

УДК: 616.311.2:616.36-002

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В, ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С И ВИЧ- ИНФЕКЦИИ

Азатян В.Ю., Есаян Л.К.

ЕГМУ, Кафедра терапевтической стоматологии

Получена: 18.11.2021, рецензирована: 22.03.2022, принята: 19.04.2022.

**Ключевые слова:** слизистая оболочка, вирусный гепатит В, вирусный гепатит С, ВИЧ-инфекция.

Заболевания слизистой оболочки рта (СОР), являющиеся следствием общесоматических, представляют одну из наиболее сложных проблем в стоматологии из-за трудностей в диагностике и лечении. Данные литературы вполне обоснованно свидетельствуют о развитии многочисленных нарушений при вирусных гепатитах (ВГ) как со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени, иммунной системы, так и органов челюстно-лицевой области. Болезни печени вирусной этиологии по-прежнему являются чрезвычайно актуальными в связи с их широким распространением. Глобальность охвата территорий и высокий эпидемический потенциал этой группы заболеваний сохраняют их социальную и экономическую значимость. Согласно данным ВОЗ, примерно у трети населения планеты в течение жизни возможен контакт с ВГВ, 257 млн человек хронически инфицированы ВГВ, 71 млн-ВГС [12, 13]. В Армении в 2018 году было зарегистрировано 698 случаев ВГВ-инфекции (показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 23,3), причем, этот показатель по сравнению с предыдущими годами возрос в 1,5 раза. Показатель заболеваемости ВГС в 2018 году составил 45,0 на 100 тыс. населения (1214 случаев) [2].

Исходя из того, что при вирусных поражениях печени нарушаются метаболические процессы, влекущие за собой и стоматологические изменения, а также учитывая тесную связь между органами ЖКТ и полостью рта, изучение распространенности основных стоматологических заболеваний у пациентов с ВГВ и ВГС

[3, 7, 8, 10, 14, 17, 18, 20] представляет определенный интерес.

В полости рта признаками проявления хронического ВГ являются разнообразные изменения слизистой оболочки воспалительно-дистрофического характера: гиперемия, сухость, отек и десквамация эпителия. Характерна желтушность различных отделов СОР, появление геморрагий, телеангиэктазий, а также застойная гиперемия и кровоточивость слизистой десен. При заболеваниях печени типично поражение языка, наблюдаются катаральный глоссит, отечность, цианотичная окраска боковой и нижней поверхности языка, атрофия нитевидных сосочков языка [9, 15, 16]. Слизистая оболочка языка атрофируется до уровня десквамации эпителия. Очаги десквамации могут быть единичными или, сливаясь, захватывать всю поверхность языка. Язык становится гладким, гиперемированным, нередко отмечается углубление естественных складок языка. Могут появляться срединная и боковые трещины с замедленной эпителизацией, склонные к инфицированию, наблюдаются явления кандидамикоза. У ослабленных больных кандидамикотическое поражение слизистой оболочки носит хронический характер. Наиболее часто больные гепатитами жалуются на жжение и покалывание в области языка и губ. Красная кайма губ и слизистая оболочка истончены. Чувство жжения и болезненность слизистой оболочки нередко сочетаются с зудом, особенно выраженным в области неба. В настоящее время воспалительные заболевания зубочелюстной системы рассматриваются не в качестве изолированной патологии полости рта, а в комплексе заболеваний, влияющих на весь организм в целом [4].

В последнее время одним из достижений человечества является внедрение высокоактивной антитровирусной терапии для лечения ВИЧ-инфекции, позволившей стабилизировать развитие пандемии ВИЧ, несмотря на то, что уровень возникновения новых случаев ВИЧ-инфекции и смертность от СПИДа остаются

### \* АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

В.Ю. Азатян

ЕГМУ, Кафедра терапевтической стоматологии

Адрес: ул. Корюна 2, 0025, Ереван

Эл. почта: vahe.azatyan@gmail.com

Тел.: (+374) 91 32 67 73

высокими.

С 1988 года по 31 декабря 2018 года среди граждан Республики Армения было зарегистрировано 2908 случаев ВИЧ-инфекции [1]. На конец 2018 года число лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, составило в республике 3337 человек ([http://www.arm aids.am/statistics/stat\\_2019/stat\\_january\\_2019.html](http://www.arm aids.am/statistics/stat_2019/stat_january_2019.html)).

Поражения полости рта у людей, зараженных ВИЧ, относятся к числу первых симптомов заболевания, характеризующегося большим разнообразием клинического течения. Появление ранних признаков иммунодефицита именно в полости рта понятно – сопутствующее подавление иммунитета способствует пролиферации условно-патогенных микроорганизмов, а также «растормаживанию» системы сдерживания опухолевого роста, что вызывает характерные поражения в этой области. В этой связи врач-стоматолог может оказаться первым специалистом, к которому обратился ВИЧ-инфицированный пациент [5, 11, 19]. Основным методом выявления изменений СОР является клинический осмотр, проводимый стоматологом. Диагностика и лечение заболеваний СОР остаются важной проблемой терапевтической стоматологии.

**Целью** исследования является оценка состояния слизистой оболочки различных отделов полости рта у пациентов с ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекцией.

### Материал и методы исследования

Группу исследуемых составили 281 пациент, в том числе 95- с ВГВ, 96 – с ВГС, 90 – с ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в Инфекционной клинической больнице «Норк» и в Клиническом центре «Арменикум» города Еревана за период с 2015 по 2019 годы. Контрольную группу составили лица (100) с поражениями СОР и пародонта, обратившиеся в университетскую стоматологическую поликлинику 1 за тот же период, однако не страдающие вышеуказанными инфекциями.

Для изучения стоматологического статуса был проведен клинический осмотр, который включал: внешний осмотр губ, углов рта, оценку состояния различных отделов СОР (цвет, рельеф, наличие геморрагий, телеангиэктазий), оценку состояния языка (цвет, наличие налета на поверхности языка, очагов десквамации эпителия).

Статистический анализ полученных результатов был основан на дескриптивном анализе, включающем следующие показатели: процентное распределение в группе (%) при категорических данных, среднее значе-

ние (СЗ), стандартное отклонение от среднего значения (СО). Статистически достоверная разница между группами пациентов была рассчитана методом 2 для категорических данных и методом t- критерия Стьюдента при сравнении каждой отдельной группы с контрольной группой. Для статистического анализа были использованы пакеты статистических программ Excel 2013 и R.

### Результаты и их обсуждение

При анализе возрастной структуры обследованных (табл. 1) было установлено, что средний возраст пациентов с ВГС и ВИЧ-инфекцией, составляя  $50,05 \pm 13,29$  и  $45,2 \pm 8,34$  лет соответственно, статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) отличается от среднего возраста лиц контрольной группы ( $37,99 \pm 16,66$ ). В то же время нет достоверного отличия ( $p > 0,316$ ) между средним возрастом пациентов с ВГВ ( $40,17 \pm 13,48$  лет) и средним возрастом участников контрольной группы. Сравнение распределения лиц по возрасту в основных группах не выявило достоверной разницы в среднем возрасте обследуемых групп. Так, при сравнении групп пациентов с ВГВ и ВГС-  $p < 0,001$ , при сравнении среднего возраста лиц с ВГВ и ВИЧ-инфекцией -  $p > 0,00251$ , пациентов с ВГС и ВИЧ-инфекцией-  $p > 0,00311$ . Вышеизложенное свидетельствует о том, что пациенты сравниваемых групп в ряде случаев несопоставимы по возрасту. Однако, на наш взгляд, это допустимо, так как по данным литературы состав слюны претерпевает изменения с возрастом только у пожилых людей. Согласно данным ВОЗ, пожилыми считаются люди от 60 до 75 лет. Средний же возраст вовлеченных в наше исследование лиц не превышает  $50,05 \pm 13,29$  лет.

**Таблица 1**

Распределение пациентов по возрасту и полу

Группа	Возраст $C3 \pm CO$		Пол Мужской (%)
	Минимум	Максимум	
Контроль n=100	$37,99 \pm 16,66$ 17 78		62(62)
ВГВ n=95	$40,17 \pm 13,48$ 21 78		71 (74,7)
ВГС n=96	$50,05 \pm 13,29$ 18 77		61 (63,5)
ВИЧ-инфекция n=90	$45,2 \pm 8,34$ 24 62		81 (90)

Таблица 2

Состояние различных отделов СОР у всех групп обследованных

Признак абс.	Контроль n=100		ВГВ n=95		ВГС n=96		ВИЧ-инфекция n=90		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Эрозии на губах	1	1	2	2,1	13	13,5	44	48,9	
Трещины в углах рта	1	1	50	52,6	41	42,7	66	73,3	
Цвет СОР	Синюшный	4	4	3	3,2	2	2,1	0	0
	ярко-красный	2	2	8	8,4	41	42,7	74	82,2
	бледно-розовый	78	78	22	23,2	10	10,4	10	11,1
	розовый	16	16	62	65,3	43	44,8	6	6,7
Нарушение рельефа СОР	3	3	89	93,7	86	89,6	68	75,6	
Геморрагии на слизистой щек и твердом небе	0	0	87	91,6	75	78,1	7	7,8	
Телеангиэктазии на слизистой щек	0	0	25	26,3	65	67,7	6	6,7	
Цвет языка	ярко-красный	16	16	19	20	69	71,9	17	18,9
	красный	39	39	2	2,1	10	10,4	66	73,3
	розовый	45	45	74	77,9	17	17,7	7	7,8
Наличие налета на поверхности языка	0	0	80	84,2	90	93,8	90	100	
Очаги десквамации эпителия на поверхности языка	0	0	18	19,9	60	62,5	49	54,4	

Согласно данным таблицы 1, как в основных группах, так и в группе контроля преобладали лица мужского пола. При этом, нет статистически достоверной разницы между удельными весами числа мужчин в группах с ВГВ и ВГС по сравнению с контрольной группой ( $p > 0,0563$  и  $p > 0,823$  соответственно). Между тем, в группе пациентов с ВИЧ-инфекцией доля мужчин, составляя 81%, была достоверно больше, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). При сравнении гендерного состава основных групп между собой было установлено, что нет достоверного различия между удельным весом числа мужчин в группе лиц с ВГВ по сравнению с группой ВГС ( $p > 0,0941$ ). Удельный вес числа мужчин в группе с ВИЧ-инфекцией достоверно выше, чем в группе с ВГВ ( $p < 0,00672$ ), а также по сравнению с группой ВГС ( $p < 0,001$ ).

Пациенты предъявляли жалобы на неприятные ощущения в полости рта: сухость во рту, стянутость губ, болезненность в углах рта, чувство жжения и покалывания в языке, изменение вкуса, обложенность языка, шероховатость СОР. Данные клинического осмотра представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, при внешнем осмотре губ всего у 2 (2,1%) пациентов с ВГВ были выявлены эро-

зии на губах, что не отличается ( $p > 0,614$ ) от контрольной группы, где данный элемент поражения наблюдался в 1% случаев. Частота наличия эрозий на губах при ВГС, составляющая 13,5%, была статистически достоверно выше, чем у лиц контрольной группы ( $p < 0,001$ ). При ВИЧ-инфекции эрозии на губах были обнаружены почти у половины (48,9%) обследуемых, значительно превышая данный показатель в группе контроля ( $p < 0,001$ ). Очевидно, что этот признак, являясь патогномоничным как для ВГС, так и для ВИЧ-инфекции, наиболее характерен для последней патологии.

Частота выявления трещин в углах рта при ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекции, составляя 52,6, 42,7 и 73,3% соответственно, значительно превышала показатель в группе контроля ( $p < 0,001$ ). Следует отметить, что при сравнении частоты наличия данного признака между группами пациентов с вирусными гепатитами достоверной разницы не установлено ( $p > 0,17$ ).

В то же время достоверно чаще трещины в углах рта наблюдались у пациентов с ВИЧ-инфекцией по сравнению с группами ВГВ ( $p < 0,00361$ ) и ВГС ( $p < 0,001$ ).

У пациентов с ВГВ при осмотре преддверия и собственно полости рта СОР была синюшного цве-

та у 3 пациентов (3,2% случаев), ярко-красного - у 8 (8,4%,  $p>0,162$ ), бледно-розового - у 22 обследованных (23,2%,  $p>0,35$ ), розового цвета - у 62 (65,3%,  $p<0,0499$ ).

У пациентов с ВГС осмотр преддверия и собственно полости рта выявил, что СОР при ВГС имела синюшный цвет у 2 пациентов (2,1% случаев), ярко-красный - у 41 (42,7%), что статистически достоверно ( $p<0,001$ ), бледно-розовый цвет наблюдался у 10 пациентов (10,4%,  $p>0,168$ ), розовый цвет - у 43 (44,8%,  $p>0,067$ ).

При осмотре слизистой оболочки преддверия и собственно полости рта у пациентов с ВИЧ-инфекцией синюшный цвет не выявлялся ни у одного из них, однако ярко-красный наблюдался у 74 пациентов (82,2%,  $p<0,001$ ), бледно-розовый цвет - у 10 (11,1%,  $p>0,9$ ) и розовый - у 6 пациентов (6,7%,  $p>0,542$ ).

Сопоставление вышеописанных наблюдений между собой по группам обследованных выявило следующие отличия.

Синюшный цвет СОР наблюдался у 3 (3,2%) больных (6) ВГВ и 2 (2,1%) БВГС, ярко-красный цвет - у 8 (8,4%) БВГВ и 41 (42,7%) БВГС ( $p>0,0517$ ), бледно-розовый - у 22 (23,2%) БВГВ и 10 (10,4%) БВГС ( $p>0,9$ ), розовый - у 62 (65,3%) БВГВ и 43 (44,8%) БВГС ( $p>0,5$ ).

Аналогичные сравнения между группами БВГВ и бВИЧ выявили наличие синюшного цвета СОР у 3 (3,2%) БВГВ и отсутствие данного симптома у бВИЧ; ярко-красного цвета у 8 (8,4%) БВГВ и 74 (82,2%) бВИЧ ( $p<0,00167$ ); бледно-розового цвета у 22 (23,2%) БВГВ и 10 (11,1%) бВИЧ ( $p>0,542$ ); розового цвета у 62 (65,3%) БВГВ и 6 (6,7%) бВИЧ ( $p>0,9$ ).

Продолжая сравнения между группами БВГС и ВИЧ-инфицированными, установлено, что синюшный цвет СОР наблюдался у 2 (2,1%) БВГС, при этом ни у одного (0%) бВИЧ; ярко-красный цвет у 41 (42,7%) БВГС и 74 (82,2%) бВИЧ ( $p>0,133$ ); бледно-розовый у 10 (10,4%) БВГС и 10 (11,1%) бВИЧ ( $p>0,481$ ); розовый у 43 (44,8%) БВГС и 6 (6,7%) бВИЧ ( $p>0,9$ ).

Нарушение рельефа СОР наблюдалось у 89 (93,7%) пациентов с ВГВ, что имело статистически достоверную разницу ( $p<0,001$ ). Нарушение рельефа СОР выявлялось при ВГС у 86 (89,6%) пациентов, что также статистически достоверно по сравнению с контрольной группой ( $p<0,001$ ). При ВИЧ-инфекции нарушение рельефа СОР наблюдалось у 68 (75,6%) пациентов, что также статистически достоверно ( $p<0,001$ ).

Сравнивая группы больных между собой по данному показателю, видно, что нарушения рельефа СОР практически в равной степени возникали при гепати-

тах, в частности у 89 (93,7%) БВГВ и 86 (89,6%) БВГС ( $p>0,306$ ), в то время как у ВИЧ-инфицированных нарушения рельефа СОР встречались несколько реже, лишь у 68 (75,6%) бВИЧ по сравнению с 89 (93,7%) БВГВ ( $p<0,001$ ) и с 86 (89,6%) БВГС ( $p>0,0113$ ).

Геморрагии на слизистой щек и твердом небе при ВГВ выявлялись в 91,6% случаев (87 пациентов) и имели статистически достоверную разницу ( $p<0,001$ ) по сравнению с контрольной группой, при ВГС наблюдались в 78,1% случаев, то есть у 75 пациентов ( $p<0,001$ ), а при ВИЧ-инфекции - лишь у 7 пациентов, т.е. в 7,8% случаев ( $p<0,00471$ ). Сравнивая тот же признак между исследуемыми группами оказывается, что если в группе БВГВ геморрагии на слизистой щек и твердом небе встречались у 87 (91,6%) БВГВ и у 75 (78,1%) БВГС ( $p<0,00958$ ), то у пациентов с ВИЧ-инфекцией геморрагии обнаруживались лишь у 7 (7,8%) бВИЧ-инфекцией, что статистически достоверно и в сравнении с группой БВГВ ( $p<0,001$ ), и в сравнении с группой БВГС ( $p<0,001$ ).

Телеангиэктазии на слизистой щек при ВГВ по сравнению с контрольной группой выявлялись у 25 пациентов, т.е. в 26,3% случаев ( $p<0,001$ ), при ВГС - у 65 (67,7%),  $p<0,001$ , а при ВИЧ-инфекции наблюдались у 6 пациентов, т.е. в 6,7% случаев  $p<0,0103$ . При сравнении числа пациентов с телеангиэктазиями в группах между собой, а именно: 25 (26,3%) БВГВ с 65 (67,7%) БВГС ( $p<0,001$ ), 25 (26,3%) БВГВ с 6 (6,7%) бВИЧ-инфекцией ( $p<0,001$ ) и 65 (67,7%) БВГС с 6 (6,7%) бВИЧ-инфекцией ( $p<0,001$ ) - все результаты оказались статистически достоверными.

Язык ярко-розового цвета обнаруживался при ВГВ у 19 пациентов или в 20% случаев, розового цвета - у 74 (77,9%,  $p>0,401$ ) и красного цвета - у 2 или в 2,1% случаев, что статистически достоверно ( $p<0,001$ ); при ВГС ярко-красный цвет языка наблюдался у 69 пациентов (71,9%), розовый - у 17 пациентов (17,7%), что имело статистически достоверную разницу с контрольной группой ( $p<0,001$ ) и красный цвет - у 10 пациентов или в 10,4% случаев ( $p<0,001$ ). При ВИЧ-инфекции ярко-красный цвет языка выявлялся у 17 пациентов (18,9%), розовый цвет - у 7 пациентов (7,8%,  $p<0,001$ ) и красный - у 66 пациентов или в 73,3% случаев от общего числа обследуемых ( $p>0,246$ ). При сравнении основных групп между собой, то есть пациентов с ВГВ с пациентами с ВГС, язык ярко-красного цвета наблюдался у 19 (20%) и у 69 (71,9%) пациентов соответственно ( $p<0,001$ ); розового цвета - у 74 (77,9%) и у 17 (17,7%),  $p<0,001$ ; красного цвета - у 2 (2,1%) и 10

(10,4%),  $p > 0,17$ . Сравнивая группы с ВГВ и с ВИЧ-инфекцией между собой, язык ярко-красного цвета наблюдался у 19 (20%) и у 17 (18,9%) пациентов соответственно; розового цвета – у 74 (77,9%) и у 7 (7,8%),  $p < 0,001$ , а красного цвета – у 2 (2,1%) и у 66 (73,3%) пациентов соответственно ( $p < 0,0010$ ). В группах с ВГС и ВИЧ-инфекцией ярко-красный цвет языка был у 69 (71,9%) и у 17 (18,9%) обследуемых ( $p < 0,001$ ); розовый – у 17 (17,7%) и у 7 (7,8%),  $p > 0,324$ ; а красный- у 10 (10,4%) и у 66 (73,3%),  $p < 0,001$ .

Наличие налета на поверхности языка наблюдалось при ВГВ у 80 пациентов (84,2%,  $p < 0,001$ ), при ВГС – у 90 пациентов (93,8%), что имело статистически достоверную разницу в сравнении с контрольной группой ( $p < 0,001$ ), при ВИЧ-инфекции – в 100% случаев ( $p < 0,001$ ). Сравнивая группы между собой соответственно было выявлено следующее: ВГВ-ВГС: 80 (84,2%) – 90 (93,8%)  $p < 0,0351$ , ВГВ-ВИЧ-инфекция: 80 (84,2%) – 90 (100%)  $p < 0,001$ , ВГС-ВИЧ-инфекция: 90 (93,8%) – 90 (100%).

Очаги десквамации эпителия на поверхности языка у пациентов с ВГВ наблюдались в 18,9% случаев (18), ( $p < 0,001$ ), при ВГС – у 60 пациентов или в 62,5% случаев ( $p < 0,001$ ), при ВИЧ-инфекции – у 49 пациентов или в 54,4% случаев ( $p < 0,001$ ). Сравнивая основные группы соответственно между собой, очаги десквамации эпителия на языке наблюдались при ВГВ-ВГС: у 18 (18,9%) и у 60 (62,5%),  $p < 0,001$ , при ВГВ-ВИЧ-инфекции: у 18 (18,9%) и у 49 (54,4%),  $p < 0,001$ , при ВГС-ВИЧ-инфекции: у 60 (62,5%) и у 49 (54,4%),  $p > 0,265$ .

Известно, что диагностика этих заболеваний в на-

чальной стадии затруднена, что особенно характерно для ВИЧ-инфекции. Однако, когда еще нет присущих этим инфекциям характерных клинических симптомов, в ротовой полости в этот период нередко развиваются воспалительные изменения, что косвенно может указывать на возможность проникновения вируса в эпителиальные клетки СОР. Об этом свидетельствует своеобразная неспецифическая реакция со стороны СОР, которая усугубляется на фоне интоксикации, обусловленной болезнью. Нарушение микроциркуляции СОР, ослабление иммунной защиты организма повышают риск воспалительных поражений СОР, пародонта и развития кариозных процессов.

При неудовлетворительном состоянии гигиены полости рта в ходе течения ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекции значительно повышается риск развития местных воспалительных процессов. Это обосновывает необходимость раннего стоматологического осмотра пациентов с ВГВ, ВГС и ВИЧ-инфекцией для профилактики заболеваний полости рта и повышения эффективности лечения при их наличии.

## Выводы

Таким образом у пациентов с ВГВ и ВГС развиваются воспалительные изменения СОР, напоминающие картину стоматитов, десквамативного глоссита, атопического и ангулярного хейлита. При ВИЧ-инфекции развиваются кандидозный стоматит, глоссит, ангулярный хейлит. Поражения слизистой оболочки полости рта отягощают течение болезни и служат важным дополнением к характеристике общей клинической картины ВГВ, ВГС и ВИЧ -инфекции.

## ЛИТЕРАТУРА

- Պապոյան Ա.Ս., Գրիգորյան Ա.Ռ., Պետրոսյան Ժ.Վ., Գրիգորյան Տ.Ռ., Հովհաննիսյան Ռ.Ա. Հայաստանի Հանրապետությունում մերթրոպիաների արակիսկատամբը նորարարական համաճարակաբանական հսկողության ամակարգի նշանակությունը հանրային առողջապահության տեսանկյունից Հայաստանի համաճարակաբանների, բժշկական մանրէաբանների և մակաբույծաբանների Վիճակագրության կոնգրեսի (Վիճակագրական մասնակցությամբ), Երևան, 2019. - էջ 127-132.
- Ванян А., Мелик-Андреасян Г., Абовян Р., Аветисян Л., Саргсян Ш., Петросян Э., Арутюнян А. Эпидемиология вирусных гепатитов В и С в Армении. Материалы IV съезда эпидемиологов, медицинских микробиологов и паразитологов Армении (с международным участием), Ереван, 2019, с. 133-137
- ВИЧ 2014/2015. Под редакцией Кристиана Хоффмана и Юргена К. Рокштро. Медизин Фокус, Гамбург, 2015, 924 с. www.hivbuch.de
- Гажва С.И., Касумова Н.С. Стоматологический статус пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени. Научное обозрение. Медицинские науки, 2016, 4, с. 18-21
- Полянская Л.Н. Особенности проявлений ВИЧ-инфекции в полости рта. Современная стоматология, 2017, 1, с. 60-63
- Степанов Д.А., Федорова М.Г., Аверкин Н.С. Морфологические исследования в стоматологии. Вестник Пемзенского государственного университета 1 (25), 2019, с. 80-84
- Alaizari N.A., Al-Maweri S.A., Al-Shamiri H.M., Tarakji B., Shugaa-Addin B. Hepatitis C virus infections in oral lichen planus: a systematic review and meta-analysis. Australian Dental Journal, 2016; 61: 282-287. doi: 10.1111/adj.12382
- Aznauryan A.V., Azatyan V.Yu., Yessayan L.K. Clinical-Morphology Changes of the Oral Cavity in HBV and HCV infections. The New Armenian Medical Journal, Supplement, V. 11, N 3 November, 2017, Yerevan, p. 73
- Bach J.F. Infections and autoimmunity. Rev. Med. Interne. 2005, V. 1, pp. 32-34
- Bergin P.J., Langat R., Omosa-Manyonyi et al. Assessment of Anti-HIV-1 Antibodies in Oral and Nasal Compartments of Volunteers From 3 Different Populations. J. Acquir Immune Defic. Syndr., 2016 Oct 1;73(2):130-7
- Castillejos-Garc a I., Ram rez-Amador V.A., Carrillo-Garc a A., Garc a-Carranc A., Lizano M., Anaya-Saavedra G. Type-specific persistence and clearance rates of HPV genotypes in the oral and oropharyngeal mucosa in an HIV/AIDS cohort. J. Oral Pathol. Med., 2018 Apr; 47(4):396-402
- Global hepatitis report 2017. WHO, 2017 ISBN 978-92-4-156545-5
- Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021. Towards Ending

- Viral Hepatitis. WHO, June 2016
14. He J. Chen X., Sun J. Oral wounds and hepatitis B virus transmission. Infect. Control Hosp. Epidemiol., 2014 Aug;35(8):1079-80
  15. La Villa G. Hemodynamic alterations in liver cirrhosis / G. La Villa, P. Gentilini // Mol. Aspects Med., 2008, V. 29, pp. 113-119
  16. Macgillchrist A.J., Howes L.G., Hawsby C., Red J.L. Plasma noradrenaline in cirrhosis: a study of kinetics and temporal relationship to ascites formation. Eur. J. Clin. Invest., 2008, V. 21, pp. 238-243
  17. Tahereh Nosratzahi, Mehrab Raiesi, Bahareh Shahryari. Lack of Association between Oral Lichen Planus and Hepatitis B and C Virus Infection - a Report from Southeast Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, V. 19, 2018, pp. 1633-1637. doi:10.22034/APJCP.2018.19.6.1633.
  18. Um I., Choi S., Kim Y., Pang K., Lee J., Lee M., Kim B. Measurement of hepatitis B virus DNA in fresh versus processed dentin from chronically infected patients. J. Transl. Med., 2018 Dec 12;16(1):351
  19. Volberding P.A., Greene W.C., Ijzerman J.M.A., Gallant J.E., Sewankambo N. (Editors) Sandes HIV/AIDS medicine: Medical management of AIDS 2013.-Elsevier, 2012, 580 p.
  20. Yee H.S., Curries S.L., Darling J.M. et al. Management and treatment of hepatitis C viral infection: recommendations from the Department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center program and the National Hepatitis C Program office. The American Journal of Gastroenterology, 2006 Oct; 101 (10): 2360-78

## ԱՄՓՈՓՈՒՄ

### ՎԻՐՈՒՄԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏՆԵՐ Բ, C ԵՎ ՄԻԱՎ-ՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ԼՈՐՁԱԹԱՂԱՆԹԻ ՏԱՐԲԵՐ ՀԱՏՎԱԾՆԵՐԻ ԱՆՏԱՀԱՐՄԱՆ ՀԱՍԵՄԱՏԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Ազատյան Վ.Յու., Եսայան Լ.Կ.

ԵՊԲՀ թերապևտիկ ստոմատոլոգիայի ամբիոն

**Բանալի բառեր`** բերանի լորձաթաղանթ, վիրուսային հեպատիտ B, C, ՄԻԱՎ:

Վիրուսային հեպատիտ B-ի և C-ի դեպքում առաջանում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքային փոփոխություններ, որոնք հիշեցնում են ստոմատիտի, դեսկվամատիվ գլոսիտի, ատոպիկ և անգուլյար խեյլիտի

պատկեր: ՄԻԱՎ-ի դեպքում առաջանում են կանդիդոզային ստոմատիտ, գլոսիտ, անգուլյար խեյլիտ: Բերանի լորձաթաղանթի վնասվածքները ծանրացնում են հիվանդության ընթացքը և կարևոր հավելում են վիրուսային հեպատիտ B-ի, C-ի և ՄԻԱՎ-ի ընդհանուր կլինիկական պատկերը բնութագրելու համար:

## SUMMARY

### COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LESIONS OF THE MUCOUS MEMBRANE OF VARIOUS PARTS OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH HBV, HCV, AND HIV- INFECTION

Azatyany V.Yu., Yessayan L.K.

YSMU after M. Heratsi, Department of Therapeutic Stomatology

**Keywords:** mucous membrane, viral hepatitis B, viral hepatitis C, HIV- infection.

Patients with the HBV and HCV develop inflammatory changes in the oral mucosa that resemble stomatitis, desquamative glossitis, atopic and angular cheilitis. With the HIV infection, candidal stomatitis, glossitis, angular cheilitis develop. The le-

sions of the oral mucosa aggravate the course of the disease and serve as an important addition to the characterization of the general clinical picture of the HBV, HCV, and HIV infection.