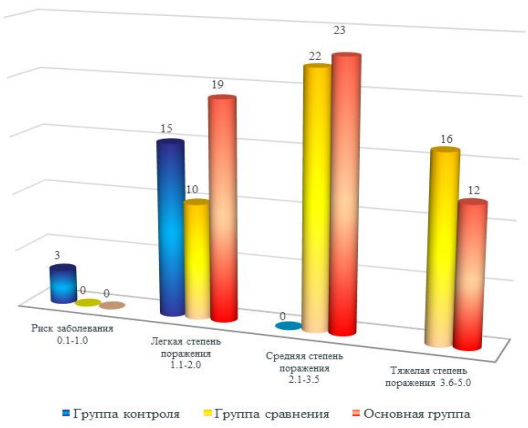


До лечения После лечения

Рис.2. Показатели РМА у больных с вирусным гепатитом С до и после тер[redacted]

Показатели РМА до лечения отражали преобладание средне- и тяжёлостепенных форм пародонтита в обеих клинических группах. Проведённый статистический анализ показателя РМА в динамике позволил зафиксировать статистически значимые межгрупповые различия. В частности, после лечения было зарегистрировано снижение уровня средней степени тяжести заболевания на 1,2% в сравнительной группе и на 1,44% -в основной. Аналогично, тяжёлая степень пародонтита снизилась в обеих группах на 1,2%. Эти данные подтверждают эффективность комплексной терапии, ориентированной на патогенетические механизмы воспаления.





До лечения После лечения

Рис.3. Индекс КПИ у больных с вирусным гепатитом С до и после тер[redacted]

До начала лечения КПИ в обеих клинических группах свидетельствовал о наличии выраженных пародонтальных поражений. После завершения курса комплексной терапии в основной группе индекс КПИ уменьшился в 2 раза, отражая переход от тяжёлой степени к лёгкой или средней. В сравнительной группе снижение индекса составило 1,1 раза, что расценивается как удовлетворительный терапевтический результат. Таким образом, комплексный подход позволил достичь значительно более высокой эффективности в основной группе, что подчеркивает необходимость внедрения авторской методики в практическое здравоохранение.

Оценка субъективных симптомов и клинических проявлений

В основной группе кровоточивость дёсен до начала лечения была зарегистрирована у 14 пациентов (25,93 ± 5,96 %), тогда как в сравнительной группе — у 9 человек (29,03 ± 8,15 %). Наличие галитоза (неприятного запаха изо рта) отмечено у 12 пациентов основной группы (22,22 ± 5,66 %) и у 6 пациентов группы сравнения (19,35 ± 7,10 %).

Подвижность зубов различной степени была зафиксирована у 5 пациентов основной группы (9,26 ± 3,94 %) и у 8 пациентов группы сравнения (25,81 ± 7,86 %). Симптом ксеростомии наблюдался у 7 пациентов основной группы (12,96 ± 4,57 %), тогда как в сравнительной группе он отмечен лишь у 2 человек (6,45 ± 4,41 %).

Болевой синдром в области дёсен регистрировался у 4 пациентов основной группы (7,41 ± 3,56 %); в группе сравнения данный симптом не наблюдался (0,00 ± 0,00 %). Налёт на языке отмечен у 12 пациентов основной группы (22,22 ± 5,66 %) и у 6 пациентов в сравнительной группе (19,35 ± 7,10 %).

Медицинская эффективность комплексного вмешательства

Результаты проспективного исследования подтвердили высокую клиническую эффективность предложенной методики лечения пациентов с ХГП, ассоциированным с ХГС. Применение комбинированной схемы, включающей пробиотики (*Лактобактерин*, *Бифидумбактерин*), системный ферментный препарат *Вобэнзим* и местный фитокомплекс *Кызыл-май*, обеспечило выраженное снижение клинических симптомов воспаления, уменьшение глубины пародонтальных карманов, нормализацию гигиенических и индексных параметров. Наиболее выраженная положительная динамика была зарегистрирована в основной группе, где применение данной методики способствовало более быстрому купированию воспалительного процесса, снижению кровоточивости и восстановлению функционального состояния тканей пародонта.

Социальная эффективность

Комплексное лечение пациентов с хроническим пародонтитом, отягощённым ХГС, привело к существенному улучшению их качества жизни. Нормализация состояния десневого края, устранение ксеростомии, восстановление гигиенического баланса и устранение галитоза способствовали улучшению социального функционирования пациентов, повышению уверенности в межличностных контактах и снижению психоэмоционального напряжения. Такие улучшения играют ключевую роль в социальной реабилитации пациентов с коморбидной патологией и позволяют им быстрее вернуться к полноценной профессиональной и социальной активности.

Экономическая эффективность

Экономическая эффективность применения комбинированной терапии с использованием пробиотиков, ферментативного препарата Вобэнзим и масленного препарата Кызыл-май, выражается в снижении затрат на лечение и профилактику заболеваний полости рта. Улучшение состояния полости рта у пациентов с хроническим пародонтитом на фоне вирусного гепатита С позволяет снизить частоту обращений за медицинской помощью, уменьшить количество необходимых процедур и сократить затраты на лекарства. В долгосрочной перспективе это ведёт к снижению финансовой нагрузки на систему здравоохранения и улучшению экономической ситуации за счёт повышения трудоспособности пациентов и уменьшения потерь рабочего времени из-за заболеваний. Кроме того, улучшение состояния полости рта способствует снижению риска развития серьёзных осложнений, что также снижает затраты на их лечение и реабилитацию. Экономическая эффективность также включает снижение расходов на неотложную медицинскую помощь и госпитализацию, что особенно важно в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.

Таким образом, в результате клинических исследований установлена высокая эффективность комплексной системной терапии пародонтита у больных с вирусным гепатитом С, что позволяет рекомендовать её применение в комплексной терапии пародонтита у этой категории больных.

Полученные нами данные принципиально важны с практической точки зрения. Это может иметь большое медико-социальное и экономическое значение, так как позволит с одной стороны снизить заболеваемость, а с другой стороны даст возможность удлинить сроки ремиссии у больных ХГП с ВГС. На основании разработанных методов лечения произведен расчёт экономического эффекта от снижения стоимости лечения.

Расчёт экономического эффекта от сокращения сроков временной нетрудоспособности производится по формуле Т.И. Искандарова (2005):

$$Э_{вр} = (Д_1 - Д_2) \times (Г + Е) \times Н - 0{,}15 \times К$$

Где $Д_1$ – среднее число дней нетрудоспособности одного больного по данному заболеванию до внедрения методики;

$Д_2$ - среднее число дней трудоспособности по данному заболеванию после внедрения;

Г - среднедневная выработка одного работающего, сум/ день:

Е - средний размер пособия по ВУТ, сум / день;

Н – масштаб внедрения (число больных в год, на которых ожидается распространить или уже распространён новый метод лечения);

0,15 - нормальный коэффициент эффективности;

К - предполагаемые затраты на внедрения данного метода.

По ретроспективным данным среднее число дней нетрудоспособности одного больного по данному заболеванию до внедрения методики составляло 15 дней ($Д_1$), среднее число дней трудоспособности по данному заболеванию после внедрения метода составило 8 дней ($Д_2$).

Среднедневная выработка одного работающего вычислена из минимальной заработной платы (172240 сум) и составила 7165,2 сум / день (Г).

Средний размер пособия по ВУТ. При страховом стаже от 5 до 8 лет максимальный размер среднего дневного заработка для расчета пособия составляет: 7165,2 х 80% / 100%= 5732,2 сум / день (Е).

Масштаб внедрения - число больных в год, на которых ожидается распространить новый метод лечения диагностики – 100 больных (Н).

0,15 - нормальный коэффициент эффективности;

К - предполагаемые затраты на внедрения данного лечения (71750 сум).

$$Э_{вр} = (Д_1 - Д_2) \times (Г + Е) \times Н - 0{,}15 \times К = (15-8) \times (7165{,}2+5732{,}2) \times 100 - 0{,}15 \times 72800 = 7 \times 12897{,}4 \times 100 - 10354{,}5 = 10\,011\,824{,}7 \text{ сум}$$

В результате полученных данных была установлена экономическая эффективность предложенного метода лечения у больных с ХГП с ВГС.

Фармако-экономические расчёты показывают, что годовая стоимость лечения больных с ХГП средней степени на фоне ВГС на 25%-44% выше, чем лечение больных без сопутствующей гепатита, что определяет социальную значимость любых исследований, касающихся ХГП.

Выводы

1. При наличии стойкого воспалительного процесса в пародонте, не поддающегося стандартной терапии, стоматологу следует обязательно направлять пациента на лабораторное обследование на вирус гепатита С, поскольку именно врач-стоматолог часто становится первым специалистом, способным выявить системное заболевание в ходе оценки соматического статуса полости рта.

2. У пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, протекающим на фоне подтверждённого хронического вирусного гепатита С, индекс гигиены полости рта (OHI-S) и индекс зубного налёта (PI) были достоверно ниже по сравнению с контрольной группой -на 28,6 % и 19,6 % соответственно. При этом глубина пародонтальных карманов (ПК) и степень подвижности зубов у данной категории больных превышали аналогичные параметры в контрольной группе на 24,8 % и 47,9 %, что указывает на более выраженное разрушение опорного аппарата зуба при наличии коморбидной патологии.

Практические рекомендации:

1. Проведённое исследование акцентирует внимание на характерных стоматологических проявлениях вируса гепатита С, что позволяет стоматологу своевременно выявлять маркеры системного поражения, грамотно выстраивать профилактическую тактику и эффективно участвовать в контроле за прогрессированием инфекции, а также в предотвращении её возможной передачи через стоматологические вмешательства.

2. Комплексный анализ полученных данных демонстрирует, что применение многокомпонентной терапии, включающей пробиотические препараты (*Лактобактерин* и *Бифидумбактерин*), ферментативный препарат *Вобэнзим*, а также фитосредство местного действия *Кызыл-май*, обеспечивало выраженное клиническое улучшение состояния полости рта у пациентов основной группы. У больных, получавших данную терапию, наблюдалось существенное уменьшение выраженности воспаления, снижение интенсивности болевых ощущений и кровоточивости дёсен, восстановление целостности десневого края и полное исчезновение галитоза. Комбинированный подход способствовал ускорению регенерации и сокращению сроков клинического выздоровления, что представляет собой особенно важный аспект при лечении пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Абдуюсупова К.М., Хайдаров А.М., Мухамедкаримова С.Р. Исследование микробной обсеменённости пародонтальных карманов у больных пародонтитом на фоне гепатита С методом ПЦР/«Журнал стоматологии и краниофациальных исследований» Самарканд, том 4, номер 1 стр.63-67
2. Абдуюсупова К.М., Алимов А.С. Состояние пародонта и особенности стоматологической терапии у больных с гепатитом С// Stomatologiya №3 (84) 2021, стр.51-57
3. Абдувакилов Ж.У., Хаджиметов А.А., Ризаев Ж.А. Особенности гемостазиологических показателей крови у больных с ХГП ассоциированный МС / Материалы научно-практической конференции с Международным участием « Тернополь денталь Саммит 23-24 ноябрь 2019 С.2-3
4. Абдуюсупова К.М., Хайдаров А.М., Ходжиметов А.А. Значение нарушений регуляции функций эндотелия в развитии эксфолиативного хейлита// Журнал Биомедицина и практика Том 7 №6 2022, стр. 268-277
5. Абдуюсупова К.М., Муминова Г.Г. Сравнительный анализ информативности индексов при обследовании заболеваний пародонта// International Conference Europe, science and we Evropa, 2020 стр.40-43
6. Абдуюсупова К.М., Хайдаров А.М., Мухамедкаримова С.Р. Исследование микробной обсеменённости пародонтальных карманов у больных пародонтитом на фоне гепатита С методом ПЦР/«Журнал стоматологии и краниофациальных исследований» Самарканд, том 4, номер 1 стр.63-67
7. Абдуюсупова К.М., Хайдаров А.М., Хаджиметов А.А. Оценка состояния системы коагуляции у больных пародонтитом на фоне вирусного гепатита С//Медицина и инновации №5 2024.
8. Азатян В.Ю. Изменения пародонта при некоторых соматических заболеваний и вирусном гепатите С. //Armenian Journal of Blood and Cancer. N2 (22) 2016, p. 5154.
9. Арямкина О.Л., Бригиневич В. Е., Виноградова И. Б. и соавт. Внепеченочные проявления хронических гепатитов В и С. Рос. Мед. Журнал., 2006, no.1., С.27
10. Билалова А. Р. Особенности системы гемостаза у больных хроническими гепатитами и циррозами печени. Инфекционные болезни., 2015. - Том 13., Вып. 3., С. 37-45.
11. Блинникова Е.Н. Пародонтит у больных с хроническим гепатитом С: клиника, патогенез, оптимизация терапии. Авторефератдис.к.м.н., Саратов, 2012, 24с.
12. Галева Н. В. Тромбоцитарный гемостаз и хронический гепатит С. Вестник совр. клин. мед., 2019., Том 12., Вып. 2., С. 23-27.
13. Журкин А. С., Соловьёв С. В. Продукция цитокинов и интерферонотерапия у больных хроническими вирусными гепатитами // Эпидемиология. 1999. № 5. С. 27-29.
14. Изменения цитокинового статуса при хронических вирусных

гепатитах В и С у детей/Жукова Е. А., Каплина Н. А., Романова С. В. [и др.] // Цитокины и воспаление. 2009. Т 8, № 4. С. 38-39.

15. Морозов Ю. А. Нарушения системы гемостаза при патологии печени и их диагностика. Геморр. диатезы, тромбозы и тромбофилии., 2014, no.14, С. 162-174.

16. Особенности иммунного ответа у больных хроническим вирусным гепатитом С/В. Т Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2001. Т XI, № 3. С. 24-29.

17. Симбирцев А.С. Цитокины - новая система регуляции защитных реакций организма// Цитокины и воспаление. – 2002. – №1. – С. 9-17.

18. Шкляев А. Е., Малахова И. Г. Прогностическое значение показателей гемостаза при заболеваниях печени // Тромбоз, гемостаз и реалогия, 2016, Том 67, Вып. 3, С. 462-464.

19. Abduyusupova K.M., Khaidarov A.M., Khadjimetov A. A. Khaidarova S.E. Assessment Of The Process Of Acetylation And Lipid Composition Of Blood In Patients With Chronic Periodontitis Against The Background Of Viral Hepatitis C// Peer revieved international journal Volume 32, p.45-50

20. Abduyusupova M. Kamola Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis c in the oral cavity// Asian Journal of Pharmaceutical and Biological Research Volume 10, Issue 2, 2021. p. 23-25

21. Allison M.G., Shanholtz C. B., Sashdeva A. Hematological Issues in Liver Disease. Crit Care Clin. 2016, Vol. 32, no.3, pp. 385-96.

22. Azatyan V., Yessayan L., Shmavonyan M., Melik-Andreasyan G., Perikhanyan A., Porksheyan K. Evaluation of IL-2, IL-10,Il-4 and т-interferon Level in the Oral Fluids of Patients with Hepatitis C,B and HIV. // J Infect Dev Ctries 2019; 13(5S): 069S-074S.

23. Bostanci V., Toker H., Senel S., Poyraz O., Akpinar A., Gorgun E.P., Bakar O.. Evaluation of IL-1P, IL-1ra, and IL-10 levels and outcome of periodontal therapy in chronicperiodontitis with familial Mediterranean fever. Clin Oral Investig. 2017 Jan;21(1):469-475.

24. Cacoub P., Comarmond C. Considering hepatitis C virus infection as a systemic disease. Semin Dial., 2019, Vol. 32, no.2, pp. 99-107.

25. Chen J., Duan Z.P., Bai L. et al. Changing characteristic of blood coagulation factors and their correlation with blood coagulation status in different hepatic diseases. // Zhonghua Gan. Zang. Bing. Za. Zhi. - 2012. - vol. 20(3). - p. 206-210.

26. Flores-Chavez A, Carrion J. A., X Forns X., Ramos- Casals M. Extrahepatic manifestations associated with chronic Hepatitis C Virus infection. Rev Esp Sanid Penit. 2017, no.19, pp. 87-97.

27. Flores-Chavez A., Carrion J. A., Ramos-Casals M. Extrahepatic manifestations associated with Chronic Hepatitis C Virus Infection. Rev esp sanid penit [online], 2017, Vol.19, no.3, pp.87-97.

28. Islomov D. Sh. , Khadjimetov A. A., Amonov E. Sh The role of hemic hypoxia in the development of sensorineural hearing loss in children associated with hepatitis B|| Journal of Advances in medicine and medical research 30(3)^ 1-6, 2019

29. Rosenthal E., Cacoub P. Extrahepatic manifestations in chronic hepatitis C virus carriers. Lupus. 2015. Vol. 24, no.4-5, pp. 469-482.

30. Tripodi A. The coagulopathy of chronic liver disease: is there a causal relationship with bleeding? No. Eur J Intern Med. 2010, Vol. 21, no.2, pp. 65-69.